

Evalueringsrapport af ACCESS

(Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland)



En afrapportering til Sundhedsstyrelsen for satspuljemidler til styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/akutte tilbud

Læsevejledning

Efter en indledning til ACCESS-projektet (kapitel 1), hvor baggrunden, de involverede parter og projektets mål beskrives, følger tre kapitler, hvor projektets delelementer gennemgås. Disse tre kapitler henvender sig hovedsageligt til den læser, der ønsker en detaljeret gennemgang af resultaterne. Det første af disse kapitler (kapitel 2) er dels en evaluering af det randomiserede kliniske studie, der undersøger forskelle når det er den praktiserende læge eller den medicinske speciallæge i et akutambulatorium der er behandlingsansvarlig for det akutte patientforløb, dels en evaluering af de to kommunale akuttilbud – akutteam i hjemmet eller akutplads på plejecenter. Begge studier belyses i forhold til antallet af akutte medicinske indlæggelser, funktionstab og patient- og pårørendetilfredshed. Det tredje kapitel er en kvalitativ telemedicinsk evaluering af projektet og det fjerde kapitel en erfaringsopsamling fra ACCESS. Bilagene uddyber disse tre kapitler for de, der ønsker at gå i detaljer på det operationelle niveau.

Rapporten afsluttes med en overordnet diskussion af projektet (kapitel 5) og henvender sig ligesom kapitel 1 til alle interesserede. Kapitel 1 og 5 kan med fordel læses i sammenhæng. Diskussionen indeholder også anbefalinger for fremtidig samarbejde mellem region, kommuner og praktiserende læger i forhold til den akut syge ældre medicinske patient.

Resumeet i starten af rapporten henvender sig hovedsageligt til beslutningstagere på området. Bilag 16 er en oversigt over projektets regnskab.

Forord

Det var med en vis stolthed, at vi modtog støtte fra Sundhedsstyrelsens pulje til styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/akutte tilbud. Det gav os mulighed for at afprøve nye samarbejdsformer for den ældre akutte medicinske patient og forbedre patientforløbet.

Et så omfattende projekt som ACCESS bygger på et rigtig godt samarbejde - og det har vi i det Sønderjyske. Det lokale samordningsforum for Sygehus Sønderjylland-området (SOF i Syd) har støttet op om projektet som styregruppe og banet vejen for nye samarbejdsformer. Selve projektet er blevet udviklet gennem projektgruppen og op mod 10 undergrupper. Vi vil gerne sende en stor tak til medarbejdere på ACCESS-projektet i Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg kommuner, almen praksis og på Sygehus Sønderjylland for deres engagement og mod på at prøve nye tiltag af.

Trods færre inkluderede patienter end planlagt er evalueringen kommet frem til spændende resultater, som kan bidrage til udviklingen af nye subakutte/akutte tilbud i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er derfor med stor glæde, at vi på vegne af SOF i Syd kan præsentere resultaterne af ACCESS-projektet i denne evalueringsrapport.

Rigtig god læselyst

Med venlig hilsen

Formandskabet for SOF i Syd


Grete Kirketerp
Sygeplejefaglig direktør
Sygehus Sønderjylland


Jakob Kyndal
Direktør for Social og Sundhed
Aabenraa Kommune

Rapporten er udarbejdet af postdoc, ph.d. Helene Skjøt-Arkil og forskningsleder, overlæge lektor, ph.d. Christian Backer Mogensen, Enheden for Akutforskning på Sygehus Sønderjylland, diplomingeniør i sundhedsteknologi, kandidatstuderende Marie Birkemose, Tromsø Universitetsamt, konsulent, ph.d. Birgitte Nørgaard, Institut for Sundheds-tjenesteforskning på Syddansk Universitet.

Indhold

Læsevejledning.....	2
Forord.....	3
Resumé.....	6
Summary.....	8
1. Hvad er baggrunden for ACCESS-projektet?	11
1.1. Indledning	11
1.2. Målbeskrivelse.....	14
2. Effektevaluering.....	16
2.1. Hvor mange patienter er potentiel målgruppe for projektet?	16
2.2. Metode.....	17
2.3. Etiske problemstillinger	27
2.4. Patientkarakteristik	27
2.5. Egen læge eller akut hospitalsambulatorium?	32
2.6. Er der forskel på de to kommunale akuttilbud?	38
3. Evaluering af telemedicinske tiltag	45
3.1. Baggrund for evaluering	45
3.2. Metode.....	47
3.3. Resultater.....	48
3.4. Diskussion.....	53
3.5. Konklusion	55
4. Erfaringsopsamling fra ACCESS – en programteoretisk analyse	57
4.1. Metode og data	57
4.2. Programteoretisk analyse	60
4.3. Diskussion.....	70
4.4. Sammenfatning.....	72
5. Diskussion og konklusion.....	75
5.1. Resume af resultater fra kapitel 2, 3 og 4.....	75
5.2. Hvor blev patienterne af?	78
5.3. Bør et akutambulatorium indgå i fremtidige planer?	78
5.4. Hvilket kommunalt akuttilbud kan ACCESS anbefale?	79
5.5. Er teknologi løsningen for akutte patienter?.....	80
5.6. Begrænsninger i ACCESS projektet.....	81
5.7. Organisatorisk forskning.....	81
6. Litteraturhenvi sning.....	82

7. Bilag.....	85
Bilag 1 Mundtlig information til borgeren om ACCESS-projektet	
Bilag 2a Brev til borgere i Haderslev og Sønderborg Kommuner	
Bilag 2b Brev til borgere i Aabenraa og Tønder Kommuner	
Bilag 3 Samtykkeerklæring habile	
Bilag 4 Samtykkeerklæring inhabile	
Bilag 5a Brev til pårørende i Haderslev og Sønderborg Kommuner.....	
Bilag 5b Brev til pårørende i Aabenraa og Tønder Kommuner.....	
Bilag 6 Flowdiagram til praktiserende læger.....	
Bilag 7 Flowdiagram til akutplads	
Bilag 8 Flowdiagram til akutteam.....	
Bilag 9 §2-aftale mellem Region Syddanmark og PLO Syddanmark	
Bilag 10 Flowdiagram til akutambulatorium	
Bilag 11 Sundhedsstyrelsens vejledning	
Bilag 12 Spørgeskema dag 7	
Bilag 13 Flowdiagram til udfører af test dag 0 og dag 7	
Bilag 14 ACCESS-manualen.....	
Bilag 15 Anbefaling fra Multi Praksis Udvalget.....	
Bilag 16 Regnskab	

Resumé

Sundhedstilbuddet til akutte ældre medicinske patienter er usammenhængende og ukoordineret. Den praktiserende læge er tovholder for patienten men udfordres af vanskelig kommunikation i forhold til de øvrige sektorer og en travl hverdag ofte uden mulighed for at se patienten her og nu. Komprimerede indlæggelser, samt risikoen for informationstab ved overgang fra sekundær til primær sektor kan resultere i sub-optimale udrednings- og behandlingsforløb for især ældre patienter med komplekse medicinske problemstillinger. Kommunerne har iværksat initiativer, der sikrer patienterne et alternativ til indlæggelse, men som ikke fokuserer specifikt på tværsektorielt samspil og som ikke er evalueret. ACCESS-projektet (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) er et fælles sønderjysk projekt mellem Sygehus Sønderjylland, praktiserende læger i sygehusets optageområde og de fire kommuner: Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg. Projektets mål var at evaluere forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer med fokus på borgere over 65 år med akut opstået medicinsk sygdom, der kræver øjeblikkelig indsættende øget sundhedsfaglig indsats. Problemstillingerne var: I) Hvor mange medicinsk syge ældre vil benytte et akut indsættende kommunalt tilbud som alternativ til indlæggelse, og hvad er deres karakteristika? II) Er der forskel på hvis en medicinsk speciallæge på sygehuset er ansvarlig for udredning og behandling sammenlignet med, hvis det er den praktiserende læge? III) Er der forskel på at etablere sig kommunalt med akutpladser på plejecenter eller med akutteam i eget hjem? IV) Er teknologi løsningen for denne gruppe patienter? og V) Hvilken erfaring kan vi opsamle omkring udvikling og implementering af de konkrete interventioner i ACCESS?

Projektet var et randomiseret klinisk studie, hvor den primære effektparameter var antallet af indlæggelser inden for 7 dage, afhængigt af om et akut medicinsk speciallægeambulatorium eller den praktiserende læge var behandlingsansvarlig. Samtidig blev dødelighed, mentale og fysiske ændringer, samt patient- og pårørendetilfredshed belyst som sekundære effektparametre. De indsamlede data blev også anvendt til at vurdere, hvilken betydning henholdsvis et kommunalt akutteam og akutpladser havde på samme effektparametre.

Evaluering af telemonitorering, videokommunikation og hotline mellem hjemmesygeplejerske og speciallæge, blev vurderet kvalitativt og udført som en procesevaluering.

Processen omkring udvikling og implementering af de konkrete interventioner i ACCESS blev analyseret kvalitativt ved brug af en programteoretisk analyse.

Der blev inkluderet langt færre patienter end forventet – i alt 131. Der var tydelige kommunale forskelle og et mønster, der viste, at når det kommunale akuttilbud var veletableret og havde opnået accept, foregik brugen af tilbuddet udenom projektet. Identifikation af målgruppen var

udfordrende for det involverede personale og randomiseringen blev oplevet som en barriere for inklusion.

ACCESS blev benyttet overvejende af kvinder med en høj alder og dagligt hjælp i hjemmet. Ud fra triage blev de inkluderede patienter vurderet lige så syge som gennemsnitlige indlagte patienter. Halvdelen af patienterne kunne klare sig selv efter 48 timers behandling og omkring en fjerdedel havde brug for ekstra hjælp i hjemmet eller et ophold på plejecenter i længere tid end 48 timer. Mænd blev endvidere indlagt dobbelt så hyppigt som kvinder.

Sygehusets speciallæger indlagde næsten halvdelen af patienterne umiddelbart efter udredning i akutambulatorium, mens de praktiserende læger kun indlagde en fjerdedel. Der fandtes ingen signifikant forskel i dødelighed, fysisk eller mental restitution mellem de to behandlingsformer, men det lave patientantal kan have skjult reelle forskelle. Et akutambulatorium fører altså tilsyneladende ikke til flere akutte indlæggelser af ældre medicinske patienter.

Der var ikke signifikant forskel på antallet af indlæggelser i de to kommunale akuttilbud, og der var heller ikke forskel på, hvor hurtigt patienterne kom sig mentalt og fysisk eller på dødelighed og tilfredshed. Disse resultater kan være udtryk for, at akutteam og akutpladser er ligeværdige tilbud, men kan også skyldes, at patientantallet ikke er stort nok til at vise reelle forskelle.

Hotline, videokommunikation og telemonitorering havde begrænset anvendelse i projektet, hvilket hovedsageligt skyldtes et manglende reelt behov blandt brugerne og tekniske vanskeligheder. Evalueringen af de telemedicinske tiltag kan på denne baggrund ikke konkludere noget om telemedicinske løsningers anvendelighed i akutfunktioner.

ACCESS har bidraget til et positivt og udviklende tværsektorielt samarbejde, der har øget opmærksomheden på hvordan et godt patientforløb understøttes organisatorisk, hvordan relationel koordinering og kendskab på tværs giver gode patientforløb og på interne og eksterne overgange herunder det lægelige ansvar. ACCESS har endvidere været med til at løfte de sundhedsfaglige basiskompetencer og bidraget til et fælles sprog.

Summary

The public healthcare service to elderly patients with acute medical conditions is uncoordinated. The General Practitioner (GP) is responsible for the patient but is challenged by difficult communications with other health care sectors and has a busy workday often without the ability to see the patient immediately. Short admissions, as well as the risk of loss of information at the transfer from secondary to primary sector, may result in sub-optimal diagnosis and treatment pathways, especially for elderly patients with complex medical issues. The municipalities have implemented initiatives to ensure an alternative to hospitalization, but this acute municipal care did not focus specifically on cross-sectorial collaboration and has not been evaluated.

The ACCESS Project (Acute Combine CarE for Seniors in South Jutland) is a joint project between the Hospital of Southern Jutland, GP's in the hospital's admission area and the four municipalities: Haderslev, Aabenraa, Tønder and Sønderborg. The aim of the project was to evaluate various cross-sectorial collaborations with a focus on people over age 65 with acute medical illness requiring immediate increased health care activities. The project objectives were to evaluate: I) How many medically ill elderly will use an acute municipal care as an alternative to hospitalization, and what are their characteristics? II) Is there a difference if a medical specialist at the hospital is responsible for the examination and treatment instead of the GP? III) Is there a difference between treatment at a municipal acute care centre and home treatment from an acute care team? IV) Is technology the solution for this group of patients, and V) What experience can we gather from the development and implementation of the specific interventions in ACCESS?

The project design was a randomized clinical trial in which the primary outcome was the number of admissions within 7 days, depending on whether a medical specialist (the intervention) or the GP was responsible for the treatment. Simultaneously, mortality, mental and physical changes as well as the satisfaction of the patient and relatives were registered as secondary outcomes. The collected data were also used to assess the impact of treatment from municipal acute care centre or acute care team on the same outcomes. The assessment of telemonitoring, telecommunication and hotline between nurse and specialist, was evaluated by qualitative methods. The process of development and implementation of specific interventions in ACCESS was analysed qualitatively using a program theoretical analysis.

Fewer patients than expected were included - a total of 131 patients. There were clear differences between the municipalities and a pattern showing, that when the municipal acute care was well established and had gain acceptance, the enrolment process of patients bypassed the project.

Identification of the target group was challenging for the involved staff and the randomization was perceived as a barrier to inclusion.

ACCESS was used predominantly by women of high age with daily need of help at home. By triage assessment, the included patients were rated as ill as the average hospitalised patients. Half of the patients was able to take care of themselves after 48 hours of treatment, and about a quarter needed extra help at home or an extended stay at the care centre. Men were hospitalised twice as often as women.

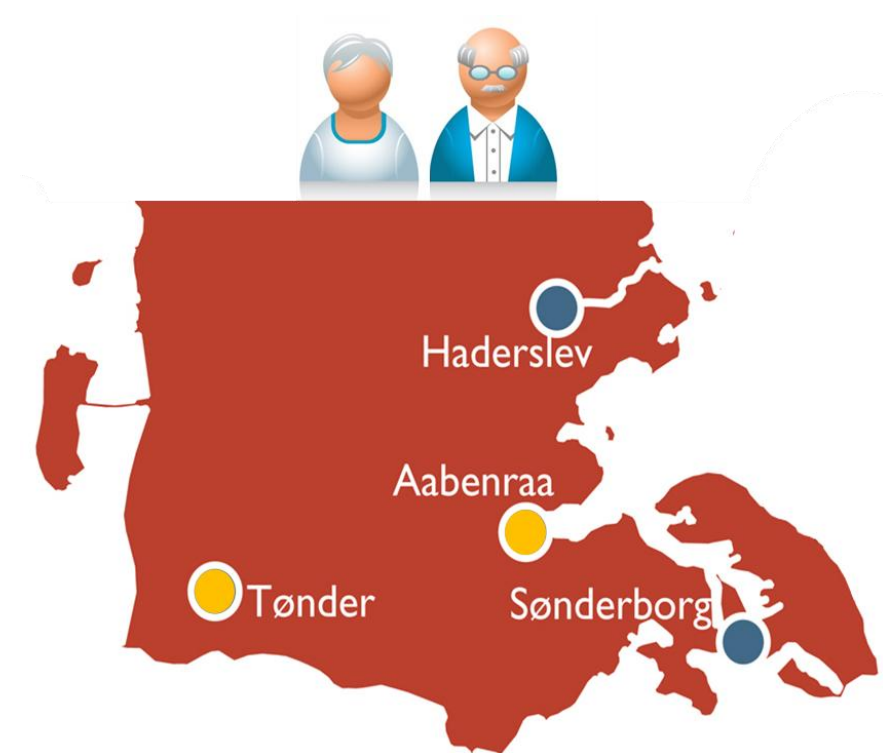
Half of the patients examined by the hospital's medical specialists were admitted immediately, while only a quarter of the patients examined by the GP were admitted. There were no significant difference in mortality, physical or mental restoration between the patients treated by the medical specialist and the GP, but the low number of participants may have hidden real differences. Thus, a hospital based outpatient clinic appears to increase the number of acute admissions of elderly medical patients.

There was no significant difference in the numbers of admissions in the two municipal acute care treatments, and there was no difference in how quickly patients recovered mentally and physically or in mortality and satisfaction. These results may indicate, that the acute care team and acute care centre offers an equally good treatment but may also be due to the patient number not being large enough to indicate real differences.

Hotline, telecommunication and telemonitoring had a limited use in the project mainly due to lack of a real need among users and technical difficulties. The ACCESS project is thus not able to conclude anything concerning telemedicine solutions and their applicability in acute functions.

The ACCESS Project has contributed to a positive and developing intersectorial collaboration that has increased attention to how a good patient care is supported organizationally, how relational coordination and knowledge sharing provide good patient care and internal and external transitions, including medical responsibility. ACCESS has also helped to raise the basic competencies of healthcare professionals and contributed to a common professional language.

Baggrund for ACCESS-projektet Kapitel 1



Udarbejdet af:

Helene Skjøt-Arkil, postdoc, ph.d.

Christian Backer Mogensen, forskningsleder, overlæge, lektor, ph.d.

Enheden for Akutforskning, Sygehus Sønderjylland

1. Hvad er baggrunden for ACCESS-projektet?

1.1. Indledning

Det er en kompleks opgave at etablere et sammenhængende udrednings- og behandlingstilbud til den ældre akutte medicinske patient. Patienten kan have adskillige sygdomme, som håndteres i hvert sit regi.

Den praktiserende læge er tovholder for patienten og har fulgt denne længst tid, men udfordres af en vanskelig kommunikation i forhold til de øvrige sektorer, f.eks. pga. forsinkede udskrivelsesbreve, en travl hverdag ofte uden mulighed for at se patienten her og nu og en åbningstid begrænset til dagstid på hverdage.

Udredning og behandling kræver nogle gange avanceret viden og undersøgelsesteknologi, som kun findes på sygehusene. Korte og komprimerede indlæggelser, med risiko for informationstab ved overgang fra sekundær til primær sektor kan dog resultere i sub-optimale udrednings- og behandlingsforløb for især ældre patienter med komplekse medicinske problemstillinger. Patienten restitueres hurtigst og bedst og risikerer færre komplikationer, i form af infektioner og inaktivitet ved at forblive i eget hjem.[1-6]

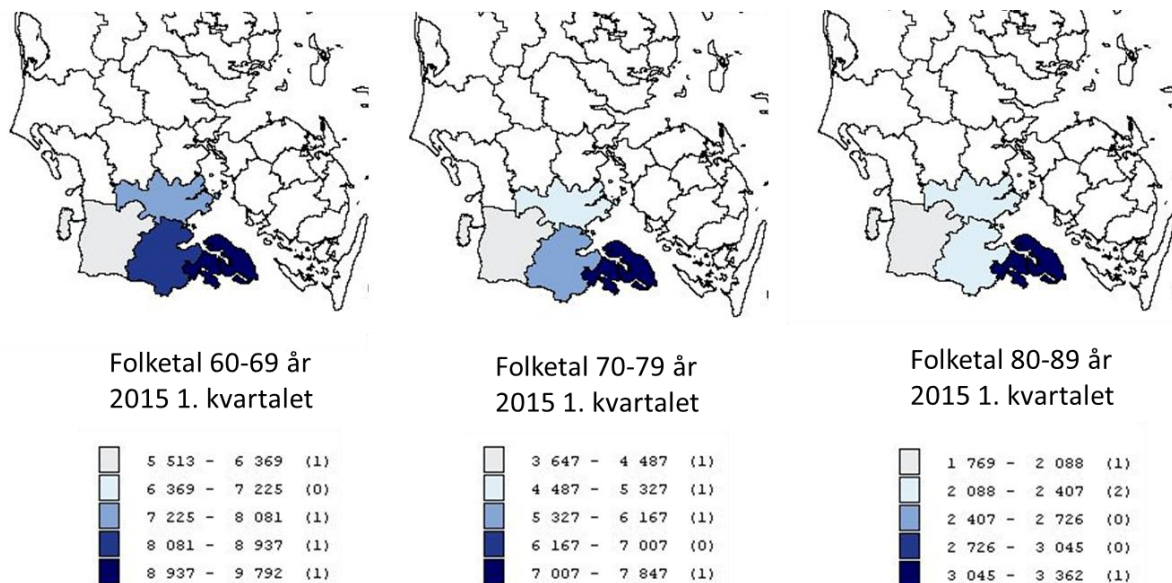
Kommunalt sundhedspersonale kender langt fra alle borgere, har ikke let adgang til lægefaglig bistand med kendskab til patienten døgnet rundt og kun en begrænset mandskabsmæssig og teknologisk mulighed for at kunne overvåge patienten hjemme.

Andelen af ældre borgere i befolkningen er stigende, hvilket øger efterspørgslen på medicinske sundhedsydelse. I Danmark er der stor variation i antallet af hospitalsindlæggelser og -genindlæggelser mellem de forskellige regioner og kommuner for denne gruppe patienter. Samtidig viser undersøgelser at det sundhedstilbud som sygehuse, praktiserende læger og kommuner tilsammen udbyder, er usammenhængende og ukoordineret (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2009).

Kommunalreformen har betydet færre og større kommuner med kræfter til at løse de nye sundhedsopgaver. Nedlægning af sygehuse og centralisering af akutte funktioner har givet længere afstande til akut undersøgelse og behandling og en risiko for mindre kommunikation og kendskab mellem almen praksis, kommuner og sygehus.

Alle overstående udfordringer genkendes i Sønderjylland, hvor demografien er præget af en lav befolkningstæthed i den vestlige del med mange ældre borgere og op til 70 km til nærmeste sygehus (Figur 1), mens den østlige del har en stor befolkningstæthed omkring byerne Haderslev,

Aabenraa og Sønderborg. Akutsygehusets placering i Aabenraa i foråret 2014 har øget transportafstanden mellem patienter og sygehus og mindsket kendskabet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse.



Figur 1 Folketal for de 60-69 årige, 70-79 årige og 80-89 årige i de fire Sønderjyske Kommuner. 1. Kvartal 2015. Datakilde: Danmarks Statistikbank

De sønderjyske kommuner har, tilskyndet af blandt andet sundhedsaftalerne, iværksat initiativer, der støtter det borgernære tilbud og samarbejdet omkring patienten, herunder etablering af akutteams, der behandler borgeren hjemme, og akutpladser på plejecentre. Sønderborg Akutteam begyndte 3. september 2012 og har 10 akutsygeplejersker tilknyttet. Haderslev Akutteam blev etableret 1. oktober 2012 og består af 6 akutsygeplejersker. Tønder Kommune etablerede 4 døgndækkende akutpladser i tilknytning til 2 kortidscentre i Skærbæk og Højer i efteråret 2012. Aabenraa Kommune etablerede 3 akutpladser på et special- og rehabiliteringscenter i Rødekro 1. september 2013. Såvel akutpladser som akutteams sigter på at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser ved at sikre patienterne et alternativt behandlingstilbud i kommunerne i stedet for en indlæggelse på sygehuset. Disse kommunale akuttiltag har ikke specifikt fokuseret på samspillet mellem kommune, almen praksis og sygehus, ligesom evalueringen af tilbuddene har haft et beskedent omfang.

Dermed har de fire kommuner valgt løsninger, som ligner udviklingen i resten af Danmark, enten akutpladser eller akutteams. Udfordringen er, at der aldrig er foretaget undersøgelser, som belyser forskellene mellem de to typer akuttillbud.

Som følge af den demografiske udvikling har de fleste patienter fået længere til sygehuset. Samtidig er de praktiserende lægers mulighed for at behandle de akut syge patienter begrænset til dagstid og af manglende udstyr til mere avanceret diagnostik. Det er derfor et åbent spørgsmål om det er mest hensigtsmæssigt at syge ældre medicinske patienter, med risiko for akut behov for øget observation og behandling, der kan medføre indlæggelse, som måske håndteres af den praktiserende læge eller sygehusets speciallæger i det akutte forløb.

Den stigende andel af ældre borgere og nye krav til de sundhedsprofessionelle vil påvirke fremtidens sundhedsydelse. Telemedicin betragtes som en nærliggende løsning på de samfundsmæssige udfordringer fremtidens sundhedsvæsen står over for, med potentiale til at forbedre adgangen til sundhedsydelser og reducere omkostninger, samtidig med at behandlingsniveauet opretholdes eller forbedres[7-9]. Regeringen, Kommunernes Landsforening (KL) og Danske Regioner (DR) er enige om, at telemedicin skal være en integreret del af fremtidens sundhedsydelser, og de har sammen udarbejdet en national handlingsplan for udbredelsen af telemedicinske løsninger[10].

ACCESS-projektet (Acute Combined Care for Seniors in Sønderjylland) er et fælles sønderjysk projekt mellem Sygehus Sønderjylland, de praktiserende læger i Sygehus Sønderjyllands optageområde og de fire sønderjyske kommuner: Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg. ACCESS-projektet handler om samarbejde på tværs af sektorerne og med fokus på borgere over 65 år med akut opstået medicinsk sygdom, der kræver en øjeblikkeligt indsættende øget sundhedsfaglig indsats. ACCESS-projektets styregruppe er Det lokale samordningsforum for Sygehus Sønderjylland-område (SOF i Syd), som er et samarbejdsforum på ledelsesniveau mellem sygehuset, de fire kommuner og praksisrepræsentanter.

ACCESS-projektet imødekommer den Nationale Handlingsplan for Den Ældre Medicinske Patient med sit fokus på at reducere antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser og styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet[11]. Handlingsplanen er et af de centrale elementer i regeringens satspuljeaftale på sundhedsområdet¹, som adresserer de udfordringer, der kan være i mødet mellem den ældre akutte patient og sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen ønskede i 2012 et øget fokus på styrkelse af samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/akutte tilbud, hvorfor ACCESS-projektet blev bevilliget støtte i december 2012².

¹ http://www.sum.dk/Sundhed/Psykiatri/Satspuljeaftaler/2012_2015.aspx

² Meddelt fra Sundhedsstyrelsen den 20. december 2012. Reference nummer J.4-1611-4/3

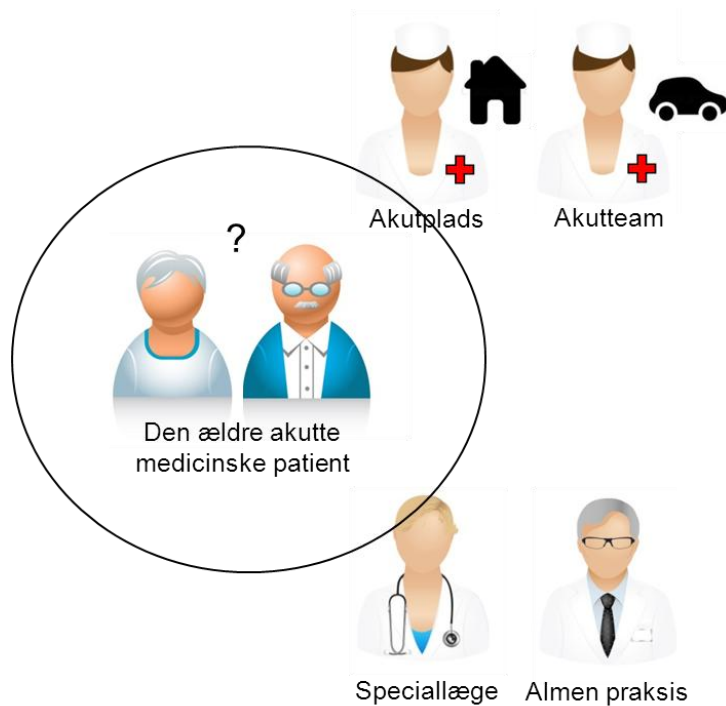
ACCESS-projektets planlægning begyndte 1. januar 2013 og i november 2013 startede inklusionen af patienter som sluttede 1. marts 2015.

1.2. Målbeskrivelse

ACCESS-projektets hypotese var, at nye samarbejdsformer vil resultere i forbedret patientforløb for den akutte ældre medicinske patient. De 4 sønderjyske kommuner Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg, ønskede sammen med almen praksis i samme område og med Sygehus Sønderjylland at etablere et projekt, der indenfor de allerede eksisterende strukturelle, organisatoriske og kommunikative rammer havde til hovedformål at udvikle og afprøve, hvilke af en række forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer og akutte tilbud, der kunne reducere akutte (gen)indlæggelser, funktionstab og samtidig styrke sammenhængen i patientforløbet. Delmålene var:

- Hvor mange medicinsk syge ældre vil benytte et akut indsættende kommunalt tilbud som alternativ til indlæggelse, og hvad er deres karakteristika
- Evaluering af forskelle mellem medicinsk speciallæge på sygehuset og praktiserende læge, når de er ansvarlige for udredning og behandling af akut medicinsk syge ældre
- Evaluering af forskellen mellem kommunalt akutteam og akutplads på center
- Evaluering af ekstra tiltag for hjemmesygeplejen til håndteringen af den akut syge ældre borger, herunder hotline til den medicinske speciallæge, telemonitorering og videokommunikation
- Analyse af processen omkring udvikling og implementering af de konkrete interventioner i ACCESS-projektet

Effektevaluering Kapitel 2



Udarbejdet af:

Helene Skjøl-Arkil, postdoc, ph.d.

Christian Backer Mogensen, forskningsleder, overlæge, lektor, ph.d.

Enheden for Akutforskning, Sygehus Sønderjylland

2. Effektevaluering

2.1. Hvor mange patienter er potentiel målgruppe for projektet?

Det antages i den Nationale Handlingsplan for Den Ældre Medicinske Patient, at der er uhensigtsmæssige akutte indlæggelsesforløb for ældre medicinske patienter[11]. Det formodes at disse indlæggelser især findes blandt de korte indlæggelser.

På Sygehus Sønderjylland kan akutte medicinske patienter modtages i den Fælles Akutmodtagelse (FAM) i Aabenraa, Akut medicinsk visitation (AMVA) i Sønderborg og Medicinsk Daghospital i Tønder. Indtil oktober 2014 blev borgere i Haderslev visiterede til Medicinsk Akut Modtagelse (MAM), men efter lukningen af Haderslev Sygehus skal borgere i Haderslev til FAM.

Trods usikkerhed i data pga. ændret registreringspraksis blev det vurderet, at akutte indlæggelser blandt borgere over 65 år i Sygehus Sønderjyllands optageområde i 2012 udgjorde ca. 9.500 indlæggelser (eksklusiv kardiologiske og neurologiske (Tabel 1)), svarende til 60% af alle medicinske indlæggelser. Disse var jævnt fordelt over hele året. 80% af indlæggelserne fandt sted i den praktiserende læges åbningstid, som på hverdage kan have åbent kl. 8-18, heraf varede 62% af indlæggelserne under 3 døgn. Det betød at 13 patienter over 65 år ville blive indlagt i de praktiserende lægers åbningstid på hverdage, svarende til 3.250 patienter om året. Hvis 25% kan konverteres til ambulante forløb, svarende til 812 patienter pr år, kunne den samlede indlæggelsesfrekvens i denne aldersgruppe reduceres med 8%.

Tabel 1 Akutte medicinske indlæggelser for patienter >65år pr 1.10.11-1.10.12 fordelt på de 3 sygehusematrikler

Sygehus matrikel	Alle indlæggelser		Indlæggelser på hverdage	
	Antal	%	Antal	Antal/dag m ankomst 9-18 og <3 døgn
Sønderborg (1)	3.573	37	2.858	5
Haderslev (2)	2.930	31	2.344	4
Aabenraa (3)	3.063	32	2.451	4
i alt	9.566		7.653	13

(1) Eksklusiv kardiologiske og neurologiske patienter, (2) Eksklusiv kardiologiske patienter, (3) Estimeret ud fra opgørelse uge 25-44 2012, hvor selvstændig registrering i FAM var muligt

2.2. Metode

2.2.1. Studiepopulation

Målgruppen var ældre borgere fra hele Sygehus Sønderjyllands optageområde, der udviklede en så alvorlig akut formodet medicinsk tilstand at praktiserende læge eller kommunalt sundheds-personale skønnede, at tilstanden krævede indlæggelse eller et akut øget tilbud i hjemmet.

Inklusionskriterierne var:

- Alle borgere i sygehus Sønderjyllands optageområde som er fyldt 65 år, (eller 60 år med betydelig komorbiditet)
- Egen læge skal være tilgængelig de første hverdage efter inklusion
- Borgere med formodet medicinsk lidelse.

Eksklusionskriterierne var:

- Borgere, hvor egen læge vurderer, at der er absolut indlæggelsesindikation.
- Borgere, som vurderes af anden læge end egen læge(hus) på inklusionstidspunktet.
- Den kommunale kapacitet til modtagelse af akutte patienter eller sygehusets kapacitet til akutvurdering er optaget af andre akutte patienter.
- Borgere, som ikke er i stand til at give et informeret samtykke, og hvis inhabil, ikke har pårørende, der kan give stedfortrædende samtykke.
- Borgere på plejehjem, da de i forvejen har plejere tilstede døgnet rundt
- Borgere, der indenfor de sidste 3 måneder har været inkluderet i ACCESS.

2.2.2 Design

Delmålene kan opdeles i 4 hovedspørgsmål. Hovedspørgsmål 1 om hvem der skal udrede og behandle patienterne - egen læge eller sygehuset - blev undersøgt i lodtrækningsforsøg- et randomiseret kontrolleret studie (RCT). Hovedspørgsmål 2 om, hvordan patienterne skal passes efterfølgende - i eget hjem af et akutteam eller på en akutplads på et plejecenter - blev analyseret via en sammenligning af de to kohorter i de respektive kommunale tilbud. Hovedspørgsmål 3 om ekstra IT-tiltag var tiltænkt at være en del af RCT, men blev i forløbet ændret til en kvalitativ evaluering, mens hovedspørgsmål 4, der evaluerer de nye samarbejdsformer er en kvalitativ evaluering,

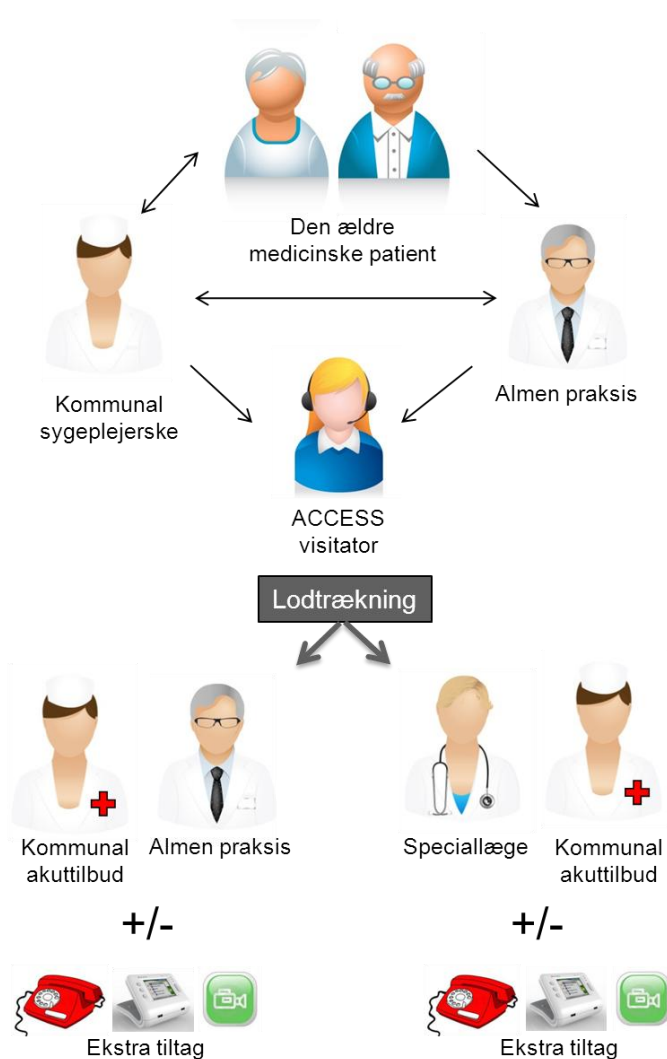
Det overordnede design for ACCESS projektet er således et randomiseret kontrolleret studie (RCT), hvor patienterne blev randomiseret til en af to behandlingsformer:

- I. Det kommunale akutte tilbud, hvor egen læge er behandlingsansvarlig
- II. Det kommunale akutte tilbud hvor medicinsk speciallæge på det lokale akutambulatorium er behandlingsansvarlig.

Dernæst blev der i disse to tilbud randomiseret til +/- ekstra tiltag (hotline, videokommunikation, telemonitorering).

Randomiseringen blev stratificeret mellem de kommunale tilbud: akutteam (Haderslev og Sønderborg) og akutplads (Aabenraa og Tønder).

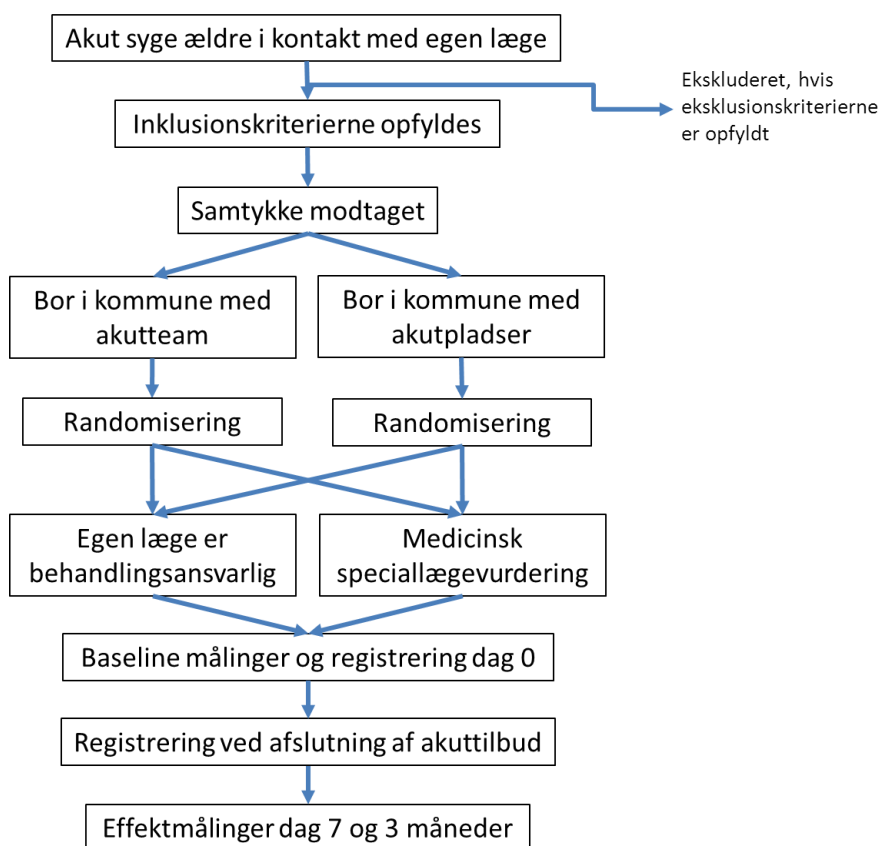
I Figur 2 viser hvorledes randomiseringen foregik og vil blive uddybet i de efterfølgende afsnit. Af organisatoriske grunde blev der foretaget en randomisering i blokke af 12 forløb.



Figur 2 Illustration af randomisering af ACCESS-patienter, samt kommunikationsvejene i inklusionen af patienter.

Behandlingstilbuddet i projektet gjaldt i 48 timer, hvorefter patienten enten blev afsluttet eller henvist til de allerede eksisterende tilbud (øget hjælp i hjemmet, aflastningsplads eller indlæggelse). Patienten kunne til enhver tid indlægges på sygehuset, hvis behandlingstilbuddet ikke var tilstrækkeligt i forhold til patientens tilstand og behov.

Der blev foretaget forskellige test og registreringer på inklusionsdagen, ved afslutning af den akutte behandling, en uge efter inklusionsdagen og 3 måneder efter inklusion (Figur 3).



Figur 3 Patient flow i ACCESS-projektet

2.2.2.1. Patientinklusion og randomisering

Henvielse til projektet skete via den praktiserende læge og kunne foregå på hverdage i den praktiserende læges åbningstid. Inklusionen af borgeren til projektet skete ved at den praktiserende læge så patienten i sin praksis, talte med patienten i telefonen, var på hjemmebesøg eller blev kontaktet af hjemmesygeplejersken, der var hos borgeren.

For at inkludere borgeren til projektet, var den praktiserende læge ikke fysisk nødt til at se borgeren, men kunne gøre det igennem hjemmesygeplejen (Figur 2 illustrerer kommunikationsvejene ved

inklusion). Det kunne være, at lægen havde set patienten få dage eller uger forinden, eller havde et godt kendskab til patienten i øvrigt. Lægen kunne derfor kontakte hjemmesygeplejersken, som i løbet af en time tilså patienten, målte vitale værdier, vurderede patienten og meldte tilbage til lægen. Det kunne også være, at det var hjemmesygeplejen, der var på besøg hos borgeren, og som kontaktede den praktiserende læge, fordi patientens tilstand krævede akut behandling. Lægen, eventuelt i samråd med hjemmesygeplejersken, vurderede om borgeren opfyldte inklusions- og eksklusionskriterierne til at deltage i projektet.

Det var den praktiserende læge eller en kommunal sygeplejerske i hjemmet, der ved fysisk tilstedeværelse sammen med patienten orienterede patienten om projektet både mundtligt og skriftligt via udarbejdet informationsmateriale (bilag 1, 2a og 2b). En samtykkeerklæring blev indhentet fra borgeren inden deltagelsen i projektet kunne finde sted (bilag 3). Da der var tale om en akut situation, var betænkningstiden kort før det skriftlige samtykke blev indhentet. En stort del af de ældre medicinske patienter, der bliver indlagt er akut/midlertidigt- eller varigt inhabile patienter. Det var derfor vigtigt for projektet, at inhabile patienter havde mulighed for også at blive inkluderet, selvom der så skulle indhentes stedfortrædende samtykke fra både nærmeste pårørende og egen læge (bilag 4). Inhabile personer i projektet blev informeret og inddraget i drøftelserne af projektet mundtligt af egen praktiserende læge eller hjemmesygeplejerske i et omfang, der var tilpasset patientens forståelsesevne og med udgangspunkt i projektets skriftlige informationsmateriale til inhabile patienter (bilag 5a og 5b).

Det var den praktiserende læge eller hjemmesygeplejerske, der ringede til ACCESS-visitatoren, som foretog randomiseringen af behandlingstilbuddene (se illustration i Figur 2). Var det hjemmesygeplejen, der ringede, blev den praktiserende læge informeret om, hvilket behandlingstilbud borgeren blev randomiseret til.

Som fælles redskab, blev der udarbejdet flowdiagram til almen praksis (bilag 6) og til hjemmesygeplejerskerne i Aabenraa og Tønder (bilag 7) og i Haderslev og Sønderborg (bilag 8)

ACCESS-visitatoren stod for at skabe kontakt mellem akutambulatoriet og den praktiserende læge/hjemmesygeplejerske samt informere det kommunale akuttilbud om, hvornår de kunne regne med at modtage patienten. Det var også ACCESS-visitatoren der stod for at oprette patienter i telemonitoreringsportalen samt bestille patienttransport til akutambulatorierne eller til og fra de kommunale akutpladser via Patientbefordringen eller Falck.

I projektet blev der indgået en §2-aftale mellem PLO Region Syd og Region Syddanmark om honorering af almen praksis (se bilag 9)

2.2.2.2. Akut medicinsk speciallægevurdering

Et lille antal medicinske speciallæger på de fire sygehusmatrikler fra afdelingerne FAM, MAM, AMVA eller Medicinsk dagklinik på Tønder Hospital vurderede patienten, herunder ordinerede blodprøver og billeddiagnostiske undersøgelser indenfor de første 30 minutter efter ankomsten til ambulatoriet. En samlet plan blev lagt indenfor de første 4 timer og udredningen blev registreret som et ambulansbesøg. Den medicinske speciallæge var ansvarlig for udredning og behandling under opholdet på sygehuset og efter hjemsendelsen. Dette var på samme vilkår som ved en almindelig udskrivelse eller ambulansbesøg.

Sygehuset sikrede, at den videre behandling kunne implementeres i kommunalt regi og at patienten blev transporteret til det aftalte sted, hvorefter det sygeplejemæssige ansvar blev overdraget til de kommunale sygeplejersker. Et lægenotat blev sendt til den kommunale sygepleje straks og senest førstkommende hverdag til patientens egen praktiserende læge. Den medicinske speciallæge havde det lægelige ansvar for den behandling vedkommende satte i gang. Al efterfølgende behandling var den praktiserende læge ansvarlig for.

Et flowdiagram over arbejdsgangene i akutambulatoriet blev udarbejdet (se bilag 10)

2.2.2.3. Det kommunale akuttilbud

I projektet blev der fastlagt fælles minimumskrav til det kommunale akuttilbud, så det var den samme behandling og pleje, der kunne tilbydes i de to akuttilbud. Disse krav var følgende:

Fælles for det kommunale akuttilbud i alle 4 kommuner var, at tilbuddet kunne indsættes umiddelbart ved behov efter direkte kontakt mellem den praktiserende læge/sygehuset og kommunal sygeplejerske. Ved henvendelse fra praktiserende læge, kunne hjemmesygeplejerske tilse patienten indenfor en time.

Akutpladserne i Tønder og Aabenraa var etableret i tilknytning til korttidscentre og special- og rehabiliteringscenter, hvor den lægeligt ordinerede behandling kunne videreføres. Her var det altid en sygeplejerske med særlige kompetence på akutområdet, der modtog patienten, og som døgndækkede akutpladserne.

I Haderslev og Sønderborg var der etableret akutteams, hvor akutsygeplejersker tog ud til borgeren og varetog den ordinerede videreførte behandling i borgerens eget hjem. Akutsygeplejerskerne kunne kontaktes kl. 7-23 og hjemmesygeplejersker i nattetimerne.

I projektet overgik behandlingen til hjemmeplejen i alle 4 kommuner efter 48 timer, hvis nødvendigt. Blev det skønnet, at patientens tilstand ikke var god nok til at hjemmeplejen kunne tage over, blev der fundet et kommunalt alternativ eller patienten blev indlagt.

Følgende observationer og behandlinger varetog det kommunale akuttilbud i projektet:

- Observation og registrering af vitalværdier, herunder ilt saturation og triagering.
- IV-væske og -behandling, hvis ordineret af lægen og venflon anlagt
- Inhalationsbehandling.

Første dosis af intravenøs behandling med antibiotika blev af hensyn til risikoen for anafylaktisk shock, givet på sygehuset før hjemsendelse.

2.2.2.4. Ekstra tiltag for hjemmesygeplejen

Halvdelen af patienterne blev randomiseret til følgende ekstra tiltag:

- Direkte hotline for sygeplejersken i det kommunale akuttilbud til den medicinske speciallæge på sygehuset. Hotlinen var åbent døgnet rundt, og den medicinske speciallæge kunne derfor også kontaktes i dagsarbejdstid, hvis patientens egen læge ikke kunne træffes.
- Direkte indlæggelsesmulighed via hotline uden om vagtlægesystem for sygeplejersken i det kommunale akuttilbud, hvis patientens tilstand blev forværret
- Opsætning af direkte videokommunikation mellem sygeplejersken i det kommunale akuttilbud, der var tilstede hos patienten, og den medicinske speciallæge.
- Etablering af mulighed for egen-måling og transmission af blodtryk, puls og iltmætning til sygeplejersken i det kommunale akuttilbud. Sygehuset havde også adgang til disse data, og kunne ved behov kontaktes via den direkte hotline. Alle telemonitorerede data kunne tilgås via en telemonitoreringsportal.

Elementerne i de ekstra tiltag uddybes i kapitel 3.

2.2.2.5. Blodprøveservice på akutpladser

I samarbejde med bioanalytikere fra Aabenraa Sygehus og lokale lægehuse var der for ACCESS-patienter etableret blodprøveservice på plejecentrene i Rødekro, Skærbæk og Højer, hvor der kunne tages blodprøver på alle hverdage om morgenen.

Hvilke blodprøver, der skulle tages fremgik af behandlingsplanen, der var sendt til plejecenteret og prøverne blev bestilt i laboratoriesystemet og lagt på webhotel eller i BCC som ambulante patienter.

Hvis det var egen læge, der rekvirerede prøverne var denne selv ansvarlig for at se svaret. Var prøverne rekvireret fra akutambulatoriet og med ønske om at egen læge skulle følge op på prøverne, fremgik dette af det ambulante notat, som egen læge havde i hænde samme dag, som patienten var set i ambulatoriet. I det ambulante notat blev det også noteret, hvis det var akutambulatoriets læge, der selv fulgte op på prøvesvarene næste dag.

2.2.3. Samarbejdsaftaler og behandlingsansvar

Det juridiske ansvar for behandlingen blev afklaret med sundhedsstyrelsen i skrivelse, dateret 20. juni 2013 (se bilag 11)

Blev patienten randomiseret til behandlingsforløbet med akut medicinsk speciallægevurdering, blev ansvaret overdraget fra den praktiserende læge til sygehuset, hvor speciallægen på det akutte modtageafsnit på Sygehus Sønderjylland var ansvarlig for udredning og behandling, under opholdet på sygehuset og efter hjemsendelsen på samme vilkår som ved en almindelig udskrivelse eller ambulante besøg.

Den efterfølgende korrespondance i det kommunale akuttilbud mellem den praktiserende læge og akutsygeplejerskerne foregik jf. §2-aftalen; *aftalen om elektronisk korrespondance mellem kommune og almen praksis*.

Opfølgende hjemmebesøg jf. §2-aftale mellem Region Syddanmark og almen praksis kunne anvendes efter ambulante besøg på sygehus (se bilag 7)

Benyttede sygeplejersken i det kommunale akuttilbud hotlinen som ekstra tiltag, blev det lægelige ansvar overdraget til sygehuset indtil den praktiserende læge kunne kontaktes via telefon og lægenotat, hvorved ansvaret blev overdraget til den praktiserende læge.

2.2.4. Undersøgelsesparametre

Det primære effektmål var antallet af indlæggelser indenfor 7 dage efter inklusionstidspunktet.

Sekundære effektmål var genindlæggelser indenfor 3 måneder, fysiske og mentale funktionsændringer samt patient- og pårørendetilfredshed. Effektmålene er vist i Tabel 2, hvor det også fremgår hvilken måletype, der blev benyttet.

Som led i modtagelsen af patienterne i det kommunale tilbud, blev de triageret, dvs. sygdommens akutte alvorlighedsgrad bedømt på en 5 trinsskala (blå: ikke akut, rød: kræver omgående livsreddende indsats). Der blev anvendt en modificeret udgave af ADAPT triagemodellen.

Tabel 2: Undersøgelsesparametre i ACCESS-projektet

Effektmål	Måletidspunkt	Måletype
Indlæggelser	Dag 0-7	Register
Genindlæggelser	Mdr 0-3	Register
Dødsfald	Mdr 0-3	Register
Funktionstab	Dag 0	Spørgeskema/fysisk test
	Dag 7-9	Spørgeskema/fysisk test
	Mdr 3	Spørgeskema/fysisk test
Patienttilfredshed	Dag 6-9	Spørgeskema
Patientens livskvalitet	Dag 6-9	Spørgeskema
Pårørendes tilfredshed	Dag 6-9	Spørgeskema

2.2.4.1. Funktionstest

Brugen af funktionstest er udbredt i sundhedssektoren og er redskaber til at måle patientens kognitive niveau og mobilitet.[12-14].

Rejse-sætte-sig-test er en del af Senior Fitness Test[15], og bruges til at vurdere styrken i underkroppen[16]. Testen indgår også i de værktøjer, som Sundhedsstyrelsen i 2013 anbefaler, til identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau[17].

De Morton Mobility Index (DEMMI) måler også mobiliteten hos seniorer, men er udviklet til at være bredspektret og kan anvendes fra sengeliggende skrøbelige seniorer, til dem som klarer sig selvstændigt i hverdagen[18;19]. Det er oprindeligt udviklet og valideret til hospitalsindlagte medicinske patienter[20], men er også fundet validt til at måle mobilitet hos borgere, der udskrives fra sygehus til hjemmeplejen[21] samt borgere, som bor i egen bolig, men modtager hjælp[22].

Håndtrykskraften giver et udtryk for patientens totale styrke[23;24] og korrelerer med ældre patienters morbiditet[25].

Orientation-Memory-Concentration (OMC) er et meget kortfattet kognitivt screeningsinstrument, der fokuserer på orientering, hukommelse og koncentration, der hyppigt forringes ved alderdom. Testen har blandt andet fundet anvendelse i ind- og udland af skadestuepatienter[26;27].

I ACCESS blev funktionstestene foretaget på alle borgere dag 0 og dag 7 (~dag 6-9) af en uvildig kommunal sygeplejerske eller terapeut. Var patienten indlagt blev testene udført af en terapeut på sygehuset. Alle testene blev udført sammen i rækkefølgen: DEMMI, OMC, RSS og håndtrykskraft og blev indtastet direkte på tablets (bilag 12).

Til at belyse arbejdsgangene i udførelsen af testene blev et flowdiagram udarbejdet (bilag 13)

2.2.4.2. Tilfredshed

Borgerens og de pårørendes tilfredshed med behandlingstilbuddet undersøgtes dag 7 (~dag 6-8) i projektet ved at stille 15 spørgsmål til samarbejdet, trykthed, tillid, faglige behandling, information og inddragelse (bilag 12). Spørgsmålene var udarbejdet ud fra den validerede Landsdækkende Undersøgelser af Patienter (LUP), der anvender en 4 trinsskala. I undersøgelsen af borgerne indgik endvidere måleinstrumentet EQ-5D, som er et standardiseret spørgeskema til måling af helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne. Spørgeskemaet blev indhentet sammen med funktionstestene af en uvildig person i 3 af kommunerne. I den sidste kommune (Sønderborg) blev spørgeskemaet indhentet separat. Tilfredshedsundersøgelsen af patienten blev foretaget umiddelbart før funktionstestene. Efter funktionstestene blev tilfredshedsundersøgelsen af pårørende foretaget, hvis der var en pårørende tilstede. Hvis ikke, blev pårørende kontaktet efterfølgende.

2.2.5. Antal af patienter

Der ønskedes en størrelse på projektet så en ændring i indlæggelsestallet dag 0-7 fra estimeret 45% til 20% kunne vurderes på et 5% signifikansniveau med en power på 80% (tosidig test, da både reduktioner og forøgelse af antal indlæggelser var af interesse). Dette gav en patientstørrelse på 82 patienter per undersøgelsesgruppe (Tabel 3a).

Da RCT'et var stratificeret i 2 lag, afhængigt af det kommunale tilbud krævede det 4 x 82 patienter = 328 patienter i alt, hvis effekten af egen læge versus sygehusets medicinske speciallæge skulle kunne vurderes indenfor hvert strata (Tabel 3b), mens randomiseringsmetoden sikrede at RCT kunne gennemføres på akkumuleret niveau, såfremt der ikke var et tilstrækkeligt antal patienter i hvert strata.

Tabel 3: a) Powerberegning af antallet af patienter i hver behandlingsgruppe (ref: STATA 13.0 Chi test, sammenligning af to uafhængige proportioner) b) Dimensionering af antal deltagere

a)

Type of sample size	RCT
Confidence interval (2-sided)	95
Power	80
Ratio of sample size	1
% of unexposed with outcome	45
% of exposed with outcome	20
Sample size group	82

b)

	Akutteam	Akutpladser
Egen læge	82 patienter	82 patienter
Akutambulatorium	82 patienter	82 patienter

2.2.6. Uddannelse af fagpersoner

Inden dataindsamlingsperioden var samtlige kommunale sygeplejersker og SOSU assistenter (omkring 300 personer) igennem et akutkursus af 1 dags varighed på hold a 25-50 personer, hvor der blev undervist i vurderingen af den akutte patient (ADAPT Triage), fælles kommunikation omkring den akutte patient (ISBAR) samt hyppige akutte tilstande og behandlingen af disse. På kurset underviste en overlæge og en sygeplejerske fra FAM samt to kommunale akutsygeplejersker. Der blev i alt afholdt 4 af sådanne kursusdage. De kommunale sygeplejersker og SOSU assistenter var som del i uddannelsen også en dag på det lokale sygehus og fulgte akutsygeplejerskernes arbejde her.

Samme undervisning blev tilbudt til de praktiserende læger i Sygehus Sønderjyllands optageområde, som ønskede det. Der blev afholdt 2 kursusaftener i hver af de fire kommuner og omkring 110 læger tog imod tilbuddet.

Et stort antal sygeplejersker og terapeuter fra kommuner og sygehus var udvalgt til at foretage funktionstestene, blev undervist i udførelsen af testene og hvordan der blev kommunikeret omkring testene. Der blev afholdt et 3-timers kursus i hver af de fire kommuner. På kurset underviste en ledende terapeut fra Sygehus Sønderjylland og der blev lagt vægt på, at testene blev udført ensartet. Undervejs i inklusionsperioden blev der fulgt op på ensartethed i udførelsen af testene.

Som fælles opslagsværk blev ACCESS-manualen fremstillet i A5-lommeformat med oplysninger om relevante detaljer og retningslinjer (bilag 14). Også hjemmesiden (www.ACCESSprojektet.dk) blev udviklet, hvor flowdiagrammer, arbejdsopgaver, behandlingsansvar med mere var beskrevet.

2.2.7. Databehandling

Ved inklusion blev patienterne oprettet i samme portal, som blev anvendt til telemonitorering (se nærmere beskrivelse i kapitel 3). Via denne portal kunne de forskellige aktører følge patienten i forløbet og besvare evalueringsspørgeskemaer. Spørgsmål til patientens livskvalitet og tilfredshed samt skema til funktionstest var udarbejdet i SurveyXact og link til disse kunne tilgås via portalen. Data vedrørende indlæggelser og død blev indhentet via Landspatientregisteret og ved journalgennemgang.

Alle datakilder blev samlet og behandlet i statistikprogrammet STATA 13.

Studiet blev analyseret dels som et randomiseret clinical trial med intention to treat, hvor intervention var medicinsk speciallæge, og dels som et prospektivt observationelt kohorte studie, hvor to grupper (akutteam versus akutpladser) blev sammenlignet i logistisk univariat og multivariat regressionsanalyse med justering for potentielle confounders. Alle kontinuerte variable er angivet i medianværdier og percentiler, og forskelle testet med non-parametriske test (Kruskal-Wallis test). Alle kategoriske variable er angivet i antal og i procent, og forskelle testet med Fishers Eksakt test. Analyserne blev foretaget på et aggregeret niveau, forstået således at de enkelte behandlingstilbud ikke blev analyseret særskilt for de enkelte kommuner. Dette blev gjort af hensyn til at reducere variationen i datamaterialet og sikre den størst mulige population i analysen.

2.3. Ethiske problemstillinger

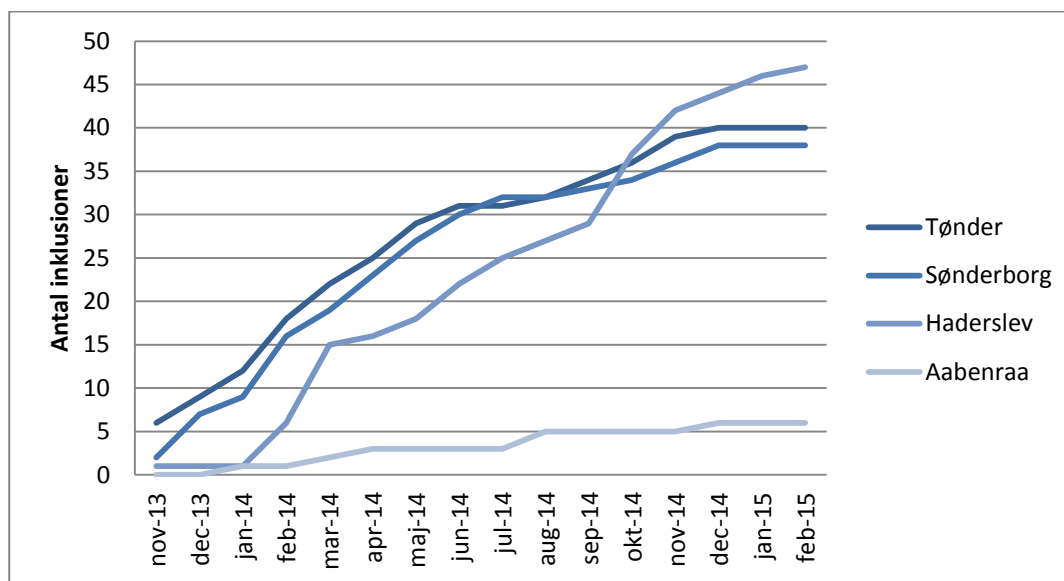
Den videnskabsetiske Komite for Region Syddanmark godkendte projektet (Projekt-ID: S-20130022) og projektet blev anmeldt til regionens fællesanmeldelse til Datatilsynet med anmeldelsesparaply-nummer 2008-58-0035. Projektet er endvidere anbefalet af Multi Praksis Udvalget (se bilag 15) og anmeldt til ClinicalTrial.gov.

2.4. Patientkarakteristik

I dette kapitel præsenteres og diskuteres de basisdata, som beskriver patienterne i ACCESS samt hvor mange der har benyttet ACCESS-tilbuddet.

2.4.1. Resultater

Ud fra opgørelsen (Tabel 1) over kortvarige indlæggelser var det forventet at der kunne inkluderes omkring 13 patienter pr uge svarende til 888 patienter i alt i inklusionsperioden på 8 måneder. Dette kunne ikke lade sig gøre i praksis og inklusionsperioden blev forlænget med 7 måneder til at vare 15 måneder i alt. I denne periode blev der i alt inkluderet 131 patienter. Antallet af inklusioner i perioden fordelt på de fire kommuner er illustreret i Figur 4.



Figur 4 Antal inklusioner i inklusionsperioden november 2013 til februar 2015 fordelt på de fire kommuner

Det ses at inklusionerne i Tønder og Sønderborg stiger lige fra starten af inklusionsperioden og flader ud efter sommeren 2014. I Haderslev går der et par måneder inden der bliver inkluderet patienter, hvorefter antallet stiger jævnt og med høj fart i september 2014. I Aabenraa iagttages i projektperioden relativt få inkluderede patienter.

I Tabel 4 ses, at antallet af akutte indlæggelser under tre døgn med ankomst på hverdage mellem kl. 9-18 i inklusionsperioden i 2014 var på 14 og svarer til de forudsætninger, der lå til grund for ACCESS projektet (Tabel 1).

Tabel 4 Akutte medicinske indlæggelser for patienter >65år i 2014 fordelt på de 3 sygehusematrikler

Sygehus matrikel	Alle indlæggelser		Indlæggelser på hverdage	
	Antal	%	Antal	Antal/dag m ankomst 9-18 og <3 døgn
Sønderborg	4.563	34	2.772	4
Haderslev	1.038	8	667	1
Aabenraa	7.788	58	4.458	9
i alt	13.389		7.897	14

Eksklusiv kardiologiske og neurologiske patienter

Inklusionen af patienter til ACCESS og akut indlagte medicinske patienter fra de forskellige kommuner ses i Tabel 5, angivet i antal inklusioner og indlæggelser pr 100.000 borgere over 65 år, justeret for forskellige alderssammensætning mellem kommunerne.

Tabel 5 Antal inkluderede patienter i ACCESS sammenholdt med antal akutte medicinske indlagte patienter i de fire kommuner

Kommune	Antal indbyggere + 65 år (1)	ACCESS		Antal medicinske akutte indlæggelser på hverdage kl 9-18 for patienter >65år	
		Antal	Indlæggelser pr 100.000*	Antal	Indlæggelser pr 100.000
Tønder	8.509	38	337	453	3.818
Aabenraa	12.495	6	41	890	3.232
Haderslev	11.584	46	320	652	4.232
Sønderborg	16.972	38	173	1456	6.333

* aldersstandardiseret (reference Tønder kommune)
(1) Danmarks Statistik

Det ses at Tønder kommune (akutplads) har inkluderet flest borgere i forhold til aldersjusteret antal indbyggere i kommunen, efterfulgt af Haderslev (akutteam). Det ses også, at der er stor variation mellem kommunerne i antal af akutte indlæggelser i denne aldersgruppe.

Medianalderen for de inkluderede borgere i ACCESS var 84 år, 2/3 af borgerene var kvinder, boede alene og/eller havde daglig hjælp i hjemmet (Tabel 6). Haderslev og Sønderborg har inkluderet flere patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og pneumoni (lungebetændelse) sammenlignet med de to kommuner med akutplads. Endelig viser triageringen af patienterne, at 20% enten blev triageret rød eller orange, hvilket svarer til den fordeling, der ses blandt akut hospitalsindlagte patienter.

Fordelingen af antallet af praktiserende læger, som deltog i ACCESS, varierer. 43% af alle lægerne i de fire kommuner har haft patienter, der har været inkluderet i ACCESS, og i Haderslev har 64% af de praktiserende læger deltaget. I 86% af alle inklusionerne, er det de kommunale sygeplejersker, der har kontaktet visitatoren for at få patienten inkluderet.

Tabel 6 Kommunal patientkarakteristik

	Akutteam		Akutplads		Total (n=131)
	Haderslev (n=48)	Sønderborg (n=38)	Tønder (n=39)	Aabenraa (n=6)	
Alder, år (IRQ)	81 (75-88)	80 (76-86)	86 (80-90)	87 (83-89)	84 (77-88)
Kvinde	27 (57%)	24 (63%)	30 (75%)	3 (50%)	84 (64%)
Mand	20 (43%)	14 (37%)	10 (25%)	3 (50%)	47 (36%)
Praktiserende læger					
Antal i kommune (1)	36	55	34	41	166
Antal inkluderet i ACCESS	23 (64%)	25 (45%)	19 (56%)	5 (12%)	72 (43%)
Inkluderet af*					
Egen læge	5 (11%)	5 (13%)	5 (13%)	4 (67%)	19 (14%)
Sygeplejerske	42 (89%)	33 (87%)	35 (88%)	2 (33%)	112 (86%)
Social status					
Bor alene	26 (65%)	19 (58%)	23 (64%)	2 (50%)	70 (62%)
Bor med samlever	13 (33%)	12 (36%)	11 (31%)	2 (50%)	38 (34%)
Bor i beskyttet bolig	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)	0 (0%)	5 (4%)
Hjælp i hjemmet					
Ingen hjælp	10 (26%)	7 (22%)	9 (26%)	0 (0%)	26 (24%)
Hjælp hver anden uge	3 (8%)	3 (9%)	4 (12%)	0 (0%)	10 (9%)
Ugentligt hjælp	0 (0%)	1 (3%)	2 (6%)	0 (0%)	3 (3%)
Dagligt hjælp	25 (66%)	21 (66%)	19 (56%)	4 (100%)	69 (64%)
Henvendelsesårsag					
KOL (2)	11 (23%)	9 (24%)	2 (5,0%)	0 (0%)	22 (17%)
Dehydrering	7 (15%)	8 (22%)	12 (30%)	3 (50%)	30 (23%)
Delir	0 (0%)	5 (14%)	6 (15%)	0 (0%)	11 (9%)
Feber	4 (9%)	4 (11%)	6 (15%)	1 (17%)	15 (12%)
Pneumoni (3)	18 (38%)	11 (30%)	7 (18%)	1 (17%)	37 (28%)
UVI (4)	6 (23%)	5 (13%)	11 (28%)	0 (0%)	22 (17%)
Triage					
Grøn	19 (48%)	16 (48%)	24 (65%)	3 (75%)	62 (54%)
Gul	12 (30%)	8 (24%)	10 (27%)	0 (0%)	30 (26%)
Orange	9 (23%)	7 (21%)	1 (2,7%)	0 (0%)	17 (15%)
Rød	0 (0%)	2 (6%)	2 (5,4%)	1 (25%)	5 (5%)
Behandlingsansvarlige					
Egen læge	22 (47%)	22 (58%)	20 (50%)	3 (50%)	67 (51%)
Akutambulatorium	25 (53%)	16 (42%)	20 (50%)	3 (50%)	64 (49%)

Data er angivet i antal (%) eller median (IRQ). (1) Sundhed.dk marts 2015 (2) KOL - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, (3) pneumoni - lungebetændelse, (4)UVI - Urinvejsinfektion

2.4.2. Diskussion

Basisoplysningerne viste, at det var langt sværere at inkludere patienter, end man ud fra hospitalsstatistikken kunne få indtryk af, og der var store kommunale forskelle. De inkluderede borgere i ACCESS er en ganske ressourcesvag gruppe, som ifølge triagegraden er lige så akut syge som akutte indlagte patienter. Den primære målgruppe for ACCESS-lignende tiltag er de +80 årige, der bor alene og har behov for daglig hjælp. En forklaring på, at det er borgerne med daglig hjælp, der inkluderes i ACCESS er, at de bliver opdaget hurtigere i forløbet af hjemmesygeplejersken, der tilser dem hver dag. Borgere, der klarer sig selv i dagligdagen, bliver sandsynligvis først opdaget, når de er så akut syge at indlæggelse ofte er nødvendig.

Der kan være flere årsager til det lave inklusionstal. Aabenraa kommune har i hele perioden en lav deltagelse. En mulig forklaring kan være, at de kommunale akutpladser først åbnede samtidig med at ACCESS begyndte. De praktiserende læger havde således ikke forinden haft mulighed for at opnå kendskab og opbygge tillid til de nye akutpladser på det kommunale Special- og rehabiliteringscenter. En udfordring i Aabenraa Kommune var desuden, at der i forbindelse med et møde med de praktiserende læger i januar 2014, blev givet et indtryk af, at projektet ville ændre form. Da dette ikke skete, medvirkede det til, at de praktiserende læger i kommunen var yderst forbeholdne overfor at deltage. Geografien kan også have haft betydning for antallet af inklusioner, idet afstanden til Special- og rehabiliteringscenteret for en del af de praktiserende læger var over 15 km. Overenskomstens regler er, at patienter, der har midlertidigt ophold 15 km eller længere væk fra praksis, ikke har krav på hjemmebesøg.

I Tønder og Sønderborg inkluderes der jævnt patienter fra starten, men antallet af inklusioner falder efter sommerferien 2014. Ifølge både kommunale sygeplejersker og praktiserende læger skyldes det, at disse to kommunale akuttilbud nu er så anerkendte og accepterede blandt praktiserende læger og borgere, at mange potentielle ACCESS-patienter henvises direkte til det kommunale akuttilbud udenom ACCESS-projektet. Endelig er det bemærkelsesværdigt, at inklusionerne til ACCESS i Haderslev Kommune stiger markant da Haderslev sygehus lukker, og der dermed er længere afstand til nærmeste sygehus i Aabenraa.

En række andre årsager til det lave inklusionstal uddybes yderligere i kapitel 4.

Det skal bemærkes, at der samtidig med ACCESS-projektperioden har været stort landspolitisk fokus på uenigheder mellem PLO og Danske Regioner om den nye overenskomst. Det kan også være en medvirkende forklaring til projektets udfordringer.

Uanset hvad årsagerne til det lave inklusionstal måtte være, er det væsentligt at understrege, at antallet af akutte indlæggelser i denne aldersgruppe ikke kunne reduceres i det omfang projektet forestillede sig, og at den samlede akutte indlæggelsesfrekvens ikke blev påvirket i nævneværdigt omfang i denne aldersgruppe af ACCESS-projektet.

2.5. Egen læge eller akut hospitalsambulatorium?

2.5. 1. Resultater

I det randomiserede studie indgik henholdsvis 67 patienter, som blev håndteret af egen læge og 64, som blev set og behandlet af medicinske speciallæger i akutambulatorieregi (Tabel 6).

Patientkarakteristika for de to randomiseringsarme (Tabel 7), egen læge eller akutambulatorium, viser at der er ingen signifikante forskelle mellem patientgrupperne, hvilket er et udtryk, at for randomiseringen har virket efter hensigten. Der er derfor ikke foretaget korrektioner i de efterfølgende analyser.

Tabel 7 Baseline karakteristik over patienter i studiet fordelt på behandlingstilbud

	<u>Egen læge</u> (n=67)	<u>Akutambulatorium</u> (n=64)	<u>Total</u> (n=131)
Alder, år (IQR)	83 (77-88)	84 (77-89)	84 (77-88)
Kvinde	44 (66%)	40 (63%)	84 (64%)
Mand	23 (34%)	24 (38%)	47 (36%)
<u>Social status</u>			
Bor alene	38 (61%)	32 (63%)	70 (62%)
Bor med samlever	22 (35%)	16 (31%)	38 (34%)
Bor i beskyttet bolig	2 (3%)	3 (6%)	5 (4%)
<u>Hjælp i hjemmet</u>			
Ingen hjælp	15 (25%)	11 (22%)	26 (24%)
Hjælp hver anden uge	9 (15%)	1 (2%)	10 (9%)
Ugentligt hjælp	2 (3%)	1 (2%)	3 (3%)
Dagligt hjælp	33 (56%)	36 (73%)	69 (64%)
<u>Henvendelsesårsag</u>			
KOL (1)	11 (17%)	7 (11%)	18 (14%)
Dehydrering	11 (17%)	18 (28%)	29 (22%)
Delir	5 (8%)	4 (6%)	9 (7%)
Feber	6 (9%)	3 (5%)	9 (7%)
Pneumoni (2)	20 (30%)	13 (20%)	33 (25%)
UVI (3)	6 (9%)	10 (16%)	16 (12%)
<u>Triage</u>			
Grøn	34 (54%)	28 (55%)	62 (54%)
Gul	16 (25%)	14 (27%)	30 (26%)
Orange	10 (16%)	7 (14%)	17 (15%)
Rød	3 (5%)	2 (4%)	5 (4%)
<u>Funktionstest dag 0</u>			
DEMMI (n=50/41)	40 (27-53)	39 (24-57)	39(27-53)
OMC (n=50/41)	20 (11-24)	19 (13-24)	20 (12-24)
Rejse-sætte-sig (n=50/41)	0 (0-5)	0 (0-5)	0 (0-5)
Håndtrykskraft (n=50/41)	13 (6-24)	16 (4-24)	14 (4-24)
Ikke istand til at deltage	17 (25%)	23 (36%)	40 (31%)
EQ5D (n=55/45)	0.59 (0.45-0.65)	0.54 (0.36-0.66)	0.57 (0.42-0.66)
<u>Inkluderet af</u>			
Egen læge	9 (13%)	10 (16%)	19 (14%)
Sygeplejerske	58 (87%)	54 (84%)	112 (86%)
<u>Kommunalt akuttilbud</u>			
Akutplads	23 (34%)	23 (36%)	46 (35%)
Akutteam	44 (66%)	41 (64%)	85 (65%)

Data er angivet i antal (%) eller median (IQR). Ingen signifikante forskelle mellem grupperne var observeret. (1) KOL - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, (2) Pneumoni - lungebetændelse(3), UVI - Urinvejsinfektion

Tabel 8 viser de primære effektmål, som er antallet af akutte indlæggelser og genindlæggelser. Det ses, at indenfor 7 dage indlægges de medicinske speciallæger 45% af de ACCESS-patienter, som de har set i akutambulatoriet. De praktiserende læger indlægges kun 24% af ACCESS-patienterne, hvilket er en klar signifikant forskel ($p=0.01$). Der indlægges således dobbelt så mange, når sygehusets medicinske speciallæger står for behandlingen. Det ses endvidere af tabellen, at langt de fleste af indlæggelserne sker samme dag som patienten er blevet inkluderet, mens det strækker sig over flere dage for de praktiserende lægers vedkommende. Efter en måned er der ikke længere forskel i indlæggelsesfrekvens mellem de to behandlingstilbud.

Uanset om det er den praktiserende læge eller sygehus, som håndterer patienten, ses der ingen forskel i indlæggelsesvarigheden eller antallet af genindlæggelser indenfor 30 dage efter inklusionen.

Tabel 8 Primære effektmål for RCT

	Egen læge (n=67)	Akutambulatorium (n=64)	Risk ratio	p værdi
<u>Indlæggelse</u>				
<= 7 dage	16 (24%)	29 (45%)	1.9	0.01
<= 30 dage	23 (34%)	31 (48%)	1.4	0.11
<u>Indlæggelsestidspunkt</u>				
0-24 timer	10 (15%)	25 (39%)	2.6	0.003
25-48 timer	2 (3%)	2 (3%)	1.0	1.0
49 timer - 7 dage	4 (6%)	2 (3%)	0.5	0.7
8 dage - 30 dage	7 (10%)	2 (3%)	0.3	0.2
<u>Indlæggelseslængde (dage)</u>				
indlæggelse <= 24 timer	4.5 (4-8)	6.0 (2-10)		0.9
indlæggelse <= 48 timer	6.0 (4-9.5)	4 (1-10)		0.4
indlæggelse <= 7 dage	4.0 (2.5-8.5)	6.0 (1-10)		0.8
indlæggelse <= 30 dage	4.0 (3-9)	4.0 (1-10)		0.8
<u>Genindlæggelser</u>				
<= 7 dage efter udskrivelse	0 (0%)	4 (6%)		0.054
<= 30 dage efter udskrivelse	10 (15%)	7 (11%)		0.6

Tabel 9 viser, hvordan det går patienterne efter inklusion, såvel indlagte som ikke indlagte, der er behandlet af enten praktiserende læge eller medicinsk speciallæge. Der ses ingen forskel i dødelighed indenfor den første uge og heller ikke indenfor 3 måneder. Dødeligheden er på 16-19% indenfor 3 måneder i denne patientgruppe.

Fra de kommunale afslutningsnotater er det angivet, at halvdelen af de inkluderede kan afsluttes til eget hjem med vanlig hjælp efter 48 timer og kun 8-9% får en midlertidig plads på plejehjem.

Der ses ingen forskel i de forskellige test - DEMMI, OMC, Rejse-sætte-sig, håndtrykskraft og EQ5D - mellem de to grupper. Generelt er der en lille forbedring mellem dag 0 og 7 på testene (tallene er ikke vist).

Tabel 9 Sekundære effektmål for RCT

	Egen læge	Akutambulatorium	p værdi
<u>Dødsfald efter inklusionstidspunkt</u>			
< 7 dage	3 (4%)	2 (3%)	1.0
<= 30 dage	5 (7%)	7 (11%)	0.6
<= 90 dage (1)	11 (16%)	12 (19%)	0.8
<u>Kommunal afslutning efter 48 timer (n=107)</u>			0.35
Eget hjem med vanlig hjælp	31(58%)	23 (43%)	
Eget hjem med mere hjælp	8 (15%)	9 (17%)	
Midlertidigt ophold på plejehjem	4 (8%)	5 (9%)	
<u>Funktionstest dag 7</u>			
DEMMI (n=38/31)	57 (39-67)	57 (39-67)	0.5
OMC score (n=35/28)	20 (16-26)	26 (19-26)	0.15
Rejse-sætte-sig (n=38/31)	3 (0-9)	3 (0-7)	0.5
Håndtrykskraft (n=38/31) (2)	18 (13-25)	16 (8-24)	0.3
Ikke i stand til at deltage	29 (43%)	33 (51%)	0.4
EQ5D (n=39/35)	0.64 (0.50-0.72)	0.59 (0.54-0.69)	0.2

(1) Der mangler 4 patienter i denne opgørelse, da de blev inkluderet for mindre end 90 dage siden ifh til opgørelsesdatoen, (2) ingen forskel i kønsfordelingen

Tabel 10 og Tabel 11 viser patient- og pårørende tilfredshed i de to behandlingsgrupper. Der ses ingen signifikante forskelle mellem grupperne, fraset at man oplever sig mere medinddraget i beslutningerne når det er egen læge, som leder behandlingen. Generelt er såvel patienter som pårørende tilfredse eller meget tilfredse med forløbene. Det bemærkes at antallet af pårørende, der besvarer, er meget lavt (22 personer), hvilket forklares af at kun godt halvdelen af patienterne har deltaget i undersøgelsen dag 7 og heraf har kun 1/3 af alle patienterne en nær pårørende,

Tabel 10 Patienttilfredshed i RCT

	<u>Egen læge</u>	<u>Akutambulatorium</u>	<u>p værdi</u>
<u>Opfattelse af modtagen information (n=57)</u>			
1 (virkelig dårlig)- 4(virkelig god)	3 (3-4)	3 (3-3)	0.16
<u>Opfattelse af behov for ekstra kontakt (n=61)</u>			
Ja	58%	57%	1.0
<u>Opfattelse af egen involvering i beslutninger (n=63)</u>			
1 (slet ikke)- 4(i høj grad)	4 (3-4)	3 (2-4)	0.01
<u>Opfattelse af pårørendes involvering i beslutninger (n=63)</u>			
1 (slet ikke)- 4(i høj grad)	3 (3-4)	3 (2-4)	0.17
<u>Tillid til behandling (n=65)</u>			
1 (slet ikke)- 4(i høj grad)	3 (3-4)	3 (3-4)	0.95
<u>Behandlingsrelaterede fejl (n=69) (1)</u>			
Ja	2 (6%)	6 (18%)	0.15
<u>Generel tilfredshed med behandling (n=62)</u>			
1 (virkelig dårlig)- 4(virkelig godt)	3 (3-4)	3 (3-4)	0.41

(1) Patientoplevede behandlingsfejl: 4 medicinerings fejl, 1 undersøgelsesfejl (lægen brugte ikke stetoskop, 1 klage over manglende information, 1 service klage (for koldt rum)

Tabel 11 Pårørendes tilfredshed i RCT

	<u>Egen Læge</u>	<u>Akutambulatorium</u>	<u>p værdi</u>
	(n=12)	(n=10)	
<u>Relation</u>			
Ægtefælle/samlever	8 (67%)	8 (80%)	
Søn/datter	2 (17%)	1 (10%)	
Andre	2 (17 %)	1 (10%)	
<u>Behandlingsfejl</u>			
Ja	1 (8%)	0 (0%)	1.0
<u>Opfattelse af modtagne information</u>			
1 (virkelig dårlig)- 4(virkelig god)	3 (3-4)	3 (3-4)	0.42
<u>Generel tilfredshed med behandling</u>			
1 (virkelig dårligt)- 4(virkelig godt)	4 (3-4)	3 (3-4)	0.31
<u>Tillid til behandling</u>			
I høj grad	10 (83%)	5 (50%)	0.17
<u>Oplevelse af tryghed ved behandling</u>			
1 (meget utryg)- 4(meget tryk)	3.5 (3-4)	3 (3-4)	0.71
<u>Ekstra tid brugt på at passe pårørende/dag (timer)</u>			
	3.5 (2-5)	2 (1-5)	0.64

2.5.2. Diskussion og konklusion

Studiet viste, at sygehusets medicinske speciallæger næsten indlagde halvdelen af alle patienterne umiddelbart efter undersøgelse i akutambulatoriet, mens de praktiserende læger kun indlagde en fjerdedel. Der kunne ikke påvises nogen forskel på hvor hurtigt patienterne kom sig fysisk, hvor mange der døde eller på patienternes eller de pårørendes tilfredshed.

Den høje dødelighed de følgende måneder efter inklusion vækker opmærksomhed, idet næsten 1/5 af alle patienter i denne undersøgelse var døde indenfor 3 måneder. Yderligere analyser vil være nødvendige for at belyse, hvem disse patienter er.

Undersøgelsens størrelse begrænser, hvor sikre vi kan være på vores resultater. Konklusionen, at sygehusets speciallæger indlægger næsten dobbelt så mange patienter, er statistisk signifikant. Men det er altid langt sværere statistisk at udelukke at der er forskelle i dødelighed, mental og fysisk restitution (non-inferiority) mellem to tilbud, og det kan vi ikke i denne undersøgelse, dertil kræves langt flere inkluderede patienter. Det kan blot konstateres, at der ikke er fundet nogle signifikante forskelle.³

Det skal bemærkes, at det kun i omkring halvdelen af alle inkluderede er lykkedes at få testet på både dage 0 og dag 7. En forklaring ifølge hjemmesygeplejerskerne er, at borgerne fandt funktionstestene dag 0 meget udfordrende og svære at gennemføre, hvorfor de takkede nej til deltagelse dag 7. Der ses dog ingen forskel i frafaldsgruppen på basisvariable (data ikke vist). Studiet begrænses af, at der kun er tale om patienter som ses i den praktiserende læges åbningstid, og det kan ikke anvendes til at sige noget om patienter, som henvender sig til læge udenfor dette tidsrum.

³Hvor sikkert er det, at det ene tilbud er lige så godt som det andet (non-inferiority), når det drejer sig om overlevelse og restitution, så konklusionen ikke bliver, at der ikke er forskel - blot fordi studiet har haft for få patienter inkluderet (type II fejl)?

Konventionelt anerkendes studieresultater, hvis den statistiske styrke er 80%. I ACCESS er der 7% i dødsfald indenfor 30 dage for patienter, der bliver behandlet af egen læge, og 11% for patienter der ses i akutambulatorium. Den statistiske styrke i udsagnet om, at der ikke er nogen signifikant forskel, er kun på 12%. Det ville kræve mere 1.600 deltagere at opnå en styrke på 80%. Men måske er en beskedent forskel ikke væsentligt. Hvis det i stedet formuleres, at der ikke ønskes at overse en forskel fra 7% til 15% (dvs. en fordobling) er styrken 31%. Og først hvis der ikke ønskes at overse en forskel fra 7% til 25% er der en styrke på over 80%. Det eneste der er rimeligt sikkert er altså, at der ikke dør mere højst 3-4 gange så mange patienter i det ene tilbud som i det andet.

Ud fra resultaterne kan det således med ganske stor sikkerhed konkluderes, at for denne patientgruppe vil det være hensigtsmæssigt at patientens egen læge er den primært behandlende læge, hvis akutte indlæggelser skal begrænses. Det kræver et godt samarbejde mellem praktiserende læger, de kommunale akuttilbud og sygehuslægerne, hvis skal kunne klares i hjemmet.

2.6. Er der forskel på de to kommunale akuttilbud?

2.6.1. Resultater

I ACCESS-projektet blev 85 patienter tilbudt et akut team i hjemmet og 46 patienter en akut plads på et plejecenter.

Patientkarakteristika for de kommunale akuttilbud (Tabel 12) viser, at patienterne på akutpladserne er signifikant ældre og bestod af 72% kvinder. Patienterne, der plejes af akutteams, er signifikant mere akut syge målt ved triage og har hyppigere forværring i KOL og pneumoni. Der er ingen forskel på social status og hjælp i hjemmet for de to grupper. Der er heller ikke signifikant forskel på, hvem der har inkluderet patienten, og hvem der har været den behandlingsansvarlige læge.

Tabel 12 Baseline karakteristik over patienter i studiet fordelt på det kommunale akuttilbud

	<u>Egen læge</u> (n=67)	<u>Akutambulatorium</u> (n=64)	<u>Total</u> (n=131)
Alder, år (IQR)	83 (77-88)	84 (77-89)	84 (77-88)
Kvinde	44 (66%)	40 (63%)	84 (64%)
Mand	23 (34%)	24 (38%)	47 (36%)
<u>Social status</u>			
Bor alene	38 (61%)	32 (63%)	70 (62%)
Bor med samlever	22 (35%)	16 (31%)	38 (34%)
Bor i beskyttet bolig	2 (3%)	3 (6%)	5 (4%)
<u>Hjælp i hjemmet</u>			
Ingen hjælp	15 (25%)	11 (22%)	26 (24%)
Hjælp hver anden uge	9 (15%)	1 (2%)	10 (9%)
Ugentligt hjælp	2 (3%)	1 (2%)	3 (3%)
Dagligt hjælp	33 (56%)	36 (73%)	69 (64%)
<u>Henvendelsesårsag</u>			
KOL (1)	11 (17%)	7 (11%)	18 (14%)
Dehydrering	11 (17%)	18 (28%)	29 (22%)
Delir	5 (8%)	4 (6%)	9 (7%)
Feber	6 (9%)	3 (5%)	9 (7%)
Pneumoni (2)	20 (30%)	13 (20%)	33 (25%)
UVI (3)	6 (9%)	10 (16%)	16 (12%)
<u>Triage</u>			
Grøn	34 (54%)	28 (55%)	62 (54%)
Gul	16 (25%)	14 (27%)	30 (26%)
Orange	10 (16%)	7 (14%)	17 (15%)
Rød	3 (5%)	2 (4%)	5 (4%)
<u>Funktionstest dag 0</u>			
DEMMI (n=50/41)	40 (27-53)	39 (24-57)	39 (27-53)
OMC (n=50/41)	20 (11-24)	19 (13-24)	20 (12-24)
Rejse-sætte-sig (n=50/41)	0 (0-5)	0 (0-5)	0 (0-5)
Håndtrykskraft (n=50/41)	13 (6-24)	16 (4-24)	14 (4-24)
Ikke istand til at deltage	17 (25%)	23 (36%)	40 (31%)
EQ5D (n=55/45)	0.59 (0.45-0.65)	0.54 (0.36-0.66)	0.57 (0.42-0.66)
<u>Inkluderet af</u>			
Egen læge	9 (13%)	10 (16%)	19 (14%)
Sygeplejerske	58 (87%)	54 (84%)	112 (86%)
<u>Kommunalt akuttilbud</u>			
Akutplads	23 (34%)	23 (36%)	46 (35%)
Akutteam	44 (66%)	41 (64%)	85 (65%)

Data er angivet i antal (%) eller median (IQR). Ingen signifikante forskelle mellem grupperne var observeret. (1) Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, (2) lungebetændelse, (3) Urinvejsinfektion

De primære effektmål (Tabel 13) viser, at der indenfor 7 dage efter inklusion indlægges omkring 35% af patienterne uden forskel mellem de to kommunale akuttillbud. Der er heller ikke signifikant forskel på indlæggelsestidspunktet mellem de to tilbud eller på antallet af genindlæggelser efter udskrivning.

Tabel 13 Primær effektmål i forhold til kommunalt akuttillbud

	Akutplads	Akutteam	p værdi
<u>Indlæggelse</u>			
<=7 dage	15 (33%)	30 (35%)	0.85
<= 30 dage	18 (39%)	36 (42%)	0.85
<u>Indlæggelsestidspunkt</u>			
0-24 timer	10 (22%)	25 (29%)	0.41
25-48 timer	2 (4%)	2 (2%)	0.61
49 timer - 7 dage	3 (7%)	3 (4%)	0.42
8 dage - 30 dage	3 (7%)	6 (7%)	1.0
<u>Genindlæggelser</u>			
<= 7 dage efter udskrivelse	4 (2%)	2 (2%)	0.61
<= 30 dage efter udskrivelse	5 (11%)	12 (14%)	0.79

Der observeres ingen forskelle i de sekundære effektmål mellem de to kommunale tilbud (Tabel 14) bortset fra, at der var signifikant flere, der kunne deltage i de fysiske tests og der var højere livskvalitetsscore i akutteam gruppen. Dødeligheden er 8-11% efter en måned for begge akuttillbud. Der er små ens forbedringer på de fysiske og mentale tests mellem de to grupper. Den eneste signifikante forskel er, at 24% af patienterne tilbydes et midlertidigt ophold på plejehjem, hvis de kommer fra en akutplads i Tønder og Aabenraa sammenlignet med 1% i kommunerne med akutteam. Til sammenligning er der en ikke-signifikant tendens til at der tilbydes mere hjælp i hjemmet i Haderslev og Sønderborg efter akutteamets ophør. Der var heller ingen forskel i tilfredsheden af patienter og pårørende (alle data ikke vist).

Tabel 14 Sekundære effektmål i forhold til kommunalt akuttilbud

	Akutplads	Akutteam	p værdi
<u>Død efter inklusionstidspunkt</u>			
< 7 dage	0 (0%)	5 (6%)	0.16
<= 30 dage	5 (11%)	7 (8%)	0.75
<u>Kommunal afslutning efter 48 timer</u>			
Eget hjem med vanlig hjælp	15 (44%)	39 (53%)	0.41
Eget hjem med mere hjælp	3 (9%)	14 (19%)	0.26
Midlertidigt ophold på plejehjem	8 (24%)	1 (1%)	0.0001
<u>Funktionstest dag 7</u>			
DEMMI (n=17/52)	53 (48-62)	57 (36-67)	0.91
OMC score (n=16/47)	20 (18-26)	24 (18-26)	0.45
Rejse-sætte-sig test (n=17/52)	2 (0-6)	4 (0-8)	0.64
Håndtrykskraft (n=17/52)	16.7 (11.1-23.5)	15.7 (11.5-24.6)	0.78
Ikke i stand til at deltage	29 (63%)	33 (38%)	0.007
EQ5D-5L (n=24/50)	0.56 (0.41-0.67)	0.64 (0.55-0.72)	0.05
<u>Patientens tilfredshed med behandling</u>			
1 (virkelig dårlig)- 4(virkelig godt) (n=23/42)	3 (3-4)	3 (3-4)	0.85
<u>Pårørendes tilfredshed med behandling</u>			
1 (virkelig dårligt)- 4(virkelig godt) (n=5/17)	3 (3-3)	4 (3-4)	0.11

Der er foretaget en uni- og multivariat analyse, der sammenholder alle de betydende variable for en akut indlæggelse indenfor 7 dage efter inklusion i ACCESS (Tabel 15). Det ses, at det kommunale akuttilbud, alder, social status, hjælp, sygdom eller akut sværhedsgrad ikke har nogen betydning for akut indlæggelse. Mandligt køn og håndtering via sygehusets akutambulatorium er derimod begge risikofaktorer, og de mere end fordobler sandsynligheden for en akut indlæggelse. Disse to variable er selvstændige risikofaktorer, der ikke modificeres i en multivariat analyse, hvor der også justeres for alder.

Tabel 15 Uni- og multivariate analyse over risikofaktorer for indlæggelse < 7 dage

	Indlæggelse	Univariat analyse		Multivariat analyse	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Behandlerende læge					
Egen Læge	16 (24%)	1			
Akutambulatorium	29 (45%)	2.6	1.2-5.6	2.7	1.2-5.9
Kommunale akuttilbud					
Akutplads	15 (33%)	1			
Akutteam	30 (35%)	1.1	0.5-2.4	1.0	0.4-2.4
Køn					
Kvinde	23 (28%)	1			
Mand	22 (46%)	2.3	1.1-4.9	2.3	1.1-5
Alder					
60-70 år	5 (45%)	1.5	0.5-4.5	n.s.	
71-80 år	10 (28%)	0.96	0.3-3.2		
81-90 år	24 (38%)	1.5	0.5-4.5		
> 90+ år	6 (29%)	1			
Social status					
Bor med samlever	11 (29%)	1			
Bor alene	21 (30%)	1.1	0.5-2.5		
Hjælp					
Ingen hjælp	5 (19%)	1			
Hjælp hver 2. uge	3 (30%)	1.8	0.3-9.6		
Ugenligt hjælp	2 (67%)	8.4	0.6-113		
Daglig hjælp	20 (29%)	1.7	0,6-5.2		
Henvendelsesårsager					
KOL	2 (17%)	1			
Dehydrering	4 (22%)	1.4	0.2-9.4		
Delir	3 (60%)	7.5	0.7-79		
Feber	0 (0%)	-			
Pneumoni	11 (44%)	3.9	0.7-22		
UVI	4 (40%)	3.4	0.5-24		
Andre	21 (37%)	3	0.6-15		
Triage					
Grøn	15 (24%)	1			
Gul	11 (37%)	1.8	0.7-4.7		
Orange	3 (18%)	0.7	0.2-2.7		
Rød	3 (60%)	4.7	0.7-31		

2.6.2. Diskussion og konklusion

Denne del af studiet viste, at der ikke var forskel på de kommunale akuttilbud, akutteam versus akutplads med hensyn til indlæggelse indenfor de næste 7 dage. Der var ikke forskel på, hvor hurtigt man kom sig mentalt og fysisk, og heller ikke på dødelighed. Ud fra disse resultater vurderes det, at de to kommunale akuttilbud er ligeværdige med hensyn til at undgå indlæggelser og sikre en lige god bedring i tilstand. Der blev imidlertid inkluderet mere akut syge borgere i akutteam tilbuddet.

De største risikofaktorer for indlæggelse indenfor 7 dage er, hvis forløbet foregår via sygehusets akutambulatorium og hvis man er mand. Hver for sig, mere end fordobler begge faktorer sandsynligheden for indlæggelse.

Ved tilrettelæggelsen af fremtidige kommunale tilbud bør det overvejes om et kommunalt akuttilbud på 48 timer er for kort en periode, idet en fjerdedel af ACCESS-patienterne havde behov for et længere ophold på korttidscenteret, mens en femtedel havde behov for mere hjælp i hjemmet i kommunerne med akutteam.

Også i denne del af undersøgelsen er værdien af resultaterne begrænset af antallet af inkluderede og testede patienter, og det kan blot konstateres at der ikke er fundet nogle signifikante forskelle, men den statistiske styrke er lav. Se bemærkninger under Kap 2.5.2 ⁴

⁴ En forskel i antal indlagte indenfor 7 dage fra 33% til 35% har kun en statistisk styrke på 6% og ville kræve mere end 17.000 patienter før forskellen var signifikant. I denne undersøgelse kan det beregnes, at med en statistisk styrke på 80% er der ikke en forskel fra mere end 33% i den ene gruppe til 57% i den anden gruppe.

Evaluering af telemedicinske tiltag

Kapitel 3



Udarbejdet af:

*Marie Birkemose, Diplomingeniør i sundhedsteknologi
Masterstudent i Telemedicine and E-health ved Universitet i Tromsø*

3. Evaluering af telemedicinske tiltag

3.1. Baggrund for evaluering

Telemedicin betragtes som en mulig løsning på de samfundsmæssige udfordringer, fremtidens sundhedsvæsen står over for, med potentiale til at forbedre adgangen til sundhedsydelser og reducere omkostninger, samtidig med at behandlingsniveauet opretholdes eller forbedres[8;9]. Disse tendenser sammenholdt med hurtig teknologisk udvikling og stigende digitalisering af samfundet, er skræddersyet som udgangspunkt for udvikling af nye telemedicinske løsninger.

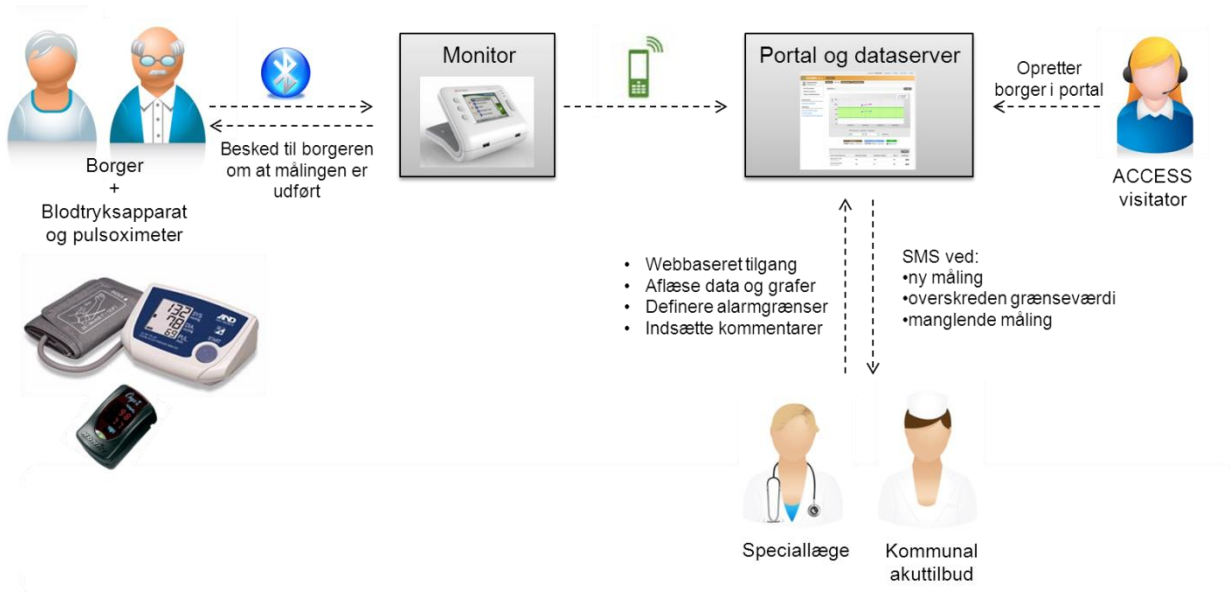
Implementering af telemedicin er en kompleks opgave, hvor forståelse for samspillet mellem organisationen og teknologien betragtes som essentiel for at opnå en succesfuld løsning[7;9;28]. Blandt vigtige karakteristika for at opnå en succesfuld telemedicinsk løsning er bl.a., at der skal udarbejdes en klar beskrivelse af de sundhedsmæssige udfordringer som teknologien er tiltænkt at skulle løse, samt at den telemedicinske løsning skal ses som en løsning på et reelt problem[9]. Det er ligeledes væsentligt, at fremtidige brugere involveres i udviklingen, og at der rekrutteres ildsjæle, hvor løsningen skal anvendes[28;29].

Evaluering af telemedicinske løsninger er forankret i de klassiske kliniske forskningstraditioner ud fra veltilrettelagte randomiserede kontrollerede studier(RCT). RCT, som evaluerer effektiviteten af telemedicinske løsninger, anses som essentielle for beslutningstagere i forhold til at bestemme om en løsning skal anvendes eller ej[30]. At evaluere en telemedicinsk løsning i et RCT design er dog ikke hensigtsmæssig, hvis den telemedicinske løsning ikke er moden og har opnået en stabil tilstand[31;32]. I projekter, hvor teknologien ikke er moden til en effektevaluering, er det imidlertid vigtigt at overveje formen på studiet og stadig utrolig vigtigt at evaluere, for at opnå en større forståelse for kompleksiteten og lære af succes og fejltagelser til brug ved fremtidige projekter. Dette blev erkendt tidligt i ACCESS-projektet at være tilfældet og evalueringen blev ændret til at være kvalitativ.

3.1.1. Telemedicinske tiltag i ACCESS-projektet

For at styrke samarbejdet mellem regioner, kommuner og praktiserende læger i forbindelse med subakutte/akutte tiltag, var en del af Access-projektet at afprøvet forskellige teknologiske tiltag. Formålet var at understøtte den tværfaglige behandling af den ældre medicinske patient. Behandlingstilbuddene indeholdt 3 del-elementer.

1. En direkte døgnåbnet hotline mellem de kommunale akuttibud og de medicinske speciallæger på sygehusene. Hotlinen kunne anvendes som en direkte indlæggelsesmulighed uden om vagtlægesystem, hvis patientens tilstand forværredes.
2. Videokommunikation mellem de kommunale akuttibud og de medicinske speciallæger. Til videokommunikationen blev løsningen Cisco Jabber anvendt. Cisco Jabber kunne tilgås fra de kommunale sygeplejerskers Ipads, mens løsningen var installeret på stationære PC'ere på de respektive akutafdelinger.
3. Telemonitorering med mulighed for måling og transmission af blodtryk, puls og iltmætning til en fælles portal. Data kunne tilgås af de medicinske speciallæger og de kommunale sygeplejersker. Efter ønske, kunne den praktiserende læge også få adgang til data. Columna Citizen, leveret af Systematic⁵ blev valgt som løsningen for telemonitoreringen. Målingerne af de vitale værdier blev vha. Bluetooth overført til en HUB som igen vha. et internet modem overførte værdierne til den fælles portal. I Figur 5 ses set-up for telemonitorering, og i Tabel 16 fremgår hvilke komponenter der indgik i telemonitoreringen.



Figur 5 Setup for telemonitorering

⁵ Softwarefirma der leverer IT-løsninger til bl.a. sundhedsvæsnet (www.systematic.dk)

Tabel 16 Komponenter i telemonitoreringen

Komponenter
Nuamera HUB inklusiv dongle med TDC-SIM kort
Bluetooth dongle: ASUS USB BT 211
Blodtryksmåler (Bluetooth) A&DUA 767 PBT-C40
Puls oximeter (Bluetooth) Onxy II9560

3.2. Metode

Evaluering af de ekstra tiltag i Access-projektet er udført som en procesevaluering med fokus på "situated actions", set i et socio-teknisk perspektiv[33]. Formålet med analysen har været at afklare, hvordan de ekstra tiltag har været brugt, samt at belyse hvilke faktorer, der har haft indvirkning på den store forskel mellem forventningerne til de ekstra tiltag og hvordan de ekstra tiltag er blevet brugt

Analysen baserer sig på 8 semistrukturerede interviews med i alt 11 informanter bestående af de kommunale sygeplejersker, de kommunale projektledere, de overordnede projektledere samt leverandøren af den telemonitoriske løsning. Interviewene blev udført i perioden 17.09-31.10 2014. Samtalerne havde en varighed på mellem 25 og 55 minutter, og 1-2 personer deltog i hvert interview. Alle interviews er med informanternes tilladelse optaget digitalt og efterfølgende ordret transskriberet. Interviewdata er analyseret med udgangspunkt i temaanalyser og meningskondensering[34]. Yderligere bygger analysen på data indhentet fra mødereferater, kravspecifikation og projektbeskrivelsen. Mødereferaterne stammer fra 4 møder afholdt i den telemedicinske arbejdsgruppe i perioden fra 14. marts 2013 til 7. maj 2013. Endvidere anvendes der til analysen data fra de spørgeskemaer de kommunale sygeplejersker har besvaret, i forhold til hvor ofte de enkelte ekstra tiltag har været anvendt i det enkelte patientforløb.

I resultatafsnittet er udvalgte citater fra interviewene og uddrag af mødereferaterne anvendt som illustrerende tekststykker med det formål at underbygge resultaterne og gøre dem nærværende for læseren. Interviewcitater er skrevet med *kursiv* og tilstræbt ordret gengivelse. Enkelte steder er der indsat forklarende ord [i skarp parentes] for at øge læsbarheden. Det er muligt for læseren at se informantens stillingsbetegnelse, men hverken navne eller organisation er angivet.

3.3. Resultater

3.3.1. Beskrivelse af hvordan teknologien er blevet brugt

Ud af de 131 inkluderede patienter modtog 69 det telemedicinske behandlingstilbud. Ses der bort fra Aabenraa Kommune, hvor kun 3 patienter har modtaget det telemedicinske behandlingstilbud, svarer det til, at der i de resterende 3 kommuner har været 1,4 telemedicinske forløb pr måned pr kommune i projektperioden. Grundet det lave antal inklusioner, har det sundhedsfaglige personale ikke haft mulighed for at opnå rutine i brugen af de ekstra tiltag. En af de kommunale projektledere fortæller, *"Det at have det i hænderne sker for sjældent i forhold til at opnå en rutine. Hvis vi nu havde haft ti [patienter] om dagen, så havde vi jo haft en helt anden rutine"*.

Brug af hotline

De kommunale sygeplejersker har registreret, at hotlinen har været anvendt i 11 % af de telemedicinske patientforløb. Tilbagemeldingerne fra sygeplejerskerne har været meget varierende. Nogen har aldrig brugt den mens andre har brugt den et par gange. En af sygeplejerskerne fortæller, *"Jeg har prøvet den nogen gange. Nogen gange har den fungeret, hvor jeg har fået okay kvalificeret hjælp. Andre gange har det været sådan at det har båret tydelig præg af at de [medicinske speciallæger] ikke har haft tid til det"*.

Den begrænsede brug af hotlinen antages at skyldes flere forskellige årsager. Dels at sygeplejerskerne ikke har haft et reelt behov for at kontakte den medicinske speciallæge. To af sygeplejerskerne udtrykker, *"Vi har haft overblik, behandlingsplanen ligger godt og der har ikke været noget specifikt i det. Vi har følt os trygge i de forløb vi nu har haft, og har derfor måske ikke haft brug for hotlinen"*. På den anden side udtrykker en sygeplejerske, *"Jeg har altså også glemt jeg har den[hotlinen]"*.

Brug af videokonference

Det afrapporterede brug af videokonferencen sammenholdt med sygeplejerskernes udsagn viser, at videokonferencen ikke har været anvendt en eneste gang i projektperioden.

Som kommentar til den fraværende brug af videokonferencen udtrykker en sygeplejerske, *"Jeg har faktisk hele tiden troet, at det ikke var en mulighed at bruge det"*, mens en anden sygeplejerske fortæller, *"Men jeg tror videokonferencen er gået i glemmeboksen"*.

Yderligere understreger sygeplejerskerne, at løsningen ikke har svaret til behovet og fremhæver, at det ikke giver mening, hvis det er egen læge, som har behandlingsansvaret. To af de kommunale sygeplejersker forklarer, *"Vi er vant til at forklare [patients tilstand] over for en ny læge,*

som ikke har set patienten inden for de sidste 3 timer. Så det at vi videokonferencer, og viser borgeren som ligger i sengen, hvad hjælper det at vi gør det med FAM, når borgeren har været ved egen læge 4 timer før eller dagen før. Så kan jeg jo lige så godt fortælle dem at borgeren er kramt svedende og de vitale værdier er sådan og sådan”.

Brug af telemonitorering

Måling af vitale værdier var ikke noget nyt i forhold til sygeplejerskernes arbejdsrutiner og måleudstyret blev anvendt på alle borgere, uanset hvilken intervention de fik tildelt. Derimod var det nyt, at værdierne skulle deles med den medicinske speciallæge via en fælles portal. I forbindelse med den automatiske deling oplevede sygeplejerskerne store tekniske problemer og efterfølgende opgørelse viser, at kun 1 ud af 10 værdier er delt automatisk. De resterende målte værdier er indtastet manuelt i såvel den fælles portal som det kommunale omsorgssystem, hvilket har medført dobbeltregistrering. De tekniske problemer skyldes dels ustabil Bluetooth overførsel mellem måleinstrument og HUB, dels varierende kvalitet af den mobile netværksdækning. Sygeplejerskerne oplevede store frustrationer i forhold til at få teknikken til at fungere. En sygeplejerske fortæller, ” *Så står man og bruger en masse tid på at få det her apparatur til at virke, og man har faktisk ikke rigtig overskud til den der ligger i sengen, og det funker ikke*”. Dette bakkes op af en anden sygeplejerske som fortæller, ” *Det er så uprofessionelt når man står der og bøvlrer med det*”.

I forhold til deling af de vitale værdier fortæller sygeplejerskerne, ” *Vi har jo ikke haft en følelse af, at der er nogen der har kigget på værdierne ude fra*”. Dette eksempel illustrerer at portalen slet ikke er blevet brugt som samarbejdsplatform i projektet. I stedet har kommunikationen mellem de kommunale sygeplejersker og de medicinske speciallæger fungeret via allerede etableret kommunikationskanaler. Sygeplejerskerne pointerer også, ” *Der er jo ikke nogen der har været gearret til det her*”. Yderligere fremhæves det af en af sygeplejerskerne, ” *Egen læge har jo slet ikke adgang [til den fælles portal], det er den sædvanlige rettergang til dem, hvor vi ringer eller melder eller gør ved. Så der er ikke nogen der har været velvillige til at bruge det heller*”. Den fælles portal har i stedet været anvendt som et fælles projektstyringsværktøj, til at følge patienterne gennem projektforløbet. Den overordnede projektleder uddyber, ” *Men platformen, den fungerede bare. Den synes jeg har været en rigtig god måde at kunne samle det hele, man har kunnet kommunikere og kunne følge patienterne gennem projektet*”.

3.3.2. Procesanalyse af udvikling og implementeringsfasen

Til at klarlægge de væsentlige faktorer, som har haft indflydelse på brugen af den telemedicinske løsning, analyseres processen fra projektinitiering til teknologien tages i brug. Nedenfor findes en sammenskrivning af analysen med fokus på de begivenheder og handlinger, der vurderes at have størst indflydelse på udviklings og implementeringsprocessen. Hele analysen kan findes på hjemmesiden for Enheden for Akutforskning, Sygehus Sønderjylland[35], og er tilgængelig pr. 15/5 2015.

I forbindelse med udarbejdelse af projektprotokollen blev der nedsat en midlertidig arbejdsgruppe. Det var en fælles opfattelse fra sygehusets og arbejdsgruppens side, at projektet skulle inkludere en form for informations- og kommunikationsteknologi. En af de overordnede projektledere beskriver, *"så kom sygehuset egentligt og sagde, at for at vi skulle komme igennem med det her, så skulle vi tænke noget teknologi ind i det"*. Deltagerne i arbejdsgruppen diskuterede, hvilke relevante elementer som kunne inddrages i en telemedicinsk løsning. I arbejdsgruppen var der repræsentanter fra både sygehuset, praktiserende læger og de kommunale sygeplejersker. Ingen af repræsentanterne i arbejdsgruppen havde tidligere erfaring med telemedicinske projekter og pga. kort tid til at udarbejde projektprotokollen var erfaringsindhentning fra andre projekter begrænset. Det anerkendes, at rammerne for projektet medførte begrænset mulighed for brugerinddragelse.

Projektet blev tildelt satspuljemidlerne og der blev hurtig etableret et antal arbejdsgrupper for at eskalere opstarten af projektet her iblandt en telemedicinsk arbejdsgruppe. Denne arbejdsgruppes formål var at fokusere på de mere detaljerede krav til løsningen, hvilken teknologi der skulle anvendes, samt pilotteste udstyr og arrangere nødvendig kompetenceudvikling af personale. I den telemedicinske arbejdsgruppe var der repræsentanter fra de kommunale sygeplejersker og de overordnede projektledere hvoraf den ene ligeledes var medicinsk speciallæge. Yderligere blev der i de enkelte møder inddraget konsulenter fra sygehuset og kommunerne som havde tidligere erfaringer med telemedicinske projekter. De praktiserende læger ønskede ikke at deltage i den telemedicinske arbejdsgruppe og der var ligeledes et begrænset antal repræsentanter fra de respektive akutmedicinske afdelinger involveret i projektet. Den telemedicinske arbejdsgruppe bestående af 9 personer havde således ikke repræsentanter fra alle de instanser, som var tiltænkt at skulle benytte den telemedicinske løsning.

Kravene til den telemedicinske løsning blev diskuteret på møder i den telemedicinske arbejdsgruppe. Der blev hurtig enighed om, at have et todelt fokus på hhv. videokonference og

telemonitoreringen. I forhold til telemonitoreringsdelen fremgår det i et af de første mødereferater, *“Der var enighed om, at telemonitorerede data skal være tilgængelige for både den medicinske speciallæge på akutambulatoriet, den praktiserende læge og hjemmeplejen”*. Denne opfattelse af at alle sektorer skulle have adgang til de målte data ændrede sig i løbet af processen, og i den endelige kravspecifikation fremgår det, *“Hvis muligt, skal den praktiserende læge også have adgang til portalen via dennes PC, men dette er ikke et krav.”* Det var altså ikke længere et krav, at den praktiserende læge skulle have adgang til de målte data. Dette skyldtes, at det ikke var muligt i portalsoftwarens at afgrænse den enkelte læges adgang til udelukkende egne patienter, hvilket er et datasikkerhedsmæssigt krav. De praktiserende læger har derfor ikke haft mulighed for at tilgå data fra telemonitoreringen. Yderligere blev der i forhold til telemonitoreringsdelen diskuteret, at data skulle overføres trådløst, udstyret skulle opfylde de datasikkerhedsmæssige krav, samt være let at håndtere og transportere rundt.

Kigges der derimod på videokommunikationsdelen beskriver en af de overordnede projektledere, *“Det var bare mange helt fra starten af der ikke troede på det her videokommunikation og der er ikke nogen på noget tidspunkt der har tænkt, at det ville have en afgørende rolle”*. Den manglende tro på videokommunikationen sammenholdt med formodede tekniske udfordringer i forhold til at skabe en stabil forbindelse via det mobile netværk, fik den telemedicinske arbejdsgruppe til at indstille til styregruppen om, at videokommunikationen skulle tages ud af projektet. Styregruppen opfordrede dog til at videokommunikationen forsat indgik i projektet, da man ønskede at teste teknologien af. Det vurderes, at den manglendes tro på teknologien og behov har påvirket den manglende brug af videokommunikationen.

Dernæst blev der indgået et samarbejde med patient@home, som primært var primusmotor i forhold til at afholde udbudsrunder med potentielle leverandører. Ved udbudsrunder blev Systematic valgt som leverandør af telemonitoreringsdelen. Løsningen virkede i projektets øjne moden og velafprøvet, samtidig med at den kunne tilpasses projektets behov. Leverandøren beskriver deres motivation for at gå ind i projektet som, *“Vores motivation for at gøre det er jo at vi kan se at markedet bevæger sig den vej. Da vi så hvad indholdet var i det, tænkte vi at det passede sådan set fint med det vi var i gang med at afprøve. Og det var noget andet vi skulle prøve, så det ikke var blodtrykspatienter igen, men nu var det nogle andre, nu var det en ældre patient som skulle monitoreres i hjemmet”*. Projektets opfattelse af hvor moden teknologien var, stemte altså ikke overens med hvor veltestet og moden teknologien reelt set var. I forbindelse med tilpasning var der hovedsageligt fokus på, om den fælles platform kunne bruges som projektstyringsværktøj til at følge patienterne. En af de overordnede projektledere fortæller, *“Det at*

platformen kom ind, det var noget vi rent projektledermæssigt synes kunne være rigtig rigtig smart. Der var ikke fokus på at tilpasse løsningen i forhold til de telemedicinske aspekter, da man formodede at dette fungerede. Tilpasningen af løsningen forløb som en iterativ proces sideløbende med uddannelse af personale i den første del af projektperioden. Videokommunikationen blev indkøbt via sygehusets etablerede indkøbsaftaler.

Efter tilpasningen af teknologien blev det sundhedsfaglige personale undervist i såvel den kliniske som den tekniske del af projektet. Den tekniske undervisning var hovedsagligt fokuseret på anvendelse af udstyret til telemonitorering og var primært henvendt til brugerne i kommunen. Undervisningen blev påvirket af en konflikt mellem de praktiserende læger og Regionen, hvilket resulterede i at undervisningen blev afholdt 2 måneder før projektet startede op. En af sygeplejerskerne uddyber, *"Vi lærte det faktisk meget før vi overhovedet skulle have det i hænderne"*. Yderligere var undervisningen også udfordret af tekniske problemer. En af sygeplejerskerne beskriver, *"Da de skulle vise det, der virkede det jo heller ikke"*. Da den overordnede projektleder skulle undervise de medicinske speciallæger var indtrykket, at *"Man kunne ligesom fornemme at de ikke synes det var fedt at skulle sætte sig ind i et nyt system"*. Undervisningen var altså påvirket dels af, at den faldt for tidligt og dels af tekniske problemer og manglende lyst fra de medicinske speciallæger til at lære et nyt system at kende.

Før projektet begyndte blev der afholdt en pilottest, hvor fokus fortrinsvis var på de organisatoriske og kliniske aspekter af projektet. Leverandøren af telemonitoreringen fortæller, *"Der blev ikke gjort nogen yderligere aftestning. Det var ikke noget der var efterspurgt og vi synes teknologien var god nok"*. Der var en fælles forståelse i projektgruppen for, at første del af inklusionsperioden blev en testperiode, hvor teknologien kunne tilpasses. I denne periode oplevede man dels problemer på plejecentrene, ved at det var muligt at Bluetooth overførslen kunne opfanges på den forkert HUB, hvis stuerne lå ved siden af hinanden. Parring, hvor to apparater ikke kunne interferere med hinanden, blev derfor indført og førte til en ekstra opsætning af udstyr for hver ny borger. Dette førte til mange frustrationer blandt hjemmesygeplejerskerne, som ikke på forhånd var oplært i denne nye opsætning. Yderligere var der store problemer med netværksdækningen i alle kommuner. Disse problemer blev forsøgt løst, men brugen af teknologien viser at de kommunale sygeplejersker gennem hele projektet har oplevet store tekniske problemer. En af de kommunale projektledere fortæller om samarbejdet med leverandøren, *"Systematic har jo været fantastiske hele vejen rundt og har ligesom været modtagelige for den feedback de fik og har prøvet at tilrette det og udvikle det så det blev bedre"*. Leverandørens opfattelse af samarbejdet var, *"Altså set fra*

vores side, har det jo været et super godt projekt. Jeg synes vi har haft en rigtig god kommunikation”.

Slutlig bør det nævnes, at da inklusionen i projektet havde kørt i 2 måneder gik en af de overordnede projektledere på barsel samtidig med, at den primære kontaktperson ved leverandøren ikke længere var i sin stilling. Den overordnede projektleder fortæller, ”Så lige pludselig så forsvandt vores primære kontaktpersoner i januar, og så var jeg væk. Og så manglede der ligesom nogen til at køre det videre, fornemmede jeg i hvert fald”.

3.4. Diskussion

På trods af stor accept af teknologi i befolkningen og bred politisk opbakning, oplever mange telemedicinske projekter store udfordringer og de færreste overlever pilot og forskningsstadiet[7;36;37]. Access-projektet har i forbindelse med den telemedicinske intervention ligeledes oplevet store udfordringer. På trods af dette er der gjort mange værdifulde erfaringer i projektet, som kan være til gavn ved fremtidige telemedicinske projekter.

Helt grundlæggende har projektet været udfordret af, at være et stort og omfangsrigt projekt, hvor den telemedicinske intervention har haft en sekundær rolle. At den telemedicinske del var fra starten inkluderet i problemformulering, som et element i afprøvningen af nye samarbejdsformer, tyder på, at beslutningen om at inkludere teknologi i projektet kom før man havde identificeret et reelt problem, som teknologien skulle løse. De karakteristika der kendetegner succesfulde telemedicinske løsninger er, at udfordringer og problemstilling identificeres og beskrives, før beslutningen om introduktion af teknologier træffes[9].

Yderligere har projektet været udfordret af tekniske problemer med netværk og telemonitoreringen samt manglende ejerskab blandt slutbrugerne. De kommunale sygeplejersker har brugt mange ressourcer på teknikken, hvilket har resulteret i manglende tro og velvilje til at anvende teknologien. Ligeledes vurderes incitamentet til at bruge telemonitoreringen som samarbejdsværktøj at være påvirket af manglende ejerskab blandt de medicinske speciallæger, samt det faktum at løsningen ikke har understøttet de eksisterende arbejdsrutiner. Det manglende ejerskab blandt de medicinske speciallæger, kan skyldes begrænset involvering i udviklings- og implementeringsprocessen og mangel på rekruttering af ildsjæle i de respektive akutafdelinger, hvilket anses som essentielle faktorer for succes[28;29]. ACCESS-projektet er et eksempel på, at når et projekt oplever tekniske udfordringer tager det størstedelen af fokus, og der opnås ikke et stadie hvor den telemedicinske løsning kan begynde at understøtte de daglige arbejdsgange.

Ydermere kan det manglende ejerskab blandt brugerne skyldes, at projektejere og -ledere ikke har været opmærksomme nok på behovet for at kommunikere formål og vigtigheden af at afprøve det telemedicinske element som en del af evalueringen af nye samarbejdsformer.

Generelt har samarbejdet mellem projektet og leverandøren af telemonitoreringsdelen været opfattet positivt. De to parter har dog haft forskellige motivation for at indgå i samarbejdet. På den ene side betragtede projektet telemonitoreringsløsningen som velafprøvet og stabil, mens leverandøren på den anden side opfattede projektet som en mulighed for at teste deres løsning i en ny kontekst. Efterfølgende ses på brugen af teknologien, at telemonitoreringen ikke har været på et stadie, hvor den kan betragtes som moden og stabil, på trods af at projektet havde denne opfattelse. Et andet centralt punkt i forhold til brugen af de telemedicinske elementer er det få antal inklusioner i projektperioden. Med kun 1,4 telemedicinske forløb pr. kommune pr. måned har det sundhedsprofessionelle personale ikke haft mulighed for at opnå rutine i brugen af udstyret, hvilket ligeledes vurderes at have haft en negativ indvirkning på, hvordan de tekniske udfordringer er blevet håndteret.

Generelt bærer den telemedicinske løsning præg af, at den ikke understøttede de arbejdsgange, man ønskede at teste i projektet. I takt med at arbejdsrutinerne ændrede sig, ændredes ligeledes behovene teknologien skulle understøtte.

De erfaringer der er gjort i Access-projektet er ikke enestående, og understreger vigtigheden af at indhente viden og erfaringer fra andre projekter, inden et nyt projekt startes op for derved at identificere og overvinde de primære udfordringer, der er karakteristisk for at opnå en succesfuld telemedicinsk løsning.

3.4.1. Metodeovervejelser og -begrænsninger

Den telemedicinske procesevaluering blev udført i erkendelsen af, at der var stor forskel på forventningerne til den telemedicinske løsning og det faktiske brug. Analysen er baseret primært på interviews med aktører, der har været involveret i den praktiske del af udviklings- og implementeringsprocessen, samt relevante projektdokumenter. Projektejere og repræsentanter fra arbejdsgruppen, der udviklede ACCESS-projektets problemformulering, har ikke været interviewet. Dette har medført begrænsninger i forhold til at få inddraget disse centrale personers synspunkter og erfaringer, og belyse hvilken rolle de har haft i informering og kommunikation af formål.

3.5. Konklusion

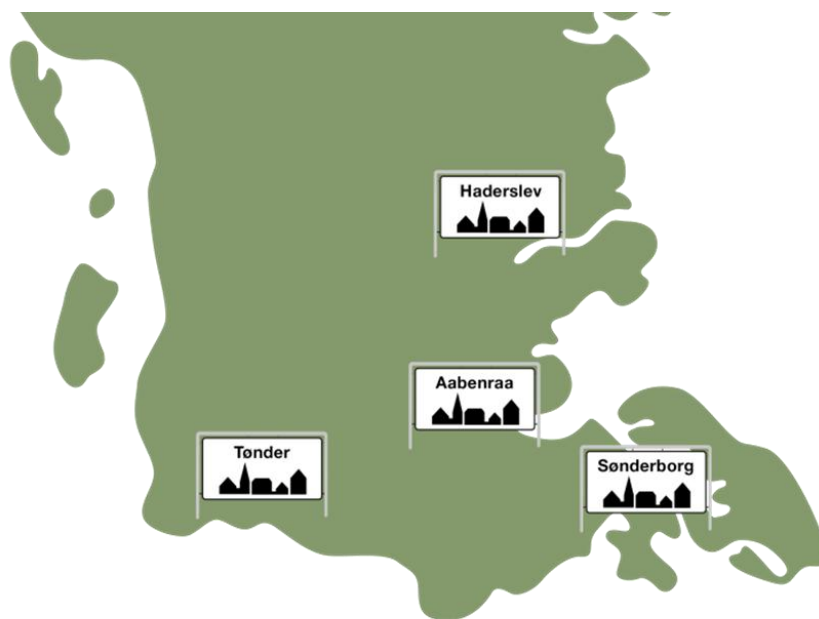
Den telemedicinske del af Access-projektet har været udfordret på mange områder. En af de største udfordringer, set fra brugernes perspektiv, er, at den telemedicinske del udspringer af et ovenfra kommende behov for at inkludere teknologi i projektet, frem for at være svar på et reelt identificeret behov blandt brugerne. Yderligere har projektet være udfordret af store tekniske problemer, manglende ejerskab blandt brugerne samt få inklusioner i projektet, hvilket har ført til manglende rutine i brugen af teknologien.

Selvom den telemedicinske del i Access-projektet ikke kan betragtes som en succeshistorie, vurderes det at en evaluering af processen kan bidrage til at lære af de erfaringer der er gjort, så de samme fejltagelser ikke gøres igen i lignende projekter.

Evalueringen af den telemedicinske del af projektet kan, på baggrund af de praktiske udfordringer med anvendelsen heraf, ikke lægges til grund for håndfaste konklusioner vedrørende telemedicinske løsningers anvendelighed i akutfunktioner.

Erfaringsopsamling fra ACCESS – en programteoretisk analyse

Kapitel 4



Udarbejdet af:

Birgitte Nørgaard, konsulent, ph.d.

Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

4. Erfaringsopsamling fra ACCESS – en programteoretisk analyse

ACCESS-projektet er tværsektorielt og tværfagligt. Det implicerer flere forskellige grupper af aktører med forskellige faglige baggrunde, arbejdsopgaver og organisationer. Disse aktører kan dermed også have forskellige forestillinger om hvordan og hvorfor ACCESS-projektet virker, hvad der ønskedes at skabe med ACCESS og hvordan det skal gøres. Det kaldes programteorier og vil blive analyseret i dette kapitel.

4.1. Metode og data

Analysen bygger på en programteoretisk metode, der gør det muligt at identificere og konkretisere den udviklede samarbejdsmodels enkeltelementer, samt at tydeliggøre de bagvedliggende forestillinger om, hvordan ACCESS-projektet virker, også kaldet årsags-virkningskæder.

Ved at konstruere og tydeliggøre de involverede aktørgruppers programteorier, kan der opnås et nuanceret billede af de involverede aktørers anskuelser og betydningen af disse i konkrete sammenhænge og dermed i forhold til erfaringer og forventet udbytte af ACCESS-projektet.

I konstruktionen af programteorier anvendes en model udviklet af Hansen og Vedung[38], hvori der indgår 3 delementer:

- En *situationsteori*, som beskriver problemdefinitionen, dvs. aktørernes opfattelse af, hvad den uønskede situation består i, hvordan den kausalt skabes og hvilke effekter den kausalt får,
- En *normativ teori*, som beskriver aktørernes værdier, normer, idealer og mål, som tilsammen danner udgangspunkt for, hvad de oplever som ”den gode tilstand” i feltet,
- En *virkningssteori*, som beskriver aktørernes forestilling om en ”løsning” på problemet og opnåelsen af den gode tilstand.

På baggrund af de konstruerede programteorier er det muligt at identificere forhold, som hhv. skal være til stede (*kontekstuelle faktorer*), eller som kan influere på ACCESS-projektet (*moderatore*)[39].

De identificerede aktørgruppers programteorier kan efterfølgende indgå i en realitetstest af den tværsektorielle samarbejdsmodel. Hvis de forventede effekter ikke opnås, om dette skyldes at indsatsen ikke er indført og anvendt som forventet (*implementeringsfejl*), eller om den hviler på en fejlagtig idé (*fejl i teorien*). På den måde kan en analyse medvirke til at vurdere om der er et tilstrækkeligt grundlag for indsatsen, samt udpege hvilke dele af indsatsen, der virker bedst i hvilke situationer, hvilke barrierer, der er for en indsats og hvorvidt det kan lade sig gøre at reparere

indsatsen[38]. Der kan desuden på baggrund af analysen identificeres opmærksomhedspunkter i forhold til udvikling af en generisk model på området.

4.1.1. Datakilder

For at beskrive modellens programteori og dens forventede og erfarede virkningsmekanismer er der indsamlet relevant skriftligt kildemateriale primært fra projektorganisationens hjemmeside (www.accessprojektet.dk). Analysen baseres desuden på en række interviews med sundhedsprofessionelle foruden at der er gennemført en bortfaldsanalyse baseret på telefoninterviews (litteraturstudie og interviews med borgerne præsenteres i rapporten "ACCESS-projektet - Programteoretisk analyse")⁶.

Interviews – fagprofessionelle

Ved udvælgelsen af informanter er der lagt vægt på, at alle fire involverede kommuner, samt de involverede sygehusmatrikler i videst mulige omfang skulle være repræsenteret. I forhold til sygehusene indgår dog kun speciallæger fra Aabenraa Sygehus og Tønder Dagklinik, da der på interviewtidspunktet ikke længere var speciallæger fra Sønderborg og Haderslev Sygehus involveret i projektet.

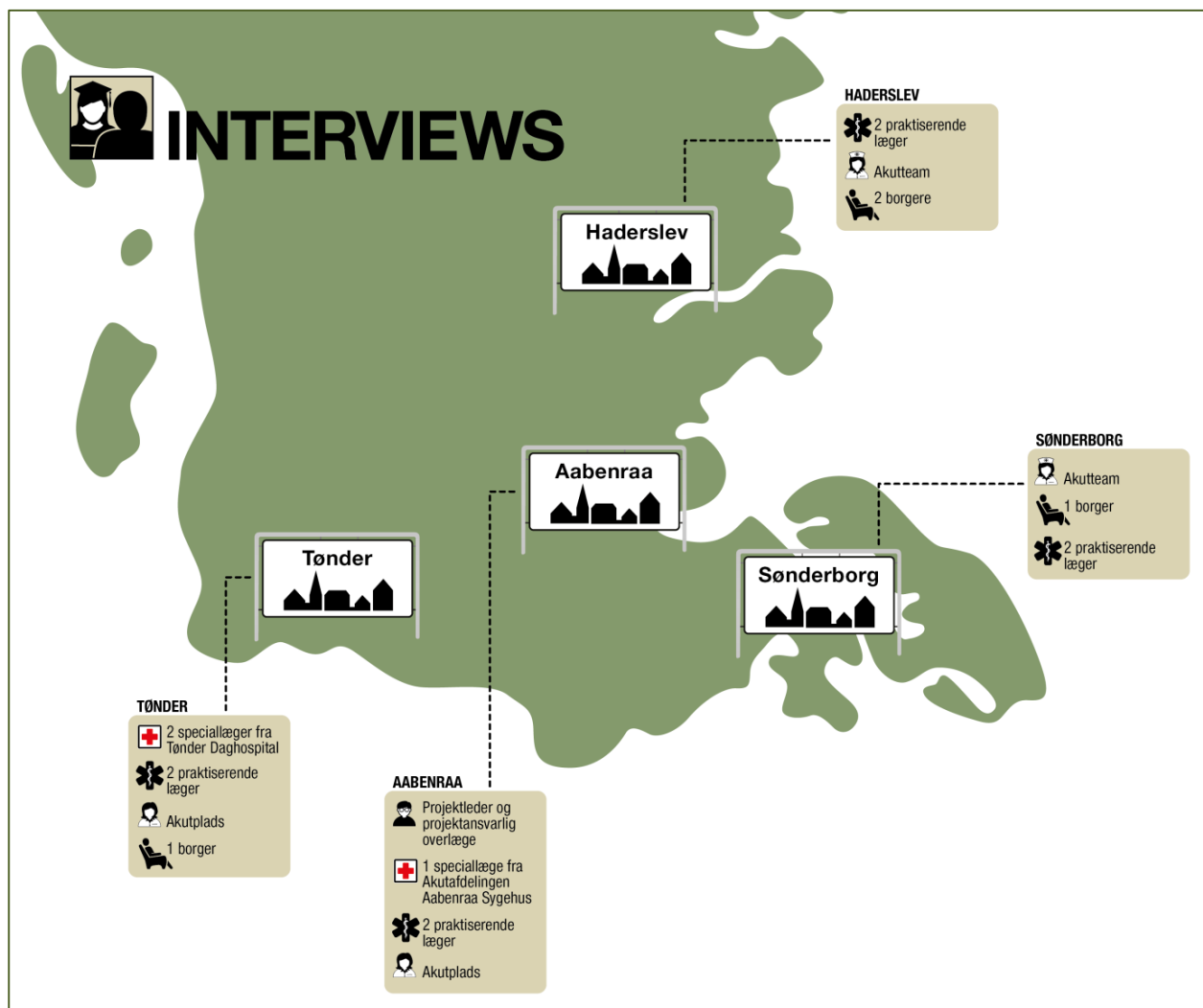
I forhold til kommunerne er det valgt at interviewe hjemmesygeplejen (akutteam eller akutplads-personale), to praktiserende læger og borgere fra alle fire kommuner (det har ikke været muligt at identificere borgere fra Aabenraa Kommune, der kunne deltage i interview).

Der er således interviewet i alt 23 fagprofessionelle, svarende til 15 interviews, se Figur 6.

Interviewene er gennemført med udgangspunkt i en interviewguide, udarbejdet på baggrund af dokumentgennemgangen.

Interviewene har en varighed på mellem 23 og 58 minutter, er optaget på bånd og efterfølgende transskriberet. De transskriberede interviews er kondenseret og kategoriseret i forhold til de tre programteoretiske delelementer; situationsteori, normativ teori og der er identificeret kontekstuelle faktorer og moderatorer, der kan influere på ACCESS-projektet i en driftsfase.

⁶ Rapporten kan downloades fra http://www.sdu.dk/Om_SDU/Institutter_centre/CAST/Forskning/CastRapDownload/Pub2015



Figur 6 Grafisk oversigt over gennemførte interviews

4.1.2 Bortfaldsanalyse, praktiserende læger

De praktiserende læger har fungeret som en form for gate keepere i relation til ACCESS-projektet, da det har været deres opgave at identificere og inkludere borgere til projektet. Af 166 praktiserende læger i de fire kommuner har 73 inkluderet patienter i projektet, svarende til 43 %. For at drage den nødvendige læring af projektet i relation til information, ejerskab og implementering, er det valgt også at inddrage synspunkter fra de praktiserende læger, der ikke har inkluderet borgere i projektet.

Der er udvalgt 20 praktiserende læger, svarende til fem praktiserende læger fra hver kommune til telefoninterview. Telefoninterviewene er gennemført med udgangspunkt i et struktureret skema udarbejdet på baggrund af interviewresultaterne fra de praktiserende læger, der indgår i den programteoretiske analyse.

4.1.3 Ethiske overvejelser

Der er udarbejdet informationsmateriale, samt retningslinjer for informeret samtykke til at indgå i en forskningsmæssig sammenhæng til såvel fagprofessionelle, som til borgere. I forbindelse med publicering og offentliggørelse af resultater er personhenførbare oplysninger fjernet. Personhenførbare oplysninger opbevares forskriftsmæssigt, jævnfør Datatilsynets retningslinjer.

4.2. Programteoretisk analyse

Aktørerne i ACCESS-projektet er region, kommuner, fagprofessionelle og borgere. Der er indgået et samarbejde i form af en projektperiode og etablering af en projektorganisation, der skal varetage organisatoriske og beslutningsmæssige opgaver i relation til projektet.

I det følgende præsenteres først ACCESS-projektets årsags-virkningskæde og dernæst de programteorier, der er indlejret i ACCESS-projektet. Det er hhv. programteorien bag projektet og de involverede fagprofessionelle gruppers programteorier. Derefter præsenteres de kontekstuelle faktorer og moderatorer, der forventes at være af betydning for implementering og udbytte af ACCESS-projektet.

4.2.1 ACCESS-projektets årsags-virkningskæder

Det bedst mulige forløb for den akutte seniorpatient

Tanken bag projektet er, at indsatsen skal rettes imod en gruppe af borgere, hvor blot en lille forværring i deres helbredstilstand kan medføre indlæggelse, mens mindre medicinske interventioner som væsketerapi, iv-antibiotika og øget monitorering vil kunne afværge en indlæggelse. Tidlig identifikation af indlæggelsestruede borgere og hurtig indsats i form af tilknytning til akutteams eller akutpladser med personale med kompetencer specifikt rettet mod målgruppen, samt tæt tilknytning til den praktiserende læge, der kender borgeren, muliggør indsatsen.

Tværasektorielt samarbejde

Særlige samarbejdsstrukturer og målrettede tilbud på tværs af sektorer danner grundlaget for indsatsen. Det forventes, at et øget samarbejde mellem hhv. praktiserende læger og speciallæger på sygehusene, samt mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen vil bidrage til mere optimale forløb for den ældre akutte medicinske patient. Det forventes endvidere, at kompetenceløftet i hjemmeplejen (træning af akutteams og akutplads-personale i triage, observation og pleje af akutte medicinske tilstande) vil bidrage til målopfyldelse i form af færre (gen)indlæggelser for målgruppen.

4.2.2 Programteorien bag ACCESS-projektet

Ønsket om at forbedre vilkårene for den ældre borger med risiko for en akut indlæggelse var begrundet i et stort antal korte (under 48 timer) indlæggelser for netop den gruppe. Samtidig var der enslydende meldinger fra de praktiserende læger om, at borgerne ikke havde fået det bedre under indlæggelsen; de havde evt. fået stillet en diagnose, men behandlingen var ikke færdig og borgerne var tilmed i høj risiko for konfusion eller en sygehusinfektion på grund af indlæggelsen. Der var desuden problemer med, at udskrivningsbrevene kom (for) sent til de praktiserende læger, så de havde vanskeligt ved at følge op på behandlingen efter udskrivelsen. Da projektet udspringer af Sundhedsstyrelsens satspuljemidler, var flere forhold i projektdesign givet på forhånd. Det gælder temaet: at undgå akutte indlæggelser i et tværsektorielt tiltag; det gælder målgruppen: ældre borgere på 65+ og det gælder en del af interventionen: de telemedicinske tiltag. Dernæst blev såvel praktiserende læger, som hjemmesygeplejen inddraget i forhold til beskrivelse af hensigtsmæssige interventioner, såfremt antallet af akutte indlæggelser for den specifikke målgruppe skulle minimeres. De praktiserende læger ytrede ønske om hurtig adgang til diagnostik og speciallægekompetencer, mens hjemmesygeplejen ønskede flere handlemuligheder, så de kunne varetage plejen i borgerens eget hjem eller på en akutplads, men med adgang til backup; disse elementer indgik i projektdesignet.

Projektet lægger sig tæt op ad aktuelle politiske strømninger med udgangspunkt i de eksisterende akuttilbud (i tre af fire kommuner). Samtidig er der et økonomisk incitament for kommunerne, da de kan spare op til 14.000 kr. pr. undgået indlæggelse, mens der for de praktiserende læger ikke er et tilsvarende økonomisk incitament. For de praktiserende læger var problemstillingen nærmere, at de i vid udstrækning kunne håndtere netop den type borgere (målgruppe) i eget hjem og derfor først skred til indlæggelse, når det var nødvendigt.

Der var fokus på flere barrierer for projektet allerede ved projektdesign, herunder målgruppens aldersspænd, deres varierende sociale netværk, der er afgørende for, om de ved akut opstået sygdom kan håndteres i eget hjem og på grund af målgruppens høje grad af multimorbiditet. Denne heterogenitet kan få betydning for interventionens træfsikkerhed og således også for selve effekten af projektet. Den væsentligste barriere beskrives dog i forhold til det relativt store antal praktiserende læger, der ikke ønsker at deltage i projektet og derfor ikke bidrager til inklusion af borgere.

4.2.3 De fagprofessionelles programteorier

Selve randomiseringen er relateret til ACCESS-projektets projektstatus, og er som sådan uvæsentlig i forhold til projektets kerneydelse. Det medtages alligevel her, da randomiseringen har en betydning for såvel de fleste fagprofessionelles vurdering af ACCESS-projektet, som for borgerne i forhold til accept af at indtræde i projektet.

Praktiserende læger

De praktiserende læger har i første omgang (foruden praksiskonsulenten) en repræsentant i arbejdsgruppen, der udarbejder projektbeskrivelsen til ACCESS-projektet; vedkommende udtræder imidlertid i foråret i forbindelse med konflikten mellem praktiserende læger og Danske Regioner i 2013. Da en ny repræsentant indtræder i gruppen i efteråret 2013, er projektet stort set færdigbeskrevet uden de praktiserende lægers deltagelse og skal igangsættes indenfor en måned.

Flere praktiserende læger oplever, at det forud for projektet kunne være vanskeligt at indlægge en ældre borger; men der er også en erkendelse af, at man nok hurtigt skrider til indlæggelse, da man i lægepraksis ikke har de rigtige redskaber til at afklare tingene og stille en korrekt diagnose. Der er en bred oplevelse af, at det vil være godt at undgå de hurtige indlæggelser, da de kan være uhensigtsmæssige for borgerne i form af tiltagende forvirring og risiko for sygehusinfektioner. Omvendt er der også en udbredt skepsis i forhold til, hvorvidt man rent fagligt skal arbejde for at nedbringe antallet af indlæggelser i almindelighed, eller om det snarere er en politisk dagsorden, hvor de ældre borgere bliver stillet dårligere end andre, blot på grund af deres alder. Når man fra lægepraksis side indlægger ældre medborgere, er det fordi, man vurderer, de har behov for det. Det pointeres, at man i stedet skulle fokusere på de uhensigtsmæssige udskrivelser, der medvirker til hyppige genindlæggelser – eller uundgåelige indlæggelser, som de også benævnes. Der er en oplevelse af, at sygehusvæsenet udvikler sig uhensigtsmæssigt og ikke er gearret til den ældre borger med mangeartede og komplekse behov; tempoet er for højt og omsorgs- og informationsniveauet for lavt på sygehuset. Indlæggelserne ses således som uhensigtsmæssige i forhold til økonomi og rammeaftaler, snarere end i forhold til borgerens behov. Man ser projektet som et sygehusprojekt og ikke et praksisprojekt – altså som et forsøg på at effektivisere; at flytte opgaver fra sygehus til primær sektor og fra læger til sygeplejersker.

Generelt har man i lægepraksis haft vanskeligt ved at identificere de relevante borgere for projektet; det har været langt mere vanskeligt, end man først antog. Desuden har flere

praktiserende læger erfaringer med randomiseringen, som opleves uetisk, da borgerne er akut dårlige og ofte kognitivt påvirkede i situationen.

Samarbejdet med hjemmesygeplejen fremhæves som en central faktor i at klare borgere med lidt mere komplekse problemstillinger og behov uden indlæggelse. Behandleransvaret ses ikke som en barriere i sig selv for deltagelse i projektet, men de geografiske afstande til de borgere, man har behandleransvaret for, kan være en barriere, da det er vanskeligt og en væsentlig arbejdsbyrde at skulle integrere akutte tilsyn og stuegang på eksempelvis akutpladserne i en højt struktureret hverdag, der i forvejen er presset opgavemæssigt.

De telemedicinske tilbud opleves ikke umiddelbart som relevante, dels fordi man ikke ser behovet, dels fordi de konkrete tilbud har været for komplekse og kontraintuitive at anvende.

Såfremt antallet af indlæggelser skal minimeres for den pågældende målgruppe, er det ifølge de praktiserende læger nødvendigt med et godt samarbejde med hjemmesygeplejen; det er nødvendigt at hjemmesygeplejen er tilgængelig og har de rette sygeplejefaglige kompetencer. Det vurderes også som en forudsætning, at patienterne færdigbehandles fra sygehuset side før udskrivelse, samt at tidsrammen på akutpladserne øges fra 48 timer til eksempelvis tre døgn. Det er ligeledes nødvendigt med muligheder for hurtig diagnostik, samt ressourcer og tid hos praktiserende læger, ligesom et velfungerende tværsektorielt samarbejde nævnes som en væsentlig forudsætning.

Speciallæger på sygehuset

Bevæggrunden for et projekt som ACCESS beskrives af de sygehusansatte speciallæger som et politisk ønske om at reducere antallet af indlæggelser og øge den ambulante aktivitet. Desuden beskrives en tendens hos praktiserende læger til at indlægge ældre patienter (for) hurtigt, hvilken kan bunde i dårlig (telefon)rådgivning til de praktiserende læger fra sygehusets side. En medvirkende faktor til hyppige og gentagne indlæggelser kan også være hurtige udskrivelser og forsinkede epikriser.

Håbet var, at projektet kunne aflaste sygehusets akutafdeling som en form for bufferkapacitet og på den måde primært blive en fordel for sygehuset, der hele tiden er under pres og får reduceret antallet af sengepladser. Risikoen for sygehusinfektioner og delirium nævnes også som en begrundelse for at minimere antallet af indlæggelser.

For speciallægerne er det oplagt, at borgerne sætter pris på at kunne forblive i eget hjem. Samtidig mener de, at den bedste plan for opfølgning efter et sygdomsforløb lægges af praktiserende læger.

Man er dog grundlæggende skeptisk i forhold til, hvorvidt målgruppen findes, da borgerne enten er så syge, at de skal indlægges, eller velfungerende nok til, at deres behov kan klares i eget hjem.

Randomiseringen beskrives som en barriere i sig selv for projektet – eller i hvert fald det forhold, at praktiserende læger ved at inkludere patienter i projektet risikerer at beholde behandleransvaret, fremfor ved vanlig praksis at indlægge den pågældende borger på sygehuset. En anden barriere, der nævnes, er det forhold at parterne i projektet (hjemmesygeplejen, sygehuslæger og praktiserende læger) ikke er en del af den samme organisation, hvorfor kommandovejen bliver besværliggjort og ikke alle arbejder i samme retning.

De telemedicinske løsninger betragtes som kontraintuitive og for ressourcetunge til, at de kan anvendes meningsfuldt.

Hvis målet om færre indlæggelser skal imødekommes kræver det, ifølge speciallægerne, primært en indsats i forhold til de praktiserende læger i form af bedre telefonrådgivning, flere sub-akutte ambulante tider og bedre muligheder for hurtig diagnostik. Det kræver også en opkvalificering af personalet i primær sektor. Speciallægerne mener, at den reelle ændrede praksis skal ske hos de praktiserende læger og ikke i sygehusregi, hvorfor det vil være relevant med flere forskellige kommunale tilbud til målgruppen, som praktiserende læge kan vælge imellem. I forhold til borgerene er det vigtigt at være opmærksom på deres sociale netværk, da dette kan være for dårligt til at de kan indgå i ACCESS-projektet og behandles i eget hjem.

Akutteams/akutpladser

Informanterne i denne aktørgruppe har ikke umiddelbart oplevet større samarbejds-mæssige problemstillinger på tværs af sektorer forud for projektet; dog nævnes manglende plan for opfølgning hos borgerne efter udskrivelse fra sygehuset. Det nævnes også, at der kan være en tendens til, at de ældre borgere indlægges (for) hurtigt af praktiserende læger. Der er en overensstemmende oplevelse af, at det vil være en fordel for den ældre borger at undgå sygehusindlæggelse. Dette begrundes i risikoen for delirium og sygehusinfektioner, men også i, at man ikke synes, plejen på sygehuset er god, der er overfyldt og dårlig tid til at tage sig af de ældre borgere. Det økonomiske incitament for kommunerne, der kan spare penge ved at beholde borgerne i primær sektor, nævnes som en væsentlig begrundelse for projektet, men der er også generelt enighed om, at idéen med ACCESS-projektet er god; altså, at der er behov for at undgå indlæggelser.

Der er vekslende opfattelse af, hvorvidt målgruppen har været egnet til ACCESS-indsatsen. Nogle oplever, at de inkluderede har været for dårlige, således at man ikke har kunnet nå at forbedre borgerens tilstand så meget på 48 timer, at vedkommende kunne overflyttes til eget hjem. Andre mener, at de inkluderede har været relevante og at de i kraft af ACCESS-projektet har undgået en indlæggelse, men man er enige om, at de 48 timer som udgangspunkt er for kort tid.

Der har ikke været et kompetenceproblem i sig selv, da man føler sig godt rustet til opgaven, men der har været praktiske udfordringer i form af anlæggelse af venflons, hvor man skulle transportere borgeren med liggende transport til dagklinikken og retur igen, da dette ikke kunne ske på akutpladsen på grund af mangel på sygeplejekompetencer. Samme problematik gør sig gældende i relation til iv-væske; altså, at såfremt der ikke er adgang til tilstrækkelige sygeplejekompetencer, der kan håndtere iv-væske, så kan man ikke nå at rehydrere borgeren indenfor de 48 timer.

Dernæst nævnes de praktiserende lægers manglende viden om projektet og deres tilbageholdenhed med at inkludere patienter (lidt afhængig af geografi) og deraf følgende manglende flow som en væsentlig barriere for projektets outcome. Når der går for lang tid mellem borgerne, bliver det vanskeligt at huske og vedligeholde de særlige kompetencer, især i relation til de telemedicinske løsninger. Det understreges, at de praktiserende læger har været engageret i de borgere, der konkret har været inkluderet i projektet, såvel i relation til behandlingsplaner, som opfølgning.

En anden barriere kan være randomiseringen, hvor en ældre, akut syg borger skal tage stilling til valg mellem ukendte muligheder, som eksempelvis en akutplads; det har været vanskelig at inkludere patienter på grund af risikoen for hospitalsindlæggelse ved randomiseringen. Det beskrives som en belastning for borgeren, at de skulle indlægges samt at borgerne under alle omstændigheder skal ind på sygehuset for at få lagt en plan, om end det kun er i 4 timer; især transporten til og fra sygehuset fremhæves som noget, man gerne vil spare borgerene for.

Der er desuden en barriere i form af egenbetalingen til ophold på akutpladserne, som lovgivningen kræver; ifølge de fagprofessionelle på akutpladserne bør tilbuddet være gratis, såfremt det skal bidrage væsentligt til at reducere antallet af indlæggelser.

Sidst, men ikke mindst, nævnes elektronikken som en væsentlig barriere i projektet, da dette har været besværligt og ressourcetungt og kun er i spil, fordi det har været en del af projektet – men som viste sig ikke at give mening i praksis. Der er desuden det forhold, at telemonitoringen kræver

dobbeltdokumentation, da der ikke har været mulighed for synkronisering til eksisterende dokumentationsplatforme. Så, selvom det virkede, ville det blot komplicere arbejdet.

Hvis de elektroniske løsninger skal bidrage til at reducere antallet af indlæggelser, forudsætter det, at de er enkle og nemme at anvende, at de øvrige samarbejdspartnere (praktiserende læger og speciallæger på sygehuset) er informeret om mulighederne, samt at netadgangen er tilstrækkelig kraftig og hurtig til at imødekomme kravene.

Læringsaspektet er en central faktor for de fagprofessionelle i henholdsvis akutteams og akutpladser. Der er stor enighed om, at projektdeltagelse har bidraget til personlig læring, især i forhold til triagering og fælles sprog. Det nævnes, som en klar forudsætning for at undgå indlæggelser, at borgerne skal identificeres tidligere i forløbet; altså, at de ikke er for dårlige, når de ankommer til akutpladserne, da de 48 timer i givet fald ikke vil være tilstrækkelige.

4.2.4 Overensstemmelse mellem programteoriene

Når de fagprofessionelles programteorier sammenholdes ses generelt stor overensstemmelse i forhold til såvel normativ teori som virkningsteori. I forhold til situationsteorien ses nogen overensstemmelse på tværs af de forskellige aktører, dog adskiller især de praktiserende læger sig fra de øvrige professionelle i en grad, der kan være udtryk for en teorifejl i projektets grundidé.

Situationsteorien, der er problemdefinitionen, og udtrykker aktørernes opfattelse af den uønskede situation før projektstart, beskrives generelt centreret omkring risikoen ved sygehusindlæggelser for målgruppen. Der er enighed om, at det kan være uhensigtsmæssigt at indlægge ældre akutte medicinske patienter på grund af risikoen for sygehusinfektioner og delirium. Der er også generelt enighed om, at samarbejdet mellem praktiserende læger og kommunerne fungerer hensigtsmæssigt og der ikke er behov for ændringer, mens samarbejdet mellem henholdsvis sygehus og praktiserende læger, og sygehus og kommunerne kan forbedres. Forbedringspotentialer ligger i såvel bedre udskrivningsplaner, som bedre diagnostiske muligheder for praktiserende læger og muligheder for rådgivning ved speciallæge fra sygehuset.

I forhold til projektets grundidé er der generelt enighed om, at projektet nødvendigvis må være politisk initieret og primært af interesse for sygehusene, der er præget af overbelastning og reduktion i sengemasserne. Der er til gengæld ikke enighed om det centrale begreb *uhensigtsmæssige indlæggelser*, da de praktiserende læger her i stedet problematiserer de *uhensigtsmæssige udskrivelser*, der er præget af, at sygehuset har vanskeligt ved at rumme ældre medicinske patienters behov med et højt tempo og manglende planer for opfølgning, hvilket fører til *nødvendige indlæggelser*.

Der er således på et overordnet plan enighed om, at det nødvendigvis må være en fordel at minimere antallet af indlæggelser for den ældre akutte medicinske patient, men grundlæggende uenighed om, dels for hvem en indlæggelse er uhensigtsmæssig (for patienten eller systemet), dels hvorfor det kan være nødvendigt at indlægge patienten.

Den normative teori beskriver aktørernes værdier, normer og idealer og her ses generelt set stor overensstemmelse. Der er enighed om, at det er en stor fordel for borgerne, såfremt de kan undgå indlæggelse og forblive i eget hjem eller i nærmiljøet på en akutplads. Der er også enighed om at udskrivelser fra sygehuset kan blive bedre, primært i form af bedre planer for opfølgning efter udskrivelse.

Virkningsteorien er udtryk for aktørernes forestilling om, hvordan problemet løses; altså hvad der skal til, såfremt målet skal nås. Her ses ligeledes generelt overensstemmelse. Aktørerne er enige om, at såfremt indlæggelsesfrekvensen skal reduceres for de ældre akutte medicinske patienter, er det nødvendigt med en udvidet tidsramme udover de 48 timer (især på akutpladsen, da akutteamene blot fortsætter observation og pleje som vanligt, udover de 48 timer). Der er ligeledes enighed om, at de nødvendige faglige ressourcer skal være til stede; dels lægefaglige ressourcer hos de praktiserende læger (flere læger), dels sygeplejefaglige kompetencer i henholdsvis akutteams og på akutpladser. Det er endvidere nødvendigt med bedre og hurtigere diagnostiske muligheder for praktiserende læger, samt enkle og intuitive it-løsninger, ligesom sparring og rådgivning fra speciallæger til praktiserende læger menes at kunne bidrage til at reducere indlæggelsesfrekvensen for målgruppen.

4.2.5 Kontekstuelle faktorer og moderatører

Under afdækning af aktørernes programteorier fremkommer dels en række kontekstuelle forhold, der er forudsætninger for at ACCESS-projektet skal lykkes, dels forhold, der udgør barrierer eller er moderatører i forhold til målopfyldelse.

Som en grundlæggende forudsætning for at et projekt som ACCESS skal lykkes beskrives motivation, engagement og lokal opfølgning, mens manglende ejerskab og en oplevelse af ikke at være inddraget i projektudviklingsforløbet er udtalte barrierer for projektet, især i relation til de praktiserende læger.

På samme vis kan en udtalt skepsis fra de praktiserende læger i forhold til projektets grundlag: omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser, blive en væsentlig barriere; i særdeleshed fordi de praktiserende læger skulle medvirke til at inkludere patienter i projektet. Manglende tid og

manglende ressourcer (lægefaglige kompetencer) hos de praktiserende læger er væsentlige barrierer for gennemførelse, mens tilstrækkelige sygeplejefaglige og lægefaglige kompetencer er forudsætninger for målopfyldelse.

I forhold til det aspekt, at behandleransvaret flyttes fra sygehus til lægepraksis er det en klar forudsætning, at såvel tidsmæssige, ressourcemæssige og juridiske forhold er afklaret. Der efterlyses desuden redskaber som hotline til speciallæger på syghuset, flere valgmuligheder i kommunalt regi (akutplads, akutteam), samt flere og hurtigere diagnostiske muligheder for praktiserende læger.

En anden grundforudsætning er, at det er muligt at identificere den rette målgruppe for projektet, hvilket har vist sig som en udfordring for især de praktiserende læger. Såvel de praktiserende læger, der har deltaget i projektet, som de, der ikke har inkluderet patienter (frafaldsanalysen), angiver vanskeligheder ved at identificere relevante borgere. Der er delte meninger om, hvorvidt dette var forventeligt eller overraskende.

Enkle og intuitive it-løsninger, gerne med datadeling, så dobbeltdokumentation ikke er nødvendigt, beskrives som en forudsætning for, at projektet lykkes. På samme vis bliver de komplekse og kontraintuitive it-løsninger, der er valgt til projektet, samt utilstrækkelig og langsom netadgang barrierer, der modvirker målopfyldelse. Såfremt it-løsningerne skal bidrage til opgaveløsning er det ligeledes en forudsætning, at eksempelvis speciallægerne fra sygehuset er informeret om og parate til at yde telefonvejledning og –sparring.

I relation til borgerne er det en forudsætning, at de bliver informeret tilstrækkeligt om muligheder og konsekvenser ved deltagelse, herunder randomisering og egenbetaling, hvorfor det igen er en forudsætning at hjemmesygeplejen og de praktiserende læger er godt informeret om projektets delelementer. En anden forudsætning i relation til borgerne er dels, at disse har stabile sociale forhold, så pleje og behandling kan håndteres i hjemmet, dels at de identificeres før, de bliver så dårlige, at de ikke kan stabiliseres tilstrækkeligt indenfor tidsrammen på 48 timer. Det beskrives som en forudsætning, at tidsrammen på især akutpladserne udvides til eksempelvis tre døgn.

Der er også rent praktiske forhold, der skal afklares, såfremt projektet skal lykkes, herunder betaling for og udlevering af medicin, venflons og infusionsvæsker ved behandling i eget hjem, samt transport til og fra akutplads.

Slutteligt har selve projektudfærdigelsen vist sig som en væsentlig barriere i relation til ACCESS-projektet. Fra projektledelsens side er der en oplevelse af, at alle aktører er taget med på råd i processen, mens de praktiserende generelt set føler sig kørt over ende af et projekt, der udspringer fra sygehuset, og som de oplever, er den part, der primært profiterer af projektet, mens det er primærsektor, der skal ændre praksis – især praktiserende læger.

4.2.6 Bortfaldsanalyse, praktiserende læger

Af de 20 læger, der blev udtaget til bortfaldsanalysen på baggrund af, at de ikke har inkluderet patienter i ACCESS-projektet, er der interviewet i alt 12, heraf fire fra henholdsvis Aabenraa og Tønder og to fra henholdsvis Sønderborg og Haderslev. En af de kontaktede læger var gået på pension, en havde ferie, en var syg i en længere periode, og to læger var ikke længere tilknyttet den pågældende klinik. Det har ikke været muligt at træffe de resterende tre i dataindsamlingsperioden, trods flere opkaldsforsøg.

Af de 12 interviewede læger har fem deltaget i informationsmøderne, der blev afholdt forud for projektstart; to var forhindret i at deltage og fem fravalgte deltagelse. De, der bevidst fravalgte at deltage i informationsmøderne begrundede det med, at der dels er for mange møder, dels for mange projekter og man derfor er nødt til at prioritere sin tid.

De interviewede siger samstemmende, at ideen med ACCESS-projektet er god; at der er behov for en indsats i forhold til de ældre akutte medicinske patienter, og flere har haft et ønske om at deltage aktivt i projektet, men har ikke været i stand til at identificere de relevante borgere til projektet. Der er en fælles oplevelse af, at projektet er et politisk projekt, der handler om at sygehuset skal spare penge, mens der ikke bliver taget hensyn til arbejdspresset hos de praktiserende læger. Tid og ressourcer er en væsentlig faktor for ikke at inkludere patienter i projektet for de adspurgte læger.

Enkelte nævner, at projektet er meget kompliceret og vanskeligt at applicere i en travl hverdag; i Haderslev og Sønderborg har man i stedet gjort brug af akutteamene, da det opleves enklere. Det nævnes endvidere, at tilbuddet om en akutplads (i Tønder og Aabenraa) opleves som et "sekunda-tilbud", altså et tilbud, der er dårligere en vanlig praksis, hvilket man ikke vil tilbyde de ældre borgere, ligesom randomiseringen også nævnes som en barriere for deltagelse i projektet.

4.3. Diskussion

ACCESS-projektet kan betragtes som et forsøg på at udmønte den form for sektorneutralitet, der internationalt beskrives som *intermediate care*. Der er internationalt set ikke en entydig begrebsafklaring af *intermediate care*, men synes overordnet set at være et produkt af en politisk dagsorden begrundet i et ønske om at nedbringe antallet af u hensigtsmæssige hospitalsindlæggelser; der er således ikke entydig evidens for effekten af *intermediate care*[40].

4.3.1 Realitetstest

ACCESS-projektet har nu været afprøvet i en projektperiode og interviewene til den programteoretiske analyse er udført i projektperiodens sidste to måneder. Der er resultater fra den programteoretiske analyse, der indikerer, at de forventede årsags-virkningskæder ikke entydigt har fungeret efter hensigten, hvilket kan betyde, at der kan være såvel teorifejl, som implementeringsfejl indlejret i ACCESS-projektet.

Uoverensstemmelsen mellem de centrale aktørers situationsteori med hensyn til ACCESS-projektets centrale fokus på u hensigtsmæssige indlæggelser viser en grundlæggende diskrepans, der kan være medvirkende til, at det forventede antal borgere ikke kunne inkluderes i projektperioden, trods en nedjustering af projektdesign og en forlængelse af projektperioden. De praktiserende læger har været tilskrevet en central rolle i projektet i form af identifikation og inklusion af patienter, men da de grundlæggende har været uenige i projektets berettigelse er den forventede effekt udeblevet; altså en teorifejl.

Det er også bemærkelsesværdigt, at de redskaber, de praktiserende læger efterspørger, såfremt de skal medvirke til at holde borgerne i eget hjem eller på en akutplads fremfor en hospitalsindlæggelse er hotline til speciallæge på sygehuset, flere og hurtigere diagnostiske muligheder, samt forskellige kommunale plejetilbud at vælge imellem. Disse tiltag minder i udstrakt grad om de tilbud, der er i ACCESS-projektet, men i afdækningen de praktiserende lægers virkningsteori fremstår disse som ressourcekrævende og mindre meningsfulde. Dette kan indikere, at der er tale om en implementeringsfejl. Samtidig fremstår nogle af aktørerne, især de praktiserende læger, splittede i relation til ACCESS-projektet; der er generel enighed om, at selve ideen i at undgå sygehusindlæggelse for den ældre akutte medicinske patient er god, mens der samtidig er en udtalt skepsis overfor projekt, der i de praktiserende lægers øjne fremstår som en politisk dagsorden i form af opgaveglidning fra sekundær til primær sektor, hvilket understøtter mistanken om en implementeringsfejl.

4.3.2 Implementering

Forud for implementering af større organisatoriske tiltag kan det være meningsfuldt at gennemføre et feasibility-studie (forstudie), der kan bidrage med viden om såvel aftagergruppen som centrale aktører. Et feasibility-studie anbefales, når der eksempelvis er flere sektorer i spil, når der ikke er entydig evidens for en specifik intervention, når tidligere lignende studier ikke har været genstand for systematisk forskning, eller når tidligere lignende interventioner ikke er implementeret entydigt succesfuldt[41]. Et feasibility-studie vil generelt set kunne bidrage med viden om accept (både hos målgruppen og hos centrale aktører), behov for den pågældende intervention, implementering (udfordringer), praktiske forhold (kan det overhovedet lade sig gøre i det pågældende design), tilpasning (hvilke tilpasninger kræves af eksisterende systemer), integration (hvordan integreres interventionen i eksisterende systemer), overførbarehed (til andre målgrupper og små-skala-tests, tests med mindre ambitiøse mål, eller test i en mindre population (convenience sample))[41]. Et feasibility-studie kan således give til et solidt beslutningsgrundlag, når større organisatoriske projekter designes og på den måde medvirke til fastsættelse af realistiske projektmål, effektiv udnyttelse af projektmidler og foregribe eventuel modstand hos aktører.

Alternativt kan man fokusere på forandringsparathed. Ifølge Wise et al. er der to centrale begreber i forandringsparathed: motivation og capability. Motivation er aktørernes samlede villighed og engagement til at gå ind i en given organisatorisk forandring, mens capability udtrykker aktørenes oplevede evner og muligheder for at gennemføre forandringen, eller arbejde effektivt under forandringen[42]. En undersøgelse af disse felter forud for projektstart kan medvirke til at identificere eventuel modstand mod den aktuelle forandring og eventuelle svage led i organisationen, der kræver en særlig indsats i implementeringsfasen.

En tredje mulighed er at analysere processen i lyset af Lorenzi's model for organisatoriske forandringer, herunder vurdere hvorvidt manglende målopfyldelse eller implementeringsudfordringer kan begrundes i hardware, software, eller peopleware[43;44]. I et projekt som ACCESS kan der på baggrund af den programteoretiske analyse være basis for at identificere udfordringer indenfor alle tre felter. Aktørerne har beskrevet de valgte it-løsninger som kontraintuitive og komplekse, foruden generelle problemer med langsom og manglende netværksadgang. Ifølge Lorenzi kan manglende succes med it-løsninger skyldes modstand mod forandringer (peopleware), som oftest begrundet i: pres i forbindelse med at skulle udvikle nye færdigheder; frygt for at virke dum eller inkompetent indenfor de nye områder; frygt for tab af

professionel status; pres i forbindelse med ledelsens forventning om bedre præstationer og mere effektivitet; pres i forbindelse med ledelsens forventning om færre fejl pga. bedre kontrolmuligheder; pres i forbindelse med angsten for at blive overflødig og miste jobbet pga. teknologien[43;44].

4.3.3 Metodeovervejelser

Den programteoretiske analyse er primært baseret på interviews af centrale aktører, suppleret med en dokumentgennemgang. Der er stor variation i repræsentativiteten af de enkelte aktørgrupper. Projektledelsen består af to personer, der begge er interviewet. I forhold til de kommunale tilbud er der interviewet henholdsvis to sygeplejersker fra hvert akutteam (Sønderborg og Haderslev), samt tre nøglepersoner fra akutpladserne (Aabenraa og Tønder). Så selv om der er flere tilknyttet i hver kommune, er der alligevel en relativ stor repræsentativitet. Det samme gør sig gældende i relation til speciallægerne på sygehusene, hvor alle centrale aktører har deltaget i interview. Men i forhold til de praktiserende læger er repræsentativiteten lav. Der er ved projektafslutning registreret 166 praktiserende læger i de deltagende kommuner, hvoraf otte er interviewet, hvilket må betegnes som en ringe repræsentativitet. Omvendt var der stor overensstemmelse mellem informanternes udsagn og således datamætning allerede efter få interviews med praktiserende læger. På samme vis har de praktiserende læger, der ikke har inkluderet patienter (interviewet i frafaldsanalysen) givet udtryk for de samme overvejelser og holdninger til ACCESS-projektet som de læger, der har inkluderet patienter. Den programteoretiske analyse vurderes derfor at være så solid, såvel i relation til intern som ekstern validitet, at der kan udledes generelle anbefalinger til udvikling af en generisk model på området.

4.4. Sammenfatning

Gennem den programteoretiske analyse er der identificeret en række kontekstuelle faktorer og moderatorer, foruden tegn på såvel teorifejl som metodefejl i relation til ACCESS-projektet og på baggrund af dette kan der udledes en række opmærksomhedspunkter. Men forud for dette vil det være rimeligt at give plads til nogle af de mere positive nuancer, aktørerne er fremkommet med, men som ikke fungerer som hverken en grundlæggende forudsætning eller en barriere for målopfyldelse. Det gode samarbejde mellem hjemmesygeplejen og de praktiserende læger fremhæves igen og igen, ligesom de praktiserende lægers engagement i og kendskab til de enkelte borgere også fremhæves af hjemmesygeplejen som medvirkende til at mange pleje- og

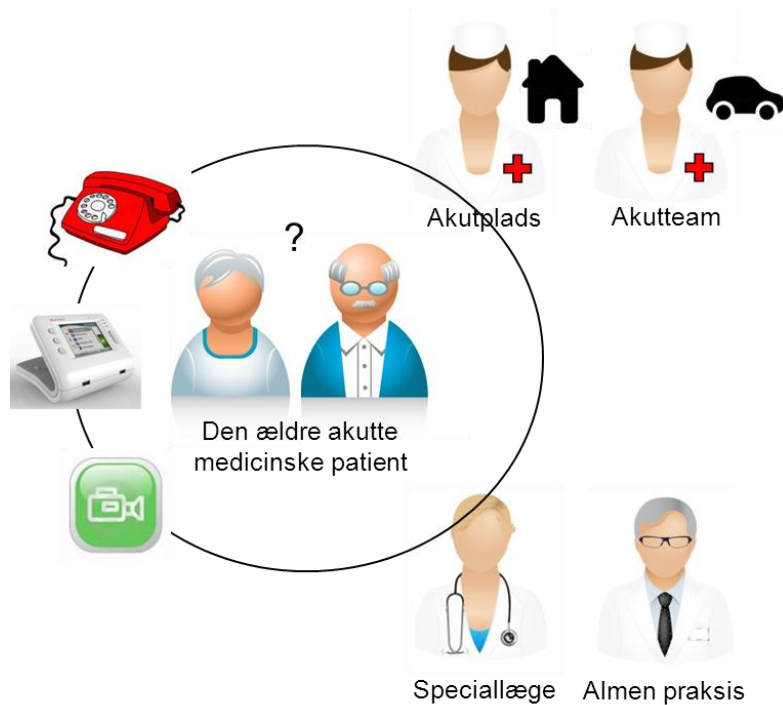
behandlingsopgaver kan håndteres i hjemmet eller på en akutplads. Der er ingen af de interviewede praktiserende læger (hverken i den programteoretiske analyse eller i bortfalds-analysen), der angiver manglende tillid til den kommunale sygeplejes kompetencer som begrundelse for manglende inklusion af borgere til ACCESS-projektet; tværtimod udtrykkes der generelt set stor tillid til hjemmeplejen. Hjemmesygeplejen fremhæver samstemmende læringsaspektet i forbindelse med ACCESS-projektet; især i relation til triagering og fælles sprog.

På baggrund af den programteoretiske analyse fremhæves følgende opmærksomhedspunkter ved eksempelvis en driftliggørelse af ACCESS-projektet, eller udvikling af en generisk model for intermediate care:

- Ejerskab og forankring hos alle centrale interessenter gennem fælles mål
- Lokal projektledelse
- Tilstrækkelig og kontinuerlig information og support
- Klare aftaler om behandleransvar, tidsforbrug og ressourcer til den specifikke indsats
- Eventuelle it-løsninger skal være meningsfulde, intuitive og enkle i anvendelse, ligesom der skal være tilstrækkelig (dækkende og hurtig) netadgang
- Klare aftaler om praktiske forhold, herunder medicinsk udstyr, medicin, egenbetaling, transport
- Fokusering på og afgrænsning relevant af målgruppe, herunder opmærksomhed på, at målgruppen kan være for komorbid og socialt sårbar til at profitere optimalt af en indsats

Derudover anbefales det at gennemføre et feasibility-studie forud for en driftsfase.

Diskussion og konklusion Kapitel 5



Udarbejdet af:

Helene Skjøl-Arkil, postdoc, ph.d.

Christian Backer Mogensen, forskningsleder, overlæge, lektor, ph.d.

Enheden for Akutforskning, Sygehus Sønderjylland

5. Diskussion og konklusion

5.1. Resume af resultater fra kapitel 2, 3 og 4

ACCESS-projektet var tilrettelagt som et randomiseret klinisk forsøg, hvor den primære effektparameter var antallet af indlæggelser indenfor 7 dage afhængigt af om et akut medicinsk speciallægeambulatorium eller den praktiserende læge stod for det akutte forløb. Samtidig blev dødelighed, mentale og fysiske ændringer, samt patient- og pårørendetilfredshed undersøgt som sekundære effektparametre for begge tilbud. De indsamlede data anvendtes også til at vurdere hvilken betydning henholdsvis et kommunalt akutteam og akutpladser havde på de samme effektparametre. Evalueringen af hotline, telemonitorering, videokommunikation, samt en analyse af processen omkring udvikling og implementering af de konkrete interventioner i ACCESS skete i form af kvalitative undersøgelser. I disse undersøgelser indgik interviews af i alt 31 personer (projektledere, leverandører, praktiserende læger, kommunale ledere, kommunale sygeplejersker, praktiserende læger og sygehusspeciallæger samt patienter).

Hovedresultaterne var

- I. Der blev inkluderet langt færre patienter end forventet, i alt 131 patienter. Der var tydelige kommunale forskelle, således at der i kommuner med veletablerede kommunale akuttilbud (både akutteams og akutpladser) efter en periode stort set ikke blev inkluderet flere patienter, som udtryk for en klar accept af disse tilbud og man ønskede at bruge disse udenom projektet, mens der skete en klar stigning i én kommune efter at det lokale sygehus lukkede. Sammenholdt med den akutte indlæggelsesfrekvens i de forskellige kommuner havde ACCESS projektet kun en marginal effekt på det samlede antal af akutte indlæggelser i denne aldersgruppe.
- II. ACCESS tilbuddet blev benyttet af overvejende kvinder, med en median alder på 84 år, som boede alene og havde daglig hjælp i hjemmet. Vurderet ud fra triage var disse patienter lige så syge som patienter der blev indlagt. Der er således tale om en ældre og ressourcervag gruppe, som har benyttet ACCESS tilbuddet.
- III. I langt de fleste tilfælde var det den kommunale sygepleje som identificerede og inkluderede patienterne.
- IV. Sygehusets medicinske speciallæger indlagde næsten halvdelen af alle patienterne umiddelbart efter undersøgelse i akutambulatoriet, mens de praktiserende læger kun indlagde en fjerdedel.

- V. Der var ingen forskel på hvor hurtigt patienterne kom sig fysisk eller mentalt, hvor mange der døde eller på patienternes eller de pårørendes tilfredshed. Det kan være udtryk for, at de to forskellige lægetilbud ikke anses for at have indflydelse på dødelighed, mental eller fysisk restituering eller tilfredshed, men kan også skyldes at der er for få patienter inkluderet i undersøgelsen til at vise reelle forskelle.
- VI. Der var en høj dødelighed de følgende måneder efter inklusion, idet næsten 1/5 af alle patienter i denne undersøgelse var døde indenfor 3 måneder.
- VII. Der var ikke forskel på de kommunale akuttilbud, akut team versus akutplads, med hensyn til indlæggelse indenfor de næste 7 dage. Der var heller ikke signifikant forskel på, hvor hurtigt man kom sig mentalt og fysisk eller på dødelighed. Disse resultater kan være udtryk for at de to kommunale akuttilbud er ligeværdige med hensyn til at undgå indlæggelser og sikre en lige god bedring i tilstand, men kan også skyldes at der er for få patienter inkluderet i undersøgelsen til at vise reelle forskelle.
- VIII. De største risikofaktorer for indlæggelse indenfor 7 dage er, hvis forløbet foregår via sygehusets akutambulatorium og hvis man er mand. Hver for sig, mere end fordobler begge faktorer sandsynligheden for indlæggelse.
- IX. En fjerdedel af ACCESS-patienterne havde behov for et længere ophold på akutpladsen end 48 timer, mens en femtedel havde behov for mere hjælp i hjemmet efter 48 timer i kommunerne med akutteam.
- X. De kommunale sygeplejersker havde anvendt hotlinen til sygehusets speciallæge i 11 % af de telemedicinske patientforløb. Den begrænsede brug af hotlinen antages at skyldes flere forskellige forhold, dels at sygeplejerskerne ikke har haft et reelt behov for at kontakte den medicinske speciallæge, dels at man ikke havde været opmærksom på muligheden.
- XI. Det afrapporterede brug af videokonferencen sammenholdt med sygeplejerskernes udsagn viste, at videokonferencen ikke har været anvendt en eneste gang i projektperioden, dels pga tekniske vanskeligheder, dels pga. manglende behov for denne kommunikationsmåde og dels fordi det ikke var lykkedes med at kommunikere formål og vigtigheden af dette element til brugerne.

- XII. Vedrørende telemonitoreringen af patienterne, oplevede sygeplejerskerne store tekniske problemer og efterfølgende opgørelse viste, at kun 1 ud af 10 værdier var delt automatisk. De resterende målte værdier blev indtastet manuelt i såvel den fælles portal, som det kommunale omsorgssystem, hvilket har medført dobbeltregistrering. Portalen blev ikke brugt som samarbejdsplatform i projektet. I stedet har kommunikationen mellem de kommunale sygeplejersker og de medicinske speciallæger fungeret via allerede etablerede kommunikationskanaler.
- XIII. Evalueringen af den telemedicinske del af projektet kan, på baggrund af de praktiske udfordringer med anvendelsen heraf, ikke lægges til grund for håndfaste konklusioner vedrørende telemedicinske løsningers anvendelighed i akutfunktioner.
- XIV. Der er blandt de praktiserende læger en bred oplevelse af, at det vil være godt at undgå hurtige indlæggelser i denne aldersgruppe, men at man ikke ønsker at stille de ældre borgere dårligere, og at "uhensigtsmæssige" indlæggelser snarere er i forhold til økonomi og rammeaftaler end borgernes behov, Projektet ses derfor også som et politisk projekt og et sygehusprojekt, der vil flytte opgaver fra sygehus til primær sektor og fra læger til sygeplejersker
- XV. De praktiserende læger har haft vanskeligt ved at identificere relevante borgere til projektet. Randomiseringen har bidraget til dette, ligeledes geografiske afstande hvis patienten blev flyttet til et center.
- XVI. Tidsrammen for færdigbehandling bør øges fra 2- 3 døgn, ligesom der skal være mulighed for hurtig diagnostik, ekstra ressourcer til praktiserende læger og et velfungerende tværsektorielt samarbejde, hvis antallet af indlæggelser skal reduceres.
- XVII. Sygehusets speciallæger angiver, at hvis målet om færre indlæggelser skal imødekommes kræver det en indsats i forhold til de praktiserende læger i form af bedre telefonrådgivning, sub-akutte ambulante tider på sygehuset og opkvalificering af personale i primær sektor.
- XVIII. Blandt projektets aktører beskrives samarbejdet i ACCESS som positivt og udviklende, der øger opmærksomheden på interne og eksterne overgange herunder det lægelige ansvar, på hvordan et godt patientforløb understøttes organisatorisk, og hvor relationel koordinering og kendskab på tværs giver gode patientforløb. ACCESS har endvidere været med til at løfte de sundhedsfaglige basiskompetencer og bidraget til et fælles sprog.

5.2. Hvor blev patienterne af?

Baseret på de akutte indlæggelsestal fra 2012 på Sygehus Sønderjylland blev det vurderet, at de unødvendige indlæggelser skulle findes blandt +65-årige med akut indlæggelse i praktiserendes læges åbningstid og indlæggelsesvarighed under 48 timer. Hvis 25% af disse kunne konverteres til ambulante forløb, ville der være næsten 900 potentielle patienter til ACCESS. Opgørelser efterfølgende viser at et tilsvarende antal indlæggelser også findes i 2014.

ACCESS-projektet viser at det overvejende er kvinder, som bor alene, er over 80 år gammel og/eller har daglig hjælp, der er målgruppen. Det kunne tyde på, at akutteam eller akutplads ikke er det naturlige alternativ til indlæggelse for en del af den gruppe af ældre som har kortvarige indlæggelser, enten fordi indlæggelsen reelt har været nødvendig eller fordi man kan klare sig ved egne eller familiære ressourcer derhjemme uden ekstra hjælp eller flytning til et center.

Behovet for et øget kommunalt akuttilbud vurderes dog at være større end inklusionen i ACCESS lader antyde, idet de kommunale tilbud blev brugt ganske flittigt udenom projektet efterhånden som tilliden og anerkendelsen voksede i befolkningen og blandt lægerne. Der er heller ingen tvivl om at selve inklusionsmåden i projektet, via betydelig information, skriftlig accept og randomisering har været ressourcekrævende og bevirket en lavere deltagelse, end der ellers ville blive set.

Det bemærkes også, at et stigende antal læger benyttede projektet i forløbet, og at det nok først og fremmest er de kommunale sygeplejersker som identificerer de potentielle borgere med behov for akut ekstra hjælp.

Samlet vurderes det, at den potentielle gruppe til øget kommunal hjælp, som derved undgår en akut indlæggelse er større end ACCESS-projektet antyder, men også mindre end sygehusstatistikken antyder.

5.3. Bør et akutambulatorium indgå i fremtidige planer?

Trods den lettere adgang til at stille en velunderbygget diagnose og den observationstid, der var i akutambulatoriet, resulterede det ikke i færre indlæggelser end når den praktiserende læge selv skulle stille diagnose og iværksætte behandling. Tværtimod fordoblede det sandsynligheden for indlæggelse at blive undersøgt på akutambulatorium.

Der nævnes i interviewene en række årsager hertil. De medicinske speciallæger kender ikke til de kommunale akutsygeplejerskers kompetencer og tilliden er ikke opbygget i samme grad som mellem egen læge og de kommunale sygeplejersker, hvorfor sygehusbaseret speciallæge

foretrækker at patienten er i et velkendt regi dvs. sygehusindlæggelse. Endvidere har den praktiserende læge et bredere helhedssyn på patienten. Den praktiserende læge kender således ofte deres patienters privatliv og ressourcer til at håndtere sygdomsforløbet bedre end den modtagende sygehuslæge, der måske ser patienten for første gang. Vedkommende kender sin patient og dermed også de ressourcer patienten har til at kunne håndtere situationen. Dette spiller ind på valget af behandlingssted, mens sygehuslægen fokuserer mere på den akutte sygdom. Desuden var det indtrykket, at et stort arbejdspress på sygehuset ofte førte til, at det var lettere for speciallægen at indlægge patienten, og dermed dele arbejdsopgaverne omkring patienten end ved selv at skulle færdiggøre notater, behandlingsplaner, information og recepter med mere som var kravet, hvis patienten skulle fortsætte i et kommunalt akuttilbud.

Det skal dog bemærkes, at hvis praktiserende læger i større omfang skal til at håndtere akutte patienter med kommunal back-up som alternativ til indlæggelse, vil det kræve et stærkere samarbejde med sygehus og kommuner samt større ressourcetræk i almen praksis end i dag. I ACCESS blev det løst gennem aftaler om passende honoreringer, laboratorieserviceordninger og tydelige informationsaftaler mellem parterne. Det anbefales, at der tages højde herfor også i fremtidige aftaler mellem praktiserende læger og kommunale akuttilbud, hvis akutte indlæggelser skal undgås.

5.4. Hvilket kommunalt akuttilbud kan ACCESS anbefale?

Efter korrektion for aldersfordeling og befolkningstæthed er der ingen forskel i hyppighed i anvendelsen af de kommunale akuttilbud - akutplads eller akutteam - ligesom der heller ikke, men med forbehold for lav statistisk styrke, er en forskel i indlæggelsesfrekvens, dødelighed, fysisk og mental restituering eller tilfredshed. Umiddelbart kan det ene tilbud derfor ikke anbefales frem for det andet.

Der er ikke foretaget en sundhedsøkonomisk vurdering af tilbuddene. Dette vil blive gjort efterfølgende, men en forskel i omkostninger kunne være afgørende for en eventuel anbefaling.

Det er et klart indtryk, at det er lettere at få borgeren til at acceptere et akutteam i hjemmet end flytning til en akutplads. 15km's reglen for de praktiserende læger bør indgå i de kommunale overvejelser, hvis man påtænker at organisere sig med akutplads. For geografisk store kommuner, kan etablering af akutteam være en udfordring pga. de store afstande akutsygeplejersken skal køre.

Der er en forventning fra de praktiserende læger om, at den faglige kvalitet er på sygeplejeniveau og døgndækkende på akutpladser, hvis tilliden til dette tilbud skal etableres. Der er ligeledes en forventning om, at der kan etableres og vedligeholdes iv-adgang på akutpladserne af personalet.

Der ses også en forskel i sygdomsspektret i ACCESS-patienterne, således at patienterne der plejes af akutteam er mere syge, oftere med forværring i KOL og pneumoni og de er yngre, end patienterne på akutpladserne. Det kunne indikere at akutteam-tilbuddet vil ramme en større målgruppe og en mere indlæggelses-truet gruppe end akutpladstilbuddet, hvor akutpladserne omvendt rummer døgndækning.

Endelig skal det bemærkes, at selv om næsten halvdelen af borgerne kan klare sig selv efter 48 timer, var det et betydeligt behov for forlængelse af et øget kommunalt tilbud ud over 48 timer, og der bør tages højde for dette i planlægningen af fremtidige kommunale akuttilbud. At blive bedre til at udskrive borgerne hurtigere fra akutpladserne kræver øvelse og erfaring, og vil med tiden forbedres (som det også erfares få de nye fælles akutmodtagelser). Behovet for længerevarende akuttilbud vil derfor kunne reduceres med tiden.

5.5. Er teknologi løsningen for akutte patienter?

De teknologiske erfaringer i ACCESS er nedslående. Videokommunikation og anvendelsen af automatisk transmittede vitalværdier blev ikke anvendt, primært pga betydelige tekniske problemer, men også fordi man blandt de fagprofessionelle ikke oplevede et behov for disse løsninger og ikke kendte til værdien af den. I stedet blev der brugt velkendte veje: skriftlig og telefonisk kommunikation herunder ISBAR, som de kommunale sygeplejersker var blevet undervist i projektet. Disse veje fungerede.

ACCESS projektet kan således ikke vurdere, hvor meget teknologiske løsninger kan betyde i forhold til de målte effektparametre, men må nøgternt konstatere, at selv uden disse løsninger kan det lade sig gøre at kommunikere professionelt omkring patienterne.

Derimod er der rig erfaring i ACCESS projektet på, at sub-optimale teknologiske løsninger er værre end ingen løsninger, idet de fremkalder frustration, tidsspilde og øger risikoen for manglende accept af øvrige nye tiltag. Det anbefales derfor til fremtidige projekter hvori IT løsninger er delelementer, at sikre at disse tiltag er gennemprøvede og fungerer, er enkle i anvendelse, intuitive og samtidig imødekommer et behov hos brugerne.

5.6. Begrænsninger i ACCESS projektet

ACCESS projektet er det største forskningsbaserede interventionsprojekt, der er gennemført i Danmark i krydsfeltet mellem kommuners, sygehuses og praktiserende lægers organisation af det akutte patientforløb for den ældre medicinske patient. Styrken i projektet er, at det er udført i fire kommuner, 3 sygehusmatrikler og med deltagelse af mange praktiserende læger i et design der ligner hverdagens muligheder meget. Det gør den eksterne validitet høj.

Men ACCESS-projektets resultater er begrænset af en række vigtige faktorer. Den heterogene sammensætning af deltagere i projektet og patienter svækker den interne validitet, dvs, om tests, indikationer for indlæggelse med mere er foretaget på præcis samme måde i alle patientforløb. Det er næppe tilfældet, men randomiseringen vil fordele disse usikkerheder ligeligt.

Målgruppen er ældre patienter, som bliver akut syge, men som kan håndteres indenfor almen praksis åbningstid, og kan således ikke sige noget om hvordan denne patientgruppe håndteres i aften eller i weekender,

Analyserne begrænses af, at der har været inkluderet færre patienter end beregnet, og det har derfor ikke været muligt at lave stratificerede analyser, dvs f.eks. om der vil være forskelle på akutambulatorium og egen læge, hvis kun patienter i det kommunale akutpladstilbud blev analyseret. Gennem multivariat analyser er der alligevel forsøgt at give et bud på dette og der fandtes ingen forskelle, hvorfor det er usandsynligt at der ville komme væsentligt andre resultater fra ACCESS-projektet selv om inklusionen havde nået det ønskede antal. Derimod er det langt vanskeligere at sige noget om hvorvidt de manglende forskelle i dødelighed, fysisk og mental restitution er udtryk for reel ligeværd mellem tilbuddene eller blot udtryk for lav statistisk styrke, og der kan ikke ud fra undersøgelsen konkluderes herpå.

5.7. Organisatorisk forskning

ACCESS-projektet har givet bidrag til den organisatorisk forskning i akutte patientforløb på tværs af sektorer og vil kunne danne basis for de kommende års planlægning af akuttilbuddene til den ældre medicinske patient i såvel almen praksis, kommuner som på sygehusene.

Resultaterne vil danne grundlag for en række videnskabelige publikationer i peer-reviewed engelsksprogede fagtidsskrifter. Resultaterne vil også danne grundlag for oplæg til videnskabelige kongresser indenfor de forskellige faggrupper. Den forskningsmæssige forankring af projektet udføres med tilknytning til Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Regional Sundhedsforskning, Center Sønderjylland.

6. Litteraturhenvising

1. Waterson P, Eason K, Tutt D, Dent M. Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: current barriers and future challenges. *Work* 2012; 41 Suppl 1:4490-4493.
2. Toscan J, Mairs K, Hinton S, Stolee P. Integrated transitional care: patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *Int J Integr Care* 2012; 12:e13.
3. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(3):222-235.
4. Ploeg J, Brazil K, Hutchison B, Kaczorowski J, Dalby DM, Goldsmith CH et al. Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 340:c1480.
5. Lafortune L, Beland F, Bergman H, Ankri J. Health status transitions in community-living elderly with complex care needs: a latent class approach. *BMC Geriatr* 2009; 9:6.
6. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. 2012.
7. Broens TH, Huis in't Veld RM, Vollenbroek-Hutten MM, Hermens HJ, van Halteren AT, Nieuwenhuis LJ. Determinants of successful telemedicine implementations: a literature study. *J Telemed Telecare* 2007; 13(6):303-309.
8. Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey in eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volumen 2). *Healthcare informatics research* 2012; 18(2):153-155.
9. Obstfelder A, Engeseth KH, Wynn R. Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implement Sci* 2007; 2:25.
10. Danske Regioner. National handlingsplan for udbredelse af telemedicin. 1. 2012.
11. Region Syddanmark. Vejledning om Den Ældre Medicinske Patient. 2014.
12. Jarrett PG, Rockwood K, Carver D, Stolee P, Cosway S. Illness presentation in elderly patients. *Arch Intern Med* 1995; 155(10):1060-1064.
13. Miller EA, Weissert WG. Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Med Care Res Rev* 2000; 57(3):259-297.
14. Sleiman I, Rozzini R, Barbisoni P, Morandi A, Ricci A, Giordano A et al. Functional trajectories during hospitalization: a prognostic sign for elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(6):659-663.
15. Rikli RE, Jones CJ. Senior fitness test manual. Champaign, IL: Human Kinetics; 2001.

16. Rikli RE, Jones CJ. Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. *Gerontologist* 2013; 53(2):255-267.
17. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger. 27-2-2013. Sundhedsstyrelsen.
18. Macri EM, Lewis JA, Khan KM, Ashe MC, de Morton NA. The de Morton mobility index: normative data for a clinically useful mobility instrument. *J Aging Res* 2012; 2012:353252.
19. Davenport SJ, de Morton NA. Clinimetric properties of the de Morton Mobility Index in healthy, community-dwelling older adults. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92(1):51-58.
20. de Morton NA, Davidson M, Keating JL. The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:63.
21. de Morton NA, Brusco NK, Wood L, Lawler K, Taylor NF. The de Morton Mobility Index (DEMMI) provides a valid method for measuring and monitoring the mobility of patients making the transition from hospital to the community: an observational study. *J Physiother* 2011; 57(2):109-116.
22. de Morton NA, Meyer C, Moore KJ, Dow B, Jones C, Hill K. Validation of the de Morton Mobility Index (DEMMI) with older community care recipients. *Australas J Ageing* 2011; 30(4):220-225.
23. Franke WD, Margrett JA, Heinz M, Martin P. Handgrip strength, positive affect, and perceived health are prospectively associated with fewer functional limitations among centenarians. *Int J Aging Hum Dev* 2012; 75(4):351-363.
24. Bodilsen AC, Pedersen MM, Petersen J, Beyer N, Andersen O, Smith LL et al. Acute Hospitalization of the Older Patient: Changes in Muscle Strength and Functional Performance During Hospitalization and 30 Days After Discharge. *Am J Phys Med Rehabil* 2013.
25. Roberts HC, Syddall HE, Sparkes J, Ritchie J, Butchart J, Kerr A et al. Grip strength and its determinants among older people in different healthcare settings. *Age Ageing* 2013.
26. Gerson LW, Counsell SR, Fontanarosa PB, Smucker WD. Case finding for cognitive impairment in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med* 1994; 23(4):813-817.
27. Katzman R, Brown T, Fuld P, Peck A, Schechter R, Schimmel H. Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 1983; 140(6):734-739.
28. Joseph V, West RM, Shickle D, Keen J, Clamp S. Key challenges in the development and implementation of telehealth projects. *J Telemed Telecare* 2011; 17(2):71-77.
29. May C, Finch T, Mair F, Ballini L, Dowrick C, Eccles M et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:148.

30. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *Int J Med Inform* 2010; 79(11):736-771.
31. Kidholm K, Ekeland AG, Jensen LK, Rasmussen J, Pedersen CD, Bowes A et al. A model for assessment of telemedicine applications: mast. *Int J Technol Assess Health Care* 2012; 28(1):44-51.
32. Drummond M, Griffin A, Tarricone R. Economic evaluation for devices and drugs--same or different? *Value Health* 2009; 12(4):402-404.
33. McLeod L, Doolin B. Information systems development as situated sociotechnical changes: a process approach. *European Journal of Information Systems* 2012; 21(2):176-191.
34. Kvale S, Brinkmann S. Interview: Itroudktion til et håndværk. 2 ed. København: Hans Reitzel; 2009.
35. Birkemose M. Evaluation of the telemedicine part in the ACCESS project - Learning from the development and implementation process. 2015.
36. Zanaboni P, Knarvik U, Wootton R. Adoption of routine telemedicine in Norway: the current picture. *Glob Health Action* 2014; 7:22801.
37. Murray E, Burns J, May C, Finch T, O'Donnell C, Wallace P et al. Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. *Implement Sci* 2011; 6:6.
38. Hansen M, Vedung E. Evaluering af Fælles sprog i den kommunale ældrepleje. Evaluering af et standardiseret kategorisystem. SDU Universitetsforlag; 2005.
39. Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Nye veje i evaluering. Håndbog i tre evalueringsmodeller. Systime Academic; 2004.
40. Melis RJ, Olde Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? *BMJ* 2004; 329(7462):360-361.
41. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D et al. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med* 2009; 36(5):452-457.
42. Wise CG, Alexander JA, Green LA, Cohen GR, Koster CR. Journey toward a patient-centered medical home: readiness for change in primary care practices. *Milbank Q* 2011; 89(3):399-424.
43. Lorenzi NM, Riley RT. Managing change: an overview. *J Am Med Inform Assoc* 2000; 7(2):116-124.
44. Lorenzi NM, Riley RT. Organizational issues = change. *Int J Med Inform* 2003; 69(2-3):197-203.

7. Bilag

Bilag 1 Mundtlig information til borgeren om ACCESS-projektet

Mundtlig information til borgeren om ACCESS-projektet

Der er udformet en simpel formulering om projektet til borgeren, så alle borgere bliver informeret på samme måde.

Til den praktiserende læge:

“Vores kommune er af Sundhedsstyrelsen udvalgt til at deltage i et spændende projekt om bedst mulig pleje af ældre. Vi har opgaven sammen med sygehuset og de 3 andre sønderjyske kommuner. Projektet går ud på at undersøge, hvilken type af hjælp, der fungerer bedst for ældre borgere, der bliver syge i hjemmet. Og vi har mulighed for at invitere dig med i projektet, fordi dit sygdomsforløb passer til undersøgelsen.

Det betyder, at vi ringer til sygehuset nu, og så fortæller de os, hvad vi skal gøre. Du vil være i gode hænder hele vejen og jeg sørger for, at du behandles korrekt.

Vi har skrevet noget mere om projektet i dette brev, som jeg gerne gennemgår med dig. Vi har brug for din underskrift, for at du må deltage i projektet. Vi vil sørge for at det foregår anonymt. Og du vil blive én af næsten 900 i Sønderjylland, som får tilbud om at være med.”

Til hjemmesygeplejersken:

“Vores kommune er af Sundhedsstyrelsen udvalgt til at deltage i et spændende projekt om bedst mulig pleje af ældre. Vi har opgaven sammen med sygehuset, de 3 andre sønderjyske kommuner og din læge. Projektet går ud på at undersøge, hvilken type af hjælp, der fungerer bedst for ældre borgere, der bliver syge i hjemmet. Og vi har mulighed for at invitere dig med i projektet, fordi dit sygdomsforløb passer til undersøgelsen.

Det betyder, at vi ringer til sygehuset nu, og så fortæller de os, hvad vi skal gøre. Vi bliver her hos dig og sørger for, at du behandles korrekt.

Du vil være i gode hænder hele vejen.

Vi har skrevet noget mere om projektet i dette brev, som vi gerne gennemgår med dig. Vi har brug for din underskrift, for at du må deltage i projektet. Vi vil sørge for at det foregår anonymt. Og du vil blive én af næsten 900 i Sønderjylland, som får tilbud om at være med.”

Indhentning af samtykke

En samtykkeerklæring ([Samtykkeerklæring habile voksne](#)) skal indhentes fra borgeren inden denne kan deltage i forskningsprojektet. Både den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken kan indhente samtykke. Til at informere borgeren om projektet, er der udarbejdet et brev til patienten ([Brev til patient i Haderslev og Sønderborg](#) og [Brev til patient i Tønder og Aabenraa](#)).

Bilag 2a Brev til borgere i Haderslev og Sønderborg Kommuner



Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet

Vil du deltage i et videnskabeligt projekt, som har til formål, at styrke samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praktiserende læger om akutte tilbud og på den måde forbedre behandlingen for kommende akutte patienter?

Projektet er et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger. Det finansieres af Sundhedsstyrelsen og forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Som deltager vil du som minimum få tilbudt det behandlingsforløb, der eksisterer på nuværende tidspunkt. Projektet indebærer derfor minimale gener for dig.

Det er frivilligt at deltage. Du kan når som helst og uden at give en grund trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

I den vedlagte deltagerinformation kan du læse mere om, hvad projektet går ud på og hvad der vil ske med dig og dine rettigheder, hvis du siger ja.

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til:

Projektleder Marie Birkemose
Akutcenteret, Sygehus Sønderjylland
Kresten Philipsens Vej 15
6200 Aabenraa
Helene.Skjoet-Arki@rsyd.dk
Tlf: 4021 9657

Deltagerinformation om deltagelse i et videnskabeligt forsøg der handler om at optimere det allerede eksisterende behandlingsforløb for akutte medicinske patienter

Projektets titel: Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet

Vi vil spørge, om du vil deltage i et videnskabeligt projekt, der skal forbedre behandlingsforløbet for akutte medicinske patienter i Sønderjylland. Projektet udføres som et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger i Sønderjylland.

Før du beslutter, om du vil deltage, skal du fuldt ud forstå, hvad projektet går ud på, og hvorfor vi gennemfører det. Vi vil derfor bede dig om at læse denne deltagerinformation grundigt.

Hvis du beslutter dig for at deltage, vil vi bede dig om at underskrive en samtykkeerklæring. Du har ret til betænkningstid, før du beslutter, om du vil underskrive samtykkeerklæringen. Det er frivilligt at deltage. Du kan når som helst og uden at give en grund, trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Formål med projektet

Projektet har til formål at forbedre dit behandlingsforløb, så du undgår indlæggelse på sygehuset og bliver hurtigere rask. En række samarbejdsformer mellem kommuner, praktiserende læger og sygehusene for de akutte medicinske patienter vil derfor blive afprøvet.

I projektet skal knap 350 patienter deltage og det forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Plan for projektet

Deltagelse i forskningsprojektet sker i samarbejde med din praktiserende læge og eventuelt hjemmesygeplejerske. Du vil ved lodtrækning tilfældigt få tildelt 1 af følgende 4 mulige behandlingsforløb:

1. Kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer kommer hjem til dig og behandler dig hjemme. Din praktiserende læge er ansvarlig for din behandling
2. Du bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Du transporteres herefter hjem, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen hjemme hos dig.
3. Kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer kommer hjem til dig og behandler dig hjemme. Din praktiserende læge er ansvarlig for din behandling

Dine behandlere får derudover mulighed for elektronisk at måle din tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset. Sygeplejersken har

desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din egen læge ikke er på arbejde

4. Du bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Du transporteres herefter hjem, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen hjemme hos dig.

Dine behandlere får derudover mulighed for elektronisk at måle din tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset. Sygeplejersken har desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din egen læge ikke er på arbejde.

Forværres din tilstand undervejs eller bliver det nødvendigt at indlægge dig på sygehuset, vil du til enhver tid, lige meget hvilket behandlingsforløb du er tildelt, blive transporteret til sygehuset og behandlet her.

Behandlingsforløbet varer 2 døgn. Hvis du herefter kan klare dig selv, bliver du hjemme. Hvis du ikke kan klare dig selv, vil du blive tilbudt enten en indlæggelse på sygehuset, anden hjælp i hjemmet eller et ophold på et kommunalt plejecenter.

Undervejs i forløbet vil din tilstand blive vurderet. På den første dag i behandlingsforløbet vil du skulle udføre nogle test og blive stillet nogle spørgsmål med hjælp fra sundhedspersonalet. Disse test og spørgsmål skal du udføre og besvare igen ugen efter på samme måde, samt ved et besøg i hjemmet efter 3 måneder. Efter endt behandling vil vi spørge dig om din vurdering af behandlingsforløbet.

Minimale risici for deltageren

Da behandlingen tager udgangspunkt i de tilbud, der allerede er i dag, suppleret med ekstra behandlingstiltag, er der minimale risici ved at deltage i projektet. En risiko kan være mangelfuld kommunikation mellem sektorerne og tvivl om ansvarsfordeling. Det forsøges imødegået ved samarbejdsaftaler.

Udelukkelse fra projektet

Er den kommunale kapacitet til modtagelse af akutte patienter eller sygehusets kapacitet til akutvurdering optaget af andre akutte patienter, vil du ikke kunne deltage..

Oplysninger om økonomiske forhold

Forskningsprojektet er bevilliget 5,5 millioner kroner fra Sundhedsstyrelsen, fra en pulje til styrkelse af samarbejdet mellem regioner, kommuner og praktiserende læger vedrørende akutte tilbud. Støtten ydes som et fast beløb til hele forsøget, og størstedelen af støtten går til aflønning af medvirkende personale og til betaling af udstyr.

Adgang til forsøgsresultater

Forsøget resultater vil i april 2015 blive rapporteret til Sundhedsstyrelsen og offentliggjort i videnskabelige tidskrifter. Resultaterne vil også blive offentliggjort på Sygehus Sønderjyllands samt kommunernes hjemmesider. Det sikres, at ingen patienter kan genkendes i det, som offentliggøres.

Vi håber, at du med denne information har fået tilstrækkeligt indblik i, hvad det vil sige at deltage, og at du kan tage beslutning om din eventuelle deltagelse. Vi beder dig også om at læse det vedlagte materiale "Forsøgspersonens rettigheder i et biomedicinsk forskningsprojekt".

Med venlig hilsen

Christian Backer Mogensen

Specialeansvarlig overlæge, forskningslektor, Ph.D., MiaH.

Akutcenter, Aabenraa

Christian.Backer.Mogensen@rsyd.dk

Direkte tlf.7997 1123/ mobil 5183 6890

Bilag 2b Brev til borgere i Aabenraa og Tønder Kommuner



Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet

Vil du deltage i et videnskabeligt projekt, som har til formål, at styrke samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praktiserende læger om akutte tilbud og på den måde forbedre behandlingen for kommende akutte patienter?

Projektet er et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger. Forsøget finansieres af Sundhedsstyrelsen og forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Som deltager vil du som minimum få tilbudt det behandlingsforløb, der eksisterer på nuværende tidspunkt. Projektet indebærer derfor minimale gener for dig.

Det er frivilligt at deltage. Du kan når som helst og uden at give en grund trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

I den vedlagte deltagerinformation kan du læse mere om, hvad projektet går ud på og hvad der vil ske med dig og dine rettigheder, hvis du siger ja.

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til:

Projektleder Marie Birkemose
Akutcenteret, Sygehus Sønderjylland
Kresten Philipsens Vej 15
6200 Aabenraa
Helene.Skjoet-Arki@rsyd.dk
Tlf: 4021 9657

Deltagerinformation om deltagelse i et videnskabeligt forsøg der handler om at optimere det allerede eksisterende behandlingsforløb for akutte medicinske patienter

Projektets titel: Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet.

Vi vil spørge, om du vil deltage i et videnskabeligt projekt, der skal forbedre behandlingsforløbet for akutte medicinske patienter i Sønderjylland. Projektet udføres som et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger i Sønderjylland.

Før du beslutter, om du vil deltage, skal du fuldt ud forstå, hvad projektet går ud på, og hvorfor vi gennemfører det. Vi vil derfor bede dig om at læse denne deltagerinformation grundigt.

Hvis du beslutter dig for at deltage, vil vi bede dig om at underskrive en samtykkeerklæring. Du har ret til betænkningstid, før du beslutter, om du vil underskrive samtykkeerklæringen. Det er frivilligt at deltage i projektet. Du kan når som helst og uden at give en grund, trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Formål med projektet

Projektet har til formål at forbedre dit behandlingsforløb, så du undgår indlæggelse på sygehuset og bliver hurtigere rask. En række samarbejdsformer mellem kommuner, praktiserende læger og sygehusene for de akutte medicinske patienter vil derfor blive afprøvet i projektet.

I projektet skal knap 350 patienter deltage og det forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Plan for projektet

Deltagelse i forskningsprojektet sker i samarbejde med din praktiserende læge og eventuelt hjemmesygeplejerske. Du vil ved lodtrækning tilfældigt få tildelt 1 af følgende 4 mulige behandlingsforløb:

1. Du bliver transporteret til det nærmeste lokale center med akutpladser i Rødekro, Skærbæk eller Højer, hvor du behandles af kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer. Din praktiserende læge er ansvarlig for din behandling.
2. Du bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Du transporteres herefter til det nærmeste center med akutpladser i Rødekro, Skærbæk eller Højer, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen.
3. Du bliver transporteret til det nærmeste center med akutpladser i Rødekro, Skærbæk eller Højer, hvor du behandles af kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer. Din praktiserende læge er ansvarlig for din behandling.

Dine behandlere har også mulighed for elektronisk at måle din tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset. Sygeplejersken har desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din egen læge ikke er på arbejde.

4. Du bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Du transporteres herefter til det nærmeste center med akutpladser i Rødekro, Skærbæk eller Højer, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen.

Dine behandlere har også mulighed for elektronisk at måle din tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset. Sygeplejersken har desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din egen læge ikke er på arbejde.

Forværres din tilstand undervejs eller bliver det nødvendigt at indlægge dig på sygehuset, vil du til enhver tid, lige meget hvilket behandlingsforløb du er tildelt, blive transporteret til sygehuset og behandlet her.

Behandlingsforløbet varer 2 døgn. Hvis du herefter kan klare dig selv, kommer du hjem igen. Hvis du ikke kan klare dig selv, vil du enten blive indlagt på sygehuset eller få tilbudt et længere ophold på centeret.

Undervejs i forløbet vil din tilstand blive vurderet. På den første dag i behandlingsforløbet vil du skulle udføre nogle test og blive stillet nogle spørgsmål med hjælp fra sundhedspersonalet. Disse test og spørgsmål skal du udføre og besvare igen ugen efter, samt ved et besøg i hjemmet efter 3 måneder. Efter endt behandling vil vi spørge dig om din vurdering af behandlingsforløbet.

Minimale risici for deltageren

Da behandlingen tager udgangspunkt i de tilbud, der allerede er i dag, suppleret med ekstra behandlingstiltag, er der minimale risici ved at deltage i forsøget. En risiko kan være mangelfuld kommunikation mellem sektorerne og tvivl om ansvarsfordeling. Det forsøges imødegået ved samarbejdsaftaler.

Udelukkelse fra forsøget

Er den kommunale kapacitet til modtagelse af akutte patienter eller sygehusets kapacitet til akutvurdering optaget af andre akutte patienter, vil du ikke kunne deltage.

Oplysninger om økonomiske forhold

Forskningsprojektet er bevilliget 5,5 millioner kroner fra Sundhedsstyrelsen, fra en pulje til styrkelse af samarbejdet mellem regioner, kommuner og praktiserende læger vedrørende akutte tilbud.

Støtten ydes som et fast beløb til hele projektet, og størstedelen af støtten går til aflønning af medvirkende personale og til betaling af udstyr.

Adgang til forsøgsresultater

Resultaterne vil i april 2015 blive rapporteret til Sundhedsstyrelsen og vil blive offentliggjort i videnskabelige tidsskrifter. Resultaterne vil også blive offentliggjort på Sygehus Sønderjyllands samt kommunernes hjemmesider. Det sikres, at ingen patienter kan genkendes i det, som offentliggøres.

Vi håber, at du med denne information har fået tilstrækkeligt indblik i, hvad det vil sige at deltage, og at du kan tage beslutning om din eventuelle deltagelse. Vi beder dig også om at læse det vedlagte materiale "Forsøgspersonens rettigheder i et biomedicinsk forskningsprojekt".

Med venlig hilsen

Christian Backer Mogensen

Specialeansvarlig overlæge, forskningslektor, Ph.D., MiaH.

Akutcenter, Aabenraa

Christian.Backer.Mogensen@rsyd.dk

Direkte tlf.7997 1123/ mobil 5183 6890

Bilag 3 Samtykkeerklæring habile

DET VIDENSKABSETISKE KOMITÉSYSTEM

(S2)

Informeret samtykke til deltagelse i et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt.

Forskningsprojektets titel: Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland

Erklæring fra forsøgspersonen:

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information og jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at sige ja til at deltage.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at miste mine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling.

Jeg giver samtykke til, at deltage i forskningsprojektet og har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug.

Forsøgspersonens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Hvis der kommer nye væsentlige helbredsoplysninger frem om dig i forskningsprojektet vil du blive informeret. Vil du **frabede** dig information om nye væsentlige helbredsoplysninger, som kommer frem i forskningsprojektet, bedes du markere her: _____(sæt x)

Ønsker du at blive informeret om forskningsprojektets resultat samt eventuelle konsekvenser for dig?:

Ja _____ (sæt x) Nej _____ (sæt x)

Erklæring fra den, der afgiver information:

Jeg erklærer, at forsøgspersonen har modtaget mundtlig og skriftlig information om forsøget.

Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i forsøget.

Navnet på den, der afgiver information:

Dato: _____ Underskrift: _____

Projektidentifikation: (Fx komiteens Projekt-ID, EudraCT nr., versions nr./dato eller lign.)

Dok.nr. 1-S2; 2013.02.18

Bilag 4 Samtykkeerklæring inhabile

DET VIDENSKABSETISKE KOMITÉSYSTEM

(S7)

Stedfortrædende samtykke til deltagelse i et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt.

Forskningsprojektets titel: Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland

Erklæring fra den person, som afgiver stedfortrædende samtykke:

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information og jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at give mit samtykke.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at forsøgspersonen mister sine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling.

Jeg giver samtykke til, at _____ (forsøgspersonens navn) deltager i forskningsprojektet og jeg har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug.

Oplysning om min tilknytning, som pårørende, til forsøgspersonen:

Navnet på den person, der giver stedfortrædende samtykke: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Ønskes information om forskningsprojektets resultat samt eventuelle konsekvenser for forsøgspersonen?:

Ja _____ (sæt x) Nej _____ (sæt x)

Erklæring fra den, der afgiver informationen:

Jeg erklærer, at der er afgivet mundtlig og skriftlig information om forsøget.

Navnet på det, der har afgivet information:

Dato: _____ Underskrift: _____

Nedenstående udfyldes, når der ikke indgår personer under personligt værgemål:

Stedfortrædende samtykke fra forsøgspersonens praktiserende læge eller repræsentanten fra Sundhedsstyrelsens embedslægeinstitution:

Dato: _____ Underskrift: _____

Projektidentifikation: (Fx komiteens Projekt-ID, EudraCT nr., versions nr./dato eller lign.)

Dok.nr. 1-S7; 2013.02.18

Bilag 5a Brev til pårørende i Haderslev og Sønderborg Kommuner



Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet

Vi vil spørge, om du vil give stedfortrædende samtykke til, at din pårørende kan deltage i et videnskabeligt projekt, som har til formål, at styrke samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praktiserende læger om akutte tilbud og på den måde forbedre behandlingen for kommende akutte patienter?

Projektet er et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger. Projektet finansieres af Sundhedsstyrelsen og forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Som deltager i projektet, vil din pårørende som minimum få tilbudt det behandlingsforløb, der eksisterer på nuværende tidspunkt. Forsøget indebærer derfor minimale gener for din pårørende.

Det er frivilligt at deltage. Du kan når som helst og uden at give en grund trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din pårørendes videre behandling.

I den vedlagte deltagerinformation kan du læse mere om, hvad projektet går ud på og hvad der vil ske med din pårørendes og hendes/hans rettigheder, hvis du siger ja.

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til:

*Projektleder Marie Birkemose
Akutcenteret, Sygehus Sønderjylland
Kresten Philipsens Vej 15
6200 Aabenraa
Helene.Skjoet-Arki@rsyd.dk
Tlf: 4021 9657*

Deltagerinformation om deltagelse i et videnskabeligt forsøg der handler om at optimere det allerede eksisterende behandlingsforløb for akutte medicinske patienter

Projektets titel: Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet

Vi vil spørge, om du vil give stedfortrædende samtykke til, at din pårørende kan deltage i et videnskabeligt projekt, der skal forbedre behandlingsforløbet for akutte medicinske patienter i Sønderjylland. Projektet udføres som et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger i Sønderjylland.

Før du beslutter dig, skal du fuldt ud forstå, hvad projektet går ud på, og hvorfor vi gennemfører det. Vi vil derfor bede dig om at læse denne deltagerinformation grundigt.

Hvis du beslutter dig for at give stedfortrædende samtykke, vil vi bede dig om at underskrive en samtykkeerklæring. Du har ret til betænkningstid, før du beslutter, om du vil underskrive samtykkeerklæringen. Det er frivilligt at deltage. Du kan når som helst og uden at give en grund, trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din pårørendes videre behandling.

Formål med projektet

Projektet har til formål at forbedre din pårørendes behandlingsforløb, så hun/han undgår indlæggelse på sygehuset og bliver hurtigere rask. En række samarbejdsformer mellem kommuner, praktiserende læger og sygehusene for de akutte medicinske patienter vil derfor blive afprøvet i projektet.

I projektet skal knap 400 patienter deltage og det forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Plan for projektet

Deltagelse i forskningsprojektet sker i samarbejde med din pårørendes praktiserende læge og eventuelt hjemmesygeplejerske. Din pårørende vil ved lodtrækning tilfældigt få tildelt 1 af følgende 4 mulige behandlingsforløb:

1. Kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer kommer hjem til din pårørende og behandler hende/ham hjemme. Din praktiserende læge er ansvarlig for behandlingen.
2. Din pårørende bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Din pårørende transporteres herefter hjem, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen hjemme hos din pårørende.
3. Kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer kommer hjem til din pårørende og behandler hende/ham hjemme. Din praktiserende læge er ansvarlig for behandlingen.

Dine pårørendes behandlere har også mulighed for elektronisk at måle din pårørendes tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset. Sygeplejersken har desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din pårørendes egen læge ikke er på arbejde.

4. Din pårørende bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Din pårørende transporteres herefter hjem, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen hjemme hos din pårørende.

Dine pårørendes behandlere har også mulighed for elektronisk at måle din pårørendes tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset. Sygeplejersken har desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din pårørendes egen læge ikke er på arbejde.

Forværres din pårørendes tilstand undervejs eller bliver det nødvendigt at indlægge hende/han på sygehuset, vil hun/han til enhver tid, lige meget hvilket behandlingsforløb hun/han er tildelt, blive transporteret til sygehuset og behandlet her.

Behandlingsforløbet varer 2 døgn. Hvis din pårørende herefter kan klare sig selv, kommer hun/han hjem. Hvis hun/han ikke kan klare sig selv, vil hun/han enten blive indlagt på sygehuset eller få tilbudt et længere ophold på centeret.

Undervejs i forløbet vil din pårørendes tilstand blive vurderet. På den første dag i behandlingsforløbet vil din pårørende skulle udføre nogle test og blive stillet nogle spørgsmål med hjælp fra sundhedspersonalet. Disse test og spørgsmål skal din pårørende udføre ugen efter på samme måde, samt ved et besøg i hjemme efter 3 måneder. Efter endt behandling vil vi spørge både dig og din pårørende om jeres vurdering af behandlingsforløbet.

Minimale risici for deltageren

Da behandlingen tager udgangspunkt i de tilbud, der allerede er i dag, suppleret med ekstra behandlingstiltag, er der minimale risici ved at deltage i forsøget. En risiko kan være mangelfuld kommunikation mellem sektorerne og tvivl om ansvarsfordeling. Det forsøges imødegået ved samarbejdsaftaler.

Udelukkelse fra forsøget

Er den kommunale kapacitet til modtagelse af akutte patienter eller sygehusets kapacitet til akutvurdering optaget af andre akutte patienter, vil din pårørende ikke kunne deltage.

Oplysninger om økonomiske forhold

Forskningsprojektet er bevilliget 5,5 millioner kroner fra Sundhedsstyrelsen, fra en pulje til styrkelse af samarbejdet mellem regioner, kommuner og praktiserende læger vedrørende akutte tilbud. Støtten ydes som et fast beløb til hele projektet, og størstedelen af støtten går til aflønning af medvirkende personale og til betaling af udstyr.

Adgang til forsøgsresultater

Resultaterne vil i april 2015 blive rapporteret til Sundhedsstyrelsen og vil blive offentliggjort i videnskabelige tidsskrifter. Resultaterne vil også blive offentliggjort på Sygehus Sønderjyllands samt kommunernes hjemmesider. Det sikres, at ingen patienter kan genkendes i det, som offentliggøres.

Vi håber, at du med denne information har fået tilstrækkeligt indblik i, hvad det vil sige at deltage i projektet, og at du kan tage beslutning om din pårørendes eventuelle deltagelse. Vi beder dig også om at læse det vedlagte materiale "Forsøgspersonens rettigheder i et biomedicinsk forskningsprojekt".

Med venlig hilsen

Christian Backer Mogensen

Specialeansvarlig overlæge, forskningslektor, Ph.D., MiaH.

Akutcenter, Aabenraa

Christian.Backer.Mogensen@rsyd.dk

Direkte tlf.7997 1233/ mobil 5183 6890

Bilag 5b Brev til pårørende i Aabenraa og Tønder Kommuner



Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet

Vi vil spørge, om du vil give stedfortrædende samtykke til, at din pårørende kan deltage i et videnskabeligt projekt, som har til formål, at styrke samarbejdet mellem sygehus, kommuner og praktiserende læger om akutte tilbud og på den måde forbedre behandlingen for kommende akutte patienter?

Projektet er et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger. Projektet finansieres af Sundhedsstyrelsen og forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Som deltager i projektet, vil din pårørende som minimum få tilbudt det behandlingsforløb, der eksisterer på nuværende tidspunkt. Forsøget indebærer derfor minimale gener for din pårørende.

Det er frivilligt at deltage. Du kan når som helst og uden at give en grund trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din pårørendes videre behandling.

I den vedlagte deltagerinformation kan du læse mere om, hvad projektet går ud på og hvad der vil ske med din pårørendes og hendes/hans rettigheder, hvis du siger ja.

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til:

Projektleder Marie Birkemose
Akutcenteret, Sygehus Sønderjylland
Kresten Philipsens Vej 15
6200 Aabenraa
Helene.Skjoet-Arki@rsyd.dk
Tlf: 4021 9657

Deltagerinformation om deltagelse i et videnskabeligt forsøg der handler om at optimere det allerede eksisterende behandlingsforløb for akutte medicinske patienter

Projektets titel: Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland – ACCESS-projektet

Vi vil spørge, om du vil give stedfortrædende samtykke til, at din pårørende kan deltage i et videnskabeligt projekt, der skal forbedre behandlingsforløbet for akutte medicinske patienter i Sønderjylland. Projektet udføres som et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og de praktiserende læger i Sønderjylland.

Før du beslutter dig, skal du fuldt ud forstå, hvad projektet går ud på, og hvorfor vi gennemfører det. Vi vil derfor bede dig om at læse denne deltagerinformation grundigt.

Hvis du beslutter dig for at give stedfortrædende samtykke, vil vi bede dig om at underskrive en samtykkeerklæring. Du har ret til betænkningstid, før du beslutter, om du vil underskrive samtykkeerklæringen. Det er frivilligt at deltage. Du kan når som helst og uden at give en grund, trække dit samtykke tilbage. Det vil ikke få konsekvenser for din pårørendes videre behandling.

Formål med projektet

Projektet har til formål at forbedre din pårørendes behandlingsforløb, så hun/han undgår indlæggelse på sygehuset og bliver hurtigere rask. En række samarbejdsformer mellem kommuner, praktiserende læger og sygehusene for de akutte medicinske patienter vil derfor blive afprøvet i projektet.

I projektet skal knap 350 patienter deltage og det forløber fra efteråret 2013 til foråret 2015.

Plan for projektet

Deltagelse i forskningsprojektet sker i samarbejde med din pårørendes praktiserende læge og eventuelt hjemmesygeplejerske. Din pårørende vil ved lodtrækning tilfældigt få tildelt 1 af følgende 4 mulige behandlingsforløb:

1. Din pårørende bliver transporteret til det nærmeste lokale center med akutpladser i Rødekrø, Skærbæk eller Højer, hvor han/hun behandles af kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer. Din pårørendes praktiserende læge er ansvarlig for behandlingen.
2. Din pårørende bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Han/hun transporteres herefter til det nærmeste center med akutpladser i Rødekrø, Skærbæk eller Højer, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen.
3. Din pårørende bliver transporteret til det nærmeste center med akutpladser i Rødekrø, Skærbæk eller Højer, hvor du behandles af kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer. Din pårørendes praktiserende læge er ansvarlig for behandlingen.

Dine pårørendes behandlere har også mulighed for elektronisk at måle din pårørendes tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset.

Sygeplejersken har desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din egen læge ikke er på arbejde.

4. Du bliver transporteret til en medicinsk speciallæge på sygehuset, som foretager en undersøgelse og lægger en behandlingsplan indenfor 4 timer. Du transporteres herefter til det nærmeste center med akutpladser i Rødebro, Skærbæk eller Højer, hvor kommunale sygeplejersker med specielle kompetencer forsætter behandlingen.

Dine pårørendes behandlere har også mulighed for elektronisk at måle din pårørendes tilstand og videokommunikere med en medicinsk speciallæge på sygehuset.

Sygeplejersken har desuden også et direkte telefonnummer til sygehuset, som kan kontaktes døgnet rundt, når din pårørendes egen læge ikke er på arbejde.

Forværres din pårørendes tilstand undervejs eller bliver det nødvendigt at indlægge hende/ham på sygehuset, vil hun/han til enhver tid blive transporteret til sygehuset og behandlet her.

Behandlingsforløbet varer 2 døgn. Hvis din pårørende herefter kan klare sig selv, kommer hun/han hjem. Hvis hun/han ikke kan klare sig selv, vil hun/han enten blive indlagt på sygehuset eller få tilbudt et længere ophold på centeret.

Undervejs i forløbet vil din pårørendes tilstand blive vurderet. På den første dag i behandlingsforløbet vil din pårørende skulle udføre nogle test og blive stillet nogle spørgsmål med hjælp fra sundhedspersonalet. Disse test og spørgsmål skal din pårørende udføre ugen efter på samme måde, samt ved et besøg i hjemmet efter 3 måneder. Efter endt behandling vil vi spørge både dig og din pårørende om jeres vurdering af behandlingsforløbet.

Minimale risici for deltageren

Da behandlingen tager udgangspunkt i de tilbud, der allerede er i dag, suppleret med ekstra behandlingstiltag, er der minimale risici ved at deltage i forsøget. En risiko kan være mangelfuld kommunikation mellem sektorerne og tvivl om ansvarsfordeling. Det forsøges imødegået ved samarbejdsaftaler.

Udelukkelse fra forsøget

Er den kommunale kapacitet til modtagelse af akutte patienter eller sygehusets kapacitet til akutvurdering optaget af andre akutte patienter, vil din pårørende ikke kunne deltage.

Oplysninger om økonomiske forhold

Forskningsprojektet er bevilliget 5,5 millioner kroner fra Sundhedsstyrelsen, fra en pulje til styrkelse af samarbejdet mellem regioner, kommuner og praktiserende læger vedrørende akutte tilbud. Støtten ydes som et fast beløb til hele projektet, og størstedelen af støtten går til aflønning af medvirkende personale og til betaling af udstyr.

Adgang til forsøgsresultater

Resultaterne vil i april 2015 blive rapporteret til Sundhedsstyrelsen og vil blive offentliggjort i videnskabelige tidsskrifter. Resultaterne vil også blive offentliggjort på Sygehus Sønderjyllands samt kommunernes hjemmesider. Det sikres, at ingen patienter kan genkendes i det, som offentliggøres.

Vi håber, at du med denne information har fået tilstrækkeligt indblik i, hvad det vil sige at deltage i projektet, og at du kan tage beslutning om din pårørendes eventuelle deltagelse. Vi beder dig også om at læse det vedlagte materiale "Forsøgspersonens rettigheder i et biomedicinsk forskningsprojekt".

Med venlig hilsen

Christian Backer Mogensen

Specialeansvarlig overlæge, forskningslektor, Ph.D., MiaH.

Akutcenter, Aabenraa

Christian.Backer.Mogensen@rsyd.dk

Direkte tlf.7997 1233/ mobil 5183 6890

Bilag 6 Flowdiagram til praktiserende læger

Flowdiagram til inklusion af ACCESS-patienter – almen praksis

Inklusionsmåder

Læge ser patienten i sin praksis

Læge er på hjemmebesøg hos patienten

Lægen ringes op og er i dialog med hjemmesygeplejersken, der er hos patienten

Lægen taler i telefon med patienten.

Ønskes patienten tilset af sygeplejerske indenfor en time, for at få en vurdering, ringer lægen på:

- Haderslev: 23352573
- Aabenraa: Nord 21199146
Syd 73768011
- Sønderborg: 27904356
- Tønder: Nord 30655987
Syd 20236684

Inklusions-kriterier

> 65år eller 60år med betydelig komobiditet

Akut formodet medicinsk sygdom, som ikke kan håndteres uden øget akut behandling

Egen læge skal være tilgængelig de næste par hverdage

Må ikke bo på plejehjem

Må ikke være inkluderet i ACCESS-projektet indenfor de sidste 3 mdr

Inklusionstidspunkt: Man-tors kl. 8-16 og fre kl 8-12

Samtykke og randomisering

Læge eller sygeplejerske indhenter skriftligt samtykke fra patienten eller pårørende som sendes til ACCESS-projektleder
Obs kriterier ved inhabil patient: Samtykke indhentes fra både pårørende og fra egen læge

Egen læge eller akutsygeplejersker kontakter ACCESS-visitator på telefon **79971129** mhp. patientinkludering i projektet
ACCESS-visitator tildeler et af fire mulige behandlingstilbud og bestiller transport, hvis det kræves. Visitator viderestiller herefter telefonen til det tildelte behandlingstilbud.

Er det sygeplejersken, der inkluderer patienten, informerer sygeplejersken egen læge om det tildelte tilbud.

1

Kommunale akuttilbud
(egen læge ansvarlig)

2

Kommunale akuttilbud
Akutambulatorium

3

Kommunale akuttilbud
Øget telemonitore ring/hotline
(egen læge ansvarlig)

4

Kommunale akuttilbud
Akutambulatorium
Øget telemonitore ring/hotline

Bilag 7 Flowdiagram til akutplads

Flowdiagram til inklusion af patienter – Aabenraa og Tønder kommune

Aktivering af akutplads

Sygeplejerske kontaktes af personale i hjemmet

Sygeplejerske kontaktes af egen læge for tilsyn
Tilsyn inden for en time

Sygeplejerske tager til hjemmet og laver en triage/vurdering.

Informerer egen læge om denne vurdering mhp. inkludering i projektet (ISBAR)

Inklusionskriterier

> 65år eller 60år med betydelig komobiditet

Akut formodet medicinsk sygdom, som ikke kan håndteres uden behandling

Indlæggelses-truet

Egen læge skal være tilgængelig de næste par hverdage

Inklusionstidspunkt: Man-tors kl. 8-16 og fre kl 8-12

Samtykke og randomisering

Læge eller sygeplejerske indhenter skriftligt samtykke fra patienten eller pårørende som sendes til ACCESS-projektleder

Obs kriterier ved inhabil patient: Samtykke indhentes fra både pårørende og fra egen læge

Egen læge eller sygeplejersker kontakter ACCESS-visitator på telefon 79971129 mhp. patientinkludering i projektet

Access-visitator tildeler et af fire mulige behandlingstilbud til patienten og informere egen læge herom

1

Kommunale akuttilbud

2

Kommunale akuttilbud
Akutambulatorium

3

Kommunale akuttilbud
Øget telemonitore ring/hotline

4

Kommunale akuttilbud
Akutambulatorium
Øget telemonitore ring/hotline

Bilag 8 Flowdiagram til akutteam

Flowdiagram til inklusion af patienter – Haderslev og Sønderborg kommune

Aktivering af akutplads

Akutteam kontaktes af personale i hjemmet

Akutteam kontaktes af egen læge for tilsyn
Tilsyn inden for en time

Akutsygeplejerske tager til hjemmet og laver en triage/vurdering
Informerer egen læge om denne vurdering mhp. inkludering i projektet (ISBAR)

Inklusions-kriterier

> 65år eller 60år med betydelig komobiditet
Akut formodet medicinsk sygdom, som ikke kan håndteres uden øget akut behandling
Egen læge skal være tilgængelig de næste par hverdage
Må ikke bo på plejehjem
Må ikke være inkluderet i ACCESS-projektet indenfor de sidste 3 mdr
Inklusionstidspunkt: Man-tors kl. 8-16 og fre kl 8-12

Samtykke og randomisering

Læge eller akutsygeplejerske indhenter skriftligt samtykke fra patienten eller pårørende som sendes til ACCESS-projektleder
Obs kriterier ved inhabil patient: Samtykke indhentes fra både pårørende og fra egen læge

Egen læge eller akutsygeplejerske kontakter ACCESS-visitator på telefon **88834718** mhp. patientinkludering i projektet
ACCESS-visitator tildeler et af fire mulige behandlingstilbud og bestiller transport, hvis det kræves. Visitator viderestiller herefter telefonen til det tildelte behandlingstilbud
Er det akutsygeplejersken der inkluderer patienten informerer sygeplejersken egen læge om det tildelte tilbud.

1

Kommunale akuttilbud
(egen læge ansvarlig)

2

Kommunale akuttilbud
Akutambulatorium

3

Kommunale akuttilbud
Øget telemonitore ring/hotline
(egen læge ansvarlig)

4

Kommunale akuttilbud
Akutambulatorium
Øget telemonitore ring/hotline

Kommunale akuttilbud

Aktivering af akutteam

Via ACCESS-visitator, bliver akutteam kontaktet af praktiserende læge, hvis det er egen læge, der inkluderer

Egen læge sender behandlingsplan via edifact og bestiller evt. medicin til levering i eget hjem eller til afhentning af akutteam

Akutsygeplejerske:

- Modtager patienten og udfylder "Tjekliste ved modtagelse i kommunalt akuttilbud Spørgeskema" i portalen
- Iværksætter den lægelige medicinske observations- og behandlingsplan.
- Hyppig tilsyn om dagen/aften
- Behandlings- og plejeplan dokumenteres i omsorgssystemet
- Funktionstest udføres ved første besøg dag 0 ved at udfylde "Funktionstest dag 0" og registreres dette i "Tilføj Registrer udført funktionstest dag 0" i portalen

Hjemmesygeplejerske:

- Tilsyn om natten

Indenfor 48 timer

Såfremt der er udfordringer undervejs eller spørgsmål til behandlingen kan akutsygeplejersken kontakte egen læge for råd og vejledning

Hvis patientens tilstand forværres og behandlingen ikke er holdbar indlægges patienten via egen læge eller vagtlæge

Senest efter 48 timer

Hvis patienten er i stand til at klare sig selv vurderer akutsygeplejersken evt. i samråd med egen læge udskrivelse uden hjælp samt opfølgning på behandlingen

Patienten er i bedring men forsat ikke i stand til at klare sig selv. Akutsygeplejersken vurderer evt. i samråd med egen læge at patienten overgår til sædvanligt kommunale tilbud inkl. opfølgning på behandlingen.

Afslutning på akuttilbud registreres i portalen ved at udfylde "Afslutning af kommunalt akuttilbud Spørgeskema"

Kommunale akuttilbud + akutambulatorium

Aktivering af akutteam

ACCESS-visitator kontakter akutteam for at orientere om, at patienten kommer senere, hvis det er egen læge der inkluderer

Inden for 4 timer lægger speciallægen en observations- og behandlingsplan. Planen medsendes skriftlig til akutteam samt sendes via edifact til egen læge og hjemmesygeplejen. Evt. medicin bestilles til levering i eget hjem eller til afhentning af akutteam.

Sygehus kontakter akutteam ved udskrivelse og bestiller transport

Akutsygeplejerske:

- Modtager patienten og udfylder "Tjekliste ved modtagelse i kommunalt akuttilbud Spørgeskema" i portalen
- Iværksætter den lægelige medicinskes observations- og behandlingsplan.
- Hyppig tilsyn om dagen/aften
- Behandlings- og plejeplan dokumenteres i omsorgssystemet
- Funktionstest udføres ved første besøg dag 0 ved at udfylde "Funktionstest dag 0" og registreres dette i "Tilføj Registrer udført funktionstest dag 0" i portalen

Hjemmesygeplejerske: Tilsyn om natten

Indenfor 48 timer

Såfremt der er spørgsmål undervejs til behandlingsplan en kan akutsygeplejersk en kontakte akutambulatoriet tlf:

MAM: 74273349
AMVA: 74183418

Hvis **patientens tilstand forværres** og behandlingen ikke er holdbar indlægges patienten via egen læge eller vagtlæge

Senest efter 48 timer

Hvis patienten **er i stand til at klare sig selv** vurderer akutsygeplejersken evt. i samråd med egen læge udskrivelse uden hjælp samt opfølgning på behandlingen

Patienten er i bedring men forsat **ikke i stand til at klare sig selv.**

Akutsygeplejersken vurderer evt. i samråd med egen læge at patienten overgår til sædvanligt kommunale tilbud inkl. opfølgning på behandlingen.

Afslutning på akuttilbud registreres i portalen ved at udfylde "Afslutning af kommunalt akuttilbud Spørgeskema"

Kommunale akuttilbud + øget telemonitorering/hotline

Aktivering af akutteam

Via ACCESS-visitator, bliver akutteam kontaktet af egen læge, hvis det er lægen, der inkluderer

Egen læge sender behandlingsplan via edifact og bestiller evt. medicin til levering i eget hjem eller til afhentning af akutteam

Akutsygeplejerske:

- Modtager patienten og udfylder "*Tjekliste ved modtagelse i kommunalt akuttilbud Spørgeskema*" i portalen
- Iværksætter den lægelige medicinskes observations- og behandlingsplan.
- Hyppig tilsyn om dagen/aften
- Behandlings- og plejeplan dokumenteres i omsorgssystemet
- Funktionstest udføres ved første besøg dag 0 ved at udfylde "*Funktionstest dag 0*" og registreres dette i "*Tilføj Registrer udført funktionstest dag 0*" i portalen

Hjemmesygeplejerske: Tilsyn om natten

Indenfor 48 timer

Såfremt der er udfordringer undervejs eller spørgsmål til behandlingen eller monitoreringsdata kan sygeplejersken kontakte akutambulatoriet eller videokommunikere med speciallægen.
Tlf akutambulatoriet:
MAM: 74273349
AMVA: 74183418

Hvis patientens tilstand forværres og behandlingen ikke er holdbar indlægges patienten via opkald til akutambulatoriet

Senest efter 48 timer

Hvis patienten er i stand til at klare sig selv vurderer akutsygeplejersken evt. i samråd med egen læge udskrivelse uden hjælp samt opfølgning på behandlingen

Patienten er i bedring men forsat ikke i stand til at klare sig selv. Akutsygeplejersken vurderer evt. i samråd med egen læge at patienten overgår til sædvanligt kommunale tilbud inkl. opfølgning på behandlingen.

Afslutning på akuttilbud registreres i portalen ved at udfylde "*Afslutning af kommunalt akuttilbud Spørgeskema*"

Kommunale akuttilbud + akutambulatorium + øget telemonitorering/hotline

Aktivering af akutteam

ACCESS-visitator kontakter akutteam for at orientere om, at patienten kommer senere, hvis det er lægen der inkluderer

Inden for 4 timer lægger speciallægen en observations- og behandlingsplan. Planen medsendes skriftlig til akutteam samt sendes via edifact til egen læge og hjemmesygeplejen. Evt. medicin bestilles til levering i eget hjem eller til afhentning af akutteam. Sygehus kontakter akutteam ved udskrivelse og bestiller transport

Akutsygeplejerske:

- Modtager patienten og udfylder "Tjekliste ved modtagelse i kommunalt akuttilbud Spørgeskema" i portalen
- Iværksætter den lægelige medicinskes observations- og behandlingsplan.
- Hyppig tilsyn om dagen/aften
- Behandlings- og plejeplan dokumenteres i omsorgssystemet
- Funktionstest udføres ved første besøg dag 0 ved at udfylde "Funktionstest dag 0" og registreres dette i "Tilføj Registrer udført funktionstest dag 0" i portalen

Hjemmesygeplejerske: Tilsyn om natten

Indenfor 48 timer

Såfremt der er udfordringer undervejs eller spørgsmål til behandlingen eller monitoreringsdata kan akutsygeplejersken kontakte akutambulatoriet eller videokommunikere med speciallægen.

MAM: 74273349
AMVA: 74183418

Hvis **patientens tilstand forværres** og behandlingen ikke er holdbar indlægges patienten via opkald til akutambulatoriet

Senest efter 48 timer

Hvis patienten **er i stand til at klare sig selv** vurderer akutsygeplejersken evt. i samråd med egen læge udskrivelse uden hjælp samt opfølgning på behandlingen

Patienten er i bedring men forsat **ikke i stand til at klare sig selv**. Akutsygeplejersken vurderer evt. i samråd med egen læge at patienten overgår til sædvanligt kommunale tilbud inkl. opfølgning på behandlingen.

Afslutning på akuttilbud registreres i portalen ved at udfylde "Afslutning af kommunalt akuttilbud Spørgeskema"

Bilag 9 §2-aftale mellem Region Syddanmark og PLO Syddanmark

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Praksisafdelingen
Journal nr.: 13/10054
Dato: 4. oktober 2013
Udarbejdet af: Birgitte Munk Grunnet
E-mail: Birgitte.Munk.Grunnet@rsyd.dk
Telefon: 76631550



§ 2 aftale om de praktiserende lægers deltagelse og honorering i Access-projektet

§ 1 Baggrund

Det er mellem PLO Syddanmark, Aabenraa, Tønder, Haderslev og Sønderborg Kommuner, Sygehus Sønderjylland og Region Syddanmark enighed om at arbejde sammen i et forskningsprojekt om styrkelse af samarbejdet mellem parterne vedr. den ældre subakutte/akutte medicinske patient i projektet ACCESS (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland).

Der er udarbejdet en projektbeskrivelse af 23. november 2012 mellem de tre parter (Sygehus Sønderjylland, kommunerne og repræsentanter fra almen praksis) som danner udgangspunkt for denne aftale.

Målgruppen er ældre borgere (65 + eller 60 år med betydelig komorbiditet) fra hele Sygehus Sønderjyllands optageområde, der udvikler en så alvorlig formodet medicinsk tilstand at praktiserende læge eller kommunalt sundhedspersonale skønner, at tilstanden formentlig kræver indlæggelse og/eller et akut øget tilbud i hjemmet.

Det forventes, at projektet vil inkludere 880 patienter over 65 år som ikke kan klares i hjemmet uden yderligere tiltag.

Formålet med projektet er, at udvikle, afprøve og skabe evidens for hvilke af en række forskellige samarbejdsformer på tværs af sektor og aktuelle tilbud, der kan reducere akutte (gen)indlæggelser, sundhedsomkostninger, funktionstab og samtidig styrke sammenhængen i patientforløbet.

Projektet udføres inden for de allerede eksisterende strukturelle, organisatoriske og kommunikative rammer.

Projektet inkluderer 880 patienter over 65 år med akut formodet medicinsk sygdom som ikke kan klares i hjemmet uden yderligere tiltag. Alle patienter i projektet tilbydes et besøg af en kommunal sygeplejerske inden for en time og en akut-plads på et plejecenter eller et akutteam i hjemmet.

Når den praktiserende læge har visiteret patienten til projektet, kontaktes projektlederen af egen læge. Projektlederen randomiserer patienten til følgende:

1. Det kommunale akuttilbud
2. Det kommunale akuttilbud + supplerende tiltag
3. Det kommunale akuttilbud + Akut medicinsk speciallægevurdering
4. Det kommunale akuttilbud + Akut medicinsk speciallægevurdering + supplerende tiltag

Supplerende tiltag er f.eks. en direkte hotline til den medicinske speciallæge på sygehuset, direkte indlæggelsesmuligheder uden om vagtsystemet, opsætning af videokommunikation mellem borger og

kommunal sygeplejerske samt etablering af mulighed for egen-måling og transmission til kommunal sygeplejerske. Sygehuset har også adgang til data og kan ved behov kontaktes.

Projektlederen stiller herefter om til kommunal sygeplejerske eller speciallæge, afhængig af tildelt behandlingsforløb, og tilbuddet aktiveres.

For den alment praktiserende læge betyder projektet, at der for de patienter der er med i målgruppen vil være behov for øget kommunikation med hjemmesygeplejen og speciallæger på sygehuset. Det vil også være forventeligt at patienterne skal tilses oftere i hjemmet. Det vil dog være muligt at rekvirere hjemmesygeplejerskerne til dette, hvis det skønnes tilstrækkeligt.

Projektet forventes igangsat medio 2013 og afsluttes 31. december 2014. Projektet etableres døgnet rundt og året rundt i en blandet by/land befolkning, med deltagelse af de fire kommuner, alle sygehusmatrikler i området og praktiserende læger. Der kan inkluderes patienter på hverdage i praktiserende lægers åbningstid.

§ 2 Aftalens parter

Denne aftale er indgået mellem PLO Syddanmark og Region Syddanmark i henhold til reglerne i landsoverenskomst om almen praksis § 2.

§ 3 Formålet med aftalen

Formålet med aftalen er at fastlægge vilkårene for alment praktiserende lægers deltagelse i ACCESS – projektet samt at skabe evidens via særlige registreringskoder for de patienter, der deltager i projektet.

§ 4 Deltagere

Projektet omfatter alment praktiserende læger med praksisadresse i de fire kommuner. Det er de alment praktiserende læger, der henviser patienten til projektet, hvis det er faglig relevant og praktisk muligt for den enkelte praksis.

§ 5 Honorering

Aftalen indeholder følgende særskilte honorartyper:

1. Inkluderingsydelse

De første 5 patienter pr. deltagende læge afregnes med kr. 750,-, de efterfølgende patienter med kr. 600,00. Dette er et engangsbeløb til den enkelte læge pr. patient der visiteres ind i projektet.

Beløbet dækker deltagelse i informationsmøder, omkostninger i forbindelse med registrering samt omorganisering af arbejds- og forretningsgange og rutiner i praksis i forhold til patientgruppen.

Endvidere dækker inkluderingsydelsen det opkald som den praktiserende læge skal foretage til ACCESS – visitatoren som stratificer patienten. Ydelsen betales af projektmidlerne.

Ydelseskoden oplyses af visitator, når lægen ringer til visitatoren i projektet.

Inkluderingsydelse 1 på kr. 752,06,- registreres med ydelseskode 4320. (Ydelsen er baseret på grundhonorar 0121 på kr. 720,36 pr. 1. april 2009).

Inkluderingsydelse 2 på kr. 600,30 registreres med ydelseskode 4321 (ydelsen udregnes efter nyt grundhonorar på kr. 575.- pr. 1. april 2009).

2. Hjemmebesøg

Den praktiserende læge aflægger hjemmebesøg hos patienterne i projektet ved skønnet behov. Besøg aflægges på lægens initiativ eller på foranledning af patienten selv, pårørende eller hjemmesygeplejerske. Når patienten er kommet hjem fra ambulans udredning, kan der aflægges et opfølgende hjemmebesøg.

Formålet med hjemmebesøgene er, at sikre det bedst mulige patientforløb og at nødvendige tiltag iværksættes samt, at sikre en tilstrækkelig koordination mellem hjemmesygepleje, sygehus og almen praksis.

Ydelsen kan ikke udføres af klinikpersonale i praksis.

Honoraret for opfølgning i hjemmet udgør kr. 752,06 (grundhonorar 720,36 pr. 1. april 2009). Ydelsen skal for patienter omfattet af denne aftale registreres med ydelseskode 4322.

Indholdet i ydelsen svarer til indholdet i ydelsen "opfølgende hjemmebesøg". Der anvendes dog et særligt ydelsesnummer af hensyn til dokumentation i forskningsprojektet.

Der ydes kørselsgodtgørelse efter overenskomstens § 67 samt tidsforbrugstillæg svarende til overenskomstens § 102, stk. 2c ved opfølgningen i hjemmet.

For hjemmebesøg gælder overenskomstens regler om, at der afvikles hjemmebesøg for tilmeldte patienter. Patienter, der har midlertidigt ophold 15 km eller længere væk fra praksis har ikke krav på hjemmebesøg.

3. Telefonkontakter

For at sikre optimal patientbehandling og koordinering forventes det, at der vil være behov for øget koordination mellem almen praksis og hjemmesygepleje og sygehusets speciallæger. Derfor forventes det i projektet, at de alment praktiserende læger har behov for øget telefonisk kontakt vedr. patienter omfattet af projektet med speciallæger på sygehusene og hjemmesygeplejen med henblik på koordination.

Honoraret for sådanne telefoniske kontakter udgør kr. 62,58 ved ydelseskode 4323 (ydelsen er baseret på grundhonorar for ydelse 3201 på kr. 59,94 pr. 1.4.2009).

4. Regulering

Regulering af de nævnte ydelser sker i overensstemmelse med den til enhver tid gældende reguleringsprocent jf. overenskomstens § 68, stk. 6

Honorering sker via månedsafregning fra Praksisafdelingen. Ydelserne afregnes med praksisafdelingen hver måned sammen med øvrige sygesikringsydelser. Der kan ikke samtidigt honoreres for andre grundtydelser.

§ 6 Implementering af aftalen

Projektledelsen er ansvarlig for, at samtlige praktiserende læger og kommuner i de fire kommuner orienteres om aftalen.

Projektledelsen afholder informationsmøder for de praktiserende læger om projektet inden projektet opstartes. Aftalen skal være tilgængelig på www.VisInfoSyd.dk og udsendes til samtlige praksis inden opstart af projektet.

Almen praksis er repræsenteret i styregruppen ved PLO repræsentant.

§ 7 Evaluering og opfølgning

Der følges op på økonomi, aktivitet og forbrug ultimo december 2013, ultimo juni 2014 og ved projektets afslutning 31. december 2014.

Projektet evalueres jf. projektbeskrivelsen.

§ 8 Tidsforbrug

Der vælges fire repræsentanter fra almen praksis til dokumentation af tidsforbrug af arbejdsgangene i projektet. De nærmere retningslinjer samt afregningen herfor, aftales på det førstkommende styregruppemøde. Ud over tidsforbruget registreres også, om der til patienter i projektet leveres ydelser, som ellers ikke ville være blevet leveret. Disse tages op efter 3 måneder med mht. evt. at få særskilt ydelsesnummer bl.a. for at give en retvisende evaluering af projektet.

§ 9 Aftalens ikrafttræden og ophør

Aftalen træder i kraft den 25. september 2013 og gælder til og med den 31. december 2014.

Aftalen kan af begge parter opsiges med 3 måneders varsel til den 1. i en måned. Såfremt aftalen misligholdes, kan Regionen opsige aftalen med den enkelte yder eller kollektivt.

Tvilstsspørgsmål pga. tvistigheder vedrørende denne aftale afgøres endeligt i samarbejdsudvalget.

Godkendt

Vejle den

10/10-13

den

10/10-13



For Praktiserende Lægers Organisation



For Region Syddanmark

Bilag 10 Flowdiagram til akutambulatorium

Akutambulatorium i ACCESS-projektet

Modtagelse

Akutambulatoriet har åbent man-fre kl. 8-18

Udredningen registreres i Opus/Cosmic:

- Aabenraa: 5000 10.9 ACSA
- Sønderborg: 5000 63.7 ACSS
- Haderslev: 5000 40.7 ACSH
- Tønder: 5000 64.9 ACST

ACCESS-visitator randomiserer patient og viderestiller telefonen til flowmasteren, som får egen læge eller kommunal sygeplejerske direkte i røret

Flowmasteren orienterer den medicinske speciallæge ved patientens ankomst

Udredning og behandlingsplan

Den medicinske speciallæge tilser patienten indenfor de første 30 min

Blodprøver, billeddiagnostiske undersøgelser mm. ordineres

En samlet observations- og behandlingsplan inkl. medicinliste er lagt indenfor 4 timer hvis tilstanden kræver det.

Evt medicin bestilles til levering på akutplads eller i eget hjem

Den medicinske speciallæge har ansvaret for den ordinerede behandling/ medicin. Alt efterfølgende behandling er praktiserende læge ansvarlig for

Ved udskrivelse og indlæggelse

Sygehuset bestiller transport

Sygehuset ringer til det kommunale akuttillbud og orienterer om patientens ankomst.

- Tlf Akutteam Had: 23352573
- Tlf Akutplads Aab: 73766200
- Tlf Akutplads Tøn: Nord/30655987, Syd/30656090
- Tlf Akutteam Søn: 27904356

Behandlingsplanen medsendes patienten skriftligt af sygeplejersken som en frasetekst i Cosmic. Behandlingsinstruks sendes også med patienten. Planen sendes via edifact til egen læge og hjemmeplejen.

Patienten kan til enhver tid indlægges, hvis tilstanden kræver det. Indlægges patienten samme dag som han/hun er inkluderet fx via akutambulatoriet, kontakter sygehuset det kommunale akuttillbud (se tlf.nr ovenfor) samt terapeuterne på SHS:

- Had-MAM: 30432712/30432708
- Aab-FAM: 79971129
- Søn-AMVA: 23351292/88836733/21449876

Bilag 11 Sundhedsstyrelsens vejledning

Sundhedspersoners juridiske ansvar

I forbindelse med ACCESS projektet har Sundhedsstyrelsen. 20. juni 2013 udtalt følgende vedrørende det juridiske ansvar:

Der henvises til Sundhedsstyrelsens [vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#). I vejledningens punkt 3 findes et afsnit om ansvar ved delegation af forbeholdt virksomhed, herunder ledelsens ansvar ved behandling i kommunalt regi.

Vedrørende dokumentation af behandlinger henvises til [bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\)](#) samt [vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser](#).

Sundhedsstyrelsen skal hertil kort bemærke at:

- Samarbejdet mellem det kommunale akuttilbud og de regionale behandlingstilbud bør fastlægges i en samarbejdsaftale, som hensigtsmæssigt kan udarbejdes i regi af sundhedsaftalerne.
- Intravenøs behandling med eksempelvis antibiotika bør a.h.t. risikoen for bivirkninger, herunder anafylaktisk chok, opstartes i sygehusregi.
- Praktiserende læger kan ikke forventes at have de fornødne kompetencer og erfaring til at varetage intravenøs behandling. Sygehuset har således det fortsatte lægelige ansvar for den intravenøse behandling i hjemmet. I den forbindelse bør hjemmesygeplejen kunne kontakte sygehuset direkte.
- Den kommunale hjemmesygepleje har ikke adgang til at rekvirere blodprøver. Det vil derfor altid være en læge, der har ansvaret for at rekvirere og følge op på blodprøver.

Bilag 12 Spørgeskema dag 7

ACCESS spørgeskema dag 7

1. Tilfredshed og helbred
2. DEMMI
3. OMC
4. REJSE-SÆTTE-SIG
5. HÅNDRYKSKRAFT

Patientens CPR-nummer: _____

Hvilken kommune bor borgeren i?

- Haderslev kommune
- Aabenraa kommune
- Tønder kommune
- Sønderborg kommune

(Hvis Sønderborg, så spring tilfredshedsundersøgelsen over og gå til funktionstest s. 7)

Velkommen til den elektroniske evaluering af dit akutte forløb i forskningsprojektet "Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland".

Vi er meget interesserede i dine synspunkter, så vi kan tilbyde den rigtige behandling og pleje. Vi håber derfor, at du vil give dig tid til at besvare spørgeskemaet. Det tager ca. 10 minutter at udfylde.

Du er velkommen til at få hjælp til at læse spørgsmålene højt og få hjælp til at indtaste svarene.

Tak for hjælpen

Samtykke til deltagelse i spørgeskemaet om evaluering af dit akutte forløb

(Dit akutte forløb er "fra din læge eller hjemmesygeplejerske sammen med dig blev enige om, at der skulle mere akut hjælp/behandling til enten fra sygehuset eller fra kommunen")

- Jeg ønsker at deltage
- Min sygdom gør, at jeg ikke er i stand til at deltage
- Jeg ønsker ikke at deltage

DET AKUTTE FORLØB

Hvordan vurderer du, at samarbejdet mellem din læge, hjemmeplejen og sygehusets læge og sygeplejerske har været?

- Virkelig godt
- Godt
- Dårligt
- Virkelig dårligt
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på
- Det har jeg ikke nogen fornemmelse af

	Ja	Nej
Har du oplevet fejl i forbindelse med dit akutte forløb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvilke(n) fejl oplevede du?

	Ja	Nej
Har du haft behov for mere hjælp den sidste uge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvem har du fået mest hjælp af?

- Ægtefælle/Samlever
- Søn/datter
- Andet familie
- Venner
- Besøgsven
- Nabo
- Andre

Hvor meget tid skønner du, at han/hun har brugt ekstra på at passe dig i den sidste uge?

- Op til 1 timer hver dag
- 1-2 timer hver dag
- 3-5 timer hver dag
- 6-8 timer hver dag
- 9-11 timer hver dag
- Mere end 12 timer hver dag
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

TILLID

Har du tillid til, at du får den rette behandling?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

TRYGHED

Hvor tryg er du ved den behandling, du modtager?

- Meget tryg
- Tryg
- Utryg
- Meget utryg
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

TRYGHED

Har du fået informationer om, hvem du skal kontakte, hvis du har spørgsmål til din sygdom og behandling?

- Ja
- Nej
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

INFORMATION

Hvordan vurderer du alt i alt den information, du får?

- Virkelig god
- God
- Dårlig
- Virkelig dårlig
- Det kan/ønsker jeg ikke at besvare

INDDRAGELSE

I hvilket omfang er du en del af de beslutninger, der træffes om din behandling og pleje?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Det kan/ønsker jeg ikke at besvare

INDDRAGELSE

I hvilket omfang er dine pårørende en del af de beslutninger, der træffes om din behandling og pleje?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Jeg ønsker dem ikke inddraget
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

TILFREDS

Hvor tilfreds er du alt i alt med dit akutte forløb den sidste uge?

- Meget tilfreds
- Tilfreds
- Hverken tilfreds eller utilfreds
- Utilfreds
- Meget utilfreds
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

HELBRED

Du bedes sætte kryds i DEN kasse, der bedst beskriver din helbredstilstand I DAG

- | | |
|---|---|
| Bevægelighed | <input type="checkbox"/> Jeg har ingen problemer med at gå omkring |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har lidt problemer med at gå omkring |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har moderate problemer med at gå omkring |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har store problemer med at gå omkring |
| | <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke gå omkring |
| Personlig pleje | <input type="checkbox"/> Jeg har ingen problemer med at vaske mig eller klæde mig på |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har lidt problemer med at vaske mig og klæde mig på |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har moderate problemer med at vaske mig og klæde mig på |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har store problemer med at vaske mig og klæde mig på |
| | <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke vaske mig og klæde mig på |
| Sædvanlige aktiviteter (fx husarbejde, havearbejde, familieaktiviteter, fritidsaktiviteter) | <input type="checkbox"/> Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har lidt problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har moderate problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har store problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter |
| | <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter |
| Smerter/ubehag | <input type="checkbox"/> Jeg har ingen smerter eller ubehag |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har lidt smerter eller ubehag |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har moderate smerter eller ubehag |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har stærke smerter eller ubehag |
| | <input type="checkbox"/> Jeg har ekstreme smerter eller ubehag |

HELBRED

Du bedes sætte kryds i DEN kasse, der bedst beskriver din helbredstilstand I DAG

- Angst/depression
- Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret
 - Jeg er lidt ængstelig eller deprimeret
 - Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret
 - Jeg er meget ængstelig eller deprimeret
 - Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret

Har du kommentarer til dit akutte forløb i øvrigt?

- Hvordan er spørgeskemaet udfyldt?
- Jeg har fået hjælp til at læse spørgsmålene, men jeg har selv afkrydset svarene
 - Jeg har selv både læst spørgsmålene og afkrydset svarene
 - Jeg har fået hjælp til både at læse spørgsmålene og til at afkrydse svarene

Tak for at du tog dig tid til at udfylde spørgeskemaet.

Dine svar indgår i den samlede evaluering af forskningsprojektet og du vil gå videre til funktionsscoretestene.

FUNKTIONSSCORETEST

1. DEMMI
2. OMC
3. REJSE-SÆTTE-SIG
4. HÅNDTRYKSKRAFT

Samtykke til deltagelse i patienttest

- Borgeren ønsker at deltage
- Borgerens sygdom gør, at hun/han ikke er i stand til at deltage
- Borgeren ønsker ikke at deltage

DEMMI funktionstest

Sig: " Nu skal jeg se, hvor let eller svært det er for dig at komme rundt når du ligger, sidder, står og går. Vi starter med, at du lægger dig i sengen/mens du ligger i sengen. Jeg fortæller dig hele tiden, hvad du skal gøre. Nu går vi i gang"

Seng (forflytninger)

Sig: " Du skal bøje dine knæ og sætte fødderne på underlaget, og lade fødderne blive der. Nu skal du løfte bagdelen (som hvis du skal have bækken)"

1. Bækkenløft
- Kan ikke
 - Kan

Sig: "Nu skal du trille om på siden uden at gribe fat i noget"

2. Rulle om på siden
- Kan ikke
 - Kan

Sig: "Denne gang skal jeg bede dig komme op og sidde på sengekanten uden at gribe fat i noget"

3. Liggende til siddende
- Kan ikke
 - Kan med minimal støtte
 - Kan under supervision
 - Kan selvstændigt

Stol (forflytninger)

Sig: "Jeg skal bede dig om at lægge hænderne i skødet og sidde opret uden at støtte dig til ryglæn eller armlæn i 10 sekunder"

4. Sidde uden støtte
- Kan ikke
 - Kan i 10 sekunder

Sig: "Du må godt sætte fødderne lidt fra hinanden igen. Nu skal du op og stå. Rejs dig op ved at støtte dig til armlænene"

5. Siddende til stående
- Kan ikke
 - Kan med minimal støtte
 - Kan under supervision
 - Kan selvstændigt

Sig: "Denne gang skal du prøve at rejse dig op med armene krydset over brystet"

6. Siddende til stående uden brug af arme
- Kan ikke
 - Kan

Statisk balance (uden sko, strømper og gangredskab, dog hvis personen anvender støttestrømper, badager eller lign. skal personen beholde sine sko på)

Sig: "Nu skal du stå med let spredte ben i 10 sekunder uden at støtte dig til noget. Jeg starter tiden, når du slipper"

	Kan ikke	Kan i 10 sekunder
7. Stå uden støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sig: "Nu skal du stå med fødderne samlede i 10 sekunder uden at støtte dig til noget. Jeg starter tiden, når du slipper"

	Kan ikke	Kan i 10 sekunder
8. Stå med samlede fødder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sig: "Du må godt sætte fødderne lidt fra hinanden igen, og holde ved sengegavlen. Denne gang skal jeg se, om du kan stå på tæer dvs hælene skal løftes fri fra underlaget. Du skal stå på tæer i 10 sekunder uden at støtte dig til noget"

	Kan ikke	Kan i 10 sekunder
9. Stå på tærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sig: "Nu skal du stå med den ene fod foran den anden ligesom på en linje. Du må selv vælge, hvilken fod, der er forrest". Hvis patienten ser ud til at kunne stå i stillingen fortsætte med: "Luk dine øjne og bliv stående i 10 sekunder. Jeg starter tiden, når du slipper og har lukket øjnene"

	Kan ikke	Kan i 10 sekunder
10. Tandemstand med lukkede øjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gang

Sig: "Nu skal vi se, hvor langt du kan gå uden pause. Du må godt starte nu"

- | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|---|--|
| 11. Gangdistance m/u gangredskab | <input type="checkbox"/> Kan ikke | <input type="checkbox"/> Kan 5 meter | <input type="checkbox"/> Kan 10 meter | <input type="checkbox"/> Kan 20 meter | <input type="checkbox"/> Kan 50 meter |
| 12. Selvstændig gangfunktion | <input type="checkbox"/> Kan ikke | <input type="checkbox"/> Kan med minimal støtte | <input type="checkbox"/> Kan under supervision | <input type="checkbox"/> Kan selvstændigt med gangredskab | <input type="checkbox"/> Kan selvstændigt uden gangredskab |

Dynamisk balance (uden sko, strømper og gangredskab, dog hvis personen anvender støttestrømper, bandager eller lign. skal personen beholde sine sko på)

Sig: "Nu lægger jeg en kuglepen på gulvet foran dine fødder, og jeg skal bede dig om at samle kuglepennen op uden at støtte dig til noget"

- | | | | | |
|----------------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 13. Samle kuglepen op fra gulvet | Kan ikke | <input type="checkbox"/> | Kan | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|

Sig: "Du skal nu gå 4 skridt baglæns"

- | | | | | |
|-------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 14. Gå 4 skridt baglæns | Kan ikke | <input type="checkbox"/> | Kan | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|

Sig: "Til sidst skal jeg bede dig om at hoppe uden at støtte dig til noget"

- | | | | | |
|-----------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 15. Hoppe | Kan ikke | <input type="checkbox"/> | Kan | <input type="checkbox"/> |
|-----------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|

OMC funktionstest

Sig: "Nogle ældre har svært ved at huske det, de skal gøre. Det er vigtigt, at jeg får indtryk af hvordan du husker og hvordan du løser nogle få opgaver. Jeg stiller et spørgsmål ad gangen."

Orientering - år og måned

	Rigtigt	Forkert
Hvilket årstal har vi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilken måned er vi i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registrering:

Sig: "Jeg vil nu nævne en kort sætning, som du skal gentage efter mig"

"Gentag efter mig: Peter Jensen, Vestergade 77, [patientens egen by]"

Orientering - tid

	Rigtigt	Forkert
Hvad er klokken? (Svar accepteres inden for en margen på 1 time. Det er ikke tilladt at personen ser på uret)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opgaveløsning

Sig: "Jeg vil nu bede dig løse to opgaver"

	Ingen fejl	En fejl	Flere fejl
Tæl baglæns fra 20 til 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sig månederne i omvendt rækkefølge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gentagelse

Sig: "Gentag sætningen fra før"

	5 rigtige ord	4 rigtige ord	3 rigtige ord	2 rigtige ord	1 rigtigt ord	Ingen rigtige ord
(Peter Jensen, Vestergade 77, [Patientens egen by])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REJSE-SÆTTE-SIG-TEST

Deltageren sidder med rank ryg. Placer gerne stol op af væg. Fødderne fladt på gulvet og armene krydset over brystet. Prøv 1-2 rejs. Der skal rejses helt op og ned til sæde.

Sig "klar, parat, start". På start startes stoppeuret og antal rejs tælles.

Antal gange patienten kan rejse sig på 30 sekunder: _____

HÅNDRYKSKRAFT

(2 minutters pause mellem hver måling)

Den dominante hånd testes. Måles med Jamars håndtryksmåler i kg og grebet i position 2 (husk strop om håndled).

Udgangsstilling er siddende med rank ryg, overarm langs krop, albue bøjet 90 grader, lige håndled evt. let bagudbøjet.

1. måling _____ kg

2. måling _____ kg

3. måling _____ kg

Funktionstestene er færdige.

Du vil nu blive stillet et par spørgsmål om din nærmeste pårørende.

Er der en pårørende tilstede?

- Ja
- Nej

Hvis ja så fortsæt. Hvis nej, så hop til sidste side, hvor pårørendes informationer kan indtastes og så kontakter ACCESS-visitatoren selv pårørende.

Til den nærmeste pårørende.

Velkommen til den elektroniske evaluering af dit akutte forløb i forskningsprojektet "Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland".

Vi er meget interesserede i dine synspunkter, så vi kan tilbyde den rigtige behandling og pleje. Vi håber derfor, at du vil give dig tid til at besvare spørgeskemaet. Det tager ca. 5 minutter at udfylde.

Du er velkommen til at få hjælp til at læse spørgsmålene højt og få hjælp til at indtaste svarene.

Tak for hjælpen

Samtykke til deltagelse i spørgeskemaet om evaluering af din pårørendes akutte forløb

(Din pårørendes akutte forløb er ” fra din pårørendes læge eller hjemmesygeplejerske sammen med din pårørende blev enige om, at der skulle mere akut hjælp/behandling til enten fra sygehuset eller fra kommunen”)

- Jeg ønsker at deltage
- Jeg ønsker ikke at deltage (*spørgeskemaet er færdigt*)

DIN RELATION TIL DIN PÅRØRENDE

Pårørende er min

- Ægtefælle/samlever
- Forældre
- Søster/bror
- Faster/moster/tante/morbror/farbror/onkel
- Ven
- Nabo
- Andre

Hvad er dit funktionsniveau?

- Jeg er selvhjulpnen og klarer alt selv
- Jeg får lidt hjælp til at klare mig
- Jeg er afhængig af hjælp

DET AKUTTE FORLØB

Hvordan vurderer du, at samarbejdet mellem din pårørendes praktiserende læge, hjemmeplejen og sygehusets læge og sygeplejerske har været?

- Virkelig godt
- Godt
- Dårligt
- Virkelig dårligt
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på
- Det har jeg ikke nogen fornemmelse af

Ja

Nej

Har du oplevet fejl i forbindelse med din pårørendes akutte forløb?

Hvis ja, hvilke(n) fejl oplevede du?

Har din pårørende haft behov for mere hjælp den sidste uge?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvis ja, hvem har din pårørende fået mest hjælp af?

- Dig selv
- Ægtefælle/Samlever
- Søn/datter
- Nevø/niece
- Ven
- Besøgsven
- Nabo
- Andre

Hvis ja, hvor meget tid skønner du, at han/hun har brugt ekstra på at passe din pårørende i den sidste uge?

- Op til 1 timer hver dag
- 1-2 timer hver dag
- 3-5 timer hver dag
- 6-8 timer hver dag
- 9-11 timer hver dag
- Mere end 12 timer hver dag
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

TILLID

Har du tillid til, at din pårørende får den rette behandling?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

TRYGHED

Hvor tryk er du ved den behandling, din pårørende modtager?

- Meget tryk
- Tryk
- Utryk
- Meget utryk
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

TRYGHED

Har du fået informationer om, hvem du skal kontakte, hvis du har spørgsmål til din pårørendes sygdom og behandling?

- Ja
- Nej
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

INFORMATION

Hvordan vurderer du alt i alt den information, du får?

- Virkelig god
- God
- Dårlig
- Virkelig dårlig
- Det kan/ønsker jeg ikke at besvare

INDDRAGELSE

I hvilket omfang er du en del af de beslutninger, der træffes om din pårørendes behandling og pleje?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Det kan/ønsker jeg ikke at besvare

TILFREDS

Hvor tilfreds er du alt i alt med din pårørendes forløb den sidste uge?

- Meget tilfreds
- Tilfreds
- Hverken tilfreds eller utilfreds
- Utilfreds
- Meget utilfreds
- Det kan/ønsker jeg ikke at svare på

Har du kommentarer til din pårørendes akutte forløb i øvrigt?

Hvis pårørende ikke er tilstede

Hvem er din nærmeste pårørende og som vi kan kontakte i forbindelse med evalueringen af dit akutte forløb?

- Nærmeste pårørende er min ægtefælle/samlever
- Nærmeste pårørende er min søn eller datter
- Nærmeste pårørende er min søster eller bror
- Nærmeste pårørende er min nabo
- Nærmeste pårørende er min nevø eller niece
- Nærmeste pårørende er en ven
- Andet
- Jeg har ingen pårørende

Kontaktoplysninger på pårørende, hvis denne ikke er tilstede?

- Navn _____
- Adresse _____
- Telefonnummer _____
- Email-adresse _____
- Evt. fax-nummer _____

Du er nu færdig og dine svar vil indgå i den samlede evaluering af forskningsprojektet.

Bilag 13 Flowdiagram til udfører af test dag 0 og dag 7

Flowdiagram til udførelsen af test dag 0 og dag 6-9 i ACCESS-projektet

Generelt

Testene udføres altid der hvor patienten er. På dag 0 vil det altid være det kommunale sundhedspersonale der udfører testene, medmindre patienten indlægges.

Link til testene findes under "Portal" på www.ACCESSprojektet.dk. Husk altid efter endt test at besvare "Tilføj Register udført funktionstest" i portalen.

Portalen indeholder også en liste over, hvilke patienter der skal have udført testene. Terapeuter på SHS har altid adgang til alle patienter i kommunen i tilfælde af indlæggelse

Er patienten indlagt?

Dag 0: Indlægges patienten (via egen læge eller ved besøg på akutambulatorium) ringer ambulatoriet (FAM, MAM, AMVA) til terapeuterne på SHS. Terapeuterne udfører nu funktionstesten dag 0

Dag 6-9: Er patienten indlagt dag 6-9 udføres funktionstesten af terapeuter på sygehuset. Udskrives patienten på dag 6-9 kontakter terapeuterne på sygehuset de kommunale sygeplejersker/terapeuter og koordinerer

Terapeuter på SHS kan kontaktes på:
MAM: 30432712/30432708
FAM: 79971920
AMVA: 23351292/88836733/21449876

Er patienten hjemme eller på kommunal plads?

Dag 0: Det kommunale sundhedspersonale udfører altid testene dag 0, medmindre patienten indlægges. Så snart patienten er inkluderet i projektet kontakter ACCESS-visitator det kommunale akuttilbud og orienterer om, at patienten er på vej.

Dag 6-9: Er patienten hjemme eller på en kommunal plads udføres funktionstesten af det kommunale sundhedspersonale – også selvom patienten har været indlagt. Indlægges patienten på dag 6-9 kontakter det kommunale sundhedspersonale terapeuterne på sygehuset og koordinerer

De kommunale sygeplejersker/terapeuter kan kontaktes på:
- Haderslev: 23352573
- Aabenraa: 73766200
- Tønder: Nord/30655987, Syd/30656090
- Sønderborg: 27904356

Bilag 14 ACCESS-manualen

Vejledende instruks

Fælles sønderjysk projekt om den akutte ældre medicinske patient -
ACCESS-projektet

2. udgave version 3., Oktober 2014



ACCESSprojektet.dk

Forord

Denne 2. udgave er en revideret udgave af ACCESS-instruksbogen, der er tiltænkt de sygeplejersker og læger, som deltager i projektet.

Instruksbogen indeholder

1. Beskrivelse af ACCESS-projektet
2. Vurdering og stabilisering af akutte patienter
3. De hyppigst forekomne tilstande
4. Behandlinger og medicin i ACCESS.
5. Telefonliste

Instruksbogens 1. udgave blev anvendt til undervisning af kommunale sygeplejersker i juni måned 2013.

Samtlige forslag til behandling er vejledende, og de behandlende læger har fri mulighed for at vælge andre alternativer.

Se også www.accessprojektet.dk for nyeste oplysninger.

1. udgave blev udgivet maj 2013 og udarbejdet af sygeplejerske Dorte Holm fra Sønderborg Akutteam, sygeplejerske Marika Jepsen fra Haderslev Akutteam, sygeplejerske Gitte Paulsen fra Akutcenter Sygehus Sønderjylland og overlæge Christian Backer Mogensen fra Akutcenter, Sygehus Sønderjylland

I 2. oplag af 1. udgave trykt 26. juni 2013 blev enkelte rettelser i teksten foretaget.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Hvad er ACCESS-projektet?.....	4
Hvem kan deltage? Inklusion- og eksklusionskriterier.....	7
Information til borgeren	9
Hvordan opnås patientens samtykke?	10
Inkluderingsprocessen	11
Patienttransport	12
Almen Praktiserende læge	13
Akut speciallægevurdering på sygehuset.....	15
Øget monitorering, videokommunikation og hotline.....	17
De kommunale akuttilbud	18
Hvor henvender sygeplejersken sig, hvis der opstår problemer?	19
ACCESS-portalen.....	19
Hvordan vurderes formålene i projektet?	20
Kommunikation og dokumentation omkring patienten:.....	22
Hvornår og hvordan afsluttes en patient i projektet.....	23
Triage - Minimum observation alarmsymptomer	23
Alarmitilstande: Hvornår reagere?	25
Væskebehandling.....	26
Antibiotisk behandling.....	27
IV-antibiotika/infusionsvæske og venflons	28
IV-væsker og -antibiotika	30
Inhalationsbehandling:	31
Feber.....	32
Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) m. exacerbation.....	33
Pneumoni.....	34
Urinvejsinfektion.....	35
Delir	36
Anafylaktisk shock:.....	37
Telefonnumre mm.	39

HVAD ER ACCESS-PROJEKTET? [HJEM](#)

ACCESS-projektet (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) er et fælles projekt mellem Sygehus Sønderjylland, Haderslev-, Tønder-, Aabenraa- og Sønderborg kommuner, samt de praktiserende læger i Sønderjylland. Projektet er 2-årigt og finansieres af Sundhedsstyrelsen. Det er godkendt af De Videnskabetiske Komitéer for Region Syddanmark og de praktiserende lægers Multi Praksis Udvalg, samt anmeldt til Datatilsynet.

Formålet med projektet er, for ældre akut syge patienter med medicinsk sygdom, at undersøge, hvilket af de kommunale tilbud

- akutplads på center eller
- akutteam i hjemmet

kombineret med

- en akut vurdering af en speciallæge i intern medicin på akutambulatorium
- telemonitorering af patienten, videokommunikation og mulighed for kontakt til speciallæge på sygehuset døgnet rundt (døgnhotline),

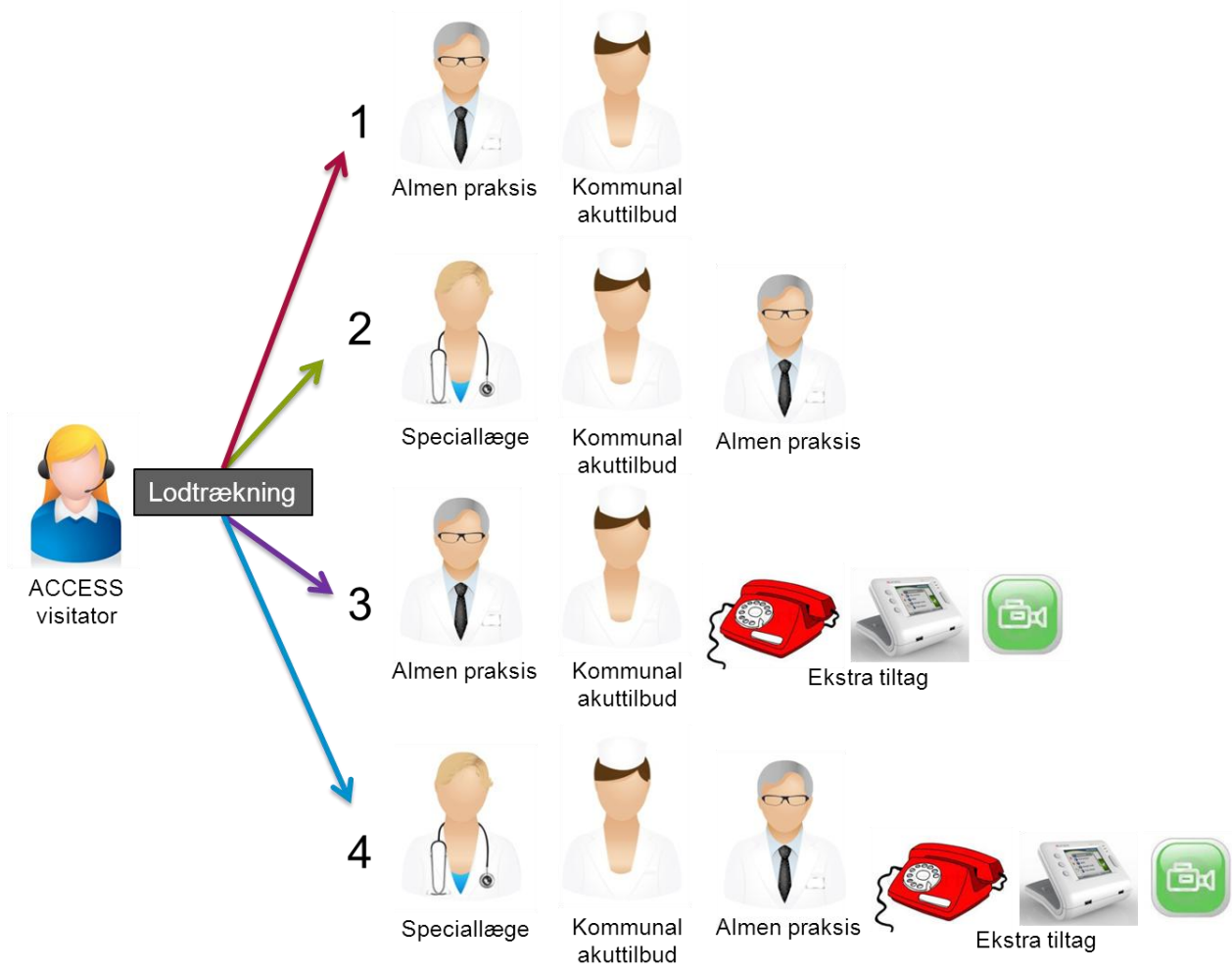
der bedst kan reducere antallet af akutte indlæggelser, sikre den hurtigste rehabilitering og være mest tilfredsstillende for patient og pårørende.

Borgere i Haderslev og Sønderborg kommune tilbydes akutteam mens borgere i Aabenraa og Tønder tilbydes akutplads på center.

Ved lodtrækning tilbydes alle borgere tilfældigt et af fire mulige behandlingstilbud:

1. Det kommunale akuttilbud, hvor patientens praktiserende læge lægger behandlingsplanen og det kommunale akuttilbud udfører sygeplejen.

2. En akut vurdering af en medicinsk speciallæge på nærmeste sygehus – med umiddelbart tilbagemelding til praksis og kommune. Det kommunale akuttilbud udfører efterfølgende sygeplejen.
3. Patientens praktiserende læge lægger behandlingsplanen og det kommunale akuttilbud udfører sygeplejen med mulighed for ekstra tiltag: døgnhotline til den medicinske speciallæge, videokommunikation med den medicinske speciallæge og telemonitorering af blodtryk, puls og iltmætning.
4. En akut vurdering af en medicinsk speciallæge på nærmeste sygehus – med umiddelbart tilbagemelding til praksis og kommune. Det kommunale akuttilbud udfører efterfølgende sygeplejen med mulighed for ekstra tiltag: døgnhotline til den medicinske speciallæge, videokommunikation med den medicinske speciallæge og telemonitorering af blodtryk, puls og iltmætning



HVEM KAN DELTAGE? INKLUSION- OG EKSKLUSIONSKRITERIER [HJEM](#)

Målgruppen er ældre borgere fra hele Sygehus Sønderjyllands optageområde, der udvikler en så alvorlig akut formodet medicinsk tilstand at praktiserende læge eller kommunalt sundhedspersonale skønner, at tilstanden kræver øget akut hjælp.

Inklusionskriterierne er:

- Alle borgere i sygehus Sønderjyllands optageområde som er fyldt mere end 65 år, (eller 60 år med betydelig komorbiditet)
- Egen læge skal være tilgængelig de første 2 hverdage efter inklusion
- Borgere med formodet medicinsk lidelse, hvis tilstand kræver øget akut hjælp

Eksklusionskriterierne er:

- Borgere, hvor egen læge vurderer, at der er absolut indlæggelsesindikation
- Borgere, som vurderes af anden læge end egen læge(hus) (vagtlæge, lægeambulance) på inklusionstidspunktet
- Den kommunale kapacitet til modtagelse af akutte patienter eller sygehusets eller egen lægehus` kapacitet til akutvurdering er optaget af andre akutte patienter
- Borgere, som ikke er i stand til at give et informeret samtykke eller ikke ønsker at deltage i projektet
- Borgere på plejehjem
- Borgere, der indenfor de sidste 3 måneder har været inkluderet i ACCESS

Henvisning til projektet sker via den praktiserende læge og kan foregå på hverdage i praktiserende læges åbningstid: mandag-torsdag kl. 8-16 og fredag kl. 8-12. Inklusionen af borgere til projektet kan ske på 4 måder:

- Den praktiserende læge ser patienten i sin praksis

- Den praktiserende læge taler med patienten i telefon
- Den praktiserende læge er på hjemmebesøg hos patienten
- Den praktiserende læge er i dialog med hjemmesygeplejersken, der er hos borgeren

For at inkludere borgeren til projektet, behøver den praktiserende læge ikke fysisk at se borgeren, men kan gøre det igennem hjemmesygeplejen. Det kan være, at lægen har set patienten få dage eller uger forinden eller har et godt kendskab til patienten i øvrigt. Ringes den praktiserende læge op, kan lægen derfor kontakte en kommunal sygeplejerske, som i løbet af en time kan være hos patienten og melde tilbage til lægen.

De kommunale sygeplejersker kan kontaktes på

- Haderslev: tlf: 23352573
- Aabenraa: Nord tlf: 21199146, Syd tlf: 73768011
- Sønderborg: tlf: 27904356
- Tønder: Nord tlf: 30655987, Syd tlf: 20236684

Det kan også være, det er hjemmeplejen, der er på besøg hos borgeren, og som kontakter den praktiserende læge fordi patientens tilstand kræver akut behandling. I begge tilfælde er det vigtigt, at det er en sygeplejerske, lægen er i kontakt med. Lægen, eventuelt i samråd med hjemmesygeplejersken, vurderer om borgeren opfylder inklusions- og eksklusionskriterierne til at deltage i forskningsprojektet.

INFORMATION TIL BORGEREN [HIEM](#)

Der er udformet en simpel formulering om projektet til borgeren, så alle borgere bliver informeret på samme måde.

Til hjemmesygeplejersken:

“Vores kommune er af Sundhedsstyrelsen udvalgt til at deltage i et spændende projekt om bedst mulig pleje af ældre. Vi har opgaven sammen med sygehuset og din læge. Projektet går ud på at undersøge, hvilken type af hjælp, der fungerer bedst for ældre borgere, der bliver syge i hjemmet. Og vi har mulighed for at invitere dig med i projektet, fordi dit sygdomsforløb passer til undersøgelsen.

Det betyder, at vi ringer til sygehuset nu, og så fortæller de os, hvad vi skal gøre. Vi bliver her hos dig og sørger for, at du behandles korrekt. Du vil være i gode hænder hele vejen.

Vi har skrevet noget mere om projektet i dette brev, som vi gerne gennemgår med dig. Vi har brug for din underskrift, for at du må deltage i projektet. Vi vil sørge for at det foregår anonymt. Og du vil blive én af næsten 900 i Sønderjylland, som får tilbud om at være med.”

Til den praktiserende læge:

“Vores kommune er af Sundhedsstyrelsen udvalgt til at deltage i et spændende projekt om bedst mulig pleje af ældre. Vi har opgaven sammen med sygehuset og kommunen. Projektet går ud på at undersøge, hvilken type af hjælp, der fungerer bedst for ældre borgere, der bliver syge i hjemmet. Og vi har mulighed for at invitere dig med i projektet, fordi dit sygdomsforløb passer til undersøgelsen.

Det betyder, at vi ringer til sygehuset nu, og så fortæller de os, hvad vi skal gøre. Du vil være i gode hænder hele vejen og jeg sørger for, at du behandles korrekt.

Vi har skrevet noget mere om projektet i dette brev, som jeg gerne gennemgår med dig. Vi har brug for din underskrift, for at du må deltage i projektet. Vi vil sørge for at det foregår anonymt. Og du vil blive én af næsten 900 i Sønderjylland, som får tilbud om at være med.”

HVORDAN OPNÅS PATIENTENS SAMTYKKE? [HJEM](#)

En samtykkeerklæring (*Samtykkeerklæring habile voksne*) skal indhentes fra borgeren inden denne kan deltage i forskningsprojektet. Både den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken kan indhente samtykke. Til at informere borgeren om projektet, er der udarbejdet et brev til patienten: *Brev til patient i Haderslev og Sønderborg* og *Brev til patient i Tønder og Aabenraa*. Samtykkeerklæring samt de to breve kan printes fra www.accessprojektet.dk

Er patienten inhabil, kræves det, at både den nærmeste pårørende og den praktiserende læge underskriver et samtykke (*Samtykkeerklæring inhabile voksne*). Er den praktiserende læge ikke fysisk tilstede sammen med patienten og pårørende, er det hjemmesygeplejen, der informerer pårørende og får lægen til at underskrive samtykkeerklæringen. Til at informere den pårørende om projektet, er der udarbejdet et brev til pårørende (*Brev til pårørende til patient i Haderslev og Sønderborg* og *Brev til pårørende til patient i Aabenraa og Tønder*). Samtykkeerklæring samt de to breve kan printes fra www.accessprojektet.dk.

Både pårørende og egen læge skal ifølge lovgivningen skrive under før patienten kan inkluderes i projektet. Det er ikke et krav, at ACCESS-visitatoren skal være i besiddelse af de underskrevne samtykkeerklæringer, før patienten kan inkluderes i projektet.

Samtykkeerklæringerne afleveres eller mailes (et foto af samtykkeerklæring med smartphone/mobil/tablet kan godt bruges) og sendes til:

ACCESS-visitator
Akutcenteret
Sygehus Sønderjylland
Kresten Philipsens Vej 15
6200 Aabenraa,
ACCESS.projekt@rsyd.dk

INKLUDERINGSPROCESSEN [HIEM](#)

Patienten inkluderes i ACCESS-projektet ved at ringe til ACCESS-visitator på tlf: 7997 1129. Opkaldet til ACCESS-visitatoren kan foretages af den praktiserende læge eller af den kommunale sygeplejerske i tidsrummet kl. 8-16 mandag-torsdag og kl. 8-12 fredag. Er det sygeplejersken, der ringer, giver sygeplejersken besked tilbage til den praktiserende læge/klinikken om, hvilket behandlingstilbud borgeren bliver randomiseret til. Beskeden kan være elektronisk, telefonisk eller via klinikpersonalet afhængig af, hvad den praktiserende læge foretrækker.

Hvis behandlingstilbuddet borgeren bliver randomiseret til, efterfølgende skønnes utilstrækkeligt af egen læge eller kommunal sygeplejerske kan forløbet på ethvert tidspunkt konverteres til indlæggelse.

Efter randomiseringen stiller ACCESS-visitatoren telefonen direkte videre til flowmasteren i akutambulatoriet eller til det kommunale akuttilbud, afhængig af, hvilket behandlingstilbud patient er randomiseret til. I kommunerne er der en direkte linje, så opkaldet bliver besvaret med det samme. Får borgeren tildelt udredning på akutambulatorium, kontakter ACCESS-visitatoren det kommunale akuttilbud med det samme, så de er klar til at modtage borgeren senere på dagen.

PATIENTTRANSPORT [HJEM](#)

ACCESS-visitator bestiller transporten til akutambulatoriet på sygehuset eller til akutpladsen på center i Rødekro, Skærbæk og Højer.

Sygehuset bestiller transporten fra akutambulatoriet til patientens hjem (hvis borgeren bor i Haderslev eller Sønderborg kommune) eller til akutpladsen i Rødekro, Skærbæk og Højer (hvis borgeren bor i Aabenra eller Tønder kommune).

Personale på akutpladsen i Rødekro, Skærbæk og Højer bestiller transporten fra akutpladsen til borgerens hjem ved afslutning på det kommunale akuttillbud.

Pårørende er altid velkomne til at stå for transporten, hvis det skønnes forsvarligt.

Telefonnumre til bestilling af transport:

Patienttransport til og fra sygehus:

- Siddende transport: Tlf: 7011311
- Liggende transport, Falck: Tlf: 70150071

Patienttransport mellem hjem og akutplads (betales af ACCESS-projektets midler):

- Siddende transport: Dantaxi_ 70252525
- Liggende transport, Falck: Tlf: 70102030

Oplys EAN.nr: 5798002231434

ALMEN PRAKTISERENDE LÆGE [HJEM](#)

I projektet kan den praktiserende læge komme ud for 4 trin:

1. Vurdering af patient

Hvis patienten ringer til egen læge, kan lægen bede en sygeplejerske tage ud og vurdere patienten indenfor 1 time (telefonnumre er angivet på hjemmesiden). Sygeplejersken vil herefter ringe tilbage til egen læge og sammen med denne afgøre, om patienten skal ind i ACCESS. Sygeplejersken kan herefter sørge for inklusion af patienten, herunder indhente skriftligt samtykke. Hvis patienten er sammen med lægen, kan lægen inkludere patienten direkte ved at ringe til visitator.

Det er IKKE noget krav, at egen læge har set patienten umiddelbart før inklusionen. Oftest vil egen læge have et godt kendskab til patienten og/eller have set patienten i dagene forud.

2. Inklusion af patienten

I instruksbogens afsnit "Hvem kan deltage?", "Information til borgeren", "Hvordan opnås patientens samtykke?" og "Inkluderingsprocessen" er inklusionen af ACCESS-patienter beskrevet. Der er udarbejdet et flowdiagram til almen praksis, der beskriver disse trin, som kan downloades www.accessprojektet.dk.

3. PLAN TIL SYGEPLEJEN

Randomiseres patienten til behandlingstilbud 1 eller 3, har egen læge ansvaret for patienten og skal sende en plan for behandling og undersøgelser til de kommunale sygeplejersker. Denne plan kan suppleres telefonisk om nødvendigt. På hjemmesiden www.accessprojektet.dk er der udarbejdet et forslag/skabelon til en sådan plan, som kan kopieres ind i korrespondancemodulet, udfyldes og sendes.

Planen sendes på vanlig måde til de kommunale sygeplejersker

Blodprøver

Hvis der er behov for at få taget akutte blodprøver på patienter, der henvises til ACCESS, og som ikke skal forbi akutambulatoriet er der følgende muligheder:

- Patienten køres forbi egen læge og får taget prøverne der
- Patienten køres forbi sygehusets laboratorium og får taget blodprøverne akut før de køres videre til centeret i Røde Kro.

Kontrol blodprøver

På centrene i *Aabenraa og Tønder kommuner* på alle hverdage om morgenen blodprøvetagning (væsketal, hgb, leucocytter, diff. tælling, trombocytter og CRP samt INR)

1. Når der lægges en plan for patienten skal der tages stilling til hvilke blodprøver der skal tages de næste dage. Dette skrives i planen, som sendes til centeret.
2. Prøverne bestilles endvidere i laboratoriesystemet og lægges på webhotel (fra almen praksis) eller i Bcc som ambulans patient. Herefter sørger centeret for at prøverne bliver taget.

I Sønderborg og Haderslev kommuner kontakter akutteamet patientens eget lægehus mhp blodprøvetagning, hvis der skal tages opfølgende blodprøver efter sygehusbesøg.

4) Opfølgning og afslutning af patient

En patient kan højst være i ACCESS projektet i 48 timer (hen over weekend og i helligdage dog op til 60 timer). Derefter skal egen læge og det kommunale tilbud tage stilling til, om patienten kan klare sig med vanlig hjælp, har behov for aflastning eller øget hjælp, eller skal indlægges. Det kommunale tilbud kontakter egen læge.

Til at registrere den eksakte tid den praktiserende læge bruger per ACCESS-patient, vil nogle læger i en afgrænset periode blive bedt om at registrere tidsforbruget. Dette vil ACCESS-projektet orientere lægerne nærmere om.

AKUT SPECIALLÆGEVURDERING PÅ SYGEHUSET [HIEM](#)

Halvdelen af alle patienter får tilbudt en akut vurdering ved en medicinsk speciallæge på nærmeste sygehus (MAM i Haderslev, FAM i Aabenraa, Medicinsk dagklinik i Tønder og AMVA i Sønderborg). Udredningen registreres som et ambulært besøg.

Udrednings- og behandlingsplan

Når patienten ankommer vurderes det, hvilke observationer, der skal foretages. Der lægges et undersøgelsesprogram, tages blodprøver, EKG og rtg. af thorax efter behov. På baggrund af observation og prøvesvar udarbejder speciallægen en plan indenfor 4 timer efter ankomsten.

1. Skal patienten indlægges eller kan situationen klares med det kommunale akuttilbud
2. Plan for observation i hjemmet eller på akutplads
3. Ordination af medicin og evt. væskebehandling
4. Plan for om og hvornår der skal kontrolleres blodprøver og om og hvornår patienten skal kontrolleres af egen læge
5. Der skrives recept på evt. medicin til levering på akutplads eller i eget hjem

Behandlingsplanen kan skrives som fraseteks i Cosmic (access_1) og medsendes patienten skriftligt samt sendes straks til egen læge og hjemmeplejen.

Såfremt der er behov for IV-væskebehandling og evt. IV-medicin (kun antibiotika) udleveres dette fra sygehuset og sendes med patienten hjem sammen med skiftesæt til 48 timers brug.

Sygehuset bestiller patienttransport (i Haderslev og Sønderborg er det til eget hjem, mens det i Aabenraa og Tønder er til den kommunale akutplads): Siddende transport: Tlf: 74182861 og liggende transport: Tlf: 70150071.

Sygehuset ringer til det kommunale akuttilbud og orienterer om patientens ankomst:

- Tlf Akutteam Had: 23352573
- Tlf Akutteam Søn: 27904356
- Tlf Akutplads Aab: 73766200 (Funkevej 9A, Rødekro)
- Tlf Akutplads Tøn: Nord: 30655987 (Genvejen 25, Skærbæk), Syd: 20236684 (Nørrevej 43, Højer)

Får borgeren eller den kommunale sygeplejerske behov for yderligere lægelig kontakt, sker dette til egen læge i dagarbejdstid eller vagtlæge udenfor dagarbejdstid, medmindre borgeren er blevet randomiseret til behandlingstilbuddene, der inkluderer hotline til sygehuset.

Ved indlæggelse

Patienten kan til enhver tid indlægges, hvis tilstanden kræver det. Indlægges patienten samme dag som han/hun er inkluderet fx via akutambulatoriet, orienterer sygehuset det kommunale akuttilbud (se tlf ovenfor) samt terapeuterne på SHS på tlf:

- Terapeuter FAM: 7997 1920
- Terapeuter AMVA: 2335 1292 / 88836733 / 21449876

ØGET MONITORERING, VIDEOKOMMUNIKATION OG HOTLINE [HJEM](#)

Halvdelen af patienterne tilbydes en øget monitorering i hjemmet, videokommunikation og en hotline til sygehuset.

Øget monitorering i hjemmet

I ACCESS-projektet telemonitoreres blodtryk, puls og iltmætning. Data fra blodtryksapparat og pulsoximeter overføres automatisk til en mobil enhed (HUB), der sender data videre til ACCESS-portalen. Hvilket nummer på udstyr patienten har fået tildelt, kan ses på patientens side i ACCESS-portalen. Både kommunale sygeplejersker og akutambulatoriet har adgang til disse data.

Hotline

Tilbydes patienten behandlingstilbuddet med ekstra tiltag, har den kommunale sygeplejerske, via en hotline mulighed for at kontakte det lokale sygehus (FAM dækker både Tønder, Haderslev og Aabenraa).

- FAM Aabenraa: Tlf 7997 1130
- AMVA Sønderborg: Tlf 7418 3418

Hotlinen gælder døgnet rundt, og ambulatoriet kan derfor også kontaktes i dagarbejdstid, hvis den kommunale sygeplejerske ikke kan få fat på den praktiserende læge. Via hotlinen er der direkte indlæggelsesmulighed. De vagthavende speciallæger/flowmasteren kan finde en opdateret liste over aktuelle patienter ved log in på ACCESS-portalen.

Videokommunikation

Videokommunikationen foregår mellem den kommunale sygeplejerske og den medicinske speciallæge.

Videokommunikationen for de kommunale sygeplejersker foregår via indkøbte iPads via app'en Jabber. De medicinske speciallæger kan tilgå video via PC., hvor Cisco Jabber er installeret.

DE KOMMUNALE AKUTTLILBUD [HJEM](#)

Minimumskrav	Akutteam Haderslev/Sønderborg	Akutplads Tønder/Aabenraa
Hvornår kan kommunal sygeplejerske komme	Indenfor en time	Indenfor en time
Modtagepersonale	Akutsygeplejerske	Modtage-sygeplejerske med særlige kompetencer
Hvor længe tilbydes akut sygepleje	48 timer fra pt er hjemme igen (med elastik til 60 timer)	48 timer (med elastik til 60 timer) fra ankomst til center
”Minimum-personale” tilstede døgnet rundt	Hjemmesygeplejerske kan tilkaldes	SOSU-hjælper er tilstede. Sygeplejerske tilkaldes
Monitorering	Vitalværdier inkl. temperatur. Iltmætning, BS, urinstix	Vitalværdier inkl. temperatur. Iltmætning, BS, urinstix
IV-væske	Ja	Ja (<i>ikke anlægge venflon</i>)
Borgere med sug	Ja, hvis borgeren i forvejen har sug	Ja, hvis borgeren i forvejen har sug
Inhalationsbehandling	Ja	Ja
Ilt-behandling	Ja hvis pt i forvejen har ilt	Ja hvis pt i forvejen har ilt

HVIS DER OPSTÅR PROBLEMER? ACCESPORTALEN. [HIEM](#)

For patienter der har fået tilbudt hotline kan kommunal sygeplejerske henvende sig direkte på nærmeste sygehus.

For patienter, der er set af medicinsk speciallæge kan man henvende sig til speciallægen i akutambulatoriet indtil kl 18:

- FAM Aabenraa: Tlf 7997 1130
- Medicinsk Dagklinik Tønder: Tlf 7392 6417 (ikke hotline)
- AMVA Sønderborg: Tlf 7418 3418

For øvrige patienter kan man henvende sig til egen læge indenfor dennes åbningstid og herefter til vagtlægen.

ACCESS-PORTALEN

Alle 328 patienter der indgår i ACCESS-projektet oprettes i ACCESS-portalen, som samler alle data. Det er ACCESS-visitatoren, der administrerer portalen og opretter borgeren efter randomiseringen samt tildeler monitoreringsudstyr. Hver borger har en personlig profil med data, men får ikke selv adgang til portalen.

ACCESS-portalen findes på www.accessprojektet.dk under menuen Portal. Portalen benytter sig af programmet Columna Citizen. I portalen er patienterne tildelt et sundhedsprogram, afhængig af hvilket behandlingsforløb de er randomiseret til. Til at følge patienten gennem forløbet og til registrering, skal der undervejs udfyldes skemaer. Disse skemaer kan findes ved at klikke på patientens side. I portalen er ligeledes et link til skema til funktionstest og tilfredshedsundersøgelse. Når skemaerne er udfyldt noteres dette i portalen.

HVORDAN VURDERES FORMÅLENE I PROJEKTET? [HIEM](#)

Antallet af indlæggelser (og genindlæggelser) registreres indenfor 3 måneder efter inklusionen i projektet.

Som en del af projektets effektmål er patienttestene funktionstab, patienttilfredshed og pårørendes tilfredshed. Patienttilfredsheden udføres ved spørgeskema og ved interviews.

De sundhedsfaglige personers oplevelse af de forskellige tilbud vurderes gennem fokusgruppe-interviews i løbet af projektet.

Patienttest

Funktionstabet bestemmes på dag 0 og dag 7 (dag 6-9) i behandlingsforløbet af alle inkluderede patienter. Spørgsmål til patientens livskvalitet (EQ-5D) indhentes dag 0 og dag 7 (dag 6-9). På dag 7 (dag 6-9) indhentes også spørgeskema om tilfredshed til patient og pårørende. Selve orienteringen af patienten og udførelsen af testene tager mellem 30 og 60 minutter.

Følgende gælder:

- Testene indhentes og udføres altid af en uvildig person
- Testene dag 0 og 7 udføres altid af kommunalt personale, medmindre patienten er indlagt på sygehuset.
- Er patienten indlagt på dag 0 eller 7 er det terapeuter på de fire sygehusmatrikler, der udfører testene
- Har patienten været indlagt undervejs i forløbet men er hjemme igen dag 7, er det kommunalt personale, der udfører testene
- I Sønderborg kommune udføres funktionstestene og tilfredshedsundersøgelsen af forskelligt personale

I ACCESS indgår funktionstestene:

- Rejse-sættes-sig-test, der vurderer styrken i underkroppen
- De Morton Mobility Index (DEMMI), der måler mobiliteten hos seniorer

- Håndtrykskraft, der giver et udtryk for patientens totale styrke
- Orientation-Memory-Concentration (OMC), der er en hurtigt kognitivt screeningsinstrument, der fokuserer på orientering, hukommelse og koncentration, der hyppigt forringes ved alderdom

Borgerens og dens pårørendes tilfredshed med behandlingen undersøges ved at stille spørgsmål til samarbejdet, tryghed, tillid, faglige behandling, information og inddragelse. Spørgsmålene er udarbejdet ud fra den validerede LUP (Landsdækkende Undersøgelser af Patienter). I undersøgelsen af borgerne indgår endvidere 5 spørgsmål til livskvaliteten fra EQ-5D

Undersøgelsen foretages sammen med funktionstestene af den samme uvildige person, som udfører funktionstestene. Tilfredshedsundersøgelsen udføres før funktionstestene og udfyldes af patienten selv på iPad. Om nødvendigt, kan personalet hjælpe med udfylde og læse spørgsmålene højt.

Er pårørende til stede udfyldes spørgeskemaet til pårørende på samme måde. Er pårørende ikke tilstede noteres pårørendes informationer i spørgeskemaet og ACCESS-visitator tager kontakt til pårørende.

De kommunale sygeplejersker/terapeuter kan kontaktes på:

- Haderslev: 23352573
- Aabenraa: 73766200
- Tønder: Nord/30655987, Syd/20236684
- Sønderborg: 27904356

Terapeuter på SHS kan kontaktes på:

- FAM: 7997 1920
- AMVA: 23351292/88836733/21449876

KOMMUNIKATION, DOKUMENTATION. [HIEM](#)

Al skriftlig kommunikation og dokumentation sker af de velkendte kanaler mellem praktiserende læger, kommuner og sygehuse.

Den mundtlige kommunikation omkring den enkelte patient mellem kommunalt ansatte og læger, sker altid via sygeplejersker.

Ved telefonsamtaler omkring den enkelte patient bruges kommunikationsmodellen ISBAR.

I	Identifikation Sig dit navn, din funktion og kommune Sig patientens navn, CPR nummer og kommune
S	Situation "jeg ringer fordi.. (beskriv)" "jeg har målt følgende værdier..." "jeg har observeret væsentlige ændringer i.....(beskriv)"
B	Baggrund (Inklusions)årsag (Inklusions)dato Kort sygehistorie indtil nu
A	Analyse "jeg mener problemet er " "jeg kender ikke problemet, men patienten har fået det værre" "pt. er ustabil, vi må gøre noget" "jeg er bekymret"
R	Råd "skal vi ikke..." "hvad synes du, jeg skal gøre" "hvad vil du foreslå?" "hvad skal jeg observere og hvor ofte?" "hvornår skal vi tales ved igen?"

HVORDAN AFSLUTTES EN PATIENT I PROJEKTET. ANSVAR. [HIEM](#)

En patient kan maksimalt være med i ACCESS projektet 48 timer (med elastik til 60 timer henover weekend og helligdage).

Der er herefter flere muligheder:

Patienten er i stand til at klare sig selv. Patienten overgår til vanligt regi, og fortsætter evt. behandling og kontrol via egen læge og evt. sædvanlige kommunale tilbud.

Patienten kan endnu ikke uden kommunal ekstra hjælp: Patienten overgår til kommunalt tilbud som efter en akut indlæggelse.

Patienten har forsat behov for IV behandling eller anden særlig behandling: Patienten må indlægges på sygehus.

Patientens situation forværres i løbet af de 48 timer: egen læge eller vagtlæge kontaktes (eller sygehus via hotline for patienter, som er randomiseret til det).

Ansvarsforhold

Sundhedsstyrelsen har beskrevet ansvarsforholdene i ACCESS projektet, se www.accessprojektet.dk Særligt gælder:

Praktiserende læger kan ikke forventes at varetage intravenøs behandling i hjemmet eller på akutplads. Sygehuset har det lægelige ansvar for den intravenøse behandling, når den er ordineret fra sygehuset og kan kontaktes direkte herom.

Den medicinske speciallæge er ansvarlig for udredning og behandling under opholdet på sygehuset og efter hjemsendelsen på samme vilkår som ved et almindeligt ambulante besøg.

Intravenøs antibiotisk behandling bør opstartes på sygehus.

TRIAGE – MINIMUM OBSERVATION [HIEM](#)

	1 Rød Livstruende	2 Orange Haster	3 Gul Haster mindre	4 Grøn Haster ikke
A	Ikke fri luftvej Inspiratorisk stridor			
B	Sat. < 80% uden ilttilskud RF > 35 eller RF < 8	Sat. 80-90% uden ilttilskud RF 30-35	RF 25-30	RF: 8 - 25
C	Puls > 140 og BT _{sys} < 80	Puls 120-140 Puls < 40 BT _{sys} 80- 90	Puls 110-120 Puls 40- 50 BT _{sys} ≥ 90	Puls: 50 - 110 BT _{sys} ≥ 90
D	Reagerer ikke	Reagerer kun på smerte	Reagerer på tiltale	Vågen og reagerer normalt
E	Tp < 32 ⁰ C	Tp > 40 ⁰ C Tp: 32 - 34 ⁰ C	Tp 38-40 ⁰ C Tp 34-35 ⁰ C	Tp: 35 - 38 ⁰ C

For patienter med kendt KOL nedsættes saturationsgrænsen med 5%

B	Sat. < 85% med ilttilskud Sat. < 75% uden ilttilskud	Sat. < 90% med ilttilskud Sat. < 85% uden ilttilskud	Sat. 85- 90% uden ilt	Sat. ≥ 90%
----------	---	---	--------------------------	------------

Minimum observation på ACCESS-patienter

Tilsyn og puls, BT, respirationsfrekvens (saturation), temperatur, bevidsthedsniveau 3 gange dagligt, og triagør med farve

ALARMTILSTANDE: HVORNÅR REAGERE? [HIEM](#)

Nedenstående liste er ikke udtømmende, man bør altid konferere ved tvivl og bruge sin almindelige faglige dømmekraft og erfaring.

Følgende situationer bør konfereres med læge

- hvis patienten ikke bedres i løbet af det første døgn, dvs, - vitalværdier ikke bedres
- patienten ikke begynder at spise og drikke

Følgende situationer bør straks medføre kontakt til læge

- Tiltagende respirationsproblemer: stigende respirationsfrekvens, -faldende ilt saturation
- Stigende puls
- Faldende Blodtryk
- faldende bevidsthedsniveau
- Tiltagende brystmerter
- Tiltagende abdominalsmerter
- Pareser
- Farveændring til det værre i triagen
- Alle orange patienter

Følgende situationer bør straks medføre indlæggelse via 112:

- Alle rødt triagerede patienter
- Patienter som kun reagerer på smerte
- Kraftige brystmerter
- Tydelige halvsidige pareser

VÆSKEBEHANDLING [HIEM](#)

Almindeligt væskebehov ved akut sygdom:

Vedligehold: < 70 kg: 2 liter > 70 kg: 2,5 liter væske/døgn

+ mistet væske (let dehydrering 3%, moderat 5% af kropsvægt)
= væskebehov i næste døgn. Eksempel: en moderat dehydreret kvinde skal have mindst 2 liter + (5% x 60) = 5 liter væske/døgn

Effekt: urinen skal ikke være koncentreret.

Oral rehydrering:

Foretrækkes. Ofte kan pt drikke, hvis der nødes.

Væsken gives i små og hyppige portioner. Patienterne kan drikke hvad de kan lide. Forslag til rehydreringsvæske: 1 liter vand, ½ teske salt og 6-8 teskeer sukker. Smagen kan forbedres med saft.

IV rehydrering:

Kræver bestemmelse af elektrolytter (Na og K) forud. (cave hjertesvigt og s-Na under 125). Der anvendes i ACCESS IV Isotonisk NaCl. Normalt bør 1 liter NaCl gives over mindst 4 timer.

Isotonisk NaCl	
ml/døgn	dråber/minut
1000	14
2000	28
3000	42
4000	56
5000	69

Elektrolytbehandling: Na: 135-145 mmol/l K: 3,5- 4,4 mmol/l

Kalium mangel: Kalium mixtur (1 mmol/ml).

Dagligt behov ca. 40 ml + hvad der er mistet (= (4- s-K)x vægten)

Lavt Natrium: Ofte pga. medicin (thiazid, antidepressiva, antiepileptika. Forsigtighed med rehydrering med Isotonisk NaCl ved lavt Na! (risiko for hjerneskader)

ANTIBIOTISK BEHANDLING [HIEM](#)

Mange patienter i ACCESS vil kunne klare sig med peroral antibiotisk behandling. Hvis der vælges at give IV antibiotika skal det opstartes på sygehus.

Kriterier for skift til oral behandling efter initial i.v. behandling

- a) Patienten kan indtage oral medicin, enten selv eller via sonde
- b) Har tarmfunktion uden tegn på ileus eller malabsorption
- c) Er klinisk stabil. Dvs. nedenstående kriterier er opfyldte:
 1. puls < 100/min
 2. resp. frekvens < 24/min
 3. tp. <38 C
 4. systolisk BT > 90 mm Hg
 5. ilt saturation > 90%

Valg af antibiotika (forslag):

Pneumoni:

Hvis patienten kan tage tabletter og der ikke er malabsorption kan der begyndes peroralt, ellers IV. Behandlingslængde 7 dage.

- Oralt [phenoxymethylpenicillin](#): 800 (1,2 mio IE) mg x 3- IV penicillin: 2 mio IE x 4 (pancillin, primcillin, vepicombin(®))
- Ved allergi: Oralt [Roxithromycin](#) 300mg x 1 (roximstad, roxitromycin, surlid (®))
- I.V. [Clarithromycin](#) 500mg x 2 (clarithromycin, klacid (®))

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) med forværring

- Oralt. [Amoxicillin/clavulansyre](#) 500/125mg x 3 (amoxicillin/clavulansyre, bioklavid (®))
- I.v. [Cefuroxim](#) 1500mg x 3 (Cefuroxim, Zinacef®)

Urinvejsinfektion

- Tabl. [pivmecillinam](#) 400mg x 3 (penomax, selexid (®))
- Ved allergi: Tbl. [ciprofloxacin](#) 500mg x 2. (ciprofloxacin, cifin (®))
- IV [cefuroxim](#) 1.500mg x 3. Skift til peroralt tidligt.

IV-ANTIBIOTIKA/INFUSIONSVÆSKE OG VENFLONS [HJEM](#)

Man går ikke fra en patient som får IV antibiotisk behandling.

IV antibiotisk behandling skal altid indledes på sygehus.

Fremgangsmåde.

1. Sikre at lægemidlet er forligeligt med infusionsvæsken 50/100ml NaCl.
2. Tjekke at det er den korrekte medicin/infusionsvæske og mængde, som er ordineret og stemmer overens med medicinliste.
3. Arbejdsbordet afsprittes/aftørres med WET WIPE disinfection før opblandingen.
4. Hænderne vaskes og desinficeres og der tages almindelige usterile handsker på.
5. Membraner på hætteglas og infusionsbeholdere afsprittes med spritswaps x 2. Spritten skal tørre helt inden anbrud.
6. Overføringskanyler påsættes hætteglas for, at undgå kontakt med
7. lægemidlet. (Overføringskanyler smides efter brug i kanyleboks og hætteglas i dagrenovation).
8. Beholderen vendes 5 gange eller til blandingen bliver ensartet.
9. Der skrives på tilsætningsetikette antibiotika/infusionsvæske navn og doseringsenhed, dato, klokkeslet, egne initialer, som derefter påsættes infusionsvæsken.
10. Dropslange tilsluttes opblandingen og væsken fyldes op i hele dropslangen. Skal gives umiddelbart lige efter blanding.
11. Afsprit med sprit swaps x 2 på venflonconnector. Skyl med ca. 5 ml NaCl før brug- at venflon fungerer. Umiddelbart efter tilsluttes dropslangen til stille indløb.
12. Når væsken er indløbet, tages dropsæt ned og der efterskylles med ca 5 ml nacl og infusionssættet kasseres i dagrenovation.

Af hensyn til patientens sikkerhed undgås afbrydelser under blanding af medicin undtagen hvis venflon ikke fungerer eller smerter ved infusion.



Observer dagligt for rødme, varme, væske, ømhed eller hævelse omkring indstiksstedet dagligt og på armen.

Hvis borgeren får feber, og der umiddelbart ikke er oplagt fokus, så vær opmærksom på om det kan stamme fra venflon.

Hvis der er opsat væske, observeres det, om væsken drypper i dråbekammeret. Hvis ikke, så tjek om der er "knæk" på slangen.

Når væsken er løbet ind, lukkes der for droppet ved at lukke skrueklemmen.

Som hovedregel skiftes venflon hver 3. dag, det samme gælder for plasteret.

IV-VÆSKER OG -ANTIBIOTIKA [HIEM](#)

IV væskebehandling bør udføres under omhyggeligt opsyn og bør omfatte kontrol af serumelektrolytter, væskebalancen.

Natriumchlorid skal gives med stor forsigtighed til patienter med: Hjertheinsufficiens, hypertension, ødemer, nedsat nyrefunktion), hypokaliæmi, hyponatriæmi

Normalt bør 1 liter Nacl gives over min. 4 timer. Første antibiotikadosis skal altid gives på sygehuset.

Cefuroxim (Zinacef ®)

1 hætteglas indeholder 750 mg eller 1,5 g cefuroxim. Blandes i mindst 50 ml Nacl. Gives over min. 15 minutter. Holdbar i 24 timer ved stuetemperatur.

Dosering: Voksne. 750-1.500 mg i.v. 3 gange i døgnet.

Bivirkninger: Ubehag og flebitis ved indstiksstedet. Kvalme, opkastning, diarré, forhøjede leverenzzymer. Hududslæt, hudkløe.

Benzympenicillin

1 hætteglas indeholder 0,6 g (1 mill. IE), 1,2 g (2 mill. IE) eller 3 g (5 mill. IE). Blandes i mindst 50 ml Nacl. Gives over min. 10 minutter. Infusionsopløsning er holdbar i 24 timer ved stuetemperatur.

Dosering voksne: 2 mill IE (0,6-1,2 g) 4 gange i døgnet.

Bivirkninger: Flebitis. Hududslæt, allergiske reaktioner.

Husk altid at tjekke om borgeren er CAVE for præparatet

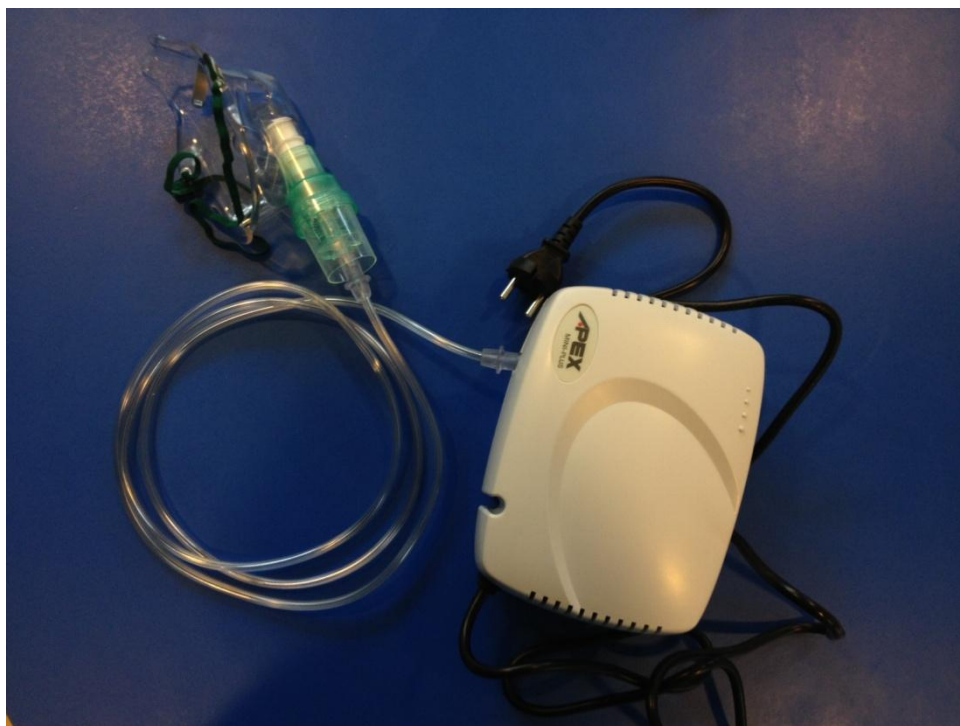
INHALATIONSBEHANDLING:

Til brug for KOL patienter med exacerbation kan der anvendes forstøverapparat (Apex mini Plus II), der leverer et atmosfærisk luftflow på mere end 5,5 liter/minut gennem et forstøverkammer med inhalationsmedicin.

Apparatet kan bruges op til 30 minutter ad gangen.

Inhalation [berodual, combivent eller duovent](#) x 6-8/ døgn. (recept: 60 x 4 ml).

Kommunen leverer system 22 udstyr. Egen læge skal selv udskrive inhalationsmedicinen. Behandlingen kan kun anvendes til ACCESS patienter og kun i 48 (60) timer.



FEBER [HIEM](#)

Sepsis er i dag defineret som en formodet infektion + 2 af følgende:

- ændret temperatur (tp over 38 eller under 36),
- forhøjet puls (over 90/min),
- forhøjet respirationsfrekvens (over 20/min).
- ændrede leucocytter (over 12 eller under 4)

De fleste patienter, som indlægges pga feber har pneumoni eller pyelonefritis, og vil opfylde kriterierne for sepsis.

Septisk shock: Sepsis + lavt blodtryk (BT Systolisk < 90 mm Hg).

Patienter med septisk shock bør indlægges omgående.

Patienter med sepsis kan behandles i ACCESS under overvågning af temperatur, puls, respirationsfrekvens, BT og urinproduktion.

Udover den specifikke [antibiotiske behandling](#), skal patienten drikke rigeligt. Se [væskebehandling](#).

KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM (KOL) M. EXACERBATION [HJEM](#)
Forværring af lungefunktion hos patient med diagnosticeret KOL. Luftvejsinfektion er den vigtigste årsag, men også en række faktorer som vejrændringer (kulde), hjertesvigt, uhensigtsmæssig medicinering kan føre til eksacerbation. Blandt patienter med svær og meget svær KOL er bakterielle infektioner hyppigste (70-75 % af eksacerbationerne).

Hvornår skal patienten indlægges/henvises til ACCESS?

- Betydelig forværring af symptomer, f.eks. hurtig udvikling af åndenød, så pt. bliver immobil, har svært ved at spise og sove
- Meget svær KOL, hvor selv mindre forværring kan udløse akut respirationsinsufficiens
- Nytilkommen cyanose eller perifere ødemer
- Høj alder, dårlige hjemmeforhold, angst.

Behandling:

- Optimer den bronkodilaterende behandling: Øg dosis af β 2-agonist/ antikolinergikum. System 22 på [inhalatorapparat](#) kan leveres i ACCESS: inhalation [Berodual, Combivent eller Duovent](#) x 6-8/ døgn. (recept: 60 x 4 ml)
- Prednisolon tbl.: f.eks. 37,5 mg x 1 i 10 dage
- Antibiotikum ved to af følgende 3 symptomer: (1) øget dyspnø, (2) øget mængde ekspektorat, (3) øget purulens af ekspektorat. Feber og/eller forhøjet CRP styrker indikationen.

[Amoxicillin med clavulansyre](#): tbl. 500 mg: 1 tbl. x 3 i 7 dage

Ved penicillin-allergi [Doxycyklin](#) 200 mg efterfulgt af 100 mg x 2 i 10 dage.

IV behandling: Inj. [cefuroxim](#) 1,5 g x 3 iv.

PNEUMONI [HIEM](#)

Akut nedre luftvejsinfektion. Viser sig ved hoste, ekspektorering, dyspnø, takypnø, mathed/træthed, feber.

Sværhedsgraden kan vurderes ud fra følgende (CRB-65 score)

- Konfusion 1 point
- Respirationsfrekvens > 30/ min: 1 point
- BT < 90 systolisk eller < 60 diastolisk: 1 point
- Alder > 65 år: 1 point

Henviſning til ACCESS: 1-2 point, især pga yderligere udredning mhp. atypisk pneumoni.

Indlæggelse: Patienter med tegn på [septisk shock](#) eller 3 point ovenfor.

Behandling

Hvis pneumonien er opstået udenfor Nordeuropa eller mistanke om legionella pneumoni kræves særlig antibiotisk behandling.

Hvis patienten har sikker tarmfunktion kan der begyndes peroralt, ellers IV. Behandlingslængde 7 dage.

Oralt [phenoxymethylpenicillin](#): 800 mg (1.2 mill) x 3- IV penicillin: 2 mio IE x 4.

Ved allergi: Oralt [Roxithromycin](#) 300 mg x 1- I.V. [Clarithromycin](#) 500 mg x 2. (cave: mange interaktioner)

Ved samtidig KOL/hyppige hospitalskontakter
Oralt. [Amoxicillin/clavulansyre](#) 500/125 mg x 3
I.V. [Cefuroxim](#) 1500 mg x 3

Rygere over 40 år og andre personer med øget risiko for lungekræft bør kontrolleres med rtg. thorax efter 6 uger, eventuelt før ved langsom fremgang.

URINVEJSINFEKTION [HIEM](#)

Infektion i urinvejene, deles almindeligvis ind i øvre og nedre:

Nedre – cystitis. Lokalsymptomer. Vil sjældent kræve indlæggelse, med mindre der samtidig udvikles konfusion eller andre komplikationer.

Øvre - pyelonefritis. Ofte akutte symptomer med kulderystelser og feber, kvalme, opkastninger, smerter og bankeømhed i flanke. Ældre kan blot være præget af dårlig almen tilstand og afebrile.

Undersøgelser:

- Urin-stixundersøgelse: positiv for nitrit og leucocytter. Der er dog mange falsk positive og negative fund, og derfor skal resultat af stix altid sammenholdes med om der er symptomer eller objektive tegn på pyelonefritis.
- CRP vil være forhøjet ved pyelonefritis.
- Bakteriologisk undersøgelse og resistensbestemmelse på urinen tages, før behandling startes

Henvisning til ACCESS.

Kvalme/opkastninger eller usikkert væskeindtag.

Utilstrækkeligt opsyn hjemme.

Behandling:

-Rigeligt [væskeindtag](#)

-Tabl. [pivmecillinam](#) 400 mg x 3. Ved allergi: Tabl. [ciprofloxacin](#) 500 mg x 2. IV Zinacef 1.500 mg x 3. Skift til peroralt tidligt.

Behandlingslængde 3-6 dage ved cystitis, 14 dage ved pyelonefritis

-kateterskift dag 2 hos kateterbærere.

Billeddiagnostisk udredning til patienter, med recidiverende infektioner eller atypisk forløb.

DELIR [HJEM](#)

Forstyrret bevidsthed. Tilstanden udvikles oftest over timer til få dage, og vil typisk svinge i løbet af dagen. Patienten vrøvler, er desorienteret, rodende, hallucinationer, angst, vredliden, sengeflygtig, vil ikke tage medicin. Blunder om dagen, vågen om natten.

Udløsende årsager:

Infektioner (Urinvejsinfektion, pneumoni, sepsis)

Dehydrering og/ eller elektrolytforstyrrelser eller anæmi

Hypoksi (KOL, kardiell inkompensation, pneumoni, lungeemboli)

Morbus Cordis (AMI, inkompensation, arytmier)

Dysreguleret diabetes og andre endokrine lidelser

Cerebrale lidelser (apopleksi, subduralt hæmatom) eller Cancer.

Medicin

Indlæggelse uhensigtsmæssig da flytning ofte forværrer tilstanden.

ACCESS patient

Hvis almen tilstanden forværres trods relevant behandling

Hvis hjemmesituationen er uholdbar.

Behandling:

- Seponer al medicin som kan "undværes"
- Behandle udløsende somatiske årsag
- Velfungerende høreapparat og briller, synligt ur, lys
- Letforståelig kommunikation ved gennemgående personale
- Stabilt og roligt miljø

Antipsykotika bør bruges med stor forsigtighed men kan være nødvendigt til agiterede patienter eller ved svære hallucinationer.

- milde tilfælde: Tbl. [Haloperidol](#) (Serenase®) 0.5-1mg x 2 dagl.
- Ved moderate til svære tilfælde: Tabl. Serenase 0.5-1mg x 2-3 med 1 times mellemrum. Herefter fast ordination 0.5-1mg x 2.
- Til natten evt. suppleret med tbl. [Oxazepam](#) 15mg.

ANAFYLAKTISK SHOCK: [HIEM](#)

Svær allergisk reaktion efter lægemiddelindgift, f.eks. penicillin.

Symptomer

- Almen utilpashed, mathed, svimmelhed, hovedpine, flushing og hudkløe
- Uventet BT-fald, takykardi evt. gående over i arytmi og hjertestop
- snue, hoste, stridor, bronkospasme, lungeødem og respirationsstop
- Cerebrale symptomer med sløret sensorium, bevidstløshed og evt. Kramper, kvalme, opkastning, koliksmarter, defækationstrang, ekskretafgang

Diagnose:

På symptomer og viden om eksposition for allergen.

Behandling af voksne ved anafylaktisk reaktion:

- Luk for droppet, hvis der er antibiotika i.
- Ring straks 112
- Sikre frie luftveje
- Læg patienten ned med eleverede ben
- Shock uden iv adgang: inj. adrenalin 0,6 mg dybt im. Lateralt på låret. Gentages hver 5-15 min. Til symptomerne er forsvundet.
- Pt. indlægges omgående, hvor der suppleres med prednisolon og antihistamin.

NOTER

NOTER [HJEM](#)

TELEFONNUMRE MM. [HIEM](#)

ACCESS-visitator, Akutcenteret, Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa, Tlf: 7997 1129,
ACCESS.projekt@rsyd.dk

Akutambulatorium på sygehus:

- FAM Aabenraa, Fælles Akut Modtagelse, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa, Tlf 7997 1130
- Medicinsk Dagklinik Tønder, Carstensgade 6-10, 6270 Tønder, Tlf 73926417
- AMVA Sønderborg, Medicinsk Klinik, Sydvang 1, 6400 Sønderborg, Tlf 74183418

Kommunale akuttilbud:

- Akutteam Haderslev, Tlf: 23352573
- Akutplads Aabenraa, Funkevej 9A, 6230 Rødekro, Tlf: 73766200
- Akutplads Tønder Nord: (Toftlund, Skærbæk, Løgumkloster), Genvejen 25, 6780 Skærbæk, Tlf: 30655987
- Akutplads Tønder Syd: (Højer, Tønder, Bredebro), Leosallé 4, 6270 Tønder, Tlf: 20236684
- Akutteam Sønderborg, Tlf: 27904356

ACCESS-projektleder Helene Skjøt-Arkil, Akutcenter Sygehus Sønderjylland, Tlf:40219657, Helene.Skjoet-Arkil@rsyd.dk

ACCESS-projektansvarlig Christian Backer Mogensen, Akutcenter Sygehus Sønderjylland, Tlf: 7997 1123
Christian.Backer.Mogensen@rsyd.dk

Projektets hjemmeside: www.ACCESSprojektet.dk

Bilag 15 Anbefaling fra Multi Praksis Udvalget



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

UDVALGET FOR
MULTIPRAKSISUNDERSØGELSER

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

25. oktober 2013

Kære Christian Backer Mogensen.

Vedr. MPU 27-2013 "Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland."

Udvalget for Multipraksisundersøgelser (MPU) har vurderet projektet og fundet det af interesse for almen praksis.

Vi vil derfor anbefale praktiserende læger at deltage.

Du bedes oplyse deltagende praktiserende læger om indholdet af denne vurdering.

Vurderingen vil blive offentliggjort på DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk, se under Forskning – Multipraksisudvalget – MPU-projekter.

MPU modtager gerne et eksemplar af eventuelle publikationer af undersøgelsen.

Med venlig hilsen

Bo Christensen
formand for MPU
professor, ph.d., praktiserende læge

Øster Farimagsgade 5
Postboks 2099
1014 København K

T: 3532 6590
F: 3532 6591

dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Bilag 16 Regnskab

Foreløbigt regnskab for ACCESS - J. nr. 4-1611-4/3LBH

Bevilliget tilskud 5.500.000 kr.

Ikke alle poster er blevet afregnet ultimo marts, så regnskabet er det foreløbige. Det endelige regnskab vil blive sendt indenfor de næste par måneder og med revision påtegnet.

	Budget	Regnskab	+/-
Projektledelse og deltagelse	1.830.000 kr.	971.218 kr.	858.782 kr.
Uddannelse	400.000 kr.	43.628 kr.	345.372 kr.
Formidling	100.000 kr.	2.375 kr.	97.625 kr.
Serviceydelse	400.000 kr.	300.000 kr.	100.000 kr.
Revision	30.000 kr.	0 kr.	30.000 kr.
Løn- og teknologi	2.700.000 kr.	1.662.899 kr.	1.037.101 kr.
I alt	5.460.000 kr.	2.980.120 kr.	2.479.880 kr.

På given foranledning bekræftes, at ovenstående regnskab udgør en integreret del af Region Syddanmarks regnskabssystem, der er underlagt Rigsrevisionen/ Den kommunale revisions kontrol. Originale bilag opbevares af Region Syddanmark.

Aabenraa, den 30. marts 2015
 Sygehus Sønderjylland.

Tilskudsmodtager:


 Grete Kirketerp
 Sygeplejefaglig direktør

Regnskabsansvarlig:


 Lars B. Nielsen
 Regnskabsansvarlig