



UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

Kommunal rehabilitering - effekter og erfaringer

Inger Johansen MD Ph.d.

Brekke M, MD PhD, Lindbak M, MD PhD

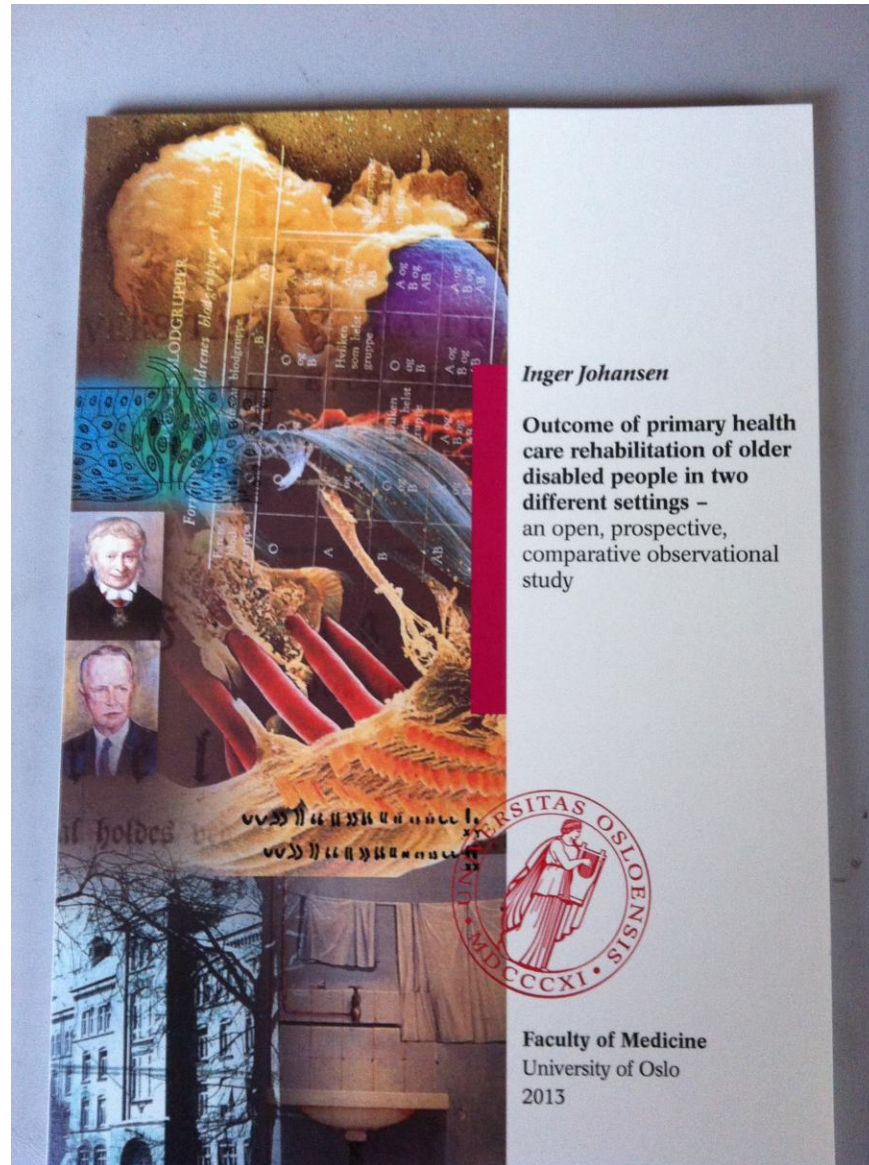
UiO, HELSAM, Avd. for allmennmedisin, Allmennmedisinsk Forskningsenhet

Stanghelle J K, MD PhD

Sunnaas Universitetssykehus, UiO

NORWAY





Disposisjon

- Bakgrunn
- Materiale og Metode
- Resultater
- Konklusjon

Bakgrunn

Fakta

- Aldrende befolkning
- Korte sykehusopphold
- Presset helseøkonomi
- Mer ansvar for helsetjenester i 1.-linjen (Samhandlingsreformen)

Konsekvenser

- Stadig flere eldre i kommunene med funksjonssvikt og behov for rehabilitering

Jagger C, Matthews R, Spiers N, Brayne C, Comas-Herrera A, Robinson T, Lindesay J, Croft P: Compression Or Expansion Of Disability? Forecasting Future Disability Levels Under Changing Patterns of Diseases. Final report. University of Leicester; 2006. KF 117 02/06

Utfordringer

- Finne optimale rammer og innhold i rehabilitering av eldre i primærhelsetjenesten

Funksjonsproblemer hos eldre >67 år Norge

Scenario 2020

Basert på tall fra SSB, opptelling i 2008

Problem	Menn,%	Kvinner, %	Scenario 2020 800.000>67 år
Trapp, 5 min. gange	20	30	200.000
Innkjøp, renhold	16	23	160.000
Komme seg ut av bolig	8	19	110.000
Pleietrengende	5	6	

Bakgrunn

Dokumentert funksjonsbedring ved

- **Spesialistbasert geriatrik behandling og rehabilitering**
Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 2010;340:c1718doi:10.1136/bmj.c1718
- **Rehabilitering på intermediærnivå: Community Hospitals, Forsterket sykehjem, Early Supported Discharge, Home Based Rehabilitation**
Young J, Green J, Forster A, Small N, Lowson K, Bogle S et al. Postacute care for older people in community hospitals: a multicenter randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2007;55:1995-2002. *** Fjærtøft H, Indredavik B, Lydersen S. Stroke unit care combined with early supported discharge. Long term follow-up of a randomized controlled trial. Stroke 2003; 34:2687-92.

Nøkkelfaktorer: Tverrfaglig, koordinert rehabilitering

Lite kunnskap om rehabilitering av eldre drevet av primærhelsetjenesten





Spørsmål

1. Er det en reell effekt av rehabilitering av eldre i egen enhet?
2. Er effekten av rehabilitering av eldre i egen enhet bedre enn i korttidsplasser på sykehjem?
3. Kostnadsforskjeller?



Materiale og Metode

Design

- Sammenlignende observasjonsstudie med en 18 måneders oppfølgingsstudie

Inklusjonskriterier

- Alder ≥ 65 år, begge kjønn
- Diagnoser: Hjerneslag, osteoartritt (artroser), lårhalsbrudd, “andre” (kroniske sykdommer eller funksjonssvikt pga langt sykehusopphold eller aldring)
- Rehabiliteringspotensial

Metode

Effekt

Endring i evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter - Sunnaas ADL Index (SI)

Andre måleskaler

Livstilfredshet, LSC. Kognitiv status, MMSE. Psykisk status, SCL10

Andre variabler

Pasientkarakteristika. Varighet av rehabiliteringen

Hjemmetjenestene. Hjelp fra familien

Dødsfall

Antall dager i sykehjem. Boforhold

Kostnadsanalyser

Modellene

		Modell 1	Modell 2
1.	Rehabiliteringsarena	Eget senter	Korttidsplasser sykehjem
2.	Tverrfaglig personell	Fysio. Ergo. Pleiere. Lege	Fysio. Ergo. Pleiere. Lege
3.	Stillinger fysio Stillinger ergo	Fire Tre	Tre To
4.	Rehabiliteringsprosessen	Strukturert	Mindre strukturert
5.	Treningen Styrke, mobilitet, funksjonell ADL	En-til-en. Grupper. Egen 1.5t/dag 1.5t/dag	En-til-en. Grupper. Egen 0.5t/dag 1.5t/dag
6.	Hjemmebesøk	Så snart det er mulig	Tilfeldig



Resultater

	N (%kvinner)	Alder Gj.snitt (SD)	Bolig Egen/Om sorgs leilighet %	N Samboer / Alene	Diagnoser	Kognitivt MMSE Gj.snitt (SD)	Psykisk SCL10 Gj.snitt (SD)
M1	202 (71)	80.7(6.5)	83/17	35/65	Slag=34 Artrose=23 Brudd=82 Andre=61	25.0(4.0)	1.4 (0.3)
M2	100 (66)	80.2(7.3)	87/13	44/56	Slag=16 Artrose=14 Brudd=26 Andre=44	25.4 (3.8)	1.4 (0.3)

1. MMSE=Cognitive status 2.SCL10=Emotional status

Resultater

Endring SI, Rehabiliteringstid, Hjemmetjenester

	Modell 1	Modell 2	Differanse M1-M2 (95% CI)	p
Endringsskår SI(SD)	4.2 (4.6)	2.7 (4.3)	1.5(0.4-2.5)	0.008
ANCOVA			1.9(1.0-2.8)	<0.001
Rehabiliteringstid Gj.snitt uker (95%CI)	3.1(2.9-3.3)	5.5(4.7-6.2)	2.4	<0.001
>3t/uke Hjemmetjenester (%)	26	43		OR 0.6 95%CI (0.4-0.8)



Prediktorer for Effekt

Kognitiv status

Predikerte

Positivt funksjonsbedringen i ADL og

Negativt behovet for hjemmetjenester

Resultater 18 måneder

Forskjell i SI 18 måneder: 2.2

(ANCOVA $p=0.003$ 95% CI (0.8-3.7) korrigert for kjønn, alder, MMSE og baseline SI)

Korttidsopphold sykehjem

Ca 60%: 0 dager

Ca 20%: 1-28dager. $M1 < M2$: Forskjell: 4dager

(-0.1-7.1) $p=0.06$

Ca 20%: >28dager. $M1 < M2$: Forskjell: 105dager

(0.28-209.6) $p=0.05$. Independent samples T-Test

Resultater 18 måneder

Institusjonalisering og mortalitet

Institusjonalisering:

Omsorgsleilighet eller permanent sykehjemsplass

	N(%) Start rehab	N(%) 18 måneder	P*
M1	28(14)	32(19)	0.45
M2	12(12)	25(28)	0.001

*McNemar

Permanent sykehjemsplass

for pasientene >80år

M1: 9.8%

M2: 15.6%

- Dødelighet 10%
- Kostnadene ca 40% lavere i M1

Kostnadsanalyser

Mean kostnad per pasient i norske kronerx1000 gjennom 18 måneders oppfølging

Setting	M1	M2	Kostnadsfors kjell M2-M1	P* for kostnads forskjellen
Rehabilitering	59.5	87.8	28.3	<0.001
Hjemmetjenester	87.1	168.0	80.9	0.002
Korttidsopphold	72.7	118.5	45.8	0.2
SUM	219.3	374.3	155.0	

*Independent Samples T-Test. CI ikke tatt med i tabellen for å øke lesbarheten

Suksessfaktorene i M1

- Forutsetning for inntak: Rehabiliteringspotensial, tverrfaglig standardisert vurdert
- Dedikert enhet. Pasienter og personale har fokus på rehabilitering i et aktivt og optimistisk miljø (WHO ICF Rehab cycle). Innen- og utendørs miljø tilrettelagt for aktivitet for funksjonshemmede
- Strukturert rehabiliteringsprosess og dialog
- Bruk av måleskalaer
- Tilstrekkelig aktivitetstid og intensitet

Konklusjon

Rehabilitering av eldre i
egen kommunal enhet vs i korttidsplasser på sykehjem

- Nesten doblet forbedring i ADL på nesten halve rehabiliteringstiden
- Forskjellen i ADL vedvarte til 18 måneders oppfølging
- Trengte mindre hjemmetjenester

Konklusjon

- Færre dager i korttidsplasser på sykehjem i M1
- Andelen pasienter bosatt i omsorgsleilighet eller sykehjem ikke endret i M1, doblet i M2
- Rehabiliteringen i M1 var både mer effektiv og kostet mindre enn i M2



Resultater

Økningen i funksjonsevnen

var uavhengig av

- kjønn
- alder
- livstilfredshet
- psykisk status
- sivilstatus
- diagnose
- varighet av rehabiliteringen

Predikert positivt av

- kognitiv status

Ingen forskjell mellom modellene