

EVALUERINGSRAPPORT

SAMMEN- HÆNGENDE PATIENT- FORLØB

MARTS 2021

Rapporten er udarbejdet for



TrygFonden

RESUME

De seks samarbejdende organisationer satte sig i 2018 for at udvikle sammenhængende patientforløb for socialt udsatte borgere i kontakt med sundhedssystemet.

Det har været en vanskelig udviklingsproces, hvor vi har været omkring mange forskellige aktiviteter og afprøvninger for at kredse os ind på en vej og metode til at udvikle *sammenhængende patientforløb*. Første bølge af coronapandemien er med til at fokusere og reorganisere projektets sidste år. Her udvikles og afprøves en samarbejdsmodel og deltagerne lykkes med at opnå resultater.

Med **Sammenhængende Patientforløb** har vi gennemført prøvehandlinger til et mere sammenhængende forløb for en udvalgt borgergruppe. Undervejs har vi afprøvet og testet metoder og inddraget praksis i udvikling af en model for det lokale udviklingssamarbejde om *sammenhængende patientforløb*.

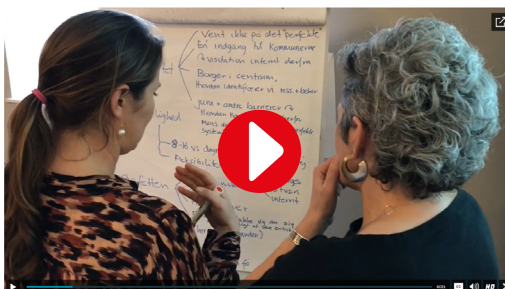
Med **Sammenhængende Patientforløb** er det lykkedes at:

- Lægge kimen for et mere sammenhængende patientforløb og dermed større lighed i sundhed hos udsatte og sårbare borgere/patienter herunder mennesker med alkoholfafhængighed.
- Udvikle en lokalt forankret samarbejdsmodel for tværgående udviklingsinitiativer.
- Etablere fundamentet for en fælles samarbejdskultur, som afsæt for fremtidigt samarbejde ved tværgående udviklingsinitiativer.

Det er muligt på relativt kort tid at bane vejen for fælles løsninger til gavn for borgerne, hvis det støttes op med en fælles og samstemt implementeringsindsats. Der skal etableres et fælles maskinrum for medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet til at finde frem til fælles løsninger og udvikling af sundhedsstrategiske ledere. Det kræver et vedvarende ledelsesmæssigt fokus på det strategiske niveau såvel som operationelt niveau at give rum og mulighed for dette. Det er en helt central læring i projektet, som vi bringer med videre.

Se videoen om projektet

<https://regionsjaelland.23video.com/vaerktojsdag-for-sammenhaengende>



INDHOLDS- FORTEGNELSE

Introduktion	06
Projektets formål	07
Evalueringens formål og format	09
Målgruppe	09
Design og metoder i projektet	10
De fire projektfaser	
Triple Aim	
Forbedringsmodellen	
Projektorganisation	13
Styregruppe	
Arbejdsgruppe	
Forbedringsteam	
Projektledelsen	
Dataunderstøttelse	
Fem kernelementer	16

INDHOLDS- FORTEGNELSE

Læring i relation til kerneelementerne	18
Tilpasning af ambitionerne til et afgrænset, relevant og realistisk problemfelt.	
En klart defineret målgruppe som forudsætning for succes	
At sætte det rigtige hold	
Onboarding – et nødvendigt onde men også en gave	
Data og brugerinddragelse – nice to have or need to have	
Fortsat ledelsesmæssig engagement og kompetence til forandringsledelse	
Læringstræf som fælles skolebænk og innovationsværksted	
Innovation kræver plads og fælles spilleregler	
Fælles fysiske rammer er ingen forudsætning for integration	
Implementeringsmodel	28
– 10 fokusområder til udvikling af en samarbejdsmodel	
Forberedelsesfasen	30
1. Fokuser på en klart afgrænset population	
– find en arbejdsdygtig målgruppe	
2. Involver og styrk primær sektor og psykiatri fra start	
3. Start der, hvor energien er – sæt medarbejderen fri	
4. Tid til at etablere relationer og fælles forståelse af udfordringer – sæt borgeren i centrum	
Udviklingsfasen	32
5. Arbejd og evaluer med afsæt i forandringsteorier	
6. Lær af andre, men husk tilpasning til lokal kontekst	
– det skal kunne omsættes	
Implementeringsfasen	33
7. Lav et 'maskinrum' for forandring	
– skab rum til innovation	
8. Husk ledelsesmæssig forankring	
9. Invester i kompetenceudvikling på alle niveauer	
10. Test, evaluer og tilpas, så løbende forbedring sikres	

INDHOLDS- FORTEGNELSE

Opsamling	35
Styregruppe og Projektledelsen	36
Referencer	37
Bilag	38

INTRO- DUKTION

Projekt **Sammenhængende Patientforløb** blev etableret som et bredt tværsektorielt udviklings samarbejde på tværs af **Broen til Bedre Sundhed**, Almen praksis, Nykøbing F. Sygehus og Psykiatrien Syd, samt social-, sundheds-, og arbejdsmarkedsområdet i henholdsvis Lolland, Guldborgsund og Vordingborg Kommuner for perioden 2018-2020.

Sammenhængende Patientforløb har opnået økonomisk støtte fra **TrygFonden**, som et led i en samarbejdsaftale indgået mellem **Broen til Bedre Sundhed** og **TrygFonden** 2017-2020.

Med udgangspunkt i den fælles vision om, at *“Socialt udsatte borgere i kontakt med sundhedssystemet forbliver herre i eget liv og oplever systemer, der i fællesskab tager udgangspunkt i borgerens behov”*. Der har aktørkredsen udviklet og testet en række forbedringsinitiativer i patientforløb omkring en udvalgt gruppe af borgere med behov for behandling på tværs af aktører, samt styrket den fælles kultur omkring tværsektorielt forbedringsarbejde.

Sideløbende har aktørkredsen udviklet og testet en samarbejdsmodel til fælles udvikling og forbedring af patientforløb ved alkoholbehandling i forløb på tværs af aktører – en samarbejdsmodel, som også skønnes at have potentiale i forhold til at løse andre komplekse tværsektorielle problemstillinger i det fremtidige sundhedsaftalearbejde.

Arbejdet har taget udgangspunkt i:

- etablering af fælles og mere dybdegående viden om målgruppen og patienternes oplevelse af de eksisterende tilbud
- udvikling og test af konkrete borgerrettede indsatser på tværs af aktører.

Anbefalinger til forbedringsinitiativer i patientforløbet er sammenfattet i et udkast til en lokal samarbejdsaftale som tillæg til den eksisterende forløbsbeskrivelse under sundhedsaftalen "Kommunikation og samarbejde om forløb ved misbrugsbehandling".

Med **Sammenhængende patientforløb** har vi arbejdet udviklingsorienteret og gået eksplorativt til værks. Samarbejdet er designet omkring og har fulgt fire overordnede faser – om end nogle faser er gennemført i flere iterationer. Indhold og aktiviteter samt organisering er således blevet formet og tilpasset løbende i takt med, at vi har fået ny viden.

Udviklingen af **Sammenhængende Patientforløb** har været en bevægelse og gradvis modning fra et traditionelt top-down og systemorienteret projekt til et mere bottomup drevet innovationsprojekt (Jørgensen m.fl 2016, Tanggaard 2014). Et projekt hvor brugerinddragende metoder har bidraget med en fælles retning og hvor fremdrift er skabt gennem fokuserede prøvehandlinger, der er gennemført i lille skala.

FORMÅL

Formålet med projektet er at sikre bedre sammenhæng for den enkelte sårbare eller socialt udsatte¹ patient i sygdomsforløb, der involverer flere forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Dette indebærer konkret et udbygget samarbejde mellem de kommunale forvaltningsenheder, almen praksis, Akutafdelingen på Nykøbing F. Sygehus og Psykiatrien Syd. Behandling og tilbud på tværs af sektorerne skal tilpasses patientens behov og medføre en større patientoplevelt tilfredshed med sammenhæng og helhed i den samlede indsats omkring indlæggelsesforløb og efterbehandling

¹⁾ Socialt udsatte mennesker dækker over personer med sociale og/eller psykiske vanskeligheder og/eller i kombination med et skadeligt alkoholforbrug (udsatte 2014)

Projektets formål er således, at:

- Skabe mere *sammenhængende patientforløb* og dermed større lighed i sundhed hos udsatte og sårbare borgere/patienter herunder mennesker med alkoholafhængighed
- Udvikle en samarbejdsmodel for tværgående udviklingsinitiativer
- Etablere en fælles kultur omkring fremtidigt samarbejde ved tværgående udviklings- og forbedringsinitiativer

PROJEKTETS ØNSKEDE RESULTATER;

- Projektets kurs sikres i samspil med projektejer og styregruppe
- Prøvehandlinger under de udvalgte temaer udvikles, færdigtestes og evalueres
- Det overordnede projektmål om, at 90% af de inkluderede patienter skal opleve et tilfredsstillende forløb og sammenhæng på tværs (inden 1.12.2020)
- De inkluderede patienter forbliver en opprioriteret patient/borgergruppe efter udskrivelse fra akutindlæggelse på Nykøbing F. Sygehus eller Psykiatri Syd og i det videre forløb frem
- Modellen for tværsamarbejde og erfaringsudveksling mellem Lolland, Guldborgsund og Vordingborg Kommuner, almen praksis, akutmodtagelsen i Nykøbing F. Sygehus samt Psykiatri Syd bidrager med konstruktiv læring
- De otte fælles vedtagne spilleregler implementeres

Kommissorium bilag 7

EVALUERINGENS FORMÅL OG FORMAT

Med denne evaluering ønsker vi kort at beskrive samarbejdsprocessen, som aktørkredsen har gennemgået. Vi vil have et særligt fokus på de erfaringer, vi finder relevante at bringe videre som inspiration til det tværsektorielle udviklingssamarbejde – både lokalt og for andre geogrfier.

Evalueringen er udarbejdet på baggrund af data fra observationer gjort i forbindelse med mødeaktiviteter, projektlederens logbog, indikatorskema med data indsamlet på tværs af sygehus og kommuner, og løbende evaluering af aktiviteter og metoder indsamlet fra deltagende personale på tværs af aktørkredsen.

Der er gennemført fokusgruppeinterviews med styregruppe, arbejdsgruppe og forbedringsteams i efteråret 2020. Fokusgruppeinterviewene er transskriberet og anonymiseret. Vi henviser til pointer frembragt som led i fokusgruppeinterviewene.

Borger- og patientperspektiv indgår i form af interview med borgere via indsamling af *Patient Reported Experience Measures* (PREM brugerundersøgelse), gennemgang af journaler, udvikling og brug af 8 patient- og medarbejderfortællinger med metoden *7 Stories* (NHS 2017) og interview med en tidligere alkoholmisbruger i forbindelse med læringstræf.

I evalueringen sammenholdes vores erfaringer med kerneelementer fra **VIVE** rapporten *Sammenhæng i patientforløb – Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* (VIVE 2018), men også med erfaringer fra Randers klyngen og det regionale udkast til tværsektorielt samarbejde for udviklingslaboratorier.

MÅLGRUPPE

Indledningsvist blev målgruppen formuleret som "Borger/Patienter, der ofte er indlagt, har flere kroniske diagnoser, sociale problematikker, misbrug eller en kombination heraf". I 2020 blev målgruppen yderligere afgrænset til "Borgere/patienter med et alkoholmisbrug i kombination med kroniske diagnoser og/eller sociale problematikker".

DESIGN OG METODER I PROJEKTET

Sammenhængende Patientforløb er designet omkring fire projektfaser med *Triple Aim* (IHI 2020), som overordnet ramme og *forbedringsmetoden - Model of Improvement* (DSFP 2020, IHI 2020) som værktøjskasse til at skabe fælles udvikling.

DE FIRE PROJEKTFASER



Den første fase er en **forberedelsesfase** med afdækning af fælles interesse og indledende drøftelser om format gennem en dybdegående interessentrunde og diskussion i forskellige tværsektorielle mødefora omkring de oplevede fælles problemer og relevans i forhold til øvrige prioriteter. En afstemning med andre igangværende såvel som planlagte aktiviteter omkring den forventede målgruppe førte til en beslutning om at integrere flere af de planlagte aktiviteter i et fælles udviklingsprojekt, der er forankret i KSS/KSP² samarbejdet og **Broen til Bedre Sundhed**. Som led i denne fase, blev der herefter udarbejdet en større vidensindsamling i samarbejde med **VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd** (VIVE 2018) omkring erfaringer med tværsektorielle samarbejdsmodeller (herunder *Integrated Care*). Erfaringer blev indsamlet både fra ind- og udland, segmentering af populationer, systematisk brug af *Patient Rapporterede Outcomes* (PRO) som styringsværktøj samt evt. konkrete evidensbaserede løsninger omkring målgruppen. Forberedelsesfasen strakte sig fra 2017-2018.



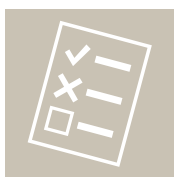
Den anden fase er en **udviklingsfase** med etablering af fælles vidensgrundlag med afsæt i de lokale erfaringer fra projektet **Sammen om Min Vej** (BTBS 2018) og **VIVE's** vidensindsamling (VIVE 2018) samt to fælles designworkshops med formulering af målgruppe og indhold med prioritering af fire overordnede temaer. Desuden blev organisering vedtaget i fællesskab og beslutningen taget om arbejdsform med afprøvning i mindre skala i form af såkaldte prøvehandling. Resultatet blev formuleret som en **Initialmodel for Sammenhængende Patientforløb** (bilag 6). Elementer fra udviklingsfasen blev genbesøgt som led i tilpasning og indsnævring af målgruppen i 2020.

²⁾ KSS står for Kommunale Samarbejdsfora Somatik

KSP står for Kommunale Samarbejdsfora for Psykiatri

De fire temaer blev oprindeligt formuleret som overskrift på prøvehandlinger prioriteret som optakt, men de viste sig at fungere som overordnede temaer for en serie af mindre prøvehandlinger og her have en betydelig gensidig påvirkningskraft.

Udviklingsfasen strakte sig fra april-oktober 2018.



Dernæst følger en **afprøvningsfase**, hvor flere parallelle og konkrete udviklingsideer indenfor de fire overordnede temaer blev afprøvet i større og mindre skala og tilpasset løbende på baggrund af den indsamlede læring. Denne fase blev gentaget efter tilpasning af målgruppen i 2020. Afprøvningsfasen inddrages derfor i to perioder - baseret på bredden af målgruppen - og strakte sig fra oktober 2018 til december 2020. I første periode centrerede prøvehandlinger sig omkring tema 1 og 2 beskrives nedenfor, og var generelt med et systemisk perspektiv og derfor omfattende. I anden periode blev prøvehandlingerne søgt nedskalaret til lille skala med afprøvning på enkelte individer men med et styrket fokus på spillet mellem systemer. Grundet COVID-19 pandemien blev arbejdet med prøvehandlingerne - herunder skalering af afprøvningserne som grundlag for eventuel implementering - forsinket betydeligt.

De prøvehandlinger, som af aktørkredsen er vurderet som havende potentiale efter de indledende test, er derfor samlet i et udkast til en samarbejdsaftale som afsæt for det videre fælles udviklingsarbejde om sammenhængende alkoholbehandling (bilag 5).

Som led i afprøvningsfasen er der foretaget løbende evaluering af metoder og mødeformater anvendt som grundlag for udarbejdelse af en samarbejdsmodel. Det fælles udviklingsforløb om afprøvninger fremmer dialog og relationsdannelse på tværs af alle aktører og alle organisationer og skaber den fælles kulturudvikling, der er fundamentet i en ny samarbejdsmodel.



Den sidste fase er en **evalueringssfase** med fokus på opsamling af læring med potentiale for det fremadrettede samarbejde på tværs af aktørkredsen. Her udarbejdes det endelige udkast til både en samarbejdsaftale og en samarbejdsmodel.

En samlet oversigt over aktiviteter er gennemført i **Sammenhængende Patientforløb** med tilhørende metoder og læring, som er skitseret i aktivitetsoversigten i bilag 1.

OVERORDNEDE TEMAER ETABLERET FOR PRØVEHANDLINGER:

1. At gøre den fælles patient kendt

Kendskab til den fælles patient på tværs af aktører er en forudsætning for sammenhæng i forløb

2. Fagligt frirum og beslutningskraft

Medarbejdere skal have kompetence og handlemulighed til at skabe de rette løsninger omkring den enkelte patient/patientgruppe

3. At gøre den socialt udsatte patient til en 'hjerterpatient'

Alle fagpersoner ved hvad de skal gøre hvornår, for at man som samlet hold kan levere den bedst mulige behandling for patienten

4. Rette patient i rette seng

Vi skal bruge ressourcerne fornuftigt

TRIPLE AIM

Triple Aim fra Institute of Healthcare Improvement (IHI) har været anvendt som overordnet ramme – dvs. i både design og udvikling har der været samtidig og lige fokus på bedre sundhed og trivsel for målgruppen, bedre patientoplevelse kvalitet og mere fornuftig brug af de samlede ressourcer. Initielt blev der formuleret ønsker om at realisere resultater indenfor alle tre måleparametre i *Triple Aim* på populationsniveau. Noget som siden måtte revideres grundet udviklingen i projektet som følge af COVID-19 pandemien.

FORBEDRINGSMODELLEN

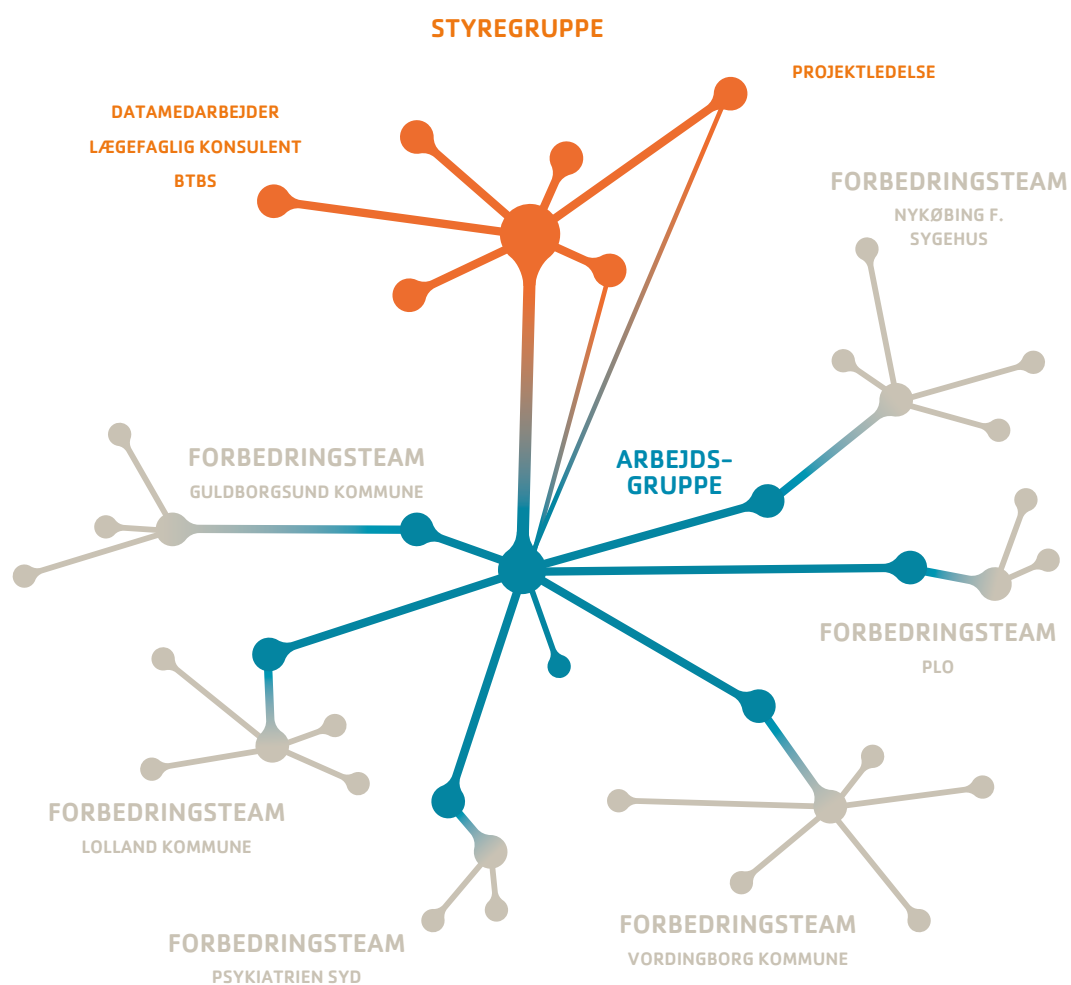
Sammenhængende Patientforløb har anvendt *forbedringsmodellen* (DSFP 2020) som metodisk tilgang i tråd med anbefalinger fra Det Nationale Kvalitetsprogram og de tidligere erfaringer hermed i regi af samarbejdet omkring **Broen til Bedre Sundhed**. Relevante værktøjer er således introduceret og anvendt løbende på tværs af aktørkredsen, ligesom løbende indsamling og brug af data var tænkt ind fra start og anvendelsen tilpasset undervejs.

Vores erfaringer med brug af konkrete værktøjer fra *forbedringsmodellen* til etablering af fælles metode og sprog i forbedringsarbejdet på tværs af aktørkredsen er skitseret i metodeoversigten – bilag 2.

Overordnet set viser tilbagemeldingerne, at forbedringsmetoden med udvalgte værktøjer giver personalet med direkte borger/patientkontakt et redskab til at arbejde med forbedringsprocesser i et højt tempo. Men for at nå målene er det nødvendigt, at der er ledelsesmæssigt engagement og opbakning til forbedringsarbejdet.

PROJEKT-ORGANISATION

Sammenhængende Patientforløb er organiseret med 3 niveauer (figur 1).



Figur 1

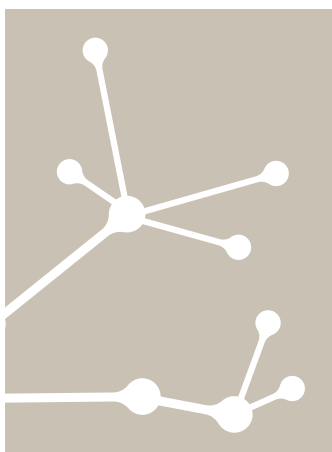


STYREGRUPPE

Der er nedsat en tværsektoriel styregruppe med 11-12 repræsentanter på strategisk niveau fra de involverede organisationer dvs. en udvidet chef- og ledergruppe er vanligvis repræsenteret i KSS og KSP. Styregruppens rolle er at fastlægge det overordnede emne og målgruppe for udviklingsarbejdet og udpege repræsentanter til arbejdsgruppen og det lokale forbedringsteam. Styregruppen har ligeledes haft ansvar for at bane vej for organisatoriske barrierer internt og på tværs, sikre relevante ressourcer løbende baseret på udviklingen og sikre den interne kommunikation og forankring ift. organisationens øvrige prioriteter. Gruppen har mødtes 4-6 gange årligt.

ARBEJDSGRUPPE

Under styregruppen er der nedsat en arbejdsgruppe med 11-13 medarbejdere dvs. en gruppe af mellemledere, nøglemedarbejdere og faglige eksperter, der har til opgave at koordinere og udvikle fælles løsninger. Arbejdsgruppen har fungeret som det egentlige maskinrum for udviklingsarbejdet. Arbejdsgruppen blev justeret undervejs i forbindelse med en fokusering af målgruppen. Der er afholdt regelmæssige møder i gruppen – typisk med 1-2 måneders interval.



FORBEDRINGSTEAM

Hver organisation har derudover haft ansvar for at etablere og vedligeholde et lokalt forankret forbedringsteam, der fungerer som bindeled mellem den lokale praksis og ideudvikling. Hver organisation har udpeget en kontaktperson, som indgår i arbejdsgruppen og samtidig er aktivt deltagende i organisationens forbedringsteam for at sikre kendskabet og informationsstrøm til arbejdsgruppen og projektleder. Forbedringsteamets vigtige rolle er erkendt og udviklet undervejs i takt med samarbejdets udvikling.

PROJEKTLEDELSEN

Projektledelsen er undervejs tilpasset af flere omgange fra indledningsvist at være forankret i sekretariatet for **Broen til Bedre Sundhed** for derefter at blive varetaget af en kommunalt forankret projektleder og i afsluttende projektår at blive varetaget af en delt projektledelse på tværs af både kommune og sygehus.



DATAUNDERSTØTTELSE

Broen til Bedre Sundhed har løbende bidraget til både projektudvikling, processtyring og dataunderstøttelse ved deltagelse af lægefaglig konsulent og data specialist, ligesom sekretariatet har forestået den løbende afrapportering til **TrygFonden**.

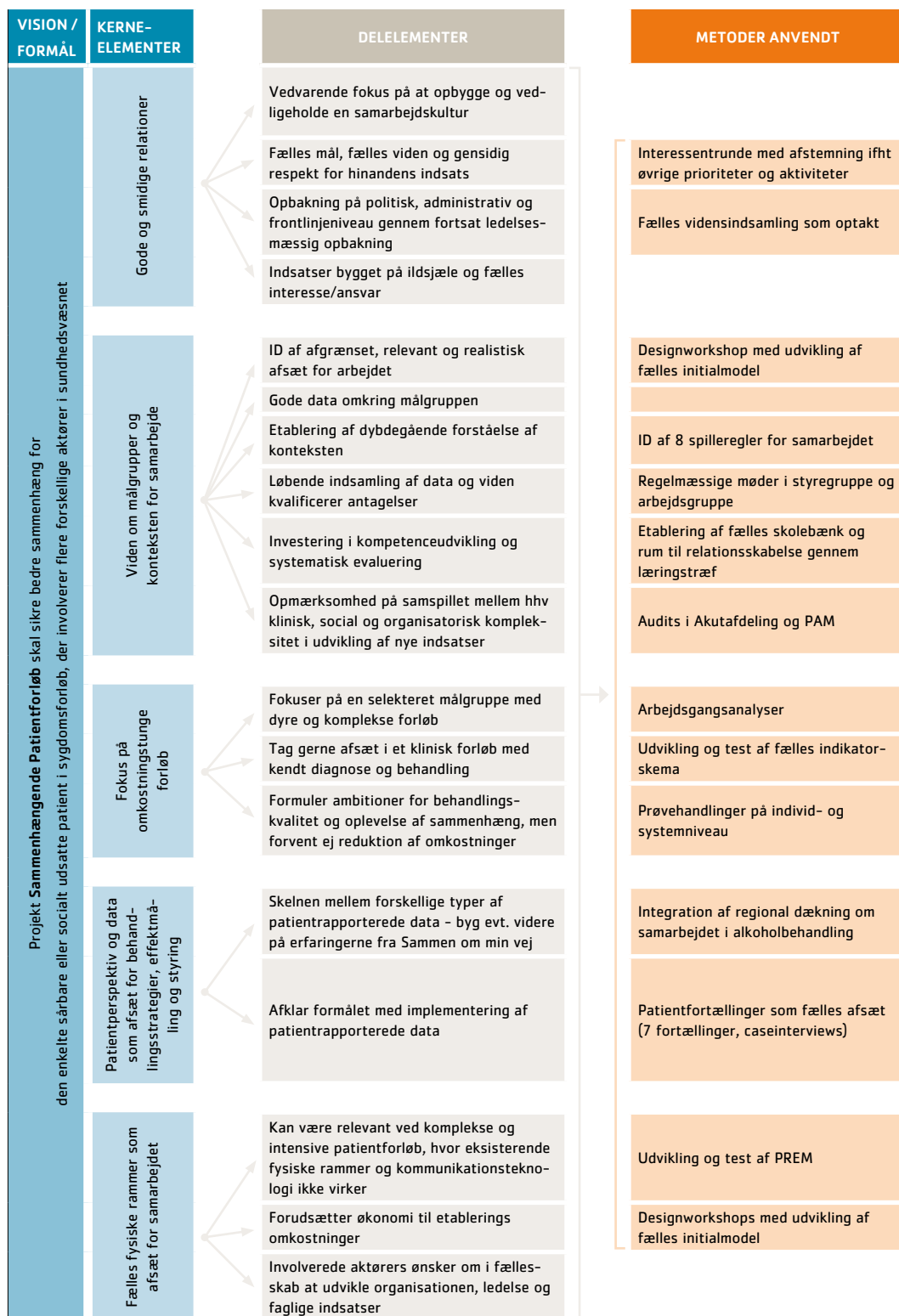
5 KERNE- ELEMENTER

Med afsæt i gennemgang af litteratur og erfaringer med samarbejdsmodeller og sammenholdt med den konkrete kontekst og aktørkredsens indledende ambitioner omkring **Sammenhængende Patientforløb** formulerede **VIVE** fem kerneelementer, som aktørkredsen med fordel kunne integrere som fundament for det videre arbejde. De fem kerneelementer er nærmere beskrevet i bilag 3.

VIVE konkluderede, at udvikling og implementering af meningsfulde samarbejdsmodeller fremstår som en kontekstafhængig opgave, hvor det er vigtigt at udvikle – og vedligeholde – løsninger skræddersyet til de lokale behov.

VIVE konkluderede ligeledes, at der var mange vigtige ligheder mellem litteraturens anbefalinger og afsættet for arbejdet med **Sammenhængende Patientforløb**. Dette inkluderede den lokale organisering og ønsker om at arbejde systematisk med relationel koordinering (Gittel 2012) og de lokale eksisterende erfaringer ved at følge strategier for forbedringsarbejde gennem trinvis udvikling og afprøvning. Det anbefales at inddrage den i regi af **Broen til Bedre Sundhed** veludviklede kapacitet til at analysere patient- og omkostningsdata på tværs af sektorer. Samtidig påpegede **VIVE** vigtigheden af, at aktørkredsen fik tilpasset ambitionerne til at omhandle et afgrænset, relevant og realistisk problemfelt.

Kerneelementerne blev præsenteret for styregruppen, som med afsæt i delmålet om udvikling af en stærkere samarbejdskultur planlagde det videre forløb for udviklingsfasen og lagde grundstenene til organisering og format for det videre arbejde. Efterfølgende har de fem kerneelementer med tilhørende delelementer ikke været anvendt systematisk i udvikling af afprøvninger eller opbygning af samarbejdskultur. Den valgte arbejdsform har langt hen ad vejen adresseret delelementerne efterhånden, som projektet har udviklet sig. De anvendte metoder i relation til de fem kerneelementer fremgår af figur 2 nedenfor. Metoderne er som tidligere nævnt nærmere beskrevet i bilag 2.



Figur 2 - Anvendte metoder i relation til de fem kerneelementer.

LÆRING I RELATION TIL KERNE- ELEMENTERNE

Nedenfor sammenfattes udvalgte læringspunkter i relation til de anbefalede kerneelementer.

TILPASNING AF AMBITIONERNE TIL ET AFGRÆNSET, RELEVANT OG REALISTISK PROBLEMFELT

Aktørkredsens ambitioner for **Sammenhængende Patientforløb** var set i bagklogskabens lys for store i forhold til de allokerede ressourcer og aktørkredsens grad af parathed i forhold til at skulle tilpasse egne organisationer og arbejdsgange. Med afsæt i erfaringerne fra **Sammen om Min Vej** var forventningen, at vi i fællesskab skulle udvikle en mere systemisk tilgang, hvor sårbare borgere systematisk blev identificeret og hjulpet i et sammenhængende helhedsorienteret forløb, inden det blev rigtigt ressourcetungt. Segmentering af populationen og patient rapporterede data skulle understøtte både udvikling og styring.

Som følge heraf blev første serie af prøvehandlinger defineret med afsæt i relativt store grupper af patienter med relativt mange fagpersoner involveret f.eks. udformning og test af *en bekymringshenvendelse* med henblik på at gøre den fælles patient kendt på tværs. Bekymringshenvendelsen blev afsendt af frontpersonaler i både akutafdeling på Nykøbing F. Sygehus og Psykiatrisk akutmodtagelse (PAM) til visitationen i alle tre kommuner for op mod 100 patienter i de første faser af prøvehandlingen. Dette blev med forventning om en helhedsorienteret opfølgning i kommunerne tilpasset den lokale organisering, jf. aktivitetsoversigten bilag 1. Det var således svært at skabe fælles afsæt og oplevelse af fremgang på tværs af aktørgruppen.

Med anden serie af prøvehandlinger lykkedes det at afgrænse problemfeltet i en grad, hvor det kunne oversættes direkte til de enkelte aktørers egne organisationer og kerneopgaver. Prøvehandlingerne blev herefter formuleret ud fra tre indsatsområder af den samlede arbejdsgruppe og afprøvet omkring få borgerforløb og med involvering af få fagpersoner før stillingtagen til eventuel yderligere afprøvning i større skala. Den videre skalering blev sat i stå af pandemiens bølge 2 ved afslutningen af afprøvningsfasen og overgang til implementering.

EN KLART DEFINERET MÅLGRUPPE SOM FORUDSÆTNING FOR SUCCES

Indledningsvist blev målgruppen defineret som *“Borger/Patienter, der ofte er indlagt, har flere kroniske diagnoser, sociale problematikker, misbrug eller en kombination heraf”*. Den brede definition blev bevidst fastholdt gennem de første 12 måneder af afprøvningsfasen for at give aktørerne plads til at fokusere på undergrupper (identificeret gennem de indledende audits) af særlig relevans for egen organisation og dermed tilpasse interventionen derefter f.eks. ønskede Lolland Kommune at fokusere på subgruppen af unge med akutte afbrusningsindlæggelser, mens Vordingborg Kommune fokuserede på en bred målgruppe med et opfølgende besøg eller kontakt fra kommunens sygeplejersker efter akut indlæggelse. Den brede målgruppe blev altså oversat meget forskelligt af de enkelte aktører og gjorde det vanskeligt at udvikle prøvehandling med relevans for hele kredsen. Den brede målgruppe gav ikke et tilstrækkeligt grundlag for at arbejde med forbedringer på tværs af aktører, men bidrog alligevel i varierende grad som kickstarter af en intern dialog om systemtænkning på tværs af enheder/centre / afdelinger / forvaltninger og almen praksis.

Målgruppen blev genbesøgt og forsøgt konkretiseret adskillige gange på både arbejdsgruppe og styregruppeniveau, men først da målgruppen i foråret 2020 blev afgrænset, lykkedes det at sætte skub i den fælles udvikling.

Justeret målgruppe:

“Patienter, der ofte er indlagt på Akutafdelingen på Nykøbing F. Sygehus og Psykiatrisk Akutmodtagelse i Psykiatrien Syd, har et alkoholmisbrug, flere kroniske diagnoser, sociale problematikker eller en kombination heraf”.

AT SÆTTE DET RIGTIGE HOLD

Målgruppens afgrænsning har ligeledes vist sig afgørende for styregruppens mulighed for at sammensætte det rigtige hold i forhold til at identificere fælles udfordringer, udvikle en fælles tilgang og oversætte til forbedringer med specifikke indsatser i egen organisation (Jørgensen m.fl. 2016). Med den brede målgruppe var det svært at motivere og engagere medlemmerne af arbejdsgruppen ind i et fælles udviklingsarbejde. Styregruppen bemærker derfor afgrænsningen af målgruppen som afgørende for at lykkes med at *“motivere og engagere”* og *“finde dem der føler ejerskab og ægte interesse”* (fokusgruppeinterview) – altså identificere ildsjælene og dem med følelse af fælles ansvar som anbefalet af **VIVE**.

Styregruppen har udpeget medlemmer til arbejdsgruppen ud fra en vurdering om, at medarbejderens kompetencer og placering i egen organisation kan bidrage til de ønskede resultater.

Enkelte medarbejdere havde forudgående erfaring med forbedringsarbejde eller anden innovationskompetence, hvilket har bidraget positivt til både proces og resultat. Disse medarbejdere har udvist autoritet til at stille spørgsmålstegn til de vanlige løsninger og taget et bredere ansvar for at udvikle nye fælles løsninger. Desuden kan vi se en direkte sammenhæng mellem deltagerens netværkskompetence og det at lede og drive forandringsprocesser i egen organisation.

Det er vores vurdering, at holdet kan inspirere hinanden og lade sig understøtte af hinandens kompetencer undervejs. Det er vigtigt at have blik for såvel de faglige og beslutningsmæssige kompetencer som de kompetencer indenfor innovation og netværksskabelse, når holdet sættes.

Undervejs har vi kunnet se, at arbejdsgruppen blev skarpere til at sætte spørgsmålstejn ved egen rolle, egne kompetencer og erfaring ind i forbedringsarbejdet og søgte frihed til selv at justere gruppen med de nødvendige kompetencer og nøglepersoner.

ONBOARDING

– ET NØDVENDIGT ONDE MEN OGSÅ EN GAVE

Et dynamisk hold (Jørgensen m.fl. 2016) forudsætter løbende behov for onboarding (Jørgensen m.fl. 2016) i form af introduktion af nye ansigter på alle niveauer. I et treårigt projekt som **Sammenhængende Patientforløb** har der naturligt været mange udskiftninger på alle niveauer – som intenderet udskiftning baseret på den løbende læring og udvikling i projektet og som led i jobskifte.

Onboarding omfatter fortællingen om, hvad der er sket hidtil, metoderne, samt koblingen til den fremadrettede proces med en vigtig stillingtagen til egen organisering, hold, spilleregler, udfordringer, ledelsesopbakning og engagement i det fælles projekt.

Onboarding blev i stigende grad et opmærksomhedspunkt for projektledelsen, da den interne onboarding varierede betydeligt fra aktør til aktør. Erfaringen viser, at effektiv onboarding bør systematiseres på alle niveauer af organisationen og varetages i samspil mellem projektledelse og repræsentant fra det niveau, som den nye person træder ind på (fx arbejdsgruppe eller styregruppe) ligesom koblingen fra f.eks. arbejdsgruppemedlem til styregruppemedlem skal skabes som led i, at en ny repræsentant træder ind i arbejdet.

Onboarding møderne er relativt ressourcekrævende, men giver samtidig et refleksionsrum, hvor temperaturen på samarbejdet tages og input til justeringer, der ellers kan udeblive på møderne, kommer frem.

DATA OG BRUGERINDDRAGELSE

– NICE TO HAVE OR NEED TO HAVE

Løbende indsamling og brug af data indgår som en af hjørnestenene i både *forbedringsmodellen* og **VIVE**'s anbefalinger. Aktørkredsen havde indledningsvist en forventning om at kunne bygge videre på den lokale ydelses- og omkostningsdatabase fra **Sammen om Min Vej**, men grundet langvarige begrænsninger i tilgængelighed af data fra nationale registre forblev dette ikke en mulighed.

Aktørkredsen søgte derfor at etablere en mere dybdegående forståelse af målgruppen og tilknyttede forløb gennem flere audits, samt gennem udvikling og test af et fælles indikatorskema på tværs af sygehus og kommuner. Disse dataformer viste sig at være ressourcekrævende og

bidrog ikke effektivt til at skabe en fælles systemtænkning, men opretholdt i nogen grad 'os og dem' mentaliteten i analysen af forløb. Dog bidrog *bekymringshenvendelsen* og data indsamlet på tværs af aktører heromkring med en segmentering af populationen og bidrog til i stedet, at målgruppen kunne indsnævres.

Patientperspektivet blev indledningsvist søgt belyst gennem udvikling og test af et sæt spørgsmål stillet til patienter, som havde accepteret fremsendelse af en bekymringshenvendelse til kommunens visitationer efter en akut indlæggelse på enten Akutafdeling eller PAM. Grundet den manglende ensartethed i kommunernes iværksatte opfølgning viste dette værktøj sig som uegnet både i forhold til aktør, tidsmæssig sammenhæng med udskrivelsen og omfang af eventuelle supplerende indsatser iværksat. Indsamling af de patientrapporterede data blev således indstillet som led i COVID-19 nedlukningen foråret 2020 og blev ikke genoptaget ved de efterfølgende aktiviteter omkring den afgrænsede målgruppe.

Erfaringer med brug af patientfortællinger har derimod bidraget effektivt til at illustrere, hvor 'knasterne' i patientforløb findes, hvordan patienter oplever mødet med sundhedsvæsenet og bidraget med konkrete forslag til forbedringer.

Vi har anvendt flere former for patientfortællinger, som hver især har bidraget til udviklingen:

- a. Minicases vinklet til den enkelte aktørs kontekst som værktøj i konkretiseringen af målgruppen eller som illustration af overgange i forløb som led i arbejdsgruppemøder.
- b. Mere dybdegående patientfortællinger baseret på metoden *7 Stories*, hvor patienter og medarbejders perspektiv på praksis hjalp med at identificere knasterne. Vi anvendte denne metode som led i etablering af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt, som optakt til arbejdet i den tilpassede arbejdsgruppe efter afgrænsning af målgruppen foråret 2020.
- c. Patientfortælling i form af et interview med en tidligere alkoholmisbruger om hans oplevelse af den behandling og støtte han fik tilbudt, som led i sit patientforløb på tværs af alle aktører. Dette fungerede som en effektiv reminder i forhold til den fælles brændende platform, men kvalificerede også flere af de igangværende prøvehandlinger.

Vores læring er, at fælles data i form af praksisnære fortællinger er mindre ressourcekrævende og direkte anvendelig i forhold til små afprøvninger. Mens kvantitative data omkring patientforløb på tværs af aktører kræver større investering (indhentning, kvalitetssikring og bearbejdning) før, de er anvendelige i udviklingsarbejdet.

FORTSAT LEDELSESMÆSSIG ENGAGEMENT OG KOMPETENCE TIL FORANDRINGSLEDELSE

VIVE fremhæver fortsat ledelsesmæssigt engagement som afgørende for relevant opbakning på både politisk og administrativt niveau. Dette er afgørende for at sikre kompetence og engagement blandt de frontmedarbejdere, som skal udvikle og implementere forbedringsinitiativerne. Særligt har lederne en opgave i forhold til proaktiv konfliktløsning at skabe et innovativt frirum, hvor medarbejdere kan udvikle ideer og løsninger i et ligeværdigt samarbejde og slutteligt den vigtige opgave i at bane vejen for de fælles løsninger i egen organisation.

Aktørkredsen havde fra start en ambition om, at 'plejer' ikke skulle have lov til at sætte barren og der skulle skabes et samarbejde med plads til innovation på flere niveauer. Dette viste sig dog at være vanskeligt og krævede en betydelig og gradvis modning i samarbejdet.

Et styregruppedlem bemærker i fokusgruppeinterviewet, at det har været udfordrende undervejs i at springe ud i det ukendte samtidig med, at man i egen organisation bliver afkrævet resultater i forskellige sammenhænge.

“Det er svært at kapere når vi har en masse opgaver igennem i vores system. Så er det rigtig svært at sige ja til – nu stopper vi op og leger lidt frit og lad os se hvad der sker, fordi vi bliver afkrævet resultater i alle mulige sammenhænge. Vi vil gerne borgeren det bedste.”

Det blev lettere i kraft af, at prøvehandlingerne blev mindre, og orienteret om få patientforløb.

Undervejs ytrede flere af styregruppens medlemmer ønske omkring fælles viden og fælles tilgang til det at være leder for en forbedringsindsats. Desværre blev den planlagte fællesundervisning aflyst grundet sygdom hos oplægsholder og kort efter indtraf coronapandemien. Gennemførelse af undervisningen blev derfor nedprioriteret. Fremadrettet vil det være relevant at indtænke en fælles introduktion til sundhedsstrategisk forbedringsarbejde på både arbejdsgruppe- og styregruppeniveau.

På arbejdsgruppeniveau fandt der også en gradvis udvikling sted. Flere i arbejdsgruppen bemærker i fokusgruppeinterviewet, at hvor de lykkes med at forbedre på tværs, er der, hvor beslutninger kunne imødekomme borgerens behov og hvor de kunne handle på det, de er udfordret på til hverdag. Et arbejdsgruppemedlem bemærker:

“Det begynder at gøre noget lige så stille, og så er det nu vi øver os. Det er der, hvor det bliver praksisnært og virkelig kan mærkes at, hov, det er det her vi gør! Hov når vi gør det, så skal jeg faktisk til at rette noget i min organisation, hvor det kan blive endnu bedre.”

Oplevelsen af ledelsesopbakning varierer mellem organisationerne og over tid. Fokusgruppeinterviews og løbende dialog har illustreret, at enkelte deltagere i arbejdsgruppen trods egen ledelsesmæssig rolle ikke altid har følt opbakning fra ledelsen til at gå hjem og afprøve i egen organisation. Hvor der er en oplevelse af ledelsesopbakning, har der været en opmærksomhed på at klæde sine deltagere på/onboard og der har været en løbende sparring med forbedringsteamet i mellemrummene. Vi kan se en klar sammenhæng mellem oplevet ledelsesopbakning og om deltagerne har udvist ansvar for at skabe fremdrift i det fælles udviklingsarbejde.

Der hvor der i mindre grad har været oplevelse af ledelsesopbakning, er der, hvor deltagerne i mindre grad er blevet klædt på til opgaven og der har været behov for betydeligt øget opfølgning fra projektlederen for at kunne lykkes med forbedringerne.

Arbejdsgruppemøderne blev oprindeligt etableret som fælles maskinrum til at udvikle, drive og lede forbedringsinitiativer. På trods af en arbejdsgruppe med ledelsesmandat i egen organisation var det svært at skabe forbedringer i egen organisation. Med involvering af nøglemedarbejdere som led i læringstræf og den efterfølgende etablering af forbedringsteams lykkedes det for arbejdsgruppens medlemmer at etablere et maskinrum i egen organisation. Et maskinrum, som kunne teste og yderligere udvikle på ideer i mellemrummene mellem møder og dermed fremdrift. Fremadrettet bør etablering af maskinrum med forbedringsteam prioriteres fra begyndelsen og der bør bruges den nødvendige tid og rum til at organisationerne internt mødes og opbygger relationer.

LÆRINGSTRÆF SOM FÆLLES SKOLEBÆNK OG INNOVATIONSVÆRKSTED

Trods fælles ambitioner og mange gode tanker i forhold til organisering med relevant forankring på flere niveauer, et praksisnært afsæt med afprøvninger i mindre skala og etablering af en styrket samarbejdskultur gennem regelmæssige møder med fokus på både innovationsunderstøttende processor og relationel koordinering for både arbejdsgruppe og styregruppe var det først med introduktion af læringstræf, at koblingen mellem de tre organisatoriske niveauer blev operationel i forhold til at skabe fremdrift og fælles udvikling. Forinden havde de fælles ambitioner og mange gode tanker i forhold til organisering med relevant forankring på flere niveauer. Der var et praksisnært afsæt med afprøvninger i mindre skala og etablering af en styrket samarbejdskultur gennem regelmæssige møder med fokus på både innovationsunderstøttende processer og relationel koordinering for både arbejdsgruppe og styregruppe.

Introduktion af læringstræf og deraf styrkelse af forbedringsteams har derfor haft indflydelse på arbejdsgruppens handlekraft i forhold til at drive forbedringsarbejdet fremad. Arbejdsgruppens møder blev herefter i tiltagende grad præget af værdier som helhedstænkning fremfor kassetænkning i opgaveløsningen.

Der er afholdt i alt tre fælles læringstræf. Program for dagen har fokuseret på værktøjsbaseret undervisning omkring den fælles metode (forbedringsmetoden) og gensidig erfaringsudveksling, udvikling og opfølgning på de prioriterede prøvehandling med systematisk anvendelse af netop forbedringsmetodens værktøjer. Evaluering af samarbejdet og arbejdsformen har ligeledes været en del af samtlige læringstræf som afsæt for udvikling af anbefalinger for det videre tværsektorielle samarbejde. Den faste involvering af patientperspektiver, som tidligere beskrevet, har bidraget til den fælles viden og fælles mål.

De gentagne møder på tværs af organisationerne medvirkede til et skærpet systemperspektiv og en forståelse af, hvordan hinandens systemer fungerede og hvorledes de gensidigt påvirkede hinanden. Det har givet plads til hurtige og små praksisnære afprøvninger. I første omgang var fokus ikke nødvendigvis på, at afprøvningen skulle lykkes eller ej, men at selve samarbejdet blev styrket til at fortsætte de igangværende afprøvninger. Relationel koordinering bidrog til positive læringsspiraler, som illustreret af udsagn fra arbejdsgruppens medlemmer:

“Den måde vi kan løse vores sektorovergangsproblemer fremadrettet, er netop den måde - at vi kan sidde frit her og snakke om det - uden at pege fingre”.

Procesledelse og gode undervisere har været et vigtigt element i samtlige læringstræf.

Gruppen har gennemgået en betydelig udvikling undervejs. Første læringstræf førte til en erkendelse af, at der var behov for at *“gøre noget hjemme i egen organisation først”*. Første step var at erkende, at man ikke selv leverer perfekt og der er ting, der skal forbedres hos en selv før, der kan forbedres på tværs. På andet læringstræf lykkedes det for alvor at sætte borgeren i centrum og erkende at opgaveløsningen, er noget, der finder sted udover egen organisations grænser.

“Det at læringstræffet giver en tryk ramme, er med til at konsolidere den relation der bliver skabt, men også lige så meget en synergieffekt når det er, man sætter sig sammen”.

Et arbejdsgruppemedlem bemærker i fokusgruppeinterview, at der er sket en modning i samarbejdet undervejs i gruppen – hen imod en mere tillidsfuld og åben dialog om de fælles udfordringer, mens et andet styregruppemedlem bemærker værdien i at samles

Læringstræffene har således bidraget til at nedbryde siloer og styrket samarbejdskulturen ved at blande organisationer og fagligheder i udviklingsgrupper fokuseret på udvikling og test af konkrete prøvehandlinger. Grundet coronapandemien var vi nødsaget til at mødes virtuelt på arbejdsgruppemøderne i den afsluttende del af projektet, hvilket dog blev modtaget positivt, da både format og deltagere på det tidspunkt var kendt for de fleste.

Læringstræf er en effektiv måde at opbygge kompetencer, relationer og netværk. Etablering af læringstræf har været afgørende for udviklingen af et egentligt innovationsrum i **Sammenhængende Patientforløb** og bør integreres som en væsentlig del af fremtidig tværsektorielle udviklingssamarbejder.

INNOVATION KRÆVER PLADS OG FÆLLES SPILLEREGLER

Erfaringen viser, at selv med fælles og dybdegående forståelse af konteksten for **Sammenhængende Patientforløb**, så påvirkes udviklingssamarbejdet også af mange andre kontekster. Dermed bliver udviklingen i projektet og tilhørende samarbejdsrelationer direkte eller indirekte påvirket af samtidigt eksisterende uenigheder om opgavedelegation under sundhedsaftalen, økonomiske rammer eller politiske processer omhandlende helt andre problemstillinger.

Der skal derfor skabes og værnes om plads til innovation –gennem daglig ledelse i egen organisation og via samarbejdsflader på arbejdsgruppeniveau og i praksis særligt som ledelsesmæssig prioritering og et fortsat opmærksomhedspunkt i egen organisation og i tværgående samarbejder på styregruppeniveau. Innovation får sin plads, hvor problemer kan identificeres og løsninger kan udvikles som led i hverdagens møde mellem patient/borger og fagperson (Jørgensen m.fl 2016, Daugbjerg 2020).

Med **Sammenhængende Patientforløb** søgte vi i designfasen at udvikle et sæt spilleregler, som kunne understøtte styregruppe og arbejdsgruppe i at sikre fremdrift og commitment i det fælles udviklingsarbejde. Et sæt spilleregler for samarbejdet, som blev formuleret før etablering af det fælles læringstræf. Spilleregler er oplistet i figur 3 på næste side.

Spillereglerne har ikke været anvendt systematisk på styregruppeniveau, men har indgået som designkoncept for læringstræf. Det vurderes, at fælles udformning og videre brug af spilleregler som led i mødeplanlægning og afvikling kan bidrage til en god forventningsafstemning og ramme for det fælles arbejde

FÆLLES FYSISKE RAMMER ER INGEN FORUDSÆTNING FOR INTEGRATION

VIVE henviser til, at fælles fysiske rammer kan være relevant ved komplekse og intensive patientforløb. Særligt hvor eksisterende fysiske rammer og kommunikationsteknologi ikke er tilstrækkelige i forhold til at understøtte sammenhæng i indsatsen. Det optimale billede (fuld integration) fremhæves som et, hvor medarbejdere er samlet på én lokalitet, har fælles system og kommunikerer og samarbejder som et team med et helhedssyn på borgeren.

Vores erfaring har vist, at også uden fælles fysisk ramme kan vi med relationel koordinering skabe en teamånd og mere helhedsorienteret syn på borgers forløb i indsatserne. Aktørernes bevidsthed om eget bidrag i forhold til at få det samlede forløb til at spille på tværs af systemet kan styrkes. Dette er selvfølgelig langt fra implementeret, men giver grund til optimisme i forhold til at skabe synergi omkring borgerens forløb uden, at der etableres fælles fysiske rammer.

SPILE- REGLER

1) Afklar briefing ved hvert møde – hvem gør hvad og hvornår?

Det er en fælles opgave at sikre, at alle deltagere er orienteret efter et møde – også dem som ikke var tilstede, så skævvridning mellem aktører i forhold til viden og handling undgås.

2) Koordiner indsatsen i mellemrummene med deadlines for at lykkes med det tværgående arbejde.

Manglende klarhed over aftaler i mellemrummene samt uforudsete hændelser udfordrer det tværgående samarbejde og skaber stilstand.

3) Sæt borgeren i centrum

Det giver energi og motivation, når det tværgående arbejde kræver en ekstra indsats.

4) Begynd med drømmen og en fælles vision

Og hold fast i den når udfordringer og praktik dominerer eller motivationen daler.

5) Vær konkret og skab overblik i fællesskab

6) Bevæg jer fysisk, så I kan bevæge jer mentalt

Variation i mødeform skal anvendes ved længere møder.

7) Vurdér en prøvehandling ud fra følgende:

- hvilken værdi skaber det for borgeren?
- hvilken værdi skaber det for de involverede organisationer?
- Hvordan understøtter prøvehandlingen, at vi kan lære og blive bedre til samarbejde på tværs?

8) Sørg for, at der er beslutningskompetence til stede i rummet

Figur 3

IMPLEMENTERINGS- MODEL

- 10 FOKUSOMRÅDER TIL UDVIKLING AF EN SAMARBEJDSMODEL

Der findes adskillige gode bud på implementeringsmodeller, som understøtter bedre integration af sundhedstilbud – herunder øget sammenhæng på tværs af forskellige aktører. **VIVE** henviser i deres vidensafdækning til modeller udviklet i regi af blandt andre Institute for Healthcare Improvement (IHI) og National Health Service (NHS) i England med deres storstilede program *New Care Model Programme*. I sidstnævnte beskrives 10 fokusområder i figur 4 nedenfor, som bør prioriteres i udviklingen af en lokalt forankret samarbejdsmodel. Der er mange fællestræk imellem modellerne med tilhørende faser og fokusområder.

Sammenhængende Patientforløb blev oprindeligt planlagt med tre overordnede faser bestående af en forberedelsesfase, en designfase og en afprøvningsfase – helt i tråd med de øvrige modeller. Undervejs har processen ført os gennem de tilhørende fokusområder og overvejelser uden systematisk at have fulgt de eksisterende modeller. Vi har undervejs bevæget os indenfor flere af fokusområderne samtidigt – og ikke sjældent i vekslende rækkefølge afhængigt af den pågående udvikling i projektet og aktuelle kontekst. Vores erfaring er således i fuld overensstemmelse med **VIVE**'s konklusion af, at udvikling af en samarbejdsmodel tager bedst afsæt i et oplevet problem og den lokale kontekst.

Vi finder det dog alligevel relevant at opsummere vores fælles læring i forhold til fokusområderne i implementeringsmodellen og formidle vores anbefalinger ind i et fremadrettet udviklings samarbejde omkring komplekse patientforløb.

Overordnet set er vores erfaring, at det er relevant med en grundig forberedelsesfase som afsæt for arbejdet og en inspirerende udviklingsfase med rum til at være nysgerrig og en nøje tilrettelagt proces i forhold til at understøtte det videre innovationsrum. Vi finder det relevant at tilføje yderligere *en afprøvningsfase* i modellen imellem udviklings- og implementeringsfasen. Dette er for bedre at afspejle det betydningsfulde og ressourcekrævende arbejde, det er at omsætte ideer til konkret handling. Heri ligger afprøvning i lille skala og gradvis skalering, der sikrer, at medarbejdere føler sig trygge i afprøvningen før den bredes ud og skaleres i større skala i implementeringsfasen.

Afprøvningsfasen adskilles ikke fra implementeringsfasen, det er baseret på en forventning om et vist overlap, da der i den fælles tværgående løsning omkring et komplekst problem indgår et utal af større og mindre forbedringer, som hver især bliver implementeret efterhånden, som de er afprøvet i tilstrækkeligt omfang.

De 10 fokusområder skrives ind i en perspektivering og anbefaling af det videre arbejde, der munder ud i et forslag til en fremadrettet samarbejdsmodel. Modellen er nærmere beskrevet i Innovationsværkstedet - bilag 4.



Figur 4

FORBEREDELSESFASEN

1. FOKUSER PÅ EN KLART AFGRÆNSET POPULATION – FIND EN ARBEJDSDYGTIG MÅLGRUPPE

Det er vigtigt, at målgruppen kan oversættes direkte ind i kerneopgaven hos alle aktører. Det anbefales, at målgruppen har en prioritet i forhold til organisationernes individuelle målsætninger, men også er i overensstemmelse med prioriteterne for det tværsektorielle samarbejde f.eks. ved at tage afsæt i sundhedsaftalens fælles indsatsområder eller konkrete populationer, som fylder på tværs af aktørkredsen.

Der skal investeres tid og indsats i at få konkretiseret og fokuseret målgruppen fra starten – gerne med afsæt i kvantitative data på tværs af aktører i fald sådanne er tilgængelige – og gennem praksisnære fortællinger.

Processen kan understøttes med redskaber som interview af parterne eller patientfortællinger fra patienter/medarbejdere understøttet af mindre tværsektorielle audits.

I takt med at organisationerne modnes, kan man frisætte gruppen til i højere grad at brainstorme ideer som et redskab til at indkredse målgruppen.

Når målgruppen er foreløbigt afgrænset, bør den testes hjemme i egen organisation hos samtlige aktører, så enhver divergens i tolkning – og dermed grundlag for splittelse i den videre fælles udvikling – minimeres.

2. INVOLVER OG STYRK PRIMÆR SEKTOR OG PSYKIATRI FRA START

Sammenhæng i komplekse patientforløb forudsætter, at alle relevante aktører er med fra starten i forhold til at etablere et helhedssyn på patienten og dennes forløb. Derved bliver løsninger identificeret og opnået gennem forbedring af egne indsatser og i overdragelse af stafetten til andre aktører.

Organiseringen spiller her en vigtig rolle i forhold til at sikre magtbalancen mellem aktørerne. Alle aktørers stemme skal have samme vægt, når der skal tages beslutninger – uanset om der sidder én eller flere repræsentanter fra den enkelte organisation.

Samtidig skal beslutningsprocesser tilpasses beslutningskompetencen i de bidragende organisationer f.eks. kan en repræsentant for områdets praktiserende læger ikke træffe beslutninger på vegne af alle praktiserende læger i området og visse beslutninger skal derfor via eksterne beslutningsfora.

3. START DER, HVOR ENERGIEN ER – SÆT MEDARBEJDEREN FRI

Vi finder det relevant at overveje to aspekter som understøtter energi.

Det første aspekt er målgruppen eller problemfeltet. Mange finder det mest naturligt at tage afsæt i en fælles brændende platform dvs. et felt, hvor det ikke går godt og hvor der er umiddelbart behov for handling. Disse problemfelter er ofte komplekse og ressourcetunge – og kan dermed være svære at løfte. Men lykkedes det at gøre problemfeltet konkret, er det selvfølgelig en kæmpe sejr. En anden mulighed er at bygge videre på et eksisterende godt samarbejde, der er baseret på en allerede eksisterende samarbejdskultur.

Det andet aspekt er energien på holdet. Det er en forudsætning for et godt udviklingssamarbejde, at dem der bliver identificeret som bidragsydere, de også synes arbejdet er vigtigt og har lyst til at drive den udvikling – i de tværgående fora og hjemme i egen organisation.

Energien bevares ved at sætte medarbejderen fri til at identificere forbedringsideer og omsætte dem til afprøvninger i lille skala hjemme i egen organisation.

4. ETABLER RELATIONER OG FÆLLES FORSTÅELSE AF UDFORDRINGER – SÆT BORGEREN I CENTRUM

Det anbefales tidligt at investere i relationer og etablering af et fælles sprog, da dette udgør et vigtigt fundament for udvikling og forankring af det tværsektorielle samarbejde. Vi anbefaler at arbejde med en kombination af arbejds møder på arbejdsgruppeniveau og fælles udviklings- og læringsmøder ved såkaldte læringstræf.

Læringstræf skaber et afsæt for fælles skolebænk og dermed etablering af fælles sprog. De skaber mulighed for at lære sine samarbejdspartnere at kende som mennesker og som professionelle med øget viden om hinandens kompetencer, systemernes indbyrdes afhængigheder, muligheder og begrænsninger for den fælles opgaveløsning.

Anvendelse af patientfortællinger, som metode til at sætte borgeren i centrum, bidrager til at etablere en fælles problemforståelse, et mere helhedsorienteret syn på borgeren og identificere fælles mål og mulige løsninger.

Det anbefales tidligt i forløbet at investere i et fælles opstartsmøde for alle tre niveauer, der er designet med en relationsfremmende proces, der udvikler maskinrummet undervejs.

UDVIKLINGS- FASEN

5. ARBEJD OG EVALUER MED AFSÆT I FORANDRINGSTEORIER

Vi foreslår at bruge forbedringsmodellen med etablering af en fælles værktøjskasse og systematisk brug heraf inklusiv driverdiagram, systemtænkning (opmærksom på at det påvirker andre, de forbedringer man laver), arbejdsgangsanalyse, PDSA cirkler, løbende indhentning og læring fra data, brugerinddragende metoder fx patientfortællinger etc.

Der bør ligeledes etableres og tages afsæt i fælles viden. Relevante fagpersoner fra deltagende organisationer, eksperter og erfaring fra litteratur eller relevante initiativer afprøvet i andre sammenhænge eller geografier kan bidrage hertil.

I udviklingsforløbet kan et relevant afsæt for en evaluering være svær at formulere før ganske sent i udviklingsprocessen. Etablering af fælles viden og fælles mål – på baggrund af udvikling af en relevant forandringsteori – kan med fordel anvendes som afsæt for en senere evaluering.

6. LÆR AF ANDRE, MEN HUSK TILPASNING TIL LOKAL KONTEKST – DET SKAL KUNNE OMSÆTTES

Vi har gode erfaringer med at indhente læring fra både fageksperter og praksisbaserede eksperter i samtlige faser af projektet. Inspiration er hentet gennem VIVE's vidensafdækning, projektevaluering af **Sammen om Min Vej** (BTBS 2018) den regionale alkoholafdækning Region Sjælland i 2020, skriftligt materiale og dialog med repræsentanter fra Randers Klyngen (Randers Klyngen 2018), IHI's 90 dages læringscirkel (IHI 2020) samt tidligere erfaringer fra samarbejde med IHI og involvering af erfarne forandringsledere fra Delendorff Advisory i forberedelsesfasen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed i den afsluttende fase.

Oversættelsen til lokal kontekst kan foregå både direkte og indirekte. Direkte i de tilfælde, hvor læringen udefra oversættes direkte til den nye kontekst med varierende grad af bevidst tilpasning. Indirekte i de tilfælde, hvor læringen indgår som del af den fælles vidensbase, der ikke anvendes systematisk, men alligevel er forenelig og muligt formende for den videre udvikling i arbejdet.

Vi anbefaler, at aktørkredsen løbende genbesøger den indhentede læring fra andre, da relevansen kan blive mere tydelig efterhånden som samarbejdet og de fælles indsatser modnes og man dermed potentielt kan undgå at bruge ressourcer på afveje.

IMPLEMENTERINGS- FASEN

7. LAV ET 'MASKINRUM' FOR FORANDRING – SKAB RUM TIL INNOVATION


Vi anbefaler, at aktørkredsen etablerer et maskinrum tidligt i forberedelsesfasen med henblik på at understøtte en forankring, der er afgørende for en senere implementering af samarbejdets forbedringsindsats. Arbejdsgruppen udgør kernen af maskinrummet. Og her er etablering afgørende for, at arbejdsgruppen kan gå hjem i egen organisation og udvikle lokalt. Vi mener, at hvis forbedringsteamet er med fra starten, udvikles der også ejerskab til dét, der i sidste ende kommer til at være løsningen. Vi finder det relevant at ændre arbejdsgruppens betegnelse til innovationsgruppe. Dette er for at tydeliggøre gruppens arbejde i at udvikle og omsætte ideer til konkret handling.

Læringstræf og regelmæssige møder er den platform, der giver mulighed for at reflektere og tilføje viden og kompetence, hvor værktøjer under forbedringsmetoden tages i anvendelse. Her kan fælles brugerinddragende metoder bidrage med forstyrrelser og muligheder for at tænke innovative løsninger.

8. HUSK LEDELSESMÆSSIG FORANKRING

Der skal skabes og værnes om plads til innovation – gennem daglig ledelse i egen organisation og via samarbejdsflader på arbejdsgruppeniveau og i praksis. Ledelsen fortsætter med en ambition om at understøtte et samarbejde med plads til innovation på flere niveauer via et fælles innovationsrum og frisætte medarbejdere og ledere i samarbejdsmodellen i udvikling af nye fælles løsninger.

Der er forskellige måder at tilgå ledelsesmæssig forankring i en fremadrettet model. Dels i det fælles idemøde og i det strategiske møde undervejs i samarbejdsmodellen. Dels ved diffusion af viden faciliteret af procesledelsen. Dels ved etablering af en ny rolle, hvor udvalgte medlemmer af styregruppen deltager som sponsorer i den videre samarbejdsmodel. Og ved at sætte sundhedsstrategisk ledelse på dagsordenen i egen organisation og i tværgående samarbejder på styregruppeniveau. Ligeledes er det nødvendigt, at der udøves strategisk ledelse i den øvrige del af organisationen for at bane vejen for en prototype (i form af det i fællesskab udviklede katalog af indsatser), der skal implementeres.



Vi anbefaler, at der beskrives en fælles plan for beslutningsprocessen for implementering af prototype. Ligeså anbefaler vi en fælles opmærksomhed på kompetenceudviklende tilgang, der skal understøtte en implementering.

9. INVESTER I KOMPETENCEUDVIKLING PÅ ALLE NIVEAUER

Fremadrettet anbefaler vi at tilrettelægge en fælles introduktion til viden om grænsekrydsende ledelse (Jørgensen m.fl. 2016) og ledelse af forbedringsarbejde på både arbejdsgruppe- og styregruppeniveau.

Forbedringsmodellens værktøj er en grundlæggende metode i udviklingsarbejdet. Vi anbefaler, at man tidligt i forløbet introducerer deltagerne til forbedringsmetoden, hvor der er tid til at arbejde med konkrete værktøjer fra *forbedringsmodellen* til etablering af fælles tilgang og sprog i forbedringsarbejdet på tværs af aktørkredsen.


Der er en stigende forståelse af at involvere patient/borger direkte og se borgeren, som sundhedspartner giver effektive løsninger. Det kan være en essentiel kompetence i fremtiden, at vores sundhedsstrategiske ledere kan bruge brugerinddragende værktøjer både på et individuelt og system niveau.

10. TEST, EVALUER OG TILPAS, SÅ LØBENDE FORBEDRING SIKRES

Der skal være en opmærksomhed på at løbende at teste, evaluere og justere i hele implementeringsfasen af forbedringen i praksis

Vores anbefaling er at holde prøvehandlingerne i udviklingsfasen i lille skala og fælles data i form af praksisnære fortællinger, der kan understøtte hurtige udviklingsprocesser, hvor fejl nemt kan erkendes og justeres for siden at skalere i en implementeringsfase af den samlede prototype.

Arbejdsgruppen har her stadig en vigtig rolle i afstemme de løbende tilpasninger, der vil ske undervejs i implementeringsfasen. Der skal etableres rum, hvor gruppen har mulighed for, at denne koordinering kan ske frem mod drift.



På baggrund af den ovenfor skitserede læring omkring kerneelementer og implementeringsmodellen har vi udarbejdet et forslag til en fremadrettet samarbejdsmodel. Modellen er nærmere beskrevet i bilag 4.

OPSAMLING

Med **Sammenhængende Patientforløb** er det lykkedes at:

- Lægge kimen for et mere *sammenhængende patientforløb* og dermed større lighed i sundhed hos udsatte og sårbare borgere/patienter herunder mennesker med alkoholafhængighed.
- Udvikle en lokalt forankret samarbejdsmodel for tværgående udviklingsinitiativer.
- Etablere fundamentet for en fælles samarbejdskultur som afsæt for fremtidigt samarbejde ved tværgående udviklingsinitiativer.

Der var store fælles ambitioner og mange gode tanker i forhold til etablering af fælles vidensgrundlag og organisering med relevant forankring på flere niveauer. Der var et praksisnært afsæt med afprøvninger i lille skala med få patientforløb. Endvidere var der en målsætning om at etablere en styrket samarbejdskultur gennem regelmæssige møder med fokus på både understøttende innovationsprocesser og relationel koordinering for både forbedringsteam, arbejdsgruppe og styregruppe. Alligevel har det ikke været let. Det har fordret en fælles og gradvis modning i at udvikle i innovative processer, samt gradvis investering i udvikling af en god samarbejdskultur.

ÉN CENTRAL LÆRING VI BRINGER MED VIDERE

Et stærkt tværsektorielt samarbejde kan på relativt kort tid bane vejen for fælles løsninger til gavn for borgerne, men det er vigtigt, at der støttes op med en fælles og samstemt implementeringsindsats. Det har været afgørende, at der er etableret et fælles maskinrum for medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet med fokus på fælles løsninger og udvikling af sundhedsstrategiske ledere. Det kræver et vedvarende ledelsesmæssigt fokus på det strategiske niveau, såvel som operationelt niveau at give rum og mulighed for dette.

Det blev særligt tydeligt under coronapandemiens første bølge, hvor styregruppen vedholdende valgte at investere i udviklingen af samarbejdet og støtte relationsdannelsen på tværs af alle niveauer gennem coronatilpassede fysiske og virtuelle maskinrum.

De efterfølgende nedlukninger og krav til beredskab på tværs af aktører har påvirket samarbejdet omkring **Sammenhængende Patientforløb** ved i perioder helt eller delvist at lukke ned for udviklingsaktiviteterne, samt vanskeliggøre muligheden for at mødes. Grundet de coronarelaterede forsinkelser er målsætningen om at udvikle og færdigste prøvehandling i relation til de fire overordnede temaer med henblik på implementering ikke fuldt realiseret. Der er dog gennemført en række afprøvninger i lille skala, som det anbefales at bringe videre i et fortsat tværgående samarbejde omkring mere sammenhængende alkoholbehandling.

STYRE- GRUPPE

Inge Paamejer	Vicedirektør	Nykøbing F. Sygehus
Anne Højlund Molzen	Led. Overlæge Akutafdelingen	Nykøbing F. Sygehus
Lisette Lind Larsen	Tværasektoriel projektleder	Nykøbing F. Sygehus
Annette Palle Andersen	Programchef	Broen til Bedre Sundhed
Christian Jensen	Praktiserende læge Præstø	Repræsentant PLO-R
Dorthe Juul Lorenz	Vicedirektør	Psykiatrien Region Sjælland
Mia Hesselberg Nielsen	Ledn. Oversygeplejerske	Psykiatri Syd
Søren Wollesen	Chef Ældre og Sundhed	Lolland Kommune
Jesper Daugaard	Chef Social og Arbejdsmarked	Lolland Kommune
Ida Byrge Sørensen	Chef Center for Sundhed & Omsorg	Guldborgsund Kommune
Bodil Pedersen	Chef Center for Socialområdet	Guldborgsund Kommune
Marita Dalsgaard	Chef Psykiatri og Handicap	Vordingborg Kommune
Susanne Johansen	Chef Pleje og Omsorg	Vordingborg Kommune

PROJEKT- LEDELSE

Annette Tjørnelund, projektleder
Sammenhængende Patientforløb Vordingborg Kommune
antj@vordingborg.dk

Lisette Lind Larsen, ass. projektleder
Nykøbing F. Sygehus
llle@regionsjaelland.dk

REFERENCER

1. VIVE – Viden til velfærd. *Sammenhæng i patientforløb – hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* VIVE 2018
<https://www.vive.dk/media/pure/10770/2302286>
2. Broen til Bedre Sundhed *Sammen om min vej – evalueringsrapport april 2018* BTBS 2018
<https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Materialer/Documents/Sammen%20om%20min%20vej/Sammen%20om%20min%20vej%20-%20slutevaluering,%20april%202018.pdf>
3. Jacob Anhøj Jørgensen, Annemette Digmann, Karen Ingerslev og Per Bo Andersen. *PÅ TVÆRS – grænsekrydsende ledelse og samarbejde* Gyldendal 2016
4. Jody Hoffer Gittel, *Effektivitet i Sundhedsvæsenet* Munksgaard 2012
5. Lene Tanggaard, *Opfindsomhed* Gyldendal Business 2014
6. *3 curves and 7 stories - Keynote speak, International Forum on Quality & Safety in Healthcare* – NHS London 2017
Derek Feeley, President and CEO, Institute for Healthcare Improvement; USA
Jason Leitch, National Clinical Director, The Scottish Government; Scotland
<https://qi.elft.nhs.uk/resource/derek-feeley-jason-leitch/>
7. Dansk Selskab for Patientsikkerhed *Forbedringsmodellen* DSFP 2020
<https://patientsikkerhed.dk/forbedringsmodellen/>
8. Institute for Healthcare Improvement (IHI) *How to Improve* IHI 2020
<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>
9. Institute for Healthcare Improvement Open School (IHI) *How Can We Define "Quality" in Health Care?* IHI 2001 - 5 minute video with Donald Berwick presenting six dimensions of health care quality listed by Institute of Medicine in the reports *Crossing the Quality Chasm* and *To Err is Human*
<http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/resources/Pages/Activities/DefiningQualityAimingforaBetterHealthCareSystem.aspx>

10. Institute for Healthcare Improvement (IHI) *Triple Aim* IHI 2020
<http://www.ihi.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
11. Institute for Healthcare Improvement (IHI) *IHI's 90 day Learning Cycle*. IHI 2020
<http://www.ihi.org/Engage/CustomExpertise/Pages/Innovation90DayLearningCycle.aspx>
12. Sundhedsstrategisk ledelse Randers Klyngen. *Lighed i sundhed kræver ulige indsatser*. Laboratorium 10. Randers Klyngen 2016
https://sundhedsledere.dk/?page_id=103
13. Michael Daugbjerg, *14 værktøjer til brugerinddragelse i forbedringsarbejde*. 2020 Implement Consulting Group

BILAG

1. Aktivitetsoversigt
2. Metodeoversigt
3. De fem kerneelementer til udvikling af sammenhængende patientforløb
4. Innovationsværksted – Samarbejdsmodel
5. Udkast til Samarbejdsaftale for Sammenhængende Alkoholbehandling
6. Initialmodel for sammenhængende patientforløb af Dehlendorf og Digmann
7. Kommissorium for Sammenhængende patientforløb

AKTIVITETSOVERSIGT

FORBEREDELSESFASE		TIDSPERIODE: 2017-2018
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Interesse-afdækning	<p>Interessetrunde i form af bilaterale møder mellem Broen til bedre sundhed, Nykøbing Falster sygehus, Psykiatrien Syd, Lolland kommune, Vordingborg kommune og Guldborgsund kommune, samt repræsentanter fra almen praksis i den sydlige del af regionen.</p>	<p>Interesse på tværs af aktører for at bygge videre på læringen fra "Sammen om min vej" - dvs. udvikle samarbejdsformer der øger sammenhængen for de socialt sårbare og hyppige gæster på tværs af aktører, men med mere systemfokus og gerne tidligere/mere forebyggende sigte.</p>
Afdækning af nationale og internationale erfaringer i samarbejde med VIVE	<p>Udvikling af godt tværgående samarbejde omkring komplekse patientforløb er en kontekstafhængig opgave, hvor følgende pejlemærker anbefales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gode og smidige relationer på ledelses- og medarbejderniveau. 2. Et afgrænset, relevant og realistisk afsæt for arbejdet. 3. Indsatser målrettet de dyreste patientforløb. 4. Anvendelse af patientrapporterede data. 5. Fælles fysiske rammer som afsæt for styrket samarbejde. VIVES anbefalinger omkring kerneelementerne er nærmere beskrevet i bilag 2. <p>Konklusioner fra vidensindsamlingen blev præsenteret for aktørkredsen på styregruppeniveau, og bidrog som effektivt fundament for fælles beslutning om videre forløb og design af de kommende faser.</p>	<p>Vidensindsamling (VIVE) målrettet samarbejdsmodeller, erfaringer og anbefalinger til udvikling af sammenhængende indsatser. Særligt fokus for afdækningen: Etablering af lokale samarbejdsmodeller, der understøtter integration mellem psykiatri, somatik og socialområdet</p> <p>Anvendelse af patient- og omkostningsdata som afsæt for stratificering og indsatser målrettet borgere med omkostningstunge forløb</p> <p>Anvendelse af systematiske patientrapporterede data som afsæt for individuelt tilpassede indsatser samt løbende vurdering af kvalitet og resultater</p> <p>Eksempler på individrettede indsatser med dokumenteret effekt for at kunne skabe øget sammenhæng og behandlingsudbytte for patienter med kompleks og tværgående forløb. Resultaterne indgik som del af den fælles vidensbase mhp at kvalificere design- og afprøvningsfaser.</p>
Organisering i samråd med aktører, KSS/KSP, Broen til bedre sundhed mv.	<p>Deltagelse i møder i regi af KSS, KSP, Broen til bedre sundhed mv.</p>	<p>Opmærksomhed på mange samtidige tværsektorielle projekter og derfor ønske om at samle flere initiativer som et samlet innovationsprojekt - KSS/Broen til bedre sundhed samarbejde.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

UDVIKLINGSFASE		TIDSPERIODE: APR-JUN 2018
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Designworkshop 1+2	<p>Workshops med bred tværsektoriel repræsentation med afsæt i:</p> <p>a) etablering af fælles viden, b) identifikation af fælles vision, c) formulering af temaer som afsæt for praksisnære forbedringer gennem prøvehandling, samt d) formulering af spilleregler for udviklings samarbejdet.</p> <p>Facilitator med stor erfaring indenfor relationel koordinering og tværsektoriel udvikling.</p> <p>Anvendelse af vurderings- og prioriteringsværktøj for prøvehandling.</p>	<p>Resultat: "Initialmodel for Sammenhængende patientforløb" ved Dehrendorff advisory og Annemette Digmann.</p> <p>Vision: "Vi vil skabe grundlag for at svært socialt udsatte borgere, der er i kontakt med sundhedsvæsenet bliver herre i eget liv og oplever systemer, der i fællesskab tager udgangspunkt i deres behov."</p> <p>Fremdrift i udviklingen fremmes af symmetrisk sammensætning af "innovationsteam" ifht ledelsesmandat samt fagspecifik viden hos de enkelte aktører, samt kontinuitet i holdets sammensætning fra møde til møde .</p> <p>Læring: Med en vel tilrettelagt proces hvor aktører på tværs af ledelseslag og fagligheder bringes ud af det traditionelle mødeformat er anvendelig ifht at genere energi og ideer til fælles udvikling.</p>
Konkretisering af udviklingsarbejdet og plan for indledende aktiviteter	<p>Møder i styregruppe, samt arbejdsgruppe og individuelle møder med akutafdeling, psykiatrien og kommuner. NB. Projektledelse varetaget af konsulent i programkontoret for Broen til bedre sundhed, frem til kommunalt forankret projektleder blev ansat pr 1.maj 2019</p>	<p>Målgruppe: Borgere med hyppige og mangeartede kontakter til social- og sundhedsvæsen.</p> <p>Prøvehandling (senere omformuleret og benævnt temaer):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fornuft for den grønne patient (tema 1: Gør den fælles borger kendt), 2. Iværksættelse af en koordineret indsats (Tema2: fagligt frirum i mødet med borgeren), 3. Social skill lab (Tema3: den sårbare patient som "hjerterpatient"), 4. Rette patient i rette seng

Tabellen fortsættes på næste side

AKTIVITETSOVERSIGT

UDVIKLINGSFASE, FORTSAT		TIDSPERIODE: APR-JUN 2018
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Konkretisering af udviklingsarbejdet og plan for indledende aktiviteter		<p>Organisering: Styregruppe på chef niveau, arbejdsgruppe på afdeling/team-leder niv., enkelte nøglemedarbejdere i organisationerne.</p> <p>Projektledelse: Planlagt forankret i kommune med støtte fra Broen til bedre sundhed, men først effektueret pr maj 2019 og grundet sygdom udskiftet i efteråret 2019 og indenfor måneder suppleret med delt projektledelse med forankring i sygehusledelsen og kommune. De gentagne overdragelser af projektledelse har betydet gentagne behov for overlevering og relationsdannelse, hvilket ikke har været optimalt.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: NOV 2018–JAN 2019
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Audit 1 akutafdeling NFS	Audit med journalgennemgang gennemført på ca. 100 patienter set i akutafdelingen på Nykøbing F. Sygehus i perioden november 2018–januar 2019.	Tema 1: Test af hypotese ifht. Hvorvidt sårbare patienter med gentagne kontakter udgør en betydelig andel af de "grønne patienter" dvs. ikke akut behandlingskrævende patienter i akutafdelingen. Hypotese afkræftet. Samtidig erkendelse af at en del sårbare patienter ikke er kendt på tværs af aktører. Ført til beslutning om at gennemføre videre audit ifht at blive klogere på målgruppen og evt. segmentere ifht. undergrupper.
AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: JAN 2019–MAR 2019
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Audit Psykiatrisk akutmodtagelse	Audit med journalgennemgang på 105 patienter set i Psykiatrisk akutmodtagelse Vordingborg i perioden januar til marts 2019. Igen med henblik på at blive klogere på målgruppen ifht kontaktmønster og involverede aktører i disse patienters forløb.	Tema 1: Størstedelen triageres "grøn" (26%) eller "gul" (59%) ved ankomst. Mere end halvdelen er i alderen 20–40 år. Knap 75% er enlige. Ca. 30% har et misbrug. Knap 50% indlægges. Blandt patienter, der ikke indlægges, henvises ca. 30% til andre steder i behandlingspsykiatrien. Øvrige anbefales selv at kontakte Egen læge (ca 60%), psykolog (ca.20%), psykiater (ca. 40%), misbrugscenter (under 10%), socialpsykiatrien (ca. 20%)
AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: MAJ 2019–AUG 2019
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Audit 2 akutafdeling NFS	Vidensindsamling omkring målgruppen og deres kontaktmønster med akutafdeling, kommunale aktører. Belysning af kendte diagnoser, henvendelsesårsag og henvendelsesform. Dataindsamling omkring 50 patienter med kontakt til akutafdelingen og videre henvisning til kommunal opfølgning som led i udvikling af bekymringshenvendelse (se nedenfor).	Tema 1 og 2: Den definerede målgruppe repræsenterer en række undergrupper - herunder ca. 30% med alkoholmisbrug, med stor aldersmæssig spredning. En subgruppe har hyppige indlæggelser. Der var stor variation i hvilke kommunale aktører patienten var eller havde været i kontakt med.

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: APR 2019–MAR 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Bekyringshenvendelse, model a og b	<p>Bekyringshenvendelse i form af korrespondencemeddelelse afsendes fra akutafdeling eller PAM til kommunernes visitation med henblik på at gøre opmærksom på en fælles patient med behov for opfølgning i kommunalt regi. Dette gælder borgere hvor der IKKE oprettes plejeforløbsplan jf. gældende aftaler.</p>	<p>Tema 1 og 2:</p> <p>Det giver mening for frontpersonale i akutafdelinger at kunne dele en bekymring omkring sårbare borgere, hvor der opleves behov for øget opmærksomhed/støtte udenfor sygehusregi.</p> <p>Afsender kan med fordel beskrive observeret behov/udfordringer, men bør afholde sig fra at definere konkrete ydelser som skal leveres af modtager.</p> <p>Anvendelse af en standard frase gør det hurtigt at afsende men bidrager ikke med relevant information om den konkrete "bekymring".</p> <p>Det skal være let at dele informationen med relevante parter og let at dokumentere borgers accept af videregivelse af information.</p> <p>Det vigtig at der er etableret en arbejdsgang i modtagers ende ifht at følge op på bekyringshenvendelser.</p> <p>En del borgere glemmer at de har givet samtykke eller ændrer mening i forbindelse med at de udskrives fra sygehus – dette frafald er ikke evalueret ifht tidsmæssig sammenhæng mellem udskrivelse og tilbud om opfølgning.</p> <p>Fremsendelse af bekyringshenvendelser ophørte som led i nedlukningen gr. COVID 19, da kommunerne i den efterfølgende periode ikke kunne tilbyde den planlagte opfølgning.</p>
	<p>Der blev testet 2 modeller involverende i alt 124 patienter:</p> <p>Model a) projektsygeplejerske gennemgår patientlister fra akutafdeling og taler med relevante borgere ifht deres interesse og oplevede behov for øget støtte og afsender bekyringshenvendelse på denne baggrund.</p> <p>Model b) frontpersonale identificerer behov som led i pleje og/eller dialog med borger/pårørende og fremsender bekyringshenvendelse.</p> <p>Der udvikles til brug ved test:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brevskaabelon • Flyer til patientinformation • Smartfrase til SP vedr. sårbarhed 	

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: APR 2019–MAR 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Eftersyn af arbejdsgange og udvikling af opfølgende indsats ved bekymringshenvendelse	Arbejdsgangsanalyse hos de enkelte aktører med tilpasning/ etablering af en opfølgende indsats i den enkelte kommune omkring borgere omfattet af bekymringshenvendelser fra Akutafdeling eller PAM.	Tema 2: Med den fælles vision for øje blev arbejdsgange inkl. Kommunikationskanaler og håndtering på tværs af forvaltningsområder i de enkelte kommuner gennemgået og tilpasset mhp at sikre sammenhæng i forløb. De tre kommuner organiserede sig forskelligt* (på baggrund af forskelle i den eksisterende organisation) ifht at møde borgerne omfattet af bekymringshenvendelsen, mhp. rettidigt at identificere behov for supplerende støtte. Testen af de tilpassede arbejdsgange ophørte i forbindelse med Covid-19 nedlukningen marts 2020.

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: APR 2019–MAR 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Fælles patient, fælles data - udvikling af indikatorer til at belyse sammenhæng i tværgående forløb.	Udvikling og afprøvning af fælles indikatorskema med relevans for at lære af forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Indeholder information omkring patient, aktuelle og tidligere sygehusforløb indsamlet i forbindelse med ophold på akutafdeling/PAM, suppleret med information indsamlet i kommune i forbindelse med modtagelse af bekymringshenvendelse, samt opfølgende kontakt til borger og evt. indsatser iværksat på tværs af kommunale aktører.	Tema 1 og 2: Dialogen på tværs af aktører omkring de enkelte "patientforløb" bidrager til fælles indsigt i patienternes forløb og graden af oplevet sammenhæng, ligesom de bidrager til bedre forståelse af handlemuligheder i egen organisation og i mødet med andre aktører. Det er tidskrævende at sikre tidstro registrering af data. Brugen af indikatorskema ophørte i forbindelse med covid-19 nedlukningen marts 2020.

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: EFTERÅR 2019
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Tværasektoriel MDT konferencer omkring sårbare patienter	<p>Oplæg og ansøgning til gennemførelse af en pilottest af Tværasektoriel Multidisciplinær Konference om udvalgte "fælles" patienter med behov for en styrket koordinerende indsats i forløb på tværs af sygehus, almen praksis og kommune.</p> <p>Ansøgning om midler blev ikke tilgodeset i kvalitets- og efteruddannelsesudvalget. Dvs. pilottest ikke gennemført.</p>	<p>Tema 1, 2, 3: Der findes eksempler fra fx Englang og Sygehus Lillebælt, hvor regelmæssige møder mellem almen praksis, relevante sygehus specialister og kommunale aktører med henblik på diskussion af konkrete fælles patient-cases, giver gode resultater ifht både patientoplevelse kvalitet, medarbejdertilfredshed, sundheds outcomes og økonomi (LEON princip).</p> <p>Der er potentiale for at teste en model med fysiske såvel som virtuelle møder, men forudsætter projektoekonomi til at frikøbe læger fra almen praksis til opgaven.</p>

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: JUN 2019-JUN 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Patient Rapporert Experience Measures	<p>Udvikling og afprøvning af et sæt spørgsmål - såkaldt "Patient Reported Experience Measures" (PREM)- til at belyse de berørte borgers oplevelse af sammenhæng i deres forløb på tværs af aktører. Spørgsmål testet på i alt 56 borgere via telefonisk opkald med 5 ugers interval. Opkald blev foretaget ved 3.person dvs. én som borgere ikke tidligere havde haft kontakt til.</p>	<p>Det er muligt at indsamle PREM data via telefonisk kontakt til en gruppe af sårbare borgere, men det kræver gentagne kontakter.</p> <p>Indsamling af PREM forudsætter at der systematisk følges op omkring de involverede borgere - både ifht introduktion af metode, spørgeteknik og tidsmæssig sammenhæng med den tilbudte indsats.</p> <p>Med telefonisk indhentning af PREM får man primært kontakt til ressourcestærke borgere i gruppen</p> <p>Systematisk registreringspraksis ifht telefonnumre er essentiel.</p> <p>En betydelig andel af borgere i testgruppen har svært ved at udtrykke deres behov som led i telefonsamtale.</p> <p>Dialog om tabublagte emne forudsætter etablering tillidbaseret relation.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 1		TIDSPERIODE: JAN 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Læringstræf #1	<p>Heldagsseminar for arbejdsgruppe og udvalgte nøglemedarbejdere (indledende version af forbedringsteams) med fælles introduktion til Forbedringsmodellen (systemtænkning, arbejdsgangsanalyse, SMART mål, og driverdiagrammer), samt erfaringer fra det tværsektorielle projekt "Sikker Sammenhæng" fra Region H/Dansk Selskab for Patientsikkerhed og workshop ifht. at identificere næste skridt i arbejdet - internt hos de enkelte aktører og på tværs.</p> <p>Workshop med patientcase ift. at indkredse målgruppe og fælles udfordringer.</p> <p>Styregruppen deltog ved opsamlingen og konkrete aftaler blev indgået.</p>	<p>Fælles træning og dermed udvikling af fælles sprog og metode omkring kvalitetsudvikling fremmer dialogen, forståelsen for hinandens råderum og innovationskraften i det tværsektorielle møde.</p> <p>Det fysiske møde med mulighed for at fordybe sig sammen med "sit eget team" (repræsentanter fra egen organisation men på tværs af centre/afdelinger) og på tværs blev evalueret meget positivt.</p> <p>Det blev tydeligt at målgruppen var for bred til at skabe en fælles retning for indsatsen på tværs af aktører - det blev derfor foreslået at indsnævre målgruppen til borgere med tværgående forløb og alkoholmisbrug.</p> <p>Brugen af en konkret patientcase bidrog til at skabe en "fælles brændende platform" ifht at skabe bedre sammenhæng. Opfølgning med læringstræf 2 og de indgåede aftaler om handling hos de enkelte aktører frem dertil, blev aflyst grundet COVID-19 nedlukningen marts 2020.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: JAN-AUG 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Indsnævring af målgruppe og tilpasning af organisering	Styregruppe diskussion af hiditige fælles erfaringer og beslutning om at fokusere målgruppen til at omhandle: Sammenhængende patientforløb for borgere med alkoholafhængighed.	<p>Erkendelse af at den oprindeligt definerede målgruppe var for bred til at sikre fælles fremdrift i projektet.</p> <p>Fælles erkendelse af behov for at fokusere indsatsen på tværs.</p> <p>Data fra indikatorskema viser subgruppe med misbrugsproblematikker. Beslutningen støttet af faglige eksperter fra organisationer – der peges på manglende tilbud og manglende sammenhæng i kliniske dokumenter/retningslinjer.</p>
	Tilpasning af projektbeskrivelse og aktiviteter inkl tidsplan (herunder ophør med PREM og indikatorskema)	<p>Indsnævring af målgruppe forudsætter genbesøg af de indledende faser i form af forberedelse og udviklingsfase – herunder revision af kommissorium.</p> <p>Resterende projektforløb beskrives som sammenhængende læringsloop som skal tilgodese alle fire oprindelige temaer.</p> <p>Fokus på små praksisnære tværgående prøvehandling.</p> <p>Afsæt i patientfortællinger.</p> <p>Fokus på at indsamle læring som grundlag for videre samarbejdsmodel.</p> <p>Færdigudvikle og beskrive samarbejdsaftale. Ledelsesforankring blev yderligere styrket gennem chefrunde til samtlige aktører.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: JAN-AUG 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Indsnævring af målgruppe og tilpasning af organisering (fortsat)	Audit med journalgennemgang gennemført på 20 patienter indlagt til afrusning i akutafdelingen på Nykøbing F sygehus i perioden fra 1 januar 2020 og 30. september 2020.	<p>Tema 3 og 4</p> <p>Segmentering af population og Test af hypotese om "Næsten alle udskrives fredag eftermiddag" - hypotesen blev afkræftet - kun 1 ptt. udskrives fredag eftermiddag.</p> <p>Fund 25% Kvinder og 75% mænd, 80% i aldergruppe fra 51-70, 14 ptt. indlagt med alkoholrelateret diagnose som aktionsdiagnose - 6 ptt. som bidiagnose, Fordeling mellem kommuner 10% Vordingborg, 35% Guldborgsund, 55% Lolland kommune, 75% indlagt via AMK og 15 % indlagt via lægevagten kun 5% selvhenvender, 11 ud af 20 er indlagt fredag og søndag - 11 ud af 20 udskrives lørdag og mandag. 60% af ptt. indlægges mellem 15-23, 60% udskrives mellem 8-15. 80% af ptt. er indlagt mellem 12-36 timer. Ptt. har 105 genindlæggelser.</p>
	Audit med journalgennemgang gennemført på 19 (20) patienter indlagt til afrusning i PAM i Psykiatrien Syd i perioden fra 1 januar 2020 og 30. september 2020.	<p>Tema 3 og 4</p> <p>Segmentering af population og Test af hypotese om "Næsten alle udskrives fredag eftermiddag" - hypotesen blev afkræftet. Fund 5 Kvinder og 14 mænd, gennemsnitsalder på 54 år, 19 ptt. indlagt med alkoholrelateret diagnose som aktionsdiagnose, 1 ptt. indlagt via AMK og 1 indlagt på røde papirer, 17 ptt. er selvhenvender, 53% af ptt. indlægges mellem 16-23, 83 % udskrives mellem 8-16. 64% af ptt. er indlagt mellem 0-24 timer. Flere af patienterne henvender sig med suicidal tanker under påvirkning af alkohol.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: JAN-AUG 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Indsnævring af målgruppe og tilpasning af organisering (fortsat)	Tilpasning af arbejdsgruppe	<p>Udskiftning og udvidelse af arbejdsgruppe ift. sikre faglige kompetence, dyberegående viden om kontekst og relevant beslutningskompetence ifht den afgrænsede målgruppe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dette bidrog til fornyet energi og fokus ved at: • chefer i de enkelte organisationer sammensætter sit eget hold • der sikres bred forankring i alle organisationer • der udpeges kontaktperson som bindeled mellem arbejdsgruppe og forbedringsteam. <p>Det er relevant, at rollen som kontaktperson præciseres og beskrives fremadrettet. Den nye arbejdsgruppe blev introduceret til arbejdet gennem onboardingmøder med projektledelsen. Covid-19 nedlukningen marts 2020 forsinkede den endelige etablering af den nye arbejdsgruppe frem til august 2020.</p>
	Etablering af forbedringsteams i de enkelte organisationer. (Pauseres frem til august 2020 grundet Covid-19 nedlukningen marts 2020.)	Baseret på erfaringer fra den første del af afprøvningsfasen og ønsket om at accelerere fremdriften, valgte aktørene at etablere egentlige forbedringsteams i egen organisation frem for ad hoc involvering af enkelte medarbejdere i opgaveløsningen. Dette bidrog til styrket fremdrift- dels gennem styrket ideudvikling, men også styrket handling idet forbedringsteams fik til opgave at teste de aftalte prøvehandlinger i mellemrum mellem møder. De nye forbedringsteams blev tilbudt introduktion til arbejdet gennem onboardingmøder med projektledelse og via dialog med arbejdsgrupperepræsentanter fra egen organisation.

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: JUN-NOV 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Etablering af ny fælles vidensbase om målgruppen i lokal kontekst	Udarbejdelse af patient- og brugerfortællinger til at belyse patient/ borgers oplevelse af sammenhæng eller udfordringer relateret hertil i patientforløb på tværs af aktører. Metoden 7 Stories blev anvendt. Perspektiver fra alle deltagende organisationer blev søgt belyst. Projektledelsen anonymiserer og kondenserer de 7 (8) fortællinger, der anvendes videre i projektet.	<p>Tema 3</p> <p>Metoden "7 stories" viste sig effektiv i forhold til at bringe borgeren i perspektiv i centrum som fælles viden og dermed bidrage til fælles mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At skabe fælles indsigt i borger og hinandens udfordringer og eventuelle mangler • Bidrage til at gøre drøftelser praksisnære og relevante • Som grundlag for fælles ide-udvikling og prioritering af mulige fælles prøvehandling.
	<p>Gennemgang af eksisterende aftalegrundlag:</p> <p>Projektledelse gennemgår SST "Nationale Kliniske retningslinje for Alkoholbehandling" 2018, SST "Afdækning af kvalitet i den offentlig finansieret Ambulante Alkoholbehandling" (COWI for SST) 2019 og Region Sjællands forløbskrivelse for "Kommunikation og Samarbejde ved Misbrugsbehandling" 2014.</p>	<p>Tema 3</p> <p>Overordnet fastsætter den forløbsbeskrivelsen ikke en fælles regional standard for alkoholbehandling under Sundhedsaftalen.</p> <p>Den regionale forløbsbeskrivelse definerer pligter, samt kommunikation, samarbejde og opgaver ved indlæggelse og udskrivelse.</p> <p>Forløbsbeskrivelsen kan vanskeligt og på punkter ikke operationaliseres.</p> <p>Der mangler kommunikationflow med beskrivelse af anvendelsen af MEDCOM standander - til understøttelse af fælles sprog.</p> <p>Manglende sammenhæng mellem lokale kliniske dokumenter på tværs af målgruppen.</p> <p>Forskellige kliniske retningslinjer giver forskelligt syn på borgers rettigheder og placering af fagligt ansvar og opgave</p> <p>Det anbefales, at det eksisterende forløbsbeskrivelse revideres og der tages stilling til udarbejdelse af Forløbsprogram.</p> <p>Læring bringes med videre i prøvehandling mhp. formulering af lokal samarbejdsaftale.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: JUN-NOV 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
<p>Etablering af ny fælles vidensbase om målgruppen i lokal kontekst</p>	<p>Indhentning af erfaringer fra andre aktører. Projekledelsen gennemførte to telefoninterviews med repræsentanter fra det tværsektorielle samarbejde omkring planlagte afrusningsforløb i Randers klyngen.</p> <p>Erfaringsudveksling om forberedelsesfase og implementeringsfase i Laboratoriemodellen udviklet i regi af Randersklyngen.</p>	<p>Tema 3 og 4 Erfaring m. behov for målgruppeafgrænsning går igen. Også Randersklyngen har oplevet store udfordringer med konkretisering og afprøvning på bred målgruppe og indkredser slutteligt til alkohol for at kunne gennemføre laboratorium.</p> <p>I erfaringsudvekslingen blev der lagt vægt på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planlagte afrusningsforløb, er kun relevant for få udvalgte borgere ud fra opsatte kriterier • Randersklyngens erfaringer med etablering heraf på medicinsk sengeafsnit • Vigtigt samarbejde med socialsygeplejersken • Meget afgrænset visitationkriterier. <p>Laboratoriemodellen</p> <p>Modellen fokuserer på forberedelse og udvikling, men afprøvnings- og implementeringsfasen løber efterfølgende typisk over 6 måneder eller længere.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: JUN-NOV 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
<p>Etablering af ny fælles vidensbase om målgruppen i lokal kontekst</p>	<p>Regional afdækning af samarbejdet omkring alkoholbehandling (udarbejdet af Det Nære Sundhedsvæsen)</p> <p>Afdækningen omfattede telefoninterview med 14 rusmiddelcentre, Audit på 10 journaler og elefonterview med socialsygeplejersker ved de 4 akutsygehuse, samt interview med 5 lægelige repræsentanter.</p>	<p>Afdækningen peger på et behov for mere fleksible tilbud.</p> <p>Relationsarbejder er afgørende for at motivere klienter/patienter til at ændre vaner og deltage i tilbud.</p> <p>Indsatser kan forebygge gentagne indlæggelser Behandlingsmål skal træffes i fælles beslutning med borger, da fuldkommen afholdenhed under indlæggelsen ikke altid er løsningen.</p> <p>Der identificeres et behov for genbesøg af det samlede kommunale - regionale behandlingstilbud.</p> <p>Der kan i gennemsnit opstartes medicinsk behandling 1x ugentligt i de kommunale misbrugscentre og dermed er samarbejdet på tværs essentielt for rettidig understøttende medicinsk behandling.</p> <p>Faldende lægedækning i rusmiddelcentre giver udfordringer omkring medicinske behandling.</p> <p>Giver inspiration til lokale løsningsforslag - ex. udkørende ALKO-bus.</p> <p>En lokal samarbejdsaftale under KSS Holbæk blev fremhævet som mulig kilde til inspiration ifht aftale om tværsektoriel ordination af Risolid i forbindelse med afrusningsforløb opstartet i sygehusregi. Denne aftale er søgt indhentet men ikke fremsendt.</p>
<p>Idémøde arbejdsgruppen</p>	<p>Idegenerering i fællesskab med baggrund i 7 patient- og medarbejderfortællinger. Brainstorm identificerer 40 problemområder, der tematiseres i 11 mulige indsatsområder, hvoraf arbejdsgruppen prioriterer 3 til det videre arbejde med udvikling af konkrete prøvehandlinger.</p>	<p>Skaber fælles vision og tilfører energi til samarbejdet. Refleksion og inspiration til nye fælles løsninger. Hurtig kortlægning af et stort problemområde, konkretisering og fokusering af opgaven og afstemmelse ift hvor der er energi til at gå videre til afprøvninger.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: OKT 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Læringstræf #2	<p>Heldagsseminar for den nye arbejdsgruppe og forbedringsteams. (Arbejdsgruppen har forinden med udgangspunkt i "7 stories" identificeret problemfelter med udviklingspotentiale og prioriteret 3 prøvehandling for efterårets fælles arbejde).</p> <p>Undervisning i Forbedringsmodellen ved chefkonsulent fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed</p> <p>PDSA værksted på tværs af organisationer med konkretisering af prøvehandling inden næste skridt. Brug af PDSA skabelon til etablering af fælles vidensbase for udvikling af de enkelte prøvehandling.</p> <p>Resultater fra den regionale afdækning præsenteres. Første skridt mod beskrivelse af samarbejdsmodel.</p> <p>Læringstræf afholdes under Corona-fastsatte ramme med fysisk fremmøde</p>	<p>Tema 3 og 4</p> <p>Forbedringsmodellen genbesøges med træning i fælles metode og sprog om kvalitetsudvikling.</p> <p>PDSA skabelon og format for PDSA værksted testes og viser sig som et anvendeligt værktøj ifht at systematisere den indsamlede læring, samt sikre opgaver og arbejdsdeling frem til næste møde.</p> <p>Det fysiske møde med mulighed for at fordybe sig sammen med "sit eget team" (repræsentanter fra egen organisation men på tværs af centre/afdelinger) og på tværs af aktører blev igen evalueret meget positivt.</p> <p>Format for møde med mulighed for at flytte sig rundt fysisk giver plads til udvikling af relationer på tværs.</p> <p>Arbejdsgrupperepræsentanter leder i fællsskab og tager ansvar for næste skridt i innovationsprocessen.</p> <p>Den fælles skolebænk bidrager til yderligere onboarding.</p> <p>Stigende restriktioner grundet coronapandemien sætter visse begrænsninger for tværsektorielle interaktion på læringstræffet.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: DEC 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Læringstræf #3	<p>Heldagsseminar for arbejdsgruppe og forbedringsteams</p> <p>Præsentation og fælles diskussion af første udkast til samarbejdsaftale med tilhørende værktøjskasse (interventioner baseret på prøvehandlinger) for Sammenhængende Alkoholbehandling. Kvalificering af prøvehandlinger ift. næste skridt</p> <p>Patient-interview ved. arbejdsgruppe-medlem.</p> <p>Tilbageblik på projektets metoder og værktøjer som oplæg til interview i forbedringsteams og arbejdsgruppe. Første skridt mod en samarbejdsmodel</p>	<p>Tema 3 og 4</p> <p>Det fælles læringsrum var et effektivt forum for samskabelse og kvalificering af første udkast til samarbejdsaftale.</p> <p>Dog betød en fortsatte introduktion af nye medlemmer i forbedringsteams hos enkelte aktører et behov for yderligere onboarding, ligesom visse repræsentanter fandt det vanskeligt at bidrage med kvalificering, de oplevede manglende involvering i mellemrummene.</p> <p>Involvering i mellemrummene fordrer således et lokalt etableret maskinrum hvor arbejdsgrupperepræsentant leder arbejdet i forbedringsteamet.</p> <p>Patientperspektiv i form af en historie fortalt af patienten selv (interviewform) kan bidrage som fornyet energi til den fælles brændende platform, samt at skærpe retningen for indsatser.</p> <p>Den oplevede patientfortælling bidrager med fælles reference for resten af læringsprocessen, blandt andet gennem øget.</p> <p>Opmærksomhed på manglende pårørende inddragelse i den eksisterende behandling på tværs.</p> <p>Opmærksom på manglende inddragelse af patient i udviklingen af løsninger i eget forløb.</p> <p>Rum og plads til fælles refleksion om samarbejdet giver et erkendt fællesskab - nedbryder behovet for den fysiske lokation/enhed.</p>

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: SEPT-DEC 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Indsatsområde 1: Hurtig kontakt på video	Etablering af videokontakt mellem indlagt patient og repræsentant for den kommunale alkoholbehandling med henblik på at sikre relevant information om tilbud om opfølgende alkoholbehandling, samt indgå aftale herom.	Tema 3 og 4 Der er udarbejdet arbejdsgang på tværs af aktører, samt flowchart for samarbejde og vejledning til videomøderum. Videokontakt er testet på enkelte forløb, men ikke skaleret yderligere grundet overgang til beredskab som led i Covid-19 dec 2020. Erfaringen med denne afprøvning viser: <ul style="list-style-type: none"> • At fælles narrativ har medvirket til hyppigere kontakt og løbende aftaler om afprøvninger. • At videokontakt er et let tilgængeligt værktøj rent teknisk, men kræver gensidig fleksibilitet for at være anvendelig i hverdagen, samt • Aktiv stillingtagen fra fagpersoner i relation til bruger-patientperspektiv ifht relevans i de enkelte forløb.
Indsatsområde 2: Kommunikationsveje - afdækning	Afdækning af kommunikationsveje og formater for kommunikation mellem aktører - herunder tekniske muligheder for elektronisk kommunikation.	Tema 3 og 4 Erfaringer viser at der for patienter er "mange veje ind i systemet" og at relevant deling af viden omkring "fælles patienter" derfor kan involvere mange aktører på forskellige tidspunkter i forskellige forløb. Indhold og tekniske løsninger beror således på den konkrete situation. Det blev afdækket hvilke elektroniske formater, de enkelte aktører kan anvende til at dele viden på tværs gennem små afprøvninger. Ambitionen var at få konkretiseret hvilke informationer der skal deles i overgange for at sikre tryk overdragelse af stafetten mellem de forskellige aktører i den enkelte patients forløb. Ligeledes planlagt gennem mindre konkrete afprøvninger med involvering af få fagpersoner. Dette blev forsinket ved overgang til beredskab som led i Covid-19 dec 2020.

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: SEPT-DEC 2020
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
<p>Indsatsområde 3: Udvikling og test af forløb omkring akut afrusning i sygehusregi</p>	<p>Patientperspektiver har undervejs påpeget udfordringer omkring afrusning gennemført som akut indlæggelse og dermed uden relevant opfølgning med ambulante behandling. Ambitionen var at udvikle en fælles udvikle og teste et subakut afrusningstilbud med tilknyttet Forløbsbeskrivelse som styringsredskab ift. rettigheder samt aftale for opgave, kommunikation og samarbejde.</p> <p>Arbejdet omfattede Auditundersøgelse akutafdeling og psykiatrien.</p> <p>Forløbsanalyse, kortlagt samarbejdsstruktur og arbejdsgange om akut afrusning. Gennemgang af kommunale og regionale kliniske retningslinjer mhp at identificere gab. Covid-19 nødvendiggør aflysning af besøg mellem aktørerne og anvendelse af 'patientens fodspor'.</p> <p>Test og skalering aflyst grundet 2. bølge af Covid-19 i december 2020.</p>	<p>Tema 3 og 4</p> <p>Arbejdet tog udgangspunkt i et enkelte meget komplekst patientforløb, hvor sygehus i samarbejde med kommune og psykiatri fik tilrettelagt et individuelt tilpasset forløb. Dette involverede betydelig ledelsesmæssigt engagement fra alle aktører. Ønsket var således at definere et forløb som på sigt kan testes og skaleres som fundament for en systemisk tilgang. Erfaringer fra udviklingsforløbet viser at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fælles narrativ kan støtte afdækning af mangler på sammenhæng og identificere mulige afprøvninger • At tegne patientforløbet understøtter fælles meningsdannelse og sikrer patientperspektiv. • Hurtige tilbagevendende læringsprocesser understøtter udviklingen af fælles løsninger og udviklingen af relationer - i loop mellem fysiske og virtuelle læringsrum. <p>Hyppigere læringrum understøtter fremdrift. COVID nedlukningen fik også konsekvenser for videre udvikling af denne indsats.</p>
<p>Virtuelle møder</p>	<p>Grupperne mødtes virtuelt i gruppearbejde, nogle arbejdsgruppemøder blev afholdt virtuelt og etablering af gruppesamtaler i break-out rooms.</p> <p>Virtuelle arbejdsgruppe- og forbedringsteams møder tages i brug grundet Covid-19</p>	<p>Erfaringerne viser at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når enighed om den fælles opgave er skabt, kan virtuelle møder understøtte fremdrift. • Samtidig virtuelle møder barrierer som tidsbrug v. transport og fungerer som effektiv metode for hurtige statusmøder i mellemrummene. • Skaber dynamik i gruppearbejde med mindre antal deltagere.

AKTIVITETSOVERSIGT

AFPRØVNINGSFASE / IMPLEMENTERING DEL 2		TIDSPERIODE: DEC 2020–MAR 2021
	Arbejdsform/metode	Resultat/Læring
Evaluering	<p>Udarbejdelse af en samlet evalueringsplan (Godkendt på styregruppemøde november 2020). Udarbejdes i en beskrivende proces mellem projektleder, ass. projektleder og lægefaglig konsulent. Projektets data og baggrundsmateriale anvendes i evalueringen.</p> <p>Tidsplan for evaluering justeres grundet Covid-19 i december 2020.</p> <p>Fokusgruppeinterview med styregruppe og arbejdsgruppe aflyses ligeledes grundet COVID-19.</p>	<p>Løbende brug af aktivitetskema kan understøtte evaluering herunder aktiviteter og læringsopsamling.</p> <p>Strukturelle ændringer nødvendiggør evnen til flexibel tilpasning.</p> <p>Virtuelle evalueringsmøder har vist sig effektive i mindre grupper.</p> <p>Støtte af dokumentporteføje med mulig samskrivelse.</p>
Udarbejdelse af samarbejdsmodel	<p>Udkast til en fremadrettet samarbejdsmodel er baseret på Fokusgruppeinterview med arbejdsgruppe og forbedringsteams som led i arbejdsgruppemøder og læringstræf, refleksions spørgsmål i fælles drøftelse i styregruppen, løbende evaluering af samarbejdet på læringstræf, inspiration og erfaringsudveksling fra udviklingslaboratorier i Region Sjælland og Randers Klynge laboriemodel</p>	<p>En af ambitionerne for sammenhængende patientforløb, var at styrke det tværsektorielle udviklingssamarbejde gennem styrkede relationer og etablering af en fælles tilgang – senere formuleret som ønsket om en samarbejdsmodel. Baseret på de gennemførte aktiviteter og fælles læring herfra, er det lykkedes at formulere et udkast til en fremadrettet samarbejdsmodel. En model som vil kunne styrkes yderligere ved en fælles refleksionsrunde om hvad der gør læringsnetværk og forbedringsteams effektive, samt mulighed for fælles refleksion på tværs af styregruppe og arbejdsgruppe med henblik på at sikre relevant forankring på tværs af ledelsesniveauer hos de enkelte aktører.</p>
Udarbejdelse af samarbejdsaftale	<p>Som følge af COVID- nedlukningen ultimo 2020 blev en række planlagte aktiviteter aflyst – herunder den planlagte proces omkring arbejdsgruppe og styregruppens fælles konklusioner og anbefalinger om det fremadrettede arbejde. Projektledelse fik derfor til opgave at samle resultater med beskrivelse af de afprøvede indsatser og de bedste af de ikke afprøvede ideer i et samlet oplæg til fortsat arbejde med alkoholbehandling på tværs af aktører. Dette er samlet i et udkast til en samarbejdsaftale, som derefter er sendt i høring i arbejdsgruppen og styregruppe.</p>	<p>Den tilpassede proces har ikke bygget på relevant grad af fælles refleksion, inddragelse og ejerskab, men har grundet ydre omstændigheder været den bedst mulige løsning.</p>

METODEOVERSIGT

MINI-CASES

Mini-cases er et værktøj der er anvendt til at visualisere brugergrupper og konkretisere målgruppen. Brugergrupperne beskrevet i minicases er arketyper, der repræsenterer de primære forløb. Minicases er baseret på både kvalitative, kvantitative data.

De er anvendt til at identificere målgruppen for en prøvehandling. Desuden er de anvendt i informationsmateriale til frontpersonale, der skulle udføre afprøvninger, mhp. hurtigt og nemt at pejle sig ind på målgruppen.

SYV FORTÆLLINGER

Mere dybdegående patientfortællinger med fokus på patientens forløb på tværs af aktører. Bidrager med et brugerperspektiv på de enkelte aktørers bidrag og oplevelsen af sammenhæng i forløb på tværs af aktører set ud fra et borger- og medarbejderperspektiv. Metoden fremmer en fælles reference som udgangspunkt for dialog om forbedringsmuligheder.

Erfaringer andre steder fra, viser at med 7 fortællinger er der høj sandsynlighed for at få belyst de fleste "knaster" omkring en given type forløb set fra et borgerperspektiv¹.

INTERVIEW MED BORGER

På det tredje og sidste læringstræf, inviterede vi en borger til at fortælle om sit forløb. Op-lægget blev tilrettelagt som et interview, hvor en deltager fra arbejdsgruppen havde forberedt samtaleemner med borger. Deltagerne fik en dybere forståelse af borgerens bagvedliggende adfærd og perspektiv som patient i behandlingsforløbet. Deltagerne brugte patientfortællingen som fælles reference gennem hele dagen og bidrog til en naturlig måde at involvere patient/borger. Erfaringen var en succesfuld borgerinvolvering blandt andet fordi det var et match i både borger/interviewer og rammen var vel tilrettelagt.

ARBEJDSGANGSANALYSER

Eftersyn af arbejdsgange hos de enkelte aktører er gennemført i flere omgange. Som led i arbejdet med den "brede målgruppe" er der gennemført arbejdsgangsanalyser hos alle aktører med henblik på at identificere patientens vej gennem organisationen. Arbejdsgangsanalyser er anvendt til både et tænkt patientforløb som "det burde se ud" og for eksisterende forløb ved at "følge fodsporet" på en eller flere konkrete patientforløb. Arbejdsgangsanalyser bidrager med at tydeliggøre kompleksitet – både i forhold til antallet af indgange, systematiske og tilfældige variationer som følge af disse mange indgange. Afdækning af intern arbejdsdeling, kommunikationsveje og ledelsesmæssig forankring er nødvendig for at understøtte egentlige forløb indenfor og på tværs af organisationer.

¹⁾ <https://qi.eft.nhs.uk/resource/derek-feeley-jason-leitch/>

METODEOVERSIGT

PATIENT RAPPORTEREDE DATA OMKRING OPLEVET SAMMENHÆNG

Patient Rapporterede Experience Measures (PREM) er anvendt som metode til at bringe brugerperspektivet ind i den løbende opfølgning. Vi indsamler information via et spørgeskema, der er udfyldt af patienten. Information om deltagerens tilfredshed og oplevelse med en given behandling, samt deltagerens oplevede problemstillinger, livskvalitet og -tilfredshed.

PREM er anvendt som indikator for sammenhæng og effekten af de forbedringer der er foretaget. PREM anvendes til at monitorere sundhedsvæsenets ressourcer og organisering (strukturen) og aktiviteter der udføres i patientforløbet (processen).

PATIENTFORTÆLLING – INTERVIEW

Brugerinterviewet er anvendt til at få indsigter i brugerens hele situation, hverdag og behov fra brugerens perspektiv på sin vej gennem systemet. Interviewpersonen er identificeret og udvalgt i en kommunes rusmiddelcenter. Interviewet finder sted på et læringstræf med et medlem af arbejdsgruppen som interviewer og er gennemført som en uformel samtale. Interviewperson og interviewer har sammen forinden forberedt emner de skulle nå omkring.

KVANTITATIVE DATA

Det fælles indikatorskema er udviklet og afprøvet mhp. at skabe en populationsbeskrivelse, samt lære af forløb på tværs af sektorer og generere fælles kvantitative datasæt til at belyse sammenhæng i patientforløb. Indikatorskemaet er udviklet og testet omkring de borgere som er omfattet af bekymringshenvendelser. Skemaet indeholder information om stamdata omkring patient, aktuelle og tidligere sygehusforløb og kontakter samt visiterede ydelser i kommunen. Data er indsamlet i forbindelse med ophold på sygehuset og i psykiatrien, suppleret med information indsamlet i kommunen. Informationer er indsamlet og anvendt mhp. tværsektoriel læring med patienternes samtykke. Relevante aftaler er indgået mellem aktører.

Det er hensigten, at data registreres tidstro i indikatorskemaet.

Mål og indikatorer er samlet i indikatorskemaet, og dokumentet er løbende opdateret og tilpasset. Indikatorerne er defineret og løbende tilpasset i samarbejde på tværs af aktører.

Indikatorerne er defineret med sigte mod kvantitative opgørelser omkring forløb og dermed realiseringen af de forventede resultater (resultatindikator), og hvorvidt de beskrevne processer er gennemført (procesindikator).

METODEOVERSIGT

DE FIRE TEMAER SOM STYRINGSVÆRKTØJ TIL KULTURFORANDRING OG UDVIKLING AF PRØVEHANDLINGER.

De fire temaer er anvendt som et styringsredskab i den kulturforandring der igangsættes efter de indledende workshops. Temaerne er rammesættende for idé og emneudvikling på det strategiske topniveau og styrende for udviklingen af prøvehandling, der skal føre til mere sammenhængende patientforløb.

AUDITUNDERSØGELSE

Auditmetoden udgør en særlig metodisk ramme, hvor fagpersoner analyserer, vurderer og drøfter den faglige praksis og patientforløb. Læringen opnås ved at de fagprofessionelle systematisk gennemgår en eller flere indikatorer fra den udvalgte arbejdsgang. Det kan f.eks. være sager, forløb eller hændelser. Dokumentation fra praksis bestod af skriftligt journalmateriale trukket fra Sundhedsplatformen. Der er arbejdet med auditmetoden med faste elementer: Datatræk ud fra fastsatte indikatorer, gennemgang og drøftelse i et panel af fagprofessionelle, evt. med fast mødestruktur, præcisering af temaer til vurdering, et fælles materiale med de udvalgte eksempler fra praksis til videre indsats. Auditundersøgelsen er også anvendt til at be- og afkræfte nogle hypoteser samt underinddele populationen og dermed fokusere de videre prøvehandling i projektet.

SPILLEREGLER

De otte spilleregler er udviklet af deltagerne på de indledende workshops i fællesskab på baggrund af erfaringer fra første prøvehandlingsperiode samt refleksioner over samarbejdets udfordringer og potentialer. Spillereglerne har til formål at sikre fremdrift og commitment i det tværgående samarbejde.

Spillereglerne er anvendt til at understøtte et fælles sprog og sætter ramme om samspil og samarbejde.

FORBEDRINGSMETODEN

Centralt i forbedringsarbejdet er anvendelse af Forbedringsmodellen "Model for Improvement". Det er en enkel og meget anvendelig metode til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser. Modellen er med succes brugt både i Danmark og internationalt.

"Forbedringer" skal i denne sammenhæng forstås meget bredt som ændringer i strukturer og processer, der medfører bedre kvalitet for patienten. Forbedringsmodellen handler ikke om, hvad god kvalitet er, men om, hvordan man opnår den kvalitet, man har sat som sit mål.

Forbedringsmodellen består af to dele: tre spørgsmål og en metode til afprøvning og læring, PDSA-cirklen. Metoden til afprøvning og læring kaldes Plan-Do-Study-Act-cirklen (PDSA). PDSA er Forbedringsmodellens motor til at omsætte ideer til konkrete handlinger. PDSA skaber læring og anvendes til at opbygge viden og afprøve og indføre forandringer.

METODEOVERSIGT

Afprøvninger af konkrete idéer, før de videreudvikles, konkretiserer idéen, hvilket giver brugerne mulighed for tidligt at vurdere potentiale, værdi og omkostninger. Effektiviseringen og succesraten øges for de endelige løsninger.

DRIVERDIAGRAMMER

Et driverdiagram er anvendt til at beskrive projektets mål og teorien om, hvilke indsatser der skal til for at komme i retning af og – i sidste ende – at nå målet både for et projekt og en prøvehandling. Diagrammet opridser både de overordnede indsatser og de detaljerede planer helt ned til enkelte løsninger, der vil afprøves og evt. implementeres. Det beskriver årsagssammenhængen mellem mål og indsatser. Med driverdiagrammet kan projektets strategi beskrives på én side.

LÆRINGSTRÆF OG INNOVATIONSVÆRKSTED

Der er anvendt forskellige læringsrum til relationel koordinering udmøntet læringstræf som fælles skolebænk og et ide- og udviklingsværksted.

VIDENSVÆG

Vidensvæggen er forsøgt anvendt i det fysiske møderum i Athena huset, som et visuelt redskab til at dele viden i projektgruppen og præsentere læring for styregruppen. Væggen fungerer som et dokumentationsredskab, samtidig med at det bruges til at identificere og fortolke sammenhænge mellem læring og forbedringsmuligheder.

Grundet corona, var vi nødsaget til at mødes virtuelt i arbejdsgruppen. Tanken var, at arbejdsgruppen skulle bruge væggen aktivt på møderne. Det ansvarlige arbejdsgruppemedlem fremlagde læring fra de enkelte prøvehandling. Fælles drøftelse i plenum skal bidrage til at give nye perspektiver til på hvilket område det giver bedst og mest læring at afprøve den nye arbejdsangang/indsats i praksis.

VIVES KERNEELEMENTER

KERNEELEMENT	DELELEMENTER MED TILHØRENDE ANBEFALINGER
<p>1. Gode og smidige relationer: Fælles mål, viden og respekt</p>	<p>Vedvarende fokus på at opbygge, men også vedligeholde en samarbejdskultur. Gode forløb for borgere med komplekse problemstillinger kræver ikke kun, at de involverede medarbejderne er dygtige til deres eget fag. Patientforløbet bør også foregå i et samarbejde, der er præget af værdier såsom tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, helhedsorientering og koordination. Kommunikation og overlevering bør prioriteres på linje med traditionelle kliniske kerneydelser (Gittel 2009).</p> <p>Etablering af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens indsats. Kernen i Gittells teori om relationel koordinering handler om at understøtte positive udviklingsspiraler. 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.</p> <p>Opbakning på både politisk, administrativ og frontlinie niveau. Dette sikres ved fortsat fælles ledelsesmæssigt engagement. Ledelsesmæssige opgaver omfatter "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. Samtidig anbefales ledelsesmæssig fokus på etablering af innovative frirum, hvor ideer og løsninger udvikles i ligeværdigt samarbejde, samt muligheden for at tage udgangspunkt i at forbedre borgernes forløb og den faglige kvalitet frem for økonomiske hensyn. Sidst men ikke mindst afprøvning i lille skala med mulighed for at eksperimentere og lære, inden der tages beslutning om implementering i større skala.</p> <p>Indsatsen bør bygge på ildsjæle og fælles interesse/ansvar som udgangspunkt for arbejdet, ved at ledere "identificerer og ansvarliggør de ledere og medarbejdere, som er villige til at kæmpe for et velfungerende samarbejde" og understøtter "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".</p>

VIVES KERNEELEMENTER

KERNEELEMENT	DEELEMENTER MED TILHØRENDE ANBEFALINGER
<p>2. Viden om målgrupper og konteksten for samarbejdet</p>	<p>Identificere et afgrænset, relevant og realistisk afsæt for arbejdet, med udgangspunkt i konkrete og oplevede problemer frem for en særlig model. 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.</p>
	<p>Gode data omkring målgruppen – i form af patient- og omkostningsdata – som kan anskueliggøre problemets omfang og eventuel segmentere målgruppen yderligere, men også anvendes til at kvalificere eller afkræfte umiddelbare antagelser omkring målgruppen, prioritere relevante indsatser og behovet for eventuel integration heraf.</p>
	<p>Etablering af en dybdegående forståelse af konteksten gennem afsættelse af ressourcer og tålmodighed til at investere i en bred og involverende dialog, der samler relevante aktører (og involverer patienter) fra starten gennem analyse af det/de fælles problemfelter, fordele og ulemper forbundet med de eksisterende systemer og arbejdsgange, og en afvejning af, hvor integreret en løsning det kræver at adressere de afdækkede problemer.</p>
	<p>Udvikling af konkrete nye løsninger med opmærksomhed på samspillet mellem henholdsvis klinisk, social og organisatorisk kompleksitet baseret på de erkendte faldgruber eller ulemper i det eksisterende system. Dermed forebygges "unintended consequences".</p>
	<p>Anvende data og indsamling af viden, der løbende kvalificerer antagelser om problemer og løsninger i samarbejdet</p>
	<p>Investeringer i fælles kompetenceudvikling og systematisk evaluering, når arbejdet er så langt at implementeringen kan sættes i gang.</p>

VIVES KERNEELEMENTER

KERNEELEMENT	DELEMENTER MED TILHØRENDE ANBEFALINGER
3. Fokus på omkostningstunge forløb	<p>Fokuser på selekteret målgruppe med særlige behov og forløb, som i udgangspunktet er dyre og komplekse. Gruppen skal være stor nok til at specialiseret tværfaglig indsats er berettiget, ligesom det skal være muligt at identificere, rekruttere og fastholde et tilstrækkeligt antal.</p> <p>Tag gerne afsæt i et klinisk forløb 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".</p> <p>Formuler ambitioner for behandlingskvalitet og oplevelse af sammenhæng, men vær opmærksom på at de specialiserede faglige indsatser ofte koster mere, og kun i USA har ført til et fald i forbrug af akutte sundhedsydelser.</p>

VIVES KERNEELEMENTER

KERNEELEMENT	DELEMENTER MED TILHØRENDE ANBEFALINGER
<p>4. Patientperspektiv og data som afsæt for behandlingsstrategier, effektmåling og styring</p>	<p>Der bør skelnes mellem de forskellige typer af patientrapporterede data. PRO data (Patient Reported Outcomes) knytter sig alt overvejende til enkelt diagnoser frem for borgere med tværgående forløb og sammensatte udfordringer og PRO data indsamles med sigte mod aggregerede data som grundlag for fremtidig beslutningsstøtte og styring. Interessen er på nuværende tidspunkt større end erfaringen med PRO data i Danmark. FIT data (Feedback Informed Treatment) anvendes derimod i komplekse sociale, psykiske og somatiske forløb 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. Opbygning og fokus har mange overlap med de fem lokalt udviklede spørgsmål, der er anvendt til at indsamle patientperspektiver i 'Sammen om min vej' (Broen til Bedre Sundhed 2018).</p>

Afklaring af formålet med implementering af patientrapporterede data, som enten a) Patientinvolvering og mulighed for at følge op på de enkelte patienter og udbyttet for den gruppe af patienter, der er målgruppe for indsatsen, eller b) 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.

VIVES KERNEELEMENTER

KERNEELEMENT	DEELEMENTER MED TILHØRENDE ANBEFALINGER
<p>5. Fælles fysiske rammer som afsæt for samarbejdet</p>	<p>Kan være relevant ved komplekse og intensive patientforløb hvor eksisterende fysiske rammer og kommunikationsteknologi ikke er tilstrækkelige.</p> <p>Økonomi, eksisterende rammer og moderne kommunikationsteknologi. Forudsætter at der er økonomi til at bygge nyt? Hvilke eksisterende bygningsfælleskaber 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?</p>
	<p>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.</p>
	<p>Involverede aktørers ønsker om fælles at udvikle organisation, ledelse og faglige indsatser, herunder om der er fagligt og organisatorisk opbakning til samling og udvikling af en given indsats? Om det er realistisk at rekruttere og fastholde de nødvendige fagpersoner (særligt relevant i forhold til speciallæger og psykiatri)? Om eksisterende eller nye tværfaglige teams/funktioner har brug for noget, der samler dem i et fagligt fællesskab og et fagligt miljø.</p>

INNOVATIONSVÆRKSTEDET FOR SUNDHEDSSTRATEGISK LEDELSE

I regi af KSS Nykøbing F og KSP Syd-samarbejdet under **Sammenhængende Patientforløb** er der indhentet gode erfaringer med etablering af et praksisnært innovationsværksted med fokus på samarbejde, koordination og opgaveoverdragelse i løsning af patientforløb med komplekse problemer.

Der arbejdes med at omsætte den gode idé til konkrete løsninger og udvikle værktøjer på tværs af kommune, sygehus, psykiatri og de praktiserende læger. Hvert værksted er et et-årligt udviklingsforløb.

Den hele samarbejdsmodel er tænkt som en generisk model til inspiration for både det fortsatte lokale udviklingsarbejde omkring alkoholbehandling og i det videre arbejde med andre komplekse problemstillinger i regi af sundhedsaftalen.

MODELLENS STYRKE

Vi arbejder med korte intensive udviklingsforløb med en fast struktur, hvor der tages udgangspunkt i praksisnære udfordringer. Modellen involverer alle relevante nøgleaktører og organisatoriske niveauer i alle 3 sektorer i realiseringen af sundhedsaftalens mål og øger derved ejerskabet til disse. Nøgleaktører sættes fri i udforskningen og udviklingen af nye fælles løsninger.

Fokus er på at optimere og styrke den horisontale værdikæde, dvs. smidige samarbejder og koordination omkring den fælles kerneopgave.

INNOVATIONSVÆRKSTEDET



INNOVATIONSVÆRKSTEDET FOR SUNDHEDSSTRATEGISK LEDELSE

VI MØDES OG UDVIKLER SAMMEN

Metodisk tager modellen afsæt i principperne for agil projektledelse (Jørgensen m.fl. 2016) og forbedringsmodellen, hvor forandringer skabes i lille skala på få antal patientforløb.

Vi udvikler prototyper, inden vi skalerer.

Vi arbejder ud fra en fælles værktøjskasse til brugerinddragelse (Daugbjerg 2020), køreplan over forløbet, forbedringsmodellens værktøjer og en fortsat fælles uddannelse i forbedringsarbejde.

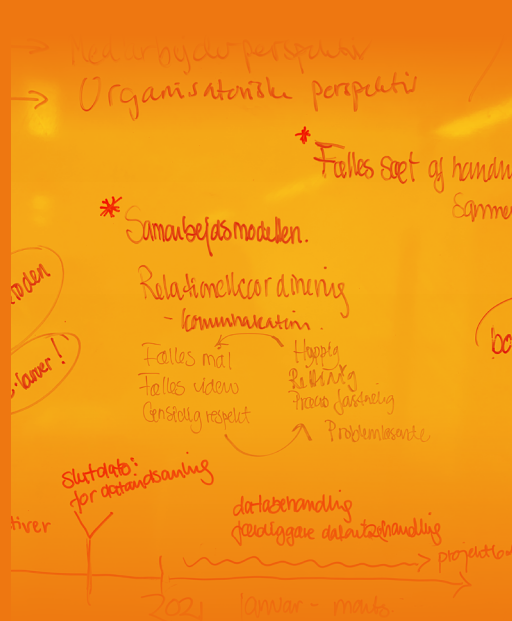
Relationerne udgør et vigtigt fundament for videreudvikling og forankring af samarbejdet. Læringstræf er der, hvor vi mødes og udvikler sammen 3-4 gange årligt i forbedringsteams og innovationsgruppe.

Innovationsgruppen er maskinrummet, der binder løsninger sammen på tværs af alle aktører.

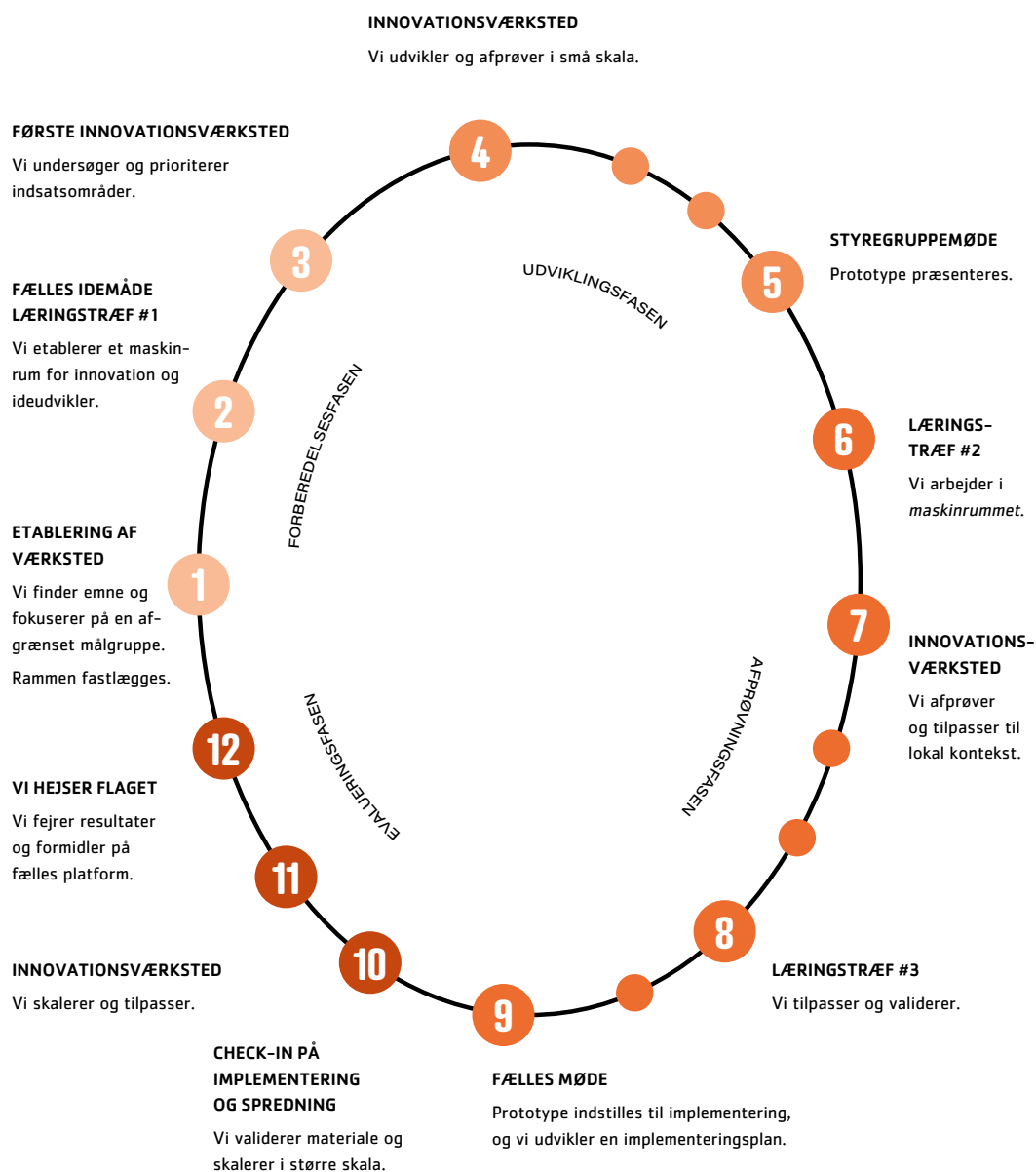
De fire overordnede temaer danner rammen for fælles retning og styring.

RAMMEN FOR VÆRKSTEDETS ARBEJDE

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



MODEL FOR INNOVATIONSVÆRKSTEDET FOR SUNDHEDSSTRATEGISK LEDELSE



SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

Version 1.0
udkast februar 2021



SAMARBEJDSAFTALE OM
SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

INDHOLDSFORTEGNELSE*

Indledning og aftalens grundlag	3
Baggrund	3
Samarbejdsaftalens parter	4
Formål	4
Målgruppe	4
Mål	4
Samarbejdsaftalens værktøjskasse	5
1. Borger/patient i fokus for udvikling og behandling	6
2. AlkoTeam der samarbejder på tværs	6
3. Afdækkende samtale	8
4. Fælles beslutningstagen	9
5. Behandlingsplan	10
A. Indhold (medicinske/sociale behandlingsplan)	10
B. Skabelon i SP/EOJ/HD-eKJ – Elektronisk klient Journal til misbrugsbehandling	11
C. Faglige instrukser	11
6. Hurtig videokontakt	12
7. Fremskudt rådgiver	13
8. Korrespondancemeddelelse	14
9. Tovholder	15
10. VIP samarbejds møder	16
11. Fælles sprog og værktøjer	17
Øvrige forhold	18
Samlede anbefalinger	18
Implementering af samarbejdsaftalen	18
Monitorering af samarbejdsaftalen	18
Tvister	18
Ikrafttrædelse	18
Arbejdsgruppens sammensætning	19
Inspirationskatalog	20
Litteraturliste	20
Bilag	21

* De **anførte sider** i indholdsfortegnelsen retter sig mod aftalens oprindelige udformning. Som bilag i denne rapport skal de dermed udelukkende betragtes som vejledende.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

INDLEDNING OG AFTALENS GRUNDLAG

Med udviklingssamarbejdet **Sammenhængende Patientforløb** har en tværsektorielt forankret aktørkreds i perioden 2018–2020 udviklet og testet en række forbedringsinitiativer omkring sammenhængende alkoholbehandling i forløb imellem akutafdelingerne i somatik og psykiatri, socialpsykiatri, ældreplejen, rusmiddelcentre og almen praksis¹.

Arbejdet har taget udgangspunkt i: a) etablering af fælles og mere dybdegående viden om målgruppen og patienternes oplevelse af de eksisterende tilbud, og b) udvikling og test af konkrete indsatser på tværs af aktører, samt c) udvikling af en samarbejdsmodel til fælles udvikling og forbedring af patientforløb på tværs af aktører.

De konkrete indsatser er alle testet gennem afprøvninger i lille skala med få patientforløb og ligger indenfor de fire strategiske temaer for forbedringssamarbejdet, der er oplyst nedenfor. De fire temaer blev oprindeligt formuleret som overskrift på prøvehandlinger prioriteret som optakt, men de viste sig at fungere som overordnede temaer for en serie af mindre prøvehandlinger og have en betydelig gensidig påvirkningskraft. Temaerne er siden blevet fire strategiske temaer for forbedringssamarbejdet og anbefales at blive båret videre som fælles principper.

- Tema 1. At gøre den sårbare borger kendt på tværs
- Tema 2. Fagligt frirum og beslutningskraft
- Tema 3. At gøre den sårbare borger til 'hjerterpatient'
- Tema 4. Rette patient i rette seng.

Via patientforløb er 'knaster' identificeret i arbejdsgange, kommunikation og regionale/kommunale instrukser og behov for et lokalt forankret tillæg til allerede eksisterende aftaler er identificeret.

Med afsæt i det fælles udviklingssamarbejde på tværs af ledere og specialister er der gennemført en systematisk opsamling af læring omkring de enkelte forløb – internt i organisationerne og på tværs – som inspiration til forbedring på systemniveau. Som resultat er der formuleret 9 konkrete værktøjer og 2 grundtanker, som anvendes enkeltvis eller samlet i konkrete patientforløb afhængig af kompleksitet. Samlet udgør værktøjerne og de videre udviklingsperspektiver herfor fundamentet for en lokal samarbejdsaftale på alkoholområdet, der er en samarbejdsaftale som tillæg til den regionalt forankrede forløbsbeskrivelse under sundhedsaftalen: "Kommunikations og samarbejde om forløb ved Misbrugsbehandling" (jf. figur 1).

¹ Udviklingsarbejdet har opnået økonomisk støtte fra Trygfonden og er udviklet i et samarbejde under Broen til Bedre Sundhed.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

BAGGRUND

Hvert år bliver 28.000 patienter indlagt, hvor alkohol er årsag til indlæggelsen. Det svarer til 130.000 sygehuskontakter årligt i Danmark (Alkohol og samfund 2019). Alkohol er en af de faktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Ikke alene spiller alkohol en rolle i forhold til udviklingen af en lang række sygdomme som f.eks. alvorlig leverlidelse, mavetarm-, lunge- og muskelskeletsygdomme og visse typer af kræft, men også en lang række ulykker sker på grund af alkohol. Alkohol er også skyld i for tidlig død. Overforbrug af alkohol har ikke alene konsekvenser for den, der drikker, men kan også have væsentlige følger for de pårørende og samfundsmæssigt (Sundhedsstyrelsen 2016).

De samlede udgifter til alkoholrelateret kontakt til sygehus er 1,9 mia. kr. i 2013. Heraf udgør den kommunale medfinansiering 245 mio. kr., som er svarende til knap 13 pct. af de samlede udgifter. (Sundhedsstyrelsen 2015).

Særligt socialt udsatte med et alkoholmisbrug, manglende omsorg og ringere adgang til sundhedsvæsenet betyder, at den socialt udsatte ikke profiterer af sundhedsvæsenet mange behandlingsindsatser (Rådet for socialt udsatte 2014).

Ofte henvender alkoholbehandlingssystemet sig primært til mennesker med alkoholafhængighed, som generelt set er socialt velfungerende. Det vurderes, at det sundhedsfaglige personale med de redskaber de har til rådighed, ikke i tilstrækkelig grad er i stand til at opspore og hjælpe indlagte med overforbrug af alkohol. Kun 5,2% af alle indskrevet i kommunal alkoholbehandling i 2017 var henvist fra skadestue, sygehus eller psykiatrisk sygehus. Resten - og størstedelen - af nytilkomne borgere i alkoholbehandlingen var selvhenvendere (Alkohol og Samfund 2019).

Alle organisationer har peget på manglende sammenhæng, der fører til uhensigtsmæssige forløb for borgere med alkoholafhængighed. Dette medfører, at særligt socialt udsatte borgere rammes ved ofte at falde mellem to stole, hvilket medvirker til at skabe yderligere ulighed i sundhed hos mennesker med alkoholafhængighed.

SAMARBEJDSAFTALENS PARTER

Samarbejdsaftalen er indgået af samarbejdspartnerne i Kommunalt Samarbejdsforum for Somatic (KSS) Nykøbing Falster og Psykiatrien Syd. KSS Nykøbing Falster omfatter Vordingborg Kommune, Guldborgsund Kommune, Lolland Kommune, Praktiserende Lægers Organisation Sjælland (PLO-S), Nykøbing F. Sygehus.

FORMÅL

Formålet med nærværende samarbejdsaftale er at sikre et optimeret *sammenhængende patientforløb* i og omkring alkoholbehandlingen med høj faglighed, kvalitet og patientsikkerhed på tværs af alle relevante aktører i det nære sundhedsfælleskab omkring borger. Alle borgere skal opleve en fælles indsats, der understøtter en sammenhængende alkoholbehandling og forebygger unødvendige indlæggelser.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

MÅLGRUPPE

Patienter, der indlægges på Akutafdelingen på Nykøbing F Sygehus og/eller Psykiatrisk Akutmodtagelse i Psykiatrien Syd, har et alkoholmisbrug/overforbrug og eventuelt flere kroniske diagnoser, sociale problematikker eller en kombination heraf.

- Voksne + 18-årige borgere lægehenvist til indlæggelse på Nykøbing F. Sygehus Akutmodtagelse
- Voksne + 18-årige borgere lægehenvist til indlæggelse Psykiatrisk Akutmodtagelse Psykiatrien Syd
- Voksne + 18-årige borgere selvhenvendende med henblik på indlæggelse ved Psykiatrisk Akutmodtagelse Psykiatrien Syd

MÅL

Samarbejdet om sammenhængende alkoholbehandling styrkes gennem anvendelse af aftalens værktøjskasse, hvis delelementer beskrives nedenfor. Borgerne skal opleve et langt mere sammenhængende sundhedsvæsen med integrerede behandlingstilbud gennem fagligheder, der føler sig gensidigt forpligtet overfor borgeren og hinanden i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

- At flere borgere får hjælp til at starte, genoptage eller fortsætte i alkoholbehandling
- At der er en øget opmærksomhed på at skabe lighed i sundhed gennem opsporing af somatiske og psykiatriske sygdomme, så den rette behandling tilbydes
- At flere borgere oplever sig hørt og medinddraget i beslutninger omkring eget behandlingsforløb
- At skabe brobygning mellem sektorer og fagpersoner om sammenhængende alkoholbehandling
- At øge fagpersoners forståelse og faglige kompetence i mødet med borgere, hvor alkohol udfordrer hverdagen og livet
- At øge fagpersoners forståelse og faglige kompetence i mødet med borgere, hvor alkohol udfordrer hverdagen og livet.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

SAMARBEJDSAFTALENS VÆRKTØJSKASSE

Værktøjskassen indeholder 9 konkrete værktøjer og 2 grundtanker, der tilsammen understøtter den sammenhængende alkoholbehandling ved at styrke fokus på den sårbare borger/patient, det gode individuelt tilpassede patientforløb og brobygning mellem aktører gennem vidensdeling og fælles ansvar for den sammenhængende behandlingsindsats. Værktøjerne kan anvendes enkeltvis eller samlet, det baseres på kompleksiteten i de enkelte patientforløb.

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Borger og patient i fokus for udvikling og behandling (grundtanke) | 6. Hurtig videokontakt |
| 2. ALKO-team(s) der samarbejder på tværs | 7. Fremskudt rådgiver |
| 3. Afdækkende samtale | 8. Korrespondance-meddelelse |
| 4. Fælles beslutningstagen | 9. Tovholder |
| 5. Den gode behandlingsplan | 10. VIP samarbejds møde |
| | 11. Fælles sprog (grundtanke) |



Redskaberne er udviklet og testet med *forbedringsmodellen/PDSA-afprøvninger* i forbedrings-teams, der på tværs af organisationerne har arbejdet sammen om løsninger på hurtig kontakt, kommunikationsveje og akutte afrusningsforløb.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



1. BORGER/PATIENT I FOKUS FOR UDVIKLING OG BEHANDLING

Der arbejdes i alle værktøjskassens elementer med et inddragende borgerperspektiv. Udgangspunktet for udviklingen af værktøjerne til sammenhængende alkoholbehandling har været et bruger- og borgerperspektiv, hvor vi gennem metoden *7 patientfortællinger - 7 Stories*, har fået anskueliggjort patientforløbets udfordringer set fra perspektiv af både borger og fagpersoner.

- Fortællinger og brugerinddragelse skal løbende bidrage til at forbedre og udvikle værktøjskassens redskaber.

AFTALE

Alle organisationer i samarbejdet har opmærksomhed på fortællinger der kan bidrage til udviklingen af værktøjerne i værktøjskassen, samt viden og forståelse for borger/patient med alkoholafhængighed.

Der arbejdes sammen om at dele og fastholde nye fortællinger i alle relevante samarbejdsfora



2. ALKOTEAM DER SAMARBEJDER PÅ TVÆRS

Sammenhæng og samarbejde på tværs støttes gennem teamsamarbejde mellem fagprofessionelle i akut-afdelingen NFS, på Psykiatrisk Akut Modtagelse (PAM syd), i kommunernes visitationer og rusmiddelcentre der tilsammen sikrer et bredt kendskab til alkoholbehandling.

Etableringen af et særligt ALKO-team af fagprofessionelle kan målrettet arbejde med optimering af akutte afrusningsforløb under indlæggelsen på akut-afdelingen. Arbejdsgruppen har peget på en governancestruktur og en sammensætning af ALKO-teamet, som samtidig kan understøtte sygehusets arbejde med forbedringsindsatser under den nye kvalitetsmodel. Socialsygeplejerskerne indgår med deres omfattende specialistviden om målgruppen. Et dedikeret team vil medvirke til at opspore patienter i målgruppen og højne den samlede behandlingsindsats.

Gruppen af patienter med alkoholafhængighed, - misbrug og overforbrug indlægges ofte under andre diagnoser. Det anbefales, at indsatserne opstartes til patienter, der indlægges eller

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

overflyttes til akut afrusning. Arbejdsgruppen har indkredset de første fokusområder efter teamets etablering til at være:

- Afdækkende samtale ved indlæggelsen mhp. afklare behandlingspotentiale i samarbejde med ptt.
- Brobygning gennem den gode behandlingsplan – modtages fra kommunen v. indlæggelse af borger i kendt forløb i kommunernes rusmiddelcentre
- Brobygning gennem den gode behandlingsplan – afsendelse v. udskrivelse til videre forløb hos egen læge eller i kommunernes rusmiddelcentre
- Optimering af det akutte medicinske afrusningsforløb³
- Sammenhængende medicinsk ordination til borger ved akut abstinensbehandling og overgang til forsat ambulat behandling i rusmiddelcenter; Ordination, udlevering af medicin og udlevering af medicinsk behandlingsplan til borger udgør en sammenhængende medicinsk behandling.
- Sammenhængende medicinsk ordination til borger ved akut abstinensbehandling og overgang til forsat behandling i andet behandlingstilbud efter udskrivelse, eksempelvis selvhenvendelse på Socialmedicinsk afdeling på Saxenhøj; Ordination, udlevering af medicin og udlevering af medicinsk behandlingsplan til borger udgør en sammenhængende medicinsk behandling.
- Udskrivelsespakke; Udskrivningsnotat, medicinordination, medicinoversigt og udlevering af Chlordiazepoxid (Klopoxid, Risolid) ved fortsat behov herfor samt B-vitaminer. Informationsmateriale til pt. om effekt og forholdsregler samt aftale om fortsat ambulat afrusning/behandling.
- Stillingtagen til opstart af Antabus inden udskrivelse til ambulat behandling.
- Fælles beslutningstagen ved samarbejds møder mhp. afklare behandlingspotentiale og støtte borger i beslutningstagen.
- Kontakt til rådgiver/behandler i kommunens rusmiddelcenter inden udskrivelse
- Specialistsparring/rådgivning for egen læge eller misbrugscenterets læge ift. indlæggelsesbehov

³ Når der påbegyndes indlæggelseskrævende abstinensbehandling skal der bygges bro til den videre behandling efter udskrivelse. Patienten der behandles i den akutte fase og udskrives har brug for en sikker medicinering i overgangen til egen læge eller mødet på misbrugscenteret. Behandlings slip giver stor risiko for tilbagefald grundet abstinenser.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

AFTALE

Der etableres et ALKO-team (et specialistteam) i akut-afdelingen på baggrund af arbejdsgruppens anbefalinger. Teamet sammensættes af socialsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, en dedikeret læge (evt. en læge i intro- eller hoveduddannelsesforløb) og evt. en klinisk ansvarlig sygeplejerske.

Teamet videreudvikler og implementerer aftalens indsatser til patienter, der indlægges på akut-afdelingen på NFS. Indsatserne kan på sigt udvikles og spredes i afdelingen, til andre af sygehusets afdelinger og PAM.

Teamets opgaver konkretiseres og beskrives pba. audits, patient- og personaleobservationer og fortællinger. De kommunale samarbejdspartnere stiller sig til rådighed og inddrages relevant i opgaven hermed.

Konkret tænkes nedenstående indsatser igangsat:

1. Afdækkende samtale ved indlæggelsen
2. Den gode behandlingsplan⁴ modtages fra rusmiddelcenter ved indlæggelsen fra 8-16 på hverdage.
3. Den gode behandlingsplan sendes ved udskrivelsen
4. Det arbejdes med optimering af den akutte medicinske afrusning, der sikrer tilstrækkelig abstinensbehandling
5. Der aftales sammenhængende medicinsk ordination ved udskrivelsen og udlevering af medicin
6. Opdatering og overblik i FMK
7. Fælles beslutningstagen om behandlingspotentiale og -plan⁵.
8. Kontakt til rusmiddelcenter inden udskrivelse fra 8-16 på hverdage.
9. Udskrivelsespakke
10. Etablering af rådgivningsfunktion
11. Etablering af koordineringsfunktion

Dato for etablering af ALKO-teamet, samt udvikling og implementering af opgaver aftales nærmere.

⁴ Den gode behandlingsplan indeholder såvel medicinske som sociale indsatser.

⁵ Ønsker borger behandling, afrusning eller etablering af støtte til at kontrollere indtaget indtil motivationen for ophør måske kan findes. For mange insufficente afrusninger forværrer borgers prognose.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



3. AFDÆKKENDE SAMTALE

En systematisk afdækkende samtale ved indlæggelsen, evt. som opfølgning på borgers igangværende behandling i det kommunale rusmiddelcenter (hvis borger er kendt i rusmiddelcenteret), til identificering af borgers behov for afrusning og afklaring af behandlingspotentiale.

ALKO-teamet har her mulighed for at komme rundt om borgers situation og behov mhp. en individuel behandlingsplan og brobygning v. udskrivelse med afsæt i det aktuelle (tilbagefald). Samtidig skal den afdækkende samtale medvirke til at forebygge igangsættelsen af potentielt skadelige⁶ og udsigtsløse akutte afrusninger. Formål med abstinensbehandling formuleres med patienten; ex. forebyggelse af abstinenser under anden behandling, afrusning mhp. afholdenhed og opstart af alkoholbehandling m.fl.

AFTALE

Der udvikles en kort spørgeguide til, at understøtte teamets opgave ved den afdækkende samtale. Guiden kan med fordel etableres som skabelon i Sundhedsplatformen. Herved kan støtte-redskabet samtidig fungere som dokumentationsværktøj, sikre ensartethed og lette arbejdsgange. Med en fast og ensartet tilgang til en afdækkende samtale, ønsker arbejdsgruppen samtidig at introducere den afdækkende samtale som redskab til beslutningsstøtte for patienten.

Teamet kan inddrage erfaringer fra socialsygeplejerskerne i somatik og psykiatri, de kommunale rusmiddelcentre og patient/pårørende til kvalificering ved udarbejdelsen af skabelonen.

Vi bemærker i udkastet, at der er et begrænset fokus på det akutte afrusningsforløb under indlæggelse i akutafsnittet/PAM. Det er vores klare opfattelse, at borgeren altid bør modtage tilstrækkelig behandling under et akutafrusningsforløb herunder at borgeren bliver tilstrækkeligt abstinensdækket under indlæggelsen. Er disse kriterier ikke opfyldt, øges risikoen for forværret trivsel for borgeren og tilbagevendende indlæggelser. Omvendt vil et sådant akut afrusningsforløb skabe gode forudsætninger for det videre behandlingsforløb i den kommunale rusmiddelindsats.

⁶ Ubehandlede alkoholabstinenser gør, at abstinenserne bliver værre for hvert tilbagefald, det såkaldte Kindling-fænomen.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



4. FÆLLES BESLUTNINGSTAGEN

Det er et redskab til fagprofessionelle til at understøtte en fælles beslutningstagning i dialogen med patient, om en sammenhængende behandlingsplan. Redskabet skal sikre, at patient understøttes i egen beslutningstagning under indlæggelsen, hvor patient befinder sig i en udsat og sårbar situation, der vanskeliggør samarbejdet mellem patient og kliniker. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at anvendelse af redskab til fælles beslutningstagning, kan medvirke til at behandlingsplanen tager udgangspunkt i patientens ønsker og behov, inden den endelige plan fastlægges i fællesskab.

Nykøbing F. Sygehus arbejder som led i sygehusets kvalitetsmodel med implementering af model for fælles beslutningstagning.

AFTALE

ALKO-teamet tager metoden med fælles beslutningstagning i brug i dialogen med borger om den sammenhængende behandlingsplan.

Der findes ikke et endegyldigt svar på, hvordan fælles beslutningstagning skal foregå i praksis. Der er enighed om, at fælles beslutningstagning, kræver en forståelse af det særlige samarbejde mellem patient og behandler. Og at de sundhedsprofessionelle kan kommunikere på en åben, empatisk og respektfuld måde, samt kan formidle viden om risici præcist og neutralt.

“Danske Patienter” beskriver 3 elementer i processen for fælles beslutningstagning, der tilsammen fører til beslutningen:

1. Snak om, at der skal foretages et valg.
2. Snak om forskellige behandlingsmuligheder og deres fordele, ulemper og risici.
3. Snak om, at der skal træffes en beslutning.

De 3 elementer kan foregå i samme eller flere samtaler, alt efter hvad der passer til det givne forløb.

<https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning>

Fælles beslutningstagning kan med fordel implementeres i alle samarbejdsaftalen organisationer til at understøtte dialogen med borger om den sammenhængende behandlingsplan.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



5. BEHANDLINGSPLAN

Udvikling af den gode behandlingsplan for sammenhængende alkoholbehandling består af tre delelementer (A, B, C). Elementerne skal sikre, at samarbejdsaftalens parter lever op til de pligter, opgaver og den målrettede kommunikation der står beskrevet i Sundhedsaftalens forløbsbeskrivelse "Kommunikation og samarbejde om forløb ved misbrugsbehandling". Samtidig med et stærkt fokus på at fastholde kontakten til patienten i overgangene. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der målrettet afsættes ressourcer til at færdigudvikle delelementerne.

FORMÅL:

- At sikre sammenhæng i den medicinske og socialmedicinske behandlingsplan mhp. at borger får en sikker overgang til ambulante afslutning og videre alkoholbehandling i overgangene mellem kommuner og sygehus/psykiatri under behandlingsforløbet.
- At flere får kontakt og aftalt ambulante behandling ved udskrivelse fra sygehus og psykiatri.
- At sikre den gode brobygning i en samlet og sammenhængende behandlingsplan for borger, der forebygger u hensigtsmæssige indlæggelser, udskrivelse og overflytninger af borger.
- At sikre anvendelse af den Koordinerede Indsats Plan (KIP) i alle forløb, hvor det er relevant.
- At samarbejder om en sikker og tilstrækkelige medicinering med Chlordiazepoxid (Klopoxid, Risolid) under den akutte medicinske afslutning og den efterfølgende ambulante behandling.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

A. INDHOLD (MEDICINSKE/SOCIALE BEHANDLINGSPLAN)

AFTALE

Der udvikles en standard med oplysninger, der favner både den sociale og medicinske behandlingsplan og indeholder de specifikke pejlemærker der er relevante for klinikerne, at få oplyst. Samlet skal standarden sikre at borger oplever sammenhæng i den medicinske og socialmedicinske behandlingsplan på tværs af sektorerne. Den Koordinerende Indsats Plan (KIP) er et vigtigt redskab i samarbejdet om komplekse borgerforløb og der kan tages udgangspunkt i arbejdet herfra, når vi udvikler videre frem.

Standarden skal anvendes af kommune/rusmiddelcentre ved indlæggelse af borger til akut afrusning i somatisk og psykiatrisk regi.

Standarden skal anvendes af akut-afdelingen og PAM ved udskrivelse af borger ambulant behandling i kommunalt regi, rusmiddelcentre eller hos praktiserende læge.

Indholdet af oplysninger i behandlingsplan ved indlæggelse og udskrivelse skal endeligt beskrives, så der tages højde for hvilken information kommunens rusmiddelcenter har brug for fra sygehuset/psykiatrien og omvendt, for at kunne løse opgaven og give stafetten videre. Herefter skal skabelonen afprøves.

Lolland har beskrevet et udkast til indhold i den sammenhængende behandlingsplan ved indlæggelse og udskrivelse. Guldborgsund anvender standarder for den medicinske - og sociale behandlingsplan. De er udarbejdet iht. sundhedsloven og serviceloven. Der kan i arbejdet med en fælles standard tages udgangspunkt heri.

SAMARBEJDSAFTALE OM
SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

**B. SKABELON I SP/EOJ/HD-EKJ – ELEKTRONISK KLIENT JOURNAL
TIL MISBRUGSBEHANDLING.**

AFTALE

Når standarden for den socialmedicinske og medicinske behandlingsplan ved indlæggelsen og udskrivelsen er udviklet, oprettes skabeloner med standardnotater for såvel EOJ, EPJ og dokumentationssystem i de kommunale misbrugscentre.

1. Akut-afdelingen og psykiatrien opretter standard smartfrase til EPJ i Sundhedsplatformen
2. Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommune opretter standard notat til EOJ og dokumentationssystemer i de kommunale misbrugscentre – eller udvikler på allerede eksisterende skabeloner til sociale/medicinske behandlingsplaner.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

C. FAGLIGE INSTRUKSER

AFTALE

Den sammenhængende behandlingsplan understøttes af sammenhæng i de faglige instrukser på tværs af behandlingsorganisationerne i somatik – psykiatri – kommunale rusmiddelcentre – socialmedicinsk Saxenhøj.

Alle organisationer har peget på manglende sammenhæng der fører til uhensigtsmæssige forløb for borger. Der er i arbejdsgruppen identificeret 4 knaster i forløbsovergange:

1. Patientens ret til behandling ved forandringsudsagn / afrusningsønske.
2. Uoverensstemmelse ved promillegrænser.
3. Komplicerede abstinenssymptomer ved score over 6 mellem somatik og psykiatri.
4. Udredning af hovedtraumer hos borger efter indskrivning på socialmedicinsk på Saxenhøj.

Det anbefales, at der nedsættes et lokalt afklaringsråd, der med en fastsat tidsramme, arbejdes på et beslutningsgrundlag således at kliniker og aktører i region og kommune i fællesskab kan afklare ovenstående tvister.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



6. HURTIG VIDEOKONTAKT

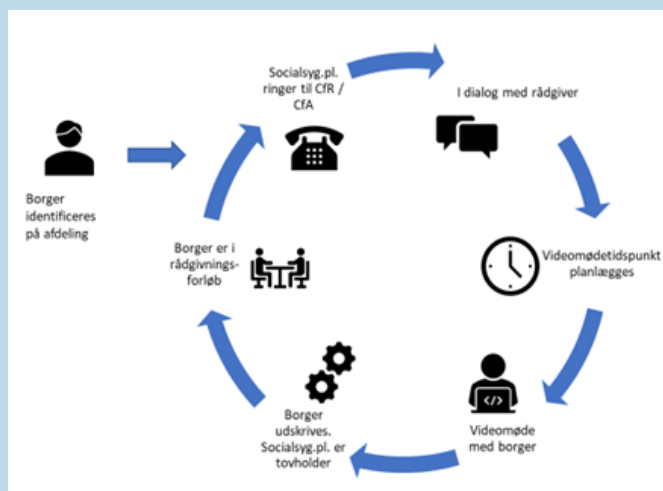
En hurtig brobyggende dialog og fælles planlægning i borgerens forløb via videokontakt, skal anvendes ved ex. afklaring og fælles planlægning af indsatser, fremskudt alkoholrådgivning, konferencedeltagelse og eventuelle møder til etablering af Koordinerende Indsats Plan (KIP), samt VIP samarbejds møder (beskrevet nærmere under punkt 10).

AFTALE

VDX møderum er testet og anvendt til at skabe hurtig kontakt på tværs af alle organisationer og aktører i patientforløbene. Der er gjort positive erfaringer, og det aftales, at hurtig videokontakt anvendes som redskab til at støtte den brobyggende dialog omkring og med borger. Brugen af hurtig videokontakt vil samtidig medvirke til at bevare og udvikle de faglige relationer, som **Sammenhængende Patientforløb** har skabt.

Redskabet vil fremover anvendes ved:

1. Fremskudt kontakt mellem borger og alkoholrådgiver
2. Dialog med afklaring og fælles planlægning af indsatser
3. KIP-møder
4. Konferencer
5. VIP samarbejds møder



Figur 1

Der er udviklet en Quickguide til brug af det anvendte møderum, workflow til hurtig videokontakt (figur 1). Det anbefales, at der oprettes yderligere x antal videomøderum fordelt pr. organisation.

Der er behov for at teste, afdækkes tekniske vanskeligheder og skalere i anvendelsen af videokonferencer.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



7. FREMSKUDT RÅDGIVER

Mange patienter med alkoholproblemer indlægges grundet andre og ofte tilstødende sygdomme, hvilket ofte overskygger alkoholproblemet. Årsagerne hertil er mange, herunder manglende redskaber til samtale og dialog om alkoholafhængighed samt tabu.

Arbejdsgruppen ser den fremskudte kontakt til rådgiver/behandler, som et meget vigtigt redskab i bestræbelserne på at skabe sammenhængende alkoholbehandling. Forskellige modeller for den fremskudte indsats er overvejet i arbejdsgruppen; ugentlige fysiske fremmøder i somatik og psykiatri, virtuelle opstarts samtaler og/eller virtuel reetablering af kontakt med rådgiver/behandler, støttet kontakt gennem socialsygeplejersker.

Forebyggende indsatser med udekørende rådgivere udenfor rusmiddelcentre evt. med diabetesbussen eller til almen praksis har været diskuteret indledningsvist og placeret i inspirationskataloget.

AFTALE

Patienter med behov for alkoholbehandling får tilbudt samtale allerede under indlæggelse med en rusmiddelrådgiver/behandler via videoopkobling med henblik på brobygning til den pågældende kommunes alkoholbehandling og/eller andre relevante sociale indsatser.

Aftalen om borgers hurtige og fremskudte kontakt til rådgiver/behandler af borger støttes af aftale om etablering af subakutte tider i alle 3 kommunale rusmiddelcentre, således, at hurtig første kontakt kan etableres efter udskrivelsen.

Andre ideér der har været drøftet fremgår af inspirationskataloget side 20.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

8. KORRESPONDANCEMEDDELELSE

Forløbsbeskrivelsen "Kommunikation og samarbejde om forløb ved Misbrugsbehandling" under Sundhedsaftalen, fastsætter den overordnede ramme for pligter, opgaver, kommunikation og samarbejde mellem somatik, psykiatri, kommune og almen praksis i forløb med misbrugs- og alkoholbehandling.

Jvnf. forløbsbeskrivelsen er sygehus og psykiatri forpligtet til: at tage kontakt til den misbrugs-enhed, der behandler patienten ved indlæggelse. Alternativt kontaktes egen læge. [...], samt efterfølgende henvise patienten til misbrugsbehandling i kommunen og til psykiatrien, hvis der er mistanke om dobbeltdiagnose. Når der opstartes en afrusning på somatisk eller psykiatrisk sygehus, skal der specifik indhentes oplysninger om eventuel behandling i rusmiddelcenter og samme retur fra sygehuset.

Udvekslingen af oplysninger om behandlingsplan og planlagt medicinering ved indlæggelse og udskrivelse medvirker til sammenhæng i alkoholbehandlingen. Der har i samarbejdet ikke hidtil været anvendt en systematisk arbejdsgang for at sikre denne udveksling af informationer.

AFTALE

Somatik, psykiatri, kommuner og almen praksis samarbejder om, at sikre rette oplysninger på rette tid og sted gennem systematisk indhentning og udveksling af information, herunder at modtage og sende behandlingsplan og heri den planlagte medicinering.

Akutfdelingen og PAM anvender MedCom korrespondancemeddelelse (KM) i kontakter til kommunen. KM giver mulighed for at skrive en besked/forespørgsel om yderligere oplysninger vedrørende en patient som alternativ til telefonisk kontakt mellem sygehus, almen praksis, kommune og øvrige samarbejdspartnere.

Til sammenligning, kan KM sendes, når der er tid og behov for det. Den kan sendes og læses hele døgnet, og den enkelte medarbejder kan færdiggøre opgaver uafhængigt af træffe- eller åbningstider hos samarbejdspartnere.

De 3 kommuner arbejder målrettet på, at fjerne de sidste tekniske barrierer og beskrive arbejdsgange således, at udvalgte informationer kan udveksles mellem samarbejdsaftalens parter.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

AFTALE, FORTSAT

Det er systemteknisk muligt at sende og modtage oplysninger om borgers alkoholbehandling med KM.

- I Vordingborg Kommune mellem akut-afdelingen og kommunens rusmiddelcenter.
- I Guldborgsund Kommune er det muligt at modtage KM, men ikke at svare.
- I Lolland Kommune skal arbejdsgange testes og beskrives.
- Akutafdelingerne i somatik og psykiatri tester og færdigudvikler arbejdsgange med kommunerne, når teknikken er på plads.

Der er udarbejdet et flowdiagram i kommunikationsveje for korrespondancemeddelelse mellem kommune og somatik/psykiatri. Herudover skal nedenstående spørgsmål afklares:

1. Hvad er arbejdsgangen for at modtage en behandlingsplan i rusmiddelcenteret?
2. Hvem er modtager?
3. Hvor sendes behandlingsplan hen, hvis borger er ukendt i kommunens rusmiddelcenter?

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



9. TOVHOLDER

Tovholdere i samarbejdsaftalens organisationer skal medvirke til at sikre et koordineret og sammenhængende behandlingsforløb. I sundhedsvæsenet har egen læge status som borgerens/patientens tovholder, men egen læge har i nogle forløb ikke kontakt til patienten eller er ikke vidende om alkoholmisbrugets omfang før der modtages epikrise om indlæggelse.

AFTALE

Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes videre med en tovholderfunktion, der sikrer sammenhæng i overgangene ved indlæggelse og udskrivelse. En tovholder der i den regionale og kommunale organisation føler sig særligt forpligtet på borgerens forløb i overgangene. For at bruge arbejdsgruppens metafor – 'dem der løber 100 meter sammen med stafetten'. Det kan i akutafdelingen være en social- og sundhedsassistent eller socialsygeplejerske.

Der skal udarbejdes en funktionsbeskrivelse med beskrivelse af rollen og opgaver for kommune og region. Der kan findes inspiration i KIP koordinatorrollen.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



10. VIP SAMARBEJDSMØDER

I enkelte patientforløb er der behov for en ekstraordinær indsats. VIP samarbejds-møder er et værktøj til koordinering af en fælles plan i de særligt komplicerede patientforløb med behov for alkoholbehandling, som ikke kan løses indenfor de gængse rammer og aftaler og derfor forudsætter mandat til koordination af indsatsen på ledelsesniveau. VIP samarbejds-møde etableres, som hurtig videokontakt, når borgere indlægges i somatikken eller psykiatrien og forløbet er præget af høj kompleksitet, med ex. omfattende misbrug, omfattende sociale udfordringer og dobbeltdiagnoser.

Redskabet kan eksempelvis anvendes ved koordinering af komplekse behandlingsindsatser, hvor der er afgørende, at alle aktører medvirker til at indsatser er nøje afstemte og aftalte mhp. at sikre sammenhæng i behandlingsplan og overgange, den tilsvarende komplekse koordinering af udskrivelsen. Der er fremkommet positive erfaringer med værktøjet.

AFTALE

De ledende oversygeplejersker i akut-afdelingen eller psykiatrien syd eller deres stedfortrædere indkalder til VIP samarbejds-møder. De indkalder kommunale ledere med beslutningskompetence samt andre relevante aktører der tilsammen skal indgå aftaler om behandlingsplan, indlæggelse, udskrivelse samt koordinering af overgange. Der kan på konferencen være behov for at træffe ekstraordinære beslutninger om disponering af ressourcer, hvorfor der bestræbes på en deltagelse med beslutningskompetence.

Målet er, at sikre en fælles individuel plan for borger, hvor forløbet er præget af høj kompleksitet.

Der skal beskrives:

1. Arbejdsgange for den multidisciplinære tværsektoriel lederkonference – VIP samarbejds-mødet.
2. Evt. kriterier for der indkaldes til VIP samarbejds-møde, så fælles plan kan igangsættes
3. Kontaktliste med mulige deltagere

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING



11. FÆLLES SPROG OG VÆRKTØJER

Grundtanken i nærværende samarbejdsaftales værktøjskasse er, at værktøjerne tilsammen skaber et fælles sprog, værktøjer og relationer i den sammenhængende alkoholbehandling mellem alle aktører. En ramme, hvor værktøjer kan evalueres og udvikles videre.

Vil vi opnå målet om sammenhængende patientforløb i alkoholbehandlingen nødvendiggør det, at der arbejdes parallelt og brobyggende med borgerens forløb –

**vi skal løbe 100 meter sammen med stafetten,
så vi er sikre på at den er overdraget sikkert.**

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

ØVRIGE FORHOLD

SAMLEDE ANBEFALINGER

Arbejdsgruppen anbefaler, at det samlede sæt af værktøjer under samarbejdsaftalen implementeres. Der er i gruppen en erkendelse af, at der skal arbejdes målrettet videre med tilpasning og implementering af værktøjerne, da særligt den sidste periode med udvikling, tilpasning og skalering blev betydeligt udfordret af Corona pandemiens 2. bølge vinter 2020/2021.

IMPLEMENTERING AF SAMARBEJDSAFTALEN

Aftalen godkendes i den forud aftalte proces under KSS NF og Psykiatrien Syd. Implementering af aftalen sker i regi af Sundhedsaftalens samarbejdspartnere, med særligt fokus på styrket dialog mellem de regionale somatiske og psykiatriske organisationer i det lokale sundhedsfælleskab.

Samarbejdsaftalen anses som et tillæg til Sundhedsaftalen 2019-2023 forløbsbeskrivelse for "Kommunikation og samarbejde om forløb ved Misbrugsbehandling" af 14. november 2014.

MONITORERING AF SAMARBEJDSAFTALEN

Monitorering af samarbejdsaftalen har til hensigt at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling af indsatserne under samarbejdet. Det anbefales, at der i regi af KSS med inddragelse af Psykiatrien Syd nedsættes en følgegruppe under samarbejdsaftalen, der har til opgave at udarbejde et konkret forslag til opfølgning og monitorering af aftalen, eksempelvis:

- Audit på X antal forløb hver X mdr.
- Opfølgning på genindlæggelsesprocenten i somatik og psykiatri.
- Forbrug af Chlordiazepoxid (Klopoxid, Risolid) på akut-afdelingen og PAM opgjort over X antal mdr. efter nærmere definition omkring succeskriterie herfor.
- Antal borgere henvist til det kommunale misbrugscenter gennem fremskudt kontakt med borger på sygehusene.
- 3 Borgerinterview hver X mdr.

TVISTER

Skulle der opstå tvister om fortolkning og udfyldning af nærværende aftale, skal aftalens parter i dialog og i fællesskab tilstræbe at nå til enighed om en løsning. Det anbefales, at en nedsat følgegruppe anvendes til formålet.

SAMARBEJDSAFTALE OM SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

IKRAFTTRÆDELSE

Dokumentet er dynamisk og dato for ikrafttrædelse for nærværende samarbejdsaftale forhandles og aftales på baggrund i den igangværende proces under **Sammenhængende Patientforløb**.

ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING

Samarbejdsaftalen er udviklet i et tværsektorielt samarbejde nedsat under Kommunalt Somatisk Samarbejde NF (KSS NF) og Psykiatrien Syd i Region Sjælland, som led i projekt **Sammenhængende Patientforløb** (2018-2020).

Arbejdsgruppen består af følgende ledere, specialister og nøglepersoner fra alle deltagende organisationer. Sammen besidder de et stort kendskab til kvalitetsudvikling, aftaler og erfaring fra området samt specialistviden.

Christian Jensen	Almen Praksis	PL Præstø og Formand for Vordingborg lægelaug
Dorthe Fog Nielsen	Guldborgsund Kommune	Teamkoordinator ældrevisitationen
Jane Strandgaard Clausen	Guldborgsund Kommune	Teamkoordinator Center for Afhængighed
Birgitte Egeberg	Lolland Kommune	Teamleder, Myndighed Social og Arbejdsmarked
Tanja Jørgensen	Lolland Kommune	Teamkoordinator for visitationen
Bo Guldølv Petersen	Vordingborg Kommune	Distriktsleder, Vintersbølle Plejecenter
Lars René Petersen	Vordingborg Kommune	Centerleder, Center for Rusmidler
Line Baltzer Hansen	Vordingborg Kommune	Centerleder, Center for Socialpsykiatri
Camilla Aff Bredegaard	Psykiatrien Syd/PAM	Afd. sygeplejerske, Psykiatrisk Akutmodtagelse
Christina Nøhr Lundstrøm	Psykiatrien Syd	Sygeplejerske med specialistuddannelse
Karina Klode	Psykiatrien	Specialkonsulent i Psykiatiledelsens stab
Tom Jimmy Hansen	Nykøbing F. Sygehus	Ledn. Oversygeplejerske, Akut-afdelingen
Louise Hemmingsen	Nykøbing F. Sygehus	Socialsygeplejerske
Lisette Lind Larsen	Nykøbing F. Sygehus	Ass. Projektleder, Tværsektoriel projektleder
Kristine Binzer	Broen til Bedre Sundhed	Praksiskonsulent
Annette Tjørnelund	Vordingborg Kommune	Projektleder, Sammenhængende Patientforløb

SAMARBEJDSAFTALE OM
SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

INSPIRATIONSKATALOG

I udvikling af værktøjerne, er der frembragt ideer til yderligere indsatser til understøttelse af en "Sammenhængende Alkoholbehandling". Disse er skitseret nedenfor til inspiration til fremtidig udvikling på området.

- Sub-akut afrusningsforløb – planlagt abstinensbehandling under indlæggelse
- Tværkommunal rådgivning
- Udgående rådgivning evt. med Diabetesbussen ved SDCS Steno Diabetes Center Sjælland
- Formidlingsplatform for **Sammenhængende Patientforløb** i kombination med en App
- Fælles konference på tværs om den nyeste viden på området
- Stigmatisering af borger og faglig stigmatisering – vores fordomme og forforståelse
- Borger og netværk
- Peer to peer ordning. Mulighed for at kunne bestille tilsyn af borgere / tidligere patienter, der har egen erfaringer med alkoholafhængighed og behandling heraf
- Pårørende i alkoholbehandlingen
- Borgerens rehabiliteringsproces

SAMARBEJDSAFTALE OM
SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen (2016). *Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3.*
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Kommunale-omkostninger-alkoholoverforbrug/Kommunale-omkostninger-forbundet-med-overforbrug-af-alkohol-nr,-d,-,-3.ashx>
2. Rådet for socialt udsatte (2014). *Jo mere syg – jo mere udsat. Om socialt udsatte danskeres sundhed og sygdom.*
https://www.udsatte.dk/dyn/resources/Publication/file/1/61/1399898293/pix-sundhed-sygdom_23_web-final.pdf
3. Sundhedsstyrelsen (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark. Risikofaktorer.*
https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/-/media/Udgivelser/2016/Sygdomsbyrden-i-Danmark_2016.ashx
4. Sundhedsstyrelsen (2015). *Alkoholstatistik – Kommunale og regionale data*
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Kommune-alkoholstatistik-2015/Alkoholstatistik-2015,-d,-,Kommunale-og-regionale.ashx?la=da&hash=71845F-398D7E15A525BDA5129FB85925FB886006>
5. Alkohol og Samfund (2019). *Fakta om alkoholrelaterede skader og indlæggelser i sundhedsvæsenet*
<https://alkohologsamfund.dk/alkopedia/fakta-om-alkoholrelaterede-ska-der-og-indlaeggelser-i-sundhedsvaesenet> (artikel)
6. Alkohol og Samfund (2019). *Mennesker med alkoholproblemer falder i et opsporingsgab*
<https://alkohologsamfund.dk/nyheder/mennesker-med-alkoholproblemer-fal-der-i-et-opsporingsgab> (artikel)
7. Sundhedsaftalen Region Sjælland forløbsbeskrivelse (2014) "Kommunikation og Samarbejde ved Misbrugsbehandling"
https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Vaerktoejskassen/Documents/3.3.13.%20Kommunikation%20og%20samarbejde%20om%20forl%C3%B8b%20ved%20misbrugsbehandling%20vers.1.2_2019.pdf

SAMARBEJDSAFTALE OM
SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

8. Sundhedsstyrelsen (2018) *NKR: Behandling af alkoholafhængighed*
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-behandling-af-alkoholafhaengighed>
9. Sundhedsstyrelsen (2020) *Afdækning af kvalitet i den offentlig finansieret Ambulante Alkoholbehandling" (COWI for SST) 2019*
<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Servicetjek-af-offentligt-finansieret-alkoholbehandling>
10. Danske Patienter. *Fælles beslutningstagning*
<https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutnings-tagning>

SAMARBEJDSAFTALE OM
SAMMENHÆNGENDE ALKOHOLBEHANDLING

BILAG

1. Sammenhængende alkoholbehandling – status og overblik på proces
2. Tre grafiske fremstillinger af kommunikationsflow for korrespondancemeddelelser (skal færdigbeskrives)
3. Skabeloner til den gode sammenhængende behandlingsplan (indlæggelse, udskrivelse, medicinsk behandling) (skal udarbejdes)
4. Fælles beslutningstagen
<https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning> (skal udarbejdes)
5. Funktionsbeskrivelse for tovholder. Inspiration kan hentes:
https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fag-personer/forloepsprogram-for-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-samtidig-misbrug/Documents/ForloepsprogramNovember2017.pdf (skal udarbejdes)
6. Liste med kontaktoplysninger til VIP samarbejds møder (skal udarbejdes)

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB
AF DEHLENDORF OG DIGMANN



Initialmodel for Sammenhængende Patientforløb

Baseret på viden, input og beslutninger fra Workshop 1 og Workshop 2
Workshopfacilitering og opsamling gennemført af Delendorff Advisory og Annemette Digmann

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

AF DEHLENDORF OG DIGMANN



Indholdsfortegnelse

1	BAGGRUND OG FORMÅL	3
2	INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB	4
2.1	FORSLAG TIL PRØVEHANDLINGER	5
2.1.1	PRØVEHANDLING 1	5
2.1.2	PRØVEHANDLING 2	5
2.1.3	PRØVEHANDLING 3	5
2.1.4	PRØVEHANDLING 4	5
2.2	OTTE SPILLEREGLER FOR TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE	5
2.3	AKTIVE DELTAGERE TIL GENNEMFØRELSE AF PRØVEHANDLINGER	6
2.3.1	PRØVEHANDLING 1	6
2.3.2	PRØVEHANDLING 2	6
2.3.3	PRØVEHANDLING 3	6
2.3.4	PRØVEHANDLING 4	6
2.4	NÆSTE SKRIDT	7
3	PERSPEKTIVER OG OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER	7
3.1	FACILITERING FREMFØR AFVIKLING	7
3.2	LÆRING OG VIDENDELING	
3.3	DYNAMISKE HOLD	8
4	FORSLAG TIL PRØVEHANDLINGER	9
4.1	PRØVEHANDLING 1 – FORNUFT ER DEN GRØNNE PATIENT	9
4.2	PRØVEHANDLING 2 – IVÆRKSÆTTELSE AF KOORDINERET INDSATS	10
4.3	PRØVEHANDLING 3 – RETTE PATIENT I RETTE SENG	11
4.4	PRØVEHANDLING 4 – SOCIAL SKILL-LAB	12
5	OTTE SPILLEREGLER FOR TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE	13

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN



1 Baggrund og formål

Sammenhængende patientforløb er ét af fire spor, som relaterer sig til partnerskabet *Broen til bedre sundhed*. Formålet med dette spor er at sikre større sammenhæng for den enkelte patient på tværs i sundhedssystemet, ligesom det er formålet at understøtte, at patienterne oplever et fokus på det hele menneske. En del af dette formål bygger på et ønske om i højere grad at tage initiativer overfor patienten inden en sygdom eller et problem indtræder.

Baggrunden for følgende forslag til initialmodel samt anbefalinger til den videre proces findes i et ønske om at udvikle og teste en model for styrket samarbejde på tværs af almen praksis, region (psykiatri og somatik) og kommune (social- sundheds- og arbejdsmarkedsområdet) i forbindelse med Sammenhængende Patientforløb.

Forslag til initialmodel samt anbefalinger er baseret på to workshops på tværs af almen praksis, region og kommune. Workshop 1 havde til formål at udvikle en fælles vision for Sammenhængende Patientforløb, identificere en population og udvikle skitser til prøvehandlinger. Workshop 2 havde til formål at generere spilleregler for det tværgående samarbejde, anvende erfaringer fra prøvehandlingsperioden til justering eller ændring af prøvehandlinger og udvikle konkrete handlingsplaner for de enkelte prøvehandlinger.

På begge workshops blev der lagt vægt på at inspirere til arbejdet på tværs af sektorerne, ligesom der blev introduceret og arbejdet med konkrete og let anvendelige redskaber og metoder til at komme fra idé til handling i tværgående samarbejder.

På hver workshop deltog repræsentanter fra almen praksis, region og kommune.

Følgende er en samlet præsentation af de input, som begge workshops har genereret

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN



2 Initialmodel for Sammenhængende Patientforløb

Følgende vision er i fælleskab udviklet som retningsgiver for indsatser i forbindelse med Sammenhængende Patientforløb på workshop 1.

"Vi vil skabe grundlag for at svært socialt udsatte borgere, der er i kontakt med sundhedsvæsenet bliver herre i eget liv og oplever systemer, der i fællesskab tager udgangspunkt i deres behov."

Population:
Svært socialt udsatte borgere, som vurderes individuelt.

På baggrund af visionen de to workshops og praksiserfaringer med tværgående samarbejde i mellemrummet mellem workshop 1 og 2, præsenteres nedenfor en initialmodel for Sammenhængende Patientforløb. Modellens delelementer uddybes endvidere i det efterfølgende.

Den initiale model for den tværgående indsats består af fire hovedelementer der tilsammen skaber fremdrift, værdi for borgere og organisationer og understøtter læring omkring det tværgående samarbejde:

- **Vision** der sætter retning for aktiviteter
- **Forslag til prøvehandlinger** der skaber konkret aktivitet og fælles handling
- **Otte spilleregler** for tværgående samarbejde der sikrer at vi komme fremad - sammen
- **Aktive deltagere** der er commitet til gennemførelse af konkrete aktiviteter – demonstreret i mellemrummet mellem workshop 1 og 2.



Figur 1: Initialmodel for Sammenhængende Patientforløb

Det vil således være formålstjenesteligt, at modellen fremadrettet anvendes som forståelsesramme når aktiviteter udvikles, igangsættes og evalueres. Den repræsenterer således en kondensering af deltagerkredsens refleksioner fra fælles handling, overvejelser fra oplevelser af at være i fælles udviklingsproces og konsulentteamets observationer fra forløbet.

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN



2.1 Forslag til prøvehandling

Hver prøvehandling udspringer af et innovationsspørgsmål. Prøvehandlingerne er således forslag til, hvordan innovationsspørgsmålet kan besvares.

2.1.1 Prøvehandling 1

Prøvehandling	Fornuft er den grønne patient
Innovationsspørgsmål	Hvordan køber vi "billigst" ejerskab blandt behandlerne?

2.1.2 Prøvehandling 2

Prøvehandling	Iværksættelse af koordineret indsats
Innovationsspørgsmål	Hvordan kan vi skabe mere civil ulydighed i mødet mellem borger og fagperson?

2.1.3 Prøvehandling 3

Prøvehandling	Rette patient i rette seng
Innovationsspørgsmål	-

2.1.4 Prøvehandling 4

Prøvehandling	Social Skill-Lab
Innovationsspørgsmål	Hvordan gør vi den socialt udsatte til hjertepatient?

Prøvehandling 4 påtænkes integreret i Prøvehandling 1

Prøvehandlingerne er yderligere uddybet i afsnittet *Forslag til prøvehandling*.

2.2 Otte spilleregler for tværgående samarbejde

De otte spilleregler er udviklet af deltagerne i fælleskab på baggrund af erfaringer fra første prøvehandlingsperiode samt refleksioner over samarbejdets udfordringer og potentialer. Spillereglerne har til formål at sikre fremdrift og commitment i det tværgående samarbejde.

- 1) Afklar briefing ved hvert møde – hvem gør hvad og hvornår?
- 2) Koordiner indsatsen i mellemrummene med deadlines for at lykkes med det tværgående arbejde
- 3) Sæt borgeren i centrum
- 4) Begynd med drømmen og en fælles vision

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN



- 5) Vær konkret og skab overblik i fællesskab
- 6) Bevæg jer fysisk, så I kan bevæge jer mentalt
- 7) Vurdér en prøvehandling ud fra følgende:
 - hvilken værdi skaber det for borgeren?
 - hvilken værdi skaber det for de involverede organisationer?
 - Hvordan understøtter prøvehandlingen at vi kan lære og blive bedre til samarbejde på tværs?
- 8) Sørg for, at der er beslutningskompetence til stede i rummet

Spillereglerne er uddybet i afsnittet *Otte Spilleregler for tværgående samarbejde*.

2.3 Aktive deltagere til gennemførelse af prøvehandling

Nedenfor skitseres de deltagere, som har udviklet skitserne for prøvehandlingerne, og som er indstillet på at arbejde videre med konkretisering af prøvehandlingerne.

2.3.1 Prøvehandling 1

Deltagere	Peter Bindslev Kristine Binzer Hanne Jørsboe
-----------	--

2.3.2 Prøvehandling 2

Deltagere	Lisette Lind Larsen Karen Daverkosen Niels Akilles Lundén
-----------	---

2.3.3 Prøvehandling 3

Deltagere	- Mia Hesselberg Nielsen - (misset besked – indsæt deltager)
-----------	---

2.3.4 Prøvehandling 4

Deltagere	- (misset besked – indsæt deltager) - (misset besked – indsæt deltager) - (misset besked – indsæt deltager) - (misset besked – indsæt deltager)
-----------	--

De listede deltagere kan med fordel udgøre deltagerkredsen i indsatsens næste fase.

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN



For at sikre et tværgående samarbejde, som er forankret i alle sektorer og områder, kan der være behov for at overveje, hvordan psykiatrien i højere grad kan tænkes ind i prøvehandlingerne og dermed deltagerkredsen.

2.4 Næste skridt

Nedenfor listes de vigtigste skæringspunkter, som har indflydelse på indsatsens form og forløb fremadrettet.

- Styregruppemøde den 19. juni 2018.
Her evalueres processen indtil nu, ligesom der træffes beslutning om den fremadrettede indsats. Dette indebærer blandt andet en beslutning om, hvilke prøvehandling der skal igangsættes – og om det kan skabe værdi at integrere nogle af de nedprioriterede prøvehandling i de prioriterede prøvehandling
- Alle deltagerne modtager en mail efter evalueringen med information om det videre forløb.

Forventningen er, at gruppen mødes igen efter sommerferien og arbejder videre med de prioriterede prøvehandling.

3 Perspektiver og opmærksomhedspunkter

Ovenstående initialmodel for Sammenhængende Patientforløb danner et solidt grundlag for en tværgående indsats. For at understøtte løbende læring, videndeling, fremdrift og commitment præsenteres i det følgende en række anbefalinger til det videre forløb. Anbefalingerne relaterer sig til faciliteringen af rammerne omkring indsatsen, og henvender sig til de ansvarlige for indsatsen.

3.1 Facilitering fremfor afvikling

Idet Sammenhængende Patientforløb er en indsats, som involverer aktører fra forskellige sektorer, er der i højere grad behov for mediering af samarbejdet, end hvis aktørerne var vant til at arbejde sammen. Der er med andre ord behov for, at de ansvarlige i højere grad faciliterer frem for afvikler møder i forbindelse med samarbejdet. Det er en rolle, som de må være bevidste om. Det indebærer en afklaring af mødernes karakter – er der tale om et møde, hvor der er behov for afklaring, udvikling, forhandling eller handling. Ofte er der på et tværgående møde behov for flere ting, hvorfor rammerne for mødet må ændre sig undervejs, således at deltagerne hjælpes til at levere det ønskede output. Det bidrager til en øget oplevet værdi af møderne og det tværgående samarbejde.

En væsentlig del af faciliteringen af det tværgående samarbejde ligger i at understøtte, at de aftalte spilleregler for samarbejdet overholdes.

Se artiklen *Undgå hjørnespark – en guide til effektive tværgående møder* for mere inspiration.

3.2 Læring og videndeling

I den fase, hvor prøvehandlingerne skal afprøves, sker det vigtig læring. Både i forhold til den konkrete prøvehandling, men også i forhold til det tværgående samarbejde. Den læring er vigtig at samle op på, så den bevidst kan anvendes fremadrettet til at styrke indsatsen og samarbejdet. For styregruppen ligger der således en vigtig opgave i at arbejde struktureret og bevidst med, hvordan erfaringer kan gøres til genstand for læring. Det kan gøres på flere måder:

- Udvikling af skitse for, hvordan deltagerne opsamler læring i mellemrummene mellem de tværgående møder

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN



- Løbende læringsworkshops, hvor deltagerne samles og evaluerer, gør status og planlægger næste skridt.

Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at læring kan ske på flere niveauer; på konkret niveau og på metaniveau. Læring på konkret niveau er observerbar og tydelig (virkede det eller gjorde det ikke), og derfor forholdsvis let at indfange. Læring på metaniveau (hvilke dynamikker blev bragt i spil, og hvordan kan vi bruge denne viden fremadrettet og i andre sammenhænge) er derimod ikke umiddelbart observerbart, hvilket gør det sværere at arbejde med og handle bevidst på baggrund af. Der ligger derfor en opgave i at hjælpe deltagerne til at skabe rum for refleksion, så det bliver muligt at skelne mellem læring på konkret niveau og læring på metaniveau.

Samtidig er det også væsentligt at have fokus på, hvordan læringer og viden kommunikerer ud til deltagerne. Dette kan både ske som en del af i forvejen planlagte møder, men der kan også opstå behov for at kommunikere vigtig læring eller vigtige erfaringer ud til de øvrige deltagere i mellemrummene, hvis disse kan have indvirkning på deres videre arbejde.

3.3 Dynamiske hold

Udviklingsprocesser er svære at foruddiskontere, fordi læring og viden genereres undervejs. Derfor er det i udviklingsprocesser ikke hensigtsmæssigt udelukkende at arbejde med statiske hold (deltagere). Der kan opstå behov for at bringe nye kompetencer ind på holdet, ligesom der kan opstå behov for at skifte ud på holdet, hvis en kompetence ikke længere skaber fremdrift – eller i værste fald bremser fremdriften. At holdet hele tiden kun består af deltagere, som reelt leverer værdi ind i prøvehandlingen, er således vigtigt for at fastholde fremdrift og sikre motivation og commitment.

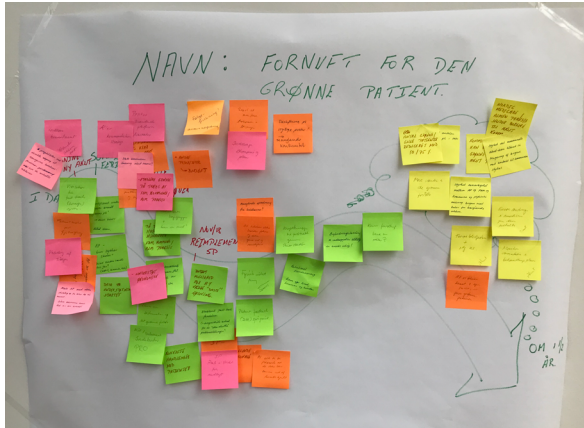
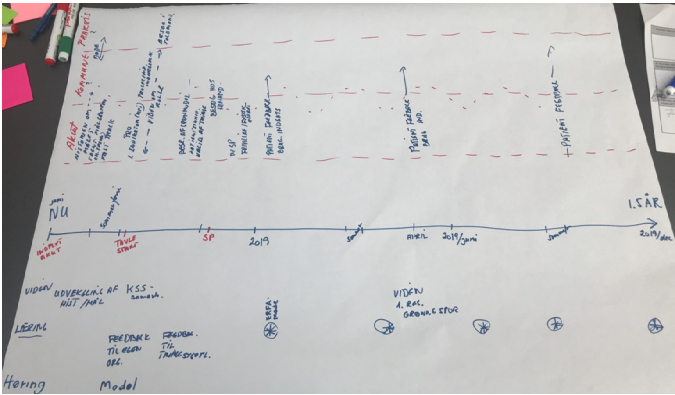

Vi observerer en tilgang og retorik der peger i retning af, at den brede opfattelse er at vi i projektet arbejder med statiske hold. Introducer derfor hurtigt efter styregruppemødet d.19. juni, udskiftning på holdet som en præmis for det tværgående samarbejde og lav sammen en spilleregulering for, hvordan det skal ske. På den måde bliver det nemmere både at skifte sig selv ud, men også at tale med hinanden om, at det kan være nødvendigt med udskiftning på holdet.

Vær dog bevidst om altid at kreditere alle, som har været en del af holdet, når målet er nået – også selvom en deltager kun var med på holdet i en kort periode – i starten.

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB
AF DEHLENDORF OG DIGMANN


4 Forslag til prøvehandlinger

4.1 Prøvehandling 1 – Fornuft er den grønne patient

<p>Idégenerering</p> <p>Mål (gul) Aktiviteter (grøn) Udfordringer (orange) Løsningsforslag (pink)</p>	
<p>Procesplan</p>	<p>Procesplan</p> 
<p>Billeder</p>	

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB
AF DEHLENDORF OG DIGMANN

4.2 Prøvehandling 2 – Iværksættelse af koordineret indsats

<p>Idégenerering</p> <p>Mål (gul) Aktiviteter (grøn) Udfordringer (orange) Løsningsforslag (pink)</p>	
<p>Procesplan</p>	
<p>Billeder</p>	

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB
AF DEHLENDORF OG DIGMANN

4.3 Prøvehandling 3 – Rette patient i rette seng

<p>Idégenerering</p> <p>Mål (gul) Aktiviteter (grøn) Udfordringer (orange) Løsningsforslag (pink)</p>	
<p>Procesplan</p>	<p>Tidslinje ikke udarbejdet, idet indsatsen allerede eksisterer og er koordineret.</p> <p>Indsatsen præsenteres i KSP.</p>

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN

4.4 Prøvehandling 4 – Social Skill-Lab

<p>Idégenerering</p> <p>Mål (gul) Aktiviteter (grøn) Udfordringer (orange) Løsningsforslag (pink)</p>	
<p>Procesplan</p>	
<p>Billeder</p>	

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN

5 Otte spilleregler for tværgående samarbejde

Ud fra deltagernes løbende refleksioner over arbejdet på de to workshops samt på deres indats i mellemrummene, blev der løbende opsamlet og drøftet mulige spilleregler for det fælles tværgående samarbejde. Disse spilleregler som de bagvedliggende overvejelser og refleksioner fremgår af nedenstående.

1	<p>Erfaring Delagere som ikke deltog i workshoppen d. 16. maj, har kun i nogen grad fået en briefing på beslutninger og erfaringer fra workshop 1 – det skaber en skævvridning ift. viden og mulighed for at bidrage på mødet. Der er behov for at strukturere briefing af deltagere, således at dette bliver en fælles opgave.</p> <p>Spilleregler Afklar briefing ved hvert møde – hvem gør hvad og hvornår?</p>
2	<p>Erfaring Manglende klarhed over aftaler i mellemrummene samt uforudsete hændelser udfordrer det tværgående samarbejde og skaber stilstand.</p> <p>Spilleregler Koordinator indsatsen i mellemrummene med deadlines for at lykkes med det tværgående arbejde</p>
3	<p>Erfaring Når tværgående arbejde kræver ekstra arbejde, skaber det motivation og commitment at holde fokus på borgeren og den værdi, som det tværgående arbejde skaber for borgeren.</p> <p>Spilleregler Sæt borgeren i centrum – det giver energi og motivation</p>
4	<p>Erfaring Det skaber motivation og commitment til det tværgående samarbejde at arbejde ud fra en fælles vision. Når udfordringer og praktik dominerer i starten af processen daler motivationen.</p> <p>Spilleregler Begynd med drømmen og en fælles vision</p>
5	<p>Erfaring Vejen fra vision/idé til en konkret handlingsplan er svær at gennemskue – det hjælper at bryde processen ned i små dele og skabe rum for, at alle i fællesskab kan bidrage til udvikling af handlingsplanen</p> <p>Spilleregler Vær konkret og skab overblik i fællesskab (evt. gennem Back Casting)</p>

INITIALMODEL FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB AF DEHLENDORF OG DIGMANN

6	<p>Erfaring Når vi sidder ned i flere timer siver energien og kreativiteten. Hvis vi vil afholder udviklingsworkshops eller andre længerevarende seancer, må vi rejser os, skifte position bevæger os væk fra bordet og bruge vægge, gulve og natur for at være effektive.</p> <p>Spilleregler Bevæg jer fysisk, så I kan bevæge jer mentalt</p>
7	<p>Konsulentteamet anbefaler yderligere, at følgende spilleregler tilføjes:</p> <p>Hvis en prøvehandling eller et initiativ ikke skaber værdi for borgeren eller de organisationer, som er involverede, er der ingen grund til at arbejde videre. Derfor bør de elementer være afgørende for, om en prøvehandling/indsats prioriteres og igangsættes.</p> <p>Spilleregler Vurdér altid en prøvehandling ud fra følgende: - hvilken værdi skaber det for borgeren? - hvilken værdi skaber det for de involverede organisationer?</p>
8	<p>For at skabe fremgang og træffe beslutning, er det væsentligt at der er deltagere med beslutningskompetence til stede. Ellers risikerer gode ideer og commitment at gå til spilde, fordi handlingslammelsen indtræder og frustration opstår, når en gruppe ønsker at prioriterer og skabe fremdrift, men forhindres af manglende mandat i rummet.</p> <p>Spilleregler Sørg for, at der er beslutningskompetence til stede i rummet fra relevante sektorer.</p>

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Kommissorium for (titel) <i>Skriv opgavens, arbejdsgruppens eller projektets navn</i>	Kommissorium for Projekt 'Sammenhængende Patientforløb'
Godkendt <i>Skriv hvornår og af hvem kommissoriet er godkendt</i>	2. september 2019 Godkendt af styregruppen.
Projektejer <i>Hvem er opgavestiller?</i>	Inge Paamejer, vicedirektør, Nykøbing F. Sygehus. Styregruppemand og formand for KSS - Kommunale Samarbejdsfora Somatik
Revideret (dato) <i>Angiv hvornår dette dokument senest er revideret</i>	04.10.2019
Formål <i>Beskriv formålet med opgaven</i>	<p>Baggrund: Projekt 'Sammenhængende Patientforløb' tager afsæt i erfaringerne fra Projekt 'Sammen Om Min Vej' under Region Sjællands program 'Broen til Bedre Sundhed', der bl.a. viste, at forbedret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde kan være med til at sikre et bedre sammenhængende patientforløb for socialt udsatte borgere. Ligeledes tager projektet afsæt i erfaringer og udviklingstiltag fra klinisk praksis og det tværgående, ledelsesmæssige samarbejdsforum KSS - Kommunale Samarbejdsfora Somatik samt KSP - Kommunale Samarbejdsfora for Psykiatri. Der er behov for fortsat at styrke strukturer og vilkår for tværsamarbejde mellem region, kommuner og praksissektoren og fremme udviklingen af et overordnet sektorsamarbejde – en såkaldt 'fjerde' sektor, der har patienten og dennes behov som sit prioriterede omdrejningspunkt. Det bliver således relevant at undersøge, hvordan vi kan forbedre kommunikationen på tværs af sektorer, og hvordan overleveringen fra hospital til kommunale indsatser kan foregå med større fokus på at optimere sammenhæng i sygdomsforløb og patientoplevelt kvalitet.</p> <p>Formål: Projekt Sammenhængende Patientforløb skal sikre bedre sammenhæng for den enkelte sårbare eller socialt udsatte patient i sygdomsforløb, der involverer flere forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Dette indebærer konkret et udbygget tværsamarbejde mellem de kommunale forvaltningsenheder, almen praksis, Nykøbing F. Sygehus og Psykiatri Syd. Behandling og tilbud på tværs af sektorerne skal tilpasses patientens behov og medføre en større patientoplevelt tilfredshed med sammenhæng og helhed i den samlede indsats omkring indlæggelsesforløb og efterbehandling.</p>

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Formål (fortsat)

Beskriv formålet med opgaven

Projekt Sammenhængende Patientforløbs formål er således tosidet: Dels at igangsætte en udvikling henimod mere sammenhængende patientforløb omkring en udvalgt socialt udsat eller sårbar patientgruppe. Og dels en udvikling henimod en stærkere fælles kultur for tværgående indsatser til gavn for socialt udsatte og sårbare patienter.

Målgruppe: Patienter, der ofte er indlagt, har flere kroniske diagnoser, sociale problematikker, misbrug eller en kombination heraf.

Vision: "Socialt udsatte borgere i kontakt med sundhedssystemet forbliver herre i eget liv og oplever systemer, der i fællesskab tager udgangspunkt i borgerens behov"

(kilde: Initialmodel for projekt Sammenhængende Patientforløb)

Mål: Udvikling og test af en model for styrket sammenhæng og helhed i tilbud på tværs af sygehus, psykiatri, almen praksis og kommune.

De konkrete mål, der er valgt til at opfylde formålet, består af at undersøge fire specifikke temaer og udforme konkrete prøvehandling i relation hertil:

1. Fornuft for den grønne patient
2. Fagligt frirum og beslutningskraft
3. Hvordan gør vi den socialt udsatte patient til en 'hjerterpatient'
4. Rette patient i rette seng i psykiatrien

Temaerne søges integreret i hinanden, når Prøvehandling udvikles.

Ønskede resultater

Beskriv de ønskede resultater af arbejdet her.

- At projektets kurs sikres i samspil med projektejer og styregruppe
- At Prøvehandling under de udvalgte temaer færdigtestes og evalueres
- At Prøvehandling ift. tema 4 udvikles, testes og evalueres
- At det overordnede projektmål om, at 90% af de inkluderede patienter skal opleve et tilfredsstillende forløb og sammenhæng på tværs inden 1.12.2020 indfries (procentandelen kan ændres, idet måleperiode og baseline endnu ikke er fastsat).
- At de inkluderede patienter forbliver en opprioriteret patient/borgergruppe efter udskrivelse fra akutindlæggelse på Nykøbing F. Sygehus eller Psykiatri Syd og i det videre forløb frem
- At modellen for tværsamarbejde og erfaringsudveksling mellem Lolland, Guldborgsund og Vordingborg Kommuner, almen praksis, akutmodtagelsen i Nykøbing F. Sygehus samt Psykiatri Syd bidrager med konstruktiv læring
- At de otte fælles vedtagne spilleregler implementeres

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Aktiviteter (arbejdsbeskrivelse)

Beskriv de aktiviteter, som skal gennemføres for at løse opgaven.

- Projektlederen skal varetage den daglige projektledelse af Projekt Sammenhængende Patientforløb i samspil med assisterende projektleder

Yderligere arbejdsopgaver:

- Udvikle og fastholde det tværfaglige og -sektorielle samarbejde mellem Akutmodtagelsen på Nykøbing F. Sygehus, Guldborgsund, Lolland og Vordingborg Kommuner, almen praksis og Psykiatri Syd
- Videreformidle relevante informationer fra arbejdsgruppen til styregruppen og omvendt
- Følge op på Prøvehandling-borgernes videre forløb i kommunerne i forlængelse af udskrivelse fra akutmodtagelserne
- Følge afprøvningen af Den Koordinerende IndsatsPlan-forløb med Prøvehandling-borgere samt borgere henvist af myndighed i kommunerne, distriktpsikiatri eller socialsygeplejerske
- Indgå i samarbejde med Sekretariatet under Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland, om udarbejdelse af videnskabelig eller populærvidenskabelig artikelproduktion

Tidsplan (milepæle)

Anfør hvornår de enkelte aktiviteter skal finde sted og hvornår evt. milepæle i projektet forventes nået.

Milepæle i tidsperioden maj 2019 – december 2020:

Maj – september 2019:

Overdragelse af projektledelse til Vordingborg Kommune

September – Oktober 2019:

Afslutte test af Prøvehandling 1 med 50 inkluderede patienter

September – oktober 2019:

Oplæg på arbejdsgruppemøde om proces- og resultatindikatorer til monitorering af indsatserne (analysekonsulent Helle Kirstine Mørup Bergholdt (Region Sjælland))

September – december 2019:

Udvikle og tilpasse Prøvehandling relateret til tema 1-4

Januar 2020:

Teste Prøvehandling ift. tema 4, hhv. lille og større skala

Succeskriterier

Angiv kriterier for, at opgaven kan anses for gennemført.

Succeskriterium 1:

Medlemmerne af arbejds- og styregruppe er enige i projektets fokus, målgruppe og metodevalg som beskrevet i nærværende kommissorium (skal godkendes af begge grupper)

Succeskriterium 2:

Inklusion af 50 patienter til Prøvehandling 1 per oktober 2019

Succeskriterium 3:

Prøvehandling 4 (Rette patient i rette seng i psykiatrien) gennemføres

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Succeskriterier (fortsat)

Angiv kriterier for, at opgaven kan anses for gennemført.

Succeskriterium 4:

Data indberettes korrekt via Region Sjællands Team Site

Succeskriterium 5:

Løbende (ugentlig) databehandling og –analyse gennemføres

Succeskriterium 6:

(Fx) Antal akutindlæggelser efter fx 6 mdr. for inkluderede patienter (måleperiode skal defineres nærmere)

Succeskriterium 7:

Samtlige halvårsrapporter samt slutevaluering til Region Sjælland/ TrykFonden indleveres rettidigt

Succeskriterium 8:

Medlemmerne af arbejds- og styregruppe arbejder ud fra de *otte vedtagne spilleregler for tværgående samarbejde* (som listet nedenfor), således at projektet og projektprocessen i højere grad kan bidrage med positiv og brugbar læring:

1. Afklar briefing ved hvert møde – hvem gør hvad og hvornår
2. Koordiner indsatsen i mellemrummene med deadlines for at lykkes med det tværgående arbejde
3. Sæt borgeren i centrum
4. Begynd med drømmen og en fælles vision
5. Vær konkret og skab overblik i fællesskab
6. Bevæg jer fysisk, så I kan bevæge jer mentalt
7. Vurdér en prøvehandling ud fra følgende:
 - a) Hvilken værdi skaber det for borgeren?;
 - b) Hvilken værdi skaber det for de involverede organisationer?;
 - c) Hvordan understøtter prøvehandlingen, at vi kan lære og blive bedre til samarbejde på tværs?
8. Sørg for, at der er beslutningskompetence til stede i rummet

Organisering (medlemmer)

Hvem er tovholder? Hvem udfører hvilke opgaver? Hvem er medlem af hhv. styregruppe, følgegruppe og arbejdsgruppe? Hvem evaluerer? Etc.

Projekt Sammenhængende Patientforløb er organiseret således:

Rollefordeling

Projektejer:

Inge Paamejer, vicedirektør, Nykøbing F. Sygehus

Regional programchef og budgetansvarlig:

Annette Palle Andersen, programchef, BroenTil Bedre Sundhed, Region Sjælland

Forretningsansvar:

Inge Paamejer, Annette Palle Andersen, Lisette Lind Larsen (tværsektoriel projektleder, Nykøbing F. Sygehus)

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Organisering (medlemmer) (fortsat)

Hvem er tovholder? Hvem udfører hvilke opgaver? Hvem er medlem af hhv. styregruppe, følgegruppe og arbejdsgruppe? Hvem evaluerer? Etc.

Projektledelse:

Betina Nørgaard og Annette Tjørnelund

Projektledelsen refererer til egen nærmeste leder Susanne Johansen, chef, Afdeling for Pleje og Omsorg, Vordingborg Kommune samt til projektejer og regional programchef.

Projektledelsen er medlemmer af arbejdsgruppen og tilknyttet styregruppen som informant-/formidlingsled mellem arbejdsgruppe og styregruppe.

Styregruppe, jf. medlemsliste nedenfor:

Bestemmer projektets retning og mål.

Formand for styregruppen (og projektledelsens kontaktperson i styregruppen):

Projektejer Inge Paamejer, vicedirektør, Nykøbing F. Sygehus

Arbejdsgruppe, jf. medlemsliste nedenfor:

Medarbejdere samt ledere med tidsmæssig mulighed for at arbejde med projektets retning og mål, fx konkrete Prøvehandlinger.

Arbejdsgruppemedlemmerne er ansvarlige for at 'aktivere' de relevante personer i egen organisation.

Følgegruppe: Ingen nedsat.

Ansvarsfordeling:

Projektledelsen er ansvarlig for følgende opgaver:

- Udarbejdelse af projektbeskrivelse (nærværende kommissorium) inkl. tidsplan for mødeaktivitet
- Planlægning af projektets fremdrift
- Administrativ ledelse af og støtte til projektmedarbejderne
- Opfølgning på projektets mål og milepæle

Analysekonsulent:

Helle Kirstine Mørup Bergholdt
(Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland)

Lægefaglig konsulent:

Kristine Binzer (Broen til Bedre sundhed, Region Sjælland)

Forskningssygeplejerske ansvarlig for patientrekruttering:

Marlene Østermark Kristensen
(Akutmodtagelsen, Nykøbing F. Sygehus)

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Organisering (medlemmer) (fortsat)

Hvem er tovholder? Hvem udfører hvilke opgaver? Hvem er medlem af hhv. styregruppe, følgegruppe og arbejdsgruppe? Hvem evaluerer? Etc.

Procesevaluator:

Projektledelsen skal bidrage til udarbejdelse af halvårsrapporter til Region Sjælland/TrykFonden, via programchef Annette Palle Andersen, med hjælp fra assisterende projektleder og sparring efter behov med analysekonsulent Helle Mørup Bergholdt (Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland).

Resultatevaluator:

Afventer styregruppebeslutning.

Sammensætning af styregruppe (12 medlemmer):

Styregruppe pr. 2/9-19	Organisation	Stilling
Inge Paamejer - formand	Nykøbing F. Sygehus	Vicedirektør
Lisette Lind Larsen	Nykøbing F. Sygehus	Tværsætoriel projektleder
Annette Palle Andersen	Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland	Programchef
Christian Jensen	Almen Praksis	PL Præstø og Formand for Vordingborg lægelæg
Dorthe Juul Lorenz	Psykiatrien Region Sjælland	Vicedirektør
Mia Hesselberg Nielsen	Psykiatri Syd	Ledn. Oversygeplejerske
Søren Wollesen	Lolland Kommune	Sektorchef, Ældre og Sundhed
Bodil Pedersen	Lolland Kommune	Leder, Center for Støtte & Vejledning
Ida Byrge Sørensen	Guldborgsund Kommune	Chef, Center for Sundhed & Omsorg
Vakant	Guldborgsund Kommune	Chef, Center for Socialområdet
Marita Dalsgaard	Vordingborg Kommune	Chef, Afd. for Psykiatri og Handicap
Susanne Johansen	Vordingborg Kommune	Chef, Afdeling for Pleje og Omsorg
Annette Tjørnelund	Vordingborg Kommune	Projektleder

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Organisering (medlemmer) (fortsat)

Hvem er tovholder? Hvem udfører hvilke opgaver? Hvem er medlem af hhv. styregruppe, følgegruppe og arbejdsgruppe? Hvem evaluerer? Etc.

Sammensætning af arbejdsgruppe (18 medlemmer):

Arbejdsgruppe pr. 2/9-19	Organisation	Stilling
Christian Jensen	Praksis	PL Præstø og Formand for Vordingborg lægelaug
Camilla Aff Bredegaard	Psykiatri Syd	Afd.sygeplejerske, Psykiatrisk Akutmodtagelse
Tom Jimmy Hansen	Nykøbing F. Sygehus	Ledn. Oversygeplejerske, Akutafdelingen
Rikke Mørkeberg Rasmussen	Guldborgsund Kommune	Faglig leder, Center for Socialområdet
Marianne Søgaard Hansen	Guldborgsund Kommune	Leder af kvalitetsenheden, Sundhed og Omsorg
Lasse Bisbjerg	Lolland Kommune	Decentralleder for sygeplejen
Lena Gregersen	Lolland Kommune	Teamkoordinator for visitationen
Bo Guldløv Petersen	Vordingborg Kommune	Distriktsleder, Vintersbølle Plejecenter
Lars René Petersen	Vordingborg Kommune	Centerleder, Center for Rusmidler
Line Baltzer Hansen	Vordingborg Kommune	Centerleder, Center for Socialpsykiatri
Lisette Lind Larsen	Nykøbing F. Sygehus	Tværasektoriel projektleder
Annette Palle Andersen	Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland	Programchef
Kristine Binzer	Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland	Praksiskonsulent
Helle Kirstine Mørup Bergholdt	Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland	Analysekonsulent
Susanne Johansen	Vordingborg Kommune	Chef, Afdeling for Pleje og Omsorg
Annette Tjørnelund	Vordingborg Kommune	Projektleder, Sammenhængende Patientforløb

Ressourcer

Estimer tidsforbrug og evt. andre anvendte ressourcer her.

Mødefrekvens i styregruppen:

I perioden maj 2019 – december 2020 afholdes møder forventeligt én gang i kvartalet med fysiske møder på Nykøbing F. Sygehus samt virtuelle møder én gang månedligt derimellem.

Mødedatoerne for de **fysiske styregruppemøder** er planlagt som følger:

- Mandag den 2. september 2019 kl. 13-14
- Onsdag den 26. november 2019 kl. 12-13
- Mandag den 26. januar 2020 kl. 13-14
- Mandag den 11. maj 2020 kl. 13-14
- Mandag den 7. september 2020 kl. 13-14
- Mandag den 30. november 2020 kl. 13-14

Mødedatoerne for de **virtuelle styregruppemøder** er planlagt som følger:

- Tirsdag den 22. oktober 2019 kl. 8-8.30
- Mandag den 24. februar 2020 kl. 8-8.30
- Mandag den 23. marts 2020 kl. 8-8.30
- Mandag den 20. april 2020 kl. 8-8.30
- Mandag den 8. juni 2020 kl. 8-8.30
- Mandag den 10. august 2020 kl. 8-8.30
- Mandag den 12. oktober 2020 kl. 8-8.30

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Ressourcer (fortsat)

Estimer tidsforbrug og evt. andre anvendte ressourcer her.

Mødefrekvens i arbejdsgruppen:

I perioden maj 2019 – december 2020 afholdes møder forventeligt én gang i kvartalet med fysiske møder samt virtuelle møder én gang månedligt derimellem.

Mødedatoerne for de **fysiske arbejdsgruppemøder** er planlagt som følger:

- Onsdag den 12. juni 2019 kl. 9-11
- Onsdag den 28. august 2019 kl. 10-12
- Onsdag den 18. september 2019 kl. 14-15.30
- Onsdag den 6. november 2019 kl. 14-15.30
- Onsdag den 15. januar 2020 kl. 14-15.30
- Onsdag den 22. april 2020 kl. 14-15.30
- Onsdag den 26. august 2020 kl. 14-15.30
- Onsdag den 11. november 2020 kl. 14-15.30

Mødedatoerne for de **virtuelle arbejdsgruppemøder** er planlagt som følger:

- Onsdag den 9. oktober 2019 kl. 10-11
- Onsdag den 4. december 2019 kl. 10-11
- Onsdag den 5. februar 2020 kl. 10-11
- Onsdag den 11. marts 2020 kl. 10-11
- Onsdag den 27. maj 2020 kl. 10-11
- Onsdag den 24. juni 2020 kl. 10-11
- Onsdag den 23. september 2020 kl. 10-11
- Onsdag den 28. oktober 2020 kl. 10-11
- Onsdag den 9. december 2020

Økonomi (budget & finansiering)

Beskriv det samlede budget for opgaveløsningen og beskriv hvordan opgaven finansieres. Evt. ekstern finansiering medtages her.

Retningslinjen vil være afgrænset således, at økonomiske betragtninger ikke indgår i retningslinjen.

Ekstern bistand

Hvis opgaveløsningen fordrer ekstern bistand f.eks. i form af konsulent, skrives her hvilken form for ekstern bistand og i hvilket omfang.

KOMMISSORIUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Høring

Såfremt der skal foretages intern/ekstern høring i forbindelse med løsning af opgaven anføres hvem som skal høres (og evt. tidsplan for høring)

Konsekvenser

Såfremt opgaveløsningen har konsekvenser f.eks. for løsningen af andre opgaver, som nedprioriteres, anføres dette her.

Evaluerings

Såfremt der foretages evaluering(er) undervejs eller efter arbejdet er afsluttet beskrives den anvendte metode m.v. her.

Tidsfrister i 2019 for projektleders bidrag til Region Sjællands Programkontors halvårsevaluering til TrygFonden:

- 26. august

Tidsfrister i 2020 er foreløbigt fastlagt til februar og august måned.

BROEN TIL BEDRE SUNDHED

Region Sjælland
Alleen 15
4180 Sorø

www.regionsjaelland.dk/broen
Kontakt: broen@regionsjaelland.dk

Udarbejdet af:

Annette Tjørnelund, Projektleder
Vordingborg Kommune

Lisette Lind Larsen, Ass. projektleder
Nykøbing F. Sygehus

Kristine Binzer, Lægefaglig konsulent
Broen til Bedre Sundhed

MARTS 2021

TrygFonden

