

Tematisk evaluering

Forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme 2010 - 12

Rapporten er udarbejdet af Implement for Sundhedsstyrelsen, 5. februar 2013.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	4
1.1 Kronikerpuljerne	4
1.2 Evalueringsopdrag og formål	5
2. Resume.....	7
2.1 Stratificering	7
2.2 Forløbskoordinering	8
2.3 Samarbejdsmodeller og -aftaler	9
2.4 Multisygdom	10
2.5 Implementering	10
2.6 Patient- og pårørendeinddragelse	11
2.7 Telemedicinsk understøttet egenbehandling	12
3. Evalueringsdesign	13
3.1 Evalueringsdesign og metode.....	13
3.1.1 Evalueringsdesign og proces.....	13
3.1.2 Afgrænsning.....	15
3.2 Puljeprojekternes karakter og status.....	16
3.3 Kronikerprojekternes fokusområder	18
3.4 Læsevejledning	21
4. Tematiseret erfaring og læring fra kronikerprojekterne	22
4.1 Stratificering	23
4.1.1 Resultater og analyse	24
4.1.2 Læringspunkter	33
4.1.3 Delkonklusion.....	34
4.2 Forløbskoordinering	35
4.2.1 Resultater og analyse	36
4.2.2 Læringspunkter	43
4.2.3 Delkonklusion.....	44
4.3 Samarbejdsmodeller og -aftaler	46
4.3.1 Resultater og analyse	47
4.3.2 Delkonklusion.....	50
4.4 Multisygdom	52
4.4.1 Resultater og analyse	53
4.4.2 Læringspunkter	56
4.4.3 Delkonklusion.....	58

4.5	Implementering	59
4.5.1	Implementering – hypoteser, rammesætning og analytisk tilgang	59
4.5.2	Resultater og analyse	61
4.5.3	Læringspunkter	66
4.5.4	Delkonklusion.....	66
4.6	Patient- og pårørendeinddragelse	68
4.6.1	Resultater og analyse	69
4.6.2	Læringspunkter	72
4.6.3	Delkonklusion.....	73
4.7	Telemedicinsk understøttet behandling	75
4.7.1	Resultater og analyse	76
4.7.2	Læringspunkter	79
4.7.3	Delkonklusion.....	80
5.	Litteratur.....	82
6.	Bilag.....	83
6.1	Deltagere i fokusgrupper.....	83
6.1.1	Stratificering	83
6.1.2	Forløbskoordinering	85
6.1.3	Multisygdom.....	86
6.1.4	Implementering	87
6.1.5	Patient- og pårørendeinddragelse	88
6.1.6	Telemedicinsk understøttet behandling	90
6.2	Oplæg til fokusgrupperne.....	91
6.2.1	Struktur fokusgrupper	91
6.2.2	Stratificering	91
6.2.3	Forløbskoordinering	93
6.2.4	Multisygdom.....	93
6.2.5	Implementering	94
6.2.6	Patient- og pårørendeinddragelse	95
6.2.7	Telemedicinsk understøttet behandling	96
6.3	Survey	98

1. Indledning

1.1 Kronikerpuljerne

På baggrund af finanslovsaftalen og økonomiaftaler for 2009 og 2010 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse herunder Sundhedsstyrelsen udmøntet i alt 580 mio. kr. til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme i 2010-12.

Midlerne til regioner og kommuner er udmøntet via en pulje vedrørende forløbsprogrammer, hvortil regioner og kommuner var ansøgningsberettigede parter og en pulje vedrørende patientundervisning og egenbehandling, hvortil regioner var ansøgningsberettigede parter. Alle kommuner og regioner har ansøgt og fået bevilliget midler til at opstarte projekter.

En liste over projekter, som modtog tilsagn om støtte fra puljen, kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.¹

Formålet med udmøntningen af puljemidlerne er at støtte initiativer, der kan fremme følgende specifikke formål:

- Effektive forløb ved sikring af en klar opgavefordeling mellem det regionale sundhedsvæsen, almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen mv. i forhold til fælles, kronisk syge patienter, herunder ved implementering af tværsektorielle henvisningsvejledninger
- Effektive forløb for patienter, herunder effektiv koordination og behandling af patienter med samtidig forekomst af forskellige sygdomme (høj) alder, dårligt socialt netværk eller behandlingsbehov, der vanskeligt rummes inde for standardiserede forløb.
- Sammenhæng i patientforløbet i forbindelse med indlæggelse på og udskrivning fra sygehus, herunder minimering af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og sygehuskontakter, ikke mindst i forhold til ældre, medicinske patienter.
- Relevant adgang til hurtig klinisk vejledning og videndeling mellem især sygehus og almen praksis og den kommunale sygepleje om fælles patientgrupper og fælles konkrete patienter især med henblik på effektive forløb
- Klinisk kompetenceudvikling hos sundhedspersoner, herunder især klinikpersonalet i almen praksis samt personalet i den kommunale sygepleje, især med henblik på fremme af effektive forløb.
- It-initiativer med henblik på at understøtte effektive behandlingsforløb på tværs af sektorer og enheder i sundhedsvæsenet.

Udmøntningen af projektmidlerne skal således medvirke til at forbedre og udvikle sundhedsvæsenets indsatser over for personer med kroniske sygdomme.

¹ http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk_sygdom/Puljeprojekter/Indhold_puljeprojekter.ashx

1.2 Evalueringsopdrag og formål

Som afslutning på den styrkede indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012 forestår Sundhedsstyrelsen en afsluttende evaluering af puljeprojekterne. Formålet med evalueringen er at sammenfatte viden, erfaringer og resultater indhentet gennem puljeprojekterne. Den genererede viden skal bidrage til at udbrede og videreudvikle kvaliteten i indsatsen for patienter med kronisk sygdom.

Sundhedsstyrelsens evaluering består af to hovedleverancer. Dels en **slutrapportering** og dels en **tematisk evaluering** af puljeprojekterne.

Slutrapporteringen er en obligatorisk afrapportering af alle puljeprojekter til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse inden udgangen af marts 2013. I slutrapporteringen samles op på de væsentligste erfaringer og resultater på en ensartet og systematisk måde.

I tillæg til slutafrapporteringen gennemføres en supplerende tematisk evaluering, som har særlig relevans for udvikling og kvalificering af den fremtidige indsats på feltet. Temaerne er udvalgt i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsens Styregruppe for kronisk sygdom og Sundhedsstyrelsens referencegruppe for kronisk sygdom.

- **Stratificering** af patientgrupperne kan udgøre et væsentligt planlægningsgrundlag for de faglige indsatser og organisering, og der er fortsat behov for at systematisere metoder og anvendelse baseret på erfaringer med implementerede forløbsprogrammer.
- **Forløbskoordinering**, erfaringer med forløbskoordinering internt i de enkelte sektorer såvel som på tværs af faggrupper og sektorgrænser (sygehuse, almen praksis og kommune).
- **Samarbejdsmodeller og -aftaler** såvel internt i sektorerne som på tværs af sektorgrænser. Der er behov for udvikling og kvalificering af effektive samarbejdsmodeller.²
- **Multisygdom** (komorbiditet) vedrører mange personer med kronisk sygdom, og der er behov for yderligere viden om, hvordan der kan arbejdes med multisygdom i forhold til den faglige indsats og i forhold til organisatoriske tiltag for at imødekomme mange aktørers involvering i de enkelte patientforløbs faser.
- **Implementering**, specifikke erfaringer og udfordringer ved at implementere projekter i relation til forløbsprogrammer, patientuddannelse og egenbehandling.
- **Patient- og pårørendeinddragelse**, erfaringer med metoder til inddragelse i udvikling og evaluering af indsatser.
- Udbredelse af **telemedicinsk understøttet egenbehandling**

Omfanget og vinklingen af temaerne er fastlagt endeligt af Sundhedsstyrelsen på baggrund af oplæg fra Implement Consulting Group.

Den tematiske evaluering ser således på tværs af kronikerprojekterne med henblik på afdækning af gode erfaringer inden for en række udvalgte temaer, som puljemidlerne ikke

² Der har i den tematiske evaluering været fokus på samarbejdsmodeller og –aftaler, som er gensidigt forpligtende på tværs af sektorerne.

eksplicit har haft som formål at understøtte. Den tematiske evaluering er ikke en kortlægning af alle aktiviteter på kronikerområdet, men har alene fokus på kronikerprojekterne.

For at få et mere dækkende billede af kronikerprojekternes resultater og erfaringer samt ikke mindst et overblik over projekternes fokusområder bør denne tematiske evaluering ses i sammenhæng med den ovennævnte slutafrapportering samt de lokale evalueringer af puljeprojekterne, der foretages af regioner og kommuner.

Implement Consulting Group har gennemført den tematiske evaluering og herunder udarbejdelsen af nærværende afrapportering. Arbejdet er udført af konsulent Maria Carlsen, seniorkonsulent Anders Bildsøe Lassen samt projektleder og projektansvarlig partner, Michael Daugbjerg i tæt og løbende dialog med Sundhedsstyrelsen.

2. Resume

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har udmøntet i alt 580 mio. kr. til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme i 2010 via en pulje vedrørende forløbsprogrammer, hvortil regioner og kommuner var ansøgningsberettigede parter og en pulje vedrørende patientundervisning og egenbehandling, hvortil kun regioner var ansøgningsberettigede parter. Alle kommuner og regioner har ansøgt og fået bevillet midler til at opstarte projekter.

Den indsamlede viden, der i indeværende evaluering afdækkes og afrapporteres inden for syv temaer, skal sammen med projekternes slutrapportering bidrage til at udbrede og videreudvikle kvaliteten i indsatsen for patienten med kronisk sygdom. De syv temaer, der er udvalgt af Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsens Styregruppe for kronisk sygdom og Sundhedsstyrelsens referencegruppe for kronisk sygdom, er:

- Stratificering
- Forløbskoordinering
- Samarbejdsmodeller og -aftaler
- Multisygdom
- Implementering
- Patient- og pårørendeinddragelse
- Telemedicinsk understøttet egenbehandling

Den tematiske evaluering ser således på tværs af kronikerprojekterne med henblik på afdækning af gode erfaringer inden for en række udvalgte temaer, som puljemidlerne ikke eksplicit har haft som formål at understøtte.

Den tematiske evaluering tager desuden alene udgangspunkt i den viden og de erfaringer, som puljeprojekterne har angivet i survey og på fokusgrupper. Der er derfor formentlig gjort yderligere erfaringer efterfølgende, ligesom regioner og kommuners øvrige aktiviteter og tiltag på kronikerområdet ikke omfattes. Konklusioner og perspektiver skal og bør ses i dette lys.

Indsamlingen af viden og erfaringer er sket gennem et survey, der er distribueret til samtlige kommuner og regioner samt en række fokusgrupper indenfor de enkelte temaer. Projekter, der har deltaget i fokusgrupperne er udvalgt på baggrund af surveybesvarelsene, og fokusgrupperne har på den baggrund uddybet og kvalificeret viden fra survey.

2.1 Stratificering

Stratificering betyder for så vidt angår patienter med kronisk sygdom inddeling i relativt velafgrænsede subpopulationer, som videst muligt baseres på evidensbaseret viden med god effekt kan tilbydes specifikke indsatser indenfor behandling, opfølgning og rehabilitering på et givent specialiseringsniveau, og på et givent tidspunkt i et gennemsnitligt patientforløb.³

³ Sundhedsstyrelsen "Den generiske model for forløbsprogrammer" (2008)

Stratificeringsbegrebet anvendes på tværs af puljeprojekterne bredt om populationsbaseret stratificering, henvisning og visitation, og begrebet er ikke entydigt implementeret og anvendt på tværs af landet. Puljeprojekterne viser tydeligt, at stratificering som begreb operationaliseres forskelligt og bringes i anvendelse med varierende formål.

I de projekter, hvor begrebet anvendes som synonym for henvisning eller visitation, er der i praksis i vid udstrækning tale om, at man forsøger at implementere forløbsprogrammernes stratificeringsangivelser ved at omsætte disse til konkret henvisnings- eller visitationspraksis. Det er værd at bemærke, at en sådan anvendelse af begrebet ikke svarer til definitionen af stratificering, som fremgår Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer fra 2012⁴.

Det er desuden oplevelsen i projekterne, at mange i almen praksis endnu ikke er helt fortrolige med forløbsprogrammerne og derfor heller ikke med de heri anførte stratificeringskriterier.

Der er i puljeprojekterne identificeret to metoder til populationsbaseret stratificering:

- Den ene giver (med forbehold for datakvaliteten) et godt bud på et fuldt overblik over kronikerpopulationerne, herunder hvem også de grupper er, som potentielt set kunne have gavn af sundhedsfaglige indsatser, men som endnu ikke er kendt i sundhedsvæsenet. Dette overblik giver et grundlag for aktiv opsporing i almen praksis, således at den praktiserende læge potentielt set vil kunne udfylde en egentlig tovholderfunktion.
- Den anden metode giver derimod et godt grundlag for opfølgning på forløbsprogrammernes implementering, herunder særligt om den givne stratificeringsmodel følges af aktørerne.

Der er ikke set eksempler på, at stratificering på populationsniveau bidrager til at optimere ressourceanvendelse og kapacitetsudnyttelse, men det er indtrykket i projekterne, at stratificering danner basis for dialog om arbejdsdeling mellem sektorerne.

En forudsætning for, at stratificering omsættes og anvendes til kapacitetsplanlægning og –tilpasning i praksis, er tydeligvis, at der arbejdes intensivt med at ændre arbejdsgange, at skabe relationer på tværs af sektorer, at dokumentere resultater af indsatser, samt at der indgås forpligtende økonomiske og driftsmæssige samarbejdsaftaler.

Repræsentanter fra projekterne efterspørger generelt flere nationalt koordinerede udmeldinger om stratificering, herunder formål, indhold, kriterier og metoder til bestemmelse af populationer og omsætning/anvendelse i praksis.

2.2 Forløbskoordinering

Forløbskoordinering dækker ifølge Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer fra 2008⁵ over et særligt tilbud om støtte til patienter i at gennemføre og fastholde behandling og rehabilitering i relation til den pågældendes kroniske sygdom ud

⁴ Sundhedsstyrelsen "Den generiske model for forløbsprogrammer" (2012)

⁵ Der er i denne sammenhæng refereret til det generiske forløbsprogram fra 2008, da de igangværende kronikerprojekter ikke på evalueringstidspunktet har haft mulighed for at forholde sig til det opdaterede program fra 2012.

over den støtte patientens tovholder kan tilbyde.⁶ Dette dækker således over det at sikre en intensiveret og personligt tilpasset støtte til patienter med komplekse (koordinerings-)behov. Koordinering af indsatserne for patienter med kronisk sygdom opfattes som en forudsætning for at patienterne oplever, at deres forløb er sammenhængende.

Erfaringen fra puljeprojekterne er, at forløbskoordineringsopgaven kan organiseres på mange måder, men overordnet som henholdsvis individuelt orienteret forløbskoordinering eller strukturelt orienteret forløbskoordinering. Surveybesvarelsenerne og fokusgrupperne viser således, at det er nødvendigt at være meget specifik, når der kommunikeres om forløbskoordineringsopgaven.

Helt generelt er koordineringsopgaverne i patientforløbene mange uanset kompleksitet og længde, og nævnte opgaver udføres kontinuerligt i større eller mindre grad som helt integreret og nødvendig i den borger- og patientrettede indsats af alle de aktører, som er i kontakt med borgeren/patienten i forløbene. Når særlige koordineringsindsatser og –behov kommer på tale, giver projekternes erfaring anledning til at konkludere, at der bør være tale om helt særlige omstændigheder.

Der er generelt på tværs af mange projekter enighed om, at alle aktiviteter, som bidrager til at skabe fælles og indbyrdes forståelse på tværs af aktører og sektorer opleves som afgørende for understøttede og koordinerede forløb.

For så vidt angår strukturel forløbskoordinering synes erfaringerne fra projekterne at vise, at der opnås gode resultater, når der systematisk arbejdes med opbygning af gensidig tillid og kendskab mellem aktørerne involveret i patientforløbene på tværs af sektorerne. Der opleves således mindre frafald på rehabiliteringshold, borgerens oplevelse af sammenhæng forbedres, og de professionelle oplever at vejen mellem sektorerne er blevet kortere.

2.3 Samarbejdsmodeller og -aftaler

Mange af projekterne har haft fokus på forbedring af samarbejdet mellem involverede i patientforløb både inden for egen sektor og på tværs af sektorerne, og det er tydeligt, at der er stor fokus på at forbedre sammenhængen i patientforløbene.

Samtidig er egentlige samarbejdsmodeller og –aftaler på det mere formelle plan et af de områder, der på tidspunktet for evalueringen havde været mindst fokus på i kronikerprojekterne jf. surveybesvarelsenerne. Sidstnævnte var det, der var i fokus på denne tematiske evaluering.

Puljeprojekterne har således ikke bidraget med erfaringer med nye konstellationer og forpligtende samarbejdsmodeller og –aftaler. Af samme grund er der ikke gennemført særskilte fokusgrupper inden for temaet.

Samarbejdsaftaler af økonomisk forpligtende karakter kan kun vanskeligt indgås mellem sundhedsvæsenets aktører. For som repræsentanterne fra flere projekter har bemærket, er incitamentsstrukturerne i dag mere modsatrettede end ensrettende, og det er derfor vanskeligt at indgå formelle aftaler, selv om man ser potentialer for understøttelse af mere

⁶ Ofte tænkes implicit på "egen læge", når der refereres til borgerens tovholder. Erfaringerne viser dog, at det sjældent er egen læge, som har mulighed for i praksis at udfylde en sådan rolle.

sammenhængende forløb gennem nye, tættere og mere forpligtende samarbejder mellem sektorerne.

2.4 Multisygdom

Langt de fleste borgere med kronisk sygdom har mere end én sygdom. Komorbiditet, multisygdom og de udfordringer, det fører med, er derfor dagligdagen for patienter og sundhedsfaglige personer i alle dele af sundhedsvæsenet.

Multisygdom kan i forløbssammenhæng betyde, at borgeren skal have kontakt med et meget stort antal sundhedsaktører på tværs af sektorer, hvilket nødvendigvis øger kompleksiteten i forløbene og dermed ofte også behovet for koordinering af indsatserne mellem de involverede sundhedsaktører.

Der er på tværs af de projekter, der har haft fokus på multisygdom enighed om, at indsatserne ikke bør være diagnosespecifikke, men at der altid som udgangspunkt bør tages afsæt i den sygdom, der er mest begrænsende for den multisyge, således at den udgør overlæggeren for de indsatser, der tilbydes. Der efterspørges derfor også mere generiske (dele i) forløbsprogrammer, der tilgodeser dette.

Der er i projekterne gode erfaringer med at fastholde multisyge i rehabiliteringsforløb ved at tage afsæt i den enkeltes behov frem for indledningsvist bare at præsentere standardløsninger/muligheder, den enkelte kan vælge mellem.

Det er desuden oplevelsen i projekterne, at man med fordel kan identificere og sætte ind over for målgruppen, allerede når de er i 30 – 40-årsalderen, ikke mindst fordi en stor andel af målgruppen er under 65 år. Det nævnes fx, at det vil være relevant at opspore de multisyge (og svage) borgere i jobcenterregi, idet den multisyge på dette tidspunkt i sit forløb, endnu ikke er ”opgivet”, og dermed ikke har så mange nederlag bag sig, samtidig med at de enkelte sygdomme vil være på et mindre fremskredent stadium.

Der er i de projekter, som har haft specifikt fokus på multisygdom, desuden gode erfaringer med forløbskoordinerende og coachende sygeplejersker, der kan støtte, vejlede og koordinere for de svageste multisyge – igen er pointen, at en hensigtsmæssig håndtering af multisyge forudsætter en individuel og involverende tilgang.

Det opleves i projekterne således også som en afgørende forudsætning for at understøtte forløb og indsatser for svage multisyge, at der er en vis fleksibilitet og rummelighed i systemet, hvilket formentlig betyder, at de sygdomsspecifikke forløbsprogrammerne uanset diagnose fx bør rumme en stratificeringskategori, og tilhørende ydelser, som er helt individualiserede.

2.5 Implementering

Succesfuld implementering er en forudsætning for at lykkes med at skabe resultater og effekt. Grundlæggende er det dog vurderingen, at der kun i beskedent omfang er identificeret projekter, som har redegjort eksplicit for anvendelse af egentlige implementeringsmodeller.

Det væsentligste bidrag til ny viden kommer derfor fra mere enkeltstående tiltag, som projekterne har angivet at have haft gode erfaringer med rent implementeringsmæssigt.

De mest gennemgående og fremhævende implementeringstiltag, som samtidig også har stor betydning for sammenhængen i patientforløbene selvstændigt, er alle de aktiviteter, som bidrager til at skabe kendskab og tillid på tværs af aktører og sektorer. Erfaringerne fra kronikerprojekterne tyder på, at betydning af sådanne indsatser ikke kan eller bør overvurderes. Dette gælder uanset om målet for projektet har været implementering af forløbsprogrammer eller udvikling og afprøvning af nye indsatser.

Projektrepræsentanter understreger, at involvering af de rette (alle interessenter) er væsentlig, men bekræfter samtidig indtrykket af, at det kun i meget begrænset omfang er fundet sted i projekternes udviklingsfase. Det kan samtidig bekræftes fra flere projekter, at der opnås gode resultater, når der investeres i at få etableret et fælles billede af "nu-situationen" på tværs af samarbejdsparter og sektorer.

At en meget stor del af projekterne angiver, at de gennemføres i samarbejde med andre kommuner og/eller regioner er samtidig et tegn på, at man søger at inddrage flere aktører i projekterne, og særligt deltagerne i fokusgrupperne bekræfter i vid udstrækning, at fælles aktiviteter i projekterne bidrager til at lette implementering og til at skabe bedre løsninger.

Det kan på den baggrund bekræftes, at reel gensidig involvering af samarbejdsparter og aktører på tværs af organisatoriske rammer og sektorer medvirker til at skabe bedre løsninger og til at bane vej for implementering efterfølgende.

Den grundlæggende konklusion er samtidig, at der fortsat er et stort potentiale for at arbejde med implementering mere systematisk og vedholdende. Det gælder fx helt entydigt, at der mangler systematisk, løbende opfølgning på såvel procesmål som på effektmål, således at der løbende kan foretages de nødvendige justeringer og intensiverede implementeringsaktiviteter, hvis resultaterne ikke svarer til forventningerne og målene med indsatserne.

2.6 Patient- og pårørendeinddragelse

Patient- og pårørendeinddragelse opfattes som en forudsætning for at sikre kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser. Det gælder for den enkelte patient (individuel brugerinddragelse), som ved at blive involveret i eget behandlingsforløb, bliver mere engageret og bedre i stand til at håndtere egen sygdom og situation. Det gælder også i forhold til udvikling af sundhedsvæsenets ydelser generelt, hvor involveringen af "kundeperspektivet" (repræsentativ brugerinddragelse) er nødvendigt for at sikre, at ydelser og tilbud har en karakter, der er meningsfuld og værdiskabende for modtageren.

Der er i flere projekter arbejdet med enten individuel eller repræsentativ brugerinddragelse begge med positivt oplevede resultater. Det er dog Implements opfattelse, at man generelt set kunne gå længere i inddragelsen, eksempelvis ved at have patienter med i styre- eller projektgruppen, eller blot repræsenteret i alle faserne af et udviklingsforløb. Der er således kun identificeret et projekt, som har angivet at have patientrepræsentation i projektet (i styregruppen).

Der er således fortsat behov for viden om samt udvikling af metoder til repræsentativ inddragelse af patienterne.

For så vidt angår den "individuelle" inddragelse af patienten i eget forløb og i tilrettelæggelsen, er det projekternes vurdering, at der opnås betydelige resultater både for

så vidt angår livskvalitet, behandlings-"compliance", egenomsorgsevne og sygdomshåndtering.

Det er derfor indtrykket, at de individuelt rettede indsatser, der er tilrettelagt særligt med individuel brugerinddragelse, medvirker til at skabe bedre forløb.

Internationale perspektiver synes at underbygge potentialet for brugerinddragelse på flere niveauer, idet brugerinddragelse kan bidrage til at reducere omkostninger og forbedre den kliniske kvalitet samt den patientoplevelse (livs)kvalitet i forløbet.

2.7 Telemedicinsk understøttet egenbehandling

Der er i alle regioner og i enkelte kommuner gennemført en række pilotprojekter med telemedicinsk behandling til understøttelse af kronikeres håndtering af sygdom i eget hjem. Der savnes dog erfaring med drift af storskalaprojekter.

De projekter, der har arbejdet med telemedicinsk understøttet behandling, har haft så forskellig karakter, at erfaringerne giver et betydeligt grundlag for på tværs at uddrage de væsentligste læringspunkter, selvom der ikke endnu foreligger endelige resultater af deciderede effektstudier, evalueringer eller opfølgning.

Den viden, der er indhentet gennem forskelligartede projekter, peger på, at jo mere komplekse tekniske løsninger, der anvendes, jo større bliver udfordringerne implementeringsmæssigt – og det gælder samtidig omvendt, at jo simple løsninger, jo nemmere implementering og dermed bedre resultater. Der er desuden ikke noget, der tyder på, at der opnås bedre kliniske resultater med komplekse løsninger end med simple.

Det er dog væsentligt at præcisere, at der kun findes et telemedicinsk projekt, som nærmer sig noget, der ligner storskala, og da der endnu ikke er gennemført en evaluering og effektvurdering heraf, kan det ikke afvises, at der er særlige potentialer knyttet til mere komplekse og avancerede tekniske løsninger, hvis de er understøttet af en regional eller national infrastruktur.

Det er samtidig en forventning, at storskalaanvendelse og -udbredelse af telemedicinske løsninger formentlig i højere grad vil kunne kapitaliseres gennem tilsvarende nedjustering af den "traditionelle" kapacitet, ligesom business casen generelt set kan forventes at se betydeligt bedre ud for den avancerede løsning, hvis der er tale om storskala-udbredelse og implementering.

Der er dernæst indtrykket på tværs af de projekter, der var repræsenterede i fokusgrupperne, at løsninger, der er udviklet på baggrund af identificerede behov (frem for ønsket om anvendelse af en given teknologisk løsning) altovervejende fungerer bedre og er nemmere at integrere med de øvrige indsatser.

Projekterne giver betydelig basis for at konkludere, at det helt afgørende særligt for omkostningseffektivitet er, at de telemedicinske løsninger følges op af tilpasninger i eksisterende strukturer og systemer, hvis ikke det skal fungere som et parallelsystem. Der er i flere af projekter fortsat udfordringer med at få tilpasset arbejdsgange og processer, og reduceret antallet af traditionelle ambulatoriekontroller, når patienten samtidig har telemedicinske løsninger til rådighed og følges i hjemmet.

3. Evalueringsdesign

Den tematiske evaluerings overordnede design er som nævnt fastlagt af Sundhedsstyrelsen, herunder specifikt at evalueringens dataindsamlingsaktiviteter skulle bestå af et survey til alle kommuner og regioner og en række opfølgende fokusgrupper inden for de udvalgte temaer.

Implement Consulting Group har på den baggrund gennemført evalueringen som beskrevet nedenfor.

3.1 Evalueringsdesign og metode

3.1.1 Evalueringsdesign og proces

Sundhedsstyrelsen har defineret det overordnede formål med evalueringen, og efterfølgende i samarbejde med Implement foretaget en afgrænsning.

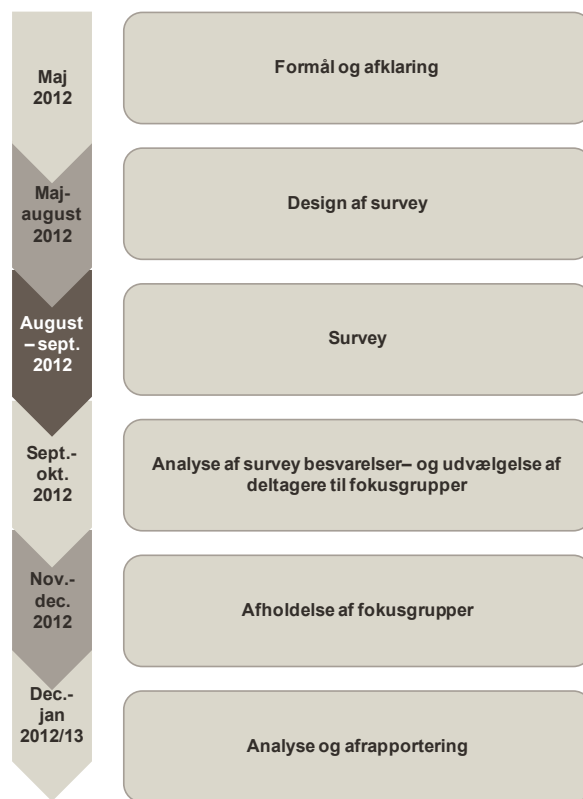
Sundhedsstyrelsen og Implement har indledningsvis drøftet og formuleret en række arbejdshypoteser, der undervejs har medvirket til at kvalificere og understøtte evalueringen metodisk. Arbejdshypoteserne er undervejs blevet udfordret og implicit suppleret med andre antagelser baseret på viden og erfaringer indhentet fra survey, fokusgrupper samt eventuelt andre teoretiske, analytiske eller erfaringsbaserede perspektiver.

Arbejdshypoteserne fremgår af de enkelte temagennemgange i kapitel 4, hvor de alene indgår som analytisk retningsgivende, og derfor ikke generelt søges af- eller bekræftet.

Dataindsamlingen til den tematiske evaluering har som nævnt bestået af to aktiviteter⁷:

- Et survey, som alle puljeprojekter har haft mulighed for at besvare
- En række fokusgrupper, der er afholdt med to formål, dels at uddybe den viden, der er indhentet gennem survey, dels at afklare de spørgsmål, der er rejst på baggrund af surveybesvarelsene.

Selve surveyet er udarbejdet på baggrund af eksisterende viden om de enkelte temaer og internationale erfaringer, for at sikre, at evalueringen står på den viden, der allerede er genereret om temaerne, og som sådan medvirke til at sikre, at nærværende evaluering bidrager med supplerende og ny viden.



⁷ Survey, surveyresultater samt oplæg til fokusgrupper kan ses i bilag 7.1-7.3

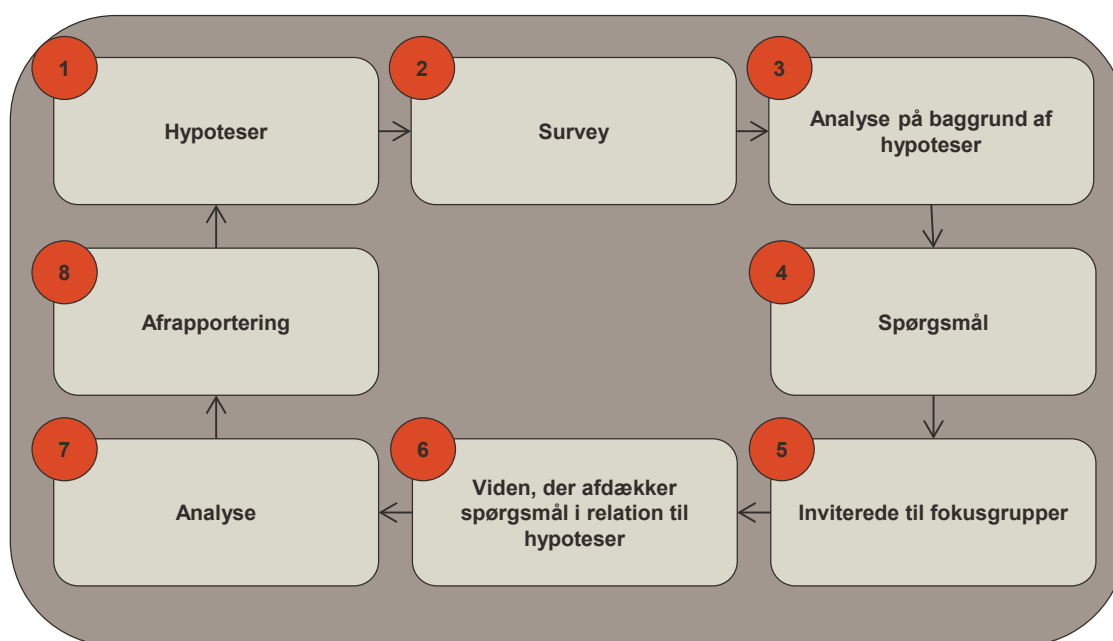
De internationale perspektiver, som er lagt til grund for survey og perspektivering i nærværende afrapportering, er særligt udvalgt for at kunne supplere med forskningsbaseret og veldokumenteret viden i erkendelse af, at få af puljeprojekterne på tidspunktet for gennemførelsen af den tematiske evaluering, har haft mulighed for at gennemføre egentlige effektstudier.

Surveyet er pilottestet og kvalificeret af Esbjerg Kommune og Gladsaxe Kommune samt Region Hovedstaden, der har bidraget med gode kommentarer og forslag.

Udsendelsen af surveyet blev efter færdigjustering varslet gennem Styregruppen for kronisk sygdom og Referencegruppen for kronisk sygdom samt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, og dernæst distribueret elektronisk til samtlige puljeprojekter med en svarfrist på 3 uger.

Surveybesvarelsesne er analyseret på en række parametre, herunder fx projekternes angivelse af, hvilke fokusområder, der har været i projektarbejdet og der er foretaget en systematisering og kategorisering af svar og projekter, som derefter er gennemgået analytisk med henblik på beskrivelse af baggrunde og årsager til resultaterne, ligesom de ovenfor anførte arbejdshypoteser har været anvendt som indspil i analysen.

Hovedtrækkene i analysens resultater er præsenteret for Sundhedsstyrelsen og Referencegruppen for kronisk sygdom, som grundlag for en drøftelse af antal fokusgrupper inden for de enkelte temaer og nøglespørgsmål til de enkelte temaer. På den baggrund identificerede Implement med udgangspunkt i surveybesvarelsesne en række relevante projekter, som har arbejdet med det enkelte tema på en særligt interessant måde, eller som har angivet at have opnået særligt interessante erfaringer.⁸



Det blev vurderet relevant at afholde 10 fokusgrupper om seks af de syv temaer. Temaet samarbejdsmodeller og -aftaler blev fravalgt til fokusgrupperne, da det på baggrund af

⁸ Se bilag 7.1

surveybesvarelsesne blev vurderet, at der ikke gennem fokusgruppeinterviewene ville fremkomme ny viden. Dette kan skyldes, at aktiviteterne i projekterne i vid udstrækning har været rettet mod konkrete løsninger på praktisk plan og i meget beskedent omfang mod strukturelle forhold og etablering af samarbejdsrelationer på formelt plan. Projekternes slutrapportering til Sundhedsstyrelsen kan eventuelt bidrage med supplerende viden om dette tema.

En enkelt fokusgruppe om relationel forløbskoordinering blev aflyst, da det inviterede projekt viste sig endnu ikke at være i drift og derfor ikke havde gjort sig erfaringer i praksis. En anden fokusgruppe om stratificering er i stedet afholdt som et telefoninterview, da kun et projekt havde mulighed for at deltage. Der er derfor i alt afholdt 8 fokusgrupper samt et telefoninterview.

Endelig er viden og erfaringer indhentet gennem fokusgrupperne systematiseret og analyseret med afsæt i surveybesvarelsesne, ligesom gennemgående træk er vurderet i relation til de opstillede arbejdshypoteser og anden relevant viden og erfaringer. Hovedtræk af de foreløbige resultater fra survey og fokusgruppeinterview er drøftet med Sundhedsstyrelsen og Styregruppen for kronisk sygdom for til slut at danne basis for indeværende afrapportering.

I forbindelse med præsentation for styregruppen blev der desuden rejst en række spørgsmål, som gav anledning til en bilateral dialog med repræsentanter fra Region Hovedstaden, som i forlængelse heraf fik muligheden for at uddybe sine surveybesvarelses for at sikre, at relevant viden og læring fra projekterne i regionen indgår.

3.1.2 Afgrænsning

Opdrag

Opdraget til den tematiske evaluering har fastlagt, at der tages udgangspunkt i erfaringer og viden genereret via puljeprosjekterne, da der er tale om en puljeevaluering.

Mens surveybesvarelsesne er repræsentative for de projekter, der har svaret, har sigtet med fokusgrupperne været uddybning af relevant viden og tendenser fra surveybesvarelsesne, og dermed ikke repræsentativitet. Det betyder samlet set, at man på baggrund af indeværende evalueringens resultater ikke kan konkludere, om der i eller uden for kronikerprojektsammenhæng er arbejdet med de udvalgte temaer på supplerende eller anden vis i landets kommuner og regioner. Resultater og analyse skal derfor ses og tolkes i dette lys.

Det må dog være rimeligt at antage, at projekter støttet med 580 mio. kr. dækkende alle landets regioner og kommuner, udgør en betydelig del af de initiativer, som er taget i relation til forstærkede indsatser overfor borgere med kroniske sygdomme, og at nærværende erfaringsindsamling og tematiske evaluering er relativt dækkende for typerne af indsatser på området. Omvendt er der givetvis lokalt gennemført betydelige indsatser på kronikerområdet, som ikke indgår i denne evaluering, fordi de ikke har været finansieret af kronikerpuljerne.

Metode

Af hensyn til dybden og bredden i besvarelsen af survey, herunder ikke mindst ønsket om at få reflekteret både tanker med projekterne på mere strategisk niveau, samt hvordan disse tanker i praksis er omsat, blev der i introduktionen til surveyet opfordret til, at de enkelte

projekter kunne foretage besvarelsenerne med deltagelse af flere forskellige respondenter – gerne fra både administrativt og praktisk niveau. Det har dog efterfølgende ikke været muligt at identificere, hvem der har været involveret i besvarelsenerne, hvilket vanskeliggør en nærmere vurdering af, om besvarelsenerne er dækkende for begge niveauers perspektiver på projekternes erfaringer.

Generelt er det indtrykket – hvilket for en række projekter er blevet bekræftet i forbindelse med fokusgrupperne – at det som oftest har været den enkelte lokale projektleder, der har forestået besvarelsen af surveyet. Den organisatoriske placering af den lokale projektleder er derfor afgørende for, om den enkelte besvarelse giver et billede af, hvordan projektet er tænkt på administrativt niveau, eller giver et billede af de erfaringer, der er oplevet og indhentet helt praksis- og borgernært. Hvem der har besvaret survey vil givetvis have påvirket billedet af, hvordan de forskellige begreber opfattes og anvendes, og det er på baggrund af survey og fokusgrupperne Implements indtryk, at den lokale projektleder i mindre kommuner og projekter typisk har været mere praksis- og borgernær, end det har været tilfældet i større kommuner og i de regionale projekter.

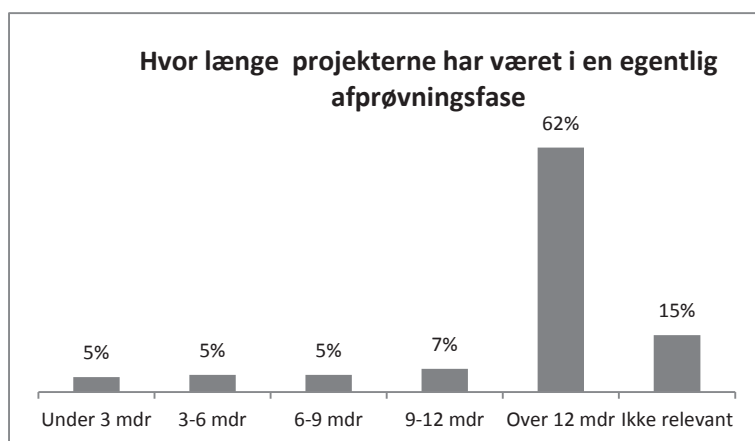
Implement vil dog, baseret på det omfattende datamateriale fra surveyundersøgelsen, argumentere for, at de mange svar og projekternes forskellige karakter giver et repræsentativt billede af, hvordan begreber anvendes samt, hvordan der landsdækkende er arbejdet med evalueringens temaer i projekterne på forskellige henholdsvis ledelsesmæssige, administrative og operationelle niveauer.

Det er samtidig indlysende, at man med den anvendte metode ikke kan udelukke, at projekter, der enten ikke har svaret surveyet, eller som ikke har udfyldt surveyet fyldestgørende kan have gjort gode erfaringer, som kunne være interessante at få uddybet.

Med de ovenfor listede forbehold kan metoden bidrage til at afdække, hvordan begreber anvendes og forstås. Derudover kan der siges noget om de udfordringer, der er oplevet i relation til de respektive temaer, herunder gode erfaringer med at løse udfordringer samt gode eksempler, erfaringer, resultater og indsigt, der er genereret gennem puljeprojekterne.

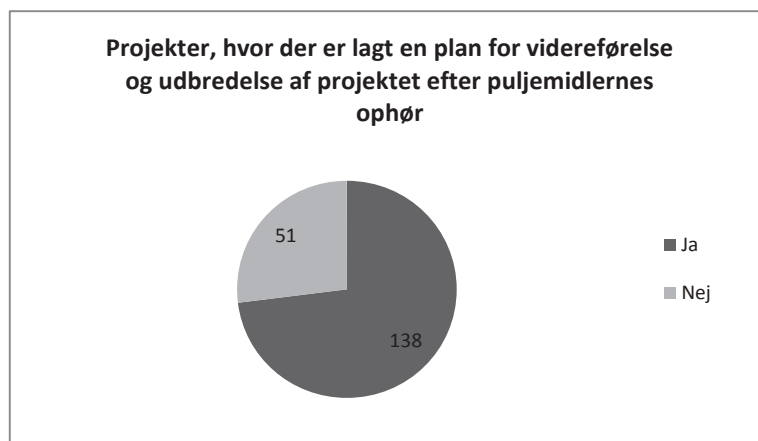
3.2 Puljeprojekternes karakter og status

Puljeprojekterne er på tidspunktet for den tematiske evaluering ikke alle nået lige langt, hvilket har betydning for den viden og de erfaringer, der er gjort i de enkelte projekter. Der er eksempelvis projekter, som er tilendebragt og lukket ned, nogle projekter er overgået til drift, mens andre ind til videre kun har udviklet modeller metoder og patientuddannelser, og derfor ikke har erfaring med afprøvning og resultater.



Det fremgår dog af figuren ovenfor, at størstedelen af projekterne har været i egentlig drift i mere end et år. Det betyder, at der for langt de fleste projekters vedkommende er høstet betydelige erfaringer med udvikling, afprøvning og implementering. Omvendt er der fortsat en mindre række projekter, som endnu ikke har høstet tilstrækkelige erfaringer. Denne tematiske evaluering er således gennemført på et tidspunkt, hvor de fleste puljeprojekter stadig er i gang, og der er således fortsat yderligere grundlag for at indhente læring fra de resterende kronikerprojekter.

Et projekt ikke er en entydig størrelse: Nogle er store og andre små, nogle kaldes delprojekter og andre programmer, mens andre fremstår som selvstændige puljeprojekter, men i praksis er en del af et større projekt lokalt. Derudover er der undervejs i puljeperioden foretaget ændringer, opsplittings og sammenlægninger af projekter. Det har derfor ikke været meningsfuldt eller muligt i denne sammenhæng at give et klart billede af, hvor mange enkeltstående projekter, som er støttet af kronikerpuljerne.



Der er gennem evalueringen indhentet 198 besvarelser på survey, heraf er 94 regionale og 104 kommunale fra i alt 84 kommuner. Det er jf ovenstående ikke muligt at vurdere svarprocenten og ej heller, hvor mange projekter, som har valgt ikke at besvare survey.

Samtidig er en stor del af projekterne gennemført i samarbejde mellem flere kommuner eller mellem en kommune og en region. Der er derfor også flere projekter, som har afgivet selvstændige survey svar fra hver af de deltagende parter i projekterne.

For så vidt angår den videre færd for projekterne angiver langt de fleste projekter at have lagt en plan for videreførelse af projekterne eller de udviklede indsatser efter puljemidlerne er opbrugt.

Nogle projekter angiver, at projektet overgår direkte til drift, eller allerede er i drift, mens andre igen har besluttet videreførelse, men vil foretage justeringer i løsninger og implementering, når der er foretaget opfølgning og vurdering på mål og resultater.

Blandt de projekter, som angiver endnu ikke at have planlagt videreførelse, angiver nogle få ingen årsag hertil, mens andre angiver at afvente økonomiforhandlinger og afklaring af finansiering, før der kan tages stilling til eventuel fortsættelse.

Andre igen angiver at afvente resultaterne af en lokal evaluering, for at man kan vurdere, om projektet har potentiale til fremadrettet drift.

Enkelte projekter angiver allerede at være afsluttet eller planlagt til afslutning, mens erfaringerne fra projekterne derefter skal anvendes i driftsmæssig kontekst, eller med henvisning til, at formålet med projektet er opfyldt.

Implements finder det væsentligt at bemærke, at der på tværs af projekternes surveybesvarelser kun er et fåtal, som angiver, at der er eller vil blive gennemført en egentlig vurdering af, om projekterne har leveret de forventede effekter og resultater, som danner grundlag for stillingtagen til videreførelse. Fokusgrupperne bekræfter dette indtryk.

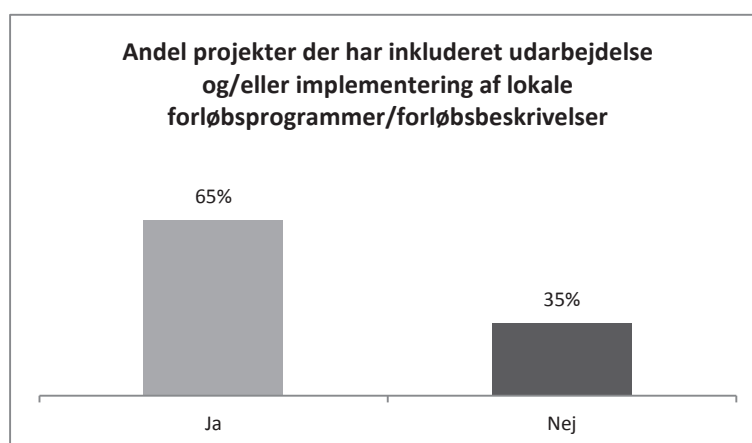
I den sammenhæng er det efter Implements vurdering interessant at bemærke, at næsten ingen projekter⁹, hverken i forbindelse med surveybesvarelserne eller fokusgrupperne, har angivet omkostningseffektivitet som et egentligt mål for projektet.

I en konjunktur med stigende andel af ældre, stigende antal af borgere med kronisk sygdom samtidig med et betydeligt økonomisk pres på udgiftsniveauet i sundhedsvæsenet er det vanskeligt at forestille sig, at der ikke på ledelsesniveau i samtlige kommuner og regioner er et vedvarende og intensivt fokus på effektivisering af indsatserne enten gennem nytænkning eller omkostningsreduktion.

Fraværet af betragtninger herom i survey og på fokusgrupper har givetvis en række forklaringer, men det ligger lige for at antage, at udmøntningspraksis for puljemidlerne kan have betydning herfor. Sådan at forstå, at der fx næppe lokalt har været mulighed for på kvalificeret vis at nå at afklare, hvilke andre eksisterende ydelser og indsatser, som givet positive resultater af det givne projekt, kan effektiviseres, reduceres i omfang eller helt nedlægges.

3.3 Kronikerprojekternes fokusområder

Langt de fleste projekter har arbejdet med implementering af forskellige forløbsprogrammer primært for KOL, diabetes og hjerte-kar.



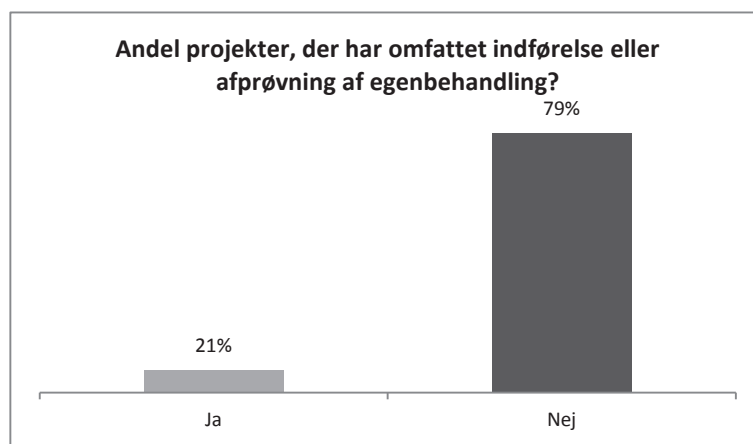
⁹ Det gælder generelt, at betragtninger og opfølgning på omkostningseffektivitet næsten helt eksklusivt ses i de projekter, som afprøver eller indfører telemedicinske løsninger. Det gælder fx de telemedicinske KOL-projekter i Københavns Kommune, Silkeborg Sygehus/Region Midtjylland og Region Nordjylland.

- 65% af puljeprojekterne omfatter udarbejdelse og/eller implementering af lokale forløbsprogrammer/forløbsbeskrivelser
- 52% af disse angiver at mere end 100 patienter/borgere har modtaget konkrete tilbud

Konkret har disse projekter i vid udstrækning omfattet implementering af afgrænsede, specifikke dele af forløbsprogrammerne, fx udvikling og implementering af patientuddannelse samt forskellige tiltag til understøttelse af sammenhæng i forløbene.

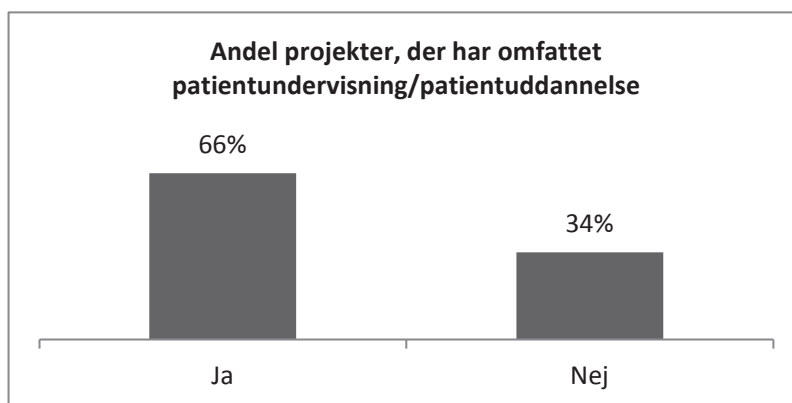
Nogle få projekter har desuden med samme formål arbejdet med at udvikle it-løsninger, der skal understøtte tværsektorielle forløb samt telemedicinsk understøttet behandling og egenbehandling.

Projekterne har derfor typisk gjort erfaringer i relation til samtlige temaer og særligt temaerne stratificering, forløbskoordinering og samarbejdsmodeller og aftaler.



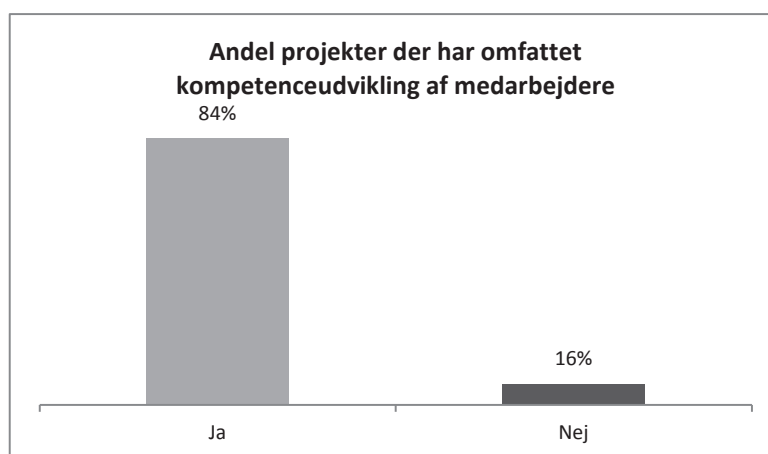
- 79% af projekterne omfatter indførelser eller afprøvning af egenbehandling
- I 8% af disse projekter har mindre end 10 borgere været involveret, mens 26% har inkluderet mere end 100 borgere
- Hele 15% af de projekter, der har omfattet egenbehandling, har ikke kunnet besvare, hvor mange borgere/patienter, der har været inkluderet inden for projektets rammer

En femtedel af projekterne angiver at have arbejdet med egenbehandling, her er særligt de telemedicinske projekter repræsenteret, og i relation til temaerne er der især gjort erfaringer i relation til implementering, patient- og pårørendeinddragelse samt telemedicinsk understøttet behandling.



- 66% af puljeprojekterne omfatter patientuddannelse/undervisning.
- Kun 9% af disse kan ikke besvare, hvor mange patienter/borgere, der har været omfattet
- 48% af de projekter, der har omfattet patientundervisning angiver at mere end 100 patienter/borgere, allerede har været omfattet

Næsten alle projekterne angiver på et eller andet plan at have omfattet kompetenceudvikling af enten personale eller patient-/pårørendeundervisning eller anden form for instruktion og opkvalificering af borgere/patienter til forbedring af egenomsorgsevne/sygdomshåndtering. Set i sammenhæng med evalueringens temaerne er der i projekter med særligt fokus på patientuddannelse især gjort erfaringer med patient- og pårørendeinddragelse og implementering.



- 84% af projekterne omfatter kompetenceudvikling af medarbejdere
- I en stor andel af projekterne er det en lille gruppe medarbejdere, der har modtaget et eller flere kompetenceudviklingstilbud.

- I 23% af projekterne har mere end 100 medarbejdere modtaget kompetenceudvikling

Som kapitel 4 vil illustrere dækker surveybesvarelsernes angivelser af projekternes fokusområder over en relativt bred forståelse samt anvendelse af de forskellige begreber.

3.4 Læsevejledning

Den resterende del af denne afrapportering er struktureret på følgende vis for at give læseren det bedst mulige indblik i de erfaringer, som er skabt på tværs af kronikerprojekterne i hvert af de syv udvalgte temaer:

I kapitel 4 beskrives således projekternes erfaringer tema for tema efter følgende nogenlunde faste struktur, idet temaernes forskellige karakter og projekternes tilgang hertil kræver, at der er en vis fleksibilitet i fremstillingen:

- Temaet, baggrund, viden, hypoteser
- Projekternes resultater og analyse af disse med perspektivering på baggrund af refleksioner og illustrative eksempler på projekter og tilgange fra andre lande med henblik på at generere yderligere inspiration til det fremadrettede arbejde med indsatserne overfor borgere med kronisk sygdom. Arbejdshypoteserne diskuteres typisk også i dette afsnit.
- Læringspunkter
- Delkonklusion

4. Tematiseret erfaring og læring fra kronikerprojekterne

I indeværende kapitel gennemgås evalueringens syv temaer

- Stratificering
- Forløbskoordinering
- Samarbejdsmodeller og –aftaler
- Patient- og pårørendeinddragelse
- Telemedicinsk understøttet behandling
- Multisygdom
- Implementering

Temaerne stratificering, forløbskoordinering (når det fx gælder implementering af forløbsprogrammer) og samarbejdsmodeller og -aftaler relaterer sig til afsnit 7 i den generiske model for forløbsprogrammer fra 2008¹⁰ om organisering af indsatserne. Disse temaer relaterer sig helt eller delvist til planlægning, dimensionering og styring af indsatserne.

Forløbskoordinering (når det fx gælder individuelt rettede forløbskoordinationsindsatser), patient- og pårørendeinddragelse samt telemedicinsk understøttet behandling udgør de direkte borger- og brugerorienterede.

Temaerne multisygdom og implementering må betragtes som gennemgående temaer, idet en væsentlig del af patienter med kronisk sygdom har mere end en kronisk sygdom, ligesom implementering må betragtes som en grundlæggende forudsætning for at opnå (de ønskede) effekter med de planlagte indsatser og derfor også er helt gennemgående uanset projekternes primære fokus.

Samtidig er temaerne i vid udstrækning i praksis sammenhængende, og den konkrete anvendelsesorienterede karakter af indsatserne – uanset projekternes bidrag til viden inden for de enkelte temaer – også bidrage generelt.

¹⁰ Sundhedsstyrelsens Generiske model for forløbsprogrammer 2008

4.1 Stratificering

Stratificering betyder sprogligt helt grundlæggende lagdeling.¹¹

Ifølge Den generiske model for forløbsprogrammer betyder stratificering inddeling af patienter med kronisk sygdom i relativt velafgrænsede subpopulationer, som videst muligt baseret på evidensbaseret viden med god effekt kan tilbydes specifikke indsatser indenfor behandling, opfølgning og rehabilitering på et givent specialiseringsniveau, og på et givent tidspunkt i et gennemsnitligt patientforløb.¹²

Stratificering kan anvendes enten til at klarlægge behovet for et specifikt forløbsprogram for en given diagnosegruppe, eller stratificering kan indgå i et givent forløbsprogram som analytisk grundlag for inddeling af patientgruppen i grupper med forskellige behov.

Stratificering er i Danmark forholdsvist nyt som begreb på området og blev formelt indført på kronikerområdet med den generiske model for forløbsprogrammer fra 2008¹³.

Det er tanken, at stratificering skal sigte mod:

"...at skabe et grundlag for effektiv planlægning af sundhedsvæsenets indsatser og give patienterne kvalitet og tilbud på de rette niveauer"
(Sundhedsstyrelsen 2012¹⁴)

Stratificering i form af en analyse og beskrivelse af patientgruppen med afsæt i relevante karakteristika ved den pågældende patientgruppe kan derfor danne basis for efterfølgende dimensionering og konkret organisering af indsatserne med et formål om at tilbyde høj kvalitet i behandlingen forstået som: "den rette indsats på det rette tidspunkt til den enkelte patient", under hensyntagen til effektiv ressourceudnyttelse ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv.

Stratificeringsbegrebets anvendelse dækker erfaringsmæssigt fra tidligere evalueringer, analyser og kortlægninger¹⁵ både over det at skabe overblik over en given population af patienter med kronisk sygdom til planlægning af kapacitet og ressourceallokering, og over et redskab, der anvendes til planlægning af indsatser i det enkelte patientforløb, eksempelvis ved at den sundhedsprofessionelle, sammen med patienten og eventuelle pårørende, foretager en systematisk vurdering af patientens behov for indsatser.

Arbejdshypoteser om stratificering

1. Stratificering anvendes forskelligt af forskellige aktører og med forskellige formål
2. Stratificering anvendt på populationsniveau kan bidrage til at optimere ressourceanvendelse og kapacitetsudnyttelse samt bidrage til at understøtte hensigtsmæssige tværsektorielle forløb for borgere med kronisk sygdom.
3. Stratificering efter sygdomskompleksitet er mest meningsfyldt for sekundær sektor, mens kommunerne primært har behov for stratificering efter egenomsorgsevne og/eller funktionsevne. For almen praksis kan begge dimensioner være meningsfulde i praksis.

¹¹ Den Store Danske www.denstoredanske.dk

¹² Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer (2008)

¹³ Ibid

¹⁴ Sundhedsstyrelsens Generiske model for forløbsprogrammer (2012)

¹⁵ Sundhedsstyrelsen (2011) "Kortlægning af erfaringer med forløbskoordinering" (gennemført med bistand fra Implement Consulting Group), Sundhedsstyrelsen (2010-2011) Evaluering af sundhedsaftalerne (gennemført med bistand fra Implement Consulting Group) og Martin S.Buch (2012) "Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom"

Sidstnævnte vil typisk blive efterfulgt af en henvisning eller visitation til en eller flere specifikke indsatser jf. det relevante forløbsprogram.

Der er i analysen af resultater, viden og erfaringer arbejdet med et sæt af arbejdshypoteser, der fremgår af tekstboksen ovenfor til højre.

Arbejdshypoteserne er udarbejdet af Implement og Sundhedsstyrelsen med afsæt i ovenstående, og særligt beskrivelsen af stratificering i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer fra 2008¹⁶.

4.1.1 Resultater og analyse

Begrebsanvendelse og forståelse

Det er på baggrund af surveybesvarelsenerne og indspil fra fokusgrupperne generelt indtrykket, at begrebet stratificering anvendes på overordnet set på to måder:

- Bredt og oftest om specificering af grundlag for henvisning og visitation og retningslinjer for henvisning og visitation – i praksis som synonym for henvisning og/eller visitation.
- I få projekter om analytisk inddeling i subpopulationer efter karakteristika og behov, svarende nogenlunde til den i den generiske model for forløbsprogrammer fra 2012 anførte definition.¹⁷

På trods af denne bredde i den praktiske anvendelse af begrebet er der blandt projektrepræsentanter i fokusgrupperne enighed om, at:

”Stratificering betyder inddeling af borgergrupper, og hvem der skal behandles/rehabiliteres hvor.”

Det er derfor omsætningen af stratificering i praksis, der varierer mellem projekterne, hvor der synes at være sammenhæng til projektets primære fokus og den organisatoriske forankring.

Projektrepræsentanterne er desuden bredt set enige om, at denne forståelse af begrebet ikke nødvendigvis i praksis fører til fordeling af borgergrupper mellem sektorerne på baggrund af stratificeringskriterierne.

Projekter, der har arbejdet med stratificering

I alt 110 projekter har angivet at arbejde med stratificering, og hovedparten angiver at have arbejdet med stratificering som led i implementering af forløbsprogrammer.

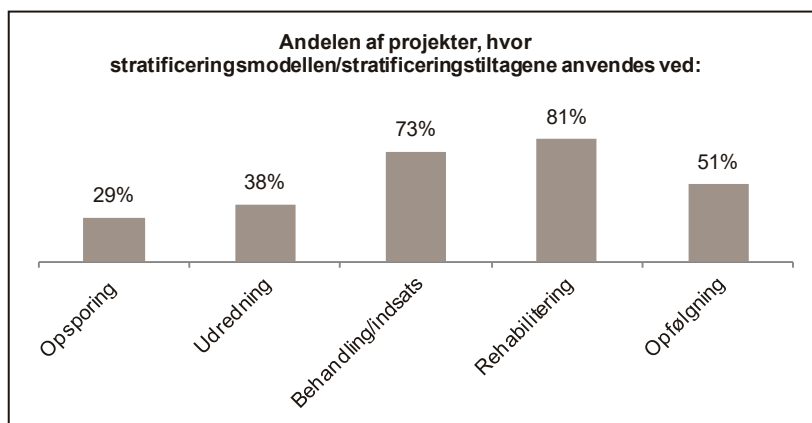
Kun enkelte projekter angiver at have haft stratificering som hovedformål, herunder at have arbejdet med decideret analyse af og identifikation af kronikerpopulationer.

¹⁶ Sundhedsstyrelsens Generiske model for forløbsprogrammer” (2008). Sundhedsstyrelsen (2011) ”Kortlægning af erfaringer med forløbskoordinering” (gennemført med bistand fra Implement Consulting Group), Sundhedsstyrelsen (2010-2011) Evaluering af sundhedsaftalerne (gennemført med bistand fra Implement Consulting Group) og Martin S.Buch (2012)

”Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom”

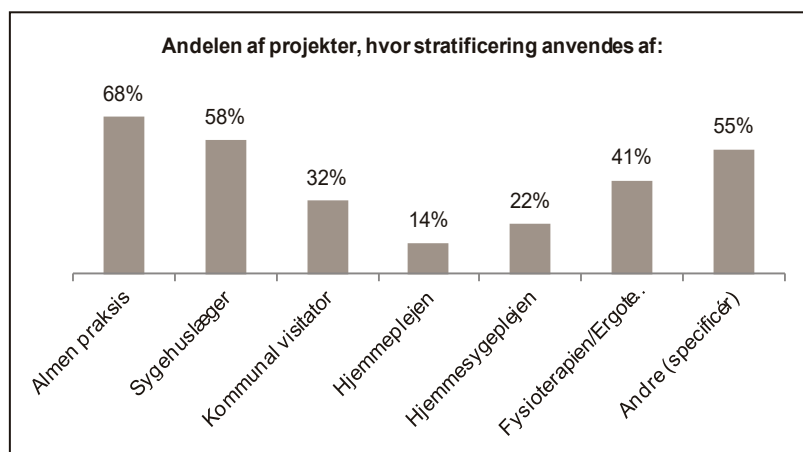
¹⁷ Sundhedsstyrelsens Generiske model for forløbsprogrammer” (2012)

Hovedparten af de 110 projekter angiver at have arbejdet med stratificering i betydningen henvisningskriterier og -understøttelse eller som beslutningsstøtte til visitation i forbindelse med udredning, behandling samt i vid udstrækning i relation til rehabiliteringstilbud. Fordelingen af projekternes angivelser ses i figuren nedenfor.



Langt størstedelen af projekterne angiver, at den (eventuelt) anvendte stratificeringsmodel er formelt beskrevet i et forløbsprogram, og i en stor del af projekterne var den anvendte model allerede i brug før projektets start. Få projekter angiver at have arbejdet med egentlig udvikling af en stratificeringsmodel, og der er her i praksis tale om udvikling af henvisningskriterier baseret på regionale forløbsprogrammer.

I omkring to tredjedele af projekterne er der en oplevelse af, at der er enighed på tværs af de kommunale og regionale aktører samt almen praksis om den givne stratificeringsmodels anvendelse, og godt halvdelen oplever, at stratificering fører til mere optimale patientforløb.



Det er, som det fremgår af figuren ovenfor, ikke forbeholdt lægerne at stratificere, også sygeplejersker, hjemmeplejen, fysioterapeuter, farmaceuter, socialrådgivere og pædagoger angives at anvende stratificering. Det er efter Implements opfattelse interessant, da flere regionale repræsentanter på fokusgrupperne gav udtryk for, at de så stratificering som en lægefaglig opgave.

Forklaringen på denne opfattelse kan findes i, at forståelsen af stratificering i de relaterede projekter formentlig er synonym med henvisning og/eller visitation.

Stratificering på populationsniveau

Kun få og regionale projekter har angivet at have arbejdet direkte med stratificering på populationsniveau.

Disse projekter har haft særligt fokus på at identificere subpopulationer, herunder hvor de modtager indsatser og behandling samt at identificere dem, der ikke modtager indsatser, opfølgning og kontrol.

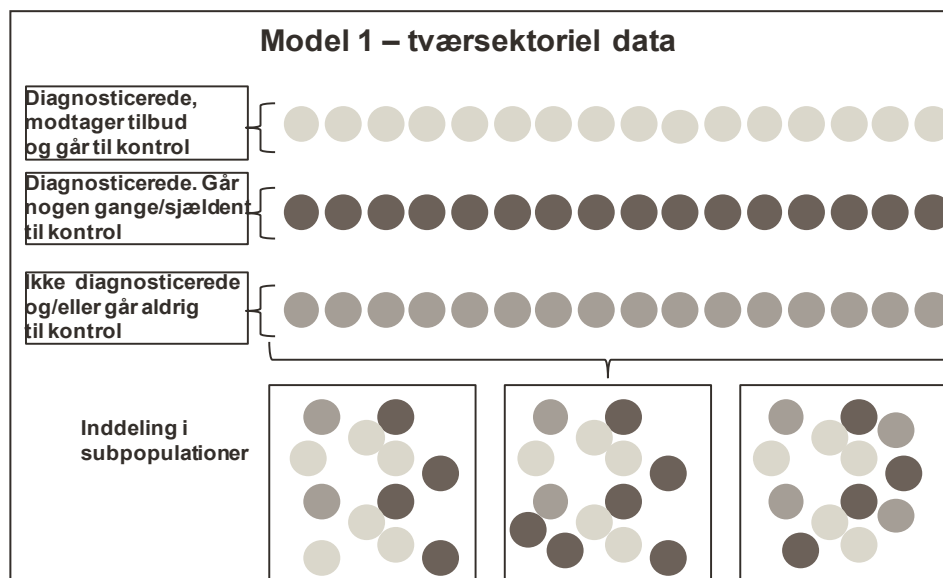
Det er indtrykket, at man på projektniveau endnu ikke er så langt, at man på basis af de estimerede populationer kan vurdere ressourcebehov og tilpasse kapacitet på tværs af sektorer.

Det er værd at bemærke, at forståelsen af stratificering i nogle af disse få projekter har karakter af opfølgning på, om forløbsprogrammerne følges. Det handler således om, hvorvidt patienter modtager fx rehabilitering på det specialiseringsniveau, som er specificeret som relevant på baggrund af stratificeringskriterierne i det givne forløbsprogram.

Stratificering anvendes således i denne sammenhæng om en retrospektiv opfølgning på forløbsprogrammernes implementeringsgrad. Der synes at være erfaringen fra fx Region Hovedstaden, at en sådan tilgang giver et godt grundlag for at følge op på implementeringen af forløbsprogrammerne.

Der er igennem projekterne helt overordnet identificeret to metoder til identifikation af og bestemmelse af subpopulationer af kronikere:

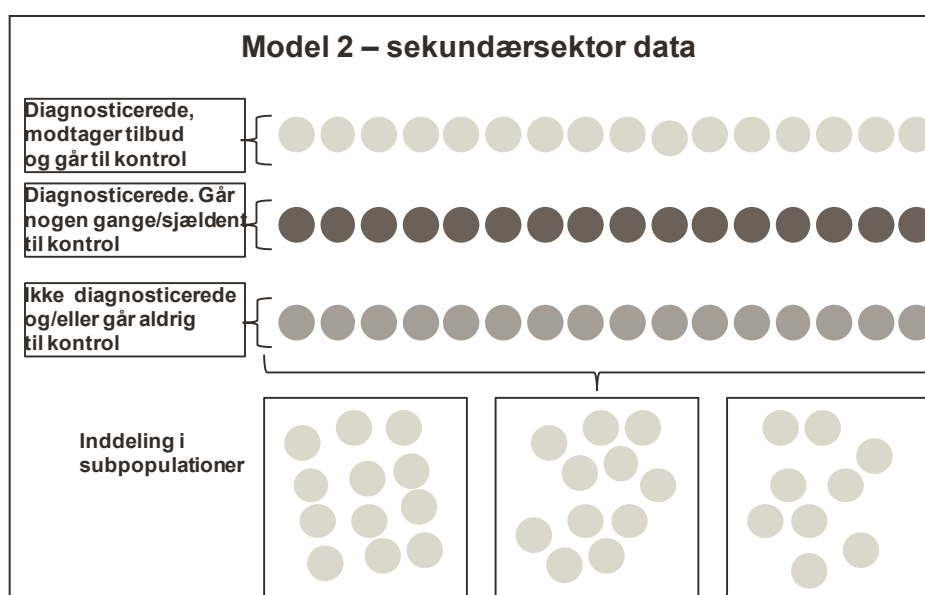
1. Anvendelse af forskningsalgoritmer på tværsektorielt data fra udvalgte registre, databaser og datafangst til at bestemme det (teoretiske) antal af kronikere med givne karakteristika, herunder hvor de i dag modtager indsatser, kontrol og opfølgning, samt hvem der ikke går til kontrol eller modtager andre indsatser.
Det tværsektorielle data muliggør identifikation af de patienter, der ikke i dag modtager indsatser, men som teoretisk set har et behov. Projekt Kronikerdata i Region Midtjylland har arbejdet med denne metode, med henblik på, at almen praksis kan få overblik over deres population af kronikere helt ned på ydernummerniveau. Det fremgår af figuren, hvordan alle borgere identificeres og kan inddeles i subpopulationer.



2. Samkøring af diagnoseregistreringer fra LPR, lægemiddeldatabasen og sygesikringsregistret for på den baggrund at bestemme omfanget af de enkelte kronikerpopulationer, herunder hvem, der har behov for indsatser på de forskellige specialiseringsniveauer, samt hvilket stratificeringsniveau de patienter, der modtager sekundærindsatser, reelt tilhører.

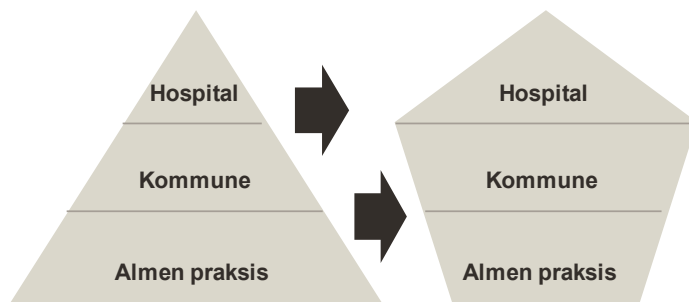
Med denne metode fås et overblik over patienter, der har eller har haft kontakter med den regionale del af sundhedsvæsenet.

Region Hovedstaden har i "Evaluerings- og analyseprojektet" arbejdet med denne metode til at identificere regionens patienter med diabetes type 2 og KOL, og det fremgår af figuren, hvordan kun de, der er diagnosticerede, eller har et forløb i sygehusregi, hvor de går til kontrol mv. identificeres og kan inddeles i subpopulationer.



Særligt ved anvendelse af den første metode er de estimerede populationer typisk en del større end det faktiske antal patienter, der ses i primær- og sekundærsektor, dels fordi primærsektordata bidrager til at identificere de, der ikke møder til kontroller, dels fordi forskningsalgoritmerne er defineret således, at man identificerer alle, der statistisk og epidemiologisk set har visse karakteristika svarende til KOL og diabetes, også selvom de ikke modtager jævnlige kontroller, indsatser mv.

Flere kommunale repræsentanter har angivet, at der endnu er utilstrækkelig sammenhæng mellem faktisk behov og de behov for indsatser, som den første metode afdækker. Udover at metoden identificerer alle patienter, herunder dem, der ikke modtager tilbud og går til kontrol, er det oplevelsen, at årsagen desuden er, at der i hospitalsregi fortsat er en barriere i relation til at henvise patienter til tilbud i kommunalt regi. Det betyder, at flere kommuner har oplevet at opbygge kapacitet i fx rehabiliteringstilbud svarende til det estimerede behov, for derefter at erfare, at kapaciteten langt overstiger den faktiske efterspørgsel.



Det angives, at forskellen mellem estimat og faktiske behov er så stort, at den ikke kan forklares med manglende henvisninger fra sygehuse og almen praksis til de kommunale tilbud – som i parentes bemærket også udpeges som en gennemgående erfaring. Der udestår således at videreudvikle enten estimeringsmodel, forskningsalgoritmer eller det statistiske regnegrundlag, før resultaterne kan anvendes direkte i planlægningsøjemed i kommunalt regi. Erfaringerne fra projekterne viser ikke noget om erfaringerne med anvendelsen af resultaterne/estimerne i sekundær sektor.

Som inspiration til, hvordan det kan lade sig gøre at arbejde meget handlingsorienteret med analytisk datadrevet stratificering, henvises til et konkret initiativ i Sverige, hvor man i Stockholms Läns Landsting (SLL) via en datadrevet analyse af populationen identificeret en gruppe af borgere med helt særlige behov, se tekstboksen til højre.

Identifikation og beskrivelse af en sådan patientgruppe (stratificeringsgrundlag) kan også i dansk kontekst være betydeligt retningsgivende for prioritering og design af nye løsninger samt dimensionering af indsatsen, og ikke mindst tilsvarende kapacitetstilpasning i det eksisterende system.

En liten grupp av patienter inom landstinget har mycket omfattande behov av hälso- och sjukvården
1% av befolkningen står för ca 30% av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden inom SLL. Dessa ca 20 000 vårdtunga patienter har i snitt

- 8 olika diagnoser
- 65 vårdkontakter per år
- En inläggning var tredje månad, oftast akut
- Mycket låg självskattad livskvalitet
- Stora behov av stöd, vårdkoordinering och coaching
- 35% av dessa patienter är yngre än 65 år
- Gruppen vårdtunga är inte statisk –endast ca 15% återfinns bland de vårdtunga även året efter

Internationella erfarenheter visar att case och disease management, eller aktiv hälsostyrning (AHS), kan förbättra och effektivisera vården för denna patientgrupp.

Fra Stockholm Läns Landsting

I afsnit 4.2 om forløbskoordinering, refereres også til det svenske initiativ, hvor fokus er på, hvilken særlig indsats, man har valgt at iværksætte for at forbedre den sundhedsfaglige indsats og livskvaliteten for den identificerede målgruppe samt reducere udgifterne i forløbene.

Det svenske eksempel er i sammenhæng med stratificeringsarbejdet i kronikerprojekterne særligt interessant, da det viser et af de potentialer, som populationsbaseret, datadreven stratificering har, hvis det anvendes proaktivt.

Stratificering anvendt til understøttelse af beslutninger ved henvisning og visitation

Langt størstedelen af projekterne angiver at have arbejdet med stratificering i form af henvisning eller ved visitation. Det er indtrykket, at dette er den måde, stratificering primært forstås på.

I størstedelen af projekterne er tilbud og indsatser ikke defineret, tilrettelagt eller ressource- og kapacitetstilpasset på baggrund af en datadrevet stratificeringsanalyse. Der foreligger således heller et klart billede af, hvor mange patienter, der reelt kunne omfattes af de givne tilbud eller ydelser fordelt på specialiseringsgrad.

I forløbsprogrammerne er det som hovedregel præciseret, hvilke patientgrupper, som skal udredes, behandles og rehabiliteres på de forskellige specialiseringsniveauer. I flere af projekterne angives samtidig en oplevelse af, at de i forløbsprogrammerne angivne stratificeringskriterier ikke til fulde overholdes.

Det gælder særligt i relation til rehabiliteringsindsatserne, hvor både aktører fra sekundær og primær sektor oplever, at mange patienter modtager tilbud på sygehusene, selv om de kunne og burde have et tilbud i primær sektor (på et lavere specialiseringsniveau).

Projektdeltagerne angiver flere årsager hertil, men mest gennemgående nævnes, at sygehusene kan have svært ved at henvise selv stabile og ukomplicerede patienter til tilbud og indsatser i primærsektorregi, fordi de ikke har tillid til og viden om de kommunale tilbud. Dette indtryk understøttes af erfaringer fra andre indsatser og projekter. Implement er involveret i.

Projekterne angiver derudover, at der er et indtryk af, at der fortsat er en del almen praktiserende læger, der endnu ikke er fortrolige med forløbsprogrammerne og de tilbud, der er til patientgruppen i henholdsvis primær og sekundærsektor, herunder hvordan man henviser.

I tekstboksen ses et eksempel på et projekt, som har arbejdet specifikt med implementering af forløbsprogrammer ved at udarbejde og implementere fælles henvisningskriterier. Projektet har således også relevans for temaerne forløbskoordinering (strukturel) og implementering, men er medtaget under stratificering, fordi det i høj grad afspejler langt

Stratificeringsangivelser i forløbsprogrammer anvendt til udvikling og implementering af henvisningskriterier

Seks kommuner, almen praksis og Roskilde Sygehus samt Køge Sygehus

Faxe kommune og 6 nærliggende kommuner har i samarbejde med alment praktiserende læger samt Køge og Roskilde Sygehus udviklet fælles henvisningsblanketter til rehabilitering, baseret på regionens forløbsprogrammer, hvilket der angives gode erfaringer med.

Det har skabt relationer på tværs af aktører og sektorer, ligesom de respektive aktører nu har kendskab til sygehusenes hhv. kommunernes rehabiliteringstilbud.

Der har indledningsvist været uenighed på tværs af aktørerne om, hvilke parametre det er relevant at medtage på henvisningsblanketterne, men alle har fået deres ønsker opfyldt for at sikre ejerskab til blanketterne.

De oplevede resultater af samarbejdet om henvisningsblanketterne er, at hospitalslægerne nu både kender til og henviser til de kommunale tilbud.

Det, der nævnes som havende haft særlig betydning, er, at lægerne har fået respekt for kompetencerne hos de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne, ligesom de har fået tillid til kvaliteten af kommunernes tilbud.

https://www.sundhed.dk/content/cms/67/2567_kol-faxe-2012.pdf

hovedparten af projekternes forståelse af stratificering som begreb, og samtidig må siges at være et eksempel på et projekt med udbredelsespotentiale.

Stratificeringsmodellernes indhold

De stratificeringsmodeller, der anvendes på tværs af kommunale og regionale projekter i form af henvisnings- og visitationskriterier inddrager hyppigst sygdomsspecifikke kriterier. I regionerne anvendes stratificeringsmodeller, der på tværs af regionerne er forholdsvis ens, og primært inddrager sygdomsspecifikke kriterier.

I Region Syddanmark anvendes kronikerfirkanten, der i teorien vægter både egenomsorgskapaciteten og sygdomskompleksiteten, når den samlede behandlingsindsats tilrettelægges. Egenomsorgsevne vurderes her på oplysninger om bl.a. alder, køn, etnicitet, socioøkonomiske forhold, socialt netværk, relation til partner og/eller familie og børn, tilstedeværelse af sygdom i nær familie, komorbiditet, herunder psykisk sygdom, samt evt. misbrug.

Af besvarelserne fra projekter i regionen fremgår det dog, at man endnu ikke er blevet helt enige om, hvordan egenomsorgsevne bedst vurderes og håndteres, og det er indtrykket, at der på tværs af projekter i hele landet ikke er enighed til trods for at 66% af projekter, der angav at arbejde med stratificering i survey, har svaret, at der er enighed om anvendelsen af stratificeringskriterierne. I projekterne gives der udtryk for, at særligt almen praksis gerne selv vil foretage en subjektiv vurdering af egenomsorgsevne.

Det er væsentligt her at bemærke, at erfaringerne fra kronikerprojekterne i regionen kun behandler stratificeringsbegrebet i en "patient-/borgernær" kontekst, og altså ikke som overordnet analytisk tilgang, hvilket formentlig har stor betydning for respondenternes oplevelser.¹⁸

I Region Hovedstaden er erfaringerne med risiko- versus behandlingsstratificering, at det har givet anledning til uklarhed, og man vil derfor arbejde med at præcisere dette i næste version af forløbsprogrammet for diabetes.

Risiko- og behandlingsstratificering

I udvalgte forløbsprogrammer for type 2 diabetes indgår både *risikostratificering* og *behandlingsstratificering*.

Risikostratificering foretages på baggrund af kliniske parametre og vurdering af sårbarhed, og danner som udgangspunkt grundlag for, hvor patienten fortrinsvis skal behandles.

Samtidig anbefales, at beslutning om indsats desuden vejledes af en *behandlingsstratificering*, der tager hensyn til risikostratificeringens afledte behandlingsbehov.

Der sondres mellem behandlingsstratificering og risikostratificering bl.a. fordi, en høj risiko ikke nødvendigvis skal ledsages af en højt specialiseret behandling. Eksempelvis vil det i nogle tilfælde være mest hensigtsmæssigt, at en kompliceret diabetes patient behandles i almen praksis.

Kilde: Region Hovedstaden "Evaluerings- og analyseprojektet"

¹⁸ En tværsektoriel arbejdsgruppe netop nu er i færd med at videreudvikle og operationalisere de nævnte indikatorer for vurdering af egenomsorgsevne.

Dog anbefaler regionens diabetesråd og det Sundhedsfaglige råd for endokrinologi, at man fremadrettet anvender behandlingsstratificering.

Opfølgning og oplevede resultater ved stratificering

Projekteksemplerne, som vedrører populationsrettet stratificering er som nævnt beskudne. Det er derfor også vanskeligt at vurdere, om disse projekter er repræsentative for det generelle arbejde med populationsbaseret stratificering i Danmark. Erfaringerne fra projekterne er, at det understøtter opfølgning på forløbsprogrammernes implementering. Derimod angives der fortsat at være behov for forbedring af analysemetoderne, hvis resultaterne skal kunne anvendes direkte til design af løsninger og indsatser til grupper med særlige behov, til gensidig kapacitetsplanlægning og dimensionering, generelt.

De metoder der anvendes til vurdering af om stratificering anvendes som tiltænkt (er implementeret tilstrækkeligt) er i mange tilfælde rent kvalitative, hvilket betyder, at det primært vil være oplevede resultater af stratificeringsanvendelsen. Kun de datadrevne projekter, der har arbejdet med analyse på populationsniveau kan kvantitativt vurdere resultater af forløbsprogrammerne og implementeringsgrad.

Men også her er der usikkerheder, fordi der fortsat er mangler ved data. Da de overblik, der er skabt, er forholdsvist nye, vil det kræve opfølgning over de kommende år, for at se konkrete resultater ift. om patienterne henvises til rette sektorer, herunder om flere reelt kommer i tilbud under forløbsprogrammerne og går til kontroller.

I relation til data angiver Region Hovedstaden, at LPR registrering af KOL samt KOL som område i NIP begge er forholdsvist nye, hvilket betyder, at registreringerne af KOL data endnu ikke er komplet. Der er eksempelvis problemer med korrekt registrering lungefunktionsmålet FEV1¹⁹.

Der er desuden indført en tillægskode for, hvis patienter *ikke* tilbydes rehabilitering af helbredsmæssige årsager, og denne skal først accepteres og anvendes systematisk, før der er mulighed for at vurdere ændringer i henvisninger samt fravalg af henvisning til rehabilitering i hospitalsregi.

I andre projekter, hvor stratificering anvendes om henvisning og visitation, følges der op på anvendelsen gennem evalueringer, diskussioner med involverede aktører, vurdering af henviste borgere samt måling i ændring af henvisningsmønstre.

Baseret på resultaterne fra surveybesvarelserne er der en overvægt af projekter, hvor det angives, at stratificering har ført til mere optimale patientforløb, men ved efterfølgende drøftelse i fokusgrupperne er der ikke enighed herom, og det er derfor Implements indtryk, at det i lige så høj grad er arbejdet med forløbsprogrammer generelt, som stratificering i sig selv, der giver en oplevelse af, at patientforløbene er blevet mere optimale.

Opfølgning på stratificering

- Datadrevet eller gennem diskussioner med de involverede aktører.
- Årlige evalueringer
- Vurdering af de borgere, der modtages i tilbud, om de er de rigtige
- Kvantitative registreringer og ydelseskoderegistreringer, der anvendes i journalaudit
- Måling af ændrede henvisningsmønstre

¹⁹ https://www.sundhed.dk/Fil.ashx?id=11913&ext=pdf&navn=KOL2009_sfa_national.pdf

Diskussion af arbejdshypoteserne

Helt gennemgående kan de angivne erfaringer og oplevelser i kronikerprojekterne siges at understøtte de opstillede arbejdshypoteser, men samtidig er der grund til at nuancere betragtningerne.

De gennemgåede resultater viser således, at der fortsat er en meget bred forståelse og anvendelse af begrebet stratificering blandt aktører involveret i kronikerindsatserne.

Der er desuden visse tegn på, at en datadrevet inddeling af kronikerpopulationen efter specifikke behov, kan bidrage til at dimensionere og målrette de specifikke indsatser mere hensigtsmæssigt, men der er samtidig fortsat et betydeligt udviklingspotentiale af den analytiske tilgang, således at de gode erfaringer, som blandt andet kan ses udenlandske projekter, også kan overføres til praksis i en dansk kontekst.

For så vidt angår betragtninger om de forskellige sektors primære behov for stratificering på baggrund af henholdsvis egenomsorgsevne og sygdomskompleksitet, tyder erfaringerne fra kronikerprojekterne på, at der er en begyndende bevægelse mod et mere nuanceret billede – ikke mindst som konsekvens af, at de sundhedsmæssige indsatser ikke helt så entydigt høj som tidligere, er entydigt placeret rent organisatorisk i henholdsvis regionalt og kommunalt regi.

Samtidig med denne nuancering understøttes billedet af, at:

- sygdomskompleksitet primært har en klinisk, operativ betydning i forbindelse med en specialiseret (sygdoms- og diagnosespecifik tilgang) indsats, hvor der nødvendigvis er fokus på at behandle de mest livstruende og invaliderede symptomer og konsekvenser, mens
- den enkelte borger/patienters generelle tilstand, egenomsorgs-, mestrings- og funktionsevne uanset diagnosebillede har størst operativ betydning i varetagelsen af opgaver i relation til mere generel plejende, terapeutisk og (livs-)forløbsunderstøttende indsats (borgerspecifik tilgang), som primært udføres i primær sektoren.

Den overordnede forståelse af begrebet stratificering og den konkrete operationalisering er desuden både i det enkelte regionale forløbsprogram og i praksis af betydning for, hvor og hvornår perspektiverne er relevante. Operationaliseringen af stratificeringsbegrebet er som nævnt oftest knyttet til den patient- og borgernære henvisnings- og visitationspraksis. I den sammenhæng er det ofte alene det ene af perspektiverne, som har praktisk værdi, mens begge perspektiver er relevante i den populationsbaserede tilgang.

Projekternes erfaringer er således, at begge perspektiver er relevante at inddrage i stratificeringssammenhæng, når begrebet operationaliseres til inddeling af en given population med henblik på tilrettelæggelse, dimensionering og kapacitetsopbygning af tilbud, der kan understøtte det samlede borger-/patientforløb for en given subpopulation.

Overordnede erfaringer og betragtninger om stratificering

Forløbsprogrammernes, herunder stratificeringskriteriernes, ofte sygdomsspecifikke tilgang udfordres til en vis grad i praktisk anvendelse af, at en stor andel af kronikerne har mere end én kronisk diagnose, og af at der endnu ikke er velfungerende værktøjer til og understøttelse af systematisk, løbende vurdering af egenomsorgsevne.

Hvis stratificering derudover skal være et meningsfuldt værktøj, som kan bidrage til forbedring af sammenhængen og kvaliteten i indsatserne over for borgere med kroniske sygdomme, er det efter Implements vurdering nødvendigt, at der i højere grad end i dag fokuseres på omkostningseffektiviteten (økonomi og kvalitet) i de enkelte indsatser og i endnu højere grad i patientforløbene.

Det betydelige fravær af betragtninger herom i kronikerprojekterne, generelt og i stratificeringsmodellerne for så vidt angår den samlede økonomi, betyder, at beslutningsgrundlaget for etablering af målrettede tilbud, optimal dimensionering og gensidig kapacitetstilpasning mindst talt er uklart.

Resultaterne fra survey og særligt fokusgrupperne har givet indtryk af, at aktører i begge sektorer oplever, at incitamentsstrukturen ikke understøtter det tværsektorielle samarbejde. Herunder efterspørges fra flere projektrepræsentanter en styrings- og økonomimodel, der kan understøtte kapacitetstilpasning mellem fx sygehusambulatorier og almen praksis eller mellem sygehuse og kommunale sundhedstilbud.²⁰

I relation til justering af kapacitet mellem almen praksis og sygehusniveau arbejder Region Midtjylland på udvikling af en "praksis DUT model", i et forsøg på at imødekomme problemstillingen.

Det er dog Implements vurdering, at der næppe reelt i større omfang vil ske gensidig kapacitetstilpasning på tværs af sektorgrænser, før den aktivitetsbaserede finansiering af sygehusvæsenet bliver ændret eller som minimum justeret, så der skabes et reelt økonomisk incitament i regioner og på sygehuse til at reducere aktivitet og kapacitet.

4.1.2 Læringspunkter

For så vidt angår de identificerede metoder til en mere populationsbaseret stratificering, giver den ene af disse modeller (med forbehold for datakvaliteten) et godt bud på et fuldt overblik over kronikerpopulationerne. Dette giver mulighed for at vurdere, om der er grupper af borgere, som potentielt kunne have gavn af sundhedsfaglige indsatser, men som endnu ikke er kendt i sundhedsvæsenet.

Dette overblik giver således fx den praktiserende læge et grundlag for aktiv opsporing i egen praksis. Med andre ord kan dette overblik være grundlag for, at den praktiserende læge potentielt set vil kunne udfylde en egentlig tovholderfunktion, og herunder fx følge op på, når ambulante kontroller eller rehabiliteringstilbud ikke følges som planlagt.

Den anden metode giver derimod et godt grundlag for opfølgning på forløbsprogrammernes implementering, herunder særligt om den anførte stratificeringsmodel følges af aktørerne. Resultaterne er derfor et godt grundlag for at planlægge opfølgende implementering.

De to metoder vil således optimalt set kunne supplere hinanden.

En væsentlig læring fra projekterne vedrører arbejdet med udmøntning af stratificering i henvisningskriterier og visitationskriterier. På trods af, at det som anført er diskutabelt, om henvisning og visitation falder inden for stratificeringsbegrebets rammer, er der gode

²⁰ Sundhedslovens § 239, som præciserer, at "...et regionsråd kan indgå aftale med en kommunalbestyrelse om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse." vil jf. bemærkningerne til loven kunne understøtte sidstnævnte kapacitetsjustering, men der er endnu ikke set eksempler på, at denne bestemmelse er bragt i anvendelse.

erfaringer i en række projekter med fælles, tværsektorielt udarbejdelse af henvisningskriterier og visitationskriterier, idet det bidrager til at skabe fælles forståelse og indsigt, som bidrager til at skabe sammenhæng i kronikerforløbene. Tværsektorielt, tæt samarbejde med inddragelse af almen praksis, kommunale sundhedsaktører og sygehuspersonale om fælles kriterier for den borgernære operationalisering af forløbsprogrammerne (og de indeholdte stratificeringskriterier) synes således at kunne skabe ejerskab og gensidig tillid på tværs af sektorerne.

Dette sidste læringspunkt er således overlappende med implementeringstemaet, men kan også ses som relevant for stratificeringstemaet, taget omfanget af kronikerprojekter, der har angivet henvisning og visitation som det praktiske omdrejningspunkt for stratificering.

4.1.3 Delkonklusion

Det kan samlet set konkluderes, at stratificering som begreb ikke er entydigt implementeret og anvendt på tværs af landet. Puljep projekterne viser tydeligt, at stratificering som begreb operationaliseres forskelligt og bringes i anvendelse med varierende formål.

Generelt er det til trods herfor indtrykket, at forløbsprogrammerne og stratificeringstilgangen har bidraget til at skabe mere sammenhængende patientforløb for patienter med kronisk sygdom.

Der er ikke i puljep projekterne set eksempler på, at stratificering på populationsniveau bidrager til at optimere ressourceanvendelse og kapacitetsudnyttelse herunder til at understøtte hensigtsmæssige tværsektorielle forløb for borgere med kronisk sygdom, men det er indtrykket, at stratificering danner basis for dialog om arbejdsdeling mellem sektorerne.

Generelt kan det konkluderes, at stratificering som begreb som oftest anvendes som synonym for retningslinjer for og udmøntning af henvisning og visitering.

Sidst men ikke mindst efterspørger repræsentanter fra projekterne flere nationalt koordinerede udmeldinger om stratificering, herunder formål, indhold, kriterier og metoder til bestemmelse af populationer og omsætning/anvendelse i praksis.

Der er således flere fokusgruppemedtagere, som undrer sig over, at der har været behov for at udarbejde forskellige forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme i hver region. I forlængelse heraf, foreslår repræsentanter, at der fremadrettet arbejdes mod, at de sygdomsspecifikke dele af forløbsprogrammerne, herunder stratificeringsbetragtninger og indsatsbeskrivelser udarbejdes på nationalt niveau, mens der på regionalt plan alene arbejdes med en rent organisatoriske del.

4.2 Forløbskoordinering

Forløbskoordinering dækker ifølge Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram fra 2008²¹ over et særligt tilbud om støtte til patienter i at gennemføre og fastholde behandling og rehabilitering i relation til den pågældendes kroniske sygdom ud over den støtte patientens tovholder kan tilbyde.²² Dette dækker således over det at sikre en intensiveret og personligt tilpasset støtte til patienter med komplekse (koordinerings-)behov.

Koordinering af indsatserne for patienter med kronisk sygdom opfattes som en forudsætning for at patienterne oplever, at deres forløb er sammenhængende og meningsfulde.

Ifølge den generiske model for forløbsprogrammer fra 2008 kan forløbskoordineringsopgaven organiseres og udformes forskelligt, ligesom opgaven kan være forankret i henholdsvis kommune, på sygehus eller i almen praksis.

I 2011 blev der gennemført en landsdækkende kortlægning af erfaringer med forløbskoordinering i regioner og kommuner.²³ Denne viste, at der grundlæggende kan skelnes mellem to måder at etablere forløbskoordineringsopgaven på, den visiterende og den samarbejdende, og at der til de to former hører forskellige karakteristika for så vidt angår formelt ansvar, forløbsprogrammernes rolle, hvorvidt forløbskoordineringsopgaven er sektor-tværgående, samt hvordan grundlaget for forløbskoordineringsrollen er etableret.

Samme kortlægning afdækkede, at der ikke på daværende tidspunkt var igangværende og konkrete eksempler på forløbskoordinerende roller, der blev delt mellem sektorerne.

I dette kapitel ses nærmere på projekternes begrebsanvendelse i praksis og på de erfaringer, de forskellige vinkler på forløbskoordinering kronikerprojekterne repræsenterer, har givet.

Der er i analysen af resultater, viden og erfaringer arbejdet med et sæt af arbejdshypoteser, der fremgår af tekstboksen til højre.

Hypoteserne er opstillet med afsæt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer fra 2008²⁴, kortlægning af forløbskoordinering²⁵ og øvrige erfaringer på kronikerområdet samt Evaluering af forløbskoordination i Region Syddanmark²⁶

Arbejdshypoteser om temaet forløbskoordinering

- Når forløbskoordinering "personificeres" ved en forløbskoordinator, er der risiko for at øge kompleksiteten i patientforløbet
- Forløbskoordination som en integreret indsats i de eksisterende ydelser vil derfor kunne mindske kompleksiteten og være en kvalitativ og økonomisk mere optimal løsning
- Forløbsprogrammer med generiske tilgange til forskellige sygdomme favner bedst de mange kronikere med multisygdom

²¹ Der er i denne sammenhæng refereret til det generiske forløbsprogram fra 2008, da de igangværende kronikerprojekter ikke på evalueringstidspunktet har haft mulighed for at forholde sig til det opdaterede program fra 2012.

²² Ofte tænkes implicit på "egen læge", når der refereres til borgerens tovholder. Erfaringerne viser dog, at det sjældent er egen læge, som har mulighed for i praksis at udfylde en sådan rolle.

²³ Sundhedsstyrelsen "Erfaringer med forløbskoordinering i regioner og kommuner" (2011) (Udarbejdet med bistand fra Implement Consulting Group)

²⁴ Sundhedsstyrelsen "Den generiske model for forløbsprogrammer" (2008)

²⁵ Se note 19

²⁶ Martin S. Buch "Forløbskoordination for mennesker med kronisk sygdom" (2012)

4.2.1 Resultater og analyse

Der er i alt 101 projekter, der angiver at have arbejdet med forløbskoordinering i forbindelse med projektet. Heraf angiver 76 projekter at have arbejdet med udvikling og implementering af forløbsprogrammer.

Fælles for projekterne er, at de alle i en eller anden grad har arbejdet med at understøtte tværsektorielle forløb. Projekternes metodik og karakter har imidlertid været vidt forskellige.

Mens nogle projekter har taget udgangspunkt i journalaudits/journalgennemgange som grundlag for at identificere koordineringsbehov, som ikke har været opfyldt, har andre arbejdet med kompetenceudvikling og/eller etablering af egentlige forløbskoordinatorfunktioner og implementering af særlige koordineringsydelser eller -tiltag.

At så mange projekter angiver at have arbejdet med forløbskoordinering skyldes i høj grad en meget bred forståelse og anvendelse af begrebet, men samtidig er det vigtigt at understrege, at forløbskoordinering også i praksis fylder meget i indsatserne overfor patienter/borgere med kronisk sygdom. Det er i den sammenhæng udtalt, at koordineringsindsatser er helt nødvendige på alle niveauer som kompenserende foranstaltninger overfor de strukturelle barrierer, som tydeligt opleves i bestræbelserne på at sikre sammenhæng i forløbene.

Barriererne ses og opleves naturligvis i sektorovergangene, mellem de kommunale ansvarsområder og de regionale ansvarsområder; almen og speciallægepraksis samt sygehusvæsenet. De eksisterende incitamentsstrukturer og den eksisterende lovgivning opleves i projekterne som væsentlige dele af de mere overordnede barrierer for at sikre systematiske og sammenhængende løsninger.

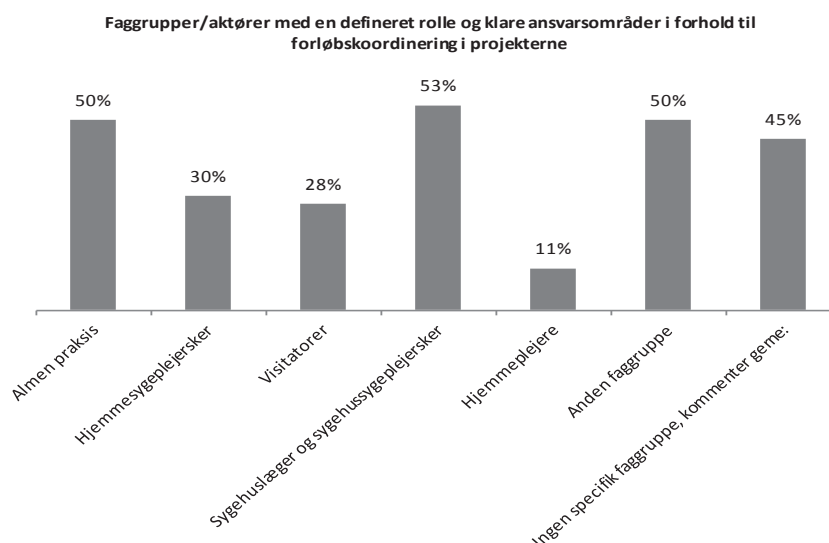
Forløbsprogrammer, forløbskoordination og forløbskoordinatorer spiller ikke kun en rolle i relation til at skabe sammenhæng på tværs af aktørerne i sektorerne, men er i lige så høj grad kompenserende indsatser internt i de enkelte sektorer og mellem de mange forskellige sundhedsaktører, som ofte er involveret i patientforløb – ikke mindst kronikerforløb, der strækker sig over længere tid.

I det følgende fokuseres på at beskrive bredden i de forløbskoordinerende indsatser på tværs af de mange kronikerprojekter, der har angivet at have arbejdet med temaet. Det er herunder særligt relevant at bemærke, at begreberne tydeligvis er behæftet med ret så forskellig betydning.

Bredde i forløbskoordinerede tilgange og indsatser

Surveyundersøgelsen afdækkede, at kronikerprojekterne har arbejdet med mange forskellige tilgange til forløbskoordinering.

I figuren til nedenfor ses fx, hvordan svarene fordeler sig, når det gælder, hvilke aktører eller faggrupper, som har en defineret koordinerede rolle i patientforløbene.



Svarene afspejler naturligvis, at nogle projekter er regionale, mens andre er kommunale, men det er måske især relevant at bemærke, at særligt sygehuslæger og sygeplejersker i mere end halvdelen af projekterne nævnes som havende en klart defineret koordineringsrolle.

Kun 30 procent af projekterne angiver, at hjemmesygeplejerskerne har en defineret koordineringsfunktion. Dette kan på den ene side synes ret overraskende, da det er Implements erfaring fra andre sammenhænge, at det ofte er hjemmesygeplejerskerne, der tager hånd om de koordineringsopgaver, som borgeren ikke selv magter, og som sjældent håndteres eller kan håndteres af andre aktører. På den anden side er det langt fra alle borgere/patienter med et koordineringsbehov, som har kontakt til den kommunale hjemmesygepleje, og det er samtidig også tydeligt, at hjemmesygeplejerskernes koordineringsrolle kun i få tilfælde er klart defineret.

Enkelte kommuner har søgt at gøre koordinationsopgaven til en egentlig hjemmesygeplejeydelse. Erfaringerne hermed er blandede, men det er i det mindste tydeligt, at hjemmesygeplejerskerne i praksis varetager en betydelig koordinerende opgave særligt for borgere med flere kroniske sygdomme eller andre særlige udfordringer – uanset om opgaven er defineret eller ej. Det gælder særligt koordinering, afstemning og afklaring af medicin, styr på ambulante kontroller, besøg til almen praksis og sygehus samt derudover kontakter til fx socialforvaltning mv.

Selve forløbskoordineringsopgaven er samtidig, som eksemplet med hjemmesygeplejeydelsen også antyder, meget forskelligt udmøntet på tværs af kronikerprojekterne.

Følgende er eksempler fra projekternes besvarelser, som viser bredden i tilgangene til forløbskoordineringsopgaven:

- Personificeret forløbskoordinator
- Tværfagligt team
- Det tværsektorielle samarbejde
- Kommunikations- og samarbejdsmodel
- Borgerens kontaktperson eller tovholder.
- Ydelse
- Strukturelt understøttet forløbskoordination

I relation til anvendelse af tovholderbegrebet, bekræftes det indtryk, som kortlægningen af erfaringer med forløbskoordination fra 2011 gav. Nemlig at selve tovholderbegrebet giver anledning til betydelig forvirring og i det mindste risiko for, at der reelt set ikke bliver taget et egentligt ansvar for det samlede forløb. Besvarelserne, som nævner tovholder-begrebet, strider desuden grundlæggende mod den definition af forløbskoordineringsopgaven, som beskrives i det generiske forløbsprogram (2008), afsnit 7.2.1, hvor det præciseres, at forløbskoordination ligger ud over det, der tilbydes af tovholderen.

Der ses på tværs af kronikerprojekterne vidt forskellige typer af tilgange, som her gennemgås nærmere med angivelse af særlige karakteristika samt fordele og ulemper, som projekterne selv har oplevet og erfaret:

- **Individorienteret forløbskoordination med helhedsorienteret udgangspunkt**

Forløbskoordination anvendes om overordnede ikke-diagnosespecifikke koordinatore, der yder støtte og opfølgning til kroniske syge i fx et rehabiliteringsforløb. Denne borger- og behovsorienterede tilgang er typisk set i de kommunalt forankrede projekter. Der opleves i relation hertil konkrete resultater af indsatserne med coachende sygeplejerske/forløbskoordinator for borgere med multisygdom. Det gælder i forhold til sundhedsfremme: kost og rygestop, ligesom det er oplevelsen, at indsatsen medvirker til at få borgerne til at gå i gang med et egentligt – ofte individualiseret - rehabiliteringstilbud, mens borgerne angiver i forbindelse med opfølgning, at de oplever at have forbedrede muligheder for at påvirke eget helbred i en positiv retning.

Forløbskoordination kan både være en ydelse, som det eksempelvis ses på Langeland og i København, og som tildeles i form af et afsat antal timer i hjemmesygeplejen. Forløbskoordination som ydelse har den fordel, at koordineringsindsatsen er integreret i den daglige og almindelige drift og praksis. Det betyder alt andet lige, at implementeringen er nemmere, og omkostningerne knyttet hertil er lavere, hvilket der er god erfaring med eksempelvis i Langeland Kommune. Samtidig kan det også indebære en risiko for at blive udgiftsdrivende og i praksis anvendes til at øge antallet af timer til de øvrige, mere almindelige opgaver – fx i hjemmesygeplejen.

Forløbskoordination anvendes også om arbejdet med opfølgende hjemmebesøg i samarbejde mellem almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje med henblik på opfølgning på forløbet efter indlæggelse.

Der er også eksempler på, at forløbskoordination angives at blive udført af tværfaglige teams. Dette kan eksempelvis ske ved, at der er én person, der fungerer

som indgang til kommunen, og som visiterer borgeren videre til det tværfaglige team, der sammensætter et optimalt forløb til den enkelte borger.

Forløbskoordinering nævnes også i forbindelse med, at udskrivningskoordinatorer, der er ansat i den kommunale visitation og som samtidig gennemfører opsøgende arbejde på sygehuset ift. at identificere borgere, der kunne have behov for opfølgende indsats ved udskrivning. Det kan diskuteres, om dette er en særlig forløbskoordineringsindsats, eller om der er tale om den grundlæggende koordinerende indsats, som er en naturlig del af de fleste patient- og borgerrelaterede opgaver.

- **Individorienteret forløbskoordinering med diagnosespecifikt udgangspunkt**

Denne type forløbskoordinering ses typisk i kronikerprojekter, som har forankring på sygehuse. Forløbskoordinatorer på sygehus er i projekterne beskrevet som havende flere funktioner/opgaver:

- Afdelingens kontaktperson til kommune og praksis, samarbejdspartners kontaktperson.
- Visitation af henviste patienter til rehabilitering
- Opfølgning på udeblevne eller "sårbare" patienter
- Telefonisk kontakt til praktiserende læge
- Afsendelse af elektronisk kommunikation til kommune og praksis
- Vejledning af patienter telefonisk
- Arrangør af teammøder og tværfaglige møder

Der er projekter, som har arbejdet med en ordning, hvor en forløbskoordinator følger borgeren i forbindelse med udskrivelse og derefter følger op et halvt år efter.

- **Individorienteret forløbskoordinering med tværsektorielt bidrag**

I få projekter anvendes forløbskoordineringsbegrebet om, at patienterne i samarbejde mellem sektorerne udvælges i forbindelse med udskrivelse fra sygehuset til opfølgende hjemmebesøg. Dette besøg finder sted efter udskrivelsen i eget hjem, hvor både hjemmesygeplejersken og egen læge deltager. Det er projekternes erfaring, at fælles besøg bidrager til på kort sigt at koordinere indsatserne, men samtidig er det vigtigt at understrege at koordineringsbehovene for gruppen af særligt sårbare borgere/patienter strækker sig over længere tid.

- **System- eller strukturelt orienteret forløbskoordinering**

Flere af projekterne, som har specifikt angivet som formål at implementere forløbsprogrammer og samtidig hermed angivet at have omhandlet forløbskoordinering.

Det følger naturligt af arbejdet med at implementere en afstemt arbejdsdeling mellem sektorerne, at sammenhængen i de enkelte patientforløb formentlig kan påvirkes i en positiv retning. I modsætning til de ovenfor nævnte begrebsanvendelser, er der her således ikke tale om individorienterede indsatser, men om indsatser, der retter sig mod systemer, organisation og strukturer.

Der er herunder et projekt, hvor begrebet forløbskoordinator er anvendt om en kommunal funktion, bemandet af en sygeplejerske med sygehuserfaring. Funktionen omfatter oplysning af almen praksis om forløbsprogrammer, undervisning af kommunens sygeplejersker, forbedring af henvisningsveje fra almen praksis til kommunale tilbud.

Der angives gode erfaringer med sådanne funktioner og indsatser, hvilket også er nævnt under stratificeringstemaet, fordi der skabes gensidig forståelse og større tillid til de kommunale tilbud hos praktiserende læger.

Det er dog Implements opfattelse, at der vil være tale om en for bred anvendelse af begrebet "forløbskoordinering", hvis det også skal omfatte aktiviteter, der relaterer sig til strukturelle tiltag og aktiviteter, der skal bidrage til at skabe yderligere sammenhæng – udover konkrete indsatser i de enkelte patientforløb.²⁷

I Region Hovedstaden er der igennem en række projekter arbejdet med at understøtte den strukturelle og organisatoriske forløbskoordination. Herunder har det været et selvstændigt mål for projekterne at medvirke til at skabe sammenhæng i indsatserne på tværs af sektorerne, mens der fx i Region Sjælland er arbejdet med koordinering af patientforløbene so led i implementering af sundhedsaftalerne under overskriften forløbsledelse. (se teksboks for uddybning)

To eksempler på arbejdet med strukturelt orienteret forløbskoordination

Region Hovedstaden

"Der er ansat en projektleder på hvert hospital, som har rollen som implementeringsagent. Denne person anses også fra kommunerne som deres indgang til hospitalet - og denne person understøtter samarbejdet mellem de tre sektorer.

På overordnet niveau sikrer en central funktion i regionen, at der løbende videndeles og samarbejdes mellem de enkelte projektledere, og øvrige projekter i Kronikerprogrammet som alle er med til at understøtte koordinering og implementering af forløbsprogrammerne. Eksempelvis arbejdet med at implementeringen af elektronisk kommunikation forløber planmæssigt eller at stratificeringsmodellerne følges. De lokale projektledere er forankret under de lokale samordningsudvalg, hvor alle tre sektorer er repræsenteret."

Region Sjælland

"Projektet omfatter den generelle form for forløbskoordination (nogle steder kaldet forløbsledelse), idet implementeringsaktiviteterne i KSS (kommune-sygehus-samarbejde) fokuserer på at finde udfordringer i det tværsektorielle samarbejde, som skal håndteres. Projektet omfatter ikke patientrettet forløbskoordination."

²⁷ Strukturel forløbskoordination anvendes også af nogle parter som begreb til at beskrive, når koordinationsopgaven er en integreret opgave for alle de involverede sundhedsprofessionelle i et forløb. I denne betydning omfatter begrebet organisationens normer, rutiner og procedurer, hvor målet er at "mainstreame" fremfor at gøre koordinering til en enkeltstående opgave, der placeres hos specifikke medarbejdere. Målet er at undgå, at koordinering løftes ud af den almindelige drift, så basismedarbejdere mister vigtige relationer til andre aktører.

Dette arbejde har ikke været direkte rettet mod den enkelte patient, men har handlet om at understøtte sammenhæng, samarbejde og koordinering blandt de aktører, der har del og ansvar for de kroniske patienters behandlingsforløb.

Det overordnede fokus har været på at sikre en koordineret implementering af forløbsprogrammerne mellem sektorerne, og at almen praksis, rehabiliteringsenheden i kommunen og hospitalet er informeret om hinandens måde at arbejde på, herunder at de kommunikerer om patienten på den mest hensigtsmæssige måde og til den rette tid. I tekstboksen til højre fremgår det, hvordan der konkret er arbejdet med at forbedre sammenhængen i forløbene.

Forløbskoordinering, generelt

Helt overordnet peger repræsentanterne fra en række projekter med fokus på forløbskoordinering på, at der opleves positive resultater med de individorienterede forløbskoordineringsindsatser på følgende områder²⁸:

- Mindre frafald på rehabiliteringshold
- At borgerens oplevelse af sammenhæng forbedres, hvilket anføres som være afgørende for deres evne til at mestre deres sygdom
- At man fra professionel side oplever, at vejen mellem sektorerne (og aktørerne) er blevet kortere og nemmere, når man kender hinanden, hvilket helt generelt forbedrer sammenhængen i indsatserne

Samtidig er det også fra flere projekter opfattelsen, at effekterne ikke kan måles på kort sigt. Det er derfor også beskedent, hvad der foreligger af effektmålinger, som har været tilgængelige i forbindelse med denne tematiske evaluering. Flere projekter angiver, at projekterne bliver evalueret, men anfører samtidig, at det i en række tilfælde er tvivlsomt, om evalueringerne vil være i stand til at påvise egentlige effektresultater.

For de to første typer af forløbskoordinering, der begge er rettet den enkelte borger/patientes forløb, kan der perspektiveres til et svenske initiativ kaldet "aktiv helsestyring" af følgende årsager:

- Der er gode erfaringer med forløbskoordinerende indsatser leveret af en sygeplejerske (vård coach/case manager/forløbskoordinator)
- Der foreligger konkrete resultater af indsatserne baseret på randomiserede, kontrollerede studier
- Eksemplet kan bruges som en referenceramme for de danske indsatser i forhold til at vurdere effekter og resultater af de danske kronikerprojekterne om individorienteret forløbskoordinering
- Man har haft et betydeligt fokus på de økonomiske konsekvenser af manglende koordination og dermed også de effektiviseringspotentialer, der kan ligge i at investere i sammenhæng i forløbene.

²⁸ Dokumenteres af surveyresultater, og underbygges af fokusgruppen om forløbskoordinering, se bilag for deltagere og projekter i fokusgruppen

- Man har fokus på at identificere grupper af patienter med særlige behandlings-, pleje- og omsorgs- og koordineringsbehov.

Aktiv helsestyring er således en midlertidig, individtilpasset støtte, som udføres af en specialuddannet sygeplejerske kaldet en vårdcoach²⁹:

- Ud fra patientens situation udformes en personlig handlingsplan.
- Patienten støttes derefter (alene) med regelmæssig telefonsupport bestående af rådgivning, coaching, støtte til egenomsorg samt hjælp til at koordinere behandlings- og plejekontakter.

Studierne af indsatsen påviste, at der er forskel på effekterne alt efter, hvilken målgruppe, der inkluderes. Med andre ord er en forløbskoordinerende indsats af forskellig værdi, for forskellige grupper af borgere. Overordnet ser det ud til, at jo svagere og jo mere syge borgerne er, jo mere gavn har de af indsatsen. Der gennemføres dog fortsat studier med det formål at tilvejebringe yderligere viden herom.

Overordnet viste de første studier, at sygehusforbruget i målgruppen var reduceret med 59%, primært drevet af færre indlæggelsesdøgn pr. indlæggelse, at der var en reduktion i besøg i almen praksis på 15%, og at omkostningerne til sygehusforbrug var reduceret med 57% (61% i stationær forbrug, 31% i ambulantforbrug). Samtidig var der overbevisende resultater for så vidt angik patienternes selvvaluerede livskvalitet, som var betydeligt højere for gruppen med vårdcoach.

Selv om de økonomiske incitamentsstrukturer efter Implements vurdering og analyse i et vist omfang udgør en barriere for direkte overførbare af resultaterne (ikke af løsningen) til en dansk kontekst, er der næppe grund til at tvivle på, at der samfunds- og sundhedsøkonomisk samt ikke mindst på patienternes livskvalitet også i Danmark kan opnås tilsvarende resultater.

Erfaringerne fra kronikerprojekterne med fokus på individorienteret forløbskoordinering har i mange tilfælde i stort omfang samme karakter som det svenske eksempel. Det betyder, at der er god grund til at forvente, at tilsvarende resultater er opnået. Eksemplet viser samtidig, at det faktisk er muligt at påvise og dokumentere konkrete resultater af projekter af denne karakter.

Diskussion af arbejdshypoteserne

Det er på den baggrund relevant at reflektere over de tre arbejdshypoteser, som blev nævnt indledningsvis i dette kapitel, som har været meningsdannende på området.

Det er således interessant at fremhæve, at kronikerprojekternes erfaringer ikke tyder på, at en forløbskoordinator øger kompleksiteten i et patientforløb. Det kan tyde på, at det kun er i teorien, at det at tilføre forløbet en yderligere aktør, bidrager til at øge kompleksiteten.

Tværtimod synes der at være omfattende erfaringer, som viser, at en forløbskoordinerende indsats ved en forløbskoordinator er gavnlig og relevant, når målgruppen er specificeret som den absolut svageste. Det er samtidig helt afgørende, at den individualiserede,

²⁹ Vårdcoach svarer til "care manager", som det kendes fra fx USA, eller til en vis grad som flere danske projekter med forløbskoordinatorer, hvor målet blandt andet er at støtte borgeren og sikre, at ambulatorietider og aftaler med almen praksis overholdes, medicin afstemmes og afklares.

forløbskoordinerende indsats kun leveres til borgere/patienter med helt særlige behov herfor, og ikke blot bliver en standardfunktion, der bringes i spil i alle kronikerforløb. Ellers vil der være risiko for, at en forløbskoordinator blive et forstyrrende og fordyrende led i kæden.

Der er heller ikke erfaringer i kronikerprojekterne, som peger på, at en forløbskoordineringsydelse som integreret indsats, skulle mindske kompleksiteten i det enkelte forløb. Man kan måske snarere tale om, at den enkelte ydelse og den enkelte aktør, der skal levere forløbskoordination oplever en øget kompleksitet i opgavevaretagelsen, hvilket potentielt vanskeliggør prioritering mellem "standardopgaven" og forløbskoordineringsopgaven.

Erfaringen fra projekter, hvor koordinationsopgaven er knyttet til eksisterende funktioner er dog ikke entydige. Dvs. at der både er fordele og ulemper knyttet til løsningen, hvilket betyder, at der er helt konkrete forhold i spil i forhold til at levere ydelsen (forløbskoordination), så sammenhæng i patientforløbet kan opnås. Det gælder forhold som organisatoriske rammer, kompetencer og erfaring hos den udførende aktør samt mulighederne for at etablere samarbejdsrelationer på det personlige plan til nøgleaktørerne i forløbet.

Det er erfaringen fra kronikerprojekterne, at patienter med multisygdom har behov for diagnosespecifikke indsatser i et vist omfang. Det er samtidig tydeligt, at man (særligt i de kommunale projekter med fokus på rehabiliteringstilbud), har en oplevelse af, at der er betydelige overlap mellem borgernes behov uanset sygdom. Samtidig opleves det, at langt de fleste borgere har mere end en sygdom, og derfor under alle omstændigheder har behov for et mere individualiseret rehabiliteringstilbud, end det, der kan fremgå af et enkelt forløbsprogram.

Omvendt anfører de samme projektrepræsentanter og flere andre, at der er et tydeligt behov for at sikre, at de kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger i relation til en enkelt diagnose samles på en meningsfuld måde, og her nævnes de specifikke forløbsprogrammer som en god ramme.

4.2.2 Læringspunkter

Særligt i projekter i de mindre kommuner opleves det som en fordel, at forløbskoordinatorfunktionen varetages af en eller maksimalt to personer af hensyn til omkostningseffektiviteten og behovene. Det giver mulighed for dybt kendskab til den enkelte og dennes behov.

Erfaringerne fra kronikerprojekterne peger desuden på, at der særligt er gode erfaringer, når en forløbskoordinator er coachende og vejledende i sin funktion. Igen gælder det især, når der er tale om en målgruppe for koordinationsindsatsen, som omfatter særligt udsatte og egenomsorgssvage borgere – fx med multisygdom - uanset alder. Erfaringerne fra fx Sorø tyder på det, mens projekter i fx Sverige har vist overbevisende resultater og effekter overfor lignende målgrupper i randomiserede, kontrollerede studier både i relation til omkostningsreduktioner som følge af reduceret forbrug af sundhedsydelser, men også i relation til borgernes selvvaluerede livskvalitet.³⁰

³⁰ Aktiv Helsestyring, Stockholms Län og Landsting – se desuden nedenfor

For så vidt angår strukturel forløbskoordinering er det markant, at der på tværs af mange projekter peges på, at alle aktiviteter, som bidrager til at skabe fælles og indbyrdes forståelse på tværs af aktører og sektorer opleves som afgørende. Det kan fx være:

- Faste møder mellem aktørerne, der udover at forbedre samarbejdet også bidrager til at ensrette kommunikationen til borgerne/patienterne.
- Gensidige studiebesøg mellem almen praksis, kommunale sundheds- og plejefunktioner og sygehusafdelinger
- Gensidig undervisning og fælles journalgennemgang bidrager positivt til at skabe sammenhæng i forløbene for borgerne/patienterne.

På fokusgrupperne var der desuden enighed om, at der ville være store potentialer i delestillinger – fx en koordinatorfunktion delt mellem kommune og medicinsk afdeling, jobrotation mellem sektorer og denne slags mere forpligtende samarbejder.

Disse perspektiver på det mere strukturelt orienterede forløbskoordinerende arbejde, har i lige så høj grad relevans for temaet implementering, hvor det indbyrdes kendskab og gensidig tillid (også) må siges at være helt afgørende. Samtidig giver det anledning til at overveje, om ”strukturelt orienteret forløbskoordinering” er synonym for ”implementering af forløbsprogrammerne, sundhedsaftaler, samarbejdsmodeller og aftaler”.

Præcision i begrebsanvendelsen er under alle omstændigheder også et væsentligt læringspunkt på dette område.

4.2.3 Delkonklusion

Indsamlingen af erfaringer fra kronikerprojekterne har givet et billede af en meget bred forståelse af begrebsanvendelsen for forløbskoordinering. Det betyder, at forløbskoordinering også anvendes om tiltag, der bidrager til sammenhæng i indsatserne af mere strukturel karakter. Det gælder således fx implementering af forløbsprogrammer og andre tiltag, der er rettet mod at skabe yderligere sammenhæng i forløbene generelt set for hele grupper af kronikere (i modsætning til den individorienterede forløbskoordinering).

Bredden i begrebsanvendelsen er efter Implements opfattelse mest af alt et udtryk for, at der fortsat er behov for at kommunikere entydigt om, hvad der menes med ”forløbskoordinering”, og om der er tale om individorienterede indsatser (koordinering af den enkelte patient/borgers forløb), eller om der er tale om sammenhængsskabende indsatser rettet mod strukturelle eller organisatoriske rammer (koordinering af sundhedsaktørerne).

Den brede anvendelse af forløbskoordinering udgør i sig selv ikke et problem, men det komplicerer kommunikationen om emnet.

Helt generelt må det understreges, at koordineringsopgaverne i patientforløbene er mange uanset kompleksitet og længde, og at disse opgaver kontinuerligt udføres i større eller mindre grad som helt integreret og nødvendig i den borger- og patientrettede indsats af alle de aktører, som er i kontakt med borgeren/patienten i forløbene.

Når særlige koordineringsindsatser og –behov kommer på tale, giver projekternes erfaring anledning til at konkludere, at der bør være tale om helt særlige omstændigheder. Omstændigheder, der typisk vil være knyttet til komplekse sygdomsforløb fx som resultat af flere samtidige sygdomme (multisygdom), lav egenomsorgsevne og/eller andre særlige forhold som misbrug, sociale udfordringer mv. Af samme grund kan man med fordel se

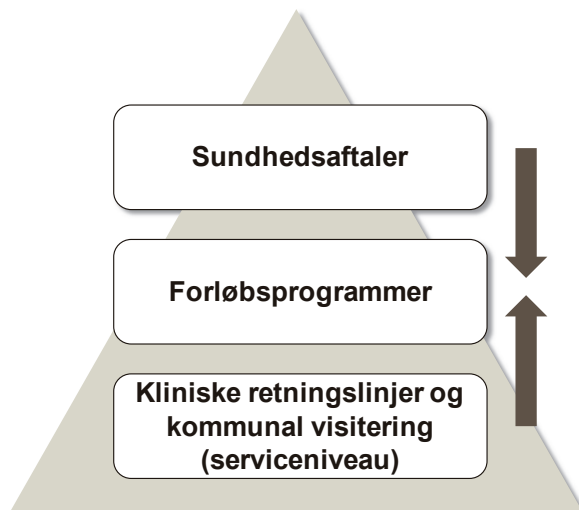
stratificeringsanalyser som grundlag for udvikling samt dimensionering af de individorienterede forløbskoordinationsindsatser.

Det er Implements opfattelse, at der med fordel kan arbejdes fremadrettet med en sontring mellem den individorienterede forløbskoordinering, og de mere strukturelt orienterede indsatser, der skal fremme sammenhæng. I forhold til sidstnævnte er der efter Implements opfattelse i praksis tale om implementering af specifikke dele af forløbsprogrammer, sundhedsaftaler eller konkrete samarbejdsaftaler.

Baseret på kronikerprojekternes erfaringer og oplevelser og ikke mindst de i denne rapport refererede internationale analyser – kan individorienteret forløbskoordination være en omkostningseffektiv og livskvalitetsfremmende indsats under den væsentlige forudsætning, at indsatsen eksklusivt gives til borgere med helt særlige behov. Disse borgere kan fx identificeres ved at se på forbruget af sundheds- og socialydelser, hvilket samtidig vil være en konkret og praktisk brugbar operationalisering af både sygdomskompleksitet og egenomsorgsevne. Der bør naturligvis ses nærmere på, om særlige forhold i Danmark for så vidt angår struktur, organisation og finansiering, kan påvirke rentabiliteten i sådanne løsninger.

4.3 Samarbejdsmodeller og -aftaler

Fundamentet for kommuner og regioner/sygehuse for at indgå i nye samarbejdsmodeller og -aftaler i forbindelse med puljeprojekterne er sundhedsaftalerne og de regionale forløbsprogrammer.



Det er erfaringen, at sundhedsaftalerne har bidraget til at skabe bedre indbyrdes forståelse på tværs af sektorer og aktører og dermed har banet vejen for et bedre samarbejde. Evalueringen af sundhedsaftalerne fra 2010³¹ viste desuden, at der mellem de enkelte regioner var forskel på, hvor langt man var kommet inden for de forskellige udpegede indsatsområder i sundhedsaftalerne.

Et af de områder, der på tidspunktet for evalueringen havde været mindst fokus på, var den formelle, fælles planlægning og kapacitetsstyring, selvom begge sektorer oplevede et stort pres på kapaciteten.

Det er derfor opfattelsen, at der har været og fortsat er et stykke vej at gå endnu, før aftalerne reelt bliver forpligtende.

Projekter, der har opnået erfaringer med samarbejdsaftaler og -modeller, hvor kommuner og regioner har arbejdet med at udnytte rammerne, som sundhedsaftalerne giver, i relation til fælles kapacitetsplanlægning, således at opgaver, der mere hensigtsmæssigt kan varetages kommunalt, samtidig medfører en kapacitetsnedjustering i sygehusregi, er derfor særligt interessante at opnå erfaringer med og har været i særligt fokus for denne tematiske evaluering.

Andre typer af forpligtende samarbejder, som fx fælles finansieret kapacitet, driftsfællesskaber, delestillinger mv., er ligeledes fortsat relativt uprøvede, og derfor også væsentlige at høste erfaringer om.

Som nedenstående gennemgang vil vise, er der desværre ikke i kronikerprojektsammenhæng angivet svar i surveyet inden for temaet, som umiddelbart giver anledning til ny læring eller gode eksempler inden for disse rammer. Der er derfor i dette

³¹ Sundhedsstyrelsen (2010-2011) Evaluering af sundhedsaftalerne (gennemført med bistand fra Implement Consulting Group)

relativt korte afsnit lagt vægt på at beskrive andre perspektiver og eksempler på samarbejdsmodeller som inspiration til det videre arbejde.

I analysen af resultaterne er der arbejdet med et sæt hypoteser, der fremgår af figuren til højre,

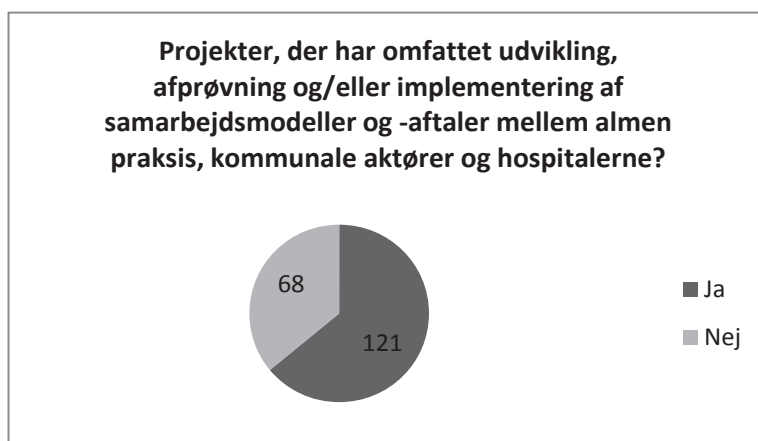
Hypoteserne er formuleret med afsæt i evalueringen af sundhedsaftalerne³², kortlægninger og evalueringer af forløbskoordinering fra DSI³³ og Implement³⁴.

Arbejdshypoteser om temaet samarbejdsmodeller og -aftaler

- Aftaler, der forpligter indbyrdes økonomisk, driftsmæssigt og kapacitetsmæssigt vil bidrage til sammenhæng i kronikerforløbene
- Uden indbyrdes og samtidig kapacitetstilpasning vil borgerne opleve både overlap og afstand mellem indsatserne

4.3.1 Resultater og analyse

I alt 121 projekter angiver at have arbejdet med samarbejdsmodeller og aftaler, heraf har 92 arbejdet med implementering af forløbsprogrammer, og 78 angiver decideret at have arbejdet med forløbskoordinering.



Det er indtrykket, at projekterne dækker over en meget bred fortolkning af begrebet samarbejdsmodeller og aftaler, herunder hvor omfattende de er.

Generelt anvendes samarbejdsmodeller om etablering af indsatser, der foreskrives i forløbsprogrammerne, om udvikling af forløbsbeskrivelser eller om meget lokale og specifikke aftaler.

Der er eksempelvis en del projekter, hvor der med samarbejdsaftaler og –modeller menes, at der er etableret en styre- og projektgruppe i relation til projektet, ligesom det i del besvarelser blandes sammen, hvorvidt samarbejdsaftalerne er en- eller tværsektorielle.

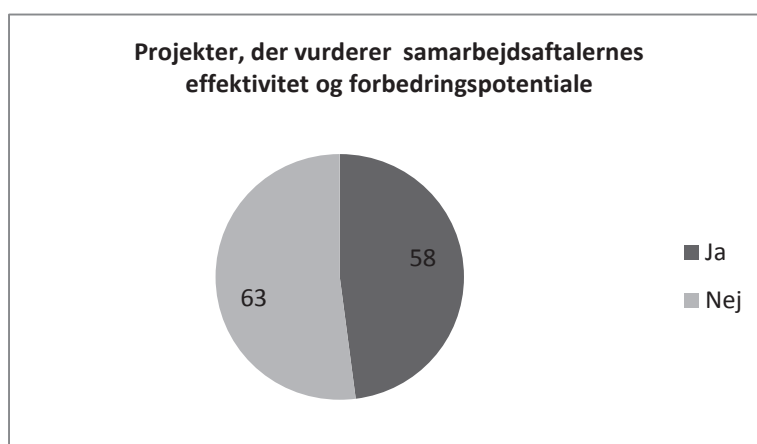
³² http://www.sst.dk/publ/Publ2012/BOS/Sundhedsaftaler/Eval_sundhedsaft_sammenfatn_perspektivering.pdf

³³ M.S. Buch "Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom" (2012)

³⁴ http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom%20og%20forloebprogrammer/Forloebskoordinering/Forloebskoordin_reg_og_kom_Implement%202011.ashx

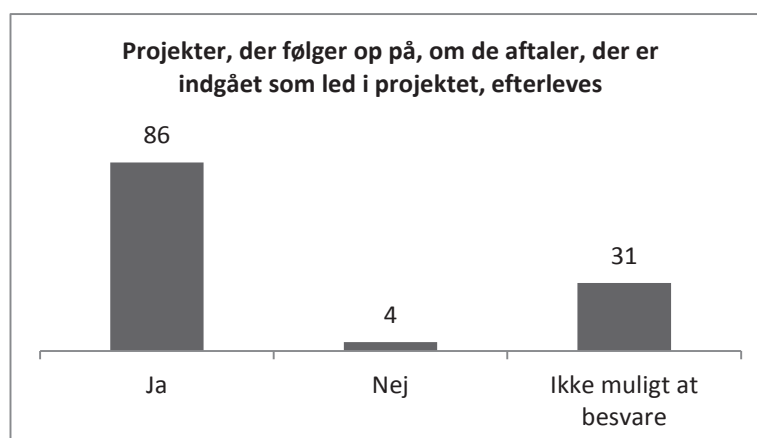
En del af de beskrevne samarbejdsmodeller er meget projektspecifikke og omfatter organisering af projektet eller nye måder at arbejde sammen på i mødefora, men ingen angiver at have indgået aftaler om kapacitetsplanlægning eller afstemning på tværs af sektorer i relation til hvilke opgaver, der skal løses hvor, udover hvad forløbsprogrammerne og sundhedsaftalerne som et minimum foreskriver.

Opfølgning på samarbejdsmodeller og aftaler samt de oplevede udfordringer hermed, er de samme som for stratificering og forløbskoordinering, hvilket blot underbygger, at arbejdet med implementering af forløbsprogrammerne opfattes som udvikling og implementering af samarbejdsmodeller og –aftaler.



Det er indtrykket, at de oplevede udfordringer eksempelvis med inddragelse af almen praksis, henvisningspraksis mv., ligesom for stratificering og forløbskoordinering, imødekommes ved at understøtte relationsskabelsen på tværs af sektorer, herunder at øge kendskabet til indsatser og tilbud hos de henvisende læger.

Specifikt i relation til erfaringer med involvering af almen praksis, er det helt entydigt indtrykket, at det er nødvendigt at honorere praktiserende læger, så de kan afsætte tid til deltagelse.



Et enkelt projekt har angivet at have arbejdet med udvikling og afprøvning af en delestilling mellem sygehus og kommune. Der er ikke endnu foretaget egentlig vurdering af effekterne, men er nærmere beskrevet i tekstboksen til højre.

Som inspiration i forhold til at indgå egentlige samarbejdsaftaler og i dansk kontekst relativt uprøvede samarbejdsmodeller, kan man pege på et par særligt relevante eksempler fra Sverige, hvor samarbejdet mellem sektorerne (kommune/Landsting – kommune/region) har vist gode resultater.

Det gælder både i forhold til organisatorisk kvalitet (omkostningseffektivitet og administrativ sammenhæng samt korte ventetider), patientoplevet kvalitet (oplevelse af sammenhæng, tryghed i indsatser og tilfredshed) og klinisk kvalitet (behandlingsresultater, compliance, reduktion i utilsigtede hændelser mv.).

Södertäljemodellen fra Sverige er et eksempel på en samarbejdsmodel, som er direkte overførbart til danske forhold, og Psykiatriens Hus i Silkeborg er da også et stykke hen ad vejen tilsvarende.

Modellen er udtryk for et pragmatisk samarbejde, hvor sektorbudgetter holdes adskilt, mens der gennem fysisk samplacering af henholdsvis regionale og kommunale udførende og administrative funktioner relateret til samme patientforløb, skaber grundlaget for effektive og hensigtsmæssige sammenhængende patientforløb på tværs af de organisatoriske sektorgrænser.³⁵

Modellen baserer sig således specifikt på fastholdelse af det adskilte opgave og finansieringsansvar samtidig med udviklingen af nye faglige tilgange med udgangspunkt i brugerbehov og brugerindflydelse samt ikke mindst med udgangspunkt i fysisk samplacering af henholdsvis behandlings- og rehabiliteringsindsatser på fire lokaliteter i de tre kommuner Södertälje, Nukvarn og

Eksempel på projekt om delestilling mellem sygehus og kommune

Region Nordjylland har arbejdet med udvikling og afprøvning af en delestilling på diabetesområdet:

"Konkret er der tale om et samarbejde mellem Sygehus Vendsyssel og Frederikshavn kommune. Projektet har omfattet tværsektorielle temadage, kurser og at en sygeplejerske fra sygehusets endokrinologiske ambulatorium har haft aktiviteter i kommunen."

Eksempel på tværsektoriel samarbejdsmodel i Københavns Kommune

I Københavns Kommune har man etableret et tværsektorielt samarbejde om opfølgning af KOL-patienter efter indlæggelse på Bispebjerg Hospital. Opfølgningen består af hjemmemonitorering og videokonsultationer varetaget af sundhedsfagligt personale i et kommunalt call-center. Personalet i call-centret arbejder tæt sammen med og har direkte adgang til specialisterne på hospitalet, som kvalitetssikrer indsatsen gennem supervision og rådgivning. Samarbejdet er understøttet af arbejdsgangsbeskrivelser, flowdiagrammer over arbejdsgangene samt faste videndelingmøder. Call-centret har samtidig etableret samarbejdet med hjemmesygeplejen internt i kommunen.

Der er ikke etableret økonomiske og forpligtende aftaler i relation til løsningen, og som følge af call-centrets placering i kommunen er det primært kommunen, der har ejerskab over projektet.

³⁵ <http://www.sodertalje.se/Omsorg-socialt-stod/vuxenvardbehandling/Psykiatri/>

Salem. Målgruppen er borgere/patienter med kroniske, psykiatriske sygdomme.

Resultaterne – efter aktørernes eget udsagn – af den fysiske samplacering ses efter en årrække at skabe grundlag for meget integrerede indsatser til gavn for målgruppen.

Et andet perspektiv til inspiration og så vidt muligt kopiering ses i Norrtälje Kommune, der ligger lige uden for Stockholm. Eksemplet er noget mere vidtgående i sin samarbejdsmodel, da der her er tale om fælles tværsektoriel finansiering – (i øvrigt en mulighed som også findes i dansk lovgivning, selv om der endnu ikke er set egentlige eksempler herpå):

I 2006 etablerede Landstinget (regionen) og kommunen i fællesskab en bestillerenhed (Tiohundra nævnet) og en udførervirksomhed (Tiohundra A/B) som fik driftsansvaret for både akutsygehus og hele viften af kommunale social- og sundhedstilbud. Formålet var at sikre, at én organisation afprøve om det indenfor den samlede organisation var muligt at eliminere koordinations- og samarbejdsproblemer mellem sektorerne og skabe mere sammenhængende borgerforløb samtidig med, at man fastholdt den faglige kvalitet og forbedrede omkostningseffektiviteten. Evalueringer og analyser har vist, at man i høj grad har opnået de ønskede resultater.³⁶

Der er således gode eksempler på samarbejdsmodeller og –aftaler, der går videre end det, der primært arbejdes med i Danmark i dag i regi af samordningsudvalg, klynger og lignende, og som er aftalt mellem sektorerne inden for rammerne af sundhedsaftalerne.

Som nævnt er modellerne umiddelbart overførbare og forudsætter principielt "kun" en vedholdende implementeringsindsats, forandringsvilje og ledelsesmæssig handlekraft på begge sider af sektorgrænsen. Samtidig må det anerkendes, at de eksisterende incitamentsstrukturer, herunder særligt indretningen af den aktivitetsbaserede finansiering af sygehusvæsenet, helt gennemgående opleves som en betydelig barriere for etablering af reelt og økonomisk forpligtende samarbejdsmodellers anvendelse i Danmark.

Der skal således være helt særlige årsager eller et helt insisterende ledelsesmæssigt ønske om at sikre sammenhæng i indsatserne til, før de relativt vidtgående samarbejdsmodeller, som særligt Norrtälje Kommune og Tiohundra konstellationen er et eksempel på, kan forventes at finde indpas i Danmark under de givne strukturelle rammer.

4.3.2 Delkonklusion

Puljeprojekterne har – baseret på surveybesvarelserne – ikke i væsentlighed bidraget med erfaringer med nye konstellationer og forpligtende samarbejdsmodeller og –aftaler. Af samme grund er der ikke gennemført særskilte fokusgrupper inden for temaet.

Med reference til særligt de svenske erfaringer, som er gengivet i afsnittet ovenfor, og diskussionerne af stratificeringstemaet i afsnit 4.1, er der grundlag for at konkludere, at nye samarbejdsaftaler kun vanskeligt kan indgå mellem sundhedsvæsenets aktører. For som repræsentanterne fra flere projekter bemærker, er incitamentsstrukturen i dag mere modsatrettet end ensrettet, og det er derfor vanskeligt at indgå formelle aftaler, selv om man ser potentialer for understøttelse af mere sammenhængende forløb gennem nye, tættere og mere forpligtende samarbejder mellem sektorerne.

³⁶ <http://tiohundraprojektet.se/>

Som nævnt ses der gode eksempler på dette i fx Sverige, men også i Norge, Skotland og England, som har strategisk fokus på netop at fjerne alle barriere for understøttelse af de sammenhængende, omkostningseffektive patientforløb, hvor opgaverne løses på det lavest omkostningseffektive omsorgsniveau (LEON).³⁷

³⁷ Se fx Finansministeriet og Sundhedsministeriet "Afdækning af internationale kvalitetsinitiativer, 2013 (med bistand fra Rambøll, KORA og Implement Consulting Group)

4.4 Multisygdom

Langt de fleste borgere med kronisk sygdom har mere end én sygdom. Komorbiditet, multisygdom og de udfordringer, det fører med, er derfor dagligdagen for patienter og sundhedsfaglige personer i alle dele af sundhedsvæsenet.

Omfanget af borgere med mere end én kronisk sygdom er så stort, at multisygdom nærmest er mere reglen end undtagelsen. 38 procent af den danske befolkning over 16 år har 2 eller flere kroniske sygdomme og de står for en stor andel af de samlede sundhedsudgifter³⁸.

Multisygdom kan i forløbssammenhæng betyde, at borgeren skal have kontakt med et meget stort antal sundhedsaktører på tværs af sektorer, hvilket nødvendigvis øger kompleksiteten i forløbene og dermed ofte også behovet for koordinering af indsatserne mellem de involverede sundhedsaktører.

Patienter med multisygdom har ofte dårligt selv vurderet helbred, lav funktionsevne og livskvalitet, er ofte uden arbejde, og deres patientforløb er som oftest komplekse og usammenhængende, fordi de grundet flere diagnoser ofte tilbydes parallelle indsatser og forløb.³⁹

Det er derfor grundlæggende vigtigt, at indsatserne på tværs af sektorer og aktører i sundhedsvæsenet konstrueres og tilrettelægges således, at der ikke lægges barrierer i vejen for en patientrettet/borgerrettet tilgang. Den diagnoserettede tilgang, som i høj grad har og vel fortsat i stigende grad præger især den mere specialiserede behandlingsindsats har således en iboende risiko for at medføre en fragmentering af indsatserne over for gruppen af borgere med mere end en kronisk sygdom.

Det gælder i udpræget grad for den gruppe, som samtidig har en lav egenomsorgsevne, da behovet for koordinering og afstemning på tværs af særligt de mere specialiserede behandlings- og rehabiliteringsindsatser er af betydeligt omfang.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen og Implementeringsindsatsen arbejdet med en hypotese, som fremgår af tekstboksen til højre. Hypotesen er formuleret med afsæt i viden om udbredelsen af multisygdom samt de mange diagnosespecifikke forløbsprogrammer i regionerne, og har alene haft til formål at sikre stringens og systematik i afdækningen af erfaringer om temaet.

Arbejdshypotese om temaet multisygdom

- Den sygdomsspecifikke tilgang, som diagnoseopdelte kronikerforløb, fx. Specifikke forløbsprogrammer repræsenterer kan samtidig indebære risiko for "atomisering" af indsatserne frem for en forbedring af sammenhængende forløb for patienter med multisygdom.

I nedenstående afsnit følger en gennemgang af resultater i relation til temaet multisygdom.

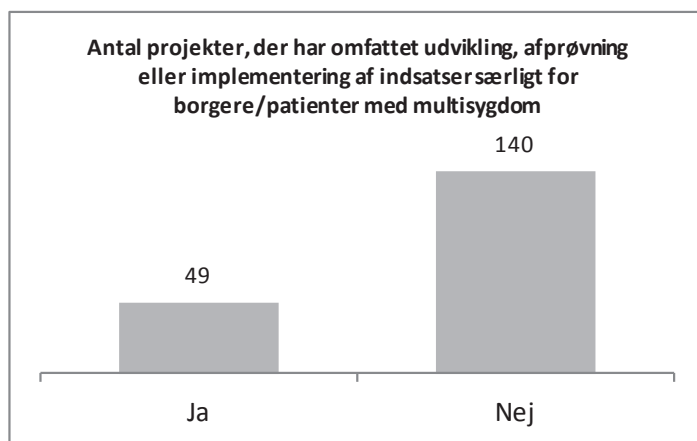
³⁸ Den Nationale Sundhedsprofil 2010

³⁹ Se fx

<http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom%20og%20forloebprogrammer/Multisygdom/MartinFortinMultimorbidity.aspx> & De nationale og regionale sundhedsprofiler

4.4.1 Resultater og analyse

Der er i alt 49 projekter, der angiver at arbejde med multisygdom som tema. Heraf har 32 projekter angivet også at arbejde med udvikling og/eller implementering af forløbsprogrammer.



De projekter, der angiver at have haft direkte eller primært fokus på borgere med multisygdom, er eksempelvis:

- Et farmaceutisk projekt med fokus på medicingennemgang hos borgere med komplekse medicinordinationer
- Forløbskoordinering til borgere med flere kroniske sygdomme
- Udvikling af patientuddannelse til borgere med multisygdom i Region Sjælland
- Etablering af udgående specialsygeplejerskefunktion eksempelvis på andre afdelinger på sygehuset
- Etablering af Shared Care Platform til understøttelse af kommunikation om patientforløb i Region Syddanmark
- Udvikling af evidensbaserede træningsprogrammer til borgere med multisygdom (som grundlag for udarbejdelsen af et forløbsprogram for multisygdom) i Region Hovedstaden

Stort set alle projekter har uanset det primære fokus gjort erfaringer med multisygdom, hvilket må tilskrives omfanget borgere med mere end en kronisk sygdom.

Der er især gode erfaringer fra syv projekter, der har arbejdet med håndtering af multisyge, som har lav egenomsorgsevne og få (sociale og økonomiske) ressourcer ved at tilbyde dem indsats i form af en coachende sygeplejerske typisk med særlige kompetencer i socialsygepleje. Projekternes besvarelser understreger, at denne faggruppe ofte kan identificere og erfare, at det er andre ting, der fylder end det rent helbredsmæssige, som fx problemstillinger af mere social karakter.

Erfaringen er desuden, at en del af de mest svage borgere med kroniske sygdomme ikke søger hjælp og støtte, og at de typisk, *hvis* de alligevel gør, primært modtager hjælp i primærsektorregi til personlig hygiejne, medicinadministration eller behandling af sår. Det

påpeges derfor, at der er sjældent, man identificerer disse borgere tidligt i sygdomsudviklingen i sygehusregi eller i almen praksis.

Det er på tværs af projekterne ikke oplevelsen, at det er viden om sygdomme, der mangles og efterspørger, men snarere konkrete redskaber til at håndtere sygdommene, patienterne/borgerne ønsker. Denne gruppe af borgere/patienter er desuden kendetegnet ved:

- Ikke at have tillid til systemet,
- At de oplever ikke at blive hørt
- At føle sig stigmatiseret
- Ikke ønsker ville påtvinges tilbud, der ikke tager (individuelt) udgangspunkt i deres (selvoplevede) behov.

Projekterne, særligt i Kolding Kommune, Sorø Kommune og Region Hovedstaden, angiver i forlængelse heraf, at der er særligt gode erfaringer med at sikre, at den multisyges tillid til systemet genopbygges gennem lydhørhed og støtte med afsæt i den enkeltes behov.

I boksen nedenfor er det beskrevet, hvordan man i Sorø Kommune har arbejdet specifikt med forløbskoordination til borgere med multisygdom, hvor forløbskoordinatorrollen er udført af en sygeplejerske med en coachende funktion. Den forløbskoordinerende og coachende sygeplejerske har med afsæt i den enkelte multisyges ønsker og behov fungeret som en støtte mellem de mange aktører og problematikker, der omgiver den multisyge, særligt med et rehabiliterende sigte.

En væsentlig erfaring i projektet har været, at borgere med meget svær KOL ikke er en oplagt målgruppe for den rehabiliterende indsats, da det er helt andre behov, der fylder hos borgeren i den sidste fase af sygdommen, men derudover er det erfaringen, at der stort set ikke er borgere, der er for dårlige til indsatsen.

Sorø Kommune "Rehabilitering af borgere med kroniske sygdomme i Sorø kommune"

I Sorø kommune har man arbejdet med en coachende sygeplejerske til en gruppe af borgere der har diabetes, KOL, hjertekarsygdom eller muskel- og skeletlidelser samt minimum to yderligere kroniske sygdomme. Borgere med demens og svære psykiske lidelser har ikke været omfattet.

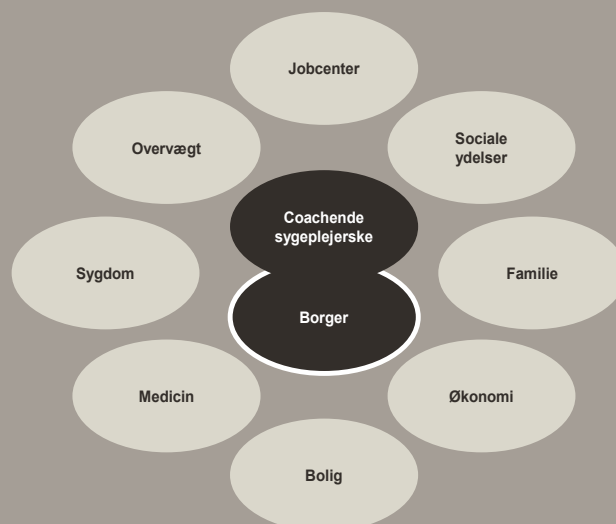
Ideen om etablering af gruppebaserede tilbud måtte frafalles, da gruppen af svært multisyge ikke magter at deltage på hold. De vil gerne have et netværk med andre, men i så fald skal det være gennem Skype, ikke i eget hjem eller ved udlevering af telefonnummer, de har nok i deres egne problemer.

Den coachende sygeplejerske har støttet borgerne, med afsæt i deres behov, og gennem etablering af et tillidsforhold.

Resultater ved de 45 borgere, der har været igennem:

- SF36: Forbedret forventninger til eget helbred og tro på at de kan ændre det
- Færre smerter pga. motion
- Mindre begrænsede af smerter

Enkelte borgere med meget svær KOL profiterede ikke af denne indsats. De havde i højere grad brug for specialsygepleje til regulering af medicin, kost rådgivning mv. i den sidste og svært progredierende fase af deres sygdom.



Coachende sygeplejerske – med fordel socialsygeplejerske

I udlandet er der gjort erfaringer svarende til dem, der er gjort i Sorø, og i øvrigt på Helsingør Hospital, med indsatser og støtte specifikt til patienter med multisygdom. Eksempelvis har man i USA udviklet "Guided Care", der har til formål at understøtte behandling og forløb for patienter med flere kroniske sygdomme, og som er en innovativ videreudvikling af The Chronic Care Model, som den generiske model for forløbsprogrammer i Danmark tager afsæt i.

Konkret består "Guided Care" i, at specialuddannede sygeplejersker med base i almen praksis samarbejder med den praktiserende læge og primærsektor aktører om at skabe koordinerede indsatser for den multisyge. Sygeplejersken varetager blandt andet følgende opgaver:

- Vurderer behov og præferencer hos den enkelte. Har specialuddannelse og beføjelser til at visitere og koordinere på tværs af sektorer
- Udarbejder en evidensbaseret plan for behandling og pleje samt en mere patientvenlig action plan til patienten
- Overvåger patienten proaktivt, og kontakter patienten ved observation af, at patienten ikke deltager eller møder op til planlagte aktiviteter
- Støtter patienten i at have egenomsorg
- Koordinerer og sikrer kommunikation mellem eksempelvis hospitaler, specialklinikker, rehabiliteringstilbud samt sociale tilbud, ydelser, bolig mv., og understøtter derved forløb mellem forskellige aktører.
- Varetager uddannelse af aktører i kontakt med patienten, og faciliterer adgangen til hjemmepleje

"Guided Care" er testet i klinisk kontrollerede studier, hvor det er fundet at have effekt på udvalgte indikatorer inden for kvalitet i patientbehandlingen, den almen praktiserende læges oplevelse af behandlingen samt patientens forbrug af dyre sundhedsydelser. I relation til reduktion af sundhedsydelser er der fundet reduktion i antallet af indlæggelser, det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage samt antallet af genindlæggelser.⁴⁰

"Guided Care" er således sammenlignelig med den svenske model for Aktiv helsestyring, hvor man specifikt målretter indsatsen mod de svært multisyge, og agerer proaktivt i relation til at støtte dem i deres forløb og derigennem sikrer deres egenomsorg med gode kliniske og organisatoriske og økonomiske resultater.

Diskussion af arbejdshypotesen

Puljeprojekternes erfaringer bekræfter arbejdshypotesen om, at meget diagnosespecifikke indsatser, og herunder diagnosespecifikke forløbsprogrammer øger risikoen for atomisering af indsatserne for borgere med multisygdom.

Erfaringerne viser dog, at løsningen på denne problemstilling ikke nødvendigvis skal findes i at undlade diagnosespecifikke indsatser og forløbsprogrammer. Erfaringerne tyder snarere på, at man er nødt til at erkende behovet for (og potentialet i) individualiserede indsatser til

⁴⁰ Boulton C. et al (2011) The Effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services: Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med;171(5):460-466

særlige grupper af borgere (herunder i høj grad multisyge) uanset om fokus indledningsvis er diagnosespecifik eller patientspecifik.

4.4.2 Læringspunkter

Indsatser for multisyge

Der er på tværs af de projekter, der har haft fokus på multisygdom enighed om, at indsatserne ikke bør være diagnosespecifikke, og at der altid som udgangspunkt bør tages afsæt i den sygdom, der er mest begrænsende for den multisyge, således at den udgør overlæggeren for de indsatser der tilbydes. Der efterspørges derfor også mere generiske (dele af) forløbsprogrammer, der tilgodeser dette, således at den multisyge ikke tilbydes parallelle indsatser og forløb, der vil være med risiko for at den enkelte blot oplever yderligere nederlag. Det kan fx være præcisering af, at der er behov for rehabiliterings- og koordineringstilbud i særlige forløb til de borgere, hvor den samlede situation uanset diagnose(r) tilsiger dette.

Som det også nævnes i afsnit 4.2 om forløbskoordinering, er der gode erfaringer med forløbskoordinering til den mest udsatte gruppe af multisyge. Særligt er der god læring at hente fra de projekter, hvor forløbskoordinationen er leveret af en sygeplejerske med særlige kompetencer indenfor socialsygepleje, og som har som primære opgave at være coachende og vejledende i sin funktion.

Der er ikke enighed på tværs om, hvorvidt den multisyge har gavn af at deltage på holdtilbud og indsatser, men det er dog indtrykket, at den multisyge generelt ikke ønsker at deltage på undervisningshold, kaldet "lær at leve med..." eller "patientskole", da de ikke ønsker at identificere sig med deres sygdomme.

I udvalgte projekter er der gjort erfaringer med, at de multisyge har gavn af at mødes, hvis det sker med andre formål end træning og undervisning i håndtering af sygdomme.

Det er generelt indtrykket, at målgruppens karakteristika bør tænkes ind ved planlægning af indsatser, for at minimere frafald. Der er gode erfaringer med at sikre dette ved at tage afsæt i den enkeltes behov frem for indledningsvist bare at præsentere mulighederne, den enkelte kan vælge mellem.

Det er oplevelsen i projekterne, at man med fordel kan identificere og sætte ind over for målgruppen allerede når de er i 30 – 40-årsalderen, ikke mindst fordi en stor andel af målgruppen er under 65 år.

Det nævnes fx, at det vil være relevant at opspore de multisyge (og svage) borgere i jobcenterregi, idet den multisyge på dette tidspunkt i sit forløb, endnu ikke er "opgivet", og dermed ikke har så mange nederlag bag sig, samtidig med at de enkelte sygdomme vil være på et mindre fremskredent stadium.

Understøttede forløb

Det er oplevelsen i projekterne, at den multisyges forløb er fragmenteret, og der er eksempler på borgere, der har følges på 5 forskellige sygehuse, (hvor journalsystemerne ikke er integrerede), hvilket opleves som en barriere for at sikre.

Det er herunder erfaringen, at den multisyge patient ofte vælger at undlade indtag af medicin i det hele taget, hvis vedkommende oplever at modtage divergerende informationer om medicinen på tværs af de mange forskellige sygehusambulatorier og almen praksis, den typiske multisyge patient er i kontakt med løbende.

Der efterspørges derfor fortsat udvikling af it-systemer, der kan understøtte den multisyges forløb bedre på tværs af sundhedskontakterne, herunder koordineret behandling, indsatser og kommunikation. Implement må dog i den forbindelse understrege, at it-systemer i sig selv ikke vil løse sammenhængsudfordringer. Det er de informationer, som lægges ind i systemerne, som kan bidrage til sammenhæng, ligesom erfaringerne fra kronikerprojekterne udpeger de personlige relationer og den tværsektorielle tillid som det helt nødvendige fundament.

I tekstboksen er gengivet et citat fra en surveybesvarelse, der beskriver de oplevede problematikker, herunder et forslag om, at etablere en fælles klinik mellem sygehuse, primær sektor og almen praksis, så den multisyges forløb på tværs af sektorer kan understøttes, optimeres og koordineres. (Se i øvrigt afsnit 4.1 om stratificering og afsnit 4.3 om samarbejdsmodeller og –aftaler).

"De multisyge straffes særlig hårdt af sektorisering/specialisering/silotækning. Der mangler derfor en struktur i sundhedsvæsenet, der kan afbøde effekten af sektorisering på de multisyge: en klinik, der er fælles mellem sygehus og almen praksis/primær sektor som faciliterer multisyges bevægelse ind mellem sektorerne. Der mangler desuden en sygehus klinik for patienter med komplekse compliance svigt, der kan bistå speciale afdelingerne med de multisyge og patienter med psyko-sociale og sproglige udfordringer. Endelig skal der etableres en enhed der sikrer at alle patienter tilbydes tilpasset information, så de kan forstå central information og tage selvstændige beslutninger."

Citat fra survey

Relationer på tværs

Der er på tværs af projekterne en oplevelse af, at relations- og tillidsskabelse på tværs af aktører og sektorgrænser har helt fundamental betydning for en sammenhængende og koordineret håndtering af den multisyges forløb.

Der er i projekterne fx gode erfaringer med at arrangere studiebesøg hos hinanden, samt afholde workshops med casearbejde for de tværfaglige samarbejdspartnere med et formål om at styrke kommunikationen om den multisyges forløb.

Andre forslag fra projekterne til, hvordan man fremadrettet kan arbejde med relationsskabelse er, at der etableres delestillinger og jobrotation, fordi som det udtrykkes i et af projekterne⁴¹:

"Det er nede på gulvet, det betyder noget, at der skabes kendskab og relationer"

⁴¹ Det er her væsentligt at henvise til afsnit 4.1 om stratificering og 4.3 om samarbejdsmodeller og –aftaler, da peges på betydelige strukturelle barrierer for sådanne økonomisk forpligtende samarbejder.

4.4.3 Delkonklusion

Grundlæggende har næsten alle projekter bidraget med erfaringer om multisygdom uanset projektets fokus og uanset, at kun 49 har svaret, at man har haft fokus på multisygdom. Det er således tydeligt, at borgere og patienter med multisygdom fylder meget i det samlede billede.

Særligt fokusgruppen om multisygdom har desuden bidraget til at underbygge det generelle billede af erfaringerne samt uddybe, hvilke gode erfaringer, der er i relation til at håndtere multisygdom.

Erfaringerne fra puljeprojekterne viser, at meget diagnosespecifikke indsatser kan øge risikoen for, at borgere med multisygdom oplever usammenhæng i forløbet. Omvendt peges der på, at en diagnosespecifikke tilgang også er nødvendig for at sikre kendskab til og grundlag for den optimale kliniske indsats. Det betyder, at borgere med særlige koordineringsbehov, som multisyge ofte har, vil have behov for en særlig individualiseret støtte. Opgaven kan fx løses med en forløbskoordinerende indsats som er nærmere beskrevet blandt under afsnit 4.2.

Det er samtidig en forudsætning for at understøtte forløb og indsatser for svage multisyge, at der er en vis fleksibilitet og rummelighed i systemet, hvilket formentlig betyder, at de sygdomsspecifikke forløbsprogrammerne uanset diagnose bør rumme en stratificeringskategori, og tilhørende ydelser, som er helt individualiserede.⁴²

⁴² Erfaringer fra fx Sverige (se fx beskrivelse af Aktiv Helsestyring i Stockholms Län og Landsting under afsnit 4.1 og 4.2.) viser, at det er omkostningseffektivt at levere en sådan særlig indsats, idet borgernes sundhedsforbrug kan sænkes, samtidig med at livskvaliteten forbedres.

4.5 Implementering

Succesfuld implementering er en forudsætning for at lykkes med at skabe resultater og effekt. Der er talrige eksempler på, at gode ideer og løsninger er blevet forkastet, fordi implementeringen ikke har været tilstrækkelig.

Alligevel er det helt gennemgående – både i sundhedsvæsenet – men også i alle andre sammenhænge, at implementeringsopgaven sjældent tillægges tilstrækkelig stor opmærksomhed. På samme vis er det tydeligt, at der kan være langt fra strategi og strategiske valg til faktisk praksisændring.

En anden risiko, som knytter sig særligt til implementeringen af løsninger udviklet som led i den type projekter, som mange af kronikerpuljeprojekterne er eksempler på er, at der introduceres parallelindsatser. Altså at man undlader at substituere eksisterende ydelser. Dette er i sig selv omkostningsdrivende og dermed nærmest umuliggørende for en eventuel senere implementering i storskala. Der er implementeringsmæssigt ikke noget overraskende i, at dette ofte er tilfældet, idet det kræver en meget stor indsats – ikke mindst involveringsmæssigt (se yderligere nedenfor) at skabe den tilstrækkelige og brede tilslutning til forandring.

Implementering er relevant – i hvert fald i teorien – for alle kronikerprojekterne. Der er således al mulig grund til, at implementering er udvalgt som tema i denne evaluering, da der i den grad er behov for gode eksempler på implementeringstiltag og -indsatser. I det følgende gives således et billede af de erfaringer, som er gjort i de knap 200 kronikerprojekter, som har svaret på surveyet.

4.5.1 Implementering – hypoteser, rammesætning og analytisk tilgang

Implement har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen opstillet en række arbejdshypoteser til den tematiske evaluering om temaet implementering.

Hypoteserne har til formål at sikre stringens i evalueringen og dataindsamlingen, samt at understøtte, at den tematiske evaluering kan bidrage med ny viden på området.

Arbejdshypoteserne fremgår af tekstboksen til højre.

Hypoteserne er opstillet på baggrund af en lang række erfaringer blandt andet fra Implements øvrige arbejde, men også med inspiration fra implementeringsteorien.

Det gælder fx Senges implementeringsteori⁴³ (se figuren nedenfor) John Kotters⁴⁴ implementeringsteori og betragtninger om behovet for ”en brændende platform”, for at man kan

Arbejdshypoteser om temaet implementering

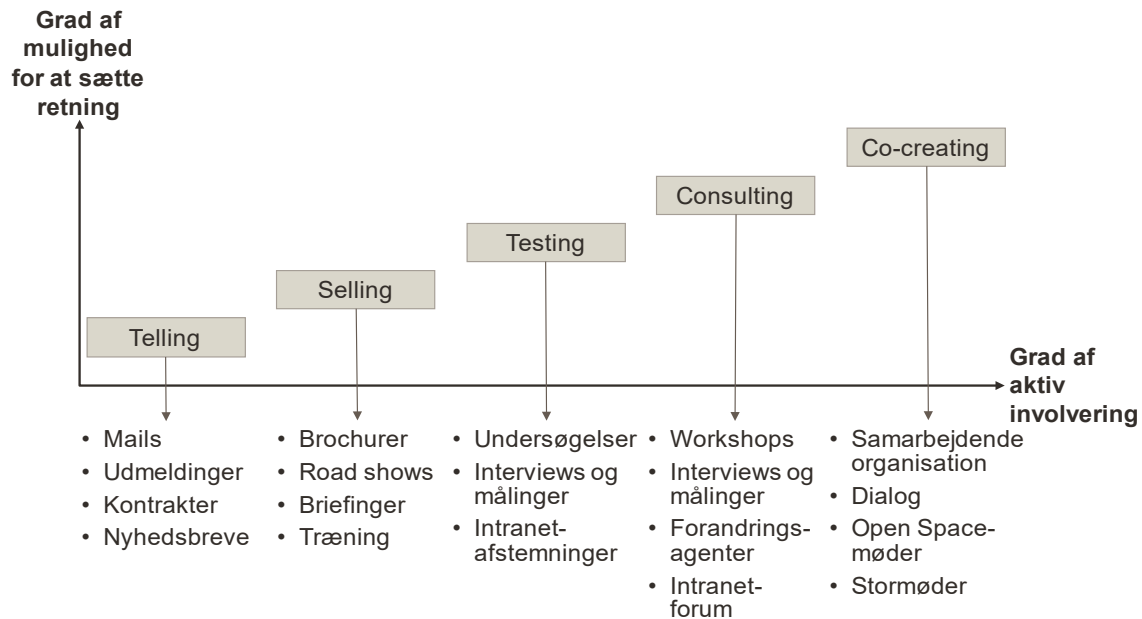
- Projekter, hvor implementering er tænkt ind fra starten, lykkes i langt højere grad med at vise effekt.
- Implementering på kronikerområdet er udfordret af involveringen af de mange forskellige aktører
- Involvering af de rette interessenter i design af nye løsninger er en væsentlig faktor i succesfuld implementering
- Ledelsesmæssig forankring og hvorvidt projektet er en del af en overordnet strategi har betydning for, hvorvidt projektet implementeres

⁴³ Senge, P. (1999)

⁴⁴ Kotter, John (1996)

motivere interessenterne til deltage i at skabe effektiv forandring.

Figuren illustrerer den del af Senges teori, som er retningsgivende for, hvilke indsatser og tiltag, som er effektfulde, hvis man vil opnå reel forandring. Den helt grundlæggende pointe er naturligvis, at involvering er en nødvendighed. Senge argumenterer herunder for, at der er en næste lineær sammenhæng mellem graden af involvering af alle interessenter i at beslutte, hvordan de fremtidige løsninger og tiltag skal se ud, og sandsynligheden for, at disse løsninger kan implementeres og de ønskede effekter og resultater kan opnås.



Både Senges og Kotters forskning og teorier indgår som grundlag for de implementeringsprincipper. Implement helt gennemgående tager udgangspunkt i, når der arbejdes med implementering og forandringsprojekter.

På baggrund heraf er hypoteserne inden for implementeringstemaet opstillet.

Hypoteserne har således også været udgangspunktet for såvel udarbejdelsen af surveyet og for analysen af besvarelserne, ligesom der i vurderingen af behovet for uddybning eller supplerung på fokusgrupperne, er skelet til hypoteserne.

I modsætning til de øvrige temaer, er der her indarbejdet en konkret diskussion af hypoteserne under den afsluttende delkonklusion. Det skyldes, at temaet har en anden og mere overordnet karakter end de øvrige, ligesom hypoteserne på dette område er langt mere teoribaserede.

4.5.2 Resultater og analyse

I figuren nedenfor ses, at 132 af projekterne angiver at være en del af en overordnet strategi eller plan i den respektive region eller kommune.



Derudover angiver projekterne alle stort set at være forankret på ledelsesmæssigt niveau, og at der som en del af governancestrukturen for projektet er en styregruppe med ledelsesmæssig repræsentation.

Der er dog betydelig variation mellem projekterne på, hvilket ledelsesniveau, forankringen er, ligesom det varierer, hvor stort ledelsesengagementet i projekterne er og har været.

Der er generelt samtidig stor forskel på, hvilke faggrupper og aktører, der har været involveret dels i udvikling og gennemførelse af projektet og herunder i planlægning og gennemførelse af implementeringen. Generelt er der ikke identificeret mange projekter med egentlige og omfattende beskrivelser af implementeringsovervejelser og -planer.

For så vidt angår opfølgning på projekterne, synes der i overvejende grad at blive fulgt op på, om de i projektet udviklede indsatser eller tiltag anvendes som tiltænkt. Indtrykket er, at dette primært sker som procesopfølgning ved hjælp af interviews eller journalaudits.

Det oftest nævnte konkrete implementeringstiltag på tværs af projekterne, er indsatser rette mod de "front-medarbejdere", som i nogle af projekterne forventes at følge en ny retningslinje, at varetage nye opgaver eller at ændre på den daglige praksis. Disse indsatser omfatter typisk kompetenceudvikling samt opstartsmøder og temadage. I den sammenhæng vurderer Implement på baggrund af surveybesvarelser og fokusgrupperne, at kompetenceudvikling af medarbejdere i sig selv ikke nødvendigvis fører til effektiv implementering – og det derfor næppe kan siges at være et selvstændigt implementeringstiltag.

For så vidt angår involvering af nøgleinteressenter som fx praktiserende læger, som erfaringsmæssigt altid nævnes som værende vanskelige at inddrage i såvel projekter som andre udviklingstiltag, er få, men der er dog entydige erfaringer med at sikre deltagelse. Her nævnes således fra flere projekters side specifikt behovet for at afsætte ressourcer i projektet til at honorere de praktiserende læger for deres deltagelse i møder, workshops og opfølgingsarbejde.

Derudover synes den helt store udfordring fortsat at være, at praktiserende læger er selvstændige – og kun i begrænset omfang kan repræsentere andre end egen praksis i projekterne. Det betyder, at det som oftest alene er det faglige perspektiv fra almen praksis, som bliver repræsenteret i de projekter, der har prioriteret ressourcer til deltagelse herfra, mens de mere implementeringsmæssige og organisatoriske udfordringer kun vanskeligt kan håndteres i relation til almen praksis.

Der nævnes dog fra udvalgte projekter gode erfaringer med at inddrage repræsentanter fra almen praksis i udformningen af konkrete løsninger, som er helt centrale og relevante for de praktiserende læger. Det gælder fx inddragelse af almen praksis i at udvikle fælles henvisningskriterier på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse, herunder specifikt i at få specificeret, hvad almen praksis har af behov for viden, hvis der fx skal henvises til rehabiliteringstilbud i kommunen.

Dette tyder på, at involveringen af almen praksis kræver, at projektet er relevant og fagligt interessant for de praktiserende læger, samt at involveringen primært tager sigte på at skabe gensidig forståelse af aktørernes forudsætninger og behov som udgangspunkt for udvikling af nye løsninger.

Det er generelt indtrykket, på tværs af de mange projekter, der har deltaget i fokusgrupperne, at få har arbejdet med deciderede "modeller" eller implementeringsplaner. Det er derfor ikke identificeret mange erfaringer eller gode eksempler på sådanne. Et af de projekter, der har arbejdet konkret med en større og overordnet plan for implementering er Region Hovedstaden, der har opbygget en implementeringsorganisation. Se tekstboksen til højre.

Der er dog gjort en række erfaringer med mere afgrænsede implementeringstiltag og -aktiviteter, som kan bidrage med viden om, hvad der fungerer, når man skal implementere nye løsninger og initiativer på kronikerområdet, og herunder implementere

Implementeringsorganisation i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden har man arbejdet med 11 selvstændige implementeringsprojekter (et på hvert hospital i regionen). Der har været en fuldtidsansat projektleder/implementeringsagent til at facilitere implementeringen i hvert projekt. Projektlederen har været et vigtigt led i samarbejdet med de øvrige sektorer, således har kommuner og almen praksis altid vidst, hvor de kunne rette henvendelser omkring forløbsprogrammer mv. Projektlederen har samtidig betjent og koordineret med nedsatte faglige arbejdsgrupper sammensat af klinikere, der har haft ansvar for lokal implementering og overholdelse af forløbsprogrammernes principper. Det er oplevelsen blandt klinikere at denne konstellation har været helt afgørende for fremdrift og udvikling, og det er anbefalingen, at der fremadrettet fortsætter med at være en person med denne implementerings/projektlederfunktion, som kan holde implementeringen i gang.

Erfaringerne fra de 11 projekter er, at det tager tid at oparbejde gode samarbejdsrelationer. Særligt har der været forskel på, hvor udbygget samarbejdsrelationen er. Et hospital kan således have et meget stærkt samarbejde med en eller flere kommuner og samtidigt et meget svagt udviklet samarbejde med andre kommuner, der fx ikke har samme veludviklede

forløbsprogrammer på tværs af sektorer og aktører. Erfaringerne vedrører primært indsatser og løsninger rettet mod forbedringer af det tværsektorielle samarbejde. Der er således særligt identificeret følgende som havende stor betydning og effekt:

Erfaringerne fra langt de fleste projekter, som er blevet uddybet og underbygget på fokusgrupperne, er, at man ikke kan overvurdere betydningen af indsatser og tiltag, der bidrager til at skabe personlige relationer og gensidigt kendskab mellem aktørerne på tværs af sektorerne. Det specificeres, at man gennem relationer får skabt tillid og tiltro på tværs af fag og sektorer, og dette i høj grad er medvirkende til – og måske som den væsentligste driver herfor – at sammenhængende patientforløb kan understøttes på tværs af sektorerne.

Særligt kommunale aktører oplever vigtigheden af relationer og oplysning af almen praksis samt sygehuslægerne om, at det er relevante tilbud af høj kvalitet der leveres i kommunen.

De gode eksempler med at skabe relationer, tillid, tiltro og oplysning er eksempelvis:

- Roadshows hos praktiserende læger
- Fælles møder mellem aktørerne, hvor almen praksis er honoreret for at deltage
- Udvikling af henvisningsblanketter eller etablering af delestillinger.

De projekter, eksempelvis i Frederiksberg Kommune og Region Midtjylland, der har haft bedst erfaringer med at oplyse om kvaliteten af de kommunale tilbud og indsatser har arbejdet diagnosespecifikt.

Fra flere projekter er det blevet nævnt, at opfølgning på effekt og resultater ikke er lige så vigtigt for frontmedarbejderne som for ledelsen, da frontmedarbejderne ofte har en god fornemmelse af, hvordan det går.

Derudover er det relevant i sammenhængen at bemærke, at der kun synes at være beskedne erfaringer fra kronikerprojekterne med indledningsvis at opstille konkrete forventninger og mål til de enkelte projekter. Det samme gælder derfor også løbende opfølgning på disse mål og resultater som ledelsesinformation om projekternes fremdrift og succes.

Tekstboksen illustrerer den oplevelse, som angives fra flere sider af, at der er særlige implementeringsudfordringer knyttet til stratificeringsangivelser, som fastlægger at bestemte patientgrupper ikke som hidtil skal tilbydes fx rehabilitering i sygehusregi, men derimod i kommunalt regi.

Det må på baggrund af projekternes erfaringer og en samlet vurdering understreges, at implementeringen af projekter og nye løsninger fortsat er den helt store udfordring, mens omfanget af løsninger, ideer og innovation i det hele taget næppe er en mangelvare.

Der efterspørges således også egentlige værktøjer og implementeringsmodeller, som kan anvendes i forbindelse med projekter og udbredelse af de gode løsninger. Som et perspektiv

Erfaringer med stratificering og fordeling af subpopulationer

En kortlægning i Region Hovedstaden af, hvilke patienter, der behandles hvor – viste, at 22% af de KOL patienter der behandles i sygehusregi, muligvis vil kunne modtage behandling i primærsektoren såfremt stratificeringskriterierne følges. Patienternes mulige andre sygdomme eller comorbiditet er ikke medtaget i denne vurdering.

I Region Midtjylland har sygehuslæger ifbm. Projekt Kronikerdata og Kronikerkompasset erkendt, at de ikke får patienterne afsluttet til primærsektor, når de er stabiliseret.

herpå kan man fx nævne "NHS Change Model", der er en overordnet model for implementering og forandring til anvendelse på alle niveauer i det engelske sundhedsvæsen:

- Modellen er udviklet specifikt for at sikre, at initiativer, projekter og lovgivning implementeres omkostningseffektivt og hurtigt.
- Modellen er udviklet i samarbejde med ledere, klinikere/behandlere, udviklingskonsulenter mv.
- Der er tale om et dynamisk værktøj, der bygger på eksisterende erfaringer og evidensbaseret viden, og som desuden suppleres løbende på baggrund af ny viden om succesfulde forbedringstiltag i NHS.

Som figuren nedenfor viser, indeholder modellen otte komponenter, som alle skal bringes i spil for at sikre en effektiv implementering.



"The real power is the inter-relationship with the different components. The shared purpose – the focus on the value sought – is the key driver. In the essence, we know that if people can connect to a shared purpose and be drawn to a change and outcome that is meaningful to them, they are more likely to put the effort and energy behind this work".

Elaine Latham, Director - NHS Change Model - Area Director - South of England

NHS' arbejde og modellen i sig selv viser med al tydelighed, at implementering er en opgave, som kræver betydeligt fokus – og ressourcer. Med andre ord får man ikke de ønskede resultater, hvis man ikke investerer massivt i implementeringen.

Samtidig giver det engelske eksempel konkret inspiration til en eventuel dansk model for implementering i sundhedsvæsenet, da erfaringen ikke blot fra kronikerprojekterne, men også mere generelt i det danske sundhedsvæsen, er, at der er behov for konkrete redskaber til implementering og hurtigere implementering af veldokumenterede tiltag bredt i sundhedsvæsenet.

Diskussion af arbejdshypoteserne

Det er vanskeligt på baggrund af surveybesvarelseserne og fokusgrupperne at understøtte arbejdshypotesen om, at projekter, hvor implementering er tænkt ind fra starten, i højere grad lykkes med at vise effekt. Det skyldes, at ingen projekter eksplicit angiver at have tænkt implementering ind fra starten af udviklingsfasen.

En del af forklaringen herpå kan formentlig findes i den måde, projekterne blev formuleret på i forbindelse med ansøgningen om støtte. Der har herunder langt de fleste steder været et tidsmæssigt pres for at få beskrevet en projekttid, hvorfor implementeringsindsatserne formentlig er blevet forsømt, ligesom der næppe har været tid til at sørge for en bred involvering af interessenter i projektets idéfase. Sidstnævnte udfordring knytter sig i vid udstrækning til næsten alle puljep projekter både i og uden for sundhedsvæsenet, da det generelt er vanskeligt at frigøre ressourcer til involvering og udvikling, før en egentlig projektbeskrivelse er formuleret.

At dette også synes at være tilfældet i kronikerpuljep projekterne, kan efter Implements erfaring og vurdering være anledning til at overveje, om man i forbindelse med fremtidige udmøntninger af projektpuljemidler skal støtte den indledende idéudvikling og stille eksplicitte krav til den efterfølgende beskrivelse af implementeringsindsatserne som en integreret del af projektansøgningen.

Deltagerne på fokusgrupperne bekræfter desuden, at involvering af de rette (alle interessenter) er væsentlig, men understreger samtidig indtrykket af, at det kun i meget begrænset omfang er fundet sted i projekternes udviklingsfase.

Samtidig erkendes det bredt i projekterne, at der mangler (kendskab til) konkrete værktøjer hertil. Det er desuden helt entydigt billedet, at arbejdshypotesen om, at kronikerområdet og kronikerindsatserne er kendetegnet ved at antallet af involverede aktører er meget højt, kan bekræftes. Det er derfor en særlig udfordring at forsøge at involvere alle aktørerne i processen. Der kunne derfor være et stort potentiale i at opsøge gode eksempler på håndtering af denne type involveringsprocesser fra andre sektorer og lande.

Det kan på baggrund af projekternes erfaringer bekræftes, at involvering – og gerne tidlig involvering – af interessenter (aktører i patientforløbet) er et væsentligt bidrag til at sikre implementering. For så vidt angår involvering af den vigtigste interessent og aktør, patienten/borgeren, må dette ses som et helt grundlæggende bidrag til effektiv implementering. Der henvises til afsnit 4.6 for en nærmere beskrivelse af projekternes erfaringer med patient- og pårørendeinddragelse. I denne sammenhæng må det dog kunne konkluderes, at der er meget få projekter, som har tilkendegivet at have inddraget målgrupperepræsentanter i arbejdet med projekterne som et bevidst implementeringstiltag – og slet ikke i udviklingen af projektet.

Det er måske en mulighed at lade sig inspirere fra eksempelvis England jf. ovennævnte Change Model, hvor pointen må være, at der også i Danmark kunne være brug for en nationalt udviklet, erfaringsbaseret og veldokumenteret model for implementering, som anbefales af de nationale myndigheder. En sådan model kunne samtidig bidrage til at øge hastigheden i udbredelsen og implementeringen af nationale tiltag og retningslinjer samt generelt gode løsninger.

Som nævnt har langt de fleste projekter tilkendegivet, at der er ledelsesmæssig forankring af projekterne, og at projekterne i langt de fleste tilfælde kan ses som en del af en samlet, overordnet strategi. Arbejdshypotesen herom ser således ud til at være grundlæggende også i kronikerprojekterne, men der er således heller ikke mulighed for at vurdere, om projekter uden ledelsesmæssig forankring, og uden tilknytning til en overordnet strategi har vanskeligere ved at nå sine mål.

På baggrund af survey og fokusgrupper kan det dog samtidig konkluderes, at der i mange af projekterne ikke sker en stringent, løbende opfølgning på, om projekterne bidrager til opfyldelse af den overordnede strategi, projektet i første omgang blev set som en del af.

Dette hænger givetvis sammen med de udfordringer, som opleves med i det hele taget af følge op på, om projekterne rent faktisk leverer de forventede effekter.

Noget som i vid udstrækning formentlig skyldes, at man ikke har været udpræget eksplicit med at beskrive de konkrete (kvantitative) forventninger til projekterne. Med andre ord kan der givetvis være behov for fremadrettet at være langt mere analytisk om projekternes (og den investering, der ligger i at gennemføre et projekt) "forandringsteori": Hvad forventes projektet at kunne ændre, og hvordan kan det løbende og efterfølgende måles og følges? Ligesom spørgsmålet om projektets eller den afprøvede løsnings eventuelle overgang til efterfølgende "drift" bør vurderes på baggrund af et oplyst grundlag af denne karakter.

4.5.3 Læringspunkter

De mest gennemgående og fremhævende implementeringstiltag, som samtidig også har stor betydning for sammenhængen i patientforløbene selvstændigt, er alle de aktiviteter, som bidrager til at skabe kendskab og tillid på tværs af aktører og sektorer. Der henvises til afsnit 4.2 om forløbskoordinering for en uddybning af de konkrete eksempler herpå.

Erfaringerne med sådanne tiltag, som også kan benævnes "strukturelt orienteret forløbskoordinering" med reference til afsnit 4.2, viser også, at implementering af forløbsprogrammer og elementer i forløbsprogrammerne er to sider af samme sag.

Der ses i flere projekter gode resultater, når der investeres i at få etableret et fælles billede af "nu-situationen" på tværs af aktører og sektorer involveret i kronikerforløbet. At en meget stor del af projekterne angiver, at de gennemføres i samarbejde med andre kommuner og/eller regioner er samtidig et tegn på, at man søger at inddrage flere aktører i projekterne, og særligt deltagerne i fokusgrupperne bekræfter i vid udstrækning, at fælles aktiviteter i projekterne bidrager til at lette implementering og til at skabe bedre løsninger.

Der er generelt gode erfaringer med, at reel gensidig involvering af samarbejdsparter og aktører på tværs af organisatoriske rammer og sektorer medvirker til at skabe bedre løsninger og til at bane vej for implementering efterfølgende.

4.5.4 Delkonklusion

I dette afsnit gives en samlet konklusion på, om kronikerprojekters erfaringer med implementeringsindsatser og implementeringsmodeller kan siges at have bidraget med betydende ny viden.

Grundlæggende er det vurderingen, at der kun i beskedent omfang er identificeret projekter, som har redegjort eksplicit for anvendelse af egentlige implementeringsmodeller.

Det væsentligste bidrag til ny viden kommer derfor fra mere enkeltstående tiltag, som projekterne har angivet at have haft gode erfaringer med rent implementeringsmæssigt.

Projektrepræsentanter understreger, at involvering af de rette (alle interessenter) er væsentlig, men bekræfter samtidig indtrykket af, at det kun i meget begrænset omfang er fundet sted i projekternes udviklingsfase. Det kan samtidig bekræftes fra nogle projekter, at der opnås gode resultater, når der investeres tid i at få etableret et fælles billede af "nu-situationen" på tværs af samarbejdsparter og sektorer.

Den grundlæggende konklusion er, at der fortsat er et stort potentiale for at arbejde med implementering mere systematisk og vedholdende. Det gælder fx helt entydigt, at der mangler systematisk, løbende opfølgning på såvel procesmål som på effektmål, således at der løbende kan foretages de nødvendige justeringer og intensiverede implementeringsaktiviteter, hvis resultaterne ikke svarer til forventningerne og målene med indsatserne.

4.6 Patient- og pårørendeinddragelse

Patient og pårørendeinddragelse opfattes som en forudsætning for at sikre kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser.

Det gælder for den enkelte patient (individuel brugerinddragelse), som ved at blive involveret i eget behandlingsforløb, bliver mere engageret og bedre i stand til at håndtere egen sygdom og situation.

Det gælder også i forhold til udvikling af sundhedsvæsenets ydelser generelt, hvor involveringen af "kundeperspektivet" (repræsentativ brugerinddragelse) er helt nødvendigt for at sikre, at ydelser og tilbud har en karakter, der er meningsfuld og værdiskabende for modtageren.⁴⁵ Se i tekstboksen til højre for uddybning.

Inddragelse af patient og/eller pårørende kan være forbundet med udfordringer, dels fordi de stiller krav til de sundhedsprofessionelle, der oplever at skulle bringe deres faglighed i spil på nye måder, og dels fordi pakkeforløb, retningslinjer og forløbsprogrammer af fagfolk opleves at være begrænsende for patienternes fuldstændige indflydelse.

Ifølge undersøgelser er det svært for personalet at inddrage den enkelte patient i egen behandling, fordi det betyder, at man som sundhedsprofessionel skal udstille egen faglighed ved, at man ikke altid kan have rede svar på patienternes spørgsmål.⁴⁶

Igennem analysen af de resultater, der præsenteres i næste afsnit, er der anvendt en række arbejdshypoteser, der tager afsæt blandt andet i de ovenfor nævnte undersøgelser, i undersøgelser af redskaber til inddragelse af patienter og brugere⁴⁷ samt i teori og erfaringer om implementering jf. afsnittet om dette tema.

Arbejdshypoteserne har været anvendt for at sikre stringens i dataindsamling og analyse, men arbejdshypoteserne har også haft den rolle at

- **Individuel brugerinddragelse** i betydning af medinddragelse af den enkelte patient i beslutninger vedrørende eget behandlingsforløb. Patienten skal være aktiv deltager i eget forløb i forhold til behandling, undersøge og pleje, og der er god evidens for, at dette skaber bedre resultater af den sundhedsfaglige indsats, når denne tilpasses patientens ressourcer og præferencer.
- **Repræsentativ brugerinddragelse** også kaldet organisatorisk brugerinddragelse anvender feedback fra patienter, pårørende og andre interessenter med henblik på forbedring af fremtidige patientforløb samt udvikling af indsatser. Det kan foregå i form af henholdsvis aktiv eller passiv repræsentativ inddragelse afhængig af om man inddrager brugere i paneler mv. eller om man blot inddrager bruger-undersøgelser som grundlag for udvikling eller justering af indsatser.

Videnscenter for brugerinddragelse

Arbejdshypoteser om temaet patient- og pårørende inddragelse

- Begrænset inddragelse af patienter og pårørende skyldes manglende værktøjer til håndtering heraf
- Der er fortsat tilbageholdenhed mod egentlig involvering og inddragelse af patienter og pårørende blandt mange fagfolk

⁴⁵ Ifølge blandt andet Region Syddanmark Center for kvalitet, Videnscenter for brugerinddragelse samt Region Hovedstadens videns- og idébank for inddragelse af brugere, patienter og pårørende

⁴⁶ Bruger og patientinddragelse, Center for kvalitet, 2011

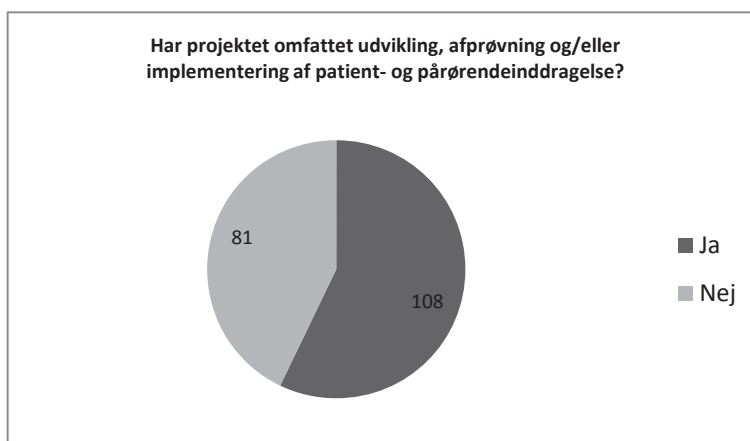
⁴⁷ Region Syddanmark Center for Kvalitet, (2011) "Bruger og patientinddragelse", 1. udgave

sikre, at der i særlig grad fokuseres på indsamling af ny viden om området.

Det er generelt indtrykket på baggrund af survey og fokusgrupper, at begreberne anvendes bredt på tværs af projekterne. Dette kan fx illustreres ved, at det fra enkelte projekter angives, at man arbejder med patientinddragelse, når en patient deltager på et rehabiliteringshold.

4.6.1 Resultater og analyse

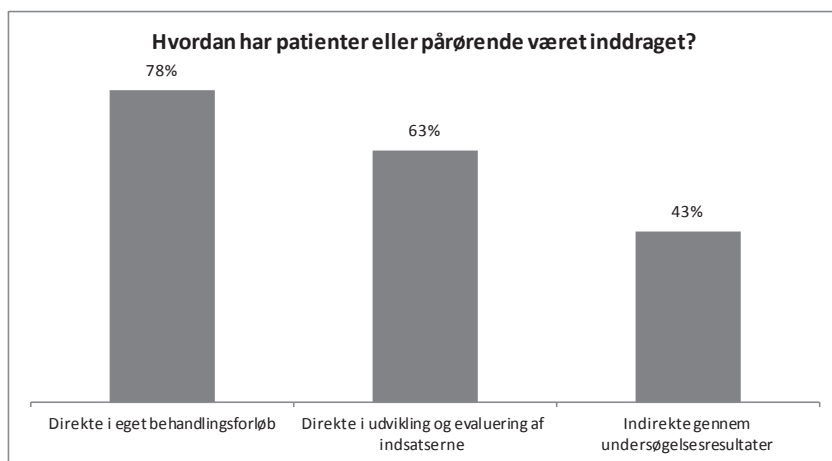
I alt 108 projekter angiver at have omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af patient- og pårørendeinddragelse. Heraf har 92 af projekterne omfattet patientuddannelse og 32 har omfattet egenbehandling.



Størstedelen af projekterne, der omfatter patientinddragelse arbejder med patientuddannelse, og det er indtrykket at patientuddannelse altid betragtes som at inddrage patienterne. 17 af projekterne har omfattet telemedicinsk understøttet behandling, hvoraf de 16 har omfattet direkte inddragelse af patienter eller pårørende i egen behandling.

Begrebsanvendelse

Begrebet anvendes bredt, der er stor forskel på, hvad der lægges i begrebet, og få af de, der angiver at inddrage patienter og pårørende har arbejdet med repræsentativ inddragelse i udvikling af indsatser til trods for den høje andel af projekterne der ifølge surveybesvarelserne som illustreret i figuren til nedenfor angiver inddragelse i udvikling af indsatser.



I litteraturen bliver ord som patientinvolvering, patientcentrering, patientinddragelse og patient-/brugermedvirkning ligeledes defineret og brugt forskelligt fra forsker til forsker⁴⁸. Det kan derfor ikke overraske, at der er en meget bred anvendelse på tværs af kronikerprojekterne.

Begrebet anvendes typisk om inddragelse gennem opstilling af mål for egen behandling evt. sammen med pårørende, eller om at forløbet tager udgangspunkt i patientens behov, og at der hele tiden sammen med patienten følges op på, at indsatsen matcher patientens behov, altså den individuelle brugerinddragelse.

Det er således i få kronikerpuljeprojekter til en vis grad lykkedes at inddrage patienter og pårørende i udvikling af indsatserne gennem repræsentativ brugerinddragelse, mens der er en del projekter, hvor det er lykkedes med individuel brugerinddragelse.

Metoder til inddragelse af patienter og pårørende i udvikling af nye indsatser

De projekter, hvor borgere/patienter har været involveret direkte i udvikling af indsatser og tilbud anvender en eller flere af følgende metoder:

- Fokusgruppeinterviews med patienter og pårørende om deres behov
- Involvering af patienter i pilotprojekt med udvikling af faglige manualer (interviews og kommentering)
- Interviews med patienter og patientforeninger forud for udvikling af patientuddannelser og rehabilitering
- Inddragelse af erfarne patienter i undervisningen af medarbejdere i hjemmesygeplejen, eller som undervisere på patientskoler.
- Inddragelse af brugerpaneler og patientforeninger

Ingen projekter har valgt eller formået at benytte individuel eller repræsentativ brugerinddragelse undervejs i hele udviklingsprocessen. Typisk er inddragelsen sket indledningsvist, hvorefter sundhedsprofessionelle har anvendt input til færdigudvikling af indsatserne.

⁴⁸ Mainz, J., Barthels, P., Bek, T., Pedersen, K. M., Krøll, V., & Rhode, P. (2011). Kvalitetsudvikling i praksis (Vol. 1). København: Munksgaard Danmark.

Erfaringer med inddragelse i udvikling af indsatser og kritiske forudsætninger herfor

Der er i projekterne en oplevelse af, at inddragelse af patienter og pårørende i udvikling af indsatser udfordres af, at patienter ikke altid ved, hvad de efterspørger, mens det samtidig ikke er alt, der kan honoreres. Der er bred enighed, om at inddragelse er ressourcekrævende, og at inddragelse af patientforeninger ofte kan ende i politik, hvilket komplicerer inddragelsen yderligere.

Flere er igennem projekterne nået til en erkendelse af, at indgroede vaner og manglende fantasi og redskaber udgør en barriere for optimal inddragelse af patienter og pårørende.

Kritiske forudsætninger for repræsentativ brugerinddragelse i udvikling af indsatser

De projekter, der har arbejdet med inddragelse opfatter det som en grundlæggende præmis for inddragelse, at man definerer rammerne og sætter klare mål for, hvor patienterne har mulighed for at påvirke indsatserne, idet man ellers risikerer at pseudo-inddrage.

Hvis patienterne oplever, at deres indspil ikke er anvendt, vil det have modsat effekt af den tilsigtede.

En måde at sikre patienternes oplevelse af at have indflydelse på de indsatser der udvikles er, at inddrage dem senere i udviklingsforløbet med henblik på at verificere, kvalificere og validere de udviklede indsatser. En forudsætning for dette er, at den enkelte fagperson har overblik over udviklingsforløbet, herunder hvordan inddragelse tænkes ind løbende.

Individuel brugerinddragelse af patienter og pårørende direkte i eget behandlingsforløb

Projekter, der har inddraget patienter i eget behandlingsforløb er eksempelvis telemedicinske projekter, hvor patienterne indtaster egne måleresultater og/eller oplæres i selvbehandling eventuelt med støtte fra pårørende, eller projekter der har arbejdet med rehabiliteringsindsatser, hvor patienterne er inddraget i at opstille mål for eget forløb.

Metoderne omfatter derfor typisk, at der indledningsvist spørges ind til ønsker og behov samt det der har betydning for den enkelte, for derpå at planlægge et forløb, der følges op med en midtvejs- og en slutevaluering.

Erfaringen er, at patienterne typisk efterspørger konkrete redskaber til at håndtere deres sygdom og gerne undervisning med et praktisk sigte, der muliggør omsætning af viden om sygdommen i dagligdagen.

Der er især gode erfaringer med at inddrage pårørende til hjertepatienter i rehabiliteringen, da de ofte er meget bekymrede, hvilket opleves som en belastning for den hjertesygge.

De udfordringer, der er med involvering af patienterne i eget behandlingsforløb er, stort set de samme som for inddragelsen i udvikling af indsatser, rammer der skal overholdes, og det at den enkelte ikke altid ved, hvori mulighederne består samt hvad vedkommende ønsker.

"Vi var meget i tvivl om ordvalget – patientskole – hvem har lyst til at være patient og sidde på en skolebænk og få hældt en masse viden på uden indflydelse"

"Borgere gider i virkeligheden ikke komme med input fordi de i virkeligheden ikke gider den her sygdom, det er meget bedre med en mere lystbetonet tilgang, så motivationen kommer op"

"Nogen gange spørger vi om ting de ikke ved noget om"

"Når der tages udgangspunkt i borgerens egne håb for forandringer giver det næppe mening at tilbyde en hel patientuddannelsespakke"

Udvalgte citater fra fokusgrupperne

Generelle behov for kompetencer hos de fagpersoner, der arbejder med inddragelse

Erfaringerne fra de projekter, der har arbejdet med inddragelse af patienter i undervisningen på patientuddannelse har gjort erfaringer med, at det stiller krav til undervisernes kompetencer.

De skal kunne jonglere mellem roller, være facilitator, have evne til at skabe gruppedynamik, evne til at oversætte viden, så denne målrettes det enkelte hold samt evne til hele tiden at motivere deltagerne. Det forudsætter, at underviseren har empati og solid erfaring. Der er derfor i projekterne en erkendelse af, at man med fordel bør anvende undervisere med en kombination af pædagogisk, socialfaglig og sundhedsfaglig viden.

Der er i projekterne til trods for oplevede udfordringer og manglende redskaber til inddragelse en oplevelse af at inddragelse i forskellig form sikrer tilbuddenes relevans samt muliggør optimale forudsætninger for implementering.

Det er samtidig oplevelsen, at det har sikret flere henvisninger til rehabilitering og patientuddannelser.

Erfaring med individuel brugerinddragelse og måling af effekter

Seks vestjyske kommuner har deltaget i Region Midtjyllands projekt "Læring og mestring", hvor der er arbejdet med inddragelse af erfarne patienter i undervisningen på patientskoler.

Projektet er evalueret kvalitativt og kvantitativt med henblik på vurdering af resultater herunder udvikling af metoder til påvisning af resultater.

Evalueringerne viser blandt andet, at det er lykkedes at rekruttere mere ressourcetsvage grupper til uddannelserne, og at:

"Deltagerne rapporterer, at deres helbred er blevet bedre: de er mere fysisk aktive, de er mere aktivt engageret i livet, er mere konstruktive og oplever større social støtte og integration. De oplever også en større 'følelse af sammenhæng' i tilværelsen."

Se den fulde evaluering på www.cfk.rm.dk

4.6.2 Læringspunkter

De eksempler, som kan identificeres på "repræsentativ" patient- og pårørendeinvolvering, har i høj grad baseret sig på forskellige varianter over "tilfredshedsmålinger". Der er derfor fortsat et betydeligt potentiale i at bringe den mere repræsentative brugerinddragelse op på et nyt niveau. Forklaringen på de beskedne erfaringer med dyb involvering af patienter og pårørende i udvikling af indsatserne kan langt hen ad vejen findes i de praktiske udfordringer, det indebærer og de ressourcer, det kræver. Derudover giver projekterne udtryk for, at der er en vis tilbageholdenhed, fordi der er frygt for såkaldt "pseudoinddragelse", fordi man ikke vil kunne honorere patienternes ønsker fuldt ud.

Det er naturligvis nødvendigt at tage en sådan oplevelse alvorligt, men det er samtidig nødvendigt at fremadrettet at få aflivet de myter, som knytter sig hertil. Der er ingen tvivl om, at patienter og pårørende – som alle andre – er i stand til at forstå, at der er rammer og hensyn, som ikke kan kompromitteres. Det må samtidig understreges, at den mere ligeværdige dialog med patienter og pårørende er en udfordring, og der kan hensigtsmæssigt arbejdes på at udvikle redskaber og fx workshop- og mødeformer, som kan understøtte en sådan dialog.

Det er samtidig Implements opfattelse, at man kunne gå længere i inddragelsen, eksempelvis ved at have patienter med i projektgruppen, eller blot repræsenteret i alle

faserne af et udviklingsforløb. En oplevelse, som bekræftes af flere deltagere på fokusgrupperne.

Deltagerne i fokusgrupperne gav udtryk for, at de færreste patienter ønsker at gå i "skole" eller på "patientuddannelse", men på trods af dette kalder det projekt, der har inddraget patienter i udviklingen af en patientuddannelse fortsat indsatsen for patientuddannelse, hvilket efter Implements opfattelse kan tolkes som, at udvikling og levering af indsatser fortsat primært er drevet af fagpersoner trods udbredt ønske om fuld inddragelse af brugerne.

Behov for redskaber til begge former for inddragelse

Erfaringen med patientinddragelse i udvikling af indsatser samt i egen behandling er i kronikerpuljeprojekterne god, se ikke mindst tekstboksen for eksempel på effekter af inddragelse på patientuddannelse. Men der er fortsat behov for viden om samt udvikling af metoder til inddragelse af patienterne særligt til repræsentativ brugerinddragelse.

Det er dog en oplevelse i projekterne, at man uanset rammerne med fordel i højere grad kan inddrage patienterne i hele udviklingsprocessen, både når det drejer sig om individuel og repræsentativ brugerinddragelse, og at man med fordel kan gå længere. Et eksempel herpå ses i Region Syddanmark, hvor man i tilbageblik gerne ville have involveret de brugere, der var inddraget indledningsvist, igen senere i processen med henblik på inddragelse i og vurdering af det udviklede tilbud.

Det er Implements indtryk baseret på indhentet viden særligt fra fokusgrupperne, at den repræsentative brugerinddragelse formentlig udfordres af den måde, man traditionelt udvikler og indretter behandling i sundhedsvæsenet, idet denne typisk hviler på forskning, der danner baggrund for udvikling af behandling og indsatser, som til slut testes af på patienter. I andre sektorer og brancher vender man "værdikæden" om, og tage afsæt i målgruppens behov som grundlag for udvikling af indsatser og produkter.

Michael Porter⁴⁹ argumentere i den sammenhæng for, at væsentlige ændringer i værdskabelsen i sundhedsvæsenet kun kan ske gennem omfattende ændringer i måden, hvor på man designer ydelser, indsatser og organiseringen. En helt væsentlig faktor, som Porter fremhæver som særligt nødvendig i disse bestræbelser, er således netop inddragelse af brugerperspektivet. Der er således både forskningsmæssig og teoretisk belæg for at prioritere den repræsentative brugerinddragelse i forbindelse med udvikling af indsatserne for borgere med kronisk sygdom, ligesom projekternes erfaringer understøtter dette.

4.6.3 Delkonklusion

I dette afsnit gives en samlet vurdering af, om kronikerprojekters erfaringer kan siges at bidrage med ny viden inde for temaet patient- og pårørendeinddragelse, herunder gode erfaringer med konkrete modeller eller værktøjer.

Grundlæggende er det vanskeligt at tegne et helt entydigt billede på tværs af projekterne, fordi begrebet anvendes så bredt, som tilfældet er. Særligt fokusgrupperne har derfor

⁴⁹ Michael E. Porter and Elizabeth Olmsted Teisberg: Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, Harvard Business School Press, May 2006

bidraget til at detaljere og specificere de erfaringer, der er gjort med inddragelse på tværs af projekterne.

Det er indtrykket, at patienter og pårørende inddrages i forskelligt omfang på tværs af puljeprojekterne, men projektdeltagerne giver udtryk for, at der fortsat savnes gode redskaber til håndtering af inddragelsen, særligt hvis denne skal gå længere og videre end set hidtil særligt for så vidt angår den repræsentative brugerinddragelse. Der er ingen tvivl om, at de kendte udfordringer som nævnes indledningsvis i dette afsnit fortsat opleves og gør sig gældende.

For så vidt angår den "individuelle" inddragelse af patienten i eget forløb og i tilrettelæggelsen, er det projekternes vurdering, at der opnås betydelig resultater både for så vidt angår livskvalitet, behandlings-"compliance", egenomsorgsevne og sygdomshåndtering.

Der er et potentiale for forbedring af indsatserne ved hjælp af både individuel og repræsentativ patientinddragelse. Dette bekræftes af repræsentanterne fra flere kronikerprojekter. Specifikt må det kunne konkluderes, at de indsatser, der er tilrettelagt særligt med individuel brugerinddragelse skaber bedre forløb for den enkelte.

Derimod er der ikke umiddelbart igennem projekterne en oplevelse af, at det samme skulle gøre sig særligt gældende for indsatser udviklet med repræsentativ brugerinddragelse, hvilket efter Implements opfattelse skyldes det ovenfor nævnte, at der primært har været tale om "tilfredshedsmålinger".

Internationale perspektiver synes at underbygge potentialet for brugerinddragelse på flere niveauer, idet brugerinddragelse kan bidrage til at skabe værdi fx i relation til opnåede resultater af de kliniske og rehabiliterende indsatser i forløbet samt den patientoplevelse (livs)kvalitet.

4.7 Telemedicinsk understøttet behandling

Der er i alle regioner efterhånden gennemført en række pilotprojekter med telemedicinsk behandling til understøttelse af kronikeres håndtering af sygdom i eget hjem.

Men der savnes erfaring med drift af storskalaprojekter, hvilket vil være det naturlige næste skridt.

Regeringen, KL og Danske Regioner er undervejs med en handleplan⁵⁰ for udbredelse af de innovative telemedicinske projektafprøvninger i lokalt regi til mere konsoliderede løsninger, i et forsøg på at imødekomme demografiske og samfundsøkonomiske udfordringer.

I fokus for handleplanen er særligt at understøtte det tværsektorielle samarbejde om patienter og borgere mellem kommuner og regioner:

"Teknologien gør det muligt for alvor at flytte specialiseret behandling udenfor sygehusenes mure. Vi kan, ved hjælp af telemedicinske løsninger, flytte den helt hjem i patienternes stuer. Men vi gør det endnu ikke i stort omfang.

Konsekvent brug af telemedicin er et paradigmeskifte i sundhedsvæsenet. I stil med den udvikling vi har været igennem i de senere år, hvor ambulante behandlinger og dagkirurgi afløser lange indlæggelser. Vi skal ikke kun satse på mindre ildsjæl-projekter, men i stedet gøre de telemedicinske løsninger til en naturlig del af vores behandlingstilbud."

Formand Bent Hansen, ved Danske Regioners generalforsamling, 12. april 2012

Det er en omfattende opgave at sikre den tværsektorielle udbredelse. Det kræver nærmere konkretisering af patienter og fagpersoners rolle, samarbejdet over sektorgrænser, sundhedsfaglige ydelser, incitamentsstrukturer og teknologiske muligheder⁵¹.

Det fremgår af tekstboksen til højre, at der i regionerne generelt er høje forventninger til teknologiens muligheder, herunder at der er en forventning om, at denne vil medføre et paradigmeskifte, ligesom at der politisk er et ønske om storskala og integration i porteføljen af behandlingstilbud.

Gode erfaringer med telemedicinske løsninger er således af stor politisk interesse, ligesom erfaringer med opgørelse af omkostningseffektivitet og konkrete resultater med besparelspotentiale i forhold til forbrug af sundhedsydelser, idet løsningerne politisk opfattes som en måde at imødekomme demografiske og samfundsøkonomiske udfordringer.

⁵⁰ <http://www.digst.dk/Velfaerdesteknologi/Telemedicin-og-sundheds-it/~media/Files/Velfaerdesteknologi/Telemedicinsk%20handlingsplan-web.ashx>

⁵¹ <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Aktuelt/2011/21-10-2011.aspx>

I de følgende afsnit beskrives resultater og erfaringer i relation til de telemedicinske projekter. Der er i analysen anvendt et sæt arbejdshypoteser til at sikre stringens i dataindsamling og i analysen.

Arbejdshypoteserne fremgår af figuren til højre og er formuleret med afsæt i erfaringer fra Telekat og senere TeleCare Nord i Region Nordjylland, NSI og Sundhedsstyrelsens udkast til en National strategi for telemedicin i Danmark 2012-2015, samt diverse evalueringer og MTV af telemedicinske projekter⁵².

Derudover har Implement via andre opgaver betydelig erfaring med projekter omfattende teknologiunderstøttede indsatser til kronikere, og det er erfaringen, at brugervenlighed for sundhedsprofessionelle og patienter er omvendt proportional med løsningens kompleksitet, fordi der opleves flere udfordringer med at få udstyr til at virke stabilt.

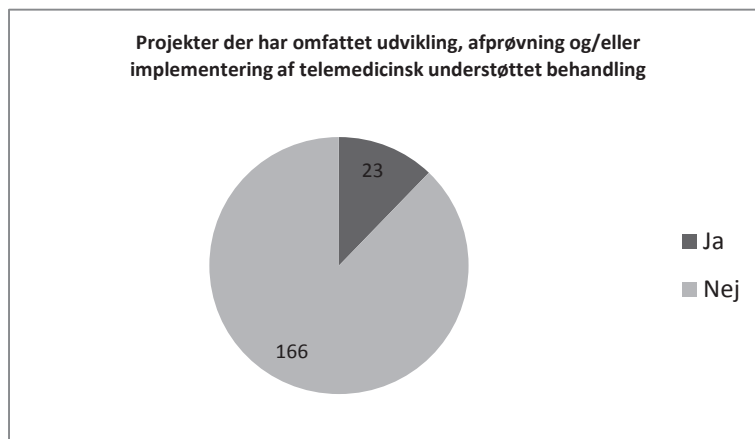
Arbejdshypoteserne behandles i det følgende implicit og sammen med vurderingen af de mange øvrige erfaringer, som kronikerprojekterne har opnået.

Arbejdshypoteser om temaet telemedicinsk understøttet behandling

- Telemedicinske løsninger følges sjældent op af tilpasninger i de hidtidige systemer og strukturer, således at der blot opbygges parallelsystemer
- Telemedicinske løsninger og projekter er ofte drevet af personer med it-kompetencer frem for sundhedsfaglige kompetencer, hvilket udfordrer anvendelsen i praksis

4.7.1 Resultater og analyse

Der er i alt 23 projekter, der har arbejdet med telemedicinsk understøttet behandling, heraf har 10 arbejdet med (telemedicinsk understøttet) egenbehandling. Af de 23 projekter har 12 været i egentlig afprøvningsfase i mere end et år.



Generelt er de telemedicinske løsningers art varierende, således er der både projekter, der anvender telemedicin til kommunikation på tværs af sektorer, mellem sundhedspersonale og borgere i eget hjem, eller til at patienter kan tilgå sundhed.dk og indtaste egne data.

I nogle af projekterne er der ikke specifikt arbejdet med telemedicinsk understøttet behandling, men mere med at identificere målgruppen for en potentiel telemedicinsk intervention.

⁵² "MTV af alternativer til indlæggelse af ustabile KOL-patienter på sygehuset - herunder OUH's telemedicinske KOL-kuffert" Afdelingen for kvalitet og forskning OUH.

De telemedicinske projekters karakter

De projekter, der har arbejdet med forløbskoordinering og/eller bedre kommunikation mellem sektorerne anvender typisk de telemedicinske løsninger til videokonferencer, mens løsningerne i andre projekter anvendes til måling af lungefunktion, AK status, teletolkning eller til vurdering af sår (teledermatologi).

To af projekterne har udviklet en telemedicinsk løsning til fysisk træning i eget hjem med henblik på at favne de borgere, særligt hjertepatienter, der har svært ved at deltage på et hold, fordi de går på arbejde i dagtiden.

Typiske udfordringer og forudsætninger for udbytte af telemedicinsk understøttet behandling

Der opleves udfordringer med de tekniske løsninger, både hvad angår udstyr, brugerflade og anvendelse af udstyret. Flere angiver meget nedetid, og der er forskel på, hvor hurtigt udbyderne af de teknologiske løsninger er til at rette op på fejl mv.

Andre udfordringer er støtteforanstaltningerne i form af, hvem der er til rådighed hvornår i forhold til at hente hjælp med anvendelse, herunder de organisatoriske aspekter, som er nødvendige for at den telemedicinske indsats fungerer.

Dertil kommer de sikkerhedsmæssige aspekter omkring, at borgerne skal have NemID for at logge på systemet, ikke mindst fordi borgeren dermed ikke kan bruge tilbuddet der, hvor man typisk har sin online adgang, nemlig gennem smartphones og tablet PC'ere. De projekter, der anvender sundhed.dk udfordres af, at denne platform ikke altid fungerer optimalt.

I udvalgte projekter lægges der vægt på, at "teknologiforskrækkelse" hos både borgere og personale er en udfordring.

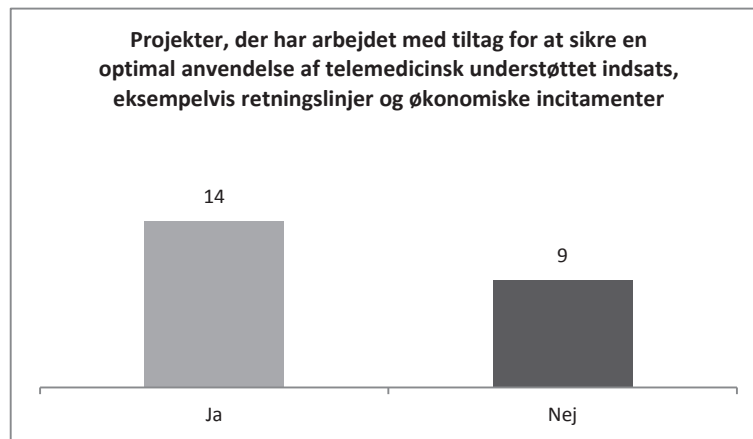
Det er generelt indtrykket at der på tværs af projekterne savnes tværsektorielle løsninger, erfaringer med storskala, regionale og optimalt nationale strategier, samt at der etableres et velfungerende regionalt eller nationalt call-center, bemandet med personale rustet til at reagere på udeblevne og/eller skæve målinger og en fælles infrastruktur. Her kan man med fordel se til Norge, hvor Nasjonalt Senter for Telemedisin og Samhandling i Tromsø er verdens største center for telemedicin og elektronisk udveksling af meddelelser samt tjenester.

Centret har kontinuerligt gang i en række forskellige projekter, der også køres som piloter som evalueres, ligesom centret har medvirket til etablering og drift af forskellige telemedicinske løsninger, der fungerer som en integreret del af sundhedssystemet i bl.a. Nordnorge, hvor de geografiske afstande gør denne form for løsninger helt nødvendige.

Kronikerprojekterne efterlyser desuden, at telemedicinske journaler med patientens målinger integreres med sygehusjournalerne med henblik på at kunne udnytte den viden, hvis patienten indlægges. Her kan man også hente inspiration i Norge, hvor man i 2004 etablerede Norsk Helsenett, 2004- (fra 2009 Norsk Helsenett SF), der er et uafhængigt aktieselskab, og opererer med det formål at sikre ét sammenhængende netværk for udveksling af informationer i det samlede sundhedssystem, herunder den udveksling af information og tjenester, der ligger i telemedicin og hjemmebehandling mv.

Tilpasning af eksisterende systemer for at undgå parallelsystemer

Det er opfattelsen, at erfaringen i projekterne med implementering af telemedicinske løsninger er, at det kræver ændrede processer, arbejdsgange og arbejdsdeling på og mellem hospital og kommune for at sikre det fulde udbytte, herunder at løsningerne ikke blot ender som en fordyrende serviceudvidelse (fraset naturligvis eventuelle omkostningsreducerede effekter på tværs af forløbet som resultat af den telemedicinske indsats).



Det betyder, at der er behov for at tilpasse eksisterende ydelser og systemer.

I projekterne er der konkret arbejdet med at reducere ambulante besøg for de patienter, der har telemedicinske løsninger i hjemmet, gennem implementering af instrukser og retningslinjer specifikt for patienter med telemedicinske løsninger. Men det er erfaringen, at det kræver en aktiv indsats, da patienterne ifølge gerne vil komme til kontrol så meget som muligt.

Det er erfaringen, at særligt sygeplejersker skal vænne sig til at arbejde anderledes, ved kun at anvendes verbal (telefonisk) og it-baseret kommunikation, ligesom hjemmesygeplejersker skal oplæres teknologi og indføres i patienternes selvbehandlingsplaner for at kunne støtte borgeren i hjemmet.

Det er i udvalgte projekter desuden forsøgt at involvere almen praksis i de telemedicinske løsninger, men der har været for mange barrierer med overenskomster og juridisk ansvarsfordeling til at der har været succes med dette.

Opfølgning og resultater i de telemedicinske projekter

En del projekter har igangværende evalueringer, og derfor skal de eksemplificerende resultater ses med det forbehold, at de er foreløbige og endnu ikke offentliggjort for de enkelte projekter.

Flere projekter følger op kvalitativt i forhold til den patientoplevede kvalitet, mens udvalgte projekter også måler kvantitativt på:

- Reducerede genindlæggelser
- Korte varighed af indlæggelserne
- Antal kontakter til egen læge
- Livskvalitet – (flere forskellige skemaer)

Det er lykkedes, særligt for telemedicinsk understøttet behandling til KOL patienter, at påvise effekt på genindlæggelser, færre ambulante besøg, kortere indlæggelser, øget tryghed i hjemmet, bedre mestring, mere fysisk aktivitet samt mere opmærksomhed på ernæring.

For så vidt angår telemedicinsk understøttet behandling til KOL patienter er erfaringen fra projekterne, at målsætningen definerer målgruppen. Eksempelvis vil der alt andet lige være størst effekt på genindlæggelser ved de dårligste KOL borgere, mens effekt på mestringsevne er størst for gruppen af borgere med moderat KOL.

Eksempler på foreløbige resultater med telemedicinske løsninger

I **Region Midtjylland** er der arbejdet med et telemedicinsk projekt for KOL patienter på hospitalet i Silkeborg. De foreløbige resultater er:

- Antallet af genindlæggelser er reduceret med næsten 50%
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid er forkortet
- Patienterne oplever større tryghed og livskvalitet

I **Region Nordjylland** er der arbejdet med udbredelse af Telekat (telemedicin til KOL patienter) til storskala i projekt TeleCare Nord. Resultaterne i Telekat var et fald i indlæggelser på 54 % og et fald i plejeudgifter på 20.000 kr. årligt. I TeleCare Nord er målene, at:

- Reducerer antallet af indlæggelsesdage til 70 % af traditionel behandling
- Reducerer antallet af genindlæggelser til 70 % af traditionel behandling
- Reducerer antallet af ambulante besøg til 70 % af traditionel behandling
- Nedbringe plejeudgifter med 10.700 kr.
- Forbedre borgernes tryghed og livskvalitet

I **Region Syddanmark** har man i en indvandrermedicinsk klinik udviklet et teletolkningssystem til etniske patienter. Resultaterne er gode, og de økonomiske gevinster store, fordi tolkene ikke længere skal køre rundt til patienterne, men udelukkende kan fokusere på at tolke. Dermed kan de på klinikken have færre og dygtigere tolke tilknyttet.

Det er indtrykket, at man i projekterne forsøger at vurdere omkostningseffektivitet. Reducerede genindlæggelser, kortere indlæggelser og færre ambulante besøg har direkte omkostningsbesparende potentiale ikke mindst i storskala, men det er indtrykket, at det er en udfordring at vurdere potentialet på den kommunale udgiftsside.

4.7.2 Læringspunkter

De projekter, der har arbejdet med telemedicinsk understøttet behandling har haft så forskellig karakter, at det giver et godt og bredt erfaringsgrundlag for at uddrage de væsentligste læringspunkter på tværs. Dette uanset, at der ikke endnu foreligger endelige resultater af effektstudier, evalueringer eller opfølgning.

Løsningernes kompleksitet

Erfaringerne fra projekterne peger på, at jo mere komplekse tekniske løsninger, der anvendes, jo større bliver udfordringerne implementeringsmæssigt – og det gælder samtidig omvendt, at jo simple løsninger, jo nemmere implementering og dermed bedre resultater.

Dette illustreres fx ved sammenligning af de såkaldt synkrone og asynkrone telemedicinske løsninger, der både er dyrere, sværere at få til at fungere alle steder (båndbredde) og komplekse for borgerne. Derudover er der ikke noget, der tyder på, at der generelt set opnås bedre kliniske resultater med komplekse løsninger end med simple.

Der er samtidig indtrykket på tværs af projekterne, at de løsninger, der er afledt af konkrete behov eller forbedringspotentialer i klinisk og rehabiliteringsmæssig sammenhæng fungerer bedre og er nemmere at integrere i den øvrige drift. Herunder synes det også at være nemmere at substituere andre indsatser og ydelser frem for blot at opbygge "parallelproduktion".

Det er dog væsentligt i den sammenhæng at præcisere, at der vel ret beset kun findes et telemedicinsk projekt, som nærmere sig noget der ligner storskala (TeleHomeCare, Nord). Da der ikke endnu er gennemført en evaluering og effektivvurdering heraf, kan det ikke afvises, at der er særlige potentialer knyttet til mere komplekse, mere avancerede tekniske løsninger, hvis de er understøttet af en regional eller national infrastruktur.

På samme vis må man forvente, at storskalaanvendelse og -udbredelse af telemedicinske løsninger formentlig i højere grad vil kunne kapitaliseres gennem tilsvarende nedjustering af den "traditionelle" kapacitet, ligesom business casen generelt set kan forventes at se betydeligt bedre ud for den avancerede løsning, hvis der er tale om storskala-udbredelse og implementering.

Løsningernes omkostningseffektivitet

Der er sammenhæng mellem løsningernes kompleksitet og omkostninger, og de billigste løsninger giver mulighed for at borgerne – der jo er i kroniske sygdomsforløb, og som sådan ikke ophører med at have behov – kan beholde den telemedicinsk, understøttede indsats i længere tid og eventuelt resten af livet. Et ønske, som på tværs af flere af kronikerprojekterne, er identificeret.

Løsningernes brugeroplevelse

Særligt i relation til kroniske sygdomme, hvor usikkerhed, angst og ensomhed/isolation ofte spiller en betydelig rolle i forhold til borgerens egenomsorgsevne, sygdomsudvikling og dermed indsatsbehov, kan en simpel monitorerende, (telemedicinsk) indsats med en begrænset opfølgende indsats – som i vid udstrækning alene kan bestå i sikkerhed for borgeren for, at andre "kigger med" på udviklingen i måleværdier og en henvendelse, hvis der er noget, der ikke er som, det skal være, eller målinger udebliver.

4.7.3 Delkonklusion

I dette afsnit gives en samlet vurdering af, om kronikerprojekters erfaringer med telemedicinsk understøttet behandling har bidraget med ny viden på området.

På baggrund af erfaringerne fra projekterne kan det konkluderes, at det er helt afgørende særligt for de samlede omkostninger, at de telemedicinske løsninger følges op af tilpasninger i eksisterende strukturer og systemer, hvis ikke det skal fungere som et parallelsystem.

Samtidig ses der i projekterne fortsat udfordringer med tilpasninger af arbejdsgange og processer, herunder reduktion i de traditionelle kontroller, når patienten har telemedicinske løsninger og følges i hjemmet.

En væsentlig konklusion på baggrund af projekterne erfaring er efter Implements vurdering, at de simple løsninger giver færrest tekniske udfordringer samtidig med, at de er billigere og muliggør, at patienterne kan beholde løsningerne over længere tid. Dette vel at mærke uden, at påvirke effekten eller resultaterne i negativ retning, snarere tværtimod.

5. Litteratur

- Boulton C. et al (2011) The Effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services: Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med;171(5):460-466
- Færevold et al (2011) "MTV af alternativer til indlæggelse af ustabile KOL-patienter på sygehuset - herunder OUH's telemedicinske KOL-kuffert" Afdelingen for kvalitet og forskning OUH.
- Finansministeriet og Sundhedsministeriet (2013) "Afdækning af internationale kvalitetsinitiativer, 2013 (med bistand fra Rambøll, KORA og Implement Consulting Group)
- Kotter, J. (1996) "Leading Change", Harvard Business Review Press
- Mainz, J., Barthels, P., Bek, T., Pedersen, K. M., Krøll, V., & Rhode, P. (2011). Kvalitetsudvikling i praksis (Vol. 1). København: Munksgaard Danmark.
- Region Syddanmark Center for Kvalitet, (2011) "Bruger og patientinddragelse", 1. udgave
- Senge, P. (1999) "The Dance of Change: The Challenges to Sustaining Momentum in Learning Organizations", Doubleday
- Sundhedsstyrelsens (2008) "Den generiske model for forløbsprogrammer"
- Sundhedsstyrelsens (2012) "Den generiske model for forløbsprogrammer"
- Sundhedsstyrelsen (2011) "Kortlægning af erfaringer med forløbskoordinering" (gennemført med bistand fra Implement Consulting Group), http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom%20og%20forloebprogrammer/Forloebskoordinering/Forloebskoordinatn_reg_og_kom_Implement%202011.ashx
- Sundhedsstyrelsen (2010-2011) "Evaluerings af sundhedsaftalerne" (gennemført med bistand fra Implement Consulting Group) http://www.sst.dk/publ/Publ2012/BOS/Sundhedsaftaler/Eval_sundhedsaft_sammenfatn_perspektivering.pdf
- Martin S.Buch (2012) "Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom"

6. Bilag

6.1 Deltagere i fokusgrupper

6.1.1 Stratificering

Projekt	Inviteret	Deltog
Fokusgruppe 1		
Thisted Kommune ”Styrkelse af indsatsen for 3 kronikergrupper DM type 2, KOL og iskæmiske hjerte/kar sygdomme”	√	√
Region Midtjylland ”Kronikerdata”	√	√
Region Sjælland ”B5 Journalaudit - Kvalitetsudvikling af diabetesomsorg på tværs af sektorer”	√	
Fokusgruppe 2		
Faxe Kommune ”En forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme”	√	Tlf. Interview
Region Sjælland ”Patientuddannelser på tværs af diagnoser”	√	
Fokusgruppe 3		
Albertslund Kommune ”Vestegnsprojektet – PULS på vestegnen”	√	√
Region Hovedstaden ”Implementerings- og samarbejdsprojektet”	√	√
Region Sjælland ”Demens – én indgang”	√	√
Region Hovedstaden ” Evaluerings og analysemodel projektet for	√	√

forløbsprogrammer"		
Ballerup Kommune "Implementering af den kommunale del af forløbsprogrammer i regi af Klyngesamarbejdet ved Herlev Hospital."	√	

6.1.2 Forløbskoordinering

Projekt	Inviteret	Deltog
Fokusgruppe 1		
Mariagerfjord Kommune " Forløbskoordination til borgere med KOL, hjerte-kar sygdom, diabetes 2"	√	√
Langeland Kommune "Forløbskoordination"	√	√
Skive Kommune " Forløbsprogram, - en særlig indsats et sundere liv"	√	√
Region Midtjylland " Forløbsprogram for type 2 diabetes - Koordinerende sygeplejerske"	√	√
Region Syddanmark "Et forløb – 2(3) sektorer"	√	√
Fokusgruppe 2		
Odense Kommune "Forløbskoordinationsenhed i Odense Kommune"	√	

6.1.3 Multisygdom

Projekt	Inviteret	Deltog
Fokusgruppe 1		
Vordingborg " Implementere og sikre effektiv og sikker kommunikation med praktiserende læger ifm. forløb vedr. kronisk sygdom"	√	
Viborg Kommune " Den forstærkede indsats for kronisk syge"	√	
Kolding Kommune " Udvidelse af forløb for borgere med type 2 diabetes"	√	
Sorø Kommune " Rehabilitering af borgere med kroniske sygdomme i Sorø Kommune"	√	√
Region Sjælland "Patientuddannelser i Region Sjælland - høj kvalitet på rette tid og sted."	√	√
Region Hovedstaden " Evaluerings og analysemodel projektet for forløbsprogrammer"	√	
Region Syddanmark " Shared Care Platform "	√	√
Region Hovedstaden "Udvikling af forløbskoordination"	√	√

6.1.4 Implementering

Projekt	Inviteret	Deltog
Fokusgruppe 1		
Ishøj Kommune " Implementering af forløbsprogram for KOL og diabetes / -en del af "Vestegnsprojektet" - også kaldes PULS på vestegnen"	√	√
Billund Kommune " Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom"	√	√
Aabenraa Kommune " En forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom"	√	
Kolding Kommune " Udvidelse af forløb for borgere med type 2 diabetes"	√	√
Hillerød Kommune " Implementering af forløbsprogrammer"	√	√
Brøndby Kommune " Puls på Vestegnen - Patient Uddannelse Læring Sundhedsfremme"	√	

6.1.5 Patient- og pårørendeinddragelse

Projekt	Inviteret	Deltog
Fokusgruppe 1		
Kolding Kommune "Udvidelse af forløb for borgere med type 2 diabetes"	√	√
Region Midtjylland "Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom"	√	√
Halsnæs Kommune " Implementering af forløbsprogrammer, som et delelement af en samlet rehabiliteringsindsats overfor borgere med kroniske sygdomme i Halsnæs Kommune."	√	√
Fokusgruppe 2		
Region Hovedstaden " Projekt 14, Patientportalen i Region Hovedstadens Kronikerprogram"	√	
Syddjurs Kommune " Forbedret kroniker indsats i Syddjurs kommune"	√	√
Struer Kommune " Udvikling og implementering af forløbsprogrammer i Struer Kommune i Samarbejde med Herning, Ikast-Brandø og Lemvig Kommuner (projektnr.54671)"	√	
Herning Kommune " Udvikling og implementering af koordinatorfunktion og forløbsprogrammer i Herning Kommune",	√	√
Langeland Kommune "Forløbskoordinator"	√	
Region Syddanmark "Patientuddannelse på tværs af diagnoser"	√	√
Region Sjælland " Kvalitetsudvikling og udbredelse af psykoedukation i Psykiatrien"	√	

6.1.6 Telemedicinsk understøttet behandling

Projekt	Inviteret	Deltog
Fokusgruppe 1		
Region Midtjylland "Telemedicinsk service til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. /Et klinisk randomiseret, kontrolleret studie til vurdering af den kliniske effekt og de økonomiske konsekvenser af telemedicinsk service. /"	√	√
Københavns Kommune "Optimering af den tværsektorielle indsats for mennesker med kronisk obstruktiv "	√	
Region Nordjylland "KOL-telehomecare"	√	√
Region Midtjylland "Styrket kommunikation mellem praksis, kommune og RHB"	√	√

6.2 Oplæg til fokusgrupperne

Fokusgrupperne er gennemført efter samme struktur, alle har haft en varighed af 3 timer. Nedenfor er strukturen beskrevet og i de efterfølgende afsnit er de temaspecifikke spørgsmål og udsagn fra survey, som har dannet basis for diskussionen gengivet.

6.2.1 Struktur fokusgrupper

Implement har indledningsvist præsenteret formål med evalueringen, med fokusgrupperne samt grundlaget for de udvalgte projekter

Præsentation af projektdeltagere og deres projekter efter følgende struktur:

- Mål med projektet
- Aktiviteter
- Effekter/resultater

Diskussion af

- Spørgsmål rejst gennem survey
- Udfordringer og løsningsmuligheder/erfaringer i relation til det pågældende tema

Individuel brain storm over

- de konkrete læringspunkter fra projektet
- De væsentligste erfaringer som kan bruges fremadrettet til at forbedre sammenhængen i indsatserne på tværs af sektorerne

6.2.2 Stratificering

Fokusgruppe 1

Spørgsmål

Hvordan arbejdes der med stratificering til planlægning af en gradueret indsats på populationsniveau?

Hvad er formålet med at arbejde med stratificering på et overordnet niveau til gradueret af indsatser?

Hvordan kommunikeres den overordnede strategiske inddeling af populationen til de aktører, der i praksis skal fordele ressourcer og kapacitetsplanlægge?

Hvordan anvendes stratificering i praksis af de aktører, der tilbyder indsatser til kronikerne? (eksempelvis sundhedscentre mv)

Er der en oplevelse af, at der sker kapacitetsplanlægning efter stratificering på populationsniveau? Og passer kapaciteten til den mængde borgere/patienter der henvises til tilbud under forløbsprogrammerne?

Stemmer henvisninger og stratificeringsniveau som hovedregel overens?

Hvad er forudsætningerne for, at stratificering og den praktiske "fordeling" af kronikerne kommer til at stemme overens?

Hvordan kan den enkelte praktiserende læge anvende viden om populationen af

kronikere i sin patientgruppe optimalt? Udfordringer: Giver stratificeringskriterierne mening? Eller er der elementer, som mangler? Henviser aktørerne borgerne, som de skal ifølge stratificeringskriterierne. Statements: "Hospitalet henviser ikke de borgere til vores rehabiliteringstilbud, som de skal" "De, der henviser - det er kun, fordi vi kender dem personligt ude på afdelingen" "Nogen gange tager vi også imod nogle borgere, der i virkeligheden er lidt dårligere, end de burde være til det kommunale rehabiliteringstilbud" "Vi henviser de patienter, der kan gå i kommunen, men de fleste af vores patienter er alt, alt for dårlige"
Fokusgruppe 2
Spørgsmål Arbejdes der med stratificering til planlægning af en gradueret indsats på populationsniveau? Hvordan/hvorhenne? Hvordan kommunikeres den overordnede stratificering af populationen nedad i relation til fordeling af ressourcer og kapacitetsplanlægning? Er der en oplevelse af, at de respektive aktører kapacitetstilpasser efter stratificeringen af populationerne? Hvilke udfordringer er der forbundet med stratificering? Udfordringer med kommunikation af stratificering? Udfordringer med kapacitetstilpasning i praksis? Hvordan omsættes stratificering til noget operationelt hos de aktører, der arbejder med kronikerne, således at kronikerne tilbydes de indsatser, de jf. deres stratificeringskategori bør tilbydes efter forløbsprogrammerne? Statements: "Hospitalet henviser ikke de borgere til vores rehabiliteringstilbud, som de skal" "De, der henviser – det er kun, fordi vi kender dem personligt ude på afdelingen" "Nogen gange tager vi også imod nogle borgere, der i virkeligheden er lidt mere dårlige end de burde være til det kommunale rehabiliteringstilbud" "Vi henviser de patienter, de kan gå i kommunen, men de fleste af vores patienter er alt, alt for dårlige"
Fokusgruppe 3
Spørgsmål Arbejdes der med risikostratificering og/eller behandlingsstratificering – og herunder, hvordan vurderes de to formers anvendelse i praksis? Hvad er de gode erfaringer med at anvende stratificeringskriterierne til at udvikle henvisningskriterier? Hvad er udfordringerne med at anvende stratificeringskriterierne til at udvikle henvisningskriterier? (egenomsorg, funktionsevne mv)

Hvordan adskiller jeres tilgang til stratificering sig fra beskrivelserne i Sundhedsstyrelsens generiske model? (Og gør den det?)
 Er I nået til enighed, når de fælles henvisningskriterier skal udvikles i samarbejde mellem aktørerne? Hvorfor/hvorfor ikke?
 Er der enighed om den praktiske anvendelse af henvisningskriterierne efterfølgende? (anvender alle aktører henvisningskriterierne/henviser de)

Statements:

"Hospitalet henviser ikke de borgere til vores rehabiliteringstilbud, som de skal"
 "De, der henviser – det er kun, fordi vi kender dem personligt ude på afdelingen"
 "Nogen gange tager vi også imod nogle borgere, der i virkeligheden er lidt dårligere, end de burde være til det kommunale rehabiliteringstilbud"
 "Vi henviser de patienter, de kan gå i kommunen, men de fleste af vores patienter er alt, alt for dårlige"

6.2.3 Forløbskoordinering

Fokusgruppe 1

Spørgsmål

På hvilke områder er det en oplevelse, at der er størst behov for at understøtte sammenhængen med en særligt forløbskoordinerende indsats?
 Hvilken ny viden om forløbskoordinering er der skabt i projekterne?
 Hvordan arbejdes der med forløbskoordinering internt i egen sektor, eksempelvis på tværs af afdelinger på sygehuset/forvaltninger i kommunen?
 Hvordan kan man arbejde med at integrere forløbskoordinering i de eksisterende ydelser?
 Er der udfordringer/fordele ved, at forløbskoordinatoren er én person?
 Er der udfordringer/fordele ved, at forløbskoordineringsopgaven løses af et team?
 Er der arbejdet med at skabe relationer på tværs af sektorer/internt i egen sektor for at understøtte forløbene?
 Hvordan kan forløbskoordinering optimalt integreres i de eksisterende ydelser?
 Arbejdes der med en generisk eller sygdomsspecifik tilgang til forløbskoordinering?
 Hvad betyder det for forløbene?
 Er der en oplevelse af, at flere borgere gennemfører eksempelvis rehabiliteringstilbud, hvis de modtager forløbskoordinering?

6.2.4 Multisygdom

Fokusgruppe 1

Spørgsmål

Hvordan etableres der gode kommunikationsveje mellem aktører og sektorer men også internt i sektorer, der sikrer gode patientforløb for multisyge?

Hvad er forudsætningerne for at kunne håndtere borgere med multisygdom optimalt?
Hvordan reduceres frafald på tilbuddene?
Hvad er de multisygges oplevelse af at deltage på ikke- hhv. diagnosespecifikke tilbud?

Statements

"Økonomi og it-understøttende strukturer udgør barrierer for samarbejde på tværs."
"Det er svært at være borger med flere sygdomme. Der er mange kontakter, og det er svært for borgerne at gennemskue, hvem der er den primære kontakt."
"De "fylder" meget, er meget tidskrævende. Man skal være opmærksom på ikke at havne som "mægler" imellem forskellige afdelinger/aktører."
"Én kommunal indgang sikrer, at borgere med multisygdom tilbydes individuel rehabiliteringsplaner"
"Borgere med multisygdom og sårbare borgere kan have behov for at blive undervist enkeltvis eller i mindre grupper."
"Vores erfaring er, at borgere med multisygdomme, som oftest også har andre ting, der fylder i deres liv, og som tager fokus fra deres sygdom. Det er økonomiske, sociale, psykiske problemer. Nogle har også problemer med tilknytning til arbejdsmarkedet. Før disse problemer er løst, kan de ikke overskue også at skulle til undersøgelser, ændre livsstil m.v. De lader stå til vedr. sygdom. Der bliver ikke taget udgangspunkt i, hvor borgeren er i livet, og hvad borgeren er motiveret for/ønsker at starte med"
"Enkelte multisygge patienter er blevet fejlvisiteret til vores hjerteskolet. F.eks. en KOL-patient. Hun måtte desværre ekskluderes, da hun ikke kunne klare at sidde i et tætlukket undervisningslokale, pga. lufthunger."
"Vi havde flere multisygge, som faldt fra i forløbet, da de blev indlagt, eller tilstanden var ustabil, og trætheden gjorde at de ikke kunne deltage. Meget syge har nok i sig selv, er vores oplevelse, og har svært ved at drage nytte af andres erfaringer."
"Deltagelsen og gennemførelsesprocenten er væsentlig lavere for borgere med multisygdom (psykiske lidelser, kroniske smerter mv.) end borgere uden multisygdom."
"Det er jo rigtig svært at sætte borgerne i bås - så de bliver tilknyttet det forløbsprogram, hvor den største sygdomsbyrde er – borgere med multisygdom er sikkert også på de hold, og der tages hånd om det ved at opbygge generelle handlekompetencer."

6.2.5 Implementering

Fokusgruppe 1

Spørgsmål

Hvad er de kritiske forudsætninger for at lykkes med implementering af et projekt, der involverer aktører på tværs af sektorer? (internt i en sektor)
Hvilke gode erfaringer er der med at involvere forskellige interessenter i udvikling af indsatserne, samt implementering af dem?
Hvordan er implementeringen af projekterne planlagt? (tid anvendt, aktører

involveret, grundighed osv)
Hvilke gode eksempler er der på involvering af frontmedarbejdere, herunder indsatser rettet mod at få dem til at gøre ting anderledes ifbm. projektets fokus?
Hvordan har ledelsens tilstedeværelse været i udvikling og implementering af indsatserne?

Statements

"Projektet er politiske vedtaget, og det er derfor svært efterfølgende reelt at inddrage de personer, som i praksis skal implementere nye løsninger."

"Få uger inde i projektforsløbet var det vanskeligt at få ledelsen i tale om justeringer af projekterne."

"Det var svært at holde fokus på projektet samtidig med, at den almindelige hverdag og drift skulle klares. Borgerne er jo ligeglade med, om der er tale om et projekt."

6.2.6 Patient- og pårørendeinddragelse

Fokusgruppe 1

Spørgsmål

Hvordan inddrages borgere konkret i eget behandlingsforløb?
Hvilke redskaber eller metoder er der anvendt til inddragelse af borgere/pårørende?
Hvilke erfaringer er der med de forløb, hvor borgere er inddraget i eget forløb?
Er det nemmere at implementere nye løsninger, hvis man prioriterer inddragelse?
Hvorfor/ hvorfor ikke?
Hvilke udfordringer er der med at inddrage borgerne?

Statements (eksempler på inddragelse)

"Det er jo borgeren, der ved, hvordan det er at have en kronisk sygdom, borgeren ved langt hen af vejen, hvad de har behov for, og hvordan dette behov bedst bliver opfyldt."

"Patienterne inddrages i målsætning for forløbet og pårørende tilbydes at deltage i undervisningsforløbene. Målsætning anvendes som styringsredskab for såvel forløbet som udslusning."

"Alle deltagere har en indledende samtale med deres kontakt person hvor de er med til at finde frem til deres behov for rehabilitering, alle borgere evaluerer efter forløbet effekten af kurset. der bliver brugt frivillige til at være med til at udvikle tilbuddet og til at være med til at danne netværk til fastholdelse efter kursus."

"Borgerinddragelsen har betydning for motivation for deltagelse."

"Pårørendeinddragelse har betydning for borgeren med kronisk sygdom både under og efter deltagelse i forløbsprogrammet."

"Pårørendes vinkel er vigtig - deltager de i undervisningen stilles andre spørgsmål og der opnås større forståelse for borgeres situation"

"Der er ingen tvivl om, at inddragelse af pårørende i rehabiliteringsforløbet har betydning for udbyttet hos den enkelte borger, fordi de pårørende kan støtte op om

den enkeltes indsats.”
Fokusgruppe 2
Spørgsmål Hvordan rekrutteres de borgere, der medvirker til udvikling af indsatserne? Hvordan inddrages de konkret i udvikling af indsatserne? Hvilke redskaber eller metoder er anvendt til inddragelse af borgere/pårørende i udviklingen? Hvilke erfaringer er der med de indsatser, borgerne har været med til at udvikle? Er det nemmere at implementere nye løsninger, hvis borgerne har været inddraget i udviklingen? Hvorfor/ hvorfor ikke? Hvilke udfordringer er der med at inddrage borgerne? Statements (eksempler på inddragelse) ”De enkelte borgere er blevet spurgt om, hvilke ønsker de kunne have mht. til udvikling af et kursustilbud. ” ”Forskellige metoder er afprøvet og valg/ændret efter input fra borgerne” ”Det er ikke muligt at øge borgernes egenomsorgsmuligheder og egenbehandlingskompetencer uden borgerinddragelse, idet indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte borgers konkrete sundheds- og livssituation, herunder familie relationer.” ”Det, at patienter har været med i planlægningsproces har gjort forløbene mere relevante og hermed øget deltagernes motivation og ønske om forandring” ”Det er jo borgeren, der ved, hvordan det er at have en kronisk sygdom, borgeren ved langt hen af vejen, hvad de har behov for, og hvordan dette behov bedst bliver opfyldt.” ”Borgerinddragelsen har betydning for motivation for deltagelse.”

6.2.7 Telemedicinsk understøttet behandling

Fokusgruppe 1
12 udfordringer telemedicin, der er brugt til at konkretisere løsninger Den tekniske løsning er for kompliceret eller har for meget nedetid Hospitalet indlægger patienterne efter samme mønster, som de hele tiden har gjort Er det i virkeligheden den rette målgruppe for tilbuddet? Opgørelse af omkostningseffektivitet er vanskelig? Kliniske og patientoplevede resultater er svære at måle? Det forudsætter samarbejde på tværs af aktørerne og involvering af mange aktører Organisatoriske udfordringer - sektorer og arbejdsgange Organisatoriske udfordringer - bemanning og hvem der er til rådighed, hvornår Organisatoriske udfordringer - udrulning i større skala, eksempelvis infrastruktur De telemedicinske løsninger er ikke integreret i den almindelige kliniske praksis Telemedicinske løsninger søges implementeret pba. af tekniske muligheder og i

mindre grad som løsning på praktiske udfordringer.
Sikkerhed

Spørgsmål (der er brugt opfølgende, der hvor det ikke er besvaret ud fra de givne udfordringer):

Er de telemedicinske løsninger udviklet på baggrund af identificerede behov? (og i mindre grad på tekniske muligheder)

Hvordan kan der arbejdes med at tilpasse eksisterende systemer og strukturer, så der ikke opbygges parallelsystemer med de telemedicinsk understøttet behandling? Hvordan arbejdes der med at sikre rollefordeling mellem de aktører, der involveres i løsningen?

Hvordan vurderes omkostningseffektivitet? (hvilke parametre forventes der effekt på) Har telemedicin på KOL området potentiale til at reducere patientens behov for uplanlagt kontakt til både primær og sekundær sektorer?

Reduceres antallet af indlæggelser / varighed af indlæggelser? Reduceres mortaliteten? Reduceres antallet af henvendelser i skadestuer? Hvad koster indsatsen i forhold til evt. besparelser?

Statements fra survey:

"Der er brugt meget lang tid på at udvikle modellen for den telemedicinske KOL-indsats."

"Der er anvendt mange ressourcer på at udvikle og understøtte organiseringen af indsatsen."

"Udfordringen er at finde en telemedicinsk løsning, som er helbredsmæssig sikker, stabil i overførsel af data, hygiejnisk forsvarlig og brugervenlig datafremstilling både for patient og fagfolk. Dette forudsætter et tæt samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, medicoteknikkere, it-sagkyndige og firmaer, der leverer den tekniske løsning"

"Mange stand-alone løsninger med forskellige teknologileverandører."

"Der mangler tværsektorielle løsninger."

"Der mangler erfaringer med storskala."

"Der er ingen regional strategi, fx. et regionalt call center og en fælles infrastruktur etc."

"Processerne på hospital og kommune skal ændres for at få det fulde udbytte af telemedicin. Sygeplejerskerne skal eksempelvis arbejde anderledes, end hvis patienterne er indlagt".

"Meget få udfordringer. Det er meget vanskeligt at måle effekten grundet det indlæggelsesmønster kol patienten har i regionen. Udfordringerne er mere på personalesiden, der skal vende sig til at en anden måde at arbejde på."

"Udfordringen ligger i manglende it kundskaber, samt vilje"

"Det har været en udfordring at rekruttere patienter nok til tilbuddet"

6.3 Survey

0%  100%

Gennemføres projektet i samarbejde med andre kommuner og/eller regionen?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

Hvis ja:

0%  100%

Hvilke(n) kommune(r)/ region?

0%  100%

Hvad er puljeprojektets titel?

0%  100%

Hvor længe har projektet været i egentlig afprøvningsfase?

- | | |
|---------------|-----------------------|
| Under 3 mdr | ☐ |
| 3-6 mdr | ☐ |
| 6-9 mdr | ☐ |
| 9-12 mdr | ☐ |
| Over 12 mdr | ☐ |
| Ikke relevant | ☐ |

Eventuel bemærkning:

0%  100%

Har projektet omfattet patientundervisning/patientuddannelse?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

Hvor mange borgere/patienter har gennemført uddannelse/undervisning indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?

Under 10	☐
10-30	☐
31-50	☐
51-100	☐
Over 100	☐
Ikke muligt at besvare	☐

0%  100%

Har projektet omfattet indførelse eller afprøvning af egenbehandling?

Ja	☐
Nej	☐

0%  100%

Hvor mange borgere/patienter har været inkluderet i egenbehandling indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?

Under 10	☐
10-30	☐
31-50	☐
51-100	☐
Over 100	☐
Ikke muligt at besvare	☐

0%  100%

Har projektet inkluderet udarbejdelse og/eller implementering af lokale forløbsprogrammer/forløbsbeskrivelser?

Ja	☐
Nej	☐

0%  100%

Hvor mange borgere/patienter har cirka modtaget et eller flere konkrete tilbud på baggrund af forløbsprogrammet indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?

Under 10	☐
10-30	☐
31-50	☐
51-100	☐
Over 100	☐
Ikke muligt at besvare	☐

0%  100%

Har projektet omfattet kompetenceudvikling af medarbejdere?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

Hvor mange medarbejdere har modtaget et eller flere konkrete kompetenceudviklingstilbud indenfor projektets rammer på nuværende tidspunkt?

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| Under 10 | ☐ |
| 10-30 | ☐ |
| 31-50 | ☐ |
| 51-100 | ☐ |
| Over 100 | ☐ |
| Ikke muligt at besvare | ☐ |

0%  100%

Stratificering

Stratificering anvendes i praksis på flere måder. Begrebet anvendes både isoleret om håndtering af behov hos borgeren/patienten ud fra en vurdering af funktionsevne/egenomsorgsniveau og isoleret i relation til sygdommens karakter eller stadie. Der ses stratificeringsmodeller/stratificeringstiltag i forhold til behandling, sygdom, risiko, behandlingsansvar, funktionsevne og/eller egenomsorgsevne.

De følgende spørgsmål skal belyse eventuelt anvendte stratificeringsmodeller/stratificeringstiltag, hvordan der i øvrigt arbejdes med stratificering, hvilke udfordringer der er identificeret i projektarbejdet samt vurdere eventuelle resultater.

0%  100%

Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af en stratificeringsmodel/stratificeringstiltag?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

Er den anvendte stratificeringsmodel/stratificeringstiltag formelt beskrevet, eksempelvis i forløbsprogrammer?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

I hvilke situationer er stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene tænkt anvendt?

Opsporing	☐
Udredning	☐
Behandling/indsats	☐
Rehabilitering	☐
Opfølgning	☐

0%  100%

Af hvilke aktører?
(vælg gerne flere)

Almen praksis	☐
Sygehuslæger	☐
Kommunal visitator	☐
Hjemmeplejen	☐
Hjemmesygeplejen	☐
Fysioterapien/Ergoterapien	☐
Andre (specificér)	☐

0%  100%

Inddrager stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene:
(vælg gerne flere)

Sygdomsspecifikke kriterier	☐
Egenomsorgsevne	☐
Funktionsevne	☐
Behandlingsbehov	☐
Ingen af de nævnte	☐

Beskriv gerne:

0%  100%

Er der sammenhæng mellem implementerede sygdomsspecifikke forløbsprogrammer og anvendt stratificeringsmodel/stratificeringstiltag?

- | | |
|---------|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Delvist | ☐ |
| Nej | ☐ |

Hvis ja eller delvist, beskriv gerne hvilken sammenhæng:

0%  100%

Hvordan tager stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene højde for borgere med multisygdom?

0%  100%

Er der enighed om anvendelse af stratificeringsmodellen/stratificeringstiltagene på tværs af de forskellige kommunale aktører, sygehuse og almen praksis?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

kommenter gerne:

0%  100%

Er dette formelt aftalt fx i en sundhedsaftale eller anden samarbejdsaftale?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

Hvilke af følgende udsagn passer bedst på jeres måde at arbejde med stratificering?

Der arbejdes målrettet med stratificering som led i projektet	☐
Der arbejdes med stratificering ud fra en model/tiltag, der allerede var i brug før projektstart	☐
Der arbejdes med en stratificeringsmodel/stratificeringstiltag, der allerede var i brug i forvejen, men som er blevet kvalificeret gennem projektet	☐
Der arbejdes ikke med en egentlig stratificeringsmodel/stratificeringstiltag, og borgere med kroniske sygdomme henvises til relevante tilbud på baggrund af individuel faglig vurdering og visitation.	☐
Ikke muligt at besvare	☐

Kommentarer:

0%  100%

Stratificering

Der er stor interesse i erfaringer med og resultater ved anvendelse af stratificering som værktøj, i forhold til fremadrettede anbefalinger og kvalificering af indsatserne. De følgende spørgsmål skal ses i denne kontekst.

0%  100%

Følges der op på, om stratificering anvendes systematisk af de respektive aktører?

Ja	☐
Nej	☐

kommenter gerne:

0%  100%

Hvordan følges op på/vurderes anvendelsen af stratificering?

0%  100%

Opleves det på den baggrund, at borgernes/patienternes behandlingsforløb er blevet mere optimalt?

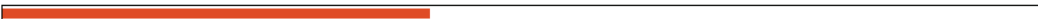
Ja	☐
Nej	☐
Ved ikke	☐

0%  100%

Beskriv eventuelt hvordan der følges op på det?

0%  100%

Kan det skyldes, at der er andre forhold som har betydning for at borgerens forløb kunne være mere optimalt?
Beskriv gerne:

0%  100%

Forløbskoordinering

Begrebet forløbskoordinering anvendes erfaringsmæssigt på to måder. Forløbskoordinering kan således enten være en personificeret forløbskoordinator, eller generelt koordinerede patientforløb. Forløbskoordinering er også på kronikerområdet i fokus. Der mangler dog entydig viden om, hvordan koordinationen bør understøttes organisatorisk, og hvordan opgaverne skal tilrettelægges. De følgende spørgsmål skal bidrage med viden på dette område.

0%  100%

Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af forløbskoordinering?

Ja

☐

Nej

☐

0%  100%

Hvilke typer af borgere/patienter er målgruppe for modtagelse af den særlige indsats indenfor forløbskoordinering?

Hvordan er forløbskoordineringsopgaven organiseret? Beskriv:

0%  100%

Hvilke faggrupper/aktører har en defineret rolle med klare ansvarsområder i forhold til forløbskoordinering?
(vælg gerne flere)

(Her tænkes på praksis og ikke nødvendigvis som det er beskrevet i forløbsprogrammerne)

Almen praksis	☐
Hjemmesygeplejersker	☐
Visitatorer	☐
Sygehuslæger og sygehussygeplejersker	☐
Hjemmeplejere	☐
Anden faggruppe	☐
Ingen specifik faggruppe, kommenter gerne:	☐

0%  100%

Er der en oplevelse af, at forløbskoordinering har været med til at skabe sammenhæng i ydelser og aktiviteter inden for projektets rammer?

Ja	☐
Nej	☐

0%  100%

Beskriv gerne nærmere:

0%  100%

Er der gennemført en evaluering eller opfølgning på effekter eller resultater?

Ja	☐
Nej	☐

0%  100%

Hvad viste denne opfølgning/evaluering:

0%  100%

Hvis muligt, beskriv da, hvilke erfaringer der i øvrigt er gjort med forløbskoordinering i projektet – hos hhv. borgere/patienter, almen praksis, sygehus og kommune samt på tværs af aktørerne?

0%  100%

Samarbejdsmodeller og -aftaler

Med samarbejdsmodeller og aftaler tænkes eksempelvis på sundhedsaftaler, fælles forløbsprogrammer eller andre særligt indgåede aftaler og modeller for samarbejde på tværs af aktører og sektorer. De følgende spørgsmål skal afdække erfaringer og forbedringspotentialer i relation til samarbejdsaftaler inter- og tværsektorielt.

0%  100%

Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af samarbejdsmodeller og -aftaler mellem almen praksis, kommunale aktører og hospitalerne?

Ja	☐
Nej	☐

0%  100%

Hvordan er samarbejdet mellem aktørerne i den enkelte sektor etableret inden for det enkelte projekt? Beskriv gerne nærmere:

Hvordan er samarbejdet i praksis organiseret mellem aktørerne på tværs af sektorerne i projektet?

0%  100%

Følges der op på, om de aftaler, der er indgået som led i projektet, efterleves?

Ja	☐
Nej	☐
Ikke muligt at besvare	☐

0%  100%

Beskriv gerne hvordan der er fulgt op på efterlevelsen af aftalerne:

0%  100%

Vurderes/måles samarbejdsaftalernes effektivitet og forbedringspotentialer i det enkelte projekt?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

Beskriv gerne hvordan samarbejdsaftalernes effektivitet og forbedringspotentialer vurderes:

0%  100%

Multisygdom

Andelen af kronisk syge borgere, der har mere end én kronisk sygdom er betydelig, og flere samtidige sygdomme kan betyde, at borgeren/patienten skal have kontakt med et større antal aktører, hvilket øger kompleksiteten af den enkeltes forløb og dermed behovet for koordinering.
De følgende spørgsmål skal afdække erfaringer med borgere med multisygdom.

0%  100%

Har projektet omfattet udvikling, afprøvning eller implementering af indsatser særligt for borgere/patienter med multisygdom?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

Hvilke erfaringer er der gjort gennem projektet i relation til borgere/patienter med multisygdom? Beskriv gerne nærmere:

Hvilke overvejelser har udfordringer og erfaringer med borgere/patienter med multisygdom givet anledning til i relation til særlige indsatser mv.? Beskriv gerne nærmere:

0%  100%

Er der målt på og vurderet resultater af indsats for borgere/patienter med multisygdom?

- | | |
|-----|-----------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ |

0%  100%

Beskriv gerne hvordan, der er foretaget måling eller vurdering:

0%  100%

Implementering

Resultater og succes med planlagte projekter vil altid være relateret til graden af implementering. De følgende spørgsmål vil derfor afdække konkrete implementeringstiltag i relation til projektet.

0%  100%

Har projektet været en udmøntning af en overordnet kronikerstrategi eller -plan?

Ja

☐

Nej

☐

0%  100%

Beskriv gerne strategien/planen kort?

0%  100%

På hvilket organisatorisk niveau i organisationen har projektet været ledelsesmæssigt forankret?

Hvilke væsentlige grupper af aktører og sektorer har været involveret i udvikling og gennemførelse af projektet?

Hvilke aktører og sektorer har været involveret i planlægning af implementeringsindsatsen?

0%  100%

Er der fulgt op på, om de i projektet nye/justerede indsatser i praksis anvendes som tiltænkt?

Ja

☐

Nej

☐

0%  100%

Hvordan er der fulgt op på, om de i projektet nye/justerede indsatser i praksis anvendes som tiltænkt:

Har det givet anledning til justering af indsatserne? Og evt. hvorfor?

0%  100%

Hvilke indsatser er gennemført over for de medarbejdere, der har direkte kontakt til borgeren/patienten i kommunen, på hospitalet og i almen praksis, for at sikre at de udfører deres arbejde som tiltænkt i projektet?

0%  100%

Er der lagt en plan for videreførelse og udbredelse af projekterne fremadrettet efter puljemidlernes ophør?

Ja

☐

Nej

☐

Kommenter gerne:

0%  100%

Borger-/patient- og pårørendeinddragelse

Med borger-/patient- og pårørende inddragelse tænkes på direkte inddragelse i eget behandlingsforløb, direkte inddragelse i udvikling og evaluering af indsatserne eller indirekte inddragelse af borgere og pårørendes perspektiver gennem officielle undersøgelser. De følgende spørgsmål skal afdække erfaringer og resultater med inddragelsesformerne.



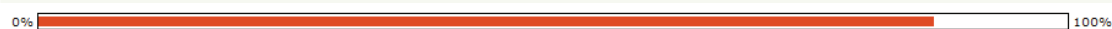
Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af patient- og pårørendeinddragelse?

Ja	☐
Nej	☐



Hvordan har patienter eller pårørende været inddraget?

Direkte i eget behandlingsforløb	☐
Direkte i udvikling og evaluering af indsatserne	☐
Indirekte gennem undersøgelsesresultater	☐



Vurderes patient- og pårørendeinddragelsen at have haft betydning for kvaliteten af de udviklede indsatser og løsninger?

Ja	☐
Nej	☐

Hvis ja:



Beskriv gerne hvordan og i hvilket omfang:

Hvis nej:



Uddyb gerne:



Udbredelse af telemedicinsk understøttet behandling

Der er gennemført en lang række (pilot)projekter vedrørende brugen af telemedicin. Telemedicin lanceres typisk som havende positive effekter eksempelvis besparelspotentialer i forhold til andre sundhedsydelser. De følgende spørgsmål skal afdække erfaringerne med og resultaterne af anvendelse af telemedicinsk understøttede indsatser.



Har projektet omfattet udvikling, afprøvning og/eller implementering af telemedicinsk understøttet behandling?

Ja	☐
Nej	☐

0%  100%

Er der arbejdet med tiltag for at sikre en optimal anvendelse af telemedicinsk understøttet indsats, eksempelvis retningslinjer og økonomiske incitamenter?

Ja ☐

Nej ☐

0%  100%

Beskriv gerne nærmere, hvilke tiltag der er gjort for at sikre optimal anvendelse:

0%  100%

Hvilke udfordringer og barrierer er der oplevet i forbindelse med udbredelse af telemedicinske løsninger til kronisk syge?

0%  100%

Følges der op på telemedicinsk understøttet indsats i forhold til organisatorisk, klinisk og patientoplevet kvalitet?

Ja ☐

Nej ☐

0%  100%

Beskriv gerne hvordan, der følges op på resultaterne:

0%  100%

Hvordan vurderes det økonomiske potentiale i den anvendte telemedicinsk understøttede indsats:

0%  100%

Tak for dine svar

Din besvarelse indgår i Sundhedsstyrelsens afsluttende evaluering af den styrkede indsats for kronisk sygdom. Den genererede viden herfra skal bidrage til at udbrede og videreudvikle kvaliteten i indsatsen for patienter med kronisk sygdom.

Hvis der ønskes et print af besvarelsen til arkivering, kan der klikkes "Udskriv" **før** du klikker "Afslut".

Når du klikker på "Afslut" indsendes besvarelsen.

Spørgsmål kan rettes til Implement Consulting Group v. projektleder Michael Daugbjerg på mda@implement.dk, 5138 7425