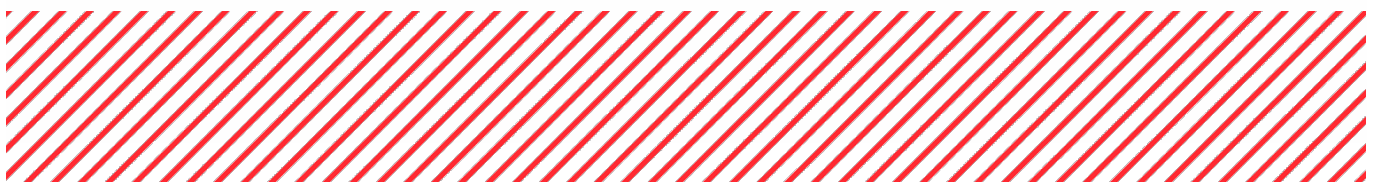


Rapport

Sammenhæng i patientforløb

Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?



Martin Sandberg Buch, Maya Christiane Flensburg Jensen og Grete Brorholt

Sammenhæng i patientforløb – Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-530-9

Forsidefoto: Lars Degnbol

Projekt: 11548

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

'Broen til Bedre Sundhed' er et partnerskab på tværs af Lolland og Guldborgsund Kommuner, Region Sjælland, Business Lolland-Falster og de Praktiserende Lægers Organisation i Region Sjælland. Partnerskabet arbejder for at skabe bedre sundhed og mindske uligheden i sundhed hos befolkningen på Lolland og Falster. Der er tale om en langsigtet strategi og bred portefølje af projekter rettet mod den samlede befolkning.

'Sammenhængende patientforløb' er en af de indsatser, der er prioriteret af partnerskabet og understøttet af midler fra TrygFonden. Indsatsen bunder i et ønske om at udvikle samarbejdsformer, der øger sammenhængen for patienter, som har mange kontakter og komplekse forløb på tværs af social- og sundhedssektorens aktører.

VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, har gennemført en vidensindsamling målrettet samarbejdsmodeller, erfaringer og anbefalinger på området for at kvalificere det videre arbejde med 'Sammenhængende patientforløb'.

Resultaterne formidles i denne rapport, som er målrettet beslutningstagere, ledere og fagpersoner i og omkring indsatsen for 'Sammenhængende patientforløb'. Rapporten henvender sig endvidere generelt til beslutningstagere og ledere med ansvar for at styrke samarbejdet omkring komplekse patientforløb.

VIVE ønsker at takke de interviewpersoner, der har bidraget til vidensindsamlingen. Sundhedschef Birgitte Holm Andersen, Favrskov Kommune, og lektor Søren Rud Kristensen, Imperial College London, har været eksterne referees. Vi takker begge for gode og konstruktive kommentarer til rapporten.

Projektchef Martin Sandberg Buch har været projektleder for undersøgelsen og har sammen med projektleder Maya Christiane Flensborg Jensen og seniorprojektleder Grete Brorholt udgjort den projektgruppe, der har forestået undersøgelsens analyser og udarbejdet rapporten.

*Forsknings- og analysechef Pia Kürstein Kjellberg, VIVE Sundhed
2018*

Indhold

Sammenfatning	6
Konklusioner og anbefalinger.....	6
Et afgrænset, relevant og realistisk afsæt for arbejdet	7
Indsatser målrettet de dyreste patientforløb	7
Anvendelse af patientrapporterede data	8
Afsættet for 'Sammenhængende patientforløb'	9
Anvendte metoder og datagrundlag.....	9
1 Formål, baggrund og fremadrettet proces.....	10
1.1 Formål.....	10
1.2 Baggrund.....	10
1.3 Fremadrettet proces.....	11
2 Undersøgelhedsdesign og datagrundlag	13
2.1 Rammer og afgrænsninger.....	13
2.2 Vidensindsamlingens hovedopgaver	13
3 Erfaringer og anbefalinger fra litteraturen om Integrated Care	16
3.1 Indledning	16
3.2 Forskellige niveauer af modeller for integreret samarbejde	16
3.3 Afsættet for udvikling og implementering.....	18
3.4 Specialiseringens dilemma	20
3.5 Kerneelement 1: Gode og smidige relationer: Fælles mål, viden og respekt.....	21
3.6 Kerneelement 2: Viden om målgrupper og konteksten for samarbejdet	23
3.7 Kerneelement 3: Fokus på omkostningstunge forløb	25
3.8 Kerneelement 4: Patientperspektiver og data som afsæt for behandlingsstrategier, effektmåling og styring	28
3.9 Kerneelement 5: Fælles fysiske rammer	31
3.10 Opsamling.....	34
4 The Chronic Care Model og Kaiser Permanente	36
4.1 The Chronic Care Model (CCM)	36
4.2 Kaiser Permanente	37
4.3 Danske erfaringer med CCM og KP	39
4.4 Opsamling.....	40
5 The NHS 'New Care Model Programme'	41
5.1 Projektorganisation og strategier for udvikling.....	41
5.2 Samarbejdsmodellernes fokus og indhold.....	42
5.3 Implementeringsmodel.....	43
5.4 The South Somerset Symphony Vanguard	46
5.5 Opsamling.....	51
6 Forløbskoordination og Assertive Community Treatment.....	53

6.1	Forløbskoordinatorer og forløbskoordination.....	53
6.2	Assertive Community Treatment (ACT-teams).....	55
6.3	Opsamling.....	63
7	Konklusioner og anbefalinger	65
7.1	Gode og smidige relationer på ledelses- og medarbejderniveau	65
7.2	Et konkret, relevant og realistisk afsæt for arbejdet	66
7.3	Indsatser målrettet de mest komplekse og omkostningstunge forløb	67
7.4	Anvendelse af patientrapporterede data.....	68
7.5	Fælles fysiske rammer som afsæt for styrket samarbejde	69
7.6	Afsættet for 'Sammenhængende patientforløb'	69
	Litteratur	71
Bilag 1	Strategi for litteratursøgning	77
Bilag 2	Udvalgte danske erfaringer med relationel koordinering	79
Bilag 3	Fokus og målgrupper for skandinaviske ACT-afprøvninger	81
Bilag 4	Resultater af norske og danske ACT-afprøvninger	82
Bilag 5	Oversigt over informanter	83

Sammenfatning

Partnerskabet 'Broen til Bedre Sundhed' har igangsat indsatsen 'Sammenhængende patientforløb', som de kommende år skal udvikle og styrke samarbejdet omkring om patienter med forløb på tværs af sundheds-, psykiatri- og socialområdet. Partnerskab og projekt er forankret i optageområdet for Nykøbing Falster Sygehus, og de involverede parter er almen praksis, den regionale somatik og psykiatri samt social-, sundheds-, og arbejdsmarkedsområdet i henholdsvis Lolland, Guldborgsund og Vordingborg Kommuner.

Som del af forberedelsesfasen har VIVE gennemført en vidensindsamling målrettet samarbejdsmodeller, erfaringer og anbefalinger til udvikling af sammenhængende indsatser. Resultaterne skal anvendes til at kvalificere de design- og afprøvningsfaser, der er planlagt for 'Sammenhængende patientforløb' fra efteråret 2018 og frem.

Undersøgelsen er gennemført i to faser. Første fase har handlet om at målrette dataindsamlingen, mens anden fase er brugt til at gå i dybden med temaer og cases, der er udvalgt i dialog med repræsentanter for Broen til Bedre Sundhed. Fokus har særligt knyttet sig til at indsamle viden om:

- Etablering af lokale samarbejdsmodeller, der understøtter integration mellem psykiatri, somatik og socialområdet
- Anvendelse af patient- og omkostningsdata som afsæt for stratificering og indsatser målrettet borgere med omkostningstunge forløb
- Anvendelse af systematiske patientrapporterede data som afsæt for individuelt tilpassede indsatser samt løbende vurdering af kvalitet og resultater
- Eksempler på individrettede indsatser med dokumenteret effekt for at kunne skabe øget sammenhæng og behandlingsudbytte for patienter med komplekse og tværgående forløb.

Konklusioner og anbefalinger

Vidensområdet omkring Integrated Care og samarbejdsmodeller, der understøtter sammenhæng i tværgående patientforløb, er stort og heterogent. Det er også vanskeligt at indfange og overføre de forhold, der gør, at en given samarbejdsmodel fungerer godt i en kontekst til en anden. Forventningerne til de forbedringer, der kan realiseres via nye organiseringsformer målrettet tværgående og ofte komplekse patientforløb, modsvares derfor i lille grad af velbeskrevne modeller, der giver robuste resultater på tværs af kontekster. Det triple-aim-perspektiv, der i de seneste år er anvendt til at italesætte området, er også stærkt udfordret i forhold til forventningen om mere effektiv ressourceanvendelse. Tendensen i den gennemgåede litteratur er oftest øget ressourceanvendelse, mens der i varierende grad opnås positive resultater relateret til patientoplevelt kvalitet og kliniske resultater.

Udvikling af godt tværgående samarbejde fremstår derfor som en kontekstafhængig opgave, hvor det er mange andre elementer end valget af en given model eller koncept, der skaber fundamentet for gode resultater. Hvilke organiserende principper, elementer fra eksisterende samarbejdsmodeller, redskaber og patientrettede indsatser der er relevante, afhænger desuden af, hvilke målgrupper og problemstillinger der sættes fokus på. Med afsæt i den gennemgåede litteratur og parternes forventninger til 'Sammenhængende patientforløb' er der identificeret fem pejlemærker for det videre arbejde. Disse er sammenfattet nedenfor, hvorefter de indsamlede resultater forholdes til afsættet for 'Sammenhængende Patientforløb'.

Gode og smidige relationer på ledelses- og medarbejderniveau:

Erfaringer fra de indsatser, der lykkes, peger især på opbakning fra politikere, ledelse og involvering af ildsjæle som elementer, der understøtter et velfungerende samarbejde. I denne optik er det vigtigt, at udviklingsarbejdet såvel som de løsninger, der vælges, understøtter positive spiraler af fælles viden, mål og gensidig respekt som afsæt for samarbejdet om komplekse patienter såvel som samarbejdet generelt. Investering i 'brobyggere' på ledelses- og medarbejderniveau med særlig vilje, kompetencer og ansvar for at skabe sammenhæng i tværgående forløb er centrale elementer i en sådan strategi. Et vedvarende fokus på at udvikle en samarbejdskultur, hvor relevante medarbejdere og ledere har mulighed for – og interesse i – at tage et bredere ansvar for det forløb, de er en del af, udgør en anden overordnet anbefaling.

Et afgrænset, relevant og realistisk afsæt for arbejdet

En del projekter målrettet tværgående samarbejde strander på for store forventninger til, hvilke resultater der skal opnås på for kort tid. En særskilt udfordring kan opstå, hvis der arbejdes med afsæt i en løsning (fx i form af et koncept eller en færdigbeskrevet ny samarbejdsmodel) der leder efter problemer frem for med afsæt i konkrete og oplevede problemer, der skal findes løsninger til.

En central anbefaling er derfor at finde et afsæt, som på én gang er relevant for patienter og fagpersoner og afstemt med de muligheder (fx tid, ressourcer, ledelsesforankring) og begrænsninger (fx i form af lovgivning, it, finansiering), der i udgangspunktet ikke er mulighed for at ændre lokalt.

En anden central anbefaling handler om at anvende patient- og omkostningsdata til at forstå og segmentere patientpopulationen. Sådanne data kan både kvalificere valget af de indsatser, der skal arbejdes med at udvikle og implementere og fungere som løftestang for involvering af relevante aktører og fagpersoner.

Der findes en del implementeringsmodeller med ansvisninger til de typiske faser og elementer, der understøtter vellykket udvikling og implementering. Eksempler på de mest centrale knytter sig til:

- Forankring af arbejdet på ledelses- og beslutningstagerniveau samt at der fastholdes et fokus på vilkårene for det generelle samarbejde og de samlede behov i en given patientpopulation.
- Villighed til at investere i at udvikle løsninger målrettet patienternes behov uden (på den korte bane) at tænke i økonomi og budgetter.
- Ressourcer og tålmodighed til at investere i en bred og involverende dialog, der samler relevante aktører (og involverer patienter) fra starten for at afdække problemer og mulige løsninger.
- Anvende data og indsamling af viden, der løbende kvalificerer antagelser om problemer og løsninger.
- At konkrete løsninger udvikles med opmærksomhed på samspillet mellem henholdsvis klinisk, social og organisatorisk kompleksitet.
- Investeringer i kompetenceudvikling og systematisk evaluering, når arbejdet er så langt, at implementeringen kan sættes i gang.

Indsatser målrettet de dyreste patientforløb

Med afsæt i nye teknologiske muligheder og 'big data' ses der et potentiale for at kunne anvende algoritmer til at identificere og sætte proaktivt ind over for 'risiko'-patienter, *inden* deres forløb bliver

komplekse og dyre. Det fremstår dog som en klar konklusion, at der stadig mangler meget viden om, hvilke data og rutiner der præcist kan finde individuelle 'risiko'-patienter på det rigtige tidspunkt. Hvilke proaktive indsatser, der indfrier de forventede mål uden fx at lede til et stort tidsforbrug hos involverede klinikere og overbehandling, fremstår ligeledes uafklaret.

Løsninger med dokumenteret effekt knytter sig derfor primært til selekterede grupper af patienter med særlige behov og forløb, som i udgangspunktet er dyre og komplekse. Løsningerne er oftest forankret i tværfaglige teams, og opnåede resultater knytter sig især til øget faglig og patientoplevet kvalitet samt bedre outcome. Til gengæld er det også en generel tendens, at de samlede omkostninger øges.

Udvikling af denne type indsatser forudsætter, at det er muligt at identificere en relevant og afgrænset målgruppe samt til at forstå, hvilke problemer og mulige løsninger der er i spil. Der skal også være nok patienter i målgruppen til at begrunde en specialiseret funktion, ligesom det skal være muligt at identificere, rekruttere og fastholde et tilstrækkeligt antal af disse patienter. Hvis det vurderes, at disse forudsætninger er tilstede, findes der en række relativt velbeskrevne indsatser og samarbejdsmodeller, som arbejdet kan tage afsæt i. Eksempler på indsatser målrettet patienter med komplekse og sammensatte forløb er Feedback Informed Treatment, Assertive Community Treatment, Critical Time Intervention, den koordinerende sagsbehandler og Aktiv Patientstøtte. De nævnte indsatser er alle oversat og afprøvet (eller under afprøvning) i en dansk kontekst.

Anvendelse af patientrapporterede data

Der er en generel forventning om, at indsamling af patientrapporterede data (Patient Reported Outcome, PRO) fremadrettet kan anvendes som afsæt for systematisk patientinddragelse, beslutningsstøtte og vurdering af kvalitet og resultater i sundhedsvæsenet. Inden for diagnosespecifik og specialiseret behandling i sundhedsvæsenet findes også en række eksempler på anvendelse af PRO-data, der viser lovende resultater.

Der er dog ikke fundet eksempler på indsatser, der anvender PRO som afsæt for arbejdet med de typer af patienter og forløb, der forventes at indgå i 'Sammenhængende patientforløb'. Inden for socialområdet findes til gengæld alternative redskaber (fx Feedback Informed Treatment, FIT) målrettet patienter med sammensatte udfordringer og tværgående forløb. Disse redskaber er enkelt opbygget og indgår som en del af et koncept, der sætter en overordnet ramme for samspillet mellem borger og behandler.

Det gælder for både PRO og FIT, at en kultur og tilgang til mødet med borgeren, som har fokus på patientinddragelse, har stor betydning for implementering og muligheden for at opnå positive resultater. Ledelsesmæssig opmærksomhed, tid til kompetenceudvikling og løbende sparring er således vigtige elementer for at lykkes med implementering af sådanne tilgange. Endvidere vil det være relevant at gøre klart, om formålet med implementering er:

- Patientinvolvering og mulighed for at følge op på de enkelte patienter og udbyttet for den gruppe af patienter, der er målgruppe for indsatsen. Dette er umiddelbart muligt med afsæt i allerede eksisterende redskaber – som det fx tidligere er afprøvet i den lokale indsats 'Sammen om min vej'.
- Beslutningsstøtte, styring og monitorering af kvalitet i et større perspektiv, som kræver et langsigtet og strategisk fokus, samt koordinering og samarbejde med fx det danske PRO-sekretariat.

Fælles fysiske rammer som afsæt for styrket samarbejde

Den gennemgåede litteratur viser, at fælles fysiske rammer kan være et element til at styrke samarbejde samt til at øge sammenhæng og tilgængelighed for udvalgte patientgrupper. Hvorvidt fysiske rammer udgør en relevant del af en given samarbejdsmodel, afhænger bl.a. af, om det er muligt at samle et meningsfuldt opgavefælleskab omkring relevante patienter, samt om der er klare mål og et ledelsesfokus, der understøtter det ønskede samarbejde.

Afsættet for 'Sammenhængende patientforløb'

Vidensindsamlingen viser vigtige ligheder mellem litteraturens anbefalinger og afsættet for det videre arbejde med 'Sammenhængende patientforløb'. De vigtigste knytter sig til, at:

- arbejdet er forankret i en lokal organisering og understøttet af strategier som muliggør et systematisk arbejde med relationel koordinering. I opstarten mellem relevante ledere og nøglepersoner og på sigt blandt den bredere kreds af fagpersoner og ledere, der kommer til at indgå i afprøvning og implementering af 'Sammenhængende patientforløb'
- der i udgangspunktet er gode erfaringer med at følge strategier for udvikling og forandring, som matcher anbefalinger fra den gennemgåede litteratur
- der er en veludviklet kapacitet til at analysere patient- og omkostningsdata på tværs af sektorer samt erfaringer med at anvende disse data til at kvalificere valget af målgrupper såvel som til at identificere, hvor i forløbene det er særligt relevant at sætte ind.

Et vigtigt opmærksomhedspunkt er til gengæld, at de nuværende beskrivelser af indsatsen for 'Sammenhængende patientforløb' og de forventede resultater indeholder en række overordnede koncepter relateret til fx PRO-data, stratificering, proaktive indsatser for 'high-cost-users' og forventninger om at opnå triple-aim-resultater. Det kræver for det første en væsentlig investering at oversætte, konkretisere og implementere hvert enkelt af de nævnte koncepter til en ny lokal praksis. For det andet er det usikkert, hvorvidt de enkelte koncepter rent faktisk indfrier de positive forventninger, der er tilknyttet dem. For det tredje er der ikke fundet eksempler på velbeskrevne samarbejdsmodeller eller indsatser målrettet tværgående forløb, som samlet set tager afsæt i de nævnte koncepter.

Italesættelsen og forventningerne til 'Sammenhængende patientforløb' indebærer således en risiko for at bringe for mange, for ikke-konkrete og ressourcekrævende udviklingsopgaver i spil, hvis ikke det lykkes at etablere et konkret og afgrænset afsæt for udviklingsarbejdet. Det vil derfor være vigtigt at holde fast i den besluttede strategi for trinvis udvikling og afprøvning, samt at det lykkes at identificere et afgrænset, relevant og realistisk afsæt for (sam)arbejdet.

Anvendte metoder og datagrundlag

Vidensindsamlingen er baseret på en sneboldsmetode, hvor ekspertinterview og gennemgang af skriftligt materiale har fungeret som indgang til at identificere central litteratur, evalueringer og eksempler på lovende erfaringer og samarbejdsmodeller.

1 Formål, baggrund og fremadrettet proces

1.1 Formål

Broen til Bedre Sundhed er et partnerskab på tværs af Lolland og Guldborgsund Kommuner, Region Sjælland, Business Lolland-Falster og de Praktiserende Lægers Organisation i Region Sjælland. Partnerskabet arbejder for at skabe bedre sundhed og mindske uligheden i sundhed hos befolkningen på Lolland og Falster, og der er tale om en langsigtet strategi og bred portefølje af projekter rettet mod den samlede befolkning.

'Sammenhængende patientforløb' er en af de indsatser, der er prioriteret i partnerskabet og understøttet af midler fra TrygFonden. Indsatsen bunder i et ønske om at udvikle samarbejdsformer, der øger sammenhængen for patienter, som har mange kontakter og komplekse forløb på tværs af social- og sundhedssektorens forskellige aktører.

På kort sigt er målet at etablere prøvehandling, som med i afsæt i udvalgte patientgrupper understøtter en mere sammenhængende indsats. På længere sigt er målsætningen at kunne re-tænke rammerne for den tværgående indsats i forhold til arbejdsdeling, økonomiske rammer og formulering af fælles succeskriterier. Succesfuld udvikling og implementering af en sådan model ses som et middel til at opnå triple-aim-forbedringer i relation til øget trivsel og større oplevet kvalitet og forbedret sundhed for de patientgrupper, der samarbejdes om, samt bedre udnyttelse af ressourcerne i relation til de berørte patientforløb (Broen til Bedre Sundhed 2018, Region Sjælland 2017). De lokale samarbejdsfora for henholdsvis somatik og psykiatri på Nykøbing Falster Sygehus har i forlængelse heraf indledt et tæt samarbejde for at kunne understøtte udviklingen i retning af mere sammenhængende forløb.

Partnerskabet bag 'Broen til Bedre Sundhed' har med ovenstående afsæt rekvireret VIVE til at gennemføre en vidensindsamling, der sammenfatter eksisterende viden, aktuelle tendenser og anbefalinger til organisering og samarbejde omkring tværgående og komplekse patientforløb. Formålet er at kvalificere design, udvikling og implementering af 'Sammenhængende patientforløb', og den indsamlede viden forholdes derfor til den lokale kontekst i rapportens afsluttende kapitel.

1.2 Baggrund

Indsatsen om 'Sammenhængende patientforløb' har i perioden 2015-2017 været udmøntet i projektet 'Sammen om min vej', som er et koordinerende team, der med afsæt i den enkelte borger skal medvirke til at styrke indsatsen over for sårbare patienter med et stort forbrug af sundheds- og socialydelser. Målgruppen er patienter, der har et langt forløb fx med flere (gen)indlæggelser bag sig, men typisk også et komplekst forløb præget af overlappende problemstillinger af somatisk, psykisk, social eller misbrugskaraktter. 'Sammen om min vej' sigter mod en styrket tværsektoriel og brugercentreret indsats omkring patienterne ved at tilbyde én fast forløbspartner.

Forløbspartnerens rolle er coachende og vejledende og har overordnet som mål at understøtte et individuelt forløb for den enkelte deltager. Eksempler på forløbspartnerens opgaver er at facilitere dialogen med relevante samarbejdspartnere inden for eller på tværs af sektorer, afdække patienternes udfordringer, ønsker og motivation som afsæt for at guide til relevante støtte- og behandlingstilbud, koordinere aftaler med samarbejdspartnere på vegne af patienterne samt at ledsage og være bisidder for de patienter, der har behov for det.

Undervejs i projektet har der været en række udfordringer med at udvikle samarbejdsfladerne mellem teamet af forløbspartnere og de eksisterende funktioner, der er i berøring med teamets patienter, ligesom der har været en del udfordringer relateret til opsporing og rekruttering af borgere (Region Sjælland 2017). Det fremgår imidlertid af indsatsens slutevaluering, at indsatsen opleves som nyttig af de involverede fagpersoner, og at antallet af henvisninger er steget i takt med øget kendskab og erfaringer med de borgere, der er blevet hjulpet af teamet 'Sammen om min vej'.

I begyndelsen af 2018 havde ca. 200 patienter modtaget indsatsen, mens yderligere ca. 300 patienter har været i kontakt med teamet og i forskellig grad er blevet hjulpet videre til andre steder i social- og sundhedsvæsenet. Indsatsens slutevaluering (Broen til Bedre Sundhed 2018) konkluderer, at resultaterne fra 'Sammen om min vej' er overvejende positive som angivet nedenfor:

- Patienterne rapporterer forbedringer af deres selvvaluerede livskvalitet, helbred og oplevelse af øget inddragelse og sammenhæng i deres behandling.
- Involverede fagpersoner forbinder indsatsen med et styrket samarbejde og et øget fokus på patientinvolvering.
- Antallet af akutte indlæggelser og øvrige hospitalsydelser er uændret, mens der (som ønsket) ses en stigning i antallet af kontakter med praktiserende læger, øvrige praksisbehandlere samt en lille stigning i forbruget af kommunale sundheds- og omsorgsydelser.

1.3 Fremadrettet proces

Med afsæt i de opnåede resultater er der en forventning om, at 'Sammen om min vej' skal videreføres og videreudvikles som en selvstændig indsats. Samtidig er der skabt erfaringer (fx relateret til udvikling og implementering, patientinvolvering og systematisk anvendelse af patientdata), der tages med i arbejdet med at udvikle 'Sammenhængende patientforløb' via nedenstående tre faser:

Fase 1: Udvikling af et informationsgrundlag med afsæt i:

- afdækning af eksisterende viden, aktuelle tendenser og erfaringer fra arbejdet med at udvikle samarbejdsmodeller, der formår at understøtte sammenhængende forløb for patienter med komplekse forløb, der går på tværs af sundheds- og socialvæsenet
- lokal interessentanalyse og evaluering af projektet 'Sammen om min vej'
- en innovationsproces blandt involverede parter for at identificere fremadrettede muligheder for at re-tænke tilgangen til at skabe sammenhæng og levere ydelser i komplekse forløb med afsæt i et triple-aim-perspektiv.

Fase 2: Designfase, hvor det udarbejdede informationsgrundlag bruges til at aftale:

- hvilken samarbejdsorganisation, målgrupper og tilhørende indsatser arbejdet skal tage afsæt i
- hvilke succeskriterier der er for indsatsen på strategisk og operationelt niveau
- hvordan samarbejdsorganisation og tilhørende indsatser skal udvikles, implementeres og evalueres.

Fase 3: Afprøvning, løbende udvikling og evaluering af den valgte samarbejdsorganisation og tilhørende indsatser med henblik på at:

- udvikle en tværgående organisering, der er understøttet af en fælles ledelse, og gør det muligt at etablere driftssikre samarbejdsmodeller målrettet udvalgte patienter
- introducere metoder til at identificere, segmentere og følge borgere med komplekse forløb på populationsniveau

- introducere Patient Reported Outcome (PRO) metoder og værktøjer, der kan anvendes til at følge borgernes udbytte af indsatsen.

VIVEs vidensindsamling indgår således som et af flere elementer, der skal anvendes i en lokal kontekst, hvor der allerede findes en række vigtige erfaringer, en eksisterende organisering målrettet det tværgående samarbejde og specifikke forventninger til principper og kernelementer i det fremadrettede arbejde.

Den lokale kontekst har derfor (i overensstemmelse med anbefalinger fra litteraturen om modeller for sammenhængende patientforløb) haft stor betydning for vidensindsamlingens valg af fokusområder og tilgangen til at belyse disse. Næste kapitel redegør for denne proces, undersøgelsesdesignet og det anvendte datagrundlag.

2 Undersøgellesdesign og datagrundlag

Undersøgelsen er gennemført i to faser, hvor første del har handlet om at målrette dataindsamlingen og gennemføre en indledende afdækning af viden, mens anden del er brugt til at gå i dybden med udvalgte tematikker og cases. Rammerne for undersøgelsen, de anvendte metoder og datagrundlaget beskrives nedenfor.

2.1 Rammer og afgrænsninger

De opstillede temaer og den brede målgruppe af patienter med komplekse forløb, der potentielt er fokus på i indsatsen for 'Sammenhængende patientforløb', betyder, at undersøgelsen har skullet favne bredt. Designet er derfor målrettet en selektiv afdækning af udvalgt litteratur, temaer og eksempler på samarbejdsmodeller, der bedst muligt matcher den lokale kontekst, erfaringer og målsætninger for arbejdet med 'Sammenhængende patientforløb'. For at guide vidensindsamlingen har der været en tæt dialog med Broen til Bedre Sundhed i forbindelse med opstart og planlægning af dataindsamlingen. Endvidere er de foreløbige resultater præsenteret og drøftet med indsatsens styregruppe på et seminar den 18. april 2018.

2.2 Vidensindsamlingens hovedopgaver

Vidensindsamlingen er baseret på en sneboldsmetode, hvor ekspertinterview og gennemgang af skriftligt materiale har fungeret som indgang til at identificere central litteratur, evalueringer og eksempler på lovende erfaringer og samarbejdsmodeller. De forskellige trin i vidensindsamling og analyse gennemgås i de følgende afsnit med afsæt i nedenstående Figur 2.1:

Figur 2.1 Vidensindsamlingens overordnede design



2.2.1 Trin 1: Viden om lokal kontekst som afsæt for at fokusere vidensindsamlingen

Første skridt i vidensindsamlingen bestod i at skabe et fokus for de efterfølgende opgaver. Det er gjort via arbejdsmøder med nøglepersoner fra Broen til Bedre Sundhed. Her er eksisterende erfaringer og løsninger samt forventede tidshorisonter, ressourcer og fokus for den fremadrettede samarbejdsmodel drøftet. Endvidere gennemlæste vi evalueringerne af 'Sammen om min vej' (Region Sjælland 2017, Broen til Bedre Sundhed 2018) – en ikke-publiceret interessentanalyse, og interviewede indsatsens projektleder. Med afsæt i disse skridt har vidensindsamlingen haft særligt fokus på indsamle viden om:

- Udvikling, implementering og organisering af lokale samarbejdsmodeller, der understøtter integration på tværs af psykiatri/somatik og socialområdet.
- Anvendelse af patient- og omkostningsdata som afsæt for stratificering og igangsættelse af målrettede indsatser over for borgere med komplekse forløb/høje omkostninger.
- Patientinvolvering og anvendelse af systematiske patientdata (fx PRO) som afsæt for individuelt tilpassede indsatser samt løbende vurdering af kvalitet og resultater.
- Eksempler på individrettede indsatser, der har en dokumenteret effekt, for at kunne skabe øget sammenhæng og behandlingsudbytte for patienter med komplekse og tværgående forløb.

2.2.2 Trin 2: Interview, litteratursøgning og desk research

Interview. Der er interviewet 11 fagpersoner og forskere¹ med særlig viden om vidensindsamlingens fokusområder. De fem første informanter blev udvalgt via rundspørger i henholdsvis VIVE og Region Sjællands netværk, hvorefter de resterende seks er kontaktet på baggrund af anbefalinger fra de første interview samt den efterfølgende desk research. Forud for de enkelte interview har informanterne fået tilsendt information om vidensindsamlingen og formålet med interviewet samt en overordnet interviewguide. Interviewene har fokuseret på informanternes:

- Perspektiver på vidensindsamlingens fokusområder
- Viden om lovende samarbejdsmodeller/indsatser i Danmark og sammenlignelige lande (primært Sverige, Norge, Skotland og England), der kan indgå i vidensindsamlingen
- Henvisninger til relevant litteratur og evalueringer relateret til vidensindsamlingens temaer.

Interviewene er optaget elektronisk, og der er skrevet et udførligt referat, som er anvendt som afsæt for desk research, analyse og afrapportering.

Gennemgang af udvalgt litteratur². Der er søgt bredt efter litteratur og evalueringer, der sammenfatter aktuel viden og tendenser om udvikling af Integrated Care. Endvidere er der gennemført en række systematiske søgninger målrettet specifikke elementer, der forventes at indgå i 'Sammenhængende patientforløb'. Søgningerne tager afsæt i:

- VIVEs kendskab til litteratur og evalueringer, der omhandler Integrated Care, samt udvikling og ledelse af tværsektorielt samarbejde
- Litteratur anbefalet af interviewpersonerne samt gennemgang af relevant litteratur, der henvises til i det anviste materiale (snoboldsmetode)
- Med afsæt i dialogen med repræsentanter fra Broen til Bedre Sundhed er der endvidere søgt systematisk efter viden omkring:
 - Anvendelse af PRO-data for patienter med komplekse og tværgående forløb
 - Skandinaviske afprøvninger af Assertive Community Treatment
 - Betydningen af fysiske rammer i relation til komplekse tværgående forløb.

Udvalgte samarbejdsmodeller og kernelementer: Undervejs i rapporten indgår en række eksempler på samarbejdsmodeller og kernelementer, som beskrives mere detaljeret med afsæt i tilgængelige evalueringer, litteratur og interview med udvalgte nøglepersoner³ med henblik på at dokumentere fremgangsmåde, organisering og resultater.

¹ Tre danske, seks fra Skotland og England samt to fra USA.

² Oversigt over litteratursøgning er gengivet i Bilag 1.

³ Der er interviewet a) to nøglepersoner, som har været involveret i implementering af OPUS-teams i psykiatrien i Danmark, fire eksperter fra IHI/NHS med særlig viden om stratificering og udvikling af samarbejdsmodeller målrettet borgere med kronisk

Eksemplerne er valgt i dialog med repræsentanter fra Broen til Bedre Sundhed ud fra en vurdering om, at de er særligt relevante for det videre arbejde med 'Sammenhængende patientforløb' på baggrund af kriterier om, i hvor høj grad:

- organisering, indhold og fokus matcher det fremadrettede fokus, der ønskes i 'Sammenhængende patientforløb'
- der er systematisk dokumentation for opnåelse af ønskede resultater samt beskrivelser af de elementer og forhold, som understøtter succesfuld udvikling og implementering.

2.2.3 Hovedopgave 3: Analyse og afrapportering

Med afsæt i interview og indsamlet materiale er der udarbejdet fire resultatkapitler og et afsluttende kapitel med konklusioner og anbefalinger som angivet nedenfor.

Kapitel 3 introducerer vidensfeltet omkring udvikling af integreret samarbejde samt en række opmærksomhedspunkter og kernelementer relateret til udvikling af et velfungerende samarbejde.

Kapitel 4 sætter fokus på The Chronic Care Model og Kaiser Permanente, som er to af de mest indflydelsesrige modeller for Integrated Care internationalt såvel som i Danmark.

Kapitel 5 beskriver erfaringer fra det engelske 'New Care Models Programme' samt et af de lokalområder, der har deltaget i programmet.

Kapitel 6 fokuserer på forløbskoordination målrettet patienter komplekse forløb og særlige behov for individuel støtte. Som eksempel på en veldokumenteret samarbejdsmodel målrettet de mest komplekse patienter beskrives også erfaringer og anbefalinger fra arbejdet med Assertive Community Treatment Teams).

Kapitel 7 opstiller vidensindsamlingens konklusioner og anbefalinger og forholder disse til afsættet for arbejdet med 'Sammenhængende patientforløb'.

sygdom og komplekse behov for sociale indsatser, og to repræsentanter fra en af de samarbejdsmodeller, der er udviklet i regi af det engelske 'New Care Models Programme'.

3 Erfaringer og anbefalinger fra litteraturen om Integrated Care

Dette kapitel sammenfatter en række af de væsentligste erfaringer og anbefalinger til, hvordan man kommer godt i gang med arbejdet med Integrated Care. Endvidere er der en mere detaljeret gennemgang af fem kerneelementer i arbejdet, som er udvalgt med afsæt i en vurdering af, at de er centrale for arbejdet, og/eller at der er tale om et særligt prioriteret element i det videre arbejde med 'Sammenhængende patientforløb'. Den afsluttende opsamling sammenfatter de vigtigste opmærksomhedspunkter og anbefalinger.

3.1 Indledning

Interessen for samarbejdsmodeller, der understøtter en integreret indsats i sundheds- og socialsektoren, tog fart i slutningen af 1970'erne. I udgangspunktet var det fremkomsten af en moderne primærsektor og den kontinuerlige udbygning af velfærdsydelser, som – sammen med ønsker om at involvere patienternes perspektiver på indsatsen – drev udviklingen. Med tiden har ønsket om at sikre en mere proaktiv sammenhængende behandling af patienter, der diagnosticeres og lever læn- gere med kronisk sygdom og/eller psykiske lidelser, øget interessen yderligere.

I den gennemgåede litteratur (Starling 2017, Goodwin, Stein & Amelung 2017, Antunes & Moreira 2011, Goodwin et al. 2011) er der udbredt konsensus om, at det specialiserede sundhedsvæsen er udfordret i mødet med borgere med komplekse forløb, der går på tværs af sundheds- og socialind- satser. En afledt udfordring, som beskrives i litteraturen, er, at de indsatser, der tilbydes – især for sårbare patienter – for ofte er ineffektive, usammenhængende og umyndiggørende. En anden knyt- ter sig til, at manglende sammenhæng og støtteindsatser målrettet socialt udsatte borgere forbindes med uhensigtsmæssige mønstre i forbruget af sundhedsydelser (Benjaminsen et al. 2018).

Udvikling af modeller for integreret pleje og behandling udtrykker således både et ønske om en overordnet forandring af sundheds- og socialvæsenets relation med patienter og borgere såvel som et behov for at udvikle modeller, der for patienter med komplekse forløb bygger bro over traditionelle sektorer og aktører. Muligheden for at gennemføre reformer, der med afsæt i principper for Integra- ted Care udvikler et mere proaktivt og integreret sundheds- og socialvæsen, fremhæves med dette afsæt som en af de vigtigste fremadrettede prioriteter af centrale aktører på området (WHO Regional Office for Europe 2016, Shaw, Rosen & Rumbold 2011, NHS 2016). Forventningen er, at en suc- cesfuld omstilling på en og samme tid kan øge sammenhæng og outcome af behandling og lede til en mere omkostningseffektiv indsats som fx beskrevet i (Berwick, Nolan & Whittington 2008).

3.2 Forskellige niveauer af modeller for integreret samarbejde

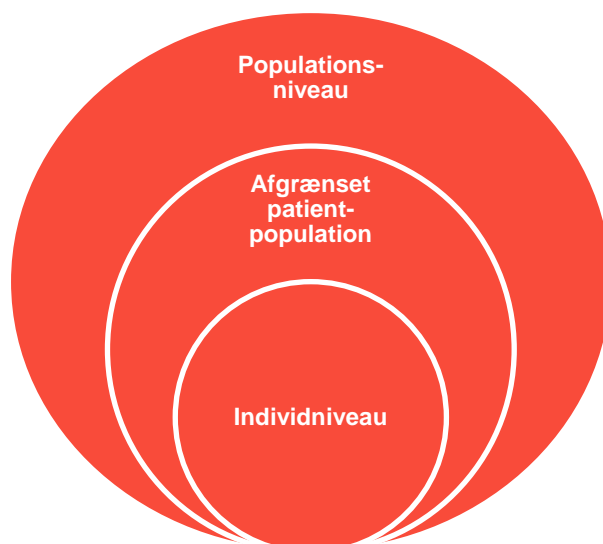
Litteraturen om Integrated Care skelner typisk imellem forskellige typer af modeller på baggrund af, hvilket organisatorisk niveau arbejdet er forankret på, samt hvor bredt/snævert defineret et forløb der er fokus på at samordne (WHO Regional Office for Europe 2016, Heath, Wise Romero & Rey- nolds 2013). Med det afsæt kan modeller kategoriseres med afsæt i, om de er målrettet a) makro- niveau og samlede patientpopulationer⁴, b) mesoniveau og afgrænsede dele af populationer⁵ og c)

⁴ For eksempel de lovpligtige sundhedsaftaler i Danmark og forløbsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme eller udvalgte grupper af patienter.

⁵ For eksempel de klyngebaserede samarbejder mellem hospital, kommune og almen praksis eller aftaler for kommunikation ved indlæggelse og udskrivning.

mikroniveau og udvalgte individer⁶. De forskellige niveauer og deres indbyrdes relationer er illustreret i Figur 3.1.

Figur 3.1 Integreerede samarbejdsmodeller opererer på forskelligt niveau



Figurens formål er at illustrere, at forskellige typer af samarbejdsmodeller indgår som dele i et større system, hvor der er en vis gensidig afhængighed imellem de forskellige niveauer – fx fordi muligheden for at etablere et succesfuldt samarbejde omkring komplekse forløb på individniveau ofte afhænger af, at indsatsen er understøttet af mere overordnede samarbejdsaftaler og ledelse, der går på tværs af deltagende organisationer og sektorer på mesoniveau. En væsentlig pointe er også, at jo bredere et forløb, der arbejdes med, og jo større ambitioner der om at ændre på samarbejdet mellem de involverede aktører, jo større vil behovet for en overordnet organisatorisk forankring og et langsigtet udviklingsperspektiv være.

Karakteristika for samarbejdsmodeller på de tre niveauer og de krav, de typisk stiller, er illustreret i punkterne nedenfor.

- **Makroniveau⁷:** Forankret på planlægningsniveau og forudsætter typisk ændringer i finansiering, rammer for styring, ændret lovgivning og grundlæggende organisatoriske strukturer. Perspektivet er overordnet og tidshorizonten lang.
- **Mesoniveau:** Forankret på tværs af lokale organisationer og ofte udmøntet som teams og netværk af lokale aktører, hvis arbejde er understøttet af samarbejdsaftaler, rutiner og redskaber, der understøtter tværgående forløb. Kan også være udmøntet som særlige tværsektorielle enheder og funktioner.
- **Mikroniveau:** Forankret i forløbskoordination, der typisk er forankret i en sektor eller organisation og fx arbejder med afsæt i aftaler for Shared Care, tæt samarbejde omkring overgange (fx indlæggelse og udskrivning), typisk understøttet af lokale forløbsbeskrivelser, fælles journaler/fælles medicinkort og lignende redskaber.

⁶ For eksempel koordinerende indsatsplaner i psykiatrien, op søgende psykoseteams, 'Aktiv Patientstøtte' eller 'Sammen om min vej'.

⁷ Udarbejdet med inspiration fra (Øvretveit & Brommels 2011).

3.3 Afsættet for udvikling og implementering

Udvikling af Integrated Care sker i spændingsfeltet mellem ønsket om at koordinere den konkrete borgerrettede indsats og behovet for koordinering på tværs af organisationer (Nørgaard & Vestergaard 2014). Det betyder for det første, at forskellige strategier og løsningsmodeller kan blive bragt i spil afhængig af, hvilken kontekst, patientgruppe og målsætning der arbejdes ud fra; for det andet er det ofte komplekst at definere et klart og afgrænset afsæt for integrerede samarbejdsmodeller, fordi det tværgående fokus medfører krav om ændringer og ejerskab på tværs af mange forskellige aktører og organisatoriske niveauer.

Klarhed omkring målet med en given indsats, samt om indsatsen matcher den lokale kontekst og de problemer, der er i spil, fremhæves i forlængelse heraf som en afgørende forudsætning for succesfulde samarbejdsmodeller (Shaw, Rosen & Rumbold 2011). Som illustreret i nedenstående tabel lykkes det ikke altid at skabe et sådant ideelt udgangspunkt.

Tablet 3.1 Typiske udfordringer og facilitatorer fra den empiriske litteratur om Integrated Care

Kategori	Udfordringer	Facilitatorer
Niveau og formål	<ul style="list-style-type: none"> - For store visioner og mangel på delmål - Indsatsen har været for ideologisk og ikke konkret 	<ul style="list-style-type: none"> - Afgrænset geografi - Afgrænset indsats (not the entire range of services)
Planlægning, ledelse og implementering	<ul style="list-style-type: none"> - Mangel på tid - Usikkerhed og manglende opbakning hos ledere og fagpersoner - Trusler mod patientsikkerhed - Fravær af fælles it-plattform - For omkostningstungt og kompliceret i forhold til udbytte 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktiv tværsektoriel ledelse - Kontinuerlig evaluering - Fokuseret, decentraliseret og bottom-up - Borgerinvolvering ved opstart og under udvikling - Velfungerende redskaber til beslutningsstøtte og informationsdeling
Økonomi og incitamenter	<ul style="list-style-type: none"> - Økonomi bundet op på programmer, der ikke kan rumme patienternes kompleksitet - Organisering der primært tager hensyn til bevillinger 	<ul style="list-style-type: none"> - Fleksibel økonomisk ramme - Risikovillighed

Kilde: (Fisher & Elnitsky 2012).

De listede udfordringer afspejler, at mange forsøg med integrerede samarbejdsmodeller ikke har formået at skabe de ønskede resultater. Særligt kombinationen af et (for) ambitiøst, uklart og kortsigtet udgangspunkt for arbejdet går igen som en rød tråd, når denne type af projekter beskrives i litteraturen (Øvretveit & Brommels 2011). Integrated Care-projektet fra Odense udgør i den forbindelse et aktuelt dansk eksempel på, hvor vigtigt det er at have tid og mulighed for lokal oversættelse og gradvis udvikling af nye modeller for integreret samarbejde:

Eksempel: Integrated Care-projektet i Odense

Odense-projektet var et frikommuneforsøg, hvor Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO fra 2013-2016 samarbejdede om at afprøve en integreret samarbejdsmodel målrettet henholdsvis sygemeldte patienter med stress, angst og depression og ældre medicinske patienter. Afsættet var en fuldt udbygget – men ikke velafprøvet – samarbejdsmodel, der i årene forinden var udviklet i North West London.

Til trods for at Odense-projektet havde fælles politisk og administrativ ledelse, stort budget, professionel projektorganisation og tilladelse til tværgående deling af patientoplysninger, fejlede implementeringen på det kliniske niveau. Inklusion af nok og rigtige patienter var derfor et stort problem igennem hele projektperioden. Endvidere steg omkostningerne til de inkluderede patienters forbrug af sundheds- og socialydelser markant, samtidig med at de opstillede succeskriterier blev påvirket negativt.

VIVEs evaluering af forsøget pegede på kombinationen af nedenstående forhold som de vigtigste årsager til udeblevne resultater:

- Projektet indeholdt så mange og ambitiøse udviklingsopgaver relateret til bl.a. formulering af fælles patientprogrammer, udvikling af databaserede redskaber til risikostratificering og en tværsektoriel elektronisk Shared Care-platform, at der ikke var tid til at pilotteste disse forud for driftsfasen.
- Involverede fagpersoner oplevede udvikling og implementering som en topstyret proces, der i for lille omfang gav mulighed for at oversætte løsninger og setup fra den engelske model til den lokale kontekst i Odense.
- Opgaver og ansvar, som blev givet (til især de praktiserende læger, der havde en afgørende rolle i indsatsen), var ude af trit med daglige rutiner og de problemstillinger, som fagpersonerne ønskede hjælp til.

Kilde: (Sandberg Buch, Petersen et al. 2016).

Formentlig som følge af ovenstående udfordringer er der en tendens til, at udvikling af modeller for sammenhængende patientforløb over tid har bevæget sig fra top-down og system-orienterede projekter til mere fokuserede og populationsspecifikke indsatser, som udvikles (Fisher & Elnitsky 2012, Goodwin, Stein & Amelung 2017). En sådan forskydning af fokus matcher umiddelbart de facilitatorer for succesfulde samarbejdsmodeller, som er listet i Tabel 3.1, fordi afgrænsede og lokalt forankrede indsatser generelt er lettere at etablere, evaluere og målrette mod specifikke behov hos udvalgte grupper af patienter med komplekse forløb.

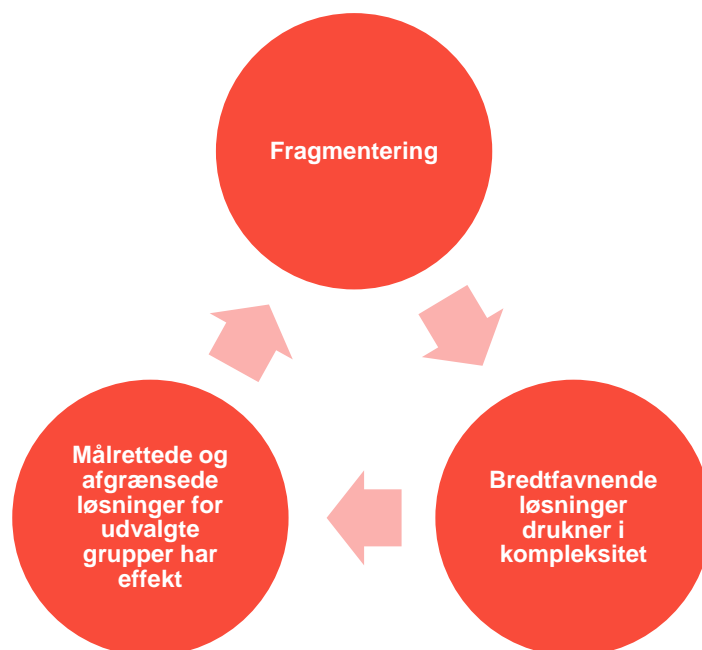
Patientinvolvering, tilstedeværelsen af en aktiv tværsektoriel ledelse og risikovillighed til at investere i udvikling af samarbejdet fremstår som tre andre centrale facilitatorer for succes. Som vi vender tilbage til senere i rapporten, er tilstedeværelsen af disse forhold vigtige, fordi lokale innovative samarbejdsmodeller ofte støder på barrierer relateret til sundheds- og socialvæsenets overordnede strukturer – fx i forhold til økonomi, deling af data, konfliktende lovgivning eller modsætningsfyldte ledelsesroller (Holm-Petersen, Sandberg Buch & Jørgensen 2014, Holm-Petersen & Sandberg Buch 2014). Dermed er det, som illustreret i nedenstående citat, ofte komplekst og potentielt konfliktfyldt at gå nye veje lokalt:

Without the full alignment of political, regulatory, organizational and professional support for the goals of integrated care, a significant degree of local leadership and commitment is needed at the clinical and service level to make change happen. This does not appear to be a sustainable proposition for the long-term future of integrated care, nor will it allow the wide spread uptake of these approaches. (Goodwin et al. 2011)

3.4 Specialiseringens dilemma

Ønsket om at skabe sammenhæng i komplekse patientforløb via målrettede indsatser har det iboende dilemma, at forsøget på at skabe sammenhæng i sig selv kan være en kilde til fragmentering og øget kompleksitet i de forløb, der ønskes samordnet (Sandberg Buch 2012, Starling 2017). Dels fordi nye funktioner i sig selv repræsenterer en yderligere specialisering, dels fordi det tværgående fokus i sig selv kræver nye samarbejdsstrukturer og funktioner, der skal understøttes ledelsesmæssigt på nye måder. Udfordringen ved dette specialiseringsdilemma er illustreret i Figur 3.2.

Figur 3.2 Specialiseringens dilemma i samarbejdsmodeller målrettet komplekse patientforløb



Med afsæt i specialiseringens dilemma peges der mange steder i den gennemgåede litteratur på behovet for at udvikle strukturer og modeller for tværgående samarbejder, der går på tværs af enkeltindsatser og understøtter det generelle samarbejde, jf. fx (Starling 2017). Hvordan sådanne strukturer og samarbejdsmodeller ser ud, hvilke effekter de har, og ikke mindst hvordan det er muligt at konceptualisere og overføre sådanne løsninger til andre kontekster, er dog et relativt åbent spørgsmål (Nørgaard & Vestergaard 2014, Øvretveit & Brommels 2011).

De positive forventninger, der er til udbyttet af modeller for Integrated Care, modsvares således i lille omfang af systematisk dokumentation for opnåelse af de ønskede effekter, hvad angår økonomi og outcome (Shaw, Rosen & Rumbold 2011, Nolte & Pitchforth 2014). I den gennemgåede litteratur (som inkluderer systematiske reviews) er der ikke fundet eksempler på samarbejdsmodeller forankret på organisationsniveau, som har været i stand til at dokumentere triple-aim-forbedringer. Den generelle tendens er snarere, at implementering af integrerede samarbejdsmodeller leder til øgede omkostninger, mens der i varierende grad opnås forbedringer af patientoplevelt kvalitet og klinisk outcome (Tsiachristas & Rutten-van Mölken 2017a, Nolte 2017b, Øvretveit 2011).

Usikkerheden om effekterne af Integrated Care bunder bl.a. i, at de enkelte modeller – og måden de er evalueret på – er forskellige, samt det er komplekst at dokumentere opnåede resultater præcist (Hawe, Shiell & Riley 2004). Variationen og manglen på stringente evalueringer vanskeliggør systematisk vidensopbygning på området som illustreret i nedenstående citat:

Integrated care as a concept is an imprecise hodgepodge. Its meanings are as diverse as the numerous actors involved. This poses difficulties for policy makers, planners, managers, clinicians and researchers with an interest in promoting, implementing and studying integrated care. (Kodner 2009)

Det har også vist sig vanskeligt at overføre lovende samarbejdsmodeller fra en kontekst til en anden. De primære forklaringer, som fremhæves, er, at modeller, som har succes, typisk er udviklet i en kontekst, hvor lokale samarbejdsstraditioner og relationer mellem involverede nøglepersoner har haft afgørende betydning for de opnåede resultater. Tid spiller også ind som en væsentlig faktor i relation til den dynamiske kontekst, som arbejdet med nye modeller foregår i, fordi det tager relativt lang tid at udvikle, implementere og dokumentere resultaterne af en fungerende samarbejdsmodel. Konceptualiserede beskrivelser af en given dokumenteret samarbejdsmodel udfordres derved af, at den udgør en statisk, forsimplet og potentielt forældet beskrivelse, når den søges introduceret i en nye kontekster (Tsiachristas & Rutten-van Mülken 2017b).

Udvikling og implementering af meningsfulde samarbejdsmodeller fremstår derfor som en kontekstafhængig opgave, hvor det er vigtigt at udvikle – og vedligeholde – løsninger skræddersyet til de lokale behov. Med det afsæt er der en stor interesse for skabe viden omkring de processer og kerneelementer, der – uagtet kontekst – kan indgå i fundamentet for udvikling af integreret samarbejde (Nicholson, Jackson & Marley 2013). Samtidig søges der med afsæt i nye teknologiske muligheder efter metoder til at understøtte sammenhæng og patientinddragelse via data. Erfaringer og anbefalinger vedrørende fem sådanne kerneelementer, der er udvalgt i dialog med Broen til Bedre Sundhed, beskrives i de følgende afsnit.

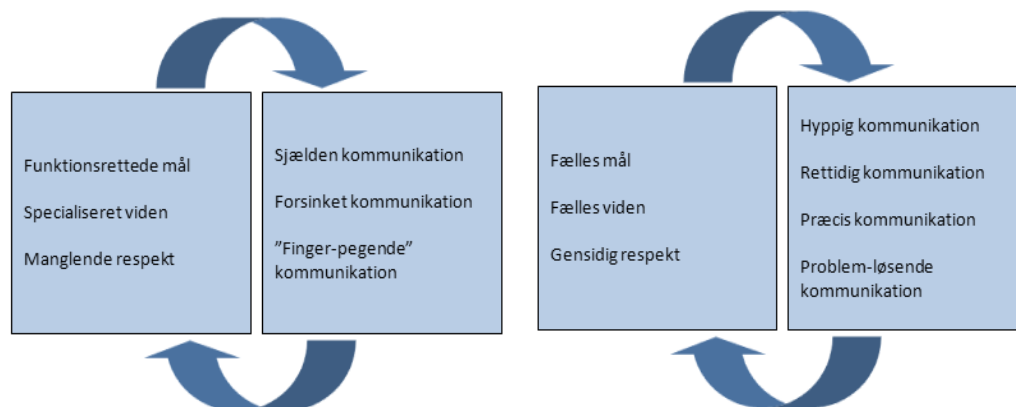
3.5 Kerneelement 1: Gode og smidige relationer: Fælles mål, viden og respekt

Tværgående relationer og kommunikation er uomgængelige temaer i bestræbelserne på at udvikle modeller for tværgående og tværfagligt samarbejde. Der er også solid dokumentation for, at graden af positive resultater i form af både bedre produktivitet og effektivitet i høj grad afhænger af, hvorvidt det er muligt at udvikle og vedligeholde gode og smidige relationer mellem de involverede aktører (med ofte forskellige typer faglig og sektoriel baggrund).

Disse erfaringer peger på, at gode forløb for borgere med komplekse problemstillinger ikke kun kræver, at de involverede medarbejderne er dygtige til deres eget fag, men også at borgerforløbene foregår i et samarbejde, der er præget af værdier såsom tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, helhedsorientering og koordination, og hvor kommunikation og overlevering prioriteres på linje med traditionelle kliniske kerneydelser (Gittell 2009). Mens samtlige modeller for integreret behandling peger på vigtigheden i at understøtte tværgående relationer på tværs af forskellige fagligheder og sektorer, er der få, der tilbyder en systematisk forståelsesramme for, hvorfor og hvordan der kan investeres i relationsarbejdet.

En undtagelsen er den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittell, der sætter fokus på, hvordan arbejdskulturer kan udvikles, så de understøtter integreret behandling, og hvad barriererne for at skabe disse kulturer kan være. Gittell peger på, at barrierer i forhold til at skabe integration og koordination på tværs af fagsiloer kan relateres til de henholdsvis positive og negative udviklingsspiraler, der ofte skabes i samarbejdsrelationer som illustreret i Figur 3.3 nedenfor.

Figur 3.3 Positiv og negativ udviklingsspiral relateret til henholdsvis adækvat og inadækvat kommunikation



Kilde: (Albertsen & Wiegman 2014).

Som illustreret er negative udviklingsspiraler ofte karakteriseret ved, at de involverede faggrupper har funktionsrettede mål, en specialiseret viden og en manglende respekt for de andre faggruppers mål og arbejde. Et sådant udgangspunktet kommer i høj grad til at præge kommunikationen mellem faggrupperne negativt, fx ved at kommunikation bliver forsinket eller finger-pegende, hvilket kan lede til, at faggrupperne lukker sig endnu mere om deres egne mål og specialiserede viden.

Kernen i Gittells teori om relationel koordinering handler derfor om at understøtte de positive udviklingsspiraler, der er illustreret i figurens højre side. For det første ved, at de fagpersoner, som samarbejder om et givent forløb, har en tilstrækkelig grad af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens indsats. For det andet ved, at der er systematiske rammer og rutiner, som understøtter, at skriftlig kommunikation om patientforløbet er korrekt timet og målrettet modtagerens behov. For det tredje skal der være mulighed for dialog, når der er behov for kompleks problemløsning i patientforløb, ligesom nøglemedarbejdere og ledere skal have mulighed for at drøfte og løse organisatoriske problemstillinger.

Af ovenstående optik følger en række specifikke ledelsesopgaver i forhold til tværsektorielt samarbejde, fx proaktiv konfliktløsning, udvikling af fælles informationssystemer, fælles standarder og procedurer og investering i 'boundary spanners' med særligt ansvar for at skabe integration i det tværsektorielle samarbejde. Boundary spanners inkluderer i denne kontekst både frontlinjeledere og nøglemedarbejdere i samarbejdet om fx udskrivning eller lignende tværgående opgaver.

En af lederens vigtigste overordnede opgaver bliver dog ifølge Gittell at kunne inspirere andre til at ville det tværgående samarbejde. Det kan fx ske ved at identificere og ansvarliggøre de ledere og medarbejdere, som er villige til at kæmpe for et velfungerende samarbejde. En vigtig pointe er i den forbindelse, at ledelsesopgaven ikke handler om at etablere uformelle og personafhængige relationer som basis for tværgående samarbejde. I stedet er målet at understøtte en samarbejdskultur, hvor alle relevante medarbejdere og ledere har mulighed for – og interesse i – at tage et bredere ansvar for det forløb, de er en del af.

3.5.1 Danske erfaringer med relationel koordinering

Gittels arbejde med relationel koordinering har fået stor opmærksomhed i det danske sundhedsvæsen. Endvidere er der med afsæt i teorien om relationel koordinering udviklet en detaljeret model for organisatorisk forandring i retning af et integreret samarbejde⁸.

Denne model kan i sig selv udgøre afsættet til et arbejde med at understøtte sammenhængende patientforløb, som det fx har været tilfældet i tidligere projekter om sundhedsstrategisk ledelse og udvikling af psykiatrisamarbejdet, som begge var støttet med midler fra det nu lukkede Videnscenter for Velfærdsledelse. Erfaringerne med fremskudt visitation (Sandberg Buch, Jakobsen et al. 2016) og implementering af SAMBO-aftalen på Fyn (Holm-Petersen, Sandberg Buch & Jørgensen 2014) udgør to andre eksempler på mere praksisnære eksempler på indsatser, hvor elementer af relationel koordinering har bidraget til et styrket tværsektorielt samarbejde. Erfaringerne fra de nævnte initiativer er sammenfattet i Bilag 2, og de væsentligste tværgående pointer fremgår nedenfor.

Et fælles ledelsesmæssigt engagement indgår som et væsentligt element i alle fire eksempler. Endvidere fremgår det af de specifikke undersøgelser, at grundlaget for succesfulde samarbejder har været:

- innovative frirum, hvor medarbejdere og ledere på tværs af sektorer har samarbejdet ligeværdigt om at udvikle ideer og løsninger
- mulighederne for at forbedre borgernes forløb og den faglige kvalitet frem for økonomiske hensyn, der har været udgangspunkt
- man er startet i lille skala, hvilket giver mulighed for at eksperimentere og lære, inden der tages beslutning om implementering i større skala.

Som det fremgår, er der mange overlap imellem ovennævnte forhold og de facilitatorer for succesfulde samarbejdsmodeller, der tidligere er sammenfattet i Tabel 3.1.

3.6 Kerneelement 2: Viden om målgrupper og konteksten for samarbejdet

Et vigtigt – men ofte også vanskeligt element i udvikling af sammenhængende patientforløb – handler om at finde et relevant og afgrænset udgangspunkt for arbejdet, som er afstemt med de muligheder (fx tid, ressourcer, ledelsesforankring) og begrænsninger (fx i form af lovgivning, it, finansiering), der oftest ikke er mulighed for at ændre lokalt.

Gode data, der fx beskriver, hvilke grupper af patienter som er mest omkostningstunge, hvor mange der er, samt hvor og hvornår omkostningerne opstår, kan udgøre et vigtigt første skridt. Dels fordi gode data kan kvalificere – eller nogle gange afkræfter – de umiddelbare antagelser omkring målgrupper og relevante indsatser blandt involverede fagpersoner (NHS South, Central and West Commissioning Support Unit 2018). Gode data har endvidere den sidegevinst, at de taler til – og imødekommer – den skepsis, som fx læger kan have tendens til, når de søges involveret i 'ikke-evidensbaserede udviklingsprojekter'. Som vi vender tilbage til i kapitel 5, gælder dette ikke mindst, hvis det er muligt at skabe og anvende viden omkring individuelle patienter, der fx er tilknyttet en almen praksis, som afsæt for at støtte patienter, der har et dårligt udbytte af den tilbudte behandling.

⁸ Se eventuelt <https://rcrc.brandeis.edu/about-rc/model.html> for yderligere detaljer.

Lokal udvikling af et mere integreret samarbejde for en given gruppe af patienter forudsætter også viden om a) den eksisterende organisering, b) fordele og udfordringer forbundet med den eksisterende organisering og c) en afvejning af, hvor integreret en løsning det kræver at adressere de afdækkede problemer.

Som illustreret i nedenstående citat er ikke mindst den sidste overvejelse essentiel, fordi særlige integrerede indsatser er dyre og kan risikere at skabe en ubalance i det generelle samarbejde omkring patientpopulationer:

You can integrate all of the services for some of the people, some of the services for all of the people, but you can't integrate all of the services for all of the people.

(Leutz 1999)

Et fokus på patientpopulationen som helhed samt rammerne for det generelle tværgående samarbejde er derfor essentielt i arbejdet med sammenhængende forløb. Tabel 3.2 illustrerer en række karakteristika relateret til de enkelte borgerforløb, der kan anvendes som afsæt for at vurdere behovet for koordinering af forløbet.

Tabel 3.2 Sammenhæng mellem forskellige typer af borgerforløb og behovet for integration i indsatsen

Karakteristika for borgerforløb	Behov for integration		
	Sammenkædet – ingen forløbskoordination	Koordineret – tovholdere og evt. forløbskoordinatorer i relation til udvalgte dele af behandling	Fuldt integreret – multidisciplinære teams, løbende dialog og koordinering
Sygdomskompleksitet	Lille – Moderat	Moderat – Kompleks	Kompleks
Grad af stabilitet	Stabil	Stabil	Ikke stabil
Varighed af kontakt	Kort – Langvarig	Kort – Lang sigt	Lang sigt – Terminal
Vigtighed af kommunikation	Rutinemæssig ikke-akut	Primært rutine	Hyppig og nogle gange akut
Hjælpebehov	Lille – Moderat	Moderat – Stort	Stort
Grad af egenomsorg	Selvhjulpen	Moderat behov for støtte	Stort behov for udvidet støtte

Kilde: Frit oversat fra (Leutz 1999).

Som afspejlet i tabellen kan langt størstedelen af samarbejde og koordination i sundheds- og socialvæsenet godt være velfungerende med afsæt i rutinemæssig informationsudveksling, henvisninger og ydelser, der leveres sekventielt af forskellige aktører og fagligheder (Øvretveit 2011). Det er derfor vigtigt, at nye løsninger ikke nedbryder de rutiner, der fungerer godt, samt at nye løsninger ikke leder til unødvendige indsatser til patienter, som selv er i stand til at tage vare på deres forløb. Tabellen illustrerer også, at behovet for integration i et forløb generelt set stiger i takt med øget kompleksitet i sygdomsbilledet og svigtende muligheder for at tage vare på egen situation og behandling.

En grundig og involverende proces omkring mulighederne for at styrke indsatsen omkring identificerede målgrupper er derfor vigtig, og der findes en del velbeskrevne modeller i litteraturen såvel som hjemmesider med anvisninger til, hvordan dette kan gribes an⁹. Målet er et overblik, der sikrer,

⁹ Se fx Institute for Healthcare Improvements side: <http://www.careredesignguide.org/> eller Relational Coordination Research Collaborative: <https://rcc.brandeis.edu/about-rc/model.html>.

at de rette aktører involveres, samt at de har en fælles viden om formålet med at skulle samarbejde, hvad der skal samarbejdes om, og i hvilke tilfælde. Eksempler på spørgsmål som jf. (Sandberg Buch 2012, Sandberg Buch 2008, Vinge 2018) kan indgå i en sådan proces, er listet nedenfor:

- Hvilke aktører er der på området?
- Hvilke eksisterende koordinationsmekanismer er der? Hvem eller hvad koordinerer i dag forløb og samarbejde mellem aktørerne?
- Hvad fungerer godt i det eksisterende samarbejde? Det er meget væsentligt at en ny løsning ikke kommer til at nedbryde eksisterende og velfungerende koordinationsmekanismer.
- Hvor er koordinationsproblemerne, og hvori består de? Bunder de fx i klinisk, social eller organisatorisk kompleksitet?
- Hvilke mulige løsninger er eventuelt i spil? Det er væsentligt både at afdække, hvilke helt konkrete problemer de involverede aktører og borgere oplever, samt hvilke mulige løsninger de eventuelt selv foreslår.

At søge svar på disse spørgsmål er vigtigt, fordi uklarhed om de opgaver og kompetencer, som fx en ny koordinatorfunktion tildeles, kan skabe store problemer for dens senere arbejde, fx ved at der ikke henvises de rigtige patienter, at der ikke henvises nok patienter, at der sker en uensigtsmæssig opgaveglidning, eller at der opstår opgavemæssige overlap med andre funktioner. Konsekvenserne kan bl.a. være dobbeltarbejde, øgede omkostninger og frustration blandt medarbejdere og samarbejdspartnere, hvis den nye funktion opleves som en lappeløsning, der skaber uklarhed omkring opgave- og ansvarsfordeling i det tværgående forløb (Schrijvers & Somme 2017).

3.7 Kerneelement 3: Fokus på omkostningstunge forløb

Ønsket om at kunne samordne indsatsen omkring de dyreste patientforløb står centralt i litteraturen om Integrated Care såvel som de fremadrettede ønsker til 'Sammenhængende patientforløb'. Med det afsæt arbejdes der i mange sammenhænge på at udvikle 'high-risk management programmes',¹⁰ som gør det muligt at identificere og støtte forskellige grupper af risikopatienter til et bedre forløb (Hong, Siegel & Ferris 2014). Integrated Care-projektet i Odense (tidligere omtalt i afsnit 3.3) og 'Aktiv patientstøtte'¹¹ er aktuelle danske eksempler på indsatser, der forsøger at anvende en sådan dataunderstøttet og proaktiv tilgang.

Hvilke faktorer har bedst forudsigelseskraft?

Et højt bagudrettet forbrug af sundhedsydelser fremstår overordnet set som den bedste indikator på et højt fremadrettet forbrug af sundhedsydelser. Det fremgår dog som en væsentlig pointe i den gennemgåede litteratur, at også de mest omkostningstunge patienter veksler mellem perioder med høje omkostninger efterfulgt af perioder med lavere omkostninger. Høje omkostninger – fx relateret til en kompleks indlæggelse eller en meget dyr behandling – vil derfor ofte være en upræcis indikator for omkostningerne i det efterfølgende år, hvorfor en særlig indsats for disse patienter ikke altid er nødvendig (Raven et al. 2009, Billings & Mijanovich 2007).

Den gennemgåede litteratur konkluderer også, at der ikke findes systematisk evidens for, at proaktive indsatser formår at nedsætte omkostningerne for de tilknyttede patienter (Hong, Siegel & Ferris 2014). Mulige forklaringer knytter sig især til, at det har vist sig vanskeligt at overføre indsatser og

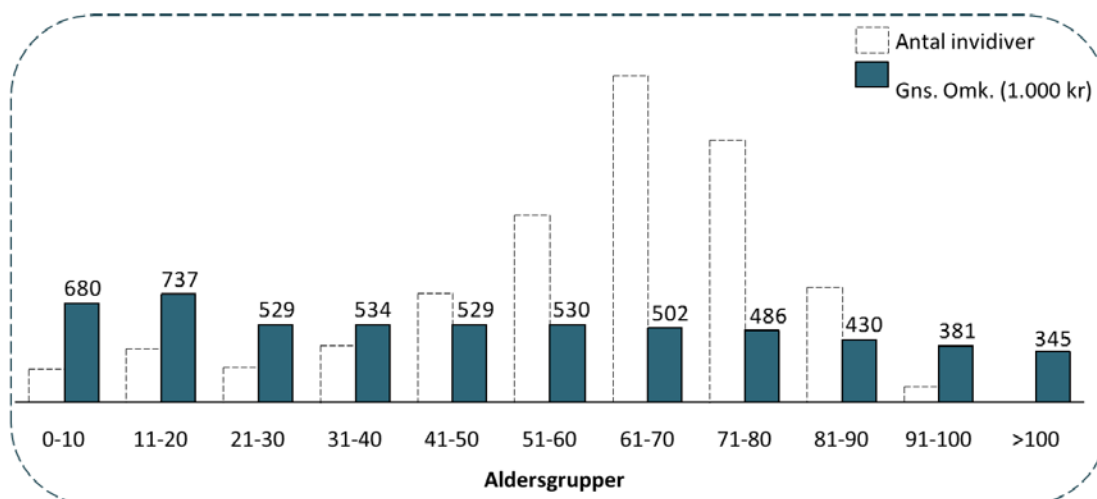
¹⁰ Denne type af model følger grundlæggende principperne for behandling og støtte af de mest komplekse patienter i et forløbsprogram, som vi vender tilbage til i kapitel 4. I Danmark har der i forlængelse heraf været en del diskussion omkring mulighederne for at udvikle et forløbsprogram og organisatoriske enheder målrettet multisyge med mangelfuld egenomsorg.

¹¹ <https://www.regionh.dk/aktivpatientstoette/hvad-er-aktiv-patientstoette/Sider/Hvad-er-Aktiv-Patientst%C3%B8tte.aspx>

resultater fra en kontekst til en anden, mangel på ledelsesmæssig forankring og mangelfuld implementering. Til gengæld er der, særligt i USA, en del af denne type programmer, som viser positive resultater på behandlingskvalitet, oplevelse af sammenhæng og mindsket forbrug af akutte sundhedsydelser. Kendetegnende for de indsatser, der opnår positive resultater, er overordnet, at de er tæt knyttet til et klinisk forløb (fx hjertesvigt, KOL, diabetes, palliativ pleje, ulykker, massiv hjerneblødning, komplekse geriatriske patienter etc.) (Nergårdh & Benner Forsberg 2014, Powers & Chaguturu 2018). Det vil sige et afsæt, hvor patient, diagnoser, behandling og typiske udfordringer i udgangspunktet er kendte, samtidig med at der er en klar indikation på, at det videre forløb bliver dyrt og komplekst. Indsatsen handler således om at facilitere sammenhæng i behandling, involvere og aflaste patient og pårørende og så vidt muligt understøtte forudsigelighed og tryghed for disse.

Der er lavet en del undersøgelser, som beskriver de 1-5 % dyreste patienter hvad angår alder, diagnoser og typer af ydelser, der driver de høje omkostninger, som illustrerer betydningen for specialisering (Region Sjælland 2014, Rudin et al. 2017). Analyserne dokumenterer på den ene side en række fællestræk relateret til fx mange samtidige diagnoser, svær psykisk sygdom samt mange sengedage og akutte (gen)indlæggelser for de dyreste patienter. Som illustreret i nedenstående figurer, taget fra Region Sjællands egne analyser, fordeler de dyreste patienter sig imidlertid bredt hvad angår diagnoser og alder.

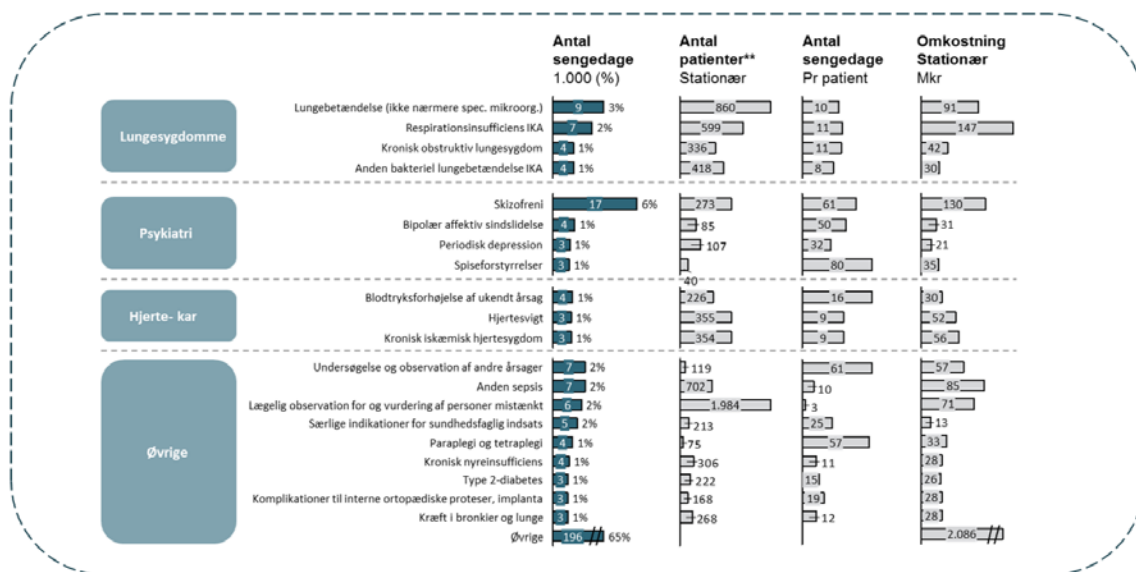
Figur 3.4 Aldersfordelte omkostninger for de 1 % dyreste patienter i Region Sjælland



Kilde: LPR, SDB, CPR, SSIK, Danmarks statistik

Kilde: (Region Sjælland 2014).

Figur 3.5 Diagnosefordeling for de mest omkostningstunge patienter i Region Sjælland



Kilde: (Hong, Siegel & Ferris 2014, Region Sjælland 2014).

Fundene fra Region Sjælland giver en indikation på, hvorfor der primært er dokumenteret effekt af målrettede indsatser: De mange subgrupper og den store aldersspredning dækker over patienter med meget forskellige forløb og dermed også forskellige behov for støtte til sammenhæng, som det er vanskeligt for en afgrænset funktion at imødekomme. Aktuell status for arbejdet med at identificere og støtte disse patienter peger – som fx beskrevet i (Hong, Siegel & Ferris 2014, Bates et al. 2014) – således på:

- Behovet for detaljerede og gode data, der gør det muligt at segmentere subgrupperne præcist i forhold deres diagnoser og behov for støtte.
- Behovet for kvalitativ viden om subgruppernes behov samt organiseringen af de indsatser, der indgår i deres forløb.
- Arbejdet med at udvikle databaserede modeller, der præcist kan identificere og segmentere højrisiko-patienter tids nok til at sætte proaktivt ind, befinder sig stadig på et tidligt udviklingsstadium¹²
- Det er nødvendigt at kombinere databaserede risikolister med en faglig og kvalitativ vurdering af den enkelte patients situation. Dette mindsker erfaringsmæssigt antallet af relevante patienter, hvilket er vigtigt i relation til risiko for overbehandling. Omvendt kræver det også ressourcer, hvilket kan udfordre de involverede fagpersoner – især hvis de (som det fx var tilfældet i Integrated Care Odense) har en oplevelse af, at arbejdet ikke er relevant.
- At den detaljerede viden kræver specialiserede og skræddersyede forløb, som i vid udstrækning er forankret i tværfaglige teams med specialistviden inden for det specifikke område.
- At der i teamet findes kompetencer og redskaber, som understøtter målet om at koordinere helheden af de indsatser, der er omkring patienten.

Tendensen i arbejdet med high-risk management går derved – som tidligere illustreret i Figur 3.2 – i retning af specialiserede funktioner og tværfaglige teams frem for bredt orienterede funktioner, der

¹² Den nyeste forskning viser fx, at et højt forbrug af sundhedsydelse og mange indlæggelser, der i mange forsøg har været anvendt som prædiktører for høje fremtidige omkostninger, har vist sig at være en dårlig prædiktør (Whittington et al. 2015)

skal understøtte bredere grupper af patienter. Etablering af specialiserede funktioner er relativt ressourcekrævende, fordi de fordrer tværfaglighed og et højt kompetenceniveau hos de involverede fagpersoner. Af den indsamlede viden fremgår det, at nedenstående spørgsmål kan tjene som en overordnet rettesnor for overvejelserne omkring udvælgelse af patientgrupper og vurdering af, om der skal oprettes nye løsninger:

- Er der nok af de rigtige patienter til, at funktionen kan arbejde effektivt?
- Er der realistiske muligheder for at identificere og inkludere de ønskede patienter i den valgte løsning?
- Er patientgruppen ensartet nok til, at teamet kan adressere deres behov?
- I hvilket omfang skyldes kompleksiteten kliniske, organisatoriske eller sociale udfordringer?
- I hvor høj grad er teamet i stand til arbejde effektivt inden for den eksisterende organisering, og hvilke ændringer er påkrævet?

Listen med overvejelser illustrerer, at der er mange faktorer, som bør være opfyldt forud for oprettelsen af nye specialiserede funktioner. En væsentlig parameter handler om, hvorvidt en ny funktion er i stand til at skabe en mere entydig ansvarsfordeling for tilknyttede patienter og øvrige fagpersoner, som opvejer den øgede organisatoriske kompleksitet, der følger af øget specialisering.

3.8 Kerneelement 4: Patientperspektiver og data som afsæt for behandlingsstrategier, effektmåling og styring

Integrated Care handler i sin essens om at sætte patienternes perspektiver og behov i centrum for organisering og udførelse af behandling og pleje (Nørgaard & Vestergaard 2014). Nye teknologiske muligheder har de seneste år ledt til en stigende interesse for at systematisere dette fokus ved at anvende patientrapporterede data til at indhente patienternes oplevelse af at leve med en sygdom, hvordan symptomer m.m. udvikler sig over tid, og hvilke oplevede resultater der opnås af behandling. Der er store forventninger til, at disse tilgange fremadrettet vil kunne understøtte involvering, kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet (Højgaard & Kjellberg 2017). Med dette afsæt gennemgås udvalgte erfaringer med Patient Reported Outcome (PRO) samt Feedback Informed Treatment (FIT) i de nedenstående afsnit.

3.8.1 Patient Reported Outcome (PRO-data)

Målet med PRO er at udvikle validerede sundhedsrelaterede mål defineret ved hjælp af spørgeskemaer, der målrettes en specifik situation eller diagnose. Patientens individuelle *systematiske* tilbagemeldinger giver indblik i, hvilke problemer der skal tages hånd om, ligesom de over tid giver et overblik over udviklingen i patientens helbred samt mulighed for at justere forløb og behandling i samarbejde med denne¹³.

Arbejdet med PRO-data udspringer også af et ønske om at skabe aggregeret viden, der kan give overblik over den samlede population med given lidelse eller diagnose. Målet er således, at der på sigt kan samles så mange systematiske data, at disse kan bruges som afsæt for beslutningsstøtte og styring af behandlingsindsatsen. Denne tilgang er endnu under udvikling, og den stiller store krav til investering i ressourcer samt systematik i udviklingsarbejdet på tværs af de deltagende organisationer.

¹³ Se eventuelt: 'program pro' www.vibis.dk, Partnerskab om PRO: <https://www.cancer.dk/dinproguide/nyheder/nye-projekter-om-pro-skudt-i-gang/>

Arbejdet er imidlertid i gang, og i udlandet er der en række organisationer (især i England og USA), som arbejder med at udvikle og systematisere PRO-redskaber inden for specifikke diagnoser¹⁴. I Danmark er der også etableret et PRO-sekretariat: <http://pro-danmark.dk/da/pro>, der skal koordinere og understøtte det danske arbejde med at oversætte og validere konkrete PRO-standarder. Indtil videre er der fokus på at udvikle syv PRO-områder, som bl.a. er relateret til diabetes, graviditet og depression. Der findes også enkelte danske eksempler på lokal anvendelse af PRO som angivet i boksen nedenfor:

DiabetesFlex på Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital: DiabetesFlex er en indsats, der har det mål at gøre behandlingsforløbet og patienternes kontakt til ambulatoriet fleksibel ved at inddrage patienternes løbende svar på spørgeskemaer (PRO). Svarene på de systematiske spørgeskemaer og egne blodsukkermaal er udgangspunkt for den løbende behandling enten hjemme eller på sygehuset. De foreløbige erfaringer fra projektet er, at patienter og sundhedsfaglige evaluerer indsatsen positivt, men de endelige resultater fra indsatsen foreligger endnu ikke (Martin, Line Hjælland Pedersen & Anne Mette Uhre Johansen 2017).

Sygehus Lillebælt rygpatienter: På Sygehus Lillebælt har man i 7 år anvendt PRO-data til inddragelse og beslutningsstøtte omkring patientforløbene. De indsamlede PRO-data anvendes for den enkelte patient bl.a. til regulering af smertebehandling og forløbsevaluering og på aggregeret niveau som kvalitetsmål. Det er bl.a. dokumenteret, at antallet af komplikationer er mindsket siden indførelsen af PRO (Støttrup, Carreon & Andersen 2016).

Region Hovedstaden – løbende patientfeedback: I Region Hovedstaden blev der i 2015 igangsat et pilotforsøg med elektroniske spørgeskemaer, der udfyldes på en udleveret tablet¹⁵. Patienterne skulle efter hvert fysisk fremmøde på hospitalet evaluere besøget og indrapportere egne erfaringer med eget forløb ved hjælp af tre generelle og to afdelingsspecifikke spørgsmål. Erfaringsopsamlingen viser, at patienterne var glade for muligheden for at evaluere og give feedback. Til gengæld fremgår det også, at personalet synes, at data er svære at omsætte til meningsfuld justering af praksis. Konklusionen var, at jo mere kontekstrelaterede spørgsmål var, jo mere relevante og meningsfulde synes de at være i forhold til justering af behandling eller forløb.

Partnerskab om PRO i kræftbehandling¹⁶: Er indtil videre det største og mest ambitiøse PRO-projekt i dansk sammenhæng. Der er tale om et treårigt partnerskab, som består af Kræftens Bekæmpelse, Danske Regioner, de fem regioner, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, Danske Patienter og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram samt en række danske hospitaler.

Partnerskab om PRO har igangsat fem projekter – ét i hver region, som kører i perioden 2016-2018. Sammen med patienter, klinikere, forskere og ledelser på kræftafdelinger rundt om i landet arbejdes der med at udvikle og teste brugen af PRO i behandling af og opfølgning på en række forskellige kræftsygdomme.

Der er tilknyttet en række forskningsprojekter til partnerskabet og de fem regionale projekter og PRO-partnerskabet, og resultaterne af arbejdet forventes publiceret fra udgangen af 2018 og frem.

Den nylige etablering af det danske PRO-sekretariat og status for de ovennævnte eksempler illustrerer, at interessen for PRO i dansk kontekst stadig er noget større end de praktiske erfaringer. Det gælder også både i dansk og international kontekst, at erfaringer med anvendelse af PRO alt overvejende knytter sig til enkelt diagnoser frem for borgere med tværgående forløb og sammensatte udfordringer. I den gennemgåede litteratur har det således ikke været muligt at identificere validerede PRO-spørgeskemaer målrettet sådanne målgrupper og forløb. Endelig skal det pointeres, at

¹⁴ Se fx <http://www.ichom.org/>, der har udviklet validerede PRO-standarder for i alt 24 diagnoser, eller <http://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/nih-toolbox>, der har særligt fokus på at udvikle validerede spørgeskemaer til at vurdere patienters emotionelle, kognitive, motoriske og sensoriske funktioner.

¹⁵ <https://patientoplevelser.dk/igangvaerende-undersogelser/loebende-patientfeedback-erfaringer-pilottest>.

¹⁶ Se eventuelt <https://www.cancer.dk/dinproguide/om-partnerskabet/> for yderligere information.

systematisk anvendelse af PRO-data er ressourcekrævende og forudsætter et kontinuerligt fokus på at udvikle de kompetencer og rutiner hos personalet, der understøtter de ønskede resultater (Duncan & Murray 2012).

3.8.2 Feedback Informed Treatment (FIT)

I det omfang fokus for en indsats er på borgere med komplekse sociale, psykiske og somatiske behov, kan det være relevant at overveje mulighederne for at anvende Feedback Informed Treatment (FIT) som alternativ til PRO. FIT er et spørgeskemabaseret og internationalt anvendt redskab,¹⁷ der evaluerer processen i sociale indsatser med det formål at forbedre kvaliteten og udbyttet for den enkelte borger. FIT er en generisk metode med tilhørende certificering, som kan anvendes uafhængigt af specifik målgruppe, behandlingsmetoder, referencerammer og pædagogiske tilgange.

FIT består af to enkle spørgeskemaer, der – når det gælder fokus og opbygning – har mange overlap med fem lokalt udviklede spørgsmål, der er anvendt til at indsamle patientperspektiver i 'Sammen om min vej' (Broen til Bedre Sundhed 2018). Hvert skema har fire spørgsmål, der er udformet med henblik på at understøtte en stor grad af borgerinddragelse. Den fagprofessionelle og borgeren tager i forbindelse med deres kontakter udgangspunkt i skemaerne, hvor de taler sammen om borgerens oplevede udbytte af de igangsatte indsatser, borgerens oplevelse af samarbejdet med den fagprofessionelle og eventuelle ønsker til justering. Både indsats og samarbejde bliver således evalueret. Anvendelsen af FIT skal endvidere give den professionelle mulighed for at dokumentere den borgeroplevede effekt af indsatsen, udvikle sin praksis og tilpasse indsatsen til den enkelte borger.

I en dansk kontekst har der fra Socialstyrelsens side været igangsat en række afprøvninger af metoden i relation til fx bo-støttearbejde, socialpsykiatriske botilbud og misbrugsbehandling¹⁸. To konkrete eksempler (Hansen, Christensen & Termansen 2016) på sådanne erfaringer med FIT er:

To danske afprøvninger af Feedback Informed Treatment (FIT)

Bostøtte i Københavns kommune anvender FIT: Bostøtte-projektet tager udgangspunkt i tre forskellige bostøttetilbud, hvor man arbejder med at få tidligere hjemløse til at forblive i egen bolig. Målet med bostøtten er helt overordnet at forbedre borgerens psykiske, fysiske og sociale trivsel og gøre borgeren i stand til at opretholde en tilværelse i eget hjem. Med afsæt i positive erfaringer og et ønske om på sigt at opnå fuld implementering af metoden har Københavns Kommune bl.a. lavet sin egen 'køgebog' med konkrete vejledninger til implementering af FIT, som kan downloades her: https://www.kk.dk/sites/default/files/uploaded-files/fit_folder_til_kkintra_.pdf.

Feedback Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter: Silkeborg Kommunes Familiecenter har arbejdet med FIT i fire år. Evalueringen af indsatsen viste, at både medarbejdere og familier er glade for metoden. Medarbejderne vurderer således, at den systematiske feedback giver dem viden om familiens problemer, som de ellers ikke ville have fået og dermed mulighed for at tilpasse indsatsen til familien. Evalueringen pegede dog også på, at metoden tager tid at implementere, da det kræver meget øvelse og forståelse at bruge den feedback, som de aktivt får i behandlingsforløbet.

¹⁷ The International Center for Clinical Excellence (ICCE) har publiceret manualer, der indeholder de vigtigste informationer og praktiske anvisninger ved at implementere FIT som en del af en behandlingsmæssig rutine. Medlemskab af ICCE er gratis, og medlemmerne deltager i udveksling af erfaringer, forskningsresultater og klinisk praksis. Der er bl.a. oprettet en skandinavisk og en dansk erfaringsgruppe. Se eventuelt mere om opstart af FIT på ICCE's hjemmeside: <https://www.centerforclinicalexcellence.com/>.

¹⁸ Mere information findes på <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/feedback-informed-treatment-fit>


Selvom FIT er et enklere redskab end PRO at anvende, skal det understreges, at også FIT kræver et kontinuerligt fokus at implementere i en grad, hvor det indgår som en fast indlejret rutine i relationen mellem de fagprofessionelle og borgerne (Københavns Kommune 2016). Det gælder endvidere for både PRO og FIT, at det i sidste ende er kulturen og medarbejdernes tilgang til mødet med borgeren, der understøtter implementering og ønskede resultater. Ledelsesmæssig opmærksomhed, tid til kompetenceudvikling og løbende sparring er således vigtige understøttende elementer for arbejdet (Hansen, Christensen & Termansen 2016). Endvidere vil det være relevant at gøre klart, om formålet med implementering af FIT/PRO er:

- Patientinvolvering og mulighed for at følge op på de enkelte patienter og udbyttet for den gruppe af patienter, der er målgruppe for indsatsen. Dette er umiddelbart muligt med afsæt i allerede eksisterende redskaber – som det fx allerede foregår i 'Sammen om min vej'.
- Beslutningsstøtte, styring og monitorering af kvalitet i et større perspektiv, som er det ideale endemål for PRO. Dette kræver et langsigtet og strategisk fokus samt koordinering og samarbejde med fx det danske PRO-sekretariat.

3.9 Kerneelement 5: Fælles fysiske rammer

Nedenstående tabel stammer fra et litteraturreview, der konkluderer, at fælles fysiske rammer kan være et nødvendigt eller godt fundament for at opbygge kendskab og tillid mellem tidligere separate enheder og videnssystemer, fordi afstanden mindskes (Heath, Wise Romero & Reynolds 2013).

Tabel 3.3 Fysiske rammer og niveauer for integreret samarbejde

Niveau af integration	Minimal/basis integration	Delvis integration	Fuld integration
			
Samarbejdsform	<p>Koordineret behandling:</p> <p>Medarbejderne arbejder på separate faciliteter og med forskellige systemer. Der kommunikeres sjældent om fælles borgercases og ofte kun i forhold til specifikke forhold, fx om udlevering af journaler/udredninger.</p>	<p>Fælles fysiske rammer for behandling:</p> <p>Medarbejderne er samlet på den samme lokalitet og har eventuelt adgang til nogle af hinandens systemer, men har ikke nødvendigvis de samme eller overlappende praksisser. Kommunikation via mail eller telefon øges dog på grund af den større nærhed, der højner forståelsen for de forskellige funktioners arbejde og roller.</p>	<p>Fælles praksis og kultur i forhold til behandlingen:</p> <p>Medarbejderne er samlet på den samme lokalitet. Der er et højt niveau af kommunikation og samarbejde mellem medarbejderne, der begynder at fungere som et team med fælles praksisser. Medarbejderne begynder at opfatte sig selv som en del af et samlet frem for separate systemer og er opmærksomme på at skabe et helhedssyn på borgeren.</p>

Kilde: inspireret af (Heath, Wise Romero & Reynolds 2013)

Tabellen illustrerer et kontinuum fra løst-koblet samarbejde til en fuldt integreret indsats, og som det fremgår bliver fælles fysiske rammer typisk aktuelle som et trin midt i mellem basal og fuld integration. Der er ikke identificeret litteratur, som vurderer omkostningseffektiviteten af at investere i fælles

fysiske rammer eller giver konkrete anvisninger til, hvornår/hvornår ikke sådanne løsninger er relevante. Det fremgår til gengæld i den gennemgåede litteratur (jf. fx (Ginsburg 2008, Memon & Kinder 2016), at de potentielle (og ofte realiserede) fordele ved fælles fysiske rammer både knytter sig til:

- **Patienter**, der fx får lettere adgang til et mere samlet udbud af sundheds- og socialydelser og oplevelsen af bedre sammenhæng.
- **Samarbejde og koordinering**: Fagpersoner og funktioner, der får lettere adgang til samarbejde samt mulighed for at udvikle såvel samarbejde som de relationer der – jf. foregående afsnit – kan være med til at understøtte sammenhængende behandling.
- **Kvalitet og ressourceudnyttelse**: For eksempel som følge hurtigere og sammenhængende forløb samt fælles støttefunktioner og mere effektiv udnyttelse af laboratoriekapacitet, billeddiagnostik, administration m.m.

Disse potentielle gevinster indgår – sammen med hensynet til rekruttering og fastholdelse af læger – også som centrale argumenter for en række af de puljer, bygningsfællesskaber og tværsektorielle samarbejdsprojekter, der aktuelt arbejdes med i Danmark (Ekman et al. 2015, Christensen & Sandberg Buch 2015, Sundheds- og Ældreministeriet 2018, Region Midtjylland & Silkeborg Kommune).

De aktuelle danske aktiviteter på området afspejler en international tendens, hvor interessen særligt samler sig omkring samling af funktioner som afsæt for helhedsorienterede tilbud til psykiatriske patienter og til sundhedshuse, der samler relevante aktører omkring udredning, behandling, rehabilitering og pleje m.m. af ældre og patienter med kroniske sygdomme. Det fremgår dog også af både danske og internationale erfaringer, at fælles fysiske rammer er et middel til et mål, som ikke kan stå alene, hvis ønsket er et ændret samarbejde eller integreret behandling (Lawn et al. 2014, Christensen & Sandberg Buch 2015, Elling Scheele & Vrangbæk 2016). Facilitatorer for de ønskede resultater knytter sig – jf. litteraturen og de danske erfaringer – særligt til:

- Klare mål for samarbejdet i den fælles fysiske ramme
- Tilstedeværelse af en aktiv tværgående ledelse med mandat til at udvikle samarbejdet
- Tid og ressourcer til at udvikle samarbejdet
- Fagpersoner, der har en oplevelse af, at den fysiske ramme understøtter et meningsfuldt opgavefællesskab, hvor den tid, der investeres, matcher udbyttet for patienter og fagpersoner.

Denne forståelsesramme falder godt i tråd med de erfaringer, der har været med bl.a. at etablere det, der ofte omtales som "Psykiatriens Hus" i en dansk kontekst som illustreret i nedenstående case:

Psykiatriens Hus i Silkeborg med tilhørende akutenhed

I Silkeborg etablerede man i 2012 Psykiatriens Hus med henblik på at skabe nye fysiske rammer for samarbejdet mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune. Det nye ligger i, at regionens psykiatriske behandlingstilbud og socialpsykiatriske tilbud i Silkeborg er blevet samlet under samme tag. Det betyder, at medarbejdere fra regionen og kommunen sidder dør om dør og dagligt arbejder sammen på tværs af de to sektorer. Samarbejdet foregår på det overordnede ledelsesmæssige plan og i forhold til en række konkrete indsatser, fx:

- "Et akuttilbud" – mulighed for telefonisk henvendelse 24-timer i døgnet og 12 døgnopholdspladser (hvor både læger og medarbejdere med (social)psykiatrisk erfaring er tilknyttet).
- "Åben dialog" – mulighed for at skabe et fælles team om borgerne, der både er i kontakt med psykiatrien og jobcenteret. Et team, der både involverer pårørende og kommunale medarbejdere for at lave en fælles handlingsplan.

- "Liv i sundhed", der har sundhed som omdrejningspunkt, fordi borgere med psykiske lidelser ofte er særligt udsatte for livsstilssygdomme. Indsatsen består af individuelle eller gruppeforløb og involverer både aktører fra social- og distriktpsychiatrien samt praktiserende læger.

Både medarbejdere og borgere er generelt tilfredse med Psykiatriens Hus. For eksempel viser en ekstern evaluering af "Åben dialog", at medarbejderne i højere grad oplever, at indsatsen planlægges i fællesskab, og at medarbejderne i højere grad udveksler information om borgerne og koordinerer viden om den enkelte borger. Borgerne giver også udtryk for, at "Åben dialog" har hjulpet dem med at få hold på konkrete problemer, men dog ikke bragt dem nærmere arbejdsmarkedet. De generelle erfaringer fra Psykiatriens Hus peger dog også på, at det ikke har været gnidningsløst at etablere Psykiatriens Hus. Udfordringerne har netop drejet sig om både at få medarbejderne til at sætte borgerne og deres behov i centrum frem for deres kerneopgave, og at skabe forståelse og respekt for medarbejderne imellem samt at skabe hensigtsmæssige koordinationsmønstre.

Kilde: (Bengtsson & Grønborg Knudsen 2013).

3.9.1 Argumenter for og imod fælles fysiske rammer som afsæt for samarbejdet

Argumenterne for og imod bygningsfællesskaber som afsæt for integreret samarbejde på et givent område er i høj grad intuitive. Som tidligere nævnt giver den gennemgåede litteratur heller ikke mulighed for at fremhæve specifikke modeller eller kriterier for, hvornår/hvornår ikke fysiske rammer er en god idé. Hvad der er menings- og effektfuldt, afhænger i sidste ende bl.a. af den lokale geografi, økonomiske hensyn, og hvilke fysiske rammer der er i udgangspunktet – eksempler på opmærksomhedspunkter fra den gennemgåede litteratur, der kan anvendes til at vurdere muligheder for og relevans af at investere i fælles fysiske rammer:

Økonomi, eksisterende rammer og moderne kommunikationsteknologi:

- Det er dyrt at bygge nyt (Psykiatriens Hus i Silkeborg kostede fx ca. 200 mio. kr.)
- Hvilke eksisterende bygningsfællesskaber der findes, samt hvilke muligheder findes for at anvende eksisterende bygningsmasse anderledes
- Hvilke muligheder der er for at anvende moderne kommunikationsteknologi til at kompensere for fysiske afstande.

Hvilke patienter og problemstillinger der arbejdes med, herunder:

- I hvor høj grad der er fokus på sårbare patienter, som har svært ved at transportere sig og overholde aftaler, hvorfor der er behov for en fleksibel og opsøgende indsats
- Hvor afgrænset og intensiv en indsats, der er tale om. Jo mere kompleks og intensiv, jo mere taler for fysisk integration, og omvendt jo bredere og sporadiske forløb, der er tale om, jo mindre taler for en fælles fysisk ramme.

Involverede aktørers ønsker om at udvikle organisation, ledelse og faglige indsatser, herunder om:

- der fagligt og organisatorisk er opbakning til samling og udvikling af en given indsats
- det er realistisk at rekruttere og fastholde de nødvendige fagpersoner (særligt relevant i forhold til speciallæger og psykiatri)
- eksisterende eller nye tværfaglige teams/funktioner har brug for noget, der samler dem i et fagligt fællesskab og et fagligt miljø.

3.10 Opsamling

Der er mange, som søger efter nye måder at organisere tværgående samarbejde på. Udbuddet af mulige samarbejdsmodeller er derfor stor og spænder vidt i fokus og ambitionsniveau. I den gennemgåede litteratur fremgår tre overordnede og aktuelle tendenser på området, som knytter sig til:

- en søgen efter indsatser, der forbinder sundheds- og socialvæsenets indsatser for borgere med behov for ydelser i begge sektorer
- et udbredt ønske om at anvende patientinvolvering og systematiske patientdata som afsæt for indsatser, der øger faglig og patientoplevet kvalitet og leder til en mere effektiv ressourceudnyttelse
- at udvikling af samarbejdsmodeller og konkrete indsatser i stigende grad knytter sig til lokalt udviklede og afgrænsede indsatser frem for top-down og system-orienterede modeller.

Tendenserne skal bl.a. ses i lyset af, at det er kompliceret at dokumentere effekterne af modeller og Integrated Care, og at det er vanskeligt at sprede sådanne modeller fra en kontekst til en anden. Implementering af konkrete samarbejdsmodeller, der understøtter Integrated Care, fremstår således som en kontekstafhængig opgave, der kræver tid til oversættelse og afprøvning af de aktive elementer. Et afgrænset udgangspunkt, der repræsenterer en løsning på et oplevet problem, og et realistisk ambitionsniveau hvad angår tid, ressourcer og forventede resultater, fremstår som de vigtigste faktorer for at lykkes med udvikling af lokale modeller for sammenhængene patientforløb.

Fem eksempler på kernelementer, der aktuelt er stor interesse for i arbejdet med Integrated Care, er:

Gode og smidige relationer på ledelses- og medarbejderniveau: Erfaringerne fra de indsatser, der lykkes, peger især på opbakning fra ledelse og politikere, ildsjæle, udvikling af gensidige relationer, fælles mål og effektive redskaber til informationsudveksling som elementer, der understøtter udvikling af en integreret indsats. Erfaringer fra danske og internationale projekter peger endvidere på nedenstående tre forhold som mulige pejlemærker for, hvordan et fokus på relationel koordinering kan kobles til udvikling af det patientrettede samarbejde:

- Innovative frirum, hvor medarbejdere og ledere på tværs af sektorer har samarbejdet ligeværdigt om at udvikle ideer og løsninger
- Udvikling og implementering – på den korte bane – tager afsæt i ønsker om at forbedre borgerens forløb og den faglige kvalitet frem for økonomiske hensyn
- Man er startet i lille skala, hvilket giver mulighed for at eksperimentere og lære, inden der tages beslutning om implementering i større skala.

Viden om målgrupper og kontekst for samarbejdet: Gode data, der beskriver, hvilke grupper af patienter som er mest omkostningstunge, hvor mange der er, samt hvor og hvornår omkostningerne opstår, udgør et vigtigt skridt på vejen til at etablere et relevant og konkret afsæt for nye lokale samarbejdsmodeller.

En grundig proces, der involverer patienter og fagpersoners perspektiver på mulighederne for at styrke indsatsen på et givent område, udgør næste skridt – dels for at understøtte fælles viden, og at nye løsninger ikke leder til yderligere fragmentering og uklarhed omkring ansvarsfordelinger i det eksisterende samarbejde, dels for at kunne udvikle løsninger, der er i stand til at skelne mellem og adressere problemer, som bunder i henholdsvis social, klinisk og organisatorisk kompleksitet.

Endelig er det essentielt, at ønsket om særlige indsatser for de mest komplekse patienter afvejes med et fokus på patientpopulationen og rammerne for det generelle tværgående samarbejde – dels for at sikre en segmenteret indsats, som matcher borgernes behov for støtte, dels for at understøtte effektivt samarbejde og ressourceudnyttelse.

Indsatser fokuseret på de mest komplekse og omkostningstunge forløb: Afsættet i gode data omkring patienter og omkostninger giver mulighed for at udvikle løsninger målrettet de mest komplekse og omkostningstunge patienter. De løsninger, som har en dokumenteret effekt, knytter sig primært til selekterede grupper af patienter med særlige behov og et videre forløb, som er komplekst. Opnåede resultater knytter sig især til øget faglig og patientoplevelt kvalitet samt bedre outcome, men der er samtidig en klar tendens til, at de samlede omkostninger øges. Centrale spørgsmål vedrørende oprettelse af 'high-risk management' handler bl.a. om, hvorvidt der er nok relevante patienter til en specialiseret funktion, samt hvilke muligheder der er for at identificere, rekruttere og fastholde patienterne.

De seneste år har der været en interesse i at anvende data (algoritmer) til at identificere og sætte proaktivt ind over for patienter, inden de bliver komplekse og omkostningstunge. Dette område befinder sig dog i et tidligt udviklingsstadium. For det første mangler der fortsat meget viden om, hvilke faktorer der – for konkrete patientgrupper – præcist kan forudsige de fremadrettede behov for sundhedsydelser. For det andet mangler der viden om, hvordan risikodata effektivt kan omsættes til proaktive interventioner, som er virkningsfulde og ikke leder til henholdsvis et stort ressourcekrævende relateret til opsporing og opstart samt efterfølgende overbehandling.

Systematisk anvendelse af patientperspektiver: Patientinvolvering og systematisk indsamling af patientdata udgør et centralt element i det fremadrettede arbejde med at understøtte sammenhængende forløb. Udviklingen er længst inden for specialiseret behandling, hvor der er lovende resultater. Der er til gengæld ikke fundet eksempler på veldokumenterede indsatser målrettet patienter med tværgående og komplekse forløb. Samtidig er der tale om et område i udvikling, hvor forventningerne ikke matcher erfaringer og dokumenteret viden. Det er derfor vigtigt at afklare formål og forventninger til anvendelse af fx PRO eller FIT samt at skelne mellem de kortsigtede og operationelle mål over for de mere langsigtede udviklinger forankret på regionalt og nationalt niveau.

Fysiske rammer der understøtter et integreret samarbejde: Fælles fysiske rammer kan indgå som en del af nye løsninger, der øger sammenhængen for udvalgte patientgrupper. Internationalt såvel som i Danmark er der særligt interesse for løsninger, der samler aktører fra psykiatrien, samt fysiske rammer, der samler bredere kredse af aktører fra primærsektoren. Hvorvidt fysiske rammer udgør en relevant del af en løsning, afhænger bl.a. af, om det er muligt at samle et meningsfuldt opgavefælleskab omkring relevante patienter samt tilstedeværelsen af klare mål og ledelsesfokus, der understøtter det ønskede samarbejde. Der er ikke identificeret litteratur, som dokumenterer omkostningseffektiviteten af forskellige former for fysiske rammer. Til gengæld er det klart, at nye bygninger i udgangspunktet er en dyr og ikke så fleksibel løsning. Indtænkning af eksisterende bygninger og overvejelser omkring, hvor og hvordan en given målgruppe bedst mødes, bør derfor indgå som vigtige overvejelser omkring etablering af eventuelle nye fysiske rammer.

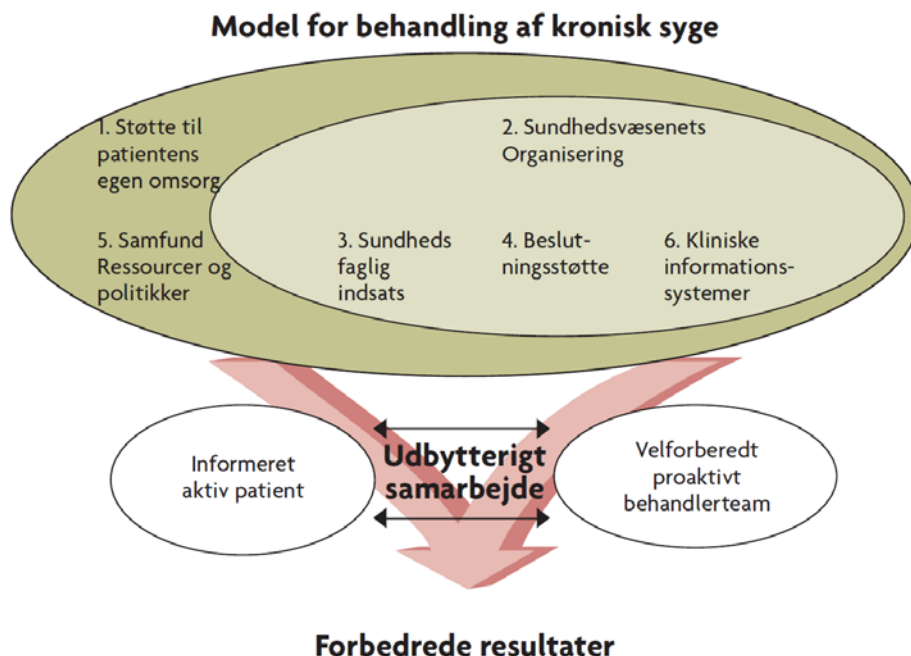
4 The Chronic Care Model og Kaiser Permanente

Dette kapitel omhandler erfaringerne med The Chronic Care Model (herefter CCM) og Kaiser Permanente (herefter KP), som er de to mest indflydelsesrige og veldokumenterede modeller for integreret samarbejde, der arbejdes med internationalt. De to modeller er for det første valgt som eksempel, fordi de repræsenterer en ambitiøs, langsigtet og hyppigt anvendt tilgang til udvikling af Integrated Care relateret til kronisk sygdom. For det andet illustrerer de danske erfaringer med oversættelse og implementering af modellernes principper for behandling af kronisk sygdom en række af de pointer, der blev gennemgået i foregående kapitel. Kapitlet afsluttes med en sammenfatning af vigtige opmærksomhedspunkter for lokal udvikling af Integrated Care i dansk sammenhæng.

4.1 The Chronic Care Model (CCM)

CCM er formentlig det mest kendte eksempel på en populationsbaseret samarbejdsmodel målrettet udvalgte diagnoser og patientgrupper. CCM er helhedsorienteret i sit sigte og beskriver både faktorer i samfundet, sundhedsvæsenet og de enkelte patientforløb, der tilsammen kan understøtte et optimalt behandlingsforløb for kroniske sygdomme. Som illustreret i Figur 4.1 indeholder CCM seks hovedområder relateret til: aktivering af patienternes egne ressourcer, ressourcer fra (civil)samfundet, sundhedsvæsenets organisering, den sundhedsfaglige indsats, redskaber til beslutningsstøtte og kliniske informationssystemer.

Figur 4.1 The Chronic Care Model



Kilde: Oversat af Sundhedsstyrelsen fra: <http://www.improvingchroniccare.org>.

Endemålet for arbejdet med de seks fokusområder er at understøtte et udbytterigt samarbejde mellem en informeret og aktiv patient og den palet af behandlere (det velforberedte og proaktive behandlingsteam), som vedkommende er i kontakt med. De enkelte fokusområder kan udfoldes til

selvstændige strategier og initiativer på policy-niveau, der strækker sig fra samfundsniveau til det lokale niveau. Den første beskrivelse af CCM kom i 1998, og i perioden frem til 2011 blev der arbejdet med at teste og videreudvikle de elementer, der indgår i modellen. Resultaterne fra arbejdet er samlet på hjemmesiden <http://www.improvingchroniccare.org>, og sidens vidensbase opdateres fortsat med erfaringer og resultater fra de steder, der fortsat arbejder med afsæt i principperne fra CCM.

CCM indeholder konkrete anvisninger til, hvordan den gældende evidens for behandling, rehabilitering og forebyggelse kan udmøntes i en organisering, som understøtter Integrated Care. Afsættet for implementering i den kliniske hverdag er typisk forløbsprogrammer, men der er også mange indsatser, der har taget afsæt i implementering af enkeltelementer (fx etablering af patientuddannelser eller kliniske data som afsæt for stratificering og en proaktiv indsats i almen praksis). Et forløbsprogram udgør en samlet beskrivelse af den evidensbaserede behandling samt den organisering og de redskaber, der bedst understøtter en sammenhængende og effektiv behandling. Endvidere indeholder forløbsprogrammet typisk en strategi for implementering, evaluering og løbende justering i takt med, at der opstår ny viden på området.

Resultater og evidens: Det er generelt vanskeligt at dokumentere specifikke effekter og årsags-sammenhænge i relation til multidimensionale og bredt favnende samarbejdsmodeller. Evidens og dokumentation for effekter knytter sig derfor i langt højere grad til de enkeltelementer (fx patientuddannelse, forløbskoordination eller stratificering), der indgår i en samarbejdsmodel, end modellen som helhed (Tsiachristas & Rutten-van Mölken 2017a).

Set i et mere bredt perspektiv er der i lyset af seneste årtiers fokus på at udvikle populationsbaserede modeller for integreret samarbejde en påfaldende mangel på dokumentation af, hvorvidt disse modeller indfrier målet om triple-aim-forbedringer i relation til omkostningseffektivitet, kliniske resultater og forbedret patienttilfredshed (Nolte & Pitchforth 2014). Der er generelt få populationsbaserede modeller, som er gennemført i et setup, hvor det er muligt at dokumentere effekten. I de tilfælde, det har været muligt, viser evalueringerne typisk, at omkostningerne stiger, samt at der er stor variation i, om der opnås forbedringer af de kliniske resultater.

Reviews fra henholdsvis 2011 og 2017 (Nolte 2017a, Coleman et al. 2009, Nolte 2017b) konkluderer dog, at der i dag er stærke indikationer på, at CCM fungerer godt som overordnet afsæt for at reorganisere og integrere behandlingen af kronisk sygdom. Samtidig findes der nu en række studier, som understøtter, at forløbsprogrammer baseret på principper fra CCM generelt set bidrager til bedre patientoplevelse kvalitet og forbedret sundhed. Der afdækkes endvidere indikationer på, at gevinsterne øges proportionalt med antallet af elementer fra CCM, som det lykkes at implementere. De nævnte studier konkluderer dog også, at der er stærke indikationer på, at CCM er forbundet med øgede omkostninger på kort sigt, samt at der ikke er solid dokumentation for modellens langsigtede omkostningseffektivitet.

Forfatterne konkluderer i forlængelse heraf, at CCM bør ses som en overordnet ramme, hvorfra de enkelte elementer skal oversættes og udvikles i den lokale kontekst. Samtidig understreges, at introduktion af modellen repræsenterer starten på en langsigtet og kompliceret proces, som bør være forankret og understøttet på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

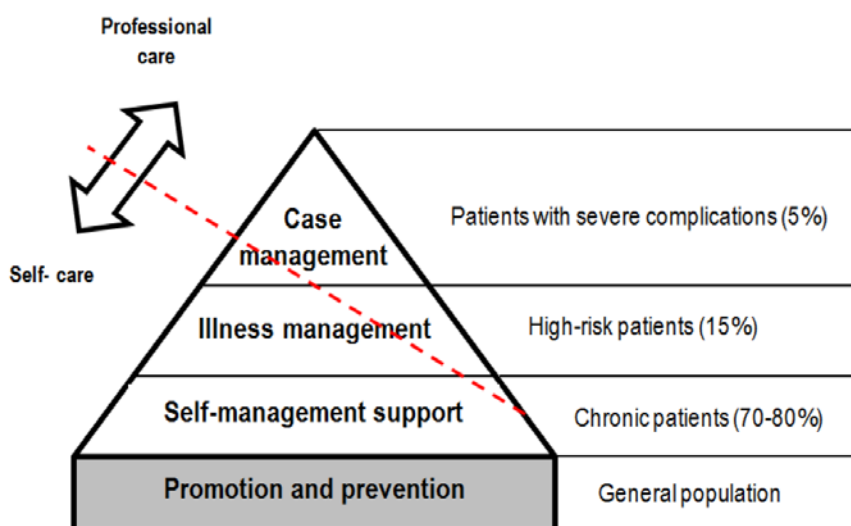
4.2 Kaiser Permanente

Kaiser Permanente (herefter KP) er en amerikansk sundhedsorganisation, som formentlig udgør det mest gennemførte og veldokumenterede eksempel på, hvordan principperne i CCM kan udmøntes i en populationsbaseret samarbejdsmodel med en stor grad af integration (Pines et al. 2015).

KP består af en udbyderorganisation, der betjenes af to udfører-organisationer. Udbyderen er en sundhedsforsikring, der har det samlede budgetansvar, mens de to udfører-organisationer er henholdsvis en for-profit almen praksis-organisation og en non-profit hospitalsorganisation. Det gælder for begge de udførende dele af KP, at de kun udfører ydelser for forsikringsdelen; at de arbejder inden for et fælles samlet budget, samt at der opstillet fælles værdier og målsætninger for patientens outcome, som alle aktører deler ansvaret for. Indsatsen leveres og dokumenteres også med afsæt i triple-aim, samtidig med at der er veletablerede økonomiske og normative strukturer, som understøtter samarbejde og integration.

På det organisatoriske niveau er integrationen i KP særligt fokuseret på kronisk sygdom. Rygraden i indsatsen er en almen praksis-sektor, der samler generalist- og specialistkompetencer i større enheder, hvor der er fælles økonomi, ledelse og fuldt udbyggede hjælpefunktioner. KP udmærker sig også ved en høj grad af dataunderstøttelse, hvor alle aktører har adgang til den samme viden om patienterne, fuldt implementerede forløbsprogrammer (disease-management), og at patientdata systematisk bruges som afsæt for stratificering og måling af resultater. Disse elementer udgør dels afsættet for en proaktiv indsats, dels afsættet for, hvilken indsats den enkelte patient modtager, jf. stratificeringspyramiden nedenfor.

Figur 4.2 Kaiser Permanentes stratificeringspyramide



Kilde: (WHO Regional Office for Europe 2016).

Som det fremgår af stratificeringsmodellen, er der i KP et stort fokus på forebyggelsesarbejde og egen behandling i forhold til den brede population, som gradvist skifter til et fokus på tæt opfølgning og forløbskoordination (case management) i takt med, at kompleksiteten af patienternes sygdom, behandlingsforløb og behov for støtte stiger. Systematisk stratificering og entydighed i opgaver og ansvarsfordelinger er således kerneelementer, som bidrager til at reducere organisatorisk kompleksitet i samarbejdet om patientforløb.

KP og CCM har de seneste årtier haft stor indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet i den vestlige verden, og der er en række steder – fx i Baskerlandet (Nuño-Solinís et al. 2013) og Norrtälje Len (Øvretveit & Brommels 2011) – arbejdet med at udvikle samarbejdsmodeller med afsæt i principperne fra KP. Det, der i fortsat udmærker KP i en international sammenhæng, er imidlertid graden

af implementering, den systematiske understøttelse af det kliniske samarbejde og det, at der er tale om *en* model, som på systemniveau integrerer finansiering og sektorer.

4.3 Danske erfaringer med CCM og KP

Der har været så stor interesse for CCM og KP i det danske sundhedsvæsen, at Danmark er et af de lande, der ofte fremhæves i international sammenhæng. I forhold til KP har der været et omfattende samarbejde omkring uddannelse og studieture samt forskning med fokus på deling af data og registerforskning. CCM har haft en mere direkte betydning, siden Sundhedsstyrelsen med rapporten 'Kronisk sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og Samfund (Sundhedsstyrelsen - Enhed for planlægning 2005) introducerede modellen som afsæt for at styrke behandlingen af kronisk sygdom i Danmark. Med CCM som forbillede blev der over en årrække allokert midler til at udvikle og implementere diagnosespecifikke forløbsprogrammer til bl.a. type 2-diabetes, KOL, lænderyg-patienter og senest også et program for patienter med dobbeltdiagnose i Region Sjælland. Arbejdet har været forankret i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner, og de tilhørende ledelsesfora har haft ansvaret for implementeringen.

Der har ikke været fokus på at undersøge effekterne af de danske forløbsprogrammer, men en række lokale evalueringer har afdækket implementeringen og de oplevede resultater (Rådgivende Sociologer ApS 2014, Sandberg Buch, Holm-Petersen & Boll Hansen 2013, Sandberg Buch 2012, von Bülow & Blom 2013). Evalueringerne peger gennemgående på, at forløbsprogrammerne har understøttet udviklingen af kommunernes indsats for patientrettet forebyggelse, og at de mere generelt har medvirket til styrket fokus på rehabilitering og aktivering af patienternes egne ressourcer som et selvstændigt element i behandlingen af kronisk sygdom. I forhold til programmernes betydning for det patientrettede arbejde peges der dog på udfordringer, som bl.a. knytter sig til:

- Mangelfuldt kendskab og implementering i almen praksis, hvilket i de danske evalueringer såvel som international litteratur bliver udpeget som en væsentlig barriere for at opnå de ønskede resultater af arbejdet med forløbsprogrammer.
- Vanskeligheder med at oversætte forløbsprogrammernes fokus på risikostratificering og forløbskoordination til redskaber, arbejdsgange og funktioner, der opleves præcise og anvendelige af involverede fagpersoner.
- Variation i kommuner og hospitalers implementering, indhold og kvalitet af forløbsprogrammernes arbejdsdelinger og tilbud om rehabilitering og patientrettet forebyggelse.
- Manglende overskuelighed over de oftest omfattende programbeskrivelser, samt at programmerne er vanskelige at holde opdateret i takt med fremkomsten af ny evidens og teknologi.

De danske erfaringer med implementering af forløbsprogrammer og CCM som bagvedliggende samarbejdsmodel illustrerer således de tidligere nævnte pointer fra litteraturen om, at det a) er vanskeligt at overføre en samarbejdsmodel fra en kontekst til en anden, og b) at problemet forstærkes, jo mere ambitiøs og vidtrækkende en model der er tale om.

En del af de danske udfordringer med introduktionen af forløbsprogrammer knytter sig formentlig til, at CCM er udviklet og har vist de bedste resultater i kontekster (Nolte 2017a), som i højere grad end det er tilfældet i Danmark:

- Har samlet almen praksis og specialistfunktioner inden for kronisk sygdom i større enheder med tilhørende hjælpefunktioner, ledelse og systemintegration.

- Har målrettet arbejdet med stratificering af patientpopulationen, så forløbsprogrammets indsatser differentieres systematisk i henhold til undergrupper af patienter, der har særligt højt udbytte.
- Er forankret i økonomiske og styringsmæssige strukturer, som understøtter tydelig ledelse, fælles mål for indsatsen og standardisering af de kompetencer, rutiner og tilbud, der indgår i et givent forløbsprogram.

4.4 Opsamling

Som det fremgår, har CCM og KPs forløbsorienterede måde at organisere behandling af kronisk sygdom på været et væsentligt skridt på vejen mod en mere proaktiv og sammenhængende indsats. Principperne for stratificering og trinvis optræning af indsatsen i takt med øgede behov hos patienterne fremstår som et vigtigt element i bestræbelserne på at behandle de voksende grupper med kronisk sygdom på en måde, hvor behandlingen er målrettet de enkelte patienters behov og sundhedsvæsenets ressourcer. Det helhedsorienterede fokus og de underliggende principper for opgave- og arbejdsdeling udgør samtidig vigtige elementer i forhold til at skabe et tydeligere og enklere afsæt for samarbejdet om tværgående forløb.

De seneste år er der dog kommet en stigende erkendelse af, at det sygdomsspecifikke fokus giver problemer med ineffektiv ressourceudnyttelse og manglende sammenhæng for de patienter, der har komplekse behov og lider af flere samtidige sygdomme. Behovet for en på en gang mere bredtfavnende og mere individrettet og lokalt forankret indsats står derfor centralt i ønskerne til den videre udvikling på området (Ferrer 2015).

De danske erfaringer med implementering af CCM – i form af forløbsprogrammer for udvalgte diagnoser – matcher de internationale hvad angår behovet for modeller, der er stand til at håndtere multisygdom og kompleksitet. Samtidig illustrerer arbejdet med de danske forløbsprogrammer en række af de tidligere nævnte vanskeligheder forbundet med at overføre samarbejdsmodeller fra en kontekst til en anden. Særligt den danske organisering af almen praksis samt økonomi- og opgave- deling mellem det regionale og kommunale sundhedsvæsen fremstår som centrale rammesættere for lokal udvikling af modeller for sammenhængende patientforløb.

Med det afsæt vender vi i næste kapitel blikket mod 'The New Care Model Programme fra England'. Programmet er udvalgt som en case, fordi det udgør et aktuelt eksempel på, hvordan der lokalt og med et populationsbaseret afsæt kan samarbejdes med at udvikle sådanne indsatser.

5 The NHS 'New Care Model Programme'

Fra 2014-2017 har 50 lokal områder i England arbejdet med at udvikle og implementere modeller for Integrated Care inden for rammerne af 'The New Care Model Programme' (herefter NCMP). NCMP er valgt som en case, fordi tilgangen til udvikling og kerneelementerne i de modeller, der arbejdes med, i høj grad matcher det ønskede fokus på 'Sammenhængende patientforløb'. Kapitlet indeholder også en detaljeret beskrivelse af erfaringerne fra et af de deltagende lokaleområder – The South Somerset Symphony Vanguard, som minder om den lokale kontekst på Lolland og Falster hvad angår geografi, befolkningsgrundlag og fremadrettede udfordringer.

Kapitlet giver dermed indblik i en konkret strategi med tilhørende processer og kerneelementer, som udvikling af det tværgående samarbejde kan tage afsæt i. Den lokale South Somerset Symphony-case udgør endvidere et eksempel på en vellykket udvikling af en tværgående samarbejdsmodel, der reducerer kompleksiteten i samarbejdet omkring komplekse patienter og introducerer en proaktiv indsats for grupper af patienter med høj risiko for at blive komplekse.

5.1 Projektorganisation og strategier for udvikling

NCMP er udviklet af det engelske NHS som en del af strategien "Five year forward view" (NHS 2014). Programmets formål er for det første at udvikle og teste samarbejdsmodeller og konkrete redskaber, som efterfølgende kan udbredes og implementeres bredt, og for det andet indgår programmet i vidensgrundlaget for reformer, der skal styrke det engelske sundheds- og socialvæsens evne til at tilgodese behovene hos patienter med komplekse behov for sundhed, omsorg og sociale ydelser.

NCMP adskiller sig fra traditionelle NHS-programmer ved at være bottom-up-orienteret og forankret i 50 lokalområder¹⁹, der hver især har arbejdet med at udvikle og teste lokale samarbejdsmodeller. Patientpopulationen de enkelte steder varierer fra ca. 100.000-300.000 borgere, men det lokale arbejde har typisk været organiseret med afsæt i mindre geografier, der dækker 30.000-50.000 borgere. Udviklingsarbejdet har involveret en bred kreds af aktører og fagligheder fra primær og sekundær sektor. NCMP arbejder med et langsigtet perspektiv, og de idealtypiske modeller og redskaber, der er arbejdet med (fx redskaber til stratificering, metoder til patientinvolvering og udvikling af kapacitet for relationel koordinering), er udviklet med afsæt i nyeste internationale viden om samarbejdsmodeller på området.

Den nyeste viden er indsamlet i det nationale videnscenter og introduceret via en 'hjælpepakke' til hvert enkelt lokalområde. Ud over ressourcer til udviklingsarbejdet og midler til evalueringer af, hvad der virker og hvorfor, har 'hjælpepakken' inkluderet mulighed for procesunderstøttelse, kompetenceudvikling, teknisk bistand og ekspertviden inden for de specifikke områder, der har været fokus på i hvert enkelt lokalområde.

Der foreligger i dag resultater fra en række af de devalueringer, der har undersøgt proces og organisering i de forskellige lokale projekter/områder (kaldet vanguards), mens de overordnede resultat-evalueringer forventes offentliggjort fra sommeren 2018 og frem. Samtidig er en række af de deltagende vanguards tildelt midler til at fortsætte arbejdet i en fase 2 (NHS 2017), hvor de (i en ramme der minder om de danske frikommuneforsøg) får udvidede muligheder for at dele data, økonomi, medarbejdere og lignende på tværs af de traditionelle sektorer og aktører. Formålet er at

¹⁹ Mange af disse områder havde startet udviklingen af nye samarbejdsmodeller 2-10 år før de blev involveret i programmet.

fortsætte – og udvide udviklingsarbejdet, så der løbende skabes resultater og erfaringer, der kan indgå i de nationale reformovervejelser for det engelske sundhedsvæsen.

5.2 Samarbejdsmodellernes fokus og indhold

De tre hovedpopulationer, der er blevet arbejdet med i NCMP, er ældre, patienter med kroniske lidelser og borgere med høj risiko for akut indlæggelse. Kerneelementerne i de lokale samarbejdsmodeller har i relation til de enkelte målgrupper typisk knyttet sig til:

- **Ældre:** Styrket koordination og samarbejde omkring ældre med komplekse plejebenhov – fx i form af tværsektorielle og tværfaglige teams med ansvar for pleje og behandling af de mest komplekse borgere²⁰.
- **Kroniske patienter:** Øget fokus på behandling og opfølgning i primærsektor – fx via sundhedsklinikker, der samler kompetencer fra almen praksis, speciallæger, kommunal sygepleje og farmakologi²¹.
- **Forebyggelse af akutte indlæggelser:** Styrket akutberedskab i primærsektor, akutteams og akutpladser målrettet patienter i risiko for indlæggelse²².

Der har dog også været forskelle på, hvilke samarbejdsmodeller de deltagende lokalområder har benyttet som afsæt for arbejdet med ovennævnte kerneelementer. Erfaringsopsamlingerne skelner overordnet mellem fem forskellige modeller. To af disse modeller – kaldet PACS og MCP – er beskrevet i boksen nedenfor, fordi disse modeller specifikt er blevet fremhævet (se fx (Naylor, Taggart & Charles 2017) som eksempler på, hvordan der lokalt kan arbejdes med at udvikle integreret samarbejde på systemniveau.

PACS og MCP – to 'teamorienterede' samarbejdsmodeller

- **Multispecialist Community Providers (MCP)** er en samarbejdsmodel forankret i et tværfagligt team, der er tilknyttet en bestemt lokalitet, som typisk dækker 30.000-50.000 borgere. Rygraden i teamet er almen praksis og kommunal sygepleje, men ideen er at etablere en platform, hvor disse aktører kan samarbejde bredt med professioner, fx specialister fra akutmodtagelser, socialrådgivere, psykologer/psykiatere, socialpædagoger. Teamet leverer en lang række forskellige services for de mest sårbare borgere i en given målgruppe.
- **Primary and Acute Care System (PACS)** er grundlæggende den samme type af samarbejdsmodel som MCP, men den indebærer et større fokus på samarbejdet mellem primær og sekundær sektor. Der er således tale om en mere vidtrækkende model, som er knyttet til en større patientpopulation, kræver flere ressourcer og et mere langsigtet og overordnet perspektiv på udvikling.

På hjemmesiden <https://www.england.nhs.uk/new-care-models/> kan man finde mere viden om de fem forskellige modeller og underprojekter (vanguards).

²⁰ Etableringen af tværsektorielle geriatriske teams i fx Aarhus og Roskilde udgør aktuelle danske eksempler på denne type af indsatser.

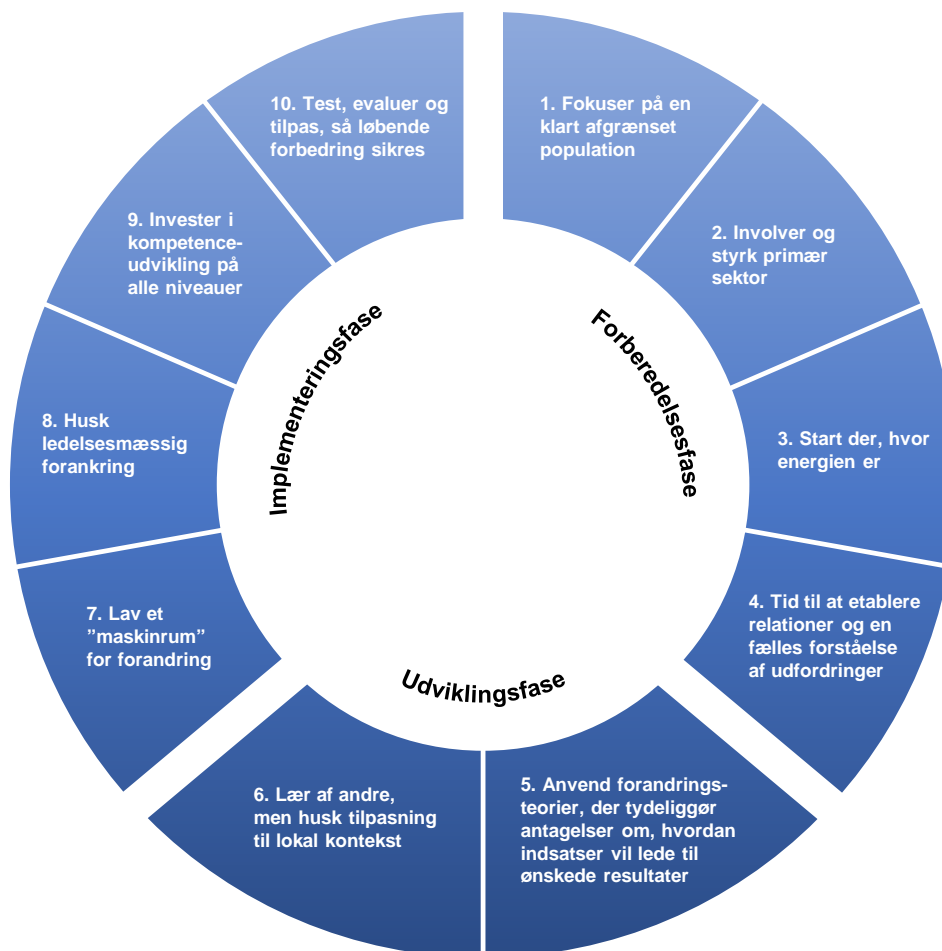
²¹ For eksempel som det sker i Nakskov Sundheds- og Akuthus.

²² Styrkelsen af det kommunale akutområde via sygeplejefaglige akutteams, kommunale akutpladser og styrket samarbejde mellem kommunal sygepleje og almen praksis er eksempler på lignende udviklinger, der foregår i Danmark.

5.3 Implementeringsmodel

De overordnede erfaringer og anbefalinger fra arbejdet med NCMP er sammenfattet i en publikation (Starling 2017), der – som angivet i Figur 5.1 – beskriver 10 indsatsområder, det kan være givtigt at sætte ind på i arbejdet med at udvikle lokale samarbejdsmodeller.

Figur 5.1 10 trin og fokus til at understøtte udvikling af lokale samarbejdsmodeller



Kilde: Oversat fra Starling, 2017: 12.

Som det fremgår, er de 10 indsatsområder inddelt i en: initiativ-, udviklings- og implementeringsfase, hvilket afspejler de typiske faser i udviklingsforløbet. Det fremgår dog som en vigtig pointe, at forløbet ikke nødvendigvis er lineært, samt at der – afhængig af, hvordan udviklingsarbejdet skrider frem – både kan være tilbageblik til tidligere faser eller tidspunkter, hvor man arbejder med elementer fra forskellige faser samtidig. De vigtigste pointer relateret til faserne uddybes nedenfor.

5.3.1 Forberedelsesfasen

Fokuser på en klart afgrænset population: Det anbefales, at man i udgangspunktet fokuserer på en lille målgruppe med de samme behov. Denne målgruppe kan blive segmenteret på forskellige måder, fx i geografi, alder og sygdomsprofil. Særligt i MCP og PACS har man arbejdet med "lokale"

målgrupper, der omfattede 30.000-50.000 borgere. Disse lokale målgrupper blev typisk også yderligere segmenteret i forhold til behov, fx de mest udsatte, de dyreste og de mest komplekse patienter med kronisk sygdom. Afsættet har været, at dataindsamling såvel som kvalitativ viden om patienter og pårørendes behov var essentiel for at forstå de forskellige patientgruppers behov. Der er således brugt relativt mange ressourcer på både at udvikle dataindsamlingsdesign og metoder, fx stratificeringsværktøjer til at analysere data, og ressourcer til at involvere patienter og pårørende via interview og workshops. Det fremgår, at især patientinvolveringen har været en svær opgave på grund af tidspres, men også at det har givet god mening bare at interviewe en lille del af populationen om, hvad de oplevede, var vigtigt for dem. Erfaringen er endvidere, at den indsamlede viden og de udviklede redskaber har genereret læring, som efterfølgende har kunnet overføres til andre patientgrupper.

Involver primær sektor og psykiatri fra start: Materialet fra NCMP anbefaler, at man fra start får involveret både aktører fra almen praksis, det kommunale sundhedsområde og psykiatrien, og at deres aktive involvering fastholdes. Erfaringerne viser, at det er afgørende, at de rette aktører er med fra start, fordi man ellers risikerer, at fx almen praksis trækker sig eller reagerer negativt på samarbejdsideen²³. Desuden viser erfaringerne, at presset om at lave en effektiv model, der viser hurtige resultater, kan resultere i, at man ikke prioriterer at involvere psykiatrien. En kerneanbefaling er således, at nye samarbejdsmodeller skal have et helhedssyn fra start, således at aktører, der arbejder med individets potentielle somatiske, mentale og sociale behov, er repræsenteret fra start.

Start der hvor energien er: De fleste vanguards' arbejde med de nye samarbejdsmodeller har taget et pragmatisk udgangspunkt, som fx har involveret fagpersoner og teams, der allerede havde ideer til og motivation for forandring, fx fra tidligere projekter. Det anbefales dog, at denne involvering tager udgangspunkt i forskellige "mapping-øvelser" og teknikker, der kan hjælpe til at kortlægge området, fx muligheder og udfordringer, og til at identificere ildsjæle og brobyggere, der fx tidligere har haft erfaring med lokale implementeringsprocesser. Endvidere fremstår det som en central anbefaling, at PACS og MCP kun vil være succesfulde, hvis de formår at involvere borgere, pårørende og eventuelle organisationer fra civilsamfundet.

Skab en fælles forståelse af udfordringerne: Anbefalingen er, at man investerer tid og energi på at samle de relevante samarbejdspartnere for at skabe en fælles problemforståelse og mål på tværs af de involverede aktører – en øvelse, der bidrager til at skabe kendskab, tillid og (tættere) relationer på tværs af aktører i projekterne, og som ofte er blevet faciliteret af eksterne konsulenter i korterevarende forløb på fx seks sessioner. I tilfælde af udfordringer med at samle aktørerne, eksempelvis på grund af geografi eller manglende mulighed for at finde vikarer, har programlederne brugt tid på at tage ud til de pågældende aktører.

5.3.2 Udviklingsfasen

Arbejd og evaluer med afsæt i forandringsteorier: Anbefalingen er, at man ikke laver en forhastet implementering. Derfor har der – som en del af 'hjælpepakken' – været fokus på at udvikle forandringsteorier, der klart har beskrevet sammenhængen mellem den specifikke adfærd og de sociale og tekniske processer, man ønsker at ændre, og de forventede resultater (og herunder de metoder, man vil benytte til at måle disse resultater) – gerne i form af en visuel figur (på en side). Forandringsteoriene er blevet udviklet på faciliterede workshops med to gevinster:

²³ Almen praksis-strukturen i Danmark adskiller sig væsentligt fra Englands, hvilket øger udfordringerne med at sikre den anbefalede involvering af almen praksis. De kommende klynger omkring faglig udvikling og kvalitetsarbejde samt den styrkede kronikerindsats, som følger af den nyeste overenskomst for almen praksis (<http://www.regioner.dk/media/5521/plo-aftale-aftaletekst.pdf>), kan dog udgøre en mulighed for et styrket samarbejde, som bør indgå i overvejelserne omkring den fremadrettede samarbejdsmodel.

- De "pressede" projektdeltagerne til at tænke i sammenhænge mellem aktiviteter og resultater og til at overveje både risici og de virkemidler, der kunne understøtte processen.
- De udgjorde et værktøj til at ryste de lokale aktører sammen og udfordre antagelser i systemet.

Erfaringerne er dog også:

- at det er afgørende, at workshopen ikke bliver presset igennem inden for en kort tidsfrist, da det er afgørende, at de rette aktører er tilstede, og
- at det vil være brugbart, hvis man fra starten planlægger, at figuren (og de planlagte aktiviteter) potentielt skal justeres undervejs, og hvordan man dermed kan revidere figuren og bruge den aktivt undervejs.

'Stjæl' viden og erfaringer fra andre og husk tilpasning til den lokale kontekst: Mange af de inddragede vanguards trak på formelle og uformelle netværk både inden for og på tværs af specifikke fagområder. Det skabte mulighed for at dele læring og ideer fra ind- og udland samt udvikle fælles løsninger og evalueringsformer. For at understøtte vidensdelingen og sikre løsningernes bæredygtighed blev der afsat tid til deltagelse i netværkene (enten i form af personligt fremmøde eller webinars).

5.3.3 Implementeringsfasen

Etabler et "maskinrum" for forandring: Alle vanguards havde etableret et projektteam, som havde til opgave at holde tråd i aktiviteterne og bringe aktørerne sammen. De beskrives som "maskinrum til at drive og lede lokale forandringsprogrammer på baggrund af de rette ressourcer og kapaciteter". Disse teams bestod ofte af aktører med kompetencer inden for projektledelse, kvalitetssikring, data-analyse, kommunikation og administration. Desuden anbefales det, at sådanne teams bør inkludere nogle lokale aktører med forståelse for konteksten. Endelig har en del vanguards i forløbet ændret kurs, således at det, der blev opfattet som et *projekt*-maskinrum, er blevet udvidet til en større systemorienteret måde at arbejde med forandring på i hele lokalområdet.

Skab ledelsesmæssig forankring: De forskellige vanguards har eksperimenteret med at skabe ledelsesmæssig forankring på alle niveauer. Anbefalingerne er, at det dels er vigtigt at involvere topledere og repræsentanter fra projekterne (gerne bl.a. klinikere fra forskellige områder) i et centralt beslutningsorgan, der kan træffe afgørelser, fx om ressourcer og forhold, der går på tværs af områder. Desuden anbefales det, at der skabes et fundament for dialog og beslutningstagning blandt alle de involverede aktører, så der ikke kommer flaskehalse, fordi alt fx skal godkendes af en fjern styregruppe, som mødes hver tredje måned.

Invester i kompetenceudvikling på alle niveauer: I alle vanguards oplevede man det som afgørende at investere i kompetenceudvikling, som kunne skabe sammenhæng mellem de forskellige vanguards nye mål og medarbejdernes kompetencer. Kompetenceudviklingen varierede meget. Anbefalingerne fra NCP og PACS er, at der bør investeres i at:

- bygge relationer og netværk mellem professionelle, som fokuserer på somatisk eller mental sundhed
- alle medarbejdere skal have træning i mental sundhed uafhængigt af, hvilken afdeling de er i
- alle medarbejdere skal trænes i at anskue enhver klinisk interaktion som en anledning til både at skabe fysisk og mental sundhed.

Nogle vanguards har benyttet eksterne kurser, mens andre har lavet in-house ledelsesprogrammer. Kurserne har både været målrettet tværfaglige grupper, monofaglige grupper og grupper med et speciale inden for et specifikt fagområde.

Test, evaluer og tilpas, så løbende forbedring sikres: Etableringen af samarbejdsmodellerne i de forskellige vanguards var karakteriseret af stor kompleksitet og løbende ændringer. Det betød, at projekterne oplevede, at det var vanskeligt at lave årsags-virknings-analyser af effekterne, fordi mange parametre ikke var kontrollerbare. Omvendt skabte kompleksiteten et stort behov for at forstå, hvad der skete og at evaluere resultaterne. Anbefalingen er derfor, at man løbende evaluerer udviklingen af nye samarbejdsmodeller, men med øje for, at der kan være løbende behov for at justere, hvilke data der skal indhentes, samt at man også bør fokusere på at indsamle den "ubehagelige" information, som kan advare teamene om blinde pletter og vurdere, om de ønskede resultater opnås. Konkret benyttede de forskellige vanguards forskellige partnere til at evaluere effekterne, herunder konsulentbureauer og universiteter, som understøtter armslængde i evalueringen.

5.4 The South Somerset Symphony Vanguard

The South Sommerset Symphony Vanguard (herefter Symphony) beskrives som et eksempel på, hvordan de enkelte vanguards konkret har arbejdet med at udvikle nye samarbejdsmodeller i regi af NCMP. Symphony er udvalgt på baggrund af, at der er opnået gode resultater, samtidig med at der er mange ligheder med Broen til Bedre Sundhed hvad angår målsætninger, geografi og demografiske udfordringer. Det fremgår af de gennemførte interview med nøglepersoner fra Symphony, at de i høj grad kan genkende deres egen proces i Figur 5.1 og de tilhørende anbefalinger. Erfaringerne fra casen sammenfattes derfor med afsæt i de tre overordnede faser nedenfor.

Faktaboks: Symphonys kontekst – South Sommerset

- Population: 135.000 borgere
- Geografi: Landområde i Sydengland karakteriseret ved små byer, begrænset offentlig transport og vanskeligheder med at rekruttere og fastholde kvalificeret personale
- Antallet borgere, der lever med mindst én længerevarende lidelse, var 30.000 og stigende i 2014
- 4 % af borgerne anvendte ca. 50 % af udgifterne i 2015
- Demografisk fremskrivning viser, at andelen af +55-årige vil stige med 43 % frem til 2033

5.4.1 Den lokale kontekst og forberedelsesfasen

South Sommerset havde i en årrække op til deltagelsen i NCMP-arbejdet forbedret samarbejdet på tværs af sektorer samt etableret fælles viden om de dyreste og mest komplekse patientforløb. Alligevel stod man i en kritisk situation i 2014, hvor den demografiske udvikling og en (ikke altid planlagt) opgaveglidning fra sekundærsektoren gav et presserende behov for at styrke indsatsen i primærsektoren. Særligt presserende var behovet for at styrke og aflaste almen praksis på kronikerområdet samt behovet for et mere integreret samarbejde omkring de mest komplekse patienter med mange indlæggelser. Hvordan dette mere konkret skulle ske, ønskede man dog at udvikle gennem en åben bottom-up drevet proces, hvor primær sektor, patienter og pårørende var i fokus. Den åbne tilgang har ifølge de interviewede nøglepersoner været central, fordi:

... Initiativet til indsatsen kom fra hospitalsregi, og de første reaktioner i primær sektor var i noget omfang, at her kommer endnu et initiativ, der handler om at flytte opgaver og ansvar, uden at der følger ressourcer med. Tidligere har det også været svært at få almen praksis med. Nok fordi tilgangen altid har været, at vi ville have dem til at gøre mere. Denne gang var fokus i stedet: Hvad er jeres største udfordringer – og hvordan kan vi hjælpe med at aflaste jer.
(Projektchef, South Somerset)

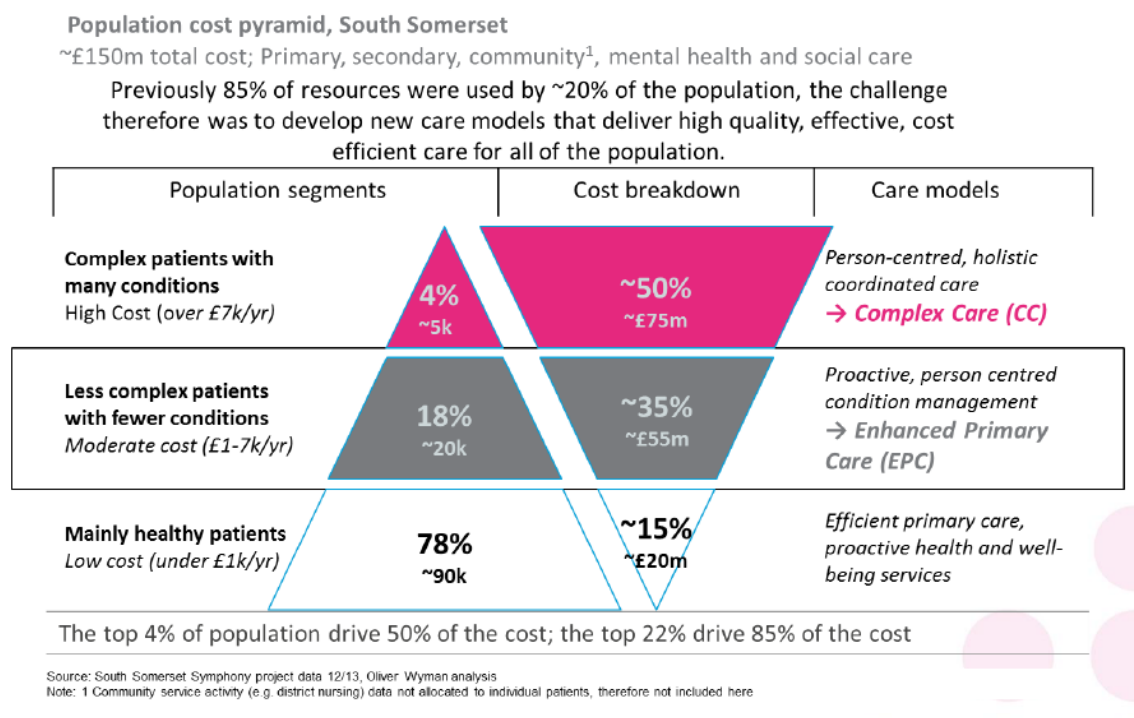
Den åbne tilgang til udvikling var afspejlet i indsatsens ledelse og organisering. Styregruppen bestod af 14 ledelsesrepræsentanter og var sammensat, så både hospitalets og kommunernes topledelse var repræsenteret. Styregruppen var også sammensat, så primær sektor havde flertal, ligesom de praktiserende læger fik formandsskabet for gruppen og vetoret over for de initiativer, der skulle sættes i gang. Sidstnævnte var særligt vigtigt, fordi de praktiserende læger i udgangspunktet var bekymrede for, om projektet havde til hensigt at flytte patienterne væk fra almen praksis, ligesom der blev udtrykt bekymring over, at de kunne miste deres autonomi og kontrol – og relationen til deres patienter.

På operationelt niveau var indsatsen forankret i tværgående projektledelse og arbejdsgrupper, som bl.a. havde ansvar for 1) indledende vidensindsamling og sammenstilling af data, 2) beskrive og designe nye arbejdsflow, 3) udvikle og kvalificere programteorier, 4) rekruttering og kompetenceudvikling samt 5) dokumentation og evaluering af indsatsen.

Det fremgår af de gennemførte interview, at en del af deltagerne i styre- og projektgruppen var bekymrede over, at så meget beslutningskompetence var lagt hos de praktiserende læger. Set i bakpejlet fremstår det imidlertid som en satsning, der har været afgørende for, at indsatsen ikke – som det tidligere har været tilfældet – er strandet i almen praksis. Endvidere har der ikke været eksempler på, at vetoretten over for konkrete initiativer har været anvendt.

Det andet centrale element i forberedelsesfasen var en grundig undersøgelse af populationen med henblik på at *identificere de(n) rette målgruppe(r)*. Afsættet var, at det i samarbejde med forskere fra York Universitet var lykkedes at etablere en tværsektoriel omkostningsdatabase, der kunne belyse, hvilke patientsegmenter der var mest komplekse og udgiftstunge. De overordnede resultater af undersøgelsen er illustreret i Figur 5.2.

Figur 5.2 Patientstratificering og identifikation af særlige målgrupper



Som det fremgår, var det en lille gruppe på 4 % af populationen, der brugte 50 % af udgifterne; 18 % der brugte 35 % af udgifterne, mens de resterende 78 % stod for 15 % af udgifterne. De detaljerede analyser viste endvidere, at en del af de øgede udgifter var relateret til kronisk sygdom for voksne patienter i mellemgruppen af patienter.

Resultaterne var en øjenåbner på to måder. For det første blev det dokumenteret, at en stor gruppe af kronisk syge voksne fik for lidt ud af behandlingen og på sigt ville øge antallet af meget komplekse og omkostningstunge patienter. Workshops med fagpersoner og patienter viste endvidere, at problemstillingerne for denne gruppe i høj grad knyttede sig til sociale udfordringer og manglende evne til at tackle sygdom. For det andet fungerede de indsamlede data som en vigtig kilde til at motivere og mobilisere de deltagende fagpersoner, fordi:

... Vi fik mulighed for at anvende data på individniveau i dialogen med fx de enkelte lægehuse. Lægerne får normalt ikke særligt gode data om de mest komplekse borgere. De fandt det derfor meget brugbart og motiverende at få viden, der gav et overblik over, hvad der karakteriserer deres mest sårbare borgere. Især muligheden for at se de samlede omkostninger for fx deres 15 dyreste individuelle diabetespatienter var en øjenåbner.
 (Projektleder, South Somerset)

Den indsamlede viden pegede i retning af, at den langsigtede løsning skulle være i stand til at identificere og hjælpe de patienter, der – fx på grund af sociale eller livstilsrelaterede udfordringer – opnår et dårligt udbytte af behandlingen. Perspektiverne for at adressere denne problemstilling blev drøftet med eksperter fra NCMPs nationale projektorganisation, og med det afsæt blev der bl.a. hentet inspiration og ekspertise fra to amerikanske primærsektor-modeller med særligt fokus på en

involverende og struktureret behandling af kronisk syge patienter med komplekse sociale problemstillinger²⁴. Endvidere indgik erfaringer fra Lindköping i Sverige som inspiration for de strukturer og den organisering, der skulle understøtte udvikling og implementering af de konkrete samarbejdsmodeller.

5.4.2 Udviklingsfasen

På baggrund af forberedelsesfasen begyndte udviklingen af to konkrete indsatser at tage form, henholdsvis Complex Care Teams (CC-teams) målrettet de mest komplekse patienter med mange indlæggelser, og Enhanced Primary Care Team (EPC) målrettet gruppen af moderat komplekse borgere med et forhøjet forbrug af social- og sundhedsydelser i primærsektoren. Målet med begge indsatser var at bruge eksisterende medarbejderressourcer anderledes samt få øget fokus på patient- og pårørendeinvolvering.

CC-teams

Det enkelte CC-team arbejder i snitfladen mellem almen praksis, hospital og kommune og dækker typisk 4-5 lægehuse med en samlet patientpopulation på ca. 30.000-50.000 borgere. Hvert team er tværfagligt sammensat og inkluderer i udgangspunktet en praksismanager, en praksislæge, en farmaceut, en helsecoach, specialistsygeplejersker og en kontaktperson fra psykiatrien. En del af de ansatte i CC-teamene arbejder på fuld tid i teamet, mens andre (især læger, farmaceut og praksismanager) er tilknyttet på deltid. Teamene har fokus på at identificere og besøge de mest komplekse patienter under indlæggelse og involvere patient/eventuel pårørende i at skabe en god udskrivning og en fælles plan for forløbet efter indlæggelsen.

EPC-teams

Kerne komponenten i EPC-modellen var at skabe tværfaglige teams i almen praksis med et særligt ansvar for behandling og støtte til de tilknyttede patienter. Løsningen blev valgt for at kunne styrke bindeledet mellem almen praksis og det kommunale pleje- og socialområde samt for at kunne aflaste lægerne og afsætte meget mere tid til patientkontakt. De væsentligste nyskabelser i relation til teamet var i forlængelse heraf:

- en struktureret individuel behandlingsplan, der inkluderede løbende indsamling/opfølgning på PRO-data
- ansættelse af to "health coaches" samt tilknytning af en farmaceut og udnævnelse af en lægefaglig tovholder for de tilknyttede patienter.

Fakta om kernelementet i EPC: Health Coaches

- Ansættelsesforhold: Kommunalt ansatte, der arbejder i lægepraksis. En væsentlig del af coachene arbejder halv tid som coach og halv tid i andre kommunale funktioner ud fra et ønske om styrket brobygning til relevante kommunale samarbejdspartnere.
- Baggrund: Blanding af sygeplejersker, plejepersonale og socialrådgivere, som er rekrutteret på baggrund af deres sociale og menneskelige snarere end klinisk faglige kompetencer.

²⁴ De to besøgte organisationer – IORA Health og Alignment Health Plan – er begge udviklet specifikt til kroniske patienter med komplekse sundhedsmæssige og sociale udfordringer. Et centralt element i IORA er, at alle patienter får tilknyttet en fast health coach, samt at et udvidet primary care-team bestående af læge, farmaceut, kronikersygeplejerske m.m. har tæt og løbende kontakt med de tilknyttede patienter. Se eventuelt www.iorahealth.com for yderligere detaljer. Alignment Health deler mange træk med IORA, men udmærker sig ved at have særlig fokus på dataunderstøttet behandling. Se eventuelt <https://alignmenthealthplan.com/> for yderligere detaljer.

- Kompetencer: De nuværende 53 coaches, en del af det øvrige praksispersonale og praksislæger samt en del af personalet i de kommunale plejeteams har fået en uddannelse som sundhedscoach. Endvidere har eksperter fra USA bidraget med rådgivning omkring organisering, kontekst og rutiner for at understøtte coachenes arbejde.
- Opgave: At motivere til adfærds- og livsstilsmæssige ændringer, at fungere som borgerens kontaktperson, og at hjælpe tilknyttede borgere med at finde rundt i deres aftaler/etablere kontakt med relevante aktører i social- og sundhedsvæsenet samt civilsamfundet.
- Lokalitet: Arbejder både i lægehuset og i borgernes hjem.
- Møder: Hele teamet mødes mindst et par gange om ugen for at drøfte de patienter, de arbejder med. Endvidere vurderes med afsæt i risikolister og journalgennemgang, hvilke andre patienter der har brug for indsatsen.

5.4.3 Implementeringsfasen

I juli 2015 blev det første CC-team etableret – målrettet de mest komplekse borgere, der hyppigt indlægges på hospital. Erfaringerne fra det første team er brugt til at justere model og arbejdsgange, hvorefter der er oprettet yderligere to teams. Erfaringen med CC-teamene er, at opbakning fra hospitalets lægelige ledelse har været afgørende for en vellykket introduktion af teamet, ligesom et tæt fagligt samarbejde med EPC-teamene i almen praksis og et eksplicit fokus på overlevering til den kommunale hjemmepleje er vigtigt.

EPC-teamet blev udrullet gradvist, således at fem særligt motiverede lægepraksisser indvilligede i at afprøve den nye samarbejdsform i starten af 2016. I den forbindelse var de motiverende faktorer, at de enkelte lægehuse (der i England primært er finansieret via faste bevillinger) fik tilført ekstra personaleressourcer og gratis kompetenceudvikling, samt lægernes udsigt til at kunne blive aflastet.

Den indledende erfaring var, at introduktionen af health coaches, teammøder og nye behandlingsplaner krævede en væsentlig investering af tid. Oplevelsen var til gengæld også, at investeringen hurtigt blev tjent ind, fordi det lykkedes at aflaste lægerne for en stor del af de akutte henvendelser og telefonopkald, der tidligere kom fra de tilknyttede patienter. Dette frigjorde tid til de mere komplekse kliniske konsultationer, ligesom lægerne fik bedre mulighed for at arbejde med planlagte konsultationer. Læger og praksismanagere fra de første praksisser (og den formand, som lægerne havde valgt til projektets styregruppe) spredte derfor deres gode oplevelser til kollegerne. Resultatet var en stor efterspørgsel på EPC-teamet, der – til projektledelsens store overraskelse – endte med at være fuldt udrullet til alle lægehuse ca. 9 måneder efter start.

5.4.4 Evaluering og resultater

Den foreløbige evaluering konkluderer, at de involverede fagpersoner oplever de nye CC- og EPC-teams som kilde til styrket samarbejde og mere helhedsorienteret og inddragende patientbehandling (NHS South, Central and West Commissioning Support Unit 2018). CC-teamene forbindes særligt med en mere entydig ansvarsfordeling, som reducerer den organisatoriske kompleksitet i de forløb, de tager ansvar for. De nye health coaches og det tværfaglige samarbejde i EPC-teamet fremhæves særligt som en kilde til aflastning og bedre udnyttelse af de lægelige ressourcer.

På patientniveau har der været fokus på individuelle forbedringer af patienternes helbred (fx overvægt og HbA1C) samt indsamlede Patient Activation Measure data (PAM), som scorer patientens

selvvurderede helbred og evne til at håndtere sygdom og hverdag²⁵. PAM-scoren opgøres på en skala fra 1-4, hvor 1 er dårligst og 4 bedst. Med det afsæt har der været særligt fokus på støtte til gruppen af patienter, som i udgangspunktet havde en PAM-score på 1. De væsentligste resultater for disse patienter knytter sig til, at:

- andelen af patienter med et HbA1C-niveau svarende til prædiabetes blev reduceret med ca. 20 %
- andelen af patienter med en PAM-score på 1 faldt fra 41 % ved baseline til 26 % ved afslutning af projektperioden.

Grundet indsatsens trinvis udrulning og omfang har det ikke været muligt at måle/isolere effekterne af de nye samarbejdsmodeller præcist. De økonomiske effekter er derfor vurderet på populationsniveau, hvor de væsentligste resultater ved afslutningen af projektperioden knytter sig til, at:

- antallet af akutte indlæggelser er faldet med 7,5 %, samt at antallet af indlæggelsesdage relateret til akutte indlæggelser er faldet med 15,2 %. Dette resultat skal ses i sammenhæng med, at antallet af akutte indlæggelser i nærliggende kommuner, som ikke indgår i NCMP, er steget med 4,5 %
- antallet af ventedage for færdigbehandlede patienter er faldet med 48,9 %
- den samlede omkostning til NCMP var på £ 2,7 mio. i 2017, mens de estimerede besparelser i hospitalsregi har været på £ 3,94 mio., hvilket giver en beregnet cost-benefit-ratio på 1,45.

Det fremgår af interview, at det med afsæt i ovenstående resultater bl.a. har været muligt at lukke en medicinsk sengeafdeling og allokere ekstra ressourcer til sub-akutte ambulante tider. Indsatsens fremtid er endnu ikke afklaret, og resultaterne af den fuldt udbyggede slutevaluering afventes stadig. Hvis slutevalueringen bekræfter de foreløbige resultater, forventes det, jf. de gennemførte interview, at indsatsen videreføres og finansieres med afsæt i de eksisterende driftsbevillinger.

5.5 Opsamling

De beskrevne principper og erfaringer fra NCMP illustrerer, hvordan udvikling af nye samarbejdsmodeller kan organiseres lokalt, samtidig med at der arbejdes med afsæt i en række af de principper og anbefalinger, der er omtalt i de foregående kapitler. Med afsæt i eksisterende viden – og læringen fra de deltagende vanguards – er der udarbejdet en overordnet implementeringsmodel, som beskriver de væsentligste faser, principper og trin i udviklingsarbejdet. En væsentlig pointe er, at modellen opleves genkendelig og anvendelig af de interviewede nøglepersoner fra The South Symphony Vanguard.

Den gennemgåede case indeholder også en række eksempler på elementer, der i særlig grad har understøttet udviklingsarbejdet. Det drejer sig fx om:

- Arbejdet med at udvikle gode og smidige relationer som afsæt for udviklingsarbejdet.
- Det eksplicite fokus på at styrke indsatsen i primær sektor, herunder at der har været villighed til at give primær sektor flertal i indsatsens beslutningsfora og beslutningen om at give almen praksis formandsskabet for arbejdet.
- At dialogen med almen praksis har taget udgangspunkt i et ønske om at aflaste praktiserende læger og hjælpe deres patienter med en opgave, som lægerne havde svært ved at løfte. Denne

²⁵ PAM er et valideret PRO-redskab udviklet til at understøtte handlekompetencer og udvikling af egenomsorgsevne for patienter med kroniske sygdom. Se eventuelt <https://www.england.nhs.uk/ourwork/patient-participation/self-care/patient-activation/pa-faqs/>.

tilgang beskrives som en afgørende faktor for succes sammenlignet med tidligere forsøg på samarbejde, der i højere grad har haft som afsæt, at praktiserende læger skulle udføre nye opgaver for at hjælpe de andre aktører.

- At der arbejdes populationsbaseret, samt at stratificering og patientdata anvendes som afsæt for en differentieret indsats.
- Den praktiske anvendelse af stratificering og omkostningsdata som afsæt for prioritering af indsatser såvel som konkret dialog og udviklingsarbejde med involverede aktører. Dette illustrerer både, hvordan gode data kan kvalificere valget af indsatser og motivere fagpersoner til at engagere sig i forandring.
- Det eksplicite fokus på patientinvolvering og anvendelse af systematiske patientdata som afsæt for en individuelt tilpasset indsats, hvor borgernes sociale situation, motivation og kompetencer til at håndtere sygdom såvel som sociale forhold er i fokus.
- At de etablerede løsninger giver en tydeligere ansvarsfordeling, som reducerer den organisatoriske kompleksitet i samarbejdet om patienternes forløb.

6 Forløbskoordination og Assertive Community Treatment

Formålet med dette kapitel er at illustrere de muligheder og afvejninger, der er vigtige at have for øje i arbejdet med forløbskoordination målrettet individuelle patienter med særligt komplekse udfordringer og forløb.

Først introduceres udvalgte erfaringer og opmærksomhedspunkter omkring ledelse og organisering af forløbskoordination for borgere med komplekse problemstillinger. Herefter beskrives en case – Assertive Community Treatment (ACT-teams), som er en veldokumenteret samarbejdsmodel målrettet borgere med sammensatte og komplekse behov og tværgående forløb. Erfaringer med og anvisninger til arbejdet med ACT-teams beskrives, fordi de illustrerer, hvordan en specialiseret funktion kan bidrage til at reducere antallet af relationer i de involverede patienters forløb og derved reducere den organisatoriske kompleksitet i det tværgående samarbejde.

6.1 Forløbskoordinatorer og forløbskoordination

I litteraturen om sammenhængende patientforløb arbejder forløbskoordinatoren med de mest komplekse patientforløb, hvor der er brug for en ekstra koordinerende indsats for at understøtte et sammenhængende forløb. Med dette afsæt er der de sidste 10-15 år introduceret et relativt stort antal koordinerende funktioner og forløbskoordinatorer i det danske sundheds- og socialvæsen. Samtidig er der – bl.a. på social²⁶-, sundheds-, og arbejdsmarkedsområdet – introduceret konkrete modeller med tilhørende redskaber for, hvordan forskellige typer af koordinerende funktioner organiseres og understøttes i praksis (Rambøll 2018, Rambøll 2015b, Sundhedsstyrelsen 2011).

6.1.1 Specialiseret vs. helhedsorienteret forløbskoordination

Litteraturen på området er særdeles omfattende og indeholder stor variation hvad angår forskellige koordinatorfunktioners organisering, mål, arbejdsmetoder og opnåede resultater, samt i hvilken grad de er tænkt ind som elementer i en overordnet samarbejdsmodel. En grundlæggende parameter knytter sig imidlertid til, hvor specialiseret henholdsvis helhedsorienteret de enkelte funktioner arbejder (Sundhedsstyrelsen 2011, Sandberg Buch 2012, Guarino 2011).

Specialiserede forløbskoordinerende funktioner

Det er mest almindeligt, at forløbskoordinatorer er **specialiserede** funktioner, der arbejder med afsæt i en enkelt diagnose eller en afgrænset del af et forløb eller planlægning og visitation af ydelser i relation til et bestemt sektorområde. Eksempler på sådanne funktioner er udskrivningskoordinatorer, demenskoordinatorer eller koordinatorer for komplekse rehabiliterings- og behandlingsforløb – som det kendes fra kræft- og hjerterehabilitering. Denne type af funktioner arbejder alt overvejende med afsæt i formelle retningslinjer/samarbejdsaftaler. Vidensdeling og koordinering sker oftest i en stafetmodel, hvor koordinatoren har ansvar for at skabe sammenhæng i et afgrænset forløb og ansvar for at indsamle og videregive relevant viden om dette forløb fra og til relevante samarbejdspartnere. Sådanne koordinatorer karakteriseres ved, at de typisk har:

- Råderet over – eller mulighed for at indstille til – konkrete ydelser og ansvar for at følge op på indgåede aftaler i et konkret og afgrænset forløb

²⁶ <https://socialstyrelsen.dk/tvaerqaende-omrader/sagsbehandling/den-koordinerende-sagsbehandler/koordinator-pa-voksen-området>

- Pligt til at videregive relevante oplysninger i en stafetmodel – eventuelt suppleret med ekstra dialog i tilfælde af komplicerede eller afvigende forløb
- Relativt specifikt fokus på en specifik sundhedsrelateret eller social problemstilling eller overleveringssituation.

En styrke ved målrettede koordinatorfunktioner er, at de inden for den givne ramme kan skabe individuelle forløb, hvor borgeren oplever en relativt stor grad af personkontinuitet. Fokuserede funktioner er særligt gode til at holde sammen på et intensivt eller specialiseret forløb, hvor der fx indgår mange ydelser, som skal leveres i en bestemt række følge. Den målrettede funktion løser imidlertid ikke udfordringen omkring helheden i patientens situation og forløb, hvilket kan give vanskeligheder med logistik og kommunikation, når flere afgrænsede forløb skal sættes sammen eller køre parallelt (Schrijvers & Somme 2017, Sandberg Buch 2012).

Helhedsorienterede forløbskoordinerende funktioner målrettet komplekse forløb

En mindre andel af de forløbskoordinerende funktioner har et **helhedsorienteret sigte** og er typisk målrettet resourcesvage og udsatte borgere eller borgere i komplekse og langvarige forløb. Denne type af funktioner er typisk forankret i enkeltpersoner eller et team, som gennem et stærkt netværk og personlige relationer søger at understøtte borgerens/patientens overgange mellem funktioner og sektorer. Typisk for denne type funktioner er, at regler og retningslinjer spiller en beskedent rolle i praksis i forhold til en individuel vurdering af borgerens/patientens konkrete behov (Sundhedsstyrelsen 2011).

De typiske målsætninger for helhedsorienteret koordination handler om at etablere en entydig indgang for borgere, der har svært ved at overskue deres forløb, samt til at støtte borgeren med afsæt i den enkeltes ressourcer, ønsker og behov. Eksempler på sådanne funktioner er hjerneskade- og kræftkoordinatorer, koordinerende sagsbehandlere på handicap- og psykiatriområdet eller forløbspartnere som dem, der er introduceret i 'Sammen om min vej'.

Sådanne koordinatorer fungerer ofte som en ekstra tovholdere og støtte for patienten og dennes pårørende, og de karakteriseres ved, at de:

- i høj grad arbejder på borgerens præmisser og forsøger at vejlede, rådgive og støtte i forhold til de forskelligartede problemstillinger, der opstår i et langvarigt og komplekst forløb
- sjældent har råderet over de ydelser, der er på spil i patientens forløb
- er let tilgængelige, således at patienter og fagpersoner kan få rådgivning på ad hoc-basis.

De koordinatorer, der arbejder på tværs af borgerens forløb, deler mange træk med coaches, som motiverer, støtter, viser vej, informerer, hjælper med at tage kontakt til relevante aktører, når borgeren ikke selv magter det, eller fungerer som bisidder og arrangør af rundbordssamtaler ved særligt komplekse problemstillinger. En af styrkerne ved denne type af koordinatorer er, at de via dialog og professionel rådgivning kan hjælpe borgeren – og nogle gange andre professionelle – med at finde rundt i et komplekst forløb. Derved kan de have afgørende betydning for, om borgeren og dennes pårørende i sidste ende klarer at komme godt igennem et kompliceret eller livstruende sygdoms- og efterforløb.

En potentiel udfordring ved de helhedsorienterede koordinatorer er til gengæld, at de er ressourcekrævende og typisk har et lavt case-load, fordi det tager tid at danne sig overblik og være i dialog med professionelle og borgere med komplekse behov. Der er også en risiko for, at tværgående koordinatorer 'arver' borgerens problem og bliver fanget i et krydspres mellem borgerens ønsker om et kontinuert og fleksibelt forløb over for de lovgivningsmæssige og faglige rammer for indsatsen (Schrijvers & Somme 2017). Som det også er illustreret i de interne evalueringer af 'Sammen om

min vej', ligger der et væsentligt læringspotentiale i at få beskrevet de udfordringer og muligheder for udvikling, som tværgående koordinatore vil identificere, til relevante ledelseslag.

6.1.2 Forløbskoordination vs. forløbsledelse

Forløbskoordinatorer kan således understøtte et vedvarende fokus på sammenhæng i borgerforløbet med afsæt i faktiske forløb, således at fokus på forløbskoordination går hånd i hånd med et fokus på udvikling af den organisering og ledelse, der i et bredere perspektiv kan understøtte sammenhængende patientforløb. Som tidligere nævnt fremstår politisk og ledelsesmæssig forankring som en afgørende forudsætning for at opnå gode resultater af tværgående samarbejdsmodeller (Amelung, Chase & Reichert 2017). Den ledelsesmæssige forankring handler bl.a. om at placere ansvar og beslutningskompetence på de rette niveauer i samarbejdet, fordi løsningen af forskellige typer problemer kræver forskellig organisatorisk placering, forskellige arbejdsmetoder, redskaber, faglige kompetencer og ikke mindst ledelsesmæssige beføjelser.

Tværgående ledelsesopbakning er også vigtig, fordi det langt fra er alle sammenhængsproblemer, der bunder i mangel på beskrevne arbejdsdelinger og koordination (Seemann 2010, Holm-Petersen & Sandberg Buch 2014). Opgave- og domænekonflikter, dårligt samarbejds-klima, oplevelse af manglende ressourcer, forskellige faglige indgangsvinkler m.m. er alle eksempler på udfordringer, som kan blive aktuelle, når der arbejdes med tværgående sammenhæng. Derfor er det afgørende, at der etableres en ledelse omkring en tværgående funktion, som tilsammen har mandat til at aftale rammerne for de ønskede forandringer såvel som ressourcer og vilje til at understøtte disse i praksis.

Risikoen ved ikke at skelne klart imellem, hvilke problemstillinger der skal løses hvor, er, at der ansættes medarbejdere med tværgående ansvarsområder, som de mangler beslutningskompetence, ressourcer eller redskaber til at løse. De utilsigtede konsekvenser af en sådan ubalance kan være mange i form af:

- At det kan være udfordrende for de ansatte koordinatore såvel som samarbejdsparter, hvis der er uklarhed omkring opgave- og ansvarsfordeling
- Øget kompleksitet og ressourceanvendelse, når den nye funktion skal koordinere indsatsen med de koordinatore, der er omkring borgeren i forvejen
- Risiko for at opgaven med at skabe sammenhæng ses som den koordinerende funktions ansvar, hvorfor eksisterende aktører trækker sig fra samarbejdet
- At den nye funktion ender som en 'skraldespand' for de borgere og problemer, som andre enheder og aktører har svært ved at rumme.

Med afsæt i ovenstående pointer vender vi i de næste afsnit blikket mod Assertive Community Treatment, som er et eksempel på en specifik samarbejdsmodel målrettet borgere med psykisk sygdom og komplekse tværgående problemstillinger.

6.2 Assertive Community Treatment (ACT-teams)

ACT-teams er internationalt den mest udbredte og veldokumenterede model, der er benyttet som udgangspunkt for at etablere tværfaglige opsøgende teams for borgere med svær psykisk sygdom. Udviklingen af modellen startede i USA i 1970'erne for at understøtte ønsket om, at mennesker med svær psykisk sygdom kunne leve et liv uden for psykiatriske institutioner. Siden er der gennemført en lang række afprøvninger, som har fokuseret på at videreudvikle de oprindelige modeller og dokumentere resultater og virkninger (Mueser et al. 1998).

Den overordnede linje i de gennemførte studier er, jf. (Akershus Universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbrug og psykisk lidelse 2014), at ACT sammenlignet med standard behandling reducerer hyppigheden og længden af indlæggelser signifikant, medvirker til bedre boligforhold og beskæftigelse, højere patienttilfredshed samt færre omkostninger (medicinsk teknologivurdering med det afsæt, er der i Danmark og Norge er gennemført en række nationalt forankrede ACT-inspirerede afprøvninger, som gennemgås i de følgende afsnit. Målgruppen har typisk været borgere med svær psykisk sygdom og et stort forbrug af specialiserede ydelser i psykiatrien (døgnophold), men de seneste år er der også eksperimenteret med at udvide målgrupperne fx til dobbeltdiagnose (Deloitte & Socialstyrelsen 2015, Amilon et al. 2017), hjemløse og særlige beskæftigelsesindsatser (Rambøll 2018) og unge (Rambøll 2015b).

Der er også enkelte nyere studier (Burns 2010), som i relation til forebyggelse af indlæggelser og omkostninger ikke finder samme entydigt positive resultater. Som mulige forklaringer peges på en kombination af: a) udvidede målgrupper, b) udbredelsen af modellen fra amerikansk til europæisk kontekst, c) varierende efterlevelse af den model og de principper, der er evidens for, d) små og komplekse målgrupper, som gør det svært at lave valide effektmålinger og e) en generel bevægelse i retning af en mere ambulant, opsøgende og udgående psykiatri.

Med dette afsæt sættes der spørgsmålstegn ved, om effekterne af opsøgende teams er nævneværdigt større end mindre omkostningstunge indsatser, der i stigende grad har formålet at introducere kerne elementer fra ACT-modellen i den ordinære indsats. Forfatterens primære anbefaling er derfor, at den ordinære indsats fremadrettet sætter øget fokus på systematisk anvendelse af principper, redskaber og metoder fra ACT.

6.2.1 ACT-afprøvninger i en skandinavisk kontekst

Litteratursøgningen identificerede fire skandinaviske ACT-afprøvninger, som er evalueret i et systematisk setup. Det drejer sig om tre danske og et norsk projekt, som tilsammen repræsenterer 19 ACT-inspirerede teams, der har haft tilknyttet 824 borgere. De fire afprøvninger beskrives nedenfor i forhold til a) fokus og målgrupper, b) rekruttering og fastholdelse af borgere, c) indsatsens kernelementer og d) teamets kerneydelser.

6.2.2 Fokus og målgrupper

Som det fremgår i af Bilag 3, kan fokus for afprøvningsne af opsøgende teams i Skandinavien inddeles i tre overordnede grupper, der relaterer sig til variationerne i inklusionskriterierne i de forskellige projekter:

Model 1 – Akutmodellen: Fokus på høje udgifter i form af indlæggelser, dobbeltdiagnoser, og høj kompleksitet

Model 2 – Dobeltdiagnosemodellen: Fokus på dobbeltdiagnoser

Model 3 – Beskæftigelsesmodellen: Fokus på dobbeltdiagnoser og beskæftigelse

Modellerne har alle fokus på borgere med svær psykisk sygdom og behov for kontinuerlig og koordineret indsats, og på at inkludere borgere med dobbeltdiagnoseproblematik. Der er dog også forskelle mellem modellerne. De to yderpunkter er model 1 og 3. Model 1, som vi kalder Akutmodellen, har haft en målgruppe, der fokuserede på de borgere, der er dårligst, har mange indlæggelser og ikke umiddelbart kan rummes i de ordinære indsatser – et fokus, der måske har haft betydning for, at hovedparten af de borgere, der er inkluderet i model 1, er førtidspensionister. Omvendt har model 3, som vi kalder Beskæftigelsesmodellen, fokuseret på komplekse, men noget yngre borgere med et beskæftigelsespotentiale, som typisk er på kontanthjælp eller i et ressourceforløb.

6.2.3 Rekruttering, fastholdelse og frafald

Afprøvningsne viser, at det kan være vanskeligt at rekruttere og fastholde målgruppen af borgere til teamene.

Rekruttering af borgere har først og fremmest foregået via de tværfaglige teams' personlige indsats, men der er også et projekt, som har inkluderet med afsæt i registerdata. Den første og mest udbredte metode har været, at medarbejderne i det tværfaglige team – via kontakten til deres kollegaer (i ofte forskellige sektorer) – sikrede, at de rette borgere blev rekrutteret til indsatsen. Denne metode kræver, at medarbejderne uden for teamet ikke kun er klædt på til fx at spotte en dobbeltdiagnoseproblematik, men også er bekendt med – og henviser deres borgere til – de opsøgende teams. En udfordring har her vist sig at være, at medarbejdere uden for teamet ofte har fokus på enten borgernes misbrugsproblematik *eller* deres psykiske lidelse og dermed ikke altid har blik for fx dobbeltdiagnoseproblematikken, jf. fx (Deloitte & Socialstyrelsen 2015). Afsættet i registerdata, som blev afprøvet på Lolland i 2002-2004, viste sig dog også utilstrækkelig som illustreret nedenfor:

Eksempel på digital drevet rekrutteringsstrategi

På Falster har man fra 2002-2004 etableret, hvad man refererer til som opsøgende psykoseteams. I projektet ønskede man at rekruttere borgerne på baggrund af registerdata. Projektet benyttede sig mere specifikt af Psykiatrisk Centralregister for at udvælge borgere med særligt svære diagnoser (fx skizofreni, paranoid psykose, skizo-afektiv psykose eller bipolær affektiv sindslidelse), og som samtidig havde mindst 4 indlæggelser, mindst 50 indlæggelsesdage inden for det første 2 år og/eller bidiagnose inden for misbrug. Et kriterie var også, at de ikke måtte bo på plejehjem eller i bolig med døgnstøtte. Da udtrækket ikke gav nok borgere (man ønskede en målgruppe på ca. 60 personer), valgte man i anden udtrækningsrunde at reducere kravet om indlæggelser fra 50 til 40 indlæggelsesdage. Teamets leder (en pædagog) og læge gennemgik udtrækket samt borgernes lægejournaler for at finde borgere, der kunne indgå i teamet. Grundet en fortsat mangel på borgere valgte man imidlertid i tredje udtrækningsrunde at inkludere borgere, der af kommunale samarbejdspartnere blev indstillet som særligt komplekse (Hastrup 2005).

Afprøvningsne af de opsøgende teams viser også, at der har været fastholdelsesproblemer i forbindelse med opstartsfasen og det efterfølgende forløb. I forbindelse med opstart af borgere har det været en udfordring, fordi de fleste borgerne har en grundlæggende mistillid til systemet. Det betyder, at borgerne typisk er tilbageholdende i forhold til at afgive suverænitet, ligesom de reagerer negativt på at bliver målt og evalueret. To forhold fremhæves i den forbindelse som potentielle kilder til frafald under opstarten:

- Krav om samtykkeerklæringer (for at teammedlemmerne kan udveksle viden, om borgerne er samtykke nødvendige).
- Krav om at borgerne skulle indvilge at besvare spørgeskemaer og blive fulgt op på i evalueringssøjemed.

Erfaringerne med afprøvningsne af de opsøgende teams viser desuden, at op til halvdelen af de inkluderede borgere falder fra undervejs i forløbet på grund af faktorer som a), motivationsproblemer (fx manglende ønske til at blive opsøgt af teamet), b) fraflytning/skift i boligsituation, c) velplaceret i eller afsluttet til andre indsatser og d) dødsfald. Tillid og en kontinuerlig relation til teamet fremhæves som de vigtigste faktorer til fastholdelse, men det fremgår også, at der qua borgernes situation altid vil være et stort frafald, samt at det er nødvendigt at være large over for fx manglende fremmøde.

6.2.4 Kerneelementer i organiseringen af de opsøgende teams

Når det kommer til organisering, deler afprøvningsne en række kerneelementer, som uddybes nedenfor.

Tværfaglig og helhedsorienteret

Et kerneelement i de ACT-inspirerede modeller er, at indsatserne alle er tværfaglige og helhedsorienterede. Et opsøgende team består typisk af 8-12 medarbejdere, der har forskellig faglighed og erfaring fra forskellige sektorer. I alle projekter er der således lagt vægt på at sammensætte teams, som favner den palet af fagligheder, der bliver anset som nødvendig for at imødekomme borgerens komplekse og tværgående problematikker. Typisk har teamene bestået af en teamleder (der arbejder fuldtid), en kernebemanding (der lægger hovedparten af deres tid i teamet) og en række specialistfunktioner (der har en løsere tilknytning til teamet). Den konkrete fagspecifikke sammensætning afspejler forskelle i projekternes kontekst (fx kommunale forskelle) og den primære målgruppe og model, som er valgt i de forskellige projekter:

- I *akutmodellen* er enten en pædagog, sygeplejerske eller læge leder af teamet. I det danske eksempel (fra Falster) udgjorde kernebemandingen pædagoger, en sygeplejerske, en social- og sundhedsmedarbejder, en læge, en koordinator samt to ergoterapeuter (tanken var desuden at tilknytte en psykiater til teamet, men de har vist sig vanskelige at rekruttere). I de norske eksempler på modellen er teamlederen typisk en efteruddannet sygeplejerske, mens kernemedarbejderne er læger, sygeplejersker, psykologer og psykiatere. I Norge har specialistfunktioner i teamet desuden været misbrugskonsulenter, borgerinddragelsesspecialister og jobcenterkonsulenter.
- I *dobbeltdiagnosemodellen* består teamene primært af repræsentanter fra regionspsykiatrien (psykiatere, sygeplejersker og psykiatere), socialpsykiatrien (bostøtter og botilbudsmedarbejdere – typisk socialpædagoger) og repræsentanter fra rusmiddelteamet, ligesom repræsentanter fra jobcenteret og retspsykiatrien i nogle tilfælde har været inddraget.
- I *beskæftigelsesmodellen* er det en socialfaglig medarbejder, der leder teamet, og kernebemanding er socialfaglige medarbejdere, bostøttemedarbejdere og en sygeplejerske. En sagsbehandler fra jobcenteret, misbrugskonsulent og i mindre grad psykolog og psykiater er ligeledes tilknyttet teamene.

Tendensen er således, at akut- og dobbeltdiagnosemodellen i højere grad er bemanded af sundhedsfagligt personale, mens beskæftigelsesmodellen overvejende er bemanded af socialfaglige medarbejdere. Der er dog også lighedspunkter mellem bemanningen i modellerne. Der ses således på tværs af modellerne en tendens til, at kernebemandingen inkluderer både sundheds- og socialfaglige medarbejdere.

En interessant erfaring i forlængelse heraf er, at målet om at arbejde helhedsorienteret med borgernes problemer kræver et bredt tværfagligt team. For eksempel efterspørges beskæftigelseskonsulenter (eller medarbejdere med kendskab til beskæftigelseslovgivningen) i de ikke-beskæftigelsesorienterede modeller. Ligeledes er erfaringen (fra to af projekterne), at man har manglet psykiatere og psykologer i teamet, eller at man har efterspurgt, at de havde mere tid i teamet. Det skyldes, at der både har været problemer i forhold til at rekruttere psykologer og psykiatere (særligt på Falster), og samtidig begrænset mulighed for at kunne frikøbe disse medarbejdere.

Afprøvningsne viser ligeledes, at medarbejdernes ansættelses- og sektortilhørsforhold varierer. Teammedarbejderne er i varierende omfang enten ansat i deltidsstillinger (helt ned til 7 timer om ugen) eller i fuldtidsstillinger (Rambøll 2018). Det fremhæves, at fordelene ved deltidsstillingerne er,

at medarbejderne typisk bevarer en kontakt til de medarbejdere og sektorer, som teamet fx skal samarbejde med i forhold til rekruttering. Ulempen er til gengæld, at deltidsmedarbejderne i mindre grad kan arbejde intensivt i teamet og fx har en oplevelse af, at al deres tid bliver brugt på mødeaktivitet.

Stabilitet og kontinuitet

De opsøgende teams er typisk organiseret ud fra et ønske om stabilitet og kontinuitet. Dette understøttes typisk ved, at teamet har ansvaret for så mange ydelser og borgerens behandling som muligt, samt at alle teammedlemmer kender borgeren. Dette mindsker antallet af relationer, som borgeren skal forholde sig til sammenlignet med fx en forløbskoordinator, der koordinerer borgerens forløb i de eksisterende indsatser (hvor borgerne typisk møder mange forskellige medarbejdere, har ventetid m.m.). Det anbefales derfor også, at teamet bør være stort nok (ca. 10 medarbejdere) til at repræsentere de relevante fagligheder, men lille nok til, at borgeren netop kan få et kendskab til alle. Stabiliteten sikres ydermere af, at borgeren typisk får 1-2 stabile *kontaktpersoner* i teamet. Det er ikke altid tydeligt i beskrivelserne af afprøvningerne, hvad kriterierne for, hvem der udpeges som kontaktpersoner er. VIVEs interview med eksperter inden for området viser dog, at dette typisk er de medarbejdere, der har indsigt i borgerens "største" problem. Evalueringerne af afprøvningerne viser, at borgerne typisk er rigtig glade for at have en kontaktperson i teamet, fordi det giver stor tryghed for borgerne at have kontinuerlig menneskelig kontakt med denne person. Endnu et element, der skaber stabilitet i indsatsen, er, at der typisk *ikke er en slutdato* på indsatserne for de opsøgende teams. Dette skyldes erkendelsen af, at de borgere, der er omfattet af målgruppen, ofte kræver meget langvarige forløb.

Intensiv indsats

Alle de afprøvede indsatser har et lavt case-load pr. medarbejder, hvilket afspejler en generel anbefaling om, at der maksimalt skal være 10 borgere pr. medarbejder i teamet. Det lave case-load skal sikre, at de opsøgende teams kan levere en *intensiv indsats* med hyppige kontakter til borgeren og ideelt set daglige teammøder. Idealet for ACT-inspirerede modeller er desuden, at de er *døgnbemandede* og *kriseorienterede*. Dette gør teamene tilgængelige – ikke kun fordi borgerne i princippet kan komme i kontakt med én person fra teamet uanset tidspunktet af døgnet, men også fordi teamene er klar til at handle i krisesituationer. I et projekt (se (Deloitte & Socialstyrelsen 2015) har man med dette afsæt haft succes med at lave kriseplaner sammen med borgerne. Planen beskriver de typiske tegn på, at en krise er på vej, og hvad borger og team hver især – og sammen – skal gøre i disse situationer. Et andet eksempel på denne tilgang er beskrevet nedenfor.

Eksempel på succes med hotline-telefon på Falster

Erfaringerne fra det opsøgende psykoseteam på Falster viste, at borgerne fremhævede adgangen til en hotline-telefon som et vigtigt element i indsatsen. Her kan borgerne i princippet få kontakt med personalet døgnet rundt. Det positive syn på telefonen skyldes, at borgerne oplever, at det ofte er om natten, de får det dårligst. De fremhæver således bl.a. selv i interview, at hotline-telefonen har forebygget indlæggelser. Det har været de seks vagtbærende medarbejdere i det opsøgende psykoseteam, der har skiftedes til at have telefonvagten (som standby vagt derhjemme) og dække vagten fra kl. 16 til 08 næste dag på hverdage samt i weekender (Hastrup 2005).

Opsøgende indsats

Et centralt element i de afprøvede ACT-inspirerede modeller er, at teamet har mulighed for at være opsøgende over for tilknyttede borgere, dels fordi målgruppen ofte har svært ved længere transport

og overholdelse af aftaler, dels fordi meget hjælp handler om borgrens hverdag og skal gives i trygge rammer. Meget af indsatsen foregår således i hjemmet eller lokalsamfundet snarere end på hospital eller klinikker. Desuden kommer den opsøgende adfærd til udtryk i, at medarbejderne aktivt skal forsøge at få kontakt med borgerne, hvis de fx ikke overholder en aftale eller lignende, samt at forløbet ikke automatisk afsluttes på grund af udeblivelser.

Individ-orienteret indsats:

Et gennemgående træk ved de opsøgende teams er, at borgerens individuelle *motivation, ønsker og behov* sættes i centrum for teamets arbejde. Det er således en central del af ACT-modellen, at der arbejdes recovery-orienteret i de ACT-afprøvede modeller, og at det, at der er blevet sat fokus på borgerens egen motivation, ikke må forskydes til et krav om bestemte mål eller en bestemt udvikling blandt borgerne som illustreret i nedenstående case²⁷:

Motivation vs. krav: En særlig udfordring i beskæftigelsesmodellen

Satspuljeprojektet "Afprøvning af ACT-metoden for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug" er blevet afprøvet i Skanderborg og Københavns Kommuner i perioden 2014-2017. Modellen er kategoriseret som en beskæftigelsesrettet model i denne rapport, fordi afprøvningen af ACT-metoden bl.a. skal støtte målgruppen i forhold til at få fodfæste på arbejdsmarkedet eller gennemføre en uddannelse. Indsatsen har derfor også været forankret i beskæftigelseslovgivningen eller tilknyttet beskæftigelsesområdet, som arbejder med denne lovgivning. Evalueringen af projektet finder, at der har været en udfordring i at integrere fokuset i ACT-modellen på borgerens motivation og samtidig have et beskæftigelsesfokus. For eksempel peger projektlederne ifølge evalueringen på, "... at krav om faste kationer for mødepligt for borgerne og krav til aktivitetsniveau og udvikling, som gælder for beskæftigelsesområdet, har udfordret implementeringen af recovery-fokuset i indsatsen, hvor det er borgerens ønsker og behov, der er omdrejningspunktet for indsatsen". Omvendt peger evalueringen dog på, at evaluators vurdering er, at projektkommunerne har været 100 % loyale over for fokus på, at recovery ikke må forskydes på bekostning af fx beskæftigelsesmål. Evalueringen finder således, at:

- ACT-medarbejdere ikke stiller krav om misbrugs- eller psykiatrisk behandling, for at borgerne kan modtage indsatsen
- ACT-indsatsen i høj grad implementeres på en måde, hvor den bygger på skadesreduktionsprincippet
- ACT-indsatsen i høj grad implementeres, således at borgerne har ret til at vælge og ændre støtens indhold, uden at det har konsekvenser for deres fortsatte støtte fra ACT-teamet
- ACT-medarbejderne i høj grad arbejder vedholdende med at genetablere eller fastholde kontakten med borgerne, hvis de i en periode har været uden kontakt med borgerne.

Ydermere peger evalueringen på, at "forankringen i LAB-lovgivningen skaber nogle positive synergiefekter, idet ACT-medarbejdere fra jobcenteret trækker deres viden og erfaringer om borgermålgruppen ind i jobcentrene, hvilket har skabt en større forståelse af målgruppen og ACT-indsatsen i jobcentrene".

De faser, som de fleste afprøvninger arbejder med, er illustreret nedenfor med afsæt en dansk afprøvning:

²⁷ Case udarbejdet med afsæt i: (Rambøll 2018).

Figur 6.1 Borgerens ideelle forløb i et ACT-team



Kilde: (Deloitte & Socialstyrelsen 2015).

Som afspejlet i figuren sker planlægning af forløb med afsæt i en cirkulær tilgang, hvor der i udgangspunktet ikke arbejdes med afslutning af forløb. I tråd med den individ-orienterede indsats arbejdes der også på tværs af de opsøgende teams med en fleksibel tilgang, der muliggør løbende justering af indsatsen, når det er nødvendigt af hensyn til borgerens situation.

6.2.5 Teamets borgerrettede kerneydelser

Hvor kerneelementerne i de ACT-inspirerede modeller ofte er velbeskrevne i erfaringsopsamlingerne, er de ydelser, som teamene tilbyder til borgerne, mindre velbeskrevne, hvilket formentlig afspejler den individuelle og fleksible tilgang. Det fremgår samtidig, at teamets ydelser ofte spænder meget bredt som følge af ansvaret for dem. Som beskrevet er det typisk teamet selv, der står for den omsorg og behandling, som borgerens situation kræver. Det betyder, at teamet kan udføre et bredt spektrum af følgende ydelser, bl.a.:

- Hjemme- og sygepleje
- Medicinvejledning
- Genoptræning
- Misbrugsrådgivning
- Boligrådgivning
- Beseftigelses- og uddannelsesvejledning
- Familierådgivning
- Økonomirådgivning.

6.2.6 Teamets centrale værktøjer

Afprøvningerne af de ACT-inspirerede modeller tegner et billede af, at teamene benytter sig af en lang række værktøjer i arbejdet med borgeren, samt at kompetenceudvikling indgår som et centralt element i udviklingsarbejdet. De typiske værktøjer, der benyttes i ACT-inspirerede teams, er listet nedenfor:

Centrale værktøjer for gruppen

- Samtykkeerklæring
- Motivationstrappe
- Voksenudredningsmetoden (VUM)
- (Tværgående) handleplaner
- Kriseplan
- Opfølgningsskema
- Akuttelefon

Se fx håndbogen "Model for integreret indsats for brugere med sindslidelser og misbrug" (Rambøll 2015a) for velbeskrevne værktøjer.

Erfaringerne viser, at værktøjerne spiller en vigtig rolle i forhold til at sikre, at der arbejdes med et fælles mål og fælles praksis i teamene på trods af de mange fagligheder og specialområder, der er samlet i teamet. Værktøjerne alene sikrer dog ikke, at der rent faktisk bliver arbejdet med et fælles mål i teamet, for hvis værktøjerne skal resultere i fælles mål, kræver det, at medarbejderne har – eller får – et indgående kendskab til metoderne og benytter værktøjerne til rent faktisk at skabe et integreret frem for et fragmenteret billede af borgerens situation. Derudover viser erfaringer fra en del projekter²⁸, at det kan skabe frustration, hvis oplevelsen i teamet bliver, at værktøjerne er dobbeltarbejde, fx hvis borgeren allerede har en eller flere handleplaner, der ender med at konkurrere med de planer, som lægges i projektet. Etablering af it-løsninger, der understøtter, at relevante parter har let adgang til indsatsens handleplaner og kontaktpersoner, udpeges derfor som en vigtig brik til at understøtte det ønskede samarbejde.

6.2.7 Organisering, ledelse og ressourcer

De gennemgåede evalueringer peger samlet set på, at en vellykket implementering af ACT-inspirede teams understøttes af:

- En daglig leder eller tovholder, der arbejder fuldtid i teamene – og ikke kun sørger for det administrative i forhold til teamet, men også har ressourcer og kompetencer til:
 - At udvikle en fælles teamkultur, og at den røde tråd i forhold til at leve op til elementerne i ACT-modellen fastholdes. Sidstnævnte indebærer, at teamlederen er fagligt stærk i forhold til psykiatri og de metoder, der ønskes benyttet i teamet.
 - At udvikle rammer for koordination på tværs af forskellige sektorer, fx en daglig koordination mellem enhederne i kommune og region.
- At der er relevante ledere med beslutningskompetence og kompetence til at allokere ressourcer til en særlig indsats (på tværs af sektorer) tilknyttet teamene, fx i en styregruppe, som også er i løbende kontakt med den daglige leder.
- At en form for visitorfunktion kan afgøre, om borgeren er i målgruppen for indsatsen eller skal allokere til en anden indsats.
- At medarbejderne i det opsøgende team kommer i et "praksis-orienteret" kompetenceforløb forud for etablering af teamet.

²⁸ Såvel som aktuelle erfaringer med de koordinerende indsatsplaner for patienter med dobbeltdiagnose (Sandberg Buch & Petersen 2017).

- At der fokuseres på, hvordan det er muligt at sikre et godt samarbejde mellem regionale og kommunale medarbejdere og medarbejdere inden for kommunalt regi, der sidder på forskellige områder – fx ved at medarbejderne besøger hinandens ressortområder.

6.2.8 Resultater og omkostninger

De danske og norske afprøvninger dokumenterer generelt signifikante forbedringer på parametre relateret til borgernes livssituation, funktionsevne og behandlingsparathed²⁹. Flertallet af deltagerne ser også indsatsen som en forbedring sammenlignet med eksisterende behandling, ligesom mange forbinder indsatsen med øget livskvalitet og psykisk trivsel.

Det er kun den norske afprøvning (som også er den største og mest systematiske), der dokumenterer et signifikant mindsket forbrug af indlæggelser samt forbedringer relateret til beskæftigelse og boligsituation for de inkluderede borgere. De danske afprøvninger er udfordret af, at antallet af deltagere er lille, samt at det – grundet deltagernes karakteristika – er vanskeligt at etablere valide kontrolgrupper til brug for effektmåling. Det fremgår også, at tidshorizonten for opfølgning er kort, hvormed der kan være langsigtede effekter af indsatserne, som det ikke har været muligt at dokumentere.

6.3 Opsamling

Forløbskoordination målrettet patienter og borgere med særlige behov fremstår som et centralt element i litteraturen om sammenhængende patient- og borgerforløb. Litteraturen på området er omfattende og indeholder stor variation hvad angår forskellige koordinatorfunktioners organisering, mål, arbejdsmetoder og opnåede resultater, samt i hvilken grad de er tænkt ind som et element i en overordnet samarbejdsmodel.

Valget af model og organisering af en given funktion afhænger bl.a. af kontekst, målgruppe, samt hvor helhedsorienteret eller specialiseret og funktionen skal arbejde. Der er endvidere to grundlæggende forhold, som er centrale i forbindelse med beslutning om at etablere forløbskoordinerende funktioner.

Det første forhold knytter sig til, hvor specialiseret henholdsvis helhedsorienteret de enkelte funktioner arbejder. Funktionerne har hver deres styrker og svagheder, og der er mulighed for at kombinere elementer fra begge typer. En væsentlig pointe er dog, at jo bredere et forløb der ønskes fokus på, jo større er behovet for en overordnet ledelsesmæssig forankring af arbejdet. Det andet forhold knytter sig derfor til behovet for at skelne mellem forløbskoordination og forløbsledelse for at mindske de krydspres, der let opstår, når koordinatorfunktioner på driftsniveau skal arbejde på tværs af organisationer, lovgivning og fagsiloer.

De nordiske ACT-afprøvninger viser i tråd med den internationale litteratur generelt positive resultater relateret til de deltagende borgeres perspektiver på indsatserne. Særligt positive resultater ses i relation til behandlingsparathed, livssituation og oplevelse af en sammenhængende og inddragende indsats. Resultater relateret til omkostninger, forebyggelse af indlæggelser, boligsituation og beskæftigelse er til gengæld mere uklare. Det er således kun den største og mest systematiske (norske) afprøvning, der er i stand til at dokumentere positive effekter på disse parametre. Systematik og prioritering med afsæt i, om der er nok borgere i en given målgruppe, fremstår således centralt i eventuelle overvejelser om samarbejdsmodeller af denne type.

²⁹ De væsentligste konklusioner af afprøvningerne er sammenfattet i bilag 4.

De gennemgåede erfaringer illustrerer samtidig en række centrale elementer og anbefalinger til arbejdet med at udvikle lokale samarbejdsmodeller målrettet komplekse og tværgående forløb. Vigtigheden af en tværgående ledelsesforankring, ressourcer til at udvikle teamets kompetencer og tværfaglighed, et eksplicit fokus på borgerinvolvering, en recovery-orienteret indsats, der foregår i borgerens nærmiljø, og muligheden for udarbejde en fælles handleplan fremstår særligt vigtige.

Det fremstår også som en pointe, at ACT i udgangspunktet er en relativt intensiv og behandlende indsats, der overtager en stor del af det ansvar, der normalt er delt ud på forskellige aktører for derved at kunne rumme borgerens kompleksitet. Der er således tale om en funktion, som mindsker antallet af involverede fagpersoner i de tilknyttede patienters forløb. Da de tilknyttede patienter typisk er så komplekse og involverer så mange aktører, er der også tale om en funktion, der har potentialet til at aflaste eksisterende aktører og mindske den organisatoriske kompleksitet. Derved er der i mindre grad tale om en bredt orienteret forløbspartner, men i højere grad en specialiseret funktion, som matcher litteraturens generelle anbefalinger om et specifikt setup, afgrænset målgruppe og særlige kompetencer.

ACT udgør således et eksempel på en konkret samarbejdsmodel med tilhørende anbefalinger, der kan danne afsæt for en særlig indsats for udvalgte grupper af patienter. Modellen indeholder dog også en række elementer, der mere generelt kan anvendes som afsæt for udvikling af lokale samarbejdsmodeller. Det gælder fx i forhold til at:

- have en bred og gerne digitalt understøttet rekrutteringsstrategi, der understøtter systematisk opsporing og inklusion af et tilstrækkeligt antal relevante borgere
- arbejde med afsæt i en teambaseret og tværfaglig indsats som metode til at reducere antallet af fagpersoner, handleplaner m.m., som er involveret i den komplekse borgers forløb
- give fleksibilitet og kompetencer til reelt at inddrage og sætte borgeren i centrum for en målrettet indsats
- arbejde med afsæt i tværgående ledelsesstrukturer og tværgående ansættelser, der kan fungere som brobyggere for samarbejdsfladerne mellem teamet og andre centrale aktører i borgernes forløb.

7 Konklusioner og anbefalinger

Vidensområdet omkring Integrated Care og implementering af modeller, der understøtter sammenhæng i tværgående patientforløb, er stort og heterogent. Forskelligheden bunder bl.a. i, at fundamentet for et velfungerende samarbejde om sådanne forløb består af mange forskellige elementer relateret til alt fra it, finansiering, lovgivning, ledelse, faglige kompetencer, gode og smidige relationer og tilstedeværelse af ildsjæle m.m. Samspillet og betydningen af disse elementer, når samarbejdet lykkes, er vanskeligere at dokumentere og formidle sammenlignet med de meget veldokumenterede barrierer og krydspres, der præger samarbejdet omkring tværgående forløb.

Ovennævnte forhold vanskeliggør en systematisk vidensopbygning forstået som tilstedeværelsen af modeller og anvisninger til de handlinger, der systematisk realiserer ønskede resultater på tværs af kontekster. Forventningerne til de resultater, der kan realiseres via nye organiseringsformer, patientinddragelse og løsninger målrettet særligt komplekse patientforløb, modsvares derfor i relativt lille grad af eksempler på velbeskrevne modeller, der giver robuste resultater på tværs af kontekster. Det triple-aim-perspektiv, som har præget strategierne på området de seneste år, er særligt udfordret i forhold til forventningen om mere effektiv ressourceudnyttelse. Tendensen i den gennemgåede litteratur er oftest øget ressourceanvendelse, mens der i varierende grad opnås positive resultater relateret til patientoplevede og kliniske resultater.

I litteraturen beskrives en tendens til, at arbejdet med modeller for sammenhængende patientforløb over tid har bevæget sig fra top-down og system-orienterede projekter til mere fokuserede og populationsspecifikke lokale indsatser. Det forskudte fokus matcher erfaringer og anbefalinger til udvikling positivt på to måder. For det første er denne type indsatser i højere grad end overordnede og bredtfavnende projekter i stand til at dokumentere positive resultater. For det andet fremstår etablering af modeller for integreret samarbejde som en kontekstafhængig opgave, hvor mange andre elementer end valget af en given model eller koncept skaber fundamentet for gode resultater.

Viden omkring lokale strukturer, processer og kerneelementer, der uagtet kontekst kan understøtte udvikling af et integreret samarbejde, er derfor et vigtigt fokusområde i den gennemgåede litteratur. Konklusioner og anbefalinger til arbejdet med fem 'kerneelementer', der står centralt i den afsøgte litteratur og/eller de fremadrettede forventninger til 'Sammenhængende patientforløb', uddybes nedenfor. Herefter følger en perspektivering, der forholder resultater og anbefalinger til den lokale kontekst for 'Sammenhængende patientforløb'.

7.1 Gode og smidige relationer på ledelses- og medarbejderniveau

Erfaringer fra de indsatser, der lykkes, peger især på opbakning fra politikere, ledelse og involvering af ildsjæle som elementer, der understøtter et velfungerende samarbejde. Medarbejdere og lederes 'kapacitet til relationel koordinering' og kompetencer til tværgående ledelse fremstår i dette perspektiv som et afgørende fundament for arbejdet med at definere relevante problemer og løsninger. Gode (professionelle) relationer og et tværgående fokus i samarbejdet udgør i dette perspektiv fundamentet for at kunne agere fleksibelt og have en problemløsende dialog om de problemstillinger, der uvægerligt opstår i samarbejdet omkring tværgående og komplekse borgerforløb.

I denne optik er det vigtigt, at udviklingsarbejdet såvel som de løsninger, der vælges, understøtter positive spiraler af fælles viden, mål og gensidig respekt som afsæt for samarbejdet om de komplekse patienter – såvel som samarbejdet generelt. Investering i 'brobyggere' på ledelses- og medarbejderniveau med særlig vilje, kompetencer og ansvar for at skabe sammenhæng i tværgående

forløb, er et centralt element i en sådan strategi. Et vedvarende fokus på at udvikle en samarbejdskultur, hvor relevante medarbejdere og ledere har mulighed for – og interesse i – at tage et bredere ansvar for det forløb, de er en del af, udgør en anden overordnet anbefaling. Konkrete anbefalinger til et lokalt udviklingsarbejde som det, der planlægges i regi af 'Sammenhængende patientforløb', er derfor at:

- Forankre samarbejdet i en bred kreds af aktører og beslutningskompetencer, der arbejder med et langsigtet og strategisk perspektiv på udvikling, samt at arbejdet overordnet er forankret i strategier og metoder til at styrke relationel koordinering og tværsektoriel ledelse.
- Etablere lokale tværgående ledelsesgrupper med ansvar for at operationalisere og forankre nye initiativer på tværs af involverede organisationer, enheder og fagpersoner.
- Der er opmærksomhed på at identificere ledere og medarbejdere, der har ageret som brobyggere i tidligere samarbejder, samt at der investeres i at udvikle kompetencer og muligheder for brobygning.

Iboende udfordringer i arbejdet med relationel koordinering er bl.a., at det er tidskrævende og mindre entydigt end arbejdet internt i organisationer og traditionelle faghierarkier. Derved glider arbejdet let i baggrunden til fordel for hensynet til egen organisation og drift, ligesom der kan opstå frustrationer i mødet mellem faggrupper og sektorer. Balancen mellem åben dialog og udvikling af relationer skal derfor afvejes med behovet for at arbejde hen imod et konkret og relevant udgangspunkt for arbejdet.

7.2 Et konkret, relevant og realistisk afsæt for arbejdet

En del projekter målrettet tværgående samarbejde strander på for store forventninger til, hvilke resultater der kan opnås på for kort tid. En særskilt udfordring er i den forbindelse, hvis der arbejdes med afsæt i en løsning (fx i form af et koncept eller en færdigbeskrevet ny samarbejdsmodel), der leder efter et problem frem for med afsæt i reelle problemer, der skal findes løsninger til.

En vigtig anbefaling til lokalt udviklingsarbejde handler derfor om at finde et afsæt, som på én gang er relevant for patienter og fagpersoner og afstemt med de muligheder (fx tid, ressourcer, ledelsesforankring) og begrænsninger (fx i form af lovgivning, it, finansiering), der sjældent er mulighed for at ændre lokalt.

En anden vigtig anbefaling handler om, at det i dag er muligt at anvende patient- og omkostningsdata til at forstå og segmentere patientpopulationen. Disse data kan anvendes til at kvalificere dialog og udviklingsarbejde med involverede aktører samt til at kvalificere de indsatser, der skal arbejdes med over for forskellige patientgrupper. Indsatser baseret på gode data har endvidere den styrke, at de kan understøtte fagpersoners motivation til at engagere sig i forandring.

Der findes en del implementeringsmodeller (hvoraf to er gennemgået i kapitel 5-6) med anvisninger på de typiske faser og elementer, der understøtter vellykket udvikling og implementering³⁰. De vigtigste anbefalinger til etablering, som er introduceret i de foregående kapitler, knytter sig til at:

- Forankre arbejdet på ledelses- og beslutningstagerniveau.
- Arbejdet med særlige indsatser for udvalgte patienter indgår i en ramme, hvor der også er fokus på vilkårene for det generelle samarbejde såvel som de samlede behov, der er i en given patientpopulation.

³⁰ Det skal understreges, at succesfuld udvikling og implementering ikke i sig selv garanterer de ønskede resultater eller omkostningseffektive løsninger.

- Skabe viden om målgrupper, kontekst og problemer, herunder at der er ressourcer og tålmodighed til at investere i en bred og involverende dialog med relevante aktører og patienter fra starten.
- Afprøvninger tager afsæt i afgrænsede patientgrupper med klart definerede behov, samt at konkrete løsninger er opmærksomme på samspillet mellem henholdsvis klinisk, social og organisatorisk kompleksitet.
- Indsamle og oversætte eksisterende viden og løsninger for identificerede patienter og problemer til den lokale kontekst.
- Der er villighed til at investere i udvikling af løsninger målrettet de valgte patienters behov, uden (på den korte bane) at tænke i økonomi og budgetter.
- Anvende data og indsamle viden via små afprøvninger³¹, der kan kvalificere antagelser om problemer og løsninger.
- Sikre mulighed for justering af indsats og antagelser i takt med, at der indsamles erfaringer og læring.
- Investere i kompetenceudvikling og systematisk evaluering, når arbejdet er så langt, at implementering kan sættes i gang.

7.3 Indsatser målrettet de mest komplekse og omkostningstunge forløb

Med afsæt i de muligheder, der følger af ny teknologi og 'big data', er der stigende interesse for at anvende algoritmer til at identificere og sætte proaktivt ind over for 'risiko'-patienter, inden de bliver komplekse og omkostningstunge. Det må dog konkluderes, at der er tale om et område i en tidlig udviklingsfase, hvor der mangler meget viden. Det gælder for det første viden om, hvilke data og faktorer der præcist kan forudsige de fremadrettede behov for sundheds- og socialydelser; for det andet mangler der viden om, hvordan data kobles præcist til individuelle og relevante patienter, samt hvilke interventioner der formår at hjælpe risikopatienter proaktivt på en måde, som indfrier de opstillede mål.

Løsninger målrettet 'high-cost-users', som har dokumenteret effekt, knytter sig primært til selekterede grupper af patienter med særlige behov og forløb, der i udgangspunktet er komplekse. Løsningerne i den gennemgåede litteratur repræsenterer i højere grad en øget specialisering end funktioner, der arbejder med at sikre sammenhæng på tværs af samlede forløb og sektorer. Løsningerne er oftest forankret i tværfaglige teams, og de opnåede resultater knytter sig især til øget faglig og patientoplevelt kvalitet samt bedre outcome. Samtidig er der generelt en tendens til øgede omkostninger.

Etablering af specialiserede funktioner er relativt ressourcekrævende, fordi de fordrer tværfaglighed og et højt kompetenceniveau hos de involverede fagpersoner. Af den indsamlede viden fremgår det, at nedenstående spørgsmål kan tjene som en overordnet rettesnor for overvejelserne omkring udvælgelse af patientgrupper og vurdering af, om der skal oprettes nye løsninger:

- Er der nok af de rigtige patienter til, at funktionen kan arbejde effektivt?
- Er der realistiske muligheder for at identificere og inkludere de ønskede patienter i den valgte løsning?
- Er patientgruppen ensartet nok til, at et team kan adressere deres behov?
- I hvilket omfang skyldes kompleksiteten kliniske, organisatoriske eller sociale udfordringer?

³¹ For eksempel som beskrevet i IHIs forbedringsmodel (Langley et al. 2009).

- I hvor høj grad er teamet i stand til arbejde effektivt inden for den eksisterende organisering, og hvilke ændringer er påkrævet?

Listen med overvejelser illustrerer, at der er mange faktorer, som bør være opfyldt, samt at specialiserede funktioner er en løsning, der skal bruges varsomt. En væsentlig parameter handler således om, hvorvidt en ny funktion er i stand til at skabe en mere entydig ansvarsfordeling for de tilknyttede patienter og øvrige fagpersoner, som opvejer den øgede organisatoriske kompleksitet, der følger af øget specialisering.

Der findes i dag en række velbeskrevne og relativt veldokumenterede indsatser og samarbejdsmodeller målrettet patienter med komplekse og tværgående forløb, som viser lovende resultater. Flere af disse (fx Feedback Informed Treatment, ACT-teams, den koordinerende sagsbehandler og Aktiv Patientstøtte) er de seneste år afprøvet og søgt introduceret i Norden og Danmark. Disse indsatser kan i sig selv udgøre afsættet for nye indsatser, hvis det vurderes, at løsningen matcher den lokale kontekst. Det er også muligt, at lokale modeller kan drage fordel af de skandinaviske erfaringer, fx som kilde til at:

- Lade sig inspirere af kerneelementerne i den teamorienterede indsats
- Lade sig inspirere af andre modeltyper og målgrupper
- Lade sig inspirere af anbefalingerne til ledelsesstrukturer og organisering.

7.4 Anvendelse af patientrapporterede data

I de seneste år er der internationalt foretaget omfattende investeringer i at indsamle og anvende patientrapporterede data som afsæt for beslutningsstøtte, dialog og vurdering af kvalitet og resultater. En overordnet forventning er, at denne tilgang kan understøtte involvering, kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Inden for diagnosespecifik og specialiseret behandling i sundhedsvæsenet findes også en række eksempler på PRO-indsatser, der viser lovende resultater.

Der er til gengæld ikke identificeret eksempler på validerede PRO-redskaber og indsatser målrettet mod tværgående og komplekse patientforløb eller patienter med komplekse sociale og sundhedsmæssige behov. Inden for socialområdet findes til gengæld alternative redskaber (fx FIT) målrettet sådanne patienter. Sammenlignet med det typiske PRO-redskab udmærker FIT sig ved at være relativt enkelt, og at det indgår som del af et koncept, der sætter en overordnet ramme for samspillet mellem borger og behandler.

En vigtig pointe for både PRO og FIT er, at det i sidste ende er kulturen og medarbejdernes tilgang til mødet med borgeren, der understøtter implementering og ønskede resultater. Ledelsesmæssig opmærksomhed, tid til kompetenceudvikling og løbende sparring er således vigtige understøttende elementer for at lykkes med implementering af sådanne tilgange. Endvidere vil det være relevant at gøre klart, om formålet med implementering af FIT/PRO er:

- Patientinvolvering og mulighed for at følge op på de enkelte patienter og udbyttet for den gruppe af patienter, der er målgruppe for indsatsen.
- Beslutningsstøtte, styring og monitorering af kvalitet i et større perspektiv – som er det ideale endemål for PRO. Dette kræver et langsigtet og strategisk fokus samt koordinering og samarbejde med fx det danske PRO-sekretariat.

Mulige overvejelser for fremadrettet anvendelse af patientrapporterede data bør derfor inkludere stillingtagen til:

- Hvorvidt ressourceanvendelsen står mål med omkostninger til implementering og dataindsamling, samt i hvilket omfang anvendelse af de indsamlede data understøttes af kompetencer og et generelt fokus på patientinvolvering.
- Om det giver mening at anvende FIT eller lignende validerede redskaber som afsæt for arbejdet, hvis der arbejdes med afsæt i patienter med komplekse og sammensatte problemstillinger.

7.5 Fælles fysiske rammer som afsæt for styrket samarbejde

Der er ikke fundet litteratur, som vurderer omkostningseffektiviteten af fælles fysiske rammer eller giver klare anvisninger på, hvornår disse er en effektiv løsning. Den gennemgåede litteratur viser til gengæld, at fælles fysiske rammer kan indgå som en del af nye løsninger, der øger sammenhæng og tilgængelighed for udvalgte patientgrupper. Hvorvidt fysiske rammer udgør en relevant del af en given samarbejdsmodel, afhænger bl.a. af om det er muligt at samle et meningsfuldt opgavefællesskab omkring relevante patienter samt tilstedeværelsen af klare mål og ledelsesfokus, der understøtter det ønskede samarbejde. Konkrete forhold, der kan anvendes som afsæt for at vurdere relevansen af fælles fysiske rammer, knytter sig fx til:

Økonomi, eksisterende rammer og moderne kommunikationsteknologi

- Det er dyrt at bygge nyt (Psykiatriens Hus i Silkeborg kostede fx ca. 200 mio. kr.)
- Hvilke eksisterende bygningsfællesskaber findes der, samt hvilke muligheder der findes for at anvende eksisterende bygningsmasse anderledes
- Hvilke muligheder der er for at anvende moderne kommunikationsteknologi til at kompensere for fysiske afstande.

Hvilke patienter og problemstillinger, der arbejdes med, herunder

- i hvor høj grad der er fokus på sårbare patienter, som har svært ved at transportere sig og overholde aftaler, hvorfor der er behov for en fleksibel og opsøgende indsats
- hvor afgrænset og intensiv en indsats der er tale om. Jo mere kompleks og intensiv, jo mere taler for fysisk integration – og omvendt jo bredere og sporadiske forløb der er tale om, jo mindre taler for en fælles fysisk ramme.

Involverede aktørers ønsker om at udvikle organisation, ledelse og faglige indsatser, herunder om

- der fagligt og organisatorisk er opbakning til samling og udvikling af en given indsats
- det er realistisk at rekruttere og fastholde de nødvendige fagpersoner (særligt relevant i forhold til speciallæger og psykiatri)
- eksisterende eller nye tværfaglige teams/funktioner har brug for noget, der samler dem i et fagligt fællesskab og et fagligt miljø.

7.6 Afsættet for 'Sammenhængende patientforløb'

Vidensindsamlingen viser, at der er en række faldgruber forbundet med ønsket om at gå nye veje i det lokale samarbejde om tværgående patientforløb. Det fremgår dog også, at der er en række positive sammenfald mellem litteraturens anbefalinger og den organisering samt de erfaringer, principper og processer, der er planlagt som udgangspunkt for det videre arbejde med 'Sammenhængende patientforløb'.

Arbejdet med 'Sammenhængende patientforløb' er forankret i en lokal organisering, som muliggør et systematisk arbejde med relationel koordinering. I første omgang mellem relevante ledere og nøglepersoner og på sigt blandt den bredere kreds af fagpersoner og ledere, der kommer til at indgå i afprøvning og implementering af 'Sammenhængende patientforløb'. De konkrete elementer, som understøtter dette, knytter sig til, at:

- Der i regi af Broen til Bedre Sundhed er samlet en bred kreds af aktører og beslutningskompetencer, som arbejder med et langsigtet og strategisk perspektiv på udvikling
- De lokale samordningsforum for psykiatri og somatik har indledt et tæt samarbejde for at kunne understøtte udviklingen i retning af mere sammenhængende forløb
- Der er gode erfaringer, relationer og medarbejdere, der har ageret som brobyggere i tidligere samarbejder omkring fx fremskudt visitation og indsatsen i 'Sammen om min vej'
- Der i foråret 2018 er igangsat et ekspertunderstøttet udviklingsforløb for involverede ledere og nøglepersoner, som tager afsæt i anbefalinger omkring relationel koordinering og tværsektoriel ledelse.

Det fremstår ligeledes positivt, at parterne i samarbejdet har gode erfaringer med at følge strategier for udvikling og forandring, som matcher anbefalinger fra den gennemgåede litteratur, og som det vil være oplagt at genbruge fremadrettet (jf. fx implementeringsmodellen i afsnit 5.3). De regionale omkostningsanalyser i afsnit 3.7 og de analysemuligheder, der er udviklet og anvendt i forbindelse med 'Sammen om min vej', giver endvidere et godt afsæt for at anvende patientdata til at kvalificere valget af målgrupper og for at skabe motivation og opbakning til arbejdet med disse målgrupper (som det fx er gjort i The South Symphony Vanguard, se afsnit 5.4).

Et vigtigt opmærksomhedspunkt for det fremadrettede arbejde knytter sig til, at indsatsen for 'Sammenhængende patientforløb' befinder sig i en opstartsfasen, hvor det er besluttet at udvikle en endnu ikke konkretiseret samarbejdsmodel målrettet tværgående patientforløb. I de foreløbige beskrivelser af indsatsen og de forventede resultater indgår også en række overordnede koncepter relateret til fx PRO-data, stratificering, proaktive indsatser for 'high-cost-users' og forventet opnåelse af triple-aim-resultater. Som tidligere gennemgået kræver det en væsentlig investering at oversætte, konkretisere og implementere hver enkelt af sådanne koncepter til en ny lokal praksis. Endvidere skal det understreges, at der ikke er fundet eksempler på validerede løsninger, der tager afsæt i de nævnte koncepter, og samtidig er målrettet tværgående forløb eller patienter med komplekse og sammensatte problemstillinger.

Italesættelsen og forventningerne til 'Sammenhængende patientforløb' indebærer således en risiko for at bringe for mange, for ikke-konkrete og ressourcekrævende udviklingsopgaver i spil, hvis ikke det lykkes at etablere et konkret og afgrænset afsæt for udviklingsarbejdet. Det vil derfor være vigtigt at holde fast i den besluttede strategi for trinvis udvikling og afprøvning.

Litteratur

- Akershus Universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse 2014, *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF, U.st.
- Albertsen, K. & Wiegman, I. 2014, "Relationel Koordinering – om tværfagligt samarbejde og kommunikation", *Karnov HR Guide*, pp. 1-5.
- Amelung, V.E., Chase, D. & Reichert, A. 2017, "Leadership in Integrated Care" in *Handbook Integrated Care*, eds. V.E. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter, Springer, Cham, pp. 221-236.
- Amilon, A., Fels Birkelund, J., Bojesen, A.B., Kirkedal Nielsen, I. & Stamp Møller, M. 2017, *Evaluering af "Afprøving af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Antunes, V. & Moreira, J.P. 2011, "Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review", *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, vol. 4, no. 2, pp. 129-135.
- Bates, D.W., Saria, S., Lucila Ohno-Machado, Shah, A. & Escobar, G. 2014, "Big Data in Health Care: Using Analytics To Identify and Manage High-Risk and High-Cost Patients", *Health Affairs*, vol. 33, no. 7, pp. 1123-1131.
- Bengtsson, S. & Grønborg Knudsen, S. 2013, *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse. Evaluering af seks forsøg*, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M.H. & Bastholm, S. 2018, *Socialt udsatte borgeres forbrug af velfærdssystemet. Samfundsøkonomiske aspekter*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Berwick, D.M., Nolan, T. & Whittington, J. 2008, "The Triple Aim: Care, Health, And Cost", *Health Affairs*, vol. 27, no. 3, pp. 759-769.
- Billings, J. & Mijanovich, T. 2007, "Improving The Management Of Care For High-Cost Medicaid Patients", *Health Affairs*, vol. 26, no. 6, pp. 1643-1655.
- Broen til Bedre Sundhed 2018, *Sammen om min vej - Slutevaluering, april 2018*, Region Sjælland, Sorø.
- Burns, T. 2010, "The rise and fall of assertive community treatment?", *International Review of Psychiatry*, vol. 22, no. 2, pp. 130-137.
- Christensen, I.E. & Sandberg Buch, M. 2015, *Nakskov Sundhedscenter og Kalundborg Sundheds- og Akuthus samt Lægecenter. En kvalitativ erfaringsopsamling over status og perspektiver for udvikling og samarbejde*, KORA, København.
- Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C. & Wagner, E. 2009, "Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium", *Health Affairs*, vol. 28, no. 1, pp. 75-85.

- Deloitte & Socialstyrelsen 2015, *Model for en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Evalueringsrapport*, Socialstyrelsen, Odense.
- Duncan, E.A. & Murray, J. 2012, "The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review", *BMC Health Services Research*, vol. 12, no. 96, pp. 1-9.
- Ekmann, A., Lydixen, T., Helnæs, A.K. & Hendriksen, C. 2015, *Tværasektoriel Udredningsenhed (TUE). Et samarbejdsprojekt mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune & Bispebjerg og Frederiksberg Hospital*, Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Center for Sundhed, København.
- Elling Scheele, C. & Vrangbæk, K. 2016, "Co-location as a Driver for Cross-Sectoral Collaboration with General Practitioners as Coordinators: The Case of a Danish Municipal Health Centre", *International Journal of Integrated Care*, vol. 16, no. 4, pp. 1-11.
- Ferrer, L. 2015, *Engaging patients, carers and communities in the provision of coordinated/integrated health services: Strategies and tools*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Fisher, M.P. & Elnitsky, C. 2012, "Health and social services integration: a review of concepts and models", *Social Work in Public Health*, vol. 27, no. 5, pp. 441-468.
- Ginsburg, S. 2008, "Colocating Health Services: A Way to Improve Coordination of Children's Health Care? ", *Issue Brief(The Commonwealth Fund)*, vol. 41, no. 1, pp. 11.
- Gittel, J.H. 2009, *High Performance Health Care: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*, McCraw-Hill, New York.
- Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J. & Ham, C. 2011, *A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together*, The King's Fund & The Nuffield Trust, London.
- Goodwin, N., Stein, V. & Amelung, V. 2017, "What Is Integrated Care?" in *Handbook Integrated Care*, eds. V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter, Springer, Cham, pp. 3-24.
- Guarino, K. 2011, *Step by Step: A Comprehensive Approach to Case Management*, National Center on Family Homelessness, Maryland.
- Hansen, H., Christensen, C.P. & Termansen, T. 2016, *Evaluering af feedback informed treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*, SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.
- Hastrup, L.H. 2005, *Opsøgende psykoseteam: Evaluering af effekten af behandling og støtte med opsøgende psykoseteam i forhold til brugeren. Delrapport 1*, Psykiatrien i Storstrøms Amt. Uddannelses-, Udviklings- og Forskningsafdelingen, Vordingborg.
- Hawe, P., Shiell, A. & Riley, T. 2004, "Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be?", *BMJ*, vol. 328, pp. 1561-1563.

- Heath, B., Wise Romero, P. & Reynolds, K.A. 2013, *Review And Proposed Standard Framework For Levels of Integrated Healthcare*, SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions, Washington D.C.
- Højgaard, B. & Kjellberg, J. 2017, *Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen*, KORA, København.
- Holm-Petersen, C. & Sandberg Buch, M. 2014, *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*, KORA, København.
- Holm-Petersen, C., Sandberg Buch, M. & Jørgensen, O. 2014, *Ledelse over grænser - Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*, Væksthus for Ledelse, København.
- Hong, C.S., Siegel, A.L. & Ferris, T.G. 2014, "Caring for High-Need, High-Cost Patients: What Makes for a Successful Care Management Program?", *The Commonwealth Fund Issue Brief*, vol. 19, pp. 1-19.
- Københavns Kommune 2016, *FIT håndbog -En guide til implementering af FIT i SOF*, Københavns Kommune SOF, København.
- Kodner, D. 2009, "All Together Now - A conceptual Exploration of Integrated Care", *Healthcare Quarterly*, vol. 13, no. Special issue, pp. 6-15.
- Langley, G.L., Moen, R., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Norman, C.L. & Provost, L. 2009, *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 2nd edition edn, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Lawn, S., Lloyd, A., King, A., Sweer, L. & Lyn, G. 2014, "Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together", *BMC Research Notes*, vol. 7, no. 66.
- Leutz, W. 1999, "Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom", *The Milbank Quarterly*, vol. 77, no. 1, pp. 77-110.
- Memon, A.R. & Kinder, T. 2016, "Co-location as a catalyst for service innovation: a study of Scottish health and social care", *Public Management Review*, vol. 19, no. 4, pp. 381-405.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. & Resnick, S.G. 1998, "Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management", *Schizophrenia Bulletin*, vol. 24, no. 1, pp. 37-74.
- Naylor, C., Taggart, H. & Charles, A. 2017, *Mental health and new model of care. Lessons from the vanguards*, The Kings's Fund & Royal College of Psychiatrists, London.
- Nergårdh, A. & Benner Forsberg, G. 2014, *Aktiv hälsostyrning - vårdcoacher 2013. Rapport*, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholm.
- NHS 2017, *Next Steps on the Five Year Forward View*, NHS, London.
- NHS 2016, *Integrated primary and acute care systems (PACS) - Describing the care model and the business model*, NHS, London.
- NHS 2014, *Five Year Forward View*, NHS, London.

- NHS South, Central and West Commissioning Support Unit 2018, *South Sommerset Symphony Vanguard Evaluation*, NHS, London.
- Nicholson, C., Jackson, C. & Marley, J. 2013, "A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review", *BMC Health Services Research*, vol. 13, no. 528, pp. 540.
- Nolte, E. 2017a, "Disease Management" in *Handbook Integrated Care*, eds. V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter, Springer, Cham, pp. 73-96.
- Nolte, E. 2017b, "Evidence Supporting Integrated Care" in *Handbook Integrated Care*, eds. V.E. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter, Springer, Cham, pp. 25-38.
- Nolte, E. & Pitchforth, E. 2014, *What is the evidence on the economic impacts of Integrated care?* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Nørgaard, B. & Vestergaard, S. 2014, *Integrated Care litteraturgennemgang - Arbejdsrapport*. Syddansk Universitet, Odense.
- Nuño-Solinís, R., Toro, N., Vazquez, P. & Hernandez-Quevedo, C. 2013, "Integrated Care. The Basque Experience", *International Journal of Healthcare Management*, vol. 6, no. 4, pp. 211-216.
- Øvretveit, J. 2011, *Does clinical coordination improve quality and save money? Summary volume 1*, The Health Foundation, London.
- Øvretveit, J. & Brommels, M. 2011, *Review of research into comprehensive integrated care systems*, The Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Pines, J., Selevan, J., McStay, F., George, M. & McClellan, M. 2015, *Kaiser Permanente - California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured*, The Brookings Institution, Washington DC.
- Powers, W.B. & Chaguturu, K.S. 2018, "ACOs and High-Cost-Patients", *The New England Journal of Medicine*, vol. 374, no. 3, pp. 203-205.
- Rådgivende Sociologer ApS 2014, *Evaluering af implementering af Forløbsprogram for Demens*, Region Hovedstaden, København.
- Rambøll 2018, *Evaluering af koordinerende sagsbehandler og mentor for ressourceforløb*, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, København.
- Rambøll 2015a, *Model for en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug - Håndbog*, Socialstyrelsen, København.
- Rambøll 2015b, *Unge med psykiske vanskeligheder - overgangen fra barn til voksen. Slutrapport*, Socialstyrelsen, København.
- Raven, M.C., Billings, J.C., Goldfrank, L.R., Manheimer, E.D. & Gourevitch, M.N. 2009, "Medicaid Patients at High Risk for Requent Hospital Admission: Real-Time Identification and Remediable Risks", *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 86, no. 2, pp. 230-241.

- Region Midtjylland & Silkeborg Kommune *Psykiatriens Hus i Silkeborg. Samarbejde giver bedre indsats*, Region Midtjylland; Silkeborg Kommune, Silkeborg.
- Region Sjælland 2017, *Midtvejsevaluering maj 2017 - Projekt Sammen om min vej*, Region Sjælland, Sorø.
- Region Sjælland 2014, *Analyse af forudsætning for øget patientkvalitet og ressourceeffektivitet gennem aktiv patientstøtte i Region Sjælland*, Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation, Sorø.
- Rudin, R.S., Gidengil, C.A., Predmore, Z., Schneider, E.C., Sorace, J. & Hornstein, R. 2017, *Identifying and Coordinating Care for Complex Patients Findings from the Leading Edge of Analytics and Health Information Technology*, RAND Corporation, California.
- Sandberg Buch, M. 2012, *Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet*, DSI, København.
- Sandberg Buch, M. 2008, *Forløbskoordination på kronikerområdet -Hvad skal der til i praksis? Forum for Kvalitet og Udvikling i Sundhedsvæsenet*, København.
- Sandberg Buch, M., Holm-Petersen, C. & Boll Hansen, E. 2013, *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes*, KORA, København.
- Sandberg Buch, M., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C. & Ladekjær, E. 2016, *Evaluering af indsats for forløbskoordination - Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*, KORA, København.
- Sandberg Buch, M. & Petersen, A. 2017, *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner - Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens psykiatri og Københavns Kommune*, KORA, København.
- Sandberg Buch, M., Petersen, A., Bolvig, I. & Kjellberg, J. 2016, *Integrated Care modellen -et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO -Slutevalueringens resultater og konklusioner*, KORA, København.
- Schrijvers, G. & Somme, D. 2017, "Case-Managers and Integrated Care" in *Handbook Integrated Care*, eds. V.E. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter, Springer, Cham, pp. 55-72.
- Seemann, J. 2010, "Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen" in *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*, ed. H. Timm, Professionshøjskolen Metropol, Videncenter for Sammenhængende Forløb, København, pp. 147-161.
- Shaw, S., Rosen, R. & Rumbold, B. 2011, *What is integrated care?* The Nuffield Trust, London.
- Starling, A. 2017, *Some assembly required: implementing new models of care. Lessons from the new care models programme*, The Health Foundation, London.
- Støttrup, K.H., Carreon, C. & Andersen, M.O. 2016, "Patient-reported outcome measures unbiased by loss of follow-up. Single-center study based on DaneSpine", *Eur Spine J.*, vol. 25, no. 1, pp. 282-286.

- Sundheds- og Ældreministeriet 2018, *Puljeopslag: Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse (200 mio. kr. i 2018) - 5. januar 2018*, Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen 2011, *Forløbskoordinering i regioner og kommuner. Indsamling af erfaringer*, Implement Consulting Group, Hørsholm.
- Sundhedsstyrelsen - Enhed for planlægning 2005, *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Tsiachristas, A. & Rutten-van Mölken, M.P.M.H. 2017a, "Economic Evaluation of Integrated Care" in *Handbook Integrated Care*, eds. V.E. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter, Springer, Cham, pp. 315-332.
- Tsiachristas, A. & Rutten-van Mölken, M.P.M.H. 2017b, "Evaluating Complex Interventions" in *Handbook Integrated Care*, eds. V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter, Springer, Cham, pp. 297-314.
- Vinge, S. 2018, *Kompleksitet i den kommunale sygepleje. En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- von Bülow, L. & Blom, A. 2013, *Evaluering af forløbsprogram for voksne patienter med diabetes 2, Med fokus på henvisning til uddannelse og rehabiliteringstilbud*, Center for kvalitet - Region Syddanmark.
- Whittington, J.W., Nolan, K., Lewis, N. & Torres, T. 2015, "Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years", *The Milbank Quarterly*, vol. 93, no. 2, pp. 263-300.
- WHO Regional Office for Europe 2016, *Integrated care models: an overview*, WHO Regional Office for Europe, København.

Bilag 1 Strategi for litteratursøgning

Som supplement til den litteratur, der er identificeret på baggrund af VIVEs eksisterende viden, anbefalinger fra interviewpersoner samt gennemsyn af henholdsvis VIVEs og Socialstyrelsens hjemmesider, blev der januar-februar 2018 søgt efter dansk og international litteratur i Google og Google Scholar. På baggrund af de forventede fokusområder for 'Sammenhængende patientforløb' samt nøglebegreber fra allerede identificerede litteratur er gennemført nedenstående søgninger.

Google dansk

- 'Dobbeltdiagnose' OG 'samarbejdsmodel'
- 'Samarbejdsmodel for forløbskoordination'
- 'Samarbejdsmodel for borgere med komplekse behov'
- 'Sammenhængende indsats for multibrugere af social- og sundhedsvæsenet'
- 'Psykiatriens hus OG evaluering'

Google Scholar

I Google Scholar er søgningerne struktureret omkring nedenstående temaer:

- **Samarbejdsmodeller målrettet populationer/organisationsniveau**
 - 'Whole systems' AND 'integrated care model' OR 'collaborative care'
 - 'Implementing' AND 'models for integrated care' OR 'collaborative care'
 - 'Integrated care models' AND 'review'.
- **Samarbejdsmodeller målrettet individuelle patienter med dobbeltdiagnose/komplekse borgerforløb**
 - 'Case management model' AND 'dual diagnosis' AND 'documented effect'
 - 'Assertive Community Treatment' AND 'systematic review'
 - 'Integrated care models' AND 'review' AND 'mental health'
 - 'Case management model' AND 'systematic effectiveness'.
- **Betydningen af fælles fysiske rammer:**
 - 'Co-location as a driver for integrated care'.
- **Populationsbaseret opsporing og stratificering**
 - 'High-risk care-management program' AND 'documented effect'
 - 'Population health management program' AND 'high-cost patients' AND 'review'
 - 'Integrated care models' AND 'review' AND 'high risk patients'.

For alle søgninger gælder, at de første fem sider med fund er læst igennem for at vurdere de enkelte teksters relevans. For de tekster, der viste sig at være relevante, har vi endvidere set litteraturlisten igennem for at finde nye henvisninger (sniboldmetoden).³²

³² Da Googles algoritmer bl.a. afhænger af, hvor mange citationer en artikel har fået, kan der være tendens til, at søgestrategien favoriserer ældre publikationer til fordel for nyere litteratur, der ikke har haft så lang tid til at opnå impact. Det kan derfor ikke udelukkes, at der findes eksempler på nyere litteratur, der ikke er fundet via søgestrategien. Til gengæld skal det understreges, at der er fundet en række centrale systematiske reviews fra 2017, som er inkluderet i gennemgangen.

Resultater af litteratursøgningen

Resultaterne af de forskellige søgninger er sammenfattet i Bilagstabel 1.1. Søgningerne blev lavet i den rækkefølge, de står i tabellen, og de gengangere, der kunne være relevante under forskellige temaer, blev gradvist sorteret fra, når de allerede forekom under en tidligere søgning. Hovedparten af fundene er peer-reviewed artikler og evalueringer, men relevante oplæg, pjecer og inspirationskataloger er også inkluderet i materialet.

Bilagstabel 1.1 Resultater af litteratursøgningen

Tema	Søgeord	Antal samlede hits	Antal relevante publikationer
Database: Google			
	'Dobbeltdiagnose' OG 'samarbejdsmodel'	2100	18
	'Samarbejdsmodel for forløbskoordination'	1040	13
	'Samarbejdsmodel for borgere med komplekse behov'	13.500	10
	'Sammenhængende indsats for multibrugere af social- og sundhedsvæsenet'	23.900	6
Database: Google Scholar			
Populationsbaseret opsporing og stratificering	'High-risk care-management program' AND 'documented effect'	20.700	8
	'Population health management program' AND 'high-cost patients' AND 'review'	72.600	8
	'Integrated care models' AND 'review' AND 'high risk patients'	1.480.000	8
Samarbejdsmodeller	'Whole systems integrated care model' ELLER 'collaborative care'	3.770.000	14
	'Implementing models for integrated care' ELLER 'collaborative care'	1.560.000	2
	'Integrated care models' AND 'review'	3.790.000	15
Integreret indsats for patienter med dobbeltdiagnose/komplekse borgerforløb	'Case management model' AND 'dual diagnosis' AND 'documented effect'	108.000	8
	'Assertive Community Treatment' AND 'systematic review'	111.000	23
	'Integrated care models' AND 'review' AND 'mental health'	2.510.000	11
Betydningen af fælles fysiske rammer	'Co-location as a driver for integrated care'	12.200	15
	'Psykiatriens hus' OG 'Evaluering' ³³	74.700	4

³³ Her er søgt i Google og ikke Google Scholar.

Bilag 2 Udvalgte danske erfaringer med relationel koordinering

Tabel 7.1 Danske eksempler på indsatser med afsæt i relationel koordinering

Eksempel	Erfaringer og resultater	Mere info:
1. Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen	<p>På Regionshospitalet Randers og i de fire omkringliggende kommuner tog man i 2010 initiativ til at lave en ny samarbejdsmodel. Baggrunden var et reduceret antal sengepladser på Regionshospitalet, som man vurderede krævede et tættere samarbejde mellem Regionshospitalet, almen praksis og kommunerne. For at styrke relationerne på tværs og udvikle løsninger for udvalgte problemstillinger igangsatte man bl.a. følgende initiativer: a) udpegede en tværsektoriel styregruppe, b) etablerede et intranet med en vision for "et sundhedsvæsen uden knaster", c) lavede et kick-off seminar for 130 mellemledere, d) skabte et idékatalog og såkaldte "udviklingslaboratorier", som hver bestod af cirka 10 tværsektorielt sammensatte ledere, der fokuserede på en særlig problemstilling, fx "forebyggelse af uhensigtsmæssig indlæggelse". Resultatet fra projektet viser, at chefer og funktionsledere oplever forbedret tværsektorielt samarbejde, ligesom en række af de interventioner, der er udviklingslaboratorierne, har fungeret som et godt afsæt til innovation.</p>	<p>http://www.sundhedsledere.dk/</p>
2. Psykiatri-samarbejde	<p>Psykiatrisk Center Frederiksberg (Region Hovedstaden) og Frederiksberg har arbejdet systematisk med at opbygge relationerne på tværs af region og kommune. Tre initiativer har været afgørende for projektets succes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablering af gode data at stå på: Konkret opbyggede projektet en solid fælles platform af viden om den udfordring, der skulle løses, ved fx at lave en spørgeskemaundersøgelse med medarbejderne i henholdsvis region og kommune, der viste, at der var en udbredt gensidig oplevelse af, at fordomme havde en negativ indflydelse på samarbejdet. Denne viden blev desuden understøttet af videoer med patienter, der også pegede på en oplevelse af overgangsproblematikker. • Involvering af topledelsen: Topleddelsen begyndte at efterspørge resultater i forhold til "ledelse i mellemrummet": Erfaringerne fra projektet er således, at meget i hverdagen handler om den enkelte enheds drift og økonomi. Det flytter sig kun, hvis topledelsen også begynder at interessere sig aktivt og vedholdende for det tværsektorielle. • Styr på proces og facilitering: Erfaringen fra projektet er, at man ikke bare kan sætte nogle ledere sammen og forvente, at de straks går i gang med at bygge broer. Den slags tager tid og skal faciliteres ordentligt – gerne af én, der ikke selv er direkte involveret. 	<p>http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_68047/cf_202/Brobyg-gerne.PDF</p>
3. Fremskudt visitation	<p>KORA undersøgte i 2014 fire kommuners erfaringer med at lade kommunale udskrivningsvisitatorer besøge og visitere borgere med komplekse plejebehov under hospitalsindlæggelsen. Undersøgelsen viste, at de undersøgte funktioner forebyggede genindlæggelser, som minimum var omkostningsneutrale, øgede borgere og pårørendes oplevelse af et sammenhængende og trygt forløb og blev oplevet som en kilde til bedre kommunikation og samarbejde om indlæggelse og udskrivning.</p> <p>Et fælles ledelsesmæssigt engagement fremhæves som afgørende for funktionernes succes i alle de undersøgte cases, og der lægges vægt på, at der er tale om et reelt samarbejde, hvor ledere og medarbejdere fra begge sektorer har været involveret i at finde løsninger til fordel for patienterne.</p> <p>De positive resultater forbindes i høj grad til de personlige relationer og den fælles viden/forståelse, der opstår, når der er direkte kontakt i samarbejdet, fx ved at der opstår færre konflikter i samarbejdet, samt at disse i højere grad bliver taget i opløbet. Resultaterne og de oplevede årsager til disse matcher i høj grad den tilgængelige viden fra litteraturen om tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet³⁴. Litteraturen finder således, at fysisk nærhed mellem de parter, der samarbejder om at koordinere forløb på tværs af organisationer – herunder også deres ledere – er af særlig afgørende betydning for et velfungerende samarbejde.</p>	<p>Fremskudt visitation</p>

³⁴ Flere af funktionerne arbejder også eksplicit ud fra et ønske om at styrke kapaciteten til relationel koordinering.

Eksempel	Erfaringer og resultater	Mere info:
<p>4. Implementering af SAM:BO-aftale på Fyn</p>	<p>I 2008 indgik Region Syddanmark og kommunerne en samarbejdsaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb kaldet "SAM:BO". Formålet var at sikre et fleksibelt og it-understøttet samarbejde om indlæggelse og udskrivning. Aftalen beskriver opgaver, snitflader og forpligtelser på tværs af kommunale og regionale enheder. De to store udfordringer, som parterne stod over for, var dels at 5.000 medarbejderne skulle oplæres i at benytte de nye it-systemer, dels at modtagerne fik de informationer, de havde behov for.</p> <p>For at imødekomme disse udfordringer blev a) 500 linjeledere og medarbejdere uddannet i udbredelsen og anvendelsen af aftalen, b) uddannelsen case-baseret og foregik tværasektorielt, c) undervisningsansvarlige chefer samt it-medarbejdere fra både kommuner og hospitalet inviteret til at deltage på uddannelsen. Strategien for implementering blev oplevet som en succes, bl.a. i kraft af at det skabte fælles viden og aha-oplevelser på tværs.</p>	<p>https://www.regionssyddanmark.dk/wm258038</p>

Bilag 3 Fokus og målgrupper for skandinaviske ACT-afprøvninger

Type	Dobbelt-diagnose fokus	Fokus på hyppige hospitals indlæggelser/sengedage	Bekæftigelsesfokus	Andet kompleksitetsfokus
Akutmodellen				
Opsøgende team (2005), DK (Falster) 1 team 61 brugere tilknyttet (47 ved projektets afslutning)	Ja.	Ja. Mindst 4 indlæggelser, mindst 50 sengedage inden for de seneste 2 år.	Nej. 96 % førtidspensionister.	Ja. Opleves som særligt komplekse af medarbejderne.
Rapport B: ACT-teams (2014), Norge 12 teams 600 borgere tilknyttet	Delvist. Ca. 60 % af borgerne havde et misbrug.	Ja. Gentagende kriser og indlæggelser.	Nej.	Ja. A) Borgeren har lille evne til at samarbejde om foreskrevet behandling. B) manglende social støtte og lille grad af social mestring. C) Lille effekt af tidligere behandling.
Dobbeldiagnosemodellen				
Rapport C: Integreret indsats-team (2015), DK, Deloitte 4 lokale projekter, der involverede fire kommuner og to regioner 101 borgere har modtaget indsatsen (44 udgået)	Ja.	Ikke eksplicit.	Borgernes tilknytning til arbejdsmarked er uoplyst.	Ja. I forhold til at få integreret misbrug og psykisk indsats.
Beskæftigelsesmodellen				
Rapport D: ACT-teams (2017), DK, Rambøll/VIVE 2 kommuner 62 borgere	Delvist. 80 % psykiske diagnoser, 80 % misbrug.	Ikke eksplicit.	Ja. 89 % på kontanthjælp. 11 % på uddannelsesstøtte. Dvs. i målgruppen for ressourceforløb.	Borgere, der kun vanskeligt kan benytte øvrige tilbud og indsatser.

Bilag 4 Resultater af norske og danske ACT-afprøvninger

Sammenfatning af resultater fra norske og danske ACT-afprøvninger

Modeller	Resultater
Akutmodellen	
<i>Empiriske eksempler</i>	
Rapport A: Opsøgende team (2005), DK (Falster), effektmåling	Der er ikke sket væsentlige ændringer i borgerens boligsituation Der er ingen signifikant forskel i forhold til antipsykotisk behandling Der er en tendens til forbedring i compliance i medicinindtag Lidt større tilfredshed blandt borgerne Signifikant forbedring i socialt funktionsniveau Signifikant forbedring i psykotiske symptomer Bedring i livskvalitet Reduktion, men ikke signifikant i forhold til misbrug Færre psykiatriske indlæggelser og sengedage, forbedringen er dog ikke signifikant
Rapport B: ACT-teams (2014), Norge – 2-årig evalueringsperiode, effektmåling	Boligforhold er blevet signifikant bedre Der er flere borgere med stabil indtægt Flere i arbejdsrettede tilbud (dog få brugere i ordinært arbejde) Signifikant forbedring i forhold til symptombelastning Nedgang i brugere med svær depression og selvmordstanker Funktionsniveauet er lavt, men en signifikant forbedring Ingen ændring i praktisk og social funktion (med undtagelse af at handle og lave egen mad) Antallet af indlæggelser og antallet af personer, der har været indlagt, er omtrent den samme Antallet af opholdsdøgn er dog stærkt reduceret ACT blev af borgerne vurderet som bedre end traditionel behandling
Dobbeldiagnosemodellen	
<i>Empiriske eksempler:</i>	
Rapport C: Integreret indsats team (2015), DK, Deloitte, 2 årig	Ca. 50 % af borgerne har fået højere et motivationsniveau, dvs. evne og vilje til at indgå i behandling for deres lidelser Lidt under en tredjedel af borgerne har oplevet en positiv udvikling i deres funktionsniveau To tredjedele borgerne angiver, at de oplever at have fået mere styr på deres livssituation
Beskæftigelsesmodellen	
<i>Empiriske eksempler:</i>	
Rapport D: ACT-teams (2017), DK, Rambøll/VIVE, (N = 62)	59 % oplever en fremgang ift. psykisk trivsel, 39 % en tilbagegang 63 % oplever en positiv fremgang i deres alkoholforbrug, 27 % en tilbagegang 51 % oplever en positiv udvikling i deres stofmisbrug, 27 % en tilbagegang 48 % oplever større selvtilid og parathed til at indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter Ingen signifikant ændring i beskæftigelsessituationen Ingen signifikant ændring i omkostninger forbundet med psykiatriske indlæggelser og ambulante kontakter En samfundsøkonomisk vurdering viser, at lønudgifterne til ACT-indsatser inkl. 15 % overhead beløber sig til 107.000 kr. pr. borger pr. år. De giver desuden en forsigtig vurdering af, at ACT-indsatserne ikke er væsentligt dyre end den indsats, som borgeren ville have fået uden eksistensen af et opsøgende team

Bilag 5 Oversigt over informanter

Informanter	Stilling	Særlige vidensområder
Marianne Søgaard Hansen	Projektleder, Region Sjælland	Udvikling og implementering af 'Sammen om Min Vej'
Katrine Schlepert Johansen	Leder af Videnscenter for Dobbelt-diagnose, Region Hovedstaden	Organisering af samarbejde omkring patienter med dobbelt-diagnose
Merete Nordentoft	Overlæge ved Psykiatrisk Center København, professor i psykiatri ved Københavns Universitet	Organisering af samarbejde om patienter med psykiske lidelser Drivkraft i indførelsen af opsøgende psykose-teams i psykiatrien
Lene Halling Hastrup	Seniorforsker, Psykiatrisk Forskningsenhed, Region Sjælland	Evaluering og erfaringer med opsøgende psykose-teams i psykiatrien
John Harden	National Clinical Lead for Quality and Safety Healthcare Quality and Improvement Directorate, Scottish Government	Collaborative Care Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed Indsatser målrettet sammenhængende patientforløb i Skotland
Aiden Fowler	Director of NHS Quality Improvement and Patient Safety/Director of 1000 Lives Improvement Service, Wales	Kvalitetsudvikling og patientinddragelse Indsatser målrettet sammenhængende patientforløb i NHS
John Whittington	Senior Fellow, IHI	Udvikling og implementering af modeller for integreret samarbejde High-cost-users and High-cost-risk management programs
Anna Starling	Policy Fellow, The Health Foundation	Udvikling og implementering af modeller for integreret samarbejde The New Care Model Programme
Sarah Deeney	Assistant Director of Data Analytics, The Health Foundation	Identifikation og stratificering af high risk/high cost patients Systematisk anvendelse af PRO-data The New Care Model Programme
Jeremy Martin	Programme Director for the Symphony Programme	The New Care Model Programme – The South Symphony Vanguard Etablering af samarbejdsmodeller målrettet sammenhængende patientforløb
Debbie Neal	Training and Evaluation Lead for Symphony Healthcare Service	The New Care Models Programme –The South Symphony Vanguard Etablering af samarbejdsmodeller målrettet sammenhængende patientforløb

**VIDEN TIL
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD