

## **Midler til sundhedstilbud tæt på borgerne**

### **"Øget støtte og rådgivning til sårbare patienter i Skive Sundhedshus"**

#### **Parter**

Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme, Hospitalsenhed Midt (HEM) i samarbejde med Skive Kommune.

#### **Projektansvarlig**

Oversygeplejerske Anne Dorthe Bjerrum, Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme, HEM  
Sundhedscenterleder Marianne Balsby, Skive Kommune  
Der er fælles formandskab mellem Marianne Balsby og Anne Dorthe Bjerrum.

Den 21. juni 2019  
Lene Kongsgaard Nielsen  
Dir. tlf. +45 2360 4510

#### **Styregruppe**

Styregruppen er sammensat af følgende:  
Oversygeplejerske Anne Dorthe Bjerrum, projektleder Lene Kongsgaard Nielsen, leder af Skive Sundhedscenter Marianne Balsby, leder af hjemmeplejen Skive Kommune, Bente Søballe, leder af plejeboliger og visitator Skive Kommune Marianne Frost, afdelingssygeplejerske Asta Flodgaard, afdelingssygeplejerske Marianne Lønvig, overlæge Asgerd Kristensen og almen praktiserende læge Anders Luckow, Lægehuset i Roslev.

Side 1

#### **Formål**

Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme ønsker i tæt samarbejde med Skive Kommune at iværksætte et forsøgsprojekt i Skive Sundhedshus vedr. multisyge borgere, der har vanskeligt ved at navigere i tilbud fra sundheds- og socialvæsenet.

Formålet er at afdække sårbare multisyge borgers behov for støtte, pleje og behandling i nærmiljøet og dermed undgå akut behandling eller nedbringe elektiv behandling i sekundær sektor (når der ikke er behov for intervention på hospital).

#### **Skive Sundhedshus**

Skive Kommune udgør ca. 47.000 af de 250.000 borgere, som tilhører Midtklyngen i Region Midtjylland.

Skive Sundhedshus har siden 2011 være fysisk ramme for hospital, kommune, almen praksis og psykiatri, som kontinuerligt er blevet udbygget både fysisk, samarbejds-mæssigt og med flere sundhedsindsatser.

I 2011 afholdtes et fælles tværsektorielt visionsseminar med deltagelse af aktører fra alle sektorer på både ledelsesniveau, medarbejderniveau og borgerrepræsentation ved patientforeninger,

hvorefter visionen blev godkendt af styregruppen for Skive Sundhedshus og pålydende: "At brugere af Skive Sundhedshus oplever Sundhedshusets tilbud som sammenhængende og lettilgængelige", (Visionen for Skive Sundhedshus, 2011).

Der er i dag en kultur med god tværsektoriel relationel kontakt, der understøtter praktisk samarbejde og fleksibilitet i forhold til borgere/patienter, der kommer i huset til forskellige sundhedsindsatser. Årligt har Skive Sundhedshus kontakt med 5.000 borgere (fraset tandlæger og praktiserende læger), håndtere 1800-2000 genoptræningsforløb fra borgere udskrevet fra hospitalet og udfører 1200 opsøgende hjemmebesøg hos borgere over 75 år.

I 2018 søgte og fik Region Midtjylland og Skive kommune puljemidler fra Sundheds- og Ældreministeriet til etablering Klinik for Åndenød i Skive Sundhedshus. Det vil derfor være nærliggende at undersøge behov, muligheder og evt. at videreudvikle i Klinik for Åndenøds regi i forhold til en tværsektoriel styrket indsats for borgere/patienter, der er sårbare og multisyge og som har vanskeligt ved at navigere i sundheds- og socialvæsenet og med en indsats, der forebygger indlæggelse på hospitalet. Årligt varetages ca. 10.000 ambulante medicinske kontakter i Skive Sundhedshus.

### Faglig baggrund

Længde af hospitalsindlæggelser i Danmark fra 2008 til 2013 er reduceret med 22 % for ældre ( $\geq 65$  år) og med 15 % for de øvrige voksne (18-64 år) (1). Dette øget patientflow på sygehusene udgør en risiko for udskrivelse af patienter med uløste problemstillinger og dermed risiko for genindlæggelser (2). I Cochrane systematisk review finder man holdepunkter for, at effektiv forebyggelse af genindlæggelser bør starte på hospitalet og fortsætte efter endt udskrivelse (3). Der peges desuden på, at et vigtigt element i forebyggelse af genindlæggelser er patientinvolvering (3).

### Projektet

Styregruppen i Skive Sundhedshus har derfor besluttet, at projektet vedrørende øget støtte og rådgivning til sårbare patienter som udgangspunkt skal have afsæt i Klinik for Åndenød i Skive Sundhedshus.

- Projektet vil fokusere på at forebygge indlæggelser.
- Projektet løber over tre år.
- Projektet skal være dataunderstøttet.

De almen praktiserende læger plus primærsektoren i Skive kommune skal inddrages.

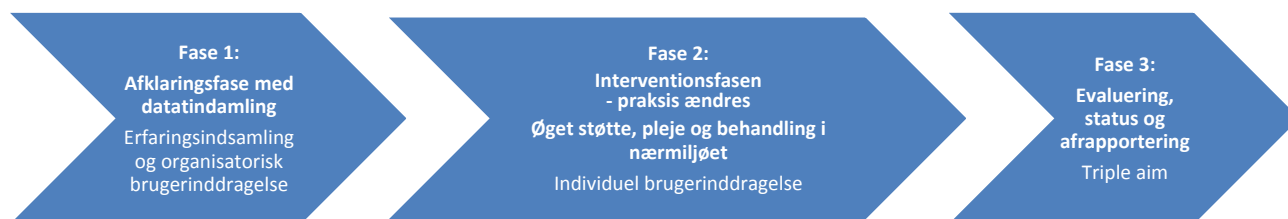
### Overordnet tidsramme

Projektet vil forløbe i tre faser:

Fase 1: Afklaringsfase med dataindsamling (1. maj 2019 - ultimo 1. kvartal 2020)

Fase 2: Interventionsfase – praksis ændres (ultimo 1. kvartal 2020 – medio 3. kvartal 2021)

Fase 3: Evaluering, status og afrapportering (medio 3. kvartal 2021 – 30. april 2022)

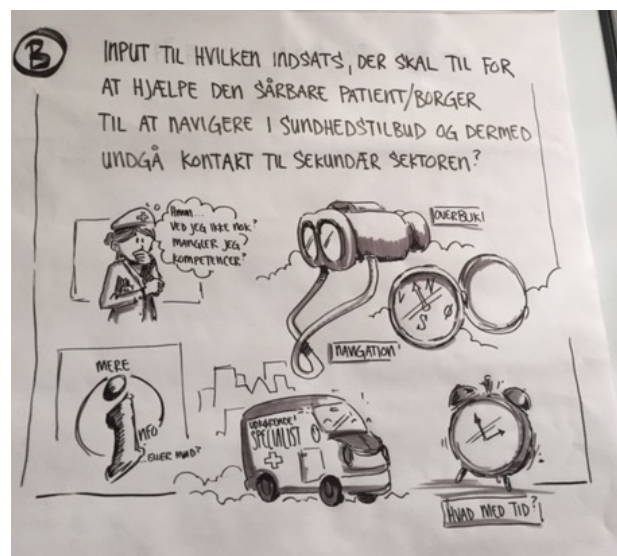


Figur 2. Forsøgsprojektet i tre faser.

## Fase 1 – Afklaringsfase med dataindsamling:

Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme på HEM har pr. 1. maj 2019 ansat afdelingslæge, ph.d. Lene Kongsgaard Nielsen som projektleder.

Som led i organisatorisk brugerinddragelse har projektets Styregruppe indledningsvist afholdt Stormøde d. 20. maj 2019 i Skive Sundhedshus som. Her deltog 28 personer/interessenter fra Hospitalsenhed Midt, Skive Sundhedshus, Skive Kommune, almen praksis, jobcenteret og patientforeninger. Formålet var at samle input til, hvem den sårbare multisyge borger er (målgruppe) og hvilken støtte, pleje og behandling, som vil kunne iværksættes i nærområdet (intervention) mhp. at forebygge akutte indlæggelser og elektiv behandling på hospital.



Figur 3. Grafisk Facilitering fra Stormødet i Skive Sundhedshus d. 20. maj 2019 af Jimi Holstebro, Visual Artist & Illustrator

Konklusionen fra stormødet blev, at det er vanskeligt at lave en generel målgruppeprofil for den sårbare multisyge borger. Ofte er den en kombination af flere faktorer, fx psykiske udfordringer og flere konkurrerende lidelser, som udløser hyppige kontakter til sundhedsvæsenet samt borgerens sociale og personlige ressourcer, mm. Der var bred enighed om, at man kan være sårbar i perioder af livet, men sårbarheden ikke behøver at være vedvarende.

I forlængelse heraf blev det ved stormødet klart, at intervention bør skræddersyes den enkelte borgers behov. Ofte er der brug for én tovholder på patientens tværsektorielle forløb, der har de fornødne kompetencer, tid og overskud til at navigere i sundhedstilbuddene sammen med borgeren. Konklusionerne fra stormødet blev illustreret undervejs af grafisk facilitator Jimi Holstebro (Figur 3).

## Foreløbig litteratur gennemgang

Eksisterende screeningsværktøjer til at identificere patienter, som er i risiko for genindlæggelse er tidligere gennemgået og har ikke levet op til forventningerne (4). I Danmark har man indført et screeningsværktøj til at identificere ældre, svækkede borgere, som skal tilbydes opfølgende hjemmebesøg med det formål at skabe sammenhængende forløb og tryghed hos patienterne og forebygge genindlæggelser (5). Dette screeningsværktøj, som

anvendes til behovsscreening for opfølgende hjemmebesøg, er udviklet for 15 år siden og effekten er evidens baseret (5). Dog har implementering af opfølgende hjemmebesøg vist sig at være udfordrende (6,7).

Projektet befinder sig aktuelt i fase 1, hvor der pågår litteraturgennemgang og indsamling af erfaring fra lignede projekter i Danmark. Adskillige projekter har været initieret med det formål at forebygge genindlæggelser bl.a. udgående fra Sydvestjysk Sygehus (8) og Herlev Hospital (9). Region Midtjylland og kommunerne i regionen initierede i 2016 i regi af Sundhedsaftalen og klyngesamarbejdet et projekt med titlen "*Det rette tilbud til borgere fra første kontakt*". Projektet består af fem delprojekter, som bliver evalueret i løbet af 2019. Erfaringer herfra vil blive inddraget og konsolideret i nærværende projekt.

Der vil blive udarbejdet en interessentanalyse, hvor der designmæssigt vil indgå "Relationel koordineringsmodeller", dette for at sikre at tilstedeværende relationel kapacitet<sup>1</sup> udnyttes (10). Med yderlig inspiration fra foredragsholder og forfatter Bo Vestergaards teoretiske bidrag om Relationel Koordinering samt Brobygning mellem sektorerne, vil projektet benytte en teoretisk rammesætning her ud fra.

I fase 1 vil der bl.a. blive afdækket:

- **Hvor rekrutterer vi de sårbare og multisyge borgere?**

Som udgangspunkt arbejdes der med rekruttering fra følgende tre aktører omkring den potentielle sårbare multisyge borgere:

1. Hospitalsenhed Midt
2. Almen Praksis
3. Primær sektoren i Skive Kommune

Repræsentanter fra alle tre institutioner deltager i styregruppen, som skal sikre optimal gennemførlighed inkl. projektinitiering og borgerrekruttering til projektet.

- **Hvordan identificerer vi de sårbare multisyge?**

Inspireret af erfaringer fra opfølgende hjemmebesøg arbejdes der med at identificere de sårbare multisyge borgere. Screeningsværktøjet vil blive pilottestet indledningsvist i fase 1 til sikring af korrekt identifikation af den sårbare multisyge borger, som er i øget risiko for akut indlæggelse eller elektiv behandling på hospitalet.

- **Hvilken støtte, pleje og behandling i nærmiljøet vil gøre en forskel for de sårbare multisyge borgere?**

Organisatorisk brugerinddragelse jf. retningslinjer beskrevet af det nationale Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (ViBIS) vil blive anvendt til at belyse dette spørgsmål på to niveauer

- Borgerniveau: En gruppe af de identificerede sårbare multisyge borgere vil blive interviewet for at belyse dette med et borgerperspektiv.
- Behandlerniveau: Relevante fagpersoner vil blive inddraget til sikring af optimal faglig kvalitet af interventionen.

Projektets case er som nævnt Klinik for Åndenød i Skive Sundhedshus, og det vil give mulighed for et bredere undersøgelsesfelt (bl.a. i lægehusene, i Sundhedscentret), idet borgerens behov vil være retningsgivende for, hvorhen projektet vil strække sig. Fase 1 vil blive afsluttet med en analyse af, hvilken støtte, pleje og behandling, de sårbare multisyge har behov for i nærmiljøet fra et borger- og behandlerperspektiv.

---

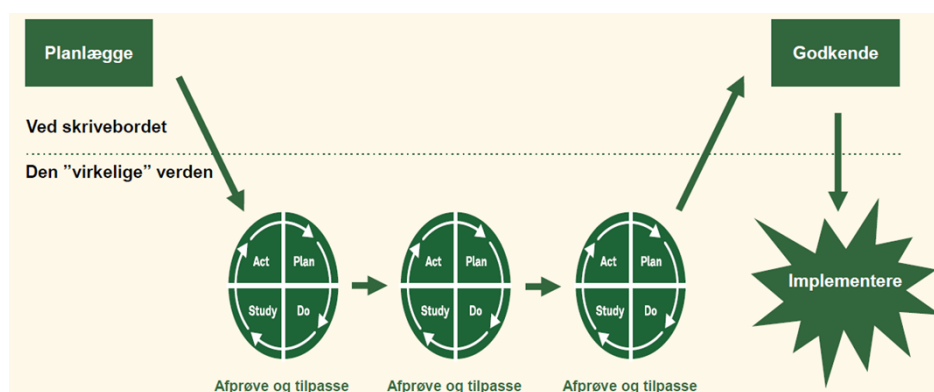
1. Den relationelle kapacitet: Mange erfaringer viser, at når det ikke lykkes at koordinere arbejdet med komplekse opgaver/borgere - så skyldes det, at ingen reelt har overblikket over indsatserne. Der mangler med andre ord at man kan se helheden i borgerperspektivet. Flere aktionsforskningsprojekter fra danske kommuner med en lang række praktikker og borgere/pårørende viser, at der er behov for at udvikle viden om at operationalisere og udvikle den relationelle kapacitet i forhold til et kompleks tværgående samarbejde.

I denne fase vil der være involvering fra projektleder (HEM), speciallæger (HEM), projektsygeplejerske (HEM), lægesekretær (HEM), Statistiker (HEM), repræsentanter fra Almen Praksis og Skive Kommune, aktører/informanter fra Skive Kommune og oplægsholder.

For at sikre adgang til de nødvendige personfølsomme data fra Region, Kommune og Almen praksis vil der i blive indgået relevante samarbejds- og databehandleraftaler. Til opbevaring af personfølsomme data vil en REDCap database blive etableret til opbevaring af personfølsomme data i fase 1 og 2. Der vil blive indhentet myndighedsgodkendelser fra Datatilsynet og evt. Videnskabelig Etisk Komité før borgerinklusion.

## Fase 2 – Interventionsfasen - praksis ændres:

Fase 2 er "Det nye set up - vi ændrer praksis". Interventionsfasen vil være struktureret cirkulært ved anvendelse af PDSA kvalitetscirklen. Arbejdsmetoden vil således være, at: "Vi afprøver hypotesen og tilpasser i cirkulære forløb". Se figur 4.



Figur 4. PDSA kvalitetscirklen (<http://www.isikrehænder.dk/forbedringsmetoder/>).

Intervention vil blive defineret ud fra hvilken støtte, pleje og behandling, de sårbare multisyge har behov fastlagt i fase 1. Desuden vil erfaringer fra projekt "Det rette tilbud til borgere fra første kontakt" og lignende danske projekter blive inddraget.

Individuel brugerinddragelse jr. ViBIS´ retningslinjer og fælles beslutningstagen vil være hjørnестenen for interventionens karakterer (12). Inddragelse af borgeren og fælles beslutningstagen vil ske ved, at det multidisciplinære behandlerteam og borgeren systematisk deler viden om behandlingspræferencer for i fællesskab at træffe beslutning omkring behandling, pleje og støtte. Der vil blive etableret en behandlergruppe med relevante aktører ud fra en multidisciplinær tankegang omkring den enkelte borger med fx almen praktiserende læge, socialrådgiver, hjemmesygeplejerske og speciallæge. Samarbejdet i behandlergruppen vil tage udgangspunkt i principperne for Relational Koordinering (10).

Indsatsen retter sig især mod "At fremme sundhed - at undgå sygdom - at leve med sygdom - at mestre egen livssituation".

I fase 2 vil der bl.a. blive afdækket:

- **Forebygger øget støtte, pleje og behandling i nærmiljøet indlæggelser og nedbringer elektiv behandling i sekundær sektoren?**

I interventionsfase vil der løbende ske dataindsamling til belysning af dette med udgangspunkt i de tre elementer i Triple aim-tilgangen, som udgør den faglig kvalitet, den borgeroplevet kvalitet og omkostningseffektiviteten (13).

### **Faglig kvalitet**

De diagnoser, symptomer eller udækkede behov som det nye set-up skal afhjælpe, kan opfattes som et kalejdoskopisk billede af talrige diagnoser, symptomer eller udækkede behov:

- Åndenød
- Hjertebanken
- Angst
- Depression
- Smerter
- Claudicatio
- Træthed
- Søvnproblemer
- Overvægt/undervægt
- Immobilitet
- Infektioner
- Obstipation
- Misbrug (eks. alkohol)
- Seksualitet
- Medicinering
- Hygiejne
- Ensomhed
- Netværk
- m.m.

### **Brugeroplevet kvalitet**

For at kunne dokumentere effekten på borgeroplevet kvalitet vil der ske indsamling af patient-rapporterede outcomes (PRO) data (14). De indsamlede PRO-data vil fokusere på måling af patienternes helbredsrelaterede livskvalitet ved anvendelse af valideret spørgeskemaer. Helbredsrelateret livskvalitet defineres som et multidimensionelt begreb, som inddrager både positive (fx symptomkontrol) og negative (fx fysiske begrænsninger eller bivirkninger) af sygdom og behandling (15). Borgere og deres pårørende vil være vigtige informanter i dataindsamlingen ift. brugeroplevet kvalitet.

### **Omkostningseffektiviteten**

I projektet vil der kontinuerlig ske en indsamling af data for interventionens økonomiske og personalemæssige forbrug. Dette for at sikre, at overblik og optimal ressourceudnyttelse under intervention. Telemedicinske løsninger fx videokonsultation vil blive anvendt, hvor det er relevant under hensynstagen til borger og sundhedspersonale.

I denne fase vil der være involvering fra projektleder og projektsygeplejerske (HEM), speciallæger (HEM), sygeplejersker (HEM), kvalitetskoordinator (kommunen), sygeplejerske/terapeut/diætist (kommunen, psykolog/socialrådgiver (kommunen) og distriktssygeplejerske (Center for Psykiatri og Rusmiddel).

### **Fase 3 – Analyse og afrapportering:**

I denne fase vil den ændrede praksis blive evalueret ved hjælp af dataanalyse og tolkning af resultaterne ved projektpersonale i samarbejde med statistisk ekspertise. Det indtænkes brug

af data fra de nationale sundhedsregistre (Landspatientregisteret, Danmarks Statistik og/eller De Kliniske Kvalitetsdatabaser) til at dataunderstøtte de indsamlede data.

Projektet indeholder datamæssigt således både kvantitative, kvalitative og evt. registerbaserede data, som tilsammen skal besvare fastsatte hypoteser og effektmål i forhold til den faglige kvalitet, den borgeroplevede kvalitet samt omkostningseffektiviteten.

Interventionen vil blive evalueret med fokus på nedbringelse af indlæggelser og elektiv behandling på hospitalet. Dette resultat vil indgå i den projektevaluering, som skal foreligge november 2021. Den endelige afrapportering vil foreligge den 30. april 2022, hvor der vil indgå en evaluering som vil tage udgangspunkt i de tre elementer i Triple-aim redskabet.

I fase 3 vil den igangsatte drift fra projektet fortsat foregå sideløbende med projektet. Involverede i denne fase vil være projektleder, projektsygeplejerske (HEM), speciallæge (HEM), lægesekretær (HEM), statistiker (HEM), praksiskoordinator Skive Kommune, aktører/informanter fra Skive Kommune og oplægsholder.

### **Gennemførlighed**

Projektleder Lene Kongsgaard Nielsen har i sit ph.d.-forløb forsket i brugeroplevet kvalitet ved anvendelse af PRO-data. Hermed sikres det, at der opnås valide data for brugeroplevet kvalitet samt indsamling af relevante effektmål for faglig kvalitet i projektet. Stillingsopslag til rekruttering af kvalificeret projektpersonale med erfaring indenfor kvalitativ forskning er under udarbejdelse og forventes besat pr. 1. september 2019.

For at sikre den fornødne fremdrift af dette tværsektorielle projekt anses det for nødvendigt at indgå samarbejdsaftaler med de involverede aktører udenfor Region Midtjylland, dvs. primærsektoren i Skive Kommune og Almen praksis. I disse samarbejdsaftaler vil forventninger til arbejdsbyrden og honorering til det involverede sundhedspersonalet blive afstemt.

Borgere, som rekrutteres til projektet, vil blive informeret mundtligt og skriftligt, og skal give samtykke til deltagelse før inklusion. Borgerdeltagelse i projektet hviler på frivillighed jf. Helsinki Deklarationen.

### **Drift af de igangsatte initiativer**

Der forventes et resultat som kan overgå til permanent drift ved projektperiodes udløb. Det forudsætter dog, at der afsættes ressourcer hertil.

I den permanente drift vil der være involveret sygeplejerske/terapeut/diætist, psykolog/socialrådgiver (kommunal), distriktssygeplejerske (psykiatrien). Det forventes, at Hospitalet indkøbet kommunale ressourcer til at løfte driftsopgaven, idet fremtidige sundhedstilbud bør udflyttes til nærmiljø.

**Årlig udgift til permanent drift er estimeret til 0,915 mio. kr..** Estimatet er med forbehold, da det selvfølgelig afhænger af projektets endelige resultat.

Viborg, den 21. juni 2019

På styregruppens vegne

Marianne Balsby  
Leder af Skive Sundhedscenter

Anne Dorthe Bjerrum  
Oversygeplejerske, Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme



## Referencegruppe.

Anne Bendix Andersen, RN, MHS (nursing), Ph.d., HEM

Bo Vestergaard, Forfatter og foredragsholder (Relationel Koordinering).

## Referencer

- (1) Hansen BH. Udvikling i gennemsnit indlæggelsestid blandt unge, voksne og ældre fra 2008 til 2013. August 27., 2015; Available at: [https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_74338/cf\\_202/Analyse\\_af\\_udvikling\\_i\\_indl-ggelsestid\\_blandt\\_-\\_ldr.PDF/](https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_74338/cf_202/Analyse_af_udvikling_i_indl-ggelsestid_blandt_-_ldr.PDF/). Accessed May 22., 2019.
- (2) Goncalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Jun 26;6:CD000356.
- (3) Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2016 Feb;14(2):106-173.
- (4) Braes T, Moons P, Lipkens P, Sterckx W, Sabbe M, Flamaing J, et al. Screening for risk of unplanned readmission in older patients admitted to hospital: predictive accuracy of three instruments. *Aging Clin Exp Res* 2010 Aug;22(4):345-351.
- (5) Jakobsen HN, Rytter L, Rønholdt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. 2007;978-87-7676-543-9.
- (6) Wiuff MB, Hansen EB, Kristensen TA and Madsen MH. Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden – Organisering, samarbejde og oplevet udbytte. 2017;978-87-7488-983-0.
- (7) Voss Henning. Implementering af opfølgende hjemmebesøg - *Hvad kan vi lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer?*. 2009;DSI projekt nummer 2553.
- (8) Buch, Martin Sandberg, Rikke Ibsen, Jakob Kjellberg. Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus. Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi. 2019;978-87-7119-619-1.
- (9) Lindhardt T, Loevgreen SM, Bang B, Bigum C, Klausen TW. A targeted assessment and intervention at the time of discharge reduced the risk of readmissions for short-term hospitalized older patients: a randomized controlled study. *Clin Rehabil* 2019 Apr 28;269215519845032.
- (10) JHG, RS, JW. A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science* 2010;21(2):490-506.
- (11) Buch MS. Integrated Care-modellen - indsatsen målrettet ældre medicinske patienter.: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2016.
- (12) Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 2010 Oct 14;341:c5146.
- (13) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008 May-Jun;27(3):759-769.
- (14) US Food and Drug Administration. *Guidance for industry: patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labeling claims.*. 2009.
- (15) Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *J Clin Oncol* 1994 Mar;12(3):608-616.