## Aktiv Patientstøtte

Aktiv Patientstøtte er et nationalt forsknings- og udviklingsprojekt, der tilbyder patienter individuel støtte til at mestre livet med sygdom. Projektet implementeres efter principperne i et koncept udviklet i Sverige og Region Sjælland, som har været pilotregion for projektet i Danmark.

**Antagelser bag projektet**
Ca. 1 % af befolkningen bruger 30 % af ressourcerne på hospitalerne. Disse patienter indlægges i langt højere grad end resten af befolkningen og har mange akutte kontakter til sundhedsvæsenet.

Mange af disse patienter lider af kroniske sygdomme, multimorbiditet og/eller andre komplekse behandlings- eller plejebehov. Der er en høj udskiftning i patientgruppen fra år til år. Patienterne kan – og bør – identificeres før forværring af deres sundhedstilstand og potentielt høje sundhedsforbrug. Man kan målrette en proaktiv intervention mod dem for at afbøde et forebyggeligt forbrug.

**Indsats i Aktiv Patientstøtte**
Patienter med risiko for et fremtidigt højt forbrug af sundhedsydelser identificeres og tilbydes en særlig telefonbaseret støtte fra en specialuddannet sygeplejerske. Sygeplejerskerne leverer en ikke-klinisk intervention, som coacher patienterne til øget egenomsorg, herunder deres evne til at navigere i sundhedssystemet. Indsatsen løber i en periode på 6-9 måneder. Patientidentifikation og -udvælgelse er baseret på en risikostratificering i forhold til risiko for akut hændelse. Patienter kan derfor ikke henvises til Aktiv Patientstøtte.

Potentielle deltagere modtager information om projektet og invitation til et indledende møde. Hvis patienten ikke svarer, sendes en påmindelse, og der forsøges med telefonisk kontakt. Hvis patienten svarer positivt, foretages en indledende telefonscreening, og der gives yderligere information om projektet. Der undersøges blandt andet for misbrug eller kognitive funktionsnedsættelser. Er patienten stadig interesseret og vurderes egnet, inviteres til et opstartsmøde. Når en patient er blevet inkluderet, identificeres og analyseres risikoprofil på baggrund af det fysiske møde vha. standardiserede værktøjer, der er opbygget omkring identifikation af risiko, som fokuserer på:

* Patientens egen opfattelse handlekompetence og sygdomsmæssige status
* Patientens ressourcer – herunder mulighed for støtte fra familie og venner etc.
* Patientens motivation og indsigt i egne sygdomme
* Sammenhængen/samarbejdet i patientens forskellige behandlingssystemer, sektorovergange etc.

Sygeplejersken og patienten udformer en handleplan med de mål, som patienten gerne vil nå. Herefter foregår al fremtidig kontakt pr. telefon. En løbende vurdering af patientens risici driver kontaktfrekvensen. Patienten kan ringe til sygeplejersken, men kontakten gennemføres primært ved, at sygeplejersken ringer på et på forhånd aftalt tidspunkt. Når patientens risiko for nye akutte besøg er tilstrækkeligt reduceret, aftaler sygeplejersken og patienten at afslutte forløbet, typisk efter 6-9 måneder.

**Forskning i Aktiv Patientstøtte**Regionerne har etableret et fælles forsknings- og evalueringsset-up.

* En effektmåling /randomiseret forsøg, hvor der bl.a. måles på antal indlæggelser, antal indlæggelsesdage, livskvalitet og mestring.
* Et organisatorisk delstudie, som fokuserer på selve implementeringen.
* Et patientrettet studie, som gennem et patientperspektiv undersøger, hvordan interventionen bidrager til øget mestring, livskvalitet og tryghed hos borgeren.
* Et økonomisk delstudie af de samfundsøkonomiske omkostninger for herved at kunne aflede den reelle business case.

På baggrund af resultaterne (effekterne) skal der tages stilling til, om forsøget skal udbredes.