

# Sammen om min vej

Slutevaluering - i kort form



# Mål og formål

## Velkommen til Sammen om min vej

Sammen om min vej er et kvalitetsudviklingsprojekt under Broen til Bedre Sundhed. Her har vi i en periode på tre år udviklet og afprøvet nye arbejdsgange og interventioner for sårbare borgere i Lolland og Guldborgsund Kommuner.

Det er borgere, der ofte er indlagt, har flere kroniske diagnoser, sociale problemer, misbrug eller en kombination af det hele. De har dermed mange kontakter og et stort forbrug af ressourcer på tværs af det samlede social- og sundhedsvæsen.

Projektet blev evalueret i foråret 2018. Resultatet har vist, at det med Sammen om min vej er lykkedes at fremme sundhed og trivsel, øge den patientoplevede kvalitet og sikre en bedre sammenhæng på tværs af aktører. Også uden at de samlede omkostninger på tværs af region og kommuner er steget.

Sammen om min vej bidrager derfor på kort sigt til at vi får mere sundhed for de samme penge. Og på længere sigt kan et forebyggelsespotentiale se ud til at være stort.

Du kan se den samlede evaluering på vores hjemmeside: [www.regionsjælland.dk/broen](http://www.regionsjælland.dk/broen). Denne folder er kun en kort udgave.

Har du spørgsmål, er du altid velkommen til at kontakte Broen til Bedre Sundheds Sekretariat.

## Data i evalueringen

Evalueringen tager udgangspunkt i en bred vifte af data, herunder:

- Kvalitative data fra indledende og opfølgende interviews med deltagere, samt interviews med samarbejdspartnere.
- Systematisk indsamlede patientrapporterede data.
- Analyser baseret på samkøring af data på tværs af kommuner og region indeholdt i projektets ydelses- og omkostnings-database.
- Årsagsanalyse af spottede borgere som ikke er blevet inkluderet i projektet.



*Deltager: For første gang oplever jeg, at mine behov bliver imødekommet....*

## Mål og formål

Sammen om min vej har en tredelt målsætning, som i internationale sammenhænge hedder Triple Aim (Institute of Healthcare Improvement). (Se figur 1).

Det er et samtidigt og ligestillet fokus på at sikre:

- En bedre sundhedstilstand.
- En bedre patientoplevet kvalitet.
- En relevant brug af ressourcer. Herunder færre omkostninger til akutte ydelser og større fokus på forebyggelse og ambulans behandling.

Projektet skal være med til at:

- Identificere de mest ressourcekrævende borgere i Lolland og Guldborgsund Kommuner.
- Kortlægge deltagernes ressourcemønstre, samt den enkelte deltagers præferencer, udfordringer og prioriteringer.
- Designe interventioner der opfylder deltagernes behov og præferencer.
- Skalere interventionen til hele målgruppen.
- Opbygge strukturerede, holdbare samarbejdsformer mellem sundhedsvæsenets aktører.

## Økonomi

Sammen om min vej er støttet af Sundheds- og Ældreministeriet. Herudover indgår medfinansiering fra Lolland og Guldborgsund Kommuner i form af medarbejderressourcer og fra Region Sjælland i form af både økonomi og medarbejderressourcer til at udvikle projektets database.

# Målgruppe

Projektet har tre inklusionskriterier. Deltagerne skal:

1. Bo i Guldborgsund eller Lolland Kommune og være over 18 år og under 70 år.
2. Have én eller en kombination af følgende:
  - Fysiske helbredsproblemer.
  - Psykisk sygdom og/eller misbrug.
  - Sociale udfordringer.
3. Have én eller en kombination af følgende:
  - Tre akutte indlæggelser indenfor 6 måneder, eller 2 akutte indlæggelser inden for 30 dage.
  - Flere forskellige og hyppige kontakter på tværs af social- og sundhedsvæsenet.

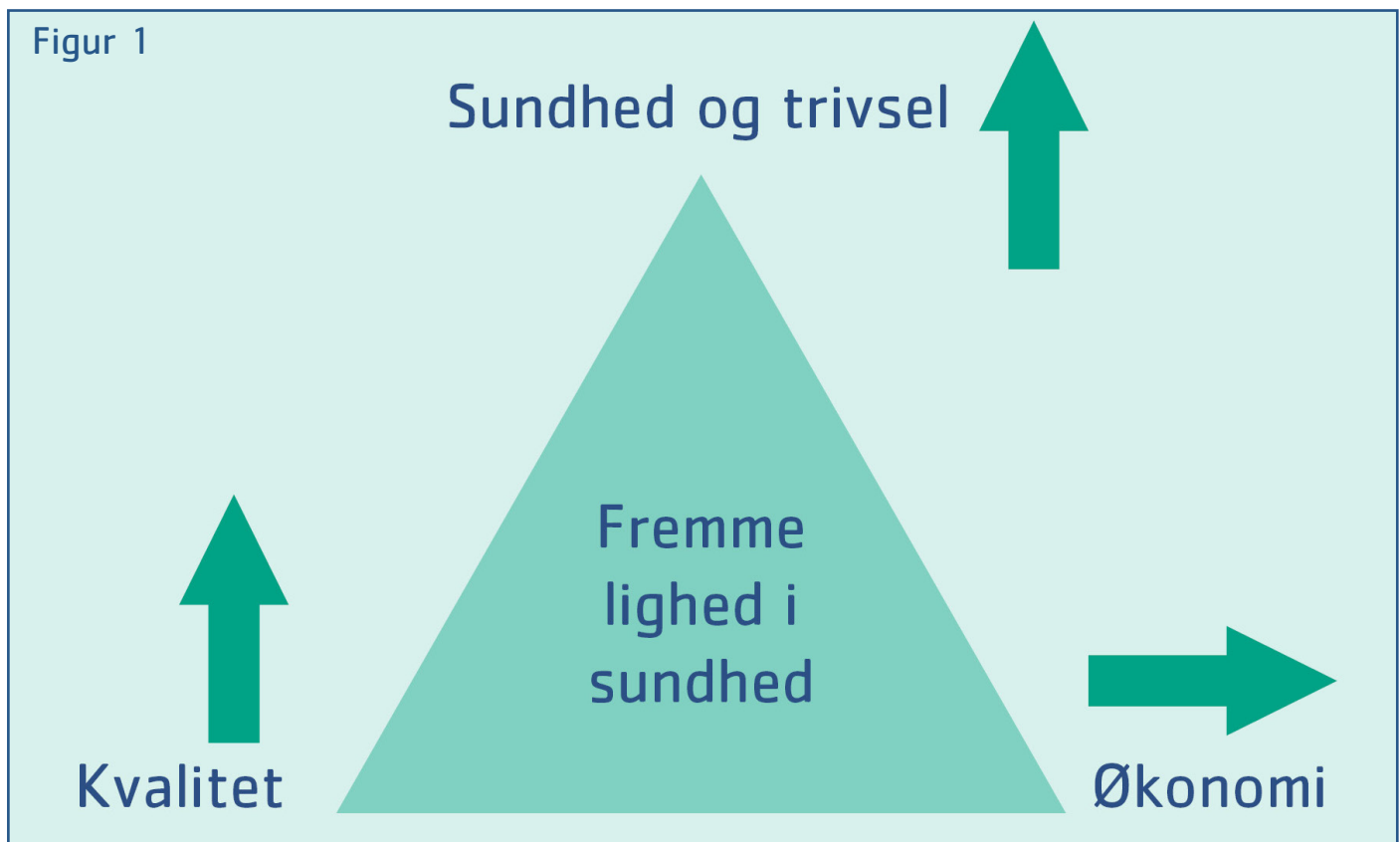
Eller at

- En frontmedarbejder (ud fra den aktuelle situation) vurderer, at en borger fremtidigt er i risiko for at få flere og hyppige kontakter til social- og sundhedsvæsenet (af fysiske, psykiske eller sociale årsager).

Der er tre eksklusionskriterier. Deltager må ikke have:

1. Demens eller anden svært hæmmet kognitiv funktion, som betyder, at den enkelte borger ikke kan medvirke.
2. Cancer som den primære somatiske problemstilling.
3. Terminal sygdom med en forventet restlevetid under 1 år.

I alt er 200 deltagere blevet inkluderet løbende i Sammen om min vej, mens yderligere 301 borgere i forskellig grad er hjulpet videre andre steder i social- og sundhedsvæsenet.



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

# Indsatsen

## Forløbspartner

Med Sammen om min vej har vi i tæt dialog med projektets deltagere og samarbejdspartnere udviklet en funktion som forløbspartner.

Det er en partner, der kan støtte den enkelte i at navigere i systemet. Som bindeled mellem borger, kommune og sygehus, eller som bisidder, tovholder, sparringspartner eller katalysator.

En forløbspartner skal dermed sikre at de forskellige indsatser både kommer til at tage udgangspunkt i de individuelle behov og samtidig bliver koordineret bedst muligt. På tværs af f.eks. jobcenter, misbrugscenter, hjemmepleje, ambulatorier, psykiatri eller den praktiserende læge.

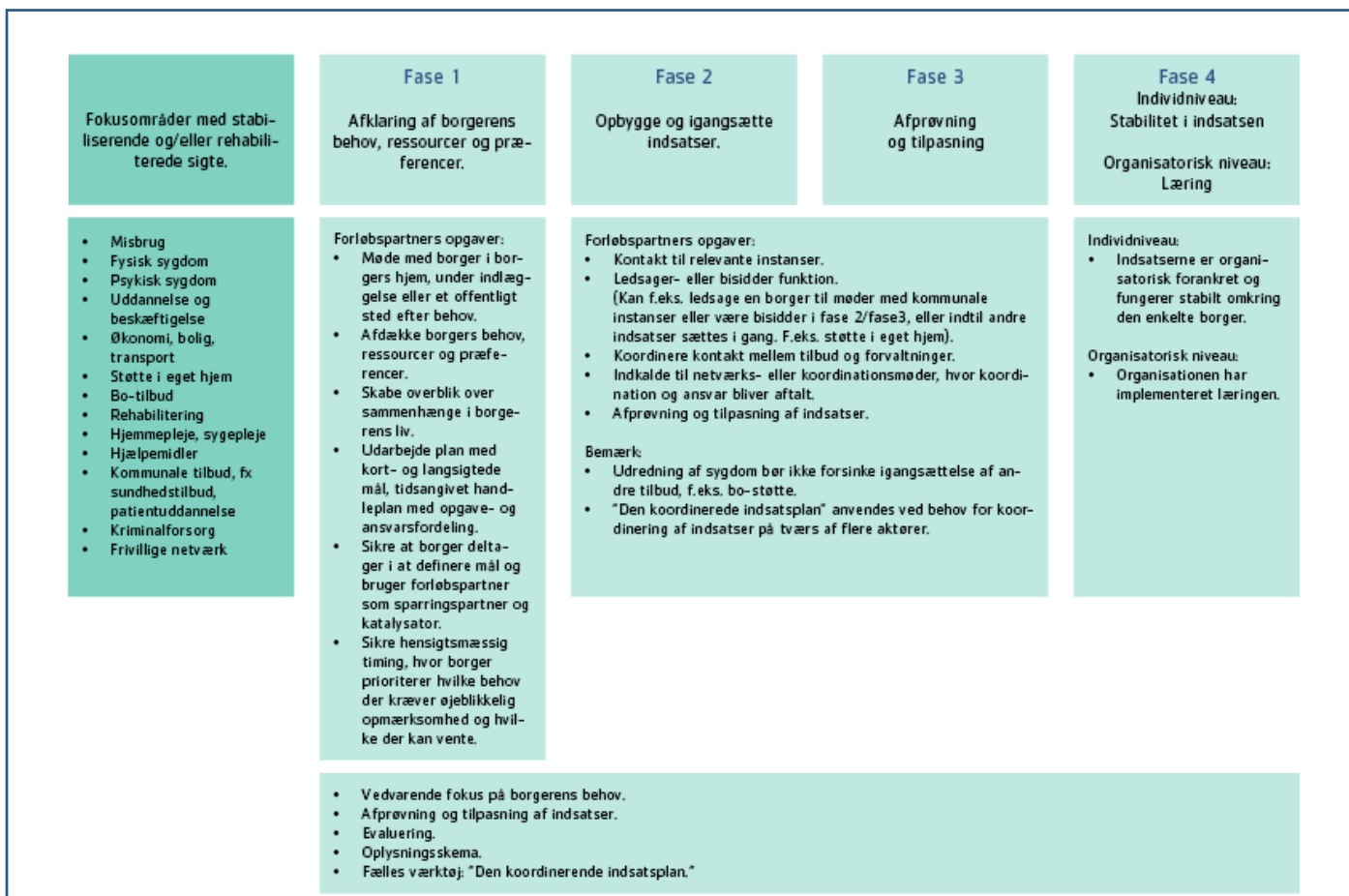
I praksis er alle deltagere blevet tilbudt besøg i hjemmet, hvor man i fællesskab har fået skabt overblik over den enkeltes ressourcer, udfordringer og behov, og sammen lagt en plan for det videre forløb. Løsninger og indsatser har dermed ikke været defineret på forhånd.

## Faseindeltd systematik

Vores forløbspartner har arbejdet ud fra en faseindeltd systematik. Det handler om at indtænke, foreslå og tilvejebringe fleksible løsninger ud fra både en recovery- og empowerment-tilgang.

Det er en tosidig rolle, der både skal skabe bedre løsninger for den enkelte og samtidig sikre en systematisk organisatorisk læring. Viden, der kan være med til at udvikle arbejdsgange, opbygge kompetencer og gøre vores organisationsstrukturer mere smidige.

Sammen om min vej er dermed en ny form for samarbejde; både mellem borger og system, og mellem flere systemer.



# Metode

Sammen om min vej er udviklet løbende med udgangspunkt i Forbedringsmodellen (Model of Improvement), en gradvis skaleringsmodel og fælles brug af data på tværs af forvaltningsområder og sektorgrænser.

Brugerinddragelse er anvendt som det bærende princip – både i indsatsen på individniveau, med anvendelsen af evidensbaserede metoder indenfor recovery og empowerment, samt på systemniveau til udvikling af indsatsen.

Statistical Process Control (SPC)-grafer er anvendt til at illustrere udviklingen i de økonomiske omkostningsparametre blandt deltagerne i månederne før og efter inklusion.

Da deltagerne er inkluderet løbende, viser graferne gennemsnit pr. borger pr. måned i månederne før og efter inklusion. Tabel 1 viser det antal deltagere,

re, som udgør grundlaget for gennemsnitsværdierne i henholdsvis figur 3 & 4.

Skønt der i alt blev inkluderet 200 deltagere, er en stor del inkluderet sent i projektperioden, og antallet af deltagere i månederne før og efter inklusion varierer derfor betydeligt.

## Tværasektoriel database

Som et led i Sammen om min vej er der udviklet en database, der indeholder ydelses- og omkostningsdata på tværs af kommuner, Region Sjælland og almen praksis. Det gør det muligt at se, hvordan en indsats et sted, kan få konsekvenser for både opgaver og økonomi et andet sted og dermed vise sammenhænge mellem intervention og effekt.

## Historien om Thomas

Mød Thomas. Han er mand i 40'erne, uden for arbejdsmarkedet og uden fast bopæl. Han føler sig ensom, har symptomer på angst, har diabetes og har haft et omfattende alkoholmisbrug.

Thomas var på kun halvandet år indlagt 30 gange, både på det somatiske sygehus og i psykiatrien. Ofte flere gange på samme uge. Han følte sig hverken hørt eller forstået, og forlod ofte sygehuset uden en plan og uden at være færdigbehandlet. Han havde mistet overblikket.

Thomas blev spottet i akutmodtagelsen på Nykøbing Falster Sygehus og kom med i Sammen om min vej. Her fik han tilknyttet en forløbspartner og sammen fik de identificeret de største udfordringer i Thomas' liv.

I løbet af de følgende måneder blev der sat en dagsorden for, hvordan de enkelte problemer kunne håndteres på en ny måde.

Thomas fik byttet de skiftende sofaer ud med et fast sted at bo og fik overblik over sin økonomi. Derefter gik turen til almen praksis og derfra til

udredning i psykiatrien. Han fik genoptaget et ambulans misbrugstilbud og efter lidt tid også styrket sin kontakt til det lokale jobcenter. Overblik og mening var genskabt.

Idag har Thomas en god kontakt til sin misbrugskonsulent og hans daglige misbrug er ophørt. Han er i behandling i distrikpsykiatrien og har kun haft få indlæggelser. Der er kommet styr på hans diabetes og han følger sine kontroller. Han er desuden lige startet i et flexjob. Thomas har fået troen på livet tilbage.



**Tabel 1. Antal i analyserne i månederne før og efter inklusion**

Tid i forhold til inklusion (måneder)	Antal deltagere (Figur 3)	Antal deltagere i kontrolgruppe-analysen (Figur 4)	Antal kontroller i kontrolgruppe-analysen (Figur 4)
-18	126	78	197
-17	131	83	206
-16	140	91	219
-15	145	93	237
-14	151	100	255
-13	167	111	271
-12	171	116	282
-11	175	119	297
-10	179	120	310
-9	183	123	331
-8	187	126	347
-7	188	126	368
-6	188	126	383
-5	193	129	432
-4	195	129	481
-3	196	129	527
-2	196	129	562
-1	199	129	598
0	200	129	645
1	199	129	638
2	197	129	632
3	177	129	623
4	167	129	614
5	156	129	602
6	128	129	595
7	118	129	586
8	104	119	577
9	89	107	569
10	82	92	553
11	76	85	540
12	73	80	527

## Deltagerne

Deltagerne har en gennemsnitsalder på knap 49 år og hver fjerde er under 40 år gammel.

Tre ud af fire oplever tværgående sundhedsmæssige udfordringer og halvdelen har et pågående misbrug.

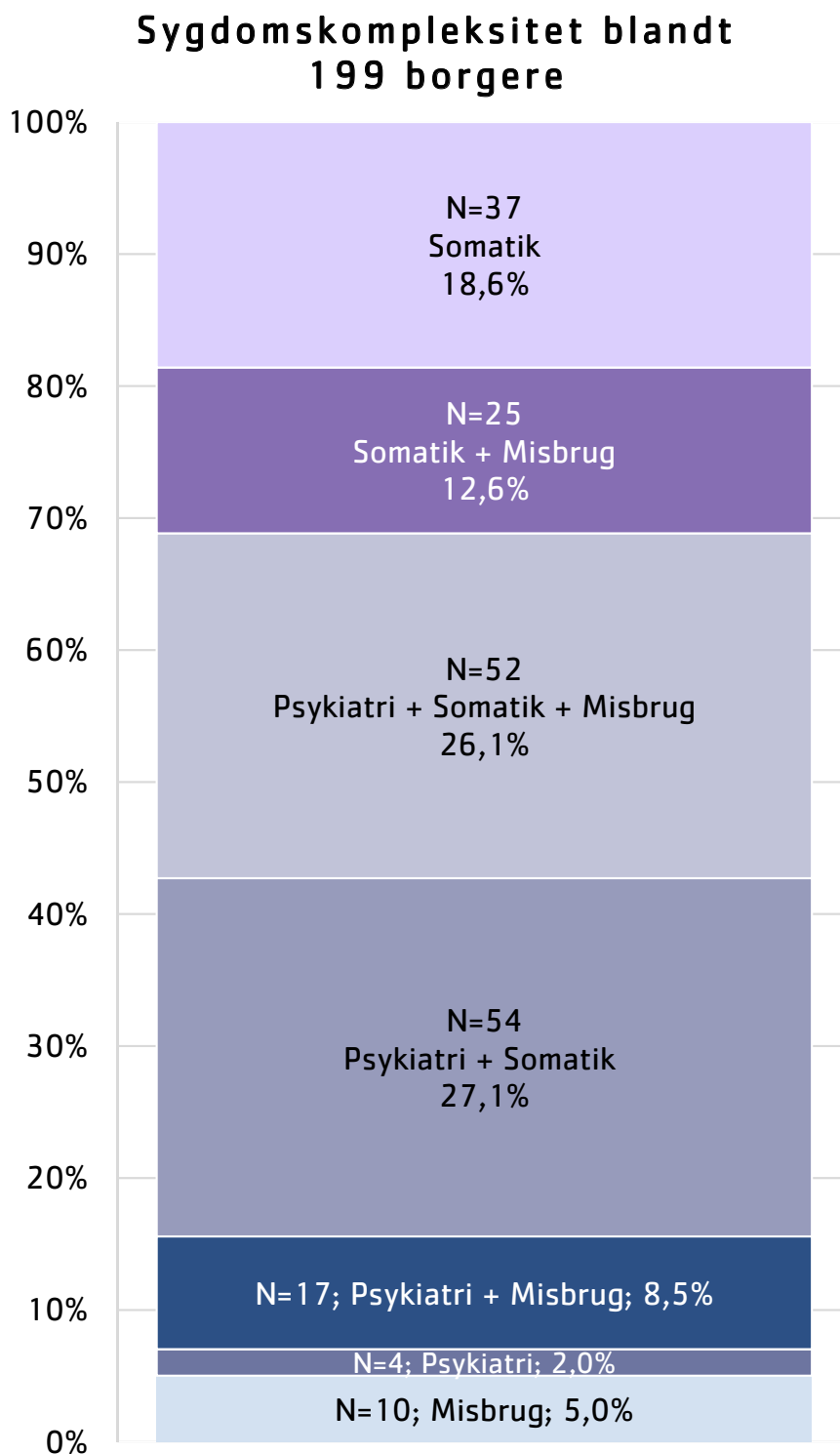
Ud over sygdomskompleksiteten har deltagerne ofte andre sociale udfordringer, såsom manglende netværk og oplevelse af ensomhed, ligesom transportudfordringer opleves som socialt belastende hos 28%.

Hovedparten af deltagerne forsørges af det offentlige og 44% har grundskolen som højeste afsluttede uddannelse.

Blandt deltagere med misbrug, som ikke var i misbrugsbehandling ved inklusion, er 91% startet i misbrugsbehandling i projektperioden.

Deltagerne er forældre til i alt 87 børn under 18 år. Der er således et ganske betydeligt forebyggelsespotentiale i forhold til at sikre fremtidig sundhed og trivsel blandt børn og unge med syge forældre.

Figur 2



Figur 2: Sygdomskompleksitet blandt 199 deltagere. (Figur 14 i rapporten)

# Resultater

## Sundhed og trivsel

Vi har i projektperioden opnået:

- Andelen af deltagerne, som vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt er øget fra 13% ved inklusion til 30% efter 72 uger. Andelen er dermed øget med 17 procentpoint.
- Andelen af deltagere som er nogenlunde tilfreds, tilfreds eller virkelig med livet er øget fra 51% ved inklusion til 77% efter 72 uger. Det svarer til en stigning på 26 procentpoint.



*Medarbejder: Jeg er blevet mere nysgerrig og er begyndt at opsøge information om andre muligheder og tilbud, end jeg har gjort før...*



*Medarbejder: Nye ideer og løsninger opstår, når vi mødes på tværs. Det giver mig stor arbejdsglæde at bringe min faglighed i spil og samtidig lære af andres viden...*

## Klinisk og brugeroplevet kvalitet

Vi har i projektperioden opnået:

- Forbedret tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde:
  - Den kvalitative undersøgelse viser, at samarbejdet med forløbspartneren er med til at sikre sammenhæng og kvalitet i forløb. Der er sparring og idéudveksling blandt samarbejdsaktørerne, som desuden beskriver at vi får borgere i behandlingsforløb, som tidligere ikke ville være kommet i behandling.
  - Deltagerne oplever veltilrettelagte forløb: Andelen af borgere, som vurderer at deres samlede forløb på tværs af sektorer er godt eller virkelig godt tilrettelagt er øget fra 19% ved inklusion til 50% ved 72 ugers opfølgning. Det svarer til en stigning på 31 procentpoint.
- Øget tilfredshed med behandling/tilbud:
  - Andelen af deltagere, som angiver at være virkelig tilfreds eller tilfreds med de tilbud og den behandling de modtager, stiger fra 32% til 60%. Det svarer til en stigning på 28 procentpoint.
- Øget medbestemmelse i eget forløb:
  - Andelen af deltagere, som angiver i passende grad at være med til at træffe beslutninger i deres eget forløb øges fra 63% ved inklusion til 85% ved 72 uger opfølgning.
- Det lykkedes ikke indenfor projektperioden at reducere det gennemsnitlige antal genindlæggelser.



## Effektiv anvendelse af eksisterende ressourcer

Vi har i projektperioden opnået:

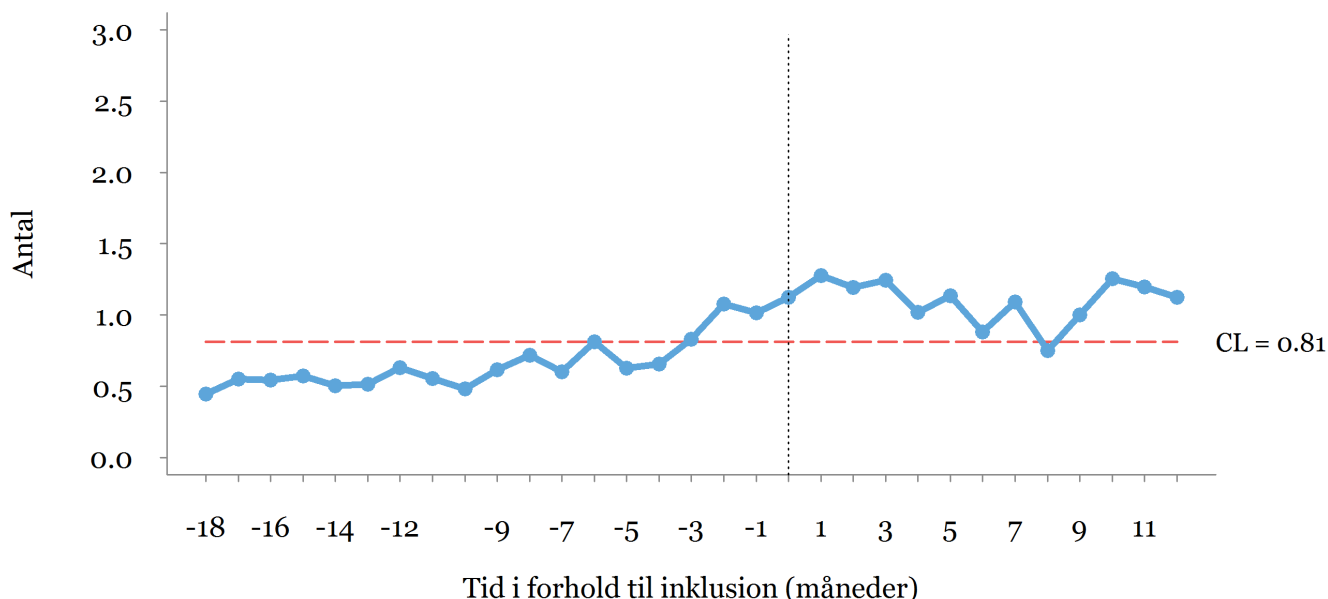
- De samlede sygehusbaserede omkostninger:
  - De sygehusbaserede omkostninger forbundet med somatisk sygdom og psykisk sygdom er uændrede i perioden fra 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion.
  - Den gennemsnitlige omkostning forbundet med kommunal medfinansiering er uændret i perioden fra 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion, når vi ser bort for observationerne i månederne -1 og 0, som udgør en særligt sårbar periode op til inklusion.
- Det gennemsnitlige antal akutte kontakter (indlæggelse og/eller ambulant) forbundet med somatisk og/eller psykisk sygdom blandt deltagerne er uændrede i perioden fra 18 måneder før til 12 måneder efter inklusion, når vi ser bort for observationerne i månederne -1 og 0.

- Der er etableret hyppigere kontakt til både praktiserende læge og til speciallæge inklusiv øvrig sygesikring (såsom tandlæge og fysioterapeut). Der er sket en stigning i det gennemsnitlige antal kontakter pr. deltager pr. måned til praktiserende læge; i perioden fra 6 til 18 måneder før inklusion ligger niveauet på 0.55 mens niveauet for perioden 1 til 12 måneder efter inklusion ligger på 1.13. (Tabel 1 & Figur 3)
- Der er opnået hyppigere kontakt til kommunal ambulant behandling i form af øget brug af kommunal sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering. Sammenlignes niveauet før inklusion med niveauet 1-12 måneder efter inklusion er der sket en stigning i den gennemsnitlige omkostning. Medianen for perioden 0 til 12 måneder før inklusion ligger på 1576 kr. mens medianen for perioden 1 til 12 måneder efter inklusion ligger på 1939 kr.

Udgiften til lønomkostninger til projektteam pr. deltager pr. måned var i 2017 på kr. 1639. Dette inkluderer en fuldtidskapacitet til projektudvikling og formidling.

Figur 3

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



Obs. (useful) = 31 (30)

Longest run (max) = 14 (8)

Crossings (min) = 3 (10)

# Kontrolgruppeanalyse

Det er svært at vide, hvordan deltagernes forbrug af sundheds- og sociale ydelser ville have udviklet sig, hvis de ikke havde deltaget i projektet.

Derfor har vi sammenlignet udviklingen i udvalgte regionale og kommunale omkostninger blandt deltagerne i Sammen om min vej med udviklingen hos en matchet kontrolgruppe (se den fulde rapport for information om de udvalgte parametre).

Der ses en svag tendens til et fald i de udvalgte regionale omkostninger efter inklusion hos deltagerne (Tabel 1 & Figur 4).

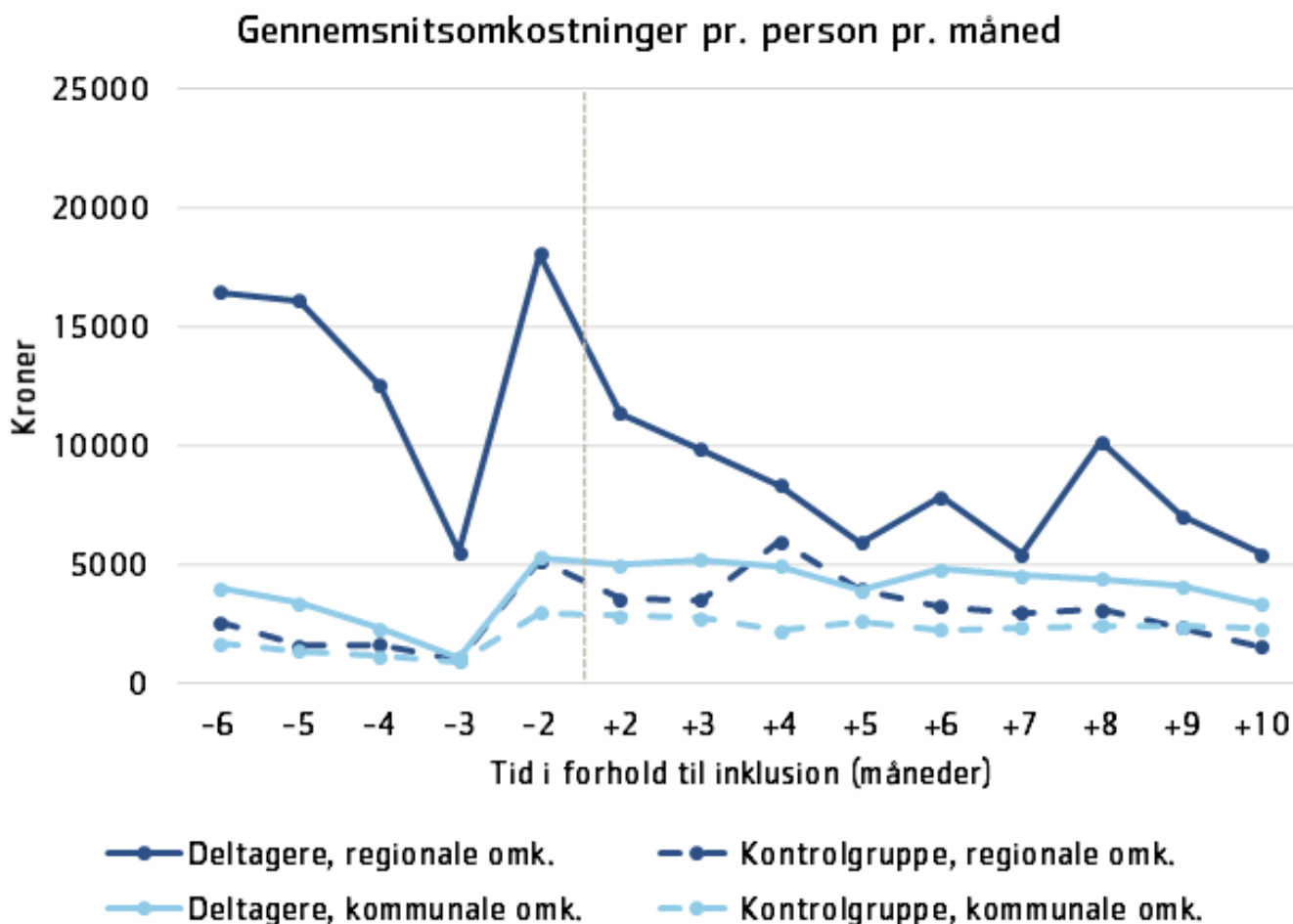
Samme tendens ses ikke hos den matchede kontrolgruppe, hvor de udvalgte regionale omkostninger ligger mere stabilt.

De udvalgte kommunale udgifter blandt deltagerne og kontrolgruppen er på stort set samme niveau og udviklingen over tid er relativt ens.

Analysen er foretaget på et tidspunkt, hvor det endnu er for tidligt at konkludere endeligt på resultaterne omkring effekt på ressourceforbrug.

En gentagelse af analyserne efter 1 og 2 år vil give mere klare resultater. Dette forudsætter at databasen og dataindsamlingen bliver ført videre.

Figur 4



Figur 4: Gennemsnitlig kommunal og regionale omkostning (udvalgte omkostningsparametre opgjort i kroner) pr. borger pr. måned blandt hhv. deltagerne og kontrolgruppen.

# Konklusion

Evalueringen viser, at Sammen om min vej på kort sigt skaber mere sundhed for pengene. Det viser både kvantitative og kvalitative data.

Brugerinddragelse virker og er vejen frem, når vi skal ulighed i sundhed til livs, men det kræver stærk tværsektoriel ledelse, som kan tage livtag med "sektor-egoismen" i den klassiske siloopdeling.

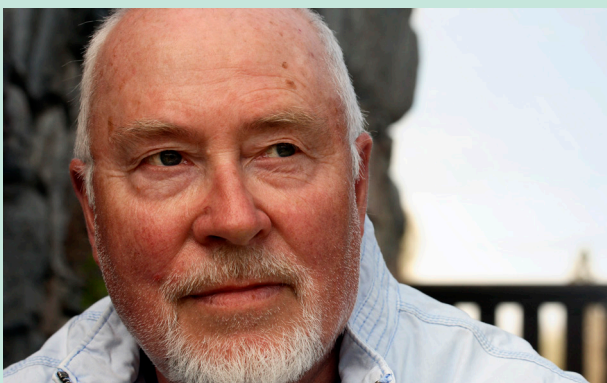
Deltagerne har et stort behov for støtte og behandling, men bliver ofte mødt af et uoverskueligt og fragmenteret social- og sundhedsvæsen. Med Sammen om min vej er vi dermed godt i gang med at knække koden til mere lighed i sundhed: Gennem patientinddragelse og tværfagligt teamarbejde, som er med til at øge fokus på recovery.

Der ses en forbedring i deltagernes sundhed og trivsel, en markant forbedring i den patientoplevede kvalitet, og en forbedring af både deltagernes og samarbejdsaktørernes oplevelse af sammenhæng og koordinering på tværs.

Deltagerne anvender i stigende grad ambulante behandlings- og rehabiliteringstilbud i form af egen læge, speciallæger inklusiv anden sygesikring (såsom tandlæge og fysioterapeut), samt kommunale tilbud indenfor pleje og rehabilitering.

Trods den høje og komplekse sygelighed blandt deltagerne, med deraf følgende behov for specialiseret behandling, ses stabile regionale omkostninger i opfølgingsperioden.

En kontrolgruppeanalyse viser en svag tendens til, at de regionale omkostninger falder i opfølgingsperioden for deltagerne i Sammen om min vej, sammenlignet med den matchede kontrolgruppe.



*Deltager: Jeg bliver mødt i øjenhøjde...*



*Deltager: Der bliver taget udgangspunkt i min situation...*

Broen til Bedre Sundhed  
Maj 2018

Region Sjælland  
Alleen 15  
4180 Sorø

[www.regionsjaelland.dk/broen](http://www.regionsjaelland.dk/broen)  
[Broen@regionsjaelland.dk](mailto:Broen@regionsjaelland.dk)

Citater i denne folder er fra Kvalitativ Under-  
søgelse, Forskningsprogrammet Sundhed, UCC  
Professionshøjskolen, februar 2018.