



Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland (ACCESS)



Kliniske erfaringer fra projekt Access

v/ Overlæge Christian Backer Mogensen, Sygehus
Sønderjylland

Projektet kan følges på: accessprojektet.dk



Historien om patienter, der ikke er der. Måske den største læring fra ACCESS

- Hvad tænkte vi oprindeligt og hvorfor
- Modifikation af projektet
- Hvor blev patienterne af ?

ACCESS-projektet

- Samarbejde mellem de 4 sønderjyske kommuner, almen praksis i samme område og Sygehus Sønderjylland.
- Afprøve forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer og akutte tilbud.
- Reducere akutte gen(indlæggelser), sundhedsomkostninger, funktionstab.
- Styrke sammenhængen i patientforløbet.
- Fokus på forebyggelige indlæggelser.

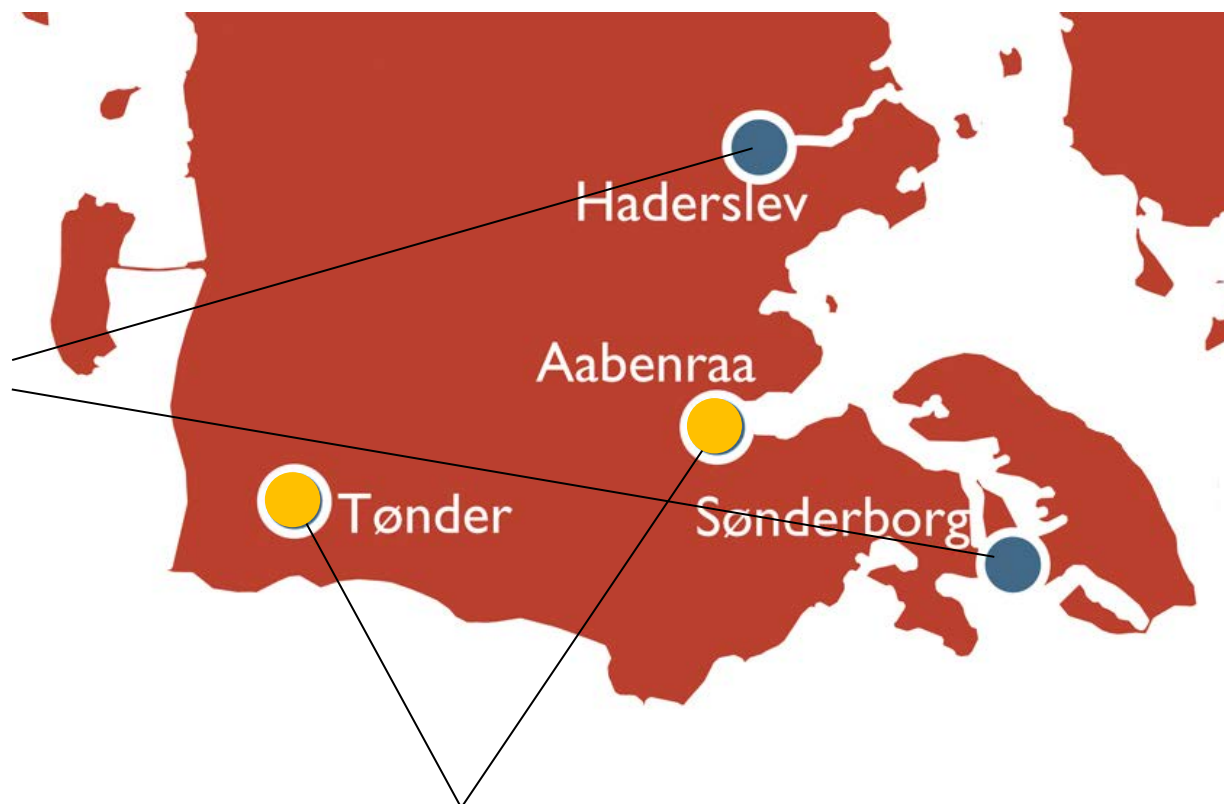
5

Det kommunale akuttilbud

Akutteam hos borgeren

Haderslev: Start efterår 2012

Sønderborg: Start efterår 2012

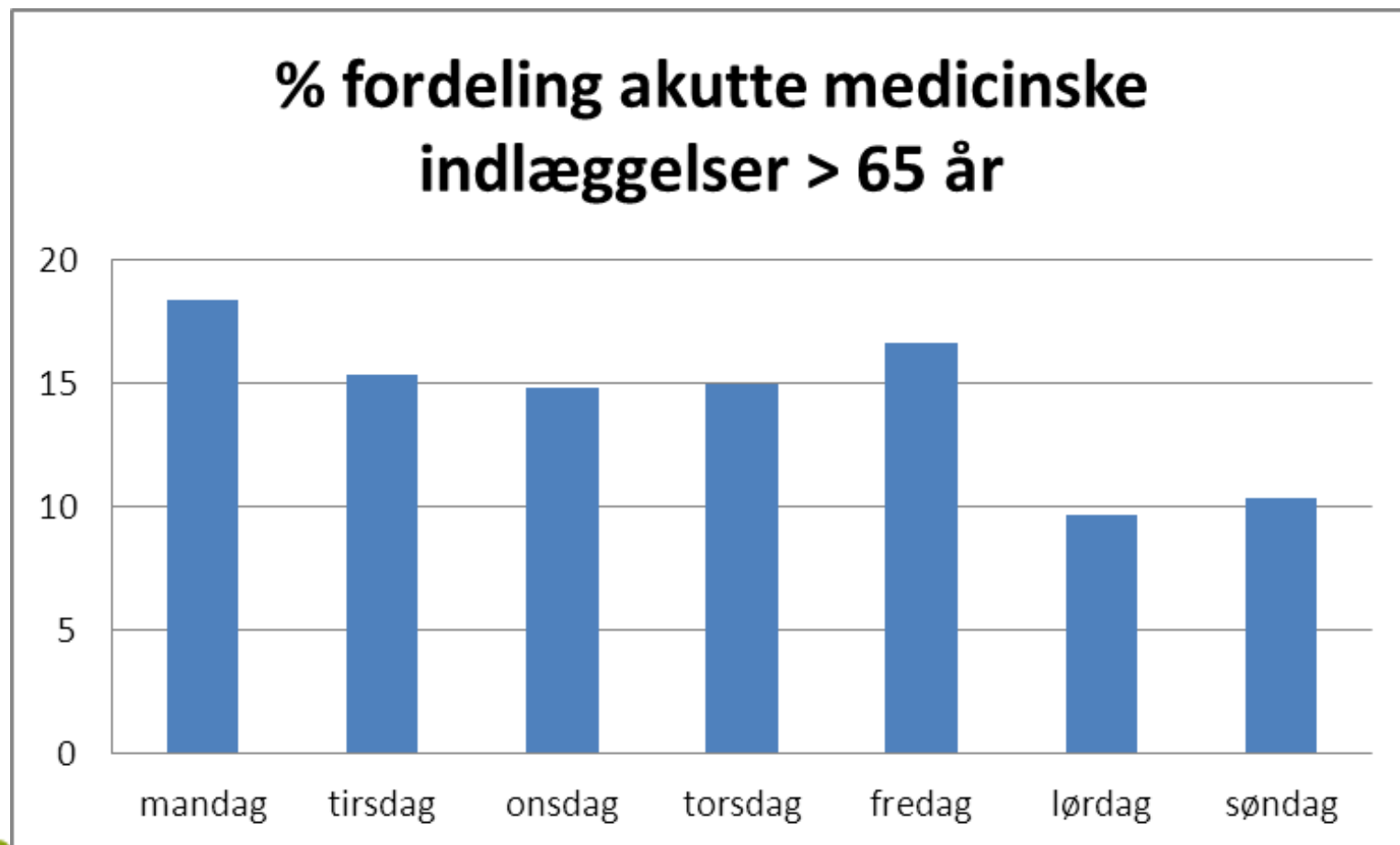


Døgndækkende akutpladser på center

Aabenraa: Start forår 2013

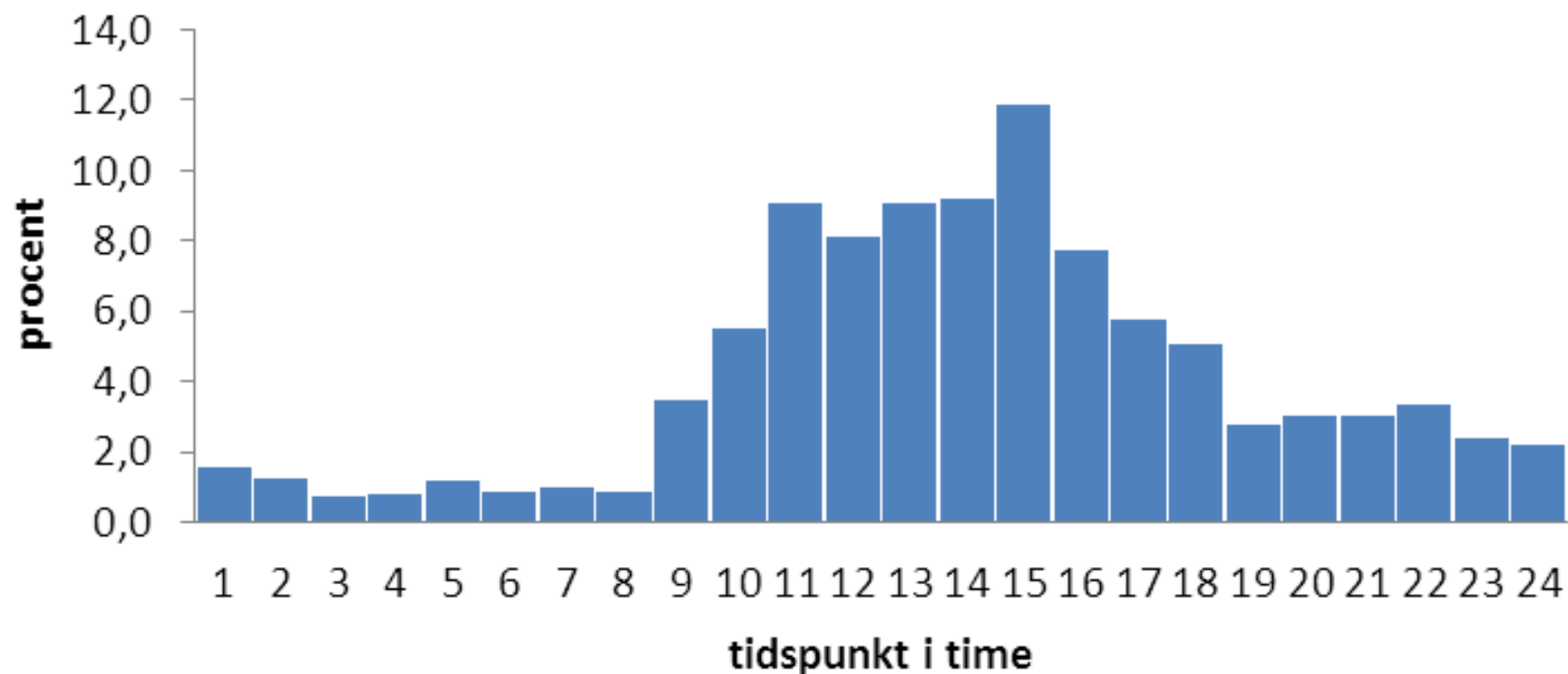
Tønder: Start vinter 2012

80 % af alle indlæggelserne sker på hverdage.



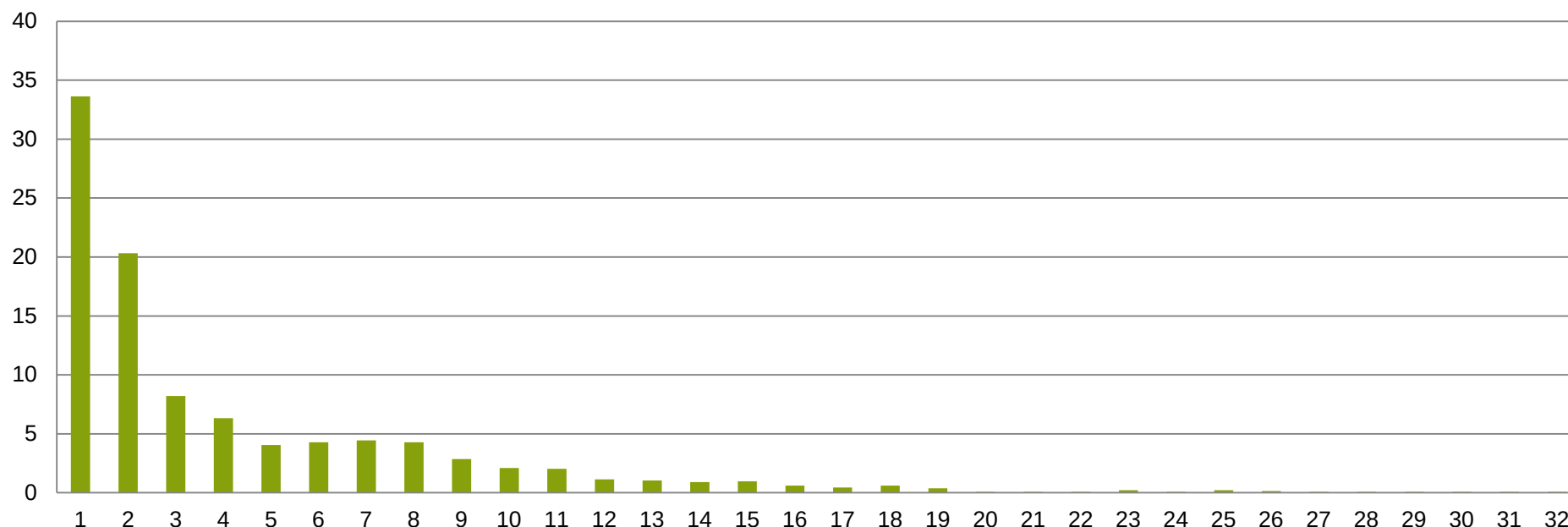
74 % af alle indlæggelser sker mellem kl 9-18.

Tidspunkt for akutte medicinske indlæggelser over 65 år



62 % af alle indlæggelser varer mindre end 3 døgn.

Akutte medicinske patienter over 65 år: antal dages indlæggelse i % af indlæggelser hverdage

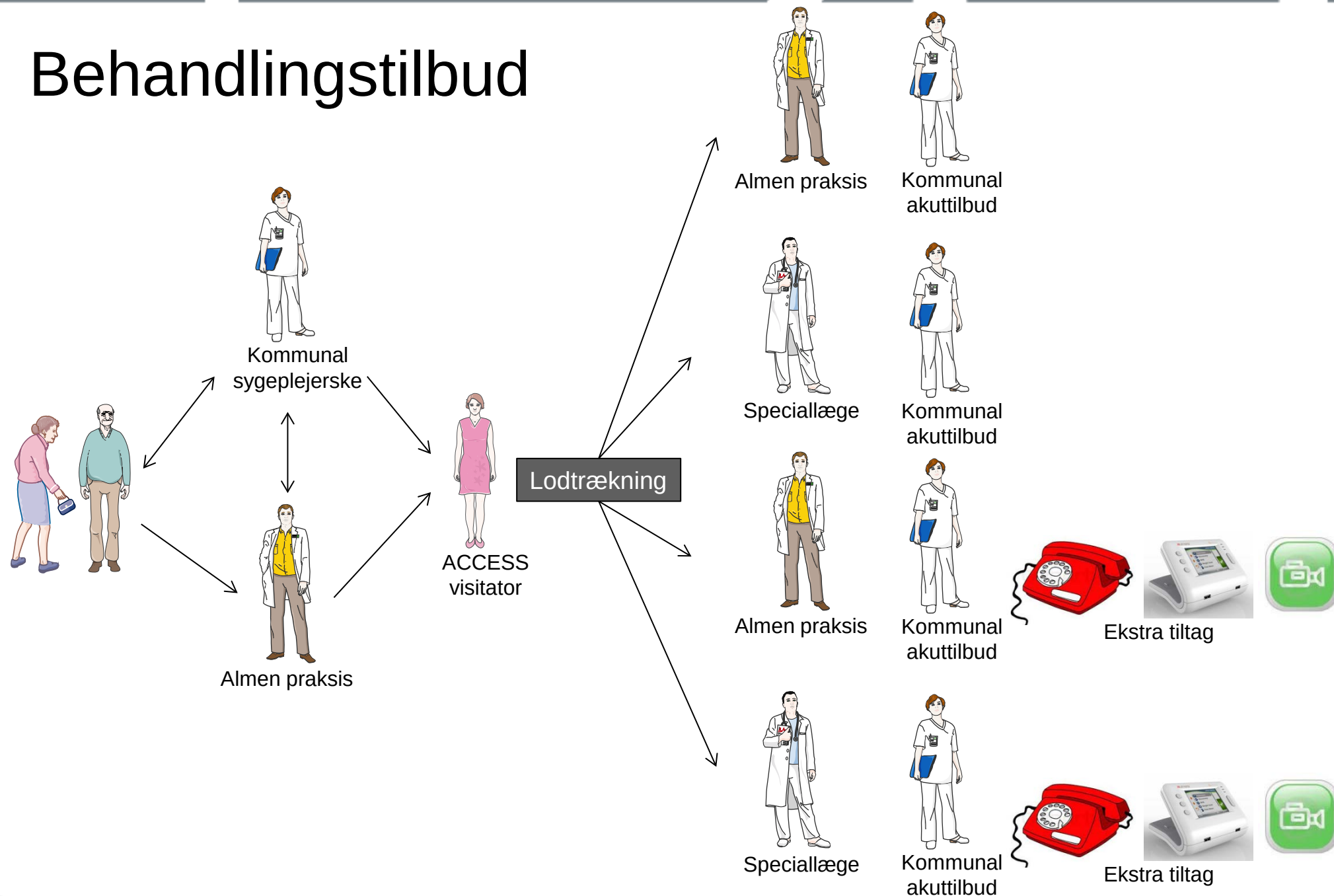


ACCESS-projektets målgruppe

- Ældre borgere fra hele Sygehus Sønderjyllands optage område, der udvikler en så alvorlig akut formodet medicinsk tilstand at praktiserende læge eller kommunalt sundhedspersonale skønner, at tilstanden formentlig kræver indlæggelse og/eller et akut øget tilbud i hjemmet

10

Behandlingstilbud



Undersøgelsesparametre

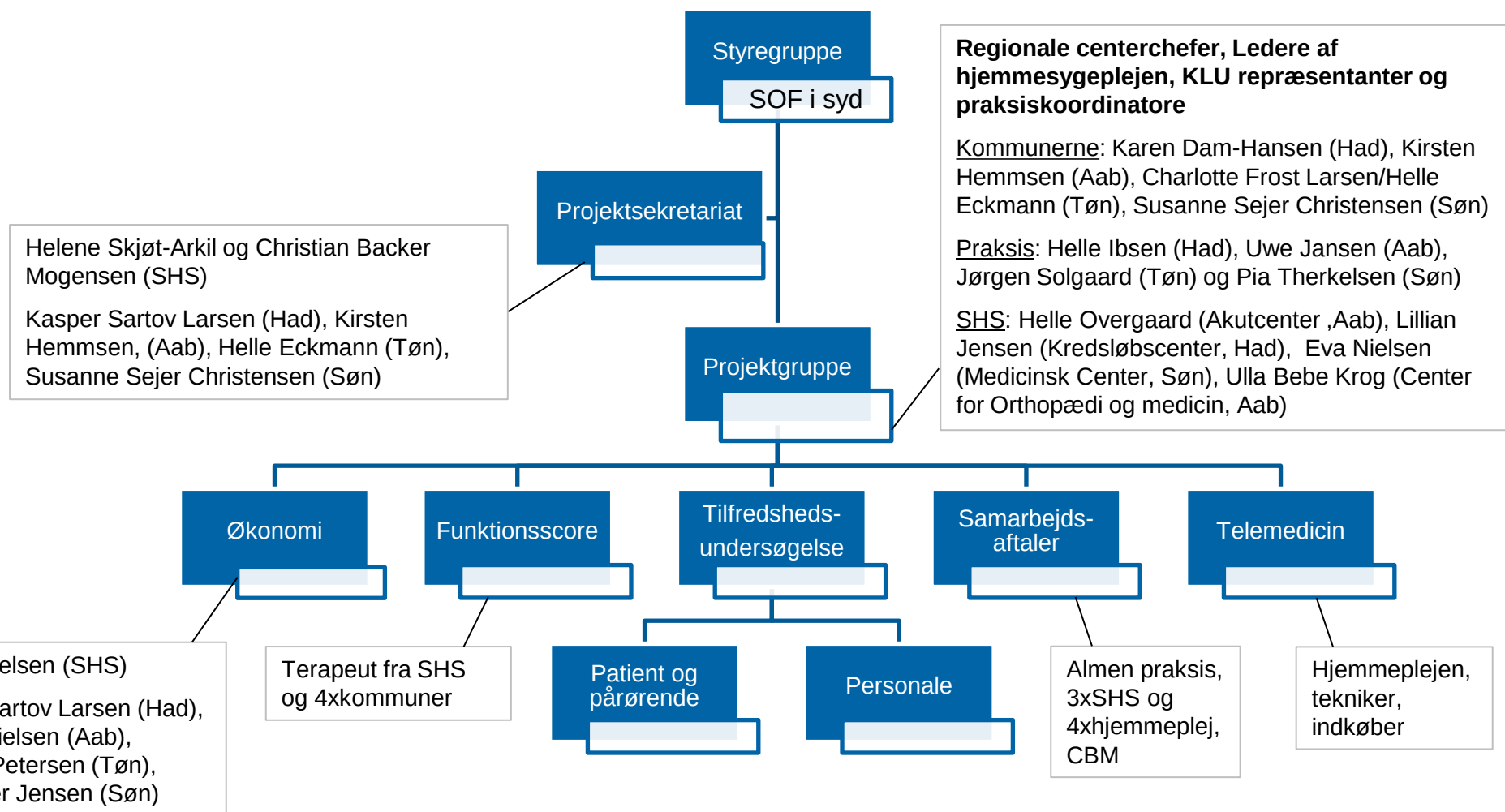
Primære indikatorer (outcome)	Indlæggelser	
	Genindlæggelser	
Sekundære indikatorer (outcome)	Funktionstab	Dag 0
		Dag ca. 7
	Tilfredshedsundersøgelse	Patient
		Pårørende
		Sundhedspersonale
	Økonomisk analyse	

12

Projektorganisering

Patientforening
Ælderåd
Lægeforening

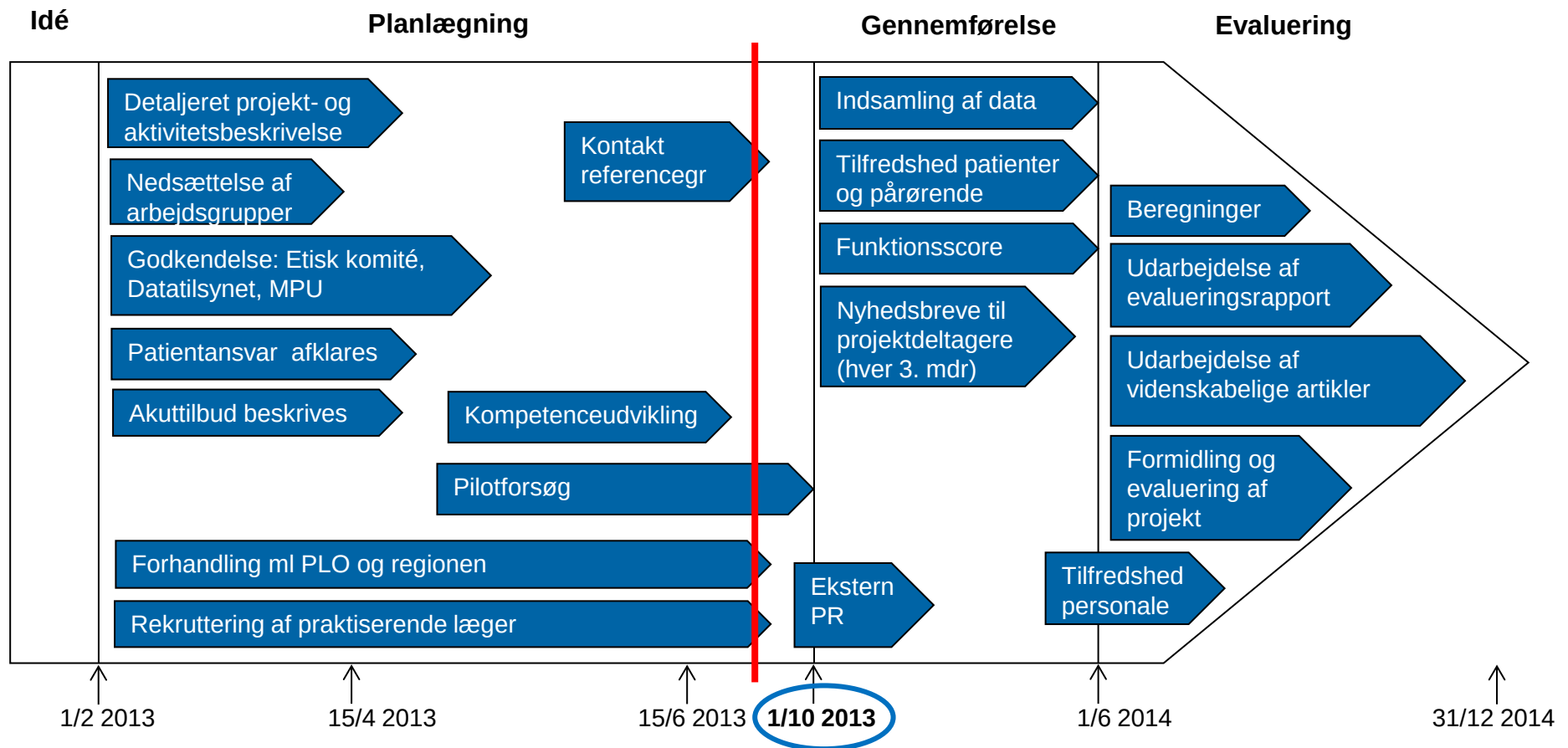
Referencegruppe



Budget

Post	Aktivitet	Timetal	Beløb	Total
Projektledelse og -deltagelse	Projektleder (forskningsdelen er egenfinansieret)	40% stilling i 2 år	450.000	1.250.000
	4 kommunale projektledere	25% stilling fordelt på 2 år	500.000	
	Mødedeltagelse, kørsel, forplejning, udarbejdelse af materiale	-	300.000	
Uddannelse	Workshops, kurser og lignende	-	400.000	400.000
Formidling	Videnskabelige artikler, publikationer, ekstern kommunikation	-	100.000	100.000
Serviceydelser	Kvalitative analyser, evaluering (intern og ekstern)	-	400.000	400.000
Revision	Ekstern revision	-	30.000	30.000
Løn og teknologi	Funktionstest på 0. og 7.dag (gns. timepris 371kr)	2x2 timer x 800patienter	1.188.000	2.820.000
	Hjemmesygeplejeydelser (gns. timepris 450kr)	2,5 timer x 800patienter	900.000	
	Sygehus sygeplejeydelser (gns. timepris 220kr)	1,5 timer x 400patienter	132.000	
	Sygehus speciallægeydelser (gns. timepris 500kr)	2 timer x 400patienter	300.000	
	Praktiserende lægeydelser (gns. timepris 500kr)	1 time x 800patienter	300.000	
	Telemedicinsk udstyr	-	500.000	500.000
Ansøgt beløb i alt				<u>5.500.000</u>

Hovedplan



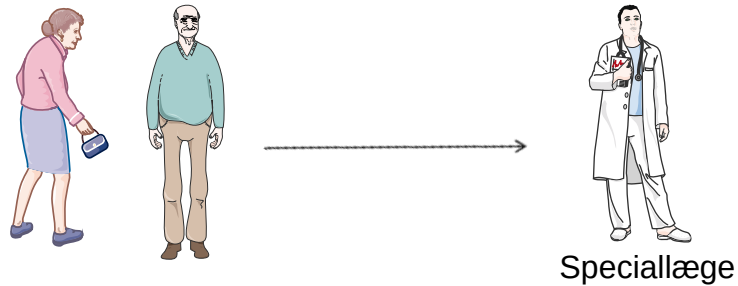
Risikoanalyse -1

Risiko		K	S	R	Handlinger
Centerledelsen prioriterer ikke projekt højt nok pga de mange strukturændringer		4	4	16	
Almen praksis	Overenskomst bliver ej forhandlet, så projektet ikke kan gennemføres	10	4	40	Plan B: Patienterne starter på SHS
	Generelt modstand til projektet, så færre patienter inkluderes og dataindsamlingsperiode forlænges	3	5	15	Opsøgende besøg hos vrangvillige PL'er (CBM)
	Utryk ved patientansvar, så færre patienter inkluderes	3	3	9	Nedsætte en arbejdsgruppe den 26/2 som koncentrerer sig om dette.
Kommuner	Aab ikke klar, så færre patienter inkluderes	2	6	12	Plan B: Aab bliver kontrolgruppe
	Kompetencemangel, så forskningsdesign bliver uens	2	3	6	Kompetenceudvikling – arbejdsgruppe fokuserer på dette Udarbejd kravspecifikation til kompetencer, behandling og stabilitet inden opsamlingsfasen begynder
	Organisatoriske mangler så færre patienter kan behandles og dataindsamlingsperioden forlænges	2	2	4	
	Spareplaner, så færre patienter kan inkluderes og forskningsdesign bliver uens	6	6	36	Forebyggelse umuligt! Forlæng dataindsamlingsperioden og ytre ønske om prioritering af projekt i kommunerne!
Speciallæger	Har ikke tid nok og viser modstand til projektet, så færre patienter inkluderes, forskningsdesign uens og projektet upopulært	7	5	35	Plan B: Alle patienter behandles på Aab, hvor der allerede er ivrige speciallæger
	Organisatoriske mangler så færre patienter kan behandles og gør projektet upopulært blandt speciallægerne	7	3	1	
	Utryk ved patientansvar, så færre patienter inkluderes	7	3	21	Nedsætte en arbejdsgruppe som koncentrerer sig om dette.
Etisk komite godkender ikke projektet, så projektet ikke bliver til noget		10	3	30	Sørg for at udarbejd en god ansøgning og tjek lovene (HSA)
Projektgr	Modstand fra KLU, så repræsentant fra Aab mangler	3	5	15	Arranger møder udenfor klinikens åbningstid og få afklaret økonomien /hvordan er lægerne ansat?
	Norming, så gruppen bliver dårlig fungerende	3	5	15	
MPU godkender ikke projektet, så projektet ikke kan gennemføres		10	2	20	Sørg for at udarbejd en god ansøgning (HSA). CBM kontakter formanden forinden

Risikoanalyse -2

Risiko		K	S	R	Handlinger
HSA	Fravær, så projektlederfunktionen mangler	6	4	24	Plan B: Ansæt en forskersygeplejerske eller anden, idet lønpuljen er der
	Kompetencer	5	2	10	Kompetenceudvikling via kurser og klinisk oplæring på SHS-Aab
	Manglende tid, så projektet ikke ledes optimalt	6	3	18	CBM kontakter Helle omkring fleksibel ACCESS-tid i fht andre projekter
CBM	Fravær og manglende tid, så projektleder-støtten og forskningsledelsen ikke er optimalt	6	6	36	Kontakt en ekstern klinisk epidemiolog. CBM prioriterer projektet i opstartsfasen og evalueringsfasen
Økonomi	Uforudsete udgifter for patienttransport til og fra akutcenter	8	4	32	Spørg kommunerne om aftale på plads (på skrift)
	Uforudsete udgifter ifht hjemmeplejens transport	8	3	24	
	Uforudsete udgifter til aflønning af praksiskonsulenter og koordinatore	4	2	8	Undersøg dette i økonomigruppen
Manglende teknisk erfaring omkring telemedicinsk udstyr, så det ikke udføres optimalt og uforudsete udgifter opstår		3	3	9	Opsøg Frontløberprojektet i Tønder og hør deres erfaringer og anbefalinger.
Modstand fra terapeuterne til udførelsen af funktionsscore		8	3	24	Rådfør hos chefterapeut Pernille Kjær, hos hjemmeplejen og hos SDU/studerende
Modstand fra sygeplejerskerne til implementering af speciallægeambulatoriet		7	3	21	Sørg for de bliver inddraget i beslutningsprocesserne og informeret hele vejen igennem
Manglende plan for udførelsen af tilfredshedsundersøgelser, så det ikke fungerer optimalt		8	4	32	Nedsæt en arbejdsgruppe omkring dette. Rådfør hos Jette Matzen omkring patienttilfredshed og Jette Primdal omkring fokusgruppeinterviews . Plan B: Køber ydelsen
Mangelfuld registrering af data		2	2	4	Forebygges

Speciallæge på sygehuset *(side 8)*



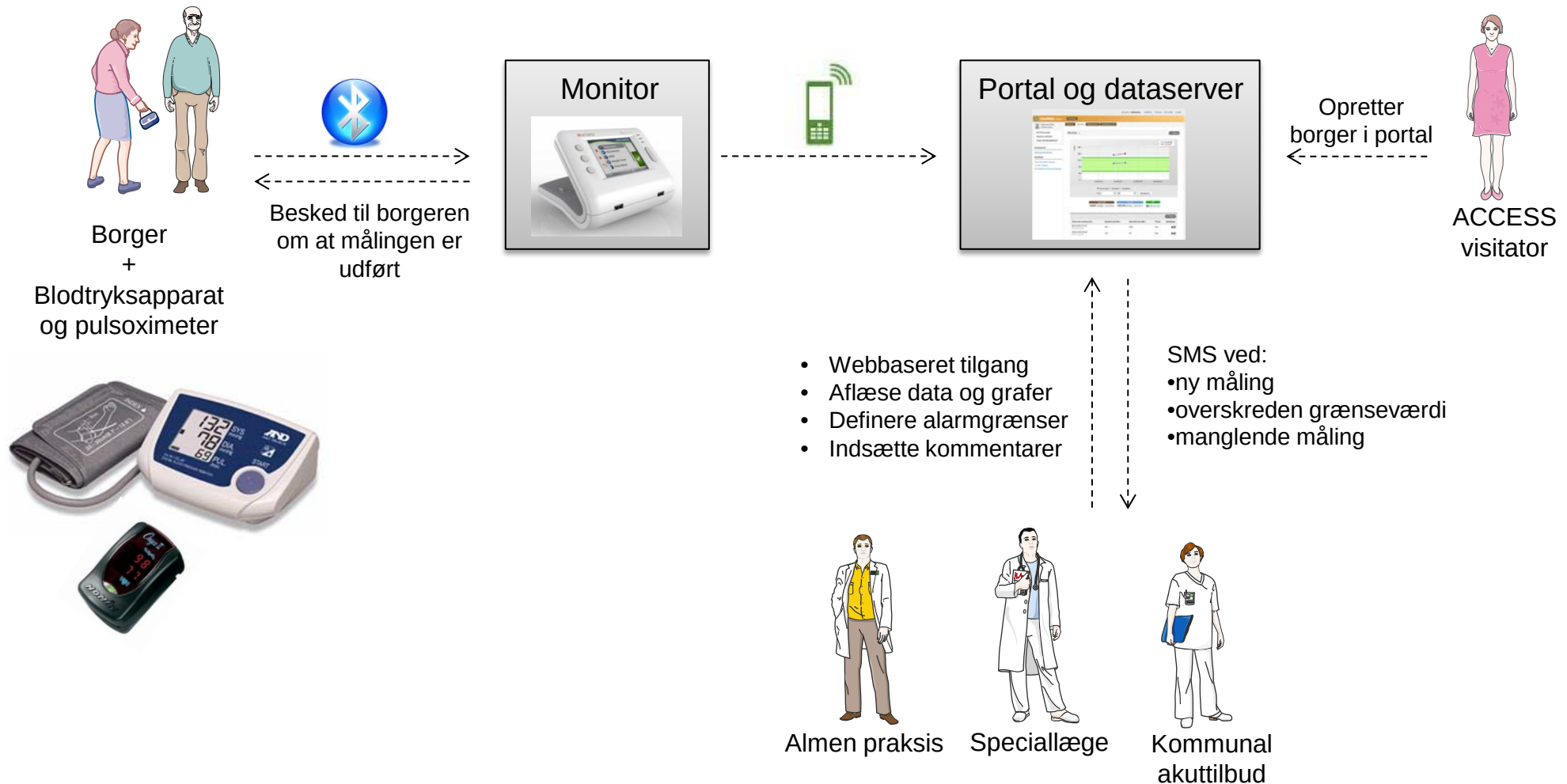
Speciallæge



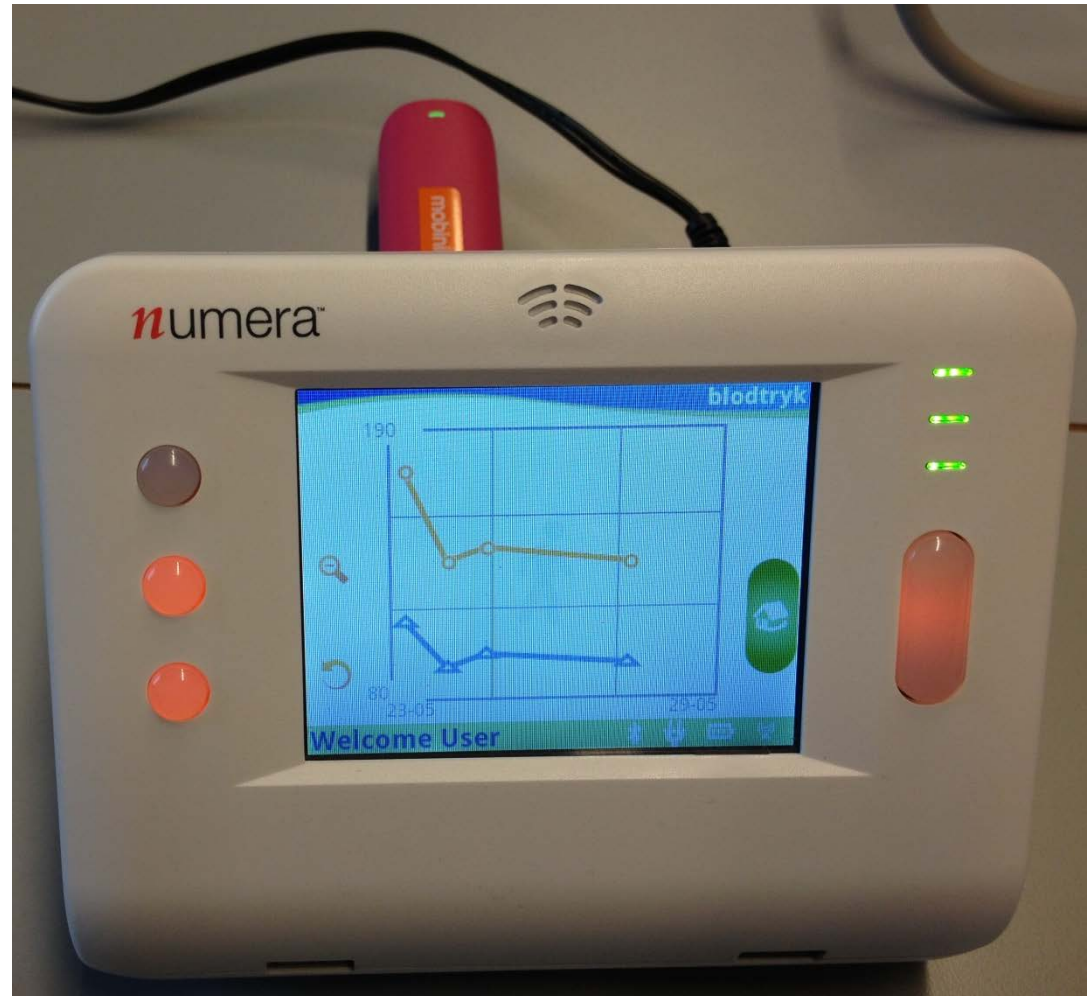
Telemonitorering

I samarbejde med:

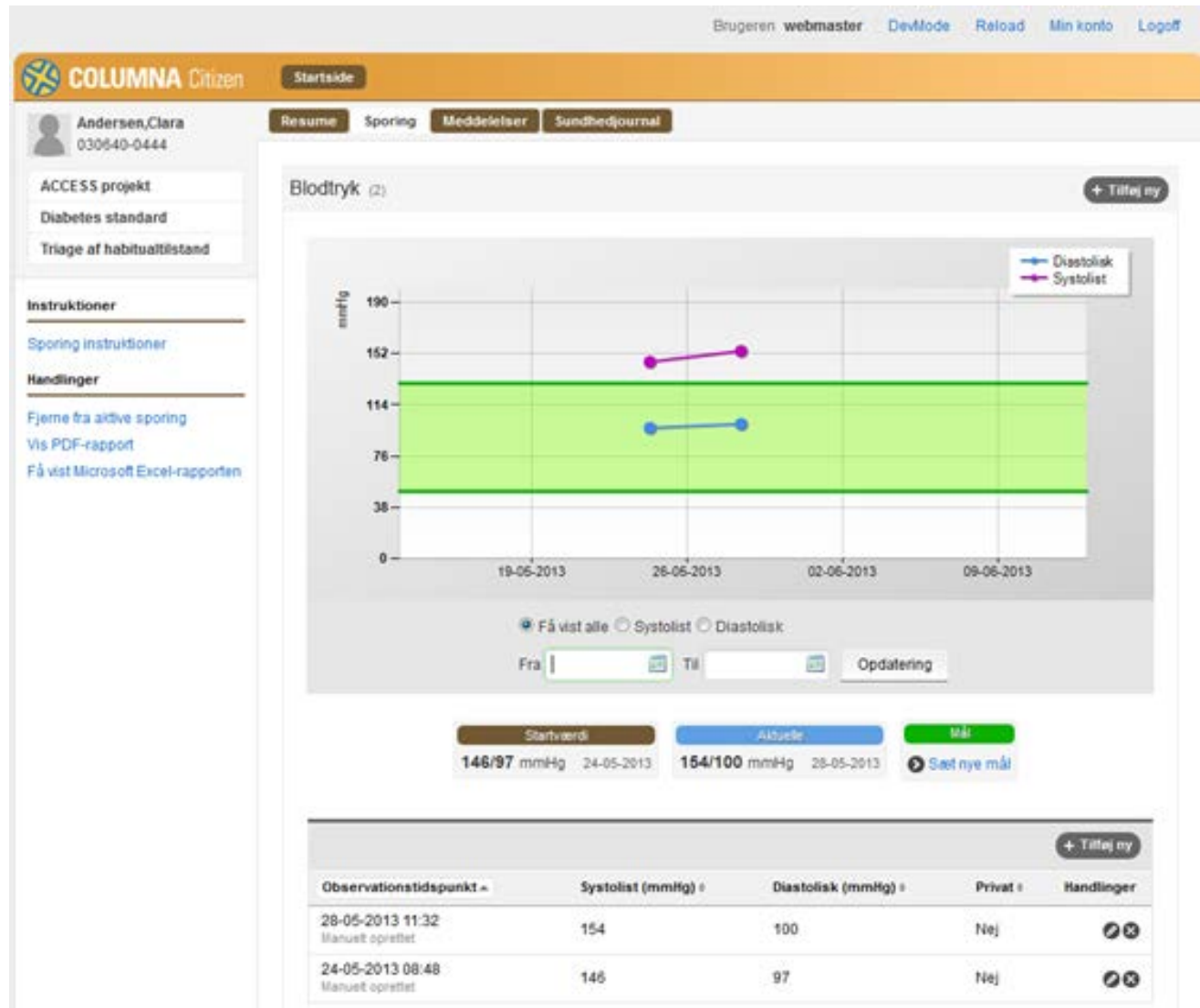
- Systematic
- Patient@home



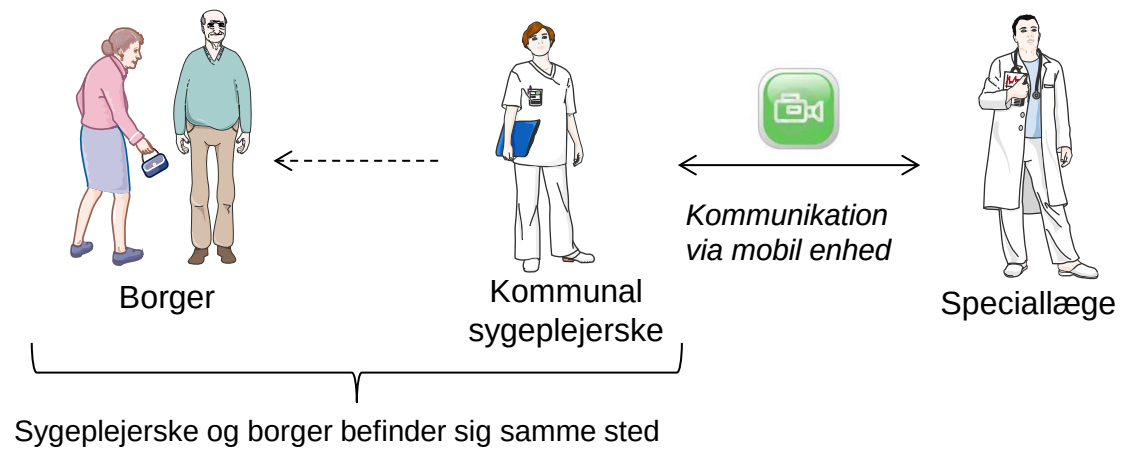
Telemonitorering - apparater



Telemonitorering - portal



Videokommunikation



Hotline *(side 9)*



Døgndækket

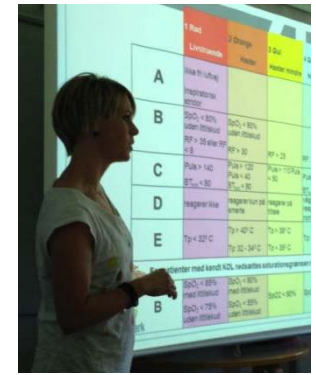
- Til speciallægen i dagtid
- Til visiterende sygeplejerske /medicinsk bagvagt i aften/nattetid
- Råd og vejledning
- Direkte indlæggelse kan aftales mellem hjemmesygeplejerske og sygeplejersker på FAM, MAM eller AMVA

Kompetenceudvikling – kommunalt personale

- Instruksbog til alle sygeplejersker, så de har samme basis
- Teoretisk undervisning, hvor repræsentanter fra akutteam og for FAM underviser.



4. juni Guderup
10. juni Aabenraa
12. juni Løgumkloster
17. juni Haderslev
20. juni Løgumkloster (SOSU)



- Besøg på FAM, MAM eller AMVA, hvor sygeplejerskerne følges en dag og erfaring udveksles. Forløbet kører løbende fra efter sommerferien

Aftale med PLO

§ 2 Aftalens parter

- Indgået mellem PLO Syddanmark og Region Syddanmark den 10. september i henhold til reglerne i landsoverenskomst om almen praksis § 2.

Indeholder 3 honorartyper:

1. Inkluderingsydelse
2. Hjemmebesøg
3. Telefonkontakt

Aftale med PLO

1) Inkluderingsydelse

- De første 5 patienter afregnes med kr. 750,-, de efterfølgende patienter med kr. 600. Dette er et engangsbeløb til den enkelte læge pr. patient der visiteres ind i projektet.
- Den praktiserende læge får ved inkluderingen hver gang at vide hvilken ydelseskode, der skal registreres
- Beløbet dækker deltagelse i informationsmøder, omkostninger i forbindelse med registrering samt omorganisering af arbejds- og forretningsgange og rutiner i praksis i forhold til patientgruppen

Behandlingstilbud

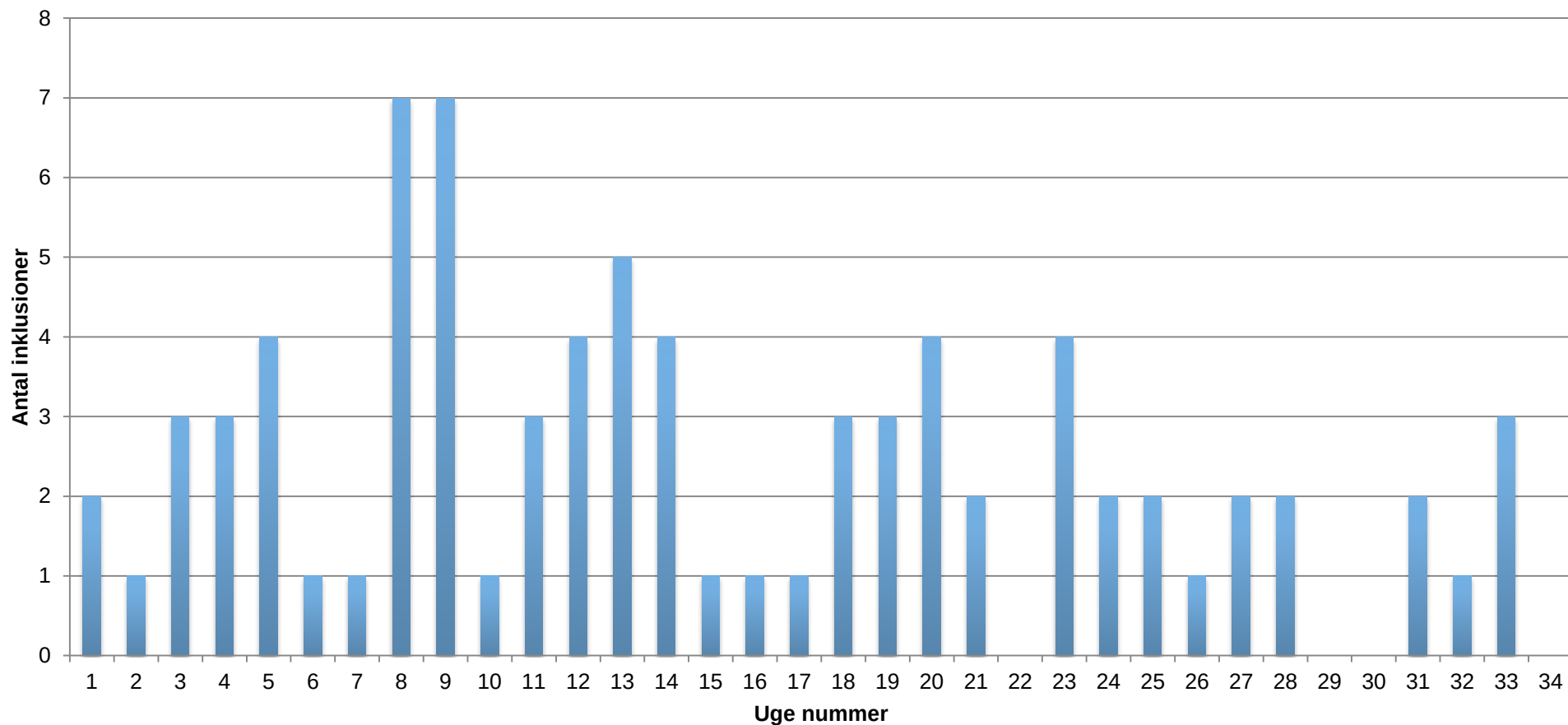
	Akutteam (Haderslev og Sønderborg)		Akutpladser (Tønder og Aabenraa)	
	Standard	Ekstra tiltag	Standard	Ekstra tiltag
- Akut ambulatorium	111 patienter (standardgruppe) A	111 patienter (ekstra tiltag) C	111 patienter (standardgruppe) A	111 patienter (ekstra tiltag) C
+ akut ambulatorium	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering) B	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering og ekstra tiltag) D	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering) B	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering og ekstra tiltag) D

Powerberegning - indlæggelser	
Type of sample size	RCT
Confidence interval (2-sided)	95
Power	90
Ratio of sample size	1
% of unexposed with outcome	40
% of exposed with outcome	20
Sample size group	111

Status på Access-projektet

28

Antal inklusioner pr. uge 2014



Inklusioner fordelt på kommuner

Kommune

	Respondenter	Procent
Haderslev	27	26,2%
Aabenraa	6	5,8%
Tønder - Nord	18	17,5%
Tønder - Syd	17	16,5%
Sønderborg	35	34,0%
I alt	103	100,0%

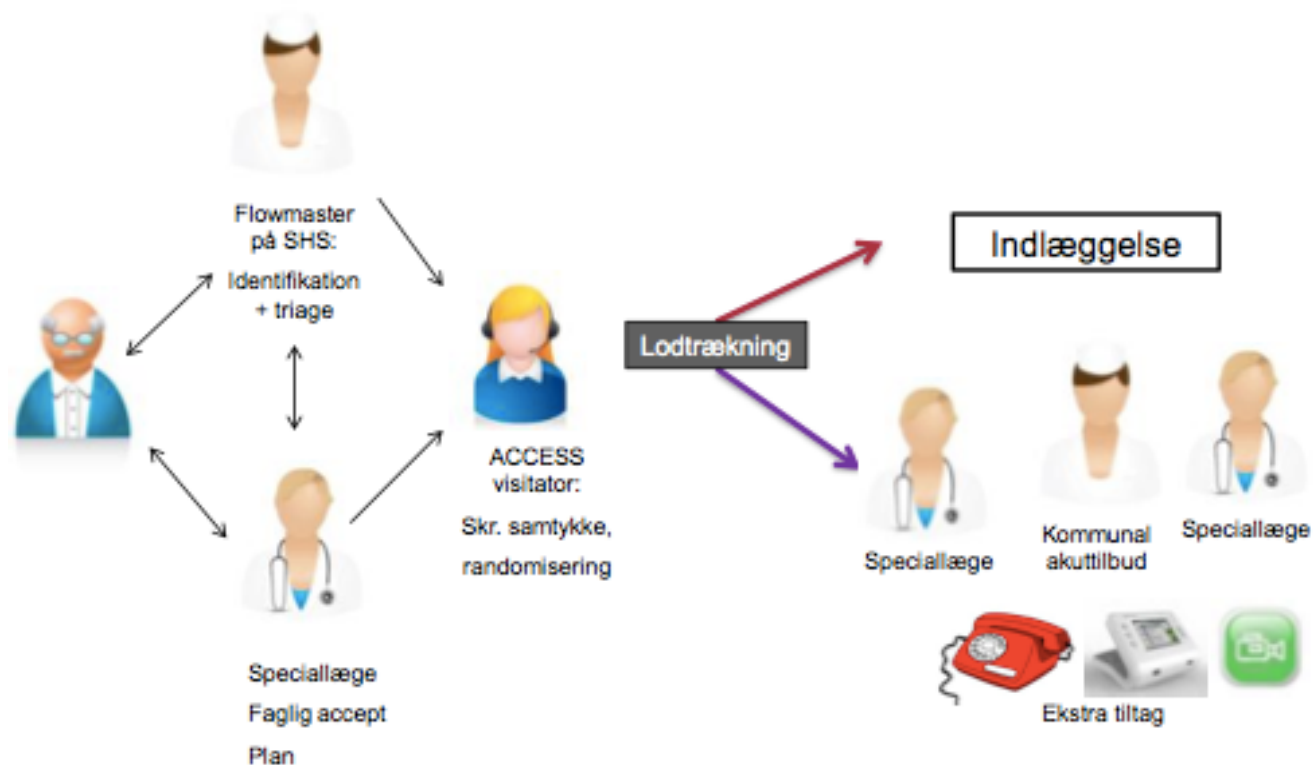
	Akutteam (Haderslev og Sønderborg)		Akutpladser (Tønder og Aabenraa)	
	Standard		Standard	
- Hospital	111 patienter (standardgruppe) A		111 patienter (standardgruppe) A	
+ Hospital	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering) B		111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering) B	

Projekt design

- RCT
- 328 inklusioner
- Projektperiode 01.11.13 - 01.03-15

	Akut team	Akutplads
- Hospital	82	82
+ Hospital	82	82

Access-B



33

Antal inklusioner fordelt på kommuner

Kommune

	Respondenter	Procent
Haderslev	47	34,6%
Aabenraa	7	5,1%
Tønder - Nord	20	14,7%
Tønder - Syd	21	15,4%
Sønderborg	41	30,1%
I alt	136	100,0%

med(age)

p25(age) p75(age)

83.6

77.3

87.8

35

Foreløbige resultater

female	81	62.79
male	49	37.21
Total	130	100.00

egen læge	66	51
sygehus	64	49.

Total	130	100.00
-------	-----	--------

Kommunalt tilbud

komtilbud	Freq.	Percent
center	46	35
team	84	64
Total	130	100.00

38

Erfaringer fra Access-projektet

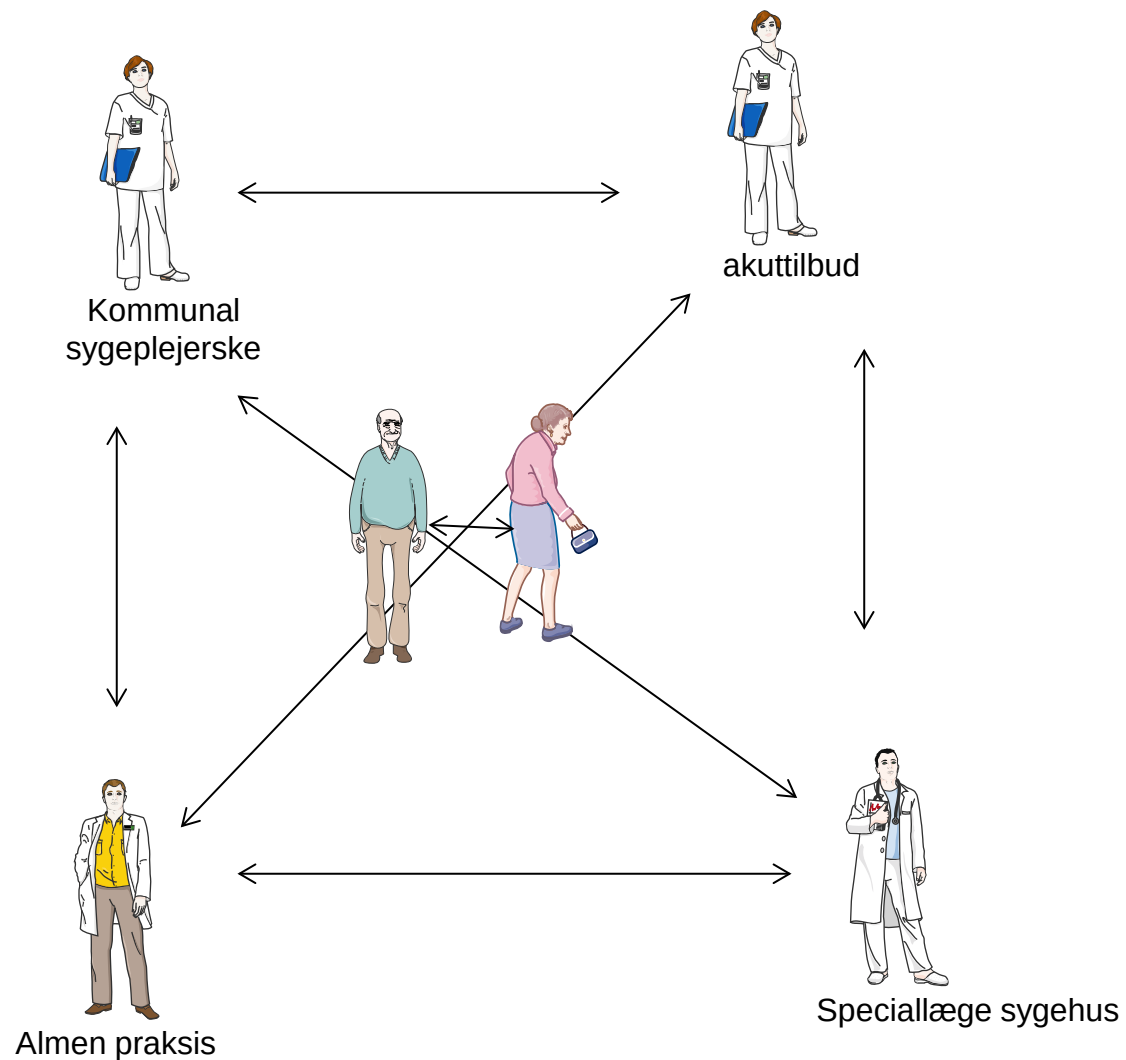
39

Foreløbige erfaringer- for eet år siden

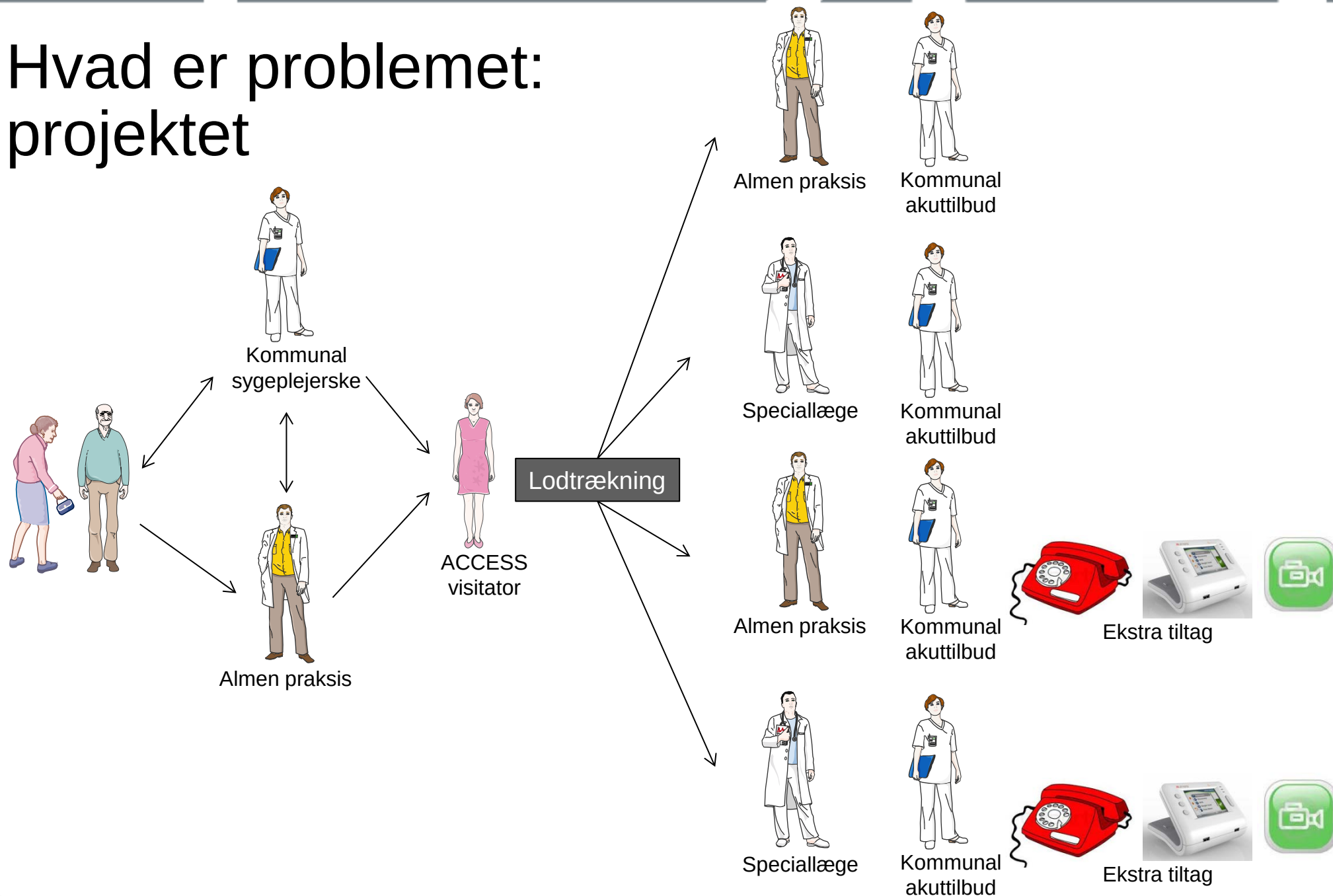
- Outcomes ikke opgjort.
- Kompetente akutteams
- 82 % af alle patienter er godt eller meget godt tilfredse
- Forbedret samarbejde mellem sektorer
- Flere inklusioner pr. læge, som deltager
- Vanskeligt at nå ud til alle praktiserende læger

40

Hvor er problemet ? Aktørerne



Hvad er problemet: projektet



Nogle grunde

- Projektet selv: rammer det tilstrækkeligt præcist ? Eller er det en kunstig problemstilling, at man står med ligeværdigt valg mellem en speciallæge vurdering og noget behov for akut aflastning- eller hvad er den PLs valg egentlig.
- Hvad var det egentlig man kunne vælge imellem

Den praktiserende læges valg

- Indlæggelse eller øget opsyn hjemme?
- Blive hjemme +/- øget opsyn.
- Brug for en ekstra vurdering ja/nej lige gode alternativer.
 - Sjældent problem. Enten har man det eller også har man det ikke.

Mere om praktiserende læger

- Overenskomst
- Afstand til sygehus og center.
- Villighed til at tage ansvar.
- Villighed til at lære nyt.
- tillid

Sygehusets speciallæger

- FAMs problem: mange læger! => lavt erfaringsniveau, lavt ansvar,
- Tønder: Få læger => højt erfaringsniveau, højt ansvar og ydre pres for at undgå indlæggelse.
- Selv dedikerede FAM læger havde svært ved at overskue at finde patienterne.
- tillid

Kommunale sygeplejersker

- Travl hverdag. Er der ressourcer til at etablere blive-hjemme eller til-center-ordning. Hurtigere at indlægge.
- Er akutordningen god nok. Hvad med om natten?

Patienten

- 65-80 år. Stadig mange ressourcer og netværk.
- Ved ofte hvad de vil have: undgå en tur på sygehuset.
- Forbavsende mange har ingen nære pårørende! Og så bliver det sværere at blive i hjemmet.

Pårørende

- Ved også hvad de vil have: patienten blive i hjemmet- eller den pårørende skal aflastes ved at patienten indlægges.
- De står ultimativt med ansvaret

Hvilke svar får vi i marts ?

Hvad betyder

- Akutteam versus akutpladser
- Sygehuslæge versus praktiserende læge

for

- Antal indlæggelser
- Funktionsændring
- Tilfredshed

Desuden:

- IT vurdering
- Samarbejde
- Fagprofessionelles vurdering af indsatserne

51