

Dansk Hysterektomi Database set i et sundhedsøkonomisk perspektiv

Overlæge Jan Utzon, reservelæge Charlotte C. Thim Hansen, sundhedsøkonom Jakob Andreasen & professor Bent S. Ottesen

Københavns Amt, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Resume

Introduktion: Landsdækkende kliniske databaser (LKD) er et redskab til kvalitetsudvikling i kliniske afdelinger og kan endvidere anvendes til at synliggøre kvaliteten af sundhedsydelserne over for befolkningen, som led i det fri sygehusvalg. I artiklen belyses for første gang potentielle sundheds- og samfundsøkonomiske resursegevinster med udgangspunkt i data fra en LKD.

Materiale og metoder: Der foretages en samlet sundhedsøkonomisk vurdering af:

1) omkostningerne forbundet med oprettelse og vedligeholdelse af en klinisk database og 2) de potentielle resursegevinster, såfremt de opstillede mål opnås. Der foretages beregninger for Dansk Hysterektomi Database (DHD), som har opstillet kvalitetsindikatorer og mål for kvalitetsforbedringer i løbet af en treårsperiode. Indikatorerne og målene omfatter bl.a. nedsættelse af komplikationerne til en tredjedel (fra 18% til 6%), halvering af liggetid (fra fire dage til to dage) samt reducere af genindlæggelserne til det halve (fra 8% til 4%).

Resultater: Såfremt de opstillede mål for nedsættelse af indlæggelsestid, komplikationer og genindlæggelser nås, forventes der at være resurseøkonomiske gevinster for databasen i størrelsesordenen min. 22 mio. kr. (afhængig af beregningsmetode og de opstillede forudsætninger).

Diskussion: I Danmark anvendes årlig 15 mio. kr. til arbejdet med de forskellige LDK'er, og i 2005 bliver der givet støtte til 32 LDK-databaser, som maksimalt hver får 500.000 kr. til den årlige drift. Beløbet til den løbende kvalitetsmonitorering via LDK udgør samlet 15. mio. Dette beløb findes lille i betragtning af de beskrevne potentielle resursegevinster og i lyset af, at de årlige driftsudgifter til sygehusvæsenet udgør 48 mia. kr.

Landsdækkende kliniske databaser (LKD) er offentlige registre vedrørende en sygdomsgruppe, en bestemt diagnose eller en behandlings- eller undersøgelsesmetode. LKD er primært et redskab til kvalitetsudvikling på kliniske afdelinger, og det kan vurderes, om behandlingsresultaterne på den enkelte afdeling er på højde med det ønskelige, ligesom et kvalitetsniveau kan søges forbedret ved at skele til afdelinger med gode resultater. LKD finansieres af Amtsrådsforeningen (ARF), idet det i 2002 blev besluttet at gå fra den såkaldte »værtssamtidsmodel« til en model, der var baseret på solidarisk finansiering. Samtidig blev området tilført epidemiologisk, statistisk og it-mæssig ekspertise gennem oprettelsen af tre

kompetencecentre, ligesom den økonomiske støtte til databaserne blev betinget af, at de kunne leve op til en række sundhedsfaglige, organisatoriske og it-mæssige krav. I **Figur 1** ses en samlet oversigt over de LKD'er, der er tildelt støtte i 2005. For nærmere beskrivelse af LKD og deres organisation henvises til dokumenterne »Programbeskrivelse« samt »Basiskrav og retningslinier for kliniske kvalitetsdatabaser«, som findes på www.kliniskedatabaser.dk og på www.arf.dk

Ud over at være et redskab til kvalitetsudvikling i kliniske afdelinger, kan LKD endvidere anvendes til at synliggøre kvaliteten af sundhedsydelserne over for befolkningen, som led i det fri sygehusvalg og til vurdering af sundheds- og samfundsøkonomiske perspektiver. Det sidstnævnte punkt er ikke tidligere forsøgt i Danmark, og det er således de resurseøkonomiske aspekter, der er fokus på i dette studie.

Formålet med dette studie var at estimere de potentielle resursegevinster ved brug af kliniske databaser, såfremt de opstillede mål for databasen nås, samt diskutere dette i forhold til de midler, som er afsat til arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser. Der tages her udgangspunkt i et eksempel fra Dansk Hysterektomi Database (DHD), som er landsdækkende, og som registrerer alle elektive hysterektomier foretaget på benign (godartet) indikation. DHD benytter Landspatientregisteret (LPR) som indberetningssystem og blev oprettet i 2003 efter at have fået udviklingsmidler fra Sundhedsministeriets udviklingspulje.

Hysterektomi er det gynækologiske speciales hyppigste intraabdominale operation, og der foretages årlig ca. 6.000 hysterektomier i Danmark, heraf 5.000 på benign indikation. De maligne hysterektomier registreres i Dansk Gynækologisk Cancer Database. En landsdækkende analyse fra 2000 har vist, at mindst hver femte kvinde fik en komplikation efter en standardhysterektomi, og at 8% blev genindlagt inden for 30 dage. Reoperationsraten blev anslået til 6%. Analysen viste endvidere en stor regional variation i valg af operationsmetode (henholdsvis åben, laparoskopisk assisteret og vaginal hysterektomi). Der sås også en stor spredning for hospitalisering efter operationen, hvor den mediane indlæggelsestid varierede fra tre dage til 5,5 dage [1].

DHD har udvalgt en række indikatorer til beskrivelse af kvaliteten. I **Tabel 1** er der angivet tre af disse indikatorer til lige med den aktuelle status på området samt det kvalitetsmål, som databasen har opsat for dens virke inden for en treårsperiode. De opstillede mål skønnes realistiske, da nogle afdelinger allerede har nået enkelte af de opstillede mål. Kvalitetsmålene ventes opnået ved databasens interaktive koncept med løbende tilbagemeldinger til de indberettende afdelinger

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Figur 1. Oversigt over landsdækkende kliniske databaser (LKD) i Danmark, som har fået driftsstøtte i 2005 af Amtsrådsforeningen (ARF).

<p>Kompetencecenter Øst</p> <p>Dansk Anæstesi Database Dansk Blærecancer Register Dansk Galdedatabase Dansk Gynækologisk Cancer Database Dansk Hernie Database Dansk Hjerteregister Dansk Hysterektomi Database Dansk Knæalloplastik Register Dansk Kolorectal Cancer Database Dansk Register for Børne- og ungdomsdiabetes Database for kronisk nyresvigt Den Danske Database for Kronisk Hepatitis B og C Den hæmatologiske fællesdatabase Hjertestopdatabasen Hovedpinedatabasen Hysteroskopibase Karbase Klinisk Vene Database Landsdækkende database for geriatri Polyposeregistret Scelerosebehandlingsregistret</p>	<p>Kompetencecenter Nord</p> <p>Dansk Discusbase Dansk Hoftealloplastisk Register Dansk Transfusiondatabase Database for klinisk kvalitet i ambulant psykiatrisk behandling DECV Cancerdatabase Kataraktdatabasen Prosdatabasen Skulderalloplastikdatabase</p> <p>Kompetencecenter Syd</p> <p>BUP Base – Klinisk database for børne- og ungdomspsykiatri Dansk Lungecancer Register</p> <p>Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)</p> <p>Akut mave-tarm kirurgi Apopleksi Diabetes Hjerteinsufficiens Høftenære Frakturer Lungecancer Skizofreni</p>
---	---

i form af lokale og nationale data samt afholdelse af halvårige auditmøder, hvor operationsresultaterne gennemgås, og optimerede operationsregimer identificeres og implementeres på nationalt plan. Blandt andet ventes indførelse af multimodale behandlingsregimer med fokus på patientinformation, smertebehandling, tidlig mobilisering og tidlig fødeindtagelse at kunne nedsætte indlæggelsesbehovet til 1-2 dage [2-4]. På områder, hvor evidensen er sparsom, vil indførelse af klinisk velfunderede fællesregimer under tæt monitorering hurtigt kunne afklare en given effekt. Eksempler på sådanne regimer kunne være fælles profylaktisk antibiotika- og antitrombotika.

Materiale og metoder

På baggrund af de opstillede mål foretages en samlet sundhedsøkonomisk vurdering af:

1. omkostningerne forbundet med oprettelse og vedligeholdelse af en klinisk database og
2. de potentielle resursegevinster, såfremt de opstillede mål nås.

Beregningerne baseres på ændringen i omkostningerne i hospitalssektoren (den marginale ændring) mellem aktuelle resultater og fremtidige forventede mål (Figur 1), samt på omkostningerne ved implementering og vedligeholdelse af databasen inklusive det resurseforbrug, som sundhedspersonalet anvender på at registrere data i databasen og deltage i auditmøder.

Værdisætningen af hospitalisering og genindlæggelse tager udgangspunkt i en landsdækkende opgørelse af godt 10.000 hysterektomiforløb i Danmark i perioden 1998-2000 [1]. Udgifter til ændring i direkte hospitalisering beregnes ud fra gennemsnittet af den aktuelle sengedagstakst på de tre gynækologiske lands- og landsdelsafdelinger på Skejby Sygehus,

(ifølge budgetafdelingen), Odense Universitetshospital (ifølge Planlægnings- og udenamtsafdelingen) og H:S Rigshospitalet, (ifølge Julie Marie Centret). Beregningerne tager primært afsæt i den andel af sengedagstaksten, som udgør afdelingernes faktiske bruttodriftsudgift, og som i det følgende refereres til som »hoteltakst«. Denne hoteltakst inkluderer ikke fælles driftsudgifter (administration, el, vand, varme, it-afdeling, røntgenafdeling, afskrivning på bygninger og maskiner), hvorfor de potentielle resursegevinster ved anvendelse af denne metode formodentlig underestimeres. Der findes ingen samlet oversigt over sengedagstaksterne inden for de enkelte områder på de enkelte sygehuse. Taksterne er derfor indhentet lokalt. Det bør bemærkes, at det fremkomne beløb ikke udgør den samlede pris for hver af de to hysterektomiforløb, men kun udgør forskellen mellem indlæggelsesomkostningerne.

Beregningerne til oprettelse og løbende drift af databasen er baseret på udviklingsomkostningerne for det første år samt driftsomkostninger for de efterfølgende år. Ligeledes er der opgjort omkostninger for det ekstra resurseforbrug, som forventes at blive anvendt af sundhedspersonalet på de indberettende afdelinger.

De ændrede perioperative regimer vedr. patientinformation, smertebehandling, tidlig mobilisering og tidlig fødeindtagelse skønnes samlet set ikke at øge udgifterne til personale eller medicin væsentligt og indgår derfor ikke i beregningerne.

Tabel 1. Status for de opstillede indikatorer samt de opstillede kvalitetsmål, som søges nået efter tre års drift af databasen.

Indikatorer	I dag	Kvalitetsmål
Komplikationer	18%	<6%
Genindlæggelse	8%	4%
Reoperation (≤30 dage)	6%	3%
Postoperativ indlæggelsestid	4 dage	Maks. 2 dage

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Mål for kvalitetsforbedring og gevinst ved anvendelse af hoteltakst.

Indikator	Mål for kvalitetsforbedring	Gevinst ved anvendelse af hoteltakst
Indlæggelsestid	2 dages reduktion	2 dage a 2.126 kr. for 5.000 patienter = 21.260.000 kr.
Genindlæggelse ^a	4% reduktion	4 % × 3 dage (median) × 2.126 kr. × 5.000 = 1.275.600 kr.
Komplikationer ^b	12% reduktion	DRG-gruppe ^c Hysterektomi uden komplikationer = 27.283 kr. Hysterektomi med komplikationer = 31.996 kr. 12% × (27.283-31.996 kr.) × 5.000 patienter = 2.827.800 kr.
I alt		22.535.600 kr. ^d

- a) Operationsomkostninger indgår ikke i genindlæggelsesberegningerne. Ved genindlæggelse vil den største besparelse formentlig ligge i sparet reoperation, som det nuværende datamateriale ikke giver os grundlag for at beregne.
- b) Her antages det, at komplikationerne sker under primær indlæggelse. Reelt sker en mindre del af komplikationerne under sekundær indlæggelse, hvorved omkostningerne formentlig undervurderes lidt i denne beregning.
- c) DRG-gruppe-beregningen er baseret på 2005-takster, som inkluderer operationsomkostninger, medicin og pleje, men er eksklusive apparaturafskrivning og anlægsudgifter.
- d) Beløbene kan ikke lægges direkte sammen, da komplikationsberegningen er på DRG-gruppe, som også indeholder liggeomkostninger. Derfor har vi valgt, at beløbet i komplikationsberegningen ikke indgår i den samlede sum, som derfor er konservativt sat.
- DRG: diagnoserelaterede gruppe.

Det er velkendt, at elektiv hysterektomi har en positiv indflydelse på patienternes livskvalitet [5, 6], og at komplicerede operationsforløb, som kræver genhenvielse, reducerer patienttilfredsheden signifikant [4]. Ligeledes kunne man formode, at et kompliceret postoperativt forløb vil påvirke livskvaliteten i den første tid efter operationen.

Det har desværre ikke været muligt at inddrage en værdisætning af denne sundhedsændring, da vi ved en PubMed-søgning ikke har kunnet identificere undersøgelser, hvor livskvaliteten er opgjort separat for kvinder med komplikationsfyldte forløb. Dette perspektiv indgår derfor ikke i beregningerne.

Ideelt set burde der være foretaget en diskontering af beløbene, da gevinsterne først forventes opnået i løbet af tre år, men det findes ikke relevant i denne sammenhæng, da der kun er tale om nogle grove estimater.

Resultater

De oplyste sengedagstakster varierer som følgende: Skejby Sygehus brugte i 2004 7.212 kr. pr. døgn på gynækologi og obstetrik, Odense Universitetshospital brugte i 2004 4.900 kr. pr. døgn på gynækologi og obstetrik, og H:S Rigshospitalet brugte i 2004 3.171 kr. pr. døgn udelukkende på gynækologi. Sengedagstaksten for Skejby Sygehus inkluderer udgifter til ambulatoriet, idet deres lands- og landsdelstakst for ambulante patienter er 0 kr.

Hvis ambulantudgifterne trækkes fra, udgør den reelle sengedagstakst for Skejby Sygehus 4.844 kr. De tilsvarende hoteltakster varierer som følgende: Skejby Sygehus brugte 1.742 kr., Odense Universitetshospital brugte 2.481 kr., og H:S Rigshospitalet brugte 2.156 kr. I vores beregninger benyttes gennemsnittet af ovenstående hoteltakster, som er 2.126 kr., mens den gennemsnitlige fulde sengedagstakst er 4.305 kr.

Potentielle resursegevinster

De potentielle omkostningsbesparelser ved reduceret hospitalisering fra fire til to dage beregnes på baggrund af en hoteltakst på 2.126 kr. om dagen. Dvs. at der under de nuværende patientforløb anvendes fire dage til i alt 8.504 kr., hvilket vil blive reduceret til to dage og udgøre et beløb på 4.252 kr. pr. patient.

Cirka 8% genindlægges efter hysterektomi med en median indlæggelsestid på tre dage. Genindlæggelsesfrekvensen forventes nedbragt til 4%. Ved brug af hoteltaksten vil der være en potentiel reduktion fra 510 kr. pr. patient til 255 kr. pr. patient. Disse omkostninger er beregnet uden medtagelse af operationsomkostninger i forbindelse med genindlæggelsen, og den potentielle besparelse er derfor større, men er på baggrund af det nuværende datagrundlag ikke mulig at beregne.

I **Tabel 2** ses den samlede forventede gevinst, når ovennævnte beløb, inklusive de reducerede udgifter ved færre komplicerede primærindlæggelser, ekstrapoleres til hele populationen.

Estimerede omkostninger

Omkostninger til oprettelse og løbende drift af databasen

Udviklingsomkostningerne for databasen udgør 372.000 kr. i henhold til bevilling fra Sundhedsministeriet i 2003. Den årlige drift af DHD i et LPR-baseret databasekoncept udgør, i henhold til ansøgning til ARF-databasepulje 2005, de beløb, som fremgår af **Tabel 3**. Dertil kommer en årsløn på 365.000 kr. til den tilknyttede ph.d.-studerende, som blandt andet sikrer den daglige drift af databasen.

Personalets estimerede resurseforbrug til registrering fremgår af **Tabel 4**. Hertil kommer et varierende tidsforbrug, som afdelingsrepræsentanten har anvendt på at introducere lægerne på de enkelte afdelinger til databasekonceptet, lige-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

som en sekretær på hver afdeling har brugt ca. halvanden time til prøveindberetninger.

Øvrige omkostninger

I den sundhedsøkonomiske vurdering indgår der ikke en eventuel ændring i produktionstab. Men da de kvinder, der hysterektomeres, er i den erhvervsaktive alder med en gennemsnitsalder på 50 år [1], skønnes det relevant at værdisætte produktionstab [7, 8]. Et kompliceret postoperativt forløb kan være forbundet med øget rekonvalescens og dermed en længere sygemeldingsperiode. En reduktion i antallet af postoperative komplikationer vil derfor også kunne reducere produktionstab. I et pilotprojekt, til blandt andet afklaring af den aktuelle rekonvalescens efter et multimodalt operationsregimen, fandt man, at kvinder med en postoperativ komplikation var 20 dage længere om at returnere til arbejdet end kvinder uden komplikationer (41 versus 21 dage postoperativt) [9]. Ved en dansk gennemsnitslønmkostning på 207,54 kr. pr. time (18-65 år, www.statistikbanken.dk) og en reduceret rekonvalescenslængde svarende til ovenstående pilotprojekt, vil samfundet spare 13.199.544 kr., hvis databasen får reduceret antallet af komplikationer som ønsket ($5.000 \times 12\% \times 20 \text{ dage} \times 5,3 \text{ time} \times 207,54 \text{ kr. pr. time}$). Hvis produktionstab medtages i analysen, ville det bidrage til en yderligere samfundsøkonomisk gevinst for det optimerede operationsforløb.

Diskussion

En øgning af kvaliteten af hysterektomi i Danmark skønnes i løbet af tre år at kunne gå hånd i hånd med resurse-mæssige gevinster i størrelsesordenen 22 mio. kr. årligt. Dette skal ses i relation til udgifterne, som årligt skønnes at udgøre 1.169.000 kr. (344.000 kr. til driften af databasen, 365.000 kr. til den ph.d.-studerende, og ca. 460.000 kr. til afdelingens personale, som registrerer data i databasen og varetager prøveindberetning/-lægeintroduktion). Besparelsen er alene beregnet på

Tabel 3. Årligt driftsbudget iht. ansøgning til Amtsrådsforeringen 2005.

Områder	Beløb/kr.
1) Personale	
a) Klinisk projektledelse	100.000
b) Datavalidering/kvalitetssikring	110.000
c) Dataindtastning	
d) Administration	
e) Andet, specificer	
1) Personale i alt	210.000
2) it	
3) Sekretariat	20.000
4) Mødeaktiviteter og rejser	30.000
5) LPR-udtræk x 2 årlig	4.000
6) Kompetencecenter	
a) it – udvikling/drift	
b) Statistik og epidemiologi	80.000
c) Andet, specificer	
Ansøgt beløb i alt	344.000

baggrund af sparet hoteltakst ved et reduceret hospitaliseringsbehov og ved et reduceret behov for genindlæggelse pga. færre komplikationer. Såfremt de opstillede kvalitetsmål nås, vil reduktionen i antallet af komplikationer desuden kunne bidrage til et reduceret antal reoperationer, som det hidtil ikke har været muligt at værdisætte for genindlæggelserne pga. det manglende datagrundlag.

Det er væsentligt at være kritisk over for den anvendte metode. Beregningerne forudsætter, at databasen rent faktisk når de mål, man har sat sig, ligesom resurser til implementering af evt. ændrede fælles perioperativeregimerne (f.eks. tidlig mobilisering) ikke indgår. Det er endvidere ikke givet, at databasen alene er årsagen til forbedringerne. Man kan imidlertid sige, at databasen er en helt grundlæggende forudsætning for at følge udviklingen i kvaliteten. Med omtalte eksempel fra DHD giver de halvårslige auditmøder med afdelingsrepræsentanterne mulighed for løbende justeringer af operationsregimenerne og for indførelse af ensartede nationale behandlingsregimener under tæt monitorering.

Tabel 4. Skønnet resurseforbrug pr. år for indberettende afdelinger.

Arbejdsopgave	Skøn for tidsforbrug	Skønnet beløb
Indberetning	Lægens udfyldelse af databaseskema ^a 6 min. (for 82%) + ved komplikation yderligere 10 min (for 18%) + ved genindlæggelse yderligere 10 min (for 8%)	164.807 kr.
	Sekretærens indberetning af databaseskema ^b 15 min + evt. genindlæggelse yderligere 5 min (for 8%)	195.439 kr.
Auditmøde	Læge- og sekretærrepræsentant på hver af de 30 afdelinger 2 halvårslige auditmøder a 4 timer	99.667 kr.
I alt		459.913 kr.

a) Tidsforbruget hviler på et skøn fra en tilfældig udvalgt læge, som foretager indberetning til databasen.

b) Tidsforbruget hviler på et skøn fra tre tilfældigt udvalgte afdelinger, som foretager indberetning til databasen.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

De resurse-mæssige gevinster forudsætter, at sengedagstaksten er ens på de danske hospitaler, og at kvalitetsforbedringerne er generelle. Sengedagstaksterne og »hoteltaksterne« varierer betydeligt fra sygehus til sygehus som konsekvens af, at afregningssystemet mellem amterne og mellem amt og stat er forskellig.

I Danmark anvendes årlig 15 mio. kr. til arbejdet med de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og i 2003 blev der givet støtte til 34 databaser, som maksimalt hver kan få 500.000 kr. til den årlige drift. Puljen finansierer også basisdriften af de tre kompetencecentre (i alt 3,3 mio. kr.). Beløbet til den landsdækkende, løbende kvalitetsmonitorering er dermed forsvindende lille i betragtning af, at de årlige udgifter til sygehusvæsenet udgør ca. 48 mia. kr. Eksemplet fra DHD viser, at der blot i denne database er potentielle resursegevinster i størrelsesordenen mindst 22 mio. kr, når hoteltaksten anvendes som beregningsgrundlag. Hvis den fulde sengedagstakst var anvendt, ville den estimerede resursegevinst have været ca. det dobbelte. Når databasen har været i drift i tre år, har artiklens forfattere til hensigt at følge op på beregningerne for at vurdere, om de opstillede mål er nået.

Korrespondance: Jan Utzon, Nationalt Kompetencecenter for Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser, region øst (KCØ), Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Københavns Amt, Afsnit 84/85, Amtssygehuset i Glostrup, DK-2600 Glostrup. E-mail: janutzon@dadlnet.dk

Antaget: 4. februar 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Møller C, Kehlet H, Utzon J et al. Hysterektomi i Danmark. Ugeskr Læger 2002;164:4539-45.
2. Møller C, Kehlet H, Friland SG et al. Fast track hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol 2001;98:18-22.
3. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. Am J Surg 2002;183:630-41.
4. Kjerulff KH, Thodes JC, Langenberg PW et al. Patient satisfaction with results of hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2000;183:1440-7.
5. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P et al. Clinical outcomes and costs with the Levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia. JAMA 2004;291:1456-63.
6. Sculpher M, Manca A, Abbott J et al. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomised trial. BMJ 2004;328:134.
7. Alban A, Keiding H, Søgaard J. Retningslinier for udarbejdelse af økonomiske analyser af lægemidler. Bilag 1, Sundhedsministeriet. Udfordringer på lægemiddelområdet. Betænkning afgivet af Sundhedsministeriets Medicinudvalg. København: Sundhedsministeriet, 1998.
8. Luce BR, Manning WG, Seigel JE et al. Estimating costs in cost-effectiveness analysis. I: Gold MR, Siegel JE, Russell LB et al. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press, 1996.
9. Sørensen M, Hornnes N, Møller C. En randomiseret undersøgelse af kvinders behov for telefonisk opfølgning efter hysterektomi i accelereret regime. Vård i Norden, (i trykken).

Aflastningsfamilier til voksne psykiatriske patienter

De første erfaringer fra Danmark

Overlæge Jørgen Aagaard, pædagog Michael Freiesleben, lægesekretær Anette Mathiesen & statistiker Leslie Foldager

Tønder, Distriktspsykiatrisk Center, København, Videnscenter for Socialpsykiatri, og Århus Universitetshospital, Psykiatrisk Hospital i Århus, Afdeling for Psykiatrisk Demografi

Resumé

Introduktion: Inspireret af Crisis Home-programmet i Madison, hvor voksne psykiatriske patienter tilbydes korterevarende ophold hos private familier som alternativ til indlæggelse, har vi tilpasset og afprøvet et aflastningsfamilieprogram ved Distriktspsykiatrisk Center i Tønder.

Materiale og metoder: Procedurer og skemaer fra Crisis Home-programmet blev anvendt. Spørgeskemadata blev indsamlet ved start og afslutning af ophold og suppleret med registerdata vedr. forbrug af det psykiatriske sygehusvæsen. Kvalitative data omhandlede praksisbeskrivelser og fokusgruppeinterview.

Resultater: Fra den 1. juli 2001 til den 30. juni 2003 blev der iværksat 96 aflastningsophold fordelt på 41 forskellige patienter, hvoraf otte havde flere end tre ophold. Sytten patienter (41,5%) var tilknyttet det opsøgende psykoseteam og udgjorde i alt 42 (43,8%) af opholdene. Gennemsnitsvarigheden af opholdene var 4,4 dage. Der var en tendens til et fald i forbruget af indlæggelser før og efter første ophold for de patienter, der var tilknyttet det opsøgende psykoseteam, mens der ikke var tegn på forskel i forbruget for de øvrige. Patienterne, aflastningsfamilierne og henvi- serne var meget tilfredse med tilbuddet.

Konklusion: Et tilbud om aflastningsfamilieophold er hos os blevet en ny handlemulighed for kontaktpersoner til svært psykisk syge mhp. at kunne forebygge forværring og reducere risikoen for genindlæggelse. Tilbuddet fremstår som et kvalitetsløft i det samlede behandlingstilbud, men en nøjere dokumentation af effekter, herunder sundhedsøkonomiske aspekter, fordrer en kontrolleret undersøgelse.