

Sammen om min vej

- Slutevaluering, april 2018



INDHOLD

1	SAMMENFATNING og Konklusion	3
1.1	Hovedresultater.....	3
1.1.1	Deltagernes karakteristika og sygdomskompleksitet.....	3
1.1.2	Ressourcemønstre, udfordringer og prioriteringer.....	4
1.1.3	Resultater jf. Triple Aim	4
1.2	Konklusion	8
2	INDLEDNING	9
3	PROJEKTETS FORMÅL OG MÅL	10
4	METODE	12
4.1	Grundlæggende paradigmer og metoder	12
4.1.1	IHI Triple Aim	12
4.1.2	Lighed i sundhed gennem differentierede indsatser	12
4.1.3	Forbedringsmodellen, Model for Improvement.....	12
4.1.4	Skaleringsmodellen ”5:25”.....	13
4.1.5	Faseinddeling med gradvis skalering af projektteam.....	13
4.2	Inklusions- og eksklusionskriterier.....	14
4.3	Datakilder og datagrundlag.....	15
4.4	Indsamling af data.....	16
4.4.1	Løbende registrering af potentielle kandidater til projektet	16
4.4.2	Deltagernes karakteristika og baggrundsoplysninger	16
4.4.3	Patient Reported Outcome data (PRO-data).....	17
4.4.4	Ydelses- og omkostningsdatabase	19
4.5	Eksterne analyser og evaluering	22
4.5.1	Kandidatspeciale - Programteoretisk analyse	22
4.5.2	Kvalitativ ekstern evaluering	23
4.5.3	Kvantitativ evaluering - kontrolgruppeanalyse	24
5	RESULTATER i kontekst.....	26
5.1	Potentielle deltagere.....	26
5.2	Udgifter til projektteam opgjort pr. deltager	28
5.3	Karakteristika hos inkluderede deltagerne	29
5.3.1	Køn og alder blandt deltagerne.....	30

5.3.2	Bolig og familie	30
5.3.3	Uddannelse og indkomst	31
5.3.4	Sygdomsbillede og selvvurderet helbred	31
5.3.5	Fysiske udfordringer og ensomhed.....	31
5.3.6	Behandling og tilfredshed hermed	33
5.3.7	Kontakt til læge og hospitalsindlæggelser	33
5.3.8	Netværk og støtte i hverdagen	33
5.3.9	Subgrupper	34
5.4	Deltagernes ressourcemønstre og udfordringer	36
5.4.1	Brugercentreret og helhedsorienteret tilgang.....	36
5.4.2	Den indledende læring om målgruppens møde med systemerne	36
5.4.3	Den brugercentrerede tilgang.....	38
5.4.4	Deltageren ved bedst.....	38
5.4.5	Flerfaglighed og tværfaglighed	39
5.5	Interventionen.....	39
5.5.1	Interventionsmodeller i projektperioden	39
5.5.2	Borgerens forløbspartner.....	40
5.5.3	Den koordinerende indsatsplan.....	41
5.5.4	Rekruttering.....	42
5.6	Resultater jf. Triple Aim.....	44
5.6.1	Resumé af resultater	44
5.6.2	Delmål 1: Fremme sundhed og trivsel i målgruppen.....	45
5.6.2.1	Selvvurderet helbred	45
5.6.2.2	Livskvalitet.....	46
5.6.3	Delmål 2: Øge klinisk og brugeroplevet kvalitet.....	47
5.6.3.1	Genindlæggelser.....	47
5.6.3.2	Tværfaglig og tværsektoriel koordinering	48
5.6.3.3	Koordinering af forløb	49
5.6.3.4	Patienttilfredshed	50
5.6.4	Delmål 3: Effektiv anvendelse af eksisterende midler.....	53
5.6.4.1	Sygehusbaserede omkostninger.....	53
5.6.4.2	Akutte ydelser	56

5.6.4.3	Kontakt til praktiserende læge	57
5.6.4.4	Brug af kommunale tilbud.....	61
5.6.4.5	Kontrolgruppeanalyse	64
5.7	Triple aim på længere sigt – øvrige resultater med forebyggelsespotentiale	66
6	LÆRING OMKRING ET TVÆRSEKTORIEL EJET PROJEKT	67
6.1	Organisering og ledelse	67
6.2	Medarbejdere og kompetencer	69
6.2.1	Ansættelse i partnerskabsprojekter	69
6.2.2	Kompetenceprofil for medarbejdere.....	70
6.2.3	Sæt fagligheder og kompetencer i spil	70
6.3	Udvikling og drift af fælles database	71
7	Afledte effekter	73
7.1	Øget samarbejde omkring utilsigtede hændelser	73
7.2	Styrket samarbejde mellem tværgående fora indenfor psykiatri og somatik.....	73
7.3	Lokal forankret kulturbærere ift. kvalitetsarbejde.....	73
7.4	Indsatser inspireret af læringen	74
8	PERSPEKTIVER FOR SKALERING OG UDBREDELSE.....	75
8.1	Anbefalinger for udbredelse.....	75
9	Referencer.....	76
10	Bilag	77
	Bilag 1: Samtaleguide til indledende samtale.....	77
	Bilag 2: Oplysningsskema	77
	Bilag 3: Notat, PRO-data.....	77
	Bilag 4: Kompetenceprofil.....	77
	Bilag 5: Systembrister i forhold til triplediagnoser.....	77

1 SAMMENFATNING OG KONKLUSION

Broen til Bedre Sundhed har i 2015-2017 afprøvet en brugercentreret og tværsektoriel intervention til gavn for borgere med mange kontakter og et stort ressourceforbrug i social- og sundhedsvæsenet. Projektet er støttet af Sundheds- og Ældreministeriet med 2,0 mio.kr.

Sammen om min vej er en ny form for samskabelse; både mellem borger og systemet og mellem flere systemer på tværs af sektorer og fagområder. Med Sammen om min vej har vi afprøvet at tilpasse rammerne på en måde, hvor den enkelte deltagers prioriteringer og behov er blevet vægtet højere end systemets paragraffer og kvalitetsstandarder. Projektets løsninger og indsatser var derved ikke defineret på forhånd, men brugerinddragelse skulle anvendes som det bærende element.

Projektets succeskriterier er baseret på en tredelt målsætning (Triple Aim) med et samtidig og et ligestillet fokus på en bedre sundhedstilstand og trivsel, bedre kvalitet og effektiv udnyttelse af eksisterende ressourcer med ønske om mindre omkostninger til akutte ydelser og større fokus på forebyggelse og ambulante behandling i det borgernære sundhedsvæsen.

I alt 200 deltagere er inkluderet i Sammen om min vej fra 2015 til udgangen af 2017, mens yderligere 301 borgere i forskellig grad er hjulpet videre andre steder i social- og sundhedsvæsenet. Deltagerne er inkluderet løbende samtidig med at løsninger og indsatser er udviklet og tilpasset baseret på systematisk brug af brugerinddragelse og forbedringsmodellen. Deltagerne har således været en del af Sammen om min vej mellem 4 og 130 uger.

Der er i projektperioden udviklet en nyskabende tværsektoriel ydelses- og omkostningsdatabase, hvormed deltagerens ressourcemønstre kan kortlægges. Resultaterne af Sammen om min vej er baseret på en kombination af kvantitative og kvalitative data, kombineret med løbende indsamlet læring. I evalueringen indgår en ekstern kvalitativ interviewundersøgelse gennemført af Forskningsprogrammet Sundhed, Professionshøjskolen University College Capital. Derudover er der udført en kontrolgruppeanalyse i samarbejde med Syddansk Universitet.

1.1 Hovedresultater

I det følgende sammenfattes evalueringens vigtigste resultater, og de erfaringer evalueringen kan pege på har relevans for aktører, som overvejer at afprøve og/eller implementere lignende intervention.

1.1.1 Deltagerens karakteristika og sygdomskompleksitet

Blandt deltagerne er 46% af deltagerne bosat i Lolland Kommune og 54% er bosat i Guldborgsund Kommune. Deltagerne er forældre til i alt 87 børn. Der er således et ganske betydeligt forebyggelsespotentialer i forhold til at sikre fremtidig sundhed og trivsel blandt disse børn og unge med syge forældre. Hovedparten af deltagerne forsørges af det offentlige og 44% har grundskolen som højeste afsluttede uddannelse.

Blandt deltagerne angiver 84% at være diagnosticeret med en eller flere fysiske sygdomme. Treoghalvtreds procent har en eller flere psykiske lidelser og 50% har et aktivt misbrug ved inklusion i projektet. Deltagere med psykisk sygdom og/eller misbrug, samt evt. somatisk sygdom udgør 81% af alle deltagere. Blandt de 57 deltagere med misbrug, som ikke var i misbrugsbehandling ved inklusion, er 91% startet i misbrugsbehandling i projektperioden. Ud over sygdomskompleksiteten har deltagerne ofte andre sociale udfordringer såsom manglende netværk og oplevelse af ensomhed ligesom transportudfordringer opleves som socialt belastende hos 28%.

1.1.2 Ressourcemønstre, udfordringer og prioriteringer

Deltagerne i Sammen om min vej har dårlig sundhed, har en eller flere psykiske eller fysiske sygdomme, forskellige former for misbrug, sociale problemer eller måske en kombination af det hele. De er sårbare og har udsigt til at leve 15-20 år kortere, få mange flere leveår med sygdom og dårligt helbred end andre mænd og kvinder i Guldborgsund og Lolland Kommuner.

Deltagerne føler sig ofte forskelsbehandlet når de bliver mødt af sundhedspersonale eller sagsbehandlere i systemerne. Der er en udpræget mistillid til systemet baseret på tidligere, dårlige erfaringer og svigt. Deltagere med flere samtidige udfordringer oplever at ”*falde mellem to stole*”. Blandt andet oplever deltagere med psykisk sygdom og misbrug at blive afvist i psykiatrien og i den somatiske akutmodtagelse. Udfordringerne bliver forstærket når deltagerne har tripleddiagnose.

Det er svært at få akutte tider hos praktiserende læger. Desuden opleves manglende fleksibilitet ved flere problemstillinger under samme lægekonsultation. Problematikken forstærkes på grund af kompleksitet i logistik (transport, ledsagelse, tolkebistand etc.). Deltagerne har et ønske om at blive set af den samme læge i almen praksis, som er fordrende for tilliden.

Deltagerne har oplevelse af utilstrækkelig videns-udveksling, samarbejde og koordination på tværs af forvaltningsområder og sektorer, hvor blandt andet handleplaner med forskellige mål trækker i hver sin retning.

1.1.3 Resultater jf. Triple Aim

Effekten af Sammen om min vej er baseret på Triple Aim dvs. et samtidig og ligestillet fokus på, at fremme sundhed og trivsel i målgruppen, øge den brugeroplevede og kliniske kvalitet, samt sikre hensigtsmæssig brug af eksisterende ressourcer.

Sundhed og trivsel:

Projektets mål er at:

- Øge andelen af borgere med et godt selv vurderet helbred med 15 procentpoint.
- Øge livskvaliteten.

Vi har i projektperioden opnået:

- ✓ Andelen af deltagerne, som vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt er øget fra 13% ved inklusion til 30% efter 72 uger. Det svarer til, at andelen øges med 17 procentpoint.

- ✓ Andelen af deltagerne som er nogenlunde tilfreds, tilfreds eller virkelig med livet er øget fra 51% ved inklusion til 77% efter 72 uger. Det svarer til en stigning på 26 procentpoint.

Klinisk og brugeroplevet kvalitet:

Projektets mål er at:

- Reducere antallet af genindlæggelser med 15 procentpoint.
- Opnå forbedret tværfaglig og tværsektoriel koordinering.
- Øge andelen af borgere, som oplever god sammenhæng i sundheds- og sociale ydelser.
- Øge patienttilfredsheden.

Vi har i projektperioden opnået:

- Det gennemsnitlige antal genindlæggelser pr. borger pr. måned er højere i perioden fra 1-12 måneder efter inklusion (0.096) sammenlignet med perioden 3 til 18 måneder før inklusion, hvor niveauet ligger stabilt omkring 0,054. Niveauet for perioden efter inklusion er dog lavere sammenlignet med spidsbelastningen i inklusionsmåneden (0.23).
- ✓ Forbedret tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde:
 - Den kvalitative undersøgelse viser, at samarbejdet med forløbspartneren i Sammen om min vej er med til at sikre sammenhæng og kvalitet i forløb. Der er sparring og idéudveksling blandt samarbejdsaktørerne som beskriver hvordan vi får borgere i behandlingsforløb, som tidligere ikke ville være kommet i behandling.
 - Deltagerne oplever veltilrettelagte forløb: Andelen af borgere, som vurderer at deres samlede forløb på tværs af sektorer er godt eller virkelig godt tilrettelagt øges fra 19% ved inklusion til 50% ved 72 ugers opfølgning. Det svarer til en stigning på 31 procentpoint.
- ✓ Øget tilfredshed med behandling/tilbud:
 - Andelen af deltagere, som angiver at være virkelig tilfreds eller tilfreds med de tilbud og den behandling, de modtager stiger fra 32% til 60%. Det svarer til en stigning på 28 procentpoint.
 - Øget medbestemmelse i eget forløb: Andelen af deltagere, som angiver i passende grad at være med til at træffe beslutninger i deres eget forløb øges fra 63% ved inklusion til 85% ved 72 uger opfølgning.

Evalueringen viser, at man med en forløbspartnerfunktion formår at støtte deltageren i at skabe overblik og sikre, at forskellige indsatser *både* tager udgangspunkt i deltagerens individuelle behov og bliver koordineret bedst muligt – på tværs af både fagområder og sektorgrænser. Deltagerne har haft indflydelse på både udvikling og løbende tilpasning af tilbuddet. Både på gruppeniveau og på individniveau. Det handler om at indtænke, foreslå og tilvejebringe fleksible løsninger ud fra både en recovery- og empowerment tilgang. 'Nytænkningen' har sat borgerens behov i centrum og har motiveret medarbejderne til vedvarende at skabe forbedringer til gavn for den enkelte borger. Et hyppigt anvendt og effektivt værktøj hertil har været anvendelse af den koordinerende indsatsplan, som skabt værdi for både deltagere og medarbejdere.

Der skal være styr på de basale behov som f.eks. økonomi, bolig, mad i køleskabet og tryghed i hverdagen inden der kan arbejdes med deltagerens sundhed og sygdom. Aftalte indsatser sættes i

gang, koordineres og følges tæt ud fra individuelle behov på tværs af eksempelvis jobcenter, misbrugscenter, hjemmepleje, ambulatorier, psykiatrien eller praktiserende læge. En god relation til borgeren, tillid, kontinuitet, vedholdenhed og ikke mindst timing er nøgleord og er et afgørende aspekt af deltagernes oplevelse af sammenhæng og kvalitet. Deltagere, hvis livsforløb er præget af kaos, tab og svigt og deltagere som oplever en social- eller sundhedsmæssigt deroute oplever at blive hørt, set og mødt med respekt og empati.

Effektiv anvendelse af eksisterende ressourcer:

Projektets målet er at:

- Reducere samlede sygehusbaserede omkostninger med 30 procentpoint.
- Reducere antallet af akutte ydelser med 15 procentpoint.
- Opnå hyppigere kontakt til praktiserende læge.
- Opnå hyppigere kontakt til kommunal ambulans behandling.

Vi har opnået:

- De samlede sygehusbaserede omkostninger:
 - De sygehusbaserede omkostninger forbundet med somatisk sygdom og psykisk sygdom er uændrede i perioden 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion.
 - Den gennemsnitlige omkostning forbundet med kommunal medfinansiering er uændret i perioden fra 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion, når vi ser bort for observationerne i måderne -1 og 0.
- Det gennemsnitlige antal akutte kontakter (indlæggelse og/eller ambulans) forbundet med somatisk og/eller psykisk sygdom blandt deltagere er uændrede i perioden fra 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion, når vi ser bort for observationerne i måderne -1 og 0.
- ✓ Der er etableret hyppigere kontakt til både praktiserende læge og til speciallæge og øvrig sygesikring (såsom tandlæge og fysioterapeut). Der er sket en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter pr. deltager pr. måned til praktiserende læge; i perioden fra 6 til 18 før inklusion ligger niveauet på 0.55 mens niveauet for perioden 1 til 12 måneder efter inklusion ligger på 1.13.
- ✓ Der er opnået hyppigere kontakt til kommunal ambulans behandling i form af øget brug af kommunal sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering. Sammenlignes niveauet før inklusion med niveauet 1-12 måneder efter inklusion er der sket en stigning i den gennemsnitlige omkostning. Medianen for perioden 0 til 12 måneder før inklusion ligger på 1576 kr. mens medianen for perioden 1 til 12 måneder efter inklusion ligger på 1939 kr.

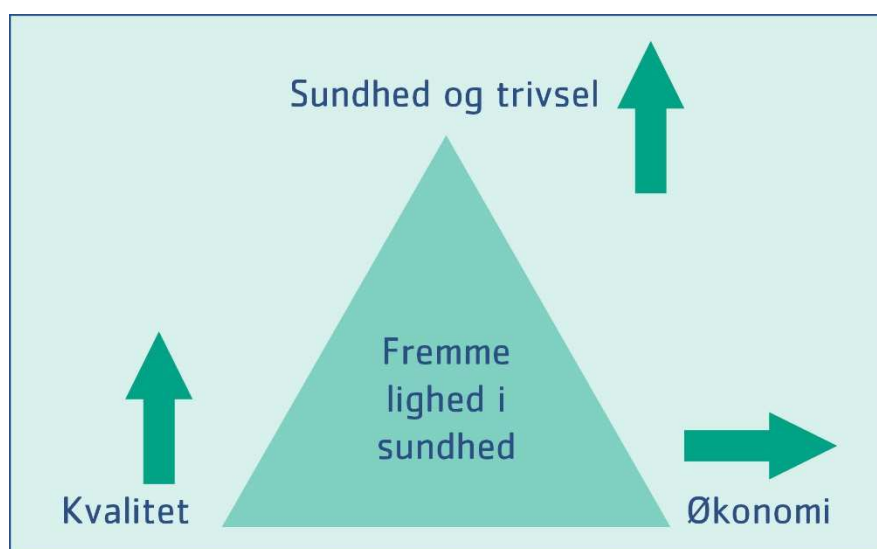
Det er svært at vide, hvordan deltagernes forbrug af sundheds- og sociale ydelser ville have udviklet sig, hvis de ikke havde deltaget i projektet. Derfor har vi sammenlignet forbrugsmønstre og omkostninger blandt deltagere i Sammen om min vej med udviklingen hos en matchet kontrolgruppe.

Hovedbudskaberne er:

- Det er for tidligt at konkludere på ændringer i omkostningsniveauet på baggrund af projekt Sammen om min vej.
- Det gennemsnitlige omkostningsniveau hos deltagergruppen er højere end hos den matchede kontrolgruppe.
- Der ses en tendens til et fald i omkostninger omkring et halvt år efter inklusion hos deltagerne. Sammen tendens ses ikke hos den matchede kontrolgruppen, hvor omkostningerne ligger mere stabilt.

Den samlede kontrolgruppeanalyse for Sammen om min vej viser, at deltagerne er meget forskellige. Analysen er foretaget på et tidspunkt, hvor det endnu er for tidligt at konkludere endeligt på resultaterne. En gentagelse af analyserne efter 1 og 2 år vil give mere klare resultater. Dette forudsætter at databasen og dataindsamlingen bliver ført videre. Målene for projektet er ikke revideret efter projektstart. Da projektets mål ikke angiver tidshorisont eller sammenligningsgrundlag er en formulering af nye mål nødvendig forud for yderligere analyser.

Prisen for hvad det koster pr. deltager pr. måned at deltage i Sammen om min vej har udviklet sig i projektperioden efterhånden som et stigende antal deltagere er blevet inkluderet. Analysen er foretaget på baggrund af lønudgifter pr. måned i projektperioden fordelt på det aktuelle antal deltagere i de enkelte perioder. De gennemsnitlige omkostninger pr. borger pr. måned var i 2017 på kr. 1639.



Figur 1. Triple Aim med tre ligestillede mål. Institute for Healthcare Improvement med partnere. Vertikale pile indikerer udvikling i positiv retning mens horisontal pil indikerer delvis positiv udvikling.

Figur 1 opsummerer projektets resultater i forhold til Triple Aim.

1.2 Konklusion

Sammen om min vej arbejder med samskabelse på nye måder; både mellem borger og systemet og mellem flere systemer på tværs af sektorer og fagområder. Med Sammen om min vej har vi afprøvet at tilpasse rammerne på en måde, hvor borgernes behov er blevet vægtet højere end systemets paragraffer og kvalitetsstandarder.

Evalueringen viser, at Sammen om min vej på kort sigt skaber mere sundhed for pengene. Både kvantitative og kvalitative data understøtter denne konklusion.

Der ses en forbedring i deltagernes sundhed og trivsel, en markant forbedring i den patientoplevede kvalitet, og en forbedring af både deltagernes og samarbejdsaktørernes oplevelse af sammenhæng og koordinering på tværs. Deltagerne anvender i stigende grad ambulante behandlings- og rehabiliteringstilbud i form af egen læge, speciallæger og anden sygesikring (såsom tandlæge og fysioterapeut), samt kommunale tilbud indenfor pleje og rehabilitering. Trods den høje og komplekse sygelighed blandt deltagerne, med deraf følgende specialiserede behandlingsbehov, ses stabile regionale omkostninger i opfølgingsperioden. En kontrolgruppeanalyse viser en tendens til, at omkostningsniveauet falder i opfølgingsperioden for deltagerne i Sammen om min vej, sammenlignet med den matchede kontrolgruppe.

Brugerinddragelse virker og er vejen frem, når vi skal uligehed i sundhed til livs, men det kræver stærk tværsektoriel ledelse, som kan tage livtag med "sektor-egoismen" i den klassiske siloopdeling. Deltagerne har et stort behov for støtte og behandling, men bliver ofte mødt af et uoverskueligt og fragmenteret social- og sundhedsvæsen. Med Sammen om min vej er vi godt i gang med at knække koden til den politiske vision om mere lighed i sundhed gennem patientinddragelse og tværfagligt teamarbejde, som er med til at øge fokus på recovery.

2 INDLEDNING

Sammen om min vej er et kvalitetsudviklingsprojekt i partnerskabet Broen til Bedre Sundheds arbejde for at fremme lighed i sundhed i befolkningen i Lolland og Guldborgsund kommuner. Projektet blev startet i 2015 med puljemidler fra Sundheds- og Ældreministeriet, samt medarbejderressourcer fra deltagende aktører og midler til udvikling af en fælles ydelses- og omkostningsdatabase fra Region Sjælland.

Sammen om min vej tager afsæt i et fælles ønske om at styrke sammenhængen for gruppen af sårbare borgere med det største forbrug af ydelser på tværs af social- og sundhedsområde og derigennem sikre bedre sundhed og trivsel, bedre kvalitet for den enkelte og for gruppen som helhed, samt sikre en mere hensigtsmæssig brug af eksisterende ressourcer gennem større brug af ambulante ydelser.

Projektet blev afsluttet med udgangen af 2017. Parterne har på baggrund af midtvejsevalueringen valgt at videreføre projektindsatsen i begge kommuner indtil politisk stillingtagen omkring projektets videre liv, har fundet sted. I alt 200 deltagere er inkluderet i projektet, mens yderligere 301 borgere i forskellig grad er hjulpet videre hos andre aktører.

Evalueringen belyser projektdeltagernes karakteristika, sygdomskompleksitet, ressourcemønstre udfordringer og prioriteringer. Derudover belyser rapporten udviklede interventioner og effekten heraf, læring omkring rekruttering af deltagerne til projektet samt samarbejde i partnerskabets organisationer sammen med og omkring deltagerne. Rapporten redegør endvidere for resultaterne i den tredelte målsætning jf Triple Aim, belyst med både kvantitative og kvalitative analyser. Derudover vi har sammenlignet forbrugsmønstre og omkostninger blandt deltagerne med udviklingen hos en matchet kontrolgruppe. Afslutningsvis belyser rapporten læringen omkring et tværsektorielt projekt.

Vi håber at slutevalueringen kan tjene som informeret grundlag for beslutningstagere i de deltagende organisationer om Sammen om min vejs videre forankring i drift. Samtidig håber vi, at slutevalueringen kan tjene som inspiration for både fagpersoner i deres fremtidige møde med borgerne og blandt beslutningstagere i både regioner og kommuner.

3 PROJEKTETS FORMÅL OG MÅL

Projektet har til formål at:

- *Identificere de mest ressourcekrævende borgere i Lolland og Guldborgsund Kommuner*
- *Kortlægge målgruppens ressourcemønstre samt den enkelte borgers præferencer, udfordringer og prioriteringer*
- *Designe interventioner der opfylder målgruppens behov og præferencer*
- *Skalere interventioner til at ramme hele målgruppen*
- *Opbygge strukturerede, holdbare samarbejdsformer mellem sundhedsvæsenets aktører til gavn for den enkelte borger*

Projekt mål

Følgende mål er opstillet ud fra tre ligestillede målsætninger:

1. Fremme sundhedstilstanden hos målgruppen

- Øge andelen af borgere med et godt selv vurderet helbred med 15 %
- Øge livskvaliteten blandt borgerne

2. Klinisk og brugeroplevet kvalitet

- Reducere antallet af genindlæggelser med 15 %
- Forbedret tværfaglig og tværsektoriel koordinering
- Øge andelen af borgere som oplever god sammenhæng i sundheds- og sociale ydelser
- Øge borgertilfredsheden

3. Effektiv anvendelse af eksisterende midler, omkostninger per capita

- De samlede sygehusbaserede omkostninger reduceres med 30 % (deles i somatisk og psykiatri)
- Antallet af akutte ydelser (herunder ambulancekørsler) for målgruppen reduceres med 15 %
- Hyppigere kontakt til kommunal ambulans behandling
- Hyppigere kontakt til praktiserende læge

Projektets mål er formuleret på baggrund af erfaringer fra lignende indsatser udviklet i regi af Institute for Healthcare Improvement (IHI) med partnere i blandt andet USA og England. Dette kombineret med dialog med lokale og nationale eksperter omkring realistiske niveauer for de enkelte indikatorer indenfor projektperioden.

Projektteamet er løbende blevet opmærksom på følgende udfordringer omkring de formulerede mål:

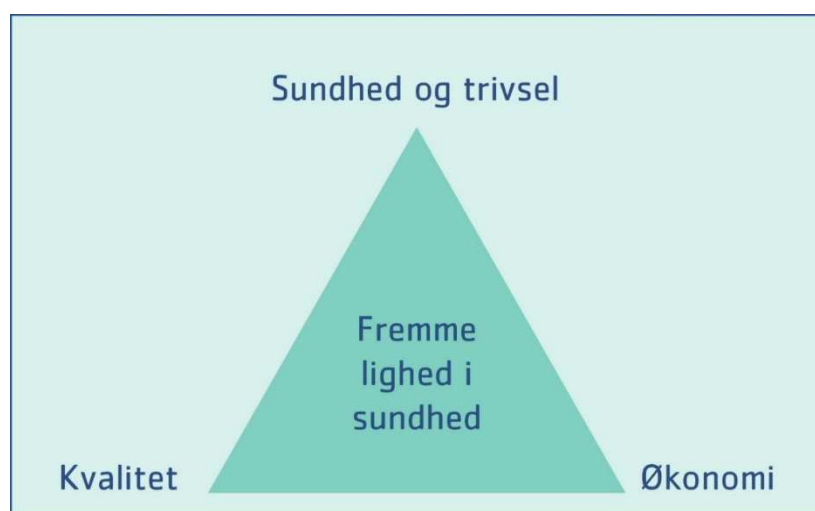
- Målene er ikke revideret efter projektstart, på trods af læringen fra og om projektdeltagerne, som viste en lidt anden profil for målgruppen end i de internationale indsatser. Sammen om min vej har således markant lavere andel af hjemløse eller deltagere uden økonomisk understøttelse end i de internationale projekter. Takket være det sociale sikkerhedsnet i Danmark er gevinstpotentialt på kort sigt som følge af initial sikring af basale behov med tag over hovedet og et måltid mad således lavere end i både England og USA.
- Det tidsmæssige udgangspunkt for sammenligning i forhold til målopfyldelse er ikke klart defineret. Dvs. det er ikke klart om en reduktion i frekvensen af fx genindlæggelser skal ses i forhold til perioden umiddelbart op til inklusion (dvs. da deltageren er virkelig sårbar og syg) eller i en stabil periode fx 18 måneder før inklusion. Dette er selvsagt afgørende for målopfyldelsen i forhold til alle de økonomiske analyser.
- Tidsperspektiv for hvornår et mål kan forventes opfyldt i forhold til målgruppe eller undergruppe er ikke defineret. Grundet løbende inklusion varierer deltageres opfølgningstid betydeligt.
- Da projektets mål ikke angiver tidshorisont eller sammenligningsgrundlag er en formulering af nye mål nødvendig forud for yderligere analyser.

4 METODE

4.1 Grundlæggende paradigmer og metoder

4.1.1 IHI Triple Aim

Triple Aim er en internationalt anvendt kvalitetsmodel, udviklet i regi af IHI med partnere, hvor forbedringer søges opnået gennem samtidig og ligestillet fokus på at fremme sundhed og trivsel, øge kvaliteten og sikre effektiv anvendelse af ressourcer. Den tredelte målsætning indgår i strategien for Broen til Bedre Sundheds arbejde. Det forventes, at hvert af de tre delmål indbyrdes påvirker hinanden positivt over tid.



Figur 2. Triple Aim med tre ligestillede mål. Institute for Healthcare Improvement med partnere.

4.1.2 Lighed i sundhed gennem differentierede indsatser

Lighed i sundhed afhænger ikke kun i lige adgang til tilbud, men også i et kontinuerligt fokus på at sikre lige muligheder. Med dette menes både differentiering i visitationen og differentiering i selve indsatsen. Der blev dermed åbnet op for, at der med udviklingen af Sammen om min vej skulle afprøves nye løsninger tilpasset den enkelte deltager – inden for rammerne af eksisterende lovgivning.

4.1.3 Forbedringsmodellen, Model for Improvement

Forbedringsmodellen, Model for Improvement, er en internationalt anerkendt metode til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser. Forbedringsmodellen anvendes som metode til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser (Langley et al.).

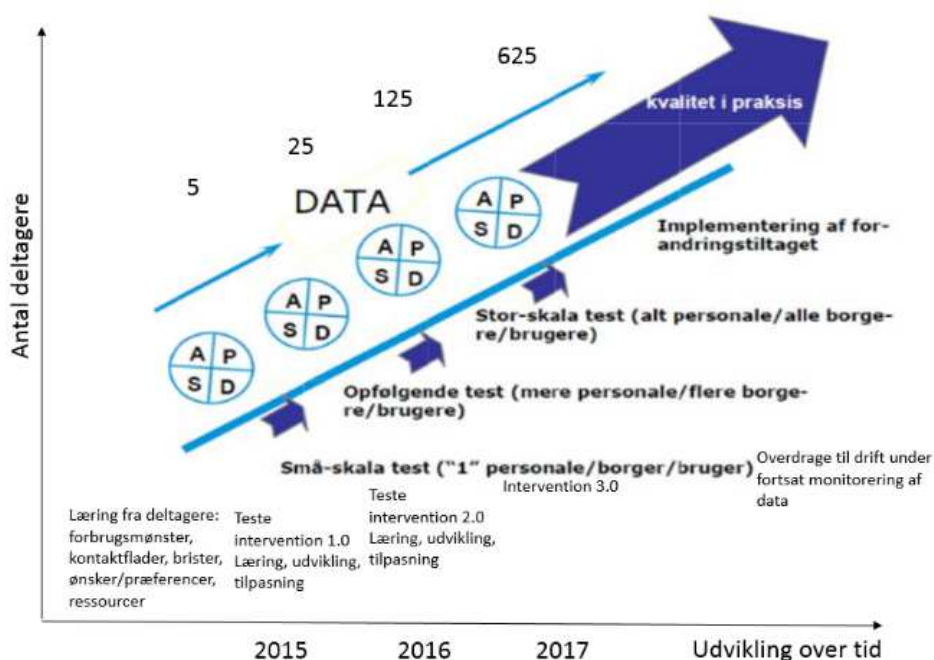
Forbedringsmodellen er i Sammen om min vej blandt andet anvendt til forbedring af arbejdsgange, udvikling af værktøjer, udvikling af samarbejde mellem deltagende aktører, rekruttering af deltagere, udvikling af interventioner og implementering af den koordinerende indsatsplan i interventionerne.

4.1.4 Skaleringsmodellen ”5:25”

Skaleringsmodellen også kaldet ”5:25” er udviklet og testet i regi af IHI med partnere. Grundlæggende er der tale om en gradvis skalering og dermed tilførsel af ressourcer efterhånden som læring genereres og effekter afprøves jf. Forbedringsmodellen som tidligere beskrevet og hvor PDSA (Plan – Do – Study – Act) anvendes som implementeringsredskab, figur 3. Tanken er, at man starter med ganske få deltagere fx. 5 og efter gennemført forbedringscirkel, udvides antallet af deltagere med en faktor 5 til en fornyet læringsrunde med 25 deltagere. Herefter skaleres igen med faktor 5. Læring indsamles således løbende, og interventionen tilpasses baseret herpå. Ideen er at ressourcer i form af medarbejdere, ledsagende økonomi eller arbejdsgange er afgørende for udbredelse som tilpasses efterhånden som indsatsen skaleres. Herved er der lagt op til en agil proces.

4.1.5 Faseinddeling med gradvis skalering af projektteam

Initialt blev der sigtet mod et samlet deltagerantal på 625, men antallet blev nedjusteret grundet udfordringer omkring rekruttering inden for tidsrammen.



Figur 3. PDSA som implementeringsredskab i skaleringsmodel 5:25 med målet om 625 deltagere i projekt Sammen om min vej.

4.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

Deltagerne i Sammen om min vej er inkluderet på baggrund af følgende tre inklusionskriterier:

1. Borger bor i Guldborgsund eller Lolland Kommune, er over 18 år og under 70 år
2. Borger har én eller en kombination af følgende:
 - Fysiske helbredsproblemer¹
 - Psykisk sygdom og /eller misbrug²
 - Sociale udfordringer
3. Borger har én eller en kombination af følgende:
 - 3 akutte indlæggelser indenfor 6 måneder, eller 2 akutte indlæggelser inden for 30 dage
 - Flere forskellige og hyppige kontakter på tværs af social- og sundhedsvæsenet
 - Frontmedarbejderen vurderer ud fra den aktuelle situation, at borger fremtidigt er i risiko for at få flere og hyppige kontakter til social- og sundhedsvæsenet (af fysiske, psykiske eller sociale årsager)³

Eksklusionskriterier:

- Demens eller anden svært hæmmet kognitiv funktion, som bevirker, at borgeren ikke kan medvirke
- Cancer som primære somatiske problemstilling
- Terminal sygdom med forventet restlevetid under 1 år

¹ Fysiske helbredsproblemer: borgeren har en eller flere legemlige klager og/eller diagnosticerede sygdomme som følges af behandlere eller kræver gentagne enkeltstående kontakter i primær og/eller sekundær sektor

² Psykisk sygdom: borgeren er diagnosticeret med psykisk lidelse jf. ICD-10 eller præsenterer symptomer foreneligt med ovenstående i en sådan grad, at det har negativ indflydelse på den mentale sundhed, herunder påvirket trivsel, kapacitet til at udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskabet med andre mennesker (baseret på WHO's definition)

Misbrug: "Et forbrug af rusmidler, der har et omfang og sker på en måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for den misbrugende eller dens omgivelser." (WHO/www.socialbegreber.dk)

³ Dette kriterie er introduceret i 2016 baseret på læringen fra de første ca. 75 deltagere. Med tilføjelsen af denne åbnes op for en mere proaktiv indsats.

4.3 Datakilder og datagrundlag

Evalueringen af projekt Sammen om min vej er baseret på både kvantitative og kvalitative metoder og datakilder som fremgår af tabel 1.

Data	Metoder	Information/datakilder
Løbende registrering af mulige kandidater til projektet	Opsøgende indsats og samarbejde med aktører i partnerskabets organisationer	Medarbejdere i projektteam, projektleder
Baggrundsoplysninger ved inklusion	Spørgeskema i SurveyXact	Medarbejdere i projektteam, projektleder og deltagere
Indledende beskrivelse og overblik af deltagerens situation	Semi-strukturerede samtaler	Medarbejdere i projektteam, projektleder og deltagere
Dokumentation af faglig og organisatorisk udvikling	Forbedringsmodellen	Medarbejdere i projektteam, projektleder
Løbende sagsbehandling	Systematisk dokumentation	Medarbejdere i projektteam, projektleder og deltagere
Før måling af deltagernes sundhed, trivsel og borgeroplevet kvalitet (PRO)	Spørgeskema i SurveyXact	Medarbejdere i projektteam og deltagere
Løbende opfølgning på borgernes sundhed, trivsel og borgeroplevet kvalitet (PRO)	Spørgeskema i SurveyXact	Projektmedarbejder (ansat til opgaven) og deltagere
Ydelses- og omkostningsdata	Opbygning af ydelses- og omkostningsdatabase	Nøglepersoner fra kommunale forvaltninger, fra Region Sjælland og Arbejdsmarkedsstyrelsen
Analyse af deltagernes ydelses- og omkostningsmønstre	SPC-grafer	Ydelses- og omkostningsdatabasen
Matchet kontrolgruppe på udvalgte parametre	Propensity score	Ydelses- og omkostningsdatabasen

Kvalitative data	Interviews	Ekstern interviewundersøgelse af deltagerne i projektet
Kvalitative data	Interviews	Ekstern interviewundersøgelse af projektmedarbejdere og aktører i partnerskabets organisationer
Programteoretisk analyse af projekt Sammen om min vej	Programteoretisk analyse med datakilder fra fokusgruppeinterviews	Kandidatspeciale ved den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, SDU, 2017. Interviewundersøgelse af aktører i partnerskabets organisationer

Tabel 1. Data, metoder og information/datakilder.

4.4 Indsamling af data

Flere værktøjer til indsamling af data er udviklet i projektperioden og har i takt med implementeringen været anvendt til videreudvikling af interventionen, samt løbende monitorering af projektets resultater. De enkelte værktøjer beskrives i de følgende afsnit.

4.4.1 Løbende registrering af potentielle kandidater til projektet

Alle henvendelser fra samarbejdsaktører vedrørende mulige kandidater til projektet er registreret systematisk i en logbog. Alle potentielle kandidater er registeret ift. køn, alder, bopælskommune, årsag til henvendelse, kontaktoplysninger samt oplysning om, hvor henvendelsen kommer fra. I logbogen er alle potentielle kandidater farvekodet, således det fremgår, hvem som på baggrund af henvendelsen er inkluderet (grøn) og hvem som ikke er inkluderet (rød). Årsag til at borger ikke er inkluderet er noteret i prosatekst. Der er ikke givet datatilladelse til at følge udviklingen i ydelser og omkostninger for borgere som identificeres som potentielle deltagere som ikke inkluderes i projektet.

4.4.2 Deltagernes karakteristika og baggrundsoplysninger

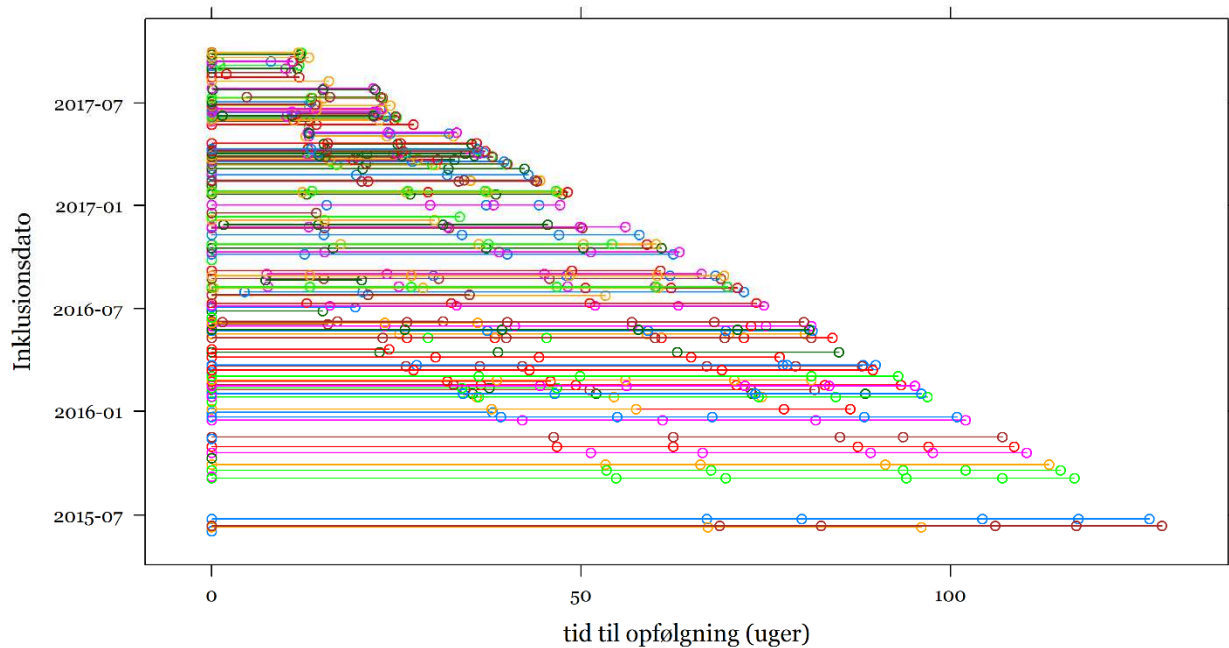
Deltagernes karakteristika er baseret på samtaler og spørgeskemaer, gennemført i forbindelse med inklusion i projektet. Til den indledende samtale er der taget udgangspunkt i en samtaleguide som er udviklet til formålet i samarbejde med en antropolog (bilag 1). Den indledende samtale er dokumenteret i et oplysningsskema som ligeledes indeholder dokumentation for hele borgersagen i projektperioden (bilag 2). Derudover er der udviklet et spørgeskema til dokumentation af borgerens baggrundsoplysninger på inklusionstidspunktet, udviklet specifikt til projektet. Alle borgersager er oprettet elektronisk i Region Sjællands SharePoint/teamsite, hvorved projektmedarbejdere i Sammen om min vej på tværs af partnerskabets organisationer har haft fælles adgang til deltagernes sagsmapper uanset ansættelsessted.

4.4.3 Patient Reported Outcome data (PRO-data)

Evalueringen af deltagernes sundhed, trivsel og patientoplevede kvalitet er baseret på spørgeskemadata (selvrapporterede ved inklusionstidspunktet samt ved planlagte opfølgninger med 12-ugers interval). Til at vurdere borgernes sundhedsrelaterede livskvalitet blev der i projektets første 2 faser anvendt SF-36, som er et valideret multidimensionelt generisk spørgeskema, som omfatter borgerens samlede sygdoms- og livssituation. Via systematisk anvendelse og afprøvning af spørgeskemaet viste det sig, at SF36 ikke var anvendeligt til deltagerne af flere årsager. For det første oplevede deltagerne ikke spørgsmålene som relevante i forhold til deres aktuelle livssituation. Andre deltagere forstod ikke spørgsmålene og havde behov for støtte til at læse. Der ud over er spørgsmålene i SF-36 formuleret således, at deltagerne skal svare på, hvordan de har haft det inden for de sidste 4 uger. Dette havde flest adspurgte deltagere svært ved at huske.

Til at vurdere deltagernes selvvalueret sundhed, trivsel og patientoplevede kvalitet blev der udviklet og testet et sæt med 5 spørgsmål som skulle være lette at anvende i praksis. Spørgsmålene blev udvalgt baseret på litteraturgennemgang, dialog med deltagerne og dialog med forskningsgruppen omkring Lolland-Falster Undersøgelsen (LOFUS)⁴. Spørgsmålene blev testet og re-testet på i alt 30 inkluderede deltagere. To spørgsmål afdækker deltagernes sundhed og trivsel ved at spørge til indtil deltagerens selvvalueret helbred og tilfredshed med livet. Tre spørgsmål afdækker den patientoplevede kvalitet ved at spørge indtil deltagerens oplevelse af inddragelse i eget forløb, oplevelse af sammenhæng mellem indsatser (rette tilbud, rette tid, rette sted) samt tilfredshed med behandling eller tilbud som borger modtager (bilag 3). Spørgsmålene er oprettet i SurveyXact; et internetbaseret system til spørgeskemaundersøgelser. Medarbejder fra projektteamet registrer deltagers svar ved inklusionssamtalen. For at sikre systematik i henvendelse til deltageren hver 12. uge er kalendersystemet i Outlook anvendt som styringsværktøj med oprettelse af deltagernes koder. Opgaven med at indhente de opfølgende besvarelser af spørgeskemaet er varetaget af en projektmedarbejder ansat til opgaven. Deltagernes svar ved telefonisk henvendelse har placeret den enkelte deltager i en risikogruppe ud fra deres besvarelse af de enkelte spørgsmål. Således har besvarelsen ved opfølgning automatisk genereret kontakt til en projektmedarbejder ved svar i negativ udvikling. Styringsværktøjet blev endeligt implementeret i juni 2017.

⁴ Lolland-Falster Undersøgelsen, befolkningsundersøgelse i Lolland og Guldborgsund Kommuner.



Figur 4. Spørgeskemaopfølgning på selvvurderet sundhed, trivsel og patientoplevede kvalitet

Figur 4 viser opfølgning på Patient Reported Outcome (PRO-data). Inklusionstidspunktet er til=0. På y-aksen er deltageres inklusions-datoer vist. Hver vandret linje repræsenterer en deltager. Punkterne på linjen viser, hvornår de hver i sær er blevet ringet op med henblik på opfølgning på PRO-data (spørgsmål om oplevet sundhed og trivsel samt kvalitet i behandling/tilbud).

4.4.4 Ydelses- og omkostningsdatabase

For at belyse deltageres brug af social og sundhedsydelse før og efter deltagelse i Sammen om min vej er der indsamlet regionale og kommunale data for borgere bosat i Lolland (L) eller Guldborgsund Kommune (GBS). Database indeholder data for år 2015, 2016 og 2017 og er opgjort månedsvist for hver deltager (CPR-baseret).

De regionale data i database omfatter:

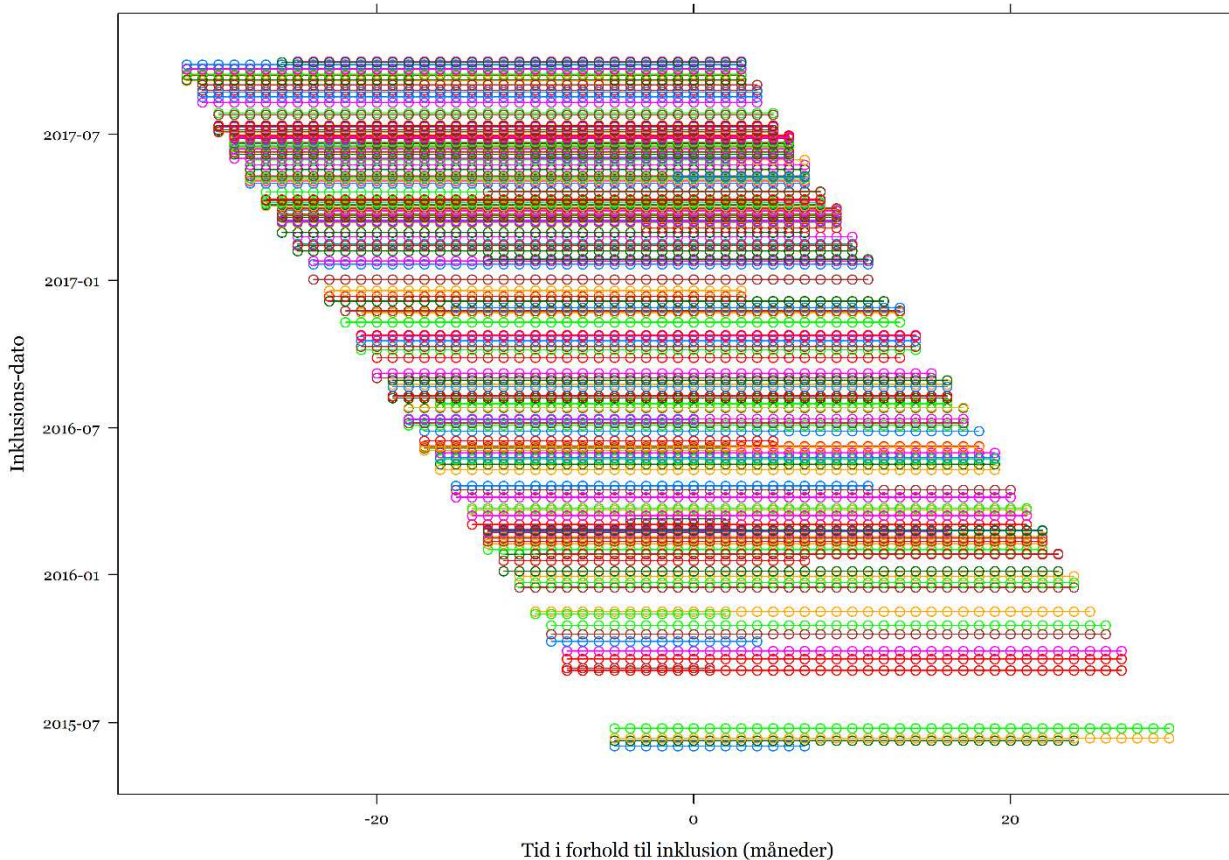
1. Data fra eSundhed (oplysninger om hospitalsindlæggelser og ambulante kontakter for både somatiske og psykiske sygdomme (omregnet til månedligt antal kontakter samt udgift i kroner)).
2. Data fra primærsektoren (kontakt til praktiserende læge, speciallæge samt brug af øvrig sygesikring; ydelseskoder og bruttohonorar som efterfølgende er omregnet til månedligt antal kontakter og udgift i kroner)
3. Lægemedeldata ((ATC-kode (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System; klassifikation af lægemiddel efter indholdsstof), apotekets udsalgspris, regionalt tilskud, samt ekspeditionsdato omregnes til en månedlige udgift til medicin i kroner)
4. Præhospitale data (oplysninger om brug af flextrafik (kun patientkørsel) og ambulancekørsler er omregnet til månedlige udgift i kroner)

De kommunale data i database omfatter:

1. Data fra arbejdsmarkedsstyrelsens database (DREAM; offentlige overførselsindkomster fra medio 1991 og frem. Fra 2008 og frem indeholder DREAM-database desuden beskæftigelsesoplysninger. Oplysningerne i DREAM er koblet på CPR-nummer og omfatter borgere som er ledige, på orlov, på efterløn, syge, på kontanthjælp, som har været på SU-berettiget uddannelse eller i aktivering)
2. Supplerende ydelser fra kommunerne (kontoplandata, som omfatter visse overførselsomkostninger, der ikke indgår i DREAM).
3. Ydelser under Sundhedsloven (§119, §138, §140 (GBS), §140a (GBS),
4. Ydelser under Serviceloven (§83 (GBS), §83.1, §83.2, §83a, §84 (GBS), §85, §86.1, §86.2, §103, §104, §105(L), §107, §108, §109, §110(GBS), §122 (GBS))

For at kunne undersøge udviklingen i ydelser og omkostninger over tid har vi sat måneden for inklusion til tid=0 for hver deltager i Sammen om min vej. Deltagerne bidrager med data i månederne før og efter inklusion; antallet af måneder før og efter inklusion varierer dog, da deltagerne er inkluderet løbende i perioden fra juni 2015 til september 2017. Deltagere, som er inkluderet i 2015 bidrager således med lang opfølgningstid mens deltager inkluderet i 2017 primært bidrager med data i månederne før inklusion. Dette er illustreret i figur 5, hvor hver linje repræsenterer en deltager, og hver cirkel på linjen repræsenterer en måned, hvor den pågældende deltager har data (hhv. før, i og efter inklusionsmåneden). Datoen for deltageres inklusion fremgår af y-aksen mens x-aksen viser tid (måneder) i forhold til inklusion. Deltagere, som er døde eller flyttet fra Lolland-Falster efter inklusion i Sammen om min vej bidrager med færre måneder med data.

Data på deltagerne før og efter inklusion



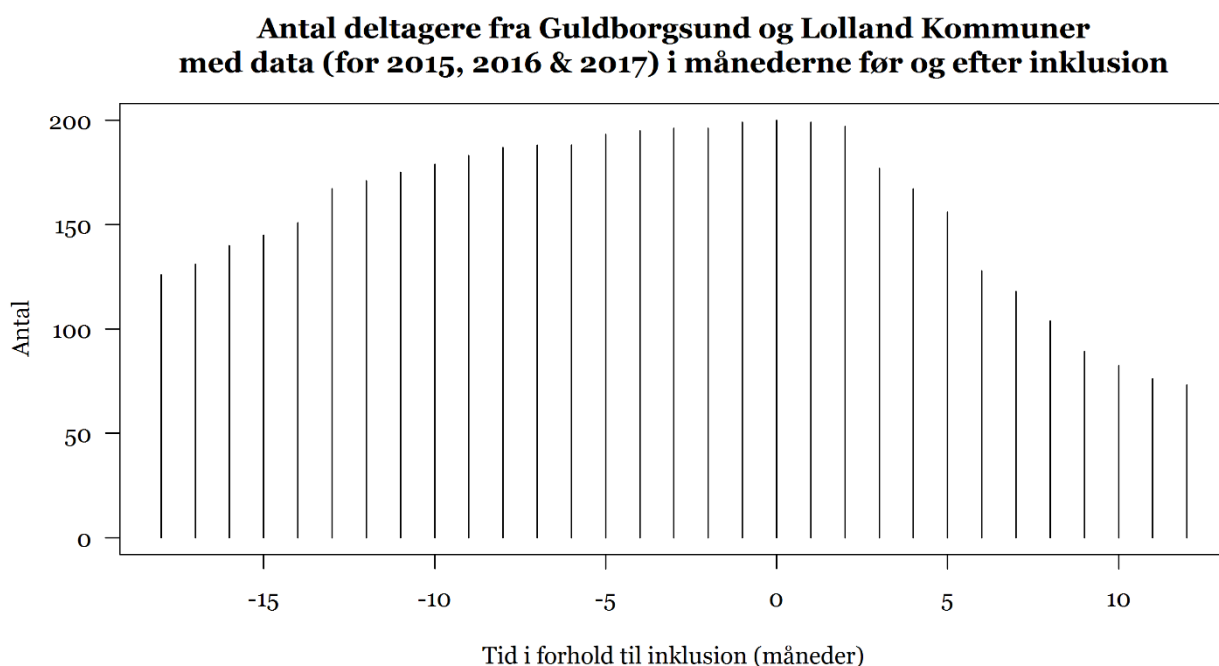
Figur 5. Data på deltagerne før og efter inklusion.

I forbindelse med evalueringen af Sammen om min vej har vi fokuseret på analyser af følgende ydelser og omkostninger:

1. Det gennemsnitlige antal genindlæggelser blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
2. Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med somatisk sygdom (indlæggelser og ambulante kontakter) blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
3. Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med psykisk sygdom (indlæggelser og ambulante kontakter) blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
4. Det gennemsnitlige antal akutte kontakter (indlæggelser og/eller ambulante kontakter) forbundet med somatisk og/eller psykisk sygdom blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
5. Det gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende læge blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
6. Det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge og anden sygesikring (f.eks. tandlæge og fysioterapeut) blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
7. Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med kommunal medfinansiering blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.

8. Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med sygepleje (§138), personlig pleje (§83.1), praktisk hjælp (§83.2) og rehabilitering/genoptræning (§83a (GBS), §86, §119, §122 (GBS), §140 (GBS), blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
9. Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med beskyttet beskæftigelse (§103), aktivitets-og samværstilbud (§104), ældrebolig (§105 (L), botilbud (§107, 108) og midlertidigt ophold (§109, §1110 (GBS)) blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion.
10. Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med regionale og kommunale ydelser blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion. Regionale omkostninger omfatter her udgifter til indlæggelser og ambulante kontakter i forbindelse med somatisk og/eller psykisk sygdom, patienttransport, ambulancekørsel, medicin, praktiserende læge, speciallæge og anden sygesikring. Kommunale udgifter omfatter personlig pleje §83.1, praktisk hjælp §83.2, sygepleje §138, hjælp/omsorg/støtte §85, §103, §104, §105(L), §107, §108, §110(GBS) samt rehabilitering/genoptræning (§83a (GBS), §86, §119, §122 (GBS), §140 (GBS)).

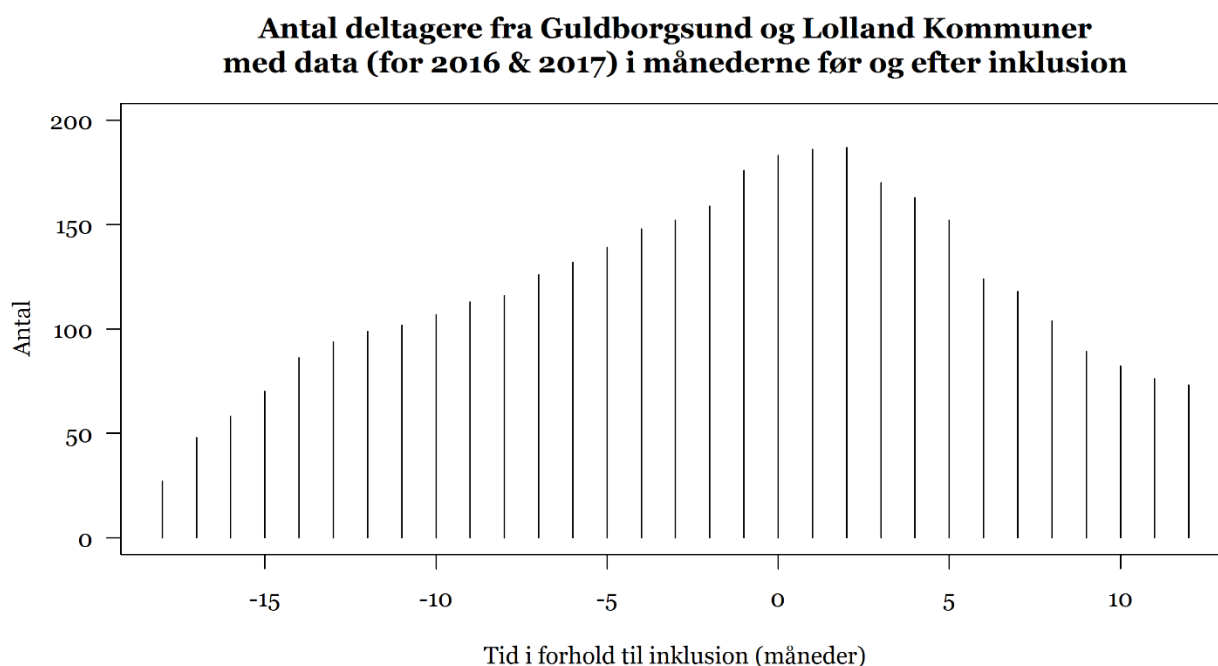
Antallet af deltagere med data i de enkelte måneder før og efter inklusionstidspunktet varierer. Figur 6 viser antallet af deltagere med data ved inklusion (n=200) samt i månederne 1-18 måneder før og 1-12 måneder efter.



Figur 6. Antal deltagere fra Guldborgsund og Lolland Kommuner med data i månederne før og efter inklusion.

I analyser af de kommunale data er antallet af deltagere med data i de enkelte måneder reduceret yderligere, da kommunale data fra Guldborgsund mangler for år 2015. Dette skyldes systemskift i

kommunen. Figur 7 viser antallet af deltagere med data ved inklusion (n=200) samt i månederne 1-18 måneder før og 1-12 måneder efter, når data fra 2015 fjernes.



Figur 7. Antal deltagere med data for 2016 & 2017.

4.5 Eksterne analyser og evaluering

4.5.1 Kandidatspeciale - Programteoretisk analyse

Der er i projektperioden iværksat en programteoretisk analyse af Sammen om min vej. Analysen er udarbejdet i forbindelse med et kandidatspeciale ved Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Syddansk Universitet 2017 (Hollmann Mølck). Den programteoretiske analyse bygger dels på datakilder fra materiale om projektet og dels kvalitative interviews. Heraf to individuelle interviews og tre fokusgruppeinterviews med projektmedarbejdere og udvalgte interessenter på tværs af samarbejdsorganisationerne⁵.

Den anvendte metode gør det muligt at identificere forhold, som henholdsvis skal være til stede (kontekstuelle forhold), hvis projektet skal have den ønskede effekt, samt forhold som kan påvirke projektet (moderatorer). Herudover kan forskellige interessenter i projektet få indblik i andres perspektiver relateret til projektet, og herigennem opnå større forståelse for andre aktører på tværs

⁵ Tre fokusgruppeinterviews sammensat af to medarbejdere fra akutafdelingen Nyk. F. sygehus, tre projektmedarbejdere og to sygeplejersker fra hjemmeplejen. To individuelle interviews med sygeplejerske fra psykiatrisk akutmodtagelse og en medarbejder fra socialpsykiatrien.

af fag og sektorgrænser. Formålet med den programteoretiske analyse er blandt andet, at opnå indsigt i udviklingen og implementering af interventioner i projektperioden (ibid.: 11).

Den programteoretiske analyse indgår i denne rapport som uddrag med kildehenvisning.

4.5.2 Kvalitativ ekstern evaluering

Der er gennemført en kvalitativ undersøgelse af ekstern part, Forskningsprogrammet Sundhed, UCC Professionshøjskolen.

Den kvalitative undersøgelse har til formål at tilvejebringe viden om:

1. Hvorvidt Sammen om min vej bidrager til deltagernes sundhed og trivsel, oplevelse af sammenhæng (rette tilbud, rette tid, rette sted), patienttilfredshed, empowerment samt oplevelse af støtte og behandling.
2. Hvorvidt Sammen om min vej bidrager til et forbedret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og koordinering. Om aktørerne finder viden og nye arbejdsgange anvendelige i det praktiske arbejde.

Grundlaget for undersøgelsen udgøres af 10 individuelle semi-strukturerede interviews om deltagernes hverdagsliv og oplevelser af sammenhæng og patientoplevet kvalitet i projektperioden. Deltagerne er udvalgt til deltagelse i interviews af projektmedarbejdere og ekstern evaluator ud fra kriterierne, at der skal være pågående aktiviteter i deltagernes sager og at deltagerne skal kunne indgå i dialog med en person som de ikke har mødt tidligere. Derudover skal den samlede gruppe af deltagere som indgår i interviewet undersøge repræsentere et bredt udsnit af de inkluderede deltagere i projektet. Deltagerne er interviewet face-to-face med ekstern interviewer. Interviews er gennemført enten i deltagers eget hjem eller et andet sted efter deltagers ønske. Længden af interviews varierer mellem 25 min. og 1 t. og 15 min. og er optaget på diktafon.

Derudover, tilføjer 9 individuelle semi-strukturerede interviews med projektmedarbejdere og samarbejdsaktører⁶ et organisatorisk og fagprofessionelt perspektiv på sammenhæng og kvalitet. Undersøgelsesformålet er dels at beskrive og forstå deltagernes oplevelser af, hvad der har betydning for kvalitet og sammenhæng for dem med udgangspunkt i deres dagligdag. Dels projektmedarbejdere og samarbejdsaktørers oplevelser af sammenhæng og kvalitet i forløb med deltagere. Den anvendte metode i den kvalitative undersøgelse er central som refleksion- og læringsmetode.

Den eksterne kvalitative undersøgelse indgår i denne rapport som uddrag.

⁶ Tre interviews med projektmedarbejdere, et interview med sygeplejerske fra Nyk. F. sygehus, et interview med sygeplejerske fra psykiatrien, et interview med sygeplejerske fra distriktspsykiatrien, et interview med sagsbehandler i et jobcenter, et interview i et rusmiddelcenter, et interview af en visitator.

4.5.3 Kvantitativ evaluering - kontrolgruppeanalyse

Det er svært at vide, hvordan deltagerne forbrug af sundheds- og sociale ydelser ville have udviklet sig, hvis de ikke havde deltaget i projektet. Men man kan få en fornemmelse af det, hvis man sammenligner med en gruppe borgere, der ligner deltagerne. Derfor har vi sammenlignet forbrugsmønstre og omkostninger blandt deltagerne i Sammen om min vej med udviklingen hos en kontrolgruppe.

Kandidater til kontrolgruppen er valgt blandt de voksne personer i Guldborgsund og Lolland Kommuner (>17 år), som har haft mindst en indlæggelse i perioden og som var i live ved udgangen af opfølgingsperioden (2017); antallet af kandidater er ca. 32.000. Kriteriet om at være i live ved udgangen af 2017 gælder også for deltagerne, som er inkluderet i analysen.

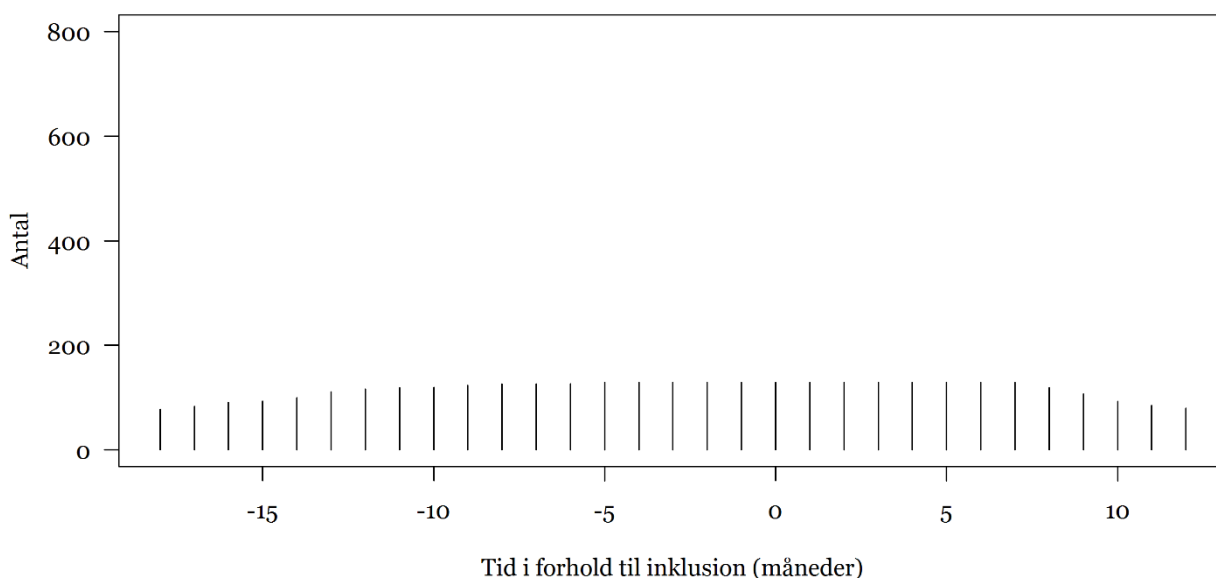
Der er fundet en matchet kontrolgruppe som er fem gange større end deltagergruppen. Kontrolgruppen er identificeret således at den ligner de inkluderede mest muligt. Kontrolgruppen er matchet med deltagere på en lang række risikofaktorer ved brug af propensity score matching (Rosenbaum and Rubin 1983, Rosenbaum and Rubin 1984, Rubin and Thomas 1996). Propensity score kan fortolkes som en beregning af risikoen for at indgå i deltagergruppen, givet en lang række karakteristika. Dvs. at der matches på risikofaktorer, men at risikofaktorerne indgår med forskellig vægt alt efter hvor stor betydning de har.

For hvert individ i databasen beregnes en propensity score bestående af følgende risikofaktorer: Alder i 2017, køn, civilstand, postnummer, alkoholmisbrug, stofmisbrug, kontakt til behandlingspsykiatri, forbrug af psykofarmaka, sygehuskontakt for diabetes-senfølger, sygehuskontakt for kronisk obstruktiv lungesygdom, kontakt til skadestue, akutindlæggelse på grund af somatisk eller psykisk sygdom, polyfarmaci, antal afhentede recepter, kontakt til vagtlæge og kontakt til praktiserende læge.

Hvert individ i interventionsgruppen er matchet med de fem personer, der har den propensity score, der er tættest på (nearest neighbour). Der vælges fem kontroller pr. case m.h.p. at opnå tilstrækkelig statistisk styrke og minimere risikoen for at resultaterne drives af tilfældig variation.

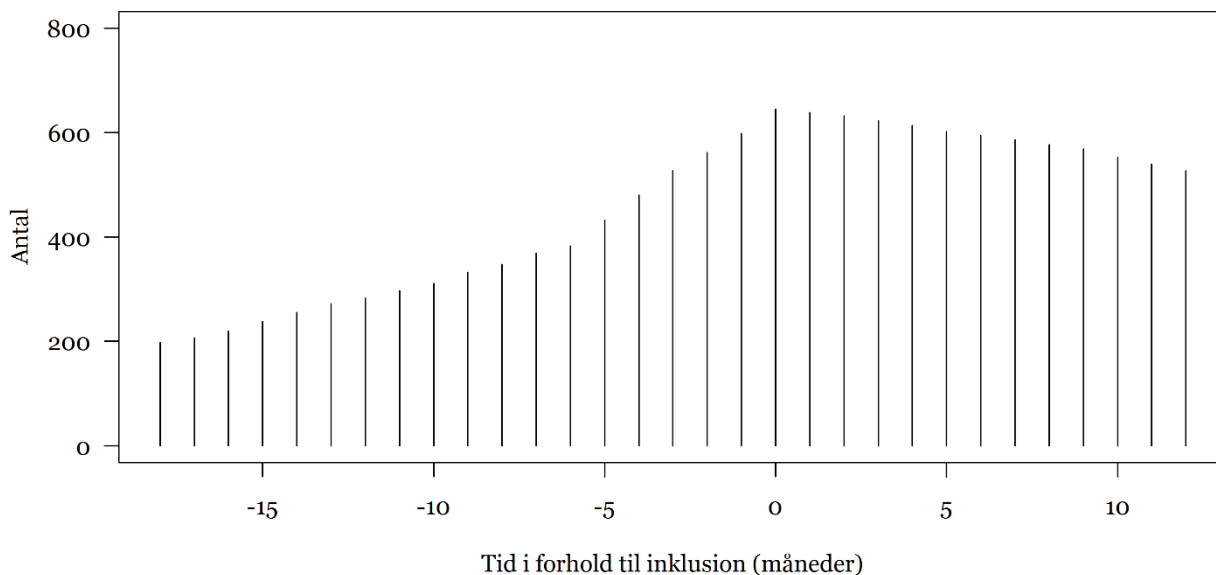
Efter at have identificeret en kontrolgruppe har vi foretaget en sammenligning af omkostningsniveau og udvikling i omkostninger over tid hos deltagerne og kontrolgruppen.

Antal deltagere i kontrolgruppe-analysen med data i månederne før og efter inklusion



Figur 8. Antallet af deltagere i kontrolgruppeanalysen med data ved inklusion (n=129) samt i månederne 1-18 måneder før og 1-12 måneder efter.

Antal kontroller i kontrolgruppe-analysen med data i månederne før og efter inklusion



Figur 9. Antallet af kontroller i kontrolgruppeanalysen med data ved inklusion (n=645) samt i månederne 1-18 måneder før og 1-12 måneder efter.

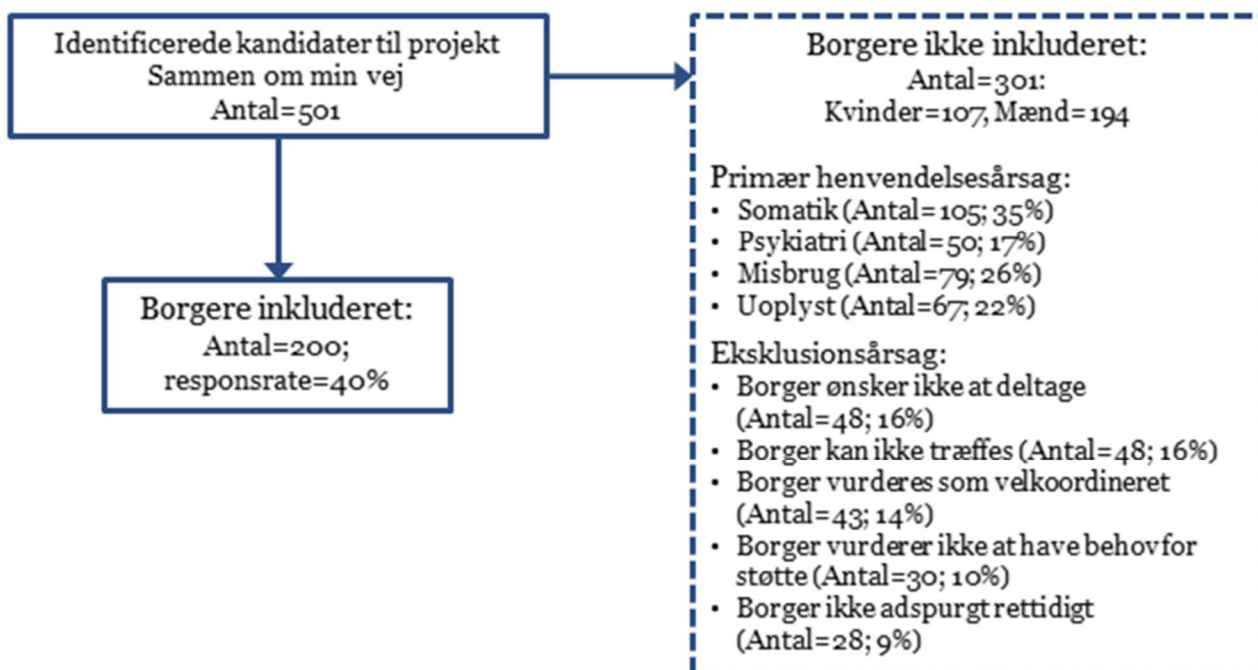
5 RESULTATER I KONTEKST

5.1 Potentielle deltagere

Antallet af potentielle kandidater til projekt Sammen om min vej er opgjort pr 11.10.2017 og omfatter i alt 501 registreringer. Der har gennem hele projektperioden været omkring 40% af alle identificerede kandidater som inkluderes i Sammen om min vej. De resterende 60% inkluderes ikke.

Alle potentielle kandidater er registreret ift. køn, alder, bopælskommune, primær årsag til henvendelse, kontaktoplysninger samt oplysninger om, hvor henvendelsen kommer fra. Årsag til at borger ikke inkluderes er noteret i prosatekst i logbogen.

Af potentielle kandidater som ikke er inkluderet er 36% kvinder (107/301) og 64% mænd (194/301). Se flowchart, figur 10.



Figur 10. Flowchart over borgere identificeret og hhv. inkluderet og ekskluderet i Sammen om min vej.

Primær årsag til henvendelsen for kandidater som ikke er inkluderet er tematiseret i 4 undergrupper. Psykiske udfordringer er registreret som primære årsag til henvendelse hos 17% (50/301), somatiske årsager hos 35% (105/301), misbrugsudfordringer hos 26% (79/301) mens den primære årsag til henvendelsen er uoplyst hos 22% (67/301).

Registrerede årsager til at potentielle kandidater ikke er inkluderet er tematiseret i 12 undergrupper. De fem hyppigste årsager til at potentielle kandidater ikke er inkluderet er:

1. Borger ønsker ikke at deltage – årsag ukendt, svarer til 16% (48/301)
2. Borger kan ikke træffes, svarer ligeledes til 16% (48/301). Det er ikke lykket at komme i kontakt med alle borgere som har givet accept til kontakt med projektteamet under en indlæggelse. Projektmedarbejderne har været vedholdende og har forsøgt kontakt via

telefon, sms, mail og brev. Der er lige mange borgere med misbrug og borgere hvor primær årsag til henvendelse er uoplyst i denne gruppe.

3. Forløb vurderes som velkoordineret eller borger har tilstrækkelig overblik og kan handle relevant, svarer til 14% (43/301). I de tilfælde hvor borgerens forløb er vurderet som velkoordineret har projektmedarbejder været i kontakt med evt. kommunale instanser, praktiserende læge, pårørende eller andet netværk. Der er flest borgere med somatiske problemstillinger i denne gruppe.
4. 10% (30/301) mener ikke, at have et behov for støtte fra projektet. Der er flest borgere med misbrug i denne gruppe.
5. Borger er spottet og registreret men er ikke blevet spurgt rettidigt (fx under indlæggelse), 9% (28/301). Der er flest borgere med misbrug i denne gruppe.

Projektmedarbejderne har forsøgt at sætte tiltag i gang i 58 sager (sv. t. 19%) hos potentielle kandidater som ikke er blevet inkluderet i Sammen om min vej. Heraf er der i projektperioden gennemført 16 interviews hos 16 borgere som ikke er blevet inkluderet.

Eksempler på tiltag hos potentielle kandidater som ikke er inkluderet er: kontakt til visitationen mhp. hjemmesygepleje, kontakt til demenskoordinator, medicindosering, bo-støtte, ansøgning om hjælpemidler, kontakt til kommunale afrusningstilbud, kontakt til det frivillige netværk mhp. besøgsven, formidling af kontakt til kommunernes patientuddannelse, udlevering af informationsmateriale, råd og vejledning til pårørende.

Den systemteoretiske analyse påpeger, at tillid mellem borger og den medarbejder som kan henvise borger til Sammen om min vej vægtes som værende afgørende for, hvorvidt en borger ønsker at blive henvist. Der ud over kan borgere med misbrug og borgere uden netværk være sværere at henvise til projekter (Mølck Hollmann). I gruppen af potentielle kandidater som ikke er inkluderet indgår flest borgere med misbrug.

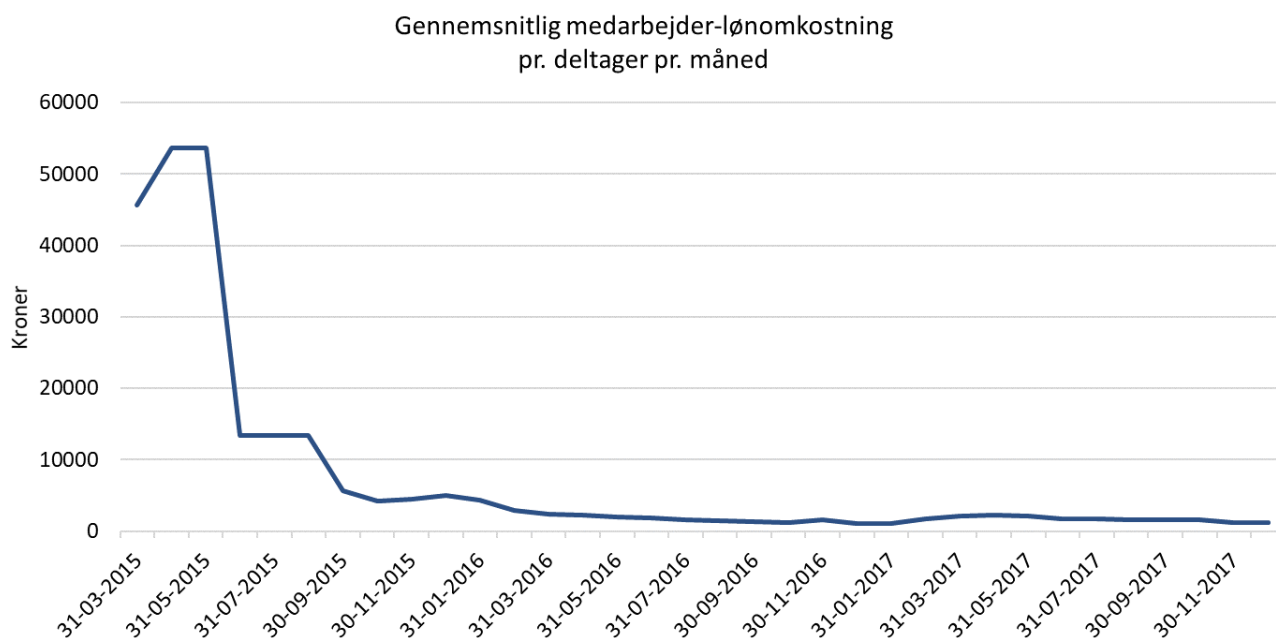
De følgende afsnit beskriver karakteristika hos de inkluderede deltagere i Sammen om min vej.

5.2 Udgifter til projektteam opgjort pr. deltager

Prisen for hvad det koster pr. deltager pr måned at drive Sammen om min vej har udviklet sig i løbet af projektperioden efterhånden som et stigende antal deltagere blev inkluderet.

I figur 11 har vi opgjort den gennemsnitlige medarbejder-lønomkostning pr. deltager pr. måned. Analysen er foretaget på baggrund af lønudgifter pr. måned i projektperioden fordelt på det aktuelle antal deltagere i de enkelte perioder. Som det fremgår af figur 11 har niveauet været rimeligt stabilt siden sommeren 2016. Den gennemsnitlige omkostning pr. borger pr måned har i 2017 været kr. 1639.

De opgjorte gennemsnitlige omkostninger pr. deltager pr. måned inkluderer foruden direkte ansigt-til-ansigt-tid med deltagerne også blandt andet: projektudvikling, projektledelse, udvikling af anvendte værktøjer, udvikling af dataindsamlingsmetoder, dataindsamling, udvikling af systematisk opfølgning, opsøgende arbejde, formidling og vidensdeling i partnerskabets organisationer, sparring, råd og vejledning til samarbejdspartnere i komplekse sager, samt udvikling af projektrelateret materiale til borgere og samarbejdspartnere.

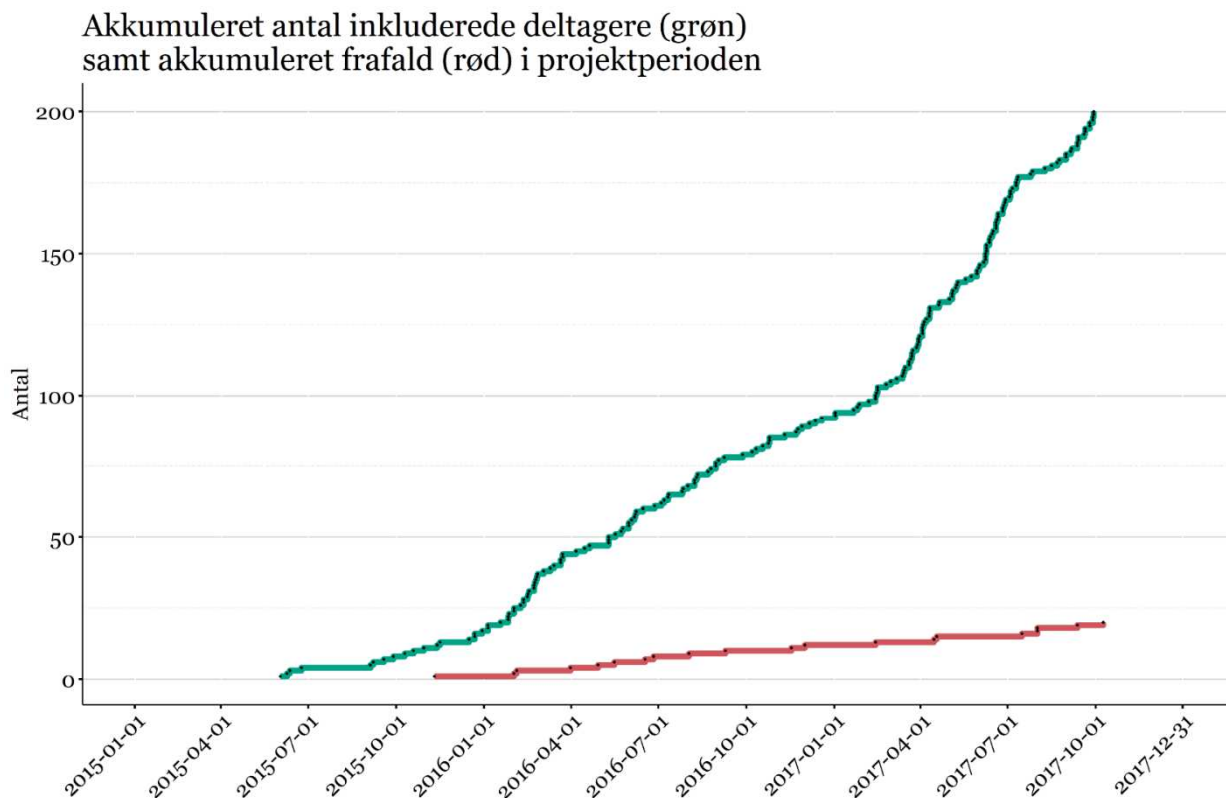


Figur 11. Gennemsnitlig medarbejder-lønomkostning pr. deltager pr. måned.

5.3 Karakteristika hos inkluderede deltagerne

Der er i projektperioden inkluderet 200 deltagere, jf. figur 12. Heraf mangler data fra indledende interview for 1 person, og to personer har i en periode efter inklusion været fraflyttet kommunen, men er blevet inkluderet igen ved tilbageflytning. Disse to personer indgår kun med data fra første indledende interview. Beskrivelse af karakteristika er baseret på data for 199 personer.

Deltagerne er inkluderet løbende siden sommeren 2015 (figur 12).



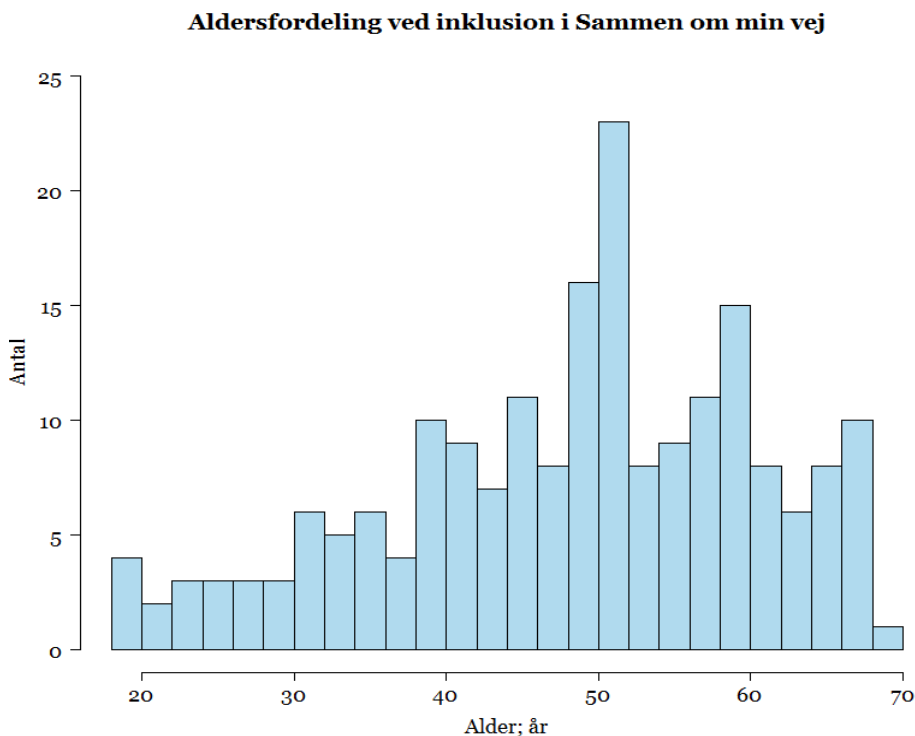
	Q1-15	Q2-15	Q3-15	Q4-15	Q1-16	Q2-16	Q3-16	Q4-16	Q1-17	Q2-17	Q3-17	Q4-17
Afsluttet uplanlagt				1	3	4	2	2	1	2	5	
Afsluttet planlagt												126
Ikke afsluttet												54

Figur 12. Akkumuleret antal inkluderede deltagere (grøn) samt akkumuleret frafald (rød) i projektperioden.

Der har været et frafald på i alt 20 deltagere i projektperioden (afsluttet uplanlagt). Heraf er 11 afgået ved døden og 9 er ekskluderet. 126 sager blev afsluttet ved projektets afslutning og 54 sager fortsatte efter d. 31.12.2017.

5.3.1 Køn og alder blandt deltagerne

Blandt projektdeltagerne er 58% mænd og 42% kvinder med en gennemsnitsalder på knap 49 år. Aldersfordeling fremgår af figur 13. Andelen af deltagere under 40 år inkluderet i Sammen om min vej var stigende i projektets sidste år, 2017. Dette tilskrives øget henvisning til projektet fra blandt andet psykiatrien og kommunale jobcentre.



Figur 13. Aldersfordeling ved inklusion i Sammen om min vej.

5.3.2 Bolig og familie

Der er en næsten ligelig fordeling med hensyn til bopæl – både i forhold til bopælskommune, og i forhold til landdistrikt versus en af områdets større byer. Langt størstedelen af deltagerne har en fast bolig – enten i form af en ejerbolig (24%), leje/fremleje (61%), ældrebolig (1%) eller plejebolig (0,5%). En andel på 3,5% bor midlertidigt hos venner/familie, og 3% er enten uden bolig, eller bosat på herberg/forsorgshjem.

Blandt deltagerne bor 23% sammen med en partner. Knap to tredjedele har børn, og blandt deltagerne med børn har mere end fire ud af fem kontakt med børnene. Blandt deltagerne med børn har 40% børn under 18 år, og knap 23% bor sammen med deres børn. Deltagerne er forældre for i alt 87 børn og unge under 18 år ved inklusionstidspunktet.

Der er således et ganske betydeligt afledt forebyggelsespotentialer i forhold til at sikre fremtidig sundhed og trivsel blandt disse børn og unge med syge forældre (Due et al).

5.3.3 Uddannelse og indkomst

En stor del af deltagerne har ingen uddannelse eller grundskole som eneste uddannelse (43,7%), mens ca. 38% har enten erhvervsfaglig eller kort videregående uddannelse (1-2 år) og 12,6% en mellemlang videregående uddannelse (18/107). Kun 2% af deltagerne har haft lønindkomst i måneden op til inklusion i projektet, mens 1,5 % modtog SU, 10,6 % har modtaget sygedagpenge/revalideringsydelse, 25,6% kontanthjælp eller arbejdsløshedsdagpenge og 51% førtidspension eller pension.

5.3.4 Sygdomsbillede og selvvurderet helbred

Der er tale om en gruppe af deltagere med mange samtidige sundhedsmæssige udfordringer. Seks ud af 10 angiver ved inklusionstidspunktet, at have et dårligt eller meget dårligt helbred.

Blandt deltagerne angiver 84% at være diagnosticeret med en eller flere fysiske sygdomme, 53% med en eller flere psykiske lidelser og 50% har et pågående misbrug. Den selvrappede forekomst af forskellige sygdomsgrupper og misbrugstyper fremgår af tabel 2.

Projektteamets medarbejdere oplever, at deltagerne ofte angiver at være diagnosticeret med færre sygdomme end deres medicinliste afspejler. Hyppigste forklaringer er, at deltagerne ikke opfatter alle diagnoser som egentlige sygdomme eller ikke oplever at have en sygdom hvis de er i medicinsk behandling herfor.

Størstedelen af deltagerne har levet med deres sygdom/sygdomme gennem mange år. I cirka to ud af tre tilfælde har deltagerne med selvrapporeret diagnosticeret sygdom været kendt med sygdommen i mere end 5 år. Dette gælder både dem med fysisk sygdom (92/147) og dem med psykisk sygdom (63/96). Blandt deltagerne med misbrug har 68% haft misbrug i mere end 10 år.

5.3.5 Fysiske udfordringer og ensomhed

Mere end 8 ud af 10 deltagere oplever fysiske udfordringer i hverdagen. Nærmere adspurgt fylder problemer med bevægelighed hos 73%, mens såvel træthed, og søvnproblemer hver fylder hos ca. 60% og vejrtrækningsproblemer og svimmelhed hver fylder hos ca. 40%.

Knap 3 ud af 4 deltagere oplever sociale udfordringer i hverdagen. Blandt dem som oplever sociale udfordringer i hverdagen, angives helbredet at være en barriere hos 62%, mens også ensomhed, et begrænset eller intet netværk, økonomiske problemer, samt brudte relationer hver fylder hos cirka halvdelen. Knap 28% angiver udfordringer omkring transportmuligheder som en social udfordring i deres hverdag.

Mere end halvdelen har overvejet at begå selvmord, og hele 27% angiver at have forsøgt selvmord en eller flere gange. Blandt dem som har forsøgt selvmord angiver over halvdelen *ikke* at have fået den hjælp de havde behov for. Samtidig angiver ca. 30% af dem som har overvejet selvmord, at de aldrig har talt med nogen om det det.

Et uddrag af ovenstående resultater fremgår af tabel 2.

Tabel 2. Demografi og sygelighed ved inklusionstidspunkt blandt 199 borgere.

	Antal (%) el. gennemsnit (SD)	
Gennemsnitsalder, år	48,67	(12,19)
≤30 år	18	(9,0)
31-40 år	31	(15,6)
41-50 år	51	(25,6)
51-60 år	66	(33,2)
61-70 år	33	(16,6)
Køn, kvinder	82	(41,2)
Bosat i landområde	87	(43,7)
Bopælskommune		
Lolland	92	(46,2)
Guldborgsund	107	(53,8)
Gift el. samlevende	46	(23,1)
Børn		
Ingen børn	72	(36,2)
Har hjemmeboende barn/børn under 18	18	(9,0)
Har hjemmeboende barn/børn over 18	11	(5,5)
Har udeboende barn/børn under 18 år og er i kontakt	28	(14,1)
Har udeboende barn/børn over 18 år og er i kontakt	49	(24,6)
Har barn/børn under 18 år men ingen kontakt	5	(2,5)
Har barn/børn over 18 år men ingen kontakt	16	(8,0)
Antal børn under 18 år blandt deltagerne		
0	76	(59,8)
1	25	(19,7)
2	17	(13,4)
3	8	(6,3)
≥4	1	(0,8)
Uddannelse; folkeskole/mellem skole/realeksamen	69	(34,7)
Indtægtsgrundlag		
Lønindkomst	4	(2,0)
Sygedagpenge	20	(10,1)
Førtidspension/pension	102	(51,3)
Kontanthjælp	49	(24,6)
Diagnosticeret med fysisk sygdom	168	(84,4)
Heraf kendt med fysisk sygdom i >10 år	60	(40,8)
Heraf i behandling for fysisk sygdom	139	(82,7)
Diagnosticeret med psykiske sygdom	106	(53,3)
Heraf kendt med psykisk sygdom >10 år	48	(50,0)
Heraf i behandling for psykisk sygdom	71	(67,0)
Pågående misbrugsproblemer	100	(50,3)
Heraf kendt med misbrug >10år	62	(68,1)
Heraf aktuelt i behandling for misbrug	43	(43,0)
Oplever sociale udfordringer i hverdagen	146	(73,4)
Oplever fysiske udfordringer i hverdagen	160	(80,4)
Behov for hjælp i hverdagen	107	(53,8)
Tager medicin dagligt	183	(92,0)
Tager >5 præparater ordineret af læge	94	(51,4)
Uden kontakt med egen læge i de sidste 6 mdr.	19	(9,5)
Har overvejet selvmord	103	(51,8)
Har forsøgt selvmord	48	(27,3)

5.3.6 Behandling og tilfredshed hermed

Blandt dem med fysisk sygdom angiver 83% at være i behandling, mens 67% af deltagerne med selvrapporert diagnosticeret psykisk sygdom angiver at være i behandling herfor.

Blandt deltagere i behandling for fysisk sygdom oplever 37% at behandlingstilbud stemmer overens med deres behov, 34% mener ikke det stemmer overens og 29% ved ikke om det stemmer overens med deres behov. Blandt deltagere med psykisk sygdom angiver 33% at tilbuddet stemmer overens med behovet, 30% at det ikke stemmer overens og 37% ”ved ikke”.

Blandt deltagere med misbrug er 43% i behandling for et eller flere misbrug – heraf størstedelen i medicinsk behandling (88%), individuel terapeutisk behandling (34,9%) eller NADA (25,6%). Blandt deltagere i misbrugsbehandling oplever 43% at tilbuddet stemmer overens med behovet, mens kun 20% angiver at behandlingstilbuddet ikke er tilpasset deres behov og 37% svarer ”ved ikke”. Blandt de 57 deltagere med misbrug, som ikke var i misbrugsbehandling ved inklusion er 91% startet i misbrugsbehandling i projektperioden.

Næsten alle deltagere angiver at tage medicin ved inklusionstidspunktet (92%) og heraf angiver ca. 4 ud af 5 at vide hvad medicinen hedder, kende til medicinens virkning og tage medicinen som ordineret. Cirka 60% angiver at kende til medicinens bivirkning. Cirka halvdelen får mere end 5 lægemidler, og 20 % er ordineret mere end 10 lægemidler.

5.3.7 Kontakt til læge og hospitalsindlæggelser

Størstedelen af deltagerne angiver at have haft kontakt til almen praksis i de forgangne 6 måneder – heraf angiver 21,6% at have haft meget hyppige kontakter (mere end 8 kontakter). 9,5% angiver slet ikke at have haft kontakt til almen praksis. En stor andel af deltagerne angiver at kontakten til almen praksis primært foregår via praksis sygeplejerske eller lægesekretær. Desuden har projektteamet oplevet at flere deltagere oplever det som svært at komme igennem til den praktiserende læge. Enten fordi de oplever sig afvist i skranken eller ved telefonen, hvorfor ”*de holder op med at ringe*”, eller fordi de finder ventetiden til de kan få en tid hos lægen som vanskelig. Samtidig erfarer projektteamet, at deltagere ofte henvender sig til almen praksis med mange samtidige problemstillinger, hvilket ikke altid kan imødeses. Deltagerne udtrykker ligeledes et ønske om kontinuitet i almen praksis som fordrende for tilliden.

Antallet af selvrapporerede sygehusindlæggelser varierer ligeledes, således at 7% angiver at have været indlagt mere end 8 gange indenfor 6 måneder, mens i alt knap 57% af deltagerne har været indlagt mindst 2 gange indenfor 6 måneder. Cirka 15% angiver at have været indlagt i psykiatrien indenfor 6 måneder. Kun 6,5 % angiver at have haft gentagne indlæggelser i psykiatrien.

5.3.8 Netværk og støtte i hverdagen

Knap 54% får hjælp til at klare dagligdagen og heriblandt får 33,6% hjemmehjælp mens 38,3% angiver at modtage ydelser via hjemmesygeplejen og 15% angiver at have mentorordning og 24% får støtte fra socialpsykiatrien. Sagsbehandlere angives at yde hjælp i hverdagen hos 9,3%.

Knap to ud af tre angiver at få støtte i hverdagen fra pårørende, mens 26% får støtte fra øvrige netværk. Dette er interessant sammenholdt med at halvdelen af deltagerne angiver at være belastet af ensomhed og isolation. Kun en deltager angiver at modtage støtte via foreningslivet.

Uddrag fra kvalitativ undersøgelse. Forskningsprogrammet Sundhed:

”Flere interviewpersoners beskrivelser vidner om, at projektet bidrager med at aktivere netværk (pårørende, naboer, bekendte) omkring borgere, som ikke tidligere har gjort brug af relevante tilbud og ydelser” -... ”Netværk som ellers tidligere har haft trukket sig af forskellige årsager.”

5.3.9 Subgrupper

Målgruppen er som udgangspunkt bredt defineret, men deltagerne kan underinddeles baseret på både inklusionskriterier, sygdomsbillede og livshistorie. Der er foretaget subgruppeanalyser på baggrund af de kvantitative inddelinger.

Kvantitative inddelinger:

i. Indlæggelsesmønstre

Gruppe A: Inkluderet på baggrund af antallet af akutte indlæggelser i perioden op til inklusion dvs. minimum 2 indenfor 30 dage eller 3 akutte indlæggelser indenfor 6 mdr. Udgør i alt 68 personer.

Gruppe B: Blandet gruppe med mange kontakter på tværs af sundheds- og socialvæsen uden egentlig hyppige indlæggelser jf. ovenstående kriterie men vurderet i risiko for at udvikle sig til ”multibruger med mange indlæggelser”. Udgør 132 personer.

Overvægten af deltagere, som tilhører gruppe B har betydning i forhold til muligheden for at realisere forventningerne omkring en betydelig reduktion i antallet af genindlæggelser og akutte indlæggelser, idet borgere i Gruppe B ikke er karakteriseret ved et højt antal indlæggelser ved inklusionstidspunktet. Målene blev som tidligere anført ikke justeret i forbindelse med udvidelse af inklusionskriterierne i 2016.

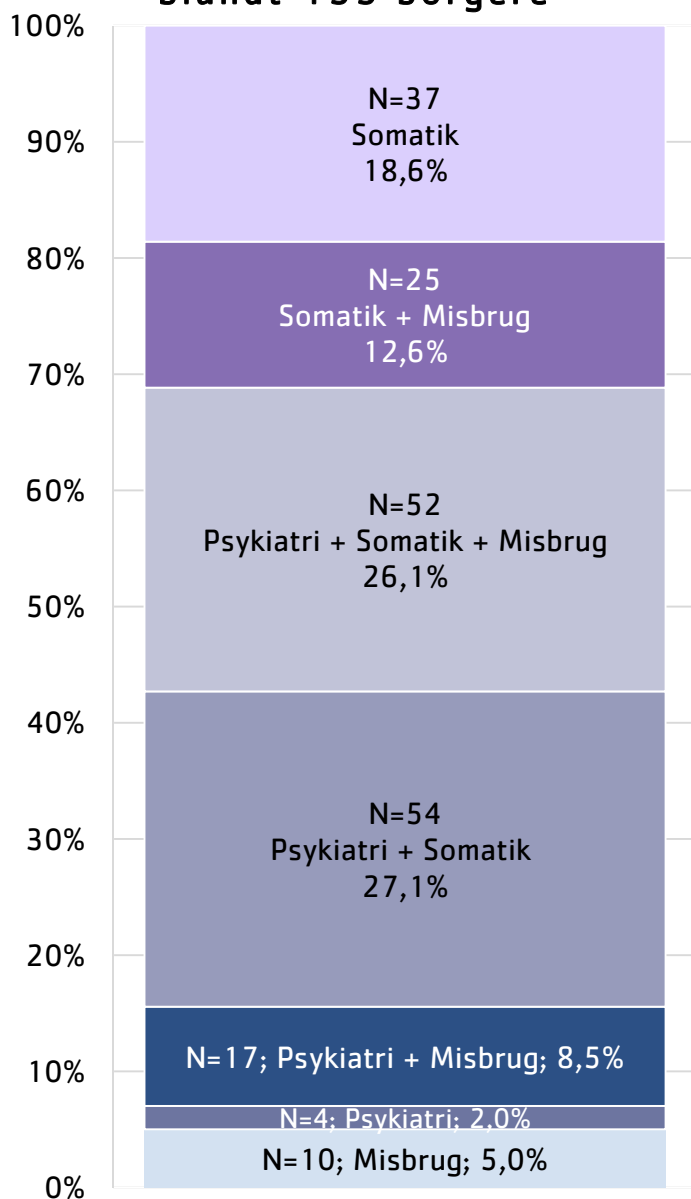
ii. Sundhedsmæssige udfordringer

I forlængelse af den indledende samtale har projektmedarbejderen lavet en samlet vurdering af deltagerens sundhedsmæssige problemstillinger. Fordelingen fremgår af figur 14. Efterfølgende er der sket en yderligere sammenlægning af undergrupperne med kombination af forskellige sygdomstyper.

Somatisk syge: Deltagere med en eller flere somatiske sygdomme som eneste sundhedsmæssige udfordring. Denne gruppe udgør 37 deltagere sv. t. 18,6%. Andelen af den samlede gruppe er faldet i projektperioden med stigende antal henvisninger fra psykiatrien og kommunale aktører.

Kompleks sygdom: Deltagere med psykisk sygdom og/eller misbrug, samt evt. somatisk sygdom (størstedelen dobbelt eller tripletdiagnoser). Gruppen udgør resten af deltagerne, 162 deltagere, sv. t. 81,4%.

Sygdomskompleksitet blandt 199 borgere



Figur 14. Sygdomskompleksitet blandt 199 deltagere.

Kvalitative inddelinger:

Social- og sundhedsmæssig deroute. Borgere som tidligere (fra måneder til år siden) har været velfungerende (i større eller mindre grad) men som oplever en deroute af social- og sundhedsmæssig karakter.

Social arv: Borgere hvis liv har været præget af social arv med både social- og sundhedsmæssige udfordringer siden barndom eller tidlig voksenalder. Denne inddeling er ikke opgjort i andele på nuværende tidspunkt, men opleves som havende betydning for, hvor hurtigt en udvikling kan vendes i positiv retning med støtte fra en forløbspartner.

5.4 Deltagernes ressourcemønstre og udfordringer

5.4.1 Brugercentreret og helhedsorienteret tilgang

Der var fra projektets side ikke defineret et bestemt metodevalg omkring den brugercentreret tilgang ved opstart. Den brugercentreret tilgang er udviklet i projektperioden ud fra læring om deltagerne mønstre, præferencer, udfordringer og prioriteringer. Først på individniveau og siden på gruppeniveau samt ud fra læring omkring samarbejdet og gab heri mellem partnerskabets organisationer. Projektleder med team har baseret på den indledende læring integreret metoder allerede afprøvet i andre sammenhænge, og tilpasset ved behov.

5.4.2 Den indledende læring om målgruppens møde med systemerne

Gennem samtaler med deltagerne ved inklusion og gennem projektperioden viste erfaringerne med de første deltagere i Sammen om min vej, at der er en gruppe af deltagere som på eget initiativ og med relevant timing tager kontakt til sundhedsvæsenet, hvis de oplever behov for det. Den anden gruppe af deltagere tager kun kontakt, hvis de befinder sig i en kritisk situation og virkelig har brug for hjælp.

Fælles for de to grupper er, at de ofte føler sig forskelsbehandlet og talt nedladende til når de bliver mødt af fx sundhedspersonale eller sagsbehandlere i systemerne. For sidstnævnte gruppe italesættes, at de har en udpræget mistillid til systemet baseret på tidligere, dårlige erfaringer og svigt. Denne gruppe har en oplevelse af, at de ikke tages alvorligt og at de medarbejdere som de møder i systemerne synes at have opgivet eller ikke har tiltro til, at deltagerne reelt har et ønske om at få hjælp. Denne problematik fremhæves for flere deltagere i Sammen om min vej som en barriere for at tage kontakt og som argument for at opgive at tage kontakt, eller begrundelse for at afbryde kontakten eller afbryde et forløb.

Det er svært at få akutte tider hos de praktiserende læger ligesom der opleves manglende fleksibilitet ved flere problemstillinger under samme lægekonsultation på trods af særlig kompleksitet i logistik og aftaler omkring lægebesøg (transport, ledsagelse, tolkebistand etc.)

Flere deltagere fortæller på inklusionstidspunktet, at de føler sig som *'andenrangs mennesker'* og at de oplever forskelsbehandling ved fx at blive sprunget over i køen i venteværelset eller at vente i længere tid end andre patienter på for eksempel at blive tilset af en læge eller få den lovede medicin udleveret under en indlæggelse. Deltagerne har også mødt bemærkninger som *"det er utroligt at du ikke bare kan tage dig sammen"*, *"hvorfør gør du ikke som jeg siger"*, *"du er stiv så du må vente"*, *"fatter du ingenting"*, *"du er for fed"*, og *"du vil jo ingenting"*. Deltagerne fortæller, at de kan se på personalet, at de tænker dårligt om dem og at det tydeligt kan aflæses på personalets kropssprog. Gennem de indledende samtaler giver flere deltagere udtryk for, at de har mistet overblikket og troen på, at de kan komme videre i livet eller ud af nuværende situation, *"jeg har mistet overblikket og troen på at systemet kan hjælpe mig"*, *"jeg bliver ikke taget seriøst"* og *"jeg blev ikke forstået eller lyttet til"*.

Uddrag fra kvalitativ undersøgelse. Forskningsprogrammet Sundhed:

"Alle interviewpersoner har fra deres forløb, før de blev deltagere i projektet eller samtidig med deres forløb i Sammen om min vej, negative erfaringer fra sundheds- og andre sektorer, herunder at blive mødt med mangel på omsorg, empati og engagement eller forståelse for deres situation.

Flere har oplevet at blive afvist i behandlingskrævende situationer. Disse erfaringer vækker hos den interviewede følelser af frustration, forundring eller, for nogle vedkommende, bitterhed eller vrede”

Flere deltagere har oplevelsen af, at *”køre rundt i systemerne”* og *”falde mellem to stole”*. Oplevelsen beskrives ud fra forskellige perspektiver. Blandt andet i forhold til at køre på landevejen mellem akutmodtagelsen i psykiatrien og akutmodtagelsen i somatikken, hvor deltagerne oplever at blive afvist i psykiatrien når de er for påvirket af deres misbrug og samtidig afvises i den somatiske akutmodtagelse når det vurderes, at der er en psykisk bagvedliggende årsag til tilstanden. Et andet eksempel er deltagere med hyppige indlæggelser i akutmodtagelsen, hvor deres somatiske tilstand er årsag til indlæggelsen men, hvor deltageren ikke har penge til sin medicin *”der er lukket for varmen i min lejlighed, jeg har ikke mad i mit køleskab, hvordan skal jeg så betale for min medicin”*. Ligeledes er det en kendt problematik, at flere deltagere afsluttes før tid ved fx udeblivelser fra de ambulante behandlingsforløb som fx deltageren med angst som udebliver fra aftalen i behandlingspsykiatrien eller i diabetesambulatoriet.

Der ud over oplever flere deltagere lange sagsbehandlingstider, skiftende sagsbehandlere og ventetider for at få komme i behandling, blandt andet i distriktspsykiatrien. Skiftende sagsbehandlere og ventetid til et behandlingstilbud kan for deltagere i Sammen om min vej være en barriere og et argument for at opgive eller at afbryde kontakten *”når jeg endelig vil ud af mit misbrug så skal jeg vente i 3 uger”*, og *”min nye sagsbehandler i jobcentret er startet forfra, jeg gider ikke fortælle min historie igen”*. Sidstnævnte opleves ligeledes for flere deltagere som en barriere til at opsøge den praktiserende læge, såfremt deltageren ikke kan få en tid hos den samme læge de fleste gange.

En af de måske allervigtigste forudsætninger for et kvalificeret og helhedsorienteret forløb er tilstrækkelig videns udveksling mellem de involverede parter i forhold til den enkelte borger. Jo bedre kendskab lægen på sygehuset har til borgerens hele sygdom, psykiske tilstand, sociale forhold, nuværende og tidligere medicinering etc., desto bedre er forudsætningerne for, at planlægge den samlede behandlingsindsats til den pågældende borger.

Det samme gør sig gældende i forhold til det hele forløb eller de ydelser som deltageren er en del af. Samtaler med deltagere på inklusionstidspunktet til Sammen om min vej viser, at de har oplevelse af utilstrækkelig videns udveksling mellem involverede parter på flere niveauer. At sygeplejersken som kommer i deltagerens hjem ikke nødvendigvis ved, at der kommer en bo-støtte i samme hjem, eller ikke ved med hvad og hvordan bo-støtten bidrager i forhold til den aktuelle situation. At planen som er udarbejdet på jobcentret er udarbejdet uafhængig af deltagerens forløb i rusmiddelcentret, i distriktspsykiatrien og i træningsforløbet eller, at lægen endnu en gang udskriver ny medicin som belaster deltagerens økonomi yderligere. Dette kommer blandt andet til udtryk i følgende udsagn på inklusionstidspunktet *”jeg har ikke penge til min husleje, så hvordan har hun tænkt sig at jeg skal betale for min medicin”*, *”de snakker hen over hovedet på en. Det er den usikkerhed – hvad vil de nu sende mig ud i”*, *”jeg ved ikke om hun har fået talt med sygeplejersken om min sukkersyge”* og *”jeg ved ikke om de taler sammen, det har jeg aldrig hørt om.”*

Uddrag fra kvalitativ undersøgelse. Forskningsprogrammet Sundhed:

”Flere af interviewpersonernes forløb varetages i forskellige sektorer. Selvom tværsektoriel koordination og kommunikation finder sted er det sandsynligvis ikke et aspekt de interviewede har

særlig indblik i. De mærker til gengæld hurtigt de tilfælde, hvor der er fravær af koordination og kommunikation. Det er bemærkelsesværdigt, at flere af de adspurgte antager, at der automatisk finder en form for kommunikation sted mellem sektorer og faggrupper. Til gengæld stiller andre sig stærkt tvivlende overfor, at kommunikation før deres deltagelse i projektet overhovedet har fundet sted generelt.”

5.4.3 Den brugercentrerede tilgang

Den brugercentrerede tilgang i Sammen om min vej har på baggrund af ovenstående læring udviklet sig til at indeholde elementer fra anerkendte støttemetoder, hvorpå deltagerne kan støttes til at fungere i deres hverdagsliv med de udfordringer de måtte have. Dette fra case-management-baseret metode (Socialstyrelsen, marts 2015), samt ACT-metoden (Socialstyrelsen, maj 2015). Metoderne er evidensbaserede og har det til fælles, at støtten til borgerne har en høj grad af intensitet efter behov. I den brugercentrerede tilgang i Sammen om min vej har medarbejderen i projektteamet blandt andet henvist og samarbejdet med andre behandlings- og støttetilbud i systemerne og har kun i akutte situationer eller i kortere perioder ydet den direkte støtte til deltagerne. Det anses som en stor fordel at projektteamet har været sammensat af forskellige fagkompetencer inden for psykiatri, somatik, socialområdet samt sygeplejefaglige kompetencer.

Den brugercentrerede tilgang i Sammen om min vej tager udgangspunkt i et bottom-up perspektiv, hvor deltageren selv er med til at definere indholdet i det som skal ske sammen med og omkring dem, ud fra egne ønsker og behov. Indsatsen er baseret ud fra, at deltageren har et ønske om forandring i sin situation, at deltageren ønsker at samarbejde og lade sig inddrage. I Sammen om min vej har deltagerne efterspurgt en partner som blandt andet kan støtte dem i at skabe overblik over deres samlede situation, koordinere indsatser på tværs og navigere i systemerne. I en systematisk læringsproces er der i projektperioden udviklet en funktion i tæt dialog med deltagerne og samarbejdspartnere i projektorganisationen: *Borgerens forløbspartner*. Forløbspartnerens funktion er beskrevet i afsnit 4.1.1.

5.4.4 Deltageren ved bedst

Sammen om min vej har som værdigrundlag, at deltageren bedst ved 'hvor skoen trykker' og hvad der har betydning i forhold til, at de kan komme videre med deres situation. Synet på deltageren har et recovery og empowerment perspektiv, hvor der tages udgangspunkt i deltagerens ønsker, behov og præferencer og hvor deltageren har indflydelse på både udvikling og den løbende tilpasning af formen af tilbuddet på individniveau samt på gruppeniveau.

Som udgangspunkt har det været afgørende, at alle parter har været aktive omkring samarbejdet. Med dette menes både deltager, forløbspartner, samarbejdspartnere omkring deltageren samt ledere i organisationerne således det har været muligt at tilpasse rammerne ud fra deltagerens behov, således nye arbejdsgange og løsninger kan udvikles, testes og justeres. 'Nytænkningen' har sat deltagerens behov i centrum og har motiveret forløbspartnere og samarbejdspartnere til vedvarende at skabe forbedringer til gavn for den enkelte deltager.

5.4.5 Flerfaglighed og tværfaglighed

Der findes en masse faglighed og tværfaglighed indenfor de enkelte organisationer. I samarbejdet omkring deltagere i projektet er indsatsen i høj grad afhængig af, at alle relevante aktører indgår aktivt i samarbejdet. Deltagerne har behov for forskellige fagligheder i forskellig grad på forskellige tidspunkter. Forløbspartnerne har deres egen faglighed at byde ind med, og de arbejder i et flerfagligt team for at sikre, at deltagerens samlede behov bliver belyst, hvorved teamet i fællesskab kan sikre vej til en helhedsorienteret behandling og støtte. Forbedring af praksis fordrer, at der kontinuerligt følges op på tværs af alle samarbejdspartnere.

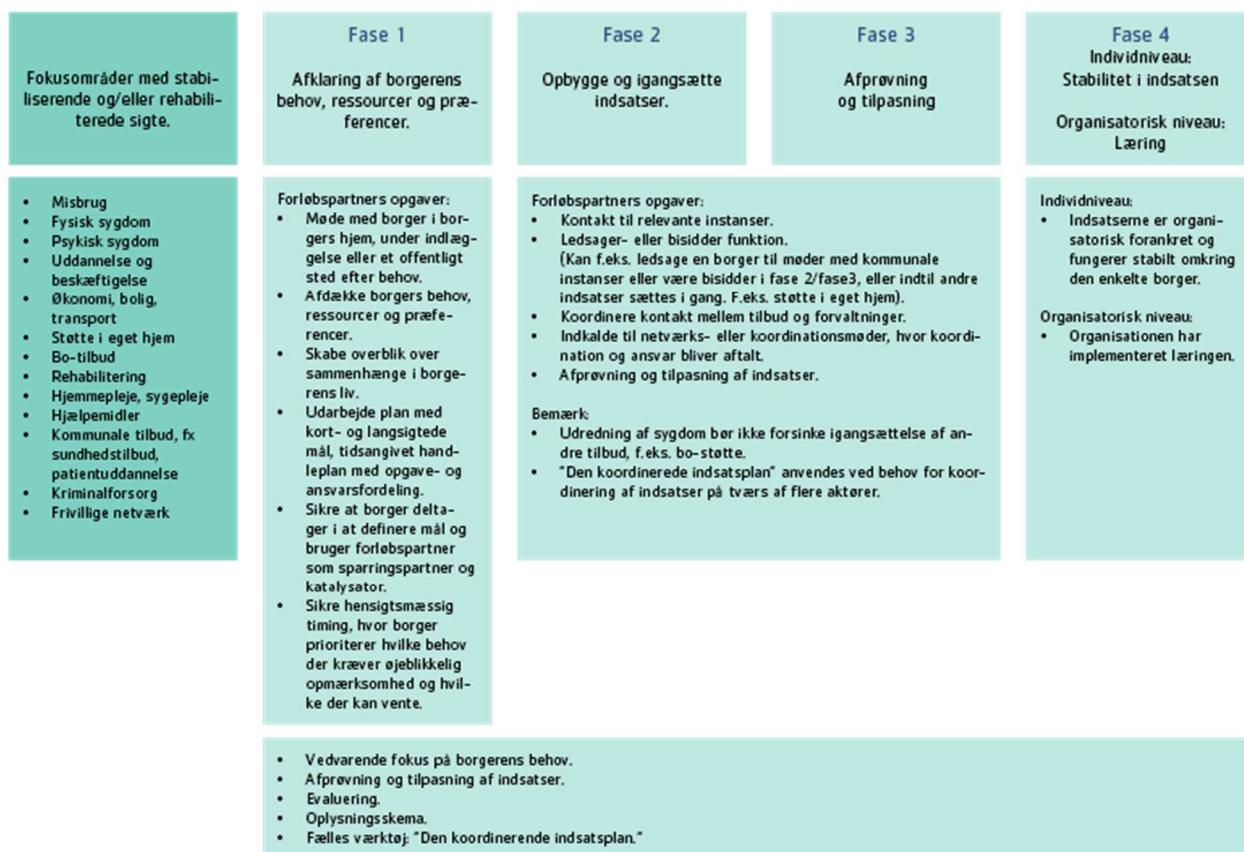
5.5 Interventionen

I Sammen om min vej er interventioner løbende udviklet og tilpasset baseret på brugerinddragelse og Forbedringsmodellen (PDSA) og i tæt dialog med samarbejdsaktører på tværs af partnerskabet. Det var således ikke på forhånd muligt at definere, hvad den endelige intervention ville omfatte, eller hvordan den skulle designes.

5.5.1 Interventionsmodeller i projektperioden

I den indledende fase lærte projektteamet om deltagernes ressourceprofil og behov. Ud fra læringen blev det tydeligt, at der var behov for at tage udgangspunkt i en behandlingsmatrix som rakte ud over det traditionelle sundhedsområde og som tager udgangspunkt i, at de basale livsomstændigheder som økonomi, bolig og ernæring skal være opfyldt inden deltageren kan tage aktiv del i og ansvar for sit helbred.

Ud fra læringen blev intervention 1.0 udviklet med etablering af individuelt designet støtte fra en medarbejder i projektteamet. Dette blev udviklet og justeret yderligere baseret på systematisk læring i takt med skaleringen. Der har i projektet været udviklet 3 interventionsmodeller, hvoraf intervention 1.0 blev udviklet og testet i 2015, intervention 2.0 blev udviklet og testet i 2016 og som efter justering og tilpasning blev til intervention 3.0 som blev anvendt i 2017, figur 15. For tidligere udviklede interventionsmodeller henvises til Midtvejsevaluering projekt Sammen om min vej (Binzer m. fl.). Der arbejdes i de individuelle forløb med fokusområder med stabiliserende og/eller rehabiliterende sigten inden for en lang række områder som fx misbrug, boligforhold, beskæftigelse, udredning eller behandling af fysisk eller psykisk sygdom, kontakt til praktiserende mv. Interventionen har været tidsbegrænset og er fortsat så længe deltageren har haft et behov.



Figur 15. Interventionsmodel 3.0 med en faseinddelt systematik som overordnet struktur.

5.5.2 Borgerens forløbspartner

I takt med en systematisk læringsproces i udvikling af interventionen er der projektperioden udviklet en funktion i tæt dialog med deltagere og samarbejdsaktører på tværs af partnerskabet: *Borgerens forløbspartner*.

Alle deltagere i Sammen om min vej er tilbudt hjemmebesøg af en forløbspartner, hvor en samtale med udgangspunkt i deltagerens livssituation har været med til at skabe overblik over dennes ressourcer, udfordringer og behov. De fleste indledende samtaler med deltagerne har fundet sted på deltagerens bopæl, men offentlige rum som biblioteker, cafeer og kirker er også eksempler på, hvor deltagere har ønsket at mødes første gang. Det afklares under samtalen, hvordan deltageren ønsker at lade sig støtte i mødet med social- og sundhedsvæsenet. Sammen har deltager og forløbspartner lagt en plan for det videre forløb med kortsigtede og langsigtede mål. Deltageren prioriterer selv rækkefølgen på de problemstillinger, der skal arbejdes med. Forløbspartneren søger at sikre lige/differentieret adgang til indsatserne. Aftalte indsatser sættes i gang, koordineres og følges tæt ud fra individuelle behov på tværs af eksempelvis jobcenter, misbrugscenter, hjemmepleje, ambulatorier, psykiatrien og praktiserende læge. Forløbspartneren støtter derved deltager i at skabe overblik og sikre, at forskellige indsatser *både* tager udgangspunkt i deltagerens individuelle behov *og* bliver koordineret bedst muligt – på tværs af både fagområder og sektorgrænser.

Forløbspartnerne har haft kompetence og faglighed til at navigere selvstændigt, konsekvent og på tværs af sektorer. Uanset om det er som bindeled, tovholder, bisidder, sparringspartner eller som katalysator for den enkelte deltager. Men *uden* at være en del af et behandlingsteam. Det har givet plads til at arbejde innovativt i større sammenhænge og med mere helhedsorienterede løsninger tilpasset deltagerens hverdagsliv.

Uddrag fra kvalitativ undersøgelse. Forskningsprogrammet Sundhed:

”Analysen peger på at projektmedarbejdere i samarbejde med andre aktører forstår, forsøger og formår at imødekomme de behov som er særegne for borgerne i Sammen om min vej. Derudover viser analysen, at projektmedarbejdere i samarbejde med andre aktører lykkes med at skabe sammenhængende og meningsfulde forløb for borgerne.”

Forløbspartnerne arbejder med en faseinddelt systematik som overordnet struktur jf. figur 16. En god relation til deltageren, tillid, kontinuitet, vedholdenhed og ikke mindst timing er nøgleord. Det handler om at indtænke, foreslå og tilvejebringe fleksible løsninger ud fra både en recovery- og empowerment understøttende tilgang. Samtidig har en stærk etisk dømmekraft vist sig at være afgørende. Det er erfaringen fra projektet, at deltagerne ikke har kendskab til deres rettigheder og at de ofte ikke har kendskab til de muligheder der er for hjælp i social- og sundhedsvæsenet. Deltagerne har ikke alene skulle informeres om deres rettigheder men har også haft behov for støtte til at få det i praksis.

Der er en graduering af intensiteten i den enkelte deltagers sag fra grad 1 til 5, hvor intensitet/kompleksitet og behov for handlinger og aktiviteter i den enkelte sag vurderes som mindst i grad 1 og størst i grad 5.

Der er i projektet udarbejdet en sikkerheds- og arbejdsprocedure for projektmedarbejderne ved besøg på borgerens bopæl.

5.5.3 Den koordinerende indsatsplan

Den koordinerende indsatsplan har været anvendt i projektet ved koordinerende møder, hvor der er to eller flere samarbejdspartnere omkring den enkelte deltager. Planen er anvendelig uanset deltagerens udfordringer og deles mellem deltager og samarbejdspartnere. I Sammen om min vej er den koordinerende indsatsplan anvendt på tværs af såvel somatik, som psykiatri og misbrugsområde. Den koordinerende indsatsplan har været anvendt som et fælles redskab med henblik på at skabe overblik og sammenhæng for deltageren.

At gå nye veje og tilrettelægge differentierede indsatser på tværs er krævende – i hvert fald som en begyndelse. Men nysgerrighed skaber rum for innovation som fx i møderne omkring den koordinerende indsatsplan. Gode ideer opstår og nye løsninger udvikles når samarbejdspartnere mødes på tværs af fagområder og sektorer. Når fokus rettes mod muligheder og har blik på det lokale råderum er erfaringerne fra projektet, at der ofte er mulighed for at tilpasse rammerne, hvorved der gives plads til at sætte deltagerens behov i centrum i stedet for systemets. Her er det vigtigt at erkende, at forandringer kræver systematisk fokus på at opsamle læring omkring nye løsninger. Der skal være ledelsesmæssig opbakning til at revidere og prøve igen, hvis ikke det går som planlagt i første forsøg.

5.5.4 Rekruttering

Som udviklingsprojekt har rekruttering af deltagere til Sammen om min vej været bundet op på, at det er frontpersonalet i partnerskabsorganisationerne som har spottet potentielle kandidater.

Der var fra projektets start en forventning om, at deltagerne primært skulle rekrutteres fra akutafdelingen på det somatiske sygehus. Der har været afprøvet en række modeller omkring rekruttering. Blandt andet er screening afprøvet som metode ud fra forventning om, at særlige mønstre hos borgere med hyppig brug af skadestue og akutte indlæggelse kunne bidrage til rekruttering. Læring fra afprøvninger viste, at screening er en usikker metode med både utilstrækkelig specificitet og sensibilitet. Sundhedsjournaloplysninger viste ligeledes at være en usikker indikator da oplysningerne er fokuseret på den akutte, aktuelle tilstand samt aktionsdiagnose, og dels mangler der ofte tilstrækkelige oplysninger om borgerens helhedssituation, fx sociale og psykiske forhold samt egenomsorgsevne.

Læring om deltagerens mønstre og færden i systemerne har udviklet rekrutteringsprocessen og arbejdsgangene. Fra at rekruttere deltagere på akutafdelingen blev rekrutteringen rullet ud til sengeafsnit, til medicinske ambulatorier, til psykiatrien og distriktskykiatrien for til sidst at blive rullet ud i kommunerne. Herunder blandt andet i jobcentre, myndigheder, socialpsykiatrien, misbrugscentre og hjemmeplejen. Gennem dialog med frontpersonalet har forløbspartnerne drøftet potentielle kandidater som kunne have behov for interventionen. Forløbspartneren har derved haft mulighed for at udfylde de gab som er identificeret i projektperioden mellem deltager, sygehus og kommune. Dog ikke som erstatning for aftalte kommunikationsveje.

Forløbspartnerne har været konsekvente i det opsøgende arbejde fra 2-5 gange ugentlig på det somatiske sygehus gennem projektperioden. Fremgangsmåden har krævet 1½ t. pr. gang men bidrager til et vedvarende fokus på målgruppen ligesom der blandt medarbejdere udvikles bred viden om samarbejdsorganisationer, behandlings- og opfølgingsmuligheder på tværs. Fra marts 2017 har forløbspartnerne ligeledes udført opsøgende arbejde i psykiatrien 1 gang ugentligt.

Rekruttering af borgere til Sammen om min vej er gået langsommere end forventet indenfor tidsrammen. Den programteoretiske analyse afdækker en række kontekstuelle faktorer, som kan have betydning for blandt andet rekruttering af borgere. Analysen viser

”... At rekruttering af borgere i målgruppen i akutmodtagelsen er udfordret af en kombination af arbejdspress hos medarbejderne, akutte syge patienter og kort indlæggelsestid. Fordi kontakten er så kortvarig, er det desuden svært at skabe den tillid, som deltagerne [medarbejderne] oplever som nødvendig, for at borgerne siger ja til at blive henvist til projektet.”

(Hollmann Møllek, uddrag: 49).

Den programteoretiske analyse påpeger endvidere:

”... At projektet bliver mødt med skepsis og mistro fra borgernes side. Flere borgere har været udsat for svigt gennem deres liv, og har derfor ikke tillid til systemet, og dermed heller ikke til projekter. For at sige ja til at være med kræver det at borgeren har en tro på, at man vil dem det godt.”

(Ibid., uddrag: 51).

Den systemteoretiske analyse fremhæver ligeledes som en kontekstuel faktor, at frontmedarbejderne på tværs af partnerskabet ønsker mere viden om projektet ligesom opfølgende information om tidligere henviste deltagere kan være med til at holde fokus på målgruppen.

Målgruppen i Sammen om min vej omtales som ekstra sårbare når de har et misbrug og når de ikke har et netværk. Sidstnævnte kan have betydning for, hvorvidt borgerne ønsker eller ikke ønsker at deltage:

... ”så er det også rigtig svært at få dem motiveret, tror jeg, til projektet. Fordi de netop ikke har nogen at tale for og imod hvad der kunne være fordele ved at træde ind i et sådant projekt, de står med det hele alene og i en kompleks og svær situation og dagligdag, så det kan være svært at få overskud til det, men de ville helt sikkert have rigtig stor glæde af det.”
(Ibid. uddrag: 51).

Inklusionskriterierne i Sammen om min vej har været debatteret flere gange i projektperioden, også i forhold til flow i rekrutteringen. Flere analyser viser, at det fra frontmedarbejdernes perspektiv opleves som en fordel, at inklusionskriterierne har været så brede, således andre og mere ressourcestærke borgere ikke ’overtager’ projektet med en forhåbning om, at få andet og mere end de allerede modtager (ibid. uddrag: 52).

Erfaringer fra projektet viser, at deltagere som rekrutteres fra andre sygehusafdelinger end akutmodtagelsen ofte er svært somatisk syge, hyppigt med alkoholmisbrug og sociale problemstillinger. På grund af almen svækkelse eller svækket bevidsthedsniveau, er det typisk for disse borgere, at det tager flere dage fra en medarbejder har spottet et behov, til borgeren kan præsenteres for tilbuddet og er klar til, eller ønsker at deltage. Endvidere er der for flere af disse stadig et samtidigt behov for yderligere udredning. I en del tilfælde, er det først efter flere indlæggelser og tilbud om deltagelse i Sammen om min vej, at borgeren siger ja. Det er således vigtigt med ”rette timing”, hvorfor det er vigtigt, at frontpersonalet fortsætter med at opfordre borgere til deltagelse, trods tidligere afslag, samt at frontpersonalet kan formidle budskabet om sammenhæng mellem borgerens aktuelle (forværede) situation og fordele ved at supplere det aktuelle forløb med en særlig koordineret og tilpasset indsats.

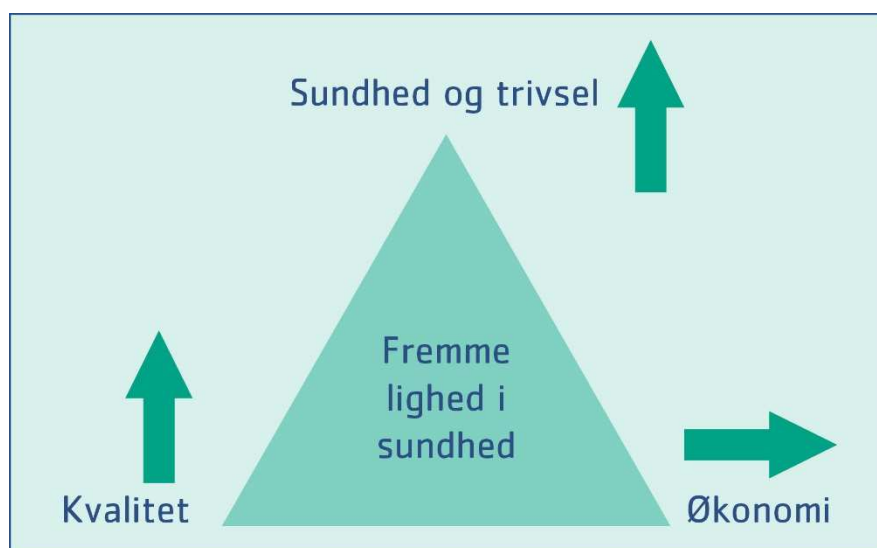
5.6 Resultater jf. Triple Aim

Effekten af Sammen om min vej er baseret på Triple Aim dvs. et samtidig og ligestillet fokus på, at fremme sundhed og trivsel i målgruppen, øge den brugeroplevede og kliniske kvalitet, samt sikre hensigtsmæssig brug af ressourcer på tværs af aktører med stigende fokus på brug af ambulante ydelser.

Antallet af deltagere som indgår i de enkelte analyser fremgår af figurerne.

5.6.1 Resumé af resultater

Med Sammen om min vej opnås lovende resultater jf. Triple Aim. Deltagerne oplever forbedret sundhed og trivsel, deltagere oplever øget kvalitet i behandling/tilbud, og der ses en forbedring af både deltagernes og samarbejdsaktørernes oplevelse af sammenhæng og koordinering på tværs. Deltagerne anvender i stigende grad ambulante behandlings- og rehabiliteringstilbud i form af egen læge, speciallæger og anden sygesikring (såsom tandlæge og fysioterapeut), samt kommunale tilbud indenfor pleje og rehabilitering. Trods den høje og komplekse sygelighed blandt deltagerne med deraf følgende specialiserede behandlingsbehov, ses stabile regionale omkostninger i opfølgingsperioden. En kontrolgruppeanalyse viser en tendens til, at omkostningsniveauet falder i opfølgingsperioden for deltagerne i Sammen om min vej sammenlignet med den matchede kontrolgruppe. Der kræves yderligere opfølgning om 1-2 år for en mere fyldestgørende analyse af udviklingen i omkostningsniveau ud over 1 år.



Figur 17. Triple Aim med tre ligestillede mål. Institute for Healthcare Improvement med partnere. Indikation af resultaterne. Vertikale pile indikerer udvikling i positiv retning mens horisontal pil indikerer delvis positiv udvikling.

5.6.2 Delmål 1: Fremme sundhed og trivsel i målgruppen

Målet er at

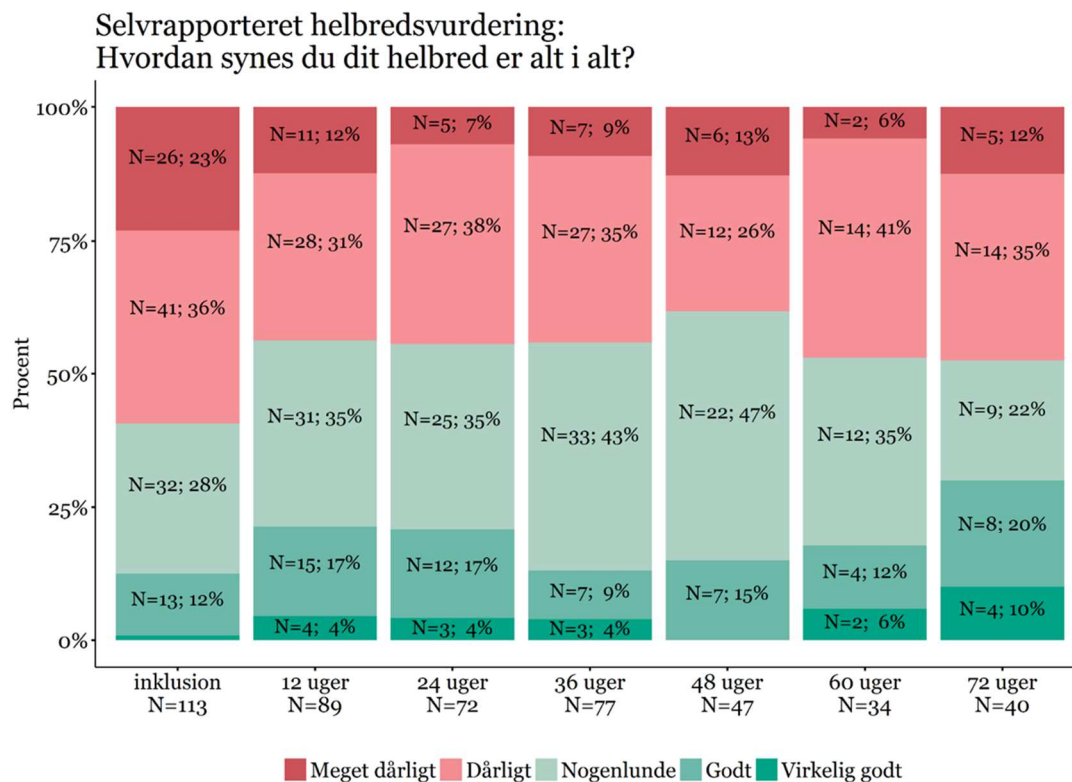
- ✓ Øge andelen af borgere med et godt selv vurderet helbred med 15 procentpoint og
- ✓ Øge livskvaliteten.

Der ses en positiv udvikling blandt deltagerne i forhold til både selv vurderet helbred og livskvalitet belyst ved en overordnet tilfredshed med livet.

5.6.2.1 Selv vurderet helbred

Andelen som vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt øges fra 13% ved inklusion til 30% ved 72 ugers opfølgning svarende til at andelen øges med 17 procentpoint. Denne tendens fastholdes ved subgruppeanalyser, herunder analyser af såkaldte ”complete cases” dvs. deltagere som har svaret på spørgsmålene ved alle opfølgningerne.

Det er samtidig værd at bemærke en reduktion på 10 procentpoint i andelen af borgere som oplever ”meget dårligt selv vurderet helbred”. Forskning har gentagne gange vist sammenhæng mellem dårligt selv vurderet helbred og hhv. sygelighed, dødelighed og forbrug af akutte sundhedsydelse.

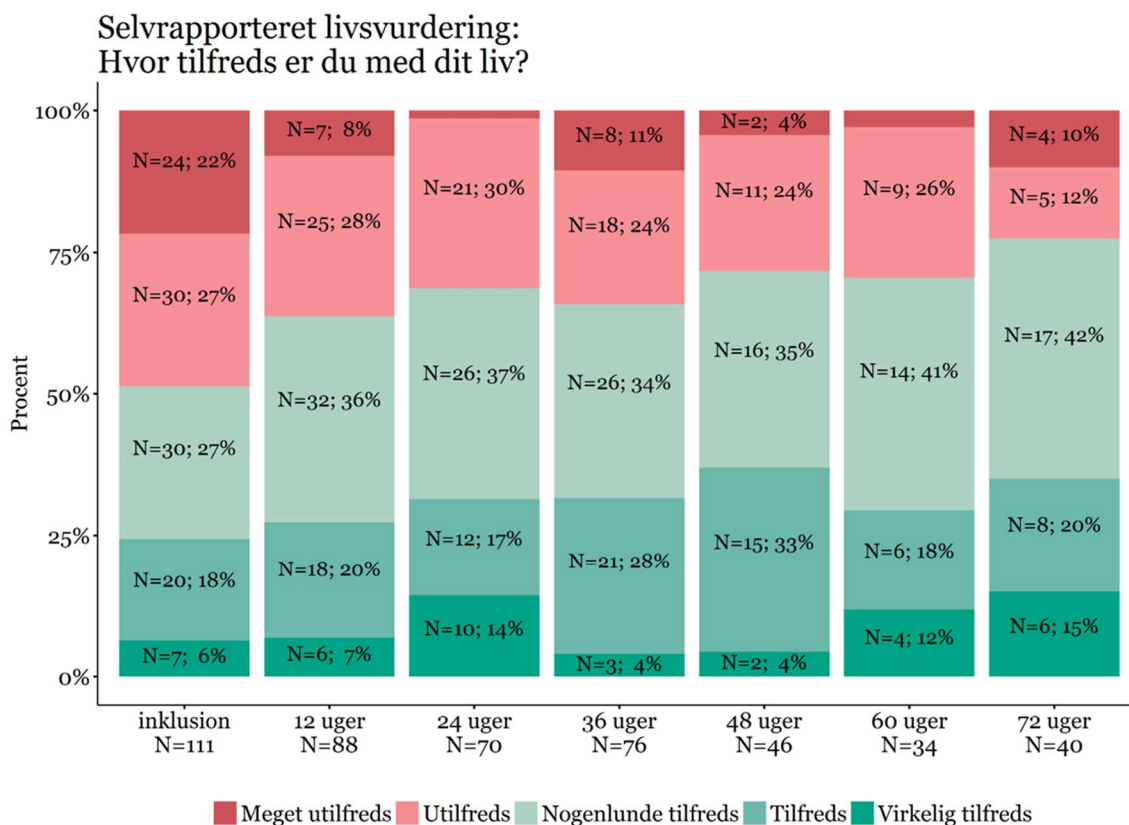


Figur 18. Selv vurderet helbred – opfølgning med 12 ugers interval.

5.6.2.2 Livskvalitet

Ved inklusion angiver 51% at være nogenlunde tilfreds, tilfreds eller virkelig tilfreds med eget liv, mens denne andel er steget til 77% efter 72 uger, svarende til en stigning på 26 procentpoint.

Blandt deltagere med somatisk sygdom som eneste sundhedsmæssig udfordring ses ovenstående tendenser for såvel selvvalideret helbred som livskvalitet endnu tydeligere end blandt deltagere med kompleks sygdom.



Figur 19. Selvrapporteret tilfredshed med livet – opfølgning med 12 ugers interval.

5.6.3 Delmål 2: Øge klinisk og brugeroplevet kvalitet

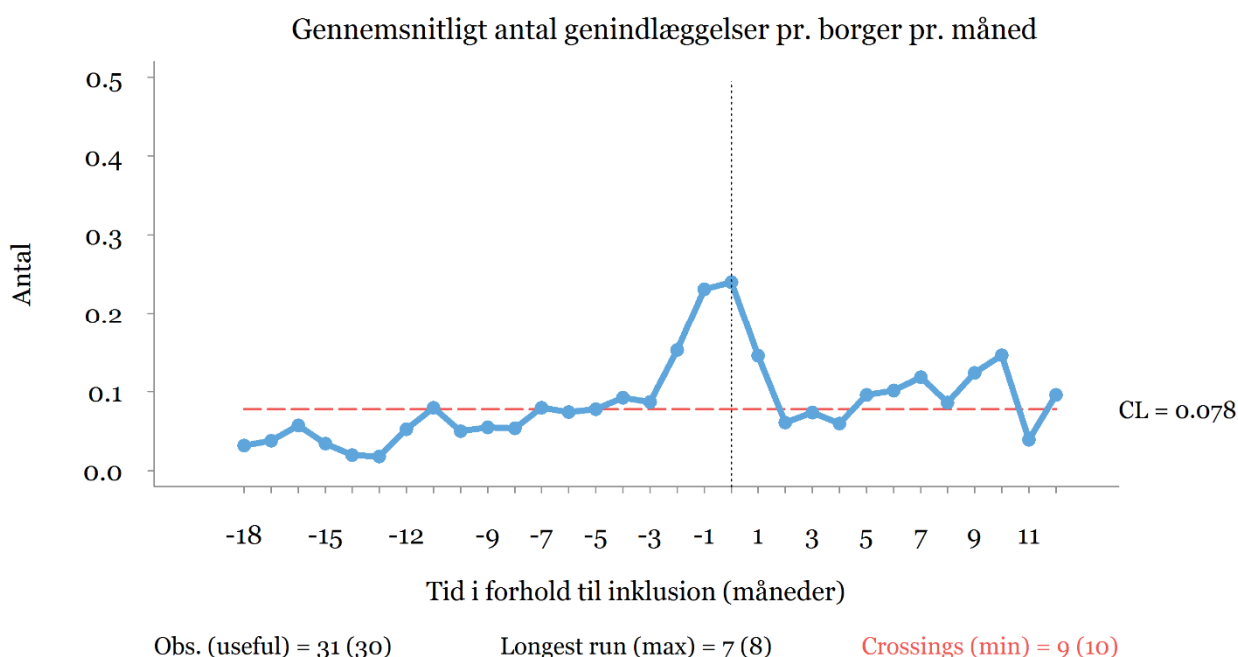
Målet er at

- Reducere antallet af genindlæggelser med 15 procentpoint
- ✓ Opnå forbedret tværfaglig og tværsektoriel koordinering,
- ✓ Øge andelen af borgere, som oplever god sammenhæng i sundheds- og sociale ydelser og
- ✓ Øge patienttilfredsheden.

Samlet set øges den kliniske og brugeroplevede kvalitet blandt deltagerne i Sammen om min vej. Resultaterne for de enkelte mål er opgjort nedenfor.

5.6.3.1 Genindlæggelser

Målet er at reducere antallet af genindlæggelser med 15 procentpoint; ved formuleringen af målet blev der ikke fastsat en tidsramme for, hvornår dette mål skulle være opfyldt, ligesom det ikke blev beskrevet hvilken periode, der skulle sammenlignes med. Antal af genindlæggelser anvendes i mange sammenhænge som et udtryk for klinisk kvalitet. Det gennemsnitlige antal genindlæggelser blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 20.

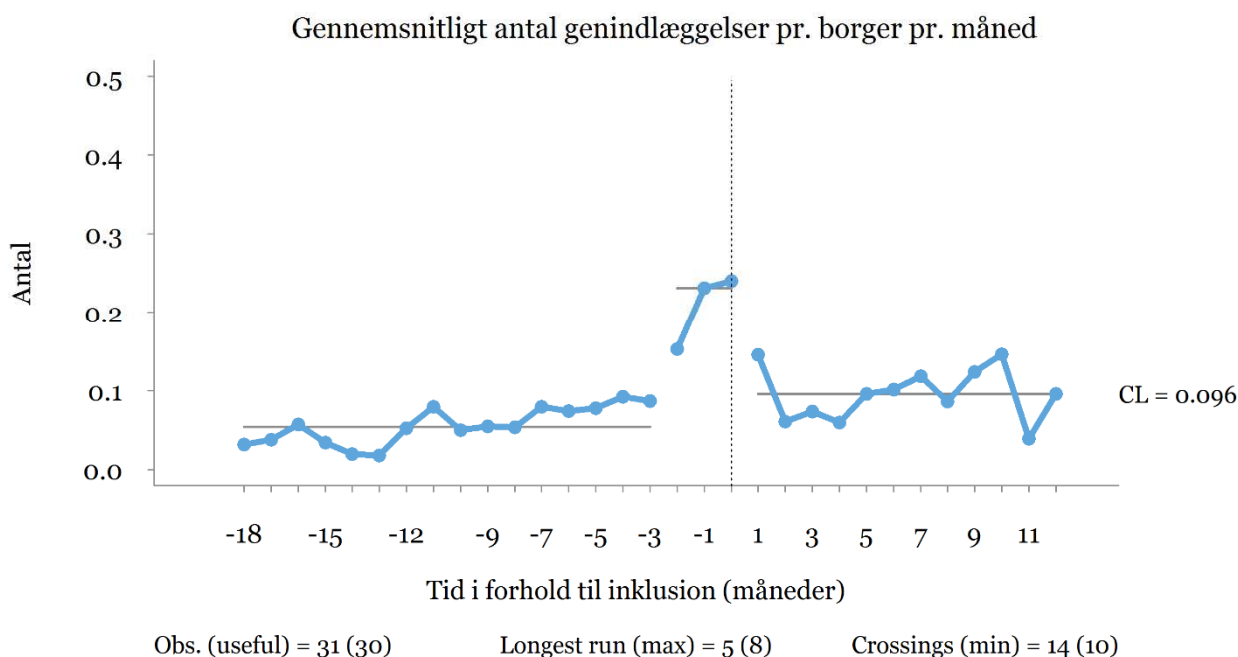


Figur 20. Gennemsnitligt antal genindlæggelser pr. borger pr. måned.

Medianen for det gennemsnitlige antal genindlæggelser pr borger pr måned i perioden fra -3 til -18 måneder før inklusion ligger stabilt omkring 0,054. I månederne lige op til inklusion ses en markant stigning i antal genindlæggelser blandt deltagerne; gennemsnittet er på 0.23 genindlæggelser pr. deltager i den måned, de blev inkluderet i projektet. I perioden 1-12 måneder efter inklusion opnås igen et stabilt niveau omkring medianen på 0,096. Der er altså tale om en lille stigning over tid (figur 21) hvis perioden efter inklusion sammenlignes med det stabile niveau før inklusion.

Niveauet i perioden efter inklusion er dog markant lavere end ved spidsbelastningen omkring inklusionstidspunktet. Her skal det bemærkes, at selvom deltagerne modtager støtte og hjælp til at benytte social- og sundhedstilbud og forebyggende indsatser på optimal vis, så vil der sandsynligvis være en vis latenstid inden man kan forvente at se en reduktion (hvis nogen) på f.eks. genindlæggelser.

Peaket i genindlæggelser falder sammen med en tilsvarende stigning i antallet af indlæggelser omkring samme tidspunkt. Begge dele afspejler formegentligt vores inklusionskriterie - deltagerne i Sammen om min vej er blevet inviteret til at deltage i projektet såfremt de har haft ≥ 2 akutte indlæggelser inden for de seneste 30 dage eller ≥ 3 akutte indlæggelser indenfor de seneste 6 måneder.



Figur 21. Gennemsnitligt antal genindlæggelser pr. borger pr. måned opdelt i stabil periode før og efter inklusion.

5.6.3.2 Tværfaglig og tværsektoriel koordinering

Projektteamet har løbende modtaget tilbagemeldinger fra samarbejdspartnere omkring indsatsen og samarbejdet med Sammen om min vej – og har løbende tilpasset og udviklet interventionen baseret herpå. Generelt er projektet modtaget positivt blandt direkte samarbejdspartnere i både region og kommuner.

Nedenfor findes uddrag fra den kvalitative undersøgelse udført af Forskningsprogrammet Sundhed, UCC Professionshøjskolen, februar 2018:

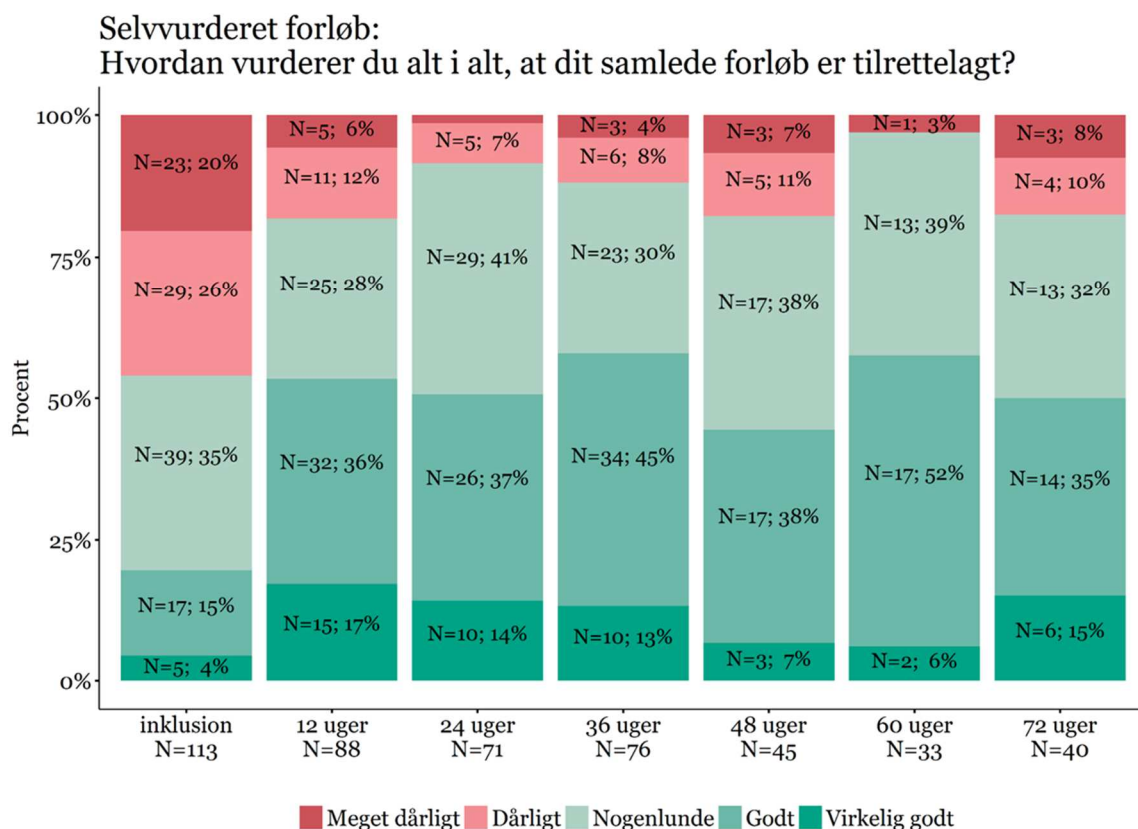
”Samarbejdsaktører beskriver, hvordan samarbejdet med forløbspartneren i Sammen om min vej er med til at sikre sammenhæng og kvalitet i forløb:

”Vi sparrer, vi udveksler viden, vi har måske meget forskellige vinkler på en problemstilling og så debatterer vi, hvordan vi gør: det lykkedes for os at få nogle borgere i og igennem forløb, borgere som enten er blevet afvist eller ikke opsøger behandling. Vi får borgere i behandling, som ellers ikke ville komme i behandling. Vi får styr på det ved at samarbejde ud fra nye perspektiver. ”

”Samarbejdsaktører beskriver, hvordan de begynder at tænke og arbejde på andre måder fordi de bliver inspireret af den anerkendende og opsøgende tilgang i projektet. En samarbejdsaktør som begynder at opsøge informationer om borgere andre steder end vanlig praksis. Eller samarbejdsaktører som oplever ”fornyset nysgerrighed”. Det er en ændring i praksis under påvirkning af projektet. Det opleves som værdiskabende for samarbejdsaktørerne og som en kvalitetsforbedring. ”

5.6.3.3 Koordinering af forløb

Andelen af borgere, som vurderer at deres samlede forløb på tværs af sektorer er godt eller virkelig godt tilrettelagt øges fra 19% ved inklusion til 50% ved 72 ugers opfølgning, svarende til en stigning på 31 procentpoint (figur 22).



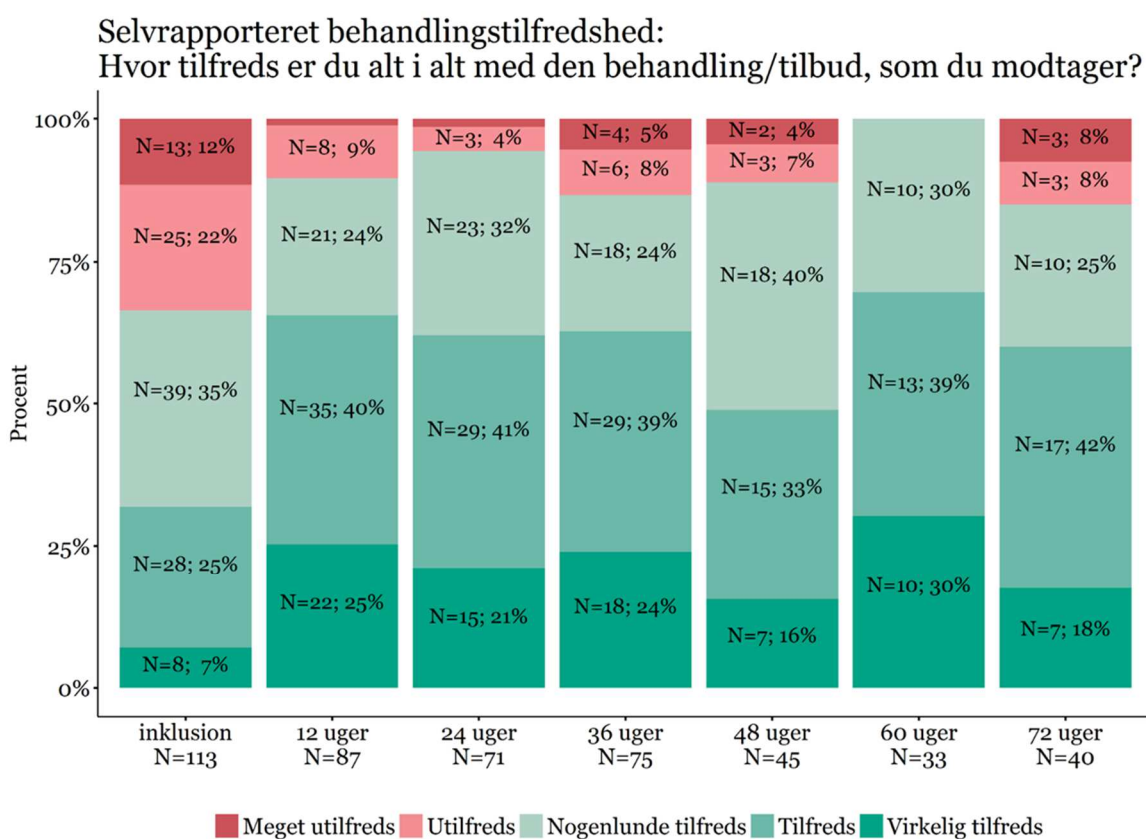
Figur 22: Selvvurderet forløb – opfølgning med 12 ugers interval.

Uddrag fra kvalitativ undersøgelse. Forskningsprogrammet Sundhed:

”Kontinuitet i information, i behandlingen og relationen til forløbspartneren og andre faggrupper i forløbet, spiller en central rolle for det borgeroplevede sammenhængende forløb. I et borgerperspektiv er et godt forløb yderligere karakteriseret ved at borgeren erfarer, at de enkelte elementer giver mening i forhold til det samlede forløb. Vejledning og information, både om de enkelte undersøgelses bidrag ift. hele forløbet samt om resultater og ændringer af planer er således afgørende for, hvorvidt et forløb kan betragtes som godt og tilfredsstillende i et borgerperspektiv. Det oplever de interviewede deltagere.”

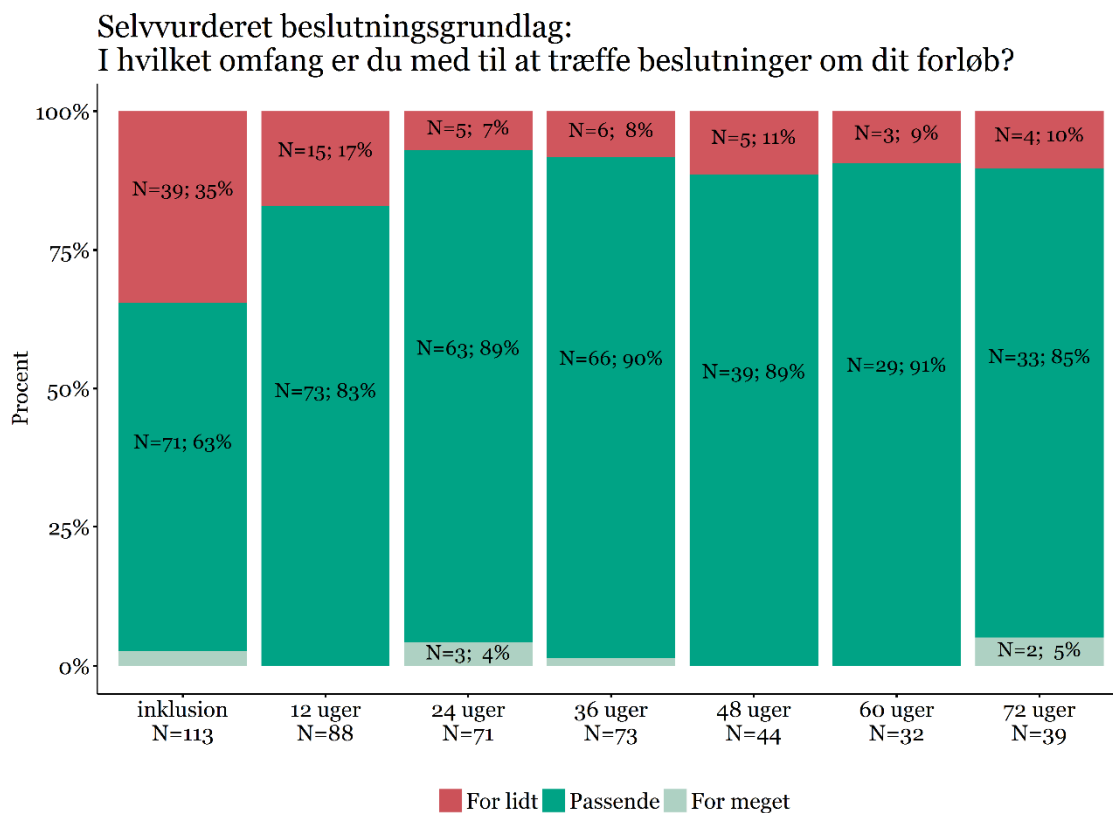
5.6.3.4 Patienttilfredshed

Andelen af deltagere, som angiver at være virkelig tilfreds eller tilfreds med de tilbud og den behandling, de modtager stiger fra 32% til 60% svarende til en stigning på 28 procentpoint (figur 23). Det interessant at bemærke, at andelen af de utilfredse eller meget utilfredse reduceres betydeligt fra 34% til 16%.



Figur 23: Selvrapporeret behandlingstilfredshed – opfølgning med 12 ugers interval.

Andelen af deltagere, som angiver i passende grad at være med til at træffe beslutninger i deres eget forløb øges fra 63% til 85% i samme tidsrum (figur 24).



Figur 24: Selvvurderet beslutningsgrundlag – opfølgning med 12 ugers interval.

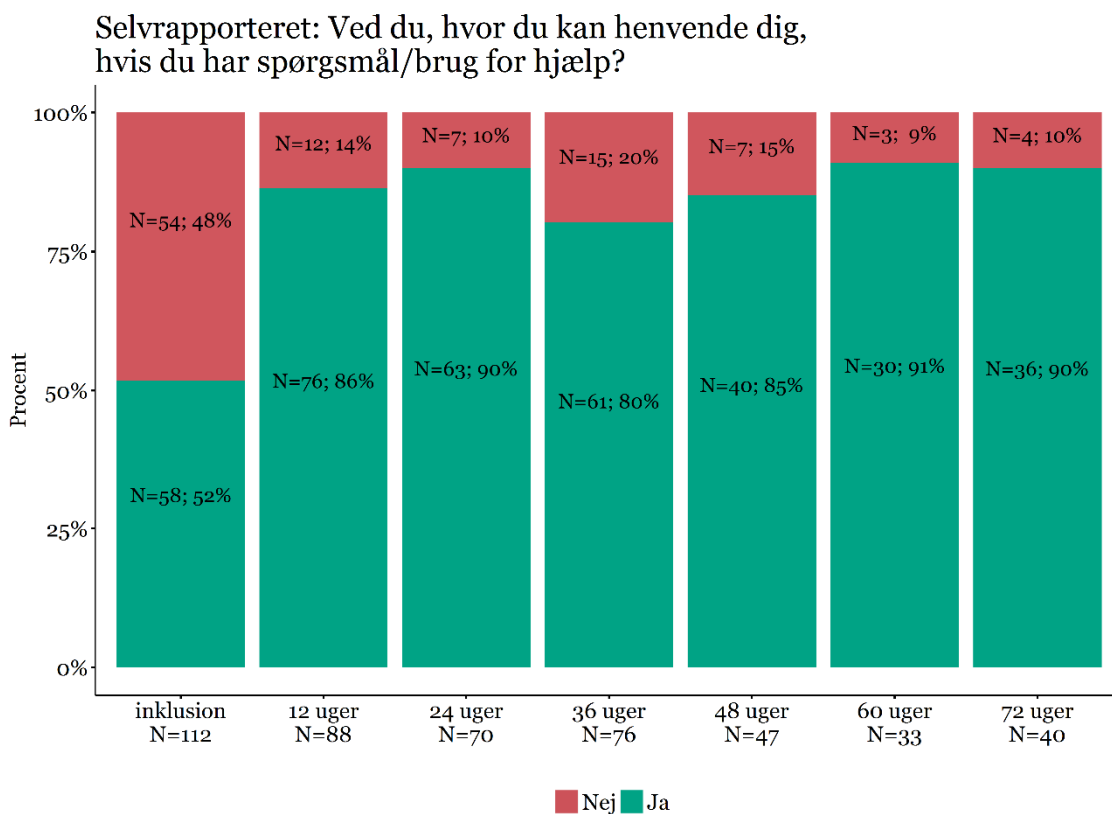
Uddrag fra kvalitativ undersøgelse. Forskningsprogrammet Sundhed:

”Det er bemærkelsesværdigt, at det for flere af de interviewede borgere gælder, at de efter (tidligere) at være blevet afvist eller misforstået, for første gang ”oplever et skub i den rigtige retning”, ”at der bliver samlet op og fulgt op og fulgt til dørs.”

”Interviewpersonerne beskriver tryghed i og værdien af, at have ubesværet adgang til viden og hjælp, at være tryk ved den medicinske behandling og at forløbspartnerne er let tilgængelige - for oplevelsen af kvalitet.”

”At kunne ringe og spørge eller at sende en sms og vide at der bliver ringet tilbage.”

Ved inklusion i Sammen om min vej oplyser 52% af deltagerne, at de ved, hvor de skal henvende sig ved spørgsmål til deres forløb eller ved brug for hjælp (figur 25). Denne andel er steget til 90% ved 72 ugers opfølgning. Dette bidrager til oplevelsen af øget kvalitet for deltagerne. Deltagernes kompleksitet taget i betragtning, anses dette som en tilfredsstillende udvikling.



Figur 25: Selvrapporteret viden om mulighed for hjælp – opfølgning med 12 ugers interval.

5.6.4 Delmål 3: Effektiv anvendelse af eksisterende midler

Målet er at

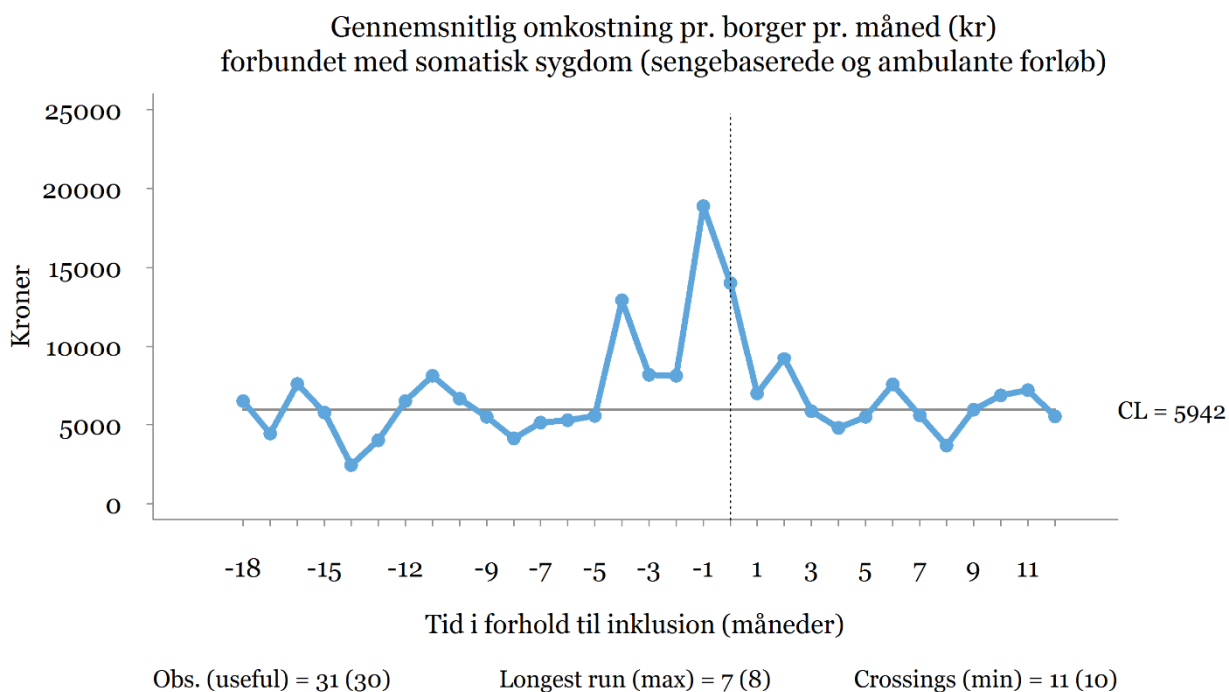
- Reducere samlede sygehusbaserede omkostninger med 30 procentpoint
- Reducere antallet af akutte ydelser med 15 procentpoint
- ✓ Opnå hyppigere kontakt til praktiserende læge
- ✓ Opnå hyppigere kontakt til kommunal ambulant behandling

Samlet ses et øget brug af forebyggende og rehabiliterende ydelser, samt planlagte behandlingsforløb i primær sektoren blandt deltagerne i Sammen om min vej mens de sygehusbaserede omkostninger er uændret inden for den nuværende opfølgningstid. Resultaterne for de enkelte mål er opgjort nedenfor.

5.6.4.1 Sygehusbaserede omkostninger

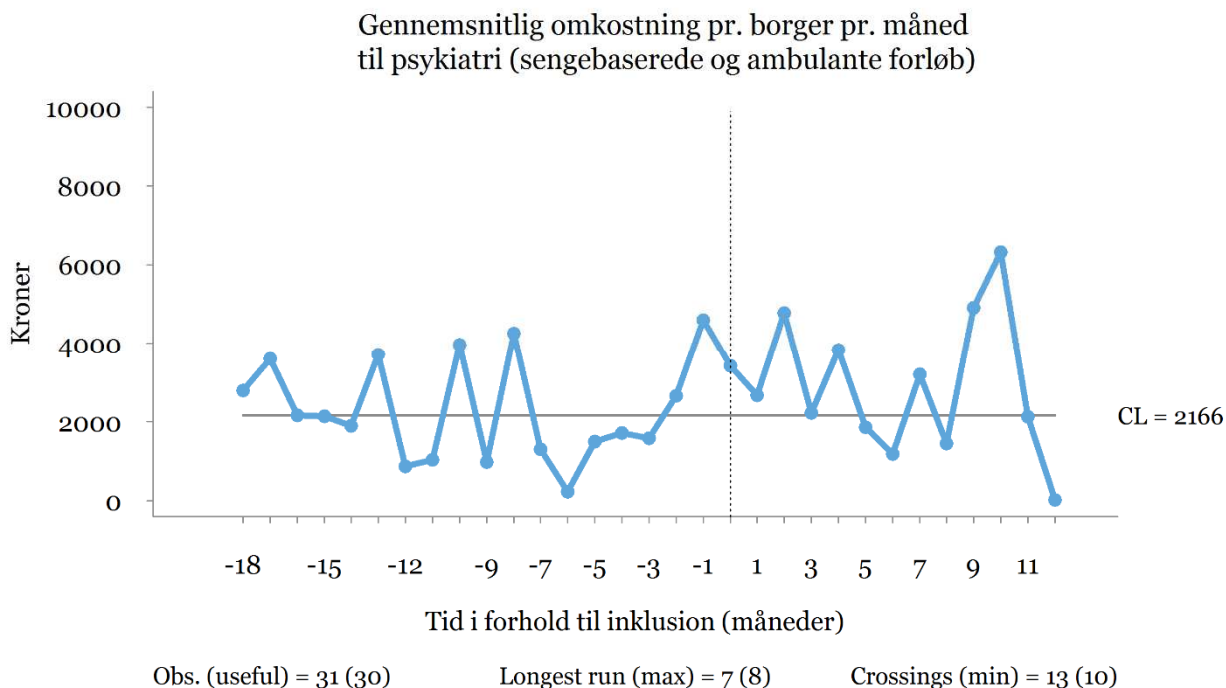
Målet er, at de samlede sygehusbaserede omkostninger reduceres med 30 procentpoint. Vi har valgt at opdele de sygehusbaserede omkostninger i hhv. somatisk og psykisk sygdom.

Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med somatisk sygdom (indlæggelser og ambulante kontakter) blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 26. Der er ingen ændring i omkostningsniveauet i perioden fra 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion i Sammen om min vej. Der ses dog en vis (naturlig) variation i det gennemsnitlige omkostningsniveau pr. borger pr. måned, der svinger omkring medianen på kr. 5942.



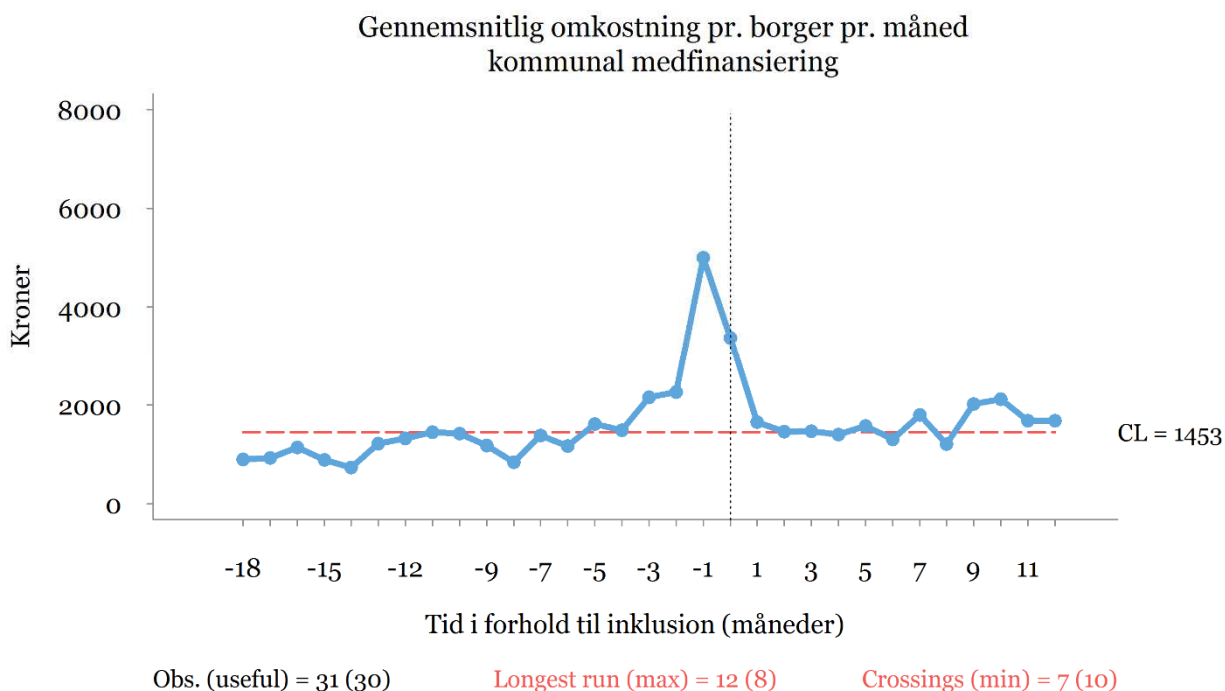
Figur 26. Gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. måned (kr.) forbundet med somatisk sygdom (sengebaserede og ambulante forløb).

Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med psykisk sygdom (indlæggelser og ambulante kontakter) blandt deltagerne i månederne før og efter inklusion er vist i figur 27. Der er ingen ændring i omkostningsniveauet i perioden fra 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion i Sammen om min vej. Der ses dog en vis (naturlig) variation i det gennemsnitlige omkostningsniveau pr. borger pr. måned, der svinger omkring medianen på 2166 kr.



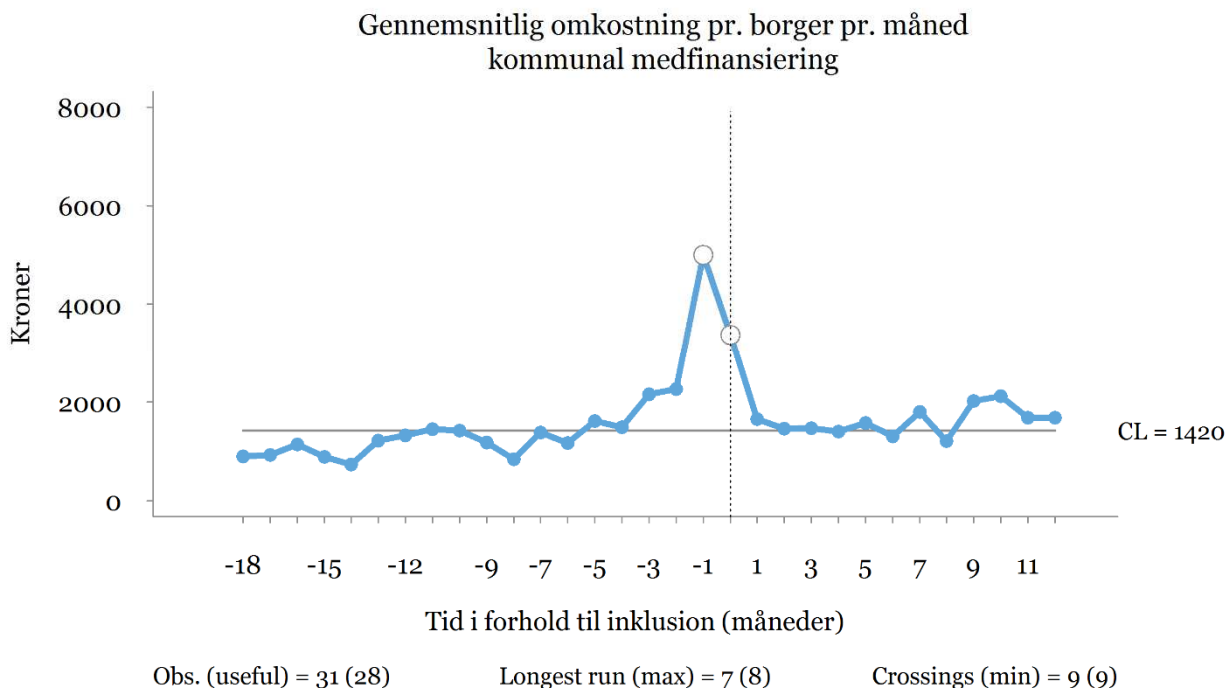
Figur 27. Gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. måned til psykiatri (sengebaserede og ambulante forløb).

Kommunerne finansierer en del af udgifterne, når borgere bliver indlagt eller kommer i ambulant behandling. Ordningen er tænkt som et incitament til forebyggelse hos kommunerne. Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med kommunal medfinansiering blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 28.



Figur 28. Gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. måned kommunal medfinansiering.

Den høje omkostning i måned -1 og 0 afspejler det peak i antallet af indlæggelser, som danner grundlag for deltagernes inklusion i projektet. Ser vi bort for observationerne til tid -1 og 0, er der ingen ændring i niveauet for kommunal medfinansiering før og efter inklusion i projektet (figur 29); udsving er blot naturlig variation.

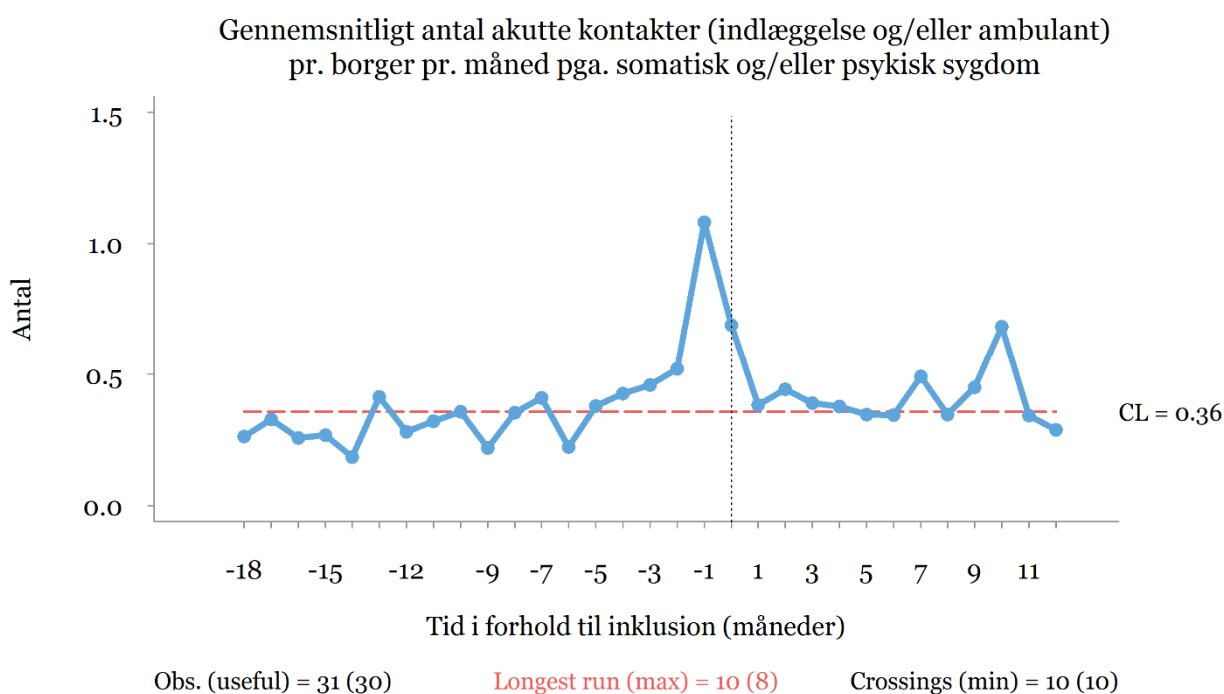


Figur 29. Gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. måned kommunal medfinansiering.

5.6.4.2 Akutte ydelser

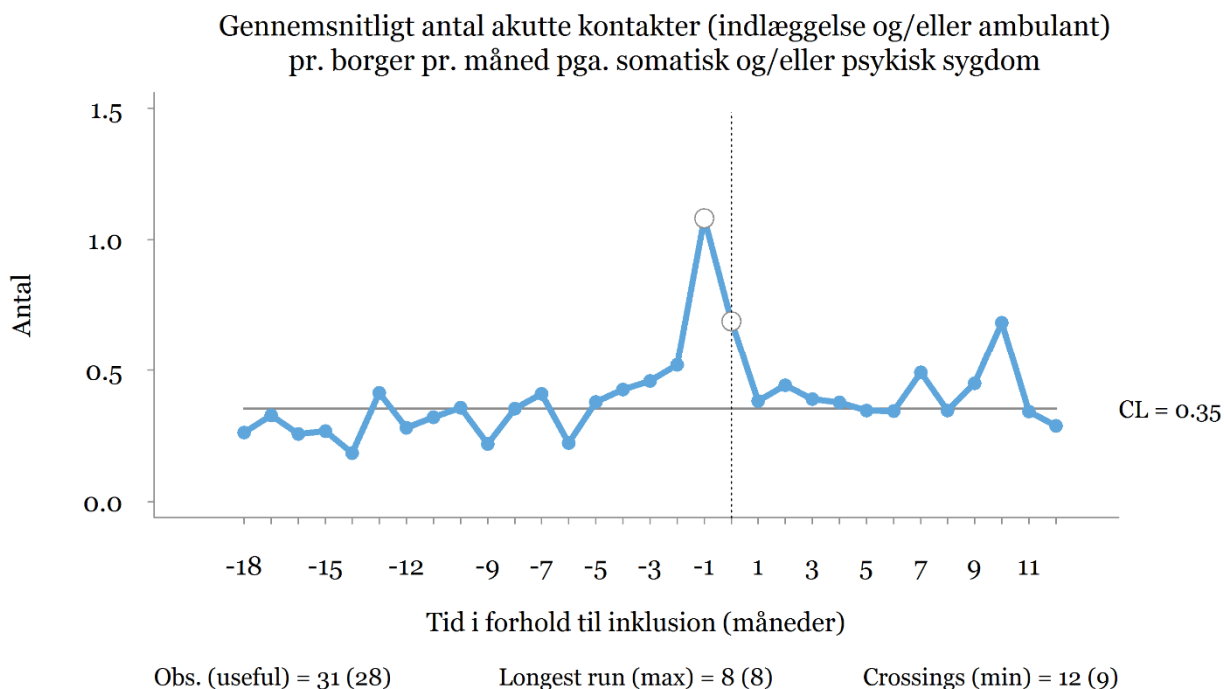
Målet er, at antallet af akutte ydelser (ambulancekørsler) for målgruppen reduceres med 15 procentpoint. På grund af validitetsproblemer i data fra det præ-hospitale område (akutte ambulancekørsler) har vi i stedet analyseret antallet af akutte indlæggelser og/eller akutte ambulante kontakter forbundet med somatisk og/eller psykisk sygdom.

Det gennemsnitlige antal akutte kontakter (indlæggelse og/eller ambulante) forbundet med somatisk og/eller psykisk sygdom blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 30. I måneden inden inklusion ses et meget højt antal akutte kontakter blandt deltagerne. Det skyldes, at deltagerne i Sammen om min vej netop er blevet inviteret til at deltage i projektet såfremt de har haft ≥ 2 akutte indlæggelser inden for de seneste 30 dage eller ≥ 3 akutte indlæggelser indenfor de seneste 6 måneder.



Figur 30. Gennemsnitlig antal akutte kontakter (indlæggelser og/eller ambulante) pr. borger pr. måned pga. somatisk og/eller psykisk sygdom.

Hvis vi ser bort fra observationerne til tiden 0 og -1, er der tale om naturlig variation og ikke en forandring i niveauet før og efter inklusion (Figur 31).

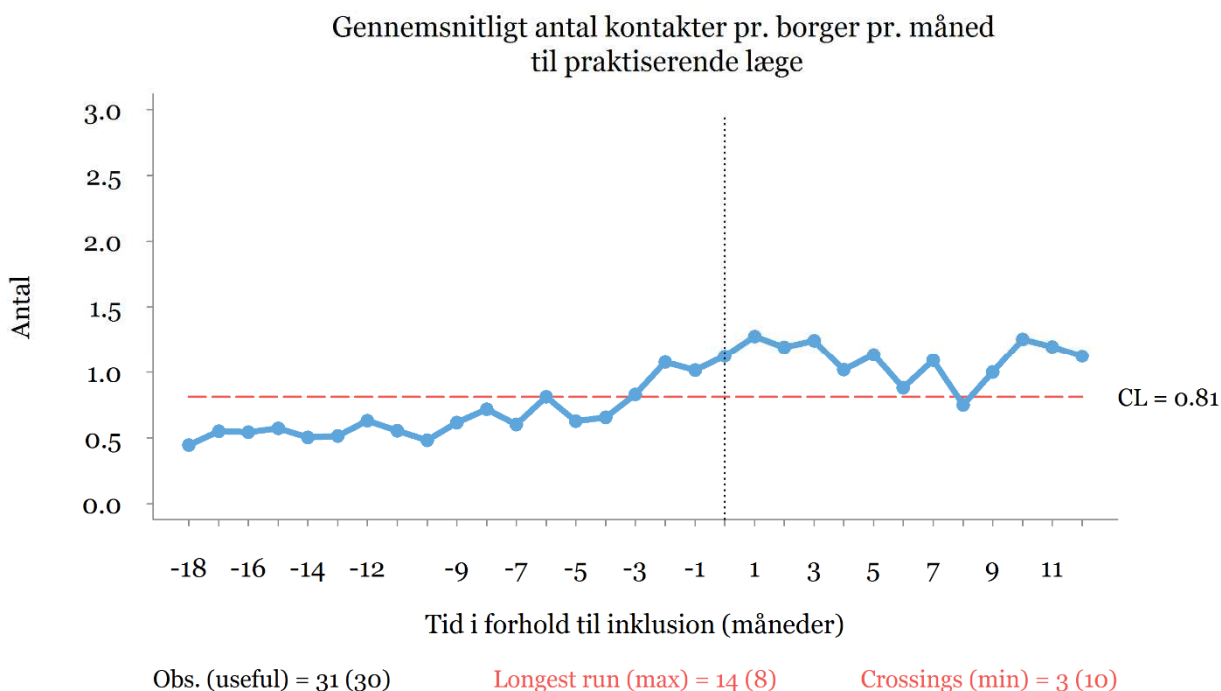


Figur 31. Gennemsnitligt antal akutte kontakter (indlæggelse og/eller ambulant) pr. borger pr. måned pga. somatisk og/eller psykisk sygdom.

5.6.4.3 Kontakt til praktiserende læge

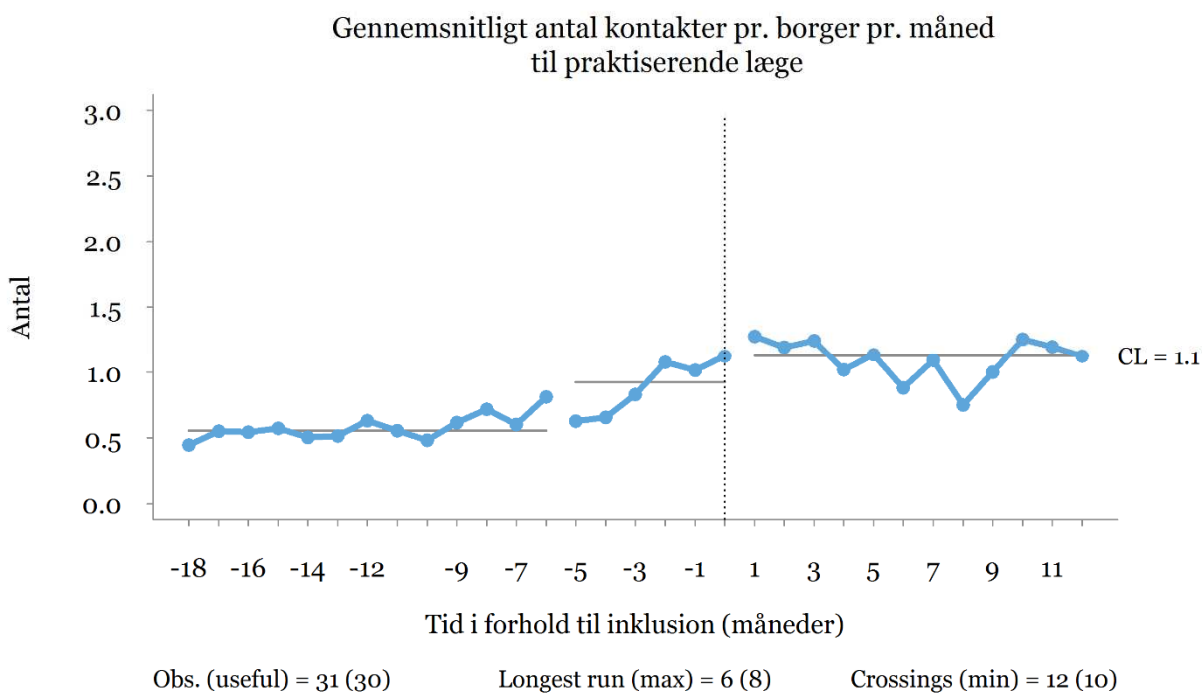
Målet er, at deltagerne opnår hyppigere kontakt til praktiserende læge og dermed flere planlagte, forebyggende ydelser. Deraf skulle vi gerne på sigt bevæge os væk fra mange akutte ydelser. Vi har undersøgt antallet af kontakter til hhv. praktiserende læge og speciallæge samt anden sygesikring (f.eks. tandlæge og fysioterapeut).

Det gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende læge blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 32.



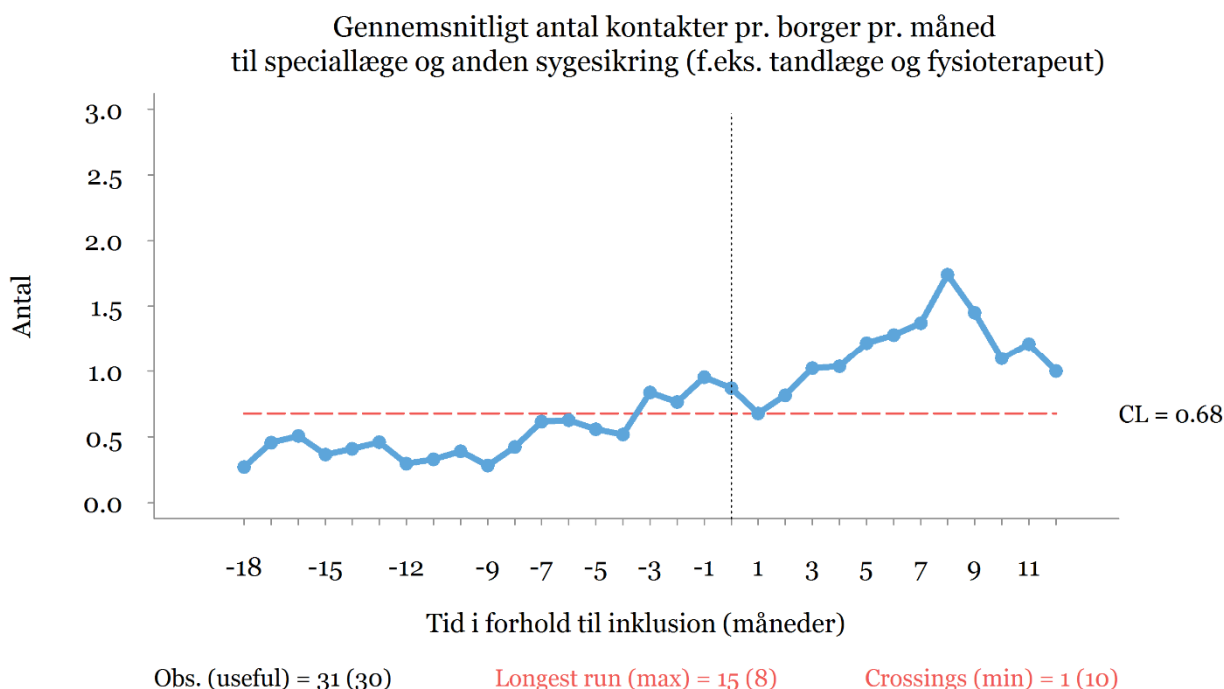
Figur 32. Gennemsnitligt antal kontakter pr. borger pr. måned til praktiserende læge.

Sammenligner vi niveauet 6-18 måneder før med niveauet 1-12 måneder efter inklusion er der sket en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende læge (Figur 33). Medianen for perioden -6 til -18 ligger på 0.55 mens medianen for perioden 1 til 12 måneder efter ligger på 1.13.



Figur 33. Gennemsnitlig antal kontakter pr. borger pr. måned til praktiserende læge.

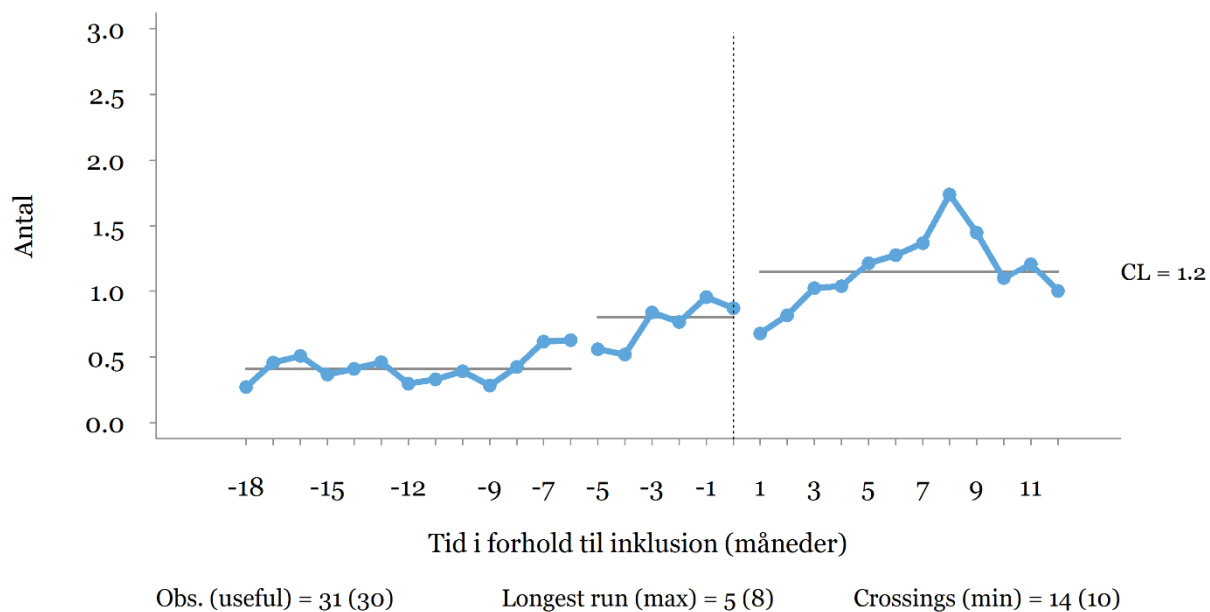
Det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge og anden sygesikring (f.eks. tandlæge og fysioterapeut) blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i Figur 34.



Figur 34. Gennemsnitligt antal kontakter pr. borger pr. måned til speciallæge og anden sygesikring (f.eks. tandlæge og fysioterapeut).

Sammenlignes niveauet 6-18 måneder før med niveauet 1-12 måneder efter inklusion er der sket en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge og anden sygesikring (Figur 35). Medianen for perioden -6 til -18 ligger på 0.41 mens medianen for perioden 1 til 12 måneder efter ligger på 1.15.

Gennemsnitligt antal kontakter pr. borger pr. måned til speciallæge og anden sygesikring (f.eks. tandlæge og fysioterapeut)



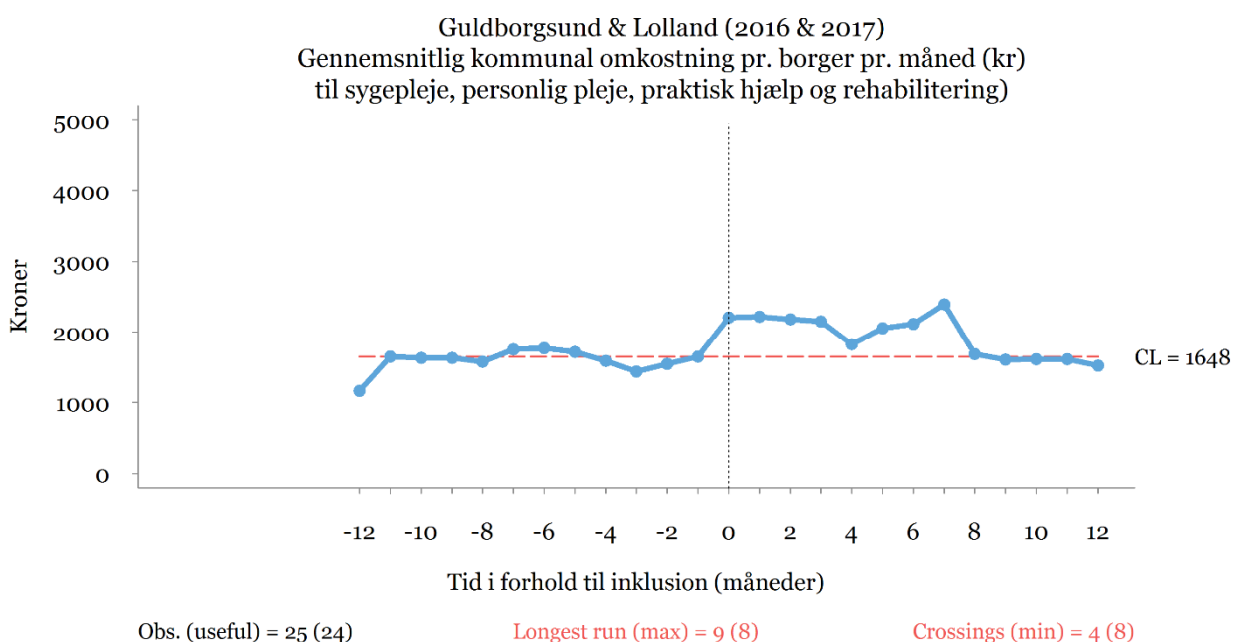
Figur 35. Gennemsnitligt antal kontakter pr. borger pr. måned til speciallæge og anden sygesikring (f.eks. tandlæge og fysioterapeut).

5.6.4.4 Brug af kommunale tilbud

Målet er, at deltagerne opnår hyppigere kontakt til kommunal ambulans behandling og rehabilitering. Vi har undersøgt omkostningen til:

- a) Sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering
- b) Støtte i form af beskyttet beskæftigelse (§103), aktivitets- og samværstilbud (§104), ældrebolig (§105 (L), botilbud (§107, 108) og midlertidigt ophold (§109, §1110 (GBS))

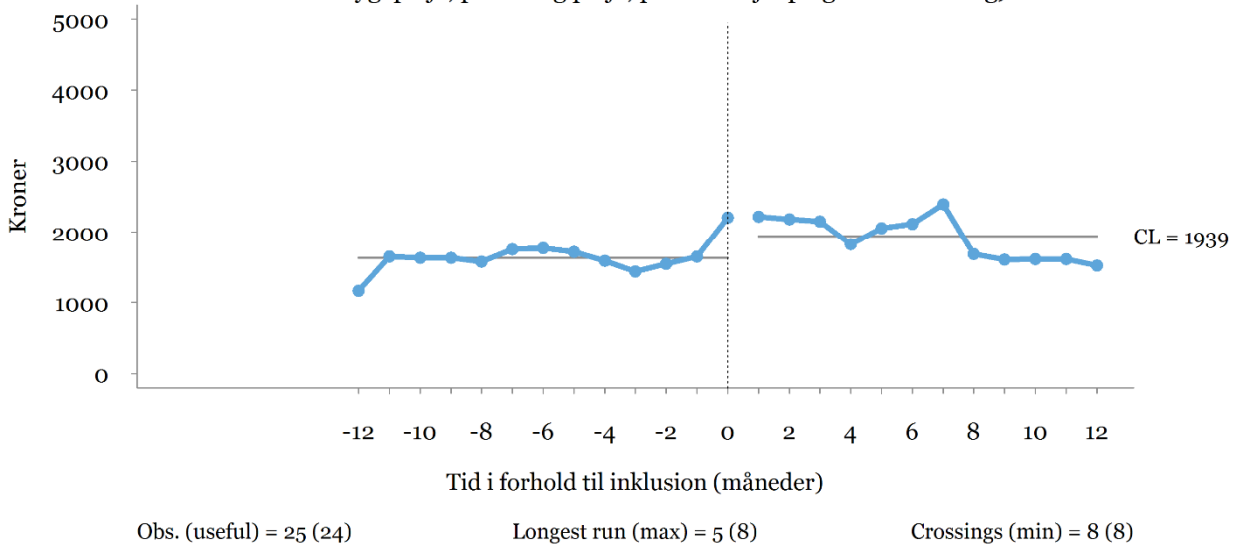
Den gennemsnitlige kommunale omkostning forbundet med sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 36.



Figur 36. Gennemsnitlig kommunal omkostning pr. borger pr. måned (kr.) til sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering.

Sammenlignes niveauet før inklusion med niveauet 1-12 måneder efter inklusion er der sket en stigning i den gennemsnitlige omkostning (Figur 37). Medianen for perioden 0 til -12 ligger på 1576 kr. mens medianen for perioden 1 til 12 måneder efter ligger på 1939 kr.

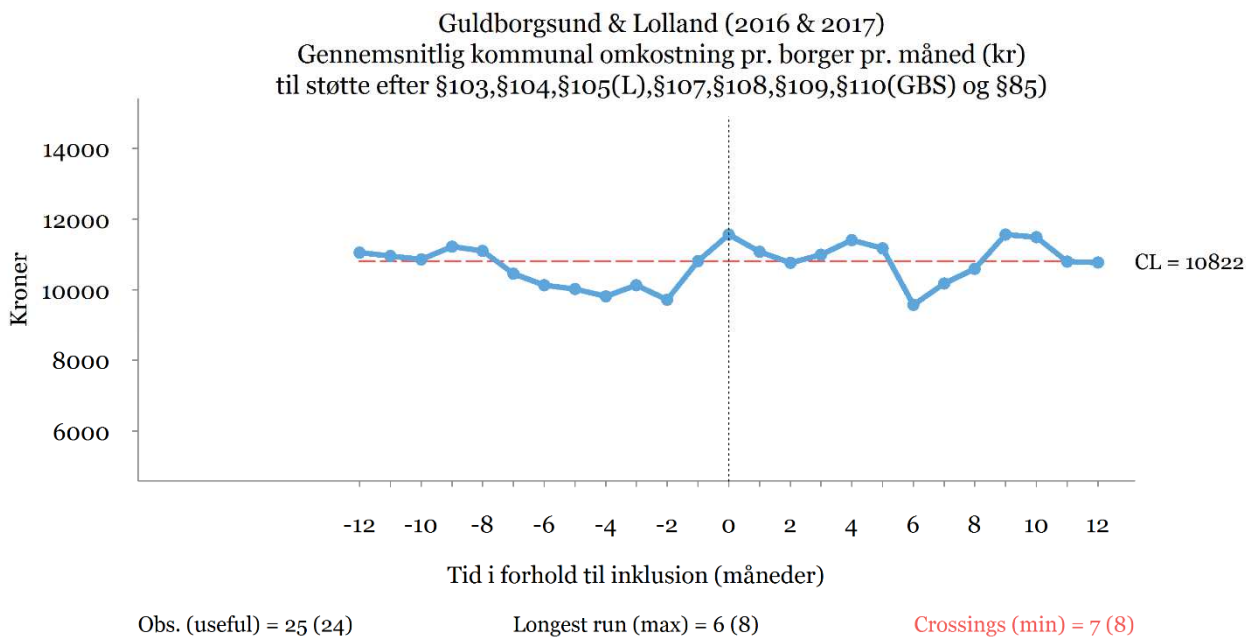
Guldborgsund & Lolland (2016 & 2017)
 Gennemsnitlig kommunal omkostning pr. borger pr. måned (kr.)
 til sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering



Figur 37. Gennemsnitlig kommunal omkostning pr. borger pr. måned (kr.) til sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering opdelt i stabilt niveau før og efter inklusion.

Det skal bemærkes, at data fra 2015 ikke indgår. Dette er en konsekvens af kommunernes skift i omsorgssystem, som har medført, at Guldborgsund Kommune ikke kunne trække data for 2015. Datagrundlaget for gennemsnitsudgifterne er derfor reduceret. Dette har særligt betydning for gennemsnitsomkostningerne i yderpunkterne, hvor usikkerheden omkring værdierne er større. Antallet af deltagere med data i månederne før og efter inklusion, når vi fjerner data fra 2015, er tidligere vist i figur 7.

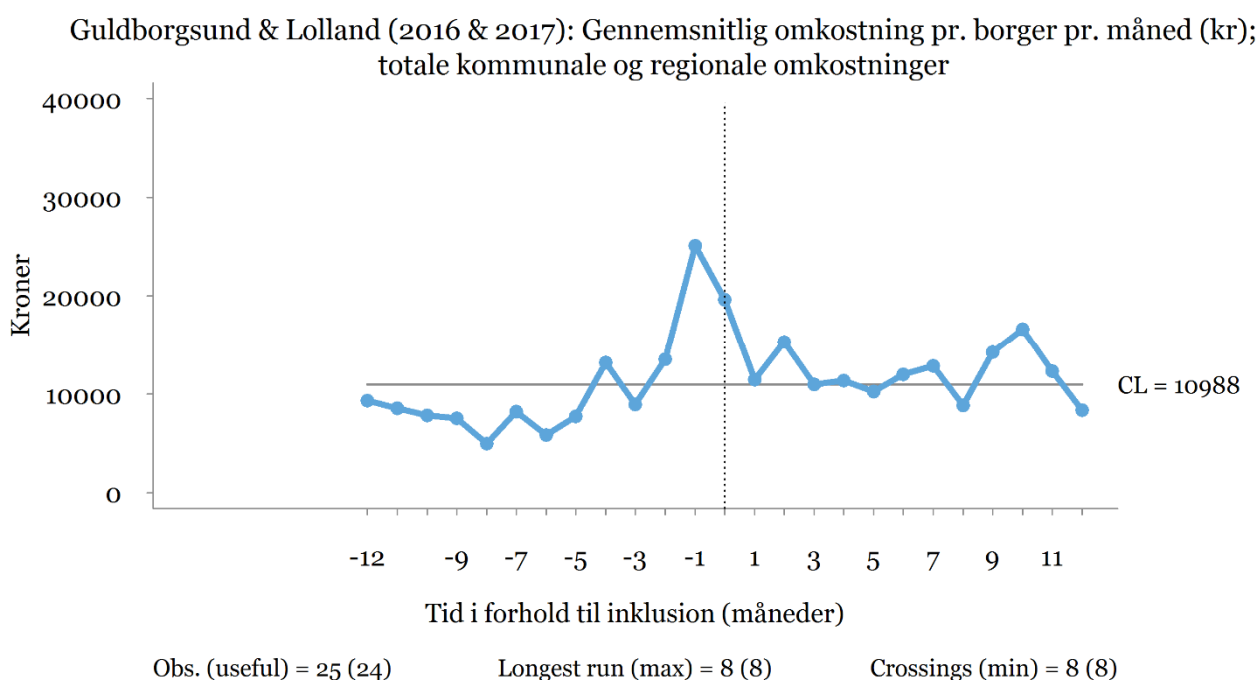
Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med beskyttet beskæftigelse (§103), aktivitets- og samværstilbud (§104), ældrebolig (§105 (L)), botilbud (§107, 108) og midlertidigt ophold (§109, §1110 (GBS)) blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 38. Her er data fra 2015 ligeledes ikke inkluderet, og som konsekvens heraf er tiden på x-aksen begrænset til 12 måneder før inklusion. I de 12 måneder før inklusion er der ikke tale om et stabilt niveau. Det er derfor ikke muligt at udtale sig om, hvorvidt der sker en ændring i niveau i tiden efter inklusion.



Figur 38. Gennemsnitlig kommunal omkostning pr. borger pr. måned (kr.) forbundet med beskyttet beskæftigelse (§103), aktivitets- og samværstilbud (§104), ældrebolig (§105 (L)), botilbud (§107, 108) og midlertidigt ophold (§109, §1110 (GBS)).

Den gennemsnitlige omkostning (kroner) forbundet med regionale og kommunale ydelser blandt deltagerne i Sammen om min vej i månederne før og efter inklusion er vist i figur 39. Regionale omkostninger omfatter her udgifter til indlæggelser og ambulante kontakter i forbindelse med somatisk og/eller psykisk sygdom, patienttransport, ambulancekørsel, medicin, praktiserende læge, speciallæge og anden sygesikring. Kommunale udgifter omfatter personlig pleje §83.1, praktisk hjælp §83.2, sygepleje §138, hjælp/omsorg/støtte §85, §103, §104, §105(L), §107, §108, §110(GBS) samt rehabilitering/genoptræning (§83a (GBS), §86, §119, §122 (GBS), §140 (GBS)). Bemærk, at de totale kommunale omkostninger i figur 39 ikke inkluderer omkostningerne forbundet med beskyttet beskæftigelse (§103), aktivitets- og samværstilbud (§104), ældrebolig (§105 (L)), botilbud (§107, 108) og midlertidigt ophold (§109, §1110 (GBS)), som er vist i figur 38.

Der er ingen ændring i omkostningsniveauet.



Figur 39. Gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. måned (kr) forbundet med regionale og kommunale ydelser.

5.6.4.5 Kontrolgruppeanalyse

Hovedkonklusion fra kontrolgruppeanalysen:

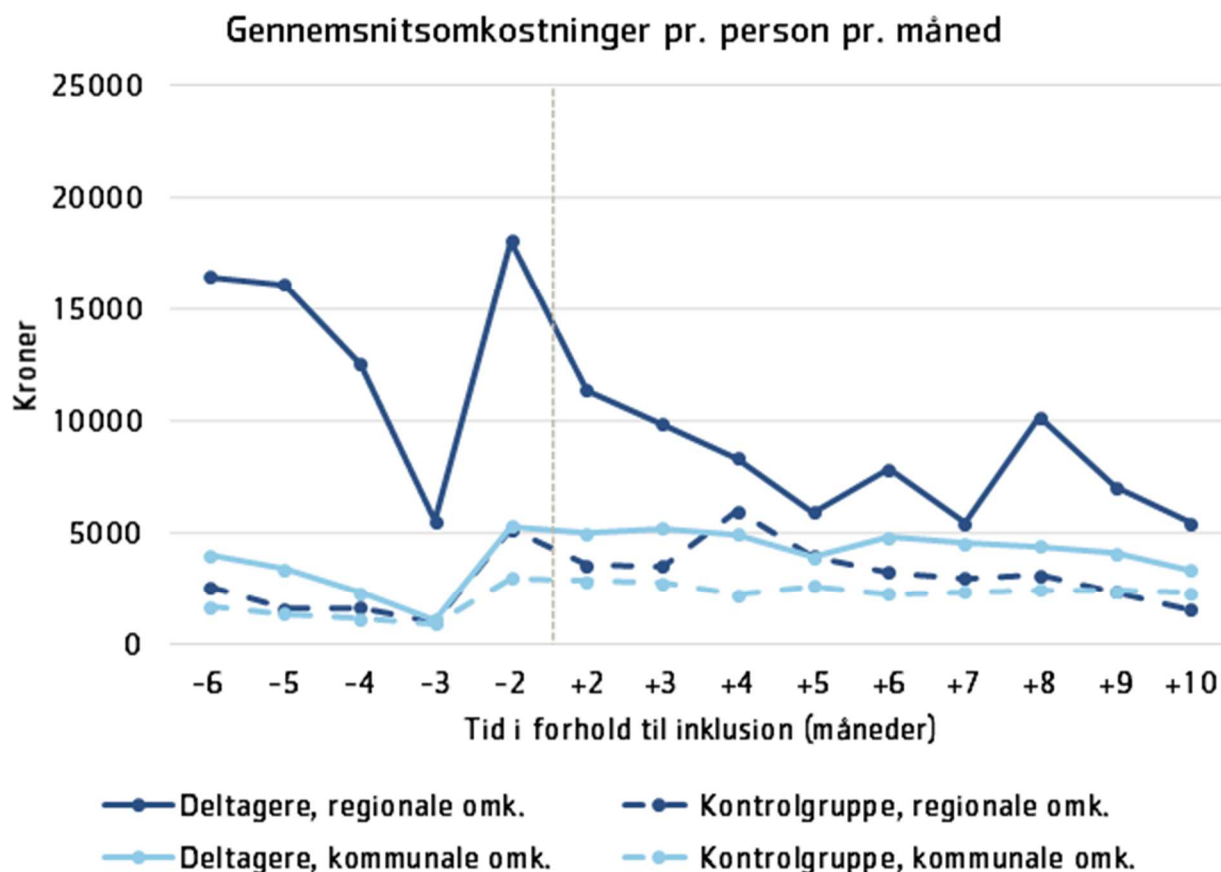
- Det er for tidligt at konkludere på ændringer i omkostningsniveauet på baggrund af projekt Sammen om min vej.
- Det gennemsnitlige omkostningsniveau hos deltagergruppen er højere end hos den matchede kontrolgruppe.
- Der ses en tendens til et fald i omkostninger omkring et halvt år efter inklusion hos deltagerne. Sammen tendens ses ikke hos den matchede kontrolgruppen, hvor omkostningerne ligger mere stabilt.

Det er svært at vide, hvordan deltagerne forbrug af sundheds- og sociale ydelser ville have udviklet sig, hvis de ikke havde deltaget i projektet. Men man kan få en fornemmelse af det, hvis man sammenligner med en gruppe borgere, der ligner deltagerne. Derfor har vi sammenlignet forbrugsmønstre og omkostninger blandt deltagerne i Sammen om min vej, med udviklingen hos en matchet kontrolgruppe. Analysen viser, at deltagerne har højere omkostninger end kontrolgruppen; det gælder særligt for de regionale omkostninger.

Figur 40 viser de gennemsnitlige kommunale og regionale omkostninger blandt deltagerne og kontrolgruppen. De kommunale omkostninger blandt deltagerne (lyseblå kurve) og kontrolgruppen (lyseblå stiplet kurve) er stort set på samme niveau. De to grupper har desuden en relativ ens udvikling i de kommunale omkostninger. For de regionale omkostninger er der generelt en svag tendens til fald hos deltagerne (den mørkeblå kurve) og en stagnation/svag stigning hos kontrollerne (mørkeblå stiplet kurve).

I figur 40 er inklusionstidspunktet markeret med en lodret, stiplet linie, der repræsenterer 3 måneder idet måneden for inklusionstidspunktet (tid = 0) samt måneden før (tid = -1) og efter (tid = +1) er fjernet.

Den deskriptive sammenligning tyder på, at der kan identificeres en svag nedadgående tendens i omkostningerne for deltagerne, men at det er for tidligt at vurdere om tendensen fortsætter.



Figur 40. Gennemsnitlig kommunal omkostning pr. borger pr. måned (kr) blandt hhv. deltagerne og kontrolgruppen.

Den deskriptive, grafiske sammenligning i figur 40 tyder på en svag nedadgående tendens i omkostningerne for deltagerne i Sammen om min vej, men at det er for tidligt at vurdere om tendensen fortsætter. En opfølgende analyse om fx et-to år vil give et mere solidt billede af udviklingen.

Kontrolgruppeanalysen kan tage højde for, at der ville ske en udvikling i omkostninger uanset interventionen. Ved at skabe en kontrolgruppe, der på udvalgte risikofaktorer ligner interventionsgruppen, kan man i et vist omfang tage højde for den kontrafaktiske udvikling, dvs. hvad ville der være sket med deltagerne, hvis de ikke havde været med i Sammen om min vej. Det skal dog understreges, at der ikke er tale om et randomiseret forsøg, og at kontrollerne derfor kan være væsentligt forskellige fra deltagerne. Alle analyser tyder på, at kontrollerne faktisk er meget forskellige fra deltagerne, hvilket udvander analysens konklusioner.

Der er flere mulige forklaringer på de store forskelle, vi ser mellem kontrolgruppen og deltagerne:

- Matchet er dårligt. Det er meget muligt, at propensity scoren skulle have inkluderet andre parametre end de valgte.
- Kontrolgruppen er "fremtidens deltagere", så om fx 10 år vil de måske have samme omkostningsprofil.
- Der er udvalgt 5 kontroller pr. deltager, hvilket er et problem hvis der ikke er så mange borgere, der ligner deltagerne.
- Deltagerne er en meget heterogen gruppe, som er svære at finde egnede kontroller til.

En opfølgende analyse af udviklingen i omkostninger hos både deltagerne og kontrolgruppen om 1-2 år vil kunne kvalificere analysen. Dette kræver opdaterede data. Det anbefales derfor at databasen fortsætter med dataindsamling hvert halve år.

5.7 Triple aim på længere sigt – øvrige resultater med forebyggelsespotentiale

Ved inklusionstidspunktet er halvdelen af deltagerne aktivt misbrugende eller i pågående behandling for et eller flere misbrug. Blandt de 57 deltagere med misbrug uden iværksat behandling ved inklusionstidspunktet, er 52 deltagere opstartet behandling som del af Sammen om min vej. Dette svarer til at der iværksættes behandling hos 91% af deltagerne med misbrug efter inklusion i Sammen om min vej. Det interessante er, at misbrugsbehandling ikke har været et mål i sig selv, men er iværksat drevet af deltagernes egne ønsker og ofte med en latenstid på 1-6 måneder efter inklusion i Sammen om min vej.

Tilknytning til arbejdsmarkedet er ligeledes søgt opgjort for samtlige deltagere i Sammen om min vej som led i evalueringen. Blandt de ca. 90 deltagere med potentiel tilknytning til arbejdsmarkedet, men som ved inklusionstidspunktet modtog sygedagpenge, kontanthjælp og lignende ydelser, er seks personer vendt tilbage til arbejdsmarkedet i faste stillinger, mens yderligere et ukendt antal er på vej tilbage til arbejdsmarkedet i form af aktivering.

6 LÆRING OMKRING ET TVÆRSEKTORIEL EJET PROJEKT

Sammen om min vej er etableret som et tværsektorielt udviklingsprojekt med en styregruppe på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Nedenfor skitseres erfaringer omkring organiseringen, ledelsesopbakning som forudsætning for fremdrift, samt erfaringer med ansættelser i et tværsektorielt ejet projekt.

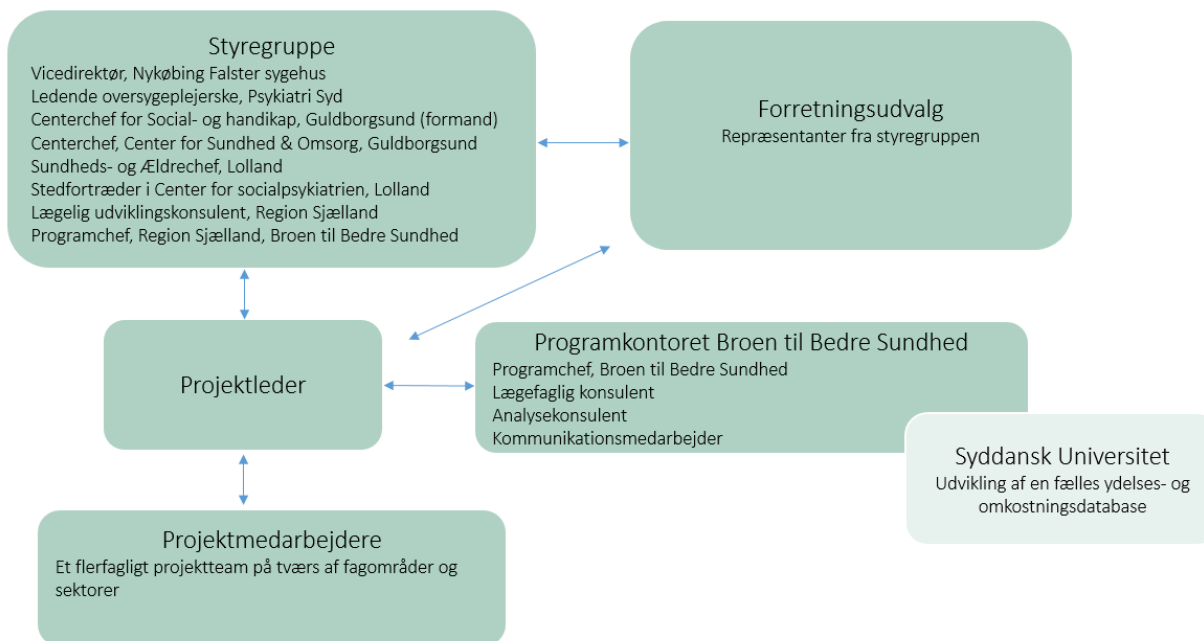
6.1 Organisering og ledelse

Projektideen blev formet i regi af programkontoret, og siden udviklet med input fra programbestyrelsen for partnerskabet Broen til Bedre Sundhed. Styregruppen i Sammen om min vej blev etableret efter tilsagn om økonomisk støtte fra Sundheds- og Ældreministeriet. Indledningsvist blev der opnået enighed omkring organisering og de økonomiske rammer, hvorefter en projektleder blev ansat til videre projektudvikling og ledelse.

Projektets organisering fremgår af figur 41. Styregruppens beslutningskompetence i egen organisation har vist sig afgørende for at sikre fremdrift og forankring.

Et forretningsudvalg med repræsentanter fra styregruppen har været med til at sikre mulighed for at træffe hurtige beslutninger, som har haft betydning for projektets fremdrift. Møderne i forretningsudvalget er afholdt efter behov med fremmøde eller via telefonkonferencer.

Projektmedarbejderne er forankret i et flerfagligt projektteam på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Projektteamet er sammensat, så det samlet favner kompetencer indenfor sygepleje, psykiatri og det socialfaglige område. Medarbejderne har været ansat i både deltids- og fuldtidsstillinger. Projektleder har været ansvarlig for den daglige projektledelse og faglige ledelse, mens det personalemæssige ansvar har været placeret hos medarbejdernes respektive ledere.



Figur 41: Projektorganisering på tværs af sektorer og forvaltningsområder.

På trods af relevant ledelsesmæssig repræsentation i styregruppen, er det relevant at overveje følgende ved fremtidige projekter med tværsektorielt ejerskab:

- Fælles vision og fælles mål skal være på plads. Ikke kun på tværs af sektorgrænser men også på tværs af forvaltningsområder. Det kan sætte klare pejlemærker for opgaven.
- Det anbefales, at styregruppen indledningsvist overvejer om der på forhånd er behov for at opnå enighed omkring rammerne for evt. gevinstrealisering, eller om dette skal foretages, hvis behovet opstår.
- For at sikre relevant momentum er det en fordel at de forskellige rammer for interne beslutningsgange og politiske processer hos de enkelte parter indarbejdes i projektplanen. Evt. udarbejdelse af et fælles årshjul.
- En proaktiv plan for kommunikation omkring forestående beslutninger i styregruppen anbefales for at sikre, at alle aktører er klar til at træffe beslutninger når mødet afholdes.
- Ledelsesmæssig opbakning på tværs af sektorer og forvaltningsområder er vigtig – ikke kun som del af en styregruppe, men også som ambassadør for projektet i egen organisation og i relevante samarbejdsfora.
- Det anbefales, at koblingen mellem styregruppens medlemmer og deres mellemledere sikres via systematisk forventningsafstemning og kommunikation, således at mellemledere i direkte kontakt med projektet er bekendt med de ledelsesmæssige forventninger til deres medarbejders interaktion med projektet og dets deltagere. Tilsvarende sikres, at projektmedarbejdere er bekendt med hvilke rammer de enkelte kontaktflader på tværs af organisationerne forventes at overholde. I Sammen om min vej er erfaringen, at der kan opnås gode resultater i de tilfælde, hvor der er tydelig opbakning fra mellemledere til at medarbejdere som samarbejder med projektteam må tilpasse rammerne med henblik på at afprøve nye løsninger tilpasset deltagernes behov.
- Vigtigt at sikre relevant feedback til medarbejdere i partnerorganisationerne omkring læring opnået gennem projektet. Sammen om min vej har søgt at sikre dette via styregruppens medlemmer og eksisterende kommunikationskanaler. Anbefales fremadrettet afklaret ved projektstart.
- Det anbefales at sikre en symmetrisk repræsentation fra relevante sektorer og forvaltningsområder som leverer kerneydelser i projektet.
- Ved 5:25 skalering er der behov for løbende justering af ressourcer i teamet, hvilket kan være udfordrende at koordinere i et samarbejde på tværs af forskellige politisk styrede organisationer. Dette kan søges imødegået via opstilling af en forventet tidsplan for skaleringsprocessen, men det anbefales, at der aftales mulighed for fleksibilitet fra alle

aktører i tilførsel af ressourcer undervejs.

- Projektet tilpasses løbende ved forandringer i organisationer. I projektperioden er der blandt andet gennemført sammenlægning af myndigheder i de to kommuner (Lolland 2016, Guldborgsund 2017), implementering af nye kommunale dokumentationssystemer (Nexus), implementering af Sundhedsplatformen, sammenlægning af sygehusafdelinger og etablering af nye, etablering af nye lederteams og indsættelse af nye chefer. Derudover er der sket løbende udskiftning i projektteamet. Projektteamet har arbejdet konstruktivt med at justere løsningerne kontinuerligt baseret på ændringerne i partnerorganisationerne, men større forandringer i organisationer kan være en risiko og forsinke fremdriften i opgaven. Dette kan med fordel forsøges planlagt ved fremtidig projektplanlægning i forhold til milepæle.

6.2 Medarbejdere og kompetencer

6.2.1 Ansættelse i partnerskabsprojekter

Projektleder og projektmedarbejdere er ansat i projektet med reference til styregruppen. Sammen om min vej har gjort sig følgende erfaringer med denne model:

- De enkelte medarbejdere i projektteamet er frikøbt fuldtids eller deltids fra faste stillinger på tværs af partnerskabets organisationer. Det er en stor fordel i forhold til lokalt kendskab og dermed mulighed for hurtigt at skabe relevante kontaktflader på tværs af forvaltningsområder og afdelinger. Medarbejderne navigerer selvstændigt, konsekvent og på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Projektmedarbejdernes forståelse af begge sektorerers organisering giver mulighed for at se problemstillinger/løsninger i praksis fra flere perspektiver, hvilket øger samarbejdet mellem sektorer. Desuden opnås mulighed for optimering af arbejdsgange på baggrund af overblik over processer og hele forløb. Projektmedarbejdernes forståelse og viden om begge sektorerers organisering optimerer ligeledes den koordinering, der finder sted i det sammenhængende forløb.
- Deltidsstillinger kan give udfordringer omkring prioritering/styring af arbejdsopgaver og kræver særlig ledelsesmæssig opmærksomhed.
- Medarbejdere i partnerskaber erhverver organisatorisk og faglig viden som med fordel kan deles med kollegaer og samarbejdspartnere. Eksport af viden kræver systematik, ledelsesmæssig prioritering og opmærksomhed.
- Ved rekruttering af medarbejdere via partnerskabets organisationer skal det være afklaret, hvilke kompetenceprofiler der er behov for til opgaveløsning.
- Afklaring omkring indkøb af arbejdsredskaber, fx IT udstyr ved ansættelse og opgaveløsning i partnerskaber. Anbefales fremadrettet afklaret ved projektstart.

6.2.2 Kompetenceprofil for medarbejdere

Som led i læringen i Sammen om min vej er der udarbejdet en kompetenceprofil i forhold til varetagelse af rollen som deltagerens forløbspartner. Denne er vedlagt i bilag 4.

6.2.3 Sæt fagligheder og kompetencer i spil

Der findes en masse faglighed og tværfaglighed indenfor de enkelte organisationer. I samarbejdet omkring målgruppen i Sammen om min vej er indsatsen i høj grad afhængig af, at alle relevante samarbejdspartnere indgår aktivt i samarbejdet og byder ind med hver deres fagligheder. Sårbare deltagere har behov for forskellige fagligheder i forskellig grad på forskellige tidspunkter. Forbedring af praksis fordrer, at der kontinuerligt følges op på tværs af alle samarbejdspartnere for også at sikre, at medarbejdernes faglige viden bringes i spil. Erfaringer fra projektperioden viser, at der i øget grad er behov for interaktion mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område. Den programteoretiske analyse påpeger blandt andet, at medarbejdere fra socialpsykiatrien kan være borgernes talerør i situationer, hvor borgeren har behov for akut behandling, men at de er udfordret af, de har svært ved at komme igennem til andre instanser.

” Deltageren [bo-støtten] har oplevet at blive ”fejlet” af flere gange, da der bliver sat spørgsmålstejn ved en bo-støttes sundhedsfaglige kompetencer. Deltageren har forståelse for, at der på sygehuset sættes spørgsmålstejn ved bo-støttens viden om sundhed og sygdom, men problematiserer, at der ikke bliver lyttet, fordi det ofte er bo-støtten der kender borgeren allerbedst. ”
(Mølck Hollmann, uddrag:53)

Projektteamet erfarer, at der blandt flere medarbejdere som har støttefunktioner til målgruppen efterlyses sundhedsfaglig viden og at der ikke er en udpræget kultur for at tage kontakt til andre faggrupper, fx til sygeplejen ved spørgsmål relateret til borgerens somatiske udfordringer. Ligeledes efterlyses viden om, hvem som kan kontaktes i komplekse sager, ligesom adgange og henvisningsmuligheder til flere af kommunernes tilbud ikke anvendes i udpræget grad blandt disse medarbejdere.

Rettigheder – visitation og mangel på kompetencer sættes ind.

Deltagerne i Sammen om min vej er anderledes end andre borgere. De udfordrer på en række punkter og udfordrer frontpersonalet både fagligt og på et mere personligt niveau, hvilket ligeledes kan have betydning for at få behandlingsforløbene til at fungere. Frontmedarbejderne fra hjemmeplejen og sygeplejen i de to kommuner oplever, at antallet af borgere med komplekse problemstillinger er stigende og at det er en svær gruppe at arbejde med. Der er fra projektet eksempler på, at deltagere får leveret deres medicin gennem brevsprækken da flere frontmedarbejderne hverken synes de har tid eller føler sig klædt på til at møde den berusede deltager med svære psykiske udfordringer på den anden side af døren.

”Systemet er indrettet således, at borger visiteres til en bestemt ydelse af x antal minutters varighed, og det kan være svært at få tid til også at hjælpe borger med at få et generelt overblik over andet i borgers liv, i det korte tidsinterval der er sat af til en konkret ydelse. -... Opgaven med at give en borger struktur og sammenhæng er ikke nødvendigvis en sygeplejeopgave, men alligevel

ender den ofte hos hjemmesygeplejerskerne.”
(Mølck Hollmann, uddrag:55)

Der har flere gange i projektperioden været efterspurgt supervision af blandt andet medarbejdere i hjemmeplejen og sygeplejen i relation til udførelse af kerneopgaven hos deltagerne i projektet. Supervision har været anvendt aktivt i projektteamet på alle teammøder, og har blandt andet bidraget til øget faglig selvindsigt.

I den programteoretiske analyse fremgår, at fokus på projektet i psykiatrien, har ført til en større åbenhed for dialog omkring de mangler og udfordringer, som medarbejderne støder på i det daglige – det er blevet mere legitimt at italesætte (ibid., uddrag: 52).

6.3 Udvikling og drift af fælles database

En nyskabende tværsektoriel ydelses og omkostningsdatabase er udviklet som led i projektet. Udviklingen af databasen har fundet sted i samarbejde med Syddansk Universitet ved lektor Marie Kruse og analysekonsulenterne i programkontoret for Broen til Bedre Sundhed. Databasens udvikling er finansieret af programkontoret.

Formålet med databasen er at samkøre ydelses- og omkostningsdata for region og kommuner. Der er givet tilladelse hertil fra datatilsynet. Databasens indhold er beskrevet nærmere i afsnit 4.4.4.

I databasen kobles data for projektdeltagerne med systematisk indhentede patient rapporterede data (PRO data). Databasen giver således mulighed for en række analyser på case niveau men også for undergrupper, eller den samlede gruppe af projektdeltagerne.

Samkørsel af økonomiske data med selvrapporterede data giver mulighed for at sammenholde udgifter med en evt. helbredsgevinst, ligesom databasen giver mulighed for at gennemføre en sundhedsøkonomisk evaluering af indsatsen i forhold til en kontrolgruppe.

Der er som del af Sammen om min vej indgået aftale med de deltagende kommuner omkring halvårslige datatræk i projektperioden. Dog er der en række udfordringer omkring kvaliteten af data, hvorfor løbende kvalitetssikring har været nødvendig, ligesom nogle data er udgået fra evalueringen grundet validitetsproblemer.

Udviklingen af databasen har været ressourcekrævende, men der foreligger nu en database, som i fald den videreføres og videreudvikles giver nogle tidligere usete muligheder for at analysere:

- Udviklingen i ydelser og omkostninger over tid fx før og efter inklusion i et studie eller introduktion af nyt tilbud
- Samkørsel af økonomiske data med selvrapporterede data og dermed fx prisen for en intervention i forhold til en evt. helbredsgevinst
- Sundhedsøkonomisk evaluering ved fx sammenligning af merudgifter ift. en kontrolgruppe
- Økonomiske konsekvenser af interventioner, organisationsændringer og projekter på tværs af region, kommune og almen praksis.

Der er stor interesse for databasen og de muligheder som den fører med sig – både fra forskere, kvalitetsudviklere og beslutningstagere. Videreførsel og videre udvikling og anvendelse af databasen i andre sammenhænge forudsætter fornyet godkendelser fra datatilsynet.

Ved evt. videre brug af databasen i andre sammenhænge anbefales det at hyppigheden hvormed data trækkes fra de regionale og kommunale systemer øges til fx hvert kvartal for derved at sikre tidstro brug af data. Dermed er der større mulighed for proaktivt at handle i forhold til at styrke en positiv udvikling og bremse negativ udvikling som data kan vise. Ligeledes bør den indledende kvalitetskontrol af data i øget grad varetages af kommunale datakonsulenter. Dataindhentningen kan med de eksisterende systemer forberedes, så arbejdsbelastningen bliver beskedent.

7 AFLEDTE EFFEKTER

7.1 Øget samarbejde omkring utilsigtede hændelser

Projektteamet indgik tidligt i et samarbejde med risikomanagers fra de to kommuner, samt regionens enhed for patientsikkerhed omkring rapportering af utilsigtede hændelser som teamet blev bekendt med. Dette har resulteret i mindst en omfattende tværgående UTH-analyse.

7.2 Styrket samarbejde mellem tværgående fora indenfor psykiatri og somatik

Læring på individniveau er systematisk indsamlet løbende med henblik på at sikre forbedring på systemniveau. Særligt omkring de triple-diagnosticerede, dvs. gruppen af borgere med kompleks sygdom med behandlingsbehov på tværs af psykiatri og somatik, og evt. sideløbende misbrug. På baggrund heraf er der blandt andet udviklet en model som illustrerer de identificerede problematikker og gab i systemerne. Modellen viser, hvad der sker i borgerens møde de enkelte dele af systemet og hvordan manglende løsninger hos den enkelte aktør genererer nye problemstillinger på individniveau og på systemniveau. Der er til modellen udarbejdet mulige løsningsforslag samt forslag til områder, hvor der er behov for yderligere afklaring før holdbare løsninger kan forventes. Modellen fremgår af bilag 5.

Projektteamet præsenterede i september 2016 projektets erfaringer og udfordringer omkring komplekse borgere for det lokale KSS og KSP udvalg. Dette resulterede i, at en fælles styregruppe blev nedsat på tværs af de to udvalg som fik til opgave at finde fælles løsninger på identificerede gab. Det er i samme styregruppe primo marts 2018 besluttet, at styregruppens fokus integreres i innovationsprojektet Sammenhængende Sygdomsforløb i Broen til Bedre Sundhed, hvor erfaringerne fra Sammen om min vej ligeledes indgår.

7.3 Lokal forankret kulturbærere ift. kvalitetsarbejde

Projektmedarbejderne har oplevet det som stærkt motiverende, at der på forskellig vis bliver målt på effekten af den samlede indsats. Samtidig lægges der vægt på, at det ikke kun handler om økonomi, men også om borgerens oplevelse af kvalitet samt overordnede sundhed og trivsel.

Projektteamet har siden projektets start oparbejdet et solidt kendskab til tilbud i flere forvaltningsområder og dele af det regionale sundhedsvæsen, ligesom de har etableret et solidt netværk på tværs på af kommuner, region samt med flere praktiserende læger.

Projektmedarbejderne har i projektperioden i stigende grad oplevet, at medarbejdere fra forskellige forvaltningsområder, somatisk sygehus og psykiatrien, kontakter teamet med henblik på at få råd i forhold til konkrete borgersager, mulige indgange i forskellige centre og forvaltninger, eller for råd om hvilke muligheder der findes for borgere udenfor projektets målgruppe på tværs af kommune og regionale tilbud.

7.4 Indsatser inspireret af læringen

Projektteam og særlig projektleder har bidraget med de foreløbige erfaringer i flere sammenhænge, herunder sparring i forhold til specifikke udviklingsprojekter som projekterne ”Tidlig opsporing” (i regi af KSS, forankret på sygehuset i Nykøbing F.), et udviklingsprojekt i samarbejde mellem Odsherred Kommune og Holbæk sygehus, de indledende faser til et projekt i Randers kommune, ligesom Region Nordjylland har hentet inspiration til et nyetableret partnerskab mellem region og udvalgte kommuner. Der er ikke tale om udbredelse af Sammen om min vej, men derimod en vidensdeling omkring udvalgte elementer – herunder skaleringsmodellen, metoder omkring brugerinddragelse, tværgående brug af data, partnerskaber samt tværsektoriel organisering og ledelse.

Et andet sted hvor Sammen om min vej har bidraget er hos Videnscenter for Brugerinddragelse (ViBIS) som har udarbejdet et Inspirationskatalog, der skal understøtte kommunernes arbejde med borgerinddragelse og hjælpe ny kommuner i gang. Kataloget henvender sig til ledere og projekt- og udviklingsmedarbejdere og har til formål at inspirere kommuner til at kvalificere deres arbejde med borgerinddragelse (Inspirationskatalog, ViBIS)

8 PERSPEKTIVER FOR SKALERING OG UDBREDELSE

Med Sammen om min vej er der udviklet en indsats i tæt samarbejde med deltagerne og lokale aktører, som forbedrer sundhedstilstanden, fremmer den borgeroplevede kvalitet og stabiliserer eller reducerer omkostningerne pr. borger. Der skabes mere sundhed for pengene jf. et Triple Aim perspektiv. Med Sammen om min vej er vi godt i gang med at knække koden til den politiske vision om mere lighed i sundhed gennem patientinddragelse og tværfagligt teamarbejde, som er med til at øge fokus på recovery.

Samtidig har Sammen om min vej høstet en række erfaringer med kvalitetsudvikling i partnerskaber – fælles ejerskab, systematisk brug af data på tværs af sektorer, løbende læring via forbedringscirklen og anvendelse af PRO data til løbende kvalitetsudvikling. Læring som alt sammen understøtter ambitionerne i det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018, samt er i tråd med visionerne for fremtidens sundhedsvæsen.

Resultaterne understøtter yderligere forankring og skalering i lokalområdet, ligesom læringen for Sammen om min vej bør indgå i forbindelse med eventuel udvikling af lignende indsatser i andre geografier på sigt.

8.1 anbefalinger for udbredelse

Region Sjælland ønsker at sprede læringen fra Sammen om min vej. Der er udarbejdet et notat, hvori der skitseres en model for udbredelse indeholdende projektets mål, målgruppe, intervention og projektets metode, samt anbefalinger vedrørende mulig organisering, ressourcebehov og mulig konsulentstøtte i forbindelse med opstart af lignende tilbud andre steder i Region Sjælland.

Det skal understreges, at det ikke anbefales at kopiere og implementere en tro kopi af indsatsen udviklet i regi af Sammen om min vej, men derimod tilpasse indsatsen til de lokale forhold og samarbejdsflader. Det anbefales således at kerne læringsaspekter udbredes med henblik på, at skabe en indsats i en anden lokal kontekst, som på tværs af aktører kan realisere den tredelte målsætning blandt en gruppe udsatte borgere med mange kontakter på tværs.

9 REFERENCER

Benjaminsen L. Manual for den sociale metode Intensive Case Management (ICM). SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, for Socialstyrelsen. Marts 2015.

https://socialstyrelsen.dk/filer/voksne/hjemloshed/intensive_case_management_icm_manual_marts_2015.pdf

Binzer, K., Hansen Søgaard, M. Midtvejsevaluering projekt Sammen om min vej. 2017.

Dahlgren, G. and Whitehead, M. 1992. Policies and strategies to promote social equity and health. WHO. 1992.

Due, P. Johansen, A., Henriksen, P.E.W. og Rasmussen, M. 2007. Sociale relationer og skolens betydning for social ulighed i adfærd og helbred. I: Johansen, A., Holstein, B. og Andersen, A. M. N. (red.) Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Statens Institut for Folkesundhed.

Hansen Søgaard, M., Binzer, K. Tilpas systemet – ikke borgeren. Tidsskrift for Ledelse i Sundhedsvæsenet. S. 4 – 15. Februar 2018.

Hollmann Mølck, C. Programteoretisk analyse af projekt Sammen om min vej. Kandidatspeciale ved Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse. Syddansk Universitet. 2017.

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Link: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

Inspirationskatalog. Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver. Videnscenter for Brugerinddragelse – i sundhedsvæsenet. 21.12.2017.

Koordinerende indsatsplan. Region Sjælland.

Link: http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/forloepsprogram-for-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-samtidigt-misbrug/Sider/Koordinerende-indsatsplan.aspx

Kvalitativ undersøgelse af borgeres og professionelles erfaringer fra Sammen om min vej. Forskningsprogrammet Sundhed. UCC Professionshøjskolen. Marts 2018.

Langley Gerald J., Moen Ronald D, m. fl. The Improvement Guide. A practical approach to enhancing organizational performance. 2009.

Socialstyrelsen. ACT-metoden. Maj 2015.

Link: https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/udbredelses-og-forankringsprojektet-1/copy_of_udbredelse-af-hjemlosestrategien/metoden-act

Thomsen, O. Brugerindflydelse for udsatte grupper. København. Formidlingscentret København. 2002.

10 BILAG

Bilag 1: Samtaleguide til indledende samtale

Bilag 2: Oplysningsskema

Bilag 3: Notat, PRO-data

Bilag 4: Kompetenceprofil

Bilag 5: Systembrister i forhold til triplediagnoser

Samtale guide.

TEMA	SPØRGSMÅL
Præsentation	<ul style="list-style-type: none"> • Deltager præsenterer sig selv (navn, alder, ægteskabelig status, børn, uddannelse, erhverv, fritid) • Kendte sygdomme. • Vil du fortælle om din seneste indlæggelse? nuværende og tidligere historie • Antal indlæggelser inden for det sidste halve år? • Antal indlæggelser inden for det sidste år? • Har du ideer til, hvad der kunne have forhindret din seneste indlæggelse/indlæggelser? • Hjælp/støtte i dag (hjemmehjælp, hjemmepleje, andre støttepersoner, støtte fra misbrugscentret, social psykiatri, kontakt til foreningsliv, netværk, pårørende). • Hvad fungerer godt i forhold til de udfordringer du har? • Hvad fungerer ikke godt i forhold til de udfordringer du har? • Situationer hvor du føler balance i dit liv/situation? • Hvad skal der til for at tingene lykkes omkring dig? • Hvor og hvornår oplever du at det kan gå skævt/galt?
Inddragelse / sammenhæng	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakter til fx sygehuset / læge / hjemmesygepleje • Kan du beskrive en konkret situation, hvor du har oplevet at være tryk? • Kan du beskrive en konkret situation, hvor du har oplevet at blive utryk? • Indflydelse på eget forløb / behandling (medbestemmelse, involvering, fælles beslutningstagen, at det giver mening, at blive hørt, lyttet til og forstået) • Samarbejde mellem fx ambulatoriet på sygehus, læge, jobcenter, rusmiddelcenter, hjemmepleje ect.
Udfordringer i hverdagen	<ul style="list-style-type: none"> • Udfordringer i hverdagen i forhold til din sygdom / situation (personlige forhold, familie, praktiske forhold, at komme ud/transport, myndigheder, kommunikation med det offentlige, boligforhold, økonomi)
Fysiske udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiske udfordringer (vejrtrækning, kredsløb, at spise/drikke/smerter, bevægelighed, føleforstyrrelser, svimmelhed, syn, hørelse, træthed, søvnproblemer)
Psykiske udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • Nogle mennesker oplever problemer med at være komme ud blandt andre mennesker eller at forlade sit hjem. Er det noget du genkender? (Manglende energi, nervøsitet, bekymring, at skabe overblik, angst, hukommelse, koncentration, samvær med andre, at komme ud, humør, stress)
Forbrug	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis du får medicin, ved du så hvilken medicin du tager og hvorfor du tager den?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor mange præparater? • Tager du din medicin? • Administration af medicin? <p>(Andet: rygning, alkohol, hash, andre stoffer)</p>
Støtte/netværk	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem kan du få støtte fra når du har brug for det?
Fremtid	<ul style="list-style-type: none"> • Mål, ønsker, drømme • Hvad skal der til for at du kan få det bedre end du har det i dag sygdomsmæssigt, sundhedsmæssigt? (Fysisk, psykisk, socialt)
	<ul style="list-style-type: none"> • Er der noget vi skal vide om dig som vi ikke har talt om, noget du har lyst til at fortælle?
Afrunding Opsummering af interview Fremtidige aftaler og videre forløb	

Procedure for arbejdsgang ved indledende samtale.

1. Inden samtale: Borger tildeles en deltagerkode i Team Site *inden* interview (dette af hensyn til, at det ellers ikke er muligt, at besvare elektronisk spørgeskema i SurveyXact og de indledende seks spørgsmål i Excel ark i SharePoint)

Oprettelse i Team Site: Deltager oprettes under *Inkluderede projektdeltagere* i Team Site med kode, navn, cpr. nr., kommune (fx 0027 Lis Hansen (xxxxxx-xxxx) (G))

2. Der afsættes ca. 1½ t. til samtalen. Det kan være nødvendigt med et opfølgende besøg, hvis samtalen ikke kan gennemføres af én gang
3. Samtalen gennemføres af én eller to projektmedarbejdere i borgers hjem eller et andet sted efter aftale (se dokument for Sikkerhedsprocedure ved besøg i borgers hjem)
4. Pårørende, støtteperson eller andet netværk inviteres til at deltage ved samtalen
5. Følgende kræver net forbindelse:
Seks opstartsspørgsmål udfyldes i Excel i projektets Team Site (vælg fanebladet med borgers deltagnr.) Borger orienteres om opfølgning med de samme spørgsmål hver 12. uge via telefon.

Spørg ind til evt. ønske om tidspunkt på dagen for opringning.
Borgers deltagnummer, navn og telefonnummer registreres i oversigt i projektets Team Site i Excel ark "Telefonnumre, inkluderede deltagere"

6. Samtalen gennemføres med udgangspunkt i *Samtaleguide*
7. Samtalen sammenskrives og dokumenteres i *Oplysningsskemaet* sammen med mål, ønsker og oversigt over aftalte indsatser – det kræver net forbindelse at uploade til borgers sag i projektets Team Site
8. Følgende kræver netforbindelse:
Baggrundsdata: Spørgeskema i *SurveyXact* udfyldes af projektmedarbejder efter samtale. Log på via tilsendte link. Spørgeskemaet afsluttes automatisk efter det sidste spørgsmål som udfyldes af projektmedarbejder
9. Der tages evt. billede af deltagerens senest opdaterede medicinoversigt i hjemmet. Hvis deltager er kendt i hjemmesygeplejen kan oversigten evt. kopieres via KMD og uploades til borgers sag
10. *Samtykkeerklæring* gennemgås mundtligt af projektmedarbejder og udfyldes af projektdeltager og projektmedarbejder. Der udleveres en ekstra kopi så deltager har en kopi i hjemmet.
Samtykkeerklæringen scannes ind på borgers sag
11. Deltager orienteres om at orienteringsskemaet sendes til deltager således deltager har oplysninger om kontaktpersoner, aftaler, overblik over opsatte kort og langsigtede mål med videre.



Oplysningsskema Projektdeltager			
Navn:		Cpr. nr.:	
Adresse:		Kommune:	
Tlf. nr.:		E-Boks ja/nej	
E-mail:		Deltagerkode:	

Kontaktpersoner				
Funktion	Titel og navn	Arbejdssted	Telefon nr.	E-mail
Tovholder/koordinator				
Praktiserende læge				
Pårørende				
Ansvarlig for den medicinske behandling (somatisk)				
Ansvarlig for den medicinske behandling (psykiatrien)				
Ansvarlig for misbrugsbehandling				
Kontaktperson for misbrugsbehandling				
Kontaktperson i socialpsykiatrien				
Kontaktperson i hjemmesygepleje				
Kontaktperson i hjemmepleje				
Visitor				
Sagsbehandler				
Jobcenter				
Kontaktperson i distriktspsykiatrien				
Kontaktperson i Familie og Forebyggelse				
Kontaktperson i KRIM (kriminalforsorgen)				



Sammen om min vej

Samtale	
Dato	
Til stede	
Præsentation af borger	
Borgers oplevelse af inddragelse / sammenhænge	
Udfordringer i hverdagen	
Fysiske udfordringer	
Psykiske udfordringer	
Forbrug (Billede af medicinoversigt kopieres til borgers sag)	
Støtte / Netværk	



Ønsker og mål	
Deltagers ønsker, drømme, mål ift. fremtiden.	Kortsigtede mål (dato):
Hvad skal der til for at ændre din situation?	<ul style="list-style-type: none">• x• x• x• x
Hvad skal du selv gøre?	Langsigtede mål (dato):
Hvad er du motiveret for?	<ul style="list-style-type: none">• x• x
Hvad skal du have støtte til?	

Plan				
Titel på indsats (er)	Dato	Handleplan / Plan for igangsættelse	Ansvar (navn)	Afsluttet Dato

Løbende dokumentation.

--

Patientrapporterede outcome (PRO) data blandt sårbare borgere - Erfaringer fra projekt "Sammen om min vej"

Patienternes egne vurderinger af deres helbredstilstand og livskvalitet kaldes PRO-data (patient reported outcome-data).

Trygfonden og VIBIS indgik i 2015 et samarbejde med fokus på at skabe bedre grundlag for brugen af PRO data i det danske sundhedsvæsen. I forordet til den konkluderende rapport skrev de:

"PRO-data gør det muligt at vurdere patienters gavn af et samlet patientforløb og måler således direkte på, hvorvidt sundhedsvæsenet varetager sine opgaver. PRO-data er anerkendt som havende et stort og uudnyttet potentiale i forhold til kvalitetsudviklingen". Og Supplerer " For at sikre, at patienter får et bedre forløb på tværs af specialer og sektorer, er det nødvendigt at måle på resultatet af det samlede forløb – altså, hvilken gavn patienten i sidste ende får af forløbet og sundhedsvæsenets indsats. Som sundhedsvæsenet er skruet sammen i dag, er det kun patienterne, der for alvor kender resultatet af det samlede forløb. Derfor er de ene om at kunne levere den information – de data – der er nødvendige for sundhedsvæsenet, hvis det skal kunne tilpasse forløbene og finde ud af, hvor tingene fungerer – og hvor de glipper. "

I projektet Sammen om min vej anvendes PRO data som led i en systematisk udvikling af kvaliteten i forløbene på tværs af sektorer og sikrer at der tages udgangspunkt i det, der er vigtigt for den enkelte borger. De foreløbige erfaringer med brug af PRO-data indenfor gruppen af særlig sårbare borgere er opsummeret nedenfor.

Spørgsmålene i SF 36 er svære at forstå for målgruppen

For de første 75 borgere i projektet har man ved inklusion i projektet anvendt det internationalt validerede og anvendte spørgeskema, SF 36. Spørgeskemaet er baseret på 36 spørgsmål omkring selvvurderet helbred, fysiske og psykiske symptomer, samt begrænsninger i hverdagen baseret herpå. Erfaringerne fra projektet viser, at en stor del af målgruppen har svært ved at forstå spørgsmålene men også svarmulighederne. Der ud over oplever målgruppen i projektet ikke, at spørgsmålene giver mening i forhold til de udfordringer som de oplever i hverdagen ligesom et samlet svar indenfor de sidste 4 uger

opleves som svært. Dette kommer til udtryk ved, at deltagerne stiller mange opklarende spørgsmål før spørgsmålene besvares, de fleste skal have hjælp til at få læst spørgsmålene og målgruppen spørger interviewer om, hvor de skal sætte deres kryds i skemaet.

Kort om projektet "Sammen om min vej"

"Sammen om min vej" skal styrke den samlede indsats for de mest sårbare borgere. Dvs. borgere, der har et komplekst forløb, en eller flere kroniske diagnoser, misbrug, psykiske lidelser eller sociale problemer. Projektet går indgår som del Broen til bedre sundhed, et partnerskab indgået mellem Guldborgsund og Lolland Kommune, samt Region Sjælland, PLO og business Lolland-Falster. Der er givet støtte fra Sundheds- og ældreministeriet i perioden 2015-2018.

Projektet er baseret på Institute of Healthcare Improvements triple-aim-strategi.

Det betyder, at Sammen om min vej skal være med til at sikre;

- En bedre sundhedstilstand.
- En øget patientoplevelt kvalitet.
- En effektiv brug af de samlede ressourcer.

Sammen om min vej skal være med til at minimere vores omkostninger til akutte ydelser og i stedet sætte større fokus på forebyggelse og ambulans behandling / planlagte ydelser?

På det organisatoriske niveau skal Sammen om min vej være med til at;

- Bygge bro på tværs af social- og sundhedsvæsenet.
- Identificere eventuelle gab i og imellem sektorer.
- Justere og evaluere nuværende tilbud, ydelser og aftaler.
- Udvikle vores indsatser, ud fra brugernes behov.

Fem PRO-spørgsmål til løbende opfølgning tilpasset målgruppen

Baseret på ovenstående erfaringer kombineret med ønsket om løbende at kunne følge udviklingen hos den enkelte borger omkring selvvurderet helbred, tilfredshed med forløbet, oplevelsen af brugerinddragelse og oplevelsen af sammenhæng, jf. de opstillede mål for indsatsen, har man i projektet udviklet et panel af 5 spørgsmål. Projektdeltagerne præsenteres mundtligt for de fem spørgsmål ved første interview hvor interviewer befinder sig fysisk overfor deltageren. Efterfølgende ringes deltageren op hver 3. måned og stilles de samme fem spørgsmål. Svarene registreres på individniveau, hvorved det er muligt at følge udviklingen hos den enkelte borger over tid. Samtidig er det muligt at følge en evt. udvikling hos gruppen af deltagere som helhed eller i undergrupper af projektpopulationen over tid.

Spørgsmålene lyder:

1. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?
2. Hvordan vurderer du alt i alt, at dit samlede forløb er tilrettelagt?
3. I hvilket omfang er du med til at træffe beslutninger om dit forløb?
4. Hvor tilfreds er du alt i alt med den behandling eller de tilbud som du modtager?
5. Hvor tilfreds er du med dit liv alt i alt?

Svarmuligheder i spg. 1 og 2 er Virkelig godt, Godt, Nogenlunde, Dårligt, Meget dårligt. Svarmuligheder i spørgsmål 3 er For Meget, Passende, For lidt. Svarmuligheder i spørgsmål 4 og 5 er. Svarmuligheder i spørgsmål 4 og 5 er Virkelig tilfreds, Tilfreds, Nogenlunde tilfreds, Utilfreds, Meget utilfreds.

Derudover spørges deltagerne om yderligere to spørgsmål i forbindelse med de kvartalsvise opfølgninger:

6. Ved du hvor du kan henvende dig, hvis du har spørgsmål eller brug for hjælp i forhold til dine udfordringer?
7. Har du behov for at blive ringet op af din kontaktperson i Sammen om min vej?

Udvikling af de fem PRO- spørgsmål baseret på forbedringscirklen

De fem spørgsmål er baseret på en kombination af spørgsmål valideret og anvendt i andre sammenhænge, og spørgsmål udviklet, testet og tilpasset indenfor målgruppen. Derigennem er det sikret, at de adspurgte borgere forstår spørgsmålene og svarer konsistent. Spørgsmålene er testet på i alt 30 deltagere fordelt på tre runder med mellemliggende justering af spørgsmålene baseret på deltagernes feedback som led i systematisk brug af forbedringsmodellen (Model of Improvement).

Perspektiverne for brug af de 5 PRO-spørgsmål til deltagerne

Spørgsmålene har vist sig anvendelige til løbende opfølgning på såvel individ som gruppeniveau i forbindelse med en intervention som går på tværs af aktører indenfor sundhedsvæsenet og socialområdet. Spørgsmålene er udviklet og testet indenfor en gruppe af borgere kendetegnet ved sammensatte udfordringer omkring sundhed – både somatisk, psykisk og misbrugsmæssigt, kombineret med sociale udfordringer. En andel i gruppen er funktionelle analfabeter. Deltagerne stilles således spørgsmålene mundtligt – både i forbindelse med det indledende interview og ved de gentagne telefonkontakter med tre måneders mellemrum. Det anbefales at spørgsmålene testes indenfor evt. nye målgrupper hvor de tænkes anvendt – hvad enten det drejer sig om geografi eller sammensætning af målgruppen.

Referencer

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2016.

<http://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup/landsdaekkende-undersoegelse-o/spoergeskemaer>

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* (2006;21: 267-275)

Idler EL & Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* (1997;38:21-37)

Jørgensen FK, Almin G m.fl. Forebyggende sundhedsarbejde. Baggrund, Analyse og Teori. Arbejdsmetoder. 5. udgave. 2010. Kap. 3 (67-74)

Manderbacka K. (1998). Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scand J soc Med* 1998, 2 (145-153)

PROGRAM PRO. Anvendelse af PRO data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen – anbefalinger og vidensgrundlag. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet(VIBIS). 2016.

Rahman R (2015). Comparison of Telephone and In-Person Interviews. *Interdisciplinary Undergraduate Research Journal*, Spring 2015, 10-13.

Anbefalinger til kompetenceprofil i Sammen om min vej

Et flerfagligt team sammensættes, så det samlede set favner kompetencer på kyndigt eller ekspertniveau indenfor:

- Somatik, psykiatri, socialområdet samt sygeplejefaglige kompetencer.
- Endvidere skal teammedarbejderne kunne vurdere deltagernes tilstand og udgangspunkt i forhold til at arbejde ud fra en recovery og empowerment understøttende tilgang.
- Evne at differentiere indsatsen i forhold til deltagernes vidt forskellige behov, evner, ønsker og muligheder for en aktiv deltagelse i beslutninger og aktiviteter i forhold til at bedre egen livskvalitet.
- Medarbejderne skal kunne indtænke, foreslå og tilvejebringe fleksible løsninger, der imødekommer deltagernes ønsker, behov og prioriteringer samtidigt med, at høj faglighed sikrer, at løsningerne bedst muligt under de givne omstændigheder bidrager til bedring af deltagerens tilstand og livssituation.
- Kendskab til Sundhedsloven og serviceloven
- Medarbejderne skal have etisk dømmekraft, herunder aktivt at arbejde for at sikre deltagernes rettigheder.
- Medarbejderne skal have forståelse for den organisatoriske struktur for at kunne navigere i systemerne
- Det flerfaglige team er organiseret, så deltageren får den rette støtte, så vidt muligt fra en enkel forløbspartner, hvorfor såvel enkel organisering som velfungerende samarbejde i teamet, herunder sparring mellem kolleger såvel som med øvrige resourcepersoner i organisationerne, er en naturlig del af arbejdet.
- I samarbejdet omkring deltagerne er den samlede indsats i høj grad afhængig af, at alle relevante aktører indgår aktivt i samarbejdet hvorfor flerfaglig, tværsektoriel og tværkulturel samarbejdsevne vægtes højt.

Systembrister i forhold til triplediagnose problematik

Oplæg.

Brugere der i løbet af projektperioden kontinuerligt har tilbagefald/dukker op.

Karakteristika: Ikke kun dobbeltdiagnose (samtidigt psykiatrisk diagnose og misbrug) men snarere triple problematik:

1. Psykiske problemer (diagnosticeret eller ikke diagnosticeret)
2. Langvarige (massive) misbrugsproblemer med alkohol og/eller andre stoffer
3. Somatiske problemer, ofte på baggrund af, eller forværret af misbrug (ofte senkomplikationer til alkoholmisbrug) (fx leversygdom eller anden somatisk sygdom (diabetes, hjerteproblemer etc.)

I nedenstående model forsøges triplediagnose problematikken illustreret samt hvad der sker / hvordan manglende løsninger genererer nye problemstillinger. Ligeledes opstilles mulige løsningsforslag samt områder, hvor der er behov for yderligere afklaring før holdbare løsninger kan forventes.

Bilag 5

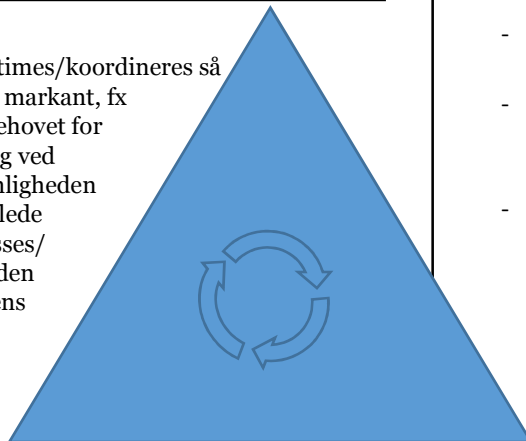
Somatik, sekundær sektor:

- Har behov for afrusning/overvågning
- Andet akut behandlingsbehov vedr. somatisk lidelse

Gab i somatikken sekundær sektor:

- Brugere afvises / opgives når de er for påvirket af deres misbrug
- Brugere afvises / opgives når det vurderes at der er en psykisk bagvedliggende årsag til tilstanden
- Kommer ikke altid i abstinensbehandling når fokus er på det somatiske
- Afrusningsforløb af kort varighed uden fokus på støtte og omsorg
- Bruger skal selv tage kontakt til egen læge og kommunal misbrugsbehandling mhp. opfølgning

Når indsatserne ikke times/koordineres så forværres situationen markant, fx ændres/accelererer behovet for psykiatrisk behandling ved afrusning hvor personligheden kan ændres. Den samlede behandling skal tilpasses/afstemmes løbende uden ventetid, hvis brugerens situation ikke skal forværres.



Opgaver i primærsektor:

- Brugerens basale behov (forsørgelsesgrundlag, bolig, relationelle kompetencer etc.)
- Behandling i socialpsykiatrien
- Behandling/pleje, rehabilitering og praktisk hjælp
- Misbrugsbehandling og afrusningstilbud
- Praktiserende læge: Udredning og behandling, Gate Keeper funktion (Gate Keeper til ydelser i sundhedsvæsenet)

Gab i primær sektor:

- Manglende adækvat psykiatrisk behandlingstilbud forårsager manglende relationelle kompetencer hos brugerne som betyder at brugerne ikke kan følge behandling og andre krav til brugeren
- Særlig obs. på kompetencer hos bo-støtte etc. hos de mest komplekse udsatte
- Behov for særlig støtte til at komme i kontakt med misbrugsbehandling hos de mest udsatte
- Manglende adækvat misbrugsbehandling forårsager at bruger ikke kan følge behandling og andre krav/forventninger til bruger
- Manglende mulighed for afrusning på socialmedicinsk afdeling når bruger:
 - Har en svær psykiatrisk diagnose eller symptomer herpå
 - Vurderes til at være for somatisk syg til ophold
 - Er ædru
- Manglende omsorgstilbud til de mest udsatte brugere

Psykiatri (forværret psykisk tilstand), sekundær sektor:

- Har behov for udredning
- Adækvat behandlingstilbud

Gab i Psykiatrien sekundær sektor:

Afviser/opgiver brugerne når:

- For svære somatiske problemstillinger
- Når brugeren ikke har en "rigtig" diagnose (har massive symptomer men disse tolkes som fx afhængighedssyndrom)
- Når brugerne udebliver fra/aflyser aftaler i psykiatrien

Praktiserende læger:

- Svært at få akutte tider hos praktiserede læge når bruger har behov for det (dermed øget brug af vagtlæge som forårsager manglende kontinuitet i brugerens forløb)
- Manglende initiering af holdbare løsninger
- Manglende kontinuitet i regionsklinikker
- Manglende fleksibilitet ved flere problemstillinger under samme konsultation på trods af særlig kompleksitet i logistik og aftaler omkring lægebesøg (transport, ledsagelse, tolkebistand etc.)
- Varierende interessere/engagement/kompetencer/fleksibilitet blandt praktiserende læger i deres møde med de mest udsatte brugere

Bilag 5

Løsningsforslag:

- Fælles grundlag og "retning" som der arbejdes ud fra, af alle, på tværs af implicerede organisationer og myndigheder, hvad er vores kernemission for den konkrete bruger
- Afklaring af den aktuelle hovedproblemstilling i sekundær sektor (imellem somatik og psykiatri) ud fra en på forhånd fastlagt triageringsmodel (sondring mellem den akut mest alvorlige trussel på liv og førlighed)
- Brugbare samarbejdsmodeller i sekundær sektor på tværs af somatik og psykiatri i de givne tilfælde? (Hvordan og hvornår tages kontakt til hinanden)
- Brugbare samarbejdsmodeller (aftaler) på tværs af sektorer. Input til revision af Sundhedsaftalen: Vejledning af benyttelse af MedCom standard til meddelelser fra sekundær sektor til primær sektor ang. Brugere med særlige behov af social karakter og misbrug
- Etablering af omsorgstilbud på socialmedicinsk afdeling til en udvalgt målgruppe i forsøgsordning med effektmåling
- Etablering af skærmløsning på udvalgte afdelinger (fx 130) og på socialmedicinsk afdeling mhp. kontakt (timing) til kommunal misbrugsbehandler så tidlig i forløbet som muligt
- Den enkelte brugers koordinator (jf. den koordinerende indsatsplan) har ret til, når de kan se at brugerens situation forværres uden udsigt til bedring, at indkalde relevante aktører i forhold til sikre optimering af indsatser, koordination og fremdrift. Fx i form af udarbejdelse af den koordinerende indsatsplan
- Koordinering af den psykiatriske behandling og misbrugsbehandling (også på socialmedicinsk afdeling), herunder
 - Forståelse af hvordan den psykiatriske diagnose, - behandling og misbrug interagerer ud fra brugerens perspektiv i den enkelte sag
 - Individuel planlægning af behandling ud fra ovenstående
- Differentierede tilbud / positiv særbehandling af de mest udsatte brugere med hensyn til tilknytning til praktiserende læge, herunder:
 - Tilknyttes en fast læge (ikke regionsklinik)
 - Praktiserende læger, efter frit valg, kan kompetenceudvikles og kan tilbyde de mest udsatte brugere at blive tilknyttet disse – honorering tilpasses den særlige funktion

Bilag 5

Afklarende arbejde:

- Inddragelse af det somatiske område i udvikling og implementering af den koordinerende indsatsplan med henblik på hvordan/i hvilke situationer somatikken skal/bør indgå i udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner i konkrete sager
- Hvornår kan psykiatrilovens §13b (og a) anvendes? Hvem er målgruppen, afhænger det af diagnoser eller brugerens tilknytningssted (behandlingsansvar)
- I hvilken grad er behandlerne forpligtiget til at deltage i arbejdet omkring koordination og koordinationsmøder? (Fx kan brugerens praktiserende læge eller behandler fra sygehuset afvise deltagelse i koordineret planlægning omkring en bruger initieret af en behandler fra misbrugscentret?)
- Hvordan sikres at ovenstående strategiske aftaler er kendt og implementeres i praksis hos alle relevante parter? Hvem har ansvar for det?
- Udarbejdelse af triageringsmodel til sontring mellem somatik og psykiatri i den akutte fase
- Sikring af viden og kompetencer om sammenhæng mellem psykiatrisk diagnose, psykiatrisk behandling og misbrug (både i sekundær og primær sektor (fx misbrugscentre og praktiserende læger)
- Planlægning af model for de mest udsattes tilknytning til praktiserende læger, muligheder / begrænsninger samt honoreringsmodel

Broen til Bedre Sundhed
April 2018

Region Sjælland
Alleen 15
4180 Sorø

www.regionsjaelland.dk/broen
broen@regionsjaelland.dk