

Problemanalyse

Samfundsmæssige omkostninger

I Danmark opstår 12.000 tilfælde af apopleksi årligt. Apopleksi er den sygdom, der kræver flest plejedøgn i sundhedssektoren [Kruuse2014]. Omkostningerne for patienter med følger af apopleksi er både direkte og inddirekte. De direkte omkostninger er udgifter til medicinering, sundhedsomkostninger i form af behandling i hospitalsvæsenet, praktiserende læge og speciallæge, samt hospitalsindlæggelse og rehabilitering både fra et samfundsmæssigt, regionalt og kommunalt perspektiv. De indirekte omkostninger består af udgifter for tabt arbejdsfortjeneste, tabt produktivitet og ekspertise for samfundet som følge af fravær, tidsforbrug, fremtidige relaterende omkostninger og sundhedsomkostninger til personer med hjerneskade ved forlænget levetid. [Sundhedsstyrelsen2010]

Samlede omkostninger

De samlede sundhedsomkostninger i 2008 var 110.000 kroner, hvilket inkluderer incidens-år og året efter. Omkostninger uden for sundhedssektoren, dvs. kommunal rehabilitering ligger på omkring 60.000 kroner pr. patientforløb. I følge sundhedsstyrelsen bærer kommunen ca. 35% af de offentlige konsekvenser af hjerneskade og hjerneskaderehabilitering økonomisk. Alt efter sværhedsgraden af hjerneskaden kan produktivitetstab forekomme hos patienten. Dette betyder, at patienterne som rammes af apopleksi i nogle tilfælde er nødsaget til at modtage indkomsterstattende ydelser, såsom arbejdsløshedspenge, sygedagpenge, førtidspension, efterløn osv. En del af patienterne er dog allerede på indkomsterstattende ydelser i form af pension, da aldersgennemsnittet for patienter med hjerneskade er 62,4 år. Produktivitetstab betragtes som kostende samfundet 50.000 kroner årligt, hvilket er beregnet ud fra populationen fra 2004. [Sundhedsstyrelsen2010]

I alt vil omkostningerne for hjerneskaderehabilitering og rehabilitering være 270.000 kroner i en to-årig periode beregnet ud fra tal fra 2008 [Sundhedsstyrelsen2010]. De samlede udgifter for patienter med apopleksi udgør 4% af sundhedsvæsenets samlede udgifter, her direkte udgifter estimeret til 2.7 milliard kroner om året [Hjernesagen2015a]. Patienter med apopleksi er altså omkostningsfulde for samfundet, da der som tidligere nævnt blandt andet kræves en del plejedøgn på grund af funktionsnedsættelse, samt udgifter til rehabilitering og produktivitetstab.

Organisatorisk

I sundhedssektoren arbejder de forskellige organisatoriske aktører på tværs af hinanden. Der er således et samarbejde mellem syghuse, kommuner og praktiserende læger. Dette samarbejde skal ske både internt på syghusene, på afdelingerne og kommunalt mellem forvaltningerne [Sundhedsstyrelsen2010]. Samspillet mellem aktørerne er vigtigt, da patienter med hjerneskade berører flere afdelinger. De har derfor brug for involvering af flere sundhedsprofessionelle grupper under behandling og rehabilitering på grund af de omfattende og alvorlige konsekvenser.

De ovennævnte aktører er de organisatoriske enheder, der har en central rolle i forløbet. Det er ikke muligt at fastlægge en egentlig organisering af hjerneskaderehabiliteringen i Danmark, da sammenspillet mellem de forskellige aktører er meget flydende og forskellige alt efter hvor i landet man befinder sig og hvor omfattende hjerneskaden er. Denne forskel opleves regionalt, hvor behandling og rehabilitering enkelte steder foregår på få af sygehusets afdelinger, mens patienter andre steder behandles på et rehabiliteringssygehus, efter den akutte behandling er foretaget.[Sundhedsstyrelsen2010]

I starten af behandlingssforløbet sendes patienterne til neurologiske, geriatriske, neurokirurgiske og medicinske afdelinger på sygehuset. Som tidligere nævnt inddeles patienterne efter sværhedsgrad af hjerneskaden, hvor de sværest ramte, som er patienter med traumatisk hjerneskade og tilgrænsede lidelser, vidererstilles til Hammel og Hvidovre. Rehabiliteringen kan også ske på rehabiliteringsafsnittene på landets sygehuse. Det primære ansvar ligger hos kommunerne i form af genoptræningsplanens afdækning af rehabiliteringsbehov, dvs. at kommunerne holder øje med om dette foregår i praksis, herunder bl.a. patientens genoptræningsbehov. Kommunen har derudover mulighed for at henvise patienterne til dens egne tilbud, samt at henvise til private.[Sundhedsstyrelsen2010]

Afslutningsvis gennemgår patienterne et langt og forskelligt behandlingsforløb alt efter hjerneskadens omfang. Forløbet indebærer et samarbejde mellem de forskellige aktører. Efter behandlingen står kommunerne, som førnævnt, for det primære ansvar i forhold til rehabilitering og henvisning for patienten¹.

Indlæggelsesforløb og Personlige Omkostninger

Indlæggelsesforløbene for apopleksipatienter varierer både i antal og hyppighed afhængig af forskellige faktorer - herunder alder og køn.

Indlæggelsesforløb

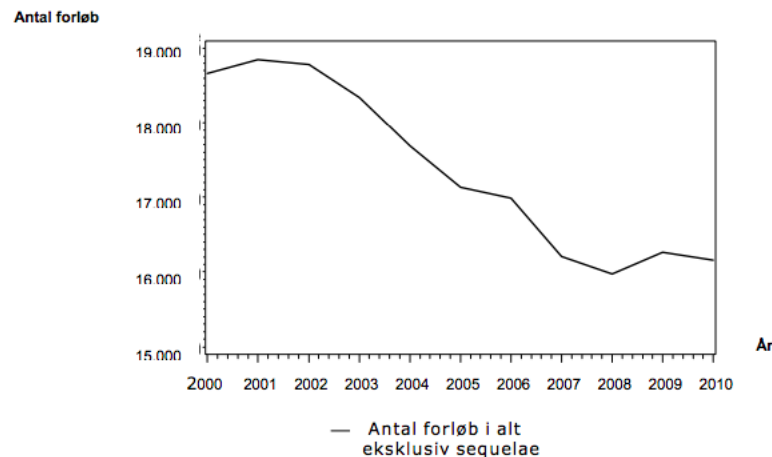
I 2010 var der i Danmark 18.041 indlæggelsesforløb forbundet med hjerneskade. Indlæggelsesforløbene kan inddeles i seks kategorier: Spontan blødning i hjernen, spontan infarkt i hjernen, uspecificeret apopleksi, diverse apopleksitilfælde, sequelae og TCI.² Den hyppigste diagnose iblandt apopleksitilfælde var i 2010 spontan infarkt i hjernen med 6832 indlæggelsesforløb, hvilket svarer til omkring 38% af alle

¹FiXme Note: hvor kommer denne info fra?

²FiXme Note: Ydermere er forløbet for alle apopleksitilfælde inddelt i gruppe for sig selv, dette vil sige alle foruden sequelae og TCI.

forløbene. Den næsthøypigste var TCI som stod for omkring 27 % af forløbene, hvor den laveste andel af indlæggelsesforløb, kaldet diverse, står for 0,8% af det samlede antal.³ Indlæggelsesforløbene for apopleksi (eksklusiv sequale) er faldet siden år 2000, hvilket kan ses på **figure 0.1**. [Sundhedsstyrelsen2011]

Figure 0.1: Indlæggelsesforløb for apopleksi



Her illustreres faldet i antallet af indlæggelsesforløb siden 2000.

Indlæggelsesforløbene har forskellig længde. 16.460 forløb, og dermed størstedelen, varede under 15 dage. For perioden fra 15-28 dage var der 1.191 forløb. Efter dette var tallet støt faldende, med kun 3 indlæggelsesforløb der er over 150 dage [Sundhedsstyrelsen2011].

Køn- og aldersfordeling

Hvis der ses på fordelingen af køn og aldersgrupper der rammes af apopleksi, stod mændene i 2010 for 9.710 af alle tilfælde, mens kvinderne stod for 8.562 [Sundhedsstyrelsen2011]. Dette svarer til at mændene stod for 53% af alle tilfældene⁴. Fordelingen kan ses på **figure 0.2**. Antallet af indlæggelsesforløb for mænd stiger, når de bliver ældre end 65 år. Dette ses også på **figure 0.2**, der viser at der i 2010 næsten skete en fordobling i gruppen 65+ i forhold til gruppen under 65. Kvinders antal af indlæggelsesforløb fulgte samme mønster som mændene, og steg til over det dobbelte ved gruppen 65+ i forhold til gruppen under 65, som også er illustreret på **figure 0.2**. [Sundhedsstyrelsen2011] Alderen er således en væsentlig faktor for forekomsten af apopleksi.

³FiXme Note: tænkte at vi kunne lave en tabel over de forskellige antal og sige at for yderligere kan ses i appendix, ellers kan vi sætte den ind

⁴FiXme Note: mangler kilde

Figure 0.2: Alders- og kønsfordeling

	Mænd			Kvinder			All		
	u. 65 år	65+ år	All	u. 65 år	65+ år	All	u. 65 år	65+ år	All
Antal indlæggelsesforløb i alt	3436	6274	9710	2262	6300	8562	5698	12574	18272
Antal indlæggelsesforløb apopleksi gruppe1-4	2090	4123	6213	1295	4206	5501	3385	8329	11714
1. Spontan blødning i hjernen	292	561	853	181	546	727	473	1107	1580
2. Spontan Infarkt i hjernen	1277	2418	3695	730	2510	3240	2007	4928	6935
3. Uspecificeret apopleksi	650	1501	2151	428	1525	1953	1078	3026	4104
4. Diverse	39	23	62	52	30	82	91	53	144
5. Sequelae	394	905	1299	253	914	1167	647	1819	2466
6. TCI	1103	1552	2655	810	1439	2249	1913	2991	4904

Tabellen viser fordelingen af apopleksipatienter i forhold til alder og køn i 2010.

Fremtidsprognoser

Patienterne kan, som tidligere nævnt, rammes af en række følger som både kan have indflydelse på det fysiske og mentale. Ud fra alle tilfælde af apopleksi levede 75.000 over 18 i år 2011 med følger efter et slagtilfælde[3]. Dette tal forventes at være stigende i takt med at der kommer flere ældre [4]. Antallet der dør af hjerneskader har været stagneret de sidste 10 år før 2011, hvor 14 % døde inden for 30 dage[3]. Det vil derfor kunne forventes, at der er flere, som kommer ud for en hjerneskade og vil have mén herefter, hvilket gør det vigtigt at fokusere på rehabiliteringen for at kunne genoptræne de forskellige kropslige og mentale mangler.

Livskvalitet

Dette afsnit er baseret på hjerneskader generelt. Dvs. det ikke er sikkert, at apopleksi er årsagen, men det antages, at de samme udfordringer gør sig gældende hos personer, der får hjerneskader af apopleksi. Derudover skal det noteres, at det ikke er sikkert, at en apopleksiramt får en hjerneskade.

Personer der første gang rammes af en hjerneskade, beskriver hjerneskaden som et brud i deres liv, som de skal lære at forholde sig til. Derudover kan det tage lang tid for patienterne at indse, at de er ramt af en sygdom. Hjerneskaden går ind og influerer den rantes humør, personlighed, færdigheder, aktiviteter, samt sociale relationer. Ud fra de ovennævnte skader påvirkes patienterne af en uvished og usikkerhed, som patienterne kan risikere at leve med i lang tid, afhængigt af hvilken grad hjerneskaden har haft.[Sundhedsstyrelsen2010]

Identitet

En hjerneskadets identitet ændres, da patienten ikke er i stand til at udføre de samme opgaver som tidligere. Derfor bliver den hjerneskadede nødt til at skabe en

ny identitet, hvilket for mange kan være svært. Kroppens funktionsændringer gør, at den ramte kommer til at leve et mere inaktivt og hjemmeorienteret liv end før. En yngre patient er mere ramt af denne forandring i forhold til en ældre patient. Apopleksiramte kan derudover opleve en kropsspaltning, hvor kroppen opleves som et fremmet objekt. Et objekt, som kan være svært at styre og ikke gør, som patienten vil.[Sundhedsstyrelsen2010]

Der findes skjulte vanskeligheder for patienter med hjerneskade. Disse omfatter vanskelighed med hukommelse, læsning, regning samt andre færdigheder, der ikke er let synlige. Disse skjulte vanskeligheder har også en indflydelse på, hvordan patienten opfatter sig selv og kan være med til at nedsætte livskvaliteten for den enkelte.[Sundhedsstyrelsen2010]

Patienternes påvirkning

Alle de fysiske og mentale ændringer medfører, at det er svært for en hjerneskadet patient at vende tilbage til sit gamle hverdagsliv. Forandringerne gør det svært at udføre almindelige huslige pligter, såsom rengøring og personlig pleje. De ramte oplever det også som en svær oplevelse at vende tilbage på arbejde. Dette skyldes, udover de kropslige og mentale ændringer, også den træthed, der kan opleves. Det er derfor vigtigt at føle sig værdsat på jobbet. Den hjerneskadede patient skal vende tilbage til sine sociale relationer. Dette kan opleves som en meget hård opgave pga. de forandringer, kroppen har gennemgået. Det ses imidlertid, at familierelationerne bliver tættere, mens relationerne til vennerne bliver mindre. Dette er et problem, da gode relationer kan være med til at forbedre rehabiliteringsprocessen og dermed gøre, at den hjerneskadede patient hurtigere kan komme tilbage til et normalt liv.[Sundhedsstyrelsen2010]

Ud fra det ovenstående kan det konkluderes, at hjerneskadede patienter, heriblandt apopleksiramte, oplever nedsat livskvalitet pga. deres sygdom. Dette kan også ses ved, at apopleksipatienter har dobbelt så stor selvmordsrate som baggrundsbefolkningen. Derudover nævner 16% af apopleksi patienter, at deres livskvalitet er dårlig, 46% syntes den er nogenlunde, mens 38% synes den er god. Den nedsatte livskvalitet er noget der kan føre til vanskeligheder senere i livet, hvilket selvfølgelig skal forsøges undgået. En forbedret livskvalitet kan skabes ved hurtigere rehabilitering eller forbedret kropslig funktion, som den apopleksiramte patient mistede ved hjerneskaden.[Sundhedsstyrelsen2010]

[1] - Beskrivelse af dataopgørelse for voksne med apopleksi og TCI med tabeller og grafik. [2] - Hjerneskaderehabilitering, Sundhedsstyrelsen [3] - Hjertesagen.dk [4] - aeldresagen

Bibliography
