

DEN LANDSDÆKKENDE KVALITETSDATABASE FOR GERIATRI



ÅRSRAPPORT 2007

Indholdsfortegnelse

Forord		3
Revisionspåtegning		4
Kapitel 1	Konklusioner og anbefalinger	5
Kapitel 2	Om kliniske databaser generelt	7
	2.1 Faktorer af betydning for behandlingsresultatet	7
	2.2 Klinisk Måle System (KMS) og Analyseportalen (AP)	8
Kapitel 3	Baggrund	10
	Om Geriatri	10
	3.1 Implementering og drift af geriatri-databasen	10
	3.2 Årsrapportens tilblivelse	11
	3.3 Styregruppe	12
Kapitel 4	Dataindsamling og metode	13
	4.1 Patientkomplethed	13
	4.2 Audit i geriatriiske afdelinger	14
Kapitel 5	Valg af indikatorer	17
	5.1 Barthel Indeks	17
	5.2 Body Mass Index (BMI)	17
	5.3 Timed Up and Go (TUG)	18
Kapitel 6	Resultater	20
	Patientgrundlag	20
	Indlæggelsesvarighed	21
	Indlæggelser fra og udskrivelser til	22
	Ændringer i gangfunktion	25
Kapitel 7	Indikator: Barthel score:	
	indlæggelsesniveau og ændringer	28
	relateret til alder og til indlæggelseslængde	29
	relateret til indlæggelser og udskrivelser	30
	datakomplethed	33
	Indikator: Body Mass Index (BMI):	
	ændringer under indlæggelse	35
	datakomplethed	37
	Indikator: Timed Up and Go (TUG):	
	ændringer under indlæggelse	39
	datakomplethed	42
Kapitel 8	Publikationer	44
Bilag 1	Geriatriiske afdelinger i Danmark	45

Forord

Denne årsrapport er den anden fra den Landsdækkende Kvalitetsdatabase for Geriatri. Databasen har været under opbygning siden 2004 og fra 1.1.2006 har alle geriatriiske afdelinger i Danmark indtastet data. Rapporten indeholder data fra 2007 dog er enkelte tabeller suppleret med tal fra 2006.

Der er oplysninger om datakomplethed, både for det totale materiale og for de enkelte indikatorer.

Efter ønsker fra afdelingerne har vi medtaget flere oplysninger i denne årsrapport end i den første:

Ændringer i Barthel score afhængig af alder og indlæggelsesvarighed, ændringer i BMI relateret til indlæggelsesværdier samt oplysninger om, hvor patienterne blev indlagt fra og udskrevet til og med hvilke gangredskaber de kom og gik. Alle tabeller og figurer er udarbejdet af afd. læge Klaus Brasso.

Der er også indføjet et afsnit med beskrivelse af de enkelte afdelinger og om hvilke publikationer, der har anvendt oplysninger fra databasen.

Styregruppen har forslag til ændring af indikatorer, både på kort sigt og lidt længere ud i fremtiden.

At få denne database til at fungere kræver mange ildsjæles indsats rundt om på de enkelte afdelinger, hvilket styregruppen gerne vil takke for. Også en tak til konsulent Bjørn Hesselbo, som har ydet en betragtelig indsats for at få databasen til at fungere samt overlæge Jan Utzon, Kompetencecenter Øst, for sparring undervejs.

Den færdige årsrapport kan downloades fra:

www.danskselskabforgeriatri.dk

eller www.kliniskedatabaser.dk

Lillian Mørch Jørgensen, marts 2008

Revisionspåtegning

Landsdækkende kvalitetsdatabase
for geriatri

Kompetencecenter for Landsdækkende Kliniske
kvalitetsdatabaser (øst) (KCØ)
v. Enhed for Klinisk Kvalitet, Bispebjerg Hospital
og Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
på Glostrup Hospital

6. marts 2009

Vedr. revisionspåtegning af årsrapport 2007

KCØ har gennemgået ovenstående årsrapport iht. de gældende basiskrav for årsrapporter¹, der er opstillet af Danske Regioner, som i korthed er følgende: (jf. notat vedr. revisionspåtegning, som kan findes på www.kliniskedatabaser.dk).

- a) Der skal i særligt kapitel afrapporteres på de indikatorer, som databasen har valgt til at beskrive kvaliteten indenfor specialet
- b) Alle indikatorer skal offentliggøres på afdelings-/enhedsspecifikt niveau.
- c) I årsrapporten skal præsentationen af data være ledsaget af kommentarer, der forklarer og formidler resultaterne. Rapporten skal indeholde et samlende afsnit med konklusion og anbefalinger med konkrete forslag til, hvordan behandlingskvaliteten kan forbedres.
- d) Der skal være statistisk og epidemiologisk dækning for de angivne konklusioner og anbefalinger
- e) Rapporten skal indeholde et afsnit med dataindsamling og metode, hvor der redegøres for datagrundlag, datakvalitet, dækningsgrad og de anvendte statistiske metoder.

Generelt

Årsrapporten fremtræder som en gennemarbejdet rapport, der bl.a. udmærker sig ved, at den indeholder et afsnit med klare begrundelser for valg af indikatorer, et afsnit med overvejelser af beskrivelse af faktorer som har betydning for en vellykket implementering af databasen samt et afsnit med en beskrivelse af afdelingerne. Dette giver mulighed for, at også ikke fagligt kyndige personer kan få et indblik i specialet.

Sammenfattende er det vores vurdering, at årsrapporten iht. ovenstående punkter a), b), c) fuldt lever op til Danske Regioners krav til årsrapporter for Landsdækkende Kliniske kvalitetsdatabaser.

Vedrørende punkt d) og e) bemærkes, at databasens inklusionskriterier entydigt bør fastlægges til næste årsrapport. Databasens dækningsgrad er opgjort til 82%. Danske Regioners krav til dækningsgraden er, at den skal være mindst 90%. Årsagen til, at 18% af databasens patienter ikke indgår i databasen bør belyses inden næste årsrapport udkommer. Det bemærkes, at databasen iht. årsrapportens anbefalinger har taget initiativ til at løse begge de nævnte punkter. Der findes i øvrigt god dækning for rapportens konklusioner og anbefalinger.

Klaus Brasso
Afdelingslæge, epidemiolog, KCØ

Jan Utzon
Overlæge, KCØ

¹ Der kan i øvrigt henvises til http://www.kliniskedatabaser.dk/doks/753206650_11.05.2007_basiskrav_for_landsdaekkende_kliniske_kvalitetsdatabase_r.pdf på side 12 og 13, hvor de formelle basiskrav til årsrapporterne er uddybet.

KAPITEL 1

Konklusioner og anbefalinger

Konklusioner

- Alle geriatriske afdelinger i Danmark indtaster nu i databasen, men grundet teknisk problem er data fra Kolding ikke kommet med i årsrapporten og siden sidste år er geriatrisk afdeling i Sønderborg lukket.
- Datakompletheden er nu 82%, hvilket må anses for acceptabelt. For 5 af de 16 afdelinger ligger datakompletheden dog under de krævede 80% ved indlæggelse
- Patienterne er som tidligere år i gennemsnit 82 år gamle, med en overvægt af kvinder, der afspejler aldersfordelingen i den ældre del af samfundet.
- Der er betydelige forskelle i indlæggelsesvarigheden fra sygehus til sygehus (fra 10,4 dage i Odense til 29,6 dage i Glostrup) som udtryk for inhomogenitet i såvel visitationskriterier som patientgrupper og ventetider på aflastnings- og plejehjemspladser.
- I lighed med tidligere udskrives 67% direkte til egen bolig, mens 16% udskrives til enten plejehjem eller aflastningsplads.
- Barthelscore ved indlæggelsen varierer fra 39,8 i Aalborg til 64,2. Generelt er patienternes funktionsniveau ved indlæggelsen lavere end i 2006.
- BMI ændrer sig under indlæggelse fra øgning på $0,09 \text{ kg/m}^2$ (Glostrup) til et fald $0,26 \text{ kg/m}^2$ Storstrømmens Sygehus.
- Timed Up and Go (TUG) falder i gennemsnit mellem 5,2 sekunder (i Aalborg) og 15,2 sekunder (Korsør). Da målingen kræver minimum standfunktion ved indlæggelsen er det kun ca. en tredjedel af patienterne, der indgår i ovennævnte gennemsnit.

Anbefalinger

Forslag 1:

Alle nyansatte samt studerende, som indgår i pleje og behandling skal grundigt introduceres til formål og opgaver i forbindelse med databasen.

Ansvarlig: Afdelingerne

Forslag 2:

Databasens inklusionskriterier bør entydigt fastlægges til næste årsrapport.

Ansvarlig: Geriatri-databasens styregruppe

Forslag 3:

Det bør nærmere undersøges, hvilke årsager der er til at 18% af geriatriske patienter ikke indgår i databasen.

Ansvarlig: Geriatri-databasens styregruppe

Forslag 4:

Afdelinger, der ikke lever op til kravene om datakomplethed og dækningsgrad skal gennemføre en intern audit.

Ansvarlig: Afdelingerne

Forslag 5:

Tandemtest og Chair Stand test erstatter TUG som funktionstests. Det er her muligt at måle forbedring, idet manglende standfunktion ved indlæggelsen i modsætning til ved TUG, ikke er hindring for en senere måling.

Ansvarlig: Styregruppen

Forslag 6:

At erstatte de resultatindikatorer, der angiver niveau ved udskrivelsen, med procesindikatorer. Det er så muligt at sætte mål for f.eks. andel af patienterne, der er ernæringsscreenet og andelen, der har modtaget fysioterapi/ergoterapi.

Ansvarlig: Styregruppen

Forslag 7:

For hospitalerne i det tidligere H:S er indtastningen dog fortsat i den allerede eksisterende database, som har lidt flere variable med end dem, der er valgt til den landsdækkende database. Der bør ske en ensretning af de to databaser.

Ansvarlig: Styregruppen

KAPITEL 2

Om kliniske databaser generelt

I en landsdækkende klinisk database registreres oplysninger om alle patienter med en bestemt sygdom. Hermed muliggøres en sammenligning af behandlingsresultaterne. Målet er at følge og vurdere, om resultaterne lever op til det ønskede niveau, at fastholde og forbedre resultaterne samt at lokalisere årsagerne til evt. utilfredsstillende resultater. Kvalitetsniveauet kan fx forbedres ved indførelse af ny teknik og nye behandlinger eller ved at ændre arbejdsgange i forhold til undersøgelse, behandling, pleje mv. En klinisk database er først og fremmest et redskab til kvalitetsudvikling i den kliniske afdeling, men det er også hensigten at synliggøre kvaliteten over for borgerne. I Danmark har vi frit sygehusvalg, men muligheden for selv at vælge behandlingssted får først rigtig værdi, når det bliver til et informeret valg – og det kan det bl.a. blive gennem oplysninger fra de kliniske databaser. Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt med Den Danske Kvalitetsmodel, der har som mål at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

De kliniske databasers bidrag af oplysninger hertil vil være helt centrale. Arbejdet med at måle kvaliteten af behandlingen af patienterne er både vanskeligt og ressourcekrævende:

- Det kan være svært på nationalt niveau at blive enige om og fastsætte, hvad der er god kvalitet indenfor et givent behandlingsområde.
- Indsamling, bearbejdning, fejlretning og tolkning af data er et tidskrævende arbejde, som inddrager mange kompetencer og som ofte inddrager fritiden hos de sundhedsfagligt involverede og databaseansvarlige.
- I praksis er det ofte svært at foretage retfærdige sammenligninger mellem afdelingerne, fordi patientsammensætningen kan være forskellig fra afdeling til afdeling.
- Det er en almindelig observation, at den enkelte afdelings resultater kan udvise tilfældige, periodiske udsving uden påviselige årsager.

2.1 Faktorer af betydning for behandlingsresultatet

I tabel 1.1. ses de vigtigste faktorer, som indgår i og påvirker et behandlingsresultat, og som en klinisk database ideelt bør indeholde oplysninger om. Det drejer sig overordnet om faktorer, der vedrører patienten, sygdommen, behandlingen og organisationen. Det er også heri, forklaringer på gode og mindre gode behandlingsresultater kan søges. Når resultaterne skal sammenlignes mellem afdelingerne, består kunsten i at måle resultatet af sundhedsvæsenets indsats (behandling og organisation) og justere for patientrelaterede faktorer. Det er fx ikke rimeligt at vurdere overlevelsen efter en operation på to afdelinger efter samme målestok, hvis den ene afdeling primært får henvist de mest alvorlige tilfælde af sygdommen eller har patienter i sit optageområde, som er mere belastede af livsstilsfaktorer end den anden afdelings patienter.

Tabel 1. Faktorer af betydning for behandlingsresultat:

Udgangspunkt	Eksempler på variabler
Patienten	Demografiske faktorer (alder, køn, højde) Livsstilsfaktorer (rygning, alkohol, kost, motion) Interesse og engagement i behandling Konkurrerende sygdomme
+Sygdommen	Sværhedsgrad
+Behandlingen	Forebyggelse, diagnostik, terapi, kontrol, pleje og rehabilitering Sundhedspersonalets kompetence Teknisk udstyr Evidensbaseret klinisk praksis
+Organisationen	Arbejdstilrettelæggelse Brug af kliniske retningslinier Samarbejde Ventetid
= Behandlingsresultat	

2.2 Klinisk Måle System (KMS) og AnalysePortalen (AP)

Landsdækkende database for geriatri er baseret på net-baseret indtastning. Da systemet fortsat er nyt for mange har vi fundet det relevant at give en kort beskrivelse af systemet i årsrapporten.

Klinisk Måle System

KMS er et generelt klinisk databasesystem til registrering af kliniske data m.h.p. måling af sundhedsfaglig kvalitet. KMS anvender generelle skabeloner, som muliggør opbygning af nye databaser relativt hurtigt og billigt. KMS bygger endvidere på en sikker net-baseret teknologi, som tillader brugere at indtaste data via enhver PC tilsluttet sundhedsdatanettet, hvorfor de tekniske krav til de enkelte afdelinger er overkommelige. Indtastede data kan valideres (klinikerne kan få advarsler/kan rette fejlindtastninger med det samme) og transmitteres til en central databaseserver.

AnalysePortalen

AP er et SAS baseret rapporteringsværktøj, som tilbydes databaser, der drives af Kompetencecenter Øst (KCØ). Adgang til AP sker direkte via et menu punkt i KMS både for KMS databaser og databaser, som ikke anvender KMS til dataregistrering. I AP har brugeren umiddelbar adgang til alle data fra egen afdeling. Data i AP opdateres en gang i døgnet, men kan ved tildeling af særlig rettighed opdateres, så de højst er en halv time gamle. Ved hjælp af "peg og klik" kan der foretages udtræk af patientlister, tabeller, grafer, frekvenstabeller, statistiske test (chi²-test, t-test, Kruskal-Wallis m.fl.) og overlevelsestabeller. Data kan filtreres (fx kvinder mellem 40-59 år) og hurtigt og enkelt eksporteres til et PDF format, Word, Excel eller SPSS, hvor der kan ske videre bearbejdning.

Brugerne kan desuden publicere lokalt udarbejdede rapporter (lister, tabeller, tests, grafer) således, at de kan ses af andre brugere i afdelingen enten med et givet dataindhold (Faste Rapporter) eller som en rapportskabelon, der viser rapporten med tidsaktuelle data (Dynamiske Rapporter). I AP er det endeligt muligt for autoriserede datamanagere at udarbejde alle typer rapporter (fx årsrapporter og indikatorrapporter), hvor data fra alle afdelinger i specialet kan sammenstilles. Sådanne rapporter kan publiceres som faste eller dynamiske rapporter, parameterstyrede rapporter (brugeren bestemmer fx selv tidsperiode) eller som multidimensionale rapporter. KCØ og Enhed for klinisk kvalitet afholder kurser i brug af AP.

Hvem bruger KMS: AP?

KMS er efter udbud valgt som platform for det Nationale Indikatorprojekt (NIP) og opfylder dermed de tekniske krav, der er opstillet til brug for etablering af nye databaser. KMS er endvidere valgt som platform af en række kliniske databaser tilknyttet KCØ (fx Dansk Anæstesi Database, Klinisk Venebase, Den Hæmatologiske Fællesdatabase, Dansk Gynækologisk Cancer Database, Dansk Hernie Database og Karbase). For yderligere beskrivelse henvises til:

www.kliniskedatabaser.dk. Her er bl.a. adgang til en komplet brugervejledning (se under fanebladet KMS:AP)

KAPITEL 3

Baggrund for databasen

I 1999 blev der i H:S etableret en klinisk database, hvortil en lang række parameter vedrørende geriatrike patienters indlæggelser blev indrapporteret.

Disse data har kunnet anvendes til beskrivelse af de patienter, der indlægges i geriatrike afdelinger. Databasen har haft stor succes og har blandt andet modtaget de fire geriatrike afdelinger i H:S i 2004 Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenets Kvalitetspris.

Dansk Selskab for Geriatri besluttede i forlængelse heraf at etablere en landsdækkende database, som har fungeret siden 2004. Alle geriatrike afdelinger i Danmark er efterhånden blevet koblet på databasen. Databasen har således været i drift siden 1.1.2006. Der indtastes data fra heldøgns-patienter.

Om geriatri

Intern medicin: geriatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af ældre patienter med fysiske, mentale, funktionsmæssige og eventuelt sociale problemer.

Den geriatrike patient kan ikke afgrænses på enkelt diagnoser, men er en ældre patient med flere samtidige sygdomme, aldersforandringer og påvirket funktionsevne. Geriatri er ikke specifikt defineret ved alder, men størstedelen af de geriatrike patienter er over 70 år. De problemer, som kræver geriatrik indsats, forekommer hyppigst hos patienter over 80 år.

En patient skal for at kunne inkluderes i databasen være visiteret til en geriatrik sengeafdeling. Nogle geriatrike afdelinger modtager apopleksipatienter, uanset alder, mens andre modtager hoftefrakturpatienter, som grundet geriatrike lidelser ikke umiddelbart kan udskrives postoperativt.

3.1 Implementering og drift af Geriatri-databasen

Det er afgørende at databasen får en høj dækningsgrad og datakomplethed, så der kan drages valide konklusioner på baggrund af de indsamlede data.

Flere steder i Danmark er der i det forløbne år etableret eller planlagt nye geriatrike enheder, mens andre er lukket. Der sker også en løbende udskiftning af personale i afdelingerne. Derfor bliver der i det følgende opretholdt nogle af de faktorer, som har betydning for en vellykket implementering og drift af databasen.

Landsdækkende database i Geriatri er baseret på målinger af indikatorer, der foretages af det tværfaglige personale, som tilsammen udgør teamet omkring den geriatrike patient.

For at sikre personalets opbakning til databasen, så der prioriteres at foretage disse nødvendige målinger, også i de perioder hvor der er allermest travlt, er det vigtigt at fokusere på følgende organisatoriske faktorer:

- Der skal skabes ejerskab til databasen.
 1. Det tværfaglige personale skal introduceres, så alle forstår hvorfor, der skal måles og registreres i forhold til indikatorerne.
 2. Indikatorerne skal være alment accepterede blandt fagfolk samt på de relevante afdelinger i landet, som værende betydningsfulde i forhold til behandlingskvaliteten.
 3. Det skal opleves meningsfuldt at foretage målingerne i forhold til behandlingen af den enkelte patient.
 4. Der skal gives plads og bliver lyttet til skepsis og modstand mod måling og dokumentation af indikatorer.
 5. Personalet skal tydeligt mærke ledelsens opbakning til databasen.
- Der skal ske kvalitetsudvikling.
 1. Det tværfaglige personale skal opleve, at tilbagemeldingen fra kvalitetsdatabasen medfører, at der iværksættes forbedringer, som kommer patientbehandlingen til gode.
 2. Personalet skal opleve at databasen er et redskab som fremmer læring og kompetenceudvikling af de enkelte faggrupper og i forhold til samarbejdet mellem faggrupperne.
- Der skal sikres vedligeholdelse af databasen.
 1. Alle arbejdsgange vedrørende indikatorerne bør indarbejdes, som en naturlig del af patientforløbene. Det tværfaglige personale skal alle kende deres opgaver i forbindelse med databasen.
 2. Alle nyansatte samt studerende som indgår i pleje og behandling skal grundigt introduceres til formål og opgaver i forbindelse med databasen.
 3. Tilbagemelding fra databasen og gennemførelse af fx audit i de enkelte afdelinger bør indføres som fastlagte rutiner.
- Konkrete tiltag fra processen der har fremmet implementeringen.
 1. Udpege og oplære tovholdere tidligt i processen på indikatorerne og indtastning
 2. Ansvarliggøre lokale ledelser
 3. Tilbyde hjælp og støtte centralt fra i hele processen - hotline
 4. Give respons på de kliniske data – sådan ser det ud med jeres patienter
 5. Udpege og give kursus til lokale dataanalytikere

3.2 Årsrapportens tilblivelse

Indholdet af årsrapporten har været diskuteret ved flere styregruppemøder på baggrund af tilbagemeldinger på den første årsrapport. Der var ønsker om opdeling af materialet i alders- og kønsgrupper samt flere baggrundsdata for at muliggøre sammenligninger på tværs af afdelinger.

De enkelte afdelinger er kort beskrevet i bilag 1.

For at muliggøre en sammenligning af afdelingerne imellem har vi prøvet en opdeling i to grupper, afhængigt af om det er selvstændige afdelinger eller om de indgår i en eller anden form for afdelingsfællesskab:

Selvstændige afdelinger: Bispebjerg, Korsør, Odense, Roskilde, Storstrømmen, Svendborg, Aalborg, Århus.

Geriatriske afdelinger, som indgår i fællesskab/center:

Amager, Frederiksberg, Gentofte, Glostrup, Haderslev, Herlev, Holbæk, Hvidovre.

Herudover har styregruppen fundet det relevant at medtage afsnit om hidtidig anvendelse af databasen i projekter og afhandlinger.

3.3 Styregruppe

Styregruppens sammensætning og kommissorium er grundlæggende bestemt af Amdtsrådsforeningens "Basiskrav og retningslinier for kliniske databaser" og bestod i 2007 af:

Lillian Mørch Jørgensen, formand og ansvarlig for databasen (Dansk Selskab for Geriatri)

Lars P. Laugesen (Dansk Selskab for Geriatri)

Kathrine Olesen (repræsentant fra det gamle H:S)

Elizabeth Rosted (Fagligt selskab for gerontologiske og geriatriske sygeplejersker)

Frederik Lassen (GerontoGeriatrisk Fagforum, udtrådt 1.8.2007 og erstattet af Eva Jespersen)

Gerd Ansager (Ergoterapeuternes Fagforum)

Anne Lichtenberg (udpeget af Region Hovedstaden)

Jan Utzon (Kompetencecenter Øst, observatørstatus)

Bjørn Hesselbo (konsulent, observatørstatus)

Databasens drift finansieres af Regionernes Fælles Databasepulje og driftsstøtten for 2007 er 415.000,- kr.

KAPITEL 4

Dataindsamling og metode

4.1 Patientkomplethed

Datasættet indeholder oplysninger om 8020 personer, der har været indlagt på geriatrisk afdeling, tabel 1.

Tabel 1. Indlæggelser fordelt på afdelinger og køn.

Hospital	Kvinde	Mand	I alt	Udskrevne	Indberetnings komplethed
Amager	216	95	311	354	87%
Bispebjerg	451	171	622	732	85%
Frederiksberg	253	86	339	452	75%
Gentofte	216	69	285	308	93%
Glostrup	140	91	231	320	72%
Haderslev	206	138	344	364	95%
Herlev	161	58	219	201	96%
Holbæk	125	99	224	210	94%
Hvidovre	358	203	561	584	96%
Korsør	293	249	542	679	80%
Odense	992	555	1547	1799	86%
Roskilde	354	135	489	539	91%
Storstrømmens Sygehus	607	414	1021	1326	77%
Svendborg	173	80	253	684	37%
Aalborg	107	55	162	200	81%
Århus	544	326	870	1074	81%
I alt	5196	2824	8020	9826	82%

Data indsamles ved at de enkelte afdelinger indtaster i databasen.

Udover de patienter, der er i databasen, har der været indlagt yderligere 1806 patienter på geriatriske afdelinger uden disse er registreret i databasen, tabel 1. Da disse oplysninger ikke kan findes centralt, er tallet baseret på oplysninger fra de enkelte afdelinger.

Samlet er der rapporteret oplysninger om 82% af de patienter som var indlagt på geriatriske afdelinger i perioden. Graden af indrapportering er ikke forskellig fra 2006.

Når der er færre patienter end i 2006 kan dette delvis tilskrives et teknisk problem, der gør at patienter fra Kolding ikke er kommet med.

Der foreligger ikke oplysninger om de 18% af patienterne fra geriatriiske afdelinger, der ikke bliver indtastet i databasen. Hvis det er tilfældige udeladelser har det næppe den store betydning for det samlede resultat. Hvis det derimod overvejende er korte indlæggelser eller svært syge patienter som ikke indtastes, vil det have betydning for de konklusioner, der drages på baggrund af materialet.

4.2 Audit i geriatriiske afdelinger

Med udgivelsen af 2. Årsrapport fra kvalitetsdatabasen for geriatri åbnes for alvor muligheden for at anvende databasens resultater til kvalitetsudvikling i den enkelte geriatriiske afdeling.

I Årsrapporten for 2006 er det angivet, at det i praksis ofte er svært at foretage retfærdige sammenligninger mellem de enkelte afdelinger, fordi patientsammensætningen kan være forskellig fra afdelingen til afdeling. Med udgivelse af rapporten for 2007 er muligheden oplagt for at sammenligne egne nye resultater med forrige års.

Den Danske Kvalitets Model (Kvalitetsinstitut, 2007), som er den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sygehusene, har som målsætning at fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene. Et af redskaberne til at gennemføre dette er de landsdækkende kvalitetsdatabaser, hvoraf den geriatriiske database er en af de nyest tilkomne.

Styregruppen for databasen ønsker at understøtte kvalitetsudviklingen med nedenstående oplæg til inspiration, vedrørende gennemførelse af lokale audits i de geriatriiske afdelinger.

Klinisk audit beskrives som et anerkendt praktisk redskab til kvalitetsudvikling og implementering af forskningsresultater i praksis, et redskab, som er ejet af praktikere lokalt til at forbedre kvalitet i de konkrete omgivelser. Audit giver mulighed for læring og er medvirkende til at skabe en lærende organisationskultur, som hviler på åbenhed og interprofessionel forståelse (Morell, 1999).

Audit og feedback har betydning for implementeringen af databasens indikatorer, idet deltagerne i audit, ud over at få et fælles billede af kvaliteten i afdelingen, også peger på mulige forslag for at forbedre kvaliteten (Kjærgaard, 2001).

Ifølge Klaringsrapporten anbefales en auditgruppe bestående af erfarne, fastansatte medarbejdere og ledere, at være i størrelsesorden 3 – 12 personer (Blomhøj, 2000). Afhængigt af hvilke problemstillinger der skal fokuseres på, sammensættes gruppen monofagligt eller tværfagligt.

Første gang der afholdes audit, introduceres metoden til auditgruppen. Der vælges en formand, som er ordstyrer og som skal sikre, at alles mening bliver hørt, samt at der bliver konkluderet på gruppens vurderinger og forslag til kvalitetsforbedringer. En referent vælges, som også er sekretær for gruppen og som sørger for at skrive og udsende anonymiserede referater fra auditmøderne.

Til inspiration er der i det efterfølgende beskrevet to forskellige eksempler på valg af problemstillinger og sammensætning af auditgrupper:

1) Audit med henblik på at styrke implementeringen af databasens indikatorer

Problembaggrund: Regionsrådet, som finansierer databaserne, opstiller i deres krav til databaserne et minimums mål for dækningsgraden på 90 % for de berørte sygehuspatientforløb og en datakomplethedsgang på 70 % for de enkelte registrerede forløb (Amtsrådsforeningen, 2005). I forsknings- og kvalitetsudviklingsøjemed er personalets monitoreringsrutiner helt afgørende for validiteten af data. Hvis monitoreringen eksempelvis bliver nedprioriteret i travle perioder, vil der opstå alvorlige bias, som gør data ubrugelige til forskning og kvalitetsudvikling.

Geriatriske afdelinger, som ifølge årsrapporten for 2007, ikke lever op til disse krav kan vælge at gennemføre en intern klinisk (tværfaglig) audit, m.h.p.

- at analysere årsagerne til, at afdelingen ikke lever op til målene vedr. dækningsgrad og datakomplethed

- at foreslå og igangsætte handlinger som kan styrke implementeringen af databasen.

Af mulige årsager som kan diskuteres i auditgruppen, kan eksempelvis være, at der mangler en klar ansvars- og opgavefordeling omkring måling og registrering af data. Der kan også savnes en tilstrækkelig introduktion til databasen og der kan mangle forståelse og motivation i personalegruppen for at gennemføre måling og registrering af data. Auditgruppen bør sammensættes tværfagligt og bestå af sekretær, læge, plejepersonale og fysio- og ergoterapeuter.

Datamaterialet for gennemførelse af audit kan hentes i Årsrapporten og kan bestå i afdelingens dækningsgrad som er antal patienter i databasen i forhold til antal patienter i afdelingen som aflæses i Lands Patient Registret. Datakomplethed i forhold til de valgte indikatorer Barthel, BMI og TUG kan aflæses i % i Årsrapporten. For alle indikatorer gælder det, at resultaterne kan sammenlignes for 2006 og for 2007 for at se om udviklingen går den rigtige vej.

I analysen og konklusionen diskuteres det på hvilke områder der skal sættes ind og hvilke nye handlinger der skal sættes i gang.

2) Audit med henblik på forbedring af den faglige kvalitet i sygeplejen

Problembaggrund: Årsrapporten for 2006 viser, at der på 80 % af de geriatriske afdelinger sker en negativ ændring i BMI under indlæggelsen, altså at gennemsnittet af patienterne taber sig mens de er indlagt. Målet for den gode kvalitet er, at patienterne undgår at tabe sig.

Der kan gennemføres en intern sygeplejeaudit, hvor forskellen mellem patienters BMI ved indlæggelse og udskrivelse fungerer som indikatorer der fortæller noget om i hvor høj grad den givne sygepleje har resulteret i at patienterne undgår at tabe sig.

Dataindsamlingen kan bestå i gennemgang af sygeplejeloger for 8 – 10 tilfældigt valgte forløb.

Auditgruppen mødes og udarbejder et vurderingsskema som indeholder vigtige elementer i sygeplejen, som har betydning for at patienterne holder deres vægt.

Logerne anonymiseres og kopieres, så hver deltager i god tid før auditmødet modtager materiale til gennemlæsning og forberedelse i form af udfyldelse af vurderingsskemaerne.

I det efterfølgende audit-panel gennemgås hver enkelt journal og i de tilfælde hvor der ikke er tilfredsstillende kvalitet overvejes årsager til dette og der peges på mulige forbedringer af den sygeplejefaglige indsats.

Referencer:

- Amtsrådsforeningen (2005): Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser. Notat.
- Blomhøj, Gerda og Mainz, Jan (2002) Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Klaringsrapport. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.
- Morell C. Harvey (1999): The Clinical Audit Handbook. UD: Bailliere Tindall
- Kjærgaard, Johan m.fl.(2001): Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaard
- www.kvalitetsinstitut.dk (april 2007)

KAPITEL 5

Valg af indikatorer

Indikatorerne er de variable, som efter fagligt skøn bedst beskriver behandlingskvaliteten inden for det geriatriske område. I det følgende begrundes valget af de enkelte indikatorer.

5.1 Begrundelse for at vælge Barthel Indeks

Udredning, behandling og rehabilitering er kerneopgaver i de geriatriske afdelinger. Når man skal vælge indikatorer til en landsdækkende database, vil det være naturligt at finde et mål for den mulige funktionsforbedring der er et resultat af den samlede geriatriske indsats. Da de fleste geriatriske patienter har nedsat ADL funktion (Activities of Daily Living) ved indlæggelsen, er det oplagt at finde en indikator der kan måle ADL.

Barthel Indeks er en ADL skala der måler det basale ADL niveau, dvs. funktioner som at kunne spise, vaske sig, klæde sig af og på, bade, forflytte sig fra seng til stol, klare toiletbesøg, kunne gå over en vis afstand, gå på trapper, samt at være kontinent for urin og afføring (1,2), Barthel Indeks blev beskrevet første gang i 1958 og blev oprindeligt udviklet til monitorering af kronisk syge patienters grad af uafhængighed ved udførelse af disse funktioner. Barthel Indeks har været anvendt i mange forskellige patientgrupper og lande. Barthel Indeks lever op til de fleste af de krav der stilles til et måleinstrument: Den er oversat til dansk, valideret, reliabilitetstestet, har evne til at vise forandringer over tid, har vist sig at være prædiktiv i forhold til plejehjems behov, findes i et format der er let at anvende, og er let at udføre efter oplæring (3). Der findes mange versioner og i en artikel af Maribo et al.(4), anbefales at der kun anvendes de to bedst validerede versioner for at undgå forvirring.

I den kliniske database er valgt versionen af Shah et al.(5): Barthel-100 (tallet 100 henviser til at skalaen går fra 0-100 point hvor 100 point afspejler den person der selvstændigt kan udføre samtlige basale ADL funktioner). Begrundelsen for at vælge denne version er at den har vist den største evne til at vise forandringer over tid. Desuden er det en version der har nået en vis udbredelse i Danmark, da den er beskrevet og oversat af danske ergoterapeuter.

5.2 Begrundelse for at vælge Body Mass Index (BMI)

Mange undersøgelser viser at ældre patienter taber i vægt under sygdom og at de efter rekonvalescens har meget svært at tage på igen. Samtidig viser undersøgelser at der er korrelation mellem vægttab og nedsat funktionsevne blandt ældre patienter og vægttabet medfører nedsat muskelmasse også selvom det ikke drejer sig om en tynd patient. En dårlig ernæringstilstand bør således forbygges og identificeres allerede ved indlæggelsen(6).

BMI (Body Mass Index) er en enkel måde at få et indtryk af en persons ernæringstilstand, da det er et mål for forholdet mellem en persons vægt (i kg) divideret med højden i anden

potens (i meter). (kg/m²)(7). BMI er dog ikke egnet til at afgøre hvad kropsmassen består af. Dette betyder at et højt BMI kan findes hos en patient der er overhydreret, og man kan heller ikke afgøre om den ikke-vandige del består af overvejende muskel, knogle eller fedtvæv.

BMI anbefales som et af redskaberne til at screening for hospitalsunderernæring af Sundhedsstyrelsen. For ældre mennesker gælder det at BMI ikke følger samme definitioner på undervægt i forhold til andre voksne, primært pga. af det højdetab der sker med alderen (1-2 cm per 10 år). Undersøgelser tyder således på at BMI<22, er udtryk for undervægt og BMI<24 for risiko for underernæring (6,8).

BMI er ikke egnet til at vise forskel over tid, der er vægt i sig selv mere præcist.

5.3 Begrundelse for at vælge Timed Up and Go

Formålet er at teste basismobilitet: Det at kunne rejse og sætte sig, gå en kort afstand samt vende.

Timed Up and Go (TUG) måler den tid, det tager en person at rejse sig fra en almindelig stol med armlæn, gå 3 meter, vende, gå tilbage til stolen og sætte sig igen. Tiden måles fra kommandoen "gå" gives, til det øjeblik testpersonens bagdel igen rører stolen. Der må ikke gives personstøtte under testen, men ved behov kan der guides verbalt. En negativ ændring i TUG er således at opfatte som positivt. Generelt er TUG et godt redskab, der er let at anvende, hurtigt, og relevant til måling af basismobilitet.

Testen er i Danmark vurderet af Fysioterapeut Thomas Maribo (9), TUG er udviklet til skrøbelige ældre (65+) (10), men benyttes generelt til ældre med forskellig grad af funktionsnedsættelse og kognitive vanskeligheder. (10,11,12) TUG synes at være bedst hos en målgruppe der funktions-mæssigt befinder sig i midtergruppen – hverken totalt afhængige eller helt normalfungerende. (11,13) Testen kan både bruges som effekt mål for en træningsindsats, men kan også bruges i screeningssammenhæng. For hjemmeboende ældre er det vist, at såfremt TUG > 12 sekunder bør balance og mobilitet undersøges nærmere. Til vurdering af faldrisiko er TUG alene ikke fundet brugbar (14). Såvel terapeuter som testpersoner finder TUG relevant.

Reliabilitet og validitet er belyst for TUG i adskillige undersøgelser (15). Generelt er testen vurderet til at være reliabel. Validiteten er specielt for gruppen af ældre med en vis grad af funktionsnedsættelse fundet god, men også for andre grupper er TUG fundet valid. For personer med vestibulær hypofunktion og for apopleksipatienter i det akutte stadie er validiteten begrænset. (For uddybning Reliabilitet og validitet henvises til 1). Testen er velkendt blandt fysioterapeuter og har bl.a. været benyttet i HS i mange år som fast del af et testbatteri.

Referencer:

1. Mahoney F, Wood O, Barthel D. Rehabilitation of Chronically Ill Patients: The Influence of Complications on the Final Goal. *Southern Medical Journal* 1958;51:605-609.

2. Mahoney F, Barthel D. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965;14(February):61-65.
3. Sletvold O, Engedal K, Tilvis R, Jonsson A, Schroll M, Schulz-Larsen K, et al. *Geriatrisk udredning i Norden. Nordiske retningslinier for geriatrisk udredning*. København: Dansk Selskab for Geriatri, 1997.
4. Maribo T, Lauritsen JM, Waehrens E, Poulsen I, Hesselbo B. [Barthel Index for evaluation of function: a Danish consensus on its use]. *Ugeskr Laeger* 2006;168(34):2790-2.
5. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42(8):703-9.
6. Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clin Nutr* 1998;17(5):195-8.
7. Unosson M, Rothenberg E. Evaluation the patients' nutritional status. In: The National Board of Health and Welfare S, editor. *Problems of Nutrition in Health Care and Human Services*. Stockholm: The national Board of Health and Welfare, 2001:18-34.
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994;21(1):55-67.
9. Thomas Maribo, vurdering af Timed Up and Go, projekt måleredskaber danske fysioterapeuter
10. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for Frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2):142-148.
11. Noren AM, Bogren U, Bolin J, Stenstrom C. Balance assessment in patients with peripheral Arthritis: applicability and reliability of some clinical assessments. *Physiother Res Int* 2001; 6(4):193-204.
12. Bischoff HA, Stahelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyh A, von Dechend M et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age Ageing* 2003; 32(3):315-320.
13. Freter SH, Fruchter N. Relationship between timed 'up and go' and gait time in an elderly Orthopaedic rehabilitation population. *Clin Rehabil* 2000; 14(1):96-101.
14. VanSwearingen J. Predicting falls. *Phys Ther* 2001; 81(4):1060-1061.
15. Jacobsen L, Christensen R, and Skovhede D. Reliabilitets- og validitets undersøgelse af Timed Up and Go. *Nyt om forskning* 2000; 2000(1):26. (Abstract).

KAPITEL 6

Generelle resultater

Tabel 2. Patientgrundlag

		Mænd	Kvinder
Antal	8020	2824 (35,2%)	5196 (64,8%)
Aldersfordeling			
Gennemsnit	82	79,9	83,1
Antal dage indlagt			
Gennemsnit	18,1	18,1	18,1
Udskrevet til			
Aflastning	644	246	398
Anden afdeling	438	174	264
Andet	269	82	187
Egen bolig	5398	1857	3541
Geriatrisk deldøgn	135	46	89
Mors	431	171	260
Plejehjem	639	215	424
Uoplyst	66	33	33

Andelen af kvinder er signifikant højere end andelen af mænd. Dette er uændret i forhold til tidligere år. Den højere andel kvinder er forventelig på baggrund af kønsfordeling i befolkningen, kvinder udgør således 65,3 % af alle over 70 år.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid for patienter registreret i databasen har været faldende siden 2005, hvor den var 20 dage.

Andelen, der udskrives til eget hjem, 67,3% er ligeledes uændret (67,2% i 2006).

Tabel 3. Indlæggelsesvarighed afhængigt af indlæggelsessted

Hospital	Antal	2007 gennemsnit	95 % sikkerhedsgrænser	2006 gennemsnit
Amager	308	26,3	23,28 – 29,41	22,6
Bispebjerg	619	18,1	17,13 – 19,13	22,7
Frederiksberg	337	22,4	20,42 – 24,31	20,7
Gentofte	282	14,3	13,27 – 15,32	16,8
Glostrup	231	29,6	26,27 – 32,91	28,8
Haderslev	344	18,0	16,50 – 19,41	12,5
Herlev	219	17,5	15,52 – 19,46	22,6
Holbæk	218	23,1	19,12 – 27,02	17,8
Hvidovre	561	22,6	21,24 – 23,85	22,7
Korsør	535	23,9	22,49 – 25,34	23,4
Odense	1535	10,4	9,88 – 10,86	12,3
Roskilde	489	20,4	19,02 – 21,70	22,8
Storstrømmens Sygehus	1004	17,3	16,55 – 18,02	17,0/22,4*
Svendborg	251	27,0	22,55 – 31,32	18,8
Aalborg	162	18,4	16,10 – 20,62	20,5
Århus	857	14,5	13,76 – 15,14	15,3

* hhv. Næstved og Nykøbing F

Tabel 3; indlæggelseslængde efter afdeling, 68 patienter uden oplysninger om længden af indlæggelse er ekskluderet

Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed var 18,1 dage (17,7-18,4 dage). Der er en betydelig variation i indlæggelsesvarigheden fra gennemsnitligt 10,4 dage i Odense til 29,6 dage i Glostrup.

Længden af indlæggelser var signifikant kortere på selvstændige afdelinger 16,4 (16-16,8) dage mod 21,7 (20,9-22,5) dage på afdelinger, som indgår i fællesskab/center (p -værdi < 0,05).

Blandt "selvstændige afdelinger" skiller Odense sig signifikant ud med en gennemsnitlig indlæggelsesvarighed på 10,4 (9,9-10,9) dage mod 18,8 (18,3-19,3) dage på de øvrige selvstændige afdelinger. Selvom Odense tages ud af beregningerne er der fortsat signifikant forskel i indlæggelsesvarigheden, 18,8 (18,3-19,3) mod 21,7 (20,9-22,5).

Der var ikke forskel i indlæggelseslængden afhængigt af køn.

Patienter < 67 år (N=438, 5,5% af det samlede antal patienter) udgør en speciel gruppe med en gennemsnitlig indlæggelsestid på 21,6 dage mod 17,9 hos patienter ≥ 67 år på indlæggelsestidspunktet.

En stor del af disse patienter vil have diagnosen Apoplexia cerebri og have behov for et lidt længere rehabiliteringsforløb end andre geriatriske patienter.

For patienter > 67 år var der ingen sammenhæng mellem alder og indlæggelsestid. Til sammenligning er tallene for 2006 anført yderst til højre.

Tabel 4. Indlæggelser og udskrivninger, 66 patienter uden oplysninger er udeladt

Indlagt på geriatrisk afdeling

Indlagt fra	Antal	Procent
Uoplyst	2	0,02
AMA	2060	25,65
Ambulatorium	115	1,43
Anden afdeling	3288	40,94
Andet	178	2,22
Andet hospital	449	5,59
Dagafsnit	44	0,55
Eget hjem	1629	20,28
Heldøgnsafsnit	1	0,01
Plejehjem	265	3,3

Udskrevet fra geriatrisk afdeling

Udskrevet til	Antal	Procent
Uoplyst	66	0,82
Aflastning	644	8,02
Anden afdeling	439	5,47
Andet	269	3,35
Egen bolig	5407	67,33
Geriatrisk deldøgn	135	1,68
Mors	431	5,37
Plejehjem	640	7,97

Af patienter indlagt på geriatrisk afdeling blev 47, 9% indlagt fra enten hjemmet, akutte modtage afsnit, eller via ambulatorium / dagafsnit, det vil sige, at disse patienter må antages at have været hjemme op til indlæggelse.

49,8% af patienterne blev indlagt via andre afdelinger/hospitaler, heldøgnsafsnit eller plejehjem.

I alt døde 431 (5,4%) af patienterne under indlæggelse.

Der var ingen sammenhæng mellem afdelinger (selvstændige eller ej) eller indlæggelse fra hjemmet / institution og andelen af dødsfald. Der var en lille overhyppighed af dødsfald blandt mænd.

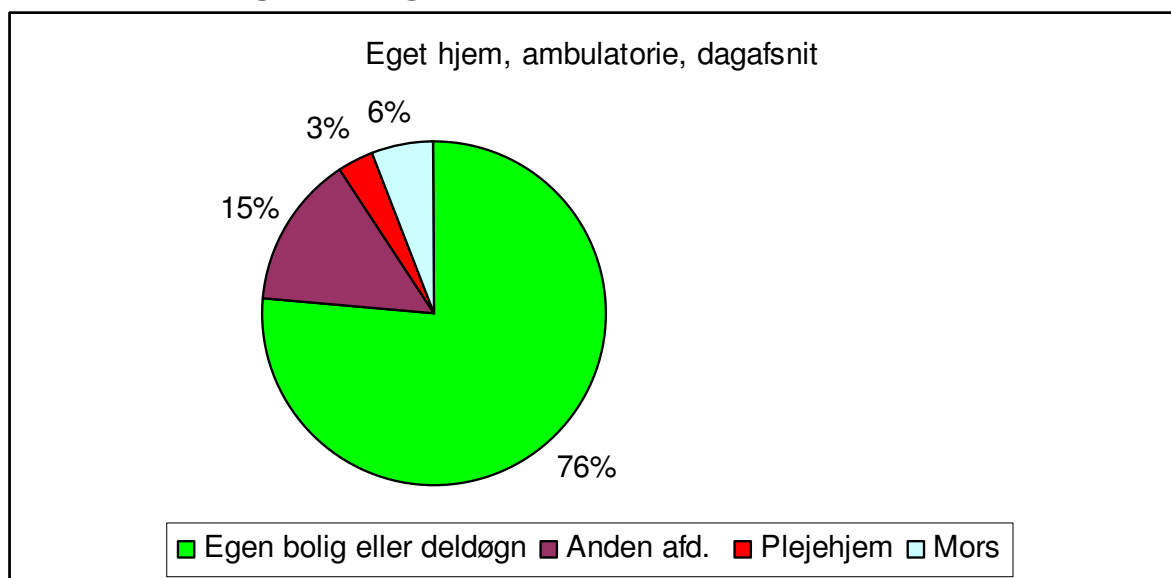
Hovedparten af udskrivninger (67,3 %) foregik til eget hjem.

Der var ingen betydende forskelle i udskrivningsmønsteret blandt patienter indlagt fra eget hjem/ambulatorium og eller dagsafsnit, sammenlignet med patienter indlagt enten akutte

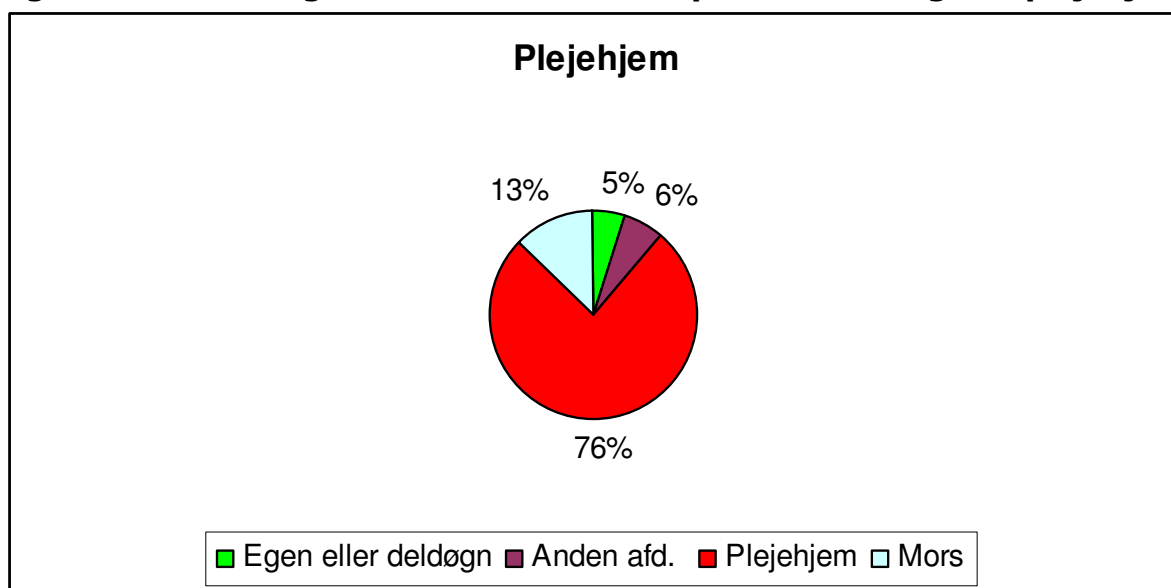
modtageafdelinger eller andre institutioner/afdelinger. Patientflow er illustreret i figur 4a og 4b.

Af de 3848 patienter, der var indlagt fra eget hjem/akutte modtageafdelinger/ambulatorier eller dagafsnit kunne 2749 (71,9 %) udskrives til eget hjem, mens kun 2658 af 4183 patienter (63,5%) indlagt via andre afdelinger/institutioner eller uden oplysning om indlæggende instans, kunne udskrives til eget hjem.

Figur 1a. Fordeling af udskrivelser blandt patienter indlagt fra eget hjem, ambulatorium og eller dagafsnit



Figur 1b. Fordeling af udskrivelser blandt patienter indlagt fra plejehjem



Ændringer i gangfunktion

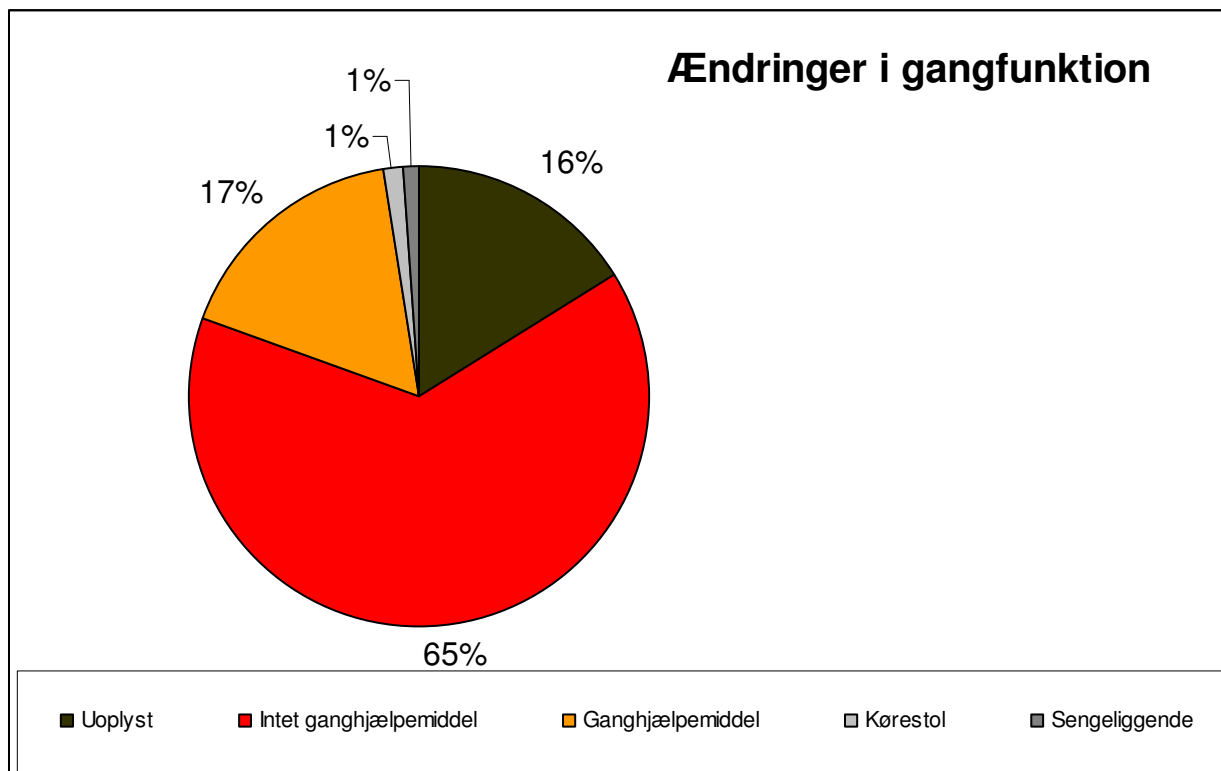
Tabel 5. Gangredskaber ved indlæggelse og ved udskrivelse.

Indlæggelse			Udskrivelse	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Uoplyst	1108	13,8	1531	19,1
Intet ganghjælpemiddel	1338	16,7	1332	16,6
Kørestolsbruger	996	12,4	674	8,4
Rollator	2853	35,6	3175	39,6
Sengeliggende	547	6,8	271	3,4
Stok/stokke	579	7,2	769	9,6
Talerstol/Gangramme/gangbuk	599	7,5	268	3,3

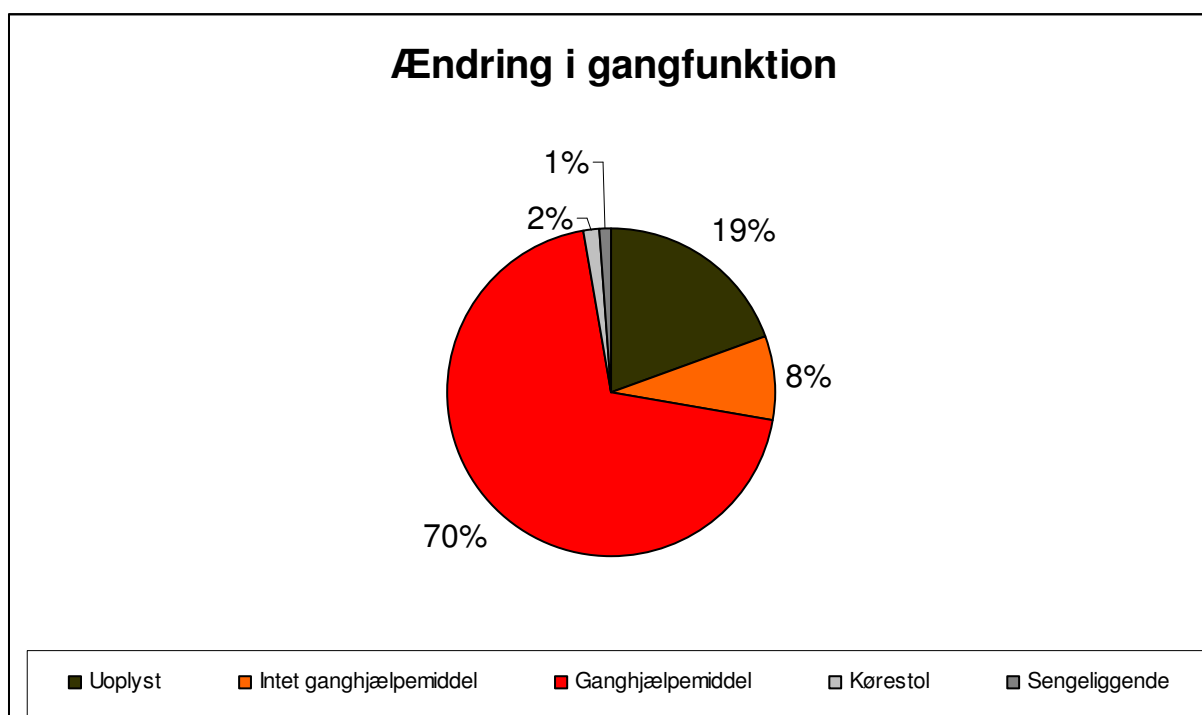
Et vigtigt element i geriatrisk rehabilitering, er at patienterne udskrives med det optimale ganghjælpemiddel, der gør dem så selvhjulpne i hverdagen som muligt. Der for udskrives en del patienter med ganghjælpe-middel, selv om de blev indlagt tilsyneladende uden behov for et sådan.

For ændringer i ganghjælpemidler, se figur 5a, 5b, 5c og 5d.

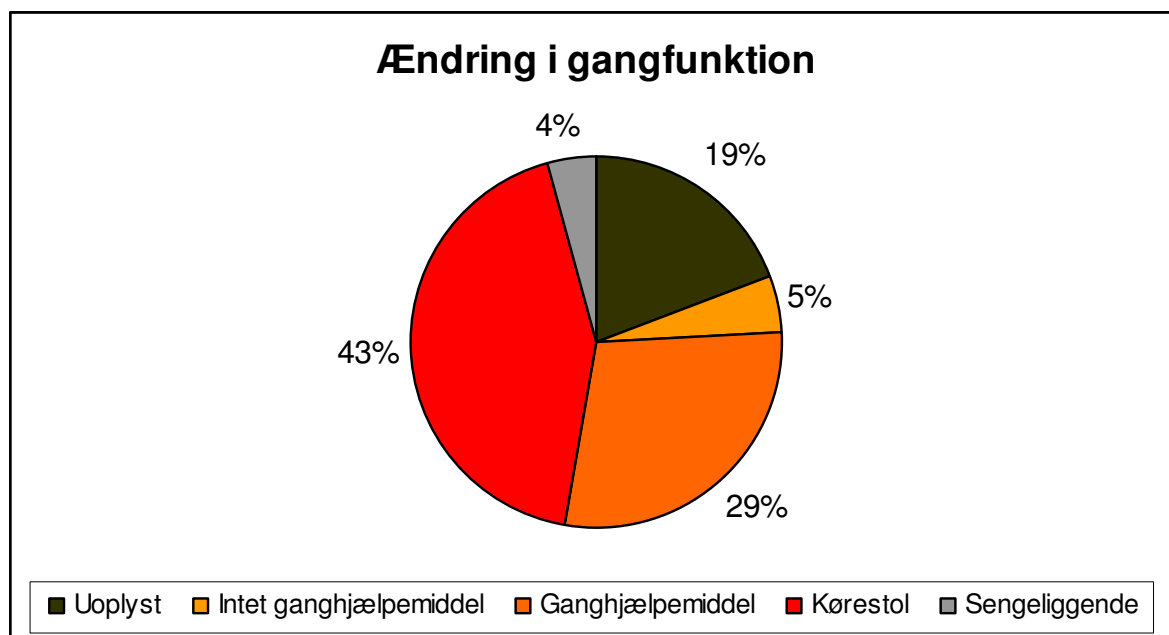
Figur 2a. Gangfunktion ved udskrivelse blandt patienter der ved indlæggelsen ikke anvendte ganghjælpemiddel. Ganghjælpemiddel inkluderer alle former for hjælpemiddel, herunder gangbuk



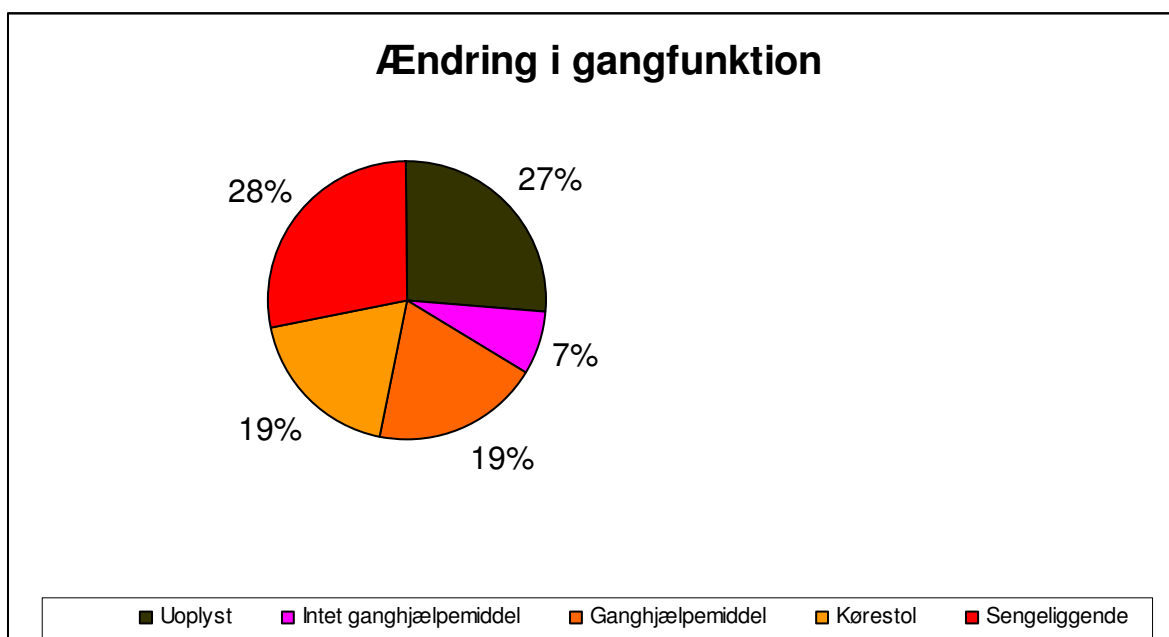
Figur 2b. Ganghjælpemiddel ved udskrivelsen for patienter, der ved indlæggelsen anvendte ganghjælpemiddel



Figur 2c. Ganghjælpemiddel ved udskrivelsen for patienter, der ved indlæggelsen anvendte kørestol



Figur 2d. Ganghjælpemiddel ved udskrivelsen for patienter, der ved indlæggelsen var sengeliggende



KAPITEL 7

Indikator: BARTHEL SCORE

Tabel 6 Barthel score ved indlæggelse, udskrivelse, ændring i Barthelscore og indlæggelsestid

Hospital	Antal indlæggelser	% Barthel	Barthel ved indlæggelse		Barthel ved udskrivelse		Ændring i Barthel		Sengedage
			Antal	score	Antal	score	Antal	Ændring	
Amager	311	79	246	47,6	203	67	188	17,3	29,0
Bispebjerg	622	92	573	60	413	71	396	10,9	18,9
Frederiksberg	339	73	247	53,9	211	73,8	183	18,9	24,6
Gentofte	285	98	279	64,2	267	72,5	266	7,3	14,5
Glostrup	231	91	211	55,1	174	70,2	173	14,6	29,7
Haderslev	344	93	320	53,0	274	62,6	267	8,0	20,2
Herlev	219	98	214	56,1	190	73	189	15,9	18,4
Holbæk	224	81	181	47,0	156	65,4	155	18,3	27,6
Hvidovre	561	88	492	56,6	428	68,9	421	12,0	24,8
Korsør	542	93	504	55,6	409	69,2	405	12,2	25,4
Odense	1547	97	1493	41,9	1135	53,6	1127	9,8	10,6
Roskilde	489	95	464	57,5	430	72,9	418	13,8	20,3
Storstrømmen	1021	99	1008	53,4	948	70,5	942	16,3	17,4
Svendborg	253	85	216	49,6	157	64,8	142	16,3	20,0
Aalborg	162	74	120	39,8	99	46,2	96	6,2	24,3
Århus	870	90	782	48,2	726	67,5	697	18,7	15,3

Barthel indeks ved indlæggelse var signifikant højere på afdelinger, som indgår i fællesskab/center 54,7 (53,6-55,9) mod 50,1 (49,3-50,9).

Der var ingen forskel i ændring af Barthelscore under indlæggelse afhængigt af afdelings type. Gennemsnitlig ændring 13,6 (13,0-14,2) på selvstændige afdelinger mod 13,2 (12,2-14,0) på øvrige.

Der var ingen forskel i ændring i Barthelscore afhængigt af køn 13,6 (13-14,2) for kvinder og 13,3 (12,4-14,1) for mænd.

Der var en signifikant tendens til størst ændringer i Barthelscore blandt de yngste patienter. Tabel 4a.

Patienter, der var indlagt mindre end en uge havde højere Barthelscore ved indlæggelse og mindre stigning i Barthelscore under indlæggelse end patienter, der var indlagt ud over en uge, tabel 4b.

Tabel 6a. Ændringer i Barthelscore afhængigt af alder

Aldersklasser	Antal	Gennemsnit	Sikkerhedsgrænser
<= 67	335	18,7	16,4 -21,0
68-75	814	14,3	13,0-15,6
76-85	2440	13,3	12,5-14,1
86-95	1775	12,6	11,8-13,5
>95	706	12,9	11,5-14,3

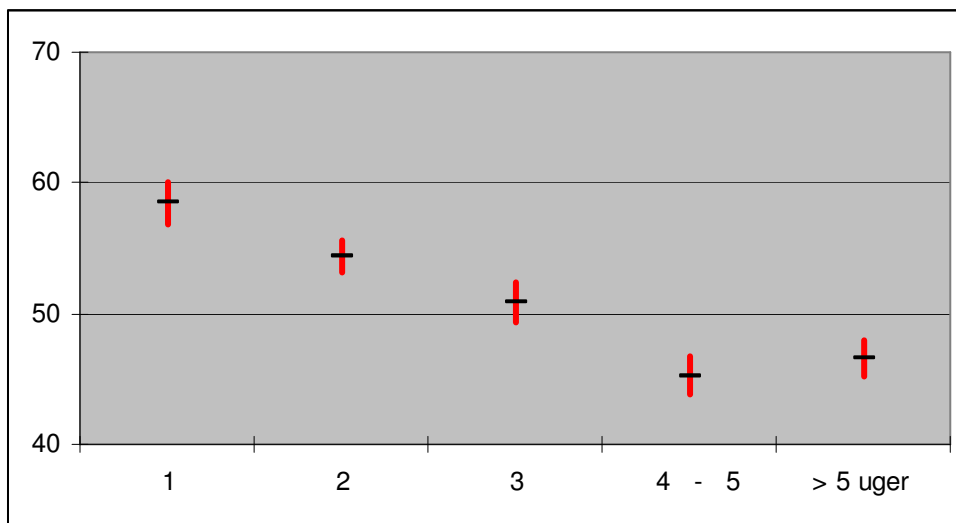
I gruppen af yngste patienter indgår en del apopleksipatienter, hvis genoptræningspotentiale er anderledes end de øvrige (geriatrike) patienters. Gruppen er lille og meget selekteret.

Tabel 6b. Barthelscore ved indlæggelse, ændringer og længden af indlæggelsen

Indlæggelse	Antal	Barthelscore	Gennemsnitlig ændring	95% Sikkerhedsgrænser
< 7 dage	1110	58,5	7,52	6,7 – 8,5
8 - 14 dage	1612	54,4	13,28	12,5 – 14,1
15 - 21 dage	1016	50,9	15,38	14,2 – 16,6
22 - 35 dage	1035	45,3	16,07	14,8 – 17,4
> 35 dage	1292	46,6	15,2	14,0 – 16,4

Ikke overraskende er der sammenhæng mellem kort liggetid og relativt høj indlæggelses Barthel-værdi. Dels har patienterne kortere tid til forbedring af funktionsniveauet og dels kan der være tale om ceilingeffekt, dvs. jo højere værdi desto mindre plads til forbedring

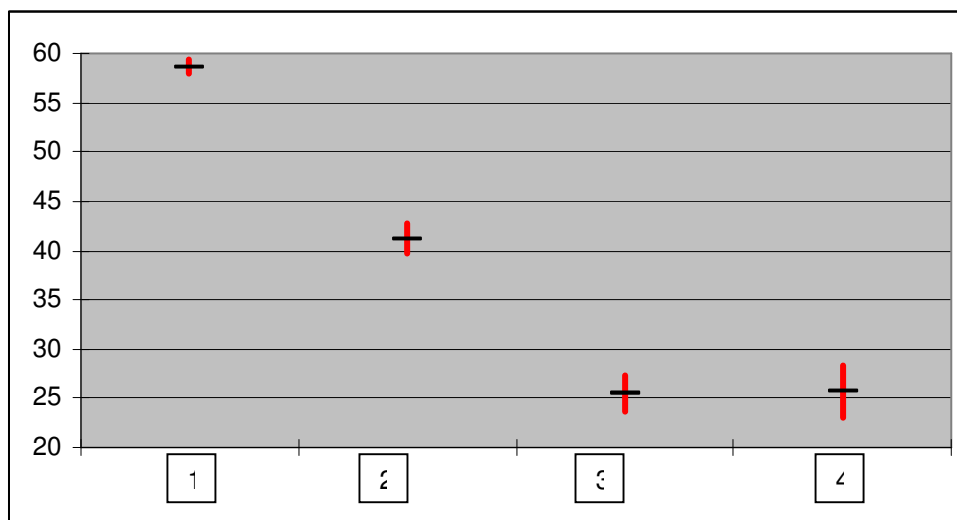
Figur 3. Barthelscore ved indlæggelse og længden af indlæggelse



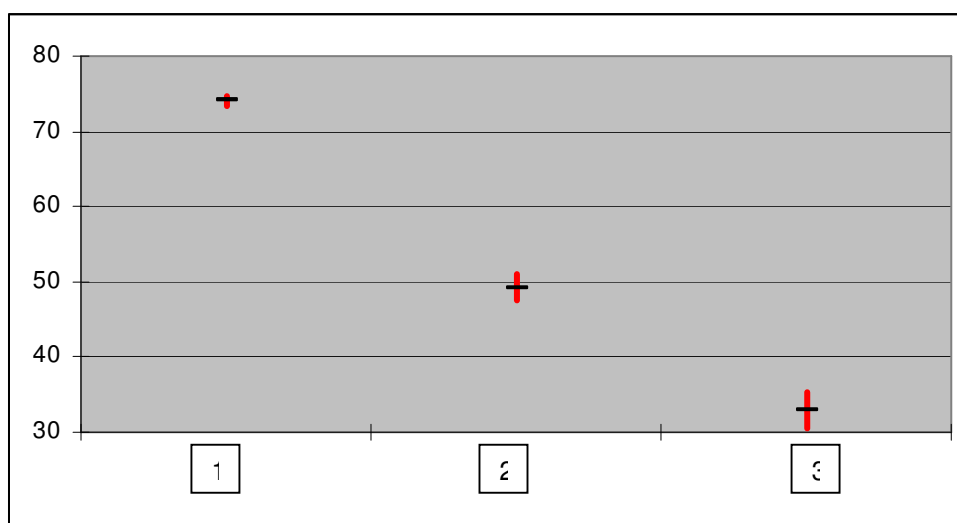
Figur 3, gennemsnitlig Barthelscore (95% sikkerhedsgrænser) ved indlæggelse og indlæggelsesvarighed.

Der fandtes en signifikant sammenhæng mellem funktionsniveau ved indlæggelse vurderet ved Barthelscore og længden af indlæggelse.

Figur 4. Barthelscore ved indlæggelse / udskrivelse og udskrivning til



Figur 4a; Barthel score ved indlæggelsen gennemsnit og 95% sikkerhedsgrenser og udskrevet til henholdsvis 1 = Eget hjem, 2 = anden afdeling/aflastning, 3 = plejehjem, 4 = død under indlæggelse



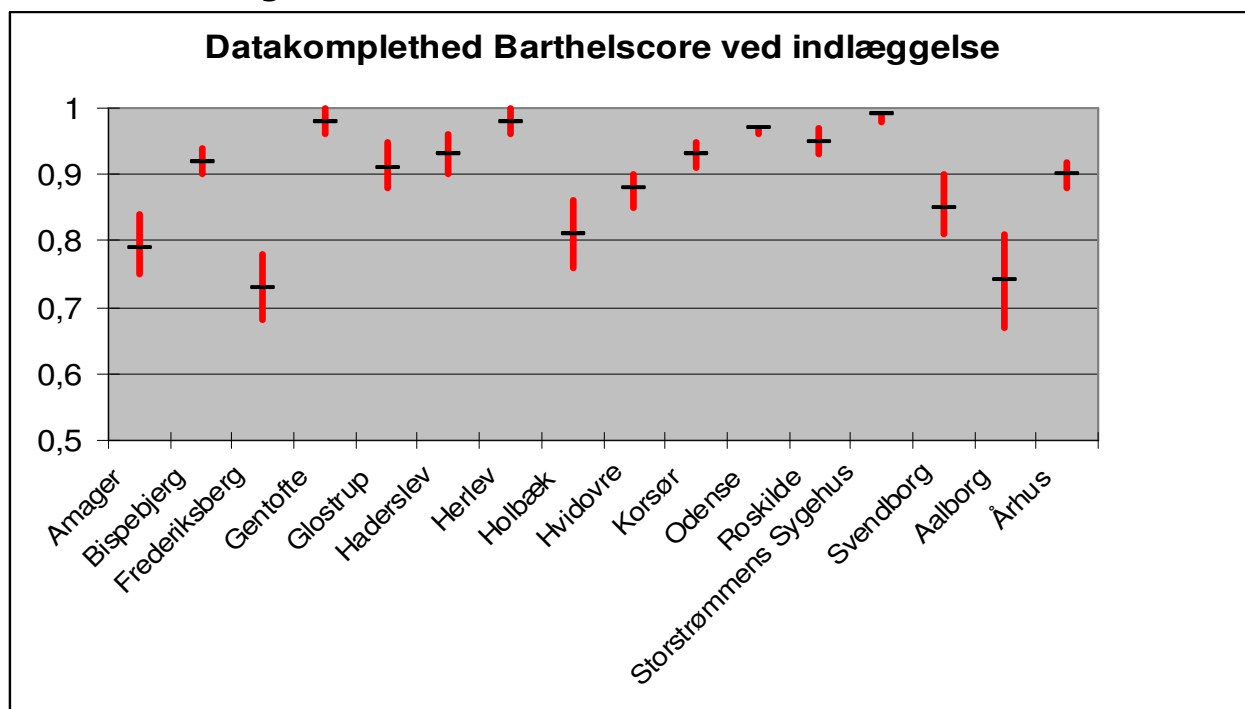
Figur 4b, Barthelscore før udskrivelse og udskrevet til henholdsvis 1 = Eget hjem, 2 = anden afdeling/aflastning, 3 = plejehjem.

Tabel 7. Barthelscore ved henholdsvis indlæggelse og udskrivelse

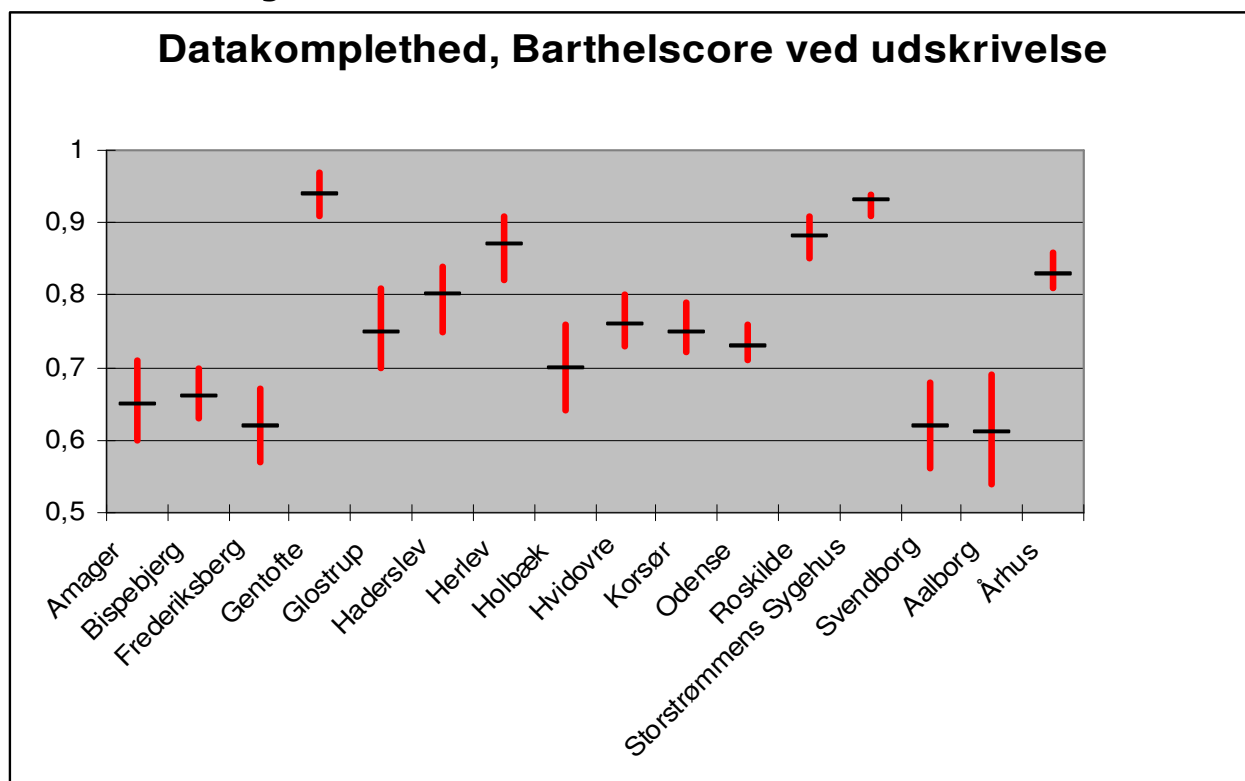
Barthel ved indlæggelse og udskrevet til				
Udskrevet Til	Antal	Gennemsnit	Sikkerhedsgrænser	
Egen bolig	5014	58,7	58	59,48
Geriatrisk deldøgn	115	54,3	49,56	59,03
Andet	242	49,0	45,76	52,28
Anden afdeling	363	43,2	40,37	46,02
Aflastning	614	37,0	34,98	38,93
Mors	356	25,7	23,06	28,29
Plejehjem	595	25,5	23,58	27,39
Barthel ved udskrivelse og udskrevet til				
Geriatrisk deldøgn	109	75,8	71,47	80,13
Egen bolig	4529	74,1	73,41	74,77
Andet	223	61,8	58,57	64,94
Aflastning	562	46,1	43,82	48,3
Anden afdeling	238	45,1	41,36	48,79
Plejehjem	531	33,0	30,64	35,32

Der er tydelig sammenhæng mellem funktionsniveau ved indlæggelsen, målt ved Barthel Index, og hvortil patienterne udskrives.

Figur 5a. Datakomplethed for Barthelscore ved indlæggelse, -gennemsnit og 95% sikkerhedsgrænser



Figur 5b. Datakomplethed for Barthelscore ved udskrivelse, -gennemsnit og 95% sikkerhedsgrænser



Barthelscore var registreret ved indlæggelse hos 91,7 % af patienterne varierende fra 74 – 99 %

Ved udskrivelse er Barthelscore registreret hos 77,6 % af patienterne varierende fra 61,1 – 92,7 %

Kun en enkelt afdeling ligger signifikant under de 80% ved indlæggelse, mens halvdelen af afdelingerne ikke når 80% datakomplethed ved udskrivelse.

Sammenlignet med tal fra 2006 er det stort set uændret del af patienterne, der får målt Barthel ved indlæggelse og udskrivelse (hhv. 94% og 78%).

Selvstændige geriatiske afdelinger scorer Barthel ved indlæggelse signifikant hyppigere end øvrige afdelinger 93,2 mod 87,1%. Ved udskrivelse er der fortsat signifikant om end mindre forskel i hyppigheden af Barthelscore, 78,1 mod 75,7%.

Indikator: BODY MASS INDEX (BMI)

Tabel 8. Ændringer i BMI under indlæggelse

Hospital	Antal patienter i alt	BMI ved både indl. og udskr.	Gennemsnitlig ændring i Bmi under indl.	Sikkerhedsgrænser på BMI ændringer under indl.	
Amager	311	125	-0,14	-0,36 -	0,07
Bispebjerg	622	333	-0,15	-0,26 -	- 0,04
Frederiksberg	339	140	-0,11	-0,32 -	0,10
Gentofte	285	165	-0,04	-0,20 -	0,12
Glostrup	231	62	0,09	-0,17 -	0,34
Haderslev	344	209	-0,13	-0,28 -	0,02
Herlev	219	181	-0,23	-0,37 -	- 0,08
Holbæk	224	75	0,15	-0,10 -	0,39
Hvidovre	561	325	-0,01	-0,14 -	0,12
Korsør	542	331	-0,25	-0,37 -	- 0,13
Odense	1547	956	-0,02	-0,10 -	0,06
Roskilde	489	385	-0,14	-0,24 -	- 0,03
Storstrømmens Sygehus	1021	785	-0,26	-0,34 -	- 0,18
Svendborg	253	108	-0,23	-0,48 -	0,03
Aalborg	162	78	0,00	-0,21 -	0,21
Århus	870	529	-0,14	-0,23 -	- 0,04

*Samtidig oplysning om BMI ved indlæggelse og udskrivelse forelå hos 4787 personer (59,7%) af materialet.

BMI ved indlæggelsen var under 22 (undervægtige) hos 2656 (33%) af patienterne, mens relativt få, i alt 641 (8%) havde BMI > 30. Den gennemsnitlige ændring i BMI var beskeden -0,12 (-0,09 - - 0,16), og næppe klinisk relevant. Gennemsnitlig procentuel ændring i BMI er 0,3% (-0,5 - -0,2%) maksimale registrerede ændringer -39,9 – 66,4%. De meget store udsving i BMI på selv korte indlæggelser er formentlig ikke udtryk for reelle ændringer i BMI, men udtryk for rehydrering eller væskereduktion i forbindelse med indlæggelse.

Der var ikke forskel i gennemsnitligt indlæggelses BMI afhængigt af om afdelingerne var selvstændige eller ej.

Der er ingen sammenhæng mellem ændringer i BMI og indlæggelsestiden.

Der er ingen sammenhæng mellem indlæggelsestiden og BMI grupperet (under / normal / let / svært overvægtig) ved indlæggelsen, hverken for materialet samlet eller de 2 køn hver for sig

BMI var signifikant højere hos mænd ved både indlæggelse og udskrivelse (forventeligt), men ændringerne i BMI var ens hos de 2 køn.

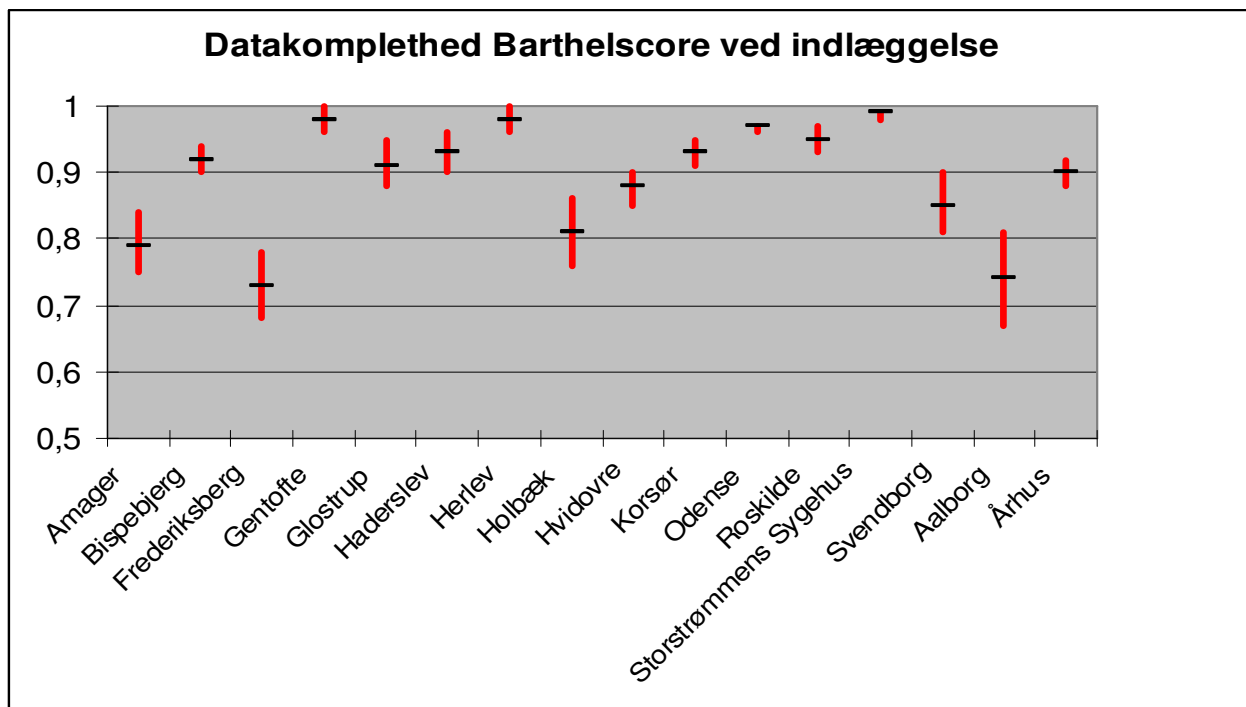
Tabel 8a. BMI ændringer under indlæggelse grupperet efter BMI niveau

	BMI udskrivelse			
BMI indlæggelse	< 22	22 - 24	24 - 30	> 30
< 22	1799	128	9	0
22 - 24	166	563	102	0
24 - 30	23	145	1342	30
> 30	0	0	66	414

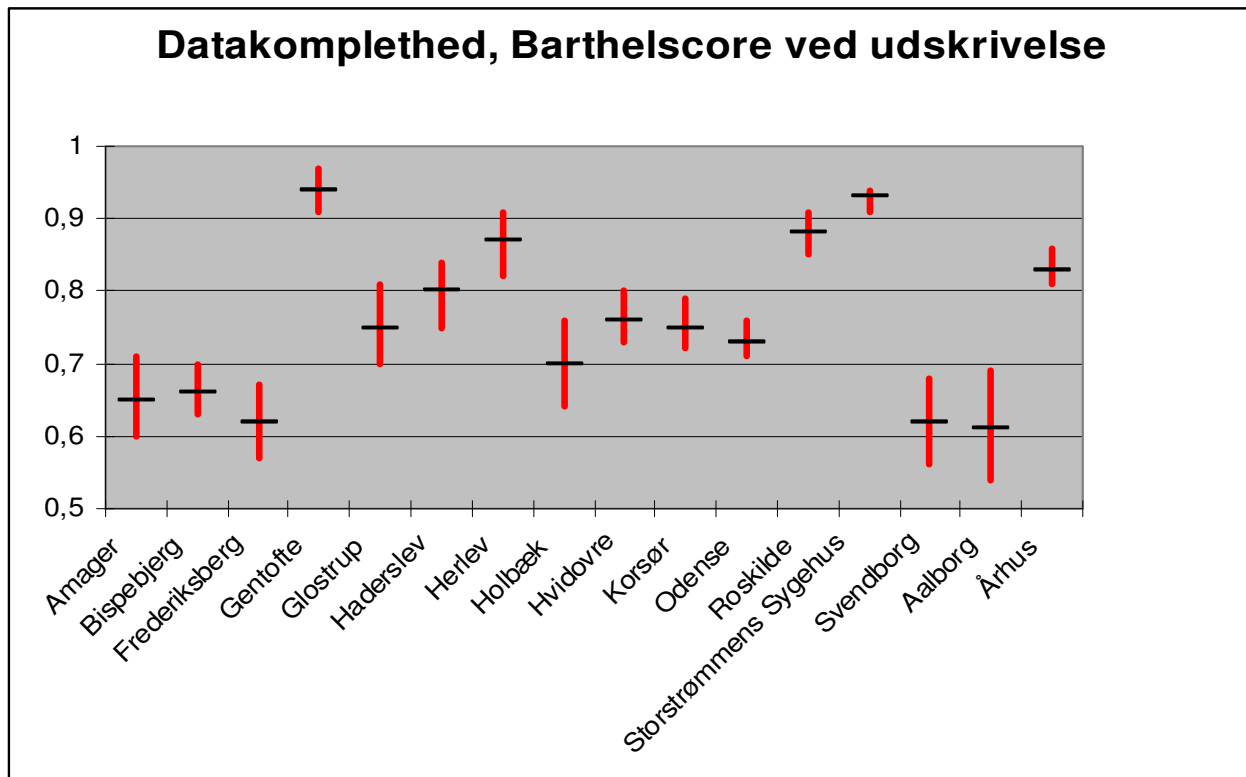
Vægtændringer under indlæggelse grupperet efter BMI. Fjorten procent af de indlagte skiftede BMI gruppe under indlæggelse. Der var ingen sammenhæng mellem indlæggelsesvarighed og skift.

Kun en lille del af de, der er undervægtige ved indlæggelsen, formår at øge deres vægt i en grad, at det bringer dem ud af risikogruppen. Problemets reelle størrelse er imidlertid svært at vurdere, idet det kun er muligt at vurdere BMI ændringer på 60% fordi datakompletheden er for ringe.

Figur 6a. Datakomplethed for Barthel score ved indlæggelse, -gennemsnit og 95% sikkerhedsgrænser



Figur 6b. Datakomplethed for Barthelscore ved udskrivelse, -gennemsnit og 95% sikkerhedsgrænser



BMI måling ved indlæggelse og udskrivelse var registreret hos i alt henholdsvis 6507 (81,1 %) og 5067 (63,2 %) af patienterne. Der er betydelige udsving fra 54-96 % registreret BMI ved indlæggelse og fra 38 til 84 % ved udskrivelse.

Normalt vil man forlange en datakomplethed på 80% eller mere. Som det ses af figurerne ligger 5 af 16 afdelinger under dette niveau ved indlæggelse. Ved udskrivelse er datakompletheden kun acceptabel for 3 af 16 afdelinger.

Inddelt efter afdelingsniveau foretages BMI måling signifikant hyppigere ved indlæggelse på selvstændige geriatrike afdelinger hhv. 85,9% og 70,6 %. BMI måling ved udskrivelse foretages ligeledes hyppigere på selvstændige geriatrike afdelinger 67 % mod 54,6 % af patienter udskrevet fra de øvrige afdelinger.

Da alle geriatrike afdelinger har fokus på de ældre patienters vægt og ernæringstilstand for at undgå at patienterne taber sig under indlæggelsen, kan det undre at næsten en femtedel ikke får beregnet BMI. Der er dog sket en forbedring på området, idet der i 2006 kun var 72,8% af patienterne, som fik målt indlæggelses BMI. Der bør dog fortsat tilstræbes, at alle patienter i geriatrike afdelinger får målt BMI ved både indlæggelse og udskrivelse.

Indikator: TIMED UP AND GO (TUG)

Tabel 9. Gennemsnitlig TUG ved indlæggelse, udskrivning og ændringer under indlæggelse

Hospital	Antal patienter	TUG ved indlæggelse	TUG ved udskrivelse	Ændring i TUG	Dage
Amager	101	36	25,5	-10,5	26,7
Bispebjerg	170	34	27,1	-6,9	19,9
Frederiksberg	93	32,2	23,1	-9,1	21,4
Gentofte	206	35,7	26,6	-9,1	14,1
Glostrup	67	32,9	22,6	-10,4	23,1
Haderslev	46	37,3	27,1	-10,2	17,6
Herlev	130	35,3	25	-10,2	15,5
Holbæk	54	38,4	27,8	-10,6	18,5
Hvidovre	219	29,8	21,3	-8,5	20,8
Korsør	66	38	22,8	-15,2	20,9
Odense	53	31,9	24,5	-7,4	9,4
Roskilde	197	26,5	20	-6,5	15,8
Storstrømmens Sygehus	242	32,5	24,1	-8,3	11,7
Svendborg	46	29,2	22,8	-6,4	18,7
Aalborg	20	21,6	16,4	-5,2	13,5
Århus	153	31,8	21,9	-9,9	13,4

TUG målt ved indlæggelsen var gennemsnitlig 33,1, dette faldt til et gennemsnit på 26,8 ved udskrivelse.

Der er i hele patientmaterialet registreret et fald i TUG på 20% under indlæggelserne.

Der fandtes en signifikant forskel i TUG både ved indlæggelse og udskrivelse afhængigt af afdelingens type, henholdsvis 31,9 på selvstændige afdelinger mod 34,5 på øvrige afdelinger og 27,5 mod 25,7.

Der var et større procentuel fald i TUG 21,4% på afdelinger, som er del af center mod 18,6% på selvstændige afdelinger.

Der var en signifikant tendens til længere indlæggelser hos patienter med høj TUG ved indlæggelsen. Der var en signifikant tendens til højere TUG med stigende alder.

Der var ingen sammenhæng mellem ændringer i TUG under indlæggelse og BMI ved indlæggelsen.

Tabel 10. TUG ved indlæggelse og indlæggelsesvarighed

Ved tolkning af nedenstående resultater skal mindes om, at TUG kun er udført på ca. 1/3 af patienterne i databasen. Konklusioner skal derfor tages med stort forbehold.

Varighed	Antal	TUG	95% sikkerhedsgrænser
1 uge	437	25	24 – 27
2 uger	808	32	31 – 34
3 uger	524	36	34 - 38
4-5 uger	476	37	35 – 40
> 5 uger	544	33	32 – 35

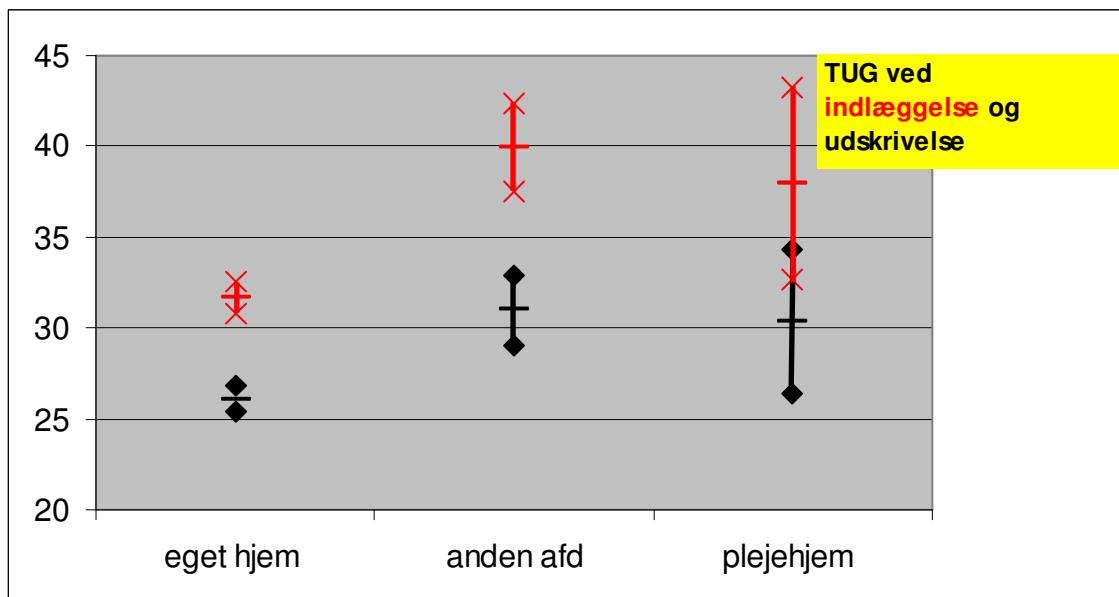
Der er en signifikant, men næppe klinisk relevant tendens til længere indlæggelsestid med længere TUG ved indlæggelsen for. Den længere indlæggelsestid kan ikke forklares ved forskelle i køn eller alderssammensætning.

Tabel 11. TUG ved indlæggelse og udskrivelse

TUG ved indlæggelse			TUG ved udskrivning	
udskrevet til			udskrevet til	
	Antal	TUG / sekunder	Antal	TUG / sekunder
Aflastning	166	41	143	32
Andet	139	40	129	30
Plejehjem	86	38	77	30
Anden afdeling	96	38	44	29
Geriatrisk deldøgn	54	33	71	27
Egen bolig	2189	32	2345	26

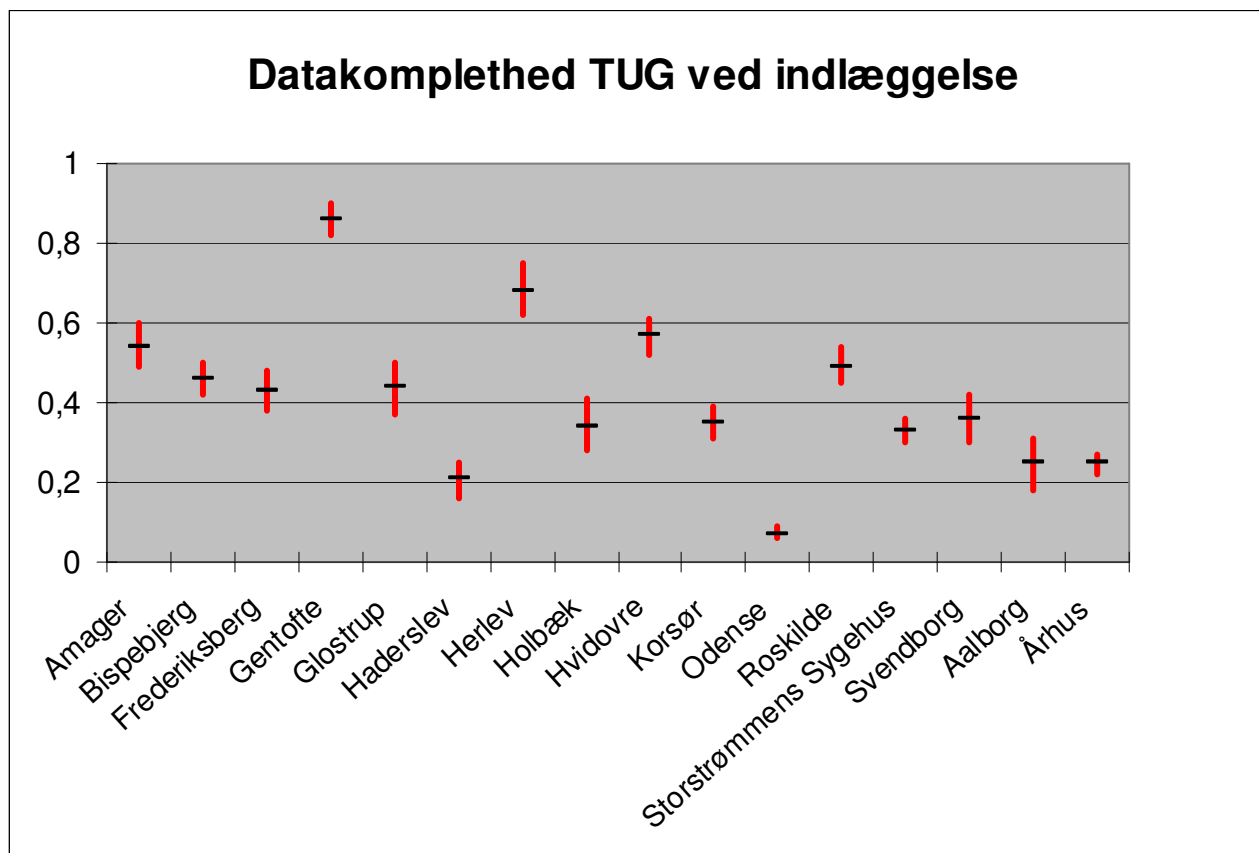
Patienter, der kunne udskrives til enten egen bolig eller deldøgn havde signifikant lavere TUG ved indlæggelse og udskrivelse end patienter, der senere blev udskrevet til andre afdelinger eller institutioner.

Figur 7 TUG ved indlæggelse og udskrivning – udskrevet til

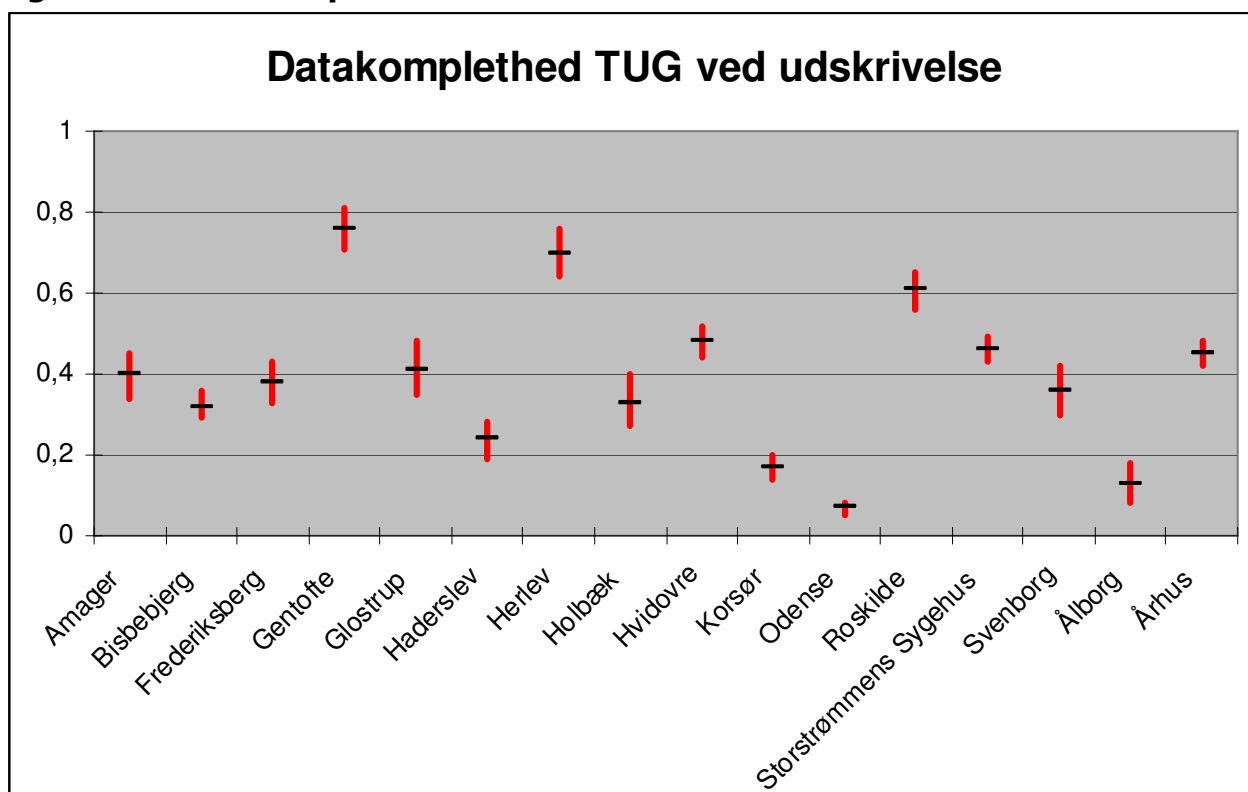


Patienter, der senere kunne udskrives til eget hjem eller deldøgnsafsnit havde signifikant lavere TUG både ved indlæggelse og udskrivelse. Der var ingen forskel i TUG ved indlæggelse eller udskrivelse blandt patienter, der senere blev udskrevet til enten anden afdeling/institution eller plejehjem

Figur 8a. Datakomplethed for TUG ved indlæggelse



Figur 8b. Datakomplethed for TUG ved udskrivelse



TUG var registreret hos samlet 34,7 % (varierende fra 7 – 86 %) ved indlæggelse og 35% (varierende fra 7 – 76 %) ved udskrivelse. Datakompletheden var kun for en af de 16 afdelinger på over 80%.

Måling af TUG ved indlæggelse blev foretaget ved 27,4 % af indlæggelserne på selvstændige afdelinger mod 50,7 % på andre afdelinger ($p < 0,001$). Ved udskrivelse blev TUG scoring ligeledes foretaget hyppigere på afdelinger, som indgår i fællesskab/center 45,4 % mod 30,2 %, ($p < 0,001$).

Odense skiller sig ud idet TUG måling både ved indlæggelse og udskrivelse foretages sjældent. Tages Odense ud af beregningerne stiger andelen af patienter der får målt TUG ved henholdsvis indlæggelse og udskrivelse til 35,2% og 39,4%, hvilket uændret er lavere end andelen af TUG på afdelinger, som indgår i fællesskab/center.

Der kan være flere grunde til at kun en mindre del af patienterne har fået målt TUG:

- TUG er den eneste indikator i databasen, som ikke er mulig at udføre på alle patienter
- der er ikke konsensus omkring registrering af ikke udførte tests
- prioritering af opgaver i afdelingen kan medføre at TUG fravælges

Sammenlignet med 2006, hvor 42,3 % af patienterne udførte TUG, er denne andel nu faldet til 34,7%.

KAPITEL 8

Publikationer:

Afhandlinger:

Jespersen E.: Fysioterapi i weekenden til geriatiske patienter – et klinisk kontrolleret studie og en omkostningsanalyse. Masterafhandling i rehabilitering, Syddansk Universitet. 2007

Lundgreen A, Hesselbo B, Roesbjerg T: Kliniske databaser – af navn eller gavn? Masterafhandling Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet 2008

Rapporter:

Juhl CH.: Intensiveret genoptræning af patienter på geriatrisk afdeling 210. Hvidovre Hospital. 2005

Artikler:

Abstracts:

BILAG 1

KORT BESKRIVELSE AF GERIATRISKE AFDELINGER I DANMARK

AMAGER

Afdelingen er normeret til 20 senge og er selvvisiterende, men indgår som en del af en rehabiliteringsklinik omfattende neurologi, reumatologi og geriatri. Akutte patienterne modtages via AMA. Der indlægges kun apopleksipatienter ved pladsmangel i apopleksiklinikken og kun hoftepatienter ved pladsmangel i den reumatologiske afdeling. I vagttiden tilses patienterne af andre medicinske læger.

Geriatrisk team fungerer kun internt på hospitalet. Der findes demensambulatorium samt faldklinik, hvor der tilbydes specialiseret træning.

BISPEBJERG

Afdelingen er selvstændig, selvvisiterende og normeret til 36 senge. Akutte patienter indlægges via AMA. Afdelingen modtager ikke apopleksi- eller hoftepatienter. Patienterne passes af afdelingens egne læger døgnet rundt.

Geriatrisk team har både intern og ekstern funktion. Der tilbydes ambulant udredning af fald, demens, inkontinens og gives ernæringsrådgivning. Der tilbydes specialiseret træning.

FREDERIKSBERG

Afdelingen er delvist selvvisiterende, således at "dehydratio" og "fald" er geriatriske diagnoser, mens øvrige patienter visiteres efter tilsyn. Afdelingen er normeret til 25 senge og er del af en rehabiliterende klinik. Akutte patienter indlægges via AMA. Der modtages ikke hoftepatienter, men enkelte apopleksipatienter kommer til rehabilitering efter det akutte forløb. I vagttiden tilses patienterne af andre medicinske læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt følge-hjem funktion. Der findes demensklinik og faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning.

GENTOFTE

Afdelingen er del af medicinsk afdeling C, er selvvisiterende og råder over 14 senge. Akutte patienter modtages via AMA, ambulatorier og primær sektor. Der modtages ikke hoftepatienter og apopleksipatienter i den geriatriske del, men sidstnævnte modtages i et særligt afsnit og indgår ikke i databasen.

I vagttiden tilses patienterne af det medicinske vagthold, hvori indgår de geriatriske læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt følge-hjem funktion. Der findes alment geriatrisk ambulatorium, osteoporoseklinik, demensklinik og faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning.

GLOSTRUP

Afdelingen er selvvisiterende og udgør den ene del af geriatrisk-reumatologisk afdeling. Afdelingen råder over 31 senge til geriatriske patienter. I et tæt samarbejde med neurologisk afdeling modtager afdelingen akutte apopleksipatienter – 10 senge med neurologisk behandlingsansvar og geriatrisk plejeansvar. Herudover har afdelingen 22 senge med geriatrisk behandlings- og plejeansvar til apopleksi-rehabiliterings-patienter. Hverken akutte- eller rehabiliteringsapopleksipatienter indgår i den geriatriske database.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt følge-hjem funktion. Der findes demensklíník og faldambulatorium med mulighed for kortvarig specialiseret træning. Desuden findes almindelig geriatrisk ambulatorium.

HADERSLEV

Afdelingen er en del af medicinsk afdeling, er selvvisiterende og normeret til 21 geriatripladser og 14 apopleksipladser. Akutte patienter indlægges via AMA og der modtages akutte apopleksi-patienter og hoftepatienter til rehabilitering. I vagttiden tilses patienterne af egne/andre medicinske læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt følge-hjem funktion. Der findes demensklíník og faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning.

Herudover er der et osteoporoseambulatorium og generelt udredningstilbud til geriatriske patienter.

HERLEV

Afdelingen er en del af medicinsk afdeling, er selvvisiterende og er normeret til 11 senge. Akutte patienter modtages via AMA. Afdelingen modtager ikke hoftepatienter.

Apopleksipatienter modtages i særligt afsnit, både akut og til rehabilitering, men betragtes ikke som en del af geriatrien.

I vagttiden tilses patienterne dels af egne læge og dels af andre medicinske læger idet der er fællesvagt med 2 andre medicinske afdelinger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt i begrænset omfang følge-hjem funktion. Der findes demensklíník og faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning.

HOLBÆK

Afdelingen er en del af medicinsk afdeling. Apopleksipatienter i fase 2 overflyttes automatisk, mens der er visitation til de geriatriske senge. Der er normeret 11 senge til geriatri og 13 til apopleksibeh.

Akutte patienter modtages via AMA eller kommer fra andre afdelinger. Der modtages både hoftepatienter og apopleksipatienter til rehabilitering. I vagttiden tilses patienterne af andre medicinske læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg. Der findes demensklíník og faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning.

HVIDOVRE

Afdelingen er end del af reumatologisk-geriatrisk afdeling, er selvvisiterende og normeret til 34 senge. Akutte patienter modtages via AMA. Der modtages ikke apopleksi- eller hoftepatienter. I vagttiden tilses patienterne af egne læger/andre medicinske læger i fællesvagt mellem endokrinologisk og reumatologisk-geriatrisk afdeling.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt følge-hjem funktion. Der findes demensklíník, ernæringsambulatorium, inkontinensklíník og faldambulatorium

KOLDING

Afdelingen er en del af medicinsk afdeling og råder over 15 senge. Geriatrisk team visiterer dagligt patienter fra medicinsk afdeling, men der modtages også andre patienter

ved overbelægning. Akutte patienter indlægges direkte i afd. eller via AMA. Afdelingen modtager ikke apopleksipatienter, men hoftepatienter. I vagttiden tilses patienterne af andre medicinske læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg. Der findes faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning.

KORSØR/SLAGELSE

Afdelingen består af 2 dele i henholdsvis Slagelse og Korsør og er en del af klinik for geriatri, reumatologi og neurologi. Afdelingen er selvvisiterende til 40 senge i Korsør og delvis selvvisiterende til 14 senge i Slagelse, hvor der også modtages andre medicinske patienter.

Elektive (sub-akutte) patienter indlægges direkte i afdelingen, mens patienter i øvrigt indlægges via AMA. Afdelingen modtager (geriatriske) hoftepatienter og apopleksipatienter senere i forløbet.

I vagttiden tilses patienterne i Korsør af egne læger, mens de i Slagelse i vagttid passes af andre medicinske læger, (dagvagt i weekender dog af egne læge).

Geriatrisk team har intern funktion. Eksterne besøg og omfang følge-hjem funktion i begrænset omfang varetages af det afsnit, hvor patienten behandles. Der findes demensambulatorium og mulighed for generel geriatrisk udredning incl. mulighed for specialiseret træning.

ODENSE

Patienterne indlægges direkte i geriatrisk afdeling. Afdelingen er normeret til 42 senge. Der findes eksternt geriatrisk teamfunktion. Der tilbydes generel geriatrisk udredning og specialiseret træning

ROSKILDE/KØGE

Afdelingen er selvvisiterende og normeret til 32 senge i Roskilde og 8 senge i Køge (sidstnævnte placeret i medicinsk afdeling). Patienterne modtages direkte i afdelingen eller via AMA. Der modtages hofte- og apopleksipatienter med geriatriske problemstillinger. I vagttiden tilses patienterne af afdelingens egne læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt i begrænset omfang følge-hjem funktion. Der findes hukommelsesklinik og faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning samt mulighed for inkontinensudredning.

STORSTRØMMEN

Afdelingen består af 2 selvstændige afdelinger: Nykøbing F og Næstved, som hver er normeret til 32 senge. Patienter modtages direkte i afdelingen. Der modtages såvel hoftepatienter som apopleksi-patienter til videre rehabilitering. I vagttiden er det afdelingens egne læger der tilser patienterne i Nykøbing F, mens neurologiske læger tilser patienterne i Næstved.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt følge-hjem funktion. Der findes demensklinik, faldambulatorium samt alment geriatrisk ambulatorium i Næstved og sårambulatorium i Nykøbing F.

SVENDBORG

Afdelingen er selvstændig, selvvisiterende og normeret til 32 senge. Patienter modtages direkte i afdelingen. Der modtages ikke apopleksipatienter, men hoftepatienter. Fra 1.11.2007 er som projekt oprettet ortogeriatrisk afdeling med 8 senge til 70+ årige med hofte-nær fraktur. Afdelingen læger tilser patienterne til kl. 18 på hverdage og i dagtid i weekender, hvorefter de tilses af andre medicinske læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg. Der findes demens-klinik, ernæringsambulatorium og faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning.

AALBORG

Afdelingen har i perioden 01.01.2006 til primo marts 2009 en normering på 10 sengepladser. I den periode har man delt sengeafdeling med Reumatologisk Afdeling, (men bibeholdt to adskilte afdelingsledelser). Sengepladserne har været reserveret til patienter med meget lavt funktionsniveau. Fra primo marts 2009 forventes normeringen at være 16 pladser. Den midlertidige sengekapacitetsnedgang skyldes renovering af sengeafdelingen. Patienterne modtages dels fra AMA, dels fra andre afdelinger og en del direkte fra hjemmet.

Herudover har afdelingen et Geriatrisk Team samt et Geriatrisk Ambulatorium. Geriatrisk Team foretager eksterne besøg og har derudover en følge-hjem funktion. Geriatrisk Ambulatorium er opdelt i en Demens-klinik, en Faldklinik med mulighed for specialiseret træning samt et alment ambulatorium.

Afdelingen deltager i AMA-funktion og går desuden ortogeriatriske stuegang i Ortopædkirurgisk Sektor.

ÅRHUS

Afdelingen er selvstændig, selvvisiterende og normeret til 64 senge. Patienterne indlægges enten direkte i afdelingen eller via AMA. Apopleksipatienter modtages 1 døgn efter akut indlæggelse og hoftepatienter 1 døgn efter operation. I vagttiden tilses patienterne af afdelingens egne læger.

Geriatrisk team har mulighed for interne og eksterne besøg samt følge-hjem funktion fra andre medicinske afdelinger. Der findes apo-team, GO (geriatrisk-ortopædisk team) samt Hospital-i – hjemmet team og/eller følge-hjem til fortsat behandling i hjemmet fra Medicinsk Visitations Afsnit. Der findes faldambulatorium med mulighed for specialiseret træning samt dagafsnit.

