



AKTIV  
PATIENTSTØTTE

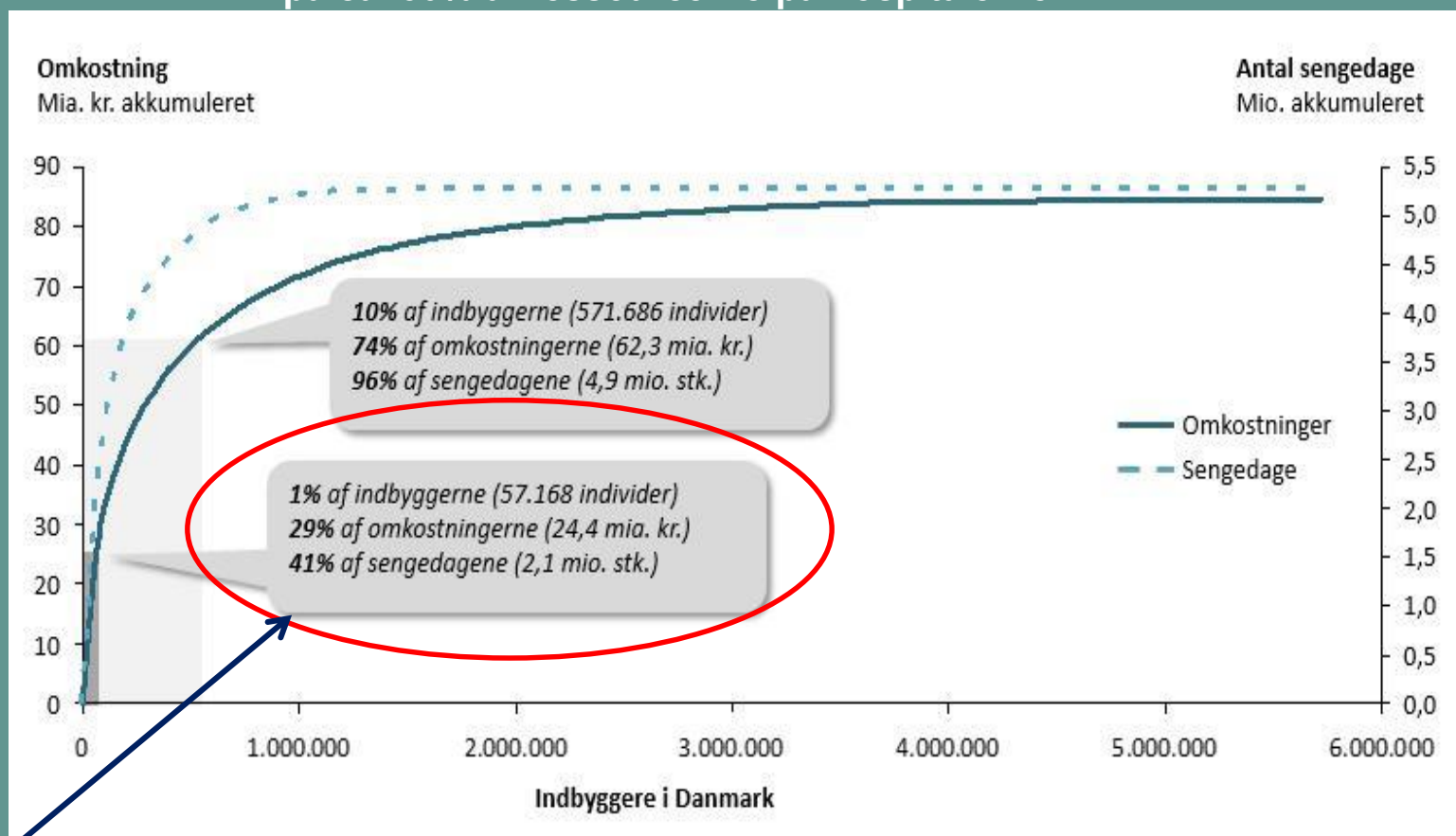


# Aktiv Patientstøtte - en ny indsats i sundhedsvæsenet

Anne Hvenegaard, programleder, ph.d

# Baggrunden for indsatsen Aktiv Patientstøtte

Analyse af den danske befolkning - få borgere (1%) lægger beslag på ca. 30% af ressourcerne på hospitalerne



Hvordan finder vi dem, før de ender her – og som vil have gavn af denne type indsats

# Hvad er konceptet Aktiv Patientstøtte og visionen bag?

En supplerende og *ikke* klinisk indsats, hvor patienter udvælges og *ikke henvises*

## Konceptet består af tre centrale elementer:

- 1) At finde de borgere i (højere) risiko for akut indlæggelse eller forebyggelig indlæggelse baseret på registerdata. *Ikke kun sundhedsproblematikker – også fx ensomhed. Oftest mere end en diagnose. Forskningsprotokollen har eksklusionskriterier som demens, psykotiske diagnoser, misbrug...*
- 2) Telefonisk indsats ved særligt uddannet sygeplejerske, der skal arbejde på at coache og styrke borgernes egenomsorg og hjælpe med aktiv og individuel støtte til at håndtere deres sygdom og navigere i systemet eller blandt relevante tilbud = "Ideel pårørende" og "coach"
- 3) Bruge data til at styre aktiviteten og skabe læring og effekt ("performance management")

## Det som vi skal opnå:

... bidrage til, at borgerne en **højere livskvalitet, større egenomsorg** og til at navigere i relevante eksisterende tilbud - og derved **reducere behovet for akutte og forebyggelige indlæggelser**

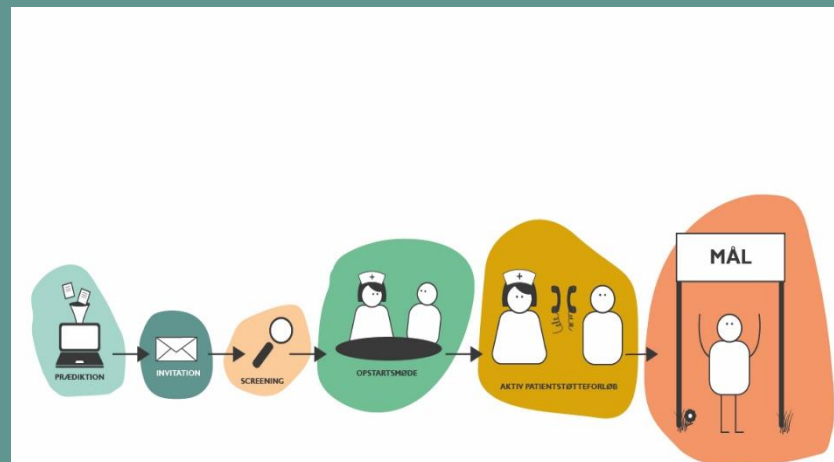


AKTIV  
PATIENTSTØTTE

# Overordnet arbejdsgang i et patientstøtteforløb

1. Patienter udvælges via statistisk algoritme (registerdata)
2. Invitation (og telefoniske påmindelser hvis vi ikke hører noget)
3. Telefonscreening (vurdering af egnethed)
4. Opstartssamtale – et fysisk møde (inkluderer også vurdering af egnethed)
5. Løbende telefonsamtaler med fast sygeplejerske
6. Afslutning når målene er nået

Et forløb varer typisk 6 – 9 måneder



# Målgruppen for Aktiv Patientstøtte

1. *Diagnosegruppen*: Én eller flere kontakter til sygehus med mindst én af følgende diagnoser – hjertesygdom, bindevævssygdom, lungesygdom og diabetes
2. *Akutgruppen*: Gruppe med tre akutte henvendelser sidste ½ år uanset diagnose
3. *Ældregruppen*: Ældre (65+ år) med mindst én forebyggelig indlæggelse eller genindlæggelse uanset diagnose



# Hvad ved vi fra Sverige?

**Sverige – omkostninger – så på ændringer i forbrug og ikke hvad indsatsen koster:**

2010: Ingen signifikant effekt på totale omkostninger ('regionale')

2011: Ditto

2012: Ditto

2013-2014: Lavere omkostninger i interventionsgruppen

**Sverige - livskvalitet:**

I de tidlige faser er der publiceret resultater på livskvaliteten, som viser forbedringer på de fleste dimensioner. Tilsvarende er der fundet positive resultater i Region Sjælland i en pilot for KOL-patienter

**Hvad var vigtigt for at opnå effekt i Sverige?**

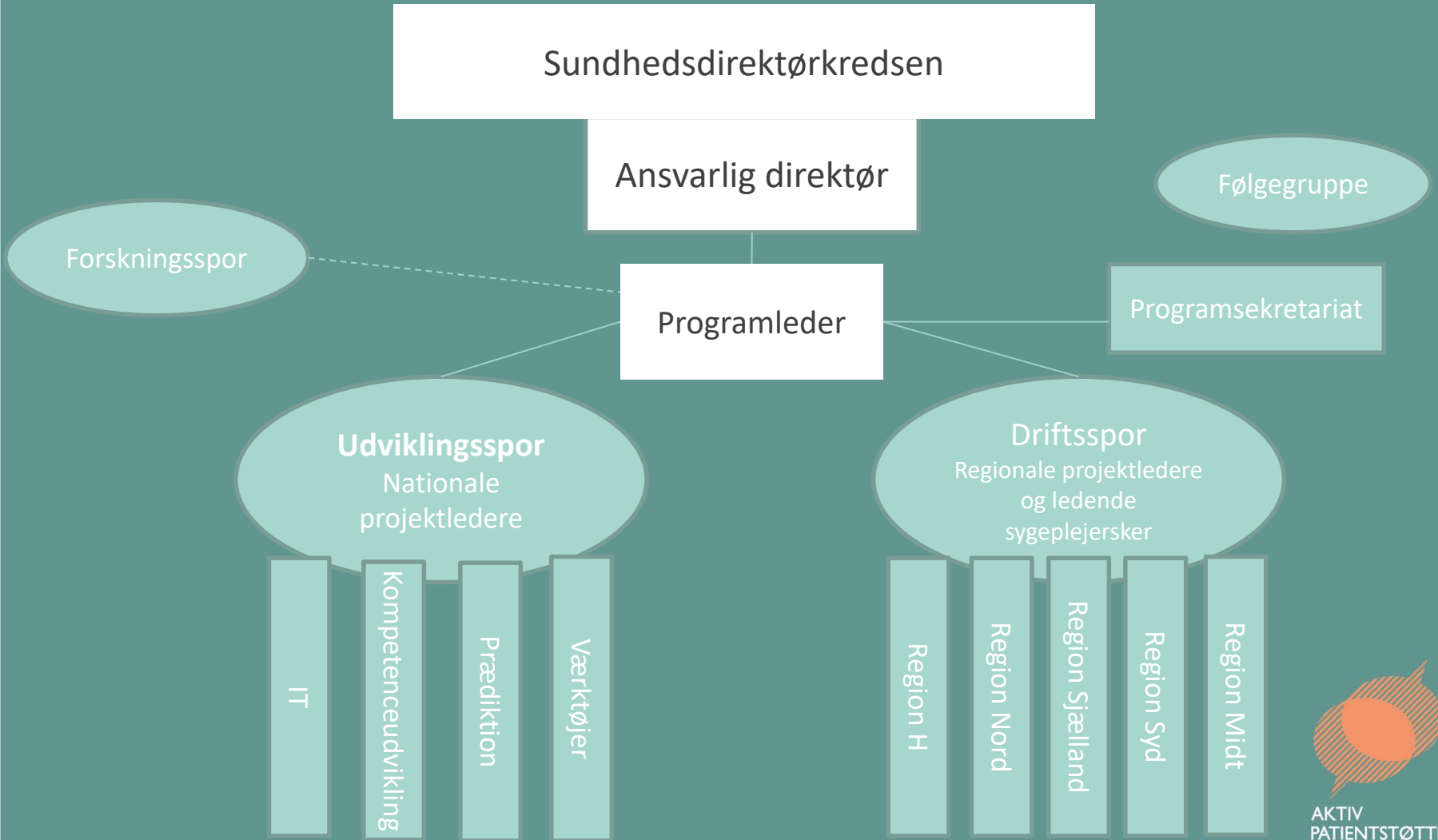
- Udvalgelse af de "rigtige" patienter baseret på både prædiktion og erfaringer
- Arbejde med data til at styre og skabe læring
- Og en række andre anbefalinger om bl.a. organisering



AKTIV  
PATIENTSTØTTE

# Hvordan understøtter vi en systematisk og ensartet implementering på tværs?

Udgangspunktet er statens model for programstyring



AKTIV  
PATIENTSTØTTE

# Lokal organisering og implementering i regionerne

Organisatorisk forankring af driften og den fysiske placering varierer mellem regionerne :

- Region Midtjylland og Syddanmark: Driftsenheder på et hospital
- Region Nordjylland: Driftsenheden i regionalt sundhedshus i Pandrup
- Region Sjælland: Driftsenheden på regionsgården
- Region Hovedstaden: Driftsenheden i Den Præhospitale Virksomhed

Opstartssamtaler med patienterne afholdes i kommuner i de fleste regioner – ellers på et hospital i nærområdet

I hver region besluttet proces for samarbejde på tværs af sektorer



Forskningen undersøger hvad disse forskelle betyder



AKTIV  
PATIENTSTØTTE



# Rammer og vilkår for implementering – Beskrevet i udmøntningsaftale med ministeriet

- Regional indsats frem til og med 2019 beskrevet i regionernes økonomiaftale
- Krav om, at 15.000 borgere inkluderes
- Fast koncept med brug af telefon (ikke video). Afprøve model efter principperne i den svenske model (og erfaringer fra Region Sjælland)
- Fælles udvælgelsesmodel (prædiktionsmodel), dvs. vi udvælger efter samme algoritme (registerbaseret udvælgelse) og sekundære screeningskriterier (sygeplejerskernes vurdering)
- Indsatsen bemannes med sygeplejersker
- Fælles uddannelse af sygeplejersker
- Ca. 200 mio. kr. fordelt på bloktilskuddet



# De tre største udfordringer

- 1) Bage en kage uden opskriften
- 2) Implementering storskala - sikre ensartethed og høj kvalitet:  
Forudsatte at der blev udviklet en fælles forståelse af interventionen samtidig med, at vi skulle etablere en helt ny driftsorganisation, ansætte sygeplejersker, udvikle it-system, uddanne sygeplejersker OG tage patienter ind
- 3) Hurtig opskalering både med antal sygeplejersker og samtidigt indtag af patienter. Krævede stærk fokus på aktivitetsstyring (fx tid til hver samtale) uden at tabe opmærksomheden på at skabe læring og effekt



# Status på aktiviteten

- Der er udsendt ca. 70.000 invitationer siden juni 2017
- Der er inkluderet ca. 8.000 patienter (mål 15.000). Heraf er der pt. afsluttet ca. 2.400 patienter
- Vi har inkluderet 4.850 patienter i det randomiserede studie (619 er afsluttede)
- Der er gennemført ca. 29.000 telefonsamtaler (siden august 2017)



# Tilknyttet forskning

- Hvilken effekt har det? (Primære mål: Akutte indlæggelser og livskvalitet og egenomsorg)
- Hvorfor er der effekt (eller ikke) eller hvad virker?

Fem hoveddele i forskningen:

- 1) Randomiseret studie (4.400 borgere i alt) – startede op april 2018
- 2) Økonomisk evaluering (omfatter også hvad koster selve indsatsen)
- 3) Hvad siger patienterne (ud over livskvalitetsmålinger og måling af egenomsorg)?
- 4) Organisatorisk perspektiv – hvad betyder det fx, at vi organiserer os forskelligt
- 5) Prædiktion (udvælgelse af borgere)

Første resultater fra det randomiserede studie foråret 2019

# Tre centrale pointer for videre udvikling og drift

- 1) Hvem har (mest) gavn af Aktiv Patientstøtte i Danmark - hvad kendetegner disse patienter?
- 2) Hvad er Aktiv Patientstøtte mere præcist? Vi skal kunne definere de centrale elementer i indsatsen, som vi skal arbejde videre med (for at få effekt). Kræver en god faglig beskrivelse af, hvad Aktiv Patientstøtte er, hvad er den optimale organisering etc. – hvad skyldes effekten?
- 3) Vi får med invitationerne ikke fat i ca. halvdelen af patienterne på trods af påmindelser (både brev og opringninger) og ca. halvdelen af dem vi får fat på takker nej

