

Rehabilitering ved kroniske sygdomme

Kan indsatsen forbedres?

Overlæge Svend Juul Jørgensen & overlæge Carsten Hendriksen

H:S Bispebjerg Hospital, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Medicinsk Centerledelse

Resumé

Værdien af rehabilitering og sygehusets understøttende indsats i patientens hjem er vurderet for nogle kroniske sygdomme, som lægger beslag på en stor del af sygehuskapaciteten. Rehabilitering omfatter sygdomsspecifik optimering af behandling suppleret med tilbud om råd/vejledning/undervisning, fysisk (genop)træning og opfølgning i et samarbejde mellem sygehus og primærsektor. For iskæmisk hjertesygdom og hjerterefficiens, diabetes type 2, apopleksi og patienter med hoftefraktur og komplekse geriatriske problemer er der evidens for, at rehabilitering har betydelig virkning på sygdomsforløbet bedømt ved morbiditet, mortalitet og indlæggeshyppighed. For en del af disse sygdomme er der evidens for værdien af udgående funktioner fra sygehuset.

Patienter med kroniske sygdomme tegner sig for størstedelen af indlæggelser på sygehuse [1]. Behovet for rehabilitering af disse patienter er blevet tiltagende tydeligt. Rehabilitering omfatter, ud over optimal medicinsk/kirurgisk behandling, råd/vejledning/undervisning, genoptræning og opfølgning.

Dokumentation af rehabiliteringens effekt må vurderes med henblik på at tage relevante konsekvenser for tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsats og opgavefordelingen mellem sektorerne.

I dette perspektiv har vi gennemgået litteraturen om opfølgning og rehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjerterefficiens, diabetes mellitus type 2, apoplexia cerebri, hoftefrakturer og geriatriske problemstillinger for at belyse mulighederne for at bedre den samlede kvalitet i behandlingen. I litteraturgennemgangen fokuseres der på mulighederne for at styrke rehabiliteringen ved udgående funktioner fra sygehusene og mulighederne for at afkorte indlæggelsestiden.

Materiale og metoder

Litteratursøgning er udført via PubMed og Cochrane-databasen, og litteraturhenvisninger i de fremskaffede artikler er blevet gennemgået og vurderet. Kontrollerede og randomiserede interventionsundersøgelser samt oversigtsartikler og danske klaringsrapporter er blevet vurderet. Der blev anvendt flg. søgeord: *hospital based home care, shared care, hospital at home, rehabilitation, chronic disease* og specifikke diagnoser.

Resultater

Iskæmisk hjertesygdom og hjerterefficiens

Kvalificeret rehabilitering forudsætter optimal invasiv og medicinsk behandling. I de vurderede undersøgelser er kun en del af samtlige patienter indgået, idet deltagelsesprocenten varierede fra fem til 22.

Iskæmisk hjertesygdom (IHS): I en Cochrane-gennemgang af 51 studier konkluderedes det, at fysisk træning og hjerterehabilitering reducerede dødeligheden med 25-30% blandt midaldrende mænd med lav risiko for IHS. Det er ikke klart, om effekten blev opnået alene ved fysisk træning [2]. Gennemgangen er kommenteret i [3].

I en dansk klaringsrapport var konklusionen, at fysisk træning alene eller som led i multifaktoriel rehabilitering kan forbedre den fysiske ydeevne, reducere hjertesymptomer og psykiske symptomer og have gunstig social virkning efter akut myokardieinfarkt og koronar bypassoperation [4]. I en meta-analyse over randomiserede og kontrollerede undersøgelser af rehabiliteringsprogrammernes effekt fandtes en reduktion i indlæggeshyppigheden og forbedret funktionsevne for patienter med IHS, men ingen effekt på dødelighed og antal reinfarkter [5].

Råd, vejledning og undervisning om optimal medicinering og livsstil på sygeplejerskestyrede hjerterehabiliteringsklinikker i relation til almen praksis medførte bedret helbred og reduktion i benyttelse af sygehus efter et år [6] og reduceret mortalitet og formentlig færre hjertetilfælde efter fire år [7].

Hjerterefficiens: Der er stærk evidens for, at fysisk træning ved stabil hjerterefficiens (NYHA-klasse II og III) bedrer symptomerne og giver større fysisk udholdenhed og muskelstyrke med øget livskvalitet til følge [8, 9] samt reduceret mortalitet og hospitalsindlæggelse [10].

Der foreligger tre randomiserede og kontrollerede undersøgelser af opfølgning efter indlæggelse pga. hjerterefficiens, hvor en hertesygplejerske foretog opfølgende besøg i hjemmet for at foretage klinisk vurdering, objektiv undersøgelse, medicinsk vejledning, rådgivning om motion/træning m.m. og evt. telefonkontakt ved behov [11-13]. I de tre undersøgelser fandtes stort set samme effekt, nemlig færre genindlæggelser og sengedage (ca. en halvering), bedret livskvalitet og en sundhedsøkonomisk gevinst. Tilsvarende resultater er opnået ved sygeplejerskers undervisning af patienter i et hjer-teambulatorium [14].

Konklusion: Ved iskæmisk hjertesygdom og hjerterefficiens er der dokumentation for, at rehabilitering, der inkluderer fysisk træning og bygger bro mellem hospital og primær-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

sektor, bl.a. ved sygehusunderstøttet indsats i hjemmet, har gunstig effekt på sygdomsforløb, sengedagsforbrug og bedre udnyttelse af resurserne.

Diabetes type 2

Ustruktureret behandling i primærsektoren fører til højere mortalitet end sygehusbehandling. Resultaterne kan bedres gennem bedre organisering og regelmæssig kontakt mellem patient og læge [15].

I en dansk undersøgelse [16] fandtes der effekt af en struktureret indsats med regelmæssige kontroller og retningslinjer vedrørende diæt, rygning, hyperglykæmi, hypertension og hyperlipidæmi. Det lykkedes for de 474 praktiserende læger at påvirke risikofaktorer i et omfang, der havde betydning for sygdomsforløbet, men mortalitet og hyppighed af ikke-fatale hændelser blev ikke reduceret. Det lykkedes derimod i en åben parallel multicenterundersøgelse [17], hvor patienter med type 2 diabetes blev randomiseret til: 1) konventionel terapi i overensstemmelse med de nationale retningslinjer, hvor hovedvægt ligger på primærsektoren, eller 2) intensiv intervention i sygehusregi med klare behandlingsmål og trinvis implementering af adfærdsregulering og farmakologisk behandling rettet mod påviste risikofaktorer inklusive forebyggelse med aspirin.

I interventionsgruppen påvistes ændret adfærd med hensyn til diæt og motion, men ikke rygning. Risikoen for kardiovaskulære eller mikrovaskulære hændelser blev reduceret med ca. 50%. Man kan ikke ud fra undersøgelsens design drage konklusioner om betydningen af adfærdsændringer eller de enkelte elementer i behandlingen, men kombinationen af en målrettet farmakoterapi og opnåelige adfærdsændringer førte til en signifikant nedsættelse af risikoen for udvikling af kardiovaskulære komplikationer.

Konklusion: Ved optimering af den medicinske behandling i kombination med et rehabiliteringsprogram kan forløbet af diabetes type 2 påvirkes i et omfang, som nedsætter hyppigheden af kardiovaskulære komplikationer betydeligt.

Apopleksi

Indførelsen af særlige apopleksienheder betød et markant kvalitetsløft i apopleksibehandlingen. En række apopleksienheder i udlandet er i de senere år gået et skridt videre med afkortning af indlæggelsesforløbet og rehabilitering i hjemmet understøttet af udgående team fra sygehusenheden i samarbejde med hjemmepleje og andre elementer i primærsektoren.

Gennemgang af en række randomiserede, kontrollerede undersøgelser viste, at ca. halvdelen af patienterne med akut apopleksi kan udskrives efter et væsentlig afkortet indlæggelsesforløb til fortsat rehabilitering i hjemmet understøttet af udgående funktioner fra sygehuset [18-23]. En højere grad af fysisk uafhængighed og tilfredshed med behandlingsforløbet blev opnået. Der fandtes ikke forskel i mortalitet eller morbiditet [18].

I et Cochrane-review [19] konkluderedes det, at rehabilitering i hjemmet synes at forbedre den personlige uafhængighed.

I en randomiseret kontrolleret undersøgelse foretaget i Trondheim fandt man samme effekt [20]. Ca. 60% af samtlige patienter med apopleksi kunne indgå.

I en undersøgelse i Stockholm var de gennemsnitlige samlede omkostninger til behandling i et år efter apopleksiens indtræden på sygehus og i primærsektor i interventionsgruppen 78% af kontrolgruppen, svarende til at fem patienter kunne behandles for samme omkostninger som fire patienter i et traditionelt behandlingsregimen [21].

De pårørendes livskvalitet fandtes ikke at blive forringet i interventionsgruppen. Efter seks måneder var der tegn på, at omsorgen for patienten var psykisk belastende for de nærmeste pårørende, men efter 12 måneder fandtes der ingen forskelle mellem pårørende i de to grupper [22]. Den tidligere udskrivelse førte ikke til væsentlig øget benyttelse af hjemmepleje [23].

Konklusion: Et accelereret behandlingsregimen for patienter med akut apopleksi indebærer, at patienter, der opfylder veldefinerede kriterier, udskrives efter et afkortet indlæggelsesforløb til fortsat rehabilitering i hjemmet med støtte af et udgående team fra apopleksienheden i samarbejde med primærsektoren. Et sådan regimen medfører behandlingsresultater, der mindst er på højde med dem, der opnås ved et længere indlæggelsesforløb med rehabilitering under indlæggelsen. Det medfører nedsatte omkostninger, kun mindre ændringer i belastningen af primærsektoren, større patienttilfredshed, og det er acceptabelt for de pårørende.

Hoftefraktur

I en Cochrane-analyse fastslås det, at der er utilstrækkelig evidens for værdien af forskellige optræningsprogrammer efter hoftefraktur med hensyn til programmernes indhold, træningshyppighed og intensitet [24].

Et accelereret operationsforløb efter hoftefraktur fører til en afkortning af indlæggelsestiden og færre komplikationer [25], og i de senere år er der fremkommet resultater, der tyder på, at tidlig udskrivelse til sygehusunderstøttet rehabilitering i hjemmet fører til bedre funktionelle resultater. I to randomiserede undersøgelser fra 2001 fandt man samstemmende, at hurtig udskrivelse med efterfølgende rehabilitering i hjemmet kunne gennemføres, hvis patienten blev bedømt til at kunne udskrives til en selvstændig bolig, var helbredsmæssigt stabil og havde fysisk og mental kapacitet til at blive genoptrænet. De hjemmetrænede patienter opnåede bedre gangfunktion end de sygehustrænede. Ca. en tredjedel kunne indgå i programmet og udskrives umiddelbart efter det operative forløb [26, 27].

Konklusion: For hoftefrakturpatienter, der inden frakturen er hjemmeboende og forventes atter at blive i stand til at klare sig i eget hjem, er der holdepunkter for, at et accelereret operationsforløb med efterfølgende tidlig udskrivelse til sygehus-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

understøttet genoptræning i eget hjem vil føre til bedre funktionelt resultat og et samlet mindre resurseforbrug.

Geriatrici

I geriatrien har der i mange år været tradition for rehabilitering i dagafsnit i tæt samarbejde med primærsektoren – ikke mindst efter oprettelse af udgående geriatrike team.

Denne oversigt beskæftiger sig alene med rehabilitering med udgående geriatrike teamfunktion efter indlæggelse på hospital.

Opfølgning ved udgående funktion efter indlæggelse i forhold til »sædvanlig behandling« har medført forbedret funktionsevne [28] samt forbedret funktionsevne Instrumental Activities of Daily Living (IADL) og selvvruderet helbred [29]. I en canadisk undersøgelse fandtes færre døde og forbedret funktionsevne seks måneder efter udskrivelse [30], og i en engelsk undersøgelse fandtes færre genindlæggelser og en sundhedsøkonomisk gevinst [31]. I to danske undersøgelser er der beskrevet færre genindlæggelser [32] og forbedret funktionsevne ved udgående funktion fra sygehus [33].

Konklusion: På grund af forskelle i patientpopulationer og intervention findes varierende effekt af opfølgning efter udskrivelse af geriatrike patienter [34]. Der er imidlertid nogen evidens for, at der ved udgående geriatrike team kan opnås reduktion i indlæggelsestid og genindlæggeshyppighed samt øget patienttilfredshed.

Diskussion

Effekten af rehabilitering ved kroniske sygdomme forudsætter, at der ydes en optimal specifik medicinsk/kirurgisk indsats. De beskrevne undersøgelser inddrager to andre faktorer: tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsats og mulighederne for at styrke patienten gennem rehabilitering.

Ved en række sygdomme er der fællestræk i dokumentation for værdien af udgående funktioner fra sygehusene, der sikrer kontinuitet i behandlingsforløbet og understøtter indsatsen i hjemmet efter udskrivelse. Herved kan en del af behandlingen og rehabiliteringen ske i patientens hjem, så negative følger af et længerevarende sygehusophold kan undgås. Den samlede livskvalitet, herunder incitamenterne til aktivt at forsøge at genvinde eller fastholde funktionsniveau, er højest, når indsatsen foregår i eget hjem.

For de her omhandlede sygdomsgrupper findes der holdpunkter for, at en systematisk udvikling af sådanne ordninger vil bedre det behandlingsmæssige resultat og patienttilfredsheden samt medføre en bedre resurseudnyttelse.

I de refererede artikler var der stor variation i andelen af patienter, der indgik i de afprøvede programmer. Således angives det, at op til 60% af alle akut indlagte patienter med apopleksi kunne indgå i et sygehusunderstøttet rehabiliteringsprogram i hjemmet, mens det kun var en mindre del af den samlede patientpopulation med hjertesygdom eller hoftefraktur, der indgik i undersøgelserne. Det er vigtigt at være op-

mærksom på dette ved overførsel til en klinisk hverdag. Selv om kun en del af patienterne kan have gavn af et afkortet indlæggelsesforløb og en sygehusunderstøttet rehabilitering eller opfølgning i hjemmet, kan det have meget store konsekvenser for den enkelte patient og for sundhedsvæsenets organisation og fordeling af resurser.

Rehabilitering omfatter, ud over den sygdomsspecifikke behandling, patientundervisning, fysisk træning, støtte og motivation til rygeophør, regulering af et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug og diætvejledning. I de gennemgåede undersøgelser findes der massiv dokumentation for værdien af rehabiliteringsprogrammer, der er tilpasset den enkelte patients behov, men det står også klart, at der er behov for yderligere metodeudvikling, for at man kan opnå bedre kompliance og øge den andel af patienterne, der kan have gavn heraf.

Forholdene vedrørende kronisk obstruktiv lungelidelse beskrives i en separat artikel. For yderligere en række kroniske sygdomme, vil det være relevant at foretage en tilsvarende vurdering.

Konklusion

For en række sygdomme findes der dokumentation for værdien af rehabilitering, der omfatter optimering af den medicinske behandling, patientundervisning, fysisk (genop)træning, understøttet rygeophør, regulering af uhensigtsmæssig alkoholadfærd og ernæringsvejledning. For nogle sygdomme gælder det, at et afkortet indlæggelsesforløb efterfulgt af videre behandling og rehabilitering i hjemmet understøttet af udgående funktioner fra sygehusene kan føre til forbedret behandlingskvalitet, større patienttilfredshed og bedre resurseudnyttelse.

Korrespondance: *Svend Juul Jørgensen*, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: sj01@bbh.hosp.dk

Antaget: 5. februar 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Den Gode Medicinske Afdeling. www.dgma.dk/ maj, 2003.
2. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane review). 1: Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
3. Mickley H, Saunamäki S. Betydningen af fysisk træning som led i rehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom. *Ugeskr Læger* 2003;165:3227-8.
4. Hildebrandt PR, Gøtzsche C-O. Akut koronar syndrom. Retningslinier for diagnostik og behandling. Dansk Cardiologisk Selskab. *Ugeskr Læger* 2001;163(suppl 3).
5. McAlister FA, Lawson FME, Teo KT et al. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systemic review. *BMJ* 2001;323:957-62.
6. Campbell NC, Thain J, Deans HG et al. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial of effect on health. *BMJ* 1998;316:1434-7.
7. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD et al. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326:84-9.
8. Pedersen BK, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse., 2003.
9. Lloyd-Williams F, Mair FS, Leitner M. Exercise training and heart failure: a systematic review of current evidence. *Br J Gen Pract* 2002;52:47-55.
10. Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G et al. Randomized, controlled trial of

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

- long-term moderate exercise training in chronic heart failure. *Circulation* 1999;99:1173-82.
11. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;333:1190-5.
 12. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999; 354:1077-83.
 13. Cline CMJ, Israelsson BYA, Willenheimer RB et al. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart* 1998;80:442-6.
 14. Blue L, Lang E, McMurray JJV et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001;323:715-8.
 15. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 1998;317:390-6.
 16. Olivarius NdF, Beck-Nielsen H, Andreassen AH et al. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes. *BMJ* 2001;323:970-5.
 17. Gæde P, Vedel P, Larsen N et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-93.
 18. Anderson C, Mhurchu CN, Brown PM et al. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care. *Pharmacoeconomics* 2002;20:537-52.
 19. Outpatient SE. Therapy based rehabilitation services for stroke patients at home (Cochrane review) I: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
 20. Indredavik B, Fjærtøft H, Ekeberg G et al. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge. *Stroke* 2000;31:2989-94.
 21. Von Koch L, de Pedro-Cuesta J, Kostulas V et al. Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovasc Dis* 2001;12:131-8.
 22. Hackett ML, Vandal AC. Long-term outcome in stroke patients and caregivers following accelerated hospital discharge and home-based rehabilitation. *Stroke* 2002;33:643-5.
 23. Holmqvist LW, von Kock L, de Pedro-Cuesta J. Use of healthcare, impact on family caregivers and patient satisfaction of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Scand J Rehab Med* 2000;32:173-9.
 24. Handoll HH, Parker MJ, Sherrington C. Mobilisation strategies after hip fracture surgery in adults (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
 25. Rasmussen S, Kristensen BB, Foldager S et al og Hoftefrakturgruppen. Accelereret operationsforløb efter hoftefraktur. *Ugeskr Læger* 2003;165:29-33.
 26. Kuisma R. A randomized, controlled comparison of home versus institutional rehabilitation of patients with hip fracture. *Clin Rehabil* 2002;16:553-61.
 27. Crotty M, Whitehead CH, Gray S et al. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvement: a randomised, controlled trial. *Clin Rehabil* 2002;16:406-13.
 28. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J et al. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:8-13.
 29. Rubin CD, Sizemore MT, Loftis PA et al. A randomized, controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management in a large public hospital. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1023-8.
 30. Hogan DB, Fox RA. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age Ageing* 1990;19:107-13.
 31. Townsend J, Piper M, Frank AO et al. Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomised controlled trial. *BMJ* 1988;297:544-7.
 32. Hansen FR, Poulsen H, Sørensen KH. A model of regular geriatric follow-up by home visits to selected patients discharged from a geriatric ward: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 1995;7:202-6.
 33. Avlund K, Jepsen E, Vass M et al. Effects of comprehensive follow-up home visits after hospitalization on functional ability and readmission among old patients. *Scand J Occup Ther* 2002;9:17-22.
 34. Parkes J, Shepperd S. Discharged planning from hospital to home. I: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.

Optimering af indsatsen ved kroniske sygdomme

Model for en sammenhængende indsats

Overlæge Anne Frølich, overlæge Carsten Hendriksen & overlæge Svend Juul Jørgensen

H:S Bispebjerg Hospital, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Medicinsk Centerledelse, og Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab

De kroniske sygdomme udgør samlet en væsentlig belastning af sundhedsvæsenet. Omkring 1-1,5 mio. mennesker i Danmark lider af en eller flere kroniske sygdomme. Således lægger sygdomme som arteriosklerose og dens forskellige manifestationer, kroniske lungesygdomme og diabetes beslag på størstedelen af den medicinske sygehuskapacitet [1, 2]. Kronisk sygdom har en eller flere af følgende karakteristika: Sygdommen er vedvarende, har blivende følger, skyldes irreversible forandringer, kræver en langvarig behandling og pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats [3]. Fra udlandet er det fundet, at op til 75% af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet går til mennesker med kroniske sygdomme.

De kroniske sygdomme er kendetegnet ved, at de delvis kan forebygges, og for flere af dem findes der gode behandlingsmuligheder. Samtidig kan prognose og livskvalitet forbedres gennem en ændret tilgang til hele forløbet med vægt på aktivering af patientens egne resurser og en tværfaglig indsats. Generelt findes der viden om, at en ændret indsats med nye organisationsformer og nye indsatsområder forbedrer kvaliteten af forløbet [4, 5]. Regeringen har i »Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10« lagt op til en samlet strategi for indsatsen for hele området med de kroniske sygdomme.

Inden for de seneste få år er der fremkommet tiltagende viden om, at patienter med kroniske sygdomme langtfra modtager den forebyggende indsats, behandling og rehabilitering, der er i overensstemmelse med den evidens, der findes om kroniske sygdomme. Dette har store konsekvenser for patientens sygdomsforløb, funktionsevne og livskvalitet. Som reaktion på dette skisma imellem det faktiske tilbud, som patienter med kroniske sygdomme møder i sundhedsvæsenet, og den viden, der findes vedrørende behandling og rehabilitering,