Aktiv Patientstøtte - Forskningsresultater



JE FACT UM®

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder

CIMT
Center for Innovativ Medicinsk Teknologi

REGION H
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

REGION SJÆLLAND
– vi er til for dig

Aktiv Patientstøtte – Forskningsresultater

Emneord: Aktiv Patientstøtte, self-management-support, forebyggelse af indlæggelser, prædiktionsmodel, effekt, økonomisk evaluering, patientperspektiv, organisering, implementering.
Sprog: dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 17. maj, 2022

Udgave: 1. udgave

ISBN: 978-87-93657-34-2 (PDF/elektronisk version)

Rapporten er udarbejdet af:

DEFACTUM, Region Midtjylland; Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden; Center for Innovativ Medicinsk Teknologi, Odense Universitetshospital; Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital; Region Sjælland.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:
Palmhøj Nielsen C, Fredens M, Benthien KS, Nissen NK, Rasmussen MK, Winther S, Sørensen MS, Nielsen BK, Grønkjær M, Kidholm K, Rasmussen K, Toft U.
Aktiv Patientstøtte - Forskningsresultater
Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
DEFACTUM
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N
E-mail: defactum@rm.dk
Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning 7

1 Indledning 8

2 Hvad er Aktiv Patientstøtte 9

2.1 Interventionens komponenter 9

2.2 Kompetenceudvikling 10

2.3 Organisering af indsatsen 11

3 Virkning af prædiktionsmodellen 13

4 Effekt af Aktiv Patientstøtte 14

4.1 Indledning 14

4.2 Metode 14

4.2.1 Design 14

4.2.2 Patientgrundlag 14

4.3 Resultater 15

4.3.1 Effekt på hospitalskontakter 15

4.3.2 Effekt i primærsektor 15

4.3.3 Livskvalitet 15

4.3.4 Mestring 16

4.3.5 Subgrupper 16

4.4 Delkonklusion 16

5 Sundhedsøkonomiske konsekvenser 17

5.1 Indledning 17

5.2 Metode 17

5.3 Resultater 17

5.3.1 Reducerer Aktiv Patientstøtte behandlingsomkostningerne per deltager? 18

5.3.2 Reducerer Aktiv Patientstøtte totalomkostningerne per deltager? 18

5.3.3 Er Aktiv Patientstøtte en omkostningseffektiv intervention? 18

5.3.4 Har forskelle mellem regionernes implementering betydning for omkostninger og effekt? 18

5.4 Delkonklusion 19

6 Borgernes oplevelser 20

6.1 Indledning 20

6.2 Metode 20

6.3 Resultater 20
6.3.1 Fund fra opstartssamtaler 20
6.3.2 Fund fra individuelle interview 21
6.4 Delkonklusion 24

7 Organisation og implementering 25
7.1 Indledning 25
7.2 Metode 25
7.2.1 Analysetilgang 25
7.3 Resultater 25
7.3.1 Organisering og implementering af Aktiv Patientstøtte på programniveau 25
7.3.2 Støttesygeplejerskernes perspektiver på Aktiv Patientstøtte 27
7.4 Delkonklusion 31

8 Konklusion 32

9 Perspektivering 34

Referencer 36

Bilag 37

Forskningsansvarlige – Aktiv Patientstøtte

Forskningsledelse

Forskningsleder
Forskningschef, lektor, ph.d.
Camilla Palmhøj Nielsen
DEFACTUM
Region Midtjylland
og
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet

Sektionschef, professor, ph.d.
Ulla Toft
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
og
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet

Forskningskonsulent, dr.med.
Knud Rasmussen
Region Sjælland

Forskningsleder, professor, ph.d.
Kristian Kidholm
Center for Innovativ Medicinsk Teknologi
Odense Universitetshospital
og
Klinisk Institut og Institut for Virksomhedsledelse
Syddansk Universitet

Forskningsleder, professor, ph.d.
Mette Grønkjær
Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje
Aalborg Universitetshospital
og
Klinisk Institut
Aalborg Universitet

Forskningssekretariat
Forskningschef Camilla Palmhøj Nielsen
Projektleder Mia Fredens
AC-fuldmægtig Else Thomsen
Seniorforsker Nina Konstantin Nissen
Seniorforsker Berit Kjærside Nielsen

DEFACTUM, Region Midtjylland

Ansvarlige for analyserne

Klinisk effekt
Sektionschef, professor, ph.d. Ulla Toft
Postdoc, ph.d. Kirstine Skov Benthien

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Sundhedsøkonomiske konsekvenser
Forskningsleder, professor, ph.d. Kristian Kidholm
Ph.d.-studerende Maja Kjær Rasmussen
AC-fuldmægtig Mette Skovsbøl Sørensen

Center for Innovativ Medicinsk Teknologi
Odense Universitetshospital

Borgernes oplevelser
Forskningsleder, professor, ph.d. Mette Grønkjær
Postdoc, ph.d. Susanne Winther

Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje
Aalborg Universitetshospital

Organisering og implementering
Forskningschef, lektor, ph.d. Camilla Palmhøj Nielsen
Projektleder Mia Fredens
Seniorforsker, ph.d. Morten Deleuran Terkildsen

DEFACTUM
Region Midtjylland

Sammenfatning

Med afsæt i rapportens konklusion fremhæves følgende overordnede hovedresultater fra forskningen i Aktiv Patientstøtte:

- Prædiktionsmodellen, som anvendes som grundlag for invitation af borgerne, fungerer efter hensigten og har overordnet vist tilfredsstillende prædiktiv værdi.
- Aktiv Patientstøtte forebygger ikke indlæggelser i den samlede population, men indsatsen kan måske forebygge indlæggelser hos personer med diabetes.
- Aktiv Patientstøtte forbedrer borgernes livskvalitet og mestring, men effektstørrelserne er beskedne.
- Aktiv Patientstøtte reducerer ikke de samlede behandlingsomkostninger per borger.
- Aktiv Patientstøtte indebærer samlede omkostninger per vundet kvalitetsjusteret leveår på 2,3 mio. DKK.
- Borgerne oplever, at sygeplejerskernes kontinuerlige støtte og tilgængelighed bidrager til at styrke borgernes følelse af øget selvtillid, livskvalitet og handlekompetencer.
- Sygeplejerskerne oplever, at Aktiv Patientstøtte muliggør kontinuitet og tid i arbejdet med borgerne og derfor bidrager positivt til tillidsskabelse og relationsdannelse mellem borger og professionel.
- Organisering af indsatsen som selvstændig enhed løsrevet fra anden drift i sundhedsvæsenet fremhæves som fremmende for opbygning af nye kompetencer og aflæring af eksisterende kompetencer hos sygeplejerskerne.
- Kontakten mellem sundhedsprofessionel og borger over telefon opleves langt overvejende positiv, da distancen skaber en tryg ramme for de mere sårbare samtaler.

Med afsæt i rapportens perspektivering fremhæver forskerne bag undersøgelsen følgende:

- Den manglende forebyggelse af indlæggelser, de små effektstørrelser i livskvalitet og mestring samt den manglende omkostningseffektivitet ansporer ikke til generel implementering af Aktiv Patientstøtte i den nuværende form.
- Det er værd at undersøge, om en modificeret version af Aktiv Patientstøtte kan skabe positive effekter hos selekterede patienter med diabetes.
- Det er vanskeligt at forebygge indlæggelser hos den valgte gruppe med indsatser, der udelukkende er rettet mod den enkelte borgers adfærd. Det anbefales derfor fremadrettet, at nye indsatser på dette område også rettes mod sundhedsvæsenets håndtering af borgerens forløb.
- I forbindelse med fremtidig anvendelse af prædiktionsmodeller anbefales, at de integreres i elektroniske patientjournaler med henblik på at fremme muligheden for at rekruttere patienter i forbindelse med kontakt til sundhedsvæsenet
- Prædiktionsmodeller kan ikke stå alene. Værdien af sådanne modeller afhænger af, at vi har virkningsfulde indsatser, som kan tilbydes borgere og sundhedsvæsen.
- Som indsats har Aktiv Patientstøtte en række potentialer, som rækker ud over formålet vedr. forebyggelse af indlæggelser. Borgerne værdsætter interventionen og oplever en følelse af øget selvtillid, livskvalitet og handlekompetencer, og sygeplejerskerne fremhæver Aktiv Patientstøtte som en kontinuerlig indsats, der muliggør tillidsskabelse og relationsdannelse med borgerne og fremmer en patientcentreret indsats.
- Implementeringen af Aktiv Patientstøtte vurderes vellykket med en passende balance mellem standardisering af indsatsen og mulighed for lokal tilpasning. Organisering efter den fællesstatslige programmodel vurderes at have understøttet implementeringen på hensigtsmæssig vis.

1 Indledning

I denne rapport præsenteres en række analyser fra den forskning, som er igangsat med henblik på at undersøge effekter og virkninger af Aktiv Patientstøtte. Forskningen er igangsat parallelt med, at Aktiv Patientstøtte blev etableret som indsats i sundhedsvæsenet, og forskningen kan således bidrage til at belyse både effekter af indsatsen og implementeringsprocessen. Forskningen har til formål at bidrage til beslutningstagning vedr. eventuel videreførelse af Aktiv Patientstøtte som en indsats i det danske sundhedsvæsen, og resultaterne kan endvidere give input til udvikling af andre indsatser rettet mod forebyggelse af indlæggelser blandt borgere med kronisk sygdom.

Rapporten indledes med en kort beskrivelse af indsatsen Aktiv Patientstøtte samt organiseringen af denne. Dernæst præsenteres hovedresultaterne af de enkelte forskningsdele:

- Virkningen af den anvendte prædiktionsmodel
- Kliniske effekter af Aktiv Patientstøtte
- Sundhedsøkonomiske konsekvenser af Aktiv Patientstøtte
- Borgernes oplevelser af at deltage i Aktiv Patientstøtte
- Organiseringen og implementeringen af Aktiv Patientstøtte.

Forskningen er gennemført som et tværvidenskabeligt forskningsprogram. Denne tværvidenskabelige organisering gør det muligt at sammenholde de enkelte dele af forskningsprojektet med henblik på at opnå ny – mere tværgående – viden om indsatsen og dens virkninger.

I denne rapport præsenterer vi forskningsresultater, som kan bidrage til drøftelser af og beslutningstagning vedr. Aktiv Patientstøtte. Præsentationen af resultaterne i rapporten er målrettet beslutningstagere, og der henvises til de videnskabelige artikler (publicerede og under udarbejdelse) for mere uddybende dokumentation. De præsenterede analyser er ikke udtømmende for den forskning, som gennemføres, da der fortsat gennemføres analyser af data og skrives videnskabelige artikler. Da ikke alle artiklerne er publiceret forud for rapportens udgivelse, har det ikke været muligt at vedlægge al dokumentation for analyserne i bilag til rapporten. Forskningsledelsen står til rådighed, såfremt yderligere dokumentation efterspørges.

2 Hvad er Aktiv Patientstøtte

Aktiv Patientstøtte er en national telefonbaseret self-management-support-indsats rettet mod at styrke egenomsorg hos borgere i øget risiko for akut hospitalsindlæggelse. Formålet med interventionen er at forebygge indlæggelser og fremme livskvalitet for borgerne.

Indsatsen udføres af sygeplejersker, der i en tidsafgrænset periode giver individuel telefonisk støtte til borgerne. Målgruppen inviteres til at være med i indsatsen på baggrund af en prædiktionsmodel, der beregner risiko for hospitalsindlæggelse for borgere på 18 år og opefter. Modellen udpeger de borgere, der har størst risiko for at blive akut indlagt inden for de næste 3 måneder (for mere om prædiktionsmodel og inklusionsprocedure, se kapitel 3). Aktiv Patientstøtte i Danmark er inspireret af en indsats fra Sverige, Aktiv Helsestyring (1, 2). Indsatsen blev gennemført som en del af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner 2014. Finansieringen af indsatsen var betinget af, at Aktiv Patientstøtte blev baseret på principperne i den svenske indsats, at indsatsen blev implementeret ensartet på tværs af regionerne samt at interventionen blev fulgt af et fælles forskningsprogram (3). I implementeringsarbejdet er indsatsen tilpasset en dansk kontekst. Da Region Sjælland havde igangsat et pilotstudie forud for den fælles indsats, var regionen i gang før de øvrige regioner. Det betød, at Region Sjællands indsats på nogle områder afveg fra de øvrige regioners indsats. Bl.a. gennemførte Region Sjælland selv kompetenceudvikling og udarbejdede en praksisvejledning til beskrivelse af indsatsen.

Aktiv Patientstøtte er en understøttende indsats, hvorfor deltagere selv opfordres og støttes til at tage de nødvendige kontakter til sundhedsvæsenet. Koordinering af sundhedsydelser som fx håndtering af overdragelse mellem sundhedsudbydere og medicinske specialer er uden for indsatsens rammer. Indsatsen er et supplement til det eksisterende sundhedsvæsen, og sygeplejerskerne påtager sig ikke det kliniske ansvar for borgerne. Aktiv Patientstøtte udføres af sygeplejesker, der er uddannet til Aktiv Patientstøtte gennem et kompetenceudviklingsforløb. Interventionen er beskrevet i to praksisvejledninger, der beskriver arbejdsgange og interventionsmetoder. Én for Region Sjælland og én for de andre 4 regioner. Praksisvejledningen er udarbejdet med det formål at støtte sygeplejerskernes praksis og ensartethed i denne bedst muligt. Den indeholder vejledninger, guides, værktøjer og inspiration til deres dialog med patienterne. Nedenfor præsenteres interventionens komponenter samt sygeplejerskernes rolle og kompetenceudvikling mere indgående.

2.1 Interventionens komponenter

Borgere, der er identificeret gennem prædiktionsmodellen, inviteres via e-boks og bliver derefter telefonscreenet. Vurderes borgeren egnet til at deltage, så aftales et møde til opstartssamtale mellem borger og sygeplejerske. Opstartssamtalen er det eneste fysiske møde mellem borger og sygeplejerske. Formålet med denne samtale er at etablere fundamentet for hele samtaleforløbet, og opstartssamtalen indeholder forskellige faser med det overordnede sigte at udforske borgerens behov for støtte samt opbygge en god relation. Opstartssamtalen er det eneste tidspunkt, hvor sygeplejersken har adgang til og skal kigge i borgerens journal (efter samtykke). For de borgere, der findes egnede til at indgå i projektet, og som gerne selv vil deltage, udarbejdes sammen med sygeplejersken en handlingsplan med fastsatte mål for forløbet (kun for interventionsgruppen). Efter samtalen dokumenteres i M4 (et specialudviklet it-program), og sygeplejersken foretager en risikoscore af borgeren med henblik på at vurdere borgerens risiko for indlæggelse.

Interventionen foregår herefter over telefon i en midlertidig periode på 6-9 måneder, med det sigte at samme sygeplejerske følger borgeren i hele perioden. For at styrke borgerens

egenomsorg og livskvalitet og forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser er antagelsen i interventionen, at forløbet skal hjælpe borgeren inden for 4 indsatsområder. Derfor støtter og coacher sygeplejersken borgeren til at opnå mål inden for følgende:

1. Viden om egen sygdom(me) og behandling.
2. Strategier til at håndtere konkrete typer af problemstillinger, der opstår som konsekvens af sygdommen.
3. Egenomsorg, herunder at kunne tage vare på egen sundhed og livskvalitet.
4. Behovet for sundhedsydelser, herunder hvem der er involveret i behandlingen og med hvilke roller, samt om der eventuelt er andre sundhedsaktører, der skal på banen.

Efter hver samtale dokumenteres i M4, og borgeren risikoscores. Det aftales ved hver samtale, hvornår næste samtale skal finde sted. Som udgangspunkt er det borgerens risikoscore, der er styrende for hyppigheden i samtalerne, men der kan også være andre forhold, der taler for enten hyppigere eller færre opkald. Når borgeren har opnået de fastsatte mål, afsluttes forløbet. Interventionens hovedkomponenter er illustreret i tabel 2.1 nedenfor.

TABEL 2.1: HOVEDKOMPONENTER I PAHS-INTERVENTIONEN (4)

Struktur	Opstartssamtaler med fokus på relationsopbygning og behovsafstemning Telefonbaserede opfølgningssessioner Varighed 6-9 måneder
Redskaber	Udvikling af et eller flere personlige mål Vurdering af risiko for hospitalsindlæggelse ved hver session
Støttesygeplejerskerollen	Omsorgsperson Coach Sundhedsprofessionel
Indhold	Viden om sygdom og behandling Mestring og strategier Selvhjælp Behov for sundhedsydelser

2.2 Kompetenceudvikling

Aktiv patientstøtte stiller særlige krav til sygeplejerskens kompetencer. I det nationale Aktiv Patientstøtte-program er der indgået aftale med et eksternt firma, som er ansvarligt for at udvikle og gennemføre kompetenceudvikling af sygeplejerskerne og ledende sygeplejersker for regionerne Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark og Hovedstaden. Region Sjælland har fulgt sit eget kompetenceudviklingsprogram. Det ligger uden for denne rapport at gå yderligere i detaljer med dette.

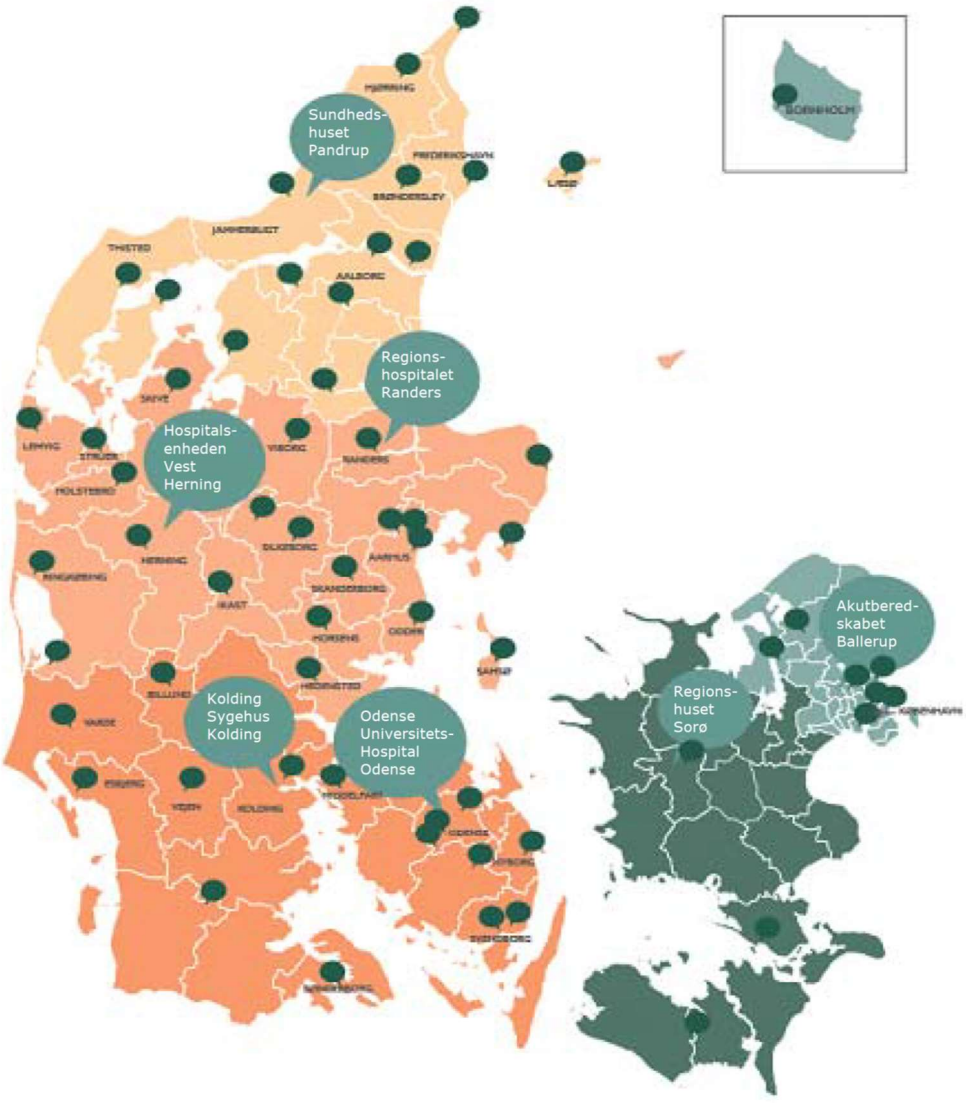
Som sygeplejerske i Aktiv Patientstøtte skal man balancere mellem 3 forskellige roller (jf. tabel 2.1). I den faglige praksisvejledning uddybes de 3 roller, og den skræddersyede kompetenceudvikling har bl.a. haft fokus på at lære sygeplejerskerne at mestre de 3 forskellige roller på en hensigtsmæssig måde i deres interaktion med borgeren. Særligt den

coachende tilgang har været dominerende i undervisningen, fordi det er den nye tilgang i forhold til sygeplejerskernes tidligere praksis. Kompetenceudviklingen består i undervisning, individuel og gruppesupervision, deltagelse i workshops samt temamøder afholdt lokalt i regionerne.

2.3 Organisering af indsatsen

Aktiv Patientstøtte er organiseret i 7 støtteenheder (callcentre) fordelt i de 5 danske regioner. Fra støtteenhederne afholder sygeplejerskerne de telefonbaserede samtaler med borgerne. De fysiske opstartssamtaler med borgerne bliver afholdt på forskellige lokationer rundt om i landet. I hver region er der desuden ansat projektleder og ledende sygeplejersker med ansvar for lokal implementering og drift af projektet. Kortet nedenfor giver et overblik over antal af Aktiv Patientstøtte-enheder (store grønne cirkler) samt deres placering. De små grønne cirkler angiver placering af opstartssamtalerne, der afholdes som fysiske møder med borgerne.

FIGUR 2.1: GEOGRAFISK PLACERING AF AKTIV PATIENTSTØTTE I DANMARK?



Kilde: Region Hovedstaden (3).

Aktiv Patientstøtte er således organiseret som støtteenheder i alle 5 danske regioner. Men der er variationer i antal af enheder, antallet af ledende sygeplejersker samt fysisk og organisatorisk placering på tværs af regionerne. Sygeplejerskerne er løbende blevet ansat i projektet, og antallet har ændret sig over tid, hvorfor antallet anført i tabel 2.2 er antal ansatte ved interview februar 2019. Da indsatsen var var på sit højeste var der ca. 100 sygeplejersker ansat.

TABEL 2.2: REGIONAL ORGANISERING AF AKTIV PATIENTSTØTTE

Organisering	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
Antal call-centre	1	2	2	1	2
Sygeplejersker	9	20[1]	20[2]	34	10
Ledende sygeplejersker	1	2	1	1[3]	0
Projektledere	1	1	1	1	1
Placering af indsatsen	Sundhedshus (Pandrup)	Hospital (Regionshospitalet Randers og Hospitalsenhed Vest i Herning)	Hospital (Odense Universitetshospital og Kolding Sygehus.)	Præhospital/ Akutberedskab i Ballerup	Regionshus i Sorø og Sundhedshuset i Maribo

Region Midtjylland og Region Syddanmark har to støtteenheder. Region Syddanmarks 2 enheder har tilsammen 1 ledende sygeplejerske (har senere fået en ledelsessupporter), mens de 2 enheder i Region Midtjylland har hver sin ledende sygeplejerske tilknyttet. De øvrige regioner har kun 1 enhed.

[1] 9 sygeplejersker var tilknyttet Randers-enheden, 11 tilknyttet Herning-enheden.

[2] 10 sygeplejersker var tilknyttet Odense-enheden, 10 tilknyttet Kolding-enheden.

[3] I Region Hovedstaden har man haft én ledende sygeplejerske, og derudover har to af de 34 ansatte sygeplejersker haft særlig teamlederfunktion.

3 Virkning af prædiktionsmodellen

Deltagerne i Aktiv Patientstøtte blev identificeret gennem en prædiktionsmodel, som identificerede borgere med risiko for akut hospitalsindlæggelse inden for 3 måneder. I modellen indgår oplysninger om diagnoser, sygehusaktivitet m.m. Modellen er blevet valideret, og det overordnede mål er 'Area under receiver operating curve' (AUC), der udtrykker både sensitivitet og specificitet (5). Modelvalideringen har overordnet vist tilfredsstillende prædiktiv værdi på linje med tilsvarende modeller, men med regionale forskelle. Tabel 3.1 viser AUC for hele landet og hver region. Modellen har moderat prædiktiv værdi i Region Syddanmark, hvilket sandsynligvis skyldes en lavere rate af akutte indlæggelser sammenlignet med de øvrige regioner. Modellen er udviklet af Region Sjælland og har desuden været anvendt i Region Hovedstaden, Syddanmark og Nordjylland, mens Region Midtjylland har anvendt en anden lignende model.

TABEL 3.1: PRÆDIKTIONSMODELLENS VÆRDI

	Antal	AUC*
Danmark	112026	0.7742
Nordjylland	9090	0.8224
Midtjylland	19027	0.7978
Syddanmark	21434	0.6914
Hovedstaden	43337	0.7850
Sjælland	19138	0.7891

* Area under receiver operating curve

AUC på mindst 0.75 anses for tilfredsstillende.

4 Effekt af Aktiv Patientstøtte

4.1 Indledning

I det følgende afsnit præsenteres effektmålingen af Aktiv Patientstøtte. Resultaterne er endelige men ikke udtømmende, da enkelte sekundære analyser udestår. Desuden tages der forbehold for peerreview af de videnskabelige artikler, som kan give anledning til yderligere analyser.

4.2 Metode

4.2.1 Design

Forsøget var tilrettelagt som et lodtrækningsforsøg, hvor halvdelen af deltagerne efter informeret samtykke fik indsatsen, mens den anden halvdel fungerede som sammenlignings-gruppe. Forsøgsdesignet anses som det mest sikre evalueringsgrundlag til formålet. Forsøget begyndte 9. april 2018 og sluttede regionalt, efterhånden som hver region opnåede det plan-lagte mål for inklusion (mellem december 2018 og juni 2019).

4.2.2 Patientgrundlag

Der var planlagt inklusion af 880 deltagere i hver region for at opnå statistisk styrke til at undersøge eventuelle regionale forskelle i effekten på livskvalitet. Ligeledes viste styrke-beregningen, at der var behov for at inkludere 4.000 deltagere for med rimelig sikkerhed at kunne påvise en eventuel effekt på indlæggelser på nationalt niveau. Alle regioner har inkluderet flere deltagere end det oprindeligt planlagte, da det var forventet, at en stor del af deltagerne ikke ville svare på opfølgende spørgeskemaer (fx på grund af dårligt helbred, indlæggelser, dødsfald eller forglemmelse). Imellem 9. april 2018 og 1. juli 2019 blev 79.178 borgere inviteret til information om projektet via e-boks og brev samt to forsøg på telefonisk kontakt. Halvdelen af disse borgere gav intet svar, 23.792 borgere takkede nej til informa-tion, og 4.972 ønskede ikke at deltage. Derfor blev 6.402 inkluderet og de øvrige var ikke egnede. Således var inklusionsraten 8 %. Dette vurderes som meget lavt, men svarer til andre studier med lignende invitationsmåder. Svarprocenten på spørgeskemaer er 67 % ved 6 måneder, hvilket er tilfredsstillende set i forhold til deltagernes helbredstilstand. I alt 263 personer trak sig fra projektet.

Deltagerne blev fordelt i 2 grupper ved lodtrækning, og de 2 grupper er meget sammen-lignelige. Mænd og kvinder er ligeligt fordelt, gennemsnitsalderen er 67 år, og 97 % har mindst 1 kronisk sygdom, mens 71 % har mindst 2 kroniske sygdomme. Tabel 4.1 viser den regionale inklusion. Region Hovedstaden har varetaget indsatsen for enkelte deltagere i Region Nordjylland og Region Sjælland. Deltagerne herunder er opgjort efter bopælsregion.

TABEL 4.1: DELTAGERE PER REGION

Region, n (%)	Aktiv Patientstøtte	Kontrolgruppe
Nordjylland	448 (15)	447 (14)
Midtjylland	603 (20)	619 (20)
Syddanmark	490 (16)	527 (17)
Hovedstaden	911 (30)	927 (30)
Sjælland	580 (19)	578 (19)

4.3 Resultater

De 2 primære effektmål i Aktiv Patientstøtte er hospitalsindlæggelser og livskvalitet – begge målt ved 6 måneders opfølgning. Desuden opgøres ambulante besøg, medicin, mestring og subgruppeanalyser.

4.3.1 Effekt på hospitalskontakter

Resultaterne fra lodtrækningsforsøget viste, at Aktiv Patientstøtte ingen effekt har på indlæggelser. Efter 6 måneder var der 1.281 indlæggelser i kontrolgruppen og 1.285 indlæggelser i interventionsgruppen. Der var ligeledes ingen forskelle mellem grupperne ved 3 og 12 måneders opfølgning. Udviklingen i ambulante kontakter var også ligeligt fordelt mellem kontrolgruppe og interventionsgruppe ved både 3, 6 og 12 måneders opfølgning med henholdsvis 6.739 og 6.965 kontakter efter 6 måneder.

4.3.2 Effekt i primærsektor

Resultaterne viste en øget kontakt til psykologer i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen ved 3, 6 og 12 måneders opfølgning i både rå og justerede analyser. Således blev der registreret i alt 466 kontakter med psykolog i kontrolgruppen og 592 kontakter i interventionsgruppen ved 12 måneders opfølgning. De justerede analyser peger desuden på øgede kontakter i interventionsgruppen til almen praksis ved 3 måneders opfølgning og øgede kontakter i interventionsgruppen til andre praktiserende speciallæger ved 6 og 12 måneders opfølgning.

Der var ingen effekt på brug af antidepressiva, opioider eller andre smertestillende, mens der i interventionsgruppen sås et øget forbrug af beroligende og angstdæmpende medicin ved 3 og 6 måneders opfølgning.

4.3.3 Livskvalitet

Livskvalitet er målt med SF-36. En højere score indikerer højere livskvalitet. Der er 2 overordnede parametre: mental livskvalitet og fysisk livskvalitet. Dertil er der 8 skalaer, som beskriver forskellige parametre af livskvalitet. Samlet er der 10 effektmål, som er opgjort ved 3, 6 og 12 måneders opfølgning. Af de 30 målepunkter viste analysen signifikant positiv effekt på alle 30, herunder det ene primære effektmål mental livskvalitet ved 6 måneders opfølgning. Det bemærkes, at der også påvises effekt på de fysiske livskvalitetsparametre, som kan være svære at påvirke med en samtaleintervention. På gruppeniveau var effektstørrelserne mindre end en klinisk mærkbar effekt for den enkelte. Det kan være udtryk for individuelle forskelle på, hvor meget de enkelte deltagere profiterede af indsatsen. Når man tager højde for, at nogle deltagere ikke har fået mere end en enkelt samtale, var effekten en anelse højere men stadig under halvdelen af en klinisk mærkbar effekt.

Blandt deltagerne i interventionsgruppen i følgende regioner blev der vist signifikant positiv effekt på mental livskvalitet ved 6 måneders opfølgning: Hovedstaden, Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark. I Region Sjælland, Hovedstaden, Midtjylland og Syddanmark var der signifikant effekt på interventionsgruppens mentale livskvalitet ved 12 måneders opfølgning.

Deltagerne angav gennemsnitligt en forringet livskvalitet ved baseline. Således har prædiktionsmodellen og sygeplejerskerne primært identificeret og inkluderet borgere, der på forskellig måde er belastede af sygdom og derfor er i målgruppen for Aktiv Patientstøtte.

4.3.4 Mestring

Mestring er målt ved 8 skalaer i spørgeskemaet Health Education Impact Questionnaire, som er opgjort ved 3, 6 og 12 måneders opfølgning. Af de 24 målepunkter viste analysen signifikant positiv effekt på alle 24. Tilsvarende livskvalitet er de gennemsnitlige effektstørrelser mindre end en klinisk mærkbar effekt på individniveau.

4.3.5 Subgrupper

Der blev desuden gennemført subgruppeanalyser, som er egnede til at danne nye hypoteser, men ikke til at teste hypoteser. Resultater fra subgruppeanalyser kalder generelt på nye undersøgelser. Subgruppeanalyserne i dette studie undersøgte om effekten varierede afhængigt af forskellige karakteristika ved deltagerne. Følgende parametre ser ikke ud til at have nogen betydning for effekten af Aktiv Patientstøtte: køn, alder, uddannelsesniveau og civilstand. Det samme gælder for hjertesygdomme, lungesygdomme og bindevævssygdomme, mens personer med diabetes ser ud til at have færre indlæggelser og større forbedringer i livskvalitet end personer uden diabetes.

4.4 Delkonklusion

Aktiv Patientstøtte forebygger ikke indlæggelser i den samlede population, men kan måske forebygge indlæggelser hos personer med diabetes. Aktiv Patientstøtte kan måske øge anvendelsen af sundhedsydelser i primærsektoren. Aktiv Patientstøtte kan forbedre borgernes livskvalitet og mestring, men effektstørrelserne er beskedne.

5 Sundhedsøkonomiske konsekvenser

5.1 Indledning

I det følgende præsenteres den sundhedsøkonomiske evaluering. Resultaterne er endelige. Der tages dog forbehold for peerreview af de videnskabelige artikler, som kan give anledning til yderligere analyser

Det overordnede formål med den sundhedsøkonomiske evaluering ver at undersøge totale omkostninger forbundet med Aktiv Patientstøtte og at sammenholde disse med kvalitets-justerede leveår (QALY) i en cost-utility-analyse. Derved vil den sundhedsøkonomiske evaluering svare på følgende spørgsmål:

- Reducerer Aktiv Patientstøtte behandlingsomkostningerne per deltager?
- Reducerer Aktiv Patientstøtte totalomkostningerne per deltager?
- Er Aktiv Patientstøtte en omkostningseffektiv intervention?
- Har forskelle mellem de 5 regioners implementering af Aktiv Patientstøtte betydning for omkostninger og effekt?

Mens det første spørgsmål besvares ved at beregne behandlingsomkostninger på hospitalerne, kræver andet spørgsmål at både omkostningerne ved selve interventionen, behandlingsomkostninger, omkostninger til almen praksis, læge og vagtlæge samt specialister og psykolog, og omkostninger for kommunale sundhedstilbud inddrages i analysen. Det tredje spørgsmål besvares ved at sammenholde totalomkostninger per deltager i både interventions- og kontrolgruppen med den påviste kliniske effekt fra det kliniske delstudie i en cost-utility-analyse. Det fjerde spørgsmål besvares ved at sammenholde organisering, omkostninger og effekt i hver af de 5 regioner.

5.2 Metode

Analysen er en sundhedsøkonomisk evaluering udført på baggrund af det nationale lodtrækningsforsøg i forbindelse med Aktiv Patientstøtte. Den følger internationale standarder for økonomiske evalueringer af nye interventioner i sundhedsvæsenet. Den sundhedsøkonomiske evaluering anlægger et sundhedssektorperspektiv, idet både ressourceforbrug i primær og sekundær sektor medregnes. Analysen medtager således omkostninger ved indsatsen, ved behandling på sygehus, ved besøg ved praktiserende læge, vagtlæge, psykologer og andre specialister. For en subgruppe medtages også kommunale omkostninger. Det primære effektmål for den sundhedsøkonomiske evaluering er omkostningen (DKK) per vundet kvalitetsjusteret leveår (QALY), også kaldet den inkrementelle omkostningseffekt-ratio (ICER), og det udtrykker, hvad prisen er for at opnå 1 ekstra kvalitetsjusteret leveår med Aktiv Patientstøtte.

Omkostninger forbundet med ressourceforbrug ved selve interventionen Aktiv Patientstøtte er opgjort bagudrettet i danske kroner, og er beskrevet herunder. Omkostningerne opdeles i investeringsomkostninger, driftsomkostninger, behandlingsomkostninger på hospital, behandlingsomkostninger i almen praksis, vagtlæge, psykologer, andre specialister samt kommunale omkostninger. Se bilag 1 for yderligere beskrivelser af metode og antagelser.

5.3 Resultater

Omkostningerne opgøres i faser: opstarts- og udviklingsfasen, som tidsmæssigt ligger før perioden for lodtrækningsforsøget, og driftsfasen, som er perioden fra lodtrækningsforsøgets

start til slut. Dette sker med henblik på at beskrive, hvilke omkostninger der ligger bag udvikling, udrulning og national implementering af Aktiv Patientstøtte, samt hvilke der er anvendt i forbindelse med selve interventionen i forsøgsperioden.

Der var i opstarts- og udviklingsfasen udgifter på knap 24 mio. DKK. Driftsomkostningerne for perioden, hvor lodtrækningsforsøget kørte, var ca. 56 mio. DKK nationalt. Driftsomkostningen per deltager i interventionsgruppen, inklusive tid til rekruttering og administration, er estimeret til ca. 13.200 DKK. Heraf er omkostninger til tid brugt på opstarts- og opfølgningssamtaler (den direkte borgerkontakt) estimeret til knap 1.300 DKK per deltager.

5.3.1 Reducerer Aktiv Patientstøtte behandlingsomkostningerne per deltager?

Der var ingen effekt på gennemsnitlige behandlingsomkostninger per deltager til praktiserende læge, vagtlæge, andre specialister, psykolog, indlæggelser og ambulante kontakter. Omkostningerne til kommunale tilbud var i gennemsnit godt 3000 DKK højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Disse omkostninger er kun indsamlet for en subgruppe på 757 personer fra 4 kommuner, svarende til 12 % af studiepopulationen og effekten er ikke statistisk signifikant. Estimatet skal derfor tolkes med forsigtighed og indgår ikke i estimatet for ICER.

5.3.2 Reducerer Aktiv Patientstøtte totalomkostningerne per deltager?

De totale omkostninger udgøres af: driftsomkostninger per deltager i interventionsgruppen og behandlingsomkostninger. Totale omkostninger for henholdsvis kontrol- og interventionsgruppen var godt 57.000 DKK og 70.000 DKK i gennemsnit per deltager. Når resultaterne for kommunale omkostninger medtages er estimaterne henholdsvis 83.600 DKK og 100.000 DKK. Forskellen mellem grupperne udgøres primært af omkostningerne til interventionen, hvilket tyder på, at Aktiv Patientstøtte ikke reducerer, men sandsynligvis øger, totalomkostningerne per deltager.

5.3.3 Er Aktiv Patientstøtte en omkostningseffektiv intervention?

Effekten på QALY var 0,007 i gennemsnit per deltager. Forskellen er ganske lille, men statistisk signifikant. Estimatet er baseret på 'imputed cases', som inkluderer alle forsøgsdeltagere, og altså også dem, som ikke har svaret på alle spørgsmål. Manglende værdier er estimeret på baggrund af de faktisk besvarede værdier. Sammenholdes forskellen i totale omkostninger med forskellen i QALY, fås den inkrementelle omkostningseffekt-ratio (ICER), altså omkostninger per vundet kvalitetsjusteret leveår, til 2.323.673 DKK.

5.3.4 Har forskelle mellem regionernes implementering betydning for omkostninger og effekt?

På regionsniveau sås, at omkostningerne varierede. Variationen blev udgjort af forskelle i driftsomkostninger og behandlingsomkostninger per deltager. Forskellen mellem grupperne i totale omkostninger per deltager varierede fra 7.216 DKK (Region Midtjylland), 8.198 DKK (Region Sjælland), 11.005 DKK (Region Syddanmark), 13.377 DKK (Region Nordjylland) og til 24.836 DKK (Region Hovedstaden). De totale omkostninger per deltager i gennemsnit er i alle regioner højere for interventionsgruppen.

Der er usikkerheder i estimaterne for især driftsomkostninger per deltager. Region Hovedstaden har hjulpet Region Sjælland og Region Nordjylland med at opnå måltallet, men deres driftsomkostninger er baseret på deres udgifter samt det antal, som er bosiddende i Region Hovedstaden. Derfor kan estimatet for driftsomkostninger per deltager for Region Hovedstaden være overestimeret. Tilsvarende kan estimatet for Region Nordjylland og Region Sjælland være underestimeret. Det er vanskeligt at pege på, hvilke regionale faktorer der

påvirker resultaterne, da øvrige regionale forskelle kan bero på selve indsatsen (som krydser regionsgrænser) og på den øvrige behandling.

5.4 Delkonklusion

Der er ikke fundet resultater, der viser at Aktiv Patientstøtte reducerer de samlede behandlingsomkostninger per deltager. Når omkostningerne til interventionen medtages, øges totalomkostningerne per borger. Da effekten på QALY er positiv, men ganske lille, indebærer projektet samlet set en pris per vundet kvalitetsjusteret leveår på 2,3 mio. DKK.

Der er ikke fastsat en grænse for, hvornår indsatser er omkostningseffektive i Danmark, men resultatet er over grænsen for lignende landes grænseværdier (fx Norge og England). Det vurderes dermed, at indsatsen ikke er omkostningseffektiv under de gældende forudsætninger.

6 Borgernes oplevelser

6.1 Indledning

Formålet med det kvalitative delprojekt med fokus på borgernes oplevelser var at undersøge, om og i så fald hvordan Aktiv Patientstøtte bidrager til at styrke borgernes kompetencer frem mod en højere grad af tryghed, livskvalitet og mestring samt evne til at være selvhjulpne. Det overordnede formål var at undersøge, hvilke erfaringer borgerne har med støtteprogrammet, og hvordan borgerne oplevede interventionen med støtte og hjælp til at mestre deres aktuelle situation. Formålet var tillige at undersøge, hvad borgerne finder anvendeligt og betydningsfuldt omkring de enkelte elementer i interventionsprogrammet og det samlede interventionsforløb.

Opstartssamtalerne mellem borger og sygeplejerske var indledningsvist genstand for undersøgelse med følgende forskningsspørgsmål:

- Hvordan oplever borgeren invitationen til at deltage i Aktiv Patientstøtte?
- Hvordan inddrages borgerens erfaringer i samtalen?
- Hvad karakteriserer interaktionen mellem borgeren og sygeplejersken?
- Hvilke forhold virker befordrende på udviklingen af relationen mellem parterne, og hvilke barrierer ses der?

De individuelle interview fokuserede på den samlede oplevelse og udbytte af interventionen med følgende forskningsspørgsmål:

- Hvordan har borgeren oplevet at deltage i Aktiv Patientstøtte?
- Hvad tillægger borgeren betydning og værdi, og hvad har givet mening for borgeren i forhold til Aktiv Patientstøtte?
- Hvordan har borgeren anvendt og håndteret de beslutninger, der kom ud af samtalen?
- På hvilken måde har borgeren draget nytte af de redskaber, der blev tilbudt i Aktiv Patientstøtte?
- På hvilken måde har Aktiv Patientstøtte styrket borgerens evne til at håndtere sit liv med sine lidelser i hverdagen?

6.2 Metode

Undersøgelsen anvendte et etnografisk forskningsdesign, hvor formålet var at give mulighed for at lade det sete og det sagte udfordre hinanden og dermed foretage indgående observationer og beskrivelser af både forhold og indhold i den konkrete og situerede intervention. Data blev indsamlet gennem deltagerobservation, deltagerberetninger og individuelle kvalitative interview. For yderligere informationer, se bilag 2.

6.3 Resultater

6.3.1 Fund fra opstartssamtaler

Kontekst, kommunikation og kontinuitet er de 3 overordnede fund, der synes at udgøre et væsentligt grundlag for udviklingen af gensidig tillid mellem borger og sygeplejerske.

6.3.1.1 Kontekst

Kontekst skal forstås som sygeplejerskerne og rammerne, hvorunder opstartssamtalen fandt sted. Rammerne for opstartssamtalen var ofte lokaler på hospitaler eller sundhedscentre, der var booket til formålet. Denne kontekst lod indledningsvist til at forvirre borgerne, der i flere tilfælde troede, at de blot skulle til en enkelt samtale uden yderligere opfølgning. Da det gik op for dem, at det var en længerevarende intervention, der angik dem selv og deres situation, blev kombinationen af en tillidsvækkende sygeplejerske i kendte rammer og en intervention, der virkede fordelagtig for dem, legitimerende for at deltage i både intervention og forskningsprogram. Den begyndende tillid i relationen mellem borgeren og sygeplejersken blev observeret i hovedparten af opstartssamtalerne. Som et eksempel fra en opstarts-samtale spurgte en sygeplejerske afslutningsvis en borger med en kræftdiagnose, hvordan han tænkte, at han kunne drage nytte af hendes støtte. Borgeren svarede:

> *"Det hjælper … bare det at sidde her sammen med dig og tale om det … og føle, at nogen vil tale om det … jeg er virkelig glad for, at du interesserer dig for mig og vil lytte til mig. Jeg ved ikke, hvad jeg forventede, men det føles godt at tale med dig".*

Ovenstående citat afspejler flere af borgernes udtalelser, hvor de fortalte, at det var en positiv oplevelse for dem at tale med en nærværende og engageret sygeplejerske, som havde tid til at tale med dem om deres situation og lidelser.

6.3.2 Fund fra individuelle interview

6.3.2.1 En sparringspartner man kan stole på

I de individuelle interview er et gennemgående fund, at borgerne var positive og udtrykte tilfredshed med interventionen. Borgerne identificerede interventionen med sygeplejersken, som de stort set alle omtalte med navns nævnelse, mens de i mange tilfælde ikke kunne huske eller genkende navnet på interventionen. Borgerne fortalte, at de fandt det givende at tale om emner, som fyldte i deres hverdag, såsom sygdomsrelaterede og fysiske problemer med smerter, træthed og uoverkommelighedsfølelse samt psykiske problemer som angst, tristhed og depression. Dertil blev sygeplejersken involveret i deres familiære og økonomiske problemer samt problemer med arbejde, sygemelding, socialforvaltning og lignende. Gene-relt oplevede borgerne, at sygeplejerskerne tog dem alvorligt, viste anerkendelse og forstå-else for deres problemer og behov og så dem som hele mennesker. Det illustrerede en mand med flere kroniske lidelser og psykisk sygdom:

> *"Jeg må indrømme, at jeg har det sådan, at jeg føler mig opmuntret, når jeg har snakket med hende. Jamen hun ser mere menneskeligt på mig i forhold til, hvad de andre gør. Og hun ved jo også om mine sygdomme, og hun siger også, at det er mange ting, jeg skal holde styr på. Problemet er, at det er mange forskellige hospitaler, jeg går på".*

En kvinde med lungeproblemer lagde vægt på, at sygeplejersken støttede både psykisk og fysisk:

> *"Samtalen bliver om alt, hvad der vedrører mig, sådan hele helheden. Man kan sige de ting til hende, som man ikke kan sige til nogen andre. Hun får én stoppet, inden man rammer bunden. Hvis ikke jeg havde haft sygeplejersken til at fortælle mig, hvad jeg skal være opmærksom på og få ro på, og hvordan jeg skal lave vejrtrækningsøvelser, når man får sådan et anfald. Så er jeg sikker på, at så havde jeg været indlagt indtil flere gange. Også på intensiv".*

Mange af borgerne gav udtryk for, at de havde en personlig relation til sygeplejersken, som de oplevede som interesseret og involveret i deres situation. Flere gange blev det nævnt, at de kunne tale med 'deres' sygeplejerske om alt. Borgerne konsulterede derfor ofte sygeplejerskerne omkring deres helbredsmæssige situation.

6.3.2.2 Adgang til professionel og kompetent støtte

Borgerne efterspurgte og værdsatte rådgivning og vejledning i relation til deres medicin, symptomer og sygdomme. Flere gav udtryk for, at sygeplejerskerne havde en særlig viden om og erfaring med netop deres lidelse og sygdom, som de kunne profitere af. Generelt blev sygeplejerskerne beskrevet som fagligt kompetente, og borgerne havde tillid til deres vurdering. Nogle borgere anvendte sygeplejersken som en form for 'second opinion' i forhold til de svar, de havde fået fra hospital eller egen læge. Andre lagde vægt på muligheden for at få en mere udførlig forklaring på deres lidelse eller en undersøgelse, som de havde været igennem. De fleste borgere havde opfattelsen af, at de havde deres egen personlige sygeplejerske, som kendte til problemerne omkring deres lidelser, og med hvem de kunne rådføre sig om alt det, der optog dem. En kvinde med lungeproblemer og angst fortalte:

> *"Hun kunne høre på mig, når jeg ikke kunne få luft. Hun kunne høre mere, end jeg selv var klar over. Hun var ikke bare en person, men én der ved, hvad det handler om. Hun ved fx, hvad min FEV1 (mål for lungefunktion) er og kan snakke med om det. Hun var altid velforberedt og kunne følge op på det, som jeg sagde. Det synes jeg, var rigtig godt, at hun kunne supplere med klare facts".*

En anden kvinde fortalte, at hun havde et stort behov for at kunne rådføre sig med en kompetent fagperson, der havde tid til at høre på hende og guide hende i forhold til de hyppige undersøgelser, hun blev henvist til.

> *"Jeg har lige lavet sådan en lille liste, jeg skal huske at snakke med hende om, fordi jeg har også været ved neurolog, og så skal jeg starte med noget nyt medicin. Altså, jeg glæder mig jo til, når hun ringer".*

En lungesyg mand, der lige havde fået konstateret diabetes, følte, at han havde et stort behov for at rådføre sig med en kompetent fagperson. Han fortalte:

> *"Hun kom ind på et tidspunkt, hvor jeg lige havde fået at vide, at jeg havde sukkersyge, og hjertet drillede, og hoften drillede plus alle de andre ting. Så det var egentlig godt at have en sparringspartner, der havde tid til at lytte på én. Vi kunne snakke om nogle af de ting, som jeg havde lidt tvivl om. Jeg døjede for eksempel med sukkersygemedicinen".*

Sygeplejerskerne var i flere tilfælde den psykiske støtte for borgerne, som syntes at profitere af den anerkendende tilgang og forståelse for deres tab af roller og identitet i forbindelse med sygdom og manglende arbejdsevne. Dertil blev sygeplejerskerne beskrevet som rådgivere og i flere tilfælde koordinatorer for borgerne i forhold til den praktiserende læge, speciallæge eller kontakt til hospitalet.

6.3.2.3 Styrket selvtillid og handlekompetencer

Analyserne viste, at borgerne kunne profitere af sygeplejerskernes coaching i forhold til problemer med selvtillid, handlekompetencer og selvudvikling. Borgerne gav udtryk for, at der skete noget med deres evne til selv at handle gennem den coaching, som sygeplejersken tilbød dem. Dels i forhold til at stille krav til de myndigheder, som de qua deres komplekse lidelser havde kontakt med, og dels i forhold til deres symptomer og sygdomme. Flere af borgerne var indledningsvis skeptiske over for sygeplejersken, fordi hun ikke umiddelbart

fortalte dem, hvad de skulle gøre, men efterhånden, som de blev fortrolige med sygeplejersken og samtaleformen, fandt de ud af, hvor meget de selv kunne ræsonnere sig frem til. Det blev en øjenåbner for flere af borgerne, at de selv var i stand til at træffe beslutninger og handle på dem. En stor del af borgerne gav udtryk for, at de havde fået mere selvtillid, hvilket de samtidig forbandt med øget livskvalitet. En kvinde, der havde eftervirkninger efter cancer, fortalte:

> *"Jamen altså, jeg tør slet ikke tænke på, hvor jeg havde været i dag, hvis hun ikke havde været der. Jeg har jo fundet ud af, at jeg jo kan rigtig mange ting selv. Mit immunforsvar er ikke så godt, så på et tidspunkt spurgte jeg hende, om jeg skulle vaccineres. Så fik hun mig til at snakke, så jeg kunne opveje begge situationer. På den måde så kunne jeg selv reflektere og komme frem til et svar. Det har hun gjort mange gange. Det har virkelig været fantastisk".*

En anden mandlig borger oplevede også at kunne profitere af sygeplejerskens coaching:

> *"Jeg har et krævende fuldtidsjob, og det vil jeg gerne beholde; men hvis prisen er, at jeg kommer hjem og ikke har energi til andet, frem til jeg er 65, så vil jeg nok tænke mig om. Hele den diskussion hjalp sygeplejersken mig med gennem coaching og det, at jeg hele tiden havde et næste møde med hende over telefonen. Det var nok til, at jeg fik gjort noget ved det".*

Som det ses af ovenstående profiterede flere af coaching, men det var ikke lige velegnet til alle borgere. Enkelte syntes at være uvante med at skulle bruge mange ord. Disse borgere efterspurgte i højere grad råd og guidning fra sygeplejerskerne. Borgerne var generelt tilfredse med, at samtalerne med sygeplejersken var per telefon, da det gav dem en fleksibilitet til at være der, hvor de var. Ikke mindst på dage, hvor overskuddet ikke var så stort. Borgerne oplevede generelt, at sygeplejerskerne havde god tid til at tale med dem.

Mere specifikt viste fund fra borgerperspektivet:

- At borgerne oplevede at have en personlig relation til sygeplejersken, som de fandt empatisk, engageret og involverende.
- At borgerne oplevede at have gavn af at tale med sygeplejerskerne om psykiske problemer som lavt selvværd, angst og dødsangst.
- At nogle af borgerne foretrak at tale med en sygeplejerske frem for en psykolog. Det ser overvejende ud til at være relateret til mænd.
- At enkelte borgere gav udtryk for, at interventionen kan forhindre indlæggelse. Det ser ud til, at denne holdning overvejende er knyttet til borgere med psykiske problemer.
- At en del af borgerne udtrykte ønske om at mødes fysisk med sygeplejersken 1-2 gange ud over opstartssamtalen og gerne en afsluttende samtale, hvor de kunne få sagt 'ordentligt' farvel.
- At borgerne oplevede, at de let kunne få kontakt med sygeplejersken, når de havde behov - også selv om hun ikke kunne træffes uden for hverdage.
- At nogle af borgerne foreslog, at de med fordel kunne henvises til Aktiv Patientstøtte via egen læge eller i forbindelse med hospitalsudskrivelse.
- At nogle, særligt sårbare borgere, efterspurgte en mere udtalt koordinerende rolle hos sygeplejersken.
- At nogle, særligt sårbare borgere, kunne have gavn af, at sygeplejersken kom på hjemmebesøg.

6.4 Delkonklusion

Overordnet viser undersøgelsen, at kontekst, kommunikation og kontinuitet udgør et væsentligt grundlag for udviklingen af gensidig tillid mellem borger og sygeplejerske. Konteksten for opstartssamtalerne viste sig at legitimere både interventionen og forsknings-projektet, hvilket influerede på borgernes interesse i at deltage. Sygeplejerskerne var til stede i det første fysiske møde, og på samme tid både anerkendte og udfordrede de borgerne. Det var afgørende for borgernes engagement i interventionen, at de havde kontinuerlig kontakt med den samme sygeplejerske gennem hele forløbet. Således peger undersøgelsen på, at det nære partnerskab, der blev udviklet gennem den langsigtede og regelmæssige kontakt med sygeplejerskerne, var grundlaget for borgernes empowerment og selvledelse. Borgerne værdsatte interventionen, og gav udtryk for, at de kunne drøfte og betro sygeplejersken problemer af enhver art. De oplevede støtte til at tro på deres egne evner til at arbejde med deres helbredsproblemer og tage ansvar for at løse dem. Syge-plejerskernes faglige viden og kompetencer var særligt betydningsfulde for borgerne i forhold til deres sygdomme, symptomer, behandlinger og medicin. Undersøgelsen konkluderer dermed, at sygeplejerskernes kontinuerlige støtte og tilgængelighed bidrog til at styrke borgernes følelse af øget selvtillid, livskvalitet og handlekompetencer.

7 Organisation og implementering

7.1 Indledning

I det følgende præsenteres dele af resultater fra organisationsforskningen i Aktiv Patientstøtte. Organisationsforskningen fulgte implementeringen af Aktiv Patientstøtte, og det overordnede formål var at skabe viden om forudsætninger, muligheder og begrænsninger i de processer, som udgør organisering og implementering og skaber forudsætninger for den endelige udmøntning af Aktiv Patientstøtte. I dette kapitel er fokus på at beskrive og analysere følgende temaer:

- Organisering og implementering af Aktiv Patientstøtte på programniveau
- Støttesygeplejerskernes perspektiver på Aktiv Patientstøtte.

Endvidere har forskningen fokuseret på forskelle i organisering og implementering af interventionen i regionerne. Disse resultater præsenteres ikke her, men forventes præsenteret i en senere artikel.

7.2 Metode

Organisationsforskningen anvender et komparativt casestudiedesign, hvor de 5 regioner opfattes som hver deres case. Dataindsamlingen bygger på kvalitative metoder som observationer af sygeplejerskernes opstartssamtaler, dokumentstudier, enkeltinterview med ledende sygeplejersker og projektledere samt fokusgruppeinterview med sygeplejersker. For yderligere informationer, se bilag 3.

7.2.1 Analysetilgang

I organisationsanalysens første afsnit præsenteres organisering og implementering af Aktiv Patientstøtte i Danmark. I afsnit 7.3.1 præsenteres den overordnede organisering og tilgang til implementering af indsatsen i Danmark. Denne analyse udarbejdes med baggrund i dokumenter og interview med projektledere og programleder og omhandler primært organiseringen i de 4 regioner, der har haft fælles programledelse og samme kompetenceudviklingsforløb. Afsnit 7.3.2. vedr. støttesygeplejerskernes perspektiver på Aktiv Patientstøtte bygger på fokusgruppeinterview med støttesygeplejersker og omhandler alle 5 regioner.

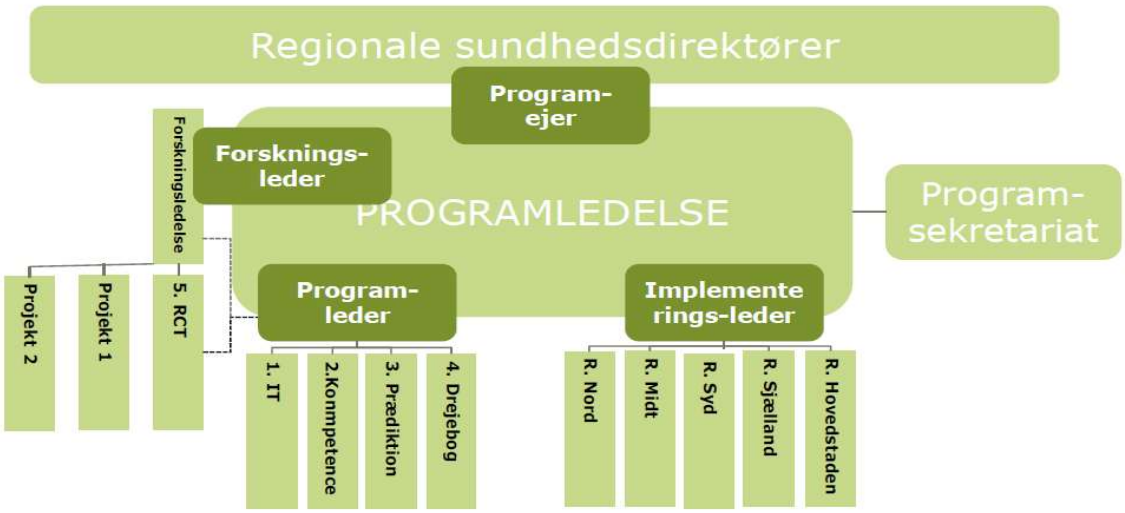
7.3 Resultater

7.3.1 Organisering og implementering af Aktiv Patientstøtte på programniveau

Aktiv Patientstøtte er en top-down-initieret indsats med en overordnet rammesætning for, hvordan indsatsen skal gennemføres. Det stiller store krav til en ensartet implementering, når Aktiv Patientstøtte implementeres i 5 forskellige regioner. Man valgte derfor at etablere et nationalt projekt med fælles programsekretariat, der fulgte den fællesstatslige programmodel.

Modellen blev blandt andet valgt med den begrundelse, at den er velegnet til at understøtte store og komplekse udviklingstiltag med mange aktører og interessenter og lægger som model stor vægt på implementering og organisatoriske forhold.

FIGUR 7.1: ORGANISATIONSDIAGRAM FOR PROGRAMMODEL OVER AKTIV PATIENTSTØTTE



Kilde: Rambøll, 2016.

Figuren viser et organisationsdiagram for programmodel over Aktiv Patientstøtte, som blev udtænkt, da man valgte modellen og derfor inden programmet blev implementeret. Der er undervejs sket udvikling af organiseringen. Dette gælder særligt i forhold til modellens fremhævelse af en implementeringsleder. I praksis har man ikke haft en implementeringsleder i Aktiv Patientstøtte-programmet. Dette primært fordi man på tidspunkt for ansættelse ikke kunne finde en person med rette kompetencematch til stillingen. Det fremhæves, at den manglende implementeringsleder har været en udfordring, men at man har lavet flere kompenserende tiltag, så opgaven med implementering af Aktiv Patientstøtte i regionerne stadig er blevet løst, men er fordelt på flere hænder. Fraværet af en konkret implementeringsleder har medført et stort behov for kommunikation mellem programledelse, ledende sygeplejersker og projektledere. Det vurderes, at det i fremtidige lignende programmer er anbefalelsesværdigt med en implementeringsleder med konkret ansvar for implementering og forankring af programmet fra begyndelsen. Det kunne have givet mere ledelseskraft og rum til at arbejde på centrale opgaver forbundet med fx programledelse, og det kunne have forkortet de beslutningsprocesser, der har været forbundet med implementering af de mange forskellige tiltag i interventionen.

7.3.1.1 Styring, standardisering og koordinering af indsatsen

Aktiv Patientstøtte adskiller sig fra en række lignende tiltag i det danske sundhedsvæsen, da indsatsen indebærer etableringen af nye organisatoriske enheder. Hvor tidligere indsatser ofte har været etableret i allerede eksisterende klinisk praksis og struktur, kendetegnes Aktiv Patientstøtte ved at være et supplement til det eksisterende sundhedsvæsen. Det fremhæves som væsentligt fra både ledende sygeplejersker, projektledere og støttesygeplejersker, at Aktiv Patientstøtte-enhederne er organiseret som selvstændige enheder uafhængige af anden drift i sundhedsvæsenet. Dels for at sikre prioritering af indsatsen samt at understøtte støttesygeplejerskernes tid og fordybelse til at lære og vedligeholde den praksis og de kompetencer, som de anvender i indsatsen.

Organisering af indsatsen er præget af, at indsatsen er organiseret i mange forskellige enheder på tværs af regionerne. En sådan organisering medfører et stort behov for koordinering, hvis man skal sikre, at de enkelte enheder ikke fortaber sig i egen udvikling, men holder fokus på fælles mål. I Aktiv Patientstøtte har man netop lavet et stort organisatorisk implementeringsarbejde for at koordinere og ensarte indsatsen på tværs af regionerne. På et

overordnet organisatorisk niveau har den fælles programstyringsmodel været en vigtig forudsætning for at kunne udvikle og implementere en ny intervention på tværs af regionerne. Den har bidraget med overblik og struktur, der, kombineret med andre fælles tiltag (jf. nedenfor), har understøttet fælles udvikling, koordinering og standardisering af interventionen på tværs af regionerne. Krav om fælles kompetenceudvikling var en del af rammeaftalen angående implementering af Aktiv Patientstøtte i Danmark. Den fælles kompetenceudvikling på tværs af de 4 regioner har understøttet ensartethed i faglig praksis og inkluderede undervisning i systemisk coaching og andre teknikker, som understøttede sygeplejerskerne i at indgå i rollen som støttesygeplejerske. Man har desuden udviklet flere implementeringsværkstøjer, der indeholder standarder, der skal følges, så man sikrer ensartethed i den faglige praksis samt effektivitet og udvikling af indsatsen. Her kan nævnes faglige støtteredskaber som fælles arbejdsgangsbeskrivelse, praksishåndbogen og risikoscoringsværktøj.

Arbejdsgangsbeskrivelsen af Aktiv Patientstøtte indeholder beskrivelser af dokumentation og rammer for opstarts- og telefonsamtaler. Praksishåndbogen blev udarbejdet i et samarbejde mellem udbyder af kompetenceudviklingen og brugere af praksishåndbogen i de 4 regioner. Den er et værktøj, der beskriver, arbejdsgange samt interventionsmetoder (herunder en beskrivelse af rollen som støttesygeplejerske). Samtidig har implementeringsværktøjer som performance management og fælles it-understøttelse (M4) været iværksat til at dataunderstøtte praksis gennem en læringskultur, hvor der løbende har været fokus på kvaliteten og effektiviteten af indsatsen. Alle disse tiltag er gennemført med henblik på at sikre en ensartet faglig indsats.

Ved at arbejde med disse forskellige styrings- og implementeringsværktøjer har man opnået stor ensartethed i den faglige praksis på tværs af regionerne. Man har blandt andet erfaret, at støttesygeplejerskerne nemt kan lånes ud på tværs af landet. Et væsentligt element i programstyringsmodellen er, at den åbner for at kunne koordinere og samstemme mellem indsatsens deltagende parter på tværs og mellem udviklingstiltag på en enkel og struktureret måde. Materialet peger overbevisende på, at det opleves hensigtsmæssigt at organisere en fælles national indsats som Aktiv Patientstøtte i en fælles programstyringsmodel.

Samtidig med dette store fokus på ensartethed har regionale frihedsgrader muliggjort lokale tilpasningsprocesser og udvikling i organisering og implementering af interventionen. De deltagende regioner har haft mulighed for at tilpasse organiseringen af indsatsen til lokale forhold, og ledende sygeplejersker og projektledere er blevet inddraget i relevant arbejde og beslutningstagning i forhold til praksis. I implementeringslitteraturen anerkendes muligheden for tilpasning af indsatser til lokale kontekster som en forudsætning for vellykket implementering af sundhedsindsatser. Således udmærker Aktiv Patientstøtte sig organisatorisk ved at have en overordnet fælles ramme for indsatsen, samtidig med at regionerne har haft en lang række frihedsgrader, når det handler om, hvordan de vil organisere støtteenhederne i egne regioner. Denne frihed har selvfølgelig medført variationer i måden, hvorpå man har organiseret sig og arbejdet med implementering af Aktiv Patientstøtte på tværs af regionerne.

7.3.2 Støttesygeplejerskernes perspektiver på Aktiv Patientstøtte

Aktiv Patientstøtte skriver sig ind i en lang række af tiltag, hvor de sundhedsprofessionelles rolle i forhold til borgeren ændres. Der er tale om en indsats rettet mod aktivering af borgerne, hvilket stiller nye krav til de sundhedsprofessionelle. Vi ved fra tidligere studier af telebaseret self-management-support og case-management-interventioner, at sundhedspersonalet er afgørende for vellykket implementering og resultater. Det er derfor relevant at undersøge, hvordan sygeplejerskerne håndterer denne nye rolle for bedre at kunne forstå, hvilke barrierer og mulighedsrum der er i forhold til implementeringen.

7.3.2.1 Sygeplejerskernes oplevelse af, hvad Aktiv Patientstøtte kan som indsats

> *"Da jeg var på hjerteafdelingen, kunne jeg jo en frygtelig masse om hjertet og spurgte ikke ind til andet end hjertet. Det var det, vi var koncentreret omkring og glemte så det hele menneske. Jeg ved såmænd ikke, om man glemte det, men tiden var ikke til det. Så det var hjerte, hjerte, hjerte. Herude har man mulighed for at komme omkring det hele menneske, og det er også det, som patienterne giver udtryk for, at: "Hold da op. Aldrig har jeg prøvet, at der er nogen, der spørger ind til det hele. Jeg plejer kun at blive spurgt om mit blodsukker, når jeg er i diabetesambulatoriet og om min lungefunktion, når jeg er ved lungespecialisterne, og mit hjerte, når jeg er ved hjertelægerne"." (Støttesygeplejerske, fokusgruppeinterview).*

Ovenstående citat udtrykker en meget generel opfattelse af Aktiv Patientstøtte hos støttesygeplejerskerne, hvor indsatsen opleves som en indsats, der gør det muligt at tage udgangspunkt i det hele menneske:

> *"Det var der faktisk også en patient, der sagde til mig her den anden dag: "Jeg er vant til at blive kigget på i små stykker. Aldrig som et helt menneske og det gør du"." (Støttesygeplejerske, fokusgruppeinterview).*

Andre begreber, som karakteriserer, hvad Aktiv Patientstøtte kan som indsats, er, at indsatsen skaber 'kontinuitet' og 'tid' i et ellers presset sundhedsvæsen, og i forlængelse heraf muliggør 'tillid' og 'relationsdannelse' mellem borger og støttesygeplejerske. Støttesygeplejerskerne synes generelt at finde indsatsen forenelig med at kunne gøre det, der er bedst for den enkelte borger, og de italesætter særligt, at de ser en mulighed for at kunne gøre noget anderledes end i resten af sundhedssystemet. Indsatsen skaber en ramme, hvori det bliver muligt for støttesygeplejerskerne at møde borgerne i deres egen levede kontekst og tage udgangspunkt i det, der fylder for borgeren her og nu.

7.3.2.2 Sygeplejerskernes nye rolle som støttesygeplejersker i Aktiv Patientstøtte

Sygeplejerskernes rolle er særlig interessant i Aktiv Patientstøtte. De skulle både implementere og udvikle en ny indsats, hvori den rolle, sygeplejerskerne indtager, er anderledes end den traditionelle sygeplejefaglige rolle. Som eksempel kan nævnes, at coaching generelt fylder meget, mens direkte behandling ikke er en del af opgaven. Derudover er indsatsen telefonbaseret, hvilket vil sige, at sygeplejerskerne ud over det første fysiske møde ellers kun har kontakt til borgerne over telefon. Denne nye rolle formodes at kunne påvirke sygeplejerskernes adfærd i implementeringsprocessen, fordi den kan være med til at ændre på deres opfattelse af egen sundhedsprofessionelle identitet.

> *"Lige sådan udfordringsmæssigt, så er det jo det, vi har puttet på […] fra den her coachende del. Få den flettet ind i den sygeplejefaglighed, vi har i forvejen. Jeg tænker på os som sådan en ny hybrid af sygeplejersker. Der er jo ikke nogen sygeplejestillinger som vores. Og der er ikke nogen, der har været der før heller. I hvert fald ikke nogen, vi har kontakt til. Så det er rigtig meget at finde sin nye sygeplejerskeidentitet, synes jeg." (Støttesygeplejerske, fokusgruppeinterview)*

Som citatet ovenfor udtrykker, så var sygeplejerskernes daglige arbejde med at implementere Aktiv Patientstøtte præget af, at de oplevede sig som entreprenører på deres felt. Meget af deres dagligdag handlede – særligt i opstartsfasen – om at udvikle en praksis og en struktur for deres hverdag på de nyoprettede enheder. Generelt befandt støttesygeplejerskernes implementeringsarbejde sig i et spændingsfelt mellem nogle fastlagte rammer samt

procedurer for indsatsen og samtidig et stort råderum, hvor sygeplejerskerne skulle være med til at udvikle og etablere indsatsen bottom-up. Dette spændingsfelt blev både oplevet som spændende og udfordrende, ikke mindst i relation til coachingrollen:

> *"Man skal nogle gange sætte sig på hænderne og bide sig lidt i tungen. Fordi man sidder og tænker alle mulige løsninger, og tænker: hvorfor siger hun det ikke. Men det kan være at hendes livsverden er en helt anden, og den løsning ville slet ikke have givet mening for hende". (Støttesygeplejerske, fokusgruppe-interview).*

Sygeplejerskernes arbejde med Aktiv Patientstøtte kan anses for at inkludere en rolle-forskydning, hvor relationen til borgeren ændres, og hvor pleje/behandling i klassisk forstand sættes i baggrunden. Der er således tale om en væsentlig forandring i det faglige udgangs-punkt, som sygeplejerskerne anvender i indsatsen (coaching), og i selve måden de inter-agerer med borgerne på (telefonisk). Sygeplejerskerne beskriver, at Aktiv Patientstøtte på en og samme tid kræver en aflæring af tidligere praksisser og indlæring af nye kompetencer og praksisser i forhold til særligt den coachende del af indsatsen og måden, hvorpå interaktionen med borgerne foregår.

Samtidig er det en vigtig pointe, at sygeplejerskerne i høj grad stadig trækker på og ser deres sygeplejefaglige grundviden som et uundværligt element i forhold til deres daglige arbejde som støttesygeplejerske.

7.3.2.3 Sygeplejerskernes oplevelser med at arbejde i en telefonbaseret intervention

Sygeplejerskernes opfattelse af at arbejde over telefonen opleves generelt positivt. Det understreges, at den telefoniske kontakt har en særlig betydning for kommunikationen. Sygeplejerskerne oplever fx, at borgerne er bedre i stand til at tage information til sig, når de kan sidde i ro og fred derhjemme med sygeplejersken i røret, end hvis de får udleveret samme informationer i et hektisk ambulatorium. Fornemmelsen hos sygeplejerskerne er desuden, at den distance, som telefonen skaber mellem borger og sygeplejerske, gør nogle borgere trygge i forhold til at tage de mere sårbare samtaler. Det fremhæves, at opstarts-samtalen, hvor de møder borgerne fysisk, er en uundværlig del af indsatsen. Den generelle oplevelse blandt sygeplejerskerne er, at der i løbet af opstartssamtalen opbygges en nødvendig tillid mellem dem og borgeren, som de ikke nødvendigvis tror, man kan etablere over telefonen alene.

Af positive ting ved opstartssamtalen lægger sygeplejerskerne i særlig grad vægt på de fingerpeg om borgerens helbredstilstand, som vedkommendes fysiske fremtoning kan give: Er borgeren overvægtig? Lugter vedkommende af røg? Etc. Sygeplejerskerne fortæller, at de lader disse informationer påvirke deres coaching-spørgsmål og råd til borgeren, og syge-plejerskerne opfatter derfor det fysiske møde, og de oplysninger de tager med derfra, som vigtige for at forebygge indlæggelser. Sygeplejerskerne nævner herudover, at de føler, de er bedre i stand til at huske borgerne og skelne dem fra hinanden, når de kan sætte et ansigt på.

7.3.2.4 Hvilke kompetencer fordres og anvendes af sygeplejerskerne i deres daglige praksis?

Særligt 3 kompetencer betones som essentielle i arbejdet som støttesygeplejerske:

- Kompetencer i håndtering af en åben samtalestruktur på borgerens præmisser
- Spørge- og lyttekompetencer
- Sygeplejefaglige kompetencer.

Aktiv Patientstøttes åbne borgerrettede fokus kræver, at sygeplejersker kan håndtere en samtale, som ikke på forhånd har et defineret indhold, og som ikke nødvendigvis er rettet mod traditionelle somatiske problemstillinger. En sygeplejerske italesætter således, at Aktiv Patientstøttes åbne struktur kræver, at man som sundhedsprofessionel opnår en ny*: "… evne til at kunne gå ind i en samtale, hvor du ikke aner spor om, hvad den her samtale kommer til at give dig".* Materialet afslører, at dette er blevet oplevet som en særlig kompetencemæssig udfordring i den indledende fase af projektet.

Materialet viser at tilegnelsen af særlige spørge- og lytteteknikker opleves som vigtige kompetencer i arbejdet som støttesygeplejerske. Spørge- og lytteteknikker skaber mellemmenneskelig relation og tillid, men også en ordnende struktur i samtalen, der sikrer, at borgerens væsentlige problematikker bliver italesat og et handlingsansvar placeret. En informant eksemplificerer disse kompetencer, som tillæring af: *"bittesmå vendinger som er meget strukturerende og er egentlig med til at skabe en klarhed […]. Hvad er vores rolle, og hvad kan de forvente af os?" (Støttesygeplejerske, fokusgruppeinterview)*. For de regioner, der har haft fælles kompetenceudvikling, udvikles disse kompetencer dels understøttet gennem kompetenceudvikling, gennem supervision og gennem de erfaringer, der opnås som sundhedsprofessionel i projektet.

I interview med de deltagende støttesygeplejersker opleves særlige sygeplejefaglige kompetencer som efterspurgte på tværs af alle regionerne. Skønt omsorg og coaching anerkendes som essentielle faktorer i samtalen, opleves der stor efterspørgsel på sygeplejefaglig viden fra borgerne.

Den sygeplejemæssige basisuddannelse opleves at fungere som et meget solidt, men også nødvendigt fundament at kunne trække på for at kunne hjælpe borgeren i at søge egen hjælp med sin sundhed. Som eksempel ekspliciterer en sygeplejerske, hvordan hun trækker på denne sundhedsfaglige viden i en snak med en borger: *"Hun havde fået udleveret noget beroligende. Det skulle hun selvfølgelig tage, og så snakkede vi noget om nogle vejrtrækningsøvelser".* I materialet efterspørges der mere bred viden om de store folkesygdomme såsom KOL, hjertesygdomme, kræft, diabetes m.m. blandt sygeplejerskerne.

Den sygeplejefaglige uddannelse opleves desuden blandt nogle informanter som repræsenterende en sundhedsmæssig professionalisme, der virker tillidsskabende på borgerne. Billedet er her, at kompetencerne, man repræsenterer som sygeplejerske, er væsentlige for skabelsen af et åbent samtalerum omkring svære sundhedsproblemer.

Hvor der hersker stor enighed om vigtigheden af at have en sygplejefaglig basisuddannelse, opleves der dog forskel regionerne imellem i forhold til nødvendigheden af mere specialiseret viden inden for udvalgte sygdomsområder. Særligt de mest udtalte kroniske sygdomme (KOL, hjerte-kar-sygdomme, diabetes) opleves som værende områder, hvor der efterspørges en særlig viden. Der er dog ikke enighed i vægtningen af dette. I nogle regioner opleves denne viden som essentiel for indsatsen, hvor den i andre regioner opleves som sekundær, da det fremhæves, at det er det støttende arbejde og den coachende rolle, der er primær. Spørger man projektlederne og de ledende sygeplejersker lægger de generelt mere vægt på sygeplejerskernes relationskompetencer end specialeviden. Her er det interessant at fremhæve, at nogle sygeplejersker ofte fremhæver episoder, hvor de har kunnet gøre brug af deres viden fra tidligere specialeområder som succeshistorier. Et eksempel herpå er nedenstående uddrag af et fokusgruppeinterview, hvor en sygeplejerske fortæller, hvordan hendes tidligere arbejde i en hjerteafdeling gjorde hende i stand til at identificere årsagen til samt lindre en borgers kæbesmerter.

> ***Støttesygeplejerske 1:*** *"Jeg havde da også en mand på 50 år. Han havde bemærket, at han ikke længere kunne klippe alle hans frugttræer på en gang. [...] Ja, ja. Jeg sagde til ham, at jeg godt kunne være nysgerrig på, hvis du prøvede at tage en spray nitro, inden du klipper frugttræer næste gang, og hvad det vil gøre af forskel. "Hvorfor siger du det?", "Jamen, det er det, jeg har*

oplevet, at brystsmerte kan også komme til udtryk ved smerter i kæben". "Nå. Det er der da ingen der har fortalt mig". Så har han taget nitro-spray, og vupti, og han er bare 50 år, og han er pavestolt over, at han stadigvæk kan klippe frugttræer."

Støttesygeplejerske 2: *"Det er jo ikke alle os sygeplejersker, som sidder med den viden, som du sidder med. Det er jo også det, der er i snakken, hvis vi også går i drift. Hvordan kan vi højne fagligheden ved os sygeplejersker, fordi vi sidder med forskellige [...]. Du sidder meget med hjerte, og jeg kan sidde meget med noget neurologisk, og du sidder med noget tredje, og hvis vi ikke udvikler os på den baggrund, så vil man jo komme til at vide noget om det, man ved noget om". (Fokusgruppeinterview)*

Citatet er et eksempel på at sygeplejerskerne fortsat vægter specialeviden som essentiel i arbejdet med borgerne.

7.4 Delkonklusion

Organisationsanalysen viser, at Aktiv Patientstøtte i udgangspunktet er en top-down-styret intervention, hvor der er gjort et stort organiserings- og implementeringsarbejde for at ensrette indsatsen på flere parametre. Særligt kan det fremhæves, at man er lykkedes med at ensarte faglig praksis på tværs af regionerne ved hjælp af fælles kompetenceudvikling og udvalgte implementeringsværktøjer. Organiseringen af interventionen i en programstyringsmodel har bidraget til denne ensretning af indsatsen og kan anbefales benyttet ved andre lignende nationale interventioner. Samtidig har der været frihedsgrader i forhold til organisering og implementering af Aktiv Patientstøtte. Dette har på tværs af regionerne medført forskellige måder at organisere Aktiv Patientstøtte på, konkrete organiseringer, der rummer forskellige muligheder og begrænsninger. Overordnet fremhæves det som væsentligt for udviklingen af nye kompetencer hos sygeplejerskerne, at indsatsen er organiseret som en selvstændig enhed, løsrevet fra anden drift i sundhedsvæsenet, da det sikrer prioritering af indsatsen og understøtter støttesygeplejerskernes tid og fordybelse til at lære og vedligeholde den praksis og de kompetencer, som de anvender i indsatsen

Sygeplejerskerne oplever Aktiv Patientstøtte som en indsats, der muliggør kontinuitet og tid i arbejdet med borgerne, og derfor muliggør tillidsskabelse og relationsdannelse mellem borger og professionel. Dette bliver ofte sammenlignet med forholdene i et ellers presset sundhedsvæsen. Sygeplejerskerne må udvikle nye kompetencer i deres arbejde og samtidig aflære tidligere praksisser. Samtidig fremhæves kompetencer og viden fra den klassiske sygeplejerolle som en essentiel og uundværlig del i arbejdet med borgerne. At tilbyde sundhedsfremme over telefonen opleves langt overvejende positivt. Distancen som telefonen skaber mellem borger og støttesygeplejerske skaber en tryg ramme for de mere sårbare samtaler. Samtidig fremhæves den fysiske opstartssamtale som en vigtig forudsætning for den efterfølgende telefonbaserede indsats, da den bidrager til opbygning af den nødvendige tillid i mødet med borgeren og giver vigtige fingerpeg om borgerens helbredstilstand.

8 Konklusion

Denne rapport har til formål at give et overblik over resultaterne af den forskning, som er gennemført i tilknytning til Aktiv Patientstøtte. Resultaterne kan anvendes som grundlag for beslutningstagning vedr. eventuel videreførelse af Aktiv Patientstøtte som en indsats i det danske sundhedsvæsen og kan endvidere give input til udvikling af andre indsatser rettet mod forebyggelse af indlæggelser blandt borgere med kronisk sygdom.

Hovedkonklusioner er følgende:

Prædiktionsmodellen, som er anvendt som grundlag for invitation af borgerne, fungerer efter hensigten. Modelvalideringen har overordnet vist tilfredsstillende prædiktiv værdi på linje med tilsvarende modeller, men med regionale forskelle.

Effektstudiet viser, at Aktiv Patientstøtte ikke forebygger indlæggelser i den samlede population, men at indsatsen måske kan forebygge indlæggelser hos personer med diabetes. Aktiv Patientstøtte kan måske øge anvendelsen af sundhedsydelser i primærsektoren. Desuden viser effektstudiet, at Aktiv Patientstøtte kan forbedre borgernes livskvalitet og mestring, men at disse effektstørrelser er beskedne.

Den sundhedsøkonomiske analyse viser, at driftsomkostningerne per deltager i Aktiv Patientstøtte er estimeret til 13.200 DKK. Aktiv Patientstøtte reducerer ikke de samlede behandlingsomkostninger per borger. Når omkostningerne til interventionen medtages, øges totalomkostningerne per borger derimod. Da effekten på QALY er positiv, men ganske lille, er det samlede resultat, at Aktiv Patientstøtte indebærer samlede omkostninger per vundet kvalitetsjusteret leveår (dvs. ICER) på 2.3 mio. DKK. Der er ikke fastsat en grænse for, hvornår indsatser er omkostningseffektive i Danmark, men resultatet er over grænsen for lignende landes grænseværdier (fx Norge og England). Det vurderes dermed, at indsatsen ikke er omkostningseffektiv under de gældende forudsætninger.

Overordnet viser borgerperspektivet, at kontekst, kommunikation og kontinuitet udgør et væsentligt grundlag for udviklingen af gensidig tillid mellem borger og sygeplejerske. Konteksten for opstartssamtalerne viste sig at legitimere interventionen, hvilket influerede på borgernes interesse i at deltage. Sygeplejerskerne var til stede i det første fysiske møde, og på samme tid både anerkendte og udfordrede de borgerne. Det var afgørende for borgernes engagement i interventionen, at de havde kontinuerlig kontakt med den samme sygeplejerske gennem hele forløbet. Således peger undersøgelsen på, at det nære partnerskab, der blev udviklet gennem den langsigtede og regelmæssige kontakt med sygeplejerskerne, var grundlaget for borgernes empowerment og selvledelse. Borgerne værdsatte interventionen, og gav udtryk for, at de kunne drøfte og betro sygeplejersken problemer af enhver art. De oplevede støtte til at tro på deres egne evner til at arbejde med deres helbredsproblemer og tage ansvar for at løse dem. Sygeplejerskernes faglige viden og kompetencer var særligt betydningsfulde for borgerne i forhold til deres sygdomme, symptomer, behandling og medicin. Undersøgelsen konkluderer dermed, at sygeplejerskernes kontinuerlige støtte og tilgængelighed bidrog til at styrke borgernes følelse af øget selvtillid, livskvalitet og handlekompetencer.

Organisationsanalysen viser, at Aktiv Patientstøtte i udgangspunktet er en top-down-styret intervention, hvor der er foretaget et stort organiserings- og implementeringsarbejde for at ensrette indsatsen på flere parametre. Særligt kan det fremhæves, at det er lykkedes at ensarte faglig praksis på tværs af regionerne ved hjælp af fælles kompetenceudvikling og udvalgte implementeringsværktøjer. Interventionen er organiseret i en programstyringsmodel, der har bidraget til ensretning af indsatsen, og det kan anbefales at benytte denne ved andre lignende nationale interventioner. Samtidig har der været frihedsgrader i forhold

til organisering og implementering af Aktiv Patientstøtte. Dette har på tværs af regionerne medført forskellige måder at organisere Aktiv Patientstøtte på, konkrete organiseringer der rummer forskellige muligheder og begrænsninger. Overordnet fremhæves det som væsentligt af både sygeplejersker og ledende sygeplejersker, at indsatsen er organiseret som en selvstændig enhed, løsrevet fra anden drift i sundhedsvæsenet, da det sikrer prioritering af indsatsen og understøtter støttesygeplejerskernes tid og fordybelse til at lære og vedligeholde den praksis og de kompetencer, som de anvender i indsatsen. Analyserne viser, at sygeplejerskerne oplever Aktiv Patientstøtte som en indsats, der muliggør kontinuitet og tid i arbejdet med borgerne, og derfor muliggør tillidsskabelse og relationsdannelse mellem borger og professionel. Dette bliver ofte sammenlignet med forholdene i et ellers presset sundhedsvæsen. Sygeplejerskerne må udvikle nye kompetencer i deres arbejde og samtidig aflære tidligere praksisser. Samtidig fremhæves kompetencer og viden fra den klassiske sygeplejerolle som en essentiel og uundværlig del i arbejdet med borgerne. At tilbyde sundhedsfremme over telefonen opleves langt overvejende positivt. Telefonen skaber en distance mellem borger og støttesygeplejerske, hvilket bidrager til at skabe en tryg ramme for de mere sårbare samtaler. Samtidig fremhæves den fysiske opstartssamtale som en vigtig forudsætning for den efterfølgende telefonbaserede indsats, da der opbygges nødvendig tillid i det mellemmenneskelige møde og gives vigtige fingerpeg om borgerens helbredstilstand.

9 Perspektivering

Aktiv Patientstøtte er en indsats rettet mod at styrke egenomsorg hos borgere i øget risiko for akut hospitalsindlæggelse med henblik på at forebygge indlæggelser og fremme livskvalitet for borgerne.

Forskningen viser, at det kun har været muligt at opnå mindre effekter på livskvalitet og mestring. Endvidere forebygger indsatsen ikke indlæggelser i den samlede population, men kan måske forebygge indlæggelser hos personer med diabetes. Samtidig bidrager indsatsen ikke til reduktion af behandlingsomkostninger for de borgere, som modtager indsatsen, og indsatsen vurderes ikke at være omkostningseffektiv. De små effektstørrelser i livskvalitet og mestring, den manglende forebyggelse af indlæggelser samt den manglende omkostningseffektivitet ansporer ikke til generel implementering af Aktiv Patientstøtte i den nuværende form. I forlængelse af forskningens resultater er det værd at undersøge, om en modificeret version af Aktiv Patientstøtte kan skabe positive effekter hos patienter med diabetes. Dette bør dog undersøges yderligere, da deltagerne i Aktiv Patientstøtte udgør en meget selekteret gruppe, som kan være svær at identificere, fx på en endokrinologisk afdeling.

Generelt viser litteraturen vedr. forebyggelse af indlæggelser hos den valgte gruppe, at det er vanskeligt at forebygge indlæggelser med indsatser, der udelukkende er rettet mod den enkelte borgers adfærd som i Aktiv Patientstøtte. Det anbefales derfor fremadrettet, at nye indsatser på dette område ikke alene bør rette sig mod den enkelte patients adfærd, men også mod sundhedsvæsenets håndtering af borgerens forløb, herunder den tværsektorielle sammenhængskraft.

Forskningen viser, at det er muligt at udvikle en prædiktionsmodel, som er velfungerende med en tilfredsstillende prædiktiv værdi. Prædiktionsmodellen i Aktiv Patientstøtte er etableret som et selvstændigt system. Fremadrettet anbefales udvikling af modeller, som kan integreres i elektroniske patientjournaler, med henblik på at fremme muligheden for at rekruttere patienter i forbindelse med kontakt til det eksisterende sundhedsvæsen, således at prædiktionsmodellerne kan tages i anvendelse uden for forskningsprojekter. Samtidig er det væsentligt at gentænke anvendelse af prædiktionsmodeller. I Aktiv Patientstøtte prædikteres øget risiko for indlæggelser for et stort antal borgere, som derfor inviteres til at deltage i indsatsen. Dette set-up er relativt stort, taget i betragtning at det er et langt mindre antal borgere, som ender med at få indsatsen. Der bør derfor udvikles en mere hensigtsmæssig anvendelse af prædiktionsmodeller i praksis. Endelig er det afgørende at huske, at prædiktionsmodeller ikke kan stå alene. Værdien af sådanne modeller afhænger af, at vi har virkningsfulde indsatser, som kan tilbydes borgere og sundhedsvæsen.

Implementeringen af Aktiv Patientstøtte vurderes at have været vellykket og har fundet en passende balance mellem standardisering og lokal tilpasning. Organisering efter den fællesstatslige programmodel vurderes at have understøttet implementeringen på hensigtsmæssig vis.

Som indsats har Aktiv Patientstøtte en række potentialer, der rækker ud over formålet vedr. forebyggelse af indlæggelser. Forskningen viser, at borgerne værdsatte interventionen og oplevede en følelse af øget selvtillid, livskvalitet og handlekompetencer, på trods af at effektforskningen kun viste mindre effekter på livskvalitet og mestring. Aktiv Patientstøtte opleves at bidrage til en mere kontinuerlig og sammenhængende indsats, end borgerne hidtil har oplevet. Samtidig oplever borgerne, at indsatsen giver tid til og fokus på den enkelte person frem for en specifik sygdom.

På linje med borgernes vurdering viser organisationsforskningen, at sygeplejerskerne fremhæver Aktiv Patientstøtte som en kontinuerlig indsats, der muliggør tillidsskabelse og

relationsdannelse med borgerne, og muliggør en patientcentreret indsats. En væsentlig forudsætning for denne indsats er udvikling af nye kompetencer og aflæring af eksisterende kompetencer. Forskningen peger på, at den anvendte organisering som en selvstændig indsats adskilt fra anden drift i sundhedsvæsenet har fremmet udviklingen af de nødvendige kompetencer. Omvendt peger den sundhedsøkonomiske evaluering på, at denne organisering også medfører væsentlige udgifter til indsatsen, som ikke umiddelbart står mål med de opnåede effekter.

Referencer

1. Edgren G, Anderson J, Dolk A, Torgerson J, Nyberg S, Skau T, et al. A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial. Eur J Emerg Med. 2016;23(5):344-50.
2. Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Werr J, Öhlén G, Edgren G. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. Eur J Emerg Med. 2013;20(5):327-34.
3. Region Hovedstaden. Ramme for udmøntning af aktiv patientstøtte. København: Region Hovedstaden, 2014.
4. Benthien KS, Rasmussen K, Nielsen CP, Hjarnaa L, Rasmussen MK, Kidholm K, et al. Proactive health support (PaHS) – telephone-based self-management support for persons at risk of hospital admission: Study protocol for a randomized controlled trial. Contemp Clin Trials. 2020;93:106004.
5. Benthien KS, Jacobsen RK, Hjarnaa L, Virenfeldt GM, Rasmussen K, Toft U. Predicting Individual Risk of Emergency Hospital Admissions – A Retrospective Validation Study. Risk Manag Healthc Policy. 2021;14:3865-3872.

Bilag

Bilag 1: Sundhedsøkonomi – metodebilag

Metode

Den sundhedsøkonomiske evaluering følger standarderne for udførelse og rapportering af sundhedsøkonomiske evalueringer jf. (1). Disse standarder sikrer, at retningslinjerne for sundhedsøkonomisk evaluering bliver fulgt. Efter forsøgets afslutning 1. februar 2019, blev der indsamlet registerdata, regnskaber, M4-data, SF-36-data og kommunale data. Metoden og behandling af data i den sundhedsøkonomiske evaluering og data er beskrevet herunder.

Design

Analysen er en sundhedsøkonomisk evaluering udført på baggrund af det nationale lodtrækningsforsøg i forbindeese med Aktiv Patientstøtte.

Patientgrundlag

Deltagerne identificeres gennem en prædiktionsmodel, som identificerer borgere, der vurderes at være i risiko for akut hospitalsindlæggelse. Dette er defineret yderligere i rapportens kapitel 3.

Perspektiv for studiet

Den sundhedsøkonomiske evaluering anlægger et sundhedssektorperspektiv, idet både ressourceforbrug i primær og sekundær sektor medregnes. Analysen medtager således omkostninger ved behandling på sygehus, ved besøg ved praktiserende læge samt vagtlæge, andre specialister og psykologer, ligesom omkostninger ved patientens brug af kommunale sundheds- og rehabiliteringstilbud. Evalueringen er således designet med henblik på at vise effekten af Aktiv Patientstøtte på patienters forbrug af sundhedsydelser nationalt samt på tværs af regioner og sektorer.

Effektmål

Selvrapporteret livskvalitet indsamles ved SF-36 v2-spørgeskemaer uddelt til deltagerne ved baseline, 3, 6 og 12 måneder. SF-36 bruges som et mål for deltagernes helbredstilstand, og svarene på de 36 spørgsmål i SF-36 gør det muligt at beregne kvalitetsjusterede leveår (QALYs) (1, 2). QALY beregnes ved at transformere svarene på de 36 spørgsmål i SF-36 til SF-6D-scores ved hjælp af Braziers algoritme (3). SF-6D-scores er et generisk mål, der indeholder 6 dimensioner; 'physical functioning', 'role limitations', 'social functioning', 'role limitation', 'social functioning', 'bodily pain', 'mental health' og 'vitality'. De 6 dimensioner er lavet ud fra 11 spørgsmål i SF-36, hvor hver dimension har fra 4 til 6 scores. SF-6D-scores tranformeres til QALYs. QALY er et generisk mål for et sundhedsoutput, der spænder fra 1 til 0, hvor 1 betyder at personen har den bedst mulige sundhedstilstand.

Når QALY og omkostninger er beregnet, kan ICER (incremental cost-effectiveness ratio), som beskriver omkostning per opnået kvalitetsjusteret leveår, ved Aktiv Patientstøtte beregnes.

ICER er beregnet som

$$ICER = \frac{C_{intervention} - C_{kontrol}}{E_{intervention} - E_{kontrol}}$$

Hvor

- $C_{intervention}$ er gennemsnitlig omkostning for deltagere i interventionsgruppen
- $C_{kontrol}$ er gennemsnitlig omkostning for deltagere i kontrolgruppen
- $E_{intervention}$ er gennemsnitseffekten (QALY) for deltagere i interventionsgruppen
- $E_{kontrol}$ er gennemsnitseffekten (QALY) for deltagere i kontrolgruppen

Typer af omkostninger

Omkostninger forbundet med Aktiv Patientstøtte er opgjort bagudrettet i danske kroner og er beskrevet herunder. Omkostningerne opdeles i henholdsvis investeringsomkostninger, drifts-omkostninger, behandlingsomkostninger på hospital, behandlingsomkostninger i almen praksis, speciallister og vagtlæge samt kommunale omkostninger.

Investeringsomkostninger

Investeringsomkostningerne præsenteres samlet på nationalt plan for projektårene 2017-2019. Investeringsomkostningerne viser, hvad det i alt har kostet at etablere Aktiv Patient-støtte. Data vedr. investeringsomkostninger er leveret af det nationale programsekretariat og dækker it-system, prædiktionsmodel, kompetenceudvikling, uddannelse af personale, programledelse og etablering af patientstøtteenheder.

Driftsomkostninger

Driftsomkostningerne opgøres både nationalt og regionalt som totale omkostninger og omkostninger per patient i interventionsgruppen. Driftsomkostningerne viser, hvad Aktiv Patientstøtte har kostet at udføre i perioden med lodtrækningsforsøget.

Data vedr. driftsomkostninger er leveret af projektlederne i regionerne tillige med omkostninger ved drift og projektledelse af it-systemet M4, som er systemet, hvori sygeplejerskerne registrerer samtaler og længden heraf mm. Under driftsomkostningerne hører drift og projektledelse af it-systemet (M4), projektledelse af patientstøtteenhederne, drift af patient-støtteenhederne, administrative udgifter, transport til patienter og medarbejdere og husleje for patientstøtteenhederne.

Driftsomkostningerne omfatter perioden fra første patient er inkluderet til datoen for inklusion af den sidste patient i forsøget i den enkelte region.

Siden hver region har forskellige inklusionsperioder, er der ganget en faktor på driftsomkostningerne svarende til hver enkelt tidsperiode i hver enkelt region.

Eksempelvis er driftsomkostningerne for Region Hovedstaden beregnet ud fra tidsperioden 23. april 2018 til 21 august 2019, hvilket svarer til 252 dage i 2018 og 232 dage i 2019. Derved er hver omkostning beregnet som 69 % og 64 % af årlige driftsomkostninger i henholdsvis 2018 og 2019. Omkostninger til drift og projektledelse af it-system er opgjort for 2018 og 2019 og fordelt på de 5 regioner ved en fordelingsnøgle i forhold til antallet af patienter i hver region.

Driftsomkostningerne er tillige beregnet som omkostning per patient i interventionsgruppen. Derved er driftsomkostningerne nationalt fordelt på de 3080[4] patienter, som har været inkluderet i interventionsgruppen. Omkostning per patient i interventionsgruppen er beregnet ud fra, at Region Hovedstaden har inkluderet 962 patienter i interventionsgruppen, Region Syddanmark 523 patienter, Region Midtjylland 639 patienter, Region Nordjylland 478 patienter og Region Sjælland 478 patienter. Da der har været et betydeligt tidsforbrug til rekruttering og inklusion af patienter i kontrolgruppen, fratrækkes driftsomkostningerne 25 %.

Omkostninger for selve opstarts- og opfølgningssamtalerne bliver ligeledes beregnet. Omkostningerne er beregnet ved at anvende antal minutter, brugt på hver samtale, registreret i M4 og omregnet til tid i alt på patienter i interventionsgruppen. Det værdisættes ved antal timer gange timeløn. Timelønnen er beregnet ud fra lønsystemet i Region Syddanmark, hvor den gennemsnitlige lønudgift per sygeplejerske var DKK 502.000 i gennemsnit om året i 2019. De DKK 502.000 er fordelt på 1558 driftstimer om året, som er en årstimenorm på 1924 timer fratrukket 6 ferieuger, helligdage, afløsning ved sygdom og afløsning ved andet lønnet fravær. Derved er timelønnen beregnet til DKK 322,21.

Omkostninger til opstarts- og opfølgningssamtalerne skal ses som en delmængde af driftsomkostningerne.

Behandlingsomkostninger – hospitaler

Behandlingsomkostninger på hospitaler er baseret på individdata fra Landspatientregisteret. Formålet med analysen af behandlingsomkostninger er at undersøge, om der er forskel mellem interventions- og kontrolgruppen i gennemsnit per patient. Behandlingsomkostningerne er opdelt på ambulante kontakter, kontakter under 24 timer, og indlæggelser ved kontakter med varighed over 24 timer. Ambulante kontakter indeholder både fysiske og virtuelle kontakter.

Prisen per indlæggelse og ambulant kontakt er estimeret på baggrund af DRG-grupperede LPR-data fra 2018, svarende til 25 % af det samlede datasæt over hospitalskontakter. Efter 2018 overgik LPR til et nyt format, og adgangen til DRG-grupperede LPR-data blev lukket. Prisen for en ambulant kontakt estimeres til 2.499 DKK i gennemsnit. Tilsvarende estimeres prisen for en indlæggelse til 37.483 DKK i gennemsnit. Priserne er inkl. eventuelle undersøgelser, procedurer og genoptræning.

Behandlingsomkostninger til behandling via sygesikringen

Behandlingsomkostninger til praktiserende læge, vagtlæge, psykologer og andre specialister er baseret på data fra Sygesikringsregisteret. Formålet med analysen af behandlingsomkostninger er derfor at undersøge om der er forskel mellem interventions og kontrolgruppen. Data er grupperet jf. de forskellige kategorier og estimeret ved det gennemsnitlige antal kontakter per patient per kategori. Alle observationer tæller som en kontakt, selvom det er muligt at modtage flere ydelser ved en kontakt (fx blodprøvetagning og samtale ved praktiserende læge). Den totale omkostning per kontakt består af populationsbestemt betaling samt ydelsen for den enkelte service. Nærværende analyse medtager alene den betaling, yderen godtgøres for servicen.

[4] Nogle deltagere har trukket samtykke, men bliver medregnet i ressourcerne brugt på rekruttering, men udeladt i analyserne.

Kommunale omkostninger

Aktiv Patientstøtte forventes at påvirke forbruget af kommunale sundhedsydelser. Formålet med analysen af kommunale data er derfor, at undersøge om der er forskel mellem interventions og kontrolgruppen i antallet af kommunale sundhedsydelser og tilhørende omkostninger.

De kommunale data er indsamlet fra kommunerne København, Odense, Aarhus og Aalborg. De 4 største kommuner er valgt, da ca. 25 % af patienterne i APS forventeligt bor i disse kommuner. De kommunale data omhandler 5 typer af kommunale sundhedsydelser: hjemmepleje, rehabilitering, træning, patientuddannelse, og akutophold.

Valg af model og antagelser

Omkostnings-effekt-analyse er valgt til at sammenholde omkostninger i sundhedsvæsenet med kvalitetsjusterede leveår (QALY) udregnet ved SF-36. Ud over anvendelsen til beregning af QALY, er SF-36 brugt, da det forventes, at størstedelen af patienterne i Aktiv Patientstøtte er multisyge og derfor har behov for støtte og coaching, uafhængigt af deres primære sygdom.

Data og tidshorisont

Data er analyseret på baggrund af perioden for lodtrækningsforsøget, altså 1. april 2018 til 1. februar 2020.
Data indsamles på individniveau fra inklusion i studiet til og med 12-måneders followup.

Statistiske analyser

De statistiske analyser er baseret på intention-to-treat-princippet, hvilket betyder, at patienter allokeret til henholdsvis kontrol- eller interventionsgruppen medtages i analyserne. Undtaget er borgere, der har trukket samtykke eller sagt nej til at være med i forsøget. Kontrol og interventionsgruppen sammenlignes ved hjælp af gennemsnitligt ressourceforbrug, omkostninger og QALYs. Ressourceforbrug analyseres ved hjælp af Poisson regression, omkostninger ved hjælp af generalized linear model (gamma-fordeling antages) og QALY ved hjælp af mixed models. I de primære analyser justeres estimaterne for køn, alder, uddannelse, ægteskabelig status, region, antal kroniske sygdomme og multimorbiditet. Usikkerheden omkring ICER analyseres med probabilistisk sensitivitetsanalyse (bootstrap, 1000 replikationer). Omkostningerne er opgjort ved gennemsnit per patient i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Forskellen i omkostninger er analyseret ved generalized linear regressionsmodeller, henholdsvis ikke justeret og justeret for køn, alder, civilstatus, region, antal kroniske sygdomme og multimorbiditet. Estimat for gruppekoefficienten er rapporteret med 95 % konfidensinterval og p-værdi (statistisk signifikans defineret ved $p<0,05$). For antal kontakter og omkostninger i kommuner, testes for signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen med en Mann-Whitney rank sum-test.

Referencer

1. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford University Press; 2015.
2. Kidholm K, Aletras V, Bech M, et al. Guideline on analysis and reporting of results from the pilots in Renewing Health. REgioNs of Europe WorkINg toGether for health (Renewing Health); 2013.

3. Brazier J, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. J Health Econ. 2002;21(2):271-92.
4. Benthien KS, Rasmussen K, Nielsen CP, Hjarnaa L, Rasmussen MK, Kidholm K, et al. Proactive health support (PaHS) - telephone-based self-management support for persons at risk of hospital admission: Study protocol for a randomized controlled trial. Contemp Clin Trials. 2020;93:106004.

Bilag 2: Borgerperspektiver – metodebilag

Undersøgelsen anvendte et etnografisk forskningsdesign, hvor formålet var at give mulighed for at lade det sete og det sagte udfordre hinanden og dermed foretage indgående observationer og beskrivelser af både forhold og indhold i den konkrete og situerede intervention. Data blev indsamlet gennem deltagerobservation, deltagerberetninger og individuelle kvalitative interview.

De indledningsvise observationer involvererede 26 opstartssamtaler mellem borger og sygeplejerske. Der blev efterfølgende foretaget 62 semistrukturerede, individuelle dybdeinterview med borgere i alle 5 regioner. Af disse blev 31 borgere interviewet i foråret 2018 og 31 i efteråret 2018. Deltagere fra alle 5 regioner blev udvalgt med variation i køn, alder, civilstand, netværk, sygdom/diagnoser og socioøkonomisk baggrund. Målet var at afdække borgernes oplevelser og behov på tværs af landet. For at sikre en ligelig fordeling udvalgte vi 13-14 borgere i hver region, som telefonisk blev kontaktet af den forsker, som udførte interviewet.

Bilag 3: Organisation og implementering – metodebilag

Organisationsforskningen anvendte et komparativt casestudiedesign, hvor de 5 regioner opfattedes som hver deres case. Casestudiet som den overordnede forskningsstrategi var oplagt, når man som her har med en kompleks intervention at gøre, hvorfor det var vigtigt at opnå et helhedsperspektiv: Vi havde en antagelse om, at der er sammenhæng mellem interventionen og den konkrete kontekst, som den udspiller sig i. Her bidrager det komparative casestudiedesign netop med systematisk viden i forhold til at identificere og teste sammenhænge mellem Aktiv Patientstøtte og den kontekst, hvori den implementeres. Der blev indledningsvist udført et litteraturstudie for at indsamle erfaringer med implementering af lignende indsatser, både nationalt og internationalt. Der blev foretaget 31 kvalitative interview fordelt på fokusgrupper med støttesygeplejersker og enkeltinterview med ledende sygeplejersker og projektledere i alle 5 regioner samt interview med programleder. Data blev indsamlet i 2 runder. I opstartsfasen af Aktiv Patientstøtte (efterår 2017) og i opfølgningsfasen (første kvartal 2019). Hertil kommer observationer af sygeplejerskernes opstartssamtaler, deltagelse i workshops og undervisning af sygeplejerskerne samt relevante processuelle dokumenter. Alle interview blev optaget og efterfølgende transskriberet, bortset fra første fokusgruppeinterview med sygeplejersker i Region Sjælland, der frabad sig at få interviewet optaget med diktafon.

Bilag 4: Peerreviewede artikler:

1. Winther S, Fredens M, Benthien KS, Nissen NK, Palmhøj Nielsen C, Grønkjær M. Exploring the experiences of participating in a telephone-based self-management support intervention: Proactive Health Support (PaHS). J Adv Nurs. 2020;76(12):3563-3572. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14590..

2. Benthien KS, Rasmussen K, Palmhøj Nielsen C, Hjarnaa L, Rasmussen MK, Kidholm K, Nielsen BK, Nissen NK, Fredens M, Winther S, Grønkjær M, Toft U. Proactive Health Support (PaHS) - Telephone-Based Self-Management Support for Persons at Risk of Hospital Admission: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. Contemp Clin Trials. 2020;93:106004. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714420300823?

3. Fredens M, Terkildsen MD, Bollerup S, Albæk J, Nissen NK, Winther S, Grønkjær M, Rasmussen MK, Benthien K, Toft U, Hjarnaa L, Rasmussen K, Palmhøj Nielsen C The national implementation of 'Proactive Health Support' in Denmark since 2017: Expectations and challenges for the telephone-based self-management program. Health Policy 2020;124(7):674-678. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851020301135.

4. Winther S, Fredens M, Hansen MB, Benthien KS, Palmhøj Nielsen C, Grønkjær M. Proactive Health Support: Exploring Face-to-Face Start-Up Sessions Between Participants and Registered Nurses at the Onset of Telephone-Based Self-Management Support. Glob Qual Nurs Res. 2020;7:2333393620930026. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333393620930026.

I øvrigt forventes en række øvrige artikler publiceret, som præsenterer forskningsresultater i relation til Aktiv Patientstøtte. Reference til disse artikler vil løbende kunne findes på www.defactum.dk