

Projektbeskrivelse

Formål og perspektiver

En indlæggelse på en akutafdeling er ikke nødvendigvis den bedste løsning for behandling af alle patienter. Især for ældre borgere er en akut indlæggelse en stor omvæltning i den daglige rytme og indebærer ofte store funktionstab - både fysisk og psykisk, som det tager lang tid at genvinde (Creditor 1993, Covinsky 2003). Dertil er mange ældre medicinske patienter kun indlagt i kort tid, og i mange tilfælde kunne indlæggelsen af patienter med forholdsvis ukomplicerede behandlingsforløb muligvis være undgået, hvis (samarbejdet med) det nære sundhedsvæsen havde været udbygget mere (KL et al. 2013). Et alternativ til indlæggelse er at blive behandlet i eget hjem. Udenlandske studier har vist, at det er bedre for ældre medicinske patienter at blive behandlet i eget hjem (e.g., Leff et al. 2009, Isaia et al. 2009), og at patienter, der behandles i hjemmet, er mere tilfredse med deres patientforløb (Wilson et al. 2002). Ikke alle patienters forløb, der er akutte, kræver således en indlæggelse, men forløbene skal i praksis organiseres, så de er til bedst gavn for borgeren/patienten. Formålet med dette forskningsprojekt er at undersøge, hvordan en kommunalt baseret ”hospital at home” service kan organiseres, således at flere ældre medicinske patienter kan blive behandlet i eget hjem og dermed undgå en akut indlæggelse på hospitalet.

I et tværsektorielt samarbejde imellem kommuner (Silkeborg, Skive og Viborg), praktiserende læger, Hospitalsenhed Midt og præhospitalet og på baggrund af evidensbaseret viden organiseres der nye patientforløb, således at flere ældre borgere kan blive behandlet i eget hjem. Det er ikke alene til gavn for borgeren, som undgår transport, ventetider, og eventuel indlæggelse herunder infektion og delirium, men ved at en langt større del af indsatsen over for ældre medicinske patienter løftes i det nære sundhedsvæsen, som ofte har et større kendskab til borgeren, og tæt på borgeren effektiviseres indsatsen. Dertil forebygges og reduceres akutte indlæggelser også på hospitalet. Ligeledes vil et tættere samarbejde mellem praktiserende læge, kommunal sygepleje og hospital i behandlingen af de svageste medicinske patienter over 65 år styrke sammenhængen i patientforløbet på tværs af sektorer.

Målet med projektet er ikke blot endnu et tiltag til at forebygge indlæggelser. Det er en dybdegående analyse af en case; et komplekst lokalt sundhedsvæsen, hvor der på nuværende tidspunkt er flere tiltag for at forebygge indlæggelser. Med udgangspunkt i disse og de eksisterende overordnede rammer vil der organiseres nye optimerede patientforløb med blandt andet lægefaglig opbakning 24/7 og mere diagnostik i hjemmet. Et mere helhedsorienteret og integreret sundhedsvæsen stiller krav på flere niveauer. Det stiller krav til en fælles forståelse blandt de samarbejdende parter, den rette organisering, planlægning, klare rammer, gode lokale aftaler, de rette kompetencer, ledelsesmæssigt fokus på samarbejde, samt at de digitale og teknologiske muligheder for at kommunikere og koordinere bruges. Dertil kommer, at data er en afgørende forudsætning for mere optimal tilrettelæggelse af samlede patientforløb. Alt dette er i fokus i dette forskningsprojekt, hvor patienten er omdrejningspunktet.

Baggrund

På nuværende tidspunkt behandles en del borgere allerede i eget hjem i et samarbejde mellem praktiserende læge og den kommunale sygepleje. Det varierer dog, hvor meget de kan i de tre kommuner samt hvor meget de praktiserende læger benytter muligheden for at bruge de kommunale sygeplejerskers kompetencer. Andre borgere, der behandles i eget hjem (med hjælp fra de kommunale akutteams), er borgere, der har været indlagt. Hospitalslægen har behandlingsansvaret, og de bliver fulgt op på i eget hjem eksempelvis med en antibiotikabehandling. I dette forskningsprojekt gør vi det muligt for endnu flere borgere at blive behandlet i eget hjem fra starten af og dermed undgår de en akut indlæggelse. Akutafdelingen har i samarbejde med blandt andet Viborg kommune allerede på nuværende tidspunkt et tilbud til ældre borgere om blodtransfusion i eget hjem (Aakjær et al. 2016). Nu skabes der flere tilbud til ældre borgere om tværsektoriel behandling i eget hjem bygget op omkring et allerede velfungerende samarbejde mellem praktiserende læger, de kommunale akutteams og akutafdelingen, og hvor kommuner, almen praksis, akutafdelingen samt præhospitalet samarbejder tæt for at sikre sammenhæng i patientforløbet. For at dette kan lykkes, kræves der, at der på baggrund af en grundig kortlægning tænkes i nye baner og prioriteres anderledes.

Selv om akut indlæggelse er den traditionelle løsning, når akut opstået sygdom skal behandles, er der et alternativ. Internationalt kaldes disse ”hospital at home” services, og defineres som: en service, der tilbyder aktiv behandling af en tilstand, der ellers ville have krævet akut hospitalsindlæggelse, udført over en kortere tidsperiode af sundhedsprofessionelle i patientens eget hjem (Shepperd et al. 2014). Mange af disse services er rettet mod ældre medicinske patienter, men servicen kan være organiseret på forskellig vis, fokusere på forskellige patientkategorier, og være hospitals- eller kommunalt baseret (Shepperd & Iliffe 2005).

I de nationale og regionale mål er der fokus på forebyggelige indlæggelser blandt ældre medicinske patienter. Forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser, som det er muligt at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i en den kommunale og/eller regionale sektor (KL et al. 2013). Der er flere årsager til at dette fokus. Andelen af den danske befolkning, der er fyldt 65 år, forventes at stige fra 16 pct. i dag til 25 pct. i 2042. Den demografiske udvikling betyder at der vil komme flere ældre – ældre, som vil have flere kroniske sygdomme. Dette vil betyde en højere efterspørgsel efter sundhedsydelse, en opgave som det danske sygehusvæsen ikke kan løfte alene (Sundheds og ældreministeriet 2016). På trods af, at gruppen af ældre medicinske patienter kun udgør omkring 2 pct. af befolkningen, udgør deres sundhedsforbrug omkring 15 pct. af kommunernes udgifter til medfinansiering. Der er således tale om patientgrupper, hvis størrelse og tyngde af sundhedsforbruget betyder, at de er særlig interessante i forebyggelsesøjemed (KL et al. 2013).

Politisk er der et øget fokus på, at et stigende antal patienter skal behandles i eget hjem og i det nære sundhedsvæsen. I juni 2017 udkom afrapporteringen ”Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen”. Deri er 20 anbefalinger for, hvordan det nære sundsvæsen kan forbedres i forhold til tre forskellige patientgrupper heriblandt den ældre medicinske patient. Flere mener dog at anbefalingerne ikke er konkrete nok (Lægeforeningen 2017). Sundhedsministeren Ellen Trane Nørby har ligeledes udtalt at langt flere patienter skal behandles i eget hjem (Kjeldsen 2017).

Metode

Projektet vil i de første faser tage en aktionsforskningstilgang, da projektets formål retter sig mod forandring af eksisterende praksis i forbindelse med behandlingen af ældre medicinske patienter. Med denne tilgang kan praktikere understøttet af forskere i tæt samarbejde finde ud af, hvordan de nye patientforløb i borgerens eget nærmiljø skal organiseres. Faserne er ligeledes bygget op omkring processerne context and purpose (forståelse af kontekst, hvad er målet), constructing (overblik over situationen, hvor kan der skabes forandring/forbedring, og hvem skal inviteres med i samarbejdet), planning action (hvilke forandringer skal der arbejdes med og hvordan), taking action (forandringerne implementeres) og evaluating action (forandringerne evalueres) (Coghlan 2010:8). De enkelte faser i projektet uddybes i tids- og aktivitetsplanen. Under kortlægningsfasen vil klassiske antropologiske metoder bestående af observation og interviews benyttes. En organisationsteoretisk tilgang med fokus på collaborative communities anvendes. I evalueringsfasen vil projektet tilstræbe en bred evaluering af de nye patientforløb og derfor anvende en række metoder så som litteraturgennemgang, interviews og observationer, spørgeskemaer, analyse af administrative data samt sundhedsøkonomiske/ statistiske beregninger.

Målgruppe: Forebyggelsespotentialet vurderes særligt stort blandt de ældre medicinske patienter (KL et al. 2013). Ældre borgere, der er 65 år eller derover, fra hele Hospitalsenhed Midt's optage område, der udvikler en så alvorlig akut formodet medicinsk tilstand at praktiserende læge eller lægen i akutafdelingen i samarbejde med kommunalt sundhedspersonale skønner, at tilstanden ikke nødvendigvis kræver en indlæggelse, men formentlig kræver et akut øget tilbud i hjemmet. Borgere kan under hele forløbet indlægges, hvis deres tilstand forværres. Fra de involverede borgere eller pårørende indhentes informeret skriftligt samtykke til deltagelsen i forskningsprojektet.

Det forventes, at der inkluderes 1000 patienter i forskningsprojektet, hvoraf praktiserende læge vil være behandlingsansvarlig (i forløbets opstart) for de 750 patienter herunder 50 patienter i pilotfasen.

Tids- og aktivitetsplan

I den indledende dataindsamlingsfase (**august 2018 – februar 2019**) identificerer projektlederen med udgangspunkt i kvalitative forskningsmetoder behov og barrierer i det eksisterende tværsektorielle samarbejde med henblik på at skabe en fælles forståelse blandt praktikerne af den eksisterende situation og dermed kvalificere planlægningen af de nye forløb. Emnet belyses ud fra de forskellige samarbejdspartneres vinkler ved at observere/interviewe kommunalt ansatte sygeplejersker samt praktiserende læger. I samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis, AU, foretages et deskriptivt studie af visitationsnoterne/henvisninger fra egen læge for at finde de primære årsager til at de ældre medicinske patienter indlægges. Resultaterne fra den indledende fase præsenteres for styre- og arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen opstiller en række kriterier for de nye patientforløb. Herefter inviteres medarbejdere fra alle de involverede parter i projektet på to workshops (**marts 2019**), hvor de diskuterer og i tæt samarbejde finder frem til en række mulige patientforløb.

Patientforløbene udarbejdes endeligt igennem workshops, men kunne tage afsæt i følgende scenarie:

- Hjemmesygeplejerske/akutteam/præhospitalet kontakter praktiserende læge (PL) eller akutlægen (AL) alt efter tidspunkt
- PL eller kommunal sygeplejerske indhenter patientens accept til at indgå i projektet
- Patient inkluderes ved at der ringes til hospitalsvisitationen, patienten oprettes i fælles system
- PL/AL eller visitator ringer til akutteam og bestiller prøver - præhospitalet kan inddrages
- Akutteam besøger patient og tager aftalte prøver, prøvesvar registreres i fælles system
- Fælles konference mellem PL/AL og akutteam omkring tilstand, evt. opstart af behandling
- Patienten overdrages til AL's ansvar ved fælles konference omkring patient (AL, PL og akutteam)
- Overdragelse af akutteam til hjemmesygeplejen, når patientens tilstand tillader det

I vagttid og i weekenden er det en akutlæge fra akutafdelingen, der varetager den lægefaglige opgave i patientforløbene og dermed er behandlingsansvarlig. Patientforløbene muliggøres, idet borgerne identificeres tidligt og lægen inddrages fra start (proaktiv i forhold til sygdomsopsporing) samt hurtig etablering af tæt samarbejde med relevante fagprofessionelle og igangsættelse af relevante indsatser herunder tests og eventuel behandling. Efter de to workshops udarbejder arbejdsgruppen de patientforløb, som skal testes, og teknologiske tiltag arrangeres (**april – september 2019**). Efter godkendelse af styregruppen, afprøves og evalueres forløbene igennem en iterativ proces i pilotfasen (**oktober – december 2019**), inden patientforløbene udrulles i de tre kommuner. De nye patientforløb vil køre i et år med løbende evaluering (**2020**). Anvendt tid, rejseomkostninger samt øvrige ressourceforbrug registreres med henblik på senere i den afsluttende evalueringsfase (**januar – marts 2021**) at kunne estimere udviklings- og implementeringsomkostninger til brug i den sundheds-økonomiske analyse.

Evaluering og evalueringsparametre: Kvalitativ dataindsamling, som afdækker borgernes/pårørendes samt medarbejderes erfaringer og perspektiver på de nye patientforløb. Udgangspunktet i forhold til den brugeroplevede kvalitet er en beskrivelse af forløbet og fokus vil være: sammenhæng og kvalitet i indsatsen, information og inddragelse, samt tryghed. Interviewene vil foregå i borgerens eget hjem. Den kvantitative del af evalueringen designes nærmere, når forløbene er under udvikling. Den tilrettelægges i et før/efter (om muligt) kontrolleret design. Data omkring effekt indhentes dels via registre for outcomes som: akut indlæggelse og død. Data omkring funktionsniveau og livskvalitet indsamles (om muligt) via spørgeskema (SF12 eller EQ5D). Den sundhedsøkonomiske analyse tilrettelægges i et samfundsperspektiv og inkluderer derved omkostninger fra alle sektorer samt omkostninger afholdt af patienter og pårørende. Omkostningsanalysen vil dels anvende nationale registerdata samt kommunale data omkring forbrug af sundhedsydelser. Derudover forventes det at dele af analysen vil baseres på mikro-costing, hvor delprocesser (i behandlingsforløbene) måles ved direkte observation eller via deltagerregistrering med henblik på at indsamle data som ikke forefindes i registre. Det primære effektmål er for den sundhedsøkonomiske evaluering forventes at være kvalitetsjusterede leveår

(QALY). Forskellen i omkostninger før/efter sættes i relation til forskellen i effekt (QALY) for de nye tiltag, hvorved man får et udtryk for omkostningseffektiviteten af de nye tiltag.

Den endelige evaluering af interventionen (de nye patientforløb) og formidling af resultater fra forskningsprojektet foregår i projektets sidste fase. Der vil dog løbende blive rapporteret tilbage til kommuner, praktiserende læger, og hospital, således at det er muligt både at planlægge videre projektforsøg, men også muligt at ændre tiltagene, hvis det findes nødvendigt.

Der oprettes en hjemmeside, hvorpå alt relevant information er tilgængelig under projektperioden. På baggrund af den indledende kortlægning udgives der en videnskabelig publikation samt flere

Styregruppe:

Afdelingsledelsen fra akutafdelingen: 2 repræsentanter
Social- og Omsorgschefer fra de 3 kommuner: 4 repræsentanter
Praktiserende læger: 2 repræsentanter
Præhospitalet: 1 repræsentant

Projektgruppe:

Forskningsleder: Professor Børge Obel, ICOA
Projektleder: Postdoc Iben Duvald, ICOA
Partner: DEFACTUM, Forskningschef Camilla Palmhøj
Center for Akutforskning: Professor Hans Kirkegaard

Sparringspartnere:

Institut for Virksomhedsledelse, AU
Forskningsenhederne for Almen Praksis, AU og AAU
Institut for Folkesundhed, AU
Center for Telemedicin i RM

Arbejdsgruppe:

Akutafdelingen/Sundhedsvisitation Midt: 2 repræsentanter
Praktiserende læge fra hver af de 3 kommuner: 3 repræsentanter
Ledelserne for de 3 akutteams: 3 repræsentanter
Ledelserne for hjemmeplejen i de 3 kommuner: 4 repræsentanter
Præhospitalet: 1 repræsentant

artikler med henblik på formidling af projektet. Projektets resultater vil løbende præsenteres på relevante seminarer samt nationale og internationale konferencer inden for de forskellige faggrupper. Ved projektets afslutning formidles resultaterne igennem en afrapporteringsrapport, en konference samt flere videnskabelige publikationer i peer-reviewed engelsksprogede fagtidsskrifter.

Praktisk gennemførlighed

Forskningsprojektet er et fælles projekt mellem praktiserende læger, tre kommuner (Skive, Viborg og Silkeborg), akutafdelingen (Hospitalsenhed Midt), præhospitalet, ICOA (MGMT, Aarhus BSS, Aarhus Universitet), Center for Akutforskning samt DEFACTUM.

Projektets organisering:

Deltagerne i styregruppen repræsenterer tilsammen de bevillingsansvarlige og aktive interessenter, mens arbejdsgruppen består af de nærmeste ledere fra alle samarbejdspartnere. Projektlederen står for den indledende kortlægning og den kvalitative evaluering af patientforløbene, mens DEFACTUM står for den kvantitative evaluering. For at sikre kvaliteten af aktionsforskningen, er Professor David Coghlan, der er specialiseret i aktionsforskning, rådgiver på projektet.

Forskningsprojektet anses for gennemførligt, idet det er godkendt af klyngestyregruppen, og alle de involverede samarbejdspartnere er en del af projektet. Projektet har fuld tilslutning fra Hospitalsenhed Midt, samtlige kommuner, præhospitalet og den regionale næstformand for PLO samt de kommunale praksiskonsulenter, der alle er involveret i enten projektets styre- eller arbejdsgruppe.

Referencer

Aakjær C, Duvald I, Skjærbæk C. (2016) Home blood transfusions - a feasible trans-sectoral collaboration. Abstract præsenteret på konferencen WONCA d. 22. Juli 2016. <http://www.woncaeurope.org/content/ep1904home-blood-transfusions-feasible-trans-sectoral-collaboration>

Coghlan D, Brannick T (2010) Doing Action Research in Your Own Organization. SAGE Publications, London

Covinsky et al. (2003) Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. J Am Geriatr Soc 51(4):451-458

Creditor MC (1993) Hazards of Hospitalization of the Elderly. Ann Intern Med. 118(3):219-223

Leff B, Burton L, Mader SL, et al. (2009) Comparison of Functional Outcomes Associated with Hospital at Home Care and Traditional Acute Hospital Care. JAGS 57:273-278

Isaia G, Astengo MA, Tibaldi V, et al. (2009) Delirium in elderly home-treated patients: a prospective study with 6-month follow-up. AGE 31(2):109-117

Kjeldsen SB (2017) Langt flere patienter skal behandles i eget hjem. Sygeplejersken 10:34-37

KL et al. (2013) Effektiv kommunal forebyggelse - med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Lægeforeningen. Læger: Ny rapport om det nære sundhedsvæsen går ikke nok til biddet. 26. juni 2017. <https://www.laeger.dk/nyhed/laeger-ny-rapport-om-det-naere-sundhedsvaesen-gaar-ikke-nok-til-biddet> Fundet 02.12.17

Shepperd S, Doll H, Angus RM, et al. (2014) Hospital at home admission avoidance. Cochrane Database Syst Rev 4

Shepperd S, Iliffe S. (2005) Hospital at home versus in-patient hospital care. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3

Sundheds- og ældreministeriet (2016) Styrket indsats for den ældre medicinske patient, national handlingsplan 2016

Wilson A, Wynn A, Parker H (2002) Patient and carer satisfaction with 'hospital at home': quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. Br J Gen Pract;52(474):9-13