



Sammenhængende forløb for borgere med multisygdom



En vidensopsamling af kommunale erfaringer
med tværgående indsatser

Sammenhængende forløb for borgere med multisygdom
En vidensopsamling af kommunale erfaringer med tværgående indsatser

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-545-9

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 10.05.2023
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Maj 2023

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	4
1.1. Baggrund og formål	4
1.2. Vidensgrundlag	5
1.3. Nationale initiativer med fokus på sammenhæng i forløb	6
2. Erfaringer med at skabe sammenhæng i borgernes forløb	11
2.1. Indsatser målrettet den ældre medicinske patient	11
2.2. Indsatser målrettet mennesker med kroniske sygdomme	25
2.3. Helhedsorienterede indsatser målrettet udsatte borgere	28
2.4. Indsatser målrettet borgere med psykiske lidelser	33
2.5. Digital understøttelse af sammenhængende forløb	40
3. Opsamling	44
Referenceliste	47

1. Introduktion

1.1. Baggrund og formål

I denne rapport opsamler og beskriver Sundhedsstyrelsen udvalgte erfaringer med tværgående sundhedsindsatser i kommunerne, som skal bidrage til at skabe mere sammenhæng i forløb for mennesker med multisygdom. Afsættet for dette arbejde er, at der med satspuljeaftalen 2018 blev afsat 3 mio. kr. til initiativet 'Mere viden om multisygdom'. Som en del af initiativet skal: ' (...) Sundhedsstyrelsen i perioden 2018-2019 (...) samle eksisterende erfaringer med at tilbyde sammenhængende forløb til mennesker med multisygdom. På baggrund af vidensopsamlingen udarbejdes der anbefalinger til tilrettelæggelse af forløb for multisyge samt anbefalinger til områder, hvor der er behov for, at ny viden opbygges'(1).

Formålet med denne vidensopsamling er, at samle erfaringer og give et overblik over, hvordan kommunerne arbejder tværfagligt og tværsektorielt med at styrke og understøtte sammenhængen i forløb for mennesker med multisygdom, som modtager flere parallelle indsatser fra sundhedsvæsenet. Fordi der ikke findes mange initiativer, som har haft mennesker med multisygdom som specifik målgruppe, er der i vidensopsamlingen trukket på erfaringer fra en bredere pulje af initiativer, der på forskellig vis understøtter sammenhængende forløb, eks. komplekse forløb for mennesker med nedsat funktionsevne. Initiativerne er blevet udvalgt, da der er tale om forløb med flere parallelle indsatser og øget behov for sammenhæng og koordination. Derfor antager vi, at erfaringerne kan overføres til forløb for mennesker med multisygdom.

Den periodiske kontekst, hvori der er blevet afdækket relevante initiativer, breder sig over en forholdsvis lang periode. Vidensopsamlingen dækker derfor også over erfaringer, hvor nogle projekter ikke længere er i drift. Men de er taget med, fordi de har bidraget til udviklingen. Det er dermed ikke en aktuel status, men et tilbageblik, og vidensopsamlingen viser derved ikke et komplet overblik over de seneste års udvikling og projekter, men har taget forskellige initiativer med, der samlet kan tegne et billede af udviklingen i den historiske kontekst.

Rapporten er, sammen med andre publikationer(2-4) anvendt i Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af 'Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom'(5).

Kommunalreformen i 2007(6) medførte en række ændringer, som gjorde at opgave- og ansvarsfordelingen i sundhedsvæsenet blev ændret, og kommunernes rolle og ansvar i sundhedsvæsenet blev væsentligt større med at sikre effektive forebyggelses-, trænings- og plejeindsatser i kommunalt regi. Siden da har der været et øget fo-

kus på at skabe bedre sammenhæng og kvalitet i borgernes forløb på tværs af sektorer. Derudover er der foretaget forskellige lokale prioriteringer, strategier og satsninger, hvor et væsentligt fokus har været på den ældre medicinske patient, mennesker med kronisk sygdom og mennesker med psykiske lidelser. Nationale handlingsplaner og anbefalinger har desuden i mere end ti år understøttet iværksættelsen af en række kommunale indsatser. Disse skal bidrage til at styrke sammenhængen i borgernes forløb i sundhedsvæsenet. Det er sket gennem en udmøntning, hvor kommunerne i samarbejde med almen praksis og/eller sygehusvæsenet har arbejdet intensivt med at implementere og gennemføre indsatser for disse målgrupper.

Sideløbende med denne udvikling er sygehusene i dag blevet mere specialiserede og samlet på store enheder med færre sengepladser og med kortere indlæggelsestid. Mange opgaver skal omstilles til det primære sundhedsvæsen, herunder især kommuner og praktiserende læger, som derfor skal løse flere og mere komplekse behandlings- og plejeopgaver, der stiller øgede krav til samarbejde på tværs. Desuden har en række ændringer i sundhedsvæsenet i øvrigt, herunder økonomiske udfordringer, affødt en udvikling af nye indsatser i kommunerne, ofte i et tværsektorielt samarbejde. Sidst men ikke mindst vil andelen af ældre borgere i de kommende år stige markant i Danmark, og flere mennesker vil have to eller flere sygdomme. Mange vil have behov for samtidige indsatser på tværs af både sygehus, almen praksis og kommune. Det stiller krav til øget samarbejde imellem sektorer, så borgerne oplever deres samlede sygdomsforløb som både sammenhængende og helhedsorienteret med et stærkt fokus på borgerens samlede liv, også det som rækker ud over sygdom.

1.2. Vidensgrundlag

Vidensgrundlaget for denne rapport bygger på evalueringer af indsatser, hvor det har været en del af formålet at skabe sammenhæng i forløb for borgere, der får indsatser på tværs af flere sektorer og/eller velfærdsområder. De udvalgte indsatser er typisk udsprunget af nationale handlingsplaner, initiativer og anbefalinger.

Der er i vidensopsamlingen primært medtaget resultater og konklusioner fra rapporter, hvor der foreligger en skriftlig evaluering med en vis soliditet, dvs. forskningsinstitution eller lignende efter alment accepterede metoder for dataindsamling, databearbejdning samt dataanalyse. Der er ikke foretaget en metodisk rangordning af evalueringernes kvalitet.

Der fokuseres primært på sundhedsindsatser, hvor dele af, eller hele formålet har været at styrke sammenhængen i forløb for borgere på tværs af sektorer samt på tværs af lovgivninger og forvaltninger internt i kommunen. Resultater som direkte siger noget om 'sammenhæng' er medtaget. Herudover præsenteres resultater, der

mere indirekte afspejler sammenhæng så som 'samarbejde', 'kommunikation' og 'koordinering mellem fagpersoner', idet det antages, at disse faktorer også har betydning for sammenhæng i borgernes forløb.

Om end det er et væsentligt perspektiv, har det været uden for denne rapports rammer at inkludere evalueringer, hvor udgangspunktet og hovedfokus for undersøgelsen har været afgrænset til udelukkende at belyse den patientoplevede sammenhæng. Formålet med denne vidensopsamling er, at give et overblik over kommunernes erfaringer med at implementere tværfaglige og tværsektorielle sundhedsindsatser, som skal bidrage til at styrke sammenhængen i forløbet for de borgere, som modtager flere parallelle indsatser fra sundhedsvæsenet. Hvis borgerperspektivet på sammenhæng og tilfredshed også er afdækket, i de inkluderede evalueringer, vil disse resultater også blive præsenteret i denne rapport.

Publikationen viser et udsnit af projekter og modeller, der er udpeget af følgegruppen vedr. 'Mere viden om multisygdom'. Efterfølgende er yderligere initiativer identificeret ved gennemgang af referencer mv. og tilføjet. Listen over de gennemgåede projekter og modeller kan ikke betragtes som udtømmende, men afspejler bredden af initiativer, der er rettet mod at styrke sammenhængen i forløb for borgere på tværs af sektorer, kommunale forvaltningsområder samt lovgivning.

Det har været uden for denne vidensopsamlings rammer, at lave en systematisk litteratursøgning samt dataindsamling fra samtlige kommuner. De nævnte rapporter og evalueringer forholder sig kun til den enkelte indsats, der evalueres, og ikke til det samlede landskab af indsatser eller til en sammenligning af indsatser.

1.3. Nationale initiativer med fokus på sammenhæng i forløb

I dette afsnit opsummeres en række handlingsplaner og nationale anbefalinger mv., som har eller har haft direkte eller indirekte relevans for kommunale indsatser i forhold til at styrke sammenhæng i forløb. Disse indsatser tager i nogen grad højde for multisygdom. Indsatser, som især er blevet rettet mod den ældre medicinske patient tager i en vis grad højde for det, mens tiltag som eksempelvis forløbsprogrammer er diagnosespecifikke. Forløbsprogrammerne fremhæves alligevel her, da de har været prioriteret højt og er et vigtigt redskab i forhold til at skabe en mere systematisk, integreret og evidensbaseret behandling og rehabilitering, samt ikke mindst bedre sammenhæng til mennesker med kroniske sygdomme.

1.3.1. Styrket indsats for den ældre medicinske patient

I de sidste ti år har der været et betydelig fokus på at skabe mere sammenhæng og kvalitet i forløb for den ældre medicinske patient, som har resulteret i to store prioriteringer i form af to handlingsplaner: 'Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient 2012-2015'(7) og 'Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016-2019'(8).

Formålet med den første handlingsplan var at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer med henblik på at skabe et godt og sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen bestod af 11 initiativer, der særligt skulle føre til en reduktion i antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet(7).

Den nationale handlingsplan 2016-2019 havde til formål at sikre den ældre medicinske patient højere kvalitet og øget sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Her var fokus særligt på at styrke indsatsen før og efter sygehusindlæggelse og på at styrke sammenhængen for patienter, der har forløb på tværs af sygehus, almen praksis og kommune(8).

1.3.2. Forstærket indsats for mennesker med kronisk sygdom

Som led i regeringens kvalitetsreform og økonomiaftalerne 2009-2010(9) blev der afsat midler til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom, herunder til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer for kronisk sygdom samt til patientundervisning og fremme af egenbehandling for patienter med kronisk sygdom. Formålet var at forberede og bidrage til omstilling i strukturer og organisationer som følge af udviklingen i befolkningens sundhedstilstand, herunder stigende levealder og en øget forekomst af kroniske sygdomme. Til trods for at forløbsprogrammerne er sygdomsspecifikke er de relevante at nævne i denne her sammenhæng, da erfaringer hvorpå der arbejdes systematisk mv. også har relevans i en kontekst med multisygdom.

Forløbsprogrammerne blev udviklet med inspiration fra the Chronic Care Model (CCM)(10), som er en af de mest indflydelsesrige modeller i arbejdet med at forbedre sammenhængende forløb for borgere med kronisk sygdom. CCM omfatter indsatsområder med henblik på at styrke den sundhedsfaglige kvalitet, patientinvolvering og patienttilfredshed samt en mere effektiv ressourceudnyttelse. Et forløbsprogram beskriver rammerne for den indsats og den koordination, der skal igangsættes for mennesker med en given kronisk sygdom på tværs af regioner og kommuner. På alle trin af sygdomsforløbet er ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører beskrevet. Formålet med forløbsprogrammer er at understøtte sammenhængende og koordinerede forløb på tværs af og inden for sektorer, høj faglig kvalitet i den samlede indsats, hensigtsmæssig ressourceudnyttelse samt inddragelse af borgere og pårørende. Forløbsprogrammet kan anvendes af sundhedsprofessionelle og administrative fagpersoner.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2008 en generisk model som ramme for systematisk og ensartet beskrivelse af forløbsprogrammer, hvor der samtidig blev udarbejdet et forløbsprogram for diabetes. Som led i den forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom videreudviklede Sundhedsstyrelsen i 2012 den generiske model for forløbsprogrammer(11), som er et arbejdsredskab til inspiration for udarbejdelse, implementering og opfølgning på forløbsprogrammer i kommuner og regioner.

I forbindelse med satspuljeaftalen på psykiatriområdet for 2014-2017 udarbejdede Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen - med inddragelse af relevante parter fra beskæftigelses-, undervisnings- og uddannelsesområdet - 'Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser'(12). Modellen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kroniske sygdomme fra 2012, men er tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. I august 2015 blev der udmeldt en pulje, hvor kommuner og regioner kunne søge om midler til at udarbejde og implementere lokalt tilpassede forløbsprogrammer på baggrund af den generiske model(13).

1.3.3. Forløbsplaner og tværsektorielle anbefalinger

I 2014 udkom regeringsstrategien: 'Jo før – jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle'(14). Strategien skulle med fem initiativer bl.a. bidrage til en bedre sammenhæng i det danske sundhedsvæsen med fokus på patienten i centrum, og så vidt muligt give borgeren tilbud i eget hjem eller tæt på borgerens dagligdag, med det formål at forebygge (gen)indlæggelser.

I 2015 blev arbejdet med de elektroniske forløbsplaner i almen praksis for patienter med kroniske sygdomme opstartet. Dette skete i forlængelse af 'Jo før – jo bedre'(15). Dette initiativ understøtter en national kvalitet og sammenhæng i behandling og sundhedsfaglig rehabilitering for patienter med kronisk sygdom. Forløbsplanerne har særligt til formål at give patienter, der bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom, som KOL, diabetes og iskæmisk hjertesygdom, et overblik over deres individuelt tilpassede behandlings- og rehabiliteringsforløb. Almen praksis har ansvaret for at starte den konkrete forløbsplan op i samarbejde med patienten. Redskabet bruges til deling mellem lægen og patienten.

I forbindelse med udviklingen af forløbsplaner har Sundhedsstyrelsen i 2016 udarbejdet Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom(16). Anbefalingerne skal medvirke til at skabe ensartede nationale kommunale forebyggelsestilbud samt bidrage til at skabe en mere effektiv indsats af høj kvalitet for mennesker med kronisk sygdom. Fokus i anbefalingerne er konkrete forebyggelsestilbud, som bidrager til at styrke borgernes sygdomsmestring, forebygge forværring af sygdomme samt forbedre livskvaliteten. Anbefalingerne er generiske og går på tværs af flere kroniske sygdomme.

Sundhedsstyrelsen har endvidere udarbejdet anbefalinger for tværsektorielle forløb for en række sygdomme, eksempelvis multiple sklerose, KOL og diabetes. Formålet med anbefalingerne er at skabe mere sammenhæng i borgerens planlagte forløb fra tidlig opsporing, diagnostik, udredning og behandling, til sundhedsfaglig rehabilitering og opfølgning, samt en mere ensartet praksis af samme høje kvalitet. Endvidere indgår der anbefalinger til organisering, herunder rolle og ansvarsfordeling. Anbefalinger for tværsektorielle forløb er oprindeligt udviklet til beskrivelser af patientforløb for

mennesker med udvalgte kroniske sygdomme og de forventes indarbejdet i de regionale forløbsprogrammer.

1.3.4. Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Der har inden for de sidste godt ti år været flere nationale strategier og initiativer med fokus på at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, herunder at styrke sammenhængen i borgernes forløb. I 2009 udkom Sundhedsstyrelsens 'National strategi for psykiatri'(17). Strategien var et pejlemærke for en samlet og sammenhængende indsats til gavn for mennesker med psykiske lidelser og indeholdt fokusområder, der kunne omsættes til konkrete initiativer.

I 2012 nedsatte den daværende regering et udvalg om psykiatri, og i 2013 udkom udvalgsrapporten 'En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser'. Rapporten pegede på ti væsentlige udfordringer samt seks fokusområder for den fortsatte indsats. På baggrund af udvalgsrapporten blev der iværksat en række initiativer bl.a. med fokus på at understøtte sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer, hvor udviklingen af 'Model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser'(12) er et eksempel herpå.

Med aftalen om Finansloven for 2020 blev det besluttet, at igangsætte arbejdet med en 10-årsplan for psykiatrien(18) og Sundhedsstyrelsen udgav i januar 2022 'Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser'(19) som skal udgøre det faglige grundlag for regeringens udspil til en samlet 10-årsplan for udvikling af psykiatrien. I det faglige oplæg præsenteres ni væsentlige temaer, og inden for hvert tema beskrives udfordringer og anbefalinger til bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Aftalen udmøntes endelig i den politiske aftale(20).

1.3.5. Omstilling til det primære sundhedsvæsen

I maj 2022 indgik Folketinget en aftale om en sundhedsreform, der skal løfte indsatsen i det primære sundhedsvæsen og gøre sundhedsvæsenet mere robust. I juni 2022 har Regeringen, KL og Danske Regioner på baggrund af den politiske aftale om en sundhedsreform lavet en aftale om den fælles plan for udmøntning og implementering heraf (21).

Med planen udmøntes midler til initiativer, der skal styrke indsatsen i det primære sundhedsvæsen, herunder med fokus på at forebygge indlæggelser for at kunne imødegå stigningen i antal ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme i de kommende år, samt at styrke sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet og styrke samarbejdet mellem sygehus, kommune og almen praksis for bl.a. den ældre medicinske patient, patienter med kroniske sygdomme og patienter med psykiske lidelser på tværs i sundhedsvæsenet.

Midlerne udmøntes bl.a. til indførelse af kvalitetsstandarder med krav og anbefalinger vedrørende sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen og etablering af nærhospitaler med henblik på behandling tættere på borgerens hjem.

Endvidere blev der i juni 2021 indgået en aftale om at etablere nye, forpligtende 'sundhedsklynger' omkring hvert af landets 21 akuthospitaler. Sundhedsklyngerne skal være drivkraft for implementering af initiativer omhandlende omstillingen til det primære sundhedsvæsen, og derigennem understøtte sammenhæng i tværgående borgerforløb(18).

2. Erfaringer med at skabe sammenhæng i borgernes forløb

I dette kapitel præsenteres resultater og erfaringer med kommunale indsatser med fokus på at skabe sammenhængende forløb enten på tværs af sektorer eller på tværs af fagområder/velfærdsområder. Kapitlet er inddelt med udgangspunkt i forskellige målgrupper hvor der på forskellig vis, kan drages paralleller til forløb for mennesker med multisygdom, herunder i form af et øget behov for sammenhæng og koordination. Afslutningsvis rundes af med et afsnit om digital understøttelse af sammenhængende forløb.

2.1. Indsatser målrettet den ældre medicinske patient

I dette afsnit præsenteres indsatser der særligt har rettet sig mod den ældre medicinske patient som målgruppe.

2.1.1. Styrket sammenhæng for de svageste ældre

I forbindelse med handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016 samt satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet 2016-2019, har seks samarbejdsprojekter (hvoraf to projekter er delt op i hhv. to og tre delprojekter jf. nedenfor), mellem de enkelte regioner og en eller flere kommuner, modtaget i alt 78,5 mio. kr. til at sikre bedre sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre. Puljen 'Styrket sammenhæng for de svageste ældre' blev evalueret i 2021(22). Formålet med puljen var at udvikle og løfte kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats, blandt andet med det formål at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser. Initiativerne skulle samtidigt bidrage til at skabe viden om effektive kommunale indsatser. Der blev givet støtte til projekter fra alle fem regioner, og i alt 60 forskellige kommuner – projekterne var:

Region Hovedstaden

- Projekt 'Sikker sammenhæng'. I projektet blev der udviklet en samarbejdsmodel til bedre koordinering af forløb mellem sygehus og kommune om udskrivelse af borgere og modtagelse i kommunen på midlertidige pladser, i hjemmepleje og på plejecentre. Indsatserne omfattede bl.a. tavlemøder på sygehuset og på kommunale midlertidige døgnpladser, hvor borgerens helbredstilstand blev drøftet, kapacitetskonferencer¹ på sygehus og i kommunen samt indsatser der rettede sig mod aftaler om anvendelse af den digitale tværsektorielle kommunikation

¹ Konference hvor medarbejdere og ledelse afholder kapacitetskonferencer på sygehusniveau med henblik på at danne sig et overblik over sygehusets samlede kapacitet og imødegår eventuelle problemer med overbelægning

- Projekt 'Tværsektoriel stuegang'. I projektet blev der udviklet et spor med tværfaglig og tværsektoriel stuegang målrettet svækkede, ældre borgere med svære medicinske problemstillinger og/eller borgere i ustabile og komplekse forløb. Den tværsektorielle stuegang foregik på kommunale midlertidige pladser, hvor et udgående team fra hospitalet og en sygeplejerske fra de kommunale midlertidige pladser mødtes med borgeren, eventuelle pårørende og egen læge for at gennemføre en stuegang, med henblik på helhedsgennemgang, udredning, diagnostik og behandling af borgeren, hvor det videre pleje- og behandlingsforløb blev planlagt

Region Sjælland

- *Projekt 'Geriatrisk team Holbæk'* (delprojekt 1/3): I projektet blev etableret et geriatrisk team med en geriater, sygeplejersker fra kommune og hospital, ergo- og fysioterapeuter og sekretær, der havde base på sygehuset, udredte patienterne og gav et udvidet geriatrisk ambulans forløb
- *Projekt 'Geri-team'* (delprojekt 2/3): Der blev i projektet etableret et tværsektorielt geriatrisk team med en geriater, en sygeplejerske og terapeut fra hver kommune til at sikre overgangen fra indlæggelse til genoptræning i kommunen for de mest skrøbelige ældre ved screening på hospital inden udskrivelse og en indsats med bl.a. geriatrisk helhedsvurdering for identificerede skrøbelige ældre
- *Projekt 'Delesygeplejersker'* (delprojekt 3/3): Med projektet blev ansat delesygeplejersker med delt ledelse mellem sygehus og kommune. Formålet var at styrke sammenhæng og kvalitet i den sygeplejefaglige indsats ved overgang fra indlæggelse til kommune ved at bygge bro mellem sektorer og undgå, at information gik tabt i overgangene

Region Syddanmark

- *Projekt 'GERI-kufferten'*: I projektet blev afprøvet en intervention for at gøre hjemmesygeplejerskerne bedre i stand til at vurdere borgernes tilstand ved medbragt måleudstyr på hjemmebesøg, adgang til en it-plattform, hvor viden og målinger blev delt mellem sektorerne, samt sparring med speciallæger på sygehuset, med henblik på at opspore og behandle indlæggelsestruede svage ældre

Region Midtjylland

- *Projekt 'Styrket visitation'* (delprojekt 1/2): I projektet var fokus på at grundlaget for visitationen af borgere til akut/subakut vurdering og behandling blev styrket gennem øget information og rådgivning til vagtlæger mv. om kommunernes alternativ til indlæggelse, så borgerne kunne visiteres til det mest relevante tilbud i kommunalt regi. Projektet havde bl.a. integreret sygehusvisitation og sygeplejersker fra kommunens akutfunktioner i samme enhed

- Projekt 'Styrket udskrivelse' (delprojekt 2/2): Overgangen fra sygehusindlæggelse til kommune blev styrket gennem systematisk opfølgning ved udskrivelser bl.a. gennem indsatser som bedre planlægning af udskrivelse og et modtagebesøg i hjemmet indenfor 24 timer efter udskrivelse

Region Nordjylland

- Projekt 'Tidlig Indsats på Tværs (TIT)': I projektet var fokus på tidlig opsporing og tidlig indsats i kommunen for særligt sårbare borgere over 65 år i den kommunale hjemmepleje eller i plejebolig (samarbejde mellem kommune og almen praksis). Kommunerne opsporede såkaldte TIT-borgere, som blev registreret i en handleplan for borgeren. Når det var relevant, blev TIT-borgere henvist til specialiseret udredning på hospitalet

Resultater

I 2021 udkom slutevalueringen af projekterne, hvor projekternes resultater blev vurderet ud fra en kvalitativ del, herunder interviews, samt en registerbaseret effektevaluering(22,23). Den overordnede konklusion i slutevalueringen var, at den ældre medicinske patient havde gavn af, at sammenhængen i deres forløb styrkes.

I effektevalueringen blev der set på effekter af projekterne på målgruppens forbrug af sundhedsydelser og kommunal pleje inden for en opfølgingsperiode på tre måneder, samt i hvilket omfang projekterne indebar meromkostninger eller besparelser inden for opfølgingsperioden.

Evalueringen konkluderede, at det var vanskeligt at identificere entydige sammenhænge mellem indsats og effekt, da projekterne i satspuljen alle omfattede flere indsatser, der blev implementeret i forskellige kontekster med mange faktorer, der kan påvirke.

I effektevalueringen sås dog bl.a. en tendens til, at borgere, der var en del af projekter med fokus på opfølgning efter udskrivelse, havde færre indlæggelser i opfølgingsperioden. Det var f.eks. projekterne 'Geri-team', 'Styrket udskrivelse' og 'Delesygeplejersker'. For samme gruppe projekter, steg forbruget af kommunal pleje også, hvilket blev vurderet til at afspejle, at den øgede opmærksomhed på borgeren, medførte et kvalitetsløft i form af at borgeren blev tilbudt den rette hjælp. I evalueringen sås desuden en tendens til, at projekterne der havde fokus på tidlig opsporing af svage ældre borgere såsom 'Sikker sammenhæng' og 'Geri-kuffert', førte til flere indlæggelser, flere ambulante kontakter og flere kontakter til almen praksis. Det kunne dog tolkes som kvalitetsforbedring, hvor projekterne havde lykkedes med at opspore borgere, der ellers ikke havde været opdaget.

Ift. meromkostninger vs. besparelser blev seks projekter vurderet som omkostningsneutrale i opfølgingsperioden, men fem projekter blev vurderet til at have meromkostninger. Evalueringen fremhævede dog, at det ikke var muligt at vurdere ud fra effektevalueringen, om meromkostninger stod mål med effekten, da evalueringen ikke

tog højde for den kvalitetsforbedring, der eventuelt var sket. Det blev desuden vurderet, at flere indsatser var virksomme ift. at understøtte sammenhængende forløb for målgruppen, f.eks. måling af kliniske værdier i kommunal sammenhæng som beslutningsgrundlag, geriatriske helhedsvurderinger med bredt blik på problemstillinger og plan, samt følge-hjem ordninger.

I evalueringen blev det vurderet, at der kunne skabes bedre sammenhæng i borgerforløb, hvis indsatserne til den ældre medicinske patient blev indrettet mere brugerorienteret og hvis der blev etableret specialfunktioner, der bragte lægekompetencer tæt på kommunale sundhedsprofessionelle. Desuden understøttede det sammenhængen, hvis aktørerne afstemte praksis og havde lavet faste aftaler om situationer, hvor der skal samarbejdes om konkrete borgere.

2.1.2. Brobyggersygeplejersker

Erfaringer fra projektet vedr. delesygeplejersker (se afsnit 2.1.1) har ført til en videreudvikling af initiativer, der bygger bro mellem sektorerne, og implementering af brobyggersygeplejersker i flere regioner og kommuner, dog med variation i, hvordan indsatser og opgaver i funktionen gribes an, da der forekommer lokale variationer, og det er fortsat en funktion under udvikling. Der er således forskelle i både de opgaver, brobyggersygeplejerskerne varetager og hvor de er ansat (fx somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling eller kommune).

I rapporten 'Brobygger projektet: Brobyggersygeplejerskernes kompetencer, funktion og praksis i koordinering af komplekse tværsektorielle forløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom'⁽²⁴⁾ blev arbejdsfunktionens elementer undersøgt og der blev set på, hvilke elementer der var virksomme i forhold til koordinering af forløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom.

Resultater

Rapporten pegede på at brobyggersygeplejerskernes funktion og opgaver indeholdt elementer, der har tæt sammenhæng med de sygeplejefaglige handlinger i Transitional Care Modellen (TCM), herunder brobyggersygeplejersken som primær ansvarlig for sygeplejen i overgangsføreløbet med særligt fokus på behandling af ældre mennesker med multisygdom.

Rapporten vurderede, at brobyggersygeplejefunktioner, der arbejdede med udgangspunkt i TCM og elementerne herfra, medførte en reduktion i genindlæggelser og økonomiske udgifter, samt forbedrede livskvalitet og gav øget tilfredshed hos ældre borgere med medicinsk multisygdom.

2.1.3. Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg indebærer i hovedtræk, at borgerens egen læge, sammen med en kommunal sygeplejerske fra hjemmesygeplejen eller plejebolig, besøger borgeren umiddelbart efter udskrivelse fra sygehus, for at følge op på indlæggelsen og planlægge det videre forløb. Formålet er at skabe sammenhængende forløb

og tryghed for skrøbelige borgere (ofte den ældre medicinske patient) samt forebygge genindlæggelser.

Resultater

Den første ordning med opfølgende hjemmebesøg blev afprøvet i Glostrup i 2007(25) (Glostrup-modellen) og efterfølgende evalueret med positive resultater, herunder færre indlæggelser i interventionsgruppen, en forbedret overlevelse og en tendens til en samlet samfundsøkonomisk besparelse. Herudover blev modellen vurderet til at bidrage til en mere sammenhængende kultur, og de sundhedsfaglige aktører anså opfølgingsbesøgene som en gevinst for især de svage patienter.

Sidenhen er opfølgende hjemmebesøgsordninger med inspiration fra Glostrup-modellen blevet afprøvet flere gange. Eksempelvis blev der i ti kommuner (opdelt i fem analyseenheder) gennemført et projekt baseret på Glostrup-modellen i en driftslignende kontekst tilpasset lokale forhold i perioden 2009-2011. Resultaterne var ikke statistisk signifikante og var svære at sammenligne(26). Gennemførelsesprocenten var relativt lav, dog fremgik det af interviews med klinikere, at de fandt besøgene relevante og meningsfulde. Evalueringen understregede endvidere, at implementeringen af ordningen kræver en del administrative ressourcer, bl.a. på grund af det tværsektorielle samarbejde og den lokale tilpasning til og implementering i den eksisterende organisation og arbejdskultur.

Af en kvalitativ undersøgelse fra 2010 fremgik det endvidere, at hovedudfordringen ved opfølgende hjemmebesøg var, at gøre organiseringen af ordningen mere enkel og overskuelig for de involverede parter(27), samt at der var udfordringer med videregivelse af information om skrøbelige borgere fra hospitalssektoren til primærsektoren (praktiserende læger og kommuner). Evalueringen viste dog, at der generelt blandt aktørerne på området var en positiv indstilling til opfølgende hjemmebesøg.

Relativt lave gennemførelsesprocenter af opfølgende hjemmebesøg og udfordringer med at implementere indsatsen blev endvidere underbygget i en rapport fra 2015 baseret på registeranalyser over implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland i 2014(28).

En evaluering fra 2017(29) af opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden understøttede og nuancerede de ovenfor nævnte resultater og erfaringer med at implementere og gennemføre ordningen. Overordnet blev det konkluderet, at opfølgende hjemmebesøg blev anvendt i stigende omfang, og at der var bred opbakning til ordningen blandt praktiserende læger og kommunale sygeplejersker. De to faggrupper påpegede, at ordningen skabte tryghed og sikkerhed både for dem og for borgere/pårørende i forhold til udskrivelse fra hospitalet, idet der blev lagt en plan for det videre forløb. Samlet set fik praktiserende læger og kommunale sygeplejersker bedre indsigt i borgerens situation, samtidig med at ordningen medvirkede til at styrke samarbejdet. Borgere og pårørende var glade for ordningen og fik en ople-

velse af mere tæt kontakt, særligt til den praktiserende læge. Deltagelse af pårørende styrkede endvidere det opfølgende hjemmebesøg. Der blev dog også rapporteret nogle organisatoriske udfordringer, så som koordinering af mødetidspunkt mellem den praktiserende læge og kommunal sygeplejerske, som gjorde, at der var variation i, hvordan og hvor ofte, ordningen blev brugt.

2.1.4. Udvidet behandlingsansvar og opfølgning ved udskrivelser

Der findes flere initiativer der med varierende formål afprøver modeller for udvidet behandlingsansvar – enten som hovedindsats eller delindsats.

Bla. har Region Hovedstadens sygehuse, kommuner og praktiserende læger opstartet et samarbejde om modellen '72-timers behandlingsansvar'(30). Med '72 timers behandlingsansvar' påtager sygehuset sig et udvidet behandlingsansvar for visse patienter i 72 timer efter udskrivelse. Modellen omfatter patienter der er færdigbehandlede og modtager kommunal sygepleje, og har til formål at skabe en tryk overgang for borgerne mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem eller ophold på midlertidige kommunale døgnpladser/plejecentre. Dette sker i praksis via et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og Akuttefonen 1813. Med adgang til udvidet lægekontakt fra hospitalet og eventuelt diagnostik, der hvor borgeren opholder sig, er tanken at akutte indlæggelser i en række tilfælde kunne forebygges eller varetages mere hensigtsmæssigt. Funktionen er døgndækkende.

Resultater

Region Hovedstaden vil løbende monitorere på indsatsen, men den endelige evaluering forventes først gennemført med præsentation af relevante resultater i 2023.

Kom trygt hjem

I projektet 'Kom trygt hjem' blev benyttet en model for udvidet behandlingsansvar. Fokus var her på en mindre afgrænset målgruppe i specifikke forløb. Evalueringen er da ej heller møntet på at lave en vurdering af effekten af det udvidede behandlingsansvar, hvorfor de konkrete resultater ikke afspejler effekten af dette alene. Projektet indeholdt både elementer af en udvidet opfølgning og et udvidet behandlingsansvar.

Projektet var et samarbejdsprojekt mellem Kolding Sygehus og Kolding og Fredericia kommuner i perioden 2018-2020. Målgruppen var borgere med hoftenært lårbensbrud, der blev udskrevet til plejecentre(31).

Formålet var at undersøge, om det udbyggede samarbejde mellem sygehus og kommune kunne øge overlevelse og reducere antal genindlæggelser for målgruppen, samt øge den sundhedsrelaterede livskvalitet.

Projektet bestod af følgende indsatser:

1. Systematisk forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom og komplikationer
2. Øget kompetenceniveau på plejecenteret ved besøg af kommunale akutsygeplejersker

3. Øget tværsektorielt samarbejde, hvor sygehuset var behandlingsansvarlig 14 dage efter udskrivelsen, og varetog behandlingen af patienten i samarbejde med de kommunale akutsygeplejersker

Resultater

Evalueringen viste, at projektet var lykkedes med de opstillede mål. Der sås en klinisk signifikant stigning i overlevelsen indenfor 30 dage, en signifikant reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage samt en signifikant højere sundhedsrelateret livskvalitet. Rapporten anbefalede slutteligt, at de tre indsatser i projekter, kunne indføres som vanlig praksis qua de gode resultater.

2.1.5. Forløbskoordination

Kommuner og regioner anvender forskellige former for fælles forløbskoordinationsfunktioner. Flere af disse indsatser er også blevet evalueret, hvor udvalgte resultater relateret til at styrke sammenhængen i borgernes forløb præsenteres i det følgende. Herefter fremhæves resultater fra to specifikke forløbskoordinationsindsatser hhv. fremskudt visitation og INFO 65 på tværs.

I den første nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (2012-2015) blev der afsat midler til et initiativ vedrørende 'Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter'. Formålet med indsatsen var at sikre, at særligt svækkede ældre medicinske patienter fik intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende og trygt forløb, på tværs af primær og sekundær sektor (78). Kommunerne brugte bl.a. midlerne til at styrke den eksisterende udskrivningskoordination, herunder fremskudt visitation (se nedenfor) og afholdelse af udskrivningskonferencer på hospitaler. Regionerne anvendte bl.a. midlerne til at styrke procedurer, som skulle sikre identifikation og overlevering af viden om særligt svækkede ældre patienter til kommunerne, eksempelvis ved udvikling af en screenings- og forløbsvejledning til opsporing af sårbare patienter.

Resultater

Initiativet blev løbende evalueret(32,33). Erfaringerne viste, at arbejdet med screeningsredskaber ikke førte til bedre identifikation og styrket overlevering af særligt svækkede patienter fra hospitalerne til kommunerne. Det blev forklaret med, at det er svært at udarbejde vejledninger, der præcist indfanger målgruppen af særligt svækkede ældre medicinske patienter.

En spørgeskemaundersøgelse blandt fagpersoner viste, at der blev vurderet fortsat ikke at være tilstrækkelig sammenhæng i forløbet for særligt svækkede ældre medicinske patienter, og at kommunikationen mellem regioner og kommuner kunne forbedres. Evaluering af de projekter, der i Region Midtjylland fik midler til at fremme forløbskoordineringen konkluderede bl.a., at tværsektoriel koordinering og kommunikation er vigtig for at øge den faglige kvalitet og give bedre samlede behandlingsforløb for patienterne(33).

Styrket tværsektoriel kommunikation og koordinering blev bl.a. også fremhævet som afgørende faktorer for velfungerende forløbskoordination i en evaluering af fire sygehusafdelingers arbejde med at udvikle en lokal praksis for forløbskoordination, i samarbejde med optagekommunerne i Region Syddanmark i 2012(34). Her var der især tale om at udvikle koordinatorfunktioner bl.a. med fokus på at koordinere samarbejde om udskrivning og rehabiliteringsforløb. På baggrund af bl.a. disse erfaringer blev der identificeret tre afgørende faktorer for velfungerende forløbskoordination:

- Positive relationer mellem sektorerne, som kan understøtte samarbejdet. Det gælder fælles mål, viden og gensidig tillid aktørerne imellem
- Gode og effektive kommunikationskanaler. Dvs., at der skal være struktur på samarbejdet, og en teknologi der binder koordination og kommunikation sammen
- Mere koordinationsspecifikke forhold, eksempelvis redskaber til identifikation af patienter og mulighed for støtte til koordinatorene

Evalueringen viste endvidere, at tværsektoriel lokal forløbsledelse var en fordel, idet involvering af relevante ledere og nøglepersoner havde afgørende betydning for forløbskoordinators handlemuligheder. Slutteligt blev det konkluderet, at patientrettet forløbskoordination bør forankres i en teamstruktur, så det ikke er personafhængigt og dermed sårbart.

I evalueringen af et samarbejdsprojekt, mellem Københavns Kommune og Bispebjerg & Frederiksberg Hospital(35) om forløbskoordination for den ældre medicinske patient i plejebolig, var der også fokus på at styrke den tværsektorielle kommunikation. Formålet med projektet var, at etablere tværsektorielle forløb, som øgede oplevelsen af sammenhæng mellem sektorerne samt den sundhedsfaglige kvalitet i forløb for den ældre medicinske patient. Der blev ud fra et borgerperspektiv prioriteret at arbejde videre med fem indsatser til at løse nogle generelle problematikker i borgernes sektorovergange og bidrage til at styrke sammenhængen:

- Følgeskab ved indlæggelse
- Pakkelister, poser og kuverter ved indlæggelse (f.eks. for at mindske svind af ejendele ved indlæggelse)
- Tværsektoriel kommunikation ved fund af dysfagi (synkebesvær) under indlæggelse
- Kuvert ved udskrivelse (f.eks. til dokumenter, medicin mv.)
- Opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske

Evalueringen af projektet viste, at de afprøvede indsatser gav mere rettidig og serviceorienteret kommunikation mellem det sundhedsfaglige personale i de to sektorer, og der var mindre usikkerhed om eget ansvar og opgave. Det var dog ikke muligt at måle effekten af den bedre kommunikation i et øget trykniveau hos borgerne.

Fremskudt visitation

Fremskudt visitation drejer sig om, at kommunale medarbejdere rykker ind på hospitalet for sammen med sygehuspersonalet at koordinere udskrivelsen og det videre forløb, mens borgeren (ofte den ældre medicinske patient) stadig er indlagt.

Som en del af Sundhedsstyrelsens evaluering af indsats for forløbskoordination, i forbindelse med den første handlingsplan for den ældre medicinske patient, blev der undersøgt fire modeller for forløbskoordination(32). I udvælgelsen af fire casekommuner blev der lagt vægt på, at arbejdet med forløbskoordinering indgik som en integreret del af det eksisterende samarbejde om indlæggelse, behandling og udskrivning, udviklet i lokalt samarbejde mellem hospital og kommune, samt målrettet de mest komplekse forløb med et eksplicit fokus på patient- og pårørendeinddragelse.

Formålet med de fire undersøgte fremskudte funktioner var, at:

- Styrke kommunikationen mellem hospital og kommuner på tværs af indlæggelses- og udskrivningsforløbet
- Sikre en mere præcis visitation af kommunale ydelser, der blev målrettet den enkelte patients behov
- Møde patienter og pårørende fysisk og derved få skabt mere trygge udskrivelser og en oplevelse af et sammenhængende forløb
- Forebygge genindlæggelser

Resultater

Hovedkonklusionen var, at fremskudt visitation fremstod som en relevant løsning, der understøttede et bedre tværsektorielt samarbejde og kommunikation omkring indlæggelse og udskrivelse. De patienter og pårørende, der indgik i undersøgelsen, var ligeledes positive, idet de ofte forbandt mødet med viden om det videre forløb og øget tryghed i forbindelse med udskrivningen og hermed øget oplevelse af sammenhæng.

I undersøgelsen blev det konkluderet, at de fremskudte funktioner har potentiale til at forebygge genindlæggelser. Et fælles ledelsesmæssigt engagement blev fremhævet som afgørende for funktionernes succes, og der blev lagt vægt på, at der var tale om et reelt samarbejde, hvor ledere og medarbejdere fra begge sektorer havde været involveret i at finde løsninger til fordel for patienterne. De positive resultater blev i høj grad forbundet til de personlige relationer og den fælles viden/forståelse, der opstod, når der var direkte kontakt mellem kommuner og regioner i samarbejdet, fx ved at der opstod færre konflikter i samarbejdet, samt at disse i højere grad blev taget i opløbet.

INFO 65 på tværs – Københavns Kommune

Amager og Hvidovre Hospital har som et led i optimering af patientforløbene for akut indlagte ældre medicinske patienter udviklet et klinisk redskab til at identificere patienter i risiko for at få funktionstab og/eller blive genindlagt. I samarbejdsprojektet

'Info-65 på Tværs' mellem Brøndby Kommune, Københavns Kommune og Amager og Hvidovre Hospital blev redskabet afprøvet i en driftsopsætning i Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital. Effekten af redskabet blev undersøgt ved, at information om risikopatienter blev videregivet til pleje- og omsorgsorganisationerne i hhv. Brøndby og Københavns Kommune med henblik på opfølgning og for at skabe et mere trygt og sammenhængende forløb for borgerne og forebygge genindlæggelser. Risikopatienter fra Brøndby Kommune fik tilbudt tre forebyggende omsorgsbesøg af hjemmesygeplejersker, og risikopatienter fra Københavns Kommune fik tilbudt et koordinerede borgerforløb med tre besøg fra en hjemmesygeplejerske samt inddragelse af praktiserende læge. Projektet blev gennemført som et randomiseret kontrolleret forsøg i perioden 1. september 2013 til 1. juli 2014 og efterfølgende evalueret(36).

Resultater

Screeningsredskabet var anvendeligt i forhold til at identificere patienter i højrisiko for genindlæggelse, og informationer om risikopatienter blev systematisk sendt til kommunerne igennem MedCom med god succesrate (kun 6% ønskede ikke, at hospitalet videregav information til deres kommune). Hverken Brøndby Kommunes forebyggende omsorgsbesøg eller Københavns Kommunes koordinerede borgerforløb gav dog en reduktion i sandsynligheden for genindlæggelse blandt patienter, der blev vurderet til at være risikopatienter. Internt i kommunerne gav den nye helhedsorienterede faglighed hos sygeplejerskerne imidlertid grobund for udbygget samarbejde mellem sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere, idet begge professioners kompetencer blev tydeliggjort i arbejdet. I forhold til tværsektorielt samarbejde var den overordnede holdning fra projektets deltagere, at screeningsredskabet gav dem et fælles sprog til brug i samarbejdet mellem hospital, kommune og de praktiserende læger, og at dette var værdifuldt og gavnligt for patienterne.

2.1.6. Kommunale akutfunktioner

Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje. Formålet med indsatsen i de kommunale akutfunktioner kan dels være at forebygge forværring af akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats, dels at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov(37).

VIVE har i 2021 lavet en kortlægning af de kommunale akutfunktioner med henblik på at skabe overblik over de forskellige organisationsformer i de kommunale akutfunktioner, samt erfaringer med etablering og drift af akutfunktionerne i praksis(38). Kortlægningen viser, at alle kommuner har valgt at etablere en kommunal akutfunktion i form af et akutteam og/eller akutpladser.

Der er ad flere omgange afsat midler til styrkelse af de kommunale akutfunktioner. Med finanslovsaftalen for 2016 blev der eks. afsat midler, som led i den seneste nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient(39).

Som en del af kvalitetsplanen for det nære sundhedsvæsen i Sundhedsreformen 2022(21), skal Sundhedsstyrelsen revidere kvalitetsstandarderne for de kommunale akutfunktioner. Arbejdet med at revidere kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner er opstartet i 2022 og forventes afsluttet medio 2023.

Erfaringer med kommunale akutfunktioner

Der er forskellige erfaringer med etablering af kommunale akutfunktioner, hvoraf der også foreligger evalueringer.

Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus havde i fællesskab etableret en tværgående akutfunktion med fælles ledelse. Akutfunktionen blev afprøvet som et forsøgsprojekt i perioden 2017-2018 og evalueret i 2019(40), hvor borgere i målgruppen for den tværgående akutfunktion blev sammenlignet med en tilsvarende gruppe, som ikke var i kontakt med den tværgående akutfunktion.

Resultater

Hovedkonklusionen hos de interviewede projektdeltagere var, at den tværgående akutfunktion udgjorde et relevant og veletableret tilbud, der også blev anset som en kilde til styrket samarbejde, bedre borgerforløb og forebyggelse af (gen)indlæggelser. Resultaterne af undersøgelsen med den sammenlignelige gruppe understøttede dog ikke de involverede parter oplevelse af, at akutfunktionen forebyggede indlæggelser. Akutfunktionen løste dog mange andre opgaver end de, der var forbundet med opfølgning på indlæggelser og ambulante hospitalskontakter. Det fremgik af evalueringen, at funktionen – og de samarbejdsrelationer, der var skabt på tværs af aktører og sektorgrænser – oplevedes at have stor værdi for det generelle samarbejde om indlæggelse og udskrivelse.

Endelig fremgik det, at et stort flertal af deltagerne i Esbjerg Kommunes borgertilfredsundersøgelse – i overensstemmelse med fagpersonernes vurdering – tilkendegav at være tilfredse eller meget tilfredse med deres forløb i akutteamet.

Sønderborg Kommune etablerede i 2012 et akutteam i hjemmesygeplejen. I 2015 udkom der en evaluering(41) af akutteamet.

Resultater

Der kunne ikke, efter akutteamets etablering, konstateres et fald i indlæggelser på sygehus af borgere med en diagnose, hvor det på forhånd blev antaget, at indlæggelser kunne forebygges. Målet om at forebygge indlæggelser blev således ikke opfyldt, selv om sygeplejerskerne i akutteamet vurderede, at dette skete i en række tilfælde. Der kunne konstateres et fald i borgernes gennemsnitlige liggetid på sygehuset, hvilket dog ikke med sikkerhed kunne tilskrives akutteamets etablering. I evalueringen blev der peget på, at dette kunne skyldes, at akutteamet havde afkortet borgernes liggetid på sygehuset, ved at være i stand til at håndtere hurtige udskrivelser af borgere, hvormed akutteamet bidrog til at aflaste sygehusvæsenet.

Der var blandt hjemmesygeplejerskerne en generel positiv oplevelse af samarbejdet med akutteamet. Sygehusansatte og praktiserende læger vurderede de faglige og menneskelige kompetencer blandt sygeplejerskerne i akutteamet til at være høje, og at kommunikationen med dem fungerede godt. De interviewede praktiserende læger vurderede akutteamet til at være et alternativ til indlæggelse af patienter, der havde brug for intravenøs behandling eller klinisk observation. Sundhedspersonerne på sygehuset så ikke akutteamet som et alternativ til indlæggelse, men som en mulighed for at udskrive patienter tidligere.

Borgerne vurderede akutsygeplejerskerne til at være kompetente, fagligt dygtige og imødekommende, hvilket bidrog til tryghed ved at modtage behandling i hjemmet. Ligeledes var udførelsen af opgaver konsistent og tilfredsstillende, og der blev generelt oplevet kontinuitet i behandlingen.

2.1.7. Fasttilknyttet læge til beboere på plejecenter

For at øge kvaliteten for beboere på plejecentre, herunder sikre størst mulig faglig indsigt og sikker medicin håndtering, er der i regi af overenskomst om almen praksis 2022 fastsat mål om, at alle plejehjem skal have en fast tilknyttet læge. Aftalen indeholder en ny honoraraftale for fasttilknyttede læger på plejehjem(42). Heri sikres det fremadrettet at de praktiserende læger og kommuner styrker samarbejdet om mennesker, der har brug for både behandling hos egen læge og hjælp fra kommunen. Beboerne kan selv vælge den tilknyttede læge. Den tilknyttede læge står samtidig til rådighed med sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejehjemmet.

Aftalen blev blandt andet indgået på baggrund af et pilotprojekt om fast tilknyttede læger på plejecentre, som Socialstyrelsen og Sundhedsministeriet gennemførte i perioden 2012-2014. Formålet var at forbedre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale. Som en del af projektet blev en fast læge tilknyttet syv plejecentre for at reducere antallet af læger, som er tilknyttet beboerne på plejecentrene. Herudover var målene med projektet bl.a. at forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale samt reducere antallet af forebyggelige-, gen- samt korttidsindlægger. De fast tilknyttede læger skulle både varetage opgaver, som knyttede sig til de beboere, der valgte den pågældende læge, samt deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på plejecentrene. I 2014 udkom en evaluering(43) af pilotprojektet. Bl.a. grundet de positive erfaringer med pilotprojektet blev det besluttet, at der skulle ske en gradvis indførelse af en landsdækkende ordning med fast tilknyttede læger til beboere på plejecentre som en del af satspuljeaftalen for 2016-2019(44).

Resultater

Effektanalyserne af pilotprojektet viste en reduktion i forebyggelige (gen)indlæggelser og korttidsindlæggelser for beboerne på de syv interventionsplejecentre i forhold til beboere på øvrige plejecentre. Effekterne var endvidere længerevarende både for

forebyggelige (gen)indlæggelser og til dels for korttidsindlæggelser, idet evalueringen fandt effekter halvandet år efter, lægerne blev fast tilknyttet på de syv plejecentre.

Kvalitative undersøgelser viste, at de fast tilknyttede læger i mange tilfælde bidrog til at reducere det receptpligtige medicinforbrug efter en gennemgang af beboernes medicinprofiler. Lægerne, plejepersonalet og de pårørende så dette som en forbedring af livskvaliteten hos beboerne på plejecentrene.

Plejepersonalet og de fast tilknyttede læger var glade for samarbejdet, og gav udtryk for, at kommunikationen blev forbedret og mere direkte. De tilkendegav dog også, at ordningen var forbundet med ekstra ressourcemæssige omkostninger, specielt i implementeringsperioden. Alle involverede i projektet (læger, plejecentre og pårørende) gav udtryk for at være yderst tilfredse med ordningen, og vurderede at beboernes pleje- og behandlingsforløb var blevet forbedret.

2.1.8. Tværsektoriel udredningsenhed

Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) byggede på et tidligere samarbejdsprojekt mellem Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital i perioden 2012 til 2014. Efterfølgende blev det besluttet at videreudvikle TUE med fokus på at flere borgere kunne få gavn af tilbuddet, samtidig med at der var en kobling til det kommunale akutteam i København. Formålet var at give sårbare ældre og andre medicinske patienter over 65 år et hurtigt og sammenhængende udrednings- og udskrivningsforløb. Projektet byggede på et integreret samarbejde, hvor de kommunalt ansatte sygeplejersker modtog, plejede, koordinerede ophold. Derudover fulgte de op på borgerforløb i tæt samarbejde med hospitalets læger. Lægerne foretog udredning, behandling og visitation af de sårbare ældre medicinske, akut syge borgere.

Resultater

Evalueringsrapporten om TUE(45) viste, at antallet af dagligt henviste borgere svarende til 2,3 borgere per dag var betydeligt lavere end de 4 borgere pr. dag, som der var kalkuleret med på forhånd. Det blev vurderet, at det faktiske lave antal henvisninger og udredninger på TUE kunne tyde på, at almen praksis ved projektafslutning ikke havde fået et tilstrækkeligt kendskab til TUE. 82% af de borgere, som blev hjemsendt fra TUE, blev ikke indlagt på hospitalet 30 dage efter opholdet, hvormed målet på 80% blev opnået.

Borgerne oplevede indsatsen i TUE som kvalificeret, nærværende og tryk. Desuden oplevede personalet at have et stort overblik over den samlede situation, og handlinger og beslutninger blev foretaget med borgeren i centrum.

Samlet blev det konkluderet, at TUE var et kvalificeret og egnet alternativ til indlæggelse af sårbare ældre, men den ideelle organisering kunne ikke udsiges på baggrund af projektet.

Væsentlige dele af TUE-samarbejdet blev i første omgang videreført i drift med færre kommunalt ansatte sygeplejersker tilknyttet, hvor der i de første måneder af 2015 blev henvist fem borgere dagligt til TUE, hvorved den oprindelige målsætning på 4 borgere om dagen blev opnået. I 2018 blev det formelle TUE-samarbejde afsluttet i dets tidligere form, men begge parter ressourcer gik dog fortsat til at arbejde med målgruppen i et tværfagligt samarbejde, hvor Københavns kommune prioriterede ressourcerne til deres kommunale akutfunktion, mens Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler prioriterede ressourcerne til en særlig ældremodtagelse under akutmodtagelsen.

2.1.9. Integrated Care

Integrated Care projektet blev skabt i et samarbejde mellem Odense kommune, Region Syddanmark og PLO. Den ene del af projektet havde den ældre medicinske patient som målgruppe, og her var målet at bremse sygdomsudvikling og forebygge u hensigtsmæssige hospitalskontakter gennem en tidlig proaktiv indsats og inddragelse af patienten.

Projektets omdrejningspunkt var at skabe et bedre tværsektorielt samarbejde gennem øget relationel koordinering og udvikle fælles viden, gensidig tillid og fælles mål for samarbejdet. Udviklingen af samarbejdet blev understøttet via nye tværsektorielle it-redskaber og nye mødefora og dialog, samt en række patientrettede tilbud.

Resultater

I en evaluering fra 2016(46), blev det konkluderet, at projektet ikke havde givet de forventede resultater. KORA stod for en omkostnings- og effektevaluering der viste, at indsatsen gav meromkostninger på kort sigt.

For indsatser målrettet den ældre medicinske patient, viste resultaterne, at de inkluderede patienter havde et højere forbrug af hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalskontakter, kommunale pleje og ydelser fra almen praksis.

Evalueringen viste, at de ældre medicinske patienter, der var involveret i projektet, oplevede indsatsen som positiv, men billedet af, hvad de havde fået ud af at deltage, og hvad indsatsen indeholdt, var uklart.

Sundhedspersonerne involveret i projektet oplevede indsatsen som tidskrævende og unødigt, og evalueringen konkluderede, at der blandt sundhedspersonerne var modstand omkring indsatserne og de dertil hørende arbejdsgange og redskaber. Der blev peget på, at udfordringer med udvikling og implementering af projektet havde været medvirkende til denne oplevelse hos sundhedspersonerne.

Evalueringsrapportens endelige konklusion var, at projektet faldt negativt ud på alle parametre og den endelige anbefaling blev, at projektet blev afsluttet/lukket.

2.2. Indsatser målrettet mennesker med kroniske sygdomme

I dette afsnit ses på indsatser der har rettet sig mod mennesker med kroniske sygdomme som målgruppe.

2.2.1. Forstærket indsats for borgere med kronisk sygdom

Med henblik på at sammenfatte viden, erfaringer og resultater af de mange puljeprojekter, der blev sat i gang i forbindelse med den forstærkede indsats for borgere med kronisk sygdom (se afsnit 1.4.2), blev der i 2013 udarbejdet en tematisk evaluering af kommunernes og regionernes indsats på området i perioden 2010-2012⁽⁴⁷⁾. Evalueringen så på tværs af de puljeprojekter, som faldt inden for syv udvalgte temaer, herunder blandt andre temaer som 'forløbskoordinering' og 'multisygdom'². Da der var tale om en omfattende evaluering, rapporteres der kun på temaet 'multisygdom' i denne rapport.

Resultater

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

Der var i projekterne gode erfaringer med at fastholde borgeren med multisygdom i rehabiliteringsforløb, ved at tage afsæt i den enkeltes behov, frem for indledningsvist bare at præsentere standardløsninger/muligheder, den enkelte kunne vælge imellem. Det blev vurderet at en hensigtsmæssig håndtering af borgere med multisygdom forudsætter en individuel og involverende tilgang. Det blev i projekterne således også oplevet som en afgørende forudsætning for at understøtte forløb og indsatser for sårbare borgere med multisygdom, at der er en vis fleksibilitet og rummelighed i systemet.

Det blev desuden vurderet, 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 borgere med multisygdom i jobcenterregi, idet borgeren på dette tidspunkt i sit forløb ofte stadig er i arbejde, og at de enkelte sygdomme kan være på et mindre fremskredent stadium.

Der var i de projekter, som havde specifikt fokus på multisygdom, desuden gode erfaringer med forløbskoordinerende og coachende sygeplejersker, der kunne støtte, vejlede og koordinere for de mest sårbare borgere.

² De 7 temaer var: 1) Stratificering, 2) Forløbskoordinering, 3) Samarbejdsmodeller- og aftaler, 4) Multisygdom, 5) Implementering, 6) Inddragelse af patienter og pårørende og 7) Telemedicinsk understøttet egenbehandling.

2.2.2. Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom

I 2018 udkom rapporten 'Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom - hvad ved vi?'(48), der gav et samlet overblik over den nuværende viden om forløbsprogrammernes implementering i Region Hovedstaden samt, fastlæggelse af indikatorer til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne. Rapporten opsamlede de væsentligste konklusioner fra både kvalitative og kvantitative evalueringer og analyser, som var gennemført i perioden 2013 til 2017.

Resultater

Rapporten viste, at borgerne overordnet set var tilfredse med deres forløb på tværs af diagnoser, selvom der kunne ske forbedringer. Rapporten konkluderede at for at forløbet skal have værdi for borgeren skal beslutning om behandling og rehabilitering ske sammen med borgeren. I rapporten pegede fagpersoner endvidere på flere konkrete udfordringer ved at få det tværsektorielle samarbejde til at køre, herunder:

- Mange kommuner oplevede, at der blev henvist for få borgere
- Der blev oplevet stor variation i såvel hospitalers som kommuners organisering af rehabiliteringen, hvilket mindske overblikket over tilbud, øgede risikoen for overlappende tilbud og besværliggjorde henvisningen. Rehabiliteringen og arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner var mest veludviklet de steder, hvor der var få og store kommuner at henvise til, mens det var en særlig udfordring på de hospitaler, hvor der var mange forskellige mindre kommunale tilbud at henvise til³
- Selvom kommunikationen var blevet bedre med forløbsprogrammerne, efterlyste fagpersoner stadig mere rettidig og relevant udveksling af information på tværs af sektorer

2.2.3. Samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes

Med den nationale diabetesplan 2017(49) var der afsat midler til udvikling og afprøvning af modeller for et styrket tværsektorielt samarbejde om diabetespatienter. Udvikling af relation og fælles viden mellem aktørerne skulle være fundamentet for at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling ift. den lokale population af mennesker med diabetes og finde modeller for, hvordan dette arbejde bedst gribes an. Målet var at opnå bedre sammenhæng på tværs og øget kvalitet i behandlingen.

Midlerne fra puljen var udmøntet i tre projekter;

Region Hovedstaden: Tværsam - fælles forpligtende populationsansvar

³ Der er efterfølgende iværksat et initiativ ift. videreudvikling af sundhed.dk der gør det nemmere for læger og sygehus at få overblik over de kommunale tilbud. Derudover er det også blevet nemmere for læger ift. problemstilling om manglende overblik ved henvisning af borgerne, da de kan henvise til en afklarende samtale i kommunen, hvorefter kommunen sammensætter et tilbud til borgeren, jf. anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen

Region Midtjylland: Type 2-diabetes i Midtklyngen

Region Syddanmark: Sammen om diabetes i somatik og psykiatri

Resultater

Projekterne blev evalueret i 'Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes' af VIVE for Sundhedsstyrelsen(50).

Evalueringen viste en række konklusioner der kunne drages på tværs af de tre projekter. Derudover kunne der trækkes forskellige erfaringer og konklusioner fra de tre projekter hver især.

Rapporten pegede på følgende tværgående konklusioner;

- Arbejdet bør forankres i en tværsektoriel projektledelse, herunder blev deltagelse af almen praksis vurderet til at have stor betydning bl.a. for at sikre adgang til viden om patientpopulationen
- Projekterne bør tilrettelægges med et langsigtet perspektiv, der kan sikre en strategisk vidensopbygning
- Bottom-up involvering og relationel koordinering som fundament, sikrer de bedste forudsætninger for at indsatsen lykkes
- Populationsdata, der betragtes som meningsfulde og anvendelige bruges som afsæt for arbejdet. Her blev særligt fremhævet hvordan forløbsplaner fra almen praksis var en styrke at benytte som afsæt for data i projekterne

De tre projekter var ved projektopstart, forskellige steder i deres udgangspunkt. Projekt 'Tværsam' var et 2. generationsprojekt, og var derfor længere i projektfasen end 'Type 2-diabetes i Midtklyngen' og 'Sammen om diabetes i somatik og psykiatri'. Resultater fra projekt 'Tværsam' præsenteres kort nedenfor.

Sammenhængende forløb for patienter med type 2 diabetes i primær og sekundær sektor (Tværsam)

Projektet var et samarbejdsprojekt mellem almen praksis, Københavns Kommunes Center for Diabetes og Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital. Projektets første fase (pilot) tog udgangspunkt i en bottom-up tilgang med fokus på udvikling af relationer og fælles viden med henblik på at danne fundamentet for at udvikle en samarbejdsmodel, hvor data og viden om patientpopulationen kunne deles, bl.a. gennem vidensdeling og udviklingsdage. I projektets anden fase var der fokus på at videreudvikle og styrke de igangværende indsatser og samarbejdsfora i projektet, samt fokus på yderligere udvikling af indsamling og anvendelse af data.

Projektet bestod af flere forskellige indsatser ift. at understøtte vidensdeling og udvikling af samarbejdsrelationer bl.a. faste vidensdelingsmøder med deltagelse af fagpersoner fra sygehus, kommune og almen praksis.

Derudover blev der arbejdet med konkrete tiltag, med henblik på at forbedre det tværgående samarbejde, herunder klyngetelefon og telefonliste, der skulle styrke og lette muligheden for kommunikation på tværs, læseadgang til regionens EPJ-system, der gav medarbejdere i primær sektor mulighed for at tilgå relevante oplysninger om patienternes forløb, og omvendte epikriser, der var målrettet modtagernes behov og skulle gøre det nemmere at få et overblik.

For at arbejde med et fælles datagrundlag, blev der etableret en klinisk database over deltagende diabetespatienter i almen praksis. Formålet med databasen var at gøre det muligt at følge målopfyldelse for udvalgte kvalitetsindikatorer, og give en pejling på andel af lokal population med diabetes, der havde været til årskontrol hos egen læge og havde fået foretaget fodundersøgelse, øjenundersøgelse mv.

Resultater

Evalueringen konkluderede, at projektet havde fået forankret et fagligt netværk og en populationsbaseret samarbejdsmodel i praksis. I samarbejdsmodellen var det muligt at udvikle velfungerende indsatser, som kunne indeholde de etablerede aktiviteter og indsatser som klyngetelefon mv., og som samtidig gav mulighed for at udvikle nye initiativer i samarbejdet. En af evalueringsrapportens anbefalinger var at bruge mulighederne i samarbejdsmodellen for videreudvikling og udbredelse i et bredere set-up fx i regi af sundhedsklyngerne.

2.3. Helhedsorienterede indsatser målrettet udsatte borgere

I dette afsnit ses på indsatser, hvor målgruppen er udsatte borgere, ofte i komplekse forløb på tværs af lovgivningsmæssige områder, herunder er medtaget projekter med særlig fokus på ulighed i sundhed.

2.3.1. Sammen om min vej

Partnerskabet Broen til Bedre Sundhed⁴ (51) har i perioden 2015-2017 afprøvet og evalueret en intervention til gavn for borgere med mange kontakter samt et stort ressourceforbrug i social- og sundhedsvæsenet i Lolland og Guldborgsund kommuner i projektet 'Sammen om min vej'(52). Projektet sigtede mod en styrket tværsektoriel og brugercentreret indsats, ved at tilbyde borgerne én fast forløbspartner i kommunen. Forløbspartnerens rolle var coachende og vejledende og havde overordnet som mål at understøtte et individuelt forløb for den enkelte deltager, eksempelvis ved at facilitere dialogen med relevante samarbejdspartnere inden for eller på tværs af sektorer.

⁴ Broen til Bedre Sundhed er et partnerskab på tværs af Lolland og Guldborgsund Kommuner, Region Sjælland, Business Lolland-Falster og de Praktiserende Lægers Organisation i Region Sjælland. Partnerskabet arbejder for at skabe bedre sundhed og mindske uligheden i sundhed hos befolkningen på Lolland og Falster, og der er tale om en langsigtet strategi og bred portefølje af projekter rettet mod den samlede befolkning.

Målgruppen omfattede borgere der ofte havde flere (gen)indlæggelser bag sig, og typisk også et komplekst forløb præget af overlappende problemstillinger af somatisk, psykisk, social eller misbrugskaraktter. Projektet tog afsæt i et ønske om at styrke sammenhængen for denne gruppe af borgere og derigennem sikre bedre sundhed og trivsel, bedre kvalitet for den enkelte og for gruppen som helhed, samt sikre en mere hensigtsmæssig brug af eksisterende ressourcer, gennem større brug af ambulante ydelser. Målgruppen blev løbende inkluderet i projektet, samtidig med at løsninger og indsatser blev udviklet og tilpasset, baseret på systematisk brug af brugerinddragelse og forbedringsmodellen⁵.

Resultater

Det fremgik af evalueringen, at indsatsen blev oplevet som nyttig af de involverede fagpersoner, og at antallet af henvisninger steg i takt med øget kendskab og erfaringer med de borgere, som deltog i projektet.

Borgerne rapporterede endvidere forbedringer af deres selvvaluerede livskvalitet, helbred og oplevelse af øget inddragelse og sammenhæng i deres behandling. Herudover pegede involverede fagpersoner på, at indsatsen med at styrke samarbejdet hang sammen med et øget fokus på patientinvolvering.

Antallet af akutte indlæggelser og øvrige hospitalsydelser var uændret, mens der (som ønsket) var en stigning i antallet af kontakter med praktiserende læger, øvrige praksisbehandlere samt en lille stigning i forbruget af kommunale sundheds- og omsorgsydelser.

2.3.2. Sammenhængende patientforløb

'Sammenhængende patientforløb'(53) byggede bl.a. på erfaringer fra 'Sammen om min vej', og bundede i et ønske om at udvikle samarbejdsformer, der øger sammenhængen for patienter, som har mange kontakter og komplekse forløb på tværs af social- og sundhedssektorens forskellige aktører. Projektet blev etableret i et samarbejde mellem Broen til Bedre Sundhed, almen praksis, Nykøbing Falster Sygehus og psykiatrien Syd, samt social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet i hhv. Lolland, Guldborgsund og Vordingborg kommuner.

Projektets formål var at skabe mere sammenhæng i patientforløb, udvikle en samarbejdsmodel for tværgående udviklingsinitiativer og etablere en fælles kultur omkring fremtidigt samarbejde ved tværgående udviklings- og forbedringsinitiativer.

Målgruppen var sårbare eller socialt udsatte patienter i sygdomsforløb, der involverede flere forskellige aktører i sundhedsvæsenet.

⁵ Forbedringsmodellen, Model for Improvement, er en internationalt anerkendt metode til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser. Forbedringsmodellen er i Sammen om min vej bl.a. anvendt til forbedring af arbejdsgange, udvikling af værktøjer, udvikling af samarbejde mellem deltagende aktører, rekruttering af deltagere, udvikling af interventioner og implementering af den koordinerende indsatsplan i interventionerne.

Resultater

I evalueringen af projektet fra 2021, blev det vurderet, at projektet var lykkedes med at etablere grobund for et mere sammenhængende patientforløb og dermed større lighed i sundhed hos udsatte og sårbare borgere/patienter, herunder mennesker med alkoholafhængighed. Derudover var det lykkedes med at udvikle en lokalt forankret samarbejdsmodel for tværgående udviklingsinitiativer, samt at etablere fundamentet for en fælles samarbejdskultur som afsæt for fremtidigt samarbejde ved tværgående udviklingsinitiativer.

Der blev bl.a. konkluderet, at det stærke tværsektorielle samarbejde kan bane vejen for fælles løsninger til gavn for borgerne.

2.3.3. Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren

'Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren' var et frikommuneforsøg mellem ni kommuner med fokus på at skabe sammenhæng for borgeren ved at skabe en sammenhængende plan og indsats for borgeren på tværs af de sektoropdelte forvaltninger i kommunerne. Særligt borgere med komplekse problemstillinger og i komplekse forløb kan være udfordret af kontakten til flere forskellige forvaltninger og medarbejdere, hvor hvert forvaltningsområde skal arbejde særskilt med handleplaner for borgeren – handleplaner, der ikke har været koordineret på tværs - og dermed ikke understøtter en sammenhængende indsats for borgeren. Det gjorde frikommuneforsøget op med, da de deltagende kommuner var undtaget for at følge regler om forvaltningsspecifikke handleplaner.

Borgerne i frikommuneforsøget var overvejende borgere med sager i jobcenter, inden for familie- og/eller voksensocialområdet. I to kommuner var sygemeldte borgere med sager i både jobcenteret og på sundhedsområdet inkluderet. I 2021 kom slutevaluering af frikommuneforsøget(54).

Resultater

Den overordnede konklusion var, at mange af borgerne oplevede et forbedret samarbejde med kommunen. Flere borgere angav, at de i forbindelse med indsatsen var kommet i job eller i gang med uddannelse, samt at de oplevede bedre trivsel og helbred. Nogle borgere i projektet havde ikke oplevelsen af et forbedret samarbejde med kommunen, eller en opfattelse af, at deres forløb havde været sammenhængende, men oplevede i stedet en mangel på kontinuitet.

De projekter der lykkedes bedst var projekter med borgerinddragelse, og hvor opbygning af relation til borger og fokus på borgers egen handlekraft var centralt. Kommunerne oplevede, at flere borgere kom i beskæftigelse som et resultat af projektet. De oplevede generelt mere tempo i forløbene og fremdrift i langvarige forløb, for eksempel borgere, der havde været langvarigt væk fra arbejdsmarked grundet sygemeldinger. Rapporten konkluderede derfor, at der gennem forsøget var skabt en positiv forskel i borgernes og borgernes familiers liv.

2.3.4. Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet

I forbindelse med regeringens sundhedsudspil fra 2013 'Mere borger, mindre patient' blev der via satspuljen 'Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet'(55) udmøntet ca. 12 mio. kr. til otte projekter. Disse skulle sikre, at alle uanset social baggrund fik gavn af de eksisterende sundhedstilbud.

De otte projekter bestod af(56):

- Fire projekter, som skulle styrke sundhedskompetence hos sårbare borgere med alvorlige eller langvarige sygdomme
- Fire projekter, som havde til formål at opspore sygdomme hos potentielt marginaliserede borgere

Etablering og udbredelse af frivillige støttefunktioner: Navigator projekterne

Projekterne hvor målet var at styrke sundhedskompetence hos sårbare borgere med alvorlige eller langvarige sygdomme blev kaldt Navigator projekterne. Formålet med projekterne var at styrke borgernes egen handlekompetence og overvinde barrierer, for at sikre et rettidigt og kvalificeret forløb på tværs af relevante aktører i sundhedsvæsenet og de borgernære sundhedstilbud. De fire projekter skulle afprøve et frivilligt navigatorkorps, med henblik på at give støtte til psykosociale og praktiske problemstillinger til de mest udsatte borgere i kontakten til sundhedsvæsenet.

Navigator projekterne byggede på erfaringerne fra et tidligere lignende projekt, som Kræftens Bekæmpelse havde udviklet og afprøvet for socialt sårbare kræftpatienter(57). I dette projekt støttede navigatorerne patienterne i deres kommunikation med medarbejdere i sundhedsvæsenet omkring behandling mv. Resultaterne viste, at indsatsen medførte, at patienterne opnåede større forståelse for egen behandling og fik styrket evnen til at mestre egen sygdom. Målet med navigator projekterne var at opnå samme positive effekter, som Kræftens Bekæmpelses projekt viste.

I første delrapport af satspuljeprojektet 'Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet' blev navigatorprojekterne evalueret(58).

Resultater

Evalueringen af navigatorprojekterne viste, at alle projekterne var lykkedes med deres indsats og havde opnået målet med projektet. Overordnet var oplevelsen blandt borgere, navigatore og samarbejdspartnere positiv.

Borgerne i projektet gav udtryk for, at de havde oplevet, at de gennem projekterne havde fået hjælp og støtte til at mestre deres hverdag. Borgerne oplevede, at de i højere grad var blevet i stand til at tage til hospitalet, kontakte kommunen mv. Vurderingen i evalueringen blev, at hjælpen fra navigatorerne havde givet borgerne en større handlekompetence og hjulpet dem til at tage hånd om deres sundhed.

Medarbejdere i sundhedsvæsenet oplevede det frivillige navigatorkorps som en god samarbejdspartner, og at de var med til at støtte en helhedsorienteret indsats til borgerne.

Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser

I 2019 kom anden delrapport af evalueringen af satspuljeprojekterne i puljen 'Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet(59)'. Rapporten evaluerede på de fire projekter, som havde til formål at opspore sygdomme hos potentielt marginaliserede borgere(59).

Projekterne byggede på erfaringer fra tidligere gennemførte projekter i Danske Handicaporganisationer og botilbuddet Tangkær. Projektet i Danske Handicaporganisationer blev gennemført i 2012-2014 og afprøvede en samarbejdsmodel for systematisk sundhedstjek ved praktiserende læge for personer med sindslidelse eller udviklingshæmning. Resultaterne viste, at indsatsen medvirkede til at mindske barriererne for lige adgang til sundhedsvæsenet for målgruppen. Projektet på botilbuddet Tangkær var et samarbejdsprojekt mellem bostedet, lokalpsykiatrien og almen praksis, og indsatsen bestod bl.a. i et årligt sundhedstjek af beboerne på Tangkær. Formålet var at forbedre sundhedstilstanden hos beboerne på bostedet og forebygge sygdom gennem øget fokus på den somatiske og psykiatriske helbredstilstand og korrekt medicinsk behandling. Resultaterne viste, at sundhedstjekket medvirkede til et forbedret samarbejde og bedre brug af lægefaglige kompetencer på bostedet. Beboerne havde færre akutte kontakter i sundhedsvæsenet og havde opnået en højere grad af opmærksomhed på egen sundhed.

Målet med de fire opsporingsprojekter i satspuljen var at opnå de samme positive effekter af systematiske sundhedstjek som i de to ovenstående projekter.

På kort sigt, var formålet med projekterne, at identificere somatisk og psykiske helbredsproblemer rettidigt gennem sundhedstjek hos praktiserende læge og igangsætte relevant behandling. På lang sigt, at projekter kunne forebygge akutindlæggelser og udvikling eller forværring af kroniske sygdomme for målgruppen gennem en tidlig opsporing og tidlig indsats og derved have effekter på den sociale ulighed i sundhed ved at reducere sygelighed og dødelighed for målgruppen.

Senest blev der med overenskomst 2022 for almen praksis tilføjet en ny grundydelse for sundhedstjek til borgere på botilbud til personer over 18 år, der opholder sig på botilbud grundet nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Sundhedstjekket indebærer bl.a. overblik over diagnoser og behandling, ajourføring af det fælles medicinkort (FMK), somatisk undersøgelse og plan for videre behandling med inddragelse af samarbejdspartnere. Sundhedstjekket tilbydes hvert 2. år, men for ældre eller personer med mange sygdomme, hvert år(60).

Resultater

Evalueringen viste, at projekterne havde lykkedes med at opspore personer med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser til sundhedstjekket hos den praktiserende læge. Resultaterne af sundhedstjekket viste, at det havde medvirket til at identificere psykiske og somatiske helbredsproblemer hos målgruppen. En tredjedel af borgerne viste forud for sundhedstjekket tegn på påvirket helbredstilstand; ca. halvdelen gav anledning til yderligere undersøgelser, og hver femte borgers medicinliste gav anledning til justeringer eller ændringer.

Evalueringen viste desuden, at der var øgede kontakter til egen læge, imens der var færre indlæggelser og ambulantly forløb.

2.4. Indsatser målrettet borgere med psykiske lidelser

I dette afsnit ses på indsatser hvor målgruppen er borgere med psykiske lidelser.

2.4.1. Assertive Community Treatment (ACT-teams)

I evalueringen 'Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug' blev evalueret på en afprøvning af ACT-metoden i perioden 2014 til 2017 over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug(61).

ACT-metoden har først og fremmest været målrettet personer med svær psykisk sygdom og et stort forbrug af specialiserede ydelser i psykiatrien. I de senere år er metoden dog forsøgt udvidet til yderligere målgrupper f.eks. mennesker med dobbeltdiagnoser og yngre voksne med komplekse problemstillinger. Metoden tager afsæt i en integreret indsats, der ydes som en helhedsorienteret, tværfaglig og fleksibel støtte og behandling til borgeren ud fra borgerens ønsker og behov.

Målgruppen i afprøvningen var borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, der var kendetegnet ved at have svært ved at benytte de eksisterende tilbud om behandling og støtte fra sundheds- social- og/eller beskæftigelsesområdet i kommunen, og havde behov for en intensiv social støtte. Indsatsen blev udført af et tværfagligt ACT-team bestående af f.eks. socialpædagoger, sygeplejersker, sagsbehandlere, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter, psykologer og psykiatere. ACT-teamets tilgang var helhedsorienteret og med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker bl.a. med henblik på at minimere antallet af kontakter på tværs af sundheds- social- og beskæftigelsesområdet i kommunen.

Resultater

I rapporten blev set på, hvorvidt ACT-metoden bidrog til at forbedre levevilkår for borgere med komplekse sociale problemer i en kommunal kontekst. ACT-metoden blev afprøvet over for 62 borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i Københavns Kommune og Skanderborg Kommune.

Evalueringen af projekterne var baseret på kvantitative og kvalitative datakilder og metoder, og forholdt sig bl.a. til borgernes fysiske og psykiske trivsel, stof- og alkoholmisbrug, familie- og andre sociale forhold samt uddannelse og beskæftigelse og brug af det psykiatriske behandlingssystem. Rapportens overordnede konklusion var, at de fleste borgere havde haft god gavn af indsatser fra ATC-teamet og havde oplevet en positiv udvikling eller stabilisering ift. f.eks. psykisk trivsel, misbrugsforhold og ønske om og parathed til at indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter. Evalueringen pegede derudover på, at anvendelsen af metoden var særlig virkningsfuld ift. de borgere, der var mest udfordrede af misbrug og psykisk mistrivsel, idet der her blev set en højere grad af positiv udvikling end for de andre forløb i afprøvningen, der modtog indsatsen fra ACT-teamet.

Der blev i rapporten peget på, at en gruppe af de borgere der modtog indsatsen, ikke oplevede en positiv eller negativ udvikling, samt at en mindre gruppe borgere oplevede tilbagegang. Evalueringen kunne ikke endeligt konkludere, om dette betød, at der var visse borgere hvor ATC-indsatsen ikke var virkningsfuld, men rapporten pegede dog på forskellige årsager, der kunne være medvirkende til disse resultater, f.eks. at den manglende udvikling, også kunne være udtryk for en opbremsning i den negative udvikling hos borgere, der ellers på sigt ville opleve negativ udvikling.

Rapporten så derudover også på i hvor høj grad implementeringen af indsatsen i kommunerne var lykkedes. Der blev peget på, at der havde været god ledelsesmæssigt opbakning til afprøvningen og at det interne samarbejde havde fungeret godt, men at der havde været udfordringer i samarbejdet med den regionale psykiatri. Der blev desuden oplevet udfordringer ift. lovgivningsmæssige faktorer inde for beskæftigelsesområdet, hvor borgere samtidig med ACT-indsatsen, skulde leve op til regler om faste mødekadencer mv.

Rapporten viste desuden, at borgere der modtog indsats fra ACT-teamet, havde færre kontakter til den regionale psykiatri end borgere i en tilsvarende kontrolgruppe, der ikke modtog indsats fra ACT-teamet. Borgerne der modtog indsatsen havde dog i højere grad dyrere kontakter til den regionale behandlingspsykiatri f.eks. i form af indlæggelser, end borgere i kontrolgruppen. Rapporten konkluderede derfor, at der ingen forskel var ift. de økonomiske omkostninger for de to grupper, hhv. borgere der modtog indsats fra ACT-team og kontrolgruppen.

Endelig pegede rapporten på, at det kan være vanskeligt, at måle på effekterne af den langsigtede og ikke-tidsbestemte indsats i ACT-teamet inden for afprøvningsperioden, da der er tale om en gruppe borgere med komplekse behov og med brug for langvarige indsatser, hvis effekter først vil kunne ses på længere sigt. Der var således ved afprøvningens afslutning også flere borgere, der fortsat var i et uafsluttet forløb hos ACT-teamet.

2.4.2. Styrket sundhedsfaglig rådgivning og lettere adgang til psykiatrisk udredning

Som en del af 'Delaftale om udmøntning af satspuljen for 2017-2020', blev der afsat midler til at sikre en lettere adgang til psykiatrisk udredning for mennesker med psykiske lidelser på bosteder og til at understøtte medarbejdernes arbejde på bostederne ved hjælp af sundhedsfaglig rådgivning(62).

Seks projekter fik efterfølgende tildelt midler fra satspuljen til Sundhedsstyrelsens projekt 'Styrket sundhedsfaglig rådgivning og lettere adgang til psykiatrisk udredning'(63) med henblik på at få erfaringer med at skabe bedre overgange mellem de to sektorer og fordre bedre og tættere samarbejde.

De overordnede mål for puljen var, udover lettere adgang til den regionale psykiatri og sundhedsfaglig rådgivning, at bygge bro mellem sektorerne, øge sikkerheden og forebygge voldelige episoder på bostederne samt fremme livskvaliteten hos borgere på bostederne.

Projekterne blev forankret i den regionale psykiatri med indsatser i både kommune og region. Indsatserne omfattede bl.a. udgående regionale teams til bosted, medarbejderrotation mellem bosted og sygehus, etablering af telefonrådgivning (hotline), mailsparing og telefonkonferencer samt etablering af en forsøgsordning med fast opfølgning efter en indlæggelse for en række borgere på bostederne.

Resultater

I evalueringen af projekterne blev det konkluderet, at projekterne var lykkedes med at lette adgangen til den regionale psykiatriske udredning og yde sundhedsfaglig rådgivning til socialpsykiatrien, samt at bygge bro mellem de to sektorer, styrke samarbejdet og fremme integration af behandlingsforløb. Det var bl.a. blevet lettere at give og modtage sparring på tværs af sektorerne. Projektets resultater viste endvidere, at medarbejderne på bostederne havde fået en øget viden om psykiske lidelser og dermed bedre forudsætninger for at reagere og kontakte den regionale psykiatri rettidigt, ved forværring i borgers tilstand.

For flere af projekterne var beboernes livskvalitet blevet operationaliseret til antallet af indlæggelser og tvangsindlæggelser, hvor en nedgang i antallet af indlæggelser kunne indikere bedre behandling for beboerne og dermed en forbedring i deres livskvalitet. Her viste evalueringen, at beboerne havde færre indlæggelser, især tvangsindlæggelser.

Rapporten konkluderede, at det kun delvist var lykkedes med projekternes mål om at forebygge voldelige episoder og øge sikkerheden for medarbejderne på bostederne, samt at fremme livskvalitet hos beboerne på bostederne. Her pegede rapporten på, at det krævede et længere tidsrum og individuel opfølgning ude på bostederne, for at kunne konkludere noget endeligt ift. de to sidstnævnte mål.

I evalueringen blev der peget på flere gennemgående faktorer, der havde bidraget til at projekterne var lykkedes med de overordnede mål. I rapporten blev der peget på, at det er vigtigt, at der er ledelsesmæssig opbakning og involvering, fokus på samarbejde og gensidig tillid, samt den rette organisering bl.a. i form af, at teamet er tværfagligt. Derudover fremhævedes de gode effekter af kompetenceudvikling, hvor særlig fælles, gensidig kompetenceudvikling bidrog til, at der blev skabt fælles viden og fælles sprog, og derved bedre forudsætninger for kommunikation på tværs. Slutteligt fremhævedes de regionale udekørende funktioner - der var fysisk tilstede og synlige på bostederne - som en faktor, der bidrog til realisering af projekterne mål.

2.4.3. Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

I rapporten 'Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser'(64) fokuserede en ud af tre delanalyser på 16 udvalgte sammenhængsprojekter på psykiatriområdet gennemført siden 2009 og frem(65). I analysen blev det undersøgt hvilke faktorer, der kunne identificeres på tværs af de 16 projekter, som har betydning for sammenhæng i forløbet for mennesker med psykiske lidelser. Fælles for projekterne var, at de havde et fokus på sammenhæng mellem de tre, eller to af de tre sektorer i sundhedsvæsenet; sygehuse, almen praksis og kommuner.

Resultater

Analysen identificerede to tilgange til sammenhæng, henholdsvis 'sammenhæng i systemet' og 'sammenhæng omkring borgeren'. De to tilgange udelukkede ikke hinanden, men ofte blev den ene af de to strategier anvendt.

I tilgangen 'sammenhæng i systemet' var der primært fokus på at skabe sammenhæng i det tværgående samarbejde omkring borgeren. Udformning af indsatsen blev derfor bygget op om de aktører, der findes omkring borgeren. Aktørerne havde fokus på fælles og øget viden om målgruppen samt fleksibel adgang til hinandens viden, tilbud og kompetencer via kommunikation og videndeling på tværs af faglige og organisatoriske skel. Tværfaglige teams var et eksempel herpå og var valgt som indsats i mange delprojekter, hvor sammensætning og form har varieret fra projekt til projekt. Alle projekter havde dog taget udgangspunkt i at etablere et formaliseret samarbejde på tværs af fagligheder og i mange tilfælde på tværs af sektorer.

Den anden tilgang 'sammenhæng omkring borgeren' søgte at bygge indsatsen op omkring det konkrete borgerforløb, og dermed strukturere indsatsen med borgeren som det primære omdrejningspunkt. Projekter, der primært havde arbejdet inden for denne tilgang, havde bl.a. haft fokus på at udvikle en fælles behandlingsstrategi, så borgeren ikke blev mødt med forskellige, og måske i nogle tilfælde modstridende, tilgange til behandlingen. Etableringen af en koordinatorfunktion var et eksempel på denne tilgang. Det overordnede formål med koordinatorfunktionen var at tydeliggøre og placere ansvaret for uddeling af opgaver og spredning af information til relevante samarbejdspartnere. Koordinatoren havde i mange indsatser varetaget den primære kontakt med borgeren, for dermed at reducere borgerens antal af kontakter i syste-

met. Det fremgik af evalueringerne af de projekter der anvendte tilgangen 'sammenhæng omkring borgeren', at borgerne gav udtryk for, at det havde haft en positiv betydning, når indsatsen var nemt tilgængelig og var placeret i deres nærområde, samt at de professionelle kontakter inddrog den enkelte borger og dennes ønsker og behov i behandlingen.

Ud over de to ovenfor nævnte tilgange til sammenhæng, identificerede analysen desuden fem overordnede faktorer, som var særligt vigtige for at skabe sammenhæng i indsatsen, herunder:

- *Tværfaglighed*: Gensidig forståelse af, hvorfor andre aktører handler, som de gør, fælles sprog for at begrænse "kultursammenstød" og faglig dominans, fælles redskaber for at opnå faglig integration samt klare rammer for samarbejdet
- *Faglighed og kompetence*: Balance mellem et behov for specialisering og mulighed for at etablere et fælles tværfagligt ståsted. Tværgående kompetenceudvikling (fx fælles undervisning) og systematisk videndeling på tværs
- *Kommunikation*: Fælles grundlag for kommunikation på tværs af sektorer. Klar ekstern kommunikation af formål og ansvarsområde ved brug af tværfaglige teams. Afstemning af, hvordan den direkte kommunikation med borgeren skal foregå
- *Organisation og rammer*: Fælles fysiske rammer understøtter samarbejde, men det vigtigste er et "neutralt rum", hvor relevante aktører kan mødes på lige fod. Det er afgørende, at det tværsektorielle samarbejde understøttes ledelsesmæssigt fx i form af fælles ledelse og fælles økonomi
- *Borgerinddragelse*: Inddragelse af borgere og pårørende i tilrettelæggelse af borgernes forløb er vigtigt for at skabe sammenhæng, men der er brug for mere erfaring med at inddrage borgere i udvikling af indsatser

Integreret indsats for borgere med psykiske lidelser og misbrug

'Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug'(66) var et projektet, som blev gennemført i perioden fra medio 2011 til primo 2015, hvor der blev udviklet, afprøvet og evalueret en model, til at integrere indsatsen på tværs af behandlingspsykiatrien, misbrugsbehandlingen og de kommunale socialpsykiatriske indsatser. Formålet med modellen var at understøtte en øget integration mellem sektorernes støtte- og behandlingsindsatser, samt bidrage til et sammenhængende forløb for borgerne og hjælpe dem til at opnå en positiv udvikling.

Modellen indeholdt anvisninger til kommuner og regioners tværgående organisering og samarbejde, som omfattede følgende fem elementer: 1) Ledelse, 2) Strukturer og

rammer, 3) Tværfagligt team, 4) Opsøgende tilgang og 5) Fælles processer og redskaber. Til faserne hørte en række konkrete redskaber til det tværfaglige arbejde med udredning, handleplaner, indsatser og opfølgning. Modellen blev implementeret i fire lokale projekter, som involverede i alt fire kommuner og to regioner⁶.

Resultater

Det blev konstateret, at der kunne ses et styrket tværsektorielt samarbejde, som kunne overkomme nogle af de barrierer for opsporing, videndeling, behandling og fastholdelse, som ofte gjorde sig gældende i det tværsektorielle samarbejde om målgruppen.

De kommuner og regioner, som anvendte modellen for en integreret indsats, formåede i højere grad end tidligere, at sikre tværfagligheden i arbejdet med borgernes forløb, blandt andet igennem fælles udredninger og handleplaner, som i vidt omfang forholdt sig til begge lidelser.

Endelig oplevede både borgere og de samarbejdspartnere, som havde været i kontakt med de tværfaglige teams, overvejende at de støtte- og behandlingsindsatser, som blev igangsat af de tværfaglige teams, var sammenhængende.

Overordnet konkluderes, at modellen for en integreret indsats bidrog til et styrket tværsektorielt samarbejde og en mere koordineret indsats for borgerne. Der var endvidere tidlige indikationer på en positiv udvikling hos de borgere, som modtog støtte fra det tværfaglige team.

2.4.4. Forsøg med akuttilbud til mennesker med sindslidelser

I delaftalen for Satspuljen 2008 på det sociale område, blev der afsat midler til forsøg med akutte socialfaglige tilbud til mennesker med sindslidelser⁽⁶⁷⁾ i syv⁷ forskellige projektkommuner. Akuttilbud er lettilgængelige tilbud om støtte, rådgivning og omsorg til mennesker med psykiske vanskeligheder, uden for normal åbningstid. Akuttilbuddene har dermed både et afhjælpende og et forebyggende sigte, da de både kan yde en hurtig indsats, der kan afhjælpe en konkret opstået situation samt forhindre, den berørtes psykiske tilstand forværres. Akuttilbuddet er som udgangspunkt anonymt og ikke-visiteret og skal kunne rumme alle mennesker med sindslidelser – både med og uden diagnose. Formålet med akuttilbuddet er at mindske antallet af indlæggelser, styrke muligheden for at blive boende i egen bolig og forbedre livskvaliteten for mennesker med sindslidelser – og deres pårørende. Det forventes endvi-

⁶ 1) Ballerup Kommune i samarbejde med Region Hovedstaden, 2) Egedal Kommune i samarbejde med Region Hovedstaden, 3) Hedensted Kommune i samarbejde med Region Midtjylland og 4) Syddjurs Kommune i samarbejde med Region Midtjylland.

⁷ Der var i alt 8 projektkommuner. Da Rødovre og Herlev slog sig sammen i et fælles projekt blev det til i alt 7 konkrete projekter.

dere, at der skabes bedre sammenhæng i indsatsen for sindslidende med akutte problemer. Tilbuddene er forankret i kommunen, men fungerer i tæt samspil med behandlingspsykiatrien.

Resultater

I projektperioden var 75% af henvendelserne sket pr. telefon i akuttillbuddene i 7 forskellige forsøgskommuner.

Akuttillbuddene dækkede en vigtig snitflade i det samlede tilbud og sikrede en mere sammenhængende indsats og en tryk overgang ved udskrivninger fra indlæggelse til egen bolig. Akuttillbuddene blev vurderet til at have en forebyggende og nedbringende effekt på behovet for (gen)indlæggelser.

Der var blandt projektmedarbejdere, samarbejdspartnere og borgere bred enighed om, at akuttillbuddenes fleksibilitet i forhold til åbningstider og målgruppe udfyldte et hidtil udækket behov ved at kunne anvendes som et supplement til de eksisterende tilbud, som eksempelvis bostøtte, Støtte- og Kontakt-Personordningen (SKP-ordningen) eller i sidste ende som alternativ til indlæggelse. Akuttillbuddet kom dermed til at indgå som det element, der kunne gøre det samlede tilbud fra kommunen mere fleksibelt og sammenhængende og ligeledes i højere grad kunne tilpasses målgruppernes meget forskellige og varierende behov for støtte og omsorg.

Det blev vurderet at denne fleksibilitet og placeringen i snitfladen mellem social- og behandlingspsykiatrien skabte et stort potentiale for brobygning samt formelt og uformelt tværfagligt samarbejde om konkrete borgere, og dermed at akuttillbuddet var med til at give brugeren et mere sammenhængende og fleksibelt tilbud, både som alternativ og som supplement til eksisterende tilbud. Akuttillbuddet kom dermed til at indgå som det element, der kunne gøre det samlede kommunale tilbud til mennesker med sindslidelser mere fleksibelt og ligeledes i højere grad tilpasset målgruppernes meget forskellige og varierende behov for støtte og omsorg.

Der var mange eksempler på, at akuttillbuddene havde etableret mere formelle tværfaglige samarbejder – både med behandlingspsykiatrien og andre samarbejdspartnere – der fungerede rigtig godt. Flere projekter havde eksempelvis et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien i forbindelse med udskrivelser, hvor repræsentanter fra akuttillbuddet var til stede på afdelingerne med jævne mellemrum eller på anden måde blev introduceret for patienten. Der var ligeledes gode eksempler på samarbejder med politiet, hjemmehjælpen, bostøtten og støttekontaktpersonerne.

2.4.5. Kompleksitet i opgaveløsning i forbindelse med kommunernes socialpsykiatriske indsatser

En kvalitativ undersøgelse(68) fra 2018 har set på, hvad der kendetegner udviklingen i opgaveløsningen i kommunernes socialpsykiatriske indsatser. Undersøgelsen pegede på, at der er sket en stigning i andelen af borgere med komplekse problemstil-

linger. Undersøgelsen har desuden set på, hvordan kommunale medarbejdere og ledere oplevede, at den stigende kompleksitet i borgernes støttebehov blev håndteret i samspil med andre aktører, der indgik i den samlede indsats for borgerne. Både andre kommunale indsatser, fx hjemmeplejen, misbrugsbehandlingen og beskæftigelsesområdet, men også de regionale psykiatriske behandlingstilbud. Der blev her set på koordinering og samarbejde mellem de forskellige aktører samt på de barrierer og udfordringer, der var, i forhold til at skabe helhed og sammenhæng i indsatsen for borgeren. Rapporten afdækkede samspillet med øvrige kommunale og regionale aktører set fra de kommunale medarbejders perspektiv.

Resultater

Undersøgelsen illustrerede, hvordan den socialpsykiatriske indsats fokus var på at støtte borgere med psykiske lidelser i deres hverdagsliv. Dette således at borgernes tiltagende komplekse forløb blev understøttet bedst muligt - både i forhold til problematikker der havde med borgerens psykiske lidelse(r) at gøre, men også væsentlige problematikker på andre områder af borgerens liv. Det gjaldt f.eks. i forhold til plejebehov, medicinering, beskæftigelse og økonomiske situation. Undersøgelsen pegede på, at dette kræver et betydeligt element af koordination med andre aktører.

Undersøgelsen belyste hvordan udfordringer og barrierer i forhold til koordinering og samarbejde kunne opstå bl.a. på grund af forskellige syn på borgerens problematikker og funktionsniveau, blandt de forskellige aktører, som var involveret i borgerens forløb, på grund af forskellige faglige logikker i tilgangen til borgeren og derved også om, hvordan en given opgave i relation til borgeren håndteres og løses. Eksempelvis blev der oplevet en forskel i tilgangen til borgeren mellem den socialpædagogiske og udviklingsorienterede tilgang i de socialpsykiatriske indsatser og den omsorgs- og plejeorienterede tilgang i hjemmeplejen.

I de fire kommuner der indgik i undersøgelsen var der fokus på behovet for at varetage pleje- og sundhedsrelaterede opgaver, og der blev set forskellige løsninger på, hvordan man i den socialpsykiatriske indsats koordinerede og samarbejdede omkring at levere en indsats til borgeren, med fokus på både de psykiatriske og somatiske støttebehov. I en af kommunerne var der eksempelvis etableret et specialiseret hjemmeplejeteam med psykosociale kompetencer, som i denne kommune organisatorisk var placeret i regi af bostøtteindsatsen.

2.5. Digital understøttelse af sammenhængende forløb

I regi af sundhedsaftalerne(69) er der udviklet en række initiativer til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer med henblik på at sikre effektive og sammenhængende forløb bl.a. ved hjælp af datadeling og digitale løsninger.

For at skabe sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet er digitale løsninger og deling af data om patientforløbet på tværs af sundhedsprofessionelle og sektorer essentielt.

2.5.1. Et samlet patientoverblik

'Et samlet patientoverblik', er et program i samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis, samt Sundhedsministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, Digitaliseringsstyrelsen og Medcom(70). Løsningen har bl.a. været en del af den fællesoffentlige strategi for digital sundhed 2018-2022(71). Med sundhedsreformsaftalen er der i 2022 blevet afsat midler til at styrke udviklingen af 'Et Samlet Patientoverblik' og den eksisterende infrastruktur for 'Et Samlet Patientoverblik' skal udbygges. Her skal der kunne udveksles oplysninger om patientens planer, som indeholder diagnoser, aktiviteter og mål. 'Et samlet patient overblik's infrastruktur skal kunne dele planer for både somatiske og psykiatriske patienter på tværs af sundhedsvæsenet. Programmet skal give patienter og pårørende et fyldestgørende overblik over eget forløb og sikre, at arbejdsgangene bliver lettere for sundhedspersonalet på sygehusene, i kommunerne, i almen praksis mv. De sammenhængende patientforløb fremmes i programmet, da sundhedspersonalets adgang til relevante oplysninger gøres lettere, når der er brug for disse i patientens behandlingsforløb.

Programmet indeholder IT-løsninger, der giver mulighed for at dele et overblik over aftaler og stamoplysninger samt planer og indsatser mellem sundhedsvæsenets aktører.

De tre IT-løsninger er bl.a. afprøvet i et pilotprojekt i 2019 i Region Nordjylland og Region Midtjylland, i Frederikshavn Kommune og Aarhus Kommune, samt hos udvalgte praktiserende læger i disse to kommuner(72). Siden da er programmet udvidet, og det er muligt at se alle aftaler med praktiserende læger eller speciallæger. Alle regioner på nær Region Syddanmark begynder at dele og vise deres aftaler i deres fagsystem fra marts 2023. Med udgangen af 2023 deler og viser alle regioner deres aftaler i deres fagsystemer. Kommunerne har delt og vist data fra ultimo 2022 og fra marts 2023 vil størstedelen af kommunerne dele og vise aftaler.

Resultater

I evalueringen af pilotprojektet blev der samlet op på de erfaringer, som deltagerne havde gjort sig med at bruge løsningen i den kliniske hverdagspraksis. Evalueringen byggede på indsamlede data og erfaringer fra sundhedspersoner, patienter og pårørende.

Både sundhedspersoner, patienter og pårørende så en værdi i at kunne tilgå/dele informationer via løsningen. For patienter og pårørende blev der oplevet både stor værdi i selv at kunne tilgå oplysninger, men også at de sundhedspersoner i kommune, hospital og almen praksis, de havde kontakt med i deres forløb, kunne dele oplysninger på tværs.

De interviewede sundhedspersoner oplevede i høj grad, at løsningerne understøttede en række gevinster med omdrejningspunkt i bedre tværsektorielt samarbejde om patienter. Gevinsterne blev understøttet gennem bedre vidensdeling og mulighed for koordinering af forløb.

2.5.2. Telemedicin

Telemedicin er digitalt understøttede sundhedsydelse, der muliggør at behandling kan foregå i borgerens eget hjem f.eks. ved at borgeren måler vitale parametre og andre målinger såsom vægt, og sender resultaterne til lægen, som derved kan monitorere borgerens tilstand og vurdere behovet for yderligere behandling eller rådgive borgeren om, hvad denne selv kan gøre ved eventuelle forværringer eller udsving i tallene.

KL, Danske Regioner og regeringen blev ved økonomaftalen for 2016 enige om at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i hele landet. Aftalen byggede blandt andet på erfaringer fra storskalaforsøget TeleCare Nord KOL i Nordjylland. Regeringen, KL og Danske Regioner har endvidere i økonomaftalerne for 2021 aftalt en landsdækkende udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt. Aftalen her bygger ligeså bl.a. på erfaringer fra landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL samt TeleCare Nord's storskala-projekt vedrørende telemedicin til borgere med hjertesvigt.

I Telecare Nord projektet for borgere med KOL gik Region Nordjylland, de 11 nordjyske kommuner, praktiserende læger og Aalborg Universitet sammen om at afprøve et tilbud om telemedicinsk hjemmemonitorering af patienter med KOL i perioden 2012-2015(73,74). I perioden 2015-2018 gik aktørerne sammen om at afprøve det telemedicinske tilbud til patienter med hjertesvigt, bl.a. på baggrund af erfaringer fra projektet om telemedicin til borgere med KOL(75).

Resultater

Resultaterne heraf viste bl.a. færre indlæggelser for en gruppe af borgere med KOL, og en øget oplevelse af tryghed og evne til sygdomsmestring hos borgerne. Evalueringen viste også, at brug af løsningen ikke havde samme effekt på alle borgere, afhængig af sværhedsgraden af deres sygdom. Dette indikerede, at der var sundhedsøkonomiske gevinster at hente ved brug af telemedicin, men at tilbuddet skal målrettes de borgere, der får mest gavn af det.

Hos de involverede hjertesvigtspatienter sås ligeledes forbedringer ift. oplevet tryghed, og dertil besparelser på sundhedsydelser som følge af bl.a. færre indlæggelser og ambulante besøg pr. patient.

I projekterne blev telemedicin afprøvet med fokus på enkelt diagnoser, men der er kendte kommende projekter i gang, der stiler mod at afprøve telemedicinske løsninger til borgere med flere kroniske sygdomme, bl.a. med henblik på at udvikle en generisk løsning, der kan tilbydes til mennesker med multisygdom(76).

Videomøder

VIVE og Det Nære Sundhedsvæsen i Region Sjælland har udviklet en drejebog for fireparts videomøder mellem hospital, kommune, egen læge, patient og pårørende med henblik på at skabe mere sammenhængende forløb for ældre patienter med mange komplekse indlæggelser og kontakter med sundhedsvæsenet 'Tværsektorielle videomøder om den ustabile patient - En drejebog til at gennemføre virtuelle firepartsmøder om udvidet koordinering, 'V4M', mellem hospitalsindlagte ældre, pårørende, hospital, kommune og egen læge' (77).

Udgangspunktet for videomøderne er aktiv inddragelse af patientens ønsker og pårørendes forventninger til indlæggelse og udskrivelse, og ved den udvidede koordinerende plan for patienten er der særlig fokus på forskellige parametre, der kan have betydning ift. indlæggelser og genindlæggelser bl.a. tidspunkt for udskrivelse, modtagelse i kommunen, opfølgende hjemmebesøg ved egen læge, behandlingsplan, medicin, genoptræningsplan, hjælpemidler og hjemmepleje

Tilbuddet om videomøder retter sig mod den ustabile patientgruppe af hospitalsindlagte ældre, der har vedvarende behov for pleje og behandling i både primærsektoren og sygehusvæsenet, og har et øget behov for koordinering på tværs. Der er tale om en målgruppe der ofte har mange diagnoser, komplekse pleje- og behandlingsbehov, gentagne (lange) indlæggelser, væsentlig nedsat funktionsevne mv.

Drejebogen er udviklet og afprøvet gennem et aktionsforskningsprojekt på baggrund af 11 gennemførte videomøder der efterfølgende blev analyseret. Ved videomøderne, der foregik under patientens indlæggelse, deltog patient, pårørende, samt sundhedsfaglige fra sygehus, kommune og almen praksis.

Resultater

Afprøvningen pegede på, at patienterne har gavn af videomøderne med og imellem deres primære behandlere på sygehuset, i kommunen, i hjemmet og almen praksis for at få et mere sikkert og trygt forløb, og at videomøderne skabte et fælles rum for koordinering af patientens forløb. Der blev i rapporten peget på, at videomøderne bl.a. bidrog til at skabe tryghed for patient og pårørende ved sektorovergange, styrkede koordination og samarbejde om fælles sammenhængende løsninger, samt øgede kvaliteten i forløbet efter udskrivelse. Videomøderne gav mulighed for at koordinere de forskellige pleje- og behandlingskontekster, som indgik i patientens forløb og hverdag og blev vurderet til at have potentiale til at forbedre patientsikkerhed og kvalitet i ældres forløb, der går på tværs af sektorer.

3. Opsamling

Vidensopsamlingen har givet indblik i, hvordan der i kommuner fortsat arbejdes tværfagligt og tværsektorielt med at styrke og understøtte sammenhængen i forløb for borgere med behov for flere indsatser på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

Flere af projekterne har været præget af relativt få studiedeltagere, og det er vanskeligt at sige noget om, hvorvidt resultaterne er generaliserbare og kan overføres til en anden setting med samme resultater. Desuden er projekterne så forskelligartede, at det er vanskeligt umiddelbart at sammenligne resultaterne på tværs. Der er mange faktorer, der kan påvirke, om en person eksempelvis bliver genindlagt eller om et forløb opfattes som sammenhængende. Det kan derfor være svært at måle, om effekten af en indsats skyldes den givne indsats, eller andre faktorer – herunder med de effektmål, der er valgt. Endelig er der ikke foretaget en systematisk litteratursøgning. Dog vurderes det, at vidensopsamlingen afspejler hvilke indsatser der kan betragtes som virksomme ift. at understøtte sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom, da den samlede vurdering af indsatser flugter med allerede eksisterende viden på området, samt at der i tilblivelsen af vidensopsamlingen har været løbende rådgivning fra følgegruppen vedr. 'Mere viden om multisygdom'.

De fleste resultater og erfaringer, som er præsenteret i denne rapport, baseres primært på fagpersoners - og i nogle projekter suppleret med borgernes - oplevelser og vurderinger af, hvilken virkning den undersøgte indsats har haft.

Overordnet går nogle temaer igen i de inkluderede evalueringer i denne rapport. De opsamles i det følgende.

Tværfagligt samarbejde og kommunikation

I flere evalueringer fremhæves det, at initiativerne har bidraget til at forbedre det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Ved at indgå i et tværgående projekt oplever fagpersonerne, at kommunikationen på tværs bliver forbedret. Herudover bidrager bedre gensidigt kendskab og forståelse for andre faggruppers opgaver og arbejds kontekst til bedre samarbejde og kommunikation med andre aktører. Disse understøtter ligeledes sammenhængen i borgernes forløb. Tværfaglige teams er et eksempel på en indsats, som ifølge de involverede fagpersoner bidrager til et styrket tværgående samarbejde. De tværfaglige teams fører ligeledes til en mere koordineret og sammenhængende indsats for borgerne, der giver adgang til hinandens kompetencer, fagpersonerne imellem.

Nogle evalueringer konkluderer dog at trods forbedret tværsektoriel kommunikation, efterspørger fagpersonerne stadig mere rettidig og relevant udveksling af information på tværs af sektorer, samt bedre muligheder for deling af data.

Digitale løsninger

Digitale løsninger kan bl.a. understøtte det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Erfaringer fra brug af digitale løsninger viser at disse giver mulighed for bedre koordinering af forløb, samt vidensdeling på tværs. Brug af de digitale løsninger har desuden vist sig at styrke samarbejdet på tværs om de fælles patientforløb, samt vist sig særligt at kunne styrke forløb i forbindelse med udskrivelser.

Der er derudover erfaringer med at de digitale løsninger fører til en oplevelse af øget trykthed for både patienter og pårørende.

Inddragelse og differentieret, helhedsorienteret indsats

Der konkluderes i nogle undersøgelser, at inddragelse og en differentieret, helhedsorienteret indsats, hvor der tages udgangspunkt i den enkeltes behov (og ønsker, præferencer mv.) bidrager til at skabe mere sammenhæng og mening for borgeren. I evalueringerne inkluderet i denne rapport, som har haft fokus på multisygdom, konkluderes det, at der i indsatserne til mennesker med multisygdom skal være en vis fleksibilitet i indsatserne. En hensigtsmæssig tilrettelæggelse af forløb for mennesker med multisygdom, forudsætter en individuel og involverende tilgang, og det påpeges som en afgørende forudsætning for at understøtte forløb og indsatser for de mest sårbare borgere, at der er en vis differentiering og rummelighed i systemet.

Projektet 'Sammen om min vej' et eksempel på borgerinddragelse, hvor der tages udgangspunkt i borgerens behov. Her rapporterede borgerne forbedringer af deres selvvalgte livskvalitet og helbred, samt en oplevelse af øget inddragelse og sammenhæng i deres forløb og derved også skabe differentierede forløb.

Forløbskoordination

I forskellige evalueringer fremhæves især forløbskoordinatorfunktionen, som en indsats, der kan bidrage til at skabe mere sammenhæng i forløbet for borgere med komplekse behov. I den tværgående evaluering af projekter, som har haft decideret fokus på multisygdom, har der været gode erfaringer med fremskudt visitation og forløbsstøtte, som de virksomme indsatser, der skal kunne støtte, vejlede og koordinere for de mest sårbare borgere med multisygdom.

I en analyse af flere sammenhængsprojekter på psykiatriområdet er koordinatorfunktionen et eksempel på tilgang, der bidrager til at skabe sammenhæng omkring borgeren. Det overordnede formål med koordinatorfunktionen har været at tydeliggøre og placere ansvaret for uddeling af opgaver og spredning af information til relevante samarbejdspartnere. Koordinatoren har i mange indsatser varetaget den primære kontakt med borgeren for dermed at reducere borgerens antal af kontakter i systemet.

I en evaluering af fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner fremhæves det som en fordel, at videreføre og styrke eksisterende indsatser for forløbs-

koordination, der allerede fungerer i drift – dels fordi omkostningerne til implementering og udvikling er minimeret, og dels fordi det er relativt lettere at fastholde indsatserne som en del af den faste drift, da de ikke bryder afgørende med eksisterende rutiner og opgaver.

Borgertilfredshed

I de evalueringer af sundhedsindsatser, hvor borgere - og i nogle tilfælde pårørende - er blevet spurgt, er oplevelsen primært, at de anser indsatserne, som har til sigte at bedre tværfaglig og tværsektoriel sammenhæng for at være meningsfulde og relevante. Eksempler herpå er kommunale akutfunktioner, fremskudt visitation og opfølgende hjemmebesøg. Borgerne føler sig ofte trygge, som den tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus er et eksempel på, mens borgerne i projektet 'Sammen om min vej' rapporterede en oplevelse af sammenhæng i deres forløb.

Ledelse, organisering og implementering

I nogle evalueringer fremhæves fælles tværgående ledelsesengagement som yderst vigtigt for, at en indsats bliver en succes. Der lægges vægt på, at der er tale om et reelt samarbejde, hvor ledere og medarbejdere fra alle samarbejdssektorer har været involveret i at finde løsninger til fordel for patienterne. De positive resultater forbindes i høj grad til de personlige relationer og den fælles viden/forståelse, der opstår ved et direkte samarbejde, fx ved at der opstår færre konflikter i samarbejdet, samt at disse i højere grad bliver taget i opløbet.

Nogle af de største udfordringer, som går igen i flere evalueringer, er af organisatorisk og implementeringsmæssig karakter. Det er ofte vanskeligt at implementere modeller og indsatser i de vante arbejdsrutiner og - kulturer. Det kræver tid og ressourcer at implementere nye indsatser, og det er bl.a., som angivet i en evaluering af opfølgende hjemmebesøg, en udfordring at gøre organiseringen af indsatsen enkel og overskuelig for de involverede parter.

Referenceliste

1. Sundhedsministeriet, 2017 (Satspuljen 2018-2012) Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2018-2021. <https://www.regeringen.dk/media/4291/af-tale-satspuljen-sundhedsomraadet-2018-2021.pdf> Sidst besøgt: 11/11/22
2. Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Statens Institut for Folkesundheds for Sundhedsstyrelsen. Multisygdom i Danmark. 2019.
3. Eriksen CU, Birke H, Helsing SAL, Frølich A. Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse for Sundhedsstyrelsen. 2019.
4. Sundhedsstyrelsen, Rationel farmakoterapi. Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde. 2022.
5. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. 2023.
6. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002 (struktureftale): Aftale om strukturreform. 2004. <https://sum.dk/Media/7/A/Strukturaftale.pdf> Sidst besøgt: 17/03/23
7. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, NSI. Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. 2012.
8. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en handlingsplan 2016-2019. 2016.
9. Sundhedsstyrelsen. En forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme i perioden 2010-2012. 2010.
10. Accelerating Care Transformation Center. The Chronic Care Model. <https://www.act-center.org/resources> Sidst besøgt: 11/11/22
11. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. 2012.
12. Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. 2015.

13. Socialstyrelsen. Pulje: Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser. 2016.
14. Regeringen. Jo før – jo bedre, Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. 2014.
15. Finansministeriet. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2016. 2015.
16. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.
17. Sundhedsstyrelsen. National strategi for psykiatri. 2009.
18. Aftale mellem regeringen, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten og Alternativet om: Finansloven for 2020. 2019.
19. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022.
20. Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. 2022.
21. Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreformen. 2022. <https://sum.dk/nyheder/2022/maj/bred-aftale-om-sundhedsreformen> Sidst besøgt 06/01/23
22. Implement for Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering som led i den nationale evaluering af satspuljen. Styrket Sammenhæng For De Svageste Ældre. 2020.
23. VIVE – Viden til Velfærd, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Styrket sammenhæng for de svageste ældre - Registerbaseret effekt-evaluering af 11 satspuljeprojekter. 2020.
24. Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital. Brobygger projektet - Brobyggerpsygeplejerskernes kompetencer, funktion og praksis i koordineringen af komplekse tværsektorielle forløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom. 2022.
25. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, Hammer A v., et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering. 2007.
26. Oxholm AS, Kjellberg J. Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. 2012.

27. Hjelmar Ulf. Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune. 2010.
28. Lehn SF, Jekes I, Rossau HK, Zwisler AD, Thygesen LC. Opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland. Statens Institut for Folkesundhed 2015. 2015.
29. Wiuff MB, Hansen EB, Kristensen T, Madsen H. Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden. Organisering, samarbejde og oplevet udbytte. 2017.
30. Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Model for behandlings-ansvar 72 timer efter hospitalsbehandling. 2021.
31. Grejsen H, Andersen LR, Fredholm L, Hansen DD, Viberg B. Kom Trygt Hjem, Ortopædkirurgisk afdeling Kolding Sygehus, Projekt 2018-2020, Resultater. 2020.
32. KORA, Buch MS, Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Ladekjær E. Evaluering af indsats for forløbskoordination – Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner. 2016.
33. Holm T, Gjørub JB, Nielsen PB. Evaluering af fem indsatser i Region Midtjylland for den ældre medicinske patient. Region Midtjylland. 2016.
34. Buch. M S. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. 2012.
35. Nygaard. H et. al. Forløbskoordination for den ældre medicinske patient fra plejebolig. Et samarbejdsprojekt mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Københavns Kommune & Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Københavns Kommune & Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. 2018.
36. Region Hovedstaden. Amager og Hvidovre Hospital. Info-65 på Tværs Kommunal forebyggelse af genindlæggelser for akut indlagte, ældre medicinske patienter Et tværsektorielt implementeringsstudie mellem Amager og Hvidovre Hospital, Brøndby Kommune og Københavns Kommune. 2016.
37. Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser. 2017.
38. Vinge S, Buch MS, Kjellberg PK. Det kommunale akutområde - Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner. 2021.
39. Sundhed og Ældreministeriet. Styrket indsats for den ældre medicinske patient - National handlingsplan 2016. 2016;

40. Buch MS, Ibsen R, Kjellberg J. Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus - Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi. 2019.
41. Hansen EB, Gusak D, Westergaard A W. Akutteamet i Sønderborg Kommune. KORA; 2015.
42. KL, PLO. Informationspapir fra KL og PLO Resultater på det kommunale område i overenskomstaftalen for almen praksis 2022.
43. Weatherall C, Lauritzen HH, Hansen AT, Termansen t. Evaluering af 'Fast tilknyttede læger på plejecentre.' 2014.
44. Sundhedsministeriet. Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019. 2015. [Satspulje sundheds og ældreområdet 2016-2019.pdf \(sum.dk\)](#)
45. Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) – et samarbejdsprojekt mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune & Bispebjerg og Frederiksberg Hospital 2013-2014. 2015.
46. Buch MS, Petersen A, Bolvig I, Kjellberg J. Integrated Care-modellen – indsatsen målrettet ældre medicinske patienter Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation. 2016.
47. Implement for Sundhedsstyrelsen. Tematisk evaluering - Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. 2013.
48. Region Hovedstaden. Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom - hvad ved vi? 2018.
49. Sundheds- og ÆldreMinisteriet. Den nationale diabetes-handlingsplan. 2017.
50. Buch MS, Johansen MB. Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes Vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter. 2022.
51. Region Sjælland. Læring på tværs. <https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Sider/default.aspx>. Sidst besøgt 12/11/22
52. Region Sjælland m.fl. Sammen om min vej - Slutevaluering. 2018.
53. Buch MS, Jensen MCF, Brorholt G. Sammenhæng i patientforløb Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis? 2018.

54. Holm-Petersen C, Schmidt A, Povlsen R, Jonsenm EH, Jakobsen ML. Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren Slutevaluering af et frikommuneforsøg (2016-2020). 2021.
55. Sundhedsstyrelsen. Pulje til fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet. 2015.
56. Sundhedsstyrelsen. Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet 2019.
57. Kræftens Bekæmpelse. Navigatorprogram for kræftpatienter - En målrettet indsats til forbedring af kræftforløbet for socialt sårbare kræftpatienter. 2015.
58. Sundhedsstyrelsen. Evaluering Af Navigatorprojekterne. 2018.
59. Sundhedsstyrelsen. Evaluering - Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser. 2019.
60. Regionernes lønnings- og takstnævn, Praktiserende lægers organisation. Overenskomst om almen praksis 2022.
61. Amilon A, Birkelund JF, Bojesen AB, Nielsen IK, Møller MS. Evaluering af "Afprøvning af ACTmetoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug". 2017.
62. Sundhedsstyrelsen. Styrket sundhedsfaglig rådgivning og lettere adgang til psykiatrisk udredning. 2017;
63. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af 'Styrket sundhedsfaglig rådgivning og lettere adgang til psykiatrisk udredning.' 2021.
64. Folker AP, Kristensen MM, Sølvhøj IN, Flint S, Kusier AO, Rod MH. Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. 2017.
65. Deloitte, Socialstyrelsen. Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug - Evalueringsrapport. 2015.
66. Socialstyrelsen, Deloitte. Model for en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Evalueringsrapport. 2015.
67. Socialstyrelsen. Akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser. 2013.
68. Benjaminsen L, Grønfeldt ST, Jensen MCF. Komplexitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien. En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner. 2018.

69. Retsinformation. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler VEJ nr 9504. 2018.
70. Sundhedsdatastyrelsen. Et Samlet Patientoverblik. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/etsamletpatientoverblik> Sidst besøgt 12/01/23
71. Sundhedsdatastyrelsen. Strategi for digital sundhed 2018-2024.
72. Sundhedsdatastyrelsen. Pilotprojekt og evaluering. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/etsamletpatientoverblik/pilotprojekt_og_evaluering Sidst besøgt 20/03/23
73. TeleCare Nord. Afslutningsrapport - telemedicinsk storskalaforsøg i Nordjylland. 2015.
74. TeleCare Nord. Bilagsrapport. https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/TelecareNord/Telemedicin-til-borgere-med-KOL/KOL-projekt/Evaluering-og-forskning/Fra-tro-til-viden---af-rapportering/TeleCare-Nord-bilagsrapport.ashx?la-da Sidst besøgt 11/12/22
75. TeleCare Nord Hjertesvigt. Afslutningsrapport for det telemedicinske hjertesvigtprojekt i Nordjylland. 2019.
76. Region Nordjylland - i gode hænder. Om TeleCare Nord. <https://rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/TeleCare-Nord/Om-Telecare-Nord>.
77. Wentzer HS, Høgsgaard DM. Tværsektorielle videomøder om den ustabile patient En drejebog til at gennemføre virtuelle firepartsmøder om udvidet koordinering, 'V4M', mellem hospitalsindlagte ældre, pårørende, hospital, kommune og egen læge. 2022.
78. Sundhedsstyrelsen [Anbefalinger for fælles forløbskoordinationsfunktioner til den ældre medicinske patient](#). 2019.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●