



Hurtig og effektiv behandling på sygehusene

– har det konsekvenser for kommunerne?

Litteraturgennemgang af afledte konsekvenser for kommunerne

Marie Henriette Madsen

Dansk Sundhedsinstitut
September 2008

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-571-9 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

På de danske sygehuse arbejdes der intenst på at sikre hurtige og effektive behandlingsforløb uden unødigt ventetid under indlæggelsen. Indlæggelsestiden har derfor været for nedadgående i en årrække, og der er opnået gode resultater med koncepter som fx accelererede kirurgiske patientforløb.

Spørgsmålet er om behandlingsforløb med kort intensiv indsats og kort indlæggelsestid påfører kommunerne ekstra opgaver og lægger pres på de kommunale sundhedsbudgetter. Dette spørgsmål har Danske Regioner bedt Dansk Sundhedsinstitut om at belyse ved en gennemgang af eksisterende litteratur på området.

Publikationen er udarbejdet af projektleder cand.scient.san.publ. Marie Henriette Madsen med intern kvalitetssikring af vicedirektør Henrik Hauschildt Juhl. Notatet er udarbejdet for og finansieret af Danske Regioner.

Henrik Hauschildt Juhl

Vicedirektør

Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	5
Indledning	7
Formål og metode	7
Litteratursøgning	7
Accelererede kirurgiske patientforløb	8
Accelererede kolonkirurgiske patientforløb	8
Accelererede patientforløb efter hoftefraktur	9
Accelererede patientforløb efter kejsersnit	9
Sammenfatning – konsekvenser for kommunerne	9
Hurtige medicinske patientforløb	10
Accelereret understøttet udskrivelse - apopleksipatienter	10
Understøttet udskrivelse af ældre patienter	11
Assisteret hjemmebehandling af patienter med KOL	14
Sammenfatning – konsekvenser for kommunerne	14
Konklusioner	15
Er patienter i hurtige, intensive behandlingsforløb mere pleje- og omsorgskrævende ved udskrivelse end patienter i konventionelle forløb?	15
Hvilke organisatoriske forudsætninger skal være til stede i kommunerne for at imødekomme udviklingen mod hurtige, intensive forløb på sygehusene?	16
Har udviklingen mod hurtige patientforløb økonomiske konsekvenser for kommunerne?	17
Litteratur	19
Bilag 1 Litteratursøgningsstrategi	20

Resumé

Inden for de kirurgiske, geriatriske og medicinske specialer er indlæggelsestiderne på danske sygehuse faldet væsentligt i perioden 1995-2004. Denne udvikling har skubbet til grænserne mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen, og kommunerne er bekymrede for, at accelererede og hurtige behandlingsforløb stiller yderligere krav med hensyn til pleje- og omsorgskrævende indsats, organisatoriske forudsætninger og økonomisk formåen.

Denne DSI Publikation redegør for eksisterende viden om betydningen af hurtigere patientforløb for kommunerne og for viden om forudsætninger for at varetage patienter udskrevet fra accelererede og hurtige forløb på sygehusene. Følgende spørgsmål er søgt besvaret:

1. Er patienter i hurtige, intensive behandlingsforløb mere pleje- og omsorgskrævende ved udskrivelse end patienter i konventionelle forløb?
2. Hvilke organisatoriske forudsætninger skal være til stede i kommunerne for at imødekomme udviklingen mod hurtige, intensive forløb på sygehusene?
3. Har denne udvikling økonomiske konsekvenser for kommunerne?

Der er foretaget en systematisk litteratursøgning i videnskabelige databaser, danske tidsskrifter og på internettet efter 'grå litteratur'. Publikationen er baseret på 13 danske og udenlandske studier.

Pleje og omsorg

Accelererede kirurgiske patientforløb

Accelererede patientforløb er et evidensbaseret behandlingskoncept på det kirurgiske område, hvor patientens forløb er tilrettelagt og organiseret med henblik på at forbedre de enkelte elementer i behandlingen på en sådan måde, at patienternes dødelighed nedbringes, indlæggelsestiden reduceres, rekonvalescensen afkortes og behovet for genindlæggelse reduceres.

I en dansk undersøgelse af accelererede kolonkirurgiske patientforløb finder man en reduktion i forbruget af sengedage, men til gengæld en større genindlæggelsesrate og flere tilsyn i ambulatoriet blandt patienter i accelererede forløb sammenlignet med konventionelle forløb. Flere patienter i accelererede forløb havde genoptaget normale fritidsaktiviteter 14 dage efter operationen, og der var ingen forskel i kontakten til egen læge og behovet for vagtlæge og hjemmepleje de to grupper imellem. Forfatterne anfører, at accelererede patientforløb forudsætter, at der fokuseres på koordinering og samspil mellem alle involverede sundhedsfaglige aktører.

I en dansk undersøgelse af accelererede patientforløb for patienter med hoftebrud finder man, at patienter, der udskrives til eget hjem, har færre komplikationer, færre genindlæggelser og et uændret behov for hjemmehjælp efter operationen.

I en dansk undersøgelse af accelererede patientforløb efter kejsersnit finder man, at hurtigere mobilisering og udskrivning hverken medfører flere komplikationer eller større behov for kontakt til praktiserende læge, sundhedsplejerske eller vagtlæge/skadestue én måned efter udskrivelse.

Ud fra de gennemgåede studier af accelererede kirurgiske patientforløb er der ikke belæg for at konkludere, at patienter udskrevet fra denne type forløb er mere pleje- og omsorgskrævende, eller at de har et større forbrug af kommunale sundhedsydelser (fx hjemmehjælp og hjemmesygepleje) sammenlignet med patienter i et konventionelt behandlingsforløb.

Hurtige medicinske patientforløb

Hurtige patientforløb inden for det medicinske og geriatriske område er ofte båret af organisatoriske forandringer på sygehusene, f.eks. oprettelse af teams til at varetage og koordinere behandling og opfølgning af bestemte patientgrupper. Formålet er ofte at understøtte tidlig udskrivning af specifikke patientgrupper og ældre.

I en engelsk metaanalyse af accelereret understøttet udskrivning af apopleksipatienter sammenlignet med konventionelle forløb finder man en reduktion i dødelighed, forbedret funktionsniveau, kortere indlæggelsestider, men ingen forskel i genindlæggelsesraten.

I en dansk MTV af accelereret understøttet udskrivning til behandling/pleje i eget hjem finder man reduktion i dødelighed, forbrug af plejehjemsydelser og indlæggelsestid sammenlignet med konventionelle forløb. Økonomisk vil ordningen indebære øgede udgifter for sygehusene (regionerne) men færre udgifter i plejesektoren (kommunerne).

I en engelsk metaanalyse af interventioner ved udskrivning af ældre patienter finder man en tendens til, at uddannelse (patientskoler) kan påvirke genindlæggelsesraten hos hjertepatienter.

I en dansk MTV af opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse finder man bl.a. en reduktion af varigheden af efterfølgende indlæggelse, men ingen ændring helbredsstatus og funktionsevne.

Ud fra de gennemgåede studier er der ikke belæg for at konkludere, at patienter i hurtige forløb er mere pleje- og omsorgskrævende eller påfører kommunerne øgede byrder.

Organisatoriske forudsætninger

Sammenfattende kan konkluderes, at der på baggrund af de gennemgåede studier ikke er konstateret et større forbrug af sygehusydelser hhv. kommunale plejeydelser ved ordningerne med accelererede og hurtige patientforløb. På denne baggrund synes der ikke at være belæg for, at kommunerne skal tilvejebringe særlige foranstaltninger til opfølgning og rehabilitering. Det skal dog understreges, at litteraturen kun afdækker et begrænset område.

Erfaringerne fra studierne viser, at øget fokus på samarbejde mellem sygehuse og kommuner og et gensidigt godt kendskab til hinandens systemer er vigtigt for succes'en med hurtige patientforløb. Dette gælder især omkring tidlig planlægning af udskrivningsforløb for patienterne.

Økonomiske konsekvenser

Det analyserede materiale giver ikke belæg for håndfaste konklusioner vedrørende økonomisk effektivitet eller besparelser ved at etablere accelererede eller hurtige patientforløb. De gennemgåede studier synes at indikere, at der kan være tale om nettobesparelser for kommunerne evt. udgiftsneutralitet. Også her må der tages højde for et relativt begrænset materiale.

Indledning

Der er inden for de seneste årtier sket et markant fald i indlæggelsestiderne på danske sygehuse. Somatiske sengedage er faldet, samtidig med at den ambulante aktivitet er forøget. Særligt inden for de medicinske og geriatriske specialer har der været et fald i indlæggelsestider (hhv. 25 og 44 % i perioden fra 1995-2004), mens faldet i de kirurgiske specialer i samme periode har været 14 % (1).

En artikel i Sygeplejersken anslår, at antallet af borgere over 70 år, der er blevet udskrevet fra sygehuse inden for 24 timer efter en indlæggelse, er steget med 89 % fra 1997 til 2006 (svarende til i alt 76.000 borgere i perioden¹) (2). Denne udvikling, hvor patientforløb på sygehuse effektiviseres og afkortes, problematiseres, bl.a. af kommunerne, der er bekymrede for, om udgifterne flyttes fra sygehuse til kommunerne. Det diskuteres desuden, om udfordringerne med at tilbyde specialiseret og intensiv pleje til nyudskrevne patienter stiller nye og større krav til kommunerne på sundhedsområdet, og hvorvidt der er behov for en styrkelse af de kommunale sundhedsopgaver, fx hjemmesygeplejen.

Formål og metode

Denne publikation søger at afklare, hvilken viden der eksisterer om konsekvenserne af de korte og intensive patientforløb for kommunerne. Følgende spørgsmål søges besvaret:

1. Er patienter i hurtige, intensive behandlingsforløb mere pleje- og omsorgskrævende ved udskrivelse end patienter i konventionelle² forløb?
2. Hvilke organisatoriske forudsætninger skal være til stede i kommunerne for at imødekomme udviklingen mod hurtige, intensive forløb på sygehuse?
3. Har denne udvikling økonomiske konsekvenser for kommunerne?

I litteraturgennemgangen er der taget udgangspunkt i accelererede og hurtige patientforløb, og disse er sammenlignet med "langsommere" konventionelle patientforløb.

Litteratursøgning

DSI's bibliotek har foretaget en systematisk litteratursøgning i både videnskabelige databaser (PubMed, SveMed og Cochrane-basen), danske tidsskrifter (Sygeplejersken, Klinisk sygepleje og Ugeskrift for Læger) og på internettet efter "grå litteratur" (Kommunernes Landsforening, Videnscenter på ældreområdet, Dansk Selskab for Geriatri og Google).

Litteratursøgningsprocessen var karakteriseret ved, at der løbende blev tilføjet nye søgeord, efterhånden som indsigten i området blev større. Søgningen resulterede i alt i 34 referencer, hvoraf referencer før 2000 samt studier, som ikke direkte omhandler hurtige patientforløb, fx fokus på uhensigtsmæssige indlæggelser, er blevet fravalgt. Der er desuden lagt vægt på reviews eller metaanalyser samt studier af danske tiltag, som kunne bidrage med at besvare ovenstående spørgsmål inden for en dansk kontekst. I nedenstående gennemgang er der således taget udgangspunkt i 13 studier.

Studierne er gennemgået med det formål at besvare de tre anførte spørgsmål, dvs. om patientens tilstand efter udskrivelse som følge af hurtige forløb, organisatoriske konsekvenser/forudsætninger i kommunerne for hurtige forløb og økonomiske konsekvenser i kommunerne.

Den detaljerede litteratursøgningsstrategi fremgår af Bilag 1.

¹ Tallene er udtrukket fra Landspatientregisteret og vedrører alle akutte indlæggelser af patienter over 70 år i perioden 1997-2006.

² Termen 'konventionelle behandlingsforløb' bruges om de patientforløb som ikke er hurtige/accelererede/intensive patientforløb. Termen er på mange måder misvisende, da udviklingen mod hurtige/accelererede/intensive patientforløb sker løbende, og der derfor ikke eksisterer én egentlig modsætning til denne type forløb.

Accelererede kirurgiske patientforløb

Begrebet accelererede patientforløb knytter sig til et behandlingskoncept på det kirurgiske område baseret på evidensbaseret viden. Der er tale om at forbedre forskellige dele af behandlingen, så behovet for indlæggelse reduceres. Elementerne er bl.a. reduktion af det kirurgiske stressrespons³, brug af minimal invasiv kirurgi, fysisk mobilisering, effektiv smertebehandling og fokus på ernæring efter operationen uden ændring i udskrivningskriterierne (4; 5)

Af "Fakta om accelererede patientforløb" – et notat udarbejdet af Sekretariatet for ministerudvalget vedrørende kvalitet i den offentlige sektor – fremgår det (med henvisning til professor, dr.med. Henrik Kehlet), at kolonkirurgi, knæ- og hofteoperationer, lyskebrokkirurgi og hysterektomi er områder med potentiale for at frigøre ressourcer ved at gennemføre accelererede patientforløb på grund af reducerede indlæggelsestider(6). Af et systematisk review af accelererede patientforløb i forbindelse med kolonkirurgi fra 2006 fremgår det, at indlæggelsestid og dødelighed reduceres signifikant, og at der ikke er forskel på genindlæggelsesraten mellem de accelererede og konventionelle forløb. Det konkluderes, at accelererede patientforløb tilsyneladende er en sikker metode, som kan medvirke til at frigøre sengepladser på sygehusene, men at evidensen er begrænset⁴ (7). Der er ikke identificeret lignende reviewstudier af accelererede patientforløb ved andre typer af kirurgi.

Mange undersøgelser af accelererede kirurgiske forløb anvender indlæggelsestider, genindlæggelsesrater og patientrelaterede komplikationer som følge af operationen som effektmål. Denne type effektmål besvarer det første af de indledende formål, nemlig om patienter som følge af accelererede patientforløb er mere behandlings- og plejekrævende ved udskrivelse fra sygehus sammenlignet med patienter i konventionelle forløb. Da denne publikation også har til formål at afklare organisatoriske forudsætninger såvel som økonomiske konsekvenser af de hurtige patientforløb for kommunerne, vil der i det følgende blive fokuseret på studier, som belyser aspekter med relevans herfor. Her er taget udgangspunkt i danske studier, som inddrager organisatoriske og økonomiske aspekter med relevans for kommunerne (3; 8-11).

Accelererede kolonkirurgiske patientforløb

I en dansk kontrolleret, ikke-randomiseret undersøgelse af accelererede kolonkirurgiske forløb gennemført på Hvidovre Hospital (80 patienter) sammenlignet med kolonresektioner efter konventionel behandling på Gentofte Sygehus (80 patienter) (3; 9; 10) finder man en reduktion i forbruget af senge dage, men til gengæld en større genindlæggelsesrate og flere tilsyn i ambulatoriet blandt patienter i accelererede forløb sammenlignet med konventionelle forløb. Derudover finder man, at flere patienter i accelererede forløb havde genoptaget normale fritidsaktiviteter 14 dage efter operationen, og at der ikke var forskel i kontakten til egen læge og behovet for vagtlæge og hjemmepleje de to grupper imellem. Dog finder man en ikke-signifikant forøget behov for hjemmesygepleje som følge af sårproblemer blandt patienter i det accelererede forløb. Endelig konkluderes det, at en forudsætning for det accelererede patientforløb er, at der fokuseres på koordinering og samspil mellem andre sundhedsfaglige aktører, men det anføres ikke hvad der skal koordineres og hvem der skal koordineres med.

³ Det kirurgiske stressrespons er fysiologiske, uønskede afledte effekter af en kirurgisk indgreb (3).

⁴ Der er inkluderet i alt seks undersøgelser i dette review, udvalgt på baggrund af studiedesign (randomiserede eller klinisk kontrollerede undersøgelser), interventionstype (prospektive interventioner, hvor accelererede forløb sammenlignes med konventionel behandling i forbindelse med kolonresektion ved benign eller malign sygdom), og hvis der var information om en række data (alder, køn, mortalitet, morbiditet, indlæggelsestid, genindlæggelsesrate og mindst fire delelementer fra konceptet 'det accelererede kirurgiske patientforløb' (7)).

Accelererede patientforløb efter hoftefraktur

I et andet dansk studie har man sammenlignet 100 patienter indlagt før interventionsstart og 100 patienter indlagt efter interventionsstart alle med hofte nære frakturer (11). I interventionsperioden indgik patienterne i et accelereret behandlingsprogram, hvor de før interventionsperioden modtog afdelingens sædvanlige pleje- og genoptræningsprogram. I dette studie finder man, at patienter der udskrives til eget hjem har færre komplikationer, færre genindlæggelser og et uændret behov for hjemmehjælp efter operationen.

Accelererede patientforløb efter kejsersnit

I et tredje dansk studie (8) af accelererede patientforløb efter akut og planlagt kejsersnit – gennemført som et før-efter studie af 50 kvinder i hhv. interventions- og kontrolgruppen – finder man, at hurtigere mobilisering og udskrivelse hverken medfører flere komplikationer eller større behov for kontakt til praktiserende læge, sundhedsplejerske eller vagtlæge/skadestue én måned efter udskrivelse. Der henvises i artiklens diskussionsafsnit til en cost-benefit analyse lavet med samme studiepopulation, hvor der er fundet en samfundsøkonomisk besparelse på 4.200 kr. pr. behandlingsforløb⁵.

Sammenfatning – konsekvenser for kommunerne

Accelererede kirurgisk patientforløb er et koncept med fokus på forbedring af de kirurgiske delelementer med det formål at gøre det samlede forløb mere skånsomt for patienten samt at sikre hurtigere patientforløb på sygehusene.

Danske undersøgelser af accelererede kirurgiske patientforløb for tre forskellige kirurgiske indgreb har ikke fundet statistisk signifikante forskelle i brugen af kommunale sundhedsydelser (hhv. hjemmepleje/hjemmehjælp, hjemmesygepleje, sundhedsplejersker) sammenlignet med konventionelle forløb.

⁵ Degn-Petersen B. Samfundsøkonomisk evaluering af accelereret patientforløb for kvinder, der føder ved planlagt kejsersnit. Udgivelse nr. 93. MPH-uddannelsen. Københavns Universitet. Forfatteren har ikke været i besiddelse af denne evaluering i forbindelse med udarbejdelsen af denne publikation.

Hurtige medicinske patientforløb

Accelererede patientforløb inden for det kirurgiske område er et koncept med bestemte og evidensbaserede delelementer. Udviklingen inden for det medicinske område er i højere grad karakteriseret ved at være en konsekvens af organisatoriske forandringer med henblik på hurtigere diagnostik og iværksættelse af relevant behandling. Således finder man ikke undersøgelser af forskellige konsekvenser af hurtige medicinske patientforløb versus konventionelle forløb, som det var tilfældet med accelererede kirurgiske patientforløb. Derimod eksisterer der noget litteratur om interventioner, der har til formål at håndtere hurtig udskrivning af patienter til eget hjem.

Den identificerede litteratur dækker ikke hele det medicinske område, men omhandler primært to patientgrupper, nemlig apopleksipatienter (12-14) og geriatriske patienter (15-18). Et litteraturstudie omhandler desuden assisteret hjemmebehandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (19).

Accelereret understøttet udskrivelse - apopleksipatienter

Apopleksi er en af de sygdomme, som ofte medfører lange indlæggelser og lange rehabiliteringsforløb. Accelereret understøttet udskrivelse (Early supported discharge, ESD) er en nyere metode til at forkorte apopleksipatienters indlæggelse med samme sundhedsfaglige resultater, men med lavere omkostninger (12-14). I det følgende gennemgås to nyere metaanalyser af ESD.

Accelereret understøttet udskrivelse af apopleksipatienter – en metaanalyse

En metaanalyse fra 2005 (12) er baseret på data fra 11 randomiserede studier (i alt 1597 patienter) af ESD interventioner. Interventionerne inddeles af forfatterne i følgende tre typer:

1. ESD-team - koordinering og levering af behandling/pleje: Et multidisciplinært team forankret på sygehuset koordinerer og planlægger udskrivelsen og behandling/pleje umiddelbart efter udskrivelse samt varetager rehabilitering i hjemmet.
2. ESD-team – koordinering af behandling/pleje: Et multidisciplinært team forankret på sygehuset koordinerer og planlægger udskrivning og behandling/pleje af patienten efter udskrivelse. Behandling og pleje efter udskrivelse bliver herefter varetaget af eksisterende tiltag i kommunen.
3. ESD-team før, men ikke efter udskrivelse: Patienter modtager behandling/pleje af et multidisciplinært team på sygehuset. Efter udskrivelse bliver behandling/pleje varetaget enten af en række ukoordinerede kommunale tiltag eller af frivillige sundhedsprofessionelle, ESD teamet koordinerer ikke denne del.

I studiet finder man, at et typisk ESD-team består af 2-5 personer med sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut samt tilknyttet læge, talepædagog og andet assisterende personale⁶.

På baggrund af det samlede datagrundlag finder man i denne metaanalyse en reduktion i dødelighed, reduceret afhængighed ved udførelse af basale daglige aktiviteter (Barthel indeks⁷), reducerede indlæggelsestider svarende til 7,7 dage og ingen forskel i genindlæggelsesraten mellem ESD og konventionel apopleksibehandling på sygehuse. Den bedste effekt ses dog blandt patienter med moderat

⁶ Det fremgår ikke af artiklen, hvad denne faggruppe dækker over, men det må formodes at svare til personale svarende til SOSU-hjælpere eller -assistenter.

sværhedsgrad af apopleksi og ved den første type af ESD interventioner, dvs. hvor et multidisciplinært team både koordinerer og leverer indsatsen under og efter indlæggelse.

Kun i fem af de 11 inkluderede studier i denne metaanalyse er der opgjort omkostninger, og data var ikke tilstrækkeligt sammenlignelige til en samlet omkostningsberegning. I alle fem studier konkluderes det dog, at ESD er et billigere alternativ til konventionelle behandlingsformer svarende til en reduktion på 4-30 % (median besparelse 20 %). Det fremgår, at besparelserne primært stammer fra færre indlæggelsesdage, men der præsenteres ikke sektorspecifikke beregninger, og det er ikke muligt at drage konklusioner om eventuelle øgede omkostninger eller besparelser i primærsektoren.

Accelereret understøttet udskrivelse til behandling/pleje i eget hjem – en MTV

Det andet studie fra 2006 (13; 14) er gennemført som en medicinsk teknologivurdering, hvor teknologidelen tager udgangspunkt i en opdateret og justeret metaanalyse svarende til studiet af Langhorne et al. (12). I metaanalysen er inddraget data fra otte randomiserede studier (hvoraf seks er gengange-re fra studiet ovenfor), hvor der udelukkende foretages træning i eget hjem (Early Home supported discharge, EHSD).

I denne metaanalyse finder man også en statistisk signifikant reduktion i dødelighed og brug af fx plejehjem samt en statistisk signifikant reduktion i indlæggelsestiden på 11 dage. Fem af de inkluderede studier indeholdt relevant information om omkostningerne ved EHSD. På baggrund heraf beregnede man, at omkostninger ved EHSD inden for en periode på et år svarer til 1.340 USD⁸ pr. patient. Tilsvarende estimeres det, at gennemsnitlige omkostninger til indlæggelse og udgifter til plejehjem ved konventionel behandling svarer til 1.480 USD⁹ pr. patient, altså en besparelse på 140 USD pr. patient ved EHSD sammenlignet med konventionel behandling. Der henvises desuden til et af de inkluderede studier, hvor patienterne er fulgt over en periode på fem år, og som har vidst højere score i ADL (Activities of Daily Living) blandt patienter i EHSD-gruppen i hele studieperioden, hvorfor forfatterne forudser yderligere besparelser på langt sigt. Det forudses, at den økonomiske byrde ved EHSD primært vil ligge hos hospitalerne, da kommunerne vil spare penge på forbruget af plejehjem og tilsvarende faciliteter. I en dansk MTV (14) estimeres, at kommunen vil opnå en nettobesparelse på 9.000 kr./patientforløb, primært som følge af reducerede plejhjemsudgifter.

Understøttet udskrivelse af ældre patienter

Der er også sket et fald i indlæggelsestiden blandt geriatriske patienter, og en del af den identificerede litteratur omhandler denne patientgruppe. Der er fundet en reviewartikel af internationale undersøgelser og to evalueringer af danske tiltag.

Interventioner ved udskrivning af ældre patienter – et systematisk meta-review

I et meta-review (18) af 15 review-undersøgelser af interventioner, som har til formål at reducere nogle af de problemer, som opstår ved udskrivning af ældre patienter fra sygehus til hjemmet, anvender man følgende kategorisering af de undersøgte interventioner:

1. *Detaljerede udskrivningsplaner*: Interventioner med standardiserede procedurer for vurdering, koordinering og implementering af udskrivningsplaner med det formål at undgå unødvendig genindlæggelse, vedligeholdelse af helbred og reducere byrden for pårørende.

⁷ Barthel indekset er et redskab til at evaluere behandlingseffekt og/eller forudsige et rehabiliteringsforløb. Det anvendes i store dele af verden og anses for at være guldstandard for vurdering af basale ADL-funktioner (Activities of Daily Living).

⁸ April 2005

⁹ April 2005

2. Detaljerede geriatriske vurderinger: Formaliseret og standardiseret multidisciplinær vurdering af helbred, behov for rehabilitering og sociale behov. Vurderingen bruges som grundlag for styringsanbefalinger til fx hospitalsafdelinger, hjemmepleje og læger.
3. 'Støtte ved udskrivning': Planer for støtte af (ældre) patienter efter udskrivelse fra hospital. Kan være alt fra telefonisk kontakt mellem hospitalspersonale eller personale fra primærsektoren og patienten efter udskrivning til teams af sundhedsprofessionelle, som udfører behandling mm. i patientens hjem efter udskrivning.
4. Uddannelse/patientskoler: Interventioner, der har til formål at forbedre patienters evne til selv at tage vare på deres sygdom efter udskrivning.

I artiklen gennemgås de 15 reviewartikler med henblik på, at vurdere interventionernes effekt med hensyn til udskrivningsstatus (indlæggelsestid, om patienten udskrives til hjemmet, plejehjem mm., og behovet for hjælp ved udskrivning), funktionsniveau tre måneder efter udskrivning (fysisk, psykisk og socialt) og brugen af sundhedsydelser og omkostninger herved. Forfatterne konkluderer, at det er vanskeligt at komme med klare konklusioner om interventionernes effekt, men at der er en tendens til, at uddannelse/patientskoler har betydning for genindlæggelsesraten hos hjertepatienter (to reviews) og en tendens til at 'støtte ved udskrivning' har nogen effekt på patienternes sociale status, dvs. patientens evne og mulighed for at deltage i normale sociale aktiviteter (et review). En del af årsagen til disse moderate konklusioner er sandsynligvis en stor heterogenitet imellem de enkelte studier inden for de fleste reviews, hvilket generelt har ført til meget uklare konklusioner.

'Følge-hjem'-ordning – Aalborg Sygehus

Den danske litteratur inden for gruppen af ældre patienter er primært grå litteratur, dvs. beskrivelser af lokale tiltag som undersøges lokalt og som primært er fundet via hjemmesider. Heriblandt er såkaldte 'Følge-hjem'-ordninger, som er et tiltag som er blevet introduceret flere steder i Danmark, bl.a. i Aalborg og Århus (16; 17). Ordningerne er ofte forankret på medicinske modtageenheder, fx som en del af et geriatrisk team og med en speciallæge i geriatri, en sygeplejerske og en ergo-/fysioterapeut som gennemgående personer. Nedenfor beskrives ordningen på Medicinsk Center, Aalborg Sygehus som et eksempel på en følge hjem-ordning (FH-team) (16).

Formålet med ordningen er at imødekomme kravet om øget effektivisering, herunder kortere indlæggelsestider og sammenhængende patientforløb. FH-teamet har til opgave at udvikle et tættere samarbejde med sygehusets afdelinger, medvirke til accelererede udskrivelser af ældre patienter og fungere som et bindeled mellem primær og sekundær sektor. FH-teamet foretager vurderinger af nyindskrevne patienters mulighed for hurtig udskrivning, udarbejder planer for udskrivelsen, informerer patienter og pårørende, bestiller relevante hjælpemidler til patienten og tager kontakt til relevante aktører, herunder kommunale aktører, som skal skride ind ved udskrivelse. FH-teamet deltager også i hjemmebesøg, når det er relevant.

En evaluering gennemført af medarbejdere på geriatrisk afdeling anfører, at samarbejdet med kommunerne har fungeret godt, og at der i kommunerne hersker stor tilfredshed med relevansen og tilgængeligheden af information, med FH-teamets forståelse for det kommunale system og med den hurtige adgang til en læge i teamet. Det vurderes, at der er nemmere kommandovej, og at borgeren er i besiddelse af de hjælpemidler, de skal bruge, ved udskrivelsen.

Samarbejdet med de øvrige sygehusafdelinger evalueres også som vellykket, bl.a. fordi FH-teamet kan være behjælpelig med udskrivningsprocedurerne og fremme flowet i afdelingerne.

Også patienterne udviste stor tilfredshed med ordningen og følte sig generelt trygge ved at blive udskrevet inden for rammerne af FH-teamets arbejde. Vedrørende nedbringelse af dødelighed og gen-

indlæggelsesfrekvens kan man ikke konkludere, om projektet har haft en effekt, men det vurderes, at indlæggelsestiden er faldet (dog ikke angivet hvor meget).

Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse

En medicinsk teknologivurdering tager udgangspunkt i et dansk kommunalt forankret tiltag omhandlende opfølgende hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse af ældre patienter. I 2003-2005 gennemførte Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt, praksiskonsulentordningen i Københavns Amt, Glostrup Hospital og kommunerne i området omkring Glostrup Hospital en undersøgelse af en model for tværfaglig opfølgning af ældre medicinske patienter efter udskrivning fra hospitalet (15).

Interventionen bestod af tre kontakter: Første gang i patientens hjem ved den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske ca. en uge efter udskrivning, herefter konsultation eller hjemmebesøg efter behov hhv. 3 og 8 uger efter udskrivelsen ved den praktiserende læge. Hjemmesygeplejersken deltog i de to sidste konsultationer efter behov. Formål med kontakterne var at foretage en bred vurdering af patientens situation med fokus på patientens medicinske behandling, opfølgning på sygehusets behandling og på det aktuelle behov for hjælpe- og omsorgsforanstaltninger fra kommunen. Undersøgelsen blev gennemført som en randomiseret, kontrolleret undersøgelse af 331 patienter på 78 år og derved, udskrevet fra Medicinsk eller Geriatrik afdeling på Glostrup Hospital efter en indlæggelse på mindst to dage.

Undersøgelsen viser, at interventionen havde en række effekter, herunder

- ◆ Reduktion af uoverensstemmelser mellem lægens viden om patientens medicinindtag og den medicin patienten rent faktisk indtog
- ◆ Kontakterne gav anledning til, at den praktiserende læge foretog flere ændringer i den medicamentelle behandling i de første 12 uger efter udskrivelsen
- ◆ Bedre opfølgning på epikrisens behandlingsplan, hvad angår kliniske kontroller og formentlig også parakliniske kontroller
- ◆ Reduktion af antallet af efterfølgende indlæggelser.

Derimod fandt man ingen påvirkning af patientens samlede helbredsstatus og funktionsevne.

Den organisatoriske analyse peger på, at ordningen med opfølgende besøg efter udskrivelse er velegnet for patienter med særlige behov, fx med stort funktionsevnetab, ændret helbredsstatus, kronisk eller alvorligt syge, skrøbelige eller usikre patienter og patienter med et spinkelt socialt netværk. Der var blandt de praktiserende læger og blandt hjemmesygeplejerskerne stor tilfredshed med ordningen og 2/3 svarede, at de ønskede en lignende ordning implementeret i det fremtidige samarbejde. Det konkluderes, at en forudsætning for gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg er, at der etableres faste retningslinjer, og at alle parter prioriterer og er bevidste om ordningen.

Den økonomiske analyse peger på, at interventionen er omkostningsneutral, men med en tendens til en samfundsøkonomisk besparelse ved den øgede opfølgning på ca. 5.000 kr. pr. patient over en halvårs periode. Dette skyldes, at øgede omkostninger til sygesikringsydelser i primærsektoren opvejes af en besparelse på sygehusbehandlingen. Der ses en tendens til, at forbruget af hjemmesygepleje og hjemmepleje var større i interventionsgruppen, hvilket kan føre til øgede omkostninger for kommunen, men det er uklart hvorvidt det opvejes af færre indflytninger i kommunale plejeboliger. Set i lyset af behandlingsstrukturen i forbindelse med strukturreformen, hvor kommunerne medfinansierer sygehusbehandlingerne, viser en kasseøkonomisk analyse, at den primære besparelse opnås på regionsniveau, og at interventionen er udgiftsneutral for kommunerne. Der tages dog forbehold for at kvaliteten af de anvendte data for kommunale ydelser var mangelfuld, fx i forhold til prissætningen af udgifter til kommunale plejeboliger.

Assisteret hjemmebehandling af patienter med KOL

Akutte symptomforværringer hos patienter med KOL er en af de hyppigste årsager til indlæggelse på medicinske afdelinger. I et litteraturstudie er undersøgt forskellige typer af ordninger med lungesygeplejersker i udgående funktioner med henblik at reducere indlæggelsestid og økonomisk byrde for sundhedsvæsenet (19). Det fremgår, at assisteret hjemmebehandling kan organiseres på flere måder, herunder

1. En hjemmebehandlingsenhed hvor patienter henvises enten fra primær- eller sekundærsektoren uafhængig af forudgående indlæggelse.
2. Hjemmebehandling efter kortvarig evaluering i regi af skadestue eller akut modtageafdeling.
3. Hjemmebehandling som en måde at afkorte et indlæggelsesforløb med nogle dage på.

Litteraturgennemgangen peger på, at mange patienter med KOL kan behandles hjemme af en lungesygeplejerske i alle tre former for assisteret hjemmebehandling uden øget risiko for genindlæggelse. Artiklens forfattere vurderer dog, at studiepopulationen i de gennemgåede studier har haft milde akutte symptomforværringer og i mange tilfælde ikke ville have været indlagt. Der ses derfor en tendens til en stærkekasseeffekt¹⁰.

Det vurderes desuden, at alle tre typer af assisteret hjemmebehandling stiller beskedne krav til det nødvendige udstyr og derfor er relativt lette at etablere, men de kræver øget samarbejde mellem lungemedicinsk afdeling, hjemmepleje og praktiserende læge.

I to af de gennemgåede studier, som undersøger assisteret hjemmebehandling efter kortvarig evaluering i skadestue eller akut modtageafdeling, er omkostningerne beregnet til 3.600 kr. hhv. 11.000 kr. pr. patient uden indlæggelse. Udgifterne til hospitalsindlæggelse anslås at være 21.000 kr. pr. patient, og der er derfor potentiale for besparelse ved denne organisationsform, såfremt den ikke giver anledning til et øget antal henvendelser.

Sammenfatning – konsekvenser for kommunerne

Ovenstående litteraturgennemgang er baseret på studier af konkrete og afgrænsede interventioner med fokus på støtte af forskellige patientgrupper (apopleksi, ældre og KOL) i hurtige medicinske forløb.

Accelereret, understøttet udskrivelse af patienter med apopleksi forbedrer funktionsniveauet for patienterne og accelereret, understøttet hjemmebaseret udskrivelse af patienter med apopleksi reducerer brugen af plejehjem mv. I en dansk MTV estimeres, at kommunen vil opnå en nettobesparelse på 9.000 kr./patientforløb, primært forårsaget af reducerede plejehjemsudgifter.

Opfølgende hjemmebesøg hos ældre efter udskrivelse har vist sig udgiftsneutralt for kommunerne, selvom der dog her må tages et vist forbehold med hensyn til datakvaliteten.

I størstedelen af de beskrevne interventioner har opfølgning af patienter været forankret på sygehuse, hvor teams dedikeret specielt til opgaven har varetaget en koordinerende funktion og i varierende grad en udgående funktion. Dette forhold påvirker dels de konklusioner, man kan drage om, hvilke organisatoriske forudsætninger, der skal være til stede i kommunerne for at understøtte de hurtige forløb på sygehuse, dels hvilke konklusioner man kan drage om, hvorvidt kommunerne belastes økonomisk som følge af de hurtige forløb.

10 Dvs. at man etablerer et sundhedstilbud, som ikke er en aflastning af øvrige sundhedstilbud, men et supplement. Man skaber så at sige et nyt behov.

Konklusioner

Denne publikation er udarbejdet på baggrund af eksisterende litteratur om accelererede/hurtige patientforløb i sygehusvæsenet for at få afklaret, om og hvilke konsekvenser de har for kommunerne, fx i form af mere plejkrævende borgere og større økonomisk pres.

Af litteraturgennemgangen fremgår det, at studier af accelererede kirurgiske hhv. hurtige medicinske patientforløb har forskellige udgangspunkter. Hvor studier af accelererede kirurgiske patientforløb er centreret om en eller flere nye teknologier, fx mindre invasive indgreb og fokus på effektiv smertelindring, er studier omhandlende hurtige medicinske patientforløb centreret omkring en ny måde at organisere behandlingen på, typisk med fokus på at flytte en del af den behandling, der foretages på sygehuset hjem i patientens eget hjem. Hvor accelererede kirurgiske patientforløb fremstår som et samlet koncept uanset patientens sygdom, er såvel terminologi som patientforløb inden for det medicinske område mere varierende og afhængig af patientens sygdom.

I Tabel 1 nedenfor er konklusioner fra de gennemgåede studier sat i forhold til publikationens tre hovedspørgsmål. Disse konklusioner sammenfattes og diskuteres i efterfølgende.

Er patienter i hurtige, intensive behandlingsforløb mere pleje- og omsorgskrævende ved udskrivelse end patienter i konventionelle forløb?

Danske undersøgelser af accelererede kirurgiske patientforløb for tre forskellige kirurgiske indgreb har ikke fundet statistisk signifikante forskelle i brugen kommunale sundhedsydelser (hhv. hjemmepleje/hjemmehjælp, hjemmesygepleje, sundhedsplejersker) ved sammenligning med konventionelle forløb.

Accelereret, understøttet udskrivelse ved apopleksi forbedrer funktionsniveauet for patienterne og accelereret, understøttet hjemmebaseret udskrivelse af patienter med apopleksi reducerer brugen af plejehjem mv.

Litteraturen belyser ikke dette spørgsmål på det geriatriske område eller for patienter med KOL.

Samlet set er der ikke i de gennemgåede undersøgelser belæg for at udviklingen mod hurtige patientforløb gør, at patienter er mere pleje- og omsorgskrævende ved udskrivning.

Det skal dog understreges, at litteraturen kun belyser en begrænset del af det medicinske område, og at der ikke er identificeret egentlige opgørelser over patienters plejebehov over tid og/eller som funktion af indlæggelsestid.

Tabel 1 Oversigt over konklusioner fra den gennemgåede litteratur

	Er patienter i hurtige forløb mere plejekrævende?	Organisatoriske forudsætninger i kommunerne for at imødekomme de hurtige forløb	Økonomiske konsekvenser for kommunen ved hurtige forløb
Accelererede kirurgiske patientforløb			
Systematisk review af acc. patientforløb – kolonkirurgi (7)	-	-	-
Acc. patientforløb - kolonkirurgi (3; 9; 10)	Reduktion i indlæggelsestid Større genindlæggelsesrate Kontakt til praktiserende læge, vagtlæge, hjemmepleje uændret. Ikke-signifikant tendens til større behov for hjemmesygepleje ifm. sårpleje.	Forudsætning, at der fokuseres på koordinering mellem sundhedsfaglige aktører (ikke specificeret)	-
Acc. patientforløb – operation for hoftefrakturer (11)	Uændret behov for hjemmehjælp	-	-
Acc. patientforløb – kejsersnit (8)	Behov for vagtlæge/skadestue, praktiserende læge og sundhedsplejerske uændret.	-	-
Hurtige medicinske patientforløb			
Accelereret understøttet udskrivelse – apopleksi (12)	Funktionsniveau forbedres.	-	-
Accelereret understøttet udskrivelse, hjemmebehandling – apopleksi (13; 14)	Reduktion i forbrug af plejehjem, beskyttede boliger mm	-	Nettobesparelse for kommunen
Review af interventioner til understøttet udskrivning af ældre patienter (18)	'Støtte ved udskrivning' kan have effekt på patienters mulighed for at deltage i normale sociale aktiviteter.	-	-
'Følge-hjem-ordning' – ældre (16)	-	Godt samarbejde med kommunen: Sygehusteam har godt kendskab til det kommunale system Kommunen har nemmere og hurtigere adgang til en læge i teamet, nemmere kommandovej Borgere har hjælpemidler allerede ved udskrivelse.	-
Opfølgende hjemmebehandling – ældre (15)	Bedre opfølgning på behandlingsplan og medikamentel behandling. Reduktion af genindlæggelse.	Stor tilfredshed med ordningen blandt praktiserende læger og hjemmesygeplejersker. Forudsætning, at alle parter prioriterer og er bevidste om ordningen. Forudsætning med faste retningslinjer.	Udgiftsneutral for kommunerne. Forbehold for datakvaliteten.
Assisteret hjemmebehandling – KOL (19)	-	Øget krav om samarbejde mellem lungemedicinsk afdeling, praktiserende læge og hjemmepleje.	-

"-": ingen oplysninger i det pågældende studie

Hvilke organisatoriske forudsætninger skal være til stede i kommunerne for at imødekomme udviklingen mod hurtige, intensive forløb på sygehusene?

Studierne af accelererede kirurgiske patientforløb peger på, at patienterne ikke har større forbrug af vagtlæge, hjemmesygepleje mv. sammenlignet med patienter i konventionelle behandlingsforløb. På denne baggrund synes der ikke at være belæg for, at kommunerne skal tilvejebringe særlige foranstaltninger med henblik på at varetage patienter, der har deltaget i accelererede forløb. De altovervejende organisatoriske ændringer i forbindelse med accelererede kirurgiske forløb vil foregå på sygehusene, hvor patientforløb tilrettelægges på nye måder med konsekvenser for samarbejdsrelationer og praktisk organisering af arbejdet (3)

Hvor accelererede kirurgiske patientforløb primært indebærer organisatoriske forandringer af de forløb, der foregår inden for sygehusenes mure, synes de hurtige medicinske patientforløb i højere grad at indebære en reorganisering af behandlings- og plejeforløbene, hvor dele af forløbene flyttes uden for sygehusene. Der skubbes til grænserne mellem de to sektors arbejdsområder, særligt når sygehuspersonale varetager ydelser i patientens hjem, men også i de tilfælde hvor patienternes tilstand giver anledning til at reorganisere og optimere de kommunale sundhedsydelser, fx i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg ved praktiserende læger.

Nye teknologiske behandlingsmuligheder, stræben efter effektive patientforløb, hvor patienten ikke venter unødigt på undersøgelser, på at blive udredt og starte i behandling og fokus på, at det ikke er alle dele af patienters sygdomsforløb, der bedst varetages på sygehusene, men derimod i patientens vante omgivelser betyder, at den virkelighed som både sygehuse og kommuner skal operere indenfor, er anderledes end den hvor patienter først udskrives, når de er raske og ikke længere behandlingskrævende. Således forskydes opgaverne ikke bare, de forandres også (1).

Det handler altså ikke bare for kommunen om at udbygge fx hjemmesygeplejen, men også om at skabe en kommunal organisering af sundhedsydelserne, som spiller sammen med og understøtter den udvikling, der foregår i sygehusvæsenet.

Det er en gennemgående vurdering i studierne af hurtige medicinske forløb, der ligger til grund for denne publikation, at de undersøgte interventioner kræver et øget fokus på samarbejde mellem sygehuse og kommuner og et gensidigt godt kendskab til hinandens systemer. I studiet af FH-teamet på Aalborg Sygehus påpeges det desuden, at de tilknyttede kommuner vurderer ordningen som positiv, bl.a. fordi den tidlige planlægning af udskrivningen (dvs. umiddelbart efter indlæggelse) betyder, at patienter/borgerne er i besiddelse af relevante hjælpemidler, når de overdrages til kommunerne, så genoptræningen kan igangsættes væsentligt hurtigere end ellers. Dette peger på, at for at sikre de hurtige patientforløb er det væsentligt, at planlægge udskrivningsforløbet allerede når patienten indlægges.

Sammenfattende kan konkluderes, at da der ikke er konstateret et større forbrug af sygehuseydelser hhv. kommunale plejeydelser ved ordningerne med accelererede og hurtige patientforløb, er der på baggrund af de gennemgåede studier ikke belæg for, at kommunerne skal tilvejebringe særlige foranstaltninger til opfølgning og rehabilitering.

Erfaringerne fra studierne viser, at øget fokus på samarbejde mellem sygehuse og kommuner og et gensidigt godt kendskab til hinandens systemer er vigtigt for ordningens succes. Dette gælder især omkring tidlig planlægning af udskrivningsforløb for patienterne.

At der eksisterer en række tiltag, som søger at understøtte patienter i hurtige medicinske forløb ved udskrivelsen, peger på, at denne patientgruppe må understøttes af relevant opfølgning af patienterne efter udskrivelse. Det er imidlertid ikke muligt på baggrund af denne litteraturgennemgang, at drage yderligere konklusioner om hvilke forsætninger, der skal være til stede i kommunerne for at understøtte udviklingen mod hurtigere patientforløb på sygehusene og dermed, hvorvidt kommunerne belastes økonomisk.

Har udviklingen mod hurtige patientforløb økonomiske konsekvenser for kommunerne?

Studierne af accelererede kirurgiske patientforløb har ikke fundet statistisk signifikante forskelle i brugen af kommunale sundhedsydelser (hhv. hjemmepleje/hjemmehjælp, hjemmesygepleje, sundhedsplejersker) sammenlignet med konventionelle forløb.

Accelereret, understøttet hjemmebaseret udskrivelse af apopleksipatienter reducerer brugen af plejehjem. I en dansk MTV er estimeret, at kommunen vil opnå en nettobesparelse på 9.000 kr./patientforløb, primært forårsaget af reducerede plejehjemsudgifter.

Opfølgende hjemmebesøg hos ældre udskrevet fra sygehus har vist sig udgiftsneutralt for kommunerne, selvom der dog her må tages et vist forbehold med hensyn til datakvaliteten.

Samlet set er der ikke på baggrund af de gennemgåede undersøgelser belæg for at hævde, at udviklingen mod hurtige patientforløb har forøget eller vil forøge de kommunale udgifter.

De beskrevne undersøgelser belyser effekterne af konkrete velafgrænsede interventioner på udvalgte områder. Der kan ikke på baggrund af de beskrevne undersøgelser drages en konklusion om de samlede kommunaløkonomiske konsekvenser af alle de mange forskellige tiltag og omlægninger, der har fundet sted i sygehussektoren, og som samlet har bidraget til en markant reduceret liggetid.

Litteratur

1. Vinge S, Buch M. U hensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver for kommunerne. FOKUS og DSI - Institut for Sundhedsvæsen; 2007.
2. Christensen K, Nielsen S. Flere ældre lider under korte indlæggelser. Sygeplejersken 2007; 18
3. Folkersen J, Andreasen J, Basse L, Jakobsen DH, and Kehlet H. Det accelererede kolonkirurgiske patientforløb. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk teknologivurdering - puljeprojekter 2005; 5 (7); 2005.
4. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. Lancet 2003; 362(9399):1921-8.
5. Kehlet H. Accelererede operationsforløb. Ugeskr.Laeger 2001; 163(4):420.
6. Sekretariatet for ministerudvalget vedrørende kvalitet i den offentlige sektor. Fakta om accelererede patientforløb. 2007.
7. Wind J, Polle, SW, Fung Kon Jin P, Dejong C, von Meyenfeldt M et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. British Journal of Surgery Society 2006; 93:800-9.
8. Degn-Petersen B, Carlsen H, Weber T, Rasmussen YH, and Kehlet H. Accelererede patientforløb efter sectio. Ugeskr.Laeger 2004; 166(23):2254-8.
9. Jakobsen DH, Sonne E, Andreasen J, and Kehlet H. Convalescence after colonic surgery with fast-track vs conventional care. Colorectal Dis. 2006; 8(8):683-7.
10. Jakobsen DH, Sonne E, Andreasen J, and Kehlet H. Rekonvalescens efter kolonresektion. Sygeplejersken 2004; 06
11. Rasmussen S, Kristensen BB, Foldager S, Myhrmann L, and Kehlet H. Accelereret operationsforløb efter hoftefraktur. Ugeskr.Laeger 2002; 165(1):29-33.
12. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2005; 365(9458):501-6.
13. Larsen T, Olsen T, and Sørensen J. Early home-supported discharge of stroke patients: A health technology assessment. International Journal of Technology Assessment in Health Care 2006; 22(3):313-20.
14. Larsen T. Hjemmetræning af patienter med apopleksi. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Teknologivurdering - puljeprojekter 2005: 5(1); 2004.
15. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholdt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk teknologivurdering - puljeprojekter 2007; 7 (4); 2007.
16. Boilesen J. "Følge-hjem" ordningen. September 2005-marts 2007. Geriatrik afdeling, Medicinsk Center. Ålborg Sygehus; 2007.
17. Baisner K, Piltoft K, and van der Mark S. Hurtigt hjem fra hospitalet. Sygeplejersken 2002; 46
18. Mistiaen P, Francke AL, and Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC.Health Serv.Res. 2007; 7:47.
19. Ringbæk T, Eriksen N, and Vestbo J. Assisteret hjemmebehandling af eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom. Ugeskr.Laeger 2003; 165(20):2091-5.

Bilag 1 Litteratursøgningsstrategi

Der er foretaget en litteratursøgning af DSI's bibliotek i både videnskabelige databaser (PubMed, Sve-Med og Cochrane-basen), danske tidsskrifter (Sygeplejersken, Klinisk sygepleje og Ugeskrift for Læger) og på internettet efter 'grå litteratur' (Kommunernes Landsforening, Videnscenter på Ældreområdet, Dansk Selskab for Geriatri og Google).

Der blev i første omgang søgt på søgeordene:

- ◆ Accelereret/accelererede patientforløb
- ◆ Accelereret/accelererede medicinske forløb
- ◆ Forebyggende hjemmebesøg
- ◆ Hurtigt hjem
- ◆ Fast-track
- ◆ Activities of Daily Living
- ◆ Reconvalescence
- ◆ Rehabilitation/accelerated rehabilitation
- ◆ Early discharge
- ◆ Patient readmission

Denne søgning resulterede i 27 referencer, primært i litteratur om elektiv kirurgi. Herfra er udvalgt oversigtsartikler samt undersøgelser, der specifikt tager udgangspunkt i danske forhold. Litteratur, som ikke specifikt omhandlede hurtige patientforløb, fx studier af interventioner med det formål at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, shared care mm., er frasortet. Referencer fra før 2000 er ligeledes frasortet.

Litteratur omhandlende hurtige, intensive medicinske patientforløb har ikke på samme måde været at finde i form af undersøgelser, der direkte sammenligner hurtige forløb med såkaldt 'konventionelle' forløb. Søgningen blev derfor udvidet til en søgning på internettet – primært efter danske tiltag som har til formål enten at medvirke til eller at reagere på hurtige (primært medicinske) patientforløb. Her blev følgende søgeord anvendt:

- ◆ Forebyggende hjemmebesøg
- ◆ Hurtig-rask
- ◆ Hurtig-rask metoden
- ◆ Følge-hjem-ordninger
- ◆ Udgående hospitaler
- ◆ Opfølgende hjemmebesøg
- ◆ Bæredygtig udskrivelse

Søgningen gav to referencer omhandlende danske lokale interventioner. Disse henledte opmærksomheden på begrebet '*early supported discharge*', og der blev yderligere foretaget en søgning i videnskabelige databaser. Også fra denne søgning blev udvalgt oversigts- og metaartikler samt studier, som specifikt tager udgangspunkt i danske forhold. Dette gav fem referencer, hvor to metaanalyser blev udvalgt.

For danske referencer blev desuden søgt efter litteratur af Henrik Kehlet, Thomas Gjørup og Finn Røn-
holt Hansen som er nogle af dem, der har beskæftiget sig mest med hurtige patientforløb i Danmark.
Dette gav ingen nye referencer.

Der blev i alt udvalgt 13 studier til gennemgang i denne publikation.