



Framework

3.1 udgave februar 2018

Indhold

1. Baggrund.....	3
2. Formål.....	3
6. Målgruppe	4
7. Projektets opbygning og metode	4
7.1 Første delprojekt	4
7.3 Anden delprojekt.....	4
8. Organisering	5
9. Hvad får borgere og kommunerne ud af projektet.....	6
10. litteratur	7

1. Baggrund

I 2035 vil der i Danmark være over dobbelt så mange ældre borgere over 80 år, som der er i dag. En stor del vil klare sig størstedelen af livet ved egne og de nærmestes ressourcer. Nogle vil blive skrøbelige eller sårbare, og opleve akutte indlæggelser, som kunne være forebygget. I de nyeste nationale mål for sundhed er der fokus på denne gruppe og der ønskes et nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen for "de svageste ældre borgere og patienter"(1), så der skabes sammenhæng i forløb imellem sygehusene, kommunerne og de praktiserende læger(2).

Der er ikke konsensus om, hvem de skrøbelige ældre er(3-7). Sårbarhed er i høj grad kontekstafhængigt (5, 8-10) og begrebet bør omfatte situationsbestemte faktorer og de sociale relationer, som den enkelte borger er en del af (5). Halvdelen af de ældre, der bliver indlagt med en forebyggelig indlæggelse, modtager ikke hjemmehjælp eller bor i plejebolig, hvilket gør dem vanskelige at identificere via eksisterende værktøjer (1)(11). Projektet PÅ FORKANT sætter fokus på ældre borgeres akutte indlæggelser ud fra et borger-, pårørende-, organisatorisk og psykiatrisk perspektiv.

Danske ældre *borgere* oplever manglende sammenhæng mellem sektorerne ved akut sygdom(12). Det skaber magtesløshed, når der ikke tages højde for den enkeltes behov og ønsker (13). Og for den demente ældre er der særlige udfordringer. Øget borgerinddragelse er en naturlig forlængelse af den generelt stigende tilskyndelse til selvforvaltning, selvledelse og personligt ansvar.

Mange *pårørende* har en væsentlig rolle i forbindelse med hospitalsindlæggelser. Ældre borgere, der bliver akut syge, er afhængige af, at have kompetente pårørende, der bliver hørt af de sundhedsprofessionelle og bliver aktivt inddraget forhold vedrørende plejen og behandlingen. Pårørende, der søger inddragelse er meget afhængige af et konstruktivt og trygt samarbejde med de sundhedsprofessionelle, hvis inddragelsen skal lykkes.

Der er sket væsentlige *organisatoriske* forandringer i varetagelsen af sundhed og sygdomsopgaven i Danmark som resultat af Kommunalreformen i 2007(14). Specialisering og centralisering i det danske sundhedsvæsen har medført, at det tværfaglige samarbejde kan være mangelfuldt eller direkte modstridende(15-17). Op til en fjerdedel af de akutte medicinske indlæggelser kunne undgås, hvis praktiserende læge eller kommune havde relevant information om funktionstab(3).

To tredjedele af ældre over 75år der modtages og behandles akut på sygehusene modtager hjemmehjælp. Ældre, der modtager hjemmehjælp, har flere ambulante besøg i akutafdelingen som ofte fører til en indlæggelse. Der er dog ingen videnskabelig dokumentation for, hvorvidt det at modtage hjemmehjælp er associeret med hyppigere genindlæggelsesrate blandt ældre mennesker, der indlægges akut.

2. Formål

Det overordnede formål med PÅ FORKANT projektet er at udvikle og implementere tiltag, der med udgangspunkt i den ældre borgers-, deres pårørendes-, de sundhedsprofessionelles perspektiver vil bidrage til skabe bedre kvalitet i de sundhedsydelser de akut indlagte ældre borgere modtager.

Dette gøres med fokus på:

1. At udvikle tiltag, der med udgangspunkt i den ældre borgers, deres pårørendes og de sundhedsprofessionelles perspektiver vil skabe flere gode leveår for de ældre borgere
2. At øge de ældre borgeres funktionsevne og livskvalitet
3. At styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og sammenhængen i patientforløbene
4. At reducere eller udskyde antallet af akutte indlæggelser af de ældre borgere
5. At skabe bedre sammenhæng i patient forløb

6. Målgruppe

Der inddrages borgere, der er 65 år og derover, samt pårørende til disse fra alle de fire sønderjyske kommuner. Ligeledes udvælges borgerne, så der er variation i alder og køn (18).

7. Projektets opbygning og metode

PÅ FORKANT projektet udgøres af to delprojekter.

7.1 Første delprojekt

Første delprojekt forløber fra 2017-2020. Delprojektet bygges op omkring 5 ph.d.-projekter, som tager udgangspunkt i hhv. borgerperspektivet, de pårørendes perspektiv, de sundhedsprofessionelles perspektiv, de demente borgers perspektiv og de borgere, der modtager hjemmehjælp. Med udgangspunkt i traditionelle kvalitative forskningsmetoder går de ph.d.-studerende i dybden med at identificere behov og barrierer. Alle fem ph.d.-studerende vil arbejde tæt sammen i forhold til sparring om litteratursøgning, rekruttering af deltagere samt løbende erfaringsudveksle og dermed udnytte den synergieffekt der formodes at opstå, når et emne belyses fra fem forskellige vinkler. Alle projekter vil benytte sig af observationsstudier og interviews, som er nærmere beskrevet i de enkelte ph.d. protokoller. Der ansøges om relevante tilladelser hos Datatilsynet og Videnskabsetisk komite forud for projektets igangsættelse. Fra de involverede borgere og pårørende indhentes informeret skriftligt samtykke til deltagelsen. Multipraksisudvalget får lejlighed til at kommentere projektet.

7.3 Anden delprojekt

Anden delprojekt forløber fra 2019 til 2022. Baseret på resultaterne fra 1. delprojekt, vil der blive foreslået en række tiltag, som kan afprøves og evalueres endeligt i en større sammenhæng. Resultaterne fra delprojekt 1 skal danne input til om der er grundlag for at gennemføre 2. delprojekt og tiltagene planlægges i tæt samarbejde mellem borgere, kommuner, sygehus, psykiatrien og praktiserende læger i 2019 og gennemføres i 2019-2022.

2. delprojekt bygges op omkring yderligere 1-2 ph.d.- eller post. doc.-projekter, som dels evaluerer effekten af de tiltag, som skal afprøves, og dels vil der være en sundhedøkonomisk evaluering af tiltagene. Evalueringen vil være mixed-method og kan inkludere feasibility studier, randomiseret design metodologisk tilpasset til projektet, sundhedsøkonomiske studier og kvalitative studier. Effektmålene afhænger af tiltagene, men forventes at inkludere: indlæggelser, død, livskvalitet, funktionstab, sundhedsprofessionelles erfaringer, tilfredshed, proces evaluering og sundhedsøkonomisk evaluering af effekten i forhold til omkostninger, set ud fra alle 3 sektors vinkel, kommune, praktiserende læger og sygehuse.

De indhentede informationer fra såvel 1. delprojekt som 2. delprojekt vil løbende blive rapporteret tilbage til kommuner, sygehuse og praktiserende læger, så der kan planlægges og ageres umiddelbart på resultaterne.

8. Organisering

Projektet På FORKANT er et fælles projekt mellem

- 1) de fire sønderjyske kommuner: Sønderborg, Aabenraa, Tønder og Haderslev
- 2) de praktiserende læger i Sønderjylland
- 3) Sygehus Sønderjylland
- 4) Psykiatrien i Region Syd
- 5) UC Syd
- 6) forskningsenhederne ved:
 - a. Institut for Regional Sundhedsforskning på SDU, Sygehus Sønderjylland, Fokuseret forskningsenhed i Akutmedicin
 - b. Institut for Sundhedstjenesteforskning på SDU, Forskningsenhed for Sundhedsfremme
 - c. Institut for Sundhedstjenesteforskning på SDU, Forskningsenheden for Almen praksis
 - d. Forskningsenhed UC SYD
 - e. Institut for Regional Sundhedsforskning på SDU, Kong Christian X's Gigthospital, Fokuseret Forskningsenhed i Reumatologi
 - f. Institut for Regional Sundhedsforskning på SDU, Psykiatrien i Region Syddanmark, Fokuseret forskningsenhed i Psykiatri
 - g. Institut for Regional Sundhedsforskning på SDU, Sydvest Sygehus, Enheden for Sundhedsfaglig forskning
 - h. Institut for Regional Sundhedsforskning på SDU, Sydvest Sygehus, Forskningsenheden i Akutmedicin

Styregruppen er SOF i Sønderjylland som bla. består af kommunale sundhedsdirektører, sygehusdirektørerne fra somatik og psykiatri og repræsentanter for de praktiserende læger.

Projektgruppen vil bestå af 2 dele:

- a) Et dialogforum med repræsentanter fra de aktivt involverede parter i projektet:
 - a. 2 repræsentanter fra Sygehus Sønderjylland (2)
 - b. 2 repræsentanter fra hver af fire sønderjyske kommuner (8)
 - c. 1 repræsentant for de praktiserende læger i hver kommune (4)
 - d. 1 repræsentant fra Psykiatrien i Region Syd
 - e. 2 borger repræsentanter (2)
 - f. 2 pårørende repræsentanter (2)
- b) Et forskningsforum for de involverede vejledere i projektet

Projektgruppens a. medlemmer mødes først og fremmest for at diskutere resultaterne af projektet efterhånden som disse afrapporteres og sammen udvikler implementeringstiltag.

Projektgruppens b. medlemmer mødes først og fremmest for at udvikle projektets 5 ph.d forløb og deres fælles indhold og synergier.

Herudover mødes de enkelte ph.d.-studerende med deres vejledere på vanlig vis.

Desuden tilbyder de ph.d.-studerende ad hoc tilbagemeldinger til andre interesserede i kommunerne, blandt de praktiserende læger og på sygehusene.

9. Hvad får borgere og kommunerne ud af projektet.

Projektet er et fælles redskab til kommunerne, hvor de kan få svar på de spørgsmål de alligevel skulle arbejde på, få erfaringsudveksling med de andre kommuner og få evalueret deres indsatser på en evidensbaseret måde. Svarene kommer løbende i processen, så kommunerne kan bruge dem efterhånden og ikke skal vente til sidst.

Projektet sætter fokus på de borgere som kommunen ikke kender og som siger nej til den opsporing kommunen tilbyder. Igennem projektet vil kommunerne få kendskab til disse borgere og hvordan de opsporer dem.

10. litteratur

1. Sundheds- og ældreministeriet KoDR. Nationale mål for sundhedsvæsenet 2016.
2. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient : fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-2019: Sundhedsstyrelsen; 2016. Available from: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/_media/52DD546DEE474569B6D5F054AD14E092.ashx.
3. Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(11):2129-38.
4. Sutorius FL, Hoogendijk EO, Prins BA, van Hout HP. Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: diagnostic and prognostic accuracy. *BMC family practice*. 2016;17:102.
5. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet (London, England)*. 2013;381(9868):752-62.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001;56(3):M146-56.
7. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(6):392-7.
8. Buta BJ, Walston JD, Godino JG, Park M, Kalyani RR, Xue QL, et al. Frailty assessment instruments: Systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. *Ageing research reviews*. 2016;26:53-61.
9. Tocchi C. Frailty in older adults: an evolutionary concept analysis. *Research and theory for nursing practice*. 2015;29(1):66-84.
10. Illsley A, Clegg A. Assessment of frailty in the inpatient setting. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*. 2016;77(1):29-32.
11. Skjøt-Arkil HoMCB. Evalueringsrapport af ACCESS 2015.
12. Patienter D. Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet - fortalt af patienter og pårørende. *Danske Patienter*; 2013.
13. Themessl-Huber M, Hubbard G, Munro P. Frail older people's experiences and use of health and social care services. *Journal of nursing management*. 2007;15(2):222-9.
14. Andersen PT, Jensen JJ. Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian journal of public health*. 2010;38(3):246-52.
15. Ældreråd D. Konference rapport 2016 [Available from: <http://danske-aeldreraad.dk/wordpress/wp-content/uploads/2013/03/DANSKE-%C3%86LDRER%C3%85D-konferencerapport-Nyborg-2016.pdf>].
16. Gut RoF, Morten. Patientperspektivet som grundlag for forbedring af det tværsektorielle samarbejde. *Månedsskr Prakt Lægegern*. 2008;86.
17. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work (Reading, Mass)*. 2012;41 Suppl 1:2915-24.
18. Henricson(red.) M. Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. Kbh.: Munksgaard; 2014. 584 sider, illustreret i farver p.