



ACCESS-PROJEKTET

Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland
Programteoretisk analyse

APRIL 2015 • BIRGITTE NØRGAARD



SYDDANSK UNIVERSITET

CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet • J. B. Winsløvs Vej 9B, 1. sal
5000 Odense C • Telefon: 6550 1000

Kolofon

Titel	ACCESS-projektet – Koordineret akut indsats for seniorer i Sønderjylland. Programteoretisk analyse
Forfatter	Birgitte Nørgaard
Institutnavn	Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
Forlagets navn	Syddansk Universitet
Udgivelsesdato	01.04.2015
Trykkested	Syddansk Universitet
ISBN	978-87-92699-24

Rapporten er udarbejdet af konsulent Birgitte Nørgaard, CAST, i tæt samarbejde med overlæge og forskningsleder Christian Backer Mogensen, Akutcenter Åbenrå og post doc. Helene Skjøt-Arkil, Akutcenter Åbenrå.

Seniorkonsulent Anne Lee, CAST, har ydet sparring på den metodiske tilgang, samt kommenteret på rapporten. Peter Kjær Pedersen, studentermedarbejder i CAST har varetaget dele af litteratursøgningen, mens studentermedarbejdere i CAST Ida Højsager Bennike og Sophie Lykkegaard Ravn har udført transskriptioner af interviews.

Analysen er støttet med midler fra ACCESS Styregruppen.

Læsevejledning

Efter en kort indledning starter rapporten med en præsentation af ACCESS-projektet. I kapitel 2 beskrives projektet, dets delelementer samt forudsætningerne for og forventningerne til modellen.

I kapitel 3 redegøres for studiets metodiske tilgang og de data, der indgår i studiet og dermed udgør grundlaget for denne rapport.

I det efterfølgende kapitel 4 præsenteres ACCESS-projektets årsags-virkningskæder, samt de programteorier, der er indlejret i ACCESS-projektet. Det er hhv. programteorien bag ACCESS-projektet og de involverede aktørers programteorier.

I kapitel 5 beskrives borgernes erfaringer med ACCESS-projektet og i kapitel 6 diskuteres ACCESS-projektet i forhold til foreliggende evidens. Derudover diskuteres forudsætningerne for ACCESS-projektet og de programteorier, der er indlejret i projektet.

Rapporten afsluttes med en opsummering i Kapitel 7.

Resume

Baggrund: ACCESS-projektet handler om samarbejde på tværs af sektorerne med deltagelse af Sygehus Sønderjylland, de praktiserende læger i sygehusets optageområde og hjemmeplejen i de sønderjyske kommuner Haderslev, Aabenraa, Sønderborg og Tønder. Projektets fokus er borgere over 65 år med akut opstået medicinsk sygdom, der kræver en sundhedsfaglig indsats. Det er velbeskrevet, at korte og komprimerede indlæggelser, samt risikoen for informationstab ved overgang fra sekundær til primær sektor kan resultere i inoptimale udrednings- og behandlingsforløb for især ældre patienter med komplekse medicinske problemstillinger. Et signifikant fald i indlæggelsesfrekvensen på mindst 20 %, samt en hurtigere generhvervelse af funktionsniveau er defineret som succeskriterier for projektet.

For at dokumentere og erfaringsopsamle processen omkring udvikling og implementering af de konkrete interventioner iværksættes en programteoretisk analyse.

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. Metoden tager udgangspunkt i de forskellige interessenters forestilling om, hvordan og hvorfor ACCESS-projektet virker, herunder hvilken tilstand, man ønskede at skabe med projektet og hvordan det konkret skulle gøres; benævnt programteori.

I konstruktionen af programteorier anvendes en model, hvori der indgår tre delelementer: en *situationsteori*, som beskriver problemdefinitionen; en *normativ teori*, som beskriver aktørernes værdier, normer, idealer og mål, samt en *virkningsteori*, som beskriver aktørernes forestilling om en ”løsning” på problemet og opnåelsen af den gode tilstand. På baggrund af programteorierne identificeres forhold, som hhv. skal være til stede (*kontekstuelle faktorer*), eller som kan influere på ACCESS-projektet (*moderatorer*). Slutteligt gennemføres en realitetstest og der identificeres opmærksomhedspunkter i forhold til udvikling af en generisk model på området. Datamaterialet er skriftligt kildemateriale og interviews med i alt 23 sundhedsprofessionelle og fire borgere. Der er desuden gennemført et litteraturstudie og en bortfaldsanalyse.

Resultater: 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 denne 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.

Når de fagprofessionelles programteorier sammenholdes ses generelt set 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.

Der er enighed om, at det kan være u hensigtsmæssigt at indlægge ældre akutte medicinske patienter på grund af risikoen for sygehusinfektioner og delirium. 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 sengepladserne. Der er til gengæld ikke enighed om det centrale begreb *uhensigtsmæssige indlæggelser*, da de praktiserende læger problematiserer de *uhensigtsmæssige udskrivelser*, der er præget af, at sygehuset med et højt tempo og manglende planer for opfølgning har vanskeligt ved at rumme ældre medicinske patienters behov, hvilket fører til *nødvendige indlæggelser*.

Der er enighed om, at såfremt indlæggelsesfrekvensen skal reduceres for de ældre akutte medicinske patienter, er det nødvendigt med en udvidet tidsramme udover de 48 timer og af de lægefaglige og sygeplejefaglige ressourcer skal være til stede.

Grundlæggende forudsætninger for at et projekt som ACCESS skal lykkes, er 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. Praktiserende læger ser også manglende tid og manglende ressourcer som væsentlige barrierer, mens tilstrækkelige sygeplejefaglige og lægefaglige kompetencer er forudsætninger for målopfyldelse. En anden grundforudsætning er, at det er muligt at identificere den rette målgruppe for projektet. Enkle og intuitive it-løsninger, gerne med datadeling, så dobbeltdokumentation ikke er nødvendigt, er forudsætninger for, at projektet lykkes, ligesom komplekse og kontraintuitive it-løsninger og utilstrækkelig og langsom netadgang barrierer, der modvirker målopfyldelse.

Det er også en forudsætning, at borgerne har stabile sociale forhold og at de identificeres før, de bliver så dårlige, at de ikke kan stabiliseres tilstrækkeligt indenfor tidsrammen på 48 timer.

Diskussion: Den programteoretiske analyse 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. Herunder viser uoverensstemmelsen mellem de centrale aktørers situationsteori med hensyn til ACCESS-projektets centrale fokus på uhensigtsmæssige indlæggelser 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 (teorifejl).

Der er desuden en udtalt skepsis overfor projektet, der i de praktiserende lægers øjne fremstår som en politisk dagsorden i form af opgaveglidning fra sekundær til primær sektor, trods en generel enighed om, at selve ideen i at undgå sygehusindlæggelse for den ældre akutte medicinske patient er god, hvilket indikerer en implementeringsfejl.

Sammenfatning: Der 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 af relevant 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.

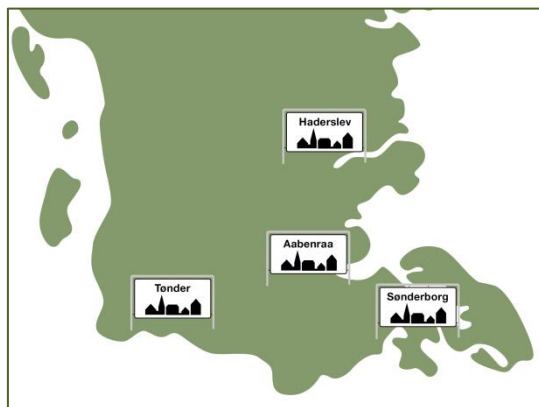
Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	7
2. ACCESS-projektet	8
2.1 ACCESS-projektets centrale indholdskomponenter	9
2.2 Målgruppe og inklusion	11
2.3 Mål	11
2.4 Grundlag for projektet.....	12
2.5 Forventninger til ACCESS-projektet	13
3. Metode og data	13
3.1 Datakilder	14
3.1.1 Interviews – fagprofessionelle	15
3.1.2 Bortfaldsanalyse, praktiserende læger.....	16
3.1.3 Interviews – borgere.....	17
3.2 Ethiske overvejelser	17
3.3 Litteraturgennemgang	18
4. Programteoretisk analyse af ACCESS-projektet.....	19
4.1 ACCESS-projektets årsags-virkningskæder	20
4.1.1 Det bedst mulige forløb for den akutte seniorpatient.....	20
4.1.2 Tværsektorielt samarbejde	20
4.2 Programteorien bag ACCESS-projektet.....	20
4.3 De fagprofessionelles programteorier	22
4.3.1 Praktiserende læger	22
4.3.2 Speciallæger på sygehuset.....	23
4.3.3 Akutteams/akutpladser	24
4.4 Overensstemmelse mellem programteoriene	27
4.5 Kontekstuelle faktorer og moderatorer	29
4.6 Bortfaldsanalyse, praktiserende læger.....	30
5. Borgernes erfaringer med ACCESS-projektet	31
6. Diskussion	32
6.1 Intermediate care	32
6.1.1 Evidens for intermediate care.....	33
6.2 Realitetstest af ACCESS-projektets årsags-virkningskæder.....	34
6.2.1 Implementering	35
6.3 Metodeovervejelser	36
7. Sammenfatning.....	36
8. Referencer	38
Bilag 1 - Interviewguide.....	40
Bilag 2 - Søgestreng	43

1. Indledning

I november 2013 startede inklusionen af patienter¹ til et forskningssamarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, hjemmeplejen og de praktiserende læger i de fire sønderjyske kommuner: Haderslev, Aabenraa, Sønderborg og Tønder.

ACCESS-projektet (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) imødekommer den Nationale Handlingsplan for Den Ældre Medicinske Patient med sit centrale fokus på at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og at styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet (1). Handlingsplanen er et af de centrale elementer i regeringens satspuljeaftale på sundhedsområdet², der adresserer de udfordringer, der kan være i mødet mellem den ældre akutte medicinske patient og sundhedsvæsenet. Det er velbeskrevet, at korte og komprimerede indlæggelser, samt risikoen for informationstab ved overgang fra sekundær til primær sektor kan resultere i in-optimale udrednings- og behandlingsforløb for især ældre patienter med komplekse medicinske problemstillinger (2-7).



ACCESS-projektet handler om samarbejde på tværs af sektorerne med deltagelse af Sygehus Sønderjylland, de praktiserende læger i sygehusets optageområde og hjemmeplejen i de sønderjyske kommuner. Projektets fokus er borgere over 65 år med akut opstået medicinsk sygdom, der kræver en sundhedsfaglig indsats. Hovedformålet med projektet er at forbedre samarbejdsflader og patientforløb for den ældre akutte medicinske patient og at afprøve en række forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer og akutte tilbud (<http://accessprojektet.dk/wp-content/uploads/2013/11/Forskningsprotokol-ACCESS-141013-MPU.pdf>). Inklusionen til projektet blev igangsat pr. november 2013 og afsluttet pr. marts 2015.

Projektet er organiseret med en styregruppe bestående af SOF i Syd³, en lægefaglig projektansvarlig, en overordnet projektleder, samt fire kommunale projektledere. Relevant materiale, vejledninger, instrukser og kontaktoplysninger kan findes på hjemmesiden www.accessprojektet.dk.

For at dokumentere og erfaringsopsamle processen omkring udvikling og implementering af de konkrete interventioner iværksættes en programteoretisk analyse. I denne rapport præsenteres resultatet af analysen, der ligger ved projektperiodens afslutning.

¹ I projektsammenhæng og i sekundær sektor anvendes betegnelsen "patient", mens det foretrukne ord i primær sektor er "borger". I rapporten anvendes ordene patient og borger synonymt.

² http://www.sum.dk/Sundhed/Psykiatri/Satspuljeaftaler/2012_2015.aspx

³ SOF i Syd (Samordningsforum i Syd) er et overordnet samarbejdsforum med deltagelse af direktionen fra Sygehus Sønderjylland, kommunaldirektørerne fra de fire sønderjyske kommuner (Haderslev, Åbenrå, Tønder og Sønderborg) og praksiskonsulenten. Der kan desuden være yderligere ad hoc-medlemmer.

Målgruppen for rapporten er projektets interessenter, men også andre med interesse for udvikling og analyse af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer.

2. ACCESS-projektet

Som udgangspunkt bestod ACCESS-projektet af fire forskellige akuttilbud (Figur 1), der i løbet af projektperioden er reduceret til to akuttilbud (Figur 2), dog med et særligt tilbud til patienter indbragt til Akutcenter Åbenrå fra Åbenrå Kommune. Der inkluderes fortsat efter det oprindelige projektdesign. Akuttilbuddene kombineres med de eksisterende kommunale akuttilbud (en akutplads på et plejecenter eller et udekørende akutteam i hjemmet):

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

2. En akut vurdering af en medicinsk speciallæge på nærmeste sygehus – med umiddelbar tilbagemelding til praksis og kommune. Det kommunale akuttilbud udfører efterfølgende pleje og behandling (<http://accessprojektet.dk/wp-content/uploads/2013/11/Forskningsprotokol-ACCESS-141013-MPU.pdf>).

Det særligt tilrettelagte tilbud til patienter fra Åbenrå Kommune omhandler identifikation og randomisering af ældre patienter, som er ankommet til sygehuset med henblik på alternativer til indlæggelse, således at der efter ankomst til sygehuset sker en identifikation og randomisering til enten indlæggelse eller ophold på rehabiliteringscenter med ekstra tiltag. Projektets detaljer beskrives i næste afsnit.

Figur 1. Oprindeligt design:

	Akutteam (Haderslev og Sønderborg)		Akutpladser (Tønder og Åbenrå)	
	Standard	Ekstra tiltag	Standard	Ekstra tiltag
- Hospital	111 patienter (standardgruppe) 1	111 patienter (ekstra tiltag) 3	111 patienter (standardgruppe) 1	111 patienter (ekstra tiltag) 3
+ Hospital	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering) 2	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering og ekstra tiltag) 4	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering) 2	111 patienter (akut medicinsk speciallægevurdering og ekstra tiltag) 4

(<http://accessprojektet.dk/wp-content/uploads/2014/10/20140903-revision-af-ACCESS-projektet.pdf>)

Figur 2. Nuværende design:

	Akut team	Akutpladser
- hospital	82	82
+ hospital	82	82

(<http://accessprojektet.dk/wp-content/uploads/2014/10/20140903-revision-af-ACCESS-projektet.pdf>)

Efter inklusion i projektet sker der således en randomisering til enten hospitalsindlæggelse eller henvisning til akutplads/akutteam.

Akutpladserne i Aabenraa og Tønder er etableret i tilknytning til plejecentre, mens det i Haderslev og Sønderborg er de eksisterende akutteams, der varetager den ordinerede behandling (anlæggelse af iv-adgang, iv-væske, iv-behandling, observation og pleje af borgere med sug, inhalationsbehandling og iltbehandling) i borgerens eget hjem (i tidsrummet 07-23, mens de øvrige hjemmesygeplejersker varetager funktionen i tidsrummet 23-07). Efter 48 timer, overgår behandlingen til hjemmeplejen i alle kommuner, såfremt fortsat observation eller behandling er nødvendig. Der kan endvidere tildeles ekstra tiltag i form af hotline, telemonitorering og videokommunikation.

2.1 ACCESS-projektets centrale indholdskomponenter

Det 2-årige ACCESS-projekt præsenteres på hjemmesiden (www.accessprojektet.dk) som et *"helt særligt samarbejde mellem kommune, praksis og sygehus"* med henblik på *"styrkelsen af det tværsektorielle samarbejde"* og at sikre det *"bedst mulige forløb for den akutte seniorpatient"*.

Det beskrives desuden, at projektet skal *"udvikle og afprøve forskellige behandlingsformer, som skal begrænse u hensigtsmæssige og akutte indlæggelser, funktionstab, sundhedsomkostninger – og samtidigt styrke sammenhængen i patientforløbet"*

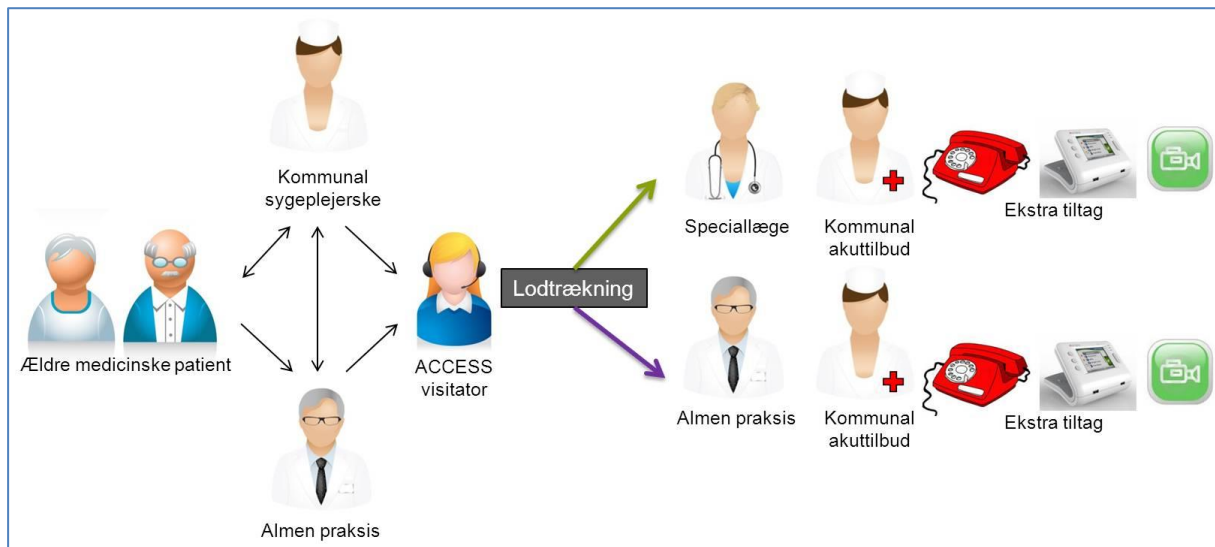
Projektet har to randomiseringsgrupper, henholdsvis indlæggelse på hospital eller forblive i eget hjem/få en plads på en akutstue på et plejecenter. I Haderslev og Sønderborg kommuner er der akutteams, mens akuttilbuddet i Tønder (Skærbæk og Højer) og Åbenrå er tilknyttet plejecentre i kommunen. Et akutteam består af akutsygeplejersker, der varetager pleje og behandling i borgerens eget hjem, mens akuttilbuddet på plejecentrene består af en akutstue, der tilses af en sygeplejerske med særlige kompetencer på akutområdet. Opholdet har en varighed på maksimalt 48 timer. Begge tilbud sigter mod at reducere antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser via et alternativt behandlingstilbud i kommunerne.

Der er desuden en række centrale komponenter, der udgør projektets intervention:

1. Hotline for kommunal akutsygeplejerske til speciallæge på sygehuset,
2. Direkte indlæggelsesmulighed via hotline uden om vagtlægesystem for sygeplejersken i det kommunale akuttilbud,

3. Videokommunikation via Cisco Jabber⁴ mellem kommunal akutsygeplejerske og speciallæge på sygehuset,
4. Mulighed for at måle vitale værdier hos borgeren – værdierne overføres via bluetooth til en Hub⁵ og uploades efterfølgende til den fælles portal (leveret af Systematic⁶, men hostet af Region Syddanmark), hvor såvel sygehuspersonale som personalet i hjemmeplejen har adgang til at følge den enkelte patients værdier over tid, se Figur 3.

Figur 3. Oversigt over ACCESS-projektets centrale indholdskomponenter



(Billedet er venligst stillet til rådighed fra projektledelsen)

De inkluderede patienter får udført forskellige funktionstest⁷, henholdsvis dag 0, dag 7 og efter 3 måneder, samt en tilfredshedsundersøgelse på dag 7 – testene er udarbejdet i SurveyXact® og tages ind på iPads. Testene gennemføres af følgende fagprofessionelle:

- dag 0: af akutsygeplejersker i Haderslev og Sønderborg, mens det i Tønder og Åbenrå er personalet på plejecentrene (akutplads), der udfører testene. I Tønder er det plejepersonalet, der gennemfører testene, mens det i Åbenrå er en fysioterapeut, der gør dette,
- dag 7: af akutteamet i Haderslev, mens det i de øvrige kommuner er terapeuterne fra kommunen, der gennemfører testene,
- efter 3 måneder: af akutteamet i Haderslev og Sønderborg og af terapeuterne fra kommunen i Tønder (pt ingen borgere i Åbenrå).

⁴Cisco Jabber til iPad er et kommunikationsprogram til Instant Messaging (IM), der understøtter video- og taleopkald, søgning i firmatelefonbogen, tilgængelighed og voicemail (www.cisco.com)

⁵ En hub (eng.: center, centrum) forbinder forskellige computere i et lokalt netværk, så de kan kommunikere med hinanden. Hubben er en form for fordelingsapparat, der sender alt modtaget data videre til alle andre enheder i netværket.

⁶ Softwarefirma, der leverer it-løsninger til bl.a. sundhedsvæsenet

⁷ Dag 0: helbred, DEMMI, OMC, RSS, håndtryk / Dag 6-9: helbred, DEMMI, OMC, RSS, håndtryk + tilfredshed / 3 måneder: helbred, DEMMI, OMC, RSS, håndtryk

2.2 Målgruppe og inklusion

Målgruppen for projektet er borgere, som er fyldt 65 år, (eller 60 år med betydelig komorbiditet) fra hele Sygehus Sønderjyllands optageområde, og som vurderes at have behov for indlæggelse begrundet i en akut opstået medicinsk tilstand eller lidelse.

Patienter bliver identificeret og inkluderet til projektet via de praktiserende læger på hverdage i den praktiserende læges åbningstid: mandag-torsdag kl. 8-16 og fredag kl. 8-12. Inklusionen kan ske enten ved at lægen ser patienten i sin praksis, lægen taler i telefon med patienten, lægen er på hjemmebesøg hos patienten, eller via en dialog mellem den praktiserende læge og hjemmeplejen.

Borgere, hvor egen læge vurderer, at der er absolut indlæggelsesindikation, eller som vurderes af anden læge end egen læge(hus) (vagt-læge, lægeambulance) på inklusionstidspunktet, ekskluderes fra projektet, ligesom borgere, der ikke er i stand til at give et informeret samtykke⁸, eller som ikke ønsker at deltage, ekskluderes. Borgere på plejehjem ekskluderes, da de i forvejen har adgang til personale døgnet rundt.

ACCESS-projektet blev forud for projektfasen pilottestet ad to omgange: først i maj-juni 2013 og igen i oktober 2013, hvorefter patientinklusionen startede i november 2013. Projektet blev revideret i juni 2014 med påbegyndt inklusion i august 2014. Patientinklusionen afsluttes med udgangen af februar 2015 med afrapportering april 2015.

2.3 Mål

Det overordnede effektmål med ACCESS-projektet er at forbedre samarbejdsflader og patientforløb for den akutte ældre medicinske patient. Samtidig er det et projektmål at afprøve forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer.

Der er desuden defineret en række delmål, der omhandler evaluering af de involverede delelementer: medicinsk speciallægeambulatorium, ekstra tiltag for hjemmeplejen, som er: hotline til medicinsk speciallæge, telemonitorering og videokommunikation, samt akutteam, akutplads, og de nye samarbejdsflader.

Et signifikant fald i indlæggelsesfrekvensen på mindst 20 %, samt en hurtigere generhvervelse af funktionsniveau gennem de nye behandlingstiltag i forhold til det kommunale akuttilbud er defineret som succeskriterier for projektet, mens projektet ikke forventes at bidrage med signifikant forskel mellem de kommunale tilbud (akutplads eller akutteam) mht. indlæggelsesfrekvens eller generhvervelse af funktionsniveau.

Slutteligt forventes de ændrede lægefaglige samarbejdsflader at kunne danne grundlag for en generisk model på området.

⁸ Ved inhabile borgere kan der indhentes samtykke fra pårørende, såfremt disse er til stede.

2.4 Grundlag for projektet

ACCESS-projektet udmøntes i et samarbejde mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner, Åbenrå, Haderslev, Tønder og Sønderborg, samt ca. 166 praktiserende læger i de sønderjyske kommuner. Projektet er støttet med midler fra Sundhedsstyrelsen.

SOF i Syd⁹ fungerer som styregruppe for projektet, mens projektgruppen består af repræsentanter for de praktiserende læger fra de fire kommuner, områdelederne fra de fire kommuner, en repræsentant fra Region Syddanmark, centerledere fra de involverede centre på Sygehus Sønderjylland, samt den lægefaglig projektansvarlige og projektlederen. Den daglige projektledelse varetages af projektlederen i samarbejde med den lægefagligt projektansvarlige, samt de fire kommunale projektledere. Der er desuden nedsat i alt syv arbejdsgrupper under styregruppen: økonomi, funktionsscore, tilfredshedsundersøgelse, samarbejdsaftaler, telemedicin, publikation og PR, samt kompetenceudvikling.

De organisatoriske forudsætninger for ACCESS-projektet er:

- Gensidigt forpligtende samarbejdsaftaler på tværs af sektorer (sygehus, kommuner og praktiserende læger)¹⁰
- Aftale om aflønning af praktiserende læger i forbindelse med inklusion af patienter (§2-aftale, PLO)
- Tydelig og let adgang til vejledninger, instrukser, registreringsskemaer og kontaktoplysninger for de involverede fagprofessionelle¹¹
- Informationsstruktur¹²
- Introduktion /oplæring¹³

Der er desuden formuleret specifikke aftaler med speciallæger vedrørende behandleransvar i forhold til behandlingen af patienterne på sygehuset og de praktiserende læger i forhold til lægeligt ansvar og tilgængelighed, når patienten er udskrevet (http://accessprojektet.dk/?page_id=14)

Der er indgået aftaler med de praktiserende læger i forhold til deltagelse i ACCESS-projektet i form af en § 2-aftale mellem Region Syddanmark og PLO, såvel i relation til refusion af medgået tid (eksempelvis tid til dokumentation og tid til hjemmebesøg), som en økonomisk tilskyndelse til deltagelse i projektet. Det er muligt at opnå løntilskud til at ansætte personale til særlige opgaver i forbindelse med projektet, og der er afsat midler til kvalitetsudvikling, efteruddannelse, publikationer og ekstern evaluering.

⁹ Samarbejdsforum mellem Sygehus Sønderjylland (sygehusdirektionen), de sønderjyske kommuner, Sønderborg, Tønder, Haderslev og Åbenrå, samt praktiserende læger fra de fire sønderjyske kommuner.

¹⁰ Findes i referater fra SOF i Syd (styregruppen).

¹¹ Hjemmesiden www.accessprojektet.dk, informationsfolder, samt mapper med relevant materiale placeret i tilknytning til akutpladser og akutteams.

¹² Ca. 300 hjemmesygeplejersker i de involverede kommuner har modtaget undervisning af en dags varighed, mens de særligt udvalgte til akutteams og akutpladser har modtaget undervisning af en dags varighed, suppleret med yderligere to eftermiddage. Disse har desuden som udgangspunkt særlige kompetencer svarende til erfaring fra enten intensivafdeling eller akutafdeling. Der har desuden været afholdt fyraftensmøder med de praktiserende læger, både i form af informationsmøder og faglige møder.

¹³ Der afholdes kvartalsmøder i hhv. styregruppe og projektgruppe – øvrige mødeaktivitet afholdes ad hoc.

2.5 Forventninger til ACCESS-projektet

Hovedformålet med ACCESS-projektet er at reducere antallet af forebyggelige genindlæggelser, reducere sundhedsmkostninger og funktionstab og samtidig styrke sammenhængen i patientforløbet for målgruppen, herunder at identificere hvilken tværsektoriel samarbejdsform, der kan bidrage til dette. Effektmålet er at forbedre samarbejdsflader og patientforløb for den akutte ældre medicinske patient, mens projektmålet er at en række forskellige tværsektorielle samarbejdsformer er afprøvet. Der er der opstillet en række projektmål:

- Medicinsk speciallægeambulatorium er evalueret (via interviews)
- Ekstra tiltag for hjemmeplejen er evalueret (via interviews)
- Hotline, telemonitorering og videokommunikation er evalueret¹⁴
- Forskellen mellem akutteam og akutplads på plejecenter er evalueret (jævnfør effektmålene: genindlæggelse og funktionsniveau)
- Nye samarbejdsaftaler er evalueret

Succeskriterierne for projektet er således et fald i indlæggelsesfrekvensen på mindst 20 %, og en hurtigere generhvervelse af funktionsniveau ved de nye akuttilbud.

Desuden gennemføres nærværende programteoretiske analyse med primær fokus på ACCESS-projektets årsags-virkningskæder.

3. 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. Metoden tager således udgangspunkt i de forskellige interessenters forestilling om, hvordan og hvorfor ACCESS-projektet virker, herunder hvilken tilstand, man ønskede at skabe med projektet og hvordan det konkret skulle gøres; det kaldes programteori.

Da ACCESS-projektet er tværsektorielt og tværfagligt, implicerer det flere forskellige grupper af aktører, der hver især har forskellige faglige baggrunde, arbejdsopgaver og er dele af forskellige organisationer, hvilket betyder, at de kan have forskellige programteorier for projektet. Ved at konstruere og tydeliggøre de involverede aktørgruppers programteorier, kan der opnås et nuanceret og facetteret 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 (8), hvori der indgår 3 delelementer:

¹⁴ De telemedicinske tiltag evalueres ved en processtilgang med interview af projektledere og sygeplejersker fra de involverede kommuner, samt interviews med leverandøren af it-løsningerne

- 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 *virkningsteori*, 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 (*moderatorer*).

Mens *kontekstuelle faktorer* er forhold, der skal være til stede for at det ønskede udbytte (de forventede effekter) kan skabes, er *moderatorer* forhold der påvirker sammenhængen mellem variable og dermed om årsags-virkningskæden holder eller ikke holder. Moderatorer er således forhold, der regulerer et årsags-virkningsforholds styrke eller retning og dermed en indholdsmæssig forbindelse mellem indsats og effekt (9). Med andre ord, så kan en moderator påvirke forbindelsen mellem to delelementer i en årsags-virkningskæde og dermed have betydning for, for hvem og hvornår, altså i hvilke situationer, a fører til b.

De identificerede aktørgruppers programteorier kan efterfølgende indgå i en realitetstest af den tværsektorielle samarbejdsmodel. Hvis de forventede effekter ikke opnås, kan der overordnet skelnes mellem om dette skyldes en *implementeringsfejl* eller *fejl i teorien* bag samarbejdsmodellen, altså om indsatsen ikke er indført og anvendt som forventet, eller om den hviler på en fejlagtig idé. 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 (8). Der kan desuden på baggrund af analysen identificeres opmærksomhedspunkter i forhold til udvikling af en generisk model på området.

3.1 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), herunder forskningsprotokol, revideret forskningsprotokol, instrukser, telefonlister og flowdiagrammer. Analysen baseres desuden en række interviews med sundhedsprofessionelle og borgere, samt et litteraturstudie.

Der gennemføres desuden en bortfaldsanalyse baseret på telefoninterviews, se afsnit 3.1.2 (metode) og afsnit 4.5 (resultater).

3.1.1 Interviews – fagprofessionelle

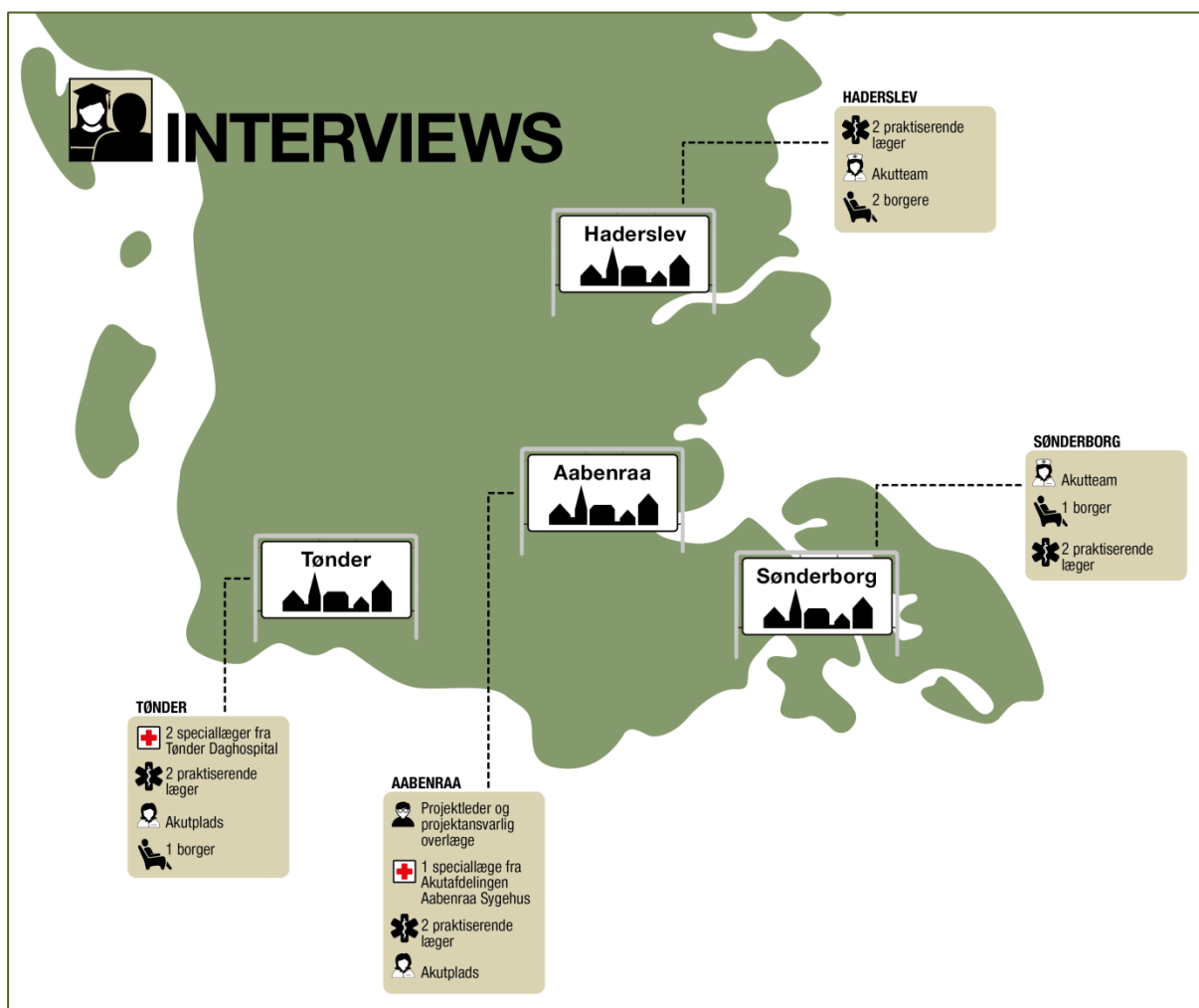
For at beskrive de involverede aktørgruppers programteori(er) og de forventede og erfarede virkningsmekanismer er der gennemført interviews med involverede fagprofessionelle og med projektledelsen.

Ved udvælgelsen af informanter er der lagt vægt på, at der skal tilvejebringes et datagrundlag, der kan beskrive modellens programteori for de implicerede interessenter. Det er således valgt, at alle fire involverede kommuner (Åbenrå, Haderslev, Sønderborg og Tønder), samt de fire involverede sygehuse (Åbenrå Sygehus, Sønderborg Sygehus, Haderslev Sygehus, og Tønder Dagklinik) i videst mulige omfang skulle være repræsenteret. I forhold til sygehusene indgår dog kun speciallæger fra Åbenrå Sygehus og Tønder Dagklinik, da der på interviewtidspunktet ikke længere er speciallæger fra Sønderborg Sygehus og Haderslev Sygehus involveret i projektet; de er i mellemtiden rejst til henholdsvis Åbenrå Sygehus og Tønder Dagklinik.

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

Der er således interviewet i alt 23 fagprofessionelle, svarende til 15 interviews, se Figur 4.

Figur 4. Grafisk oversigt over gennemførte interviews



Interviewene er gennemført med udgangspunkt i en interviewguide, udarbejdet på baggrund af dokumentgennemgangen (Bilag 1).

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 virkningsteori. Efterfølgende er der udviklet en matrix med de tre delelementer og på tværs af de deltagende aktørgrupper med det formål at sammenholde programteorien for ACCESS-projektet med de involverede aktørgruppers programteorier. På baggrund af dette og med udgangspunkt i interviewmaterialet er der identificeret kontekstuelle faktorer og moderatorer, der kan influere på ACCESS-projektet i en driftsfase.

3.1.2 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 72 inkluderet patienter i projektet, svarende til 43 %, se detaljer i Tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over praktiserende læger: antal, samt andel, der henholdsvis deltog i informationsmøde og har inkluderet patienter i ACCESS, vist pr. kommune.

	Praktiserende læger	Andel, der har været til informationsmøde	Andel, der har inkluderet patienter i ACCESS
Haderslev	36	94 % (34)	64 % (23)
Aabenraa	41	32 % (13)	12 % (5)
Sønderborg	55	31 % (17)	45 % (25)
Tønder	34	53 % (18)	56 % (19)

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 hver 9. på en liste over de praktiserende læger i de fire kommuner, fremsendt af projektledelsen. Såfremt vedkommende har inkluderet patienter vælges den foregående, subsidiært den efterfølgende, dog således, at det passer med fem praktiserende læger fra hver kommune.

De udvalgte læger tilsendes et informationsbrev, hvori de informeres om formålet med henvendelsen, samt at de vil blive ringet op indenfor 7-10 dage efter, de har modtaget informationsbrevet. Det præciseres, at henvendelsen ikke på nogen måde handler om, at de skal forsvare, hvorfor de ikke har deltaget i projektet; det handler alene om at høre deres overvejelser om, hvorfor projektet er fravalgt.

Telefoninterviewene er gennemført med udgangspunkt i et struktureret skema udarbejdet på baggrund af interviewresultaterne fra de praktiserende læger, der indgår i den programteoretiske analyse, herunder:

1. Har du deltaget i et informationsmøde om ACCESS-projektet?
2. Hvad er din primære begrundelse for ikke at have inkluderet patienter i projektet?
[Ved manglende svar] Handler det evt. om:
 - a. Uenighed med projektets primære idegrundlag: at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser for den ældre akutte medicinske patient?
 - b. Den relevante patientgruppe er ikke til stede i dit område?
 - c. Tid/ressourcer i lægepraksis?
 - d. At behandleransvaret pålægges den praktiserende læge?
 - e. Usikkerhed om de nødvendige kompetencer er til stede i hjemmeplejen?
 - f. Andet?
3. Øvrige kommentarer?

Resultaterne fra telefoninterviewet kondenseres og præsenteres i tekstform, i afsnit 4.5.

3.1.3 Interviews – borgere

De borgere, der har været inkluderet i projektet, er centrale interessenter og deres oplevelse af modellen er væsentlig for at belyse og beskrive modellens individuelle og kontekstuelle virkning.

Der er opnået kontakt til interviewpersoner gennem de kommunale projektledere. I denne proces er det fravalgt at kontakte medicinsk dårlige borgere, demente borgere, samt borgere med andre kognitive udfordringer.

Der er gennemført interviews med 4 borgere, heraf to interviews med deltagelse af pårørende, se Figur 4.

Borgerne er interviewet med udgangspunkt i en interviewguide, der er udarbejdet på baggrund af projektets centrale antagelser; de primære kategorier er:

- Borgerens oplevelse af indlæggelse / forblive i eget hjem,
- Borgerens oplevelse af den kommunale indsats – akutteam eller akutplads,
- Borgernes oplevelse af relationen til behandlerne,
- Borgernes oplevelse af information i forløbet.

3.2 Ethiske overvejelser

Der er udarbejdet informationsmateriale og retningslinjer for informeret samtykke til at indgå i en forskningsmæssig sammenhæng til såvel fagprofessionelle, som til borgere. Det er pointeret overfor samtlige deltagere, at deres oplysninger behandles med fortrolighed, at deltagelse er frivillig, samt at eventuel udtrædelse af undersøgelsen vil være uden konsekvenser. I forbindelse med publicering og offentliggørelse af resultater er

personhenførbare oplysninger fjernet. Personhenførbare oplysninger opbevares forskriftsmæssigt, jævnfør Datatilsynets retningslinjer.

3.3 Litteraturgennemgang

Med henblik på at beskrive den tilgængelige evidens for tværsektorielle projekter som ACCESS-projektet er der foretaget en litteratursøgning. Der er søgt i søgedatabasen Scopus¹⁵, med hovedsøgeordet *intermediate care*. Ligeledes er relevante artiklers referenceliste afsøgt.

Det primære søgeord *intermediate care* er anvendt i kombination med *elderly* og *older adult* – den fulde søgestreng kan ses i Bilag 1.

Søgningen er foretaget ud fra følgende kriterier:

1. Målgruppe: 65+,
2. Årstalsbegrænsning til år 2005¹⁶,
3. Landebegrænsning: Europa, Canada (i den efterfølgende sortering er der yderligere indsnævret til Norden, Holland, England og Canada)¹⁷, hvilket betyder, at følgende lande er ekskluderet i søgningerne: Japan, Taiwan, Sydkorea, Australien, Brasilien, Indien, Hong Kong, Saudi Arabien, USA, Kina, Singapore, Algeriet, Malaysia, Tyrkiet, Thailand, Israel, Mexico, Qatar, Egypten, Iran, Cuba, Oman, Ghana, Tanzania, Jordan, Malta, New Zealand, Nigeria, Forenede Arabiske Emirater, Sydafrika, Zimbabwe, Argentina,
4. Følgende publikationstyper er ekskluderet: conference papers, conference reviews, bøger, bogkapitler, ikke-udgivne artikler og noter,
5. Der er kun inkluderet artikler på engelsk eller dansk,
6. Artikler udgivet før 2005 er ekskluderet.

Efter søgninger er der yderligere indsnævret efter følgende kriterier:

1. Artikler, der ikke har forbindelse til Canada, Storbritannien eller Nordeuropa (inkl. Tyskland, Holland og Østrig, men eksklusiv Belgien, Schweiz), er ekskluderet
2. Artikler, der ikke omhandler behandling, rehabilitering eller forebyggende indsats i forhold til målgruppen i ACCESS-projektet (borgere over 60 år), er ekskluderet
3. Artikler, der ikke vurderer tiltags effekt på sygehusindlæggelser eller vurderer (omkostningerne ved) tiltag, der har til formål at reducere sygehusindlæggelser, er ekskluderet
4. Artikler, der udelukkende beskriver og ikke undersøger (effekten af) tiltag, services og/eller produkter, er ekskluderet
5. Artikler, der udelukkende omhandler rehabilitering efter sygehusindlæggelse pga. knoglebrud, er ekskluderet

¹⁵ Scopus indeholder alle tidsskrifter indekseret i PubMed og Embase tilbage fra 1996.

¹⁶ Begrundet i, at begrebet *intermediate care* er et relativt nyt begreb i organiseringen af sundhedsvæsenet (10).

¹⁷ Begrundet i antagelser om sammenlignelighed i sundhedsvæsenets opbygning, samt kulturel forståelse.

Sundhedsstyrelsen (<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2010/DOKU/OECD/DKsundhedsv INTERNATIONALTpersp.pdf>) medtager desuden Frankrig og Tyskland, mens Canada ikke er med.

6. Artikler, der udelukkende omhandler regulering af medicin, er ekskluderet
7. Artikler, der udelukkende omhandler holdninger til teleløsninger, er ekskluderet*
8. Artikler, der ikke undersøger teleløsningers effekt på behandling, rehabilitering eller forebyggende indsats hos ældre borgere i hjemmet, er ekskluderet*
9. Artikler, der omhandler teleløsninger, som rækker udover de, der er inkluderet i ACCESS-projektet (hotline, videokommunikation med speciallæge samt egenmåling og transmission af puls, blodtryk og iltmætning), er ekskluderet¹⁸
10. Artikler inden for emnet 'end of life care' er ekskluderet, hvis ikke fokus er på reduktion af sygehusindlæggelser¹⁹
11. Artikler, der udelukkende undersøger effekten af tiltag, behandling og forebyggende indsatser på dødsfaldsrate, er ekskluderet
12. Artikler om 'intermediate care units' på sygehuse er ekskluderet
13. Reviews og metaanalyser er ekskluderet (dog er litteraturlisterne gennemgået i flere af disse)
14. Artikler, der udelukkende omhandler psykisk helbred, er ekskluderet
15. Artikler fra tidsskrifter, der ikke er tilgængelige via SDU's hjemmeside/database, er ekskluderet
16. Offentlige dokumenter (primært fra NHS og Department of Health, UK) er ekskluderet

Centrale resultater indgår i diskussionsafsnittet.

4. Programteoretisk analyse af ACCESS-projektet

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.

¹⁸ Fokus har været på at identificere artikler omhandlende reduktion i sygehusindlæggelser hos målgruppen eller tiltag med samme formål. Fokus har i mindre grad været på at finde artikler omhandlende videokommunikation og/eller egenmåling og transmission af forskellige værdier eller tiltag med samme formål.

¹⁹ Baker et al 2012 er inkluderet, fordi artiklen undersøger effekten af en intervention på (reduktion af) sygehusindlæggelser.

4.1 ACCESS-projektets årsags-virkningskæder

4.1.1 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.

4.1.2 Tværsektorielt 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 hjemmeplejen 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 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 delirium²⁰, eller en sygehusinfektion på grund af indlæggelsen. Der var desuden problemer med, at epikriserne²¹ kom (for) sent til de praktiserende læger, så de havde vanskeligt ved at følge op på behandlingen efter udskrivelsen.

Projektet udspringer, som tidligere nævnt, af Sundhedsstyrelsens satspuljemidler, hvorfor flere forhold i projektdesign var 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 hjemmeplejen 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 hjemmeplejen ønskede flere handlemuligheder, så de kunne

²⁰ Forbigående forvirringstilstand der indsætter over timer til dage og skyldes somatisk sygdom.

www.sundhed.dk

²¹ En epikrise er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling.
www.sundhed.dk

varetage plejen i borgerens eget hjem eller på en akutplads, men med adgang til backup. Disse elementer indgik i projektdesignet, der således overordnet fokuserer på +/- speciallæge (fra sygehuset/akutafdelingen) og +/- telemedicinske tiltag.

Da den primære effektparameter: nedbringelse af akutte indlæggelser blev vurderet at være en skrøbelig effektparameter, blev effektvurderingen suppleret med funktionstests (se afsnit 2.4).

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. Dette førte endvidere til en ændring af ordvalget; oprindeligt havde man arbejdet med begrebet ”unødvendige indlæggelser”, der implicit betyder, at problemet forefindes hos praktiserende læger, mens dialogen med praktiserende læger medførte en ændring til ”uhensigtsmæssige indlæggelser”, således at problemet defineres fra sygehusregi.

Der var fokus på flere barrierer for projektet allerede ved projektdesign. For det første er målgruppen karakteriseret ved en høj grad af heterogenitet på grund af aldersspændet, deres varierende sociale netværk, der er afgørende for, om de ved akut opstået sygdom kan håndteres i eget hjem og sidst, men ikke mindst på grund af en høj grad af multimorbiditet. Denne heterogenitet kan få betydning for interventionens træfsikkerhed og således også for selve effekten af projektet.

Dernæst er der de geografiske vilkår for projektet. Akutsygehuset ligger i Aabenraa, mens sygehuset i Haderslev blev lukket i projektperioden og der ikke er et sygehus i Tønder (fraset Tønder Daghospital). Der er eksempelvis 67 km. fra Aabenraa Sygehus til Nordborg og 51 km fra sygehuset til Rudbøl (Højer i Tønder Kommune).

For det tredje kan de praktiserende lægers risikovillighed blive en barriere for projektet, da de skal bibeholde behandleransvaret, når borgeren forbliver i eget hjem eller kommer på en akutplads fremfor at blive henvist til sygehusindlæggelse.

For det fjerde kan det vise sig at være en barriere, at randomiseringen skal foregå på sygehuset, da sygehuspersonalet i mindre grad kender kompetencerne i de konkrete kommunale akuttilbud og derfor kan være tøvende overfor at inkludere patienter i projektet. Det rent praktiske i forhold til projekt beskrives også som en mulig barriere. Det handler især om patienternes befordring til og fra sygehuset, om anlæggelse af venflons i eget hjem eller på akutpladsen, om udlevering og betaling af medicin, samt om blodprøvetagning og opfølgning på blodprøvesvar.

Den største 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.

Samarbejdet mellem praktiserende læger og hjemmeplejen, samt opkvalificeringen af personalet i akuttilbuddene beskrives som forhold, der styrker projektets formål.

4.3 De fagprofessionelles programteorier

I præsentationen af programteorien for de enkelte grupper af fagprofessionelle er der taget udgangspunkt i hovedgrupperne: problemdefinition, den gode tilstand og løsning på problemet, svarende til henholdsvis situationsteori, normativ teori og virkningsteori. Virkningsteorien beskriver såvel de forventede, som de erfarede aspekter.

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.

4.3.1 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 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; det kunne kræve en del argumentation med sygehuset om, hvorvidt den pågældende borger var dårlig nok til indlæggelse. 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 u hensigtsmæssige 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 u hensigtsmæssige udskrivelser, der medvirker til hyppige genindlæggelser – eller uundgåelige indlæggelser, som de også benævnes. Der er en oplevelse af, at sygehusvæsenet udvikler sig u hensigtsmæssigt 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 u hensigtsmæssige 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. Det vurderes, at langt de fleste inkluderede borgere er identificeret af hjemmeplejen eller akutteamene. Dog har flere

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

Samarbejdet med hjemmeplejen fremhæves som en central faktor i at klare borgere med lidt mere komplekse problemstillinger og behov uden indlæggelse.

Det faglige i behandleransvaret ses ikke som en barriere 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

Det forhold, at der kan måles blodprøver i hjemmet og man kan reagere hurtigt på disse, ses som en væsentlig faktor i forhold til at undgå indlæggelser, mens usikkerheden om, hvem der skal betale for medicin kan være en barriere. 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 hjemmeplejen; det er nødvendigt at hjemmeplejen er tilgængelig og har de rette kompetencer. Det vurderes også som en forudsætning, at patienterne færdigbehandles fra sygehuset side før udskrivelse, samt at tidsrammen på akutpladserne øges fra 48 timer eksempelvis tre døgn.

Hvis man vil lave akutpladser eller mini-sygehuse i primær sektor, er man nødt til også at ansætte læger og tilstrækkelige sygeplejefaglige kompetencer, såfremt kvaliteten skal bibeholdes; det er ikke tilstrækkeligt at uddelegere til social- og sundhedsassistenter. Det er ligeledes nødvendigt med muligheder for hurtig diagnostik (svar på blodprøver, røntgen), samt klare aftaler om betaling og fremskaffelse af medicin, ligesom der skal være adgang til sparring ved en speciallæge fra sygehuset (ikke en forvagt). En anden forudsætning er ressourcer og tid hos praktiserende læger, ligesom et velfungerende tværsektorielt samarbejde nævnes som en væsentlig forudsætning.

4.3.2 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, hvilket ville kunne ændre en akut indlæggelse til en sub-akut ambulant tid. 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 sengemasserne. 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. På samme vis beskrives bemandingen også som en barriere – både i forhold til sygehuslæger og praktiserende læger, herunder at inklusion og pleje og behandling skal ske *”ved siden af det daglige arbejde”*.

En anden barriere, der nævnes, er det forhold at parterne i projektet (hjemmeplejen, sygehuslæger og praktiserende læger) ikke er en del af den samme organisation, hvorfor kommandovejen bliver besværliggjort og ikke alle arbejder i samme retning.

De borgere, der har været inkluderet, opleves som relevante i forhold projektet, selv om de ifølge speciallægerne nok har været underestimerede i relation til sygdomsgrad og derfor skulle være indlagte. Der er også overvejelser om, hvorvidt de inkluderede har været for gamle og komorbide til optimalt at drage nytte af akuttilbuddene, og der er flere oplevelser af borgere, der har været kognitivt påvirkede og dermed eventuelt ikke har kunnet give informeret samtykke til randomiseringen.

De telemedicinske løsninger betragtes som kontraintuitive og for ressourcetunge til, at de kan anvendes meningsfuldt; it-løsninger skal være brugervenlige og simple. Der er desuden en udtalt skepsis overfor videokommunikation – hvis man skal kunne vurdere en akut syg borger kompetent og korrekt, skal man have *”patienten i fingrene”*. Der er for mange ukendte faktorer ved videokommunikation, som farve og belysning: *”Du får jo kun et indtryk. Og det er faktisk et dårligt indtryk man får”*.

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; det er ikke nok, at de kan ringe til en speciallæge; de skal have flere handlemuligheder, når de står alene med en akut syg borger. 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 vigtig 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.

4.3.3 Akutteams/akutpladser

Informanterne i denne aktørgruppe kommer fra henholdsvis akutteams og akutpladser. Begge akutteams (Haderslev og Sønderborg) var struktureret før ACCESS-projektstart og oplever, at

projektet bygger ovenpå på akutteamenes grundlæggende ide: at borgere, der kan behandles i eget hjem, også bliver behandlet i eget hjem. Samtidig har ACCESS-projektet været med til at booste akutteamenes eksistens og gøre især praktiserende læger mere opmærksomme på, hvad akutteamene kan tilbyde og hvilke kompetencer, de har. Akutcentrene i Tønder og Aabenraa var ligeledes organiseret forud for projektstart, mens akutpladserne er organiseret i tilknytning til ACCESS-projektet.

Informanterne i denne gruppe 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, hvis der eksempelvis har været behov for tæt observation, eller behandling for en urinvejsinfektion – noget, man eventuelt kunne have klaret i eget hjem. 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 en generel oplevelse hos både akutteams og sygeplejersker på akutpladserne, at man har haft en særlig opgave med at informere praktiserende læger, social- og sundhedsassistenter og –hjælpere, samt borgere og deres pårørende om projektet, hvilket er oplevet som ekstra belastende og krævende.

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. Opfattelsen af borgernes egnethed til ACCESS-indsatsen har også betydning for, hvorvidt funktionstest og spørgeskemaer har været håndterbare, således at jo dårligere borgere, des mere uhåndterbare opleves funktionstestene og spørgeskemaerne.

Der har ikke været et kompetenceproblem i sig selv, da man føler sig godt rustet til opgaven, men der har været praktiske udfordringer. Det har eksempelvis været i relation til 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. Desuden nævnes det, at travlhed på sygehusets akutafdeling har medført, at der har været lukket for inklusion af borgere, der skulle have lagt en plan. Ydermere har det været en begrænsning, at der lukkes

for inklusion kl. 16, samt i weekender, samt at egen læge ikke er tilgængelig fra fredag eftermiddag til mandag morgen.

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. Omvendt fremhæves samarbejdet med de praktiserende læger som en væsentlig faktor; både i forhold til det man gerne vil forbedre, men også som en positiv effekt af projektet. Det understreges endvidere, 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 vanskeligt 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 egenbetalingen²² til ophold på akutpladserne; i starten af projektforsøget var der også udfordringer med transport, men det er forbedret undervejs. Ifølge de fagprofessionelle på akutpladserne bør tilbuddet være gratis, såfremt det skal bidrage væsentligt til at reducere antallet af indlæggelser.

Læringsaspektet er også 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 (ISBAR²³)

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 – ikke fordi det var meningsfuldt. Der er ingen erfaringer med videokommunikation (kun et enkelt testopkald) eller bluetooth-overførte data via Hub'en, mens der er få erfaringer med manuelt overførte data via iPad, især fra akutteamene. Der er imidlertid ingen erfaringer med, at der uopfordret er reageret på vitale værdier fra hverken praktiserende læge eller speciallæge på sygehuset. Der er sporadiske erfaringer (to eksempler) med at ringe til en speciallæge (hotline), heraf en situation med god sparring og en situation, hvor speciallæge dels ikke kendte ACCESS-projektet og dermed heller ikke hotline-funktionen, dels ikke havde tid til sparring. 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.

²² Som udgangspunkt er der en egenbetaling på ca. 125 kr. pr. døgn, primært for leje af sengelinned, kost, plejeartikler og lign. ved ophold på en akutplads. I forbindelse med ACCESS-projektet er egenbetalingen fravalgt af Åbenrå Kommune, mens den er fastholdt af Tønder Kommune.

²³ ISBAR er en standardiseret måde at kommunikere på: I - **Identificer** dig selv og patienten / S - **Beskriv situationen** / B - **Beskriv baggrunden** kort / A - giv din **analyse** af situationen / R - giv eller få et **råd** om problemet. <http://www.regioner.dk>

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.

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.

I Figur 2 er essensen af de fagprofessionelles programteorier trukket ud og indsat i en matrix, hvor også essensen af programteorien bag ACCESS-projektet er præsenteret.

Figur 2. Matrix med centrale elementer fra de fagprofessionelles programteorier

	Program-teorien for ACCESS-projektet	Praktiserende læger	Speciallæger på sygehuset	Akutteams/ akutpladser
SITUATIONSTEORI	- mange, korte indlæggelser for målgruppen - risiko for delirium og sygehusinfektion ved indlæggelse - et økonomisk incitament for kommunerne ved et alternativ til indlæggelse	- vanskeligt at indlægge en borger - indlæggelse kan være en nødvendig løsning - u hensigtsmæssige udskrivelser - uundgåelige indlæggelser - indlæggelser er forbundet med risiko for sygehusinfektioner, øget forvirring, højt tempo og lavt omsorgs- og informationsniveau	- et konstant pres på akutafdelingernes sengepladser - øget risiko for infektion og delirium ved indlæggelse - for dårlig rådgivning til og diagnostiske muligheder for de praktiserende læger	- manglende plan for opfølgning efter udskrivelse fra sygehus - (for) hurtige indlæggelser af ældre borgere - indlæggelse er forbundet med risiko for delirium, sygehusinfektioner, dårlig pleje og manglende tid
NORMATIV TEORI	- færre akutte indlæggelser for målgruppen - bedre samarbejde på tværs af sektorer (sygehus, praktiserende læger og hjemmeplejen)	- politisk dagsorden med effektivisering og opgaveglidning fra sygehus til lægepraksis - en fordel for borgeren at undgå indlæggelse - bedre udskrivelser	- en buffer-kapacitet i akutafdelingerne - et politisk ønske om færre sygehussenge og øget ambulant aktivitet - praktiserende læger skal ændre indlæggelsespraksis - det er akutafdelingerne, der skal profitere af det - patienterne sætter pris på at være i eget hjem	- økonomisk besparelse for kommunerne - bedre samarbejde med praktiserende læger - flere mindre pleje- og behandlingstiltag kan klares i eget hjem - en fordel for borgerne at undgå indlæggelse
VIRKNINGSTEORI	- alternative akuttilbud i primær sektor - øget kompetenceniveau i de kommunale akuttilbud - hurtigere diagnostik for praktiserende læger - adgang til speciallægekompetencer (backup) for praktiserende læger og hjemmeplejen - supplerende it-løsninger	- bedre diagnostiske redskaber - godt samarbejde og god kommunikation med hjemmeplejen/akutteams - tilgængelighed til hjemmeplejen og tilstrækkelige sygeplejefaglige kompetencer - udvidet tidsramme (mere end 48 timer på akutplads) - flere ressourcer (økonomi og stillinger) hos praktiserende læger - tilgængelighed til sparring med speciallæge på sygehuset	- kompetenceudvikling af de kommunale tilbud - flere forskellige kommunale tilbud at vælge imellem - adgang for det kommunale personale til telefonisk kontakt med akutsygehuset - it, der er intuitivt og virker - øget service fra sygehusene til praktiserende læger (telefonrådgivning, diagnostiske undersøgelser, flere sub-akutte ambulante tider)	- udvidet tidsramme (udover 48 timer på akutplads) - at borgerne ikke er for dårlige - tilstedeværelse af sygeplejekompetencer - udvidet inklusionsperiode (udover alm. dagtid på hverdage) - tilstrækkelig viden hos samarbejdspartnerne om de forskellige muligheder - enkel og intuitive it-løsninger

4.4 Overensstemmelse mellem programteorierne

Når de fagprofessionelles programteorier sammenholdes ses generelt set 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 hjemmeplejen fungerer hensigtsmæssigt og der ikke er behov for ændringer, mens samarbejdet mellem henholdsvis sygehus og praktiserende læger, og sygehus og hjemmeplejen 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 set 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.

4.5 Kontekstuelle faktorer og moderatorer

Under afdækning af aktørernes programteorier fremkommer dels en række kontekstuelle forhold, der er forudsætninger for at ACCESS-projektet skal lykkes, samt forhold, der udgør barrierer eller er moderatorer 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 forhold, 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 hjemmeplejen 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 projektudførelsen 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.

4.6 Bortfaldsanalyse, praktiserende læger

Af de 20 læger, der modtog et informationsbrev på baggrund af, at de ikke har inkluderet patienter i ACCESS-projektet, er der interviewet i alt 12, heraf fire fra henholdsvis Åbenrå 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 adskillige 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 begrundet 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, men at det har været vanskeligt at identificere de relevante borgere til projektet.

Der er desuden 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 Åbenrå) 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.

5. Borgernes erfaringer med ACCESS-projektet

Det har været relativt vanskeligt at identificere borgere med erfaring fra ACCESS-projektet, som har været både fysisk og kognitivt i stand til at deltage i et interview; der indgår således ingen borgere fra Åbenrå Kommune, da samtlige inkluderede på nuværende tidspunkt enten er kognitivt svækkede eller afdøde. En enkelt borger (Tønder) har accepteret at blive kontaktet for et interview, men ønskede alligevel ikke at deltage.

Der er gennemført interview med i alt fire borgere, heraf to med deltagende ægtefælle. Den ene borger har haft et ophold på en akutplads (Tønder), mens de øvrige tre alle har været tilknyttet et akutteam fra hhv. Haderslev og Sønderborg.

De fire borgere, der er interviewet, er:

- 76-årig kvinde med ægtefælle (begyndende Alzheimers Demens), Haderslev Kommune (Vojens),
- 75-årig mand med ægtefælle, Sønderborg Kommune (Nordborg),
- 75-årig mand (hustru på aflastning), Haderslev Kommune (Haderslev),
- 94-årig mand, Tønder Kommune (Højer).

De interviewede borgere udtrykker samstemmigt stor tilfredshed med muligheden for at undgå indlæggelse: Der er for dem at se ingen fordele forbundet med indlæggelse, med mindre man er ”... dødssyg. Så skal det være så vi er i akutfare, så vi er nødt til at på sygehuset. Ikke før.” En enkelt borger mener dog ikke, at man overhovedet kan blive så syg, at indlæggelse er at foretrække.

Randomiseringen

Randomiseringen er generelt set blevet accepteret af borgerne, dog med den vinkling, at det gav dem muligheden for at undgå indlæggelse. En pårørende udtrykker det således: ”Jo, for du blev hjemme jo, du vandt jo lodtrækningen til hjemmet. Ellers var du blevet inde på hospitalet”. En enkelt borger blev inkluderet i projektet, da han nægtede indlæggelse (syg hustru). Han blev godt nok randomiseret til indlæggelse ”...den værste gruppe, faktisk”, men rykkes over i den anden randomiseringsgruppe, da ACCESS-tilbuddene gav mulighed for observation og behandling i hjemmet. Borgernes oplevelse af selve randomiseringen spænder fra en holdning til, at man jo kunne sig nej til at deltage i projektet til en form for indignation over, at der trækkes lod i en situation, hvor man er alvorligt syg.

Indlæggelse contra observation og behandling ved akutteam eller på akutplads

Som nævnt betragtes det af borgerne som en ubetinget fordel at kunne blive i eget hjem. Der nævnes:

- Tryghed og kendte omgivelser (eks. undgå forværring af begyndende demenssymptomer, eller at det er trist at ligge på et sygehus),
- Mulighed for at blive hos ikke-rask ægtefælle,
- Man undgår mangelfuld kommunikation på sygehuset – ikke at føle sig set som menneske,

- Ro til at kunne sove og hvile på tidspunkter, der passer én,
- Frihed til at indtage måltider, når man har lyst og selv vælge mad og drikkevarer,
- Frihed til at se fjernsyn og læse,
- Tryghed med vitale værdier, der monitoreres direkte i hjemmet og tages handling på straks,
- Nemmere for pårørende,
- Direkte telefonisk adgang til akutteams – hurtig reaktion,
- Fordel at akutteamet er kendt med borgerne, samt at de er erfarne og modne.

Også de pårørende, der deltager i interviewene er glade for mulighederne for behandling i hjemmet. Det er primært praktisk begrundet, da det kan være vanskeligt for ældre pårørende, dels at transportere deres syge ægtefælle til sygehuset, dels selv at komme på besøg i indlæggelsesperioden. Det handler i mindre grad om, at akutteamet og de praktiserende læger har kendskab til borgerne; mens det beskrives som en stor fordel, at man som pårørende kan stille spørgsmål til akutteamet, få hjælp til praktiske ting og forståelig og grundig information, som det kan være vanskeligt at få dels på sygehuset, dels fra praktiserende læge: *”... han er jo en fortravlet mand, det er alle læger næsten. For han har da været henne ved [hustru] og tage blodprøver, men det er sgu ikke ham man snakker så meget om det hele med.”*

6. Diskussion

6.1 Intermediate care

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 uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser (10). Der er heller ikke fundet entydig evidens for effekten af *intermediate care*.

Intermediate care handler overordnet set om midlertidige pleje-former mellem sygehus og eget hjem eller plejecentre, som har til formål at reducere indlæggelser og opholdstid på sygehuse (11). Begrebet ses første gang omkring år 2000, på baggrund af undersøgelser, der påpegede unødvendigt mange sygehusindlæggelser af ældre borgere som konsekvens af utilstrækkelige forebyggende og rehabiliterende tilbud (12). Løsningen på disse problemer mentes at være *intermediate care*-tiltag, der dels skulle forbinde sygehus- og plejesektoren, dels forbinde forebyggende og behandlende tiltag.

Intermediate care kan indkredses som en service, der:

- Er målrettet borgere, der ellers ville risikere unødvendigt lange hospitalsophold, eller uhensigtsmæssige indlæggelser,
- Giver på baggrund af en omfattende vurdering, der resulterer i en struktureret individuel behandlingsplan,

- Sigter mod øget uafhængighed og mulighed for at forblive i eget hjem,
- Er tidsbegrænsede, typisk af en varighed på maksimalt 6 uger og ofte helt ned til 1-2 ugers varighed,
- Involverer tværprofessionalitet, men med fælles mål og fælles journal (12).

På trods af dette forsøg på en formel definition af *intermediate care* dækker begrebet stadig over en lang række potentielle tiltag, herunder: tiltag, der skal forebygge sygehusindlæggelser, og om afdelinger på sygehuse, der har til formål at lette overgangen til eget hjem for patienter, der nærmer sig udskrivning. Derudover bruges det ikke kun om tiltag rettet mod ældre borgere, men også borgere med kroniske lidelser og/eller nedsat funktionsevne. For at opnå et vist overblik, kan intermediate care-indsatser opdeles i fire kategorier: indsats over for en kritisk situation, pleje i eget hjem, pleje med midlertidigt døgnophold og hverdagsrehabilitering (11, 13).

6.1.1 Evidens for intermediate care

Hovedparten af de, i litteraturstudiet identificerede studier, er fra Storbritannien, hvilket kan skyldes, at intermediate care er et engelsk begreb, formelt defineret af det engelske sundhedsvæsen. De studier, der ikke er af britisk oprindelse (to canadiske, to danske og et tysk), benytter sig ikke af begrebet intermediate care, men fokuserer i stedet på specifikke tiltag. Generelt beskrives de enkelte tiltag kun sporadisk, uagtet deres udgangspunkt i intermediate care-begrebet.

Kun et enkelt af de identificerede studier fokuserer ikke på effekter, men implementeringen af intermediate care-tiltag. Via fem casestudier, baserede på interviews med ledere og fagprofessionelle involveret i tiltagene, identificeres flere udfordringer, fordele og ulemper i forbindelse med implementeringen. Udfordringerne omfattede problemer med at rekruttere og fastholde kvalificeret personale, utilstrækkelig finansiering og manglende opbakning og involvering fra praktiserende læger. Omvendt oplevede informanterne, at behandlingen var mere responsiv, fleksibel, patientcentreret og holistisk sammenlignet med standard sygehusbehandling. Samtidig blev der berettet om øget selvstændighed og tillid hos inkluderede borgere, der også var en mere aktiv del af egen behandling. På trods af disse fordele mente flere informanter, at tiltagene ikke kunne leve op til deres potentiale grundet manglende ressourcer, hvilket igen betød, at borgerne alligevel måtte sygehusindlægges. Derudover blev der af ulemper identificeret: manglende viden om interventionen, manglende integration og koordination af ydelser; og at tiltagene til tider blev brugt som middel til at frigøre sygehussenge frem for at hjælpe den enkelte borger (14).

Yderligere to engelske studier, der henholdsvis omfatter screening via hjemmebesøg af sygeplejerske og vurdering og eventuel behandling af tværfagligt team i hjemmet eller ved midlertidigt ophold på plejehjem, kan ikke påvise færre akutte indlæggelser, færre (gen)indlæggelser på sygehus eller anden institution (15-17). Resultaterne fra England er dog ikke entydige, da to studier af tværfaglig behandling i hjemmet viser signifikant færre sygehusindlæggelser, indlæggelsesdage og omkostninger hos de borgere, der modtog tværfaglig behandling i hjemmet (18, 19), ligesom endnu et engelsk studie finder at

rehabiliteringstiltag efter tidlig udskrivning fra sygehus, der indebar hjemmebesøg af forskelligt fagprofessionelt sundhedspersonale var mere omkostningseffektivt end standardbehandling (20).

Fra Canada er der publiceret resultater fra SIPA-projektet (*Services intégrés pour les personnes âgées fragiles*), der sammenligner brugen af services og omkostninger hos borgere inkluderet i projektet med borgere, der modtager standardbehandling. Interventionen dækker over integreret primærsektorbehandling til skrøbelige, ældre borgere og inkluderer både akut og langtidsbehandling i hjemmet, på plejehjem og akutafdelinger via eksempelvis tværfaglige teams (21, 22). Studiet viser, at omkostningerne til lokalbaserede services (eksempelvis behandling i hjemmet) var signifikant større hos borgerne inkluderet i SIPA, imens omkostningerne til institutionsbaserede services (eksempelvis sygehusindlæggelse) var signifikant større hos borgere, der modtog standardbehandling. Der fandtes dog ingen signifikant forskel i samlede omkostninger for de to grupper.

Det vanskelige ved at præsentere evidensen for et så overordnet begreb som *intermediate care* understreges af de følgende tre studier. Henholdsvis et dansk og et tysk studie, der undersøger effekten af opfølgende besøg af sygeplejersker, identificerer ikke færre genindlæggelser på sygehus eller overflytninger til plejehjem sammenlignet med standardbehandling (23, 24). Omvendt finder et andet dansk studie, at opfølgende besøg af praktiserende læge og kommunal hjemmesygeplejerske hos nyligt udskrevne patienter medførte signifikant færre genindlæggelser samt større bevidsthed om borgernes reelle medicinindtag hos de praktiserende læger (25).

6.2 Realitetstest af ACCESS-projektets årsags-virkningskæder

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 uhensigtsmæssige 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.

6.2.1 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 (26). 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)) (26). 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 aktørernes oplevede evner og muligheder for at gennemføre forandringen, eller arbejde effektivt under forandringen (27). 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 (28, 29). 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 (28, 29).

6.3 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 (Åbenrå 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 såvel de praktiserende læger, som borgerne er repræsentativiteten lav. Der er inkluderet i alt 131 borgere, hvoraf fire er interviewet. Det var hensigten at interviewe to borgere fra hver kommune, således at såvel kommuner, som de forskellige tilbud (akutteams og akutplads) var repræsenteret. Det har imidlertid ikke været muligt. Der blev givet adgang til borgerne fra hjemmeplejen, men en borger fra Tønder ønskede ikke at deltage; hjemmeplejen i Åbenrå kunne ikke udpege borgere, der kunne deltage og hjemmeplejen i Sønderborg kunne kun udpege en enkelt borger til interview.

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.

7. 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 hjemmeplejen og de praktiserende læger fremhæves igen og igen, ligesom de praktiserende lægers engagement i og kendskab til de enkelte borgere også fremhæves af hjemmeplejen 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 bortfaldsanalysen), der angiver manglende tillid til hjemmeplejens kompetencer som begrundelse for manglende inklusion af borgere til ACCESS-projektet; tværtimod udtrykkes der generelt set stor tillid til hjemmeplejen. Hjemmeplejen 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 af relevant 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.

8. Referencer

1. Syddanmark R. Vejledning om Den Ældre Medicinske Patient. In: Syddanmark R, editor. 2014. p. 12.
2. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A, et al. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. 2012.
3. Lafortune L, Béland F, Bergman H, Ankri J. Health status transitions in community-living elderly with complex care needs: A latent class approach. *BMC Geriatr*. 2009;9(1).
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 (Online)*. 2010;340(7752):904.
5. 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):222-35.
6. 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. *International journal of integrated care*. 2012;12(APRIL - JUNE 2012).
7. 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):4490-3.
8. Hansen M, Vedung E. Evaluering af Fælles sprog i den kommunale ældrepleje. Evaluering af et standardiseret kategorisystem. SDU Universitetsforlag; 2005.
9. Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Nye veje i evaluering. Håndbog i tre evalueringsmodeller: Systime Academic; 2004.
10. Melis RJF, Olde Rikkert MGM, Parker SG, van Eijken MIJ. What is intermediate care?: An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. *BMJ : British Medical Journal*. 2004;329(7462):360-1.
11. Boll HE. Midlertidige plejeformer mellem hjemmepleje og sygehus – erfaringer fra England. 2014.
12. Petch, Alison. Intermediate care. York: 2003. Report No.
13. Nancarrow SA, Moran AM, Parker SG. Understanding service context: development of a service pro forma to describe and measure elderly peoples' community and intermediate care services. *Health & Social Care in the Community*. 2009;17(5):434-46.
14. Regen E, Martin G, Glasby J, Hewitt G, Nancarrow S, Parker H. Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health & Social Care in the Community*. 2008;16(6):629-37.
15. Young J, Robinson M, Chell S, Sanderson D, Chaplin S, Burns E, et al. A prospective baseline study of frail older people before the introduction of an intermediate care service. *Health Soc Care Community*. 2005;13(4):307-12.
16. Young JB, Robinson M, Chell S, Sanderson D, Chaplin S, Burns E, et al. A whole system study of intermediate care services for older people. *Age and ageing*. 2005;34(6):577-83.
17. Walker L, Jamrozik K. Effectiveness of screening for risk of medical emergencies in the elderly. *Age and ageing*. 2005;34(3):238-42.
18. Baker A, Leak P, Ritchie LD, Lee AJ, Fielding S. Anticipatory care planning and integration: a primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalisation. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2012;62(595):e113-20.

19. Rosenberg T. Acute hospital use, nursing home placement, and mortality in a frail community-dwelling cohort managed with Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(7):1340-6.
20. Miller P, Gladman JR, Cunliffe AL, Husbands SL, Dewey ME, Harwood RH. Economic analysis of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age and ageing*. 2005;34(3):274-80.
21. Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2006;61(4):367-73.
22. Beland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*. 2006;25(1):5-42.
23. Rosted E, Poulsen I, Hendriksen C, Petersen J, Wagner L. Testing a two step nursing intervention focused on decreasing rehospitalizations and nursing home admission post discharge from acute care. *Geriatric nursing (New York, NY)*. 2013;34(6):477-85.
24. Meisinger C, Stollenwerk B, Kirchberger I, Seidl H, Wende R, Kuch B, et al. Effects of a nurse-based case management compared to usual care among aged patients with myocardial infarction: results from the randomized controlled KORINNA study. *BMC Geriatr*. 2013;13:115.
25. Rytter L, Jakobsen HN, Ronholt F, Hammer AV, Andreassen AH, Nissen A, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of primary health care*. 2010;28(3):146-53.
26. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How We Design Feasibility Studies. *American journal of preventive medicine*. 2009;36(5):452-7.
27. Wise CG, Alexander JA, Green LA, Cohen GR, Koster CR. Journey toward a patient-centered medical home: readiness for change in primary care practices. *The Milbank quarterly*. 2011;89(3):399-424.
28. Lorenzi NM, Riley RT. Organizational issues = change. *Int J Med Inform*. 2003;69(2-3):197-203.
29. Lorenzi NM, Riley RT. Managing change: an overview. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2000;7(2):116-24.

Bilag 1 - Interviewguide

Interviewguide, ACCESS – generisk

- *Inden mødet præsenterer deltagerne sig for hinanden, vi takker for, at informanten vil deltage og spørger, om der er noget vedkommende gerne vil vide, inden vi går i gang.*
- *Derefter beder vi om tilladelse til at optage samtalen på bånd.*
- *Optagelsen startes med at indtale dato, hvem der interviewes og hvem der interviewer.*

Tiden før projektet

1. Der er igangsat et omfattende arbejde med at udvikle og afprøve ACCESS-projektet på tværs af sektorer med fokus på at udvikle samarbejdsflader og forbedre patientforløbet for den ældre akutte medicinske patient.

- Hvilke problemer tænker du er årsagen til, at der nu udvikles og afprøves nye akuttilbud for den valgte målgruppe?
- Hvad var det, der ikke fungerede, som det var?
 - o For patienterne?
 - o For hjemmeplejen?
 - o For de praktiserende læger?
 - o For akutafdelingen på sygehuset?
 - o I samarbejdet mellem de forskellige sektorer?

2. ACCESS-projektet beskrives som en samarbejdsmodel

- o Var der behov for en ny samarbejdsmodel?
- o Hvad tænker du om det tværsektorielle samarbejde og kommunikation mellem de forskellige sektorer og faggrupper?
- o Er det ændret? Bedre?

3. Hvilke konkrete forbedringer ville I gerne se?

- a. I forhold til patienterne/borgerne
- b. I forhold til samarbejde på tværs af sektorer?
- c. I forhold til resultatmålene?

Aktuelt

4. Vedr. identifikation og inklusion af patienter - projektet startede ud i begyndelsen af november 2013,

- o Hvor mange patientforløb har du været involveret i?
- o Hvordan er patienterne blevet inkluderet?
- o Hvor relevante og fyldestgørende er de informationer, der følger patienterne?
- o Hvilke udfordringer har du set i forhold til inklusion af patienterne?
- o Er det muligt at identificere de patienter, hvor de nye akuttilbud er relevante?
- o Er der patienter, som du tænker, ville være relevante, men som ikke identificeres og som kunne have gavn af de nye akuttilbud?

5. Vedr. de nye akuttilbud

- Hvordan adskiller de nye tilbud sig fra tidligere tilbud? Hvad er det væsentligste aktive stof/det, der gør en forskel?
- Hvad tænker du om, at behandleransvaret flyttes til praktiserende læger? I relation til de to forskellige tilbud?
- Hvilke forudsætninger skal der være tilsted for at tilbuddet kan fungere efter hensigten? (forudsætninger i egen organisation, samarbejdspartner og hos borgerne/patienten)
- Hvordan fungerer informationskanalerne - er de relevante, meningsfulde, integreret med de oprindelige, tilstrækkelige?
- Hvor vigtig er en integration til oprindelige rutiner (informationskanaler, samarbejdsfora og lign)?
- Hvordan sikres/arbejdes med patientinddragelse? Ønsker patienterne at deltage?

6. Hvordan oplever du de telemedicinske tilbud?

- Er de relevante?
- Er de nødvendige?

7. Hvordan oplever du funktionstestene?

- Er de mulige at gennemføre, håndterbare, relevante, meningsfulde?
- Siger de noget om interventionen?

8. Vedr. de fagprofessionelles evner og muligheder for at yde det forventede i relation til de nye akuttilbud

- Hvad tænker du om det?
- Er de efterspurgte kompetencer/ressourcer til stede hos jer og hos samarbejdspartnerne?

Forventninger til ACCESS

9. Der er forventninger til, at de nye akuttilbud kan medvirke til færre genindlæggelser for den valgte målgruppe,

- Hvordan ser du på den forventning: er der et behov for at nedbringe antallet af genindlæggelser generelt og hvordan tænker, du at de nye akuttilbud kan være med til det?
- Hvad er forudsætningerne for at antallet af genindlæggelser nedbringes, hvad skal være til stede?

10. Der er også forventninger til at ACCESS-projektet medvirker til nye samarbejdsformer på tværs af sektorer – hvordan ser du på den forventning?

- Er der et behov for nye samarbejdsformer?
- Hvordan skal ACCESS-projektet bidrage til dette?
- Hvad er forudsætningerne for at nye samarbejdsformer udvikles og forankres – hvad skal være til stede?

Personlig motivation og fremtidig potentiale

11. Hvad er det, helt konkret der motiverer dig, som professionel, i forhold til at indgå i ACCESS og inkludere og teste patienterne med de screeningsværktøjer, der indgår i projektet?

- Hvilke problemer forventer du, at ACCESS-projektet/de nye akuttilbud har indflydelse på og hvordan?

- Hvilke problemer forventer du ikke, at ACCESS-projektet/de nye akuttilbud kan tilgodese og hvorfor?

12. Hvordan ser du potentialet for udbredelse af ACCESS-projektet/de nye akuttilbud til dine fagfæller?

- Hvilke forhold taler for at andre tager det til sig?
- Hvilke barrierer er der for at det sker?

Interviewet afsluttes med at spørge om der er andet, informanten ønsker at fortælle og til sidst om vedkommende nu har spørgsmål til undersøgelsen.

13.02.15 /bn

Bilag 2 - Søgestreng

Søgestreng (Scopus – søgt i ”Abstract”):

- Intermediate care
 1. + elderly = 56 hits (17 artikler valgt)
 2. + older adult = 26 hits (5 artikler valgt)
- Smart home
 1. + elderly = 57 hits (7 artikler valgt)
 2. + older adult = 15 hits (2 artikler valgt)
- Hospital at home
 1. + elderly = 527 hits (62 artikler valgt)
 2. + older adult = 168 hits (18 artikler valgt)
- Virtual admission
 1. + elderly = 1 hit (0 artikler valgt)
 2. + older adult = 0 hits
- Virtual hospitalisation
 1. + elderly = 1 hit (0 artikler valgt)
 2. + older adult = 1 hit (0 artikler valgt)
- E-hospital
 1. + elderly = 0 hits
 2. + older adult = 0 hits
- Epital
 1. + elderly = 0 hits
 2. + older adult = 0 hits
- Telemedicine
 1. + elderly = 50 hits (11 artikler valgt)
 2. + older adult = 10 hits (3 artikler valgt)
- Telecare
 1. + elderly = 29 hits (14 artikler valgt)
 2. + older adult = 6 hits (4 artikler valgt)
- Teleconsultation
 1. + elderly = 10 hits (5 artikler valgt)
 2. + older adult = 0 hits
- Rapid response team
 1. + elderly = 11 hits (0 artikler valgt)
 2. + older adult = 10 hits (0 artikler valgt)