

HJEMMETRÆNING AF PATIENTER MED APOPLEKSI

En medicinsk teknologivurdering - sammenfatning

2005

Hjemmetræning af patienter med apopleksi

En medicinsk teknologivurdering - sammenfatning

Torben Larsen¹

1. Center for Anvendt Sundhedsforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet

Hjemmetræning af patienter med apopleksi – en medicinsk teknologivurdering. Sammenfatning

© Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Emneord: Hjemmetræning, apopleksi, medicinsk teknologivurdering, MTV, sundhedsøkonomi, rehabilitering, apopleksiafsnit, sekundær profylakse

Sprog: Dansk

Format: pdf
Version: 1,0
Versionsdato: 1. marts 2005

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, marts, 2005

Design: Sundhedsstyrelsen
Opsætning: P.J.Schmidt Grafisk Produktion

Trykt ISBN: 87-7676-068-5
Elektronisk ISBN: 87-7676-067-7
Elektronisk ISSN: 1601-586X

Denne rapport citeres således:
Larsen T
Hjemmetræning af patienter med apopleksi – en medicinsk teknologivurdering. Sammenfatning
Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2005; 5(1).
København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter
Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig
Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til
Sundhedsstyrelsen
Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
E-mail: cemtv@sst.dk
Hjemmeside: www.cemtv.dk

Forord

Apopleksi (hjerneblødning) udgør et væsentligt sundhedsproblem i Danmark. Hvert år er der 10.000-12.000 tilfælde af apopleksi og hertil lever 30.000-40.000 danskere med følger og invaliditet efter apopleksi.

Det er derfor væsentligt at få belyst, hvordan og hvor rehabilitering af patienter med følger efter apopleksi foregår bedst muligt. De seneste års forskning i rehabilitering af patienter med apopleksi indikerer, at hjemmetræning er et bedre og mere effektivt alternativ for patienterne end konventionel rehabilitering i sygehusregi.

Rapporten, som denne sammenfatning er baseret på, har fokus på hjemmetræning af patienter med apopleksi og belyser væsentlige problemstillinger vedrørende planlægning, finansiering og monitorering af denne indsats. Herunder behandler rapporten relevante forhold vedr. organisatoriske og økonomiske grænseflader mellem primær og sekundær sektor.

Rapporten er en medicinsk teknologivurdering, der analyserer hjemmetræningens teknologi, økonomi, organisation og patienttilfredshed. Den består af et systematisk litteraturstudie suppleret med materiale fra et implementeringsprojekt i Svendborg i Fyns Amts. Rapporten beskriver desuden erfaringer fra endnu et hjemmetræningsforsøg i Danmark (Lemvig) og kan hermed være til inspiration for behandlere, afdelingsledelser, administratorer og politikere ved planlægning af rehabiliteringsindsatsen.

Rapporten udspringer af Fyns Amts »Patientforløbsprogram for rehabilitering af patienter med følger efter apopleksi«. Her udtrykte man ønske om nærmere at afklare mulighederne i hjemmetræning og om genoptræning bedst foretages i primærkommunalt eller amtskommunalt regi. På det grundlag igangsatte Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST) ved Syddansk Universitet i Odense i samarbejde med Fyns Amt projektet.

I 2001 blev projektet støttet af puljemidler fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, CEMTV. Tilskuddet blev givet til CAST, hvor konsulent Torben Larsen har været leder af projektet.

Rapporten udgives i CEMTVs serie »Medicinsk Teknologivurdering – puljeprosjekter«. Puljeprosjekterne er enten helt eller delvist finansieret af CEMTV, men udføres uden for centrets regi. Før en rapport bliver publiceret i serien, skal den gennemgå eksternt peer-review hos relevante, typisk nordiske, eksperter.

*Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Marts 2005*

*Finn Børlum Kristensen
Centerchef*

Den følgende sammenfatning er baseret på rapporten »Hjemmetræning af patienter med apopleksi – en medicinsk teknologivurdering«. Rapporten samt tilhørende bilag kan læses på www.sst.dk eller på www.cemtv.dk under publikationer. Herfra kan også nærværende sammenfatning downloades.

Sammenfatning

Hjemmetræning har i en årrække været udforsket som et billigt alternativ til konventionel rehabilitering af apopleksiramte i sygehusregi på grund af den hurtigere udskrivning af patienterne. Siden 2000 har der imidlertid også været indikation for, at hjemmetræningen giver bedre rehabiliteringsresultater for patienterne. Da det i øvrigt drejer sig om en stor patientgruppe med mere end 5000 nye rehabiliteringskrævende patienter hvert år, har det store sundhedsmæssige perspektiver at få afklaret, om de mulige gevinster kan opnås i praksis.

Denne rapport viser blandt andet, at hjemmetræning reducerer patienternes indlæggelsestid, at negative rehabiliteringseffekter reduceres, at patienternes funktionsevne i forhold til hverdagsopgaver forbedres, og at man med hjemmetræning kan forvente en samfundsøkonomisk gevinst.

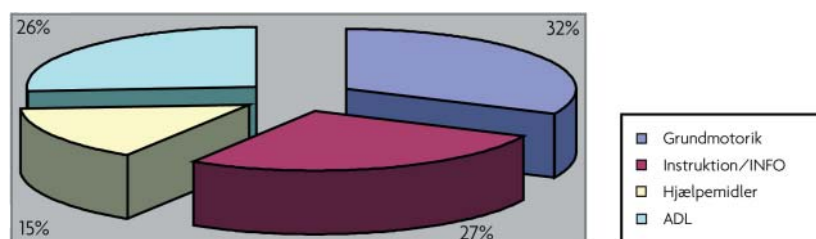
Definition af hjemmetræning

Ved hjemmetræning forstås i nærværende rapport en rehabiliteringsform, som adskiller sig fra den typiske rehabilitering på apopleksiafsnit ved følgende karakteristika:

- Tidlig udskrivning
- Udlægning af en del af rehabiliteringsforløbet til træning i patientens eget hjem
- Organisering af hjemmetræningen i et multifagligt og sygehusbaseret træningsteam med henblik på tværfaglig og tværsektoriel koordinering af det samlede rehabiliteringsforløb
- Fokus på genoptræning til selvhjulpethed i eget hjem i overensstemmelse med patientfænomenologiske studier

Det betyder, at det hidtil anvendte forskningsbegreb »Early Supported Discharge« (ESD) indsnævres til kun at omfatte »Early Home Supported Discharge« (EHSD), idet det her er præciseret, at der skal være tale om træning i eget hjem. Indholdet i hjemmetræning efter EHSD-konceptet ligner et langt stykke af vejen sygehusenes konventionelle rehabilitering i ambulatorier eller daghospitalet ved at lægge megen vægt på motoriske øvelser, træning af almindelige, hverdagsmæssige livsfunktioner (ADL) og identifikation af passende hjælpemidler og boligændringer. Til forskel fra sygehusenes konventionelle rehabilitering anvendes omkring 25% af terapeuternes tid i hjemmetræningen imidlertid til information og instruktion af pårørende og de kommunale terapeuter og hjemmehjælpere, som skal tage over, når sygehusets terapeuter afslutter deres del af hjemmetræningen jf. Figur S1:

FIGUR S1 Hjemmetræningens indhold



Formål

Den bedste nuværende apopleksirehabilitering anses for at være daghospitalet. Det er derfor relevant at sammenligne apopleksirehabilitering i et daghospitalslignende regi med hjemmetræning, hvor en større eller mindre del af rehabiliteringen foregår i patientens hjem. Da der på forhånd er et reelt fagligt tvivlsspørgsmål, om hjemmetræning er bedre end daghospitalet, sker en sådan evaluering bedst gennem en Medicinsk Teknologivurdering (MTV), som ifølge den internationale definition er »en alsidig og systematisk vurdering af forudsætninger for og konsekvenser af at anvende en bestemt medicinsk teknologi«. Til det formål følges den danske MTV-vejledning, som kræver en selvstændig undersøgelse af 1) teknologien, 2) økonomien, 3) organisationen

og 4) patientforhold med henblik på en tværgående syntesedannelse og opstilling af vejledende forslag til implementering.

Denne MTV-rapport fokuserer på rehabiliteringsfasen fra den akutte medicinske stabilisering og frem til sygehusets afslutning af genoptræningen og eventuelle overdragelse af ansvaret for den videre indsats til kommunale samarbejdspartnere. Med den afgrænsning har rapporten til formål at give alle berørte parter det bedst mulige beslutningsgrundlag ved at belyse følgende:

- I hvilket omfang bør det offentlige sundhedsvæsen, om overhovedet, tilbyde hjemmetræning til apopleksi-patienter?
- Hvilke eventuelle barrierer kan der være for implementering knyttet til fordeling af udgifter mellem primær og sekundær sektor?
- Hvordan kan den lokale beslutningsproces mellem sygehuse og kommuner tilrettelægges, så den praktiske etablering af hjemmetræning bliver så velmotiveret og effektiv som muligt?
- Hvordan kan hjemmetræning organiseres og hvordan påvirker hjemmetræning de berørte faggrupper på sygehusets apopleksiafsnit og i den kommunale socialforvaltning, herunder ikke mindst deres samarbejde?
- Hvordan påvirker hjemmetræningen patienter og pårørende?

Resultater

Teknologien

Der er lavet en række forsøg med hjemmetræning, som taget hver for sig er for små til at danne grundlag for en evidensvurdering af hjemmetræningens effektivitet. Derfor er der udarbejdet en statistisk analyse på tværs af de enkelte forsøg. Resultatet af en metaanalyse kan beskrives med sandsynlighedsmålet Odds Ratio (OR) med 95% – konfidensintervallet angivet i parentes. Styrken af et sådant resultat kan beskrives med Number Needed to Treat (NNT), som viser hvor mange patienter, der skal have interventionen for at undgå ét negativt udfald.

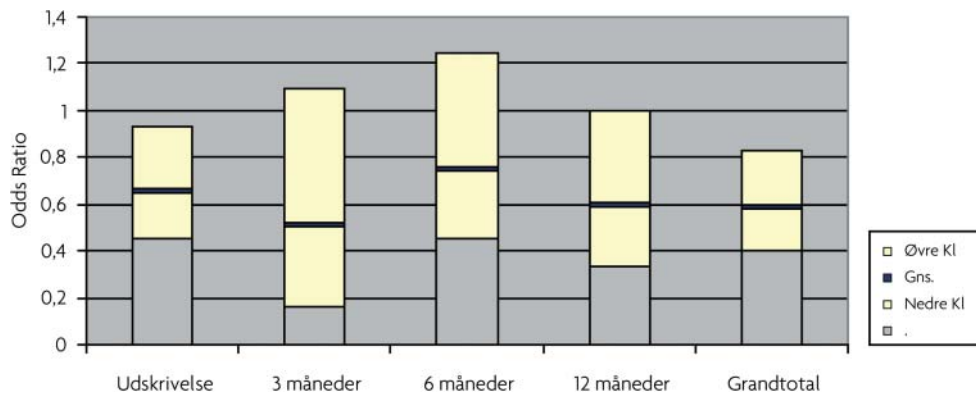
En systematisk litteratursøgning har identificeret seks udenlandske randomiserede hjemmetræningsforsøg med i alt 994 patienter. Dette grundmateriale er suppleret med dansk materiale fra bl.a. et hjemmetræningsforsøg på Lemvig Sygehus og et projektrelateret implementeringsforsøg på Sygehus Fyn Svendborg. Der er på det grundlag opnået følgende resultater i metaanalyse af forsøgs materialet:

- Den gennemsnitlige liggetid reduceres med 11 dage fra 33 til 22 dage ($P < 0,001$).

Det vigtigste outcome af apopleksirehabilitering er forebyggelsen af negative endepunkter som f.eks. død eller henvisning til plejehjem. Et samlebegreb for »død eller institutionalisering« i forskningslitteraturen er »poor outcomes«. Hjemmetræning reducerer »poor outcomes« fra 27,6% i kontrolgruppen til 16,2%. Det er i den forbindelse vigtigt, at kontrolgruppens 28% »poor outcomes« svarer ganske godt til niveauet på apopleksiafsnit.

- I statistiske termer har hjemmetræningen en $OR = 0,59$ (KI: 0,41-0,83) og $NNT = 9$. Det betyder, at risikoen for negative rehabiliteringseffekter reduceres signifikant med 41% for så stor en del af alle nydiagnosticerede apopleksipatienter ved anvendelse af hjemmetræning frem for konventionel sygehusrehabilitering, at der kun skal behandles ni patienter for at undgå ét negativt forløb
- En underopdeling af forsøgs materialet efter opfølgningstid viser endvidere en signifikant hjemmetræningsfordel allerede ved udskrivelsen. Efter 12 måneders opfølgning er denne effekt stadig signifikant og på samme niveau som ved udskrivelsen jf. Figur S2:

FIGUR S2 »Poor outcomes« over tid ved hjemmetræning



Det antages på grundlag af disse data og flere forsøgs dokumentation af stor patienttilfredshed med EHSD, at effekten af hjemmetræning hænger sammen med forventningens glæde hos apopleksipatienter. De får efter få dages indlæggelse stillet i udsigt, at de vil kunne genoptrænes til eget hjem. At en service, som imødekommer brugernes behov, giver bedre resultater, har været kendt i organisationsteorien siden mellemkrigstidens Hawthorne-eksperiment i USA. Her forøgede kvindelige samlebandsarbejdere deres produktivitet 20% ved at forbedre deres arbejdsforhold, f.eks. tidligere fri. Med reference til moderne ledelserfaringer kan virkningsmekanismen i hjemmetræning på den baggrund betegnes som *apopleksirehabiliteringens Hawthorne-effekt*.

- Funktionsevnen i forhold til almindelige hverdagsopgaver som påklædning, gang, toiletbesøg, spising, mv. er også et vigtigt effektmål, som kan opgøres ved hjælp af Barthel Index (BI). Metaanalysen baseres her på effektstørrelsen i de enkelte forsøg, der er opgjort som den gennemsnitlige forskel i BI på opfølgningstidspunktet i forhold til den kombinerede standardafvigelse i forsøgs- og kontrolgruppen. Denne beregning viser en gennemsnitlig effektstørrelse på 1,3, som er en stærk effekt i en metaanalyse af seks småforsøg.
- Efter gennemgang af de forsøgs-mæssige in- og eksklusionskriterier er det beregnet, at 47% af alle nydiagnosticerede apopleksipatienter vil kunne have gavn af hjemmetræning. Det er en ganske stor andel, når det tages i betragtning, at 10% dør, og 30% bliver selvhjulpne indenfor den første uges indlæggelse. Erfaringerne med implementeringsprojektet i Svendborg bekræfter, at knap halvdelen af alle nydiagnosticerede egner sig til hjemmetræning. I absolutte tal svarer 47% af de nydiagnosticerede patienter til ca. 5.000 patienter årligt på landsbasis. Det indebærer, at ca. 500 »poor outcomes« om året vil kunne forebygges. Allerede i 2010 forventes antal egnede til hjemmetræning imidlertid at være steget til 6.000.
- Der er andre hjerneskadegrupper, f.eks. hjerneskader efter trafikulykker, som umiddelbart synes at kunne have samme gavn af hjemmetræningen som apopleksipatienter. Der advares imidlertid mod en ukritisk udvidelse af EHSD-konceptet til andre rehabiliteringsgrupper uden forhåndsevidens for f.eks. en tilsvarende afkortning af sygehusenes liggetid og reduktion af »poor outcomes«.

Økonomi

Til sundhedsøkonomisk vurdering af de kliniske forsøgsresultater er der opstillet et samlet regnskab over interventionens effekter og omkostninger opgjort efter et gennemsnitsomkostningsprincip. Det vil sige, at både faste og variable omkostninger indgår. Der er endvidere foretaget en vurdering af forsøgsresultaternes anvendelighed på danske forhold ved at sammenligne kontrolgruppernes nøgletal med repræsentative nøgletal for den aktuelle rehabilitering af apopleksipatienter i Danmark. Den sundhedsøkonomiske vurdering baserer sig dermed på danske forhold, hvorved resultaterne godt kan være anderledes for andre lande. Der er på det grundlag beregnet følgende nøgelfaktorer til den sundhedsøkonomiske vurdering.

Den gennemsnitlige liggetid i forsøgsmaterialets kontrolgrupper er 33 dage. I Danmark er den gennemsnitlige liggetid for rehabiliteringskrævende apopleksipatienter i Vejle Amt opgjort til 25 dage. En tilsvarende liggetid gælder for Frederiksborg Amts apopleksipatienter på Esbønderup Sygehus og på Sygehus Fyn Svendborg. Når liggetiden for danske apopleksipatienter er 8 dage kortere end i forsøgsmaterialets kontrolgrupper, hænger det formentlig sammen med en større rehabiliteringsindsats i ambulatorier og daghospitaler. På den baggrund bygger den økonomiske vurdering på den forudsætning, at der kun forventes at kunne spares tre liggedage i Danmark svarende til forskellen mellem en aktuell dansk liggetid på 25 dage og hjemmetræningsgruppen gennemsnitlige liggetid på 22 dage. Med en gennemsnitsomkostning pr. sengedag på 2.000 kr. svarer det til en omkostningsbesparelse på 6.000 kr.

- Ud fra forsøgs materialet forventes der i gennemsnit behov for ti hjemmetrænings sessioner pr. patient, hvorved der typisk spares et tilsvarende antal ambulatoriebesøg eller daghospitalsdage på sygehuset. Implementeringsprojektet i Svendborg giver ikke anledning til at ændre den forventning. Nettoudgiften til et sådant hjemmetræningsprogram er på basis af implementeringsbudgettet i Svendborg anslået til 9.000 kr. efter modregning af patientens besparelser på transport til sygehusets ambulante tilbud.
- Der forventes ingen systematisk ændring i patienternes hjemmehjælpsbehov. Der afsættes imidlertid 1.000 kr. pr. patient til ekstra kommunale hjemmebesøg/møder i forbindelse med den tættere tværsektorielle koordinering af rehabiliteringsindsatsen.
- Det forventes, at hjemmetræningspatienterne i Danmark, som i forsøgs materialet, forbruger fire procentpoint mindre plejehjemspladser eller tilsvarende ressourcetunge kommunale plejeforanstaltninger. Med en gennemsnitlig plejehjemsudgift på 250.000 kr. pr. år vil det give en kommunal besparelse på 10.000 kr. pr. patient. Denne besparelse dækker både den direkte plejehjemsbesparelse og den indirekte plejebesparelse, som følger af, at den gennemsnitlige hjemmetræningspatient ved 6-måneders opfølgningen har en bedre funktionsevne målt på Barthels Index (BI).
- Hjemmetræningsfordelen optræder allerede på udskrivelsestidspunktet og er dokumenteret at holde mindst hele det første år efter udskrivelsen. I basisberegningen forudsættes på den baggrund ét års varighed af plejehjemsbesparelsen.
- Til belysning af resultaternes soliditet er det først beregnet, at de forventede sengedags- og plejehjemsbesparelserne kan reduceres med 25-33% før nettobesparelsen bliver negativ. For det andet er det beregnet, at nettobesparelsen fordobles ved en realistisk forventning om halvandet års varighed af plejehjemsbesparelsen – svarende til en lineær aftrapning af effekten i løbet af det andet år efter udbruddet af apopleksien.
- Der er endvidere foretaget en beregning af den benefit, som knytter sig til, at patienten får en forbedret livskvalitet i ét år efter udskrivelsen fra sygehuset i form af en nedsat risiko for »poor outcome« og en forbedret funktionsevne målt på BI. Med en forventet livskvalitet (QALY) på 40% af et normalt liv, en QALY-værdi på 88.000 kr og en risikoreduktion på 11 procentpoints kan QALY-værdien af hjemmetræning beregnes til godt 3.000 kr.

På basis af ovenstående beregnings elementer forventes hjemmetræningen at give en nettobesparelse svarende til sengedagsbesparelsen (6.000 kr.) plus plejehjemsbesparelsen (10.000 kr.) minus summen af hjemmetræningsomkostningerne på sygehuset (9.000 kr.) og i bopælskommunen (1.000 kr.). Det betyder en forventet nettobesparelse på 6.000 kr. pr. patient. Hertil kommer den beregnede QALY-gevinst på 3.000 kr., hvorved det samlede nettobenefit vurderes til i alt 9.000 kr. pr. patient.

Med en forventning om, at 5.000 apopleksi patienter årligt vil have gavn af hjemmetræning kan den forventede samfundsøkonomiske gevinst opgøres til 45 millioner kr. med et variationsområde fra 15 til 70 millioner alt efter hvilken balance mellem de pessimistiske og de optimistiske forudsætninger, der vil gøre sig gældende.

Organisation og patientforhold

I overensstemmelse med god MTV-praksis er patientforhold og organisation analyseret hver for sig i henholdsvis kapitel 5 og 6. I relation til hjemmetræning er der imidlertid et særligt tæt samspil mellem organisation og patientforhold: Først og fremmest opleves hjemmetræningen som en bedre opfyldelse af patienter og pårørendes behov, hvad der styrker deres omstillingsevne efter den vanskelige udskrivning fra sygehuset. Når patienten føler signifikant større psykisk velvære og tilfredshed med sin rolle med deraf følgende selvforstærkende motivation, følger det af indlæringens psykologi (effektloven), at indlæringsevnen forbedres. Derfor integreres disse to delaspekter i nærværende sammenfatning.

I rehabiliteringen har denne udviklingslinie fået sin egen selvstændige gren det seneste tiår med udformningen af en bevægelsesvidenskab, Movement Science (MS). MS er en multiprofessionel videnskab, der beskæftiger sig med bevægelsers udvikling, kontrol og læring. MS er basis for en rehabiliteringsmetode, som betegnes ABC-konceptet efter sine ophavsmænd neuropsykologen Affolter, terapeuterne Bobath og talepædagogen Coombs. Et hjemmetræningsforløb baseret på ABC-konceptet er udviklet på Lemvig Sygehus og reproduceret i nærværende projekts implementering af hjemmetræning i Svendborg. Nedenstående figur S3 illustrerer hjemmetræningens standardmodel struktureret i fem forskellige faser:

1. Allerede i *akutfasen*, hvor den medicinske udredning og behandling er i centrum, forberedes den terapeutiske rehabilitering med kontakter til de relevante terapeuter med henblik på et internt sygehuse møde om forventninger og mål. Kommunen orienteres om de herved indgåede aftaler.
2. *Rehabiliteringsfasen* starter med terapeutiske øvelser så snart patienten medicinsk set er stabil. I flere af primærreferencerne har det været en eksplicit inklusionsbetingelse, at egnetheden til hjemmetræning kunne

træffes indenfor de første 72 timer efter indlæggelsen og i hvert fald helst indenfor den første uge. Mens træningen på sygehuset fortsættes, igangsættes hjemmetræningen efter forudgående hjemmebesøg med henblik på midlertidige boligændringer.

3. Et særligt træk ved Lemvig-modellen er en *udslusningsfase*, hvor udskrivelsen planlægges, mens træningen hjemme og på sygehuset fortsætter. Selve udskrivelsen forventes typisk at ske i løbet af 3. uge efter indlæggelsen, men liggetiden vil være meget individuel. I øvrigt planlægges den videre rehabilitering og der udfærdiges en genoptræningsplan til patienten. Det aftales ud fra patientens behov og ønsker, hvornår de kommunale terapeuter evt. overtager den planlagte genoptræning, så der opstår en glidende overgang fra primær til sekundær sektor. Sygehusets rehabiliteringsindsats afsluttes med en overleveringssamtale med de kommunale terapeuter.
4. I *vedligeholdelses- og resocialiseringsfasen* aftaler patienten og de pårørende det videre behov for eventuel hjemmehjælp og vedligeholdende træning med kommunen.
5. *Opfølgningsfasen* ligger i overensstemmelse med internationale anbefalinger 6 måneder efter udslusningen, hvor patienten af kontaktherapeuten eller – sygeplejersken indkaldes til ambulatoriet/kontaktes i hjemmet med henblik på udførelse af de afsluttende funktionstests og besvarelse af tilfredshedsskema.

Til planlægning og koordinering af hjemmetræningen er det vigtigt med gode informationsredskaber. Et udgangspunkt er her en enkel mål- og genoptræningsplanlægning, som kan placeres ved patienten til umiddelbar disposition for alle involverede fagpersoner. Et vigtigt hjælpemiddel er en funktionsscore, som kan give en samlet vurdering af patientens funktionsevne. Det mest anvendte funktionsmål i Danmark er Barthel Index, som måler 10 fysiske dimensioner af almindelig hverdagsaktivitet (ADL). Et nyere mål er Functional Independence Measure (FIM), som udover den basale fysiske funktionsevne måler aspekter af den kognitive funktion. Selvom der ikke er evidens for, at FIM giver en mere sikker prognose for rehabiliteringsevnen, må det alligevel af hensyn til det tværfaglige samarbejde anbefales at benytte FIM frem for BI som funktionsmål.

En hensigtsmæssig organisatorisk ramme om hjemmetræningen har i referenceforsøgene været et multifagligt, sygehusbaseret træningsteam af sygeplejepersonale, fysio- og ergoterapeuter. Dette team har en fast projektleder, men derudover er det hensigtsmæssigt for udviklingen af det tværfaglige miljø på apopleksiafsnittet, hvis så mange terapeuter som muligt deltager ad hoc i hjemmetræningen. Af hensyn til den tværsektorielle koordinering er det ønskeligt, at dette træningsteam også omfatter en kommunal terapeut, som det f.eks. er tilfældet i Lemvig-projektet. I Svendborg har den tværsektorielle koordinering fungeret tilfredsstillende på basis af en skriftlig samarbejdsaftale mellem sygehuset og kommunen uden direkte kommunal deltagelse i det udgående sygehussteam.

FIGUR S3 Standardforløb for hjemmetræning af en patient med apopleksi

Indlæggelse	Forventningsdannelse	1. hjemmebesøg	Udskrivelse	Overleveringssamtale	Distriktsmøde
1. Akut fase	2. Rehabiliteringsfase	3. Udslusningsfase		4. Resocialiseringsfase	
Kontakt træningspersoner	Foreløbig rehabiliteringsplan	Behandling på sygehus og/eller i hjemmet	Endelig genoptræningsplan	Behandling i hjemmet/og eller på sygehus afsluttes	
Tidspunkt	Ca. 1 uges liggetid		Ca. 3 ugers liggetid		

1. 6 måneder efter afslutning af sygehusets behandling gennemføres 5. opfølgningsbesøg i ambulatoriet med funktionstest og tilfredshedsundersøgelse.

I implementeringsprojektet i Svendborg er foretaget en interviewserie med de første afsluttede hjemmetræningspatienter i projektet. Denne interviewserie bekræfter opfattelsen af, at hjemmetræning er så stærk en motivationsfaktor, at det ikke alene muliggør, men direkte lægger op til en individualiseret afslutning af rehabiliteringen, som går et skridt videre end den konventionelle sygehusrehabilitering. Det kan for eksempel handle om, at en person som før sin apopleksi nød at cykle ikke blot rehabiliteres til at kunne klare en standard gangtest, men direkte støttes til at få modificeret sin cykel og genoptage cyklingen. Det kræver imidlertid en *terapeutisk improvisationsevne*, som er forskellig fra de standardprocedurer, som ofte vil være gældende for en sygehusafdeling. Terapeutisk improvisationsevne skal ikke forstås som nogen radikal nyskabelse, men som et slutprodukt af det overblik og den selvstændighed, som følger med stor erfaring på området. Det er derfor vigtigt, at hjemmetræningspersonalet har viljen til at lære af deres nye erfaringer, så de skridt for skridt bliver bedre til at udnytte hjemmetræningens nye muligheder.

Anbefalinger

Det forhold, at samfundsøkonomiske hensyn og ønsket om den bedst mulige rehabiliteringskvalitet forstærker hinanden i hjemmetræningen (EHSD), gør den til en enestående konkurrencedygtig intervention. De vigtigste

rehabiliteringsmæssige, driftsøkonomiske og organisatoriske basiselementer i EHSD er sammenfattet ovenfor. Herudover er det imidlertid også relevant at finde løsninger på de praktiske barrierer, som måtte være til hindring for indførelsen af hjemmetræning:

1. I praksis møder implementeringen af hjemmetræning en finansiel interessekonflikt mellem sygehuset og bopælskommunen, fordi det sygehus, som iværksætter hjemmetræning, vil få et finansieringsproblem, hvorimod bopælskommunen uden nogen speciel ressourceindsats vil kunne indkassere plejebesparelsen. I forbindelse med en eventuel implementering af et tilbud om hjemmetræning anbefales det således, at relevante beslutningstagere forholder sig til denne potentielle barriere.

Såfremt der som forventet gennemføres en kommunalreform pr. 1.1.2007 med både færre og større kommuner og færre og større sygehusregioner, vil det også ændre karakteren af det beskrevne finansieringsproblem. Med reformforslaget vil ansvaret for al genoptræning efter udskrivning fra sygehus overgå til kommunerne. Samtidig skal kommunerne gennem standardtakster medfinansiere genoptræning under indlæggelse. Den foreslåede finansieringsmodels mål er at give kommunerne incitament til en indsats på genoptræningsområdet men også at styrke kommunernes mulighed for at påvirke sygehusenes genoptræningsindsats. Og endelig understøtter forslaget finansieringsmodel et obligatorisk samarbejde om genoptræningsområdet og mere målrettede aftaler mellem kommune og region, f.eks. om træning i hjemmet. Samarbejdsaftaler på genoptræningsområdet bliver lovpligtigt.

2. Det anses for vigtigt for at få den bedst mulige kvalitet i hjemmetræningen, at afdelingsledelser med ansvar for apopleksiafsnit bliver så centralt placeret som muligt i den praktiske implementering. Når et apopleksiafsnit skal tage konkret stilling til hjemmetræning, bør det ikke alene bero på en normativ vurdering af, om hjemmetræning i sig selv er godt eller dårligt. Det forekommer mere relevant at videreføre evidensgrundlaget og begynde med at foretage en overordnet og databaseret vurdering af, hvad det helt konkret vil betyde for den bestemte afdeling, det drejer sig om.

Derfor anbefales en relativ enkel metode til beregning af en konkret afdelings »Number Needed to Treat« (NNT) ved indførelse af hjemmetræning. Det vil sige, hvor mange patienter der skal hjemmetrænes for at én patient mindre dør eller henvises til plejehjem. En metode som dels bygger på udtræk fra patientregistreringen til opgørelsen af målgruppen og dens dødelighed i det hidtidige rehabiliteringsregime dels på supplerung af dette materiale med et udtræk fra de elektroniske kommunale registreringssystemer (Fælles Sprog) af målgruppens hidtidige forbrug af plejeresressourcer. Herved vil afdelingsledelsen komme i dialog med sin organisatoriske samarbejdspartner i den kommunale socialforvaltning, hvorved der samtidig skabes en primær samarbejdsakse til etablering af et implementeringsprojekt.

Nøglereferencer

1

Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke rehabilitation? results of a randomized controlled trial: I: health outcomes at 6 months. *Stroke* 2000; 31(5):1024-1031.

2

Bautz-Holtert E, Sveen U, Rygh J, Rodgers H, Wyller TB. Early supported discharge of patients with acute stroke: a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil* 2002; 24(7):348-355.

3

Beech R, Rudd AG, Tilling K, Wolfe CD. Economic consequences of early inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hosp. *Stroke* 1999; 30(4):729-735.

4

Indredavik B, Fjaertoft H, Ekeberg G, Loge AD, Mørch B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. *Stroke* 2000; 31(12):2989-2994.

5

Rodgers H, Soutter J, Kaiser W, Pearson P, Dobson R, Skilbeck C, Bond J. Early supported hospital discharge following acute stroke: pilot study results. *Clin Rehabil* 1997; 11(4):280-287.

6

von Koch L, Pedro-Cuesta J, Kostulas V, Almazan J, Widen HL. Random. controlled trial of rehab. at home after stroke: one-year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrov Dis* 2001; 12:131-138.

7

Hvid M, Projektgruppen. Rehabilitering i hjemmet gør en forskel. 2001.

I Danmark er der hvert år 5000 nye patienter med apopleksi, som har brug for genoptræning. I en årrække har hjemmetræning af disse patienter været udforsket som et billigt alternativ til konventionel genoptræning i sygehusregi.

Denne rapport viser blandt andet, at hjemmetræning reducerer patienternes indlæggelsestid, at negative effekter af genoptræningen reduceres, at patienternes funktionsevne i forhold til hverdagsopgaver forbedres, og at man med hjemmetræning kan forvente en samfundsøkonomisk gevinst.

Rapporten er en medicinsk teknologivurdering, der består af et systematisk litteraturstudie suppleret med materiale fra et implementeringsprojekt i Svendborg. Rapporten beskriver desuden erfaringer fra et hjemmetræningsforsøg i Lemvig. Det er håbet, at rapporten således kan være til inspiration for behandlere, afdelingsledelser, administratorer og politikere, når genoptræningen af apoplekspatienter skal planlægges.

Projektet er støttet af puljemidler fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon 72 22 74 00

Telefax 72 22 74 11

sst@sst.dk

cemtv@sst.dk