

20.12.2006
HHJ/-

Samarbejde mellem DSI Institut for Sundhedsvæsen og Region Midtjylland

Projektskitser

1. Forebyggelse af akut medicinske indlæggelser i den kommunale hjemmepleje
2. Forebyggelse af genindlæggelser med opsøgende hjemmebesøg af praktiserende læger og hjemmesygeplejersker
3. Monitorering af udviklingen på genoptræningsområdet
4. Processtøtte og procesevaluering af aktiviteter indenfor den borgerrettede forebyggelse
5. Sygeplejerskers opfattelser af nye roller som case- og care-manager
6. Den kroniske patient – en antropologisk undersøgelse

Bilag 1: DSI's kompetenceområder

Bilag 2: OpBS projekt – via Rødovre-projektet og de lovbundne opsøgende hjemmebesøg

Projektskitse 1

Forebyggelse af akut medicinske indlæggelser i den kommunale hjemmepleje

Baggrund

Der er god dokumentation for at u hensigtsmæssige indlæggelser i Danmark har et væsentligt omfang, ikke mindst blandt skrøbelige ældre. I et igangværende udviklingsprojekt for FOKUS analyserer DSI typer af forebyggelige indlæggelser med indlæggelsesårsager som dehydrering, urinvejsinfektion, "fald i hjemmet", hjernerystelse og konfusion, samt forkerte indlæggelser som raske medfølgende, cause soc mv, som ikke havde været nødvendige, hvis kommunen havde tilgængelige alternative tilbud, hvis indlæggende læge var bekendt med eksisterende kommunale tilbud, eller hvis usikkerhed hos kommunalt plejepersonale om "vanskelige" borgere kunne mindskes.

Formål:

Formålet er at opnå en signifikant reduktion i u hensigtsmæssige akut medicinske indlæggelser af ældre fra de deltagende kommuner.

Aktiviteter/Metode

Med udgangspunkt i forslag fra DSI/FOKUS projektet gennemføres parallelle udviklingsprojekter i 2-4 kommuner, Fokus i projekterne er på lavpraktiske tiltag mod hyppige problemer som fx væskeindtagelse, og på udnyttelse af ressourcerne i den eksisterende kommunale organisation.

Projekterne skal primært gennemføres og forankres i de deltagende kommuner, og deres lokale samarbejdspartnere (almen praksis og lokalt sygehus). DSI bidrager med rådgivning og sparring til projektformulering samt procesevaluering og effektevaluering. Projektet indeholder overordnet fgl. aktiviteter:

- Lokal problemlidentifikation via analyse af indlæggelsesårsager
- Analyse af eksisterende aktiviteter (virker de hensigtsmæssigt)
- Opstilling af mål og etablering af datamonitorering
- Valg af lokale indsatser (fx ændrede kommunale akuttilbud, samarbejde med almen praksis / AMA om borgere i risiko for indlæggelse, specifik kompetenceudvikling ift. identificerede problemområder)
- Proces- og effektevaluering

Mulige samarbejdspartnere:

2-4 kommuner, der ønsker at arbejde med problemstillingen. Praktiserende læger i disse

Projektskitse 2

Forebyggelse af genindlæggelser med opsøgende hjemmebesøg af praktiserende læger og hjemmesygeplejersker

Baggrund

Data fra et randomiseret interventionsstudie i Københavns Amt viser at en tidlig, fast struktureret og tæt opfølgning af ældre patienter efter udskrivelse fra en medicinsk eller geriatrisk afdeling reducerer risikoen for genindlæggelse i halvåret efter udskrivelsen fra 52% til 40%. Der synes at være en tendens til, at det er de kortvarige indlæggelser, der kan forhindres, mens de længerevarende indlæggelser, som formentlig skyldes alvorligere tilfælde, ikke reduceres.

DSI har bidraget til projektet med en økonomisk analyse, som viser en samfundsøkonomisk gevinst til fordel for de patienter, der har modtaget den øgede opfølgning, med en samlet besparelse på ca. 5.000 kr. per patient over en periode på ½ år efter udskrivelsen.

Formål:

Formålet er at reducere genindlæggelsesfrekvensen og reducere de samlede sundhedsudgifter ved at implementere opsøgende hjemmebesøg af praktiserende læger og hjemmesygeplejersker efter Glostrup-modellen.

Aktiviteter/Metode

Der foreligger et veletableret koncept med dokumenteret effekt. Konceptet implementeres ideelt set uden væsentlige ændringer.

Der skal aftales og etableres et samarbejde mellem kommune, region og almen praksis. Da fordelingen af ekstraudgifter og besparelser ikke er ligeligt fordelt kan en samarbejdsaftale/finansieringsaftale overvejes.

DSI kan bistå med projektudvikling, rådgivning og sparring i etableringsfasen, eventuelt proces-evaluering, samt monitorering af genindlæggelser i samarbejde med regionen.

Mulige samarbejdspartnere:

Kommuner, der ønsker at arbejde med problemstillingen. Praktiserende læger i disse kommuner. De relevante sygehusafdelinger.

Eventuel udbygning af projektet:

Det lovpligtige tilbud om forebyggende hjemmebesøg til alle ældre er i mange kommuner blevet implementeret meget anderledes end Rødovre-forsøget, som leverede dokumentation for effekten. Der kunne som en udbygning af analysen overvejes en analyse af de nuværende aktiviteter iht. loven og om der er behov for en revurdering/gentænkning af denne indsats, fx samtænkt med dette projekt om særlig indsats over for borgere, der har været behandlet på sygehus.

Bilag: Beskrivelse af OpBS-projektet og lovbundne hjemmebesøg.

Projektskitse 3

Monitorering af udviklingen på genoptræningsområdet

Baggrund

Kommunalreformen ændrer på finansieringsansvaret, så al genoptræning fremover betales af kommunerne. Samtidigt er det regionens ansatte der for den enkelte patient skal udarbejde genoptræningsplan og dermed fastlægge omfanget af genoptræningsindsatsen og beslutte om denne er specialiseret og derfor skal foregå i regionalt regi.

Kommunerne kan være bekymrede for om ændringerne får konsekvenser i form af glidninger i antallet af ydelser og andelen der vurderes at være specialiserede ydelser.

Der er derfor behov for en uvildig monitorering af udviklingen på området, mhp. at skabe tillid mellem parterne og en fælles forståelse af grundlaget for samarbejde om genoptræning.

Formål:

Etablere en baseline for forbrug af genoptræningsydelser og andel af specialiserede ydelser i 2005-2006 og monitorere udviklingen i antallet af ydelser, og andelen af specialiserede ydelser i 2007.

Analysere årsager til eventuelle ændringer i genoptræningsindsatsen efter reformens ikrafttræden.

Aktiviteter/Metode

De kvantitative opgørelser baseres på Region Midtjyllands registeroplysninger

Afgrænsning og opdeling i patientgrupper aftales mellem Region, kommuner og DSI.

Analysere af årsager til eventuelle ændringer i genoptræningsindsatsen baseres på en kombination af kvantitative registerdata og kvalitative interviews med kommunale og regionale nøglepersoner.

Mulige samarbejdspartnere:

Projektet kan med fordel tilrettelægges som et samarbejde mellem DSI, Region Midtjylland og alle kommuner i regionen.

Processtøtte og procesevaluering af aktiviteter indenfor den borgerrettede forebyggelse

Baggrund:

Med strukturreformens placering af den borgerrettede forebyggelse i kommunalt regi åbnes op for, som det foreslås i et oplæg fra Ugebrevet Mandag Morgen, at 'bringe forebyggelsen ud af sundhedsghettoen', og at se det forebyggende arbejde som 'en politisk moralsk' opgave i forhold til et fælles ansvar for 'civilisationssygdomme'. Det handler om, i den samlede kommunale politik, at skabe konstruktive rammer for borgerens mulighed for sunde valg (Mandag Morgen 2006).

Imidlertid følger der ikke nødvendigvis penge i kølvandet på denne politiske omorganisering, så i første omgang handler det ikke om at igangsætte nye interventioner og projekter, men om at skabe ny udvikling og synergi indenfor eksisterende tiltag. Fysisk aktivitet er et eksempel på et konstruktivt satsningsområde, fordi det ikke 'tager noget fra' men tværtimod tilfører noget til borgeren og lokal samfundet. Men der kan fokuseres på andre faktorer (andre KRAM faktorer, stress, social ulighed i sundhed) og på specifikke arenaer (skolen, ældreområdet, arbejdspladser).

Formål:

At tilbyde metoder til evaluering og udvikling af tiltag indenfor den borgerrettede forebyggelse. Der tages udgangspunkt i et bredt evidensbegreb, hvor der ikke spørges 'hvordan virker det' med henblik på at påvise fysiske eller adfærdsmæssige effekter, men 'hvad læres der' med henblik på at dokumentere læringseffekter, samt at fastholde denne læring og udvikling.

Aktiviteter/Metode

1. Kortlægnings- og beslutningsproces i den enkelte kommune: hvad har vi allerede i kommunen, som vi kan få til at 'spille bedre sammen', evt. 'opgradere'. Dvs. der er særligt fokus på praksisudvikling, samt på indgåelse af partnerskaber mellem lokale aktører (eks: kommunen, frivillige og private idrætsudbydere).
2. Systematisk erfaringsopsamling: Interview og deltagerobservations data som 'input' til debat i større gruppeinterview på tværs af både fag-, sektor- og kommunegrænser. Hovedvægten lægges således på fokusgruppemøder i form af workshops, hvor viden både deles og skabes både på deltager-, praktiker- og politiker niveau.
3. Den systematiske erfaringsopsamling forankres lokalt med henblik på fastholdelse og afrapporteres skriftligt.

DSI leverer input fra eksisterende viden på det pågældende område, samt proces støtte og evaluering i alle faser af projektet.

Mulige samarbejdspartnere:

3-4 kommuner samt relevante lokale frivillige og private idrætsudbydere, der ønsker at sætte fokus på og udvikle den fysiske aktivitet i lokalsamfundet. Kompetencecenter for Folkesundhed kan muligvis tilbyde sparring og processtøtte, da man over mange år har arbejdet med sådanne lokale processer. Derudover kan konceptet bruges på indsatser omkring den patient-rettede forebyggelse.

Sygeplejerskers opfattelser af nye roller som case- og care-manager

Baggrund:

I Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom foreslås en nytænkning af sundhedsfaglige roller, som et nødvendigt tiltag, hvis sammenhæng og kvalitet i kronikeromsorgen skal forbedres i fremtidens sundhedsvæsen (SST 2005). Imidlertid ved vi, at radikale forandringer af fagidentiteter, kulturer og roller ofte virker bedre på tegnebrættet end i virkeligheden. Hvis politiske tiltag omkring nytænkning af sundhedsfaglige roller og funktioner skal have nogen mulighed for at slå konstruktivt rod i sundhedsprofessionelles konkrete praksis, er det væsentligt, i så høj grad som muligt, at tænke disse 'nye' roller som en forlængelse af, eller udbygning af, eksisterende fagidentiteter og praksis. Det er også vigtigt at se, hvilke konkrete dilemmaer (af både identitetsmæssig og organisatorisk art) en sådan nytænkning medfører for de involverede fagpersoner. Samt at begreber som 'case' og 'care'-manager der importeres fra en amerikansk kontekst, så at sige 'oversættes' til dansk.

Dette projekt skal ses i sammenhæng med og forlængelse af projektet: "Alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder" som DSI p.t. gennemfører i samarbejde med Danske Regioner.

Formål:

At få indblik i hvordan sygeplejersker i hospital, almen praksis og kommune opfatter og praktiserer rollen som henholdsvis 'case'- og 'care-manager' med henblik på en forbedring af kvalitet og sammenhæng i kroniske patientforløb.

Aktiviteter/Metode

Individuelle interviews baseret på patientjournaler, deltagerobservation og fokusgruppeinterview (forskningsdesign fra projektet om alment praktiserende læger).

Mulige samarbejdspartnere:

Horsens sygehus (kontaktperson Anna Birte Sparvath) og Horsens kommune (kontaktperson Karin Holland)

Den kroniske patient – en antropologisk undersøgelse

Baggrund

Fra mange sider er det blevet påpeget at kronisk sygdom repræsenterer en udfordring for et sundhedssystem, der primært har været gearret til at forstå og behandle akut sygdom. Det er blevet påpeget, at der er behov for et brud eller et skift i måden sundhedssystemet tænker og praktiserer sundhed og sygdom på: i form af et paradigmeskift (Strauss), i form af skift i 'den narrative infrastruktur' (Mattingly in press) eller i form af forandring i organisering af sundhedssektoren (Sundhedsstyrelsen 2005). Imidlertid mangler der empirisk viden om, hvordan patienter oplever og håndterer livet med kronisk sygdom, samt hvordan de oplever mødet med institutioner og aktører i sundhedssektoren.

I dette projekt undersøges sårbarheder og ressourcer blandt patienter med forskellige kroniske sygdomme. Der fokuseres ikke på enkelte, men derimod på et bredt spektrum af diagnoser, der alle ses som 'kroniske', med henblik på at forstå ligheder og forskelle i liv med kronisk sygdom. Det forventes desuden, at det vil blive muligt at beskrive, hvad der udgør sårbarhed og ressourcer i et moderne velfærdssamfund, og dermed at definere konkrete processer, hvor kronisk sygdom og social ulighed indvirker på hinanden. Det tilstræbes dermed at bidrage til den løbende debat om social ulighed i sundhed, såvel som den løbende debat om håndteringen af kronisk sygdom i Danmark.

Formål:

At forbedre vor viden om hvad der udgør sårbarheder og ressourcer for patienter med kroniske sygdomme for derigennem at kunne udvikle de rigtige typer af tilbud til disse patienter.

Aktiviteter/Metode

Der udføres feltarbejde blandt patienter der deltager i patientundervisning af kroniske patienter (blandede diagnoser som for eksempel i Stanford modellen). 10 -12 patienter følges i en periode på halvandet år. Adgang opnås gennem patientlæringsforløbet, men belært af tidligere feltarbejde omkring forebyggelse og sundhedsfremme (Grøn 2004) er dette ikke i fokus. Patienterne følges i deres hverdagsliv og i deres gang gennem forskellige institutioner: den praktiserende læge, specialister, hospital, patientskole, patientforeninger, alternative terapi udbydere etc. Dvs. denne undersøgelse tager udgangspunkt i kroniske patienters hverdagsliv, og ser de institutionelle rammer og organisatoriske forhold gennem patienternes oplevelser med de konkrete aktører og organisationer i sundhedssektoren.

Mulige samarbejdspartnere:

Dette feltarbejde søges forankret Region Midt, dvs. feltarbejdet placeres fysisk i et eller flere af denne regions tilbud til kroniske patienter, og der udveksles løbende med Kompetencecenter for Folkesundhed med henblik på at kunne bidrage til deres arbejde med at udvikle og differentiere forskellige patientlæringskoncepter. Derudover indgås et samarbejde med Cheryl Mattingly (University of Southern California) og Lotte Meinert, Århus Universitet med henblik på et komparativt perspektiv på livet med kronisk sygdom i forskellige lokaliteter (Danmark, USA og Uganda).

Bilag 1

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI arbejder med anvendt sundhedstjenesteforskning og forskningsbaseret rådgivning indenfor alle områder af det danske sundhedsvæsen:

- Sygehuse, praksissektoren og kommunale sundhedsopgaver
- Psykiatri og somatik
- Behandling og forebyggelse

Kompetenceområder

Arbejdstilrettelæggelse, organisation og patientanalyser

- Arbejdstilrettelæggelse og organisation
- Patientanalyser
- Patientlogistik
- Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

Sundhedsøkonomi, struktur og styring

- Omkostningseffektivitet, omkostninger, produktivitet, DRG
- Medicinsk Teknologivurdering (MTV)
- Sundhedsøkonomiske analyser og lægemiddeløkonomi
- Sundhedspolitiske analyser

Bilag 2

OpBS projekt – via Rødovre-projektet og de lovbundne opsøgende hjemmebesøg

Formålet med OpBS undersøgelsen er at belyse, hvorvidt en tidlig, fast struktureret og tæt opfølgning af ældre patienter efter udskrivelse fra en medicinsk eller geriatrisk afdeling, kan bidrage til en forbedret patientbehandling. Projektet afprøver en model for tværfaglig opfølgning hvor den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken, "tager over" efter endt sygehusbehandling.

Undersøgelsen består af et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie, hvor data er indsamlet ved registreringskemaer, patientinterviews og registerdata suppleret med en spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterviews for at belyse de organisatoriske forhold. Selve interventionen er gennemført i perioden november 2003 til juni 2005, efterfulgt af en spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterviews. Projektet omfatter 331 patienter på 78 år og derover, der er udskrevet fra Medicinsk eller Geriatrisk afdeling på Amtssygehuset i Glostrup efter en indlæggelse i mindst 2 dage. I undersøgelsen deltog de 7 kommuner i området omkring Amtssygehuset samt 63% af områdets praktiserende læger.

Undersøgelsen finder, at risikoen for at have en efterfølgende indlæggelse i halvåret efter udskrivelsen med den øgede opfølgning er signifikant lavere blandt interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne (40% i interventionsgruppen mod 52% i kontrolgruppen). Der synes at være en tendens til, at det er de kortvarige indlæggelser, der kan forhindres, mens de længerevarende indlæggelser, som formentlig skyldes alvorligere tilfælde, ikke reduceres. Der findes endvidere en ikke signifikant tendens i form af en forlænget overlevelse. Den økonomiske analyse viser en samfundsøkonomisk gevinst til fordel for de patienter, der har modtaget den øgede opfølgning, med en samlet besparelse på ca. 5.000 kr. per patient over en periode på ½ år efter udskrivelsen.

Disse resultater er i god overensstemmelse med de resultater der blev fundet i "Rødovre-projektet", som blev gennemført fra 1980 til 1983, hvor der i Rødovre Kommune blev gennemført en undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg. Dette forsøg var ligeledes både randomiseret og kontrolleret. Resultaterne af Rødovre-projektet viste, at der i indsatsgruppen var 19 % færre sygehusindlæggelser, 24% færre dage på sygehus, 31 % færre indflytninger på plejehjem, 50 % færre vagtlægebesøg og 25 % færre dødsfald end hos kontrolgruppen

Bl.a. Rødovre-projektet medførte at der i 1996 blev lovpligtigt for kommunerne at gennemføre forebyggende besøg hos alle ældre over 75 år. Lovens økonomi byggede på social- og sundhedsassistenter. Men mange kommunerne valgte at ansætte sygeplejersker og ergoterapeuter. Den praktiserende læge rolle i forbindelse med de opsøgende hjemmebesøg blev dog stort set elimineret i de fleste kommuner.

Der er mange eksempler på, at relativt små forskelle kan have afgørende betydning for effekten af en indsats. Det kan således betyde meget for effekten, om det er læger eller andre faggrupper, som udfører indsatsen. Hyppigheden af besøg - eller måden opfølgningen organiseres på - kan også have afgørende betydning. Dette eksempel viser, at hvis en kommune vil indføre en indsats, som har dokumenteret effekt, er det nødvendigt i al væsentlighed at gennemføre indsatsen på samme måde som i forsøget for at kunne sikre sig at sammenlignelige resultater opnås, eller alternativt, nøje evaluere om effekten af den reviderede ordning står mål med det som blev fundet i den oprindelige ordning. Denne evaluering skete desværre ikke ved indførelsen af de lovbundne opsøgende hjemmebesøg.