

EVALUERING AF "FAST TILKNYTTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

ET PILOTPROJEKT



14:16

CECILIE DOHLMANN WEATHERALL
HEIDI HESSELBERG LAURITZEN
ANNE TOFT HANSEN
TINA TERMANSEN

14:16

EVALUERING AF "FAST
TILKNYTTEDE LÆGER PÅ
PLEJECENTRE"

ET PILOTPROJEKT

CECILIE DOHLMANN WEATHERALL
HEIDI HESSELBERG LAURITZEN
ANNE TOFT HANSEN
TINA TERMANSEN

KØBENHAVN 2014

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EVALUERING AF "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE". ET
PILOTPROJEKT

Afdelingsleder: Mette Deding
Afdelingen for kontrollerede forsøg

Undersøgelsens følgegruppe:

Rikke Søndergaard, Socialstyrelsen
Søren Leth-Petersen, Københavns Universitet
Rikke Verner Agergaard, Danske Regioner
Karen Marie Myrindorff, Kommunernes Landsorganisation
Jette Stagsted Galatius, Praktiserende Lægers Organisation

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-250-6

e-ISBN: 978-87-7119- 251-3

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Colourbox

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2014 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Hertuf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

| | | |
|---|--|----|
| | FORORD | 7 |
| | RESUMÉ | 9 |
| 1 | PILOTPROJEKTET "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE" | 15 |
| | Pilotprojektets intervention | 15 |
| | Aktører i pilotprojektet | 18 |
| | Implementeringen og udfordringer | 21 |
| | Opsamling | 27 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2 | DATA OG EVALUERINGSDESIGN | 29 |
| | Population | 29 |
| | Data | 32 |
| | Metode | 36 |
| | Opsamling | 40 |
| 3 | FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER | 41 |
| | Forebyggelige indlæggelser | 42 |
| | Forebyggelige indlæggelser over tid | 47 |
| | Effekten af at have en fast tilknyttet læge | 49 |
| | Opsamling | 55 |
| 4 | GENINDLÆGGELSER | 57 |
| | Genindlæggelser | 58 |
| | Genindlæggelser over tid | 61 |
| | Effekten af at have en fast tilknyttet læge | 62 |
| | Opsamling | 65 |
| 5 | KORTTIDSINDLÆGGELSER | 67 |
| | Korttidsindlæggelser | 68 |
| | Korttidsindlæggelser over tid | 71 |
| | Effekten af at have en fast tilknyttet læge | 72 |
| | Opsamling | 75 |
| 6 | KONTAKT TIL LÆGE | 77 |
| | Kontakt til lægevagten som udfaldsmål | 78 |
| | Kontakt til lægevagten | 79 |
| | Kontakt til beboernes egne læger | 81 |
| | Opsamling | 83 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 7 | MEDICINHÅNDBTERING | 85 |
| | Medicinhåndteringen som udfaldsmål | 85 |
| | Gennemgang af beboernes medicin | 87 |
| | Øget kvalitet i medicineringen | 88 |
| | Opsamling | 92 |
| 8 | SAMARBEJDE MELLEMLÆGE OG PLEJEPERSONALE | 93 |
| | Samarbejdet som udfaldsmål | 93 |
| | Samarbejdet før tilknytningen af den faste læge | 94 |
| | Samarbejdet efter tilknytningen af den faste læge | 96 |
| | Tillid til den faglige indsigt | 100 |
| | Lægens tilgængelighed | 103 |
| | Opsamling | 108 |
| 9 | BRUGERTILFREDSHED BLANDT DE INVOLVEREDE AKTØRER | 109 |
| | Brugertilfredshed som udfaldsmål | 109 |
| | Plejepersonalet | 110 |
| | De fast tilknyttede læger | 112 |
| | Pårørende og beboerne | 113 |
| | Opsamling | 114 |
| 10 | PERSPEKTIVER I EN BUSINESS CASE | 117 |
| | Indlæggelser | 120 |
| | Samarbejde mellem læger og plejepersonale | 121 |
| | Lægekontakt | 123 |
| | Medicinering | 124 |
| | Brugertilfredshed | 125 |
| | Opsamling | 129 |
| | BILAG | 131 |

| | | |
|---------|---|-----|
| Bilag 1 | Danmarks Statistiks (2012) beregning af borgere i plejeboligere | 131 |
| Bilag 2 | Registerrapportering | 133 |
| Bilag 3 | Statistiske test | 134 |
| Bilag 4 | Placebotest for robusthed af effektanalyser | 138 |

| | |
|-------------------|------------|
| LITTERATUR | 141 |
|-------------------|------------|

| | |
|---------------------------------|------------|
| SFI-RAPPORTER SIDEN 2013 | 145 |
|---------------------------------|------------|

FORORD

Den højere middelalder og det støt stigende antal ældre i befolkningen i Danmark stiller nye krav til plejesektoren. Strukturreformen (Strukturkommissionen, 2004) og sundhedsloven fra 2007 er nogle af de reformer og aftaler mellem ministerierne, regionerne og kommunerne, der er iværksat, bl.a. for at tage højde for ældres øgede pres på plejesektoren.

På den ene side er de ældre sundere end tidligere generationer, på den anden side er der flere af de ældre, som lever længere med langvarige kroniske lidelser. Denne sygdomsudvikling blandt ældre i befolkningen stiller store krav til plejesektoren. Derfor tog Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold¹ og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse² i 2011 initiativ til pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”. Målet med pilotprojektet er at forbedre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale. Kvalitetsforbedringen belyses bl.a. ud fra udviklingen i forebyggelige indlæggelser, som er en indlæggelse, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt (Finansministeriet m.fl., 2010).³

1. Tidligere Socialministeriet.

2. Tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

3. Sygdomsgrupperne, som vi måler forebyggelige indlæggelser på, er defineret ud fra WHO's ICD10-koder.

Socialstyrelsen (SOS)⁴ faciliterer pilotprojektet og SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) evaluerer pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” fra 2012 til 2014. SFI har tidligere udgivet et SFI-notat med erfaringerne fra implementeringen af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” (Weatherall m.fl., 2013). Denne rapport afslutter evalueringen af pilotprojektet.

Cecilie Dohmann Weatherall⁵ har ledet evalueringen, og videnskabelige assistenter Heidi Hesselberg Lauritzen, Anne Toft Hansen, Tina Termansen og studentermedhjælper Hilmar Kalmar Jensen alle fra SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har alle bidraget til rapporten..

Vi retter en speciel tak til den eksterne referee professor (ph.d.) Jakob Nielsen Arendt fra KORA, som har givet konstruktive kommentarer. Derudover rettes en tak for konstruktive diskussioner til følgegruppen.

København, august 2014

AGI CSONKA

4. Tidligere Servicestyrelsen.

5. Nu ansat på Kraks Fond Byforskning.

RESUMÉ

I denne rapport præsenteres evalueringen af pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” fra 2012 til 2014. Da projektet strækker sig over flere år, har SFI bl.a. udgivet et SFI-notat med erfaringerne fra implementeringen af interventionen (Weatherall m.fl., 2013). Nærværende rapport er den afsluttende rapport for evalueringen af pilotprojektet.

FORMÅLET MED PILOTPROJEKTET

Der har igennem de senere år været øget fokus på omfanget af forebyggelige indlæggelser og indlæggelser generelt, specielt blandt ældre. Her er en forebyggelig indlæggelse en indlæggelse, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt (Finansministeriet m.fl., 2010). Et øget fokus på indlæggelser ses igennem strukturreformen (Strukturkommissionen, 2004) og sundhedsloven fra 2007, hvor man indførte krav til regioner og kommuner om at indgå sundhedsaftaler for at bidrage til sammenhæng og koordinering af interventioner i patientforløb, som går på tværs af hospitalet, almen praksis og kommune. Her blev der i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb stillet krav til parterne om, at sundhedsaftalerne beskriver, hvordan parterne kan forebygge og reducere antallet af forebyggelige indlæggelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006).

Nærværende pilotprojekt, der skal forbedre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale, lægger sig dermed op af politikernes planer for plejesektoren.

Det overordnede formål med interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er at tilknytte en fast læge på syv plejecentre og dermed reducere antallet af læger, som er tilknyttet beboerne på plejecentrene, for at skabe en bedre kvalitet for den enkelte beboer. Indholdet i interventionen er todelt. Dels skal de fast tilknyttede læger på plejecentrene varetage opgaver, der knytter sig til de beboere, der vælger den pågældende læge til egen læge, og dels deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på plejecentrene.

En fast tilknyttet læge skal styrke kommunikationen og samarbejdet mellem plejecentre og praktiserende læger og hermed skabe større faglig indsigt, bedre medicin håndtering, større kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb samt reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser.

Pilotprojektet vurderes ud fra, om interventionen kan indfri følgende formål:

- Reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser
- Reducere kontakten til lægevagten
- Forbedre medicin håndteringen
- Forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale
- Forbedre brugertilfredsheden (plejepersonale, læger, beboere og pårørende).

EVALUERINGENS RESULTATER

Evalueringen er omfattende og indeholder mange kvantitative og kvalitative resultater. Her fremhæver vi de primære resultater.

IMPLEMENTERET EFTER 6 MÅNEDER

Interventionen på de syv plejecentre, der deltager i pilotprojektet, har fundet sted i forhold til nogle fælles rammer, som vi efter en opstartsfasen på 6 måneder kan konstatere fuldført. Grundet den massive tilslutning til pilotprojektet fra beboernes side har de væsentligste udfordringer været forbundet med den uventede arbejdsbyrde lægerne oplevede fra projektets opstart i forbindelse med beboergennemgangen.

REDUKTION AF FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER, GENINDLÆGGELSER OG KORTTIDSINDLÆGGELSER

Effektanalyserne viser en reduktion i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser for beboerne på de syv interventionsplejecentre i forhold til beboere på øvrige plejecentre. Mere konkret viser vi at ved at tilknytte en fast læge til de syv plejecentre, reduceres andelen af beboere, der indlægges med forebyggelige diagnoser med knap 28 pct. Samtidig viser tilknytningen af den faste læge også at reducere andelen af beboere, der genindlægges med 27 pct. sammenlignet med før interventionen startede. Yderligere reduceres andelen af beboere, der korttidsindlægges med 14 pct. For de syv plejecentre kan effekten af en fast tilknyttet læge omregnes til omkring 71 færre forebyggelige indlæggelser, 100 færre genindlæggelser og 89 færre korttidsindlæggelser om året. Det er vigtigt at understrege, at en indlæggelse både kan være en forebyggelig indlæggelse, en genindlæggelse og en korttidsindlæggelse på samme tid.

Effekterne af at have en fast tilknyttet læge er længerevarende både for forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og til dels for korttidsindlæggelser, da vi finder effekter halvandet år efter, lægerne blev fast tilknyttet på de syv plejecentre.

MINDRE KONTAKT TIL LÆGEVAGT OG MERE KONTAKT TIL EGEN LÆGE

I udgangspunktet er det en lille andel af beboere på plejecentrene, der er i kontakt med lægevagten, men disse er dog ofte i kontakt med lægevagten. Den beskrivende analyse viser, at kontakten til lægevagten er faldet på interventionsplejecentrene, efter de har fået fast tilknyttede læger. Samtidig er, som forventet, kontakten til egen læge (dvs. den fast tilknyttede læge) steget på de syv interventionsplejecentre. Kontakten til beboernes praktiserende læger er ligesom kontakten til lægevagten koncentreret omkring et mindre antal beboere, der derimod ofte er hos lægen.

REDUCERING I RECEPTPLIGTIG MEDICINFORBRUG

Ud fra de kvalitative undersøgelser viser vi, at de fast tilknyttede læger på de syv interventionsplejecentre efter grundig gennemgang af beboernes medicinprofiler i mange tilfælde har reduceret det receptpligtige medicinforbrug.

Lægerne, plejepersonalet og de pårørende ser det som en forbedring af livskvaliteten hos beboerne på plejecentrene, at de har fået reduceret et unødvendigt medicinforbrug.

FORBEDRET SAMARBEJDE

Plejepersonalet og de fast tilknyttede læger er begejstrede for samarbejdet, efter interventionen er startet på de syv plejecentre, fordi beboerne får gennemgået deres journaler og medicinforbrug. De føler, at kommunikationen er forbedret og mere direkte. Plejepersonalet og de fast tilknyttede læger føler dog, at interventionen er forbundet med ekstra mange ressourcemæssige omkostninger, specielt i implementeringsperioden.

TILFREDSHED BLANDT PLEJEPERSONALE, FAST TILKNYTTET LÆGER, BEBOERE OG PÅRØRENDE

Alle, der er involverede i pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”, det være sig læger, plejecentre og pårørende, giver udtryk for at være yderst tilfredse med interventionen, og de føler, at de har fået en masse ud af pilotprojektet. Samtidig vurderer de alle, at beboernes pleje og behandlingsforløb er forbedret via pilotprojektet.

PERSPEKTIVET I EN POTENTIEL SAMFUNDSMÆSSIGE BESPARELSE

Først og fremmest viser evalueringen, at man ved en eventuel fremtidig udrulning af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” skal være opmærksom på, at interventionen er relativ nem at forstå, og det ikke kræver nogen oplæring at starte. Samtidig er der praktiske og økonomiske udfordringer for læger, der tilknyttes plejecentre. Yderligere kan det være ressourcekrævende for plejecentre og plejepersonale at starte nye interventioner, og ressourcer til en lokal tovholder kan være en nødvendighed for succes.

For at perspektivere resultaterne i forbindelse med pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” yderligere har vi udarbejdet en business case ud fra resultaterne i alle kapitlerne. Business casen er et nyttigt værktøj, da den kan skitsere fordele og ulemper gennem eksempler fra pilotprojektet. I denne forbindelse er det vigtigt at gøre opmærksom på, at vi forventer, at de syv interventionsplejecentre, som indvilgede i at deltage i pilotprojektet, må have set nogle fordele ved at indgå i projektet, ellers ville de have fravalgt det. Det betyder, at den positive effekt vi har fundet blandt pilotprojektets syv plejecentre ikke nødvendigvis kan overføres direkte til resten af plejecenterpopulationen i Danmark. Samtidig kan den positive selektion ind i pilotprojektet betyde, at de estimerede effekter er et maksimum for, hvad man kan forvente af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

Med udgangspunkt i pilotprojektets resultater, og at ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” udrulles for alle beboere på mere end 65 år, og som bor på plejecentre med mere end 20 beboere, laver vi en business case. Vi ser bort fra den potentielt positive selektion af plejecentre ind i pilotprojektet og laver et konservativt skøn i forhold til udgifter og besparelser. Dermed viser den kvantitative business case, at der sandsynligvis kan opnås en besparelse på mere end 230 mio. kr. allerede inden for de første 18 måneder af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er udrullet i Danmark.

Til perspektivering af resultaterne har vi i business casen også lavet kvalitative bud på ikke-økonomiske fordele ved interventionen (fx livsglæde). Den kvalitative del af business casen, som i høj grad ser på de sekundære mål for interventionen, illustrerer, at der både er potentielle udgifter og besparelser i forhold til udrulningen af interventionen, som det vil være godt at udregne i fremtiden. Samtidig viser den kvalitative business case, at de involverede beboere, læger, plejecentre og pårørende i høj grad får en øget livskvalitet eller arbejdsglæde ved interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

DATA OG METODEGRUNDLAG

I nærværende rapport anvender vi registerdata, data fra spørgeskemaer samt såvel interview og fokusgruppeinterview. De primære udfaldsmål, som forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser, evalueres via en effektanalyse, hvor vi sammenligner beboere på interventionsplejecentrene med beboere på øvrige plejecentre i et før- og efter-design, hvor vi tager højde for både observerbare plejecenterkarakteristika og ikke-observerbare plejecenterkarakteristika, som er uændrede over tid.

Vi laver en beskrivende og kvalitativ evaluering af, hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har på sekundære udfaldsmål som medicin håndtering, samarbejde og brugertilfredshed.

Afsluttende laver vi en business case, hvor vi udruller pilotprojektets positive resultater på hele plejecenterpopulationen.

PILOTPROJEKTET "FAST TILKNYTTED E LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

Vi beskriver i dette kapitel pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre", herunder baggrunden og rammerne for projektets intervention samt formålet med interventionen. Idet der ved sociale interventioner ofte kan være forskel på den teori, der ligger bag, og den praktiske indføring, redegør vi ligeledes kort for de implementeringsresultater, som er publiceret i implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013).

PILOTPROJEKTETS INTERVENTION

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold⁶ og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse⁷ står bag initiativet til pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre", dets formål og indhold. Socialstyrelsen (SOS) står for faciliteringen, herunder proces- og implementeringsstøtte, af interventionen.

Det overordnede formål med at tilknytte en fast læge på plejecentrene og dermed reducere antallet af læger, som er tilknyttet beboerne på plejecentrene, er at skabe en bedre kvalitet for den enkelte beboer. En fast tilknyttet læge skal styrke kommunikationen og samarbejdet mellem

6. Det tidligere Socialministeriet.

7. Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

plejecentre og de praktiserende læger og dermed skabe større faglig indsigt, bedre medicin håndtering, større kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb samt reducere antallet af forebyggelige indlæggelser (Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011).

Mere specifikt var hovedformålene med projektet (jf. Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011; SFI, 2012), at:

- Reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser
- Reducere kontakten til lægevagten
- Forbedre medicin håndteringen
- Forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale
- Forbedre brugertilfredsheden (plejepersonale, læge, beboer og pårørende).

Indholdet i interventionen er todelt. Dels skal de fast tilknyttede læger på plejecentrene varetage opgaver, der knytter sig til de beboere, der vælger den pågældende læge til egen læge, og dels skal de deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på plejecentrene. Tilknytningen af den faste læge forventes således ikke kun at have en indvirkning på plejen af de beboere, der vælger den fast tilknyttede læge, men også at have indvirkning på den generelle pleje på hele plejecentret, hvilket kommer alle beboere på plejecentret til gode. I forhold til de beboere, der tager imod tilbuddet om at skifte til den fast tilknyttede læge, skal lægen varetage følgende opgaver:

- Den almenmedicinske behandling af den enkelte beboer i henhold til landsoverenskomsten. Det vil sige lægekonsultationer, behandling, tilsyn osv. ligesom med alle andre patienter

Derudover indebærer tilknytningen af den faste læge, at lægen skal være til stede på plejecentret hver uge i et fast aftalt tidsrum, for at:

- Yde lægelig rådgivning til plejepersonalet i forhold til generelle sundhedsfaglige problemstillinger, der vedrører flere eller alle beboere på plejecentret.

- Vejlede plejepersonalet i generelle såvel som mere specifikke spørgsmål vedrørende enkelte eller flere af beboernes behandling, medicinering, pleje og rehabilitering mv.

Rent praktisk er pilotprojektet implementeret i fem kommuner: København, Furesø, Viborg, Horsens og Lolland. De fast tilknyttede læger blev ansat med reel opstart september 2012, og af tabel 1.1. fremgår det, hvilke plejecentre der er omfattet af projektet, samt hvor meget tid der er afsat til de ugentlige møder og sparring med den fast tilknyttede læge. Den afsatte tid er tildelt efter plejecentrenes størrelse, hvor de store plejecentre har fået tildelt 3 ugentlige timer, de mellemstore plejecentre 2 timer og de små plejecentre 1,5 time. Samarbejds møderne er til generelle problemstillinger og temaer i forbindelse med plejen af ældre.

TABEL 1.1

Tildelte samarbejdstimer mellem fast tilknyttet læge og plejepersonalet i pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Særskilt for plejecentre. Timer.

| Kommune | Plejecenter | Timer til møde pr. uge |
|-----------|----------------------|------------------------|
| Viborg | Kildehaven | 2 |
| | Klostertoften | 1,5 |
| Horsens | Gefionshave | 2 |
| København | Slottet | 3 |
| | Solterrasserne | 3 |
| Furesø | Ryetbo | 3 |
| Lolland | Horslunde/Bøgelunden | 2 |

Kilde: SOS's opgørelse.

Pilotprojektet har til formål at afprøve et andet scenarie end det ofte forekommende i dag. På mange danske plejecentre er der ofte kontakt med mange forskellige praktiserende læger, helt op til 150 praktiserende læger på de største plejecentre i storbyerne (Ældrekommissionen, 2012), hvilket netop kan føre til betydningsfulde kommunikationsbrist mellem plejepersonale og praktiserende læge. Ved at skabe bedre forudsætninger for et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonalet forventes interventionen at forbedre kvaliteten i de pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboerne på plejecentrene, ligesom møderne også vil have et læringsaspekt, hvor plejepersonalet bliver opkvalificeret til bedre at kunne håndtere beboernes helbredsrelaterede problemstillinger igennem refleksiv læring.

AKTØRER I PILOTPROJEKTET

I dette afsnit beskriver vi forholdene for de forskellige aktører, der har betydning for effekten af interventionen. Der er meget klare mål for pilotprojektet, og hvorvidt og i hvilket omfang pilotprojektet har den ønskede effekt afhænger af, om de mange involverede aktører - henholdsvis plejepersonale, fast tilknyttede læger, beboerne, pårørende, hospitalerne, staten, regionerne og kommunerne har de samme mål som projektet. Alle aktører kan påvirke, om beboere på plejecentre bliver indlagt samt påvirke de andre udfaldsmål, som medicinering, kontakt til lægevagten mv. Internationale studier viser, at en forbedring af de ældres helbred kræver en flerdimensionel intervention som ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”, hvor de mest centrale aktører er plejepersonalet, de praktiserende læger og beboerne (Lisk m.fl., 2012; Ouslander & Osterweil, 1994; Ouslander m.fl., 2011; Vossius m.fl., 2013). Disse aktører påvirker alle direkte af interventionen, og de har alle mulighed for at påvirke målene for interventionen i pilotprojektet. Det er derfor vigtigt at forstå de interesser, aktørerne har i forhold til at have eller være en fast tilknyttet læge på et plejecenter og i forhold til en mulig reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser, korttidsindlæggelser mv. De institutionelle rammer, såsom de økonomiske styringsprincipper, kan også udgøre en vigtig baggrund for aktørernes samarbejdsrelation. De kan for eksempel skabe modsatrettede incitamenter, som kan udgøre en stor udfordring for at finde fælles praksis på grund af de forskellige interesser (Vrangbæk, 2011).

Staten har via forskellige reformer skabt økonomiske incitamenter gennem et krav om medfinansiering af hospitalerne for kommunerne. Yderligere er der klare krav om tilgængelige oplysninger for antallet af forebyggelige indlæggelser på de enkelte hospitaler. Dermed er der incitament for regionerne og kommunerne til, gennem hospitalerne, at nedbringe antallet af de forebyggelige indlæggelser.

PLEJECENTER OG PLEJEPERSONALE

Da det ofte er plejepersonalet, der observerer de første ændringer i en beboers helbredstilstand, er personalets engagement i et projekt som dette af stor betydning for effekten af interventionen (Ouslander m.fl., 2011; Tena-Nelson m.fl., 2012). Et studie af Lamb m.fl. (2011) viser, at plejepersonalet oftest begrundet en forebyggelig indlæggelse med, at persona-

let selv har overset mulighederne for at forebygge indlæggelsen. Studiet viser ydermere, at det har stor betydning, om beboeren eller pårørende insisterer på en indlæggelse, eller hvis der er dårlig kommunikation mellem personale, praktiserende læge og hospitalet. I Danmark viser embedslægens tilsynsrapport (2008), at for under halvdelen af de danske plejecentre fremgår det, hvornår der skal indgås aftaler med de praktiserende læger om kontrol og behandling af beboernes kroniske sygdomme, eller hvornår der skal tages kontakt til den praktiserende læge om revision af medicinlister. Det problematiske samarbejde mellem plejecentrene og de praktiserende læger kan tyde på, at der blandt plejepersonalet er et stort behov for et bedre samarbejde, som netop forventes opnået gennem en fast tilknyttet en læge.

Plejecentres geografiske placering kan have betydning for antallet af forebyggelige indlæggelser. Muligvis indlægges beboerne på landet oftere, hvis de ikke har samme mulighed for at blive tilset af deres praktiserende læge. Omvendt kan det være, at de indlægges mindre, hvis der er langt til nærmeste hospital.

Der kan også være heterogene effekter for andre plejecenterkarakteristika. For eksempel kan størrelsen af plejecentret have betydning for effekten af at have en fast tilknyttet læge på sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse. Plejecentre med mange beboere kan i højere grad have stordriftsfordele af at have en fast tilknyttet læge ved blandt andet kun at hente medicinlister og dokumentation fra én praktiserende læge.

Flere studier pointerer vigtigheden af, at en praktiserende læge er tilgængelig for plejepersonalet, når der skal tages en beslutning om, hvorvidt en beboer skal indlægges eller ej (Lisk m.fl., 2012; Ong m.fl., 2011). Young m.fl. (2011) finder, at faktorer, som blandt andet effektiv kommunikation mellem den praktiserende læge og plejecenteret og lægens mulighed for at behandle beboerne på plejecenteret, associeres med en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser, da indlæggelserne forebygges igennem en god kommunikation.

PRAKTISERENDE LÆGER

I sundhedsøkonomien er der lavet mange undersøgelser af praktiserende lægers ønsker og valg i forhold til den asymmetriske information mellem læge og patient. Evans (1974) og Fuchs (1978) var blandt de første, der introducerede begrebet *supplier induced demand*. Det vil sige, at lægen både

er udbyder og efterspørger af helbredsnydelser. Det er således lægen, der tager beslutninger på vegne af sin patient. Samtidig er lægen ligeledes udbyder af de efterspurgte helbredsnydelser. Dermed kan lægen komme til at stå i et dilemma mellem patientens helbred og det optimale tilbud af helbredsnydelser. Krasnik m.fl. (1990) finder, at hvis man går fra et betalingssystem, hvor lægerne kun bliver honoreret med et årligt beløb pr. patient til et system, hvor lægerne både får et fast honorar og aktivitetsbestemte ydeshonorarer, så medfører det en stigning i antallet af telefonkonsultationer og et fald i antallet af henvisninger til specialister eller hospitaler. Godager m.fl. (2008) finder dog, at det ikke er alle praktiserende læger, der reagerer lige kraftigt på økonomiske incitamer, da lægerne står over for forskellige afvejn timer mellem økonomiske og faglige motiver, og derfor reagerer forskelligt på økonomiske incitamer.

Pilotprojektet laver ikke om på honorarstrukturen i almen praksis, som man har set i tidligere studier. De fast tilknyttede læger skal dog alligevel tage stilling til de økonomiske og faglige fordele og ulemper, der er ved at deltage i projektet. På den ene side er der ikke umiddelbart store økonomiske gevinster ved at blive en fast tilknyttet læge på et plejecenter. Det skyldes, at plejecenterbeboerne ofte er medicinsk komplekse patienter, og at stillingen desuden kræver, at den fast tilknyttede læge opholder sig flere timer ugentligt på det pågældende plejecenter. I pilotprojektet betales lægerne for de ugentlige arbejdstimer på plejecentrene, men kompenseres ikke yderligere for at blive fast tilknyttet på plejecentrene (Weatherall m.fl., 2013). På den anden side kan der være stor faglig tilfredsstillelse ved at blive en fast tilknyttet læge på et plejecenter, idet lægen gør en stor forskel i forhold til de ældres helbred og plejepersonalets daglige frustration over ikke at kunne hjælpe beboerne tilstrækkeligt.

Hvis de fast tilknyttede læger har særlige kompetencer inden for ældreområdet eller på andre måder skiller sig ud fra gruppen af praktiserende læger i Danmark, så kan effekten af pilotprojektet være overestimeret sammenlignet med en forventelig effekt, hvis alle plejecentre i Danmark skulle have en fast tilknyttet læge.

PLEJECENTERBEBOERE

Beboere på plejecentre er en heterogen gruppe (Intrator m.fl., 2004; Ouslander & Berenson, 2011). Dermed kan de have forskellige fordele af at få fast tilknyttet en læge. Blandt andet kan den geografiske beliggenhed af plejecentrene have betydning for effekten af at have en fast tilknyttet

læge på sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse. Den geografiske heterogenitet kan have betydning for, om de ældre beboere vælger at skifte til den fast tilknyttede læge. For en beboer, der har langt til deres nuværende læge, vil der være en større fordel ved at skifte læge end for en beboer, der har praktiserende læge tæt på plejecenteret.

Plejecenterbeboere er som sagt forskellige, hvilket særligt kommer til udtryk i deres helbredstilstande. Flere beboere har mere end en diagnose, og Sundhedsstyrelsen (2011) estimerer, at 50-80 pct. af alle beboere på plejecentre lider af demens. Beboerne er typisk komplicerede medicinske patienter, og deres behov for behandling varierer meget fra beboer til beboer. Det er vigtigt at tage højde for de helbredsmæssige forskelle mellem beboerne på plejecentrene, idet heterogenitet sandsynligvis hænger sammen med, hvor tit beboerne er indlagt. Det vil sige, at beboernes karakteristika, specielt i forhold til deres helbred, kan påvirke sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse (Ouslander & Osterweil, 1994).

For at modtage det fulde udbytte af intervention i pilotprojektet skal beboeren vælge at skifte til den fast tilknyttede læge på plejecentret. Men det er sjældent, at man skifter praktiserende læge, og mange ældre patienter har haft den samme læge over en lang periode (Weiss m.fl., 1996; Mold m.fl., 2004).

Det kan have betydning for den gennemsnitlige effekt, hvis pilotprojektet skal implementeres på alle plejecentre i Danmark, hvis det er en bestemt type beboere, der vælger at skifte til den fast tilknyttede læge. Hvis det for eksempel specielt er beboere, som lider af demenssygdomme, der skifter læge, og disse er overrepræsenteret på interventionsplejecentrene, så vil der være en mindre andel af beboerne i den resterende plejecenterpopulation, der vil skifte til den fast tilknyttede læge, end der vil være på interventionsplejecentrene, og det vil ændre på den samlede effekt af interventionen.

IMPLEMENTERINGEN OG UDFORDRINGER

Implementeringen af pilotprojektet er som sagt beskrevet i implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013), hvorfor vi kun kort ridser de væsentligste punkter fra notatet op og ser på, hvordan projektet efterfølgende har udviklet sig. Implementeringen af de fast tilknyttede læger har

fundet sted på forskellige plejecentre i forskellige kommuner, både hvad angår størrelse, beboersammensætning, organisatorisk opbygning og strukturelle forhold. Alle disse forhold har haft betydning for implementeringen af interventionen. For eksempel har plejecentrenes størrelse betydning for, hvordan der videndeles, ligesom ledelsesform og struktur har betydning for mødernes form og personalets deltagelsesmønstre jf. implementeringsnotatet. Der har dog helt overordnet været velvillighed blandt alle involverede parter til at deltage i pilotprojektet og få samarbejdet etableret (Weatherall m.fl., 2013). Endvidere er der på de fleste plejecentre et overlap af forskellige projekter og initiativer, der alle har til formål at forbedre plejen af plejecenterbeboerne, som fx etableringen af akutteam i to kommuner. Ud fra et evalueringsteknisk synspunkt ville det have været optimalt alene at skulle tage højde for nærværende pilotprojekt, men da dette ikke er muligt, vil vi løbende, i det omfang det er relevant, vurdere, hvorvidt resultaterne fra dette projekt også afspejler tilstedeværelsen af andre simultane projekter.

Interventionen, som startede på alle de syv interventionsplejecentre i september 2012, var efter 6 måneder implementeret på samtlige af interventionsplejecentre, idet de ugentlige møder mellem de fast tilknyttede læger og plejepersonalet var etableret, samtidig med at en stor andel af beboerne på plejecentrene havde valgt den fast tilknyttede læge (Weatherall m.fl., 2013).

Dog har der både i selve implementeringsfasen og efterfølgende været en række udfordringer. Disse udfordringer drejer sig særligt om adskillelsen af beboergennemgang og konsultationer med de ugentlige møder samt vidensdeling blandt personalet. Derudover har lægerne oplevet det udfordrende at overtage et så stort antal nye patienter, ligesom der fra plejecentrenes side er givet udtryk for, at det er ressourcekrævende at deltage i et pilotprojekt, der skal evalueres. De største og mest generelle udfordringer i forhold til implementeringen af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” vil vi skitsere i de efterfølgende afsnit.

BEBOERNES VALG AF LÆGE

Pilotprojektet har naturligvis været afhængigt af, at der på plejecentrene var et reelt ønske blandt beboerne om at skifte til den fast tilknyttede læge, og samtlige beboere fik i forbindelse med pilotprojektets opstart et

tilbud om at skifte til denne læge.⁸ Som beskrevet i implementeringsnotatet, og som det ligeledes fremgår af tabel 1.2, var der allerede ved pilotprojektets opstart en del beboere, som skiftede til den fast tilknyttede læge. Der er dog stor variation i andelen af beboere, som skiftede til den faste læge, da interventionen startede. Lolland skiller sig særligt ud med 94 pct. i beboertilgang. Dette tal skyldes dog, at den fast tilknyttede læge på plejecentret Horslunde/Bøgelunden allerede inden pilotprojektets opstart havde næsten alle plejecentrets beboere som patienter. For de øvrige plejecentre varierer andelen fra 23 pct. og helt op til 90 pct.

TABEL 1.2

Andelen af beboere, der var tilknyttet den faste læge ved pilotprojektets opstart i september 2012 og ved projektets afslutning i marts 2014. Særskilt for plejecentre. Procent

| Kommune | Plejecenter | Andel, opstart 2012 | Andel, afslutning 2014 |
|------------------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| Horsens | Gefionshave | 90 | 92 |
| Viborg | Kildehaven | 23 | 75 |
| | Klostertoften | 41 | 68 |
| Lolland | Horslunde/Bøgelunden | 94 | 96 |
| København ¹ | Slottet | 33 | 67 |
| | Solterrasserne | 39 | 71 |
| Furesø | Ryetbo | 64 | 83 |

Anm. Alle tallene angiver andelen af beboerne, der er skiftet til den fast tilknyttede læge i september måned 2012, da de fleste centre først ansatte lægen medio august. Tallene fra Københavns Kommune er dog fra august, da de kun indberetter hver 3. måned stedet for hver måned.

Kilde: Månedlige oplysninger fra plejecentre sendt til SFI.

Løbende er interessen for pilotprojektet blevet større, idet flere beboere har skiftet til den fast tilknyttede læge, ligesom nye beboere på plejecentrene er mere tilbøjelige til at skifte til lægen samtidig med indflytning. Som det fremgår af tabellen, har andelen af beboere tilknyttet den faste læge været støt stigende på plejecentrene over projektperioden, således at der ved projektet afslutning er mellem 67 pct. og 96 pct. af beboerne, som er tilknyttet de faste læger.

Der har været en stor interesse for at skifte til en læge, der tilknyttes det enkelte plejecenter. Den primære grund til lægeskiftet har været et ønske om mere kontinuerlig pleje og opfølgning fra lægens side samt tættere kontakt til lægen (Weatherall m.fl. 2013).

8. Beboere i midlertidige pladser har ikke været omfattet af projektet og er dermed ikke blevet tilbudt at skifte læge.

DE UGENTLIGE MØDER MED DEN FAST TILKNYTTEDE LÆGE

I forhold til de ugentlige møder kunne vi i implementeringsnotatet konstatere, at hovedparten af plejecentrene brugte en stor del af opstartsperioden på beboergennemgang, således at den fast tilknyttede læge kunne få et indgående kendskab til de beboere, der havde valgt at skifte læge. Både plejepersonale og de fast tilknyttede læger har givet udtryk for, at det var nødvendigt, idet en stor del af beboerne er komplicerede medicinske patienter, hvorfor det har været behov for at drøfte og diskutere beboernes sygdomme, medicinering mv.⁹ Kun enkelte plejecentre har foretaget beboergennemgangen uden for mødetiden. Dette tidskrævende aspekt af implementeringen har derfor betydet, at den reelle læring og vejledning først blev påbegyndt 6 måneder inde i projektet for de fleste plejecentres vedkommende. Det er således også først der, at interventionen kan sige at være implementeret.

Derudover har der været stor variation i, hvordan møderne er blevet struktureret og afholdt, herunder variation i hvilke personalegrupper der har deltaget. Således har nogle plejecentre haft deltagelse af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, mens det på andre plejecentre primært har været sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne, som har deltaget. Fælles for plejecentrene har været, at der fra såvel de fast tilknyttede lægers som plejepersonalets side har været et ønske om, at mødeindholdet skulle være vedkommende og relatere sig til personalets dagligdag.

Plejecentrene har i opstartsfasen og ligeledes gennem resten af projektperioden været bevidste om, at hensigten med møderne har været at diskutere generelle problematikker, men har påpeget, at det har været en balancegang at skulle varetage generaliserbare emner, samtidig med at de skulle gøre dem aktuelle og vedkommende for plejepersonalet. Således har en overvejende del af plejecentrene på møderne taget udgangspunkt i en eller flere beboeres problemstillinger og brugt disse beboere som cases til at drøfte specifikke såvel som mere generelle emner. På enkelte plejecentre er møderne undervejs blevet mere praktisk orienterede, hvor lægerne har undervist i fx korrekt blodtryk- og pulsmåling i forbindelse med hjertekarsygdomme. Fælles for alle plejecentrene var, at den ugentlige mødetid med den fast tilknyttede læge udelukkende var bereg-

9. SOS gav plejecentrene og lægerne lov til at foretage beboergennemgang i pilotprojektets første halvår frem til udgangen af 2012 grundet et stort behov herfor.

net til vidensdeling, og at interventionen dermed skulle få indvirkning på hele plejecentret og ikke kun for de beboere, der var tilknyttet lægen.

Hovedparten af plejecentrene har fastholdt og gennemført de ugentlige møder gennem hele projektet. For to plejecentre har der imidlertid været nogle afgrænsede perioder, hvor møderne ikke har været afholdt. På det ene plejecenter har ændringer i plejecentrets ledelse, herunder udskiftning af tovholder, betydet, at de ugentlige møder har været suspenderet. Den fast tilknyttede læge fortsatte dog med at komme fast på plejecentret i perioden, hvor beboerne blev tilset efter behov, ligesom lægen drøftede medicin med sygeplejersken. På det andet plejecenter har en større kommunal omstrukturering på ældreområdet medført, at plejecentret fremadrettet skal fungere som et sundheds- og rehabiliteringscenter. Siden 1. januar 2014 har der således også været et næsten nyt personale på centret, hvorfor der blot er blevet afholdt to møder i projektets sidste tre måneder. Dog er lægen også her fortsat med at komme uden nogen reel undervisning af plejepersonalet.

Ved pilotprojektets afslutning giver både plejepersonalet og de fast tilknyttede læger udtryk for, at de fremadrettet vil ønske et fortsat tæt samarbejde. Enkelte læger giver udtryk for, at der blot er behov for, at lægen er fast til stede på plejecentret hver anden uge, mens hovedparten vurderer, at en fast ugentlig dag netop giver mulighed for en tæt opfølgning af beboerne og tage nogle af de helbredsrelaterede problemstillinger i opløbet. Der er dog fra både plejepersonalets og lægernes side enighed om, at der ikke i samme omfang vil være behov for egentlige vejlednings- og læringsforløb, som har været fast element på møderne gennem projektperioden, hvorfor undervisningen kan gennemføres med større mellemrum, således at det fremadrettet sikres, at også nye medarbejdere introduceres i undervisningen, ligesom personalet løbende får deres faglige viden opdateret.

SIKRING AF VIDENSDDELINGEN

Vejlednings- og læringsforløb af plejepersonalet på de ugentlige møder har på nogle plejecentre været mere regelmæssige end på andre, hvilket kan have betydning for omfanget af personalets mødeudbytte. Endvidere har det varieret fra plejecenter til plejecenter, hvilke personalegrupper der har deltaget i de ugentlige møder. Hovedparten af plejecentrene afholder møderne med mere eller mindre faste repræsentanter fra plejepersonalet,

mens andre har et større flow af medarbejdere, der deltager ud over de faste repræsentanter.

Mens der på nogle af plejecentrene har været fast deltagelse af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, hvor social- og sundhedshjælpere kun lejlighedsvis har deltaget, afhængigt af mødets indhold og emne, har social- og sundhedshjælperne på andre plejecentre været repræsenteret fast på møderne. Endvidere har det været særligt udfordrende at inddrage aften- og nattevagter i møderne, da møderne på de fleste centre er lagt i dagstimerne. Enkelte læger og plejecentre har gjort mødetiden fleksibel, således at lægen nogle dage kunne komme senere på dagen. Det er dog langt fra alle plejecentre, som systematisk inddrager alle fag- og vagtgrupper på møderne, hvilket bl.a. hænger sammen med, at det for nogle plejecentres vedkommende har været udfordrende at frigive tid til, at alle medarbejdere har kunnet deltage i møderne.

Da det dermed hverken har været muligt at inddrage hele plejepersonalet eller altid at inkludere øvrige vagtgrupper ud over dagvagterne, har vidensdelingen blandt plejepersonalet været et vigtigt element i interventionen med henblik på at sikre alle den fornødne viden fra møderne, som netop skulle komme den generelle pleje for hele plejecentrenes beboere til gavn. Det har stået plejecentrene frit for, hvordan vidensdelingen har skullet foregå, hvorfor det ligeledes har varieret, hvordan og i hvor høj grad dette har fundet sted. Selve vidensdelingen har således foregået på forskellige måder ude på plejecentrene. Nogle plejecentre har videregivet referater, som medarbejdere selv har kunnet finde frem og læse, andre har videregivet mødereferater på afdelingsmøder, mens enkelte centre har gjort brug af en mundtlig overlevering til personale, der ikke har deltaget i møderne..

UVENTET ARBEJDSBYRDE

Pilotprojektet var udfordret af manglende ansøgninger fra lægerne til at starte med. Flere af de fast tilknyttede læger har påpeget, at manglen på interesse fra de praktiserende læger kunne skyldes det store og tidskrævende arbejdspress, som stillingen indebar. Selvom interventionen imødekommer et behov blandt en stor andel af plejecentrenes beboere, var det for lægernes vedkommende uventet og overvældende, at de pludselig fik så mange nye patienter på én gang. Dette betød en større arbejdsbyrde end først forventet hos alle lægerne, hvilket ikke alene skyldes antallet af patienter, men i høj grad, at beboerne er meget plejkrævende og medi-

cinsk komplekse patienter, mange med flere sygdomme og vedvarende medicinindtag. Enkelte af lægerne fortæller, at de ikke ville have søgt stillingen, hvis de havde vidst, hvor tidskrævende det ville være, og nogle foreslår, at det ville være godt at dele opgaven med en anden læge. Den uventede arbejdsbyrde har primært været forbundet med projektets opstart og gennemgangen af beboerne, mens projektet for hovedparten af lægerne efterfølgende har passet fint ind i forhold til deres praksis og øvrige lægefaglige opgaver.

For plejecentrenes vedkommende har enkelte centre givet udtryk for, at det til tider har været vanskeligt at frigøre personalet til deltagelse i de egentlige møder. Dog giver flere af plejecentrenes ledere udtryk for, at den tid, der er sparet på ventetid i forbindelse med kontakt til læger, lægevagter mv. før interventionen, kan bruges på møder med den fast tilknyttede læge i stedet. Den primære arbejdsbyrde i pilotprojektet har imidlertid været knyttet til de evalueringsmæssige opgaver i forbindelse med projektet (fx den løbende indrapportering af forskellige data og oplysninger til SFI i form af CPR-numre på plejecenterbeboerne, logbøger og udfyldelse af spørgeskemaer undervejs i forløbet), som plejepersonalet har skullet håndtere sideløbende med deres øvrige opgaver og andre sideløbende projekter.

OPSAMLING

- Pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” skal skabe bedre kvalitet for den enkelte beboer ved at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem plejecentre og praktiserende læger.
- Inden pilotprojektets opstart var det vanskeligt at rekruttere læger til stillingen som fast tilknyttet læge.
- Pilotprojektets intervention har på alle plejecentrene fundet sted inden for nogle fælles rammer, og alle startede i september 2012. Efter en implementeringsperiode på 6 måneder var interventionen implementeret på de syv plejecentre.
- Grundet den massive tilslutning til pilotprojektet fra beboernes side har de væsentligste udfordringer været forbundet med den uventede arbejdsbyrde, lægerne oplevede fra projektets opstart i forbindelse med beboergennemgangen.

- Der vil fortsat være behov for et tæt samarbejde mellem plejepersonalet og lægen, hvor lægen er til stede på plejecentret på ugentlig basis eller hver anden uge, således at kontinuiteten i beboernes pleje- og behandlingsmæssige forløb fortsætter. Fremadrettet vil der også være behov for vejlednings- og læringsforløb om end med lidt mere jævne mellemrum.

DATA OG EVALUERINGSDESIGN

Et pilotprojekt som ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” involverer mange aktører, selvom interventionen i sig selv er rimelig enkel og i første omgang kun implementeres på syv plejecentre. Det betyder, at vi tager mange datakilder i brug, når vi evaluerer effekten af interventionen. Vi anvender registerdata, data fra spørgeskemaer samt såvel individuelle interview og fokusgruppeinterview. Inden vi belyser datagrundlaget og målingstidspunkterne, redegør vi først for vores population, herunder valg af sammenligningsplejecentre og kontrolpopulationer i forhold til de forskellige evalueringspunkter.

POPULATION

Ifølge Danmarks Statistik boede der i Danmark i 2011 over 77.000 personer i pleje- og ældreboliger (DS, 2012:7)¹⁰. Omkring 70.000 er 65 år eller mere, hvoraf 67 pct. er kvinder og 33 pct. er mænd.

Til analysen af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” medtager vi ikke almene ældreboliger, da de ikke vil være omfattet af interventionen på plejecentrene. Da kommunerne ikke registrerer centralt, hvad der

10. Tallene, som opgøres på bopæl, har et vist usikkerhedsmoment, da nogle beboere i plejeboliger stadig kan have folkeregisteradresse på en tidligere adresse, hvor ægtefællen er bosiddende.

er plejecentre, er det ikke helt nemt at identificere plejecentre i Danmark. Vi anvender en metode fra Ældredokumentationen hos Danmarks Statistik (2012), hvor en adresse med mange ældre antages at være et plejecenter, dog med nogle undtagelser, som vi beskriver i bilag 1. Danmarks Statistik har sammenholdt beregningsmetoden i kommuner, hvor man kender adresserne på plejecentrene. Her er der en fejlmargen på +/- 3 pct. i antallet af beboere på plejecentre.

Ud af hele populationen af beboere på plejecentre over 65 år har SOS og udvalgte kommuner udpeget plejecentre i hver kommune, der kunne deltage i pilotprojektet. Samtidig udvalgte plejecentre, som man forventede kunne udgøre en sammenligningsgruppe i forhold til analytiske mål, som ikke er til rådighed i registrene. Tabel 2.1 viser pilotprojektets interventionsplejecentre og den mindre gruppe af sammenligningsplejecentre, som blev udvalgt i samme kommuner.

TABEL 2.1

Oversigt over plejecentre i fem udvalgte kommuner i pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre".

| | København | Furesø | Lolland | Viborg | Horsens |
|---------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------|-------------|
| Interventionsplejecentre | Slottet | Ryetbo | Horslunde | Kildehaven: | Gefionshave |
| Sammenligningsplejecentre | Solterrasserne Bomiparken | Søndersø | Skovcentret | Klostertoften Klosterhaven | Skovly |
| | Kastanjehusene | Solbjerg- haven | | Skovvænget | Ceres |

Inden interventionen officielt gik i gang i 2012 blev både sammenlignings- og interventionsplejecentre bedt om at indsamle CPR-numre på alle beboere på centrene fra januar 2011 og frem til august 2012. Informationer om nye tilflyttere samt beboere, der skifter til den fast tilknyttede læge bliver indsamlet månedsvis af hvert plejecenter.¹¹ Derved har vi præcise informationer om, hvornår beboere flytter ind og eventuelt overgår til den fast tilknyttede læge.

Til analyserne i denne rapport opdeler vi populationen af plejecentre i tre undergrupper, som er de føromtalt interventionsplejecentre og sammenligningsplejecentre samt en gruppe bestående af de øvrige plejecentre i Danmark. I tabel 2.2 ses populationerne fordelt på de tre

11. Nogle plejecentre har haft problemer med at rapportere månedligt, men oplysningerne findes minimum kvartalsvis.

undergrupper, samt opdelt efter om de indgår i vores undersøgelsespopulation.

TABEL 2.2

Oversigt over antal plejecentre i Danmark og antal beboere fra januar 2011 til februar 2014. Særskilt for interventionsplejecentre, sammenligningsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Antal.

| | Population af plejecenterbeboere 65 år+ | | | Evalueringens population af plejecenterbeboere 65 år+ på plejecentre med 20+ beboere | | |
|---|---|---------------|----------|--|---------------|--------|
| | Plejecentre | Antal beboere | Kommuner | Plejecentre | Antal beboere | Døde |
| Interventionsplejecentre ^{1,2} | 7 | 873 | 5 | 7 | 873 | 416 |
| Sammenligningsplejecentre | 9 | 865 | 5 | 9 | 865 | 354 |
| Øvrige plejecentre (inkl. sammenligningscentre) i DK ³ | 1.442 | 50.384 | 98 | 920 | 41.079 | 19.841 |
| Total | 1.449 | 51.257 | 98 | 927 | 41.952 | 20.257 |

1. Starter først på interventionen september 2012, men data er fra januar 2011 til februar 2014.
 2. Bopælsoplysninger ud af befolkningen i 2011, 2012.
 3. Fratrukket de adresser, hvor der bor mindre end 3 personer, da det kan være ægtefælden, der tæller med.
- Kilde: SFI-beregninger og registerdata.

Antallet af interventions- og sammenligningsplejecentre er defineret på forhånd, og antallet af beboere eksklusive beboere, der enten bor i midlertidige eller beskyttede boliger, ses i kolonne 2 i tabel 2.2. Det vil sige det antal beboere, der på et eller andet tidspunkt i perioden fra januar 2011 til februar 2014 har boet på plejecentrene. Ud af beboerne på plejecentrene er der 4 pct., 3 pct. og 7 pct. på henholdsvis interventions-, sammenlignings- og øvrige plejecentre, der er under 65 år: Vi ekskluderer de beboere, der er under 65 år, da disse kan være beboere med specielle lidelser, som ikke nødvendigvis er aldersrelaterede, og som derfor ikke på samme måde er relevant for pilotprojektet. Yderligere ser vi kun på plejecentre med mere end 20 beboere, da alle interventionscentre består af 20 beboere eller mere. Det betyder, at den endelige analyse beror på populationen af 41.952 ældre, som har boet på plejecentrene minimum en måned i analyseperioden (jf. kolonne 5 i tabel 2.2).

DATA

Analysen bygger som nævnt på en række forskellige datakilder. De fem formål med pilotprojektet (jf. kapitel 1) kan som udgangspunkt opdeles i henholdsvis kvantitative og kvalitative mål, hvilket derefter i høj grad afspejler valget af datagrundlag. De to første hovedformål (reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og kortids- og genindlæggelser samt reducere kontakten til lægevagten) er i høj grad kvantificerbare mål, som vi primært evaluerer med udgangspunkt i registerdata. De tre øvrige formål (forbedre medicin håndteringen, forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale og forbedre brugertilfredsheden blandt plejepersonale, læge, beboer og pårørende) er derimod i højere grad af kvalitativ karakter og evalueres på baggrund af spørgeskemaer og individuelle interview såvel som fokusgruppeinterview.

REGISTERDATA

Data omkring indlæggelser kommer fra Landspatientregistret (LPR), kontakten til læger kommer fra Sygesikringsregistret (SSR), mens øvrige oplysninger indsamles fra Danmarks Statistiks registre. Fordelene ved at anvende LPR, SSR og Danmarks Statistiks registre er, at de indeholder mange oplysninger omkring beboernes brug af sundhedsfaglige ydelser, såsom indlæggelser, indlæggelsesmåde, antal sengedage, kontakten til lægevagten, konsultationstyper, tidspunkter for konsultationer mv. Yderligere trækker vi nogle individspecifikke baggrundsoplysninger, såsom køn, alder, højest fuldførte uddannelse, kommunestørrelse, indbyggertal mv. fra Danmark Statistik. Vi får ligeledes oplysninger omkring dødstidspunkt for eventuelle døde beboere i projektperioden, hvilket i særdeleshed er vigtig viden i evalueringen af denne type projekt. Vigtigheden skyldes, at den gennemsnitlige middellevetid på plejecentre er meget lav. Næsten hver tredje beboer på plejecentre dør inden for det første år, han eller hun er flyttet på plejecentre (Eldrekommissionen, 2012), hvorfor en del af plejecenterbeboerne dør i løbet af projektperioden. Detaljerne omkring de enkelte registres målingstidspunkter beskrives i bilag 2.

ELEKTRONISK SPØRGESKEMA

Da det ikke er muligt at indhente anvendelige registeroplysninger til analysen om kvaliteten af medicin håndteringen¹², samarbejdet mellem læger og plejepersonale og brugertilfredsheden, er oplysninger herom indsamlet via en kombination af elektroniske spørgeskemaer og interview.

Spørgeskemaoplysninger fra interventions- og sammenligningsplejecentre er blevet indsamlet på to tidspunkter, henholdsvis som en før-måling i marts og april 2012¹³ og en efter-måling i marts 2014. Til hvert målingstidspunkt er hvert plejecenter blevet bedt om at udfylde et elektronisk spørgeskema, der skulle besvares af 1-4 relevante medarbejdere med kendskab til de pleje- og behandlingsmæssige forløb samt samarbejdet med de praktiserende læger. Af ressourcemæssige hensyn til plejepersonalets øvrige opgaver tillod vi, at udfyldelsen kunne foretages af ned til én medarbejder. Da der kun bliver udfyldt ét skema for hvert plejecenter (på enkelte plejecentre ét pr. afdeling), opstår der en risiko for bias i svarmønstrene på holdningsspørgsmålene og risiko for, at spørgsmålene ikke besvares tilstrækkeligt grundet manglende kendskab til de adspurgte forhold blandt de medarbejdere, som udfylder skemaet. I implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013) finder vi en generel meget fælles holdning til de forhold, vi spørger om i skemaet. Derudover har vi tilstræbt, at både før- og efter-spørgeskemaet bliver udfyldt af de samme personer, hvorved en given bias således kan betragtes som værende systematisk, så vi stadig har mulighed for at se på udviklingen i holdningsspørgsmålene. Vi har yderligere tilstræbt, at det alene er medarbejdere, som dels varetager den sundhedsfaglige kontakt med lægen og dels har et indgående kendskab til beboernes generelle sundhedstilstand og indsigt i pleje- og behandlingsbehov, der udfylder spørgeskemaet.

Spørgeskemaet består af ca. 40 spørgsmål, der primært afdækker samarbejdsrelationerne mellem plejepersonalet og beboernes læger, herunder tilfredsheden og tilliden imellem parterne samt medicin håndteringen. I forbindelse med efter-målingen i 2014 blev de fast tilknyttede læger bedt om at besvare et kort spørgeskema indeholdende 14 spørgsmål,

12. Det er muligt at indhente medicinoplysninger via registrene, men ud fra registrene er det ikke muligt at vurdere, om medicinændringen er til bedring eller forværring af beboernes helbred.

13. Grundet forsinkelser i opstarten af pilotprojektet ender før-målingen dog med at være knap et halvt år før den egentlige opstart i september 2012. SFI vurderede i implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013) efter samtale med plejecentrene, at før-målingen i marts og april 2012 stemmer overens med plejecentrenes situation i juli 2012.

der udelukkende handler om samarbejdet mellem lægen og plejepersonalet.

Endvidere har tre plejecentre i forbindelse med efter-målingen indvilliget i, at vi rekrutterede pårørende via opslag samt uddeling af sedler. Vi sendte 33 skemaer ud (elektronisk) og heraf har 27 svaret., hvilket giver en svarprocent på 82. Spørgeskemaet består af otte spørgsmål, hvor de pårørende giver deres bud på årsagen til, at beboeren foretog et lægeskift til den fast tilknyttede læge på plejecentret. Samtidig svarer de pårørende på, hvor tilfredse de selv er med, at beboeren har fået den fast tilknyttede læge.¹⁴ Som tabel 2.3 viser, har vi en generel høj svarprocent i alle spørgeskemarunderne, som omhandler få informanter.

TABEL 2.3

Svarprocent for spørgeskemaer anvendt ved før- og efter-måling.

| Spørgeskema til: | Periode | Antal skemaer | Svarprocent |
|------------------------|--------------|---------------|-------------|
| Plejepersonale | Før-måling | 7 | 100 |
| Plejepersonale | Efter-måling | 7 | 100 |
| Fast tilknyttede læger | Efter-måling | 7 | 100 |
| Pårørende | Efter-måling | 33 | 82 |

Kilde: SFI's elektroniske spørgeskema.

INTERVIEW OG ØVRIGE DATAKILDER

Plejecentrenes projektparathed og implementeringen af interventionen, herunder problematikker i forbindelse med implementeringen har vi af-dækket via interview (Weatherall m.fl., 2013). Derudover anvendes interviewene også som en kvalificering af spørgeskema-besvarelsene. Derved kan plejepersonalet, lægen mv. få mulighed for at uddybe deres besvarelser fra spørgeskemaerne, samt svært målbare temaer, såsom brugertilfredshed, kan uddybes her. Ud over disse interview har vi også indsamlet viden omkring pilotprojektet i forbindelse med diverse møder. En oversigt over samtlige interview- og mødeaktiviteter i forbindelse med interventionscentrene ses i tabel 2.4.

14. Det ville naturligvis være optimalt, at det er beboerne selv, vi spørger om deres egen vurdering af og tilfredshed med pilotprojektet. Dog har forskellige fagpersoner, herunder personalet på de enkelte plejecentre, vurderet, at det ikke er hensigtsmæssigt at stille spørgsmålene til beboerne, da en betydelig del af beboerne er syge med demens. Samlet lider over 50 pct. af demenssygdomme. Det er dermed ikke muligt at få et repræsentativt udsnit af beboerne til at besvare spørgeskemaet, hvorfor vi risikerer en bias i besvarelsene ved at spørge dem.

TABEL 2.4

Interview og øvrige datakilder opdelt efter periode og type.

| | Periode | Type |
|--|-----------------------------------|---|
| <i>Interview</i> | | |
| Plejepersonale, lokal tovholder og kommunal projektleder | Før-måling (projektparathed) | Telefonisk fokusgruppinterview |
| Plejepersonale | Før-måling | Personlig og telefonisk fokusgruppinterview |
| Plejecenterleder | Før-måling | Telefonisk interview |
| Lokal tovholder | Implementering | Telefonisk interview |
| Fast tilknyttede læger | Implementering | Telefonisk interview |
| Lokal tovholder | Efter-måling | Telefonisk interview |
| Plejepersonale | Efter-måling | Fokusgruppinterview |
| Fast tilknyttede læger | Efter-måling | Telefonisk interview |
| <i>Øvrige datakilder</i> | | |
| Logbøger | Ugentligt | Lokal tovholder udfylder logbogen efter hvert møde med den fast tilknyttede læge |
| Projektledermøder | Løbende (indtil videre fem møder) | Møder med SOS, kommunale projektledere og lokale tovholdere |
| Opstartworkshops | Opstart | Møder med SOS, kommunale projektledere, ledere og plejepersonale og de fast tilknyttede læger |
| Netværksmøder | Opstart/implementering | Møder med SOS, kommunale projektledere, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger |

Kilde: SFI opgørelse.

Via diverse opstartworkshops på plejecentrene har vi indhentet information om, hvordan den lægefaglige sparring på de ugentlige møder blev tilrettelagt og tankerne om, hvordan pilotprojektet bedst muligt forankres på det enkelte plejecenter.

Vi har monitoreret implementeringsfasen og projektforløbet via telefoninterview med de lokale tovholdere, de fast tilknyttede læger, og gennemlæsning af logbøgerne, som udfyldes på de ugentlige samarbejds møder. Samtidig har vi ved at deltage på diverse møder, herunder netværksmøderne og de løbende projektledermøder, indsamlet en overordnet viden omkring implementeringen og de første erfaringer fra projektet.

Som supplement til spørgeskemaerne har vi lavet fokusgruppinterview med plejepersonalet på plejecentre både til før- og eftermålingen. Samtidig foretog vi også ved før-målingen telefoninterview med plejecenterlederne for at afdække et mere overordnet synspunkt på samarbejdsrelationerne mellem plejepersonalet og lægen.

METODE

Et pilotprojekt som ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”, der bliver implementeret på syv forskellige plejecentre i fem forskellige kommuner, har både udfordringer under opstarten og undervejs, og det er vigtigt at tage højde for i evalueringsdesignet.

EFFEKTANALYSE AF PRIMÆRE MÅL

Det centrale for effektmålingen er, at vi ønsker at se på effekten af interventionen over for en kontrafaktisk situation. Det vil sige, vi ønsker at se, om interventionen har betydning i forhold til, hvis interventionen ikke havde fundet sted. Det er derfor centralt at have en interventionsgruppe og en kontrolgruppe, som er sammenlignelige bortset fra, at den ene gruppe modtager en intervention.

Interventionsgruppen er her pilotprojektets syv plejecentre og deres beboere i fem forskellige kommuner. Disse plejecentre har fået tildelt en fast tilknyttet læge, som både skal indgå i et samarbejde med plejepersonalet, og som også får en tilgang af nye patienter i det omfang, beboerne på plejecentrene vælger at skifte læge. Interventionen gælder altså for alle beboere på de syv plejecentre i pilotprojektet.

I forbindelse med denne senere fortolkning af resultaterne af effektanalysen er det vigtigt at huske på, at beboerne, der deltager i pilotprojektet, kan have forskellige motiver og grunde til at bo på en bestemt plejecenter og deltage i pilotprojektet. Nogle beboere har måske valgt at bo på et bestemt plejecenter ud fra et bevidst ønske, andre har været nødsaget til at vælge det første og bedste plejecenter på grund et meget dårligt helbred, og for andre er det til dels de pårørende, der har valgt plejecenteret.

I forhold til pilotprojektet har nogle beboere måske valgt et interventionsplejecenter fordi de ønsker at deltage i projektet. På den anden side kan nogle af beboerne på interventionsplejecentrene ufrivilligt være en del af den fast tilknyttede lægeordning ved allerede at være bosat på et interventionsplejecenter. Disse beboere kan vælge ikke at skifte læge. Men da lægen og plejepersonalet stadig har et samarbejde, bliver beboeren udsat for interventionen.

Interventionen starter september 2012 og forløber frem til det tidspunkt, hvor evalueringsperioden slutter i februar 2014. Men for beboerne på plejecentrene er interventionen ikke nødvendigvis klart af-

grænset, da beboerne kan til- og fraflytte plejecenteret, og flere af beboerne dør undervejs (jf. tabel 2.2).

Kontrolgruppen består af beboere på alle andre danske plejecentre med mere end 20 beboere på mere end 65 år som vist i tabel 2.2. Vi vil argumentere for, at gruppen er sammenlignelige i forhold til nogle observerbare karakteristika som beboersammensætning, plejecenterstørrelse mv. Tabel 2.5. viser de gennemsnitlige karakteristika for beboerne på henholdsvis interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre i Danmark, som er analysens kontrolgruppe.

TABEL 2.5

Gennemsnitskarakteristika for beboere mere end 65 år og som bor på plejecentre med mere end 20 beboere. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.

| | Interventions- plejecentre | Øvrige plejecentre |
|---|-------------------------------|-----------------------|
| <i>Beboerkarakteristik</i> | | |
| Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011 | 25,5 | 24 |
| Beboere, der har kontakt til lægevagten i 2011 | 5,2 | 5 |
| Beboere, der anvender mere end 20 medicinske præparater i 2011 | 25,1 | 26,4 * |
| Gennemsnitsalder | 84,4 | 84,2 * |
| Andel mænd | 31,8 | 29,4 |
| <i>Plejecenterstørrelse</i> | | |
| 20-39 beboere (pct.) | 12,3 | 47,8 * |
| 40-79 beboere (pct.) | 18,9 | 45,2 * |
| Mere end 80 beboere (pct.) | 68,8 | 7,0 |
| Gennemsnitlig månedlig andel af beboere indlagt med mindst en forebyggelig indlæggelse i før-perioden | 3,65 | 2,91 * |
| Gennemsnitlig månedlig andel af beboere indlagt med mindst en genindlæggelse i før-perioden | 5,22 | 3,91 * |
| Gennemsnitlig månedlig andel af beboere indlagt med mindst en korttidsindlæggelse i før-perioden | 9,15 | 9,04 |

Anm.: * = at gennemsnittet for plejecentrene er signifikant forskellige.

Kilde: SFI-datasæt og registerdata.

Tabel 2.5 viser, at beboere på interventions- og øvrige plejecentre fordele sig ens i forhold til andel mænd, antal indlæggelser og lægekontakt i 2011. Til gengæld er beboerne på interventionsplejecentrene signifikant forskellige i forhold de indlæggelser, vi analyserer i nærværende rapport samt i forhold til den gennemsnitlige størrelse på plejecentrene. Det vil sige, at interventionscentre generelt har flere beboere end den øvrige plejecenterpopulation. Det er netop på de store plejecentre, at vi forventer interventionen kan få størst betydning, da det er på de store plejecentre, at reduktionen i antal læger er størst.

Kontrolgruppen inddrages for at kontrollere for, om eventuelle tendenser skyldes den generelle udvikling i samfundet, eller om det er særlig tendens blandt interventionsplejecentrene. Kontrolgruppen kan ikke leve op til de stringente krav en effektanalyse stiller, fordi interventionsplejecentrene ikke er et tilfældigt udsnit af plejecentre. Det betyder, at eventuel variation mellem beboere i interventionsgruppen og andre plejecentre kan skyldes, at der er systematiske forskelle – ud over dem, vi kan kontrollere for – der påvirker udfaldsmålet. Vi kan eksempelvis forestille os, at personer med særlige karakteristika vælger et bestemt plejecenter. Dette kaldes ”selvselektion”, og det kan vi ikke kontrollere for. Det betyder, at vi ikke kan drage konklusioner omhandlende effekten i ordets mest stringente betydning, dog kan vi alligevel fortolke tendenser ud fra hypotesen.

Vigtigheden af en kontrolgruppe skyldes også, at sundhedsprofilen oftest forværres med alderen, dvs. at vi ikke kan lave en før- og efteranalyse af beboerne og derudfra konkludere, om interventionen har effekt, da tidsaspektet kan påvirke resultaterne. Derfor vælger vi at sammenligne interventionsplejecentrene med en kontrolgruppe.

Den gruppe af beboere, som er genstandsfelt for evalueringen, har ofte haft mange sygdomme og indlæggelser, før vi observerer dem på plejecentrene i januar 2011 og til den endelige måling februar 2014 (jf. tabel 2.5). Det betyder, at nogle af de indlæggelser, som vi observerer som forebyggelige indlæggelser, mens de bor på plejecentret, faktisk hænger sammen med en lang sygdomshistorie, som vi ikke kan observere i vores data. Det er derfor ekstra vigtigt, at vi ser på indlæggelsernes udvikling og ikke på et bestemt måletidspunkt eller niveau..

Der er flere forhold, vi skal være opmærksomme på, når vi sammenligner før og efter, at interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” påbegynder. Det er vigtigt, at vi kan tidsfastsætte interventionen for at sikre, at ændringer før og efter ikke skyldes ændringer i populationens sammensætning. Det er derfor vigtigt, at vi har fået til- og fraflytningsdatoerne for beboerne på plejecentrene.

Den grundlæggende forudsætning for en simpel før- og efteranalyse er, at den tager udgangspunkt i det faktum, at en beboer i før-perioden ikke får en intervention og i efter-perioden får interventionen. Analysen sammenligner på den måde en beboer på plejecentrene med sig selv ved at beregne forskelle i gennemsnit i udfaldsmål. Denne simple metode fjerner faste beboerkomponenter, og giver det gennemsnitlige

afkast blandt interventionsgruppen. En ulempe ved en før- og efteranalyse er, at analysen ikke er robust over for ændringer over tid, såsom at helbredet forværres med alderen, og derfor er kontrolgruppen nødvendig.

Vi laver effektanalysen, hvor vi sammenligner interventionspopulationen med kontrolpopulationen i et før- og efter-design, da dette design kan tage højde for både observerbare plejecenterkarakteristika og ikke-observerbare plejecenterkarakteristika, som er uændrede over tid. Den isolerede effekt af interventionen findes ved at trække den gennemsnitlige effekt fra før-perioderne til efter-perioderne for kontrolgruppen fra forskellen i den gennemsnitlige effekt for interventionsgruppen. Denne beregningsmetode kaldes en difference-in-differences-model (DiD). Metoden og vores modelantagelser er beskrevet i detaljer i specialet af Hansen (2014) og i bilag 3.

Vi anvender forskellige regressionsmetoder og statistiske test for at vurdere, om forskelle mellem de grupper, vi sammenligner, er signifikante eller blot kan tilskrives statistiske tilfældigheder. De statistiske test og regressionsmetoder har vi beskrevet i bilag 3.

EVALUERING AF SEKUNDÆRE MÅL

Datakilderne for implementeringen, medicin håndteringen, samarbejdet mellem lægen og plejepersonale og brugertilfredsheden sætter rammen for, hvad der evalueringsmæssigt er muligt. Disse oplysninger er indsamlet via en kombination af elektroniske spørgeskemaer og interview blandt interventionscentre og den lille udvalgte gruppe af sammenligningsplejecentre såvel som med de fast tilknyttede læger og de pårørende.

Vi laver en beskrivende og kvalitativ evaluering af, hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har på medicin håndteringen, samarbejde og brugertilfredshed i pilotprojektet. Vi kan ud fra de elektroniske spørgeskemaer, som beskrevet i ovenstående, lave en før- og efteranalyse af de sekundære mål. Ved spørgeskemaerne skal vi være opmærksomme på, at der kan være bias i svarmønstrene på holdningsspørgsmålene i den ene eller anden retning. Resultaterne bliver dog sammenlignet og uddybet igennem telefoniske interview med lægerne og plejepersonalet og en mindre elektronisk rundspørge blandt pårørende omkring beboernes brugertilfredshed.

Til sidst opstiller vi en business case, der kan skitsere økonomiske og kvalitative fordele og ulemper gennem eksempler fra pilotprojektet. Vi anvender business casen som et redskab til at sandsynliggøre øko-

nomiske resultater og forretningsmæssige konsekvenser af at udrulle pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” til de øvrige plejecentre i Danmark. Business casen laves ud fra eksisterende data vedrørende de involverede aktører og de fremkomne resultater i nærværende rapport.

OPSAMLING

- Vi anvender registerdata, data fra spørgeskemaer samt såvel individuelle interview og fokusgruppeinterview, når vi skal evaluere pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.
- Pilotprojektets primære udfaldsmål, som forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser, evalueres via en effektanalyse. Vi sammenligner altså beboere fra interventionsplejecentrene med beboere fra øvrige plejecentre i et før- og efter-design, hvor vi tager højde for både observerbare plejecenterkarakteristika og ikke-observerbare plejecenterkarakteristika, som er uændrede over tid.
- Vi laver en beskrivende og kvalitativ evaluering af, hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har på sekundære udfaldsmål som medicinbehandlingen, samarbejde og brugertilfredshed.
- Vi laver en business case ud fra effektanalyserne. Business casen er et skøn over interventionens potentielle muligheder i hele landet, hvis man antager, at resultaterne fra pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” kan generaliseres. Det vil sige, vi tager ikke højde for den positive selektion, resultaterne må forventes at være offer for.

FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER

Vi ser i det følgende kapitel nærmere på omfanget og karakteren af forebyggelige indlæggelser blandt beboere på plejecentre. Det centrale spørgsmål er, om beboerne på plejecentre med en fast tilknyttet læge har færre forebyggelige indlæggelser end beboere på de øvrige plejecentre. Vi opridser kort, hvad en forebyggelig indlæggelse er, og hvordan disse fordeler sig over tid og på tværs af interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre. Til sidst i kapitlet viser vi resultaterne af effektmålingen, hvor vi med mere avancerede statistiske metoder estimerer effekten af at bo på et plejecenter med en fast tilknyttet læge på antallet af forebyggelige indlæggelser.

Som beskrevet i kapitel 2, og som det fremgår af boks 3.1, består datagrundlaget i dette kapitel af de syv interventionsplejecentre og en kontrolgruppe af alle øvrige plejecenterbeboere i Danmark, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere.

BOKS 3.1

Datagrundlag for effektanalyse af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af forebyggelige indlæggelser.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011 til februar 2014.

FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER

Vi kvantificerer i boks 3.2 målet for de forebyggelige indlæggelser ud fra 10 sygdomsgrupper på baggrund af Finansministeriets, Indenrigs- og Sundhedsministeriets og KL's publikation *Reduktion af forebyggelige indlæggelser* fra 2010.

Indlæggelsesvariablen er opgjort ud fra den aktionsdiagnose, som en patient får i forbindelse med den første afdelingskontakt på hospitalet. Det sikres derved, at data kun afspejler den diagnose, som beboeren blev indlagt med. Er beboeren fx blevet behandlet for en blærebetændelse ved første afdelingskontakt, er det med stor sandsynlighed en blærebetændelse, som beboeren har pådraget sig inden ankomsten til hospitalet. Er blærebetændelsen derimod først diagnosticeret i forbindelse med en senere eller sidste afdelingskontakt, er blærebetændelsen sandsynligvis opstået på hospitalet. Ved at tage udgangspunkt i aktionsdiagnosen får vi således et mere validt billede af, i hvilket omfang der er tale om en beboer, som er blevet indlagt med en forebyggelig indlæggelse.

Til trods for navnet er det ikke alle forebyggelige indlæggelser, der i praksis kan forebygges. Omvendt er det heller ikke endegyldigt, at en indlæggelse, blot fordi den ikke er defineret som forebyggelig, ikke forebygges. Potentialer er bare mindre i forhold til at forebygge en sådan indlæggelse, end en indlæggelse inden for de 10 forebyggelige sygdomsgrupper (KL m.fl., 2013).

BOKS 3.2

Definition af forebyggelige indlæggelser.

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt.

Målet er baseret på 10 sygdomsgrupper (ICD10-diagnosekoder i parentes):

- Ernæringsbetinget blodmangel (DD50-53)
 - Knoglebrud (DD02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92)
 - Tarminfektion (DA09)
 - Blærebetændelse (DN30, dog ikke DN303 og DN304)
 - Nedre luftvejssygdomme (DJ12-15, DJ18, DJ20-22, DJ40-47)
 - Forstoppelse (DK590)
 - Væskemangel (DE869)
 - Sukkersyge (DE10-14)
 - Tryksår (DL89)
 - Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74-DZ75)
-

Kilde: KL m.fl., 2013.

I tabel 3.1 vises det samlede antal akutte somatiske indlæggelser og andelen af disse, der er karakteriseret som forebyggelige for den danske plejecenterpopulation i perioden januar 2011 til og med februar 2014. Både på interventionsplejecentrene og de øvrige danske plejecentre ligger andelen af indlæggelser, der er forebyggelige, lige over 19 pct. Det vil sige, at det for alle plejecenterbeboere, der er over 65 år, i perioden januar 2011 til februar 2014 er det cirka hver femte indlæggelse, der potentielt kan forebygges.

TABEL 3.1

Antal indlæggelser, antal forebyggelige indlæggelser og andelen af alle indlæggelser, der er karakteriseret som at være forebyggelige. Særsomt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark fra 2011-2014. Antal og procent

| | Interventionsplejecentre | Øvrige plejecentre | Total |
|--|--------------------------|--------------------|---------|
| Indlæggelser, antal | 3.319 | 153.307 | 156.626 |
| Forebyggelige indlæggelser, antal | 648 | 29.864 | 37.265 |
| Andel forebyggelige indlæggelser, pct. | 19,52 | 19,48 | 19,48 |

Anm. Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Fordelingen af de forebyggelige indlæggelser i de 10 forebyggelige sygdomsgrupper vises i tabel 3.2.

TABEL 3.2

Forebyggelige indlæggelser, fordelt på sygdomsgrupper. Særskilt for interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre i Danmark henholdsvis 18 måneder før og 18 måneder efter opstart af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Antal og procent.

| | Interventionsplejecentre | | | | Øvrige plejecentre | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------|-------|------|--------------------|------|--------|------|
| | Før | | Efter | | Før | | Efter | |
| | Antal | Pct. | Antal | Pct. | Antal | Pct. | Antal | Pct. |
| Ernæringsbetinget blodmangel | 4 | 1,1 | 2 | 0,9 | 215 | 1,5 | 199 | 1,4 |
| Knoglebrud | 133 | 36,1 | 92 | 40,9 | 5.239 | 37,1 | 5.226 | 36,6 |
| Tarminfektion | 7 | 1,9 | 1 | 0,4 | 152 | 1,1 | 158 | 1,1 |
| Blærebetændelse | 39 | 10,6 | 18 | 8 | 1029 | 7,3 | 1.025 | 7,2 |
| Nedre luftvejssygdomme | 102 | 27,7 | 79 | 35,1 | 5.073 | 35,9 | 5.224 | 36,6 |
| Forstoppelse | 10 | 2,7 | 2 | 0,9 | 342 | 2,4 | 322 | 2,4 |
| Væskemangel | 41 | 11,2 | 12 | 5,3 | 1.230 | 8,7 | 1.195 | 8,4 |
| Sukkersyge | 24 | 6,5 | 13 | 5,8 | 515 | 3,6 | 519 | 3,6 |
| Tryksår | 7 | 1,9 | 6 | 2,7 | 305 | 2,2 | 323 | 2,3 |
| Sociale og plejemæssige forhold | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 25 | 0,2 | 85 | 0,4 |
| I alt | 368 | 100 | 225 | 100 | 14.125 | 100 | 14.276 | 100 |

Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

For at kunne sammenligne udviklingen på tværs af interventionsplejecentrene og den øvrige plejecenterpopulation før og efter interventionen er tabel 3.2 opgjort 18 måneder før og 18 måneder efter interventionsstart i september 2012. Vi viser både det faktiske antal forebyggelige indlæggelser i hver sygdomsgruppe, og hvor stor en andel sygdomsgruppen udgør af det samlede antal forebyggelige indlæggelser.

I de 18 måneder op til det tidspunkt, hvor de praktiserende læger blev tilknyttet interventionsplejecentrene, er der i alt 368 forebyggelige indlæggelser på de syv plejecentre. I de første 18 måneder efter, at lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, er antallet af indlæggelser faldet til 225. Dette svarer til en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser på cirka 39 pct.. For de øvrige plejecentre er antallet af forebyggelige indlæggelser nogenlunde konstant fra før til efter interventionen, dog ser vi en lille stigning på 151 indlæggelser (knap 1 pct.).

For de øvrige plejecentre ændrer fordelingen af de forebyggelige indlæggelser på de 10 sygdomsgrupper sig ikke betydeligt fra før til efter interventionen. Vi finder, at andelen af knoglebrud og sygdomme i de nedre luftveje procentuelt er større fra før til efter på interventionsplejecentrene. Samtidig falder særligt andelen af de forebyggelige indlæggelser,

der skyldes blærebetændelse, forstoppelse og væskemangel. Tabel 3.2 giver altså en indikation på, at der er nogle sygdomsgrupper, der er lettere at forebygge end andre.

Overordnede temaer, der ofte rapporteres om i logbøger fra de ugentlige møder, er fx ernæring, motion, blodprøver, kosttilskud, medicinering, og hvornår man skal kontakte læge. Der fremgår også mere diagnosespecifikke temaer som diabetes, infektioner, balance (styrke og svimmelhed), KOL, demens, sår og obstipation. Der er altså ingen indikation på, at der fokuseres på enkelte sygdomsgrupper under de ugentlige møder. Lægerne og plejepersonalet diskuterer mange både brede og mere specifikke temaer under møderne.

Det ses yderligere i tabel 3.2, at langt størstedelen af de forebyggelige indlæggelser er fordelt på få sygdomsgrupper. Knoglebrud, sygdomme i nedre luftveje og væskemangel står både før og efter interventionen for cirka tre fjerdedele af alle de forebyggelige indlæggelser blandt plejecenterbeboerne. Knoglebrud omfatter frakturer af kranie, hals, ribben, rygsøjle, bækken, skulder, arm, hånd, ben og fod. Disse diagnoser stilles ofte i forbindelse med fald. Årsagerne til fald kan fx være svimmelhed forårsaget af væskemangel, og brud ses ofte for ældre mennesker ved fald fra stående eller siddende stilling. Dog er det ikke alle indlæggelser med knoglebrud, der kan forebygges (KL m.fl., 2010).

Nedre luftvejssygdomme omfatter en række beslægtede sygdomme i nedre luftveje, herunder akutte infektioner som for eksempel lungebetændelse, kroniske tilstande som kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og akut forværring af kroniske tilstande. Indlæggelser i denne sygdomsgruppe kan i nogen grad forebygges, da sygdommene i almindelighed vil kunne behandles af beboernes praktiserende læge.

Det samme gælder væskemangel, der alene omfatter dehydrering, som kan forebygges med væskeindtag. Ved tilstrækkelig forebyggende indsats burde beboere ikke blive indlagt med væskemangel (KL m.fl., 2010).

KARAKTERISTIKA ASSOCIERET MED EN FOREBYGGELIG INDLÆGGELSE

Der kan være flere forskellige faktorer, der har betydning for, hvor stor sandsynlighed den enkelte plejecenterbeboer har for at blive indlagt. For eksempel kan man forestille sig, at jo ældre beboeren er, og jo svagere

helbred beboeren har, jo større vil sandsynligheden være for, at der opstår en helbredssituation, som ender med en hospitalsindlæggelse.

TABEL 3.3

Beregnet sandsynlighed for en forebyggelig indlæggelse for alle plejecenterbeboere i Danmark (probit estimation). Præsenteret som marginale sandsynligheder.

| <i>Beboerkarakteristika</i> | Koefficient |
|--|-----------------------------|
| Beboere, der har anvendt mere end 20 medicinske præparater i 2011 | 0,009 *** (0,001) |
| Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011 | 0,007 *** (0,001) |
| Beboere i kontakt med lægevagten i juli 2012 | 0,009 *** (0,001) |
| Alder | 0,0000753 ** (0,0000359) |
| Køn (mand = 1) | 0,004 *** (0,001) |
| <i>Plejecenterstørrelse (reference er plejecentre med mere end 80 beboere)¹</i> | |
| 20-39 beboere | 0,001 (0,001) |
| 40-79 beboere | 0,000 (0,001) |
| Log-likelihood | -46.540,4 |
| Forklaringsgrad | 0,016 |

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en forebyggelig indlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en forebyggelig indlæggelse er den afhængige variabel lig 0. Data er restrikeret til efter-perioden og er et poolt tværsnit. Analysen er baseret på 431.337 observationer. Standardfejle er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Modellen kontrollerer for kommune-fixed effects.

1. Plejecenterstørrelse er beregnet ud fra antal beboere, der boede på plejecenteret i juli 2012.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

Det kan også være plejecenterkarakteristika, der har betydning for, om plejecenteret vælger at få indlagt en beboer eller ej. For eksempel kan det være, at plejecenterets personale er mindre erfarne eller har mindre viden om plejen af ældre, og de ældre derfor oftere bliver indlagt med forebyggelige sygdomme.

Vi undersøger sammenhænge mellem specifikke karakteristika og sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse. Det gør vi ved brug af en simpel ikke-lineær regressionsmodel, der kan estimere signifikante sammenhænge. I modellen medtager vi variable for plejecentrenes størrelse, beboernes køn, alder, medicinforbrug i 2011, antal indlæggelser i 2011 og kontakt med lægevagten i 2012 (dvs. før pilotprojektet). Da ef-

ter-perioden er den periode, vi forventer, at interventionen har effekt, har vi begrænset vores datagrundlag til kun at indeholde data for efterperioden. Dermed undersøger vi, hvilke karakteristika fra før-perioden der har en sammenhæng med sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse i efter-perioden.

I tabel 3.3 fremgår resultaterne fra regressionsmodellen. Vi ser, at det især er indikatorerne for beboernes helbred, der har en sammenhæng med, om beboerne indlægges med en forebyggelig indlæggelse. Alt andet lige, så stiger sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse, hvis beboeren i 2011 anvendte mere end 20 medicinske præparater. Dette er gældende, ligegyldigt om den enkelte person boede på plejecenter eller ej i 2011. Den samme stigning i sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse ser vi også for, om beboeren var i kontakt med lægevagten måneden før, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene. Hvis beboeren har haft kontakt med lægevagten, så stiger sandsynligheden alt andet lige for at blive indlagt med en forebyggelig indlæggelse. Også hvis beboeren har været indlagt fire gange eller mere i 2011, har beboeren en større sandsynlighed for en forebyggelig indlæggelse. Vi finder desuden også, at mænd har en større sandsynlighed for en forebyggelig indlæggelse end kvinder. Dog er forskellen meget lille, men stadig signifikant.

Den beskrivende statistik viste, at interventionsplejecentre i gennemsnit er meget større end den øvrige plejecenterpopulation, men plejecentrenes størrelse har tilsyneladende ingen betydning for sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse.

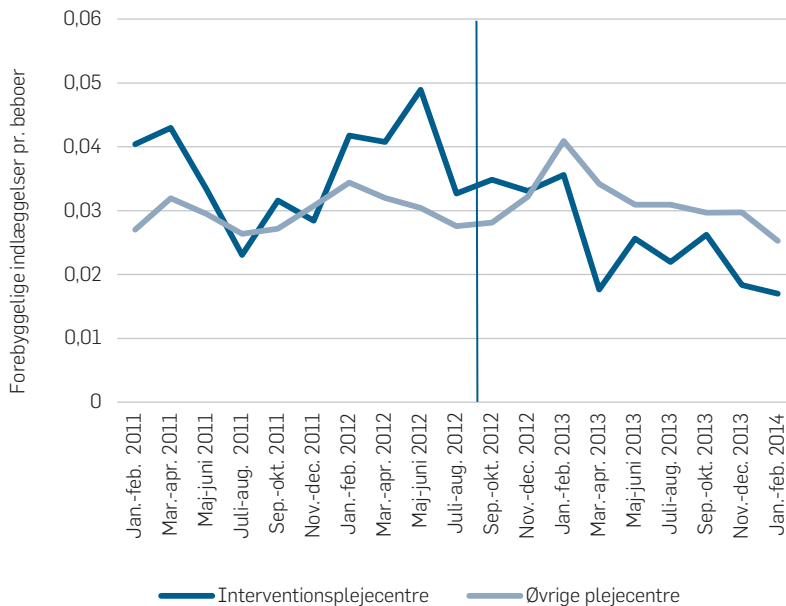
Man kan forestille sig, at plejecenterstørrelsen kan have betydning for, hvordan det at have en fast tilknyttet læge påvirker antallet af forebyggelige indlæggelser, da der vil være stor forskel i arbejdsbyrden for den fast tilknyttede læge, om der er 20 eller 150 beboere på det plejecenter, lægen tilknyttes.

FOREBYGGELIGE INDLÆGSELSE OVER TID

Nu vil vi fokusere på pilotprojektet og undersøge, om antallet af forebyggelige indlæggelser reduceres ved at tilknytte faste læger på plejecentrene.

FIGUR 3.1

To-måneders gennemsnit af antal forebyggelige indlæggelser pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Vi kan observere antallet af forebyggelige indlæggelser fra januar 2011 og til og med august 2012 inden interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” starter. Denne periode kalder vi for før-perioden. Efter interventionsstart i september 2012 observerer vi plejecenterbeboerne til og med februar 2014, hvilket kaldes efter-perioden.

I figur 3.1 ses udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. plejecenterbeboer på interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre, opgjort som to-måneders gennemsnit. To-månedersgennemsnittet udjævner potentielle ekstreme månedsudsving i antallet af forebyggelige indlæggelser. Dette er særligt nødvendigt for interventionsplejecentrene, da der er væsentligt færre beboere på de syv interventionsplejecentre end på alle øvrige plejecentre i Danmark. Det mindre antal beboere gør, at gennemsnittet er mere følsomt overfor fx et influenza-udbrud eller madforgiftning på et enkelt plejecenter, hvorimod gennemsnittet for de øvrige plejecentre, der består af 920 plejecentre, ikke er

så følsomt over for, at enkelte plejecentre har måneder, hvor antallet af forebyggelige indlæggelser afviger fra det månedlige gennemsnit.

Som det ses i figuren, har de øvrige plejecentre en nogenlunde konstant udvikling i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. beboer over både før- og efter-perioden. Derimod er der for interventionsplejecentrene et gennemsnitlig lavere niveau for forebyggelige indlæggelser i efter-perioden sammenlignet med før-perioden. Over det meste af før-perioden har interventionsplejecentrene flere forebyggelige indlæggelser pr. beboer end de øvrige plejecentre, hvorimod det modsatte gør sig gældende for efter-perioden. Niveauforskellene i før-perioden betyder ikke noget for effektanalysen, hvis bare de to grupper plejecentre følger den samme udvikling i de forebyggelige indlæggelser i før-perioden. Hvis interventionsplejecentrene derimod har en forskellig udvikling i de forebyggelige indlæggelser pr. beboer i før-perioden, fordi de deltagende kommuner har valgt at få fast tilknyttede læger til de plejecentre, der i forvejen var mest udfordrede i forhold til at forebygge indlæggelser, så er der tale om selvseleksion, der potentielt kan skævvride vores resultater¹⁵.

Om den nedadgående trend for interventionsplejecentrene i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. beboer, som vi ser i figur 3.1, skyldes, at interventionsplejecentrene har fået en fast tilknyttet læge, undersøger vi i den følgende effektanalyse.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE

For at konkludere, at reduktionen i de forebyggelige indlæggelser på interventionsplejecentrene faktisk skyldes, at disse har fået en fast tilknyttet læge og ikke andre systematiske forskelle mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre, skal der anvendes mere avancerede statistiske metoder. Derfor anvender vi en statistisk model, der kaldes difference-in-differences (jf. kap. 2). Modellen kan estimere forskellen mellem to grupper – her interventionsplejecentrenes og de øvrige plejecentres – udvikling af de forebyggelige indlæggelser over tid. Dermed er det forskellen i udviklingen, vi estimerer og ikke forskellen mellem det faktiske

15. Vi har lavet flere robusthedstjek for at teste effektanalysens følsomhed overfor den forskellige udvikling i andelen af forebyggelige indlæggelser mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre, særligt i forhold til det store udsving på interventionsplejecentrene i perioden januar-juni 2012. Vi finder, at resultaterne af effektanalysen er robuste overfor forskelle i udviklingen i før-perioden.

antal forebyggelige indlæggelser i hver af de to grupper af plejecentre. Det, vi undersøger, er, om udviklingen i de forebyggelige indlæggelser på interventionsplejecentrene udvikler sig anderledes, end den gør på de øvrige plejecentre som følge af interventionsplejecentrenes fast tilknyttede læger.

Udfaldsvariabelen for de forebyggelige indlæggelser til effektanalysen er defineret som en indikatorvariabel, der antager værdien 1, hvis en beboer har været indlagt mindst en gang med en forebyggelig indlæggelse i en given måned i perioden januar 2011- februar 2014.

TABEL 3.4

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Baseret på difference-in-differences-modellen for perioden januar 2011 til februar 2014 på person- og månedsobservationer.

| | Koefficient |
|---|-----------------------|
| Intervention (bor på interventionsplejecenter) | -0,017 *** (0,002) |
| Efter (måneder efter interventionsstart) | -0,005 *** (0,001) |
| Intervention x efter (bor på interventionsplejecenter efter interventionsstart) | -0,010 *** (0,003) |
| R^2 (forklaringsgrad) | 0,01 |
| Antal observationer | 931.168 |
| Plejecentre | 927 |
| Antal beboere | 41.952 |

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en forebyggelig indlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en forebyggelig indlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter- og måneds-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

Tabel 3.4 viser resultaterne for effektanalysen. Variabelen *intervention* er en indikatorvariabel for, om beboeren bor på et plejecenter med en fast tilknyttet læge, *efter* er en indikator for, om måneden er september 2012 eller derefter, hvor lægerne blev fast tilknyttet plejecentrene. Interaktionsledet mellem de to, *intervention*efter*, er derfor en indikator for, om beboeren bor på et plejecenter med fast tilknyttet læge, efter at lægen er startet på plejecentret. Det er koefficienten af dette interaktionsled, der

er effekten af at have en fast tilknyttet læge for beboerne på interventionsplejecentrene.

Vi finder, at antallet af forebyggelige indlæggelser er reduceret på interventionsplejecentrene efter, at interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er iværksat. Antallet af forebyggelige indlæggelser reduceres med 1 procentpoint efter lægerne bliver fast tilknyttet interventionsplejecentrene sammenlignet med før-perioden.

BOKS 3.3

Omregning fra koefficient (procentpoint) til procentreduktion af de forebyggelige indlæggelser.

Koefficienterne præsenteret i tabel 3.4 er udtrykt som procentpoint. Det vil sige, at koefficienterne illustrerer reduktionen i andelen af beboere indlagt med en forebyggelig indlæggelse. I før-perioden var der i gennemsnit 3,6 procent af beboerne på interventionsplejecentrene, der var indlagt mindst en gang om måneden med en forebyggelig indlæggelse. Den 1-procentpoint-reduktion, vi har estimeret i tabel 3.4 er en reduktion i de 3,6 procent. Den procentvise reduktion kan derfor udregnes således:

$$\frac{1}{3,6} * 100 = 27,78$$

Dermed er den gennemsnitlige månedlige reduktion i andelen af beboere, der indlægges mindst en gang om måneden med en forebyggelig indlæggelse på cirka 28 procent sammenlignet med før-perioden.

For at omregne denne procentvise reduktion til et faktisk estimat over antal indlæggelser, de fast tilknyttede læger reducerer, skal vi kigge på antallet af forebyggelige indlæggelser i før-perioden. Over de 20 måneder før-perioden strækker sig over, var der 423 forebyggelige indlæggelser på interventionsplejecentrene. Dette svarer i gennemsnit til 21,15 forebyggelige indlæggelser om måneden:

$$\frac{423}{20} = 21,15$$

Vi har udregnet den månedlige gennemsnitlige effekt til at være en reduktion i de forebyggelige indlæggelser på 27,78 procent. Derfor kan det faktiske antal af forebyggelige indlæggelser, der reduceres, udregnes således:

$$21,15 * 0,2778 = 5,9$$

For at få antallet op på årlig basis ganger vi med 12 og får en årlig reduktion på:

$$5,9 * 12 = 70,8$$

Dermed reducerer interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” cirka 71 forebyggelige indlæggelser årligt på de syv interventionsplejecentre sammenlignet med før-perioden.

Koefficienten for indikatoren *intervention* fortæller os, at niveauet af forebyggelige indlæggelser samlet set over hele perioden fra januar 2011 til februar 2014 er lavere for interventionsplejecentrene end for den resterende plejecenterpopulation. Indikatoren *efter* har en negativ signifikant koefficient, hvilket betyder, at der er en generel faldende trend i de fore-

byggelige indlæggelser over tid for alle plejecentre i Danmark i den tidsperiode vi analyserer. Dette stemmer også overens med figur 3.1, hvor der også ses en nedadgående udvikling i de forebyggelige indlæggelser.

Effekten af at have en fast tilknyttet læge er negativ og signifikant. Det vil sige, at det at være beboer på et interventionsplejecenter reducerer sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse med 1 procentpoint. Som forklaret i boks 3.3 udregner vi den procentvise reduktion og antallet af forebyggelige indlæggelser, som de fast tilknyttede læger reducerer på de syv interventionsplejecentre. En 1-procentpoint-reduktion svarer til en reduktion på 28 pct. i andelen af beboere, der indlægges med en forebyggelig indlæggelse. En reduktion på 28 procent svarer til en reduktion på 71 forebyggelige indlæggelser om året for de syv interventionsplejecentre. Hvis effekten kan generaliseres til at gælde alle plejecentre i Danmark, vil det svare til en reduktion på knap 3.300 forebyggelige indlæggelser om året.

FIGUR 3.2

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af forebyggelige indlæggelser.



Anm.: Illustration fra: http://www.flaticon.com/free-icon/person-sleeping-on-a-bed_8652.

Figur 3.2 illustrerer effekten af at have en fast tilknyttet læge på antallet af forebyggelige indlæggelser. En reduktion på 28 pct. svarer til, at der for hver tiende forebyggelige indlæggelse forebygges omkring tre indlæggelser på interventionsplejecentrene.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE OVER TID
Interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" har som beskrevet i kapitel 3 haft nogle implementeringsudfordringer, der kan have betydning for størrelsen af effekten. Interventionen var blandt andet først fuldt implementeret 6 måneder efter lægerne startede på plejecentrene (Weatherall m.fl., 2013). Samtidig er det vigtigt at undersøge, om effekten af at have en fast tilknyttet læge er vedvarende over tid. Derfor undersø-

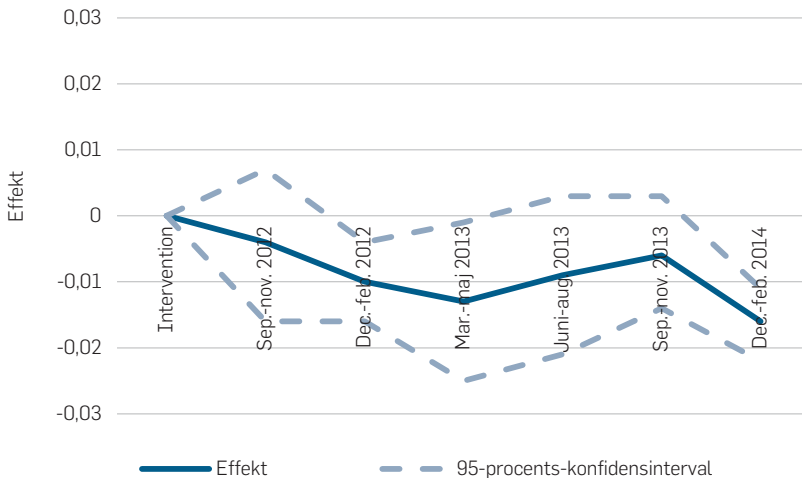
ger vi, hvordan effekten af interventionen udvikler sig i forhold til forebyggelige indlæggelser i kvartalerne efter interventionsstart. Dette kan undersøges ved at dele indikatoren *efter* op i mindre intervaller og lave samme effektanalyse som vist i tabel 3.4.

Vi estimerer en model, der er identisk med modellen præsenteret i tabel 3.4 på nær, at *efter*-indikatoren opdeles i seks kvartaler, der fordeles over antal kvartaler efter interventionsstart. Vi har data for halvandet år efter interventions opstart i september 2012. Det vil sige, at vi kan se, hvordan effekten af at bo på et plejecenter med en fast tilknyttet læge udvikler sig over det første halvandet år.

I figur 3.3 har vi illustreret udviklingen i effekten over hvert kvartal efter interventionsstart.

FIGUR 3.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentrene" på forebyggelige indlæggelser fra september 2011 til februar 2014. Effektstørrelse og 95-procents-konfidensinterval.



Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en forebyggelig indlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en forebyggelig indlæggelse er den afhængige variabel lig 0. Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejle er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

Effekten ses i figur 3.3 som den mørkeblå linje. Konfidensintervallet er de to stiplede linjer, og de viser, om effekten er signifikant i de enkelte

kvartaler.¹⁶ Effekten for et pågældende kvartal er signifikant, når begge stiplede linjer enten ligger over eller under nul. Da effekten estimeres til at være negativ over alle seks kvartaler, gælder det, at effekten er signifikant i de kvartaler, hvor begge stiplede linjer er mindre end nul. Det er tilfældet i andet, tredje og sjette kvartal, efter lægerne blev fast tilknyttet plejecentrene i september 2012.

Som beskrevet i kapitel 1 har det taget omkring 6 måneder at få interventionen fuldt implementeret på plejecentrene. Det kommer også til udtryk i figur 3.3, da der ikke er nogen effekt af at have en fast tilknyttet læge i det første kvartal efter interventionsstart. Det kan være en indikation på, at det tager tid for lægerne at lære den store gruppe nye patienter at kende. Desuden tager det også tid at opbygge en god relation mellem lægen og plejepersonalet og at få de ugentlige møder til at give størst muligt afkast. Både lægerne og plejepersonalet rapporterer om, at de brugte meget tid på beboergennemgange i den første tid, hvorfor de egentlige vejlednings- og læringsforløb af plejepersonalet for enkelte plejecentre først startede cirka 6 måneder efter interventionsstart. Til trods for at interventionen ikke er fuldt implementeret før 6 måneder efter, ser vi allerede en signifikant effekt af at have en fast tilknyttet læge i andet kvartal efter interventionsstart. Effekten er derfor også som forventeligt større i tredje kvartal, hvor interventionen er fuldt implementeret.

Vi finder dog, at effekten ikke er vedvarende over alle kvartaler, da den ikke er signifikant i fjerde og femte kvartal. Effekten er ikke bare en kortvarig effekt over andet og tredje kvartal, da vi igen i sjette kvartal finder en signifikant effekt. Det tyder derfor på, at effekten er langvarig, da vi halvandet år efter, lægerne blev tilknyttet plejecentrene stadig ser, at de signifikant nedbringer antallet af forebyggelige indlæggelser. Plejepersonalet på flere plejecentre bekræfter også i interviewene, at de føler, der er sket et markant fald i de forebyggelige indlæggelser på grund af det forbedrede samarbejde med lægen og efteruddannelsen, der er foregået på samarbejds møderne. Hvordan effekten udvikler sig på længere sigt, er det desværre ikke muligt for os at undersøge.

Hovedantagelsen for, at vi kan sammenligne interventionsplejecentrene med øvrige plejecentre i effektanalysen, er, at interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre skal have samme udvikling i de forebyggelige indlæggelser i før-perioden, når vi kontrollerer for forskelle i de observerbare karakteristika. Vi har testet denne antagelse ved en placebo-

16. På et 5 procents-signifikansniveau.

test i bilag 4. Testen viser, at plejecentrene er sammenlignelige i førperioden, og effektanalysen er derfor mulig.

OPSAMLING

- Der er en sammenhæng mellem beboernes initiale helbred og sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse.
- Ved at have en fast tilknyttet læge reducerer de syv interventionsplejecentre andelen af beboere, der indlægges med forebyggelige indlæggelser med knap 28 pct.
- Effekten af en fast tilknyttet læge kan omregnes til, at der forekommer 71 færre forebyggelige indlæggelser om året for interventionsplejecentrene og knap 3.300 færre forebyggelige indlæggelser, hvis vi overfører effekten til den øvrige plejecenter-population.
- Vi finder en signifikant effekt i sjette kvartal, efter lægerne blev fast tilknyttet, hvilket er en indikation på, at effekten er langvarig. Det er dog ikke muligt at undersøge dette nærmere.

GENINDLÆGGELSER

Genindlæggelser er ligesom de forebyggelige indlæggelser et godt mål for at undersøge, om fast tilknyttede læger har en gavnlig effekt på beboernes helbred. Vi undersøger derfor, om de fast tilknyttede læger nedbringer antallet af genindlæggelser. Først vil vi kort opsummere, hvad en genindlæggelse er og vise, hvilke personlige karakteristika og plejecenterkarakteristika der ses at påvirke sandsynligheden for en genindlæggelse. Dernæst viser vi udviklingen i genindlæggelserne over tid og afslutningsvist præsenterer vi resultaterne for effektanalysen af.

BOKS 4.1

Datagrundlag for effektanalyse af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af genindlæggelser.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011-februar 2014.

Datagrundlaget, der anvendes i dette kapitel, er det samme som i det forgående og indeholder alle danske plejecentre med mere end 20 beboere, som forklaret i boks 4.1.

GENINDLÆGGELSER

En genindlæggelse betragtes ofte som et udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb, og den kan skyldes mangler i plejen før, under og efter en indlæggelse. Dog kan genindlæggelser ikke altid betegnes som uhensigtsmæssige, da de også kan skyldes en forværring i en kronisk sygdom (KL m.fl., 2013). I den følgende præsentation af vores resultater af effekten af fast tilknyttede læger på antallet af genindlæggelser, skal man være opmærksom på, at det er overhyppigheden af genindlæggelser, der kan nedbringes, men selvfølgelig ikke alle typer genindlæggelser.

Vi har defineret målet for genindlæggelser på baggrund af rapporten fra KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi – og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse *Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser* fra 2013 (se boks 4.2).

BOKS 4.2

Definition af genindlæggelser.

Genindlæggelser er akutte indlæggelser, der finder sted inden for 30 dage efter udskrivning fra hospitalet, uanset på hvilket hospital genindlæggelsen finder sted.

Genindlæggelser som følge af en ulykke eller kræftsygdom ekskluderes, da de formodes ikke at kunne forebygges.

Kilde: KL m.fl., 2013.

Vi definerer indlæggelsen som en genindlæggelse, hvis den samme beboer indlægges igen inden 30 dage efter udskrivelse, ligegyldigt om det er en anden diagnose, beboeren indlægges med.

Tablet 4.1 viser, hvor mange genindlæggelser der er ud af det samlede antal akutte somatiske indlæggelser. Der er for alle indlæggelser i perioden januar 2011 til og med februar 2014 cirka 21 pct., der er genindlæggelser. For interventionsplejecentrene er dette tal væsentligt højere. Der er 24 pct. af alle indlæggelser blandt beboerne, som kan karakterise-

res som en genindlæggelse. Hvilket kan betyde, at interventionsplejecentrene kan være en selekteret gruppe af plejecentre, som det er vigtigt at være opmærksom, når resultaterne fra effektanalysen generaliseres i business casen i kapitel 10.

TABEL 4.1

Antal indlæggelser og genindlæggelser samt andelen af alle indlæggelser, der er genindlæggelser. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Antal og procent.

| | Interventionsplejecentre | Øvrige plejecentre | Total |
|----------------------------|--------------------------|--------------------|---------|
| Indlæggelser, antal | 3.319 | 153.307 | 156.626 |
| Genindlæggelser, antal | 809 | 32.024 | 32.833 |
| Andel genindlæggelser pct. | 24,37 | 20,89 | 20,96 |

Anm. Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre i Danmark, der har mere end 20 beboere.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

KARAKTERISTIKA ASSOCIERET MED EN GENINDLÆGGELSE

Tabel 4.2 viser, hvilke person- og plejecenterkarakteristika der har en signifikant betydning for, om en beboer bliver genindlagt. Vi beregner marginale sandsynligheder på baggrund af en probit estimation.

Ligesom for de forebyggelige indlæggelser er der en statistisk sammenhæng mellem medicinforbrug i 2011 og at blive genindlagt i efter-perioden. Hvis en beboer tilhører de 25 pct. ældre, der fik mere end 20 medicinske præparater i 2011, har beboeren en signifikant højere sandsynlighed for at blive genindlagt. Det samme gør sig gældende for kontakt med lægevagten måneden før, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, og hvis beboeren er en mand. Desuden ses alder også at have en signifikant negativ indvirkning på at blive genindlagt. Det vil sige, jo ældre en beboer er, jo mindre sandsynlighed er der for, at beboeren bliver genindlagt i efter-perioden. Derimod ses indlæggelser i 2011 ikke at have nogen sammenhæng med sandsynligheden for at blive genindlagt. Ligeledes gælder det samme også for plejecenterstørrelsen, som heller ikke ses at have en sammenhæng med sandsynligheden for en genindlæggelse.

TABEL 4.2

Beregnet sandsynlighed for en genindlæggelse for alle plejecenterbeboere i Danmark (probit estimation). Præsenteret som marginale sandsynligheder.

| <i>Beboerkarakteristika</i> | |
|---|-------------------------------|
| Beboere, der anvender mere end 20 medicinske præparater i 2011 | 0,007 *** (0,001) |
| Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011 | 0,001 (0,001) |
| Beboere, der har været i kontakt med lægevagten i juli 2012 | 0,007 *** (0,001) |
| Alder | -0,0002392 *** (0,0000339) |
| Køn (mand = 1) | 0,008 *** (0,001) |
| <i>Plejecenter størrelse (reference er plejecentre med mere end 80 beboere)¹</i> | |
| 20-39 beboere | 0,001 (0,001) |
| 40-79 beboere | 0,001 (0,001) |
| Log-likelihood | -41.285,55 |
| Adjusted R ² (forklaringsgrad) | 0,022 |

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en genindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en genindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Data er begrænset til efter-perioden og er et poollet tværsnit. Analysen er baseret på 431.337 observationer. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Modellen kontrollerer for kommune-fixed effects.

1. Plejecenterstørrelse er beregnet ud fra antal beboere, der boede på plejecenteret i juli 2012.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

Hvis en beboer tilhører de 25 pct. ældre, der fik mere end 20 medicinske præparater i 2011, har beboeren en signifikant højere sandsynlighed for at blive genindlagt. Det samme gør sig gældende for kontakt med lægevagten måneden før, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, og hvis beboeren er en mand. Desuden ses alder også at have en signifikant negativ indvirkning på at blive genindlagt. Det vil sige, jo ældre en beboer er, jo mindre sandsynlighed er der for, at beboeren bliver genindlagt i efter-perioden.

Derimod ses indlæggelser i 2011 ikke at have nogen sammenhæng med sandsynligheden for at blive genindlagt.

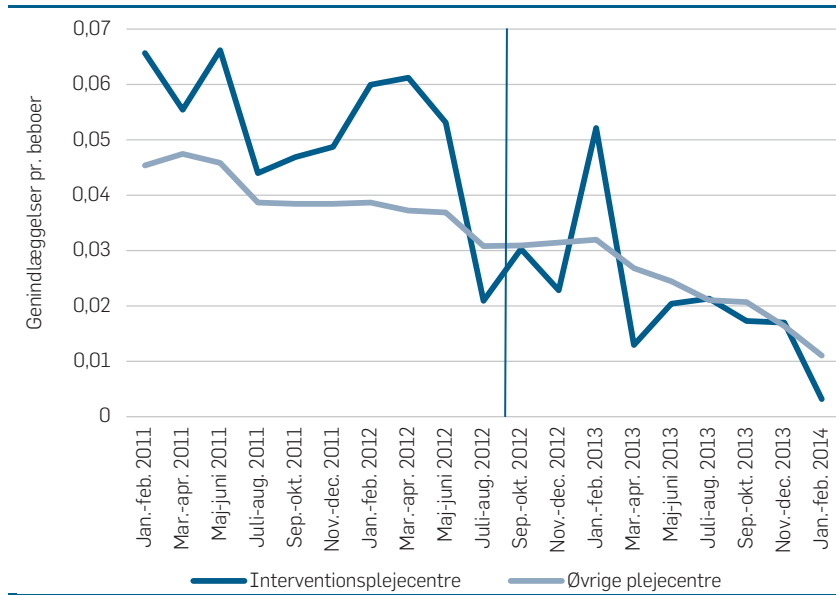
Ligeledes gælder det samme også for plejecenterstørrelsen, som heller ikke ses at have en sammenhæng med sandsynligheden for en genindlæggelse.

GENINDLÆGGELSER OVER TID

Ligesom i foregående kapitel om de forebyggelige indlæggelser vil vi også her vise udviklingen i antallet af genindlæggelser pr. beboer på henholdsvis interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre. I figur 4.1 vises udviklingen i genindlæggelser for de to grupper af plejecentre.

FIGUR 4.1

To-måneders gennemsnit af antal genindlæggelser pr. plejecenterbeboer. Særligt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre i Danmark, der har mere end 20 beboere.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Både for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre er der en faldende tendens i antallet af genindlæggelser pr. beboer over hele perioden. Igen ses gennemsnittet for interventionsplejecentrene at være mere følsomt over for måneder, hvor antallet af genindlæggelser falder uden for gennemsnittet. Dog fremgår det klart, at interventionsplejecentrene

har flere genindlæggelser pr. beboer over hele før-perioden sammenlignet med de øvrige plejecentre. Fra omkring september 2012, hvor lægerne fast tilknyttedes interventionsplejecentrene og over hele efter-perioden er antallet af genindlæggelser pr. beboer på interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre stort set ens. Om dele af denne nedadgående trend skyldes, at interventionsplejecentrene har fået fast tilknyttet en læge, er det centrale spørgsmål for effektanalysen.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE

Effekten af at have en fast tilknyttet læge på plejecentrene på antallet af genindlæggelser vises i tabel 4.3. Resultaterne er ligeledes estimeret på baggrund af den anvendte difference-in-difference-metode gennemgået i kapitel 2 og er identisk med det foregående kapitels effektanalyse for de forebyggelige indlæggelser.

At have en fast tilknyttet læge på plejecentrene viser sig at reducere sandsynligheden for en genindlæggelse med 1,4 procentpoint. Analysen viser desuden, at koefficienten for indikatoren *intervention* er negativ og signifikant. Dette indikerer, at niveauet af genindlæggelser er lavere for interventionsplejecentrene end for de øvrige plejecentre over hele perioden. Indikatoren *efter* har en negativ signifikant effekt, hvilket signalerer, at der er en generel faldende trend i genindlæggelser over tid. Disse resultater stemmer overens med illustrationen af udviklingen i genindlæggelserne pr. beboer i figur 4.1.

Vi finder en signifikant effekt af at have en fast tilknyttet læge på sandsynligheden for at blive genindlagt. Sandsynligheden reduceres med 1,4 procentpoint. Vi anvender metoden beskrevet i boks 3.3 til at omregne effekten til den procentvise reduktion og antallet af genindlæggelser, der reduceres. En reduktion på 1,4 procentpoint svarer til en 27 pct. reduktion i andelen af beboere, der genindlægges. Effekten på en reduktion på 27 pct. svarer til en reduktion på 100 genindlæggelser om året for de syv interventionsplejecentre.

Hvis effekten kan generaliseres til alle plejecentre i Danmark, så vil de fast tilknyttede læger kunne reducere næsten 4.800 genindlæggelser om året sammenlignet med niveauet af genindlæggelser for før-perioden.

TABEL 4.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Baseret på difference-in-differences model for perioden januar 2011 til februar 2014 på indvid- og månedsobservationer.

| | Koefficient |
|---|-----------------------|
| Intervention (bor på interventionsplejecenter) | -0,010 *** (0,001) |
| Efter (måneder efter interventionsstart) | -0,032 *** (0,001) |
| Intervention x efter (bor på interventionsplejecenter efter interventionsstart) | -0,014 *** (0,003) |
| R^2 (forklaringsgrad) | 0,02 |
| Antal observationer | 931.168 |
| Plejecentre | 927 |
| Antal beboere | 41.952 |

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en genindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en genindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter- og måneds-fixed effects. Standardfejle er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes.

Kilde: SFI- data, registerdata og egne beregninger.

Figur 4.2 illustrerer reduktionen af genindlæggelser ved at have en fast tilknyttet læge på plejecentrene. For hver tiende genindlæggelser har de fast tilknyttede læger på plejecentrene reduceret knap tre genindlæggelser (27 pct.) sammenlignet med før, lægerne blev tilknyttet.

FIGUR 4.2

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af genindlæggelser.



Kilde: Illustration fra: http://www.flaticon.com/free-icon/person-sleeping-on-a-bed_8652.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE OVER TID

Det er også relevant for effekten på genindlæggelserne at undersøge udviklingen over tid. Det gør vi på samme måde, som vi gjorde i foregående kapitel om de forebyggelige indlæggelser. Der fandt vi, at implemente-

ringen af interventionen gjorde, at der først i andet kvartal, efter at lægerne blev tilknyttet interventionsplejecentrene, fandtes en effekt. Derudover var effekten heller ikke vedvarende over alle kvartaler, men tre ud af seks kvartaler viste signifikant effekt af at have en fast tilknyttet læge. I figur 4.3 viser vi samme analyse af effekten på genindlæggelser over tid.

Vi ser, at der i alle seks kvartaler, efter at lægerne blev tilknyttet plejecentrene, er en signifikant effekt på antallet af genindlæggelser. Effekten er større i tredje kvartal end i de to første, hvilket kan tyde på, at implementeringsperioden også påvirker effekten på genindlæggelserne, men dog er der allerede for de første to kvartaler efter interventionsstart en signifikant effekt. At der umiddelbart efter, at lægen blev ansat på interventionsplejecentrene, er en effekt af at have en fast tilknyttet læge på genindlæggelserne og ikke på de forebyggelige indlæggelser, kan skyldes, at plejepersonalet og lægerne er mere opmærksomme på de beboere, der netop har været indlagt. Der er med tilknytningen af de faste læger kommet et skærpet fokus på beboernes indlæggelser, herunder hvorvidt de er forebyggelige eller uhensigtsmæssige. På flere plejecentre er det et punkt på de ugentlige møder med lægen. En medarbejder udtrykker således:

Vi har det simpelthen som et fast punkt på programmet, at vi lige drøfter de indlæggelser, der har været siden sidst [sidste møde], hvis der har været nogle. Og så snakker vi i fællesskab med lægen om, hvorvidt indlæggelsen var nødvendig, eller om vi kunne have handlet anderledes og have undgået den.

De beboere, der har været indlagt, og derfor er i risikogruppen for en genindlæggelse bliver altså diskuteret på flere af interventionsplejecentrene under de ugentlige møder.

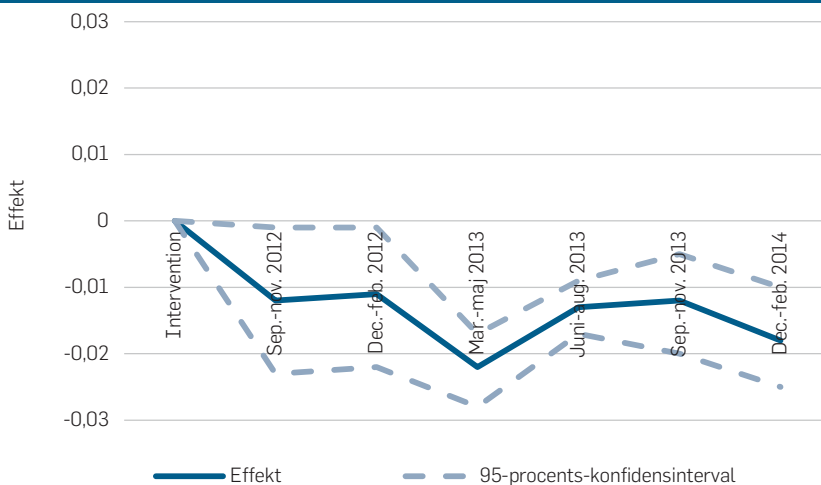
Figur 4.3 viser yderligere, at effekten på genindlæggelser er vedvarende over hele det halvandet år, vi observerer plejecentrene efter interventionsstart. Dette tyder på, at effekten ikke blot skyldes en midlertidig nyhedsværdi af interventionen og det faktum, at både plejepersonale og de praktiserende læger er meget positivt stemte over for interventionen, men faktisk skyldes, at der er en reel effekt af, at plejecentrene har et tættere samarbejde med de praktiserende læger, og at lægerne fysisk befinder sig på plejecentrene flere timer om ugen.

Hovedantagelsen for, at vi kan sammenligne interventionsplejecentrene med øvrige plejecentre i effektanalysen er, at interventionspleje-

centrene og de øvrige plejecentre skal have samme udvikling i genindlæggelser i før-perioden, når vi kontrollerer for forskelle i de observerbare karakteristika. Vi har testet denne antagelse ved en placebo-test i bilag 4. Testen viser, at plejecentrene er sammenlignelige i før-perioden, og effektanalysen er derfor mulig.

FIGUR 4.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på interventionsplejecentre" på genindlæggelser fra september 2011 til februar 2014. Effekttørrelse og 95-procents-konfidensinterval.



Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en genindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en genindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre i Danmark, der har mere end 20 beboere. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter-fixed-effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

OPSAMLING

- Der er en sammenhæng mellem beboernes initiale helbred og sandsynligheden for genindlæggelse.
- Ved at have en fast tilknyttet læge har de syv interventionsplejecentre reduceret andelen af beboere, der genindlægges med 27 pct. sammenlignet med før.

- Effekten af at have en fast tilknyttet læge er vedvarende og signifikant i alle seks kvartaler, efter lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene. Hvordan effekten udvikler sig på længere sigt, er desværre ikke muligt at undersøge på nuværende tidspunkt.

KORTTIDSINDLÆGGELSER

Korttidsindlæggelser i kombination med de to øvrige typer indlæggelser (forbyggelige og genindlæggelser) kan give et billede af, hvor alvorligt sygdommen indlagte beboer er, og dermed i hvilket omfang plejecentret reelt har haft mulighed for at forebygge indlæggelsen. Det er fx forventeligt, at plejepersonalet ikke i samme grad har mulighed for at forebygge, at en beboer med lungecancer indlægges – og indlægges i længere tid.

BOKS 5.1

Datagrundlag for effektanalyse af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af korttidsindlæggelser.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011-februar 2014.

Omfanget af korttidsindlæggelser er dermed også med til at illustrere, i hvilket omfang der er tale om en indlæggelse, der kunne have været forebygget.

Datagrundlaget, der anvendes til alle både deskriptive og statistiske analyser i dette kapitel, er beskrevet i boks 5.1. Vi ser på alle danske plejecenterbeboere ældre end 65 år, som bor på et plejecenter med mere end 20 beboere i perioden fra januar 2011 til og med februar 2014.

KORTTIDSINDLÆGGELSER

Vi definerer korttidsindlæggelser som indlæggelser, hvor udskrivning finder sted samme dag eller dagen efter indlæggelse (se boks 5.2). Definitionen af korttidsindlæggelserne kommer fra rapporten af KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse *Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser* fra 2013.

BOKS 5.2

Definition af korttidsindlæggelse

Korttidsindlæggelser er akutte, medicinske indlæggelser, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. På grund af længden af indlæggelsen antages denne type indlæggelse at omfatte en patientgruppe med forholdsvis ukomplicerede behandlingsforløb, der potentielt kunne have været forebygget.

Kilde: KL m.fl., 2013.

Ligesom for de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser er det også for korttidsindlæggelser vigtigt at pointere, at det ikke er alle korttidsindlæggelser, der er uhensigtsmæssige og kan forebygges. Men det vurderes, at der for de tre typer indlæggelser er et større potentiale for forebyggelse end for andre akutte indlæggelser (KL m.fl., 2013).

Tabel 5.1 viser antallet af indlæggelser og korttidsindlæggelser for alle plejecenterbeboere ældre end 65 år, der bor på et plejecenter med mere end 20 beboere i perioden januar 2011 til og med februar 2014.

Som det fremgår af tabel 5.1 er det næsten 60 pct. af plejecenterbeboernes indlæggelser, der er defineret som korttidsindlæggelser.

Der er altså væsentlig flere korttidsindlæggelser end både genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser. De tre indlæggelsestyper kan dog godt overlape hinanden, hvilket vil sige, at der kan være en korttidsindlæggelse indenfor en af de ti forebyggelige sygdomsgrupper præsenteret i kapitel 3. Yderligere kan en korttidsindlæggelse også være en genindlæg-

gelse. Vi har dog valgt at se på de tre typer indlæggelser hver for sig og ser bort fra, at en forebyggelig indlæggelse fx også godt kan være en genindlæggelse eller en indlæggelse af kortere varighed og derfor også være defineret som en korttidsindlæggelse.

TABEL 5.1

Antal indlæggelser, antal korttidsindlæggelser og andelen af alle indlæggelser, der er korttidsindlæggelser. Særsilt for interventionsplejcentre og øvrige plejcentre i Danmark. Antal og procent.

| | Interventionsplejcentre | Øvrige plejcentre | Total |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------|---------|
| Indlæggelser, antal | 3.319 | 153.307 | 156.626 |
| Korttidsindlæggelser, antal | 1.756 | 91.959 | 93.715 |
| Andel korttidsindlæggelser, pct. | 52,91 | 59,98 | 59,83 |

Anm. Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejcentre i Danmark.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Det er værd at bemærke, at der er 7 pct. færre korttidsindlæggelser på interventionsplejcentrene end på de øvrige plejcentre. Omkring 53 pct. af alle indlæggelser af beboerne på interventionsplejcentrene er korttidsindlæggelser, hvorimod det på de øvrige plejcentre er 60 pct. Dette er modsat de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelserne, hvor interventionsplejcentrene har en større andel sammenlignet med de øvrige danske plejcentre. Vi kan ikke sige noget om, hvorfor der er forskelle i antallet af indlæggelser mellem interventionsplejcentrene og de øvrige plejcentre. Forskellen kunne skyldes, at interventionsplejcentrene generelt er større, og det derfor kan være sværere for plejepersonalet at kommunikere med de mange læger, der er tilknyttet de forskellige beboere, og derfor ender en helbredsmæssig forværring i en korttidsindlæggelse.

KARAKTERISTIKA ASSOCIERET MED EN KORTTIDSINDLÆGGELSE

Ligesom i de to foregående kapitler vil vi også for korttidsindlæggelser undersøge, hvilke plejcenter- og beboer karakteristika der ses at have en sammenhæng med, om beboeren korttidsindlægges. Resultaterne ses i tabel 5.2, og i det følgende fremhæver vi nogle af de centrale resultater.

TABEL 5.2

Beregnet sandsynlighed for en korttidsindlæggelse for alle plejecenterbeboere i Danmark (probit estimation). Præsenteret som marginale sandsynligheder.

| <i>Beboer karakteristika</i> | |
|---|-----------------------------|
| Beboere, der anvender mere end 20 medicinske præparater i 2011 | 0,017 *** 0,001 |
| Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011 | 0,029 *** 0,001 |
| Beboere i kontakt med lægevagten i juli 2012 | 0,027 *** 0,002 |
| Alder | -0,0003435 *** 0,0000681 |
| Køn (mand=1) | 0,015 *** 0,001 |
| <i>Plejecenter størrelse (reference er plejecentre med mere end 80 beboere)¹</i> | |
| 20-39 beboere | -0,001 0,003 |
| 40-79 beboere | -0,001 0,003 |
| Log-likelihood | -108.802 |
| Observationer | 431.377 |
| Adjusted R ² (forklaringsgrad) | 0,017 |

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en korttidsindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en korttidsindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Data er begrænset til efterperioden og er et poolt tværsnit. Analyserne er baseret på 431.377 observationer. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Modellen kontrollerer for kommune-fixed effects.

1. Plejecenterstørrelse er beregnet ud fra antal beboere, der boede på plejecenteret i juli 2012.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

For korttidsindlæggelserne ses beboernes helbred i 2011 også at have en sammenhæng med sandsynligheden for en korttidsindlæggelse i efterperioden. Hvis alle andre karakteristika i modellen er fastholdt for plejecenterbeboerne, finder vi, at sandsynligheden for en korttidsindlæggelse stiger med 1,7 procentpoint, hvis beboeren fik mere end 20 medicinske præparater i 2011. Hvis beboeren var indlagt fire gange eller flere i 2011, stiger sandsynligheden med 2,9 pct., og i samme størrelsesforhold påvirkes sandsynligheden, hvis beboeren havde kontakt med lægevagten i juli 2012 (2,7 procentpoint).

Andre beboer karakteristika såsom alder og køn har også en signifikant sammenhæng med sandsynligheden for at blive korttidsindlagt, dog påvirkes sandsynligheden mindre – kun for køn er størrelsen betrag-

telig, sandsynligheden for at blive indlagt med en korttidsindlæggelse er, alt andet lige, 1,5 procentpoint større for mænd end kvinder. Dette stemmer overens med Statens Institut for Folkesundheds afdækning af kønsforskelle på sygdomsområder (2004), som viser, at ældre mænd overordnet er mere på hospitalet.

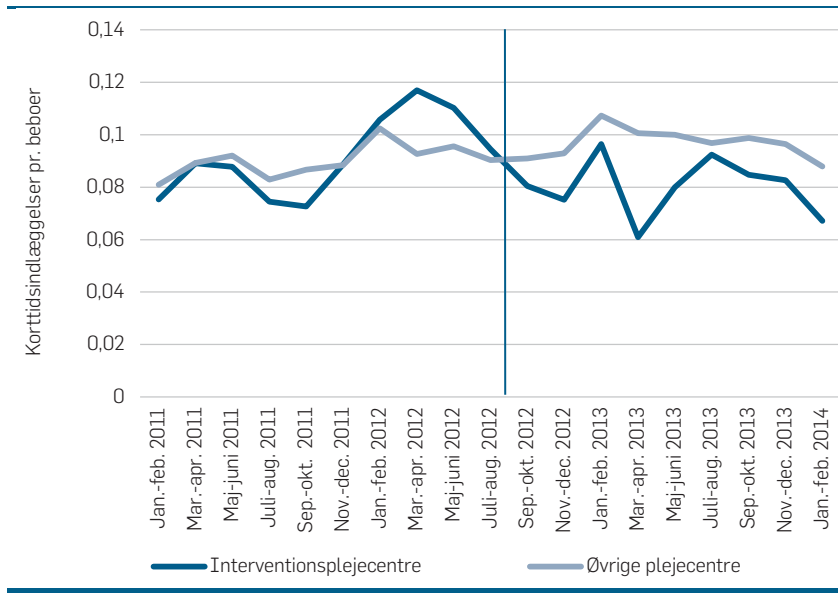
Plejecenterstørrelse ses ikke at have nogen sammenhæng med sandsynligheden for en korttidsindlæggelse.

KORTTIDSINDLÆGSELSE OVER TID

Vi ser på korttidsindlæggelserne pr. plejecenterbeboer på henholdsvis interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre i figur 5.1.

FIGUR 5.1

To-måneders gennemsnit af antal korttidsindlæggelser pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark.
Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Vi har ligesom for de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelserne valgt at præsentere udviklingen som to-måneders gennemsnit for at fjer-

ne nogle af de midlertidige udsving for specielt beboere på interventionsplejecentre. De store udsving i korttidsindlæggelser skal lige som for både de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser tilskrives, at antallet af beboere er relativt lavt på interventionsplejecentrene, og derfor vil det månedlige gennemsnit af korttidsindlæggelser pr. beboer være følsomt over for, at blot et enkelt plejecenter afviger, og en enkelt måned har et meget højt eller meget lavt antal korttidsindlæggelser.

Udviklingen i antallet af korttidsindlæggelser pr. beboer ses både for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre at være forholdsvis stabilt over både før- og efter-perioden. Bemærkelsesværdigt er dog, at for hele efter-perioden er der færre korttidsindlæggelser pr. beboer på interventionsplejecentrene end på de øvrige plejecentre. Vi vil i det følgende undersøge, om det skyldes, at interventionsplejecentrene har fast tilknyttede læger.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE

Tabel 5.3 viser resultaterne af effektanalysen af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”. Resultaterne i tabel 5.3 viser, at effekten af at have en fast tilknyttet læge på plejecenteret på sandsynligheden for en korttidsindlæggelse er en reduktion på 1,3 procentpoint.

For indikatorvariablen *intervention*, der indikerer om plejecenteret er et interventionsplejecenter eller ej, finder vi en signifikant negativ effekt. Det vil sige, at der ses et signifikant lavere niveau af korttidsindlæggelser på interventionsplejecentrene samlet set over de 38 måneder.

For variabelen *efter*, der indikerer, om vi befinder os før eller efter, at lægerne startede som fast tilknyttede læger på interventionsplejecentrene, ser vi en lille negativ effekt. Effekten indikerer, at der generelt er en lille signifikant nedadgående trend i antallet af korttidsindlæggelser for alle danske plejecentre.

Koefficienten for interaktionsleddet mellem de to indikatorvariable, *intervention*efter* er den faktiske effekt af at have en fast tilknyttet læge på plejecenteret på antallet af korttidsindlæggelser. Vi estimerer en negativ signifikant effekt på 1,3 procentpoint. Som vi også har gjort for genindlæggelserne og de forebyggelige indlæggelser, kan vi omregne effekten til den faktiske reduktion i antallet af korttidsindlæggelser (jf. boks 3.3). En reduktion på 1,3 procentpoint svarer til 14 procents reduktion i

andelen af beboere indlagt med en korttidsindlæggelse. Da der i alt over før-perioden var 1.053 korttidsindlæggelser på interventionsplejecentrene, giver dette et gennemsnit på 52,7 indlæggelser om måneden. En reduktion på 14 pct. svarer derfor til 89 færre korttidsindlæggelser om året på de syv interventionsplejcentre.

TABEL 5.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejcentre". Baseret på difference-in-differences-model for perioden januar 2011 til februar 2014 på individ- og månedsobservationer.

| | Koefficient |
|--|-----------------------|
| Intervention (bor på interventionsplejcenter) | -0,011 *** (0,003) |
| Efter (måneder efter interventionsstart) | -0,004 * (0,002) |
| Intervention x efter (bor på interventionsplejcenter efter interventionsstart) | -0,013 ** (0,006) |
| R^2 (forklaringsgrad) | 0,02 |
| Antal observationer | 931.168 |
| Plejcentre | 927 |
| Antal beboere | 41.952 |

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en korttidsindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en korttidsindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejcenter- og måneds-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejcenterniveau og er vist i parentes.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

FIGUR 5.2

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejcentre" på antallet af korttidsindlæggelser.



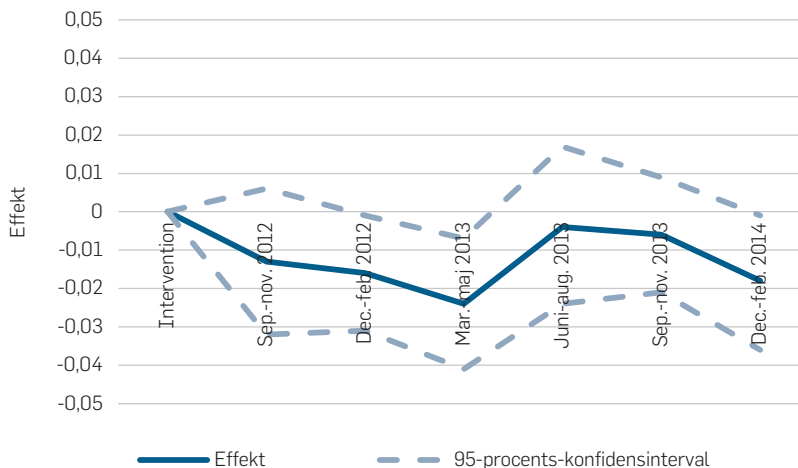
Kilde: Illustration fra: http://www.flaticon.com/free-icon/person-sleeping-on-a-bed_8652.

Vi har illustreret denne effekt i figur 5.2. For hver tiende korttidsindlæggelse har interventionen "Fast tilknyttede læger på plejcentre" reduceret knap 1,5 indlæggelser.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE OVER TID
 Vi undersøger også for korttidsindlæggelserne, hvordan effekten udvikler sig over tid. Resultaterne er vist i figur 5.3. Effekten er signifikant i andet, tredje og sjette kvartal, efter at de praktiserende læger blev tilknyttet interventionsplejecentrene. Udviklingen i effekten tager samme form som for de forebyggelige indlæggelser, da samme kvartaler har signifikante effekter af at have en fast tilknyttet læge på antallet af korttidsindlæggelser og forebyggelige indlæggelser. At vi ikke ser den samme direkte effekt af at have en fast tilknyttet læge som for genindlæggelserne, kan også her skyldes, at det er sværere at identificere en beboer, der har en reel sandsynlighed for en korttidsindlæggelse sammenlignet med en beboer, der netop har været indlagt, og dermed har en øget sandsynlighed for en genindlæggelse.

FIGUR 5.3

Effekten af intervention "Fast tilknyttede læger på interventionsplejecentre" på korttidsindlæggelser fra september 2011 til februar 2014. Effekttørrelse og 95-procents-konfidensinterval.



Anm. Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en korttidsindlæggelse om måneden. Den afhængige variabel er lig med 0, hvis beboeren ikke har haft nogen korttidsindlæggelse om måneden. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

Effekten er ikke signifikant i fjerde og femte kvartal efter interventionsstart, men er det igen i sjette kvartal. Derfor er det svært at forudsige, hvordan effekten vil udvikle sig på længere sigt. Dog tyder det på, at effekten er vedvarende over tid, da vi halvandet år efter, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, stadig finder en signifikant effekt på antallet af korttidsindlæggelser.

Ligesom for effektanalysen for de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelserne er analysen for korttidsindlæggelserne også betinget på antagelsen om, at udviklingen i korttidsindlæggelserne er ens mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre før interventionsstart. I bilag 4 præsenterer vi en placebotest, der indikerer, at denne antagelse er overholdt. Vi konkluderer derfor, at effektanalysens resultater er valide.

OPSAMLING

- Der er en sammenhæng mellem beboernes initiale helbred og sandsynligheden for en korttidsindlæggelse.
- Ved at have en fast tilknyttet læge reducerer de syv interventionsplejecentre andelen af beboere, der indlægges med en korttidsindlæggelse med 14 pct.
- Udviklingen i effekten over tid har samme form som for de forebyggelige indlæggelser. Det er svært at forudsige udviklingen, da nogle kvartaler har en signifikant effekt og andre har ikke. Dog tyder det på, at effekten er vedvarende på længere sigt.

KONTAKT TIL LÆGE

Vi ser i dette kapitel på, i hvilket omfang der på plejecentrene tages kontakt til lægevagten. Vi indleder med at belyse kontakten til lægevagten som udfaldsmål, hvorefter vi ser på, hvor ofte plejecentrene har kontakt til lægevagten, ligesom vi også belyser kontakten til beboernes praktiserende læger.

Som det fremgår i boks 6.1 anvender vi i kapitlet hele den danske plejecenterpopulation, der er ældre end 65 år og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere. Derudover bruger vi interview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene.

BOKS 6.1

Datagrundlag til afdækning af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for kontakten til lægevagten og beboernes praktiserende læger.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011-februar 2014.

KONTAKT TIL LÆGEVAGTEN SOM UDFALDSMÅL

Der er en generel forventning til pilotprojektet om, at et tættere samarbejde mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge vil betyde, at der ikke længere vil være det samme behov for at kontakte lægevagten. I forbindelse med fokusgruppeinterviewene ved før-målingen fortæller plejepersonalet på både interventions- og sammenligningsplejecentrene, at de til tider oplever et behov for at skulle kontakte lægevagten omkring forværringer i beboernes helbredstilstand, fordi beboernes egne læger ikke har skønnet det relevant at tilse beboeren eller vurderer, at tilstanden ikke er akut, og behovet for en konsultation eller et sygebesøg derfor ikke behøver finde sted samme dag. I forlængelse heraf udtrykker plejepersonalet, at de således til tider oplever en følelse af usikkerhed omkring beboernes helbred, og derfor føler sig nødsagede til at kontakte lægevagten i manglen af aktiv og akut kommunikation med beboernes egne læger. Ved at tilknytte den faste læge forventes det således, at kontakten til lægevagten vil være aftagende, når lægen får sin faste gang på plejecentret, og plejepersonalet oplever at kunne føle sig sikre på den lægefaglige vurdering af beboernes behov for behandling igennem direkte kommunikation med lægen.

Med data fra Sygesikringsregisteret (SSR) er det muligt at måle, hvorvidt og i hvilken grad tilknytningen af den fast tilknyttede læge reducerer kontakten til lægevagten. Måden, hvorpå vi definerer kontakten til lægevagten henholdsvis til beboernes egne læger, er ud fra antallet af konsultationer, hvor vi tager udgangspunkt i sondringen mellem konsultationer som ”almen lægehjælp”, dvs. fra beboernes egne læger og vagtlægehjælp, der er defineret ud fra det tidsrum, som konsultationen er foretaget i.

Med hensyn til at afdække udviklingen i antallet af kontakter med henholdsvis lægevagten og de praktiserende læger illustrerer vi det grafisk, så det er muligt at se, hvordan udviklingen måned for måned er for både interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre.

KONTAKT TIL LÆGEVAGTEN

I tabel 6.1 vises en oversigt over andelen af beboere, der er i kontakt med lægevagten for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre før og efter de faste læger blev tilknyttet.

TABEL 6.1

Gennemsnitlig andel af beboere på plejecentre, der er i månedlig kontakt med lægevagten før og efter start af interventionen. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Procent.

| | Interventionsplejecentre | Øvrige plejecentre |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Før interventionsstart | 6,4 | 6,4 |
| Efter interventionsstart | 5,5 | 6,5 |

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Vi ser, at der for både interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre er 6,4 pct. af plejecenterbeboerne, der er i kontakt med lægevagten i en gennemsnitlig måned for perioden, før lægerne fast tilknyttes interventionsplejecentrene. Denne andel viser sig at stige marginalt for de øvrige plejecentre i efter-perioden, hvorimod der for interventionsplejecentrene ses et fald på 0,9 procentpoint, så der i en gennemsnitlig måned på interventionsplejecentrene kun er 5,5 pct. af beboerne, der er i kontakt med lægevagten efter interventionsstart.

Vi ser dernæst på udviklingen i andelen af beboere med kontakt til lægevagten. Udviklingen har vi valgt at vise som to-måneders gennemsnit for at udglatte kurverne for eventuelle ekstreme månedlige udsving, der afviger fra gennemsnittet. Som det fremgår af figur 6.1, er antallet af kontakter til lægevagten i en given måned, nogenlunde ens på tværs af plejecentrene ved før-målingens opstart. Dog ser vi, at der er en stigning i brugen af lægevagten for interventionsplejecentrene fra februar 2012 til juli 2012. For de øvrige plejecentre ses udviklingen i antallet af kontakter med lægevagten at være forholdsvist konstant over hele perioden. Derimod falder antallet af kontakter til lægevagten for interventionsplejecentrene, efter at lægerne fast tilknyttes.

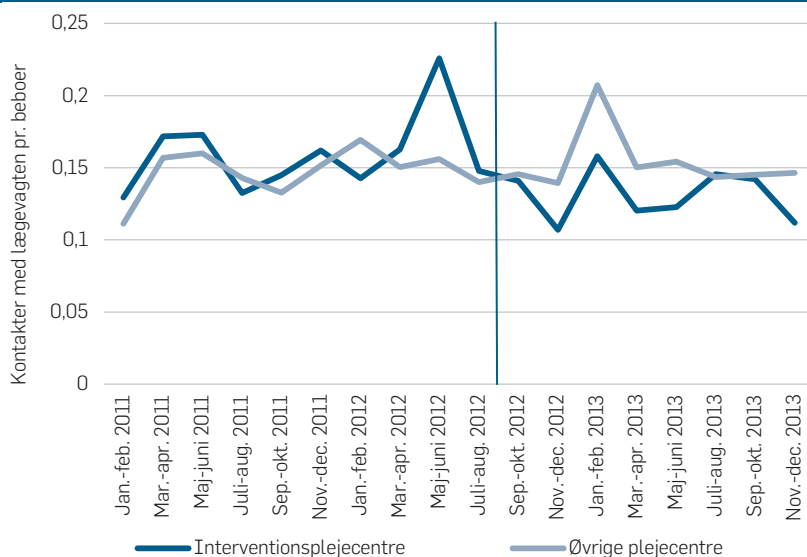
Der ses således en tendens til, at udviklingen i antallet af kontakter med lægevagten på interventionsplejecentrene har ændret sig og adskiller sig fra den tilsvarende udvikling blandt de øvrige plejecentre i løbet af efter-perioden. Dette er en indikation på, at de fast tilknyttede læ-

ger medvirker til en reduktion i kontakter til lægevagten. Personalet på et interventionsplejecenter udtaler følgende om tilgængeligheden af de fast tilknyttede læger:

Der er altid svar inden for 24 timer. Før kunne vi vente flere dage, en uge. Før skete der bare ikke noget. Og beboeren blev dårligere og dårligere, og så blev det weekend, og så måtte vi have fat i vagtlægen.

FIGUR 6.1

To-måneders gennemsnit af antal kontakter/konsultationer med lægevagten pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Personalet føler ikke på samme måde som før, at de kontakter lægevagten unødvendigt, da den fast tilknyttede læge er mere tilgængelig.

Et andet vigtigt opmærksomhedspunkt er, at antallet af kontakter til lægevagten er koncentreret omkring et forholdsvis lille antal beboere. I en gennemsnitlig måned for før-perioden var kun 6,4 pct. af beboerne i kontakt med lægevagten på henholdsvis interventionsplejecentrene

og de øvrige plejecentre (jf. tabel 6.1). Samtidig ved vi, at der er et lille antal beboere, der er i kontakt med lægevagten er relativt ofte.

KONTAKT TIL BEBOERNES EGNE LÆGER

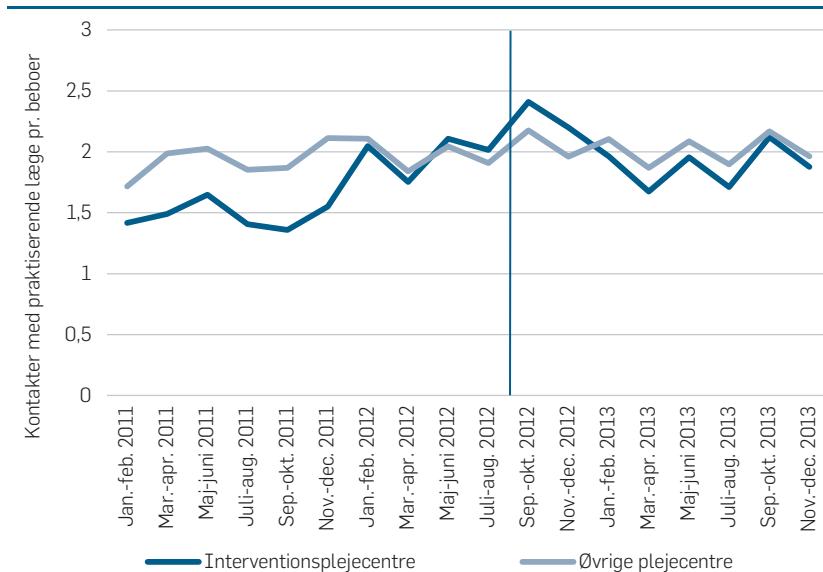
Man kan forestille sig, at interventionsplejecentrenes mindre brug af lægevagten kan skyldes, at de i stedet bruger den fast tilknyttede læge mere, og dermed bare har subsitueret deres brug af lægevagten over til de praktiserende læger. Derfor viser vi også udviklingen i brugen af de praktiserende læger. Vi viser udviklingen ligesom for lægevagten, dvs. som to måneders gennemsnit over perioden for både interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre.

Antallet af kontakter med de praktiserende læger ses i figur 6.2 at være ret konstant over hele projektperioden for de øvrige plejecentre. Der er cirka to kontakter med en praktiserende læge hver måned pr. beboer.

Derimod ses der en stigning lige efter pilotprojektets opstart på interventionsplejecentrene. Denne stigning er forventelig, da de fast tilknyttede læger har tilset og foretaget en gennemgang af de beboere, der er overgået til deres patientlister, og dermed er nye patienter for dem. Både plejepersonalet og lægerne nævner, at de i opstartsfasen af pilotprojektet brugte meget tid på beboergennemgange, og i den forbindelse også havde et større antal af konsultationer, da de fast tilknyttede læger skulle sættes ind i de nye patienters helbredstilstand. Niveauet af kontakter falder nogle måneder efter, at de faste læger blev tilknyttet. På flere af plejecentrene fortæller personalet, at de samler alle ikke-akutte problemer sammen indtil lægens ugentlige besøg i stedet for som tidligere at tage kontakt til beboerens forskellige praktiserende læger telefonisk eller elektronisk. Også her finder vi, at en mindre andel af beboerne kontakter deres praktiserende læge meget. I tabel 6.2 vises andelen af beboere, der i en gennemsnitlig måned, henholdsvis før og efter interventionen, har været i kontakt med deres praktiserende læge.

FIGUR 6.2

To-måneders gennemsnit af antal kontakter/konsultationer med beboernes praktiserende læge pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

TABEL 6.2

Andel beboere i månedlig kontakt med praktiserende læge før og efter start af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Procent.

| | Interventionsplejecentre | Øvrige plejecentre |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Før interventionsstart | 56,2 | 64,3 |
| Efter interventionsstart | 66,4 | 64,7 |

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Andelen af beboere, der i en gennemsnitlig måned, både før og efter interventionen, har kontakt til deres praktiserende læge er væsentlig lavere end antallet af kontakter pr. plejecenterbeboer, som vist i figur. 6.2. Der er mellem 1,5 og lidt over 2 kontakter pr. beboer på månedlig basis. Til gengæld er der omkring 60 pct. af beboerne, der har haft minimum en kontakt med deres praktiserende læge i en gennemsnitsmåned (2011 til

2014). Det er altså langt fra alle beboere, der er i kontakt med de praktiserende læger i løbet af en måned.

Det er værd at bemærke, at der i før-perioden på interventionsplejecentrene er en væsentlig mindre andel af beboere, der har kontakt med deres praktiserende læge end på de øvrige plejecentre. Hvorfor dette er tilfældet kan vi ikke forklare. Dog er der intet, der tyder på, at beboerne på interventionsplejecentrene er mere syge end på de øvrige plejecentre. Derfor kan det være, at interventionsplejecentrene har haft særligt dårlig kontakt til de praktiserende læger, og derfor er blevet udvalgt til at få interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

OPSAMLING

- Kontakten til lægevagten er faldet på interventionsplejecentrene, efter at de har fået fast tilknyttede praktiserende læger.
- Det er en lille andel beboere, der bruger lægevagten meget.
- Kontakten til de praktiserende læger er steget på interventionsplejecentrene lige efter interventionsstart, men der ses efterfølgende en faldende tendens.
- Ved en eventuel udrulning af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” må det forventes, at antallet af kontakter med den praktiserende læge stiger i implementeringsperioden.

MEDICINHÅNDTERING

Vi belyser i dette kapitel, hvordan medicinhandteringen defineres og anvendes som udfaldsmål, hvorefter vi på en række forskellige dimensioner ser på, hvorvidt medicinhandteringen er blevet forbedret efter tilknytningen af den faste læge.

MEDICINHÅNTERINGEN SOM UDFALDSSMÅL

Idet mange beboere på plejecentre er medicinsk komplekse borgere, der modtager forskellige præparater for multiple sygdomme, er medicinhandteringen ofte en meget omfattende og tidskrævende del af personalets hverdag på plejecentrene. Medicinhandteringen dækker over en række arbejdsopgaver, som ofte fordeler sig ud over en hel dag, og drejer sig bl.a. om medicinbestilling, -dosering og -uddeling samt løbende gennemgang af beboernes medicinkorts ordinationer (dvs. afstemning mellem plejecentrets medicinoplysninger og lægens journal). Det er her vigtigt at understrege, at det kun er lægerne, der kan vurdere, om det er relevant med en egentlig medicingennemgang, hvor lægen tager stilling til, om visse ordinationer skal ændres eller reduceres.

I relation til medicinhandteringen har pilotprojektet haft til hensigt at forbedre denne ved at skabe et bedre samarbejde mellem plejeper-

sonalet og den fast tilknyttede læge. Forventningen var, at et tættere samarbejde ville øge opmærksomheden omkring og vidensgrundlaget vedrørende medicin håndteringen. Ligeledes blev det forventet, at tilknytningen af lægen ville indebære, at den fast tilknyttede læge ville få et bedre indblik i beboernes helbredstilstand og medicinforbrug og dermed sikre kvaliteten og sammenhængen i beboernes lægemiddelanvendelse. Det er imidlertid vigtigt at holde sig for øje, at det *ikke* har været et mål i sig selv at nedbringe medicinforbruget blandt beboerne, idet et øget fokus på beboernes medicinindtag kan indebære såvel reduceret som et øget medicinforbrug.

Medicin håndteringen består som nævnt af mange opgaver, og da der ikke findes en gængs definition for medicin håndtering, og denne bliver håndteret forskelligt på de enkelte plejecentre, er det ikke muligt at foretage en effektmåling af interventionens betydning for medicin håndteringen. Som det fremgår af boks 7.1 afdækker vi derimod på baggrund af de syv interventionsplejecentres og de ni sammenligningsplejecentres spørgeskemabesvarelser og fokusgruppeinterview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene samt interview med læger og lokale tovholdere medicin håndteringen på plejecentrene. Vi undersøger medicin håndteringen, og hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har haft på medicin håndteringen, herunder i hvilket omfang de involverede parter vurderer medicineringen som værende mere korrekt eller hensigtsmæssig end tidligere.

BOKS 7.1

Datagrundlag til afdækning af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for medicin håndteringen.

Datagrundlaget består i dette kapitel af:

- Fokusgruppeinterview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene.
 - Interview med de lokale tovholdere på interventionsplejecentrene.
 - Interview med de fast tilknyttede læger.
 - Spørgeskemabesvarelser fra både de syv interventions- og de ni sammenligningsplejecentre.
-

GENNEMGANG AF BEBOERNES MEDICIN

Ansvar for gennemførelsen af medicingennemgangen ligger hos lægen og indebærer en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med henblik på at optimere den medicinske behandling. I forbindelse med før-målingen, dvs. før pilotprojektets opstart, gav personalet på næsten alle syv plejecentre udtryk for, at de ofte oplevede, at det var sjældent, at lægerne foretog en gennemgang af beboernes medicin. Plejepersonalet oplevede dog ofte et behov for en medicingennemgang i forbindelse med, at beboerne blev udskrevet fra hospitalet efter indlæggelse, idet dette ofte indebar ændringer i beboernes medicinering. En medarbejder på et plejecenter udtrykker det således inden projektets opstart:

Ved nogle af lægerne sker det ofte, at de slet ikke reagerer på vores henvendelse. De tager bare imod beskeden og gennemgår ikke medicinen.

På andre plejecentre blev der ved før-målingen dog givet udtryk for, at lægerne løbende gennemgik beboernes medicin, såvel ved anmodning fra plejepersonalets side som efter indlæggelser og konsultationer og sygebesøg.

Med tilknytningen af den faste læge er der, ud over et generelt øget fokus på beboernes medicinering fra både plejepersonalets og den faste læges side, kommet mere systematik i medicin håndteringen. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at samtlige læger, som nævnt i kapitel 1, i større eller mindre grad benyttede de ugentlige møder i projektets opstartsfasen på at gennemgå journalerne for de beboere, der havde valgt at skifte til den faste læge, med henblik på at få indsigt i beboernes helbredstilstand og medicinering. Beboergennemgangen har i løbet af projektperioden været tilbagevendende i det omfang, at nye beboere og tilflyttere har valgt at skifte til den faste tilknyttede læge, således at den faste læge også har fået et indblik i medicineringen blandt disse beboere. Derudover giver alle plejecentrene og lægerne ved efter-målingen udtryk for, at gennemgang af medicinkortets ordinationer og lægernes medicingennemgang nu foretages løbende efter behov og primært i forbindelse med konsultationer, sygebesøg og ved udskrivning fra hospitalsindlæggelse.

Ud over at medicingennemgangen foretages hyppigere med den faste tilknyttede læge, end det tidligere har været tilfældet, fortæller både plejepersonalet og de faste tilknyttede læger, at der også generelt er kom-

met et øget fokus og mere bevågenhed på medicineringen af beboerne. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at medicinbehandlingen har været et tilbagevendende emne på de ugentlige møder på samtlige plejecentre. Vi kan ud fra logbøgerne fra disse møder se, at ud over at lægerne har gennemgået beboernes medicin, er emner som overmedicinering, dosering og bivirkninger blevet drøftet. På de fleste plejecentre har lægerne haft vejlednings- og læringsforløb i forskellige præparater, hvor lægen bl.a. har fortalt om indholdsstoffer, dispenseringsform, optagelse, anvendelse, virkninger og bivirkninger. Endvidere er medicineringen blevet drøftet i forbindelse med lægernes vejledning i andre emner og temaer, som urinvejsinfektioner, diabetes, luftvejssygdomme mv. Både vejlednings- og læringsforløb har typisk taget udgangspunkt i beboere som cases, med andre ord en reflektiv læringsproces, hvorfor plejepersonalet har fået indsigt i, hvordan beboernes indtag af (typisk mange) forskellige præparater til forskellige sygdomme virker sammen.

ØGET KVALITET I MEDICINERINGEN

Det tætte samarbejde, sparringen og lægens større involvering i beboernes medicinering har haft en positiv betydning for både plejepersonalets og lægens oplevelse af medicinbehandlingen og medicineringen af beboerne. I forhold til medicineringen af beboerne fortæller både plejepersonalet og lægerne, at den væsentligste ændring, som det øgede fokus har ført med sig, er en reduktion i forbruget af overflødig eller unødvendig medicin.

Samtlige læger fortæller, at de på baggrund af beboergennemgangen har reduceret medicinforbruget hos mange af beboerne. I nogle tilfælde er beboerne blevet sat op i medicin eller fået ny medicin, men den primære ændring, som lægerne har foretaget i beboernes medicinering, er reduktion af medicinforbruget. De fortæller, at det blandt andet skyldes, at disse beboeres medicinindtag ikke har været hensigtsmæssig. Et eksempel på et sådant tilfælde er beboere, som får ordineret kolesterolsenkende medicin på trods af, at medicinen først har en effekt efter adskillige år. Reduktionen i medicinforbruget er foregået i dialog med den enkelte beboer og de pårørende, og som en læge fortæller:

... og så tager jeg en snak med patienten og de pårørende om, at en person på 96 skal ikke have forebyggende medicin mod blodpropper.

Flere af lægerne fortæller, at de har oplevet, at adskillige beboere får unødvendigt meget medicin, at nogle beboere får en u hensigtsmæssig kombination af lægemidler, ligesom at flere beboere modtager permanent smertestillende medicin for sygdomstilfælde, der ligger flere år tilbage. Særligt sidstnævnte forhold omkring unødvendig smertestillende medicin var inden projektets opstart en problemstilling, som også plejepersonalet var bevidste om. I forbindelse med før-målingen fortalte en række af plejecentrene, at de flere gange har henvendt sig til beboernes læger om at få reduceret netop smertestillende medicin, der fx er blevet udskrevet i forbindelse med et brækket ben for flere år siden. Imidlertid har det kun været i enkelte tilfælde, at lægerne har gennemgået beboernes medicin og reduceret det pågældende præparat. Efter tilknytningen af den faste læge er det ikke længere en problemstilling, som plejepersonalet har oplevet hos de beboere, der har valgt at skifte læge. Som en lokal tovholder udtrykker det: *"nu bliver pamolen stoppet"* – med henvisning til de mange beboere, der tidligere fik præparatet unødvendigt, hvilket ligeledes er i tråd med, hvad der gives udtryk for på et andet plejecenter:

Lægen har skåret ned på meget medicin. For eksempel har nogen stadig fået smertestillende medicin fra en operation for fire år siden.

I tråd med plejepersonalets beretninger hører vi fra lægernes side, at denne unødvendige og i mange tilfælde overflødige medicinering primært skyldes, at der ikke i tilstrækkelig grad er blevet fulgt op på beboernes medicinering. En læge udtrykker det således:

Den tidligere overmedicinering hænger sammen med, at der ikke var meget lægekontakt før [inden pilotprojektets opstart].

Og en anden læge fortæller i forlængelse af ovenstående:

Det er overraskende, hvor meget vi har fået ryddet op i beboernes medicin.

Med pilotprojektet har det for de fast tilknyttede læger været muligt at observere mønstre i beboernes medicinering, som de og beboernes tidligere læger ikke tidligere har kunnet se, eftersom de ofte ikke har været tilknyttet mange af plejecentrenes beboere. I den forbindelse fortæller en af de fast tilknyttede læger om, at vedkommende ved gennemgangen af beboernes medicin ved projektets opstart var overrasket over, hvor stor en andel af plejecentrenes beboere som modtog psykofarmaka eller skulle have en sovepille at falde i søvn på.

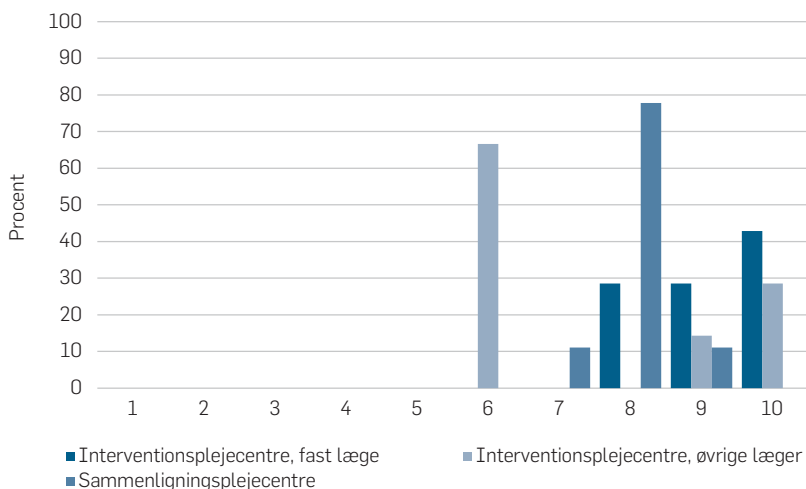
Ud over de tilbagemeldinger, vi har fået i forbindelse med interview af plejepersonale, de lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger, har vi for at kvantificere plejepersonalets oplevelse af medicin håndteringen spurgt herom i spørgeskemaerne til både interventions- og sammenligningsplejecentrene. I den forbindelse har vi spurgt om, i hvilken grad plejepersonalet vurderer, at beboerne medicineres korrekt. Hertil har det være muligt at svare mellem 0 og 10, hvor 0 svarer til, at plejepersonalet vurderer, at medicineringen slet ikke er korrekt, mens 10 modsat svarer til, at plejepersonalet vurderer, at medicineringen er helt korrekt. Spørgsmålet er ikke blevet stillet ved før-målingen, hvorfor det ikke er muligt at belyse, hvorvidt og i hvilket omfang der på interventionsplejecentrene er sket en udvikling i vurderingen over tid.¹⁷ I stedet ser vi således på, om der kan identificeres en forskel mellem interventions- og den lille gruppe af sammenligningsplejecentre. Som det fremgår af figur 7.1, er det kun på interventionsplejecentrene, at personalet vurderer, at beboerne medicineres helt korrekt (svarer 10), og specielt blandt beboerne med den fast tilknyttede læge vurderes medicineringen at være korrekt. Ligeledes er der en større andel af interventionsplejecentre end sammenligningsplejecentre, som vurderer, at beboerne medicineres næsten korrekt (svarer 9), og inden for interventionsplejecentrene ser vi igen den højeste andel blandt de beboere, som er tilknyttet den faste læge. Hovedparten af de ni sammenligningsplejecentrene svarer en smule lavere (8), men interessant er det, at halvdelen af interventionsplejecentrene vurderer, at beboerne med de øvrige læger i langt mindre grad medicineres korrekt. At en større andel af interventionsplejecentrene i højere grad vurderer beboerne med øvrige lægers medicinering mindre korrekt end sammenligningsplejecentrene kan formodes at hænge sammen med, at plejepersonalet på interventionscentrene er blevet særligt opmærksomme

17. Spørgsmålet blev først tilføjet spørgeskemaet ved efter-målingen, idet vi i besvarelserne fra før-målingen erfarede, at det var vanskeligt at operationalisere medicin håndteringen.

på korrekt og uhensigtsmæssig medicinering som følge af sparringen med den fast tilknyttede læge, og derved tydeligt ser en forskel i medicineringen hos beboerne med den fast tilknyttede læge og i forhold til de øvrige beboere.

FIGUR 7.1

Personalets vurdering af graden af korrekt medicinering af beboerne på en skala fra 1-10 (10 er helt korrekt) på de syv interventionsplejecentre og ni sammenligningsplejecentre. Særskilt for vurderingen i forhold til beboerne med fast tilknyttet læge og beboere med øvrige læger på interventionsplejecentre. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre og ni sammenligningsplejecentre.

Selvom det som sagt ikke er muligt at undersøge udviklingen i graden af korrekt medicinering over tid, må de store revisioner i beboernes medicin i forbindelse med lægernes gennemgang af beboerne alt andet lige tages som et udtryk for, at medicineringen i dag er mere hensigtsmæssig og dermed mere korrekt end tidligere. En yderligere indikator for, at der over tid har været denne positive udvikling blandt beboerne tilknyttet den faste læge, er, at plejecentrene oplever, at beboerne lever op, hvilket en medarbejder udtrykker således

For eksempel har en beboer hos lægen fået en medicingennemgang ... og det er lykkedes at seponere en hel del medicin, næ-

sten alt. Og beboeren er blevet et helt andet menneske. Frisk, nærværende, fået appetit på livet.

At projektet har medført markante ændringer i medicineringen af nogle af plejecentrenes beboere, er ligeledes et forhold, som de pårørende har lagt mærke til. I forbindelse med undersøgelsen af interventionens brugertilfredshed (som uddybes nærmere i kapitel 9) angiver en stor del af de pårørende, at den væsentligste ændring, som projektet har ført med sig, er i forhold til medicineringen.

Ved første samtale med lægen snakkede vi om, hvilke piller der skulle tages fra hende, og der blev fra starten fjernet halvdelen, som var unødvendig.

Ændringerne i medicineringen har vi som sagt ikke kunnet måle og vurdere kvantitativt, men som de fast tilknyttede læger, plejepersonalet og selv de pårørende udtrykker det, så er der sket markante ændringer i medicineringen af beboerne i forbindelse med interventionen.

OPSAMLING

- Tilknytningen af de faste læger har medført en øget bevågenhed på plejecenterbeboernes medicinering, som bl.a. kommer til udtryk ved, at medicingennemgangen nu foretages oftere end tidligere.
- Vejlednings- og læringsforløb blandt plejepersonalet har medført en større faglig indsigt i virkninger, bivirkninger mv. i beboernes medicinindtag.
- Plejepersonalet oplever i højere grad, at beboerne, som er tilknyttet de faste læger, medicineres korrekt sammenlignet med såvel de beboere, som ikke er tilknyttet lægen på interventionsplejecentrene, såvel som blandt de ni sammenligningsplejecentrene.
- På samtlige af de syv interventionsplejecentre har den væsentligste gennemgående ændring i medicineringen været en reduktion i medicinforbruget, som de faste læger har foretaget i dialog med beboerne og disses pårørende.

SAMARBEJDE MELLEM LÆGE OG PLEJEPERSONALE

I dette kapitel ser vi nærmere på samarbejdet mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge. Vi gør først rede for samarbejdet som udfaldsmål, hvorefter vi beskriver, hvordan samarbejdet mellem plejepersonalet og beboernes praktiserende læger var før projektets opstart, og hvordan dette har udviklet sig efter tilknytningen af den faste læge i forhold til tillid og faglig indsigt som lægens tilgængelighed, herunder tid brugt på telefonisk og elektronisk kontakt.

SAMARBEJDET SOM UDFALDSMÅL

Et væsentligt element i pilotprojektet er at forbedre samarbejdet mellem plejepersonalet og lægen. Som nævnt i kapitel 1 var tanken, at et tættere samarbejde kunne reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og kontakter til lægevagten og sikre en bedre medicin håndtering. Samtidig skal samarbejdet skabe en øget kontinuitet og kvalitet i beboernes pleje- og behandlingsmæssige forløb og dermed øge brugertilfredsheden for alle parter.

Grundlaget for at skabe bedre betingelser for samarbejdet er tildelingen af et fast ugentligt antal timer, hvor lægen kommer ud på plejecentret og yder rådgivning såvel som vejleder plejepersonalet i forbindel-

se med forskellige sundhedsfaglige problemstillinger. Samarbejdet indebærer altså en øget personlig kontakt mellem plejepersonalet og lægen, og skulle dermed også give bedre forudsætninger for en tæt og løbende dialog parterne imellem, når lægen ikke er til stede på plejecentret. Ud over dette samarbejde indgår plejepersonalet stadig i samarbejde med de resterende praktiserende læger til de beboere, der har valgt ikke at skifte læge, som primært indebærer telefonisk og elektronisk kontakt.

Målet er som beskrevet at forbedre samarbejdet mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge, men det er imidlertid problematisk at kvantificere dette mål og lave en egentlig effektmåling. Som det fremgår af boks 8.1, belyser vi med afsæt i de gennemførte interview såvel som spørgeskemabesvarelserne fra plejecentrene og de fast tilknyttede læger, hvordan samarbejdet har ændret sig over tid, herunder hvordan tilgængeligheden til lægerne er, og hvordan plejepersonalet oplever lægernes faglige indsigt i beboernes helbredstilstand og vice versa.

BOKS 8.1

Datagrundlag til afdækning interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for samarbejdet mellem plejepersonale og de fast tilknyttede læger.

Datagrundlaget består i dette kapitel af:

- Fokusgruppeinterview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene.
- Interview med de lokale tovholdere på interventionsplejecentrene.
- Interview med de fast tilknyttede læger.

Spørgeskemabesvarelser fra de syv interventionsplejecentre og de ni sammenligningsplejecentre.

SAMARBEJDET FØR TILKNYTNINGEN AF DEN FASTE LÆGE

I forbindelse med før-målingen spurgte vi både i interviewene med plejepersonalet og i spørgeskemaet til plejecentrene om forskellige aspekter af samarbejdet mellem plejepersonalet og de praktiserende læger. Fælles for alle plejecentrene er, at de alle havde kontakt til et stort antal forskellige praktiserende læger. For eksempel var der på Ryetbo før tilknytningen af den faste læge 35 praktiserende læger tilknyttet til centrets 94 beboere (se tabel 8.1 senere i kapitlet). Dette var for næsten alle plejecen-

trene en kilde til frustration, idet kontakten til de mange læger er en tidskrævende opgave i en i forvejen travl hverdag. Plejepersonalet oplevede dagligt, at de måtte bruge lang tid på opringninger, særligt ventetid i telefonen, til lægerne, idet de på lige fod med øvrige patienter skal henvende sig i lægens konsultationstid, når det drejer sig om beboernes helbredstilstand. Plejepersonalet berettede om, at de af og til slet ikke kom igennem til lægen i telefонтiden.

Plejepersonalet på flere plejecentre fortæller desuden, at den mere eller mindre sporadiske kontakt med mange forskellige læger besværliggør opbygningen af tillidsforhold plejepersonale og læger imellem. I forlængelse heraf var en gennemgående problematik plejepersonalets oplevelse af nogle lægers manglende interesse for de ældre. Nogle plejecentre beskriver, at de har en oplevelse af, at nogle læger ikke prioriterer at bruge tid på de ældre, og flere udtalte, at de havde det indtryk, at lægerne ikke ser ”prestige i de ældre”. En medarbejder sagde endvidere under et interview:

Det er jo ikke altid, at du kan få en læge ud. Fordi så har man indtrykket af, at jamen, det er et plejehjem, og så gider de ikke komme.

Med dette henviser medarbejderen både til den manglende interesse i at tilse de ældre ude på plejecentrene, men også til det faktum, at nogle læger føler det mindre nødvendigt at komme ud til plejecenterbeboere, da de har sygeplejersker, der kan varetage en stor del af behandlingen og plejen. Flere personaler påpeger, at det er et problem, der ikke kun påvirker plejepersonalet, men i høj grad også beboerne:

Det påvirker beboerne meget, når de fx ikke kan få fat på en læge, og hele tiden får at vide, at han/hun må vente.

Plejepersonalet understreger dog også, at dette ikke gælder samtlige læger, men at det er en problematik, der fylder meget, da det skaber usikkerhed og en utryk stemning blandt personalet, når de oplever, at lægerne ikke reagerer på deres henvendelser.

Inden pilotprojektets opstart var der således flere aspekter ved samarbejdet mellem plejepersonalet og beboernes læger, som var uhenigtsmæssige, og plejepersonalet havde en klar forventning om, at der

med tilknytningen af den faste læge ville skabes nogle gode rammer for etableringen af et bedre samarbejde parterne imellem.

SAMARBEJDET EFTER TILKNYTNINGEN AF DEN FASTE LÆGE

Som nævnt i kapitel 1 giver både plejepersonalet og de fast tilknyttede læger på samtlige syv interventionsplejecentre udtryk for, at samarbejdet overordnet set har været let at etablere. En væsentlig medvirkende faktor i forhold til etableringen af samarbejdet har været de involverede parter positive indstilling over for pilotprojektet. For plejepersonalets vedkommende kom dette allerede til udtryk inden pilotprojektets opstart, hvor flere udtalte, at de så frem til samarbejdet med de fast tilknyttede læger. For lægernes vedkommende afspejler den positive indstilling sig ved, at lægerne har udtalt, at de søgte stillingen af interesse for projektet, og fordi de var motiverede til at arbejde inden for dette felt med medicinsk komplicerede og behandlingstunge ældre patienter.

Tilknytningen af de faste læger har meget naturligt medført en reducere af det antal læger, som plejepersonalet skal i kontakt med, idet mange beboere har skiftet deres gamle praktiserede læge ud med den fast tilknyttede læge.

Som det fremgår af tabel 8.1, er antallet af læger tilknyttet de enkelte plejecentre faldet markant efter tilknytningen af den faste læge. Mens der på Slottet var 50 forskellige praktiserende læger tilknyttet centrets beboere inden pilotprojektets opstart, er der ved efter-målingen blot fire læger tilknyttet ud over den faste læge. Det svarer til en procentvis ændring på 90. Og billedet gør sig gældende på samtlige plejecentre, hvor der i gennemsnit er 70 pct. færre læger tilknyttet plejecentrene, end der var, inden projektet blev iværksat.

TABEL 8.1

Antallet af praktiserende læger på de syv interventionsplejecentre. Særskilt for før- og efter-målingen. Antal og procentvis ændring.

| | Antal læger tilknyttet ved før-målingen | Antal læger tilknyttet ved efter-målingen | Ændring i procent |
|-----------------------|--|--|----------------------|
| Gefionshave | 15 | 5 | -67 |
| Kildehaven | 20 | 7 | -65 |
| Klostertoften | 15 | 5 | -67 |
| Horslunde/Bøgelunden | 5 | 2 | -60 |
| Slottet | 50 | 5 | -90 |
| Solterrasserne | 30 | 12 | -60 |
| Ryetbo | 35 | 8 | -77 |
| Gennemsnitlig ændring | 24 | 6 | -70 |

Kilde: SFI spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre.

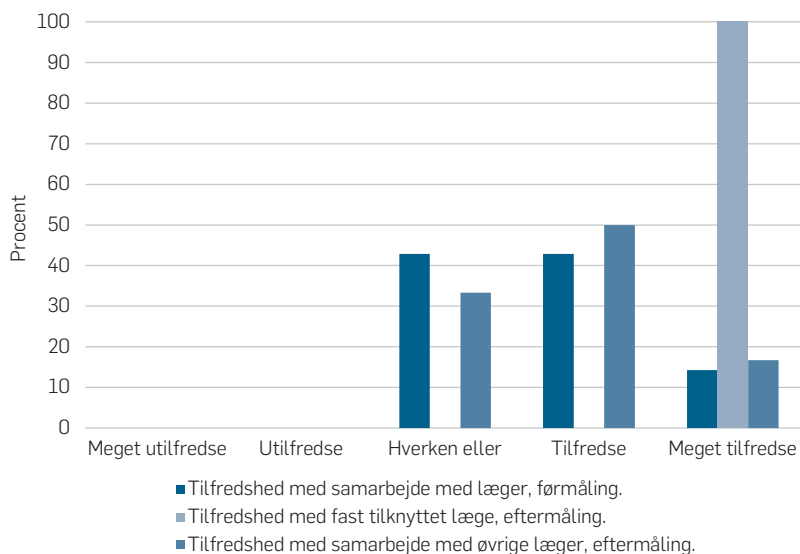
For at belyse personalets tilfredshed med samarbejdet har vi spurgt om deres tilfredshed med samarbejdet med lægerne før og efter tilknytningen af den faste læge. Som det fremgår af figur 8.1, var der før tilknytningen af den faste læge tre af interventionsplejecentrene, der hverken var utilfredse eller tilfredse med samarbejdet med beboernes praktiserende læger og ligeledes tre, der var tilfredse med samarbejdet. Et enkelt plejecenter var inden pilotprojektets opstart meget tilfredse med samarbejdet. Dette hænger sammen med, at næsten samtlige beboere på plejecentret allerede inden opstart var tilknyttet den samme læge, som plejepersonalet havde et velfungerende samarbejde med. Denne læge blev også udvalgt som fast tilknyttet læge i projektet. Det skal dog påpeges, at plejecentrene (både interventions- og sammenligningsplejecentre) gør opmærksom på, at tilfredsheden med samarbejdet er meget varierende, afhængigt af hvilke læger de har med at gøre, hvorfor figur 8.1 såvel som figur 8.2 illustrerer plejepersonalets generelle tilfredshed med samarbejdet med de praktiserende læger.

Ved efter-målingen har vi spurgt særskilt om tilfredsheden med den fast tilknyttede læge og de øvrige læger for at afdække, hvorvidt der er en forskel. Som det meget klart fremgår af figuren, giver samtlige interventionsplejecentre ved efter-målingen udtryk for, at de er meget tilfredse med samarbejdet med den fast tilknyttede læge. I forhold til de øvrige læger, der fortsat er tilknyttet de beboere, der ikke har valgt at skifte læge, har opfattelsen af samarbejdet ikke ændret sig over tid.

Med hensyn til samarbejdet med lægerne på sammenligningsplejecentrene understøtter figur 8.2 billedet af, at der er stor variation i samarbejdet med de forskelle praktiserede læger. Ved før-målingen angav fire plejecentre at være enten utilfredse eller hverken eller med samarbejdet, mens de øvrige plejecentre var mere eller mindre tilfredse. Ved eftermålingen fordeler sammenligningsplejecentrene sig jævnt i kategorierne hverken eller og tilfredse, og selvom der ikke er nogen af de ni sammenligningsplejecentre, som angiver at være utilfredse med samarbejdet, er der heller ingen, der er meget tilfredse, hvilket vi netop kan observere blandt interventionsplejecentrene.

FIGUR 8.1

Personalets tilfredshed med samarbejdet med de praktiserende læger på de syv interventionsplejecentre fordelt efter fast tilknyttet læge og øvrige læger. Særskilt for før-måling og efter-måling. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre.

At interventionsplejecentrene oplever en meget stor tilfredshed med de fast tilknyttede læger kommer også til udtryk ved interviewene og bemærkninger fra spørgeskemaet, hvor flere peger på, at samarbejdet og lægens faste gang på plejecentret giver et bedre samarbejde, der bl.a. viser

sig ved en god kommunikation og opfølgning på igangsatte behandlinger. I den forbindelse udtaler en medarbejder:

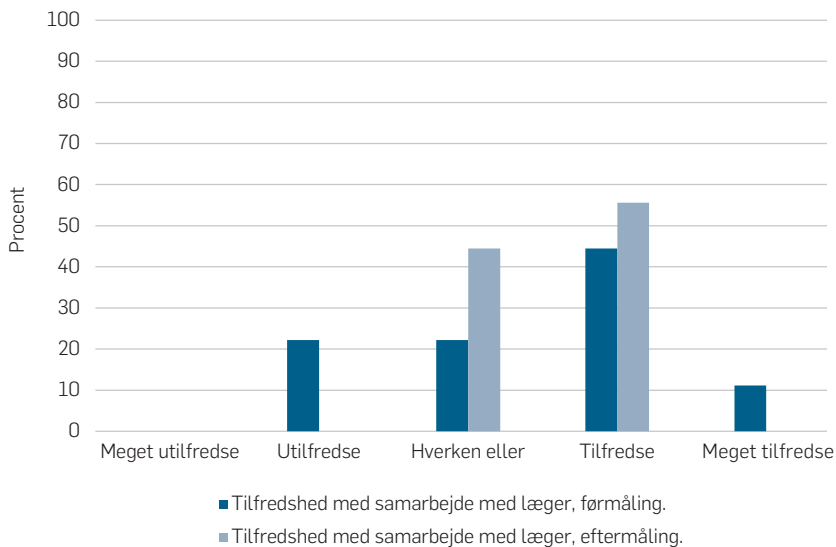
Der bliver handlet hurtigt [fra lægens side], og vi skal ikke vente på svar. Der er opfølgning på tingene, og det giver en ro og kontinuitet, som tidligere har været en mangelvare.

Og denne udvikling bliver på et andet plejecenter beskrevet således:

Det er et givende samarbejde, der smitter af i hverdagen. Der er kommet et lægesamarbejde, vi ikke tidligere har haft, da lægen nu kommer ud til beboerne, når det er nødvendigt, også på akut tilsyn, uden at vi skal tigge om det.

FIGUR 8.2

Personalets tilfredshed med samarbejdet med de praktiserende læger på de ni sammenligningsplejecentre. Særskilt for før-måling og efter-måling. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt de ni sammenligningsplejecentre.

Lægens tilstedeværelse og det, at der i højere grad end tidligere bliver fulgt op på beboernes behandlinger, giver ifølge plejepersonalet ikke alene beboerne en bedre service og kvalitet, men også en kontinuitet, som plejepersonalet er glade for:

Kontinuiteten i at have den samme læge er en gave. For eksempel mødte jeg lægen på trappenedgangen og 5 ord fra hver, så havde vi lige lagt en plan. Det kan man jo ikke med en almindelig læge, der kommer en gang hvert halve år.

Lægerne bakker ligeledes op om vigtigheden af at have et godt samarbejde med plejepersonalet, og flere giver udtryk for, at det netop er en tæt arbejdsrelation med personalet, som har betydet, at der er blevet etableret et fælles sprog. Det fælles sprog sikrer en høj grad af kontinuitet i behandlingen af beboerne.

Samarbejdet er med tilknytningen af den faste læge således blevet forbedret på samtlige interventionsplejecentre, og plejepersonalet har kun positive tilbagemeldinger, hvad angår dette. I de følgende afsnit ser vi nærmere på, om og hvordan samarbejdet kommer til udtryk med hensyn til parternes tillid til hinanden såvel som lægens tilgængelighed, når lægen ikke er til stede på plejecentret.

TILLID TIL DEN FAGLIGE INDSIGT

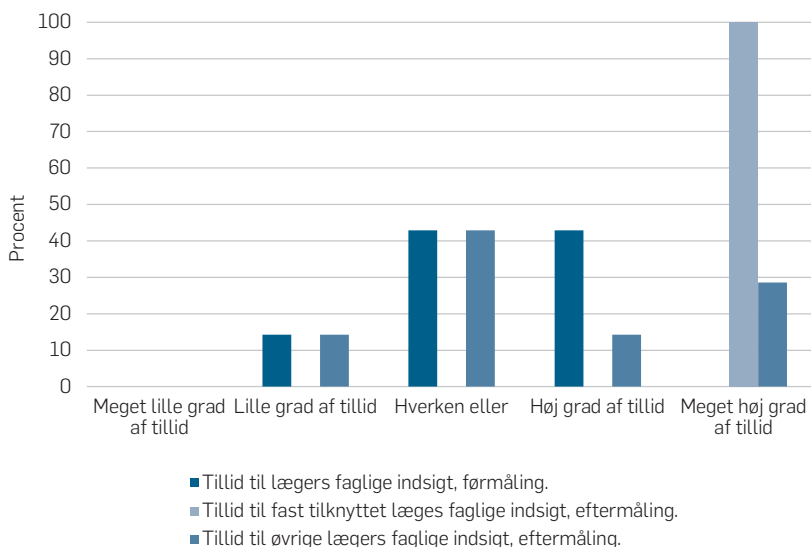
Inden pilotprojektets opstart gav plejepersonalet på flere plejecentre udtryk for, at de oplevede, at nogen af beboernes praktiserende læger ikke havde et tilstrækkeligt eller godt kendskab til deres patienter på de pågældende plejecentre. Idet graden af tillid plejepersonalet og lægen imellem må betragtes som værende aspekter tæt knyttet til kvaliteten af samarbejdet, har vi ligeledes afdækket, i hvilket omfang plejepersonalet har tillid til lægernes faglige indsigt i beboernes generelle helbredstilstande og vice versa.

Som det ses i figur 8.3, havde knap halvdelen af interventionsplejecentrene ved før-målingen tillid til lægernes faglige indsigt i beboernes generelle helbredstilstande, mens sammenligningsplejecentrene berettede, at de kun i lille grad eller hverken eller havde tillid til lægernes faglige indsigt (jf. figur 8.4.). Også i denne sammenhæng angav flere plejecentre, at tilliden til den faglige indsigt er afhængig af, hvilken læge de har med at gøre, hvilket ligeledes afspejler variationen i kvaliteten af samarbejdet med beboernes læger. Ved efter-målingen ser vi fortsat en stor variation i plejepersonalets tillid til øvrige lægers faglige indsigt. Derimod er tendensen meget klar, hvad angår tilliden til de fast tilknyttede lægers

faglige indsigt, hvor samtlige interventionsplejecentre giver udtryk for, at de har en meget høj tillid til de faste læger.

FIGUR 8.3

Personalets tillid til lægers faglige indsigt på de syv interventionsplejecentre fordelt efter fast tilknyttede læger og øvrige læger. Særskilt for før-måling og eftermåling. Procent.



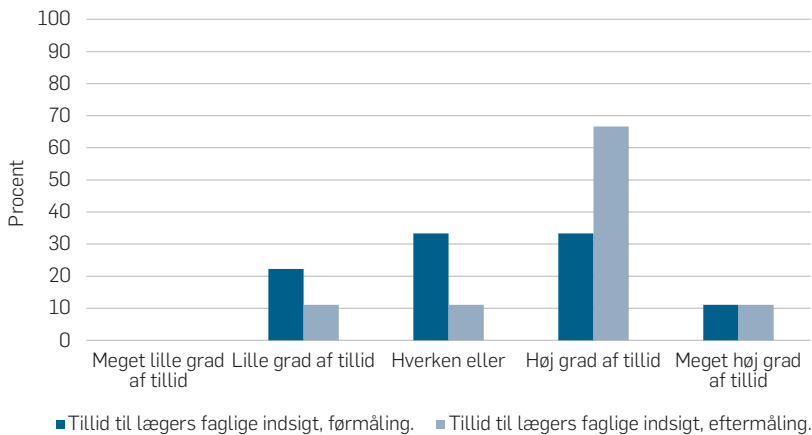
Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre.

For sammenligningsplejecentrenes vedkommende viser der sig ligeledes en stor variation i plejepersonalets tillid til lægernes faglige indsigt. Som det fremgår af figur 8.4, viser denne variation sig både ved før- og eftermålingen, om end andelen af plejecentre, der angiver at have en høj tillid til lægernes faglige indsigt, er dobbelt så stor ved eftermålingen.

I forhold til de fast tilknyttede lægers tillid til plejepersonalets faglige indsigt i beboernes generelle helbredstilstande er det imidlertid ikke muligt at se på udviklingen heraf over tid, idet der ikke er blevet lavet en før-måling med lægerne. Ved pilotprojektets afslutning giver samtlige læger dog udtryk for, at de enten i høj grad eller i meget høj grad har tillid til plejepersonalets faglige indsigt.

FIGUR 8.4

Personalets tillid til lægers faglige indsigt på de ni sammenligningsplejecentre. Særskilt for før-måling og efter-måling. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt ni sammenligningsplejecentre.

Plejecenterpersonalet på interventionsplejecentrene fortæller, at det forbedrede samarbejde i høj grad skyldes en tættere relation og et større tillidsforhold, som er blevet opbygget gennem den kontinuerlige kontakt og dialog med den fast tilknyttede læge. På ét plejecenter udtrykker en medarbejder det således:

Der er sket en stor læring i kraft af, at der har været den ugentlige kontakt. Der er en stor grad af gensidig tillid mellem personale, læge og beboer.

Og på et andet plejecenter fortæller de i tråd hermed, at:

Der er oparbejdet et værdifuldt samarbejde via et tillidsforhold. Kendskabet til beboerne er stort fra lægens side.

En læge fortæller, at alene det faktum, at plejepersonalet og lægen mødes jævnligt og er i fast kontakt med hinanden har haft en indvirkning på deres mulighed for at samarbejde og deres tillidsforhold.

Flere plejecentre beretter, at den fast tilknyttede læge opfattes som en ”integreret” del af plejecentret og som en altid faglig og tilgængelig samarbejdspartner, hvilket har været med til at øge tilliden parterne

imellem. Tillidsforholdet har endvidere betydet, at der er skabt en trykstemning, hvor plejepersonalet og den fast tilknyttede læge kender hinanden. Mens plejepersonalet på flere plejecentre ved pilotprojektets opstart var tilbageholdende med at stille lægen spørgsmål på de ugentlige møder, ”tør” personalet nu at stille spørgsmål til problematikker vedrørende beboerne. En læge udtaler endvidere, at der er blevet etableret en fælles forståelse for, at der ingen dumme spørgsmål findes, ligesom der er blevet skabt en mere målrettet kommunikation til gavn for begge parter såvel som for beboerne. Flere af lægerne nævner desuden, at tilliden mellem dem og plejepersonalet er blevet bedre, og at de derfor føler sig tryggere i dialogen med plejepersonalet og med hensyn til de henvendelser, de får derfra.

LÆGENS TILGÆNGELIGHED

Ud over lægernes tilstedeværelse har tilgængeligheden til lægerne ligeledes spillet en stor rolle i det forbedrede samarbejde. I modsætning til før tilknytningen af de fast tilknyttede læger, hvor flere plejecentre påpegede, at det kunne være en udfordring og frustration dels at komme igennem til lægerne i telefontiden, og dels at lægerne ikke altid var villige til at komme ud på plejecentrene, har dette ændret sig markant med projektet. Efter tilknytningen af den faste læge får plejepersonalet nu jævnlige besøg af lægen. På samtlige plejecentre foretager den fast tilknyttede læge konsultationer af beboerne i eget hjem enten umiddelbart før eller umiddelbart efter det ugentlige møde med plejepersonalet, og der er flere af de fast tilknyttede læger, som derudover kommer fast på plejecentrene en anden dag for at afholde konsultationer, hvor de blandt andet følger op på beboernes behandlinger mv. En medarbejder udtrykker det således:

Det er meget nemmere at få sygebesøg af den faste læge end med de øvrige praktiserende læger.

Og det er et generelt billede, som samtlige interventionsplejecentre fortæller om, at de fast tilknyttede læger i langt større udtrækning end de øvrige praktiserende læger kommer ud og foretager sygebesøg eller konsultationer af beboerne i eget hjem. Flere læger påpeger, at det tættere samarbejde har øget plejepersonalets og lægernes gensidige forståelse for hinandens faglige praksis, ligesom de mærker, at personalet er klædt bed-

re på til at kunne varetage det pleje- og behandlingsmæssige arbejde. På de ugentlige møder er der blevet opnået en fælles referenceramme, og plejepersonalet og de fast tilknyttede læger har fået afstemt hinandens holdninger til en række forskellige helbredsrelaterede problemstillinger. En læge fortæller, at projektet har vist, hvor vigtig kommunikationen er mellem vedkommende og plejepersonalet. Således har de fast tilknyttede læger på samtlige plejecentre også drøftet ISBAR-princippet¹⁸ på de ugentlige samarbejds møder med plejepersonalet med henblik på at øge beboersikkerhed ved at sikre en hensigtsmæssig mundtlig kommunikation om beboernes helbredstilstande.

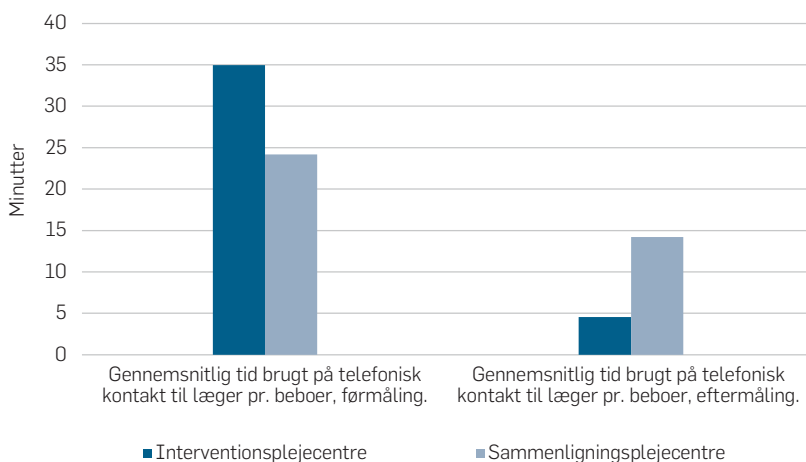
Med hensyn til at afdække lægens tilgængelighed, når vedkommende ikke er til stede på plejecentret, herunder hvorvidt det tættere samarbejde kan medvirke til at reducere den tid, personalet bruger på øvrig kommunikation med lægen, har vi spurgt om, hvor meget tid plejepersonalet har brugt og bruger på telefonisk kontakt med beboernes læger. Som det fremgår af figur 8.5, er der på tværs af interventions- og sammenligningsplejecentrene en generelt faldende trend, således at plejepersonalet ved efter-målingen i gennemsnit bruger væsentligt mindre tid pr. beboer på at komme og være i telefonisk kontakt med lægerne end ved før-målingen. Dog er det tydeligt, at der er tale om en mere markant ændring blandt interventionsplejecentrene, hvilket også til dels skyldes, at deres gennemsnitlige tid brugt på telefonisk kontakt pr. beboer ved før-målingen var højere end blandt sammenligningsplejecentrene. Ved før-målingen brugte plejepersonalet på interventionsplejecentrene i gennemsnit 35 minutter pr. beboer om måneden på telefonisk kontakt til lægerne, mens sammenligningsplejecentrene i gennemsnit brugte 24 minutter pr. beboer. Ved efter-målingen blev der på interventionsplejecentrene i gennemsnit brugt 4,5 minutter pr. beboer, svarende til en reduktion i tiden på 88 pct., mens den telefoniske tid tilsvarende var på 14 minutter pr. beboer på sammenligningsplejecentrene, svarende til en reduktion i tidsforbruget på 42 pct. Så selvom der blev brugt mere tid på telefonisk kontakt på interventionsplejecentrene end sammenligningsplejecentrene inden projektets opstart, indikerer figuren meget tydeligt, at faldet har været størst på plejecentrene med de fast tilknyttede læger.

18. ISBAR er en standardiseret måde at kommunikere på inden for sundhedsvæsenet, fx ved sektorovergange eller når en person retter forespørgsel til en anden, som når plejepersonalet henvender sig til lægen vedrørende en beboers helbredstilstand.

Den faldende tendens kan meget vel hænge sammen med, at det er blevet mere udbredt at anvende elektroniske kommunikationsformer i det daglige arbejde på plejecentrene. Vi har således også spurgt plejepersonalet om, hvor meget tid de bruger på at kommunikere elektronisk med de praktiserende læger.

FIGUR 8.5

Gennemsnitlig tid i en måned brugt på telefonisk kontakt til praktiserende læger. Særskilt for før og efter tilknytningen af faste læger og for de syv interventionsplejecentre og de ni sammenligningsplejecentre. Antal minutter.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre og ni sammenligningscentre.

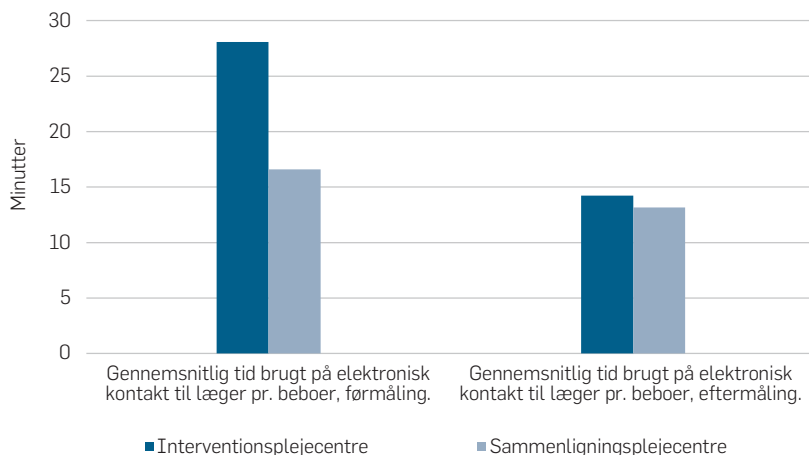
I figur 8.6 ser vi imidlertid, at den reducerede tid i forhold til telefonisk kontakt ikke har resulteret i en stigning i den elektroniske korrespondance. Derimod ser vi, at også tiden brugt på elektronisk kontakt er blevet reduceret efter tilknytningen af den faste læge. Ved før-målingen brugte interventionsplejecentrene i gennemsnit 28 minutter pr. beboer om måneden på elektronisk kontakt mod 14 minutter pr. beboer ved eftermålingen, svarende til en reduktion på 50 pct., mens den elektroniske kontakt er faldet fra 17 minutter pr. beboer til 13 minutter pr. beboer på sammenligningsplejecentrene i samme periode, hvilket svarer til et fald på 24 pct.

At plejepersonalet bruger mindre tid på den telefoniske og elektroniske kontakt hænger til dels sammen med, at flere af de fast tilknyttede læger har givet plejepersonalet mulighed for at komme i kontakt

med dem via et direkte telefonnummer. På den måde undgår plejepersonalet at skulle hænge i røret og vente på at komme igennem til den pågældende læge i telefontiden. Generelt set oplever plejepersonalet, at de ikke længere skal bruge meget tid på at vente i telefonen. Plejepersonalet får nemt og hurtigt svar, og hvis ikke lægen kan tage telefonen, får de fat i sekretæren, der får lægen til at ringe tilbage, hvilket flere plejecentre giver udtryk for, ikke har været praksis tidligere. Herudover har samarbejdet og det øgede fokus på den mundtlige kommunikation betydet, at der blandt lægen og plejepersonale er en fælles forventningsafstemning om, hvordan samtalen skal føres, herunder hvilke observationer plejepersonalet skal have gjort sig, inden de tager kontakt til lægen, hvilket har været med til at nedbringe tiden brugt på at være i kontakt med lægen, hvilket også har en afsmittende effekt i forhold til kommunikationen med de øvrige praktiserende læger.

FIGUR 8.6

Gennemsnitlig tid i en måned brugt på elektronisk kontakt til praktiserende læger. Særskilt for før og efter tilknytningen af faste læger og for de syv interventionsplejecentre og de ni sammenligningsplejecentre. Antal minutter.



Kilde: SFI spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre og ni sammenligningscentre.

Endvidere fortæller flere repræsentanter fra plejepersonalet såvel som lægerne, at samarbejdet har skabt en tryghed blandt personalet, som nu i stedet for at skulle bruge tid på at vente på at komme igennem til lægerne i telefonen eller på at kommunikere elektronisk frem og tilbage kan sam-

le væsentlige ikke-akutte spørgsmål sammen til den fast tilknyttede læge, da de ved, at vedkommende kommer som minimum en gang om ugen. På et plejecenter fortæller plejepersonalet:

Det har givet en ro i hverdagene, fordi vi har kunnet samle tingene sammen til den dag, lægen kommer, og vi har ikke 20 EDIFACT'er¹⁹ hængende, som 17 forskellige læger skal besvare eller skal bruge hele formiddagen på at komme igennem til lægerne over telefonen.

Det har ført til en aflastning af personalet, at en stor del af de behandlings- og plejemæssige problematikker kan varetages, når den fast tilknyttede læge er på besøg. Den tættere dialog og lægens jævnlige gang på plejecentret nævner lægerne også som årsag til, at de oplever færre henvendelser fra plejepersonalet end ved pilotprojektets opstart.

At lægerne er blevet mere tilgængelige har også en afsmittende effekt på opfølgningen på plejepersonalets henvendelser, hvilket en medarbejder udtrykker på følgende måde:

Vi ved, der bliver handlet med det samme, og det er utroligt nemt, at få lægen til at komme og kigge til beboerne.

Og med hensyn til de problemstillinger, der i udgangspunktet ikke kræver et sygebesøg eller konsultation af beboeren i eget hjem, og som kan drøftes via elektronisk korrespondance påpeger personalet, at der er hurtig tilbagemelding fra de fast tilknyttede læger.

Tilknytningen af de faste læger betyder således, at lægen er blevet mere tilgængelig, og at plejepersonalet ikke i samme omfang skal bruge den samme tid på at komme og være i telefonisk og elektronisk kontakt med lægen. Det skyldes dels, at det er nemmere at komme igennem til lægen, end det tidligere har været, og dels at plejepersonalet har kunnet samle tingene sammen og drøfte dem i lægens tilstedeværelse på plejecentret. Derudover er kommunikationen parterne imellem blevet mere tydelig, samtidig med at den gensidige forståelse for hinandens faglige praksis har betydet, at kommunikationen, når lægen ikke er til stede, er blevet mere hensigtsmæssig og tidsbesparende.

¹⁹ EDI benyttes i sundhedssektoren til elektronisk udveksling af recepter, laboratoriesvar og udskrivningsbreve (epikriser). Parterne anvender standardiserede meddelelsesformater for at undgå fejlfortolkninger.

OPSAMLING

- Tilknytningen af de faste læger har ført til et tættere samarbejde mellem plejepersonalet og den pågældende læge, hvilket kommer alle parter til gavn.
- Plejepersonalet oplever at skulle bruge mindre tid på at komme og være i telefonisk og elektronisk kontakt med de faste læger, fordi tilgængeligheden er blevet bedre. Ligesom samarbejdet har resulteret i et fælles sprog mellem plejepersonalet og lægen imellem, så at kommunikationen er blevet mere målrettet.
- Det tættere samarbejde og de faste lægers tilstedeværelse på plejecentrene har endvidere givet plejepersonalet en tryghed, således at de i langt højere grad kan samle ikke-akutte problemstillinger, til når lægen er på plejecentret. Plejepersonalet oplever, at det i langt højere grad end tidligere er muligt at få lægen ud til en konsultation af beboeren i eget hjem eller et sygebesøg.
- Samarbejdet har medført, at plejepersonalet i højere grad oplever at have tillid til de faste lægers faglige indsigt i beboernes helbredsforhold, idet lægerne har sat sig ind i hver beboers journal ligesom deres faste tilstedeværelse på plejecentret indebærer, at der bliver fulgt op på beboernes behandlingsforløb. Samtidig har lægerne også fået mere tillid til plejepersonalets indsigt i beboernes helbredsforhold.

BRUGERTILFREDSHED BLANDT DE INVOLVEREDE AKTØRER

Vi ser i dette kapitel nærmere på de involverede aktørers tilfredshed med pilotprojektet. Vi indleder med at belyse, hvorledes brugertilfredsheden er defineret som udfaldsmål, hvorefter vi særskilt ser nærmere på tilfredsheden hos henholdsvis plejepersonalet, de fast tilknyttede læger og beboerne og pårørende.

BRUGERTILFREDSHED SOM UDFALDSMÅL

Tilknytningen af den faste læge forventes at have en afsmittende effekt på tilfredsheden blandt de aktører, som er omfattet af pilotprojektet. Det drejer sig primært om plejepersonalet, som dagligt varetager plejen af beboere, og de fast tilknyttede læger, som samarbejder med plejepersonalet og har sin faste gang på plejecentrene.

Som vi beskrev i kapitel 1, er det overordnede formål med pilotprojektet at forbedre kvaliteten i de pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboerne på plejecentrene, hvorfor interventionen naturligvis også forventes at øge tilfredsheden blandt beboerne med de fast tilknyttede læger. Da en relativ stor andel af beboerne af helbredsmæssige årsager hverken vil være i stand til at lade sig interviewe eller udfylde et spørgeskema, afdækker vi beboernes tilfredshed med projektet gennem spørge-

skemabesvarelser fra de pårørende. Vi spørger de pårørende om deres oplevelse af plejen fra personalets side og lægens behandling, herunder medicinering af beboerne. Endvidere har vi spurgt plejepersonalet såvel som de fast tilknyttede læger om deres vurderinger af, hvordan og i hvilket omfang projektet har påvirket beboerne. I det følgende benytter vi, som det fremgår af boks 9.1 en kvalitativ tilgang med afsæt i såvel interview- og spørgeskemadata til at afdække brugertilfredsheden blandt plejepersonalet, de fast tilknyttede læger, beboerne og pårørende.

BOKS 9.1

Datagrundlag til afdækning af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for brugertilfredsheden.

Datagrundlaget består i dette kapitel af:

- Fokusgruppeinterview med plejepersonalet på de syv interventionsplejecentrene.
 - Interview med de lokale tovholdere på de syv interventionsplejecentrene.
 - Interview med de fast tilknyttede læger.
 - Spørgeskemabesvarelser fra de syv interventionsplejecentrene.
 - Spørgeskemabesvarelser fra de pårørende.
-

PLEJEPERSONALET

Som beskrevet i kapitel 8 har det forbedrede samarbejde mellem plejepersonalet og de fast tilknyttede læger ført til en række forbedringer i forhold til plejepersonalets daglige arbejde. Det drejer sig om lægens øgede tilgængelighed, herunder den reducerede tid brugt på såvel telefonisk som elektronisk kontakt samt en højere tillid til lægens faglige indsigt i beboernes helbredstilstande, ligesom det giver en større ro og trykthed i plejepersonalets daglige pleje af beboerne, at de ved, at lægen er til stede og tilgængelig, når der er behov for det.

Herudover giver samtlige plejecentre udtryk for, at de ugentlige møder og de fast tilknyttede lægers vejledning- og læringsforløb har betydet en stor læring blandt plejepersonalet, således at de føler sig bedre rustede til at varetage de pleje- og behandlingsmæssige opgaver og kan yde en bedre og hurtigere pleje end tidligere. At projektet har været fagligt udviklende udtrykker en medarbejder således:

”Den faglige sparring med lægen har været det største udbytte, og at der har været tid til det [de ugentlige møder] ... Vi har været særdeles tilfredse, det har øget den faglige stolthed og identitet.

Ud over den faglige sparring påpeger plejepersonalet på alle plejecentrene, at netop lægens faste gang på centret og den øgede tilgængelighed er de største fordele ved projektet. Dette giver plejepersonalet en vished om, at der bliver handlet og fulgt op fra den fast tilknyttede læges side, når en beboer har eller har haft brug for behandling, hvilket tidligere har givet anledning til frustrationer og bekymringer blandt plejepersonalet, når de har oplevet, at beboeren ikke har fået den mest hensigtsmæssige pleje og behandling.

I forlængelse heraf er der en bred enighed på plejecentrene om, at der med tilknytningen af den faste læge har været tale om et kvalitetsløft, og at de generelt set ingen negative indvendinger har. Dog nævner enkelte plejecentre, at de ugentlige møder har været tidskrævende, og at det har været en udfordring at skabe tid til, at plejepersonalet kunne deltage i lægens vejlednings- og læringsforløb. Særligt i opstartsfasen var det en udfordring at få møderne planlagt, så de gjorde mindst ”skade” i en meget travl hverdag for plejepersonalet. Nogle plejecentre og læger nævner, at der med fordel kunnet have været afsat ekstra ressourcer eller midler til plejecentrene, således de i højere grad kunne have frigjort personalet til deltagelse i de ugentlige møder. I den forbindelse ytrer en medarbejder i plejepersonalet på et af plejecentrene:

Nej, samarbejdet går fint – den store udfordring er, at tidsforbruget ikke er blevet kompenseret for vores vedkommende. Særligt rollen som tovholder er en opgave, der burde kompenseres, for der ligger et stort koordinationsarbejde hver uge for at få det til at gå op i en højere enhed med de ugentlige møder, ligesom plejepersonalet ikke kompenseres for at gå til møderne. Men der er ingen tvivl om, at projektet har givet os et fantastisk fagligt løft [...] Det er et kvalitetsprojekt, ikke et spareprojekt, for det koster at arbejde med kvalitet.

Dog opfatter samtlige plejecentre, at møderne har været en faglig investering, hvorfor der også er en bred konsensus om, at de ugentlige møder har givet dem en større faglighed tryghed og kontinuitet i deres arbejde,

hvilket har gjort arbejdsgangene nemmere til plejepersonalets store tilfredshed.

DE FAST TILKNYTTETE LÆGER

Blandt lægerne er der også enighed om, at de er glade for samarbejdet med plejepersonalet. Alle lægerne påpeger, at de har haft et stort såvel fagligt som personligt udbytte af at deltage i pilotprojektet. Flere nævner, at den tættere dialog og deres jævnlige gang på plejecentret har gjort, at de har fået en bedre indsigt i plejepersonalets arbejde og engagement i den daglige pleje af beboerne. Ligeledes påpeger flere læger, at den tættere arbejdsrelation har betydet, at der fra begge parter side er kommet en større forståelse for og kendskab til hinanden, hvilket har været af afgørende betydning for den større grad af behandlingsmæssig kontinuitet.

Lægerne fortæller om forskellige motivationsfaktorer for at søge stillingen, men en gennemgående faktor er, at de alle synes, at ældreområdet er vigtigt og interessant. En læge uddyber det på denne måde:

Det [projektet] har udvidet min indsigt i geriatrien og i behandlingen og omsorgen for patienter i de sidste faser af livet.

Endvidere påpeger en af lægerne, at motivationen til dels også kom fra, at plejepersonalet havde tendens til unødvendige henvendelser til lægen, men at disse netop er blevet reduceret som følge af samarbejdet, bl.a. fordi plejepersonalet som sagt har mulighed for at kunne samle de fleste spørgsmål sammen og tage dem op ved lægens tilstedeværelse på plejecentret.

Lægerne fortæller desuden, at de rent fagligt synes, det har været en spændende udfordring at få en stor patientgruppe med mange medicinske sygdomme, ligesom de ugentlige møder, vejlednings- og læringsforløb af plejepersonalet har været opgaver, som de fagligt såvel som personligt har fået et stort udbytte af. Imidlertid er tilgangen af mange nye, medicinsk komplekse patienter en udfordring, som samtlige læger i større eller mindre grad peger på som værende pilotprojektets helt klare ulempe. Som beskrevet i kapitel 1 var projektet, målt på tilgangen af beboere til den fast tilknyttede læge, allerede en succes fra starten, men den enorme tilgang af nye patienter til lægerne har ligeledes medført en øget arbejdsbyrde for nogle af lægerne. Om end lægerne er glade for projektet

og samarbejdet, har opstarten således været en stor udfordring, særligt på de større plejecentre. En læge fortæller således:

Jeg oplevede en meget hård start, da jeg næsten fra den ene dag til den anden fik 80-90 nye beboere at skulle forholde mig til. Vores klinik var næsten ved at bryde sammen pga. dette arbejds-pres. Jeg havde slet ikke set det komme.

I forlængelse heraf påpeger en anden læge, at det konstante indtag af nye patienter med mange diagnoser kan virke meget overvældende. Både fra plejepersonalets og lægernes side er holdningen, at det fremadrettet ville være ideelt at dele arbejdet mellem to eller flere fast tilknyttede læger på de større centre. Dette ville betyde, at lægen havde en gruppe af kolleger, der kunne foretages en intern lægefaglig sparring med, ligesom det ville være med til at kunne opretholde større kontinuitet i fx ferieperioder.

PÅRØRENDE OG BEBOERNE

Det er en generel holdning på tværs af plejepersonalet, de fast tilknyttede læger og de pårørende, at der har været tale om et kvalitetsprojekt, som har haft en stor betydning for de pleje- og behandlingsmæssige forløb for de enkelte beboere. En medarbejder uddyber det på følgende måde:

Den behandling, som beboerne har fået gennem projektet, er ikke et luksurniveau, men det niveau, som ældreplejen bør være på. Det er det niveau, man som pårørende forventer, selvom det ikke er sådan de fleste steder.

Og de fast tilknyttede læger bakker op om denne udvikling. Blandt andet fortæller en læge ved projektets afslutning:

Hele plejen, behandlingen og omsorgen for beboerne har fået et gevaldigt løft. Et løft, som vi vil forsøge at holde niveauet på i fremtiden [efter projektets afslutning].

De pårørende fortæller ligeledes om, at tilknytningen af den faste læge kun har ført positive ting med sig. Blandt de pårørende til beboere, som har valgt at skifte til den fast tilknyttede læge, er den primære årsag til lægeskiftet et generelt ønske om, at beboeren eller de pårørende får en

mere personlig kontakt med beboerens praktiserende læge. En pårørende fortæller:

Det var næsten umuligt at komme i kontakt med den læge, min mor havde i forvejen, og det var det også for plejepersonalet. Så det, at der kom en læge fast på plejecentret, var bare sagen.

I tråd hermed fortæller hovedparten af de pårørende, at det meget ofte kunne være svært at få lægen til at komme ud på et sygebesøg eller konsultation af beboerne i eget hjem, men at det samtidig ofte var besværligt og uhensigtsmæssigt, at beboerne selv skulle ind til deres læge.

Det er meget svært at få min mor transporteret til egen læge, da hun ikke går så godt, og desuden er hun temmelig dement. Da det er svært at få hendes læge ud på et sygebesøg, så vi et skift til den fast tilknyttede læge på plejecentret som en god mulighed for at få hende tilset oftere.

Ligeledes fortæller flere pårørende, at det som pårørende også er blevet nemmere, da de i langt højere grad er i direkte kontakt og dialog med den fast tilknyttede læge omkring beboernes helbred og pleje- og behandlingsforløb fremadrettet. Dette har endvidere betydet, at de pårørende får en større fornemmelse af, at der er nogen, der tager sig af deres familiemedlem, hvilket giver dem en tryghed.

Blandt de beboere, som ikke har skiftet til den fast tilknyttede læge, skyldes det manglende skift enten, at beboerne i forvejen havde et godt forhold til deres praktiserende læge, eller at beboerne først i projektets afslutning er flyttet ind på plejecentret og dermed ikke har kunnet nå at blive omfattet af det. Med hensyn til sidstnævnte gruppe giver de fleste pårørende dog udtryk for, at hvis projektet ville fortsætte, ville deres familiemedlem også skifte til den fast tilknyttede læge.

OPSAMLING

- Alle involverede, såvel de fast tilknyttede læger, plejepersonalet og de pårørende, er positive over for interventionen.

- De fast tilknyttede læger føler, at det er en stor udfordring at få mange nye medicinske komplekse patienter på en gang og giver udtryk for, at det særligt på de store plejecentre kunne være hensigtsmæssigt at tilknytte mere end én læge.
- Plejepersonalet føler, at det er en udfordring at finde tid til de yderst velfungerende ugentlige samarbejds møder.

PERSPEKTIVER I EN BUSINESS CASE

For at perspektivere resultaterne i forbindelse med pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” på de syv plejecentre har vi udarbejdet en business case. Business casen er et nyttigt værktøj, da den kan skitsere økonomiske fordele og ulemper gennem eksempler fra pilotprojektet. I denne business case giver vi også et bud på ikke-økonomiske fordele og ulemper ved interventionen (fx livsglæde).

Som det fremgår af boks 10.1 er datagrundlaget for perspektivering og business casen som i de foregående kapitlers resultater.

BOKS 10.1

Datagrundlag for perspektivering og business casen for interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre.”

ALLE DATA OG RESULTATER FRA FOREGÅENDE KAPITLER:

- Alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere
 - Beboere på syv interventionsplejecentre og beboere på ni sammenligningsplejecentre
 - Registerdata, spørgeskema data og kvalitative interview
-

RAMMERNE

Business casens resultater tager udgangspunkt i den population, vi har analyseret i de kvantitative og kvalitative analyser i rapporten. Her er det vigtigt at understrege, at vi forventer, at de syv interventionsplejecentre, som indvilgede i at deltage i pilotprojektet, må have set nogle fordele ved at indgå i projektet, ellers ville de have fravalgt det. Det betyder, at den positive effekt fra pilotprojektets syv plejecentre ikke nødvendigvis kan overføres direkte til resten af plejecenterpopulationen i Danmark. Den positive selektion ind i pilotprojektet kan betyde, at de beregnede effekter af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” kan være maksimum værdier for mulige effektstørrelser. Samtidig er det en kendsgerning, at utallige initiativer er etableret på mange øvrige plejecentre i samme periode, hvor de øvrige plejecentre også deltager efter eget ønske. Så de fundne effektstørrelser af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” kan muligvis også blive større, hvis interventionen udrulles blandt plejecentre, som ikke har deltaget i andre interventioner. Vi kan ikke tage højde for den positive selektion blandt de deltagende plejecentre, derfor anvender vi analysens resultater, som de er, og generaliserer dem så vidt, det er muligt, dog hele tiden med selektionen for øje.

Analyseperioden i rapporten strækker sig over 38 måneder fra januar 2011 til februar 2014. Når vi skal sammenligne en før- og efterperiode, vil vi gerne kigge på lige lange perioder, dvs. vi kan maksimalt kigge på 18 måneder før og 18 måneder efter interventionen, altså i alt 36 måneder. Fra implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013) ved vi, at interventionen først var fuldt implementeret efter 6 måneder. Alle plejecentrene startede samtidig, men det tog som sagt tid at implementere interventionen helt. Det vil sige, vi forventer at interventionen har større effekt, når man ser på perioden efter de første 6 måneders implementering.

Ved at tage udgangspunkt i analysens population vil vi i business casen ikke inkludere de beboere, der er under 65 år, da disse kan være beboere med specielle lidelser, som ikke nødvendigvis er aldersrelaterede, og som derfor ikke på samme måde er relevant for business casen. Yderligere ser vi kun på plejecentre med over 20 beboere, da alle interventionsplejecentrene består af 20 beboere eller mere. Det betyder, at vi til business casen ser på en population bestående af 34.184 beboere i de 18 måneder, før interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” startede. Dette antal varierer i forhold til antal tilflyttere, fraflyttere og døde.

Vi ved fra de faktiske tal, at 30 pct. af beboerne dør inden for 18 måneder. Vi har ikke i forhold til analysen forholdt os til, om interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” påvirker dødeligheden, men ud fra de faktiske tal ser der ikke ud til at være en ændring i før- og efterperioden, hvilket kan skyldes, at vi ikke har mulighed for at se effekten på lang sigt inden for 18 måneder. Vi antager altså ingen forskel i dødeligheden i før- og efter-perioden og tager udgangspunkt i de faktiske førperiode-tal og runder ned til nærmeste hundrede, så vi er sikre på ikke at overvurdere antallet af potentielle beboere. Det vil sige, at vi ser på en plejecenterpopulation, der samlet set omfatter 34.100 beboere.

I analysen så vi på plejecenterbeboere på 927 plejecentre i analyseperioden. Plejecentre opstår, nedlægges, ændres og slås sammen, det ved vi blandt andet fra de kvalitative interview med plejecentrene. Tendensen har været at effektivisere plejecentre og slå mindre centre sammen til større og få folk til at blive boende så lang tid i eget hjem som muligt, men over en periode på 36 måneder synes det rimeligt at antage, at antallet af plejecentre er konstant. I forhold til interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” burde det heller ikke betyde så meget, om plejecentrene bliver større og større, da lægerne kan tilse et vist antal, og hvis to plejecentre slås sammen, så stiger antallet af beboere tilsvarende, og det må betyde et tilsvarende større antal fast tilknyttede læger. For igen at lave et konservativt estimat af interventionen runder vi antallet af plejecentre op, da flere plejecentre til dels vil betyde flere omkostninger. Vi antager derfor, at der er 930 plejecentre, som bliver berørt, hvis interventionen udrulles.

De ovenstående omtalte rammebetingelser for business casen er opstillet i tabel 10.1.

TABEL 10.1

Rapportens antagelser for rammebetingelserne i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”. Måneder, antal og procent.

| | Før | Efter |
|---|--------|--------|
| Tidsperiode i måneder | 18 | 18 |
| Antal plejecentre med mere end 20 beboere | 930 | 930 |
| Populationen af plejecenterbeboere | 34.100 | 34.100 |
| Døde, procent | 30 | 30 |

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

INDLÆGGELSER

Forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser er de primære udfaldsmål for interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” og nærværende rapport. Til business casen tager vi udgangspunkt i antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser i hele plejecenter-populationen. Det skyldes, at business casen skal vise, hvordan effekten af interventionen kan generaliseres til hele plejecenterpopulationen. Vi tager altså ikke udgangspunkt i interventionsplejecentrenes indlæggelsesprocenter for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser, som gennemsnitligt ligger lidt højere end i resten af plejecenterpopulationen. Grunden til, at vi ikke tager udgangspunkt i indlæggelserne blandt interventionscentrene er, at interventionscentrene udgør 2 pct. af hele populationen, og det giver derfor bedre mening at gå ud fra indlæggelserne blandt kontrolgruppen som udgør 98 pct. af populationen. Resultaterne fra pilotprojektet ønsker vi netop at overføre til kontrolpopulationen.

Når vi overfører den fundne effekt af interventionen i pilotprojektet på et i udgangspunktet relativt mindre antal indlæggelser, vil vi også antalsmæssigt få en mindre effekt. Det kan betyde, at vi undervurderer de samlede besparelser af effekten af interventionen.

Effekten af interventionen er beregnet ud fra gennemsnittet på de syv interventionsplejecentre. Hvis effekten af interventionen er aftagende i forhold til udgangspunktet for indlæggelser på plejecentre, så er effekten, som vi fandt i effektanalysen, overvurderet. Når vi så overfører den procentuelle effekt til resten af plejecenterpopulationen, som relativt har færre indlæggelser, så vil vi overvurdere besparelsen ved interventionen. Hvis de fundne effektstørrelser derimod er mulige at overføre direkte, så undervurderes som sagt besparelserne ved effekten af interventionen. Vi har ikke noget belæg for, at den procentuelle effekt ikke kan overføres på et lavere gennemsnit af indlæggelser, og derfor anvender vi de fundne effektstørrelser direkte på hele plejecenterpopulationen.

Taksterne for de forskellige forebyggelige indlæggelser varierer betydeligt mellem 14.000 kr. og 44.000 kr. (jf. SSI, 2013). Vi har valgt at bruge et gennemsnit af alle forebyggelige indlæggelser, dvs. 25.000 kr. (jf. SSI, 2013). I forhold til genindlæggelser og korttidsindlæggelser vælger vi samme gennemsnitspris som for forebyggelige indlæggelser. Dette skyldes, at de forebyggelige diagnoser er hyppige indlæggelsesdiagnoser

blandt plejecenterbeboere. Ved at anvende prisen for forebyggelige diagnoser, så vil vi i højere grad undervurdere end overvurdere besparelserne ved interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

Effektstørrelserne fra kapitel 3, 4, og 5 for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser overføres til hele plejecenterpopulationen. Som tidligere understreget kan en indlæggelse både være en forebyggelig indlæggelse, en genindlæggelse og en korttidsindlæggelse på samme tid. I business casen tager vi ikke højde for indlæggelser, der er alle tre kategorier samtidig. Vi anvender derimod effektresultaterne for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser hver for sig.

Ovenstående antagelser for de tre forskellige indlæggelser er sammenfattet i tabel 10.2.

TABEL 10.2

Rapportens antagelser i forbindelse med indlæggelser i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”. Antal, procent og kroner.

| | Før | Efter |
|---|--------|--------|
| <i>Forebyggelige indlæggelser</i> | | |
| Antal (faktiske tal fra datasæt) | 18.414 | 13.258 |
| Effektstørrelse, pct. | | 28 |
| Pris for gennemsnitlig forebyggelig indlæggelse | 25.000 | 25.000 |
| <i>Genindlæggelser</i> | | |
| Antal (faktiske tal fra datasæt) | 24.552 | 17.923 |
| Effektstørrelse, pct. | | 27 |
| Pris for gennemsnitlig genindlæggelse | 25.000 | 25.000 |
| <i>Korttidsindlæggelse</i> | | |
| Antal (faktiske tal fra datasæt) | 55.242 | 47.508 |
| Effektstørrelse, pct. | | 14 |
| Pris for gennemsnitlig korttidsindlæggelse | 25.000 | 25.000 |

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

SAMARBEJDE MELLEM LÆGER OG PLEJEPERSONALE

Grundlaget for interventionen ”Fast tilknyttede læge på plejecentre” er, at skabe bedre betingelser for samarbejdet mellem lægen og plejepersonalet. Derfor indeholder interventionen et fast ugentligt antal timer, hvor lægen kommer ud på plejecentret og yder rådgivning, såvel som vejleder plejepersonalet i forbindelse med forskellige sundhedsfaglige problem-

stillinger. Udgifterne til interventionen består hovedsageligt af honorering af lægerne for deltagelse i samarbejds møderne og SOS's²⁰ udgifter til at organisere interventionen på plejecentrene og formidling af interventionen.

Vi tager udgangspunkt i SOS's opdaterede budget fra 2013, når vi beregner udgifterne til interventionen og implementeringen. Ud fra de tildelte timer til samarbejds møderne på interventionscentre udregner vi gennemsnitstimerne pr. uge og antager, at det kan overføres til hele plejecenterpopulationen. De syv fast tilknyttede læger i pilotprojektet fik et samlet honorar på 1.432.500 kr. Dette inkluderer dog også omkostningerne for udstedelse af nyt sundhedskort i forbindelse med lægeskift. Vi beregner en timesats for lægernes mødedeltagelse, som vil være lidt overvurderet, da de også indeholder udgifterne til de nye sundhedskort til de nye patienter.

SOS's driftsudgifter i forbindelse med faciliteringen af interventionen er 1.141.500 kr. Driftsudgifter har været til møder, samarbejdsudgifter og trykning af materiale til plejecentrene. Disse driftsudgifter kan splittes op på de syv interventionsplejecentre. Vi antager, at udgifterne vil være de samme for de resterende plejecentre, dog mener SOS, at der ved en udrulning af pilotprojektet vil være mange stordriftsfordele, og driftsomkostningerne vil umiddelbart kunne reduceres pr. plejecenter. Hvis interventionen implementeres på længere sigt, vil udgiften forventes at blive nul, men ikke i den tidsperiode, vi laver business casen for. Igen vil det betyde, at vi overvurderer omkostningerne ved interventionen.

Fra interview med personalet på plejecentrene ved vi, at de mener, at der ikke er blevet sat ekstra ressourcer af til personalets deltagelse i samarbejds møderne. Plejecenterledelsen og initiativtagerne bag interventionen har umiddelbart ikke ment, at der var behov for ekstra ressourcer i forbindelse med plejepersonalets indsats, da ideen var, at de fik frigivet nogle ressourcer ved ikke længere at skulle bruge tid på uensigtsmæssig eller manglende kommunikation med de mange tidligere læger.

Fra interviewene fremgår det dog, at det kræver ekstra administrative ressourcer, når man starter en intervention. Disse var ikke bevilget i pilotprojektet, og vi ved derfor ikke præcist, hvor mange det drejer sig om. I forhold til plejecenter-administrationsomkostninger og plejepersonaleressourcer kan det være, at vi undervurderer omkostningerne

20. Socialstyrelsen.

ved interventionen, da vi ikke har nogen direkte oplysninger om disse omkostninger. Hvis det samtidig viser sig, at en lokal tovholder på plejecentrene er nødvendig i forbindelse med implementeringen, så er der som sagt en buffer i SOS's driftsudgifter, som kunne gives til en tovholder-funktion på plejecentrene.

Antagelserne vedrørende implementeringsudgifter til business casen er kort opridset i tabel 10.3

TABEL 10.3

Rapportens antagelser for interventionens omkostninger i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Timer og kroner.

| | Før | Efter |
|---|--------------------|----------|
| Læger, gennemsnitlig tid til møder, timer | 0 | 2,36 |
| Læger, timesats for møder, kroner | 0 | 1.085 |
| Plejecenter, ressourcer til møder, kroner | 0 | 0 |
| SOS-implementeringsudgifter pr. plejecenter, kroner | 0 | 163.100 |
| Plejecenter-administrationsomkostninger | Intet kvantitativt | Stigning |

Kilde: SOS og interview med plejepersonale, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger.

LÆGEKONTAKT

Der er en generel forventning til pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre" om, at et tættere samarbejde mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge vil betyde, at der ikke længere vil være det samme behov for at kontakte lægevagten. Ud fra den beskrivende statistik i kapitel 6 og interview med plejepersonalet er det vores indtryk, at interventionen har reduceret kontakten til lægevagten. Vi har ikke lavet en effektanalyse og kan kun lave en kvalitativ vurdering ud fra den beskrivende statistik, som viser, at andelen af beboere, der har kontakt med lægevagten på interventionsplejecentre, er faldet fra 16 pct. til 13 pct.

Samtidig med at man forventede, at antallet af kontakter til lægevagten faldt, så forventede man også, at kontakten til den fast tilknyttede læge ville stige i en implementeringsperiode grundet den nye samarbejdssituation. Ud fra de beskrivende statistikker, vi har lavet på registerdata, ser vi, at kontakten til egen læge (her den fast tilknyttede læge) er steget fra 1,7 til 2 kontakter pr. måned.

I interview med plejepersonalet giver de udtryk for, at de bruger meget mindre tid på at vente i telefonen eller på elektronisk korrespondance med lægen i forbindelse med sygdomme blandt beboerne. Antagelserne omkring kontakten til lægevagten og den fast tilknyttede læge er opridset i tabel 10.4.

TABEL 10.4

Rapportens antagelser vedrørende læger og lægevagten i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Antal og tidsforbrug.

| | Før | Efter |
|---|--------------------|-----------|
| Gennemsnitligt antal månedlige kontakter til lægevagten | 0,16 | 0,13 |
| Gennemsnitligt antal månedlige kontakter til læge | 1,7 | 2 |
| Plejepersonalets forbrug af telefonisk tid | Intet kvantitativt | Reduktion |
| Plejepersonalets forbrug af elektronisk tid | Intet kvantitativt | Reduktion |

Kilde: Registerdata, spørgeskemadata og interview med plejepersonale, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger.

MEDICINERING

I kapitel 7 beskrev vi, at mange beboere på plejecentre er medicinsk komplekse beboere, der modtager forskellige præparater for multiple sygdomme, og at medicinbehandlingen ofte er en meget omfattende og tidskrævende del af personalets hverdag på plejecentrene. Her forholder vi os kun til den receptpligtige medicin og medicin udleveret af plejepersonale. Medicinbehandlingen dækker over en række arbejdsopgaver, som ofte fordeles sig ud over en hel dag, og drejer sig bl.a. om medicinbestilling, -dosering og -uddeling samt løbende gennemgang af beboernes medicinlister.

Medicinændringerne i forbindelse med interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" er ikke blevet kvantificeret i denne analyse. Ud fra interview med lægerne er det dog helt klart, at de fleste fast tilknyttede læger i forbindelse med medicingennemgangen har reduceret mange beboeres medicinforbrug. Det vil sige, at vi i et business case-perspektiv vil forvente, at interventionen og den medfølgende medicinreduktion vil betyde en samfundsmæssig besparelse, hvis reduktionen betyder mindre af den samme medicin. Der er mulighed for, at medicinreduktionen kunne øge utilfredsheden blandt beboerne, hvis det betyder, at lægen fx reducerer beboernes mængde af afhængighedsskabende smer-

testillende medicin, som blev givet i forbindelse med operationer flere år tilbage. I nærværende evaluering har vi dog ikke fundet nogle, der har omtalt en sådan utilfredshed. Samlet set vurderes den ændrede medicinering som positiv.

BRUGERTILFREDSHED

Formålet med pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er, som vi beskrev i kapitel 1, at forbedre kvaliteten af de pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboerne på plejecentrene, hvorfor interventionen naturligvis også forventes at øge tilfredsheden blandt beboerne med de fast tilknyttede læger.

I kapitel 9 finder vi, at både beboere, pårørende, plejepersonalet og læger er meget tilfredse med pilotprojektet, og føler at deres pleje eller arbejdsbetingelser er blevet forbedret. I den forbindelse er det vigtigt at understrege de metodiske overvejelser, vi beskriver i kapitel 2. Vi understreger, at det kan være en selekteret gruppe af personer på plejecentrene, som besvarer spørgeskemaerne og interviewene, og dermed får vi så positive tilbagemeldinger i forhold til pilotprojektet. Imidlertid kommer de optimistiske tilbagemeldinger fra mange forskellige aktører, der er involveret.

Det er vigtigt at holde sig for øje, hvis pilotprojektet skal udrulles til hele landet, at flere læger ikke umiddelbart vil have økonomiske incitamenter til at blive en fast tilknyttet læge på et plejecenter. Lægerne udtrykker, at det er en stor omkostning at overtage så mange nye patienter. Samtidig udtrykker nogle af lægerne, at deres private praksis er mindre attraktiv, når den har mange ældre medicinske patienter, da de er meget omkostnings- og indsatskrævende. Alligevel er de fast tilknyttede læger glade for pilotprojektet og det faglige udbytte, de har oplevet at arbejde med så mange ældre på samme tid.

BUSINESS CASE

Ud fra ovenstående antagelser opstiller vi nu business casen, hvor resultaterne af pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” på de syv plejecentre overføres til hele populationen. Business casen består på den ene side af kvantificerbare besparelser (jf. tabel 10.5) fremkommet ved hjælp af effekt-analysernes resultater. På den anden side består business

casen af nogle relative betragtninger, som vi har fået informationer om undervejs i projektet via interview og spørgeskemaer (jf. tabel 10.6).

Tabel 10.5 viser de beregnede udgifter i forbindelse med forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser 18 måneder før interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” udrulles til plejecenterpopulationen, der er ældre end 65 år og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere. For at tage højde for prisudviklingen har vi anvendt de samme priser i før- og efter-perioden (dvs. realpriser). Udgifterne 18 måneder efter, interventionen er startet, er blevet tilbage diskonteret med en diskonteringsfaktor på 3 pct. for at tage højde for, at fremtidige besparelser ikke er lige så meget værd som besparelser nu og her.²¹

TABEL 10.5

Business case: Økonomisk effekt af interventionen ”Fast tilknyttede læge på plejecentre” på alle Danmarks plejecentre med mere end 20 beboere. Særskilt for udgifter før og efter interventionen startede. Kroner og procent.

| Primære mål | Før projekt (18 mdr.) | Efter projekt (18 mdr.) ¹ | Besparelse |
|---------------------------------------|--------------------------|---|------------|
| | I alt, mio. kr. | I alt, mio. kr. | |
| Forbyggelige indlæggelser, udgifter | 460 | 322 | 138 |
| Genindlæggelse, udgifter | 614 | 435 | 179 |
| Korttidsindlæggelse, udgifter | 1.381 | 1.153 | 228 |
| Lægetid på samarbejds møder, udgifter | | 166 | -166 |
| Implementeringsudgifter | | 147 | -147 |
| Diskonteringsfaktor, procent | | 3 | |
| Total | | | 232 |

1. Omregnet til nutidsværdi.

Kilde: Egne beregninger.

De faktiske besparelser i forhold til en udrulning af interventionen på hele den øvrige population er på knap 232 mio. kr. Denne besparelse kan være et maksimum, hvis man antager, at den positive selektion af interventionsplejecentre ind i pilotprojektet betyder, at effekten af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er overvurderet. Samtidig er det vigtigt at understrege, at reduktionen i de forskellige indlæggelser kan indgå flere gange i beregningerne, da fx både en korttidsindlæggelse og en genindlæggelse kan være en forbyggelig indlæggelse, og det tager vi ikke højde for i denne business case.

21. Samfundsmæssige analyser anvender forskellige diskonteringsfaktorer, som ofte varierer mellem 2 og 5 pct. alt efter den samlede tidsperiode og produktet, der vurderes.

I forhold til ovenstående kommentarer vedrørende de enkelte poster i business casen vurderer vi derimod, at 232 mio. kr. er et yderst konservativt estimat for besparelsen ved at udrulle interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” til hele plejecenterpopulationen. Specielt fordi vi har inkluderet hele implementeringsperioden og implementeringsomkostningerne i beregningen, som over en længere overrække må være lig nul. Samtidig viser tabel 10.5, at det er reduktionen i alle tre indlæggelsestyper, der driver besparelsen ved interventionen.

Rapportens analyse har som sagt haft mulighed for at få kvalitative informationer om de sekundære mål for interventionen, og dem har vi prøvet at evaluere ud fra en business case-ramme, selvom der ikke kommer resultater ud i kroner og ører. Den kvalitative del af business casen bygger både på beskrivende tal fra registrene, spørgeskemaoplysninger og interview samt de ovenstående antagelser og overvejelser. Resultaterne af den kvalitative business case ses i tabel 10.6.

Tabellen viser, at der både er mulighed for store omkostningsmæssige besparelser og udgifter i forbindelse med udrulningen af interventionen. For de fast tilknyttede lægers vedkommende vurderer vi ikke umiddelbart, at der er de store samfundsmæssige besparelser at hente ved udrulningen af interventionen. Samtidig ser det ud til, at en af de store udfordringer med hensyn til at udrulle projektet i hele landet er, at de praktiserende læger ikke har et stort økonomisk incitament til at få mange medicinske komplicerede patienter ind i deres praksis. Yderligere komplicerer interventionen fordelingen af patienter imellem de praktiserende læger, da de fast tilknyttede læger kan risikere at tage patienter fra andre læger, som ikke er interesserede i at opgive patienter. Disse problemstillinger er yderst vigtige at overveje, inden man forsøger at udrulle interventionen til plejecenterbeboere i hele landet.

Her er det vigtigt at påpege, at selvom de involverede læger i interventionen ser udfordringer i interventionen, så er de alle meget begejstrede for den, fordi den giver dem større arbejdsglæde og faglig tilfredsstillelse.

Plejepersonalet på interventionsplejecentrene giver på den ene side udtryk for, at de sparer en hel del u hensigtsmæssige kommunikationstid og efteruddannelse grundet de ugentlige samarbejds møder og nye kommunikationsformer med den fast tilknyttede læge. På den anden side føler plejecentrene og plejepersonalet, at de anvender ressourcer på samarbejdet med lægen, som der ikke umiddelbart er sat ressourcer af til.

Selvom plejecentrene giver udtryk for nogle ressourcemæssige udfordringer, giver de alle udtryk for, at de har oplevet en stor stigning i arbejdsglæde og reduktion af frustration i forhold til de syge beboere i forbindelse med interventionen.

TABEL 10.6

Business case: Kvalitativ effekt af interventionen "Fast tilknyttede læge på plejecentre" på alle Danmarks plejecentre med mere end 20 beboere. Særskilt for udgifter før og efter interventionen startede.

| | Før projekt (18 mdr.) | Efter projekt (18 mdr.) | Kvalitetsstigning |
|--|--------------------------|----------------------------|-------------------|
| | Værdi | Værdi | Værdi |
| <i>Beboere</i> | | | |
| Udgifter til lægevagt | Ikke kvantificeret | Reduktion | Ja |
| Kontakt til egen læge udgifter | Ikke kvantificeret | Stigning | Nej |
| Medicinforbrug | Ikke kvantificeret | Reduktion | Reduktion |
| Transport til og fra læge | Ikke kvantificeret | Reduktion | Ja |
| Transport til og fra indlæggelse | Ikke kvantificeret | Reduktion | Ja |
| Glæde blandt beboere | Ikke kvantificeret | Stigning | Ja |
| Antal døde, procent | 30 | 30 | 0 |
| <i>Pårørende</i> | | | |
| Pårørendes tid på beboers læge | Ikke kvantificeret | Reduktion | Ja |
| Glæde blandt pårørende | Ikke kvantificeret | Stigning | Ja |
| <i>Plejecenter</i> | | | |
| Plejepersonale telefonisk tid | Ikke kvantificeret | Reduktion | Ja |
| Plejepersonale elektronisk tid | Ikke kvantificeret | Reduktion | Ja |
| Plejepersonaletid på samarbejds møder | 0 | Stigning | Nej |
| Administrationsomkostninger på plejecenter | 0 | Stigning | Nej |
| Uddannelses og oplæringsposter | 0 | Reduktion | Ja |
| Arbejdsglæde blandt plejepersonale | Ikke kvantificeret | Stigning | Ja |
| <i>Fast tilknyttede læger</i> | | | |
| Ekstra omkostning (trådløst netværk) elektroniske systemer | 0 | Stigning | Nej |
| Økonomiske gevinster i forhold til patienter | 0 | Reduktion | Nej |
| Tid til nye journaler | 0 | Første 6 mdr. | Nej |
| Læge-transporttid til og fra plejecenter | Ikke kvantificeret | Stigning | Nej |
| Arbejdsglæde blandt læger | Ikke kvantificeret | Stigning | ja |
| <i>Andre læger</i> | | | |
| Patient grundlag | Ikke kvantificeret | Reduktion/stigning | ? |
| Total | | | Ja |

Kilde: Danmarks statistiks registre, spørgeskemaer og interview med plejepersonale, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger..

I forhold til beboerne vurderer vi i tabel 10.6., at man vil opnå en samfundsmæssig besparelse i forhold til sygetransport og kontakt til lægevag-

ten, samtidig med at udgifterne til egen læge (dvs. den fast tilknyttede læge) vil stige.

De fast tilknyttede læger siger, at de har reduceret beboernes receptpligtige medicinforbrug. Umiddelbart kunne det medføre en stor samfundsmæssig besparelse, hvis det betyder mindre mængder af den samme medicin. Hvis reduktionen i medicinforbruget derimod betyder færre forskellige præparater, men mere af et enkelt dyrt præparat, så er det ikke nødvendigvis en besparelse. Umiddelbart forventer vi, at reduktionen i medicinforbruget øger beboernes livskvalitet, og både plejepersonalet og beboernes pårørende giver kraftigt udtryk for, at beboernes livskvalitet og glæde er steget markant i forbindelse med interventionen.

Samtidig med at beboerne er blevet tilknyttet den fast tilknyttede læge og har fået færre indlæggelser, giver de pårørende udtryk for, at deres tidsforbrug i forhold til beboernes helbredsmæssige problemer er markant reduceret. Udrulningen af interventionen vil dermed medføre en samfundsmæssig besparelse i forhold til de pårørende, samtidig med at de pårørende er yderst tilfredse med interventionen.

Vi har i ovenstående kvantitative og kvalitative business case illustreret de potentielle store samfundsmæssige udgifter og besparelser, der vil være i forbindelse med udrulningen af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

OPSAMLING

- Den kvantitative business case for de primære effektmål viser, at man sandsynligvis kan opnå en besparelse på mere end 230 mio. kr. allerede inden for de første 18 måneder af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er udrullet.
- Den kvalitative business case, som i høj grad ser på de sekundære mål for interventionen, illustrerer, at der både kan være nogle potentielle udgifter og besparelser i forhold til udrulningen af interventionen, som det vil være godt at undersøge nærmere
- Den kvalitative business case illustrerer, at de involverede beboere, læger, plejecentre og pårørende i høj grad får en øget livskvalitet eller arbejdsglæde ved interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

BILAG

BILAG 1 DANMARKS STATISTIKS (2012) BEREGNING AF BORGERE I PLEJEBOLIGERE

- Fra befolkningsregisteret²² findes alle borgere på 80 år og derover, som har denne alder i det år, som statistikken vedrører. Det antages nemlig, at en stor del af disse borgere bor på plejehjem.²³ De ældre, der er registreret med en visitation til hjemmehjælp i eget hjem i slutningen af året, trækkes ud af beregningen.²⁴ Det betyder, at man ikke medtager en opgang med mange ældre, som får hjælp, hvor boligen ikke er et plejecenter.
- Herefter findes vejnavn, husnummer og postnummer på de resterende borgere i befolkningsregisteret. Det tælles op, hvor mange borgere der bor på hver adresse. Ud fra diverse kørsler finder Danmarks Statistik frem til, at kun adresser, hvor der bor mere end seks borgere på 80 år og derover skal medtages i beregningen. Det tælles

22. Befolkningsregister. Register, som indeholder alle borgere og deres adresser.

23. Når der søges i registret på personer og adresser, er der i alt ca. 230.000 borgere på 110.000 adresser (dette er inklusive flytninger over året) i aldersgruppen 80 år og derover.

24. Visiteret hjemmehjælp i eget hjem: Registeret er en del af de EOJ leverancer, som Ældredokumentationsforsøgsprojektet bygger på. Registeret indeholder, hvilke borgere der har modtaget hjemmehjælp i eget hjem. I 2011 leverede 92 kommuner data. For de resterende seks kommuner anvendes data for 2010 til at beregne landstotal.

også op fra befolkningsregistret, hvor mange borgere under 60 år der bor på adressen. Såfremt antallet af borgere på 80 år og derover udgør mere end en fjerdedel på adressen, indgår adressen i beregningen. For København er forholdet sat til 1, dvs. lige mange 'unge' og ældre. De adresser, som således er tilbage, antages at være plejecentre.

- I alt er der ca. 1.400 adresser, hvor der bor mange ældre. Det skal huskes, at mange plejecentre har flere adresser. I det nye datasæt fratrækkes de adresser, som efterfølgende er fundet på Google som værende ældreboliger. På Stevns og Lolland bor de ældre i separate husnumre. Derfor kan metoden ikke anvendes i disse kommuner. I stedet er adresser fra registret om visiteret hjemmehjælp på plejecentre lagt ind, da disse to kommuner tidligere har indberettet data for deres plejecentre. På disse adresser hentes samtlige borgere fra befolkningsregistret.
- Når de pågældende kommuner, postnumre, vejnavne og husnummer er fundet, findes alle borgere på den pågældende adresse. Denne adresse antages at være et plejecenter. Borgere, som har boet på adressen i løbet af 2011 medtages og ikke kun dem, som bor på adressen ultimo 2011.
- Danmarks Statistik har sammenholdt beregningsmetoden i kommuner, hvor man kender adresserne på plejecentrene. Her er der en fejlmargen på +/- 3 pct. i antallet af borgere på plejecentre.

BILAG 2 REGISTERRAPPORTERING

Tabel B2.1 viser, at vi fra Sygesikringsregistret (SSR) har data fra januar 2011 frem til og med marts 2014 og fra Landspatientregistret (LPR) frem til og med marts 2014. Vi har oplysninger fra dødsregister frem til og med januar 2014. Registerne med baggrundskarakteristika er opgjort på ét enkelt tidspunkt, hvilket hænger sammen med, at disse, herunder køn, uddannelsesniveau mv., er konstante over tid for denne gruppe af ældre. Endvidere er det vigtigt at nævne, at vi alene har bopælsoplysninger for beboere på de øvrige plejecentre for 2011 og 2012. Dermed er vores population bestående af beboere på de øvrige plejecentre genereret ud fra oplysninger omkring deres bopæl i 2011 og 2012.

TABEL B2.1

Oversigt start- og sluttidspunkter for de anvendte registre.

| | Startdato | Slutdato |
|---|----------------|-------------------|
| <i>Registre:</i> | | |
| Sygesikringsregistret (SSR) | 1. januar 2011 | 31. marts 2014 |
| Landspatientregistret (LPR) | 1. januar 2011 | 31. marts 2014 |
| Dødsregistret (Danmarks Statistik) | 1. januar 2011 | 1. januar 2014 |
| <i>Øvrige variable fra Danmarks Statistik</i> | | |
| Baggrundsoplysninger (køn, alder, uddannelse) | 1. januar 2011 | 1. januar 2011 |
| Bopælsoplysninger fra befolkningsregistret | 1. januar 2011 | 31. december 2012 |

Kilde: SFI opgørelse.

BILAG 3 STATISTISKE TEST

Vi anvender χ^2 -test og t-test for numeriske variable. For samtlige test er angivet, om der er en statistisk signifikant forskel og i så fald på hvilket niveau, eller om der ikke er nogen statistisk signifikant forskel. I en anmærkning angiver vi p-værdien, som er et udtryk for, hvor statistisk signifikant sammenhængen er. Signifikante parametre i regressionerne er angivet med *, ** eller *** i en anmærkning i tabellerne. Det vil sige, at *** betyder, at variable er signifikante på 1-procent-niveau, ** at de er signifikante på et 5-procent-niveau, og * at de er signifikante på et 10-procent-niveau. P-værdien (p) er et udtryk for, hvor statistisk signifikant sammenhængen er, og siger noget om, hvor stor en usikkerhed vi accepterer. Er p-værdien $< 0,05$ (**) anses sammenhængen eller forskellen for at være tilstrækkelig sikker, så vi kan antage, at det ikke skyldes et tilfælde.

PROBIT ESTIMATION

Vi laver logistisk regression, som viser sammenhængen mellem sandsynligheden, for fx en høj andel af plejecenterets beboere har været udsat for en forebyggelig indlæggelse og plejehjemskaraktetika. Den simple logistiske regressionsmodel beskriver, at udfaldsvariablen y repræsenterer sandsynligheden θ for, at en hændelse indtræffer, mens x repræsenterer forskellige karakteristika. Sandsynligheden er ikke et lineært udtryk, der kan antage vilkårlige talværdier, men varierer mellem 0 og 1. Det er derfor nødvendigt at transformere sandsynlighederne ved hjælp af nedenstående model:

$$\log\theta_i - \theta_i = y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_p x_{ip}$$

Her betegner θ_i sandsynligheden for hændelsen for den i 'te observation. I tabellerne viser vi marginale sandsynligheder, der angiver sandsynligheden for, at en hændelse finder sted sammenlignet med sandsynligheden for, at den ikke finder sted.

DIFFERENCE-IN-DIFFERENCES-MODELLEN

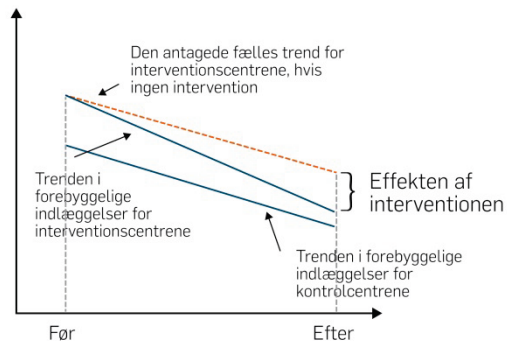
Difference-in-differences modellen har været en populær statistisk metode inden for socialforskningen siden Ashenfelter og Cards artikel fra 1985 (Imbens & Wooldridge, 2007). Metoden anvendes til at måle den gennemsnitlige kausale effekt af en intervention, når man har data til rå-

dighed for en interventionsgruppe og en kontrolgruppe, både før og efter interventionen træder i kraft. Det mest simple difference-in-differences-setup løber over to perioder og består af en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Interventionsgruppen udsættes i periode to for en intervention, hvorimod kontrolgruppen fortsætter uændret. Den isolerede effekt af interventionen findes ved at trække den gennemsnitlige effekt fra periode et til periode to for kontrolgruppen fra forskellen i den gennemsnitlige effekt for interventionsgruppen.

Difference-in-differences-metoden tager højde for forskelle mellem grupperne og den generelle trend. Dog gælder det, ligesom for en almindelig lineær regression (også kaldet Ordinary Least Square (OLS)) OLS model, at interventionen ikke må være korreleret med uobserverbare faktorer, der påvirker udfaldsvariablen. Trendantagelsen skal være overholdt, for at modellen er identificeret. Det vil sige, at den gennemsnitlige udvikling for interventionsgruppen skal være den samme som for kontrolgruppen, hvis der ikke var nogen intervention (le Maire, 2011). I praksis betyder det, at trenden i antal forebyggelige indlæggelser mellem interventionsplejecentrene og den øvrige plejecenterpopulation vil være den samme, hvis interventionsplejecentrene ikke får tilknyttet en fast læge. Figur B3.1. illustrerer antagelsen om fælles trend.

BILAGSFIGUR B3.1

Tegning af difference-in-differences-modellen og dens trendantagelse. Hvor før er, hvor interventionen starter, og efter er, hvor interventionen slutter.



Kilde: Angrist & Pischke, 2009.

Den stiplede orange linje indikerer den trend i de forebyggelige indlæggelser, som beboerne på interventionsplejecentrene ville have fulgt, hvis

ikke de fik en fast tilknyttet læge på plejecentret. Den skal følge samme udvikling som den faktiske trend for beboerne på plejecentrene i den resterende plejecenterpopulation. Dermed kan effekten af interventionen identificeres ved, at det er det eneste, der adskiller den faktiske trend i de forebyggelige indlæggelser for interventionsplejecentrene fra den resterende plejecenterpopulation. Det vil sige, at når trendantagelsen er overholdt, så kan vi estimere forskellen mellem gennemsnittet af udfaldsvariablen efter interventionen mellem interventions- og kontrolgruppen fratrukket forskellen mellem gennemsnittet i udfaldsvariablen før interventionen mellem interventions- og kontrolgruppen (le Maire, 2011). Heraf har modellen navnet: difference-in-differences.

τ_{att} kan estimeres med OLS med en model af følgende form:

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 x_{it} + \beta_2 w_{it} + c_i + u_{it}$$

Hvor y_{it} er udfaldsvariablen, der estimeres som en funktion af x_{it} , der er en vektor af kontrolvariable, w_{it} er indikatorvariabel for om individ i er i interventionsgruppen efter interventionsstart, c_i er en uobserverbar individuel og tidsinvariant effekt og u_{it} er individuelle uobserverbare tidsvariante effekter.

Difference-in-differences-modellen tillader dermed, at individer kan vælge at deltage i interventionsgruppen baseret på nogle uobserverbare karakteristika (le Maire, 2011). Disse uobserverbare karakteristika skal være konstante over tid. For eksempel kan kommunerne have udvalgt de plejecentre, der har de bedste faciliteter eller det mest kvalificerede personale (som er det samme over hele perioden). Den ovenstående gennemgang af difference-in-differences-modellen er baseret på en model med to perioder og to grupper. Dog gælder den samme intuition for en difference-in-differences-model med flere perioder og grupper, som er tilfældet i nærværende rapport.

Modellen estimeres som en lineær sandsynlighedsmodel. Det vil sige, at den ikke tager højde for, at udfaldsvariablen er binær. Dog forventes modellen at give konsistente estimater givet det relative store antal observationer (Unruh m.fl., 2013). Standardfejlene clustres på plejecenterniveau for at tage højde for serielkorrelation af udfaldsvariablen, og at interventionen sker på plejecenterniveau. Hvis ikke standardfejlene clustres på plejecenterniveau, vil de underestimeres, og dermed vil der være mulighed for at begå en type I fejl. En type I fejl er at forkaste nulhypo-

tesen, til trods for den er sand (Bertrand m.fl., 2004). Det vil sige, hvis standardfejlene ikke clustres på plejecenterniveau, kan analysen fejlagtigt estimere en effekt af at have en fast tilknyttet læge.

BILAG 4 PLACEBOTEST FOR ROBUSTHED AF EFFEKTANALYSER

Alle effektanalyserne afhænger af en vigtig antagelse om, at udviklingen i henholdsvis de forebyggelige indlæggelser, genindlæggelserne og korttidsindlæggelserne før interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” startede ikke må være forskellig for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre. Det kan man ikke teste direkte, men det er muligt at lave en placebo-test, hvor vi kun kigger på data for før-perioden.

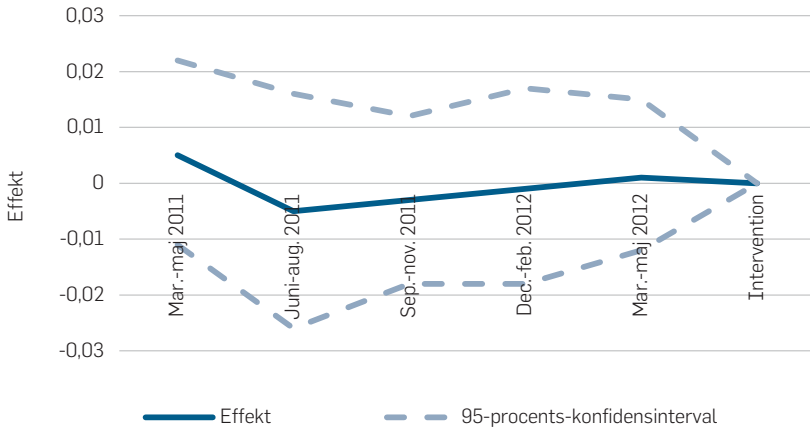
Vi estimerer en model, der tester forskelle mellem interventionsplejecentrene og den resterende plejecenterpopulation for før-perioden. Modellen estimeres under nulhypotesen, at der ikke er signifikante forskelle mellem interventionsplejecentrene og den resterende plejecenterpopulation på noget tidspunkt, før lægerne tilknyttes plejecentrene, når der kontrolleres for kontrolvariable og kommunedummyvariable. Hvis ikke nulhypotesen kan forkastes, er det en indikation på, at udviklingen i fx de forebyggelige indlæggelser ikke er forskellig mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre.

Vi har opdelt analysen i kvartaler før intervention og har dannet en referencegruppe ud fra kvartalet lige før interventionsstart (juni, juli og august 2012). Resultaterne for de tre indlæggelsestyper vises i bilagsfigur B4.1, B4.2 og B4.3.

Vi ser i ingen af de tre figurer, at der er signifikante forskelle mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre på noget tidspunkt i før-perioden for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser eller korttidsindlæggelser. Det er en indikation på, at hovedantagelsen for vores effektanalyser er overholdt, og analyserne derfor estimerer konsistente og unbiased effekter af at have en fast tilknyttet læge på plejecentrene.

BILAGSFIGUR B4.1

Placebotest om interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre har samme udvikling i forebyggelige indlæggelser over før-perioden.

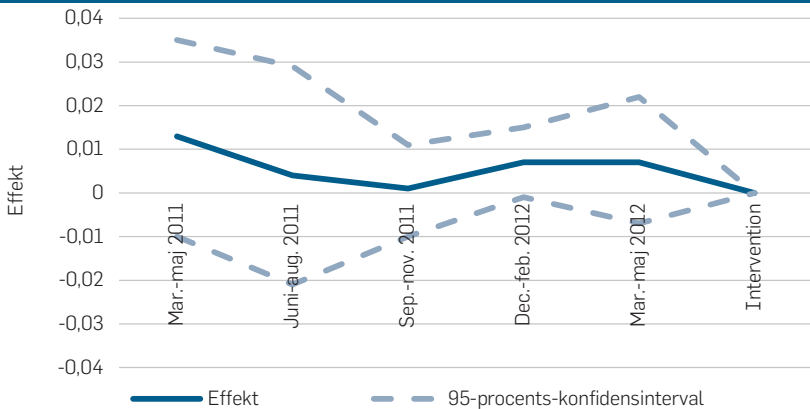


Anm.: Baseret på 34.184 personer, som har boet på plejecenter mindst en måned i før-perioden. Der er i modellen kontrol-
leret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl
er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

BILAGSFIGUR B4.2

Placebotest om interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre har samme udvikling i genindlæggelser over før-perioden.

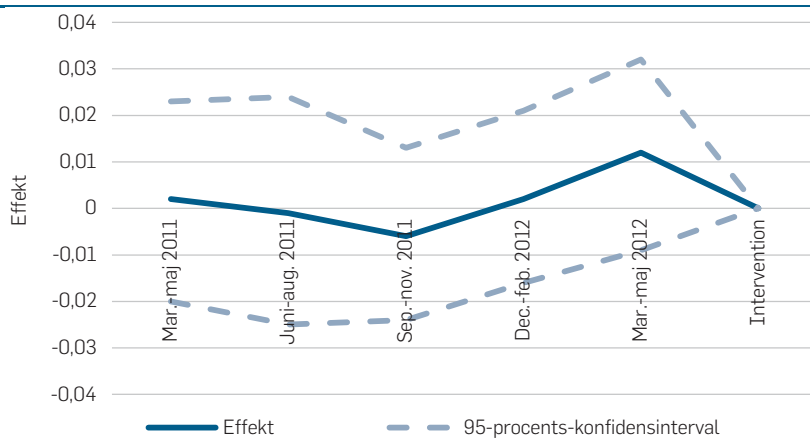


Anm.: Baseret på 34.184 personer, som har boet på plejecenter mindst en måned i før-perioden. Der er i modellen kontrol-
leret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl
er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

BILAGSFIGUR B4.3

Placebotest om interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre har samme udvikling i korttidsindlæggelser over før-perioden.



Anm.: Baseret på 34.184 personer, som har boet på plejecenter mindst en måned i før-perioden. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

LITTERATUR

- Angrist J.D. & J.S. Pischke (2009): *Mostly Harmless Econometrics. An Empiricist's Companion*. Princeton University Press.
- Ashenfelter, O. & D. Card (1985): "Using the Longitudinal Structure of Earnings to Estimate the Effect of Training Programs." *Review of Economics and Statistics*, 67, s. 648-660.
- Danmarks Statistik (2012): Statistisk Efterretning – Sociale forhold, sundhed og retsvæsen, 2012:7.
- Danmarks Statistik, Velfærd Ældredokumentation (2012): Imputering af borgere på plejehjem/-bolig, 11.oktober 2012.
- Imbens, G.M. & J.W. Wooldridge (2007): "What's New in Econometrics? Difference-in-Differences Estimation". *National Bureau of Economic Research. Lecture Notes* 10, Summer '07.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006): *Bekendtgørelse om Sundbedskoordinationsudvalg og Sundbedsaftaler*. Bekendtgørelse nr. 414 af 5/5/2006.
- Intrator, O., Zinn, J. & V. Mor (2004): "Nursing Home Characteristics and Potentially Preventable Hospitalizations of Long-Stay Residents". *Journal of Geriatric Society*, 52, s. 1730-1736.
- KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): *Effek-*

tiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

- Lamb, G., R. Tappen, S. Diaz, L. Herndon & J.G. Ouslander (2011): "Avoidability of Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Perspectives of Frontline Staff". *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), s. 1665-1672.
- Lisk, R., K. Yeong, A. Nasim, M. Baxter, B. Mandal, R. Nari & Z. Dhakam (2012): "Geriatrician input into nursing homes reduces emergency hospital admissions". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), s. 331-337.
- Maire, D. le (2011): "Lecture 21: Regression discontinuity design, diff-in-diff and IV". *Lecture notes fra Advanced Microeconometrics*, E11.
- Mold, J.W., G.E. Fryer & M.A. Roberts (2004): "When Do Older Patients Change Primary Care Physicians?" *Journal of American Board of Family Practice*, 17(6), s. 453-460.
- Ong, A.C.L., K. Sabanathan, J.F. Potter & P.K. Myint (2011): "High Mortality of Older Patients Admitted to Hospital from Care Homes and Insight into Potential Interventions to Reduce Hospital Admissions from Care Homes: The Norfolk experience". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), s. 316-319.
- Ouslander, J.G., G. Lamb, R. Tappen, L. Herndon, S. Diaz, B.A. Roos, D.C. Grabowski & A. Bonner (2011): "Interventions to Reduce Hospitalizations from Nursing Homes: Evaluation of the INTERACT II Collaborative Quality Improvement Project". *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), S. 745-753.
- Ouslander, J.G. & R.A. Berenson (2011): "Reducing Unnecessary Hospitalizations of Nursing Home Residents". *The New England Journal of Medicine*, 365(13), s. 1165-1167.
- Ouslander, J.G. & D. Osterweil (1994): "Physician Evaluation and Management of Nursing Home Residents". *Annals of Internal Medicine*, 120(7), s. 584-592.
- Regeringen (2002): *Sund hele livet – De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Pilot forsøgsprojekt om plejehjemsleger – overordnet forsøgsprojektbeskrivelse*.
- Strukturkommissionen (2004): Bind 1, s. 653.
- Tena-Nelson, R., K. Santos, E. Weingast, S. Amrhein, J. Ouslander & K. Boockvar (2012): "Reducing Potentially Preventable Hospital

- Transfers: Results from a Thirty Nursing Home Collaborative”. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), s. 651-656.
- Ullevål Sykehus og Oslo Kommuner (2007): *Samhandling og kompetenceoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo Kommune og Ullevål Universitetssykehus*. Oslo.
- Unruh, M.A., D.C. Grabowski, A.N. Trivedi, & V. Mor (2013): ”Medicaid Bed-Hold Policies and Hospitalization of Long Stay Nursing Home Residents”. *Health Service Research*, 48(5), s. 1617-1633.
- Vossius, C.E., A.E. Ydstebø, I. Testad & H. Lurås (2013): ”Referrals from Nursing Home to Hospital: Reasons, Appropriateness and Costs”. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(4), s. 366-373.
- Weatherall, C., H.H. Lauritzen & T. Termansen (2013): *Implementering af ”fast tilknyttede læger på plejecentre”*, notat. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: København.
- Weatherall, C (2012): *Forsøgsprojektbeskrivelsen for evalueringen af forsøgsprojekt ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”*. 22. februar 2012.
- Weiss, L.J & J. Bluestein (1996) ”Faithful Patients: The Effect of Long-term Physician-patient Relationships on the Costs and Use of Health Care by Older Americans”. *American Journal of Public Health*, 86(12), s. 1742-1747.
- Young, Y., S. Inamdar, B.S. Dichter, H. Kilburn Jr., & E.L. Hannan, (2011): “Clinical and Nonclinical Factors Associated With Potentially Preventable Hospitalizations Among Nursing Home Residents in New York State”. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(5), s. 364-371.
- Ældrekommissionen (2012): *Livs kvaliteten og selvbestemmelse på plejehjem*. Februar 2012.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2013

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:02 Liversage, A., R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejebolig*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V.M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiq. Evaluering af en bo-enbed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiq. Meeqqanut aarlerinartorsiortunut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A.K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutupakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.
- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet modregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:14 Graversen, B.K., M. Larsen & J.N. Arendt: *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 146 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 168-4. Netpublikation
- 13:15 Bengtsson, S. & S.Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:16 Christensen, E.: *Ung i det grønlandske samfund. Unges holdning til og viden om sociale problemer og muligheder*. 58 sider. e-ISBN: 978-87-7119-171-4. Netpublikation.

- 13:17 Christensen, E.: *Kalaallit inuiaqatigiivini inuusuttuaqqat. Inuusuttuaqqat inoqatigiinnermi ajornartorsiutit periarfissallu pillugit ilisimasaat isummertariaasaallu*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7117-172-1. Netpublikation.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge’s sebskade og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:19 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Volunteers in the Danish Home Guard 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-175-2. e-ISBN: 978-87-7119-176-9.
- 13:20 Luckow, S.T., T.B. Jakobsen, A.P. Langhede & J.H. Pejtersen: *Bedre overgange for udsatte unge. Midtvejsevaluering af efterværnsinitiativet 'Vejen til uddannelse og beskæftigelse'*. 98 sider. ISBN: 978-87-7119-177-6. e-ISBN: 978-87-7119-178-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:21 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-179-0. e-ISBN: 978-87-7119-180-6. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 13:22 Jacobsen, S.J., A.H. Klynge & H. Holt: *Øremærkning af barsel til fædre. Et litteraturstudie*. 82 sider. ISBN: 978-87-7119-181-3. e-ISBN: 978-87-7119-182-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 13:23 Thuesen, F., H.B. Bach, K. Albæk, S. Jensen, N.L. Hansen & K. Weibel: *Socialøkonomiske virksomheder i Danmark. Når udsatte bliver ansatte*. 216 sider. ISBN: 978-87-7119-183-7. e-ISBN: 978-87-7119-184-4. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 13:24 Larsen, M. & H.S.B. Houlberg: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder 2007-2011*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-185-1. e-ISBN: 978-87-7119-186-8. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:25 Larsen, M. & H.S.B. Houlberg: *Mere uddannelse, mere i løn?* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7117-188-2. Netpublikation.
- 13:26 Damgaard, M., Steffensen, T. & S. Bengtsson: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsatthed og type og grad af funktionsnedsættelse*. 193 sider. ISBN: 978-87-7119-189-9. e-ISBN: 978-87-7119-190-5. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 13:27 Holt, H. & K. Nilsson: *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomhedernes rolle og erfaringer*. 100 sider. ISBN: 978-87-7119-191-2. e-ISBN: 978-87-7119-192-9. Vejledende pris: 100,00 kr.

- 13:28 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark*. 410 sider. ISBN: 978-87-7119-193-6. e-ISBN: 978-87-7119-194-3. Vejledende pris: 400,00 kr.
- 13:29 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark. Sammenfatning af resultater fra PLAAC*. 62 sider. ISBN: 978-87-7119-195-0. e-ISBN: 978-87-7119-196-7. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:30 Christensen, E.: *Børn i Mælkebøtten. Fra socialt udsat til mønsterbryder?* 125 sider. ISBN: 978-87-7119-197-4. e-ISBN: 978-87-7119-198. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 13:31 Christensen, E.: *Meeqqat Mælkebøttenimittut. Isumaginninnikkut aarlerinartorsortumiit ileqqunik allannortitsisumut?* 149 sider. ISBN: 978-87-7119-199-8. e-ISBN: 978-87-7119-200-1. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 13:32 Bengtsson, S., H.E.D. Jørgensen & S.T. Grønfeldt: *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Den første kortlægning på personniveau*. 130 sider. ISBN: 978-87-7119-201-8. e-ISBN: 978-87-7119-202-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 13:33 Benjaminsen, L., J.F. Birkelund & M.H. Enemark: *Hjemløse borgers sygdom og brug af sundhedsydelser*. 206 sider. ISBN: 978-87-7119-203-2. e-ISBN: 978-87-7119-204-9. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 13:34 Larsen, L.B. & S. Bengtsson: *Talblindhed. En forskningsoversigt*. 175 sider. ISBN: 978-87-7119-205-6. e-ISBN: 978-87-7119-206-3. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:35 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder i industrien. Medarbejdere med håndværkspræget arbejde eller operatør- og monteringsarbejde*. 978-87-7119-207-0. Netpublikation.
- 13:36 Bille, R., M.R. Larsen, J. Høgelund & H. Holt: *Falcks partnerskabsmodel på sygedagpengeområdet. Evaluering af et offentligt-privat samarbejde*. 234 sider. ISBN: 978-87-7119-208-7. e-ISBN: 978-87-7119-209-4. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 13:37 Kjeldsen, M.M. & J. Høgelund: *Effektmåling af Forebyggelsesfondens projekter*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-210-0. e-ISBN: 978-87-7119-211-7. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:38 Björnberg, U. & M.H. Ottosen (red.): *Challenges for Future Family Policies in the Nordic Countries*. 260 sider. ISBN: 978-87-7119-212-4. e-ISBN: 978-87-7119-213-1. Vejledende pris: 250,00 kr.

- 13:39 Christoffersen, M.N. & A. Højen-Sørensen: *Børnehavens normeringer. En forskningsoversigt over opgørelsesmetoder*. 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-214-8. Netpublikation.
- 13:40 Holt, H., V. Jakobsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2013*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-216-2. e-ISBN: 978-87-7119-217-9. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:41 Aner, L.G., A. Høst, W. Alim, A. Amilon, I.K. Nielsen & C.L. Rasmussen: *Boligsociale indsatser og huslejestøtte. Midtvejsevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010 pulje*. 220 sider. ISBN: 978-87-7119-218-6. e-ISBN: 978-87-7119-219-3. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:42 Bengtsson, S. & S.G. Knudsen: *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse. Evaluering af seks forsøg*. 124 sider. ISBN: 978-87-7119-220-9. e-ISBN: 978-87-7119-221-6. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 14:01 Bach, H.B. & M.R. Larsen: *Dagpengemodtageres situation omkring dagpengeophør*. 135 sider. e-ISBN: 978-87-7119-223-0. Netpublikation.
- 14:02 Loft, L.T.G.: *Parinterventioner og samlivsbrud. En systematisk forskningsoversigt*. 81 sider. e-ISBN: 978-87-7119-225-4. Netpublikation.
- 14:03 Aner, L.G. & H.K. Hansen: *Flytninger fra byer til land- og yderområder. Højtuddannede og socialt udsatte gruppers flytninger fra bykommuner til land- og yderkommuner – Mønstre og motiver*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-226-1. Netpublikation.
- 14:04 Christensen, E.: *2 år efter starten på Nakuusa*. 57 sider. e-ISBN: 978-87-7119-228-5. Netpublikation.
- 14:05 Christensen, E.: *NAKUUSAP aallartimmalli ukiut marluk qaangiunneri*. 61 sider. e-ISBN: 978-87-7119-230-8. Netpublikation.
- 14:06 Bengtsson, S., L.B. Larsen & M.L. Sommer: *Dødfødte børn og deres livsbetingelser*. 147 sider. ISBN: 978-87-7119-232-2. e-ISBN: 978-87-7119-233-9. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:07 Larsen, L.B., S. Bengtsson & M.L. Sommer: *Døve og døvblinde mennesker. Hverdagsliv og levevilkår*. 169 sider. ISBN: 978-87-7119-234-6. e-ISBN: 978-87-7119-235-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:08 Oldrup, H. & A.-K. Højen-Sørensen: *De aldersopdelte fokusområder i ICS. Kvalificeringen af den socialfaglige metode*. 189 sider. e-ISBN: 978-87-7119-236-0. Netpublikation.

- 14:09 Fridberg, T. & L.S. Henriksen: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 304 sider. ISBN: 978-87-7119-237-7. e-ISBN: 978-87-7119-238-4. Vejledende pris: 300,00 kr.
- 14:10 Lauritzen, H.H.: *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af aldredatabasen*. 142 sider. ISBN: 978-87-7119-239-1. e-ISBN: 978-87-7119-240-7. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:11 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. 202 sider. ISBN: 978-87-7119-241-4. e-ISBN: 978-87-7119-242-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 14:12 Bille, R. & H. Holt: *Kommunal praksis på arbejdsskadeområdet. En kvalitativ analyse af fire jobcentres håndtering af arbejdsskader*. 102 sider. ISBN: 978-87-7119-243-8. e-ISBN: 978-87-7119-244-5. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 14:13 Rosdahl, A.: *Fra 15 år til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-245-2. e-ISBN: 978-87-7119-246-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:16 Weatherall, C.D., H.H. Lauritzen, A.T. Hansen & T Termansen: *Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-250-6. e-ISBN: 978-87-7119-251-3. Vejledende pris: 160,- kr.

EVALUERING AF "FAST TILKNYTTED E LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

ET PILOTPROJEKT

Denne rapport evaluerer pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre" fra 2012 til 2014. Projektets overordnede formål er at skabe en bedre kvalitet for beboerne på syv plejecentre ved at tilknytte en fast læge på centrene, som skal styrke kommunikationen og samarbejdet mellem plejecentrene og de praktiserende læger. Dette samarbejde skal skabe større faglig indsigt, bedre medicin håndtering, større kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb samt reducere antallet af indlæggelser.

Evalueringen viser, at der er sket en reduktion i indlæggelser for beboerne på de syv plejecentre, og at der er sket en reduktion i kontakten til lægevagten og en forbedring af medicin håndteringen gennem forsøget. Desuden forbedres samarbejdet mellem læge og plejepersonale, når der tilknyttes en fast læge.

Læger og plejepersonale vurderer, at beboernes pleje- og behandlingsforløb er forbedret via pilotprojektet. Projektets perspektiver rummer også økonomiske fordele.

Rapporten er bestilt af Socialstyrelsen, som varetager projektledelsen af pilotprojektet.