

Midlertidige plejeformer mellem hjemmepleje og sygehus – erfaringer fra England

Juni 2014

Eigil Boll Hansen

Kontaktoplysninger:

E-mail: eiha@kora.dk

Tlf.: 29 82 87 72



Midlertidige plejeformer mellem hjemmepleje og sygehus – erfaringer fra England

Siden årtusindskiftet har der i England som følge af en national strategi været udviklet en række tilbud under betegnelsen 'intermediate care', som er den engelske betegnelse for midlertidige plejeformer mellem hjem/plejehjem og sygehus. Tilbudene har haft til formål at reducere borgernes indlæggelser og opholdstid på sygehus. I Danmark har der siden 1990'erne eksisteret enkelte sådanne tilbud, men særligt siden kommunalreformen i 2007 er der i mange kommuner udviklet tilbud, som skal substituere sygehusindlæggelse. I november 2013 havde 72 kommuner etableret akutfunktion i form af akutteam eller akutpladser (Momentum 2014).

Midlertidige plejeformer mellem hjemmepleje og sygehus i både England og Danmark kan ligge i forlængelse af en sygehusindlæggelse eller være et tilbud, som erstatter en indlæggelse. Indsatsen kan endvidere finde sted i borgernes eget hjem eller under et midlertidigt døgnophold i et plejemiljø.

Der fremføres økonomiske argumenter for at substituere sygehusindlæggelse med kommunale tilbud, idet det antages, at tilbud i primærsektoren har lavere omkostninger end indlæggelse på akut sygehus. Kommunernes medfinansiering af sygehusindlæggelser skal bl.a. ses i det lys og er tænkt som et incitament til at etablere alternativer til sygehusindlæggelse.

For især ældre borgere kan der være fordele forbundet med at undgå en indlæggelse på sygehus, hvis denne ikke er nødvendig. Der er risiko for at pådrage sig infektioner under indlæggelse, ligesom der er risiko for andre komplikationer som følge af miljøskiftet. Ældre selv foretrækker endvidere ofte at modtage behandling og pleje i hjemmet, når det er muligt.

Der kan også være visse ulemper forbundet med alternativer til sygehusindlæggelse. Der argumenteres for, at ældres sygdomsbillede ofte er kompliceret, og at der derfor kan være brug for specialister fra flere specialer for at udrede ældres tilstand. Dette vil bedst kunne foregå på sygehus. I tilfælde, hvor et alternativ til sygehusindlæggelse er et midlertidigt ophold på akutplads i et plejecenter, kan dette fremstå som et kontinuitetsbrud for den ældre, og kan opleves negativt. Det er også et spørgsmål, hvordan ældre bedømmer det at blive udskrevet fra sygehus til et midlertidigt ophold på en døgnplads, inden man kan komme hjem igen. Endelig fremfører nogle, at tilbud specielt til ældre om alternativer til sygehusindlæggelse kan virke aldersdiskriminerende, idet sådanne tilbud kan betragtes som kvalitativt dårligere.

Det store spørgsmål er, hvornår et alternativ til sygehusindlæggelse er hensigtsmæssigt set i relation til økonomi og i relation til behandling af borgerens tilstand. Spørgsmålet er endvidere, hvornår et tilbud i eget hjem er mest hensigtsmæssigt som alternativ til sygehusindlæggelse, og hvornår et midlertidigt tilbud i et plejemiljø er det. I dette notat gennemgås hovedsageligt engelske erfaringer fra 'intermediate care'. De institutionelle forhold er anderledes i England end i Danmark, men mange udfordringer i relation til pleje og behandling af svækkede ældre er de samme. Flere tilbud ligner endvidere mange af de tilbud, som specielt efter 2007 er etableret i Danmark. De engelske erfaringer er derfor også relevante i en dansk sammenhæng.

Afgrænsning

Et cirkulære fra NHS fra 2001 definerer 'intermediate care' på følgende måde (Petch 2003: 6-7):

Intermediate care should be regarded as describing services that meet all the following criteria:

- *are targeted at people who would otherwise face unnecessarily prolonged hospital stays or inappropriate admission to acute in-patient care, long-term residential care, or continuing NHS in-patient care*
- *are provided on the basis of a comprehensive assessment, resulting in a structured individual care plan that involves active therapy, treatment or opportunity for recovery*
- *have a planned outcome of maximising independence and typically enabling patient/users to resume living at home*
- *are time-limited, normally no longer than six weeks and frequently as little as 1–2 weeks or less*
- *involve cross-professional working, with a single assessment framework, single professional records and shared protocols.*

I denne definition, der passer på en lang række tilbud, som særligt siden 2007 er etableret i en dansk kontekst, lægges der altså vægt på, at indsatsen har til formål at modvirke sygehusophold ud over det nødvendige og at forebygge u hensigtsmæssige akutte sygehusindlæggelser og indflytning i plejebolig. Indsatsen skal bero på en helhedsorienteret vurdering af behov og udmønte sig i en individuel plan, som skal maksimere uafhængighed og gøre det muligt for borgerne fortsat at bo i eget hjem. Indsatsen er tidsbegrænset.

Former for midlertidig pleje mellem hjem og hospital

I en 2013-analyse af 'intermediate care' i England (NHS Benchmarking Network 2013) sondres mellem fire kategorier: 1) Indsats over for en kritisk situation (crisis response), 2) Pleje i eget hjem (home-based intermediate care), 3) pleje med midlertidigt døgnophold (bed-based intermediate care) og 4) hverdagsrehabilitering (re-ablement).

Indsats over for en kritisk situation omfatter korttidsinterventioner, der har til formål at udrede den kritiske situation og at undgå indlæggelse på sygehus. Interventionen kan foregå i borgernes eget hjem eller under døgnophold i et plejemiljø.

Intensiveret pleje i eget hjem er midlertidige interventioner i borgernes eget hjem, hvor formålet er udredning, at undgå indlæggelse på sygehus, hurtigere forbedring efter sygdom, hurtigere udskrivning fra sygehus og at maksimere uafhængighed af hjælp.

Pleje med midlertidigt døgnophold kan udføres i forskellige plejemiljøer, og formålet er at forebygge unødvendige akutte indlæggelser på sygehus og for tidlig indflytning i plejebolig, at modtage patienter fra akutte sygehusafdelinger til rehabilitering og/eller sikre rettidig udskrivning fra sygehus.

Hverdagsrehabilitering er en indsats over for borgere i eget hjem, hvor formålet er at støtte borgerne i at genvinde færdigheder og tillid til at kunne bo i eget hjem og at maksimere uafhængighed, så behovet for varig hjemmepleje kan minimeres. Selv om hverdagsrehabilitering på længere sigt kan have en forebyggende effekt på

behovet for sygehusbehandling, beskrives erfaringer med denne type intervention ikke nærmere i dette notat¹.

Eksisterende viden

Studier af forebyggelse af indlæggelser

Der er ikke fundet internationale studier, som analyserer virkninger i forhold til sygehusforbrug, ældres funktionsevne og omkostninger ved at introducere indsatser, som specifikt retter sig mod at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser ved fx at rette sig mod en kritisk situation.

Der er et Cochrane review af studier af 'hospital at home', hvor formålet har været at erstatte indlæggelse og behandling på sygehus (Shepperd et al. 2008). 'Hospital at home' er bredt defineret som en indsats, der i en afgrænset periode tilbyder aktiv behandling af sundhedsprofessionelle i hjemmet af en tilstand, som alternativt ville have krævet behandling under indlæggelse på et akutsygehus. Denne type indsats retter sig altså ikke kun mod at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og falder derfor kun delvis ind under definitionen af 'intermediate care'. Det konkluderes, at 'hospital at home' kan tilbyde et effektivt alternativ til indlæggelse på sygehus for en selekteret gruppe. De analyserede indsatser er imidlertid meget forskellige og med forskellige målgrupper, og det har ikke været muligt at pege på, hvilke grupper der mest sandsynligt kan have fordel af 'hospital at home'. Det er gennemgående, at patienterne er mere tilfredse med at blive behandlet hjemme end på sygehus. I reviewet indgår tre studier, hvor målgruppen har været ældre med blandede medicinske problemstillinger. Woodford og George (2010) peger på, at dette er et for spinkelt et grundlag til at drage sikre konklusioner, men 'hospital at home' synes at opnå de samme resultater som indlæggelse på sygehus for udvalgte grupper og højere patienttilfredshed. Omkostningerne var generelt lavere til patienter i 'hospital at home' end indlagte på sygehus. To studier af interventioner, som rettede sig mod ældre medicinske patienter, beregnede de fulde økonomiske konsekvenser og viste lavere omkostninger ved 'hospital at home' end ved indlæggelse på en akut hospitalsafdeling. Der tages dog forbehold for generaliserbarheden af omkostningsanalyserne.

Studier af indsats for at afkorte sygehusophold

Et litteraturreview (Smith et al. udateret) gennemgår resultater af en indsats af et tværdisciplinært team sammenlignet med traditionel pleje. Der var tale om indsatser, som rettede sig mod at rehabilitere patienter mere effektivt efter akut behandling, at bidrage til tidligere udskrivning, at fremme uafhængighed hos ældre med akutte tilstande og at yde støtte i eget hjem for at undgå genindlæggelse på sygehus. De beskrevne indsatser synes ikke at rette sig mod akutte kritiske situationer. Reviewet finder, at der er positive effekter på indlæggelsestid, plejeomkostninger og akutte indlæggelser af denne type indsats.

Et studie (Green et al. 2005) sammenligner behandling og pleje på et 'community hospital' med behandling og pleje på en sygehusafdeling for ældre. 'Community hospitals' tilbyder behandling og pleje til fortrinsvis ældre, og en praktiserende læge er tilknyttet. Studiet omfattede ældre i stabil tilstand, som havde behov for en rehabiliterende indsats. Interventionsgruppen blev vurderet af en multidisciplinær

¹ Information om erfaringer med hverdagsrehabilitering kan findes her:
<http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/aktuelt/fa-mere-viden-om-rehabilitering-2>

gruppe, og der blev udarbejdet en individuel plan for at maksimere helbredelse og fremme uafhængighed. Lægekonsulenten aflagde besøg alle hverdage, mens lokale praktiserende læger dækkede tiden uden for normal arbejdstid. Kontrolgruppen fik et forlænget ophold på sygehusafdelingen, hvor de fik pleje og behandling af en multidisciplinær gruppe af sygeplejerske, terapeuter, diætister og farmaceuter under ledelse af geriater. Studiet fandt, at interventionsgruppen havde en bedre funktionsevne end kontrolgruppen en uge efter udskrivning og seks måneder efter rekruttering til studiet. Studiet viser ikke den samlede opholdstid på 'community hospital' og akut sygehus eller omkostninger ved intervention sammenlignet med kontrol.

Et norsk studie (Garåsen et al. 2007) har sammenlignet midlertidigt ophold i kommunalt plejemiljø, hvor der var tilført ekstra sygeplejeressourcer, monitoreringsudstyr og tilknyttet praktiserende læger, med ophold på medicinsk, kirurgisk og ortopædkirurgisk afdeling i et alment sygehus. Studiet inkluderede 60+-årige, som 1) blev indlagt på sygehus som følge af akut sygdom eller akut forværring af kendt kronisk sygdom, som 2) sandsynligvis ville have behov for pleje i plejemiljø i tre-fire dage, som 3) var indlagt fra eget hjem, og som 4) kunne forventes at vende tilbage til hjemmet, når behovet for pleje i plejemiljø ophørte. Man fandt, at risikoen for genindlæggelse var mindre i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, som forblev i sygehusbehandling, og en større andel var uafhængig af kommunal pleje seks måneder efter udskrivning. Der var ingen signifikant forskel i det samlede antal dage i et plejemiljø inkl. genindlæggelser. Det indledende ophold var længere for interventionsgruppen, mens interventionsgruppen havde færre sengedage til genindlæggelser. Der indgår ikke en beregning af omkostninger i studiet.

Et studie af 'intermediate care' i et større byområde i England (Young et al. 2005) analyserer virkninger af en indsats, der retter sig mod ældre, som har været indlagt på sygehus, og som havde været udsat for fald, inkontinens, konfusion eller dårlig mobilitet. Disse blev tilbudt en indsats fra et multidisciplinært team i eget hjem eller under korttidsophold i plejebolig. Indsatsen i eget hjem blev betegnet som 'sygehus hjemme'. Der var ingen forskel i udviklingen i funktionsniveau og dødelighed mellem interventionsgruppe og en kontrolgruppe, som blev rekrutteret før introduktionen af det multidisciplinære team, men interventionsgruppen havde flere genindlæggelser og et større sygehusforbrug i en 12-måneders periode.

Studier af blandet indsats

Der har i England som led i en national evaluering af 'intermediate care' været gennemført flere separate studier i fem udvalgte lokalområder. Der var forskellige former for indsatser, men de gennemgående var akutte teams og midlertidige rehabiliterende ophold i et plejemiljø (efter sygehusophold).

Et kvalitativt studie (Regen et al. 2008) udførte interview blandt topledere, mellemledere og udførende medarbejdere i 'intermediate care'. Interviewpersonerne betragtede det som et gode for borgerne, at 'intermediate care' præsenterede hjemlige omgivelser. Når indsatsen foregik i hjemmet, kunne borgerne fastholde deres netværk, og de og deres pårørende var mere involveret i rehabiliteringen. Etableringen af multidisciplinære team blev ligeledes betragtet som en styrke med fordele både for personale og borgere. Undersøgelsen peger endvidere på, at interviewpersonerne vurderede, at manglende støtte og engagement blandt læger har været en barriere for udvikling og brug af 'intermediate care'. Der har blandt læger været udtrykt tvivl om evidensen for effektiviteten af tilbuddet, og at det kan anses for

diskriminerende at holde ældre ude af sygehusene. Det har været en hæmsko, at der har manglet kendskab til, hvilke tilbud der har indgået i 'intermediate care', og adgangen til tilbuddene har i nogle tilfælde været besværlig. Man har endvidere oplevet en uhensigtsmæssig brug af tilbuddene til fx borgere uden et egentligt rehabiliteringsbehov, der bl.a. skyldes, at man har villet frigøre sygehussenge.

Et studie har analyseret omkostninger og effekter på ældres funktionsevne af 'intermediate care' (Kaambwa et al. 2008). Dette studie finder, at sundhedssektorens omkostninger² til 'intermediate care' i en institution er væsentligt højere end 'intermediate care' i eget hjem, og indsatser, som skal erstatte indlæggelser, har lavere omkostninger end indsatser, som yder støtte ved udskrivning. Studiet finder endvidere, at deltagerne opnår en gevinst i forhold til både livskvalitet og funktionsevne ved at indgå i 'intermediate care'. Der peges på, at denne gevinst synes at være større ved tilbud, som har til formål at undgå indlæggelse, end ved tilbud, der har til formål at afkorte indlæggelsestiden på sygehus. Der er dog ikke noget sammenligningsgrundlag, så effekten af netop 'intermediate care' kan opgøres. Borgere, som indgår i tiltag, som skal forebygge indlæggelse, kan være ramt af akutte sygdomme, hvor der er et større potentiale for forbedringer, hvilket forklarer noget af den større 'effekt' for den type indsats. Det fremgår også af studiet, at op mod halvdelen af de henviste ikke har tilhørt den relevante målgruppe for tilbuddet. Det vil sige, at alternativet vurderes ikke at være ophold på sygehus. De, som tilhører den relevante målgruppe, har opnået den største forbedring i funktionsevne. Studiet konkluderer på baggrund af tidligere undersøgelser, at der er relativt lidt evidens for effektivitet og cost-effectiveness af tilbud, som skal træde i stedet for sygehusindlæggelse.

I en sammenfatning af evalueringen af 'intermediate care'-indsatser (Barton et al. 2006) konkluderes, at indsatser, der har til formål at forebygge indlæggelser, reducerer de samlede omkostninger, mens indsatser, som vedrører støtte ved udskrivning, øger omkostningerne. Der peges her på, at 'intermediate care' både supplerer og erstatter eksisterende tilbud, da de kun til dels har omfattet borgere, der alternativt ville have været på sygehus.

Opsamling

'Intermediate care' omfatter indsatser, der har til formål at forebygge unødige akutte indlæggelser på sygehus eller at afkorte indlæggelsestiden. Nogle former for indsatser opfylder begge formål. Indsatserne kan være i borgernes eget hjem (inkl. hjem i plejebolig) eller under et midlertidigt ophold i et plejemiljø.

Borgerne udtrykker gennemgående større tilfredshed ved 'intermediate care' end ved sygehusophold. De engelske erfaringer bidrager imidlertid kun lidt til at besvare spørgsmålet om, hvilke målgrupper der har gavn af et alternativ til sygehusindlæggelse, og hvornår det er en økonomisk fordel. Erfaringerne giver heller ikke svar på, hvilke former for tilbud der er mest hensigtsmæssige til hvilke målgrupper. Erfaringerne synes dog at pege på, at en indsats i eget hjem frem for et midlertidigt ophold i et plejemiljø i mange tilfælde er en fordel. Men der er selvfølgelig tilfælde, hvor det nødvendige tilbud ikke kan etableres i eget hjem.

² Der er således set bort fra værdien af en eventuel indsats fra det sociale netværk mv.

Den nationale evaluering af 'intermediate care' i England har omfattet tiltag, som har skullet forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, men evalueringen bidrager med beskeden evidens for virkninger af indsatsen på ældres funktionsevne og de samlede omkostninger. På baggrund af en gennemgang af den foreliggende viden konkluderes i evalueringen, at der kun er beskeden evidens for effektivitet og cost-effectiveness af tilbud, som skal forebygge sygehusindlæggelse. På baggrund af evalueringen af 'intermediate care' i England konkluderes imidlertid, at indsatser, der har til formål at forebygge indlæggelser, reducerer de samlede omkostninger.

'Hospital at home' har både til formål at forebygge indlæggelser og at afkorte opholdstid på sygehus. Der er evidens for, at 'hospital at home' er et effektivt alternativ til indlæggelse på sygehus for visse patientgrupper, og indsatser, som retter sig mod ældre med blandede medicinske problemstillinger, opnår lige så gode resultater som på sygehus, og omkostningerne er typisk lavere ved 'hospital at home'.

Der synes generelt at være positive effekter på ældre borgeres funktionsevne af en rehabiliterende indsats i eget hjem eller i plejemiljø i forlængelse af sygehusindlæggelse og som alternativ til sygehusophold. Den samlede opholdstid på sygehus og i det rehabiliterende tilbud bliver typisk forlænget, men det er uklart, i hvilken udstrækning der spares sengedage på sygehus. Effekten på de samlede omkostninger er ligeledes usikker. Nogle studier peger på lavere omkostninger, mens evalueringer af 'intermediate care' konkluderer, at der er øgede omkostninger forbundet med indsatser, som har til formål at afkorte indlæggelsestiden på sygehus.

Multidisciplinære teams fremhæves som en styrke ved 'intermediate care', men brugen af tilbuddene har været hæmmet af, at der har manglet opbakning fra læger, som ikke har været overbeviste om nytten af disse tilbud. Der er endvidere udfordringer forbundet med at sikre, at tilbuddene bliver brugt til den fastlagte målgruppe. I den udstrækning, som 'intermediate care' tilbydes borgere, der alternativt reelt ikke ville have været indlagt på sygehus, er der tale om en indsats, der supplerer og ikke erstatter eksisterende tilbud.



Referencer

Barton P, Bryan S, Glasby J, Hewitt G, Jagger C, Kaambwa B, Wilson A (2006): A National Evaluation of the Costs and Outcomes of Intermediate Care for Older People. Executive summary. University of Birmingham & University of Leicester. Hentet fra: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/intermediate-care-older-people.pdf>.

Garåsen H, Windspoll R & Johnsen R (2007): Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 7:68 (doi:10.1186/1471-2458-7-68).

Green J, Young J, Forster A, Mallinder K, Bogle S, Lowson K & Small N (2005): Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. *BMJ*, 331(7512):317-22.

Kaambwa B, Bryan S, Barton P, Parker H, Martin G, Hewitt G, Parker S & Wilson A (2008): Cost and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health and Social Care in the Community*, 16(6):573-81.

Leff B (2009): Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMAJ*, 180(2): 156-57.

Momentum (2014): Gode råd skal styrke kommunale akutfunktioner. Dateret d. 20. jan. 2014. Lokaliseret: <http://www.kl.dk/Momentum/Gode-rad-skal-styrke-kommunale-akutfunktioner-id146762/>.

NHS Benchmarking Network (2013): National Audit of Intermediate Care. Report 2013. Lokaliseret: www.nhsbenchmarking.nhs.uk/National-Audit-of-Intermediate-Care/year-two.php.

Petch A (2003): Intermediate care. York: Joseph Rowntree Foundation. Kan hentes på: <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/185935131x.pdf>.

Regen E, Martin G, Glasby J, Hewitt G, Nancarrow S & Parker H (2008): Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health and Social Care in the Community*, 16(6):629-37.

Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA & Wilson AD (2008): Admission avoidance hospital at home. *The Cochrane Library*, 2008(4): CD007491.

Shepperd S & Iliffe S (2005): Hospital at home versus in-patient hospital care (Review). *The Cochrane Library* 2005(3):CD000356.

Smith T, Harrop D, Enderby P & Fowler-Davis S (udateret): Exploring Differences between Different Intermediate Care Configurations. Hentet 20. marts 2014 fra <http://nhsbenchmarking.nhs.uk/CubeCore/.uploads/icsurvey/NAIC%202013/LiteratureNAICfinal.pdf>.

Woodford HJ & George J (2010): Intermediate care for older people in the UK. *Clinical Medicine*, 10(2): 119-23.

Young JB, Robinson M, Chell S, Sanderson D, Chaplin S, Burns E & Fear J (2005): A whole system of study of intermediate care services for older people. *Age and Ageing*, 34:577-83.