



Martin Sandberg Buch, Anne Petersen, Iben Bolvig og Jakob Kjellberg

Integrated Care-modellen – slutevalueringens resultater og konklusioner

Et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region
Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation



Integrated Care-modellen – slutevalueringens resultater og konklusioner - et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom
Forsidefotos: Lars Degnbol og Ricky John Molloy

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-967-2
Projekt: 10889

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Sundhedsvæsenet har i årtier søgt efter nye organisations- og samarbejdsformer, som kan bidrage til mere sammenhængende og effektive patientforløb. Det – i en dansk kontekst – største og mest ambitiøse forsøg på at gå nye veje i det tværsektorielle samarbejde er Integrated Care- projektet i Odense. Her har Odense Kommunes frikommunestatus gjort det muligt at samkøre patientdata på tværs af kommune, almen praksis og region, samt udvikle en fælles tværsektoriel handleplan, der betyder, at alle relevante behandlere har et fælles redskab til at dele viden om fælles patienter. Samtidig er indsatsen funderet i den nyeste viden om relationel koordinering og erfaringer fra en lignende indsats i North West London. Indsatsen er udviklet og afprøvet i et tæt samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation med afsæt i følgende grundprincipper:

- En tværsektoriel og forpligtende ledelse, aftaler og projektorganisation som sætter en ny og fælles ramme for samarbejdet i IC-indsatsen.
- Fælles elektroniske redskaber til identifikation af patienter og fælles videndeling om konkrete patienter.
- Øget fokus på inddragelse af patienterne og et proaktivt fokus på at skabe et hurtigt, individuelt og sammenhængende forløb for patienterne.

IC-indsatsens høje ambitionsniveau betyder, at der er tale om en kompleks intervention, hvor mange nye redskaber og arbejdsgange har skullet udvikles og implementeres som led i projektet. Derfor har det været vigtigt at indsamle erfaringer undervejs i processen for at understøtte udvikling og konsolidering af indsatsen, lige som det er vigtigt at foretage en grundig evaluering af projektets resultater. Dette sker via nærværende evaluering, hvor KORA har undersøgt proces og resultater med afsæt i patienter og fagpersoners perspektiver, samt en effektevaluering, der undersøger outcome og økonomiske effekter.

Vi er i KORA glade for at have fået muligheden for at evaluere IC-projektet. IC har givet et bud på, hvordan det tværsektorielle samarbejde omkring udvalgte patientgrupper kan organiseres og understøttes. Arbejdet med projektet peger på, at det er vanskeligt at bryde med sundhedsvæsenets strukturer, og at resultaterne ikke altid falder ud som forventet. Vi vil takke de mange patienter og fagpersoner, som har bidraget til evalueringen og fortalt om deres erfaringer med IC-projektets konkrete indsatser. Også en særlig tak til IC-sekretariatet for den store indsats med at organisere empiri-indsamlingen og den løbende sparring omkring evalueringens gennemførelse.

Alle slutevalueringens leverancer har været i eksternt review hos en forsker og praktiker med indsigt i tværsektorielt samarbejde. Herudover er leverancerne kommenteret og valideret af IC-indsatsens evalueringsgruppe, ligesom forsknings- og analysechef Pia Kürstein Kjellberg har foretaget intern kvalitetssikring på KORA.

Forfatterne

Marts 2016

Indhold

1	Introduktion til IC-modellen og KORAs evaluering	6
1.1	Læsevejledning	6
1.2	Baggrund, projektorganisation og aftaler	6
1.3	IC-projektets formål og centrale elementer	7
1.3.1	IC-modellens aktive elementer	8
1.4	IC-modellens succeskriterier.....	10
1.5	KORAs evaluering	11
1.5.1	Undersøgelsesspørgsmål	11
1.5.2	Anvendte metoder og datagrundlag.....	12
2	Sammenfatning af resultater	13
2.1	Patienternes perspektiver på DÆMP- og SAD-indsatsen.....	13
2.1.1	SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsen.....	13
2.1.2	DÆMP-patienternes perspektiver på IC-indsatsen	14
2.1.3	Sammenligning af SAD- og DÆMP-patienternes perspektiver.....	15
2.2	Fagpersonernes perspektiver på IC-indsatsen.....	15
2.2.1	SAD-indsatsens implementering og betydning for deltagende fagpersoner	16
2.2.2	DÆMP-indsatsens implementering og betydning for deltagende fagpersoner	20
2.3	Økonomi, omkostninger og effekter	25
2.3.1	Omkostninger og effekter relateret til SAD-indsatsen	26
2.3.2	Omkostninger og effekter relateret til DÆMP-indsatsen	26
2.3.3	Opsummering af omkostninger og effekter	27
3	Konklusioner og anbefalinger.....	28
3.1	IC-indsatsens implementering og aktiviteter.....	28
3.2	Brugerperspektiver på IC-indsatsen	28
3.3	IC-indsatsens omkostninger og effekter.....	29
3.3.1	Diskussion af forskellene på SAD- og DÆMP-indsatsens resultater.....	30
3.4	Anbefalinger vedrørende IC-indsatsernes fremtid	33
3.4.1	Anbefalinger vedrørende DÆMP-indsatsen.....	33
3.4.2	Anbefalinger vedrørende SAD-indsatsen.....	33
3.5	Perspektivering og sammenligning med andre IC-forsøg.....	34
	Litteratur	37
Bilag 1	IC-modellens projektbeskrivelse	38
Bilag 2	Stratificeringsmodel SAD (6. version december 2014)	51
Bilag 3	Stratificeringsmodel – Den ældre medicinske patient.....	53
Bilag 4	Elementer fra IC-indsatsens Care og Integrationsmål, der belyses via evalueringen.....	54

Bilag 5	§ 2-aftale om de praktiserende lægers deltagelse i projekt Integrated Care i Odense Kommune	55
---------	--	----

1 Introduktion til IC-modellen og KORAs evaluering¹

1.1 Læsevejledning

Denne sammenfatning præsenterer resultaterne fra KORAs evaluering af projekt Integrated Care i Odense, (herefter IC-projektet), som Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO sammen har afprøvet i Odense Kommune. Sammenfatningen er baseret på to individuelle slutrapporter (Buch et al. 2016a, Petersen et al. 2016) angående henholdsvis IC-indsatsen vedrørende ældre medicinske patienter (herefter DÆMP-patienter) og patienter sygemeldt med stress, angst og depression (herefter SAD-patienter)².

Sammenfatningen består af nedenstående tre kapitler:

Kapitel 1 redegør for IC-projektets baggrund og formål, organisering, de bagvedliggende antagelser omkring IC-modellens årsagsvirkningsmekanismer samt de evalueringsspor og undersøgelsesspørgsmål, KORAs evaluering er baseret på.

Kapitel 2 præsenterer evalueringens resultater. Først redegøres for indsatsernes implementering og patientrettede aktiviteter samt patienter og fagpersoners perspektiver på henholdsvis SAD- og DÆMP-indsatsen. Bagefter præsenteres de effekter og omkostninger, som er dokumenteret.

Kapitel 3 diskuterer evalueringens konklusioner og anbefalinger.

1.2 Baggrund, projektorganisation og aftaler

Arbejdet med IC-projektet startede i 2013, da Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO indgik en fælles aftale om at udvikle og afprøve en model for Integrated Care (IC-modellen)³. Modellen tager udgangspunkt i en model, der er udviklet og afprøvet i North West London (Curry et al. 2013), og hvor samarbejdet er baseret på teori om relationel koordinering jf. (Gittell 2009). I London blev modellen testet i forhold til samarbejdet omkring patienter med type 2 diabetes samt patienter, som er ældre end 75 år. I den danske kontekst blev det besluttet at afprøve indsatsen for henholdsvis erhvervsaktive borgere, som er sygemeldt med stress, angst og depression (SAD) samt ældre medicinske patienter (DÆMP).

IC-projektet er organiseret som et samarbejdsprojekt med en projektorganisation, der indeholder en styregruppe, en politisk følgegruppe og et fælles projektsekretariat med fire medarbejdere. Til at understøtte projektet er der også nedsat arbejdsgrupper i forhold til økonomi, evaluering, it, jura samt en sundhedsfaglig gruppe for hver af de to målgrupper, som har haft til opgave at tilpasse og udvikle IC-modellen fra London til en lokal dansk kontekst.

¹ Kapitlet er revideret version af kapitel 1 i den undersøgelse, Syddansk Universitet gennemførte af IC-modellens pilotfase i foråret 2014 (Lee, Nørgaard & Madsen 2014)

² Metodeovervejelser og detaljeret præsentation af resultater fremgår af de to delrapporter, der kan downloades på www.kora.dk

³ Projektbeskrivelsen for Integrated Care er vedlagt som Bilag 1. Heri indgår også en nærmere beskrivelse af implementeringsprocessen.

Som det fremgår, er IC-projektets to konkrete indsatser forankret i en omfattende projektor-
ganisation, hvori der indgår en lang række interessenter fra den kommunale og regionale sek-
tor, samt praktiserende læger og patientorganisationer. Grundlaget for projektet er endvidere
Odense Kommunes frikommunestatus, som gør det muligt at samkøre og dele data om inklude-
rede patienter på tværs af region og kommune, samt nedenstående aftaler og redskaber, som
på det organisatoriske niveau understøtter indsatsen:

- Samarbejdsaftaler på tværs af deltagende organisationer, som beskriver de konkrete IC-
indsatser og de gensidige forpligtelser, som følger af deltagelsen i projektet.
- Aftaler om økonomi og honorering af praksislæger og andre private ydere, som deltager.
- Et fælles datawarehouse, som ved at samkøre data gør det muligt at udarbejde risikolister
over relevante patienter, som kan inkluderes af egen læge.
- En fælles it-plattform (IC-handleplanen), som er et fælles planlægnings- og videndelings-
værktøj, der skal skabe viden og overblik på tværs af fagpersoner og patienter.
- Vejledninger, procesbeskrivelser og kurser for de fagpersoner, som er involveret i IC-
indsatsen.
- Oprettelse af tværsektorielle teams (TST), hvor deltagende fagpersoner mødes på fast basis
med henblik på læring, kvalitetsudvikling og opbygning af gensidige relationer.

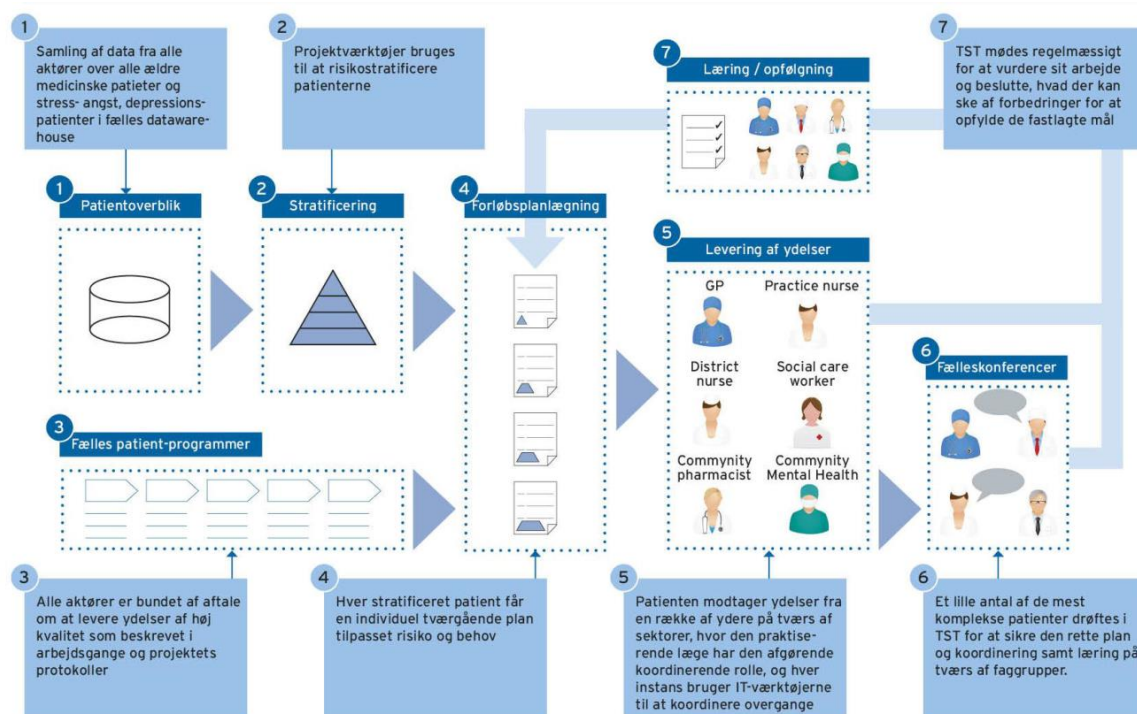
1.3 IC-projektets formål og centrale elementer

IC-modellens vision er overordnet at skabe et velfungerende og forpligtende samarbejde på
tværs af sektorgrænser, således at der sker en bevægelse fra aftale til samarbejdspartnere. IC-
modellen handler således i lille grad om at levere nye ydelser til de deltagende patienter, fordi
formålet grundlæggende er at skabe god sammenhæng og koordinering af alle ydelser og sa-
marbejdsflader, der i udgangspunktet er omkring patienterne. Et helt centralt element i IC-
modellen er derfor de decentrale tværsektorielle TST-teams, hvor deltagende fagpersoner del-
tager i et forpligtende samarbejde omkring både de konkrete patientforløb og om at udvikle
relationer og fælles viden, der muliggør, at man ser hinanden som samarbejdspartnere med
fælles mål og forståelse for samarbejdet.

Det gælder også for målgrupperne af SAD- og DÆMP-patienter, at IC-projektet, via en tidlig og
proaktiv indsats samt inddragelse af patienten, skal bidrage til at skabe reelle sammenhæn-
gende patientforløb.

På det operationelle niveau består IC-modellen af en række delelementer, der skal bidrage til at
strukturere patientforløbene og samarbejdet om disse. Figur 1.1 præsenterer IC-modellen gra-
fisk, og de aktive elementer uddybes i de efterfølgende afsnit:

Figur 1.1 Procesmodel for IC-modellen



1.3.1 IC-modellens aktive elementer

IC-modellen hviler overordnet på en antagelse om, at en tidlig og tværfaglig indsats, der medinddrager patienter med risiko for at udvikle alvorlig sygdom/miste kontakten til arbejdsmarkedet, vil have den største effekt. Indsatsen muliggøres gennem tidlig identifikation af patienten og advisering af praktiserende læger (tidlig sygdomsopsporing) samt hurtig etablering af samarbejde mellem relevante fagpersoner (fast track-forløb) og igangsættelse af en flerstrengt indsats, som imødekommer patientens behov (tværsektoriel handleplan med konkrete indsatser og mål).

Tidlig identifikation af patienter (nr. 1 og 2 i Figur 1.1)

Stratificeringen af patienter sker i regi af DAK-E, hvor et lukket it-system samkører en række data fra kommune, region og almen praksis for indsatsens målgrupper, og på denne baggrund skaber en algoritme og en risikoliste over de patienter, den praktiserende læge bør invitere til at deltage i indsatsen. Risikolisterne gøres tilgængelige for praksislægerne og algoritmerne er søgt tilrettelagt således, at hver deltagende læge på årsbasis forventes at inkludere ca. 25 patienter fra hver målgruppe.

I forhold til SAD inkluderes patienter i aldersgruppen 18-65 år med stress, angst og depression, som har gentagne sygemeldinger og derved øget risiko for langvarige forløb, der resulterer i udstødning fra arbejdsmarkedet⁴. Derudover har praksislægerne mulighed for at inkludere nysyge patienter, der ikke optræder på risikolisten, med det formål at sætte ind så tidligt som muligt i patientens sygdomsforløb.

⁴ Stratificeringskriterierne for SAD-indsatsen er vedlagt som Bilag 2

I forhold til DÆMP inkluderes patienter på +70 år⁵, der har hyppige kontakter/ydelser i lægepraksis, kommune og hospital. Der er fokus på at inkludere patienter, som er syge og med risiko for, at sygdommen forværres, så den bliver kompleks og indlæggelseskrævende⁶. Patienter med få risikofaktorer og patienter, som allerede har kompleks sygdom, er således ekskluderet fra indsatsen ud fra en forventning om, at disse patienter ikke forventes at profitere optimalt af IC.

Tværfagligt samarbejde (nr. 3 og 4 i Figur 1.1)

Som tidligere nævnt, bygger det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde på begrebet relationel koordinering, og på det konkrete plan understøttes dette af en række fælles aftaler for, hvordan samarbejdet omkring inkluderede patienter skal foregå, samt et særligt katalog over ydelser, der kan tilbydes til inkluderede patienter.

Samarbejdet understøttes af en elektronisk og tværsektoriel handleplan, som alle relevante deltagere i IC-indsatsen har adgang til. Handleplanen skal således fungere som et supplement til eksisterende journaliserings- og kommunikationsveje, der giver en fælles platform for planlægning, videndeling og koordinering af inkluderede patienters forløb.

Det er praktiserende læge, der på baggrund af et opstartsmøde med patienten opretter og udfylder handleplanen og via denne henviser patienten til de øvrige deltagere i projektet. Patientens IC-handleplan kan ses af de øvrige fagprofessionelle, som også har mulighed for at tilføje notater på baggrund af deres møder med patienten.

IC-handleplanen er udviklet i samarbejde mellem IBM, IC-indsatsens it-gruppe, IC-sekretariatet og input fra de faglige grupper for henholdsvis SAD og DÆMP. Handleplanen har i projektperioden ikke været fuldt integreret med de eksisterende it-redskaber og kommunikationsveje, men der er en intention om, at dette sker på sigt. Handleplanen blev i pilotfasen testet i SAD-gruppen, mens dette kun i begrænset omfang skete i DÆMP-gruppen.

Indsatser i form af aftalte ydelser (nr. 5 i Figur 1.1)

Der er opstillet et særligt tværsektorielt katalog⁷ over eksisterende og enkelte nye ydelser, som IC-patienter kan henvises til. Samtidig er der indgået aftaler om fast track-forløb, således at en del af indsatserne startes hurtigere op end normalt.

På SAD-området er de væsentligste indsatser et tilbud om ti gratis psykologsamtaler (nyt tilbud) med opstart inden for fem hverdage, vurdering på arbejdsmedicinsk klinik uden om den almindelige venteliste samt en række tilbud under Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen i Odense Kommune.

På DÆMP-området er der opstillet et katalog over kommunal/e sygepleje og tilbud med et rehabiliterende sigte samt tilbud om ti gratis psykologsamtaler (nyt tilbud), kontakt/tilbud om aktiviteter i regi af Ældresagen (nyt tilbud), medicingennemgang (nyt tilbud) og subakut geriatrisk udredning på OUH.

Det er i udgangspunktet praksislægen, som i dialog med patienten sammensætter et forløb, der består af de forskellige ydelser, som patienten har brug for/er motiveret for. Herudover kan der løbende justeres på leverede ydelser eller igangsættes nye på baggrund af fremdriften i forløbet og input fra patient og øvrige involverede fagpersoner. Praksislægerne har også et

⁵ Oktober 2015 blev alderskravet sænket til +65 år.

⁶ Stratificeringskriterierne er vedlagt som Bilag 3

⁷ Der redegøres nærmere for katalogerne og anvendelsen af disse i de individuelle delrapporter for henholdsvis SAD og DÆMP.

særligt ansvar for at fungere som tovholder for IC-forløbet og have opfølgningssamtaler med patienterne. Intentionen er samtidig, at tovholderrollen qua løbende tilbagemeldinger fra de øvrige fagpersoner bliver mere systematisk og proaktiv.

Tværsæktorielle teams (nr. 6 i Figur 1.1)

For at understøtte tværsæktoriel læring og kapacitet til relationel koordinering er der oprettet to former for TST: Årlige læringskonferencer for samtlige deltagere i hver af de to indsats samt mindre tværsæktorielle teams, hvor involverede fagpersoner mødes fem gange om året for at drøfte samarbejdet omkring udvalgte komplekse patienter. Det er IC-sekretariatet, der arrangerer møderne, og de praktiserende læger, der melder cases ind, som de ønsker drøftet. Andre faggrupper har dog også mulighed for at indmelde cases. Et TST-team består i DÆMP-indsatsen af faste deltagere: otte til ti praksislæger, to til tre speciallæger og en kommunal repræsentant samt ad hoc-deltagere fra fx hjemmepleje eller medicinske specialer, som indkaldes, når det er relevant i forhold til de aktuelle patientcases. I SAD-indsatsen består TST-teamet af otte til ti praksislæger, to til tre psykologer, repræsentanter fra arbejdsmedicinsk klinik, to til tre kommunale sagsbehandlere og en socialoverlæge.

Der er i begge indsats sat tre timer af til hvert TST-møde, og intentionen er at drøfte ca. seks patientcases på hvert møde.

Inddragelse af patienten

Inddragelse af patienten indgår som et centralt element i IC-indsatsen ud fra en forventning om, at dette udgør en væsentlig forudsætning for at skabe virksomme og sammenhængende behandlingsforløb. Inddragelsen sker dels ved opstartssamtalen hos egen læge, hvor patienten informeres om indsatsen og muligheden for selv at læse med i sin IC-handleplan, giver informeret samtykke til at deltage i IC-modellen og ikke mindst ved, at IC-planen baseres på en grundig dialog om patientens behov, ønsker og motivation.

1.4 IC-modellens succeskriterier⁸

Med afsæt i IC-modellens procesbeskrivelse og aktive elementer er der af organisationerne bag IC-projektet i Odense opstillet en række succeskriterier for indsatsen, som knytter sig til patienternes udbytte, fagpersonernes udbytte og indsatsens effekter:

Succeskriterier vedrørende patienternes oplevelse af sammenhæng (Care-mål)

- At patienterne i de udvalgte målgrupper bliver mere tilfredse med den pleje og behandling, de modtager, fordi de oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen.
- At patienterne i de udvalgte målgrupper opnår øget egenmestring og mere stabile forløb, således at:
 - SAD-patienternes periode på offentlig forsørgelse forkortes, sygdomsopbygning mindskes og kontakten til arbejdsmarkedet bevares
 - DÆMP-patienternes sygdomsudvikling bremses, samt at uhensigtsmæssige hospitals-kontakter undgås.

⁸ De udspecificerede målsætninger for IC-projektet, samt hvordan disse er operationaliseret i KORAs evaluering, fremgår af Bilag 4

Succeskriterier vedrørende organisation, samarbejde og effekter (integrationsmål)

- At det integrerede sundhedsvæsen (deltagerne i IC-modellen) opnår de samme eller bedre resultater for de samme eller færre ressourcer.
- At IC-modellen for deltagende fagpersoner/organisationer bidrager til bedre flow og tværsektoriel læring/vidensopbygning og en oplevelse af et godt samarbejde omkring indsatsen for de inkluderede patienter.

1.5 KORAs evaluering

Organisationerne bag IC-projektet i Odense har givet KORA til opdrag at gennemføre en evaluering, der kan kvalificere de beslutninger, der skal tages omkring IC-modellens fremtid ved afslutningen af projektperioden. Evalueringen derfor status for IC-modellens møde med patienter og fagprofessionelle og dokumenterer de opnåede resultater med afsæt i IC-modellens ovennævnte succeskriterier. Det sker via nedenstående tre spor, der med afsæt i:

1. interview og spørgeskemaer undersøger de inkluderede patienters perspektiver på IC-indsatserne
2. observationer, interview og spørgeskemaer afdækker de involverede fagpersoners perspektiver på IC-modellens organisering, resultater og fremtid
3. register- og omkostningsanalyser belyser IC-indsatsernes effekter og betydning for de inkluderede patienters forbrug af social- og sundhedsydelser.

Afgrænsning

Ovenstående fokus betyder, at evalueringen ikke har undersøgt de overordnede organisatoriske rammer og det ledelsesmæssige ansvar for indsatsernes implementering. Disse elementer inddrages dog i det omfang, deltagerne i evalueringen har italesat dem under interview og observationer.

1.5.1 Undersøgelsesspørgsmål

Evalueringens tre spor er omsat til en række undersøgelsesspørgsmål, som er udspecificeret nedenfor.

Spør 1 belyser patienternes perspektiver på:

- opstarten og informationen omkring IC-indsatsen
- stratificering, deling af data og anvendelse af patientens egen handleplan
- om/hvordan IC-indsatsen påvirker graden af patientinddragelse
- hvorvidt samarbejde og kommunikation mellem de fagpersoner, som indgår i IC-indsatsen påvirkes positivt
- om IC-indsatsen resulterer i bedre forløb og bedre udbytte (egenmestring) af behandlingen.

Spør 2 omhandler fagpersonernes perspektiver på, hvorvidt:

- det fælles datawarehouse og risikolisterne opleves anvendelige og finder de rigtige patienter, samt hvorvidt praksislægerne får afholdt opstartssamtaler og inkluderet det forventede antal patienter i indsatsen

- IC-handleplanerne opleves anvendelige, hvilken rolle de spiller for at koordinere patienternes overgange, og hvorvidt praksislægerne har den afgørende koordinerende rolle i forløbene
- de IC-ydelser, patienterne kan tilbydes, opleves relevante, og hvorvidt fagpersonerne kender og overholder de aftaler, der er indgået for IC-indsatsen
- det lykkes at afholde fælles konferencer i de tværsektorielle teams (herefter TST), og hvilket udbytte der opleves i relation til de drøftede patienter samt samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer og faggrupper
- de involverede fagpersoner forbinder IC-indsatsen med øget fælles viden, bedre gensidig respekt og bedre kommunikation på tværs af sektorer og faggrupper.

Spør 3 vedrørende patient-outcome og økonomi undersøger, hvordan IC-indsatsen påvirker de inkluderede patienters forbrug af social- og sundhedsydelser, samt hvorvidt indsatsen er omkostningseffektiv⁹. For SAD-patienterne er der særligt fokus på, om indsatsen øger tilknytningen til arbejdsmarkedet, og for DÆMP-patienterne er der særligt fokus på, hvordan indsatsen påvirker forbruget af kommunale plejeydelser samt antallet af hospitalsindlæggelser.

1.5.2 Anvendte metoder og datagrundlag

Evalueringen er baseret på spørgeskemaer udsendt to gange i projektperioden til alle inkluderede patienter og alle deltagende fagpersoner. Herudover er der gennemført 20 patientinterview, observation af otte TST-møder og to interviewrunder, hvor i alt 77 af de deltagende fagpersoner har deltaget. Endelig er der gennemført effekt- og omkostningsanalyser med afsæt i registerdata fra kommunen og regionen samt registreringer foretaget af IC-sekretariatet.

⁹ Den økonomiske evaluering af IC-projektet fokuserer på, om de opstillede mål for IC-projektet realiseres. Der er således ikke tale om en egentlig samfundsøkonomisk evaluering, hvor eventuelle sundhedsmæssige gevinster opgøres og sættes i forhold til omkostningerne. Dette ville bl.a. kræve, at sundhedstilstanden for både DÆMP- og SAD-patienterne og deres kontroller kunne måles, hvilket ikke har været muligt i det givne studiedesign.

2 Sammenfatning af resultater

2.1 Patienternes perspektiver på DÆMP- og SAD-indsatsen

Dette kapitel sammenfatter SAD- og DÆMP patienternes perspektiver på IC-indsatsen, hvorefter resultaterne sammenlignes¹⁰:

2.1.1 SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsen

IC-indsatsens relevans: IC-indsatsen fremstår forholdsvis tydelig og relevant for SAD-patienterne. Der er gennemgående en tro på, at idéen i IC-indsatsen er rigtig, og at den hjælper patienterne med at få det bedre/komme tilbage til arbejde. Patienterne fremhæver i den forbindelse udsigten til hurtig hjælp, de specifikke tilbud (primært psykologhjælpen), den fælles videndeling mellem behandlerne, og det at flere forskellige fagligheder vurderer ens sag som de væsentligste positive elementer i IC-indsatsen.

Det store flertal af patienter er glade for og trygge ved, at fagpersonerne deler oplysninger om dem. Der er dog også et mindretal, der er skeptiske over for dette, eller direkte utrygge ved det, fx fordi deres muligheder i det kommunale system eller på arbejdsmarkedet skades. Det fremstår således som et opmærksomhedspunkt – både hos psykologen – og de øvrige behandlere, at de løbende informerer og involverer patienterne om, hvilken viden der videreformidles, og hvorfor det sker.

Oplevet udbytte: Det fremgår også, at godt 65 % af SAD-patienterne efter deltagelsen er tilfredse med den behandling, de har fået og oplever, at de har fået det bedre. Når man ser på de enkelte faktorer i behandlingen, så ses stort set det samme mønster for alle. Således erklærer mere end 60 % sig overvejende enige i at have fået udbytte af IC-indsatsen i form af større viden, bedre mulighed for at handle selv, stabiliseret og forbedret sin tilstand. Der er samtidig en ret udbredt oplevelse af, at behandlerne kommunikerer i en grad, der betyder, at de har fælles viden og mål for patienternes forløb – særligt i relationen mellem egen læge og psykolog.

Et klart flertal af SAD-patienterne vurderer også, at de har fået det bedre i den tid, de har været i IC-indsatsen. Det er dog først og fremmest det, at patienterne har haft tid til at komme sig samt relationen til de enkelte behandlere, der kædes sammen med denne bedring. Den praktiserende læges rolle som tovholder og den tætte relation, der (når matchet er godt) opstår med psykologerne, fremstår derfor som vigtige holdepunkter for patienterne. Samtidig fremstår det som et fremadrettet opmærksomhedspunkt at sikre det rette match mellem patient og psykolog.

Oplevelsen af patientinddragelse: Undersøgelsen finder, at patienternes oplevelse af at blive aktivt inddraget i eget forløb ikke ændres væsentligt via IC-indsatsen. Patienterne er dog generelt tilfredse med deres IC-forløb, og det fremgår, at opstartssamtalen og de konkrete forløb, de tilbydes, for de fleste afspejler de ønsker og behov, de har. Samtidig fremgår det – i tråd med resultaterne fra pilotundersøgelsen – at mange SAD-patienter er glade for, at nogen tager ansvar for at vise vejen i deres forløb. Det gælder særligt ved opstarten, hvor mange ikke

¹⁰ Resultaterne er baseret på individuelle interview med 10 SAD-patienter, 9 DÆMP-patienter samt et elektronisk spørgeskema, som er udsendt til 176 inkluderede DÆMP-patienter (svarprocent 70) og 344 inkluderede SAD-patienter (svarprocent 63) 3 måneder efter deres opstartssamtale.

har overskud til selv at tage en aktiv rolle. Der er dog også patienter, for hvem det er positivt, at de inddrages i praktiske opgaver, da det giver dem følelsen af selv at kunne mestre deres liv. I forhold til inddragelse af patienten skal behandleren således balancere mellem at inddrage patienten og lette vedkommende for at skulle tage ansvar og styring i en periode plaget af symptomer men også være opmærksom på de muligheder for inddragelse, der opstår i takt med, at patienten får det bedre.

Perspektiver på IC-handleplanen: Selvom patienterne er positive over for IC-handleplanen, er der meget, som tyder på, at den ikke spiller den rolle for patienterne, som der er lagt op til i IC-indsatsen. Det skyldes flere forhold. For det første er det langt fra alle patienter, der oplever et behov/overskud til at orientere sig i planen. For det andet er der en del, som ikke har været opmærksomme på muligheden. Og for det tredje er der flere, som har orienteret sig i handleplanen og oplevet, at indholdet ikke har været relevant og opdateret. Det fremgår også, at patienterne har mange forskellige perspektiver på, hvordan handleplanen fungerer og anvendes, og at der forskel på, hvor aktivt behandlerne informerer om handleplan og IC-indsats undervejs i forløbet. Dette fremstår således også som et opmærksomhedspunkt i det videre arbejde med IC-indsatsen, fordi behandlernes tilgang til handleplan o.l. har stor betydning for patienternes anvendelse af samme redskaber.

2.1.2 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-indsatsen

IC-indsatsens relevans: Resultaterne viser, at næsten alle DÆMP-patienter i udgangspunktet ser IC-indsatsen som en positiv mulighed for deres sygdomsforløb, ligesom flertallet oplever, at opstartssamtalen og formålet med at deltage var klart. Der er således ikke afdækket egentlige kritiske perspektiver på indsatsen og særligt delingen af oplysninger mellem behandlere ses som et positivt element, der kan bidrage til fælles viden og dermed kontinuitet i patienternes møde med behandlerne. DÆMP-patienterne har derfor ingen indsigelser over for, at der arbejdes med risikolister eller den tværgående videndeling, der lægges op til via IC-handleplanen.

Oplevet udbytte: Selvom patienterne har et positivt syn på IC-indsatsen, har de et lavt kendskab til, hvilke konkrete mål der er opstillet i IC-handleplanen, hvilket også er afspejlet i, at det store flertal af respondenter ikke har været i stand til at vurdere, hvorvidt deres mål er gennemført i praksis. De gennemførte interview og spørgeskemaets frie svarkategorier understreger, at mange DÆMP-patienter har et uklart billede af IC-indsatsens indhold, aktiviteter og betydning. Langt de fleste interviewede DÆMP-patienter har således svært ved at forklare, hvad IC-indsatsen har indebåret for dem, og hvad de har fået ud af at deltage. Deres perspektiver på opstartssamtale, IC-handleplan og de konkrete tilbud, de har fået i IC-regi, er fragmenterede.

Det fremgår også af kommentarerne til spørgeskemaet og de gennemførte interview, at det i langt højere grad er opfordringen fra egen læge til at deltage i IC-indsatsen, ønsket om at hjælpe andre o.l., frem for forventninger til bedre behandling, der ligger til grund for, at patienter deltager i IC-indsatsen. Patienterne har således stor tillid til det, deres læge foreslår, og de ser generelt ikke selv et stort behov for mere koordinering, aktiv inddragelse eller adgang til handleplaner o.l. Først og fremmest fordi de i udgangspunktet er godt tilfredse med deres kontakter i sundhedsvæsenet og ikke oplever væsentlige problemer med manglende koordinering af deres behandling.

Når det kommer til gennemførelsen af det aftalte IC-forløb, fremstår den del af IC-indsatsen, der rækker ud over opstartssamtalen hos egen læge, usynlig for mange patienter. Det fremstår også som en væsentlig pointe, at flere patienter i interview og kommentarer til spørgeskemaet giver udtryk for, at deres forløb er gået i stå efter opstartssamtalen, samt at der ifølge patient-

terne ikke har været en aktiv tovholder, som har fulgt op på de aftaler, der er indgået for deres forløb.

Den manglende oplevelse af resultater kan hænge sammen med, at patienterne ikke har modtaget specifikke ydelser via IC-indsatsen, men den hænger formentlig også sammen med, at en del patienter har specialiserede forløb i sundhedsvæsenet i forvejen, som ikke ændres eller koordineres anderledes, fordi patienten indgår i IC-projektet. Sidstnævnte pointe understøttes ved, at mange af de interviewede patienter var optaget af andre problemstillinger/behandlingsforløb end dem, der tilbydes via IC-indsatsen, ligesom de havde svært ved at adskille disse fra deres IC-forløb. På den baggrund vurderer vi, at resultaterne fra patientspørgeskemaundersøgelsen skal tolkes med forsigtighed, da det er uklart, hvorvidt disse specifikt er relateret til IC-indsatsen frem for DÆMP-patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet generelt.

Perspektiver på patientinddragelse og IC-handleplanen: Flertallet af de respondenter, som har svaret på spørgsmålene om IC-handleplanen, giver også udtryk for, at deres behov og ønsker er blevet inddraget, at handleplanen tager hensyn til deres situation, samt at handleplanen har gjort det tydeligere, hvilke behandlere og kontaktpersoner som er tilknyttet deres forløb. Det fremgår også, at stort set alle patienter finder det relevant at kunne tilgå IC-handleplanen, men omvendt, at mindre end 20 % har i praksis har gjort dette mere end en gang. Interviewene viser, at den manglende brug af handleplanen skyldes en kombination af manglende viden om, at den eksisterer, manglende oplevelse af behov, manglende kompetencer/muligheder for at logge på. Endelig er der enkelte, som har logget på og vurderet, at indholdet ikke var opdateret/relevant. Handleplanen fremstår således ikke som et redskab, der bidrager med viden og inddragelse af DÆMP-patienterne i eget forløb.

2.1.3 Sammenligning af SAD- og DÆMP-patienternes perspektiver

Både SAD- og DÆMP-patienterne forholder sig positivt til formålet med IC-indsatsen samt den videndeling på tværs af fagpersoner og patienter, som der lægges op til med indsatsen. Begge patientgrupper sætter også pris på opstartssamtalen og den afdækning af deres behov/motivation, som sker her, ligesom tilfredsheden med behandlingsforløbet og de forskellige elementer, der indgår i dette, er sammenligneligt.

Det fremgår dog også, at der er flere og væsentlige forskelle på, hvordan de to patientgrupper oplever IC-indsatsen. Det konkrete IC-forløb fremstår således langt mere tydeligt, relevant og målrettet for SAD-patienterne, end det gør for DÆMP-patienterne.

2.2 Fagpersonernes perspektiver på IC-indsatsen

Det gælder for både SAD- og DÆMP-indsatsen, at de rent teknisk er implementeret, samt at der inkluderes og henvises patienter til alle IC-tilbud. Som det uddybes i de følgende afsnit, gælder det dog også, at for begge indsatses er der store variationer på, hvor mange patienter de deltagende læger inkluderer, samt at risikolisterne og stratificeringen i lille omfang anvendes systematisk.

2.2.1 SAD-indsatsens implementering og betydning for deltagende fagpersoner

Status for implementering og inklusion af patienter

Tabel 2.1 nedenfor giver et overblik over antallet af inkluderede SAD-patienter, hvordan de fordeler sig på tværs af de deltagende læger, samt hvordan dette matcher det forventede:

Tabel 2.1 Status for inklusion af SAD-patienter i IC-indsatsen

	Inkluderede patienter pr. 31.12.2015	Forventet antal patienter pr. læge og år	Antal læger der har inkluderet det forventede antal patienter	Inkluderede patienter blandt de mindst aktive læger
33 deltagende praksislæger	428	660	4	11
Gennemsnit pr. praksislæge	13	20	42	3

Som det fremgår, var der ved udgangen af IC-projektperioden inkluderet 428 patienter i SAD-indsatsen, hvilket svarer til ca. 2/3 af de 660 patienter, der var forventet i løbet af projektperioden. Det fremgår samtidig, at der kun er 4 praksislæger, der har inkluderet det forventede antal patienter, mens de 11 mindst aktive læger kun har inkluderet 3 patienter hver.

Der er således stor forskel på, hvor mange patienter de enkelte læger inkluderer, og dette er også afspejlet i, at en praksislæge har inkluderet 90 patienter, hvilket svarer til 20 % af alle SAD-indsatsens patienter. Samtidig står de 4 mest aktive læger sammenlagt for 168 af de inkluderede patienter, hvilket svarer til 39 % af alle SAD-patienter. Heroverfor står de 11 praksislæger, som har inkluderet færrest patienter, kun for 31 patienter, hvilket svarer til 7 % af det samlede antal SAD-patienter. Disse resultater giver således grundlag for at stille spørgsmålstegn ved, hvorvidt IC-indsatsen reelt er implementeret som en fast rutine hos en stor del af de deltagende praksislæger. Dette til trods for, at der har været løbende support fra IC-projektsekretariatet og alle IC-relaterede aktiviteter har været fuldt finansieret jf. Bilag 5

Status for patientrettede aktiviteter

De inkluderede patienter har i gennemsnit været henvist til 1,8 behandlingstilbud, og langt de fleste, 375 patienter, har været i behandling hos en psykolog. 210 patienter var desuden i samtaleforløb hos egen læge, og disse to tilbud er således de hyppigst givne behandlingstilbud.

Der har været afholdt 30 TST-møder, hvor der har været drøftet 117 patientsager, svarende til ca. 2/3 af det forventede antal. Særligt den første del af projektperioden var præget af, at meget komplicerede patientcases, dvs. fejlinkluderede, fyldte på TST-møderne, men det ændrede sig med det strammere fokus på inklusion og eksklusion, hvorefter det er de cases, der reelt hører til i IC-indsatsen, der har fyldt.

Risikolisterne er blevet introduceret som redskab til inklusion af patienter men også i vidt omfang forkastet af praksislægerne, fordi de oplever, at risikolisterne inkluderer forkerte patienter, og dels er besværlige at arbejde med. Herudover har implementeringen også været udfordret af uklarheden omkring DAMD-databasen i efteråret 2014. I stedet for at inkludere via risikolisterne har praksislægerne i stedet benyttet den mulighed, de har for at inkludere ny-syge patienter, når disse selv henvender sig via konsultationer med patienterne. Det er dog en praksis, der til stadighed opleves udfordrende, da det kan være svært at vurdere, om patienterne lever op til inklusionskriterierne på et tidligt tidspunkt i deres forløb.

Særligt den første del af projektperioden var præget af en del fejlinkluderede patienter, dvs. patienter, der ikke levede op til inklusionskriterierne¹¹. Det har betydet, at praksis omkring inklusion såvel som eksklusion af patienter, der ikke lever op til inklusionskriterierne, har været under udvikling gennem projektperioden. Der blev strammet op i forhold til, at det kun skulle være de patienter, der levede op til inklusionskriterierne, der skulle være i et IC-forløb. Frem for blot at være noget fagpersonerne accepterede, skabte det frustrationer for nogle fagpersoner, at de nu skulle ændre praksis i forhold til kriterierne. Nogle pointerede, at de patientcases, der faktisk lever op til IC-indsatsens inklusionskriterier, er for lette, og således nogle patienter der ville komme sig hurtigt uden IC-indsatsen. Andre fagpersoner oplevede eksklusionen som et etisk problem, fordi de opfattede, at de med deres faglige og personlige integritet havde lovet patienten, at de ville få hjælp i IC-indsatsen. Fagpersoner, der ikke fandt inklusion og eksklusion etisk problematisk, fremhævede, at det er ved ikke at love mere, end man kan holde, man handler etisk forsvarligt, både i forhold til faglig og personlig integritet.

Praksislægernes tovholderrolle har på samme måde været under udvikling og til forhandling i løbet af projektperioden. Ved midtvejsevalueringen fremgik det således, at en del praksislæger så det som en gevinst, at de qua IC-indsatsen ikke behøvede at udfylde tovholderrollen så aktivt, fordi de var trygge ved, at patienten var i et godt forløb. Denne opfattelse var i modstrid med IC-indsatsens intentioner, som netop gik på at styrke tovholderrollen. Dette var også afspejlet i, at de øvrige fagpersoner efterspurgte en større aktivitet fra praksislægerne i tovholderrollen. Efterfølgende er der stillet større krav til, at praksislægerne udfylder tovholderrollen som tiltænkt. Dette har øget de øvrige aktørers udbytte af IC-samarbejdet men til gengæld betydet, at en del praksislægernes motivation til at deltage i indsatsen er faldet.

Samlet set kan fagpersonernes indvendinger ses som et udtryk for, at hvordan, IC-indsatsen skal praktiseres, har været til stadig forhandling gennem projektperioden. Det har som sådan betydet, at IC-indsatsen har været praktiseret som en række af lidt forskellige interventioner gennem projektperioden, fordi interventionen har ændret sig i takt med, at fagpersonerne og IC-sekretariatet har fået erfaringer med IC-indsatsen. Ganske som forventet i et udviklingsprojekt af dette design.

Kendskab, opbakning og oplevelse af SAD-indsatsen i hverdagen

Fagpersonerne bakker i det store hele op om IC-indsatsen – også selvom nogle har forslag til, hvordan den kunne optimeres, fx i forhold til inklusionskriterier. De fleste oplever også, at de selv har et godt kendskab til IC-indsatsen, men det til trods viste interviewundersøgelserne, at der florerer en række fejlagtige forståelser af de rammer, som IC-indsatsen fungerer indenfor, såvel som hvad de selv og de øvrige fagpersoner kan, må og skal gøre i IC-indsatsen. Dette trods omfattende information fra IC-sekretariatet om IC-indsatsen. Fejlforståelserne har haft indvirkning på fagpersonernes måder at agere på i IC-indsatsen. Udviklingen og implementeringen af SAD-indsatsen har således fundet sted sideløbende gennem hele projektperioden: Dette forhold knytter sig særligt til, at det løbende har været nødvendigt at præcisere og justere praksislægernes kriterier for inklusion og eksklusion af patienter, praksislægernes tovholderrolle og brugen af IC-handleplanen.

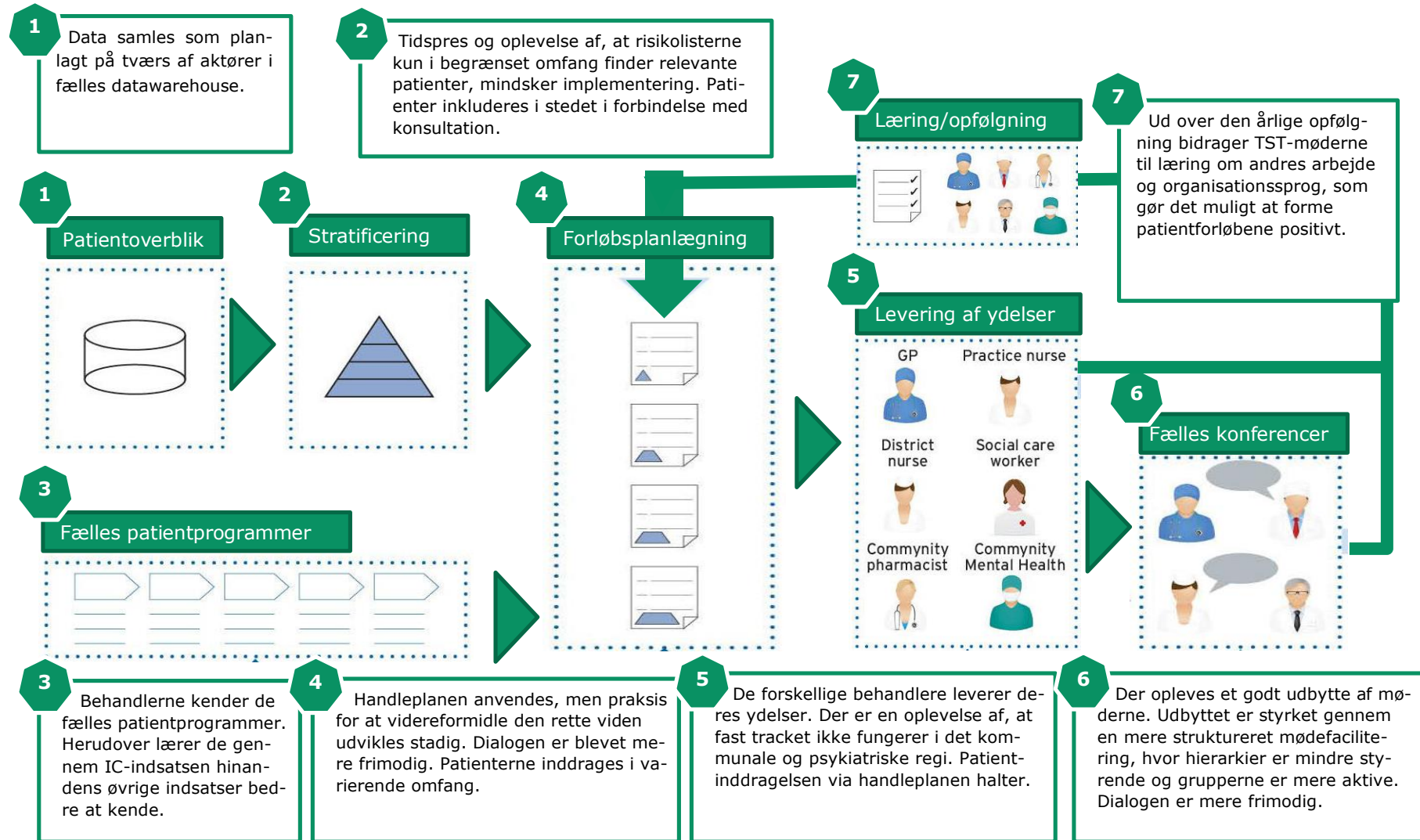
Et stort flertal oplever, at indsatsen efterleves i hverdagen. De oplever, at SAD-indsatsen bidrager til, at de i dag har større viden om hinanden og kan bruge hinandens tilbud bedre – også uden for IC-indsatsen. Ud over at have faktisk viden om hinandens tilbud har de opnået

¹¹ Disse problemer knyttede sig særligt til, at der blev inkluderet et stort antal studerende, samt patienter med en mere omfattende sygehistorik end tiltænkt. Dette er den bagvedliggende årsag til, at det ikke har været muligt at medtage efterårets IC-patienter i effektevalueringen jf. afsnit 2.3.1.

en forståelse af, hvordan hinandens systemer/organisationer fungerer, og formår derfor at formidle deres opfattelse af patienternes situation mere præcist med bedre resultater til følge.

I Figur 2.1 opsummerer vi kort, hvordan de forskellige dele af IC-indsatsen har fungeret i praksis.

Figur 2.1 IC-modellens møde med praksis i SAD-indsatsen



Af de to redskaber til at fremme samarbejdet, IC-handleplanen og TST-møderne er der klart størst opbakning til TST-møderne. De fremhæves som et særligt positivt bidrag til deres arbejde og den væsentligste kilde til læring. Det er de bl.a., fordi fagpersonerne mødes in persona – *de får ansigt på hinanden*. De er i dialog med hinanden om cases, såvel som om mere generelle facetter af deres arbejde, og på den måde får de både konkret sparring og en generel viden, de tager med sig i deres øvrige arbejde. Over tid er der sket en positiv udvikling i det tværsektorielle samarbejde. Fagpersonerne kommunikerer mere med hinanden, og der er en større frimodighed i kommunikationen, både til TST-møderne og i IC-handleplanen. De tør noget mere i dialogen med hinanden og skal ikke i samme grad 'holde sig på egen banehalvdel', som de gjorde ved midtvejsevalueringen. Gennem samarbejdet med hinanden, primært fremmet af TST-møderne, har de lært at 'forstå hinandens sprog'. De har fået gensidig indsigt i, at bestemte formuleringer opfattes på bestemte måder i de forskellige organisationer/systemer, og de vejleder hinanden i at bruge sproget – de korrekte ord – i hinandens systemer for at sikre patienten den rette behandling. Denne viden bruger de også uden for IC-indsatsen.

IC-handleplanen oplever fagpersonerne ikke i samme grad som en bonus for deres tværsektorielle samarbejde. Fagpersonerne 'forhandler' stadig om, hvad, hvordan, hvornår og hvor meget der skal skrives i IC-handleplanen, ligesom de også stadig er i færd med at finde ud af, hvilken viden der er relevant for hvem, og fx også hvornår videndeling skal målrettes eller sendes bredt ud. Mange oplever desuden IC-handleplanen som dobbeltarbejde, fordi der er store overlap mellem det, de skriver i journaler og i IC-handleplanen. Og det irriterer i en travl hverdag, særligt hvis de ikke ved, om andre anvender det skrevne.

Fagpersonerne har aldrig rigtig fået tag om at inddrage patienter og pårørende i IC-indsatsen. Især den kvalitative del af evalueringen viser, at patientinddragelsen ikke prioriteres og heller ikke findes meningsfuld af en del fagpersoner, mens spørgeskemaundersøgelsen tydeligt viser, at pårørendeinddragelsen ikke fremmes. I forhold til at informere om og opfordre patienterne til at anvende IC-handleplanen til at følge med i eget forløb er der en del, der har svært ved at se formålet med, at patienterne læser med, og derfor motiverer de ikke patienten til det. Der er dog også en del, der inddrager patienten, fordi de oplever, at det fremmer vedkommendes bedring.

2.2.2 DÆMP-indsatsens implementering og betydning for deltagende fagpersoner

Status for implementering og inklusion af patienter

Udviklingen og implementeringen af DÆMP-indsatsen har i hele projektperioden været udfordret af mange forhold. For det første blev pilotfasen gennemført uden egentlige patientforløb, og derved mistede man muligheden for at identificere og adressere en række børnesygdomme i stratificering, IC-handleplan og arbejdsgange, som har fået den efterfølgende implementering til at trække ud. Implementeringen har også været udfordret af uklarheden omkring DAMD-databasen i efteråret 2014, store organisationsændringer på ældre- og handicapområdet i Odense Kommune, samt at der sideløbende med introduktionen af IC-handleplanen skulle implementeres nye journalsystemer i hjemmesygeplejen. Alt sammen forhold som har vanskeliggjort implementeringen og mindsket en del af fagpersonernes motivation og overskud til at engagere sig i indsatsen.

DÆMP-indsatsen har teknisk set været implementeret siden foråret 2015. Der inkluderes og henvises også patienter til alle de oprettede tilbud, men som det fremgår af Tabel 2.2, er udfordringerne for DÆMP-indsatsens implementering også afspejlet i antallet af inkluderede patienter:

Tabel 2.2 Status for inklusion af patienter i DÆMP indsatsen

	Inkluderede patienter pr. 31.12.2015	Forventet antal patienter pr. læge og år	Antal læger der har inkluderet det forventede antal patienter	Inkluderede patienter blandt de mindst aktive læger
26 deltagende praksislæger	222	520	2	14
Gennemsnit pr praksislæge	9	20	48	2

Som det fremgår, er der kun inkluderet 222 patienter, hvilket svarer til 9 patienter pr. deltagende læge. Dette er væsentligt færre patienter end de 20-25 patienter pr. deltagende læge og år, som var forventet ved IC-indsatsens start. Det fremgår samtidig, at der kun er 2 praksislæger, der har inkluderet det forventede antal patienter, mens de 14 mindst aktive læger kun har inkluderet 2 patienter hver.

Der er således stor forskel på, hvor mange patienter de enkelte læger inkluderer, og dette er også afspejlet i, at en praksislæge¹² har inkluderet 73 patienter, hvilket svarer til 33 % af alle DÆMP-indsatsens patienter. Samtidig står de 3 mest aktive læger sammenlagt for 95 af de inkluderede patienter, hvilket svarer til 43 % af alle DÆMP-patienter. Heroverfor står de 14 praksislæger, som har inkluderet færrest patienter, kun for 33 patienter, hvilket svarer til 15 % af det samlede antal DÆMP-patienter.

Dette er en væsentlig indikator på, at DÆMP-indsatsen er mangelfuldt implementeret hos langt de fleste deltagende læger. Derfor har der også i efteråret 2015 været et øget fokus på at få praksislægerne til at inkludere flere patienter. Dette er i et vist omfang lykkedes, men interviewene viser, at dette på en u hensigtsmæssig måde har fået en del praksislæger til at inkludere patienter i DÆMP-indsatsen uden at have et klart formål med det.

Status for patientrettede aktiviteter

Det gælder også, at der er drøftet væsentligt færre patienter på de afholdte TST-møder end planlagt, samt at det har været vanskeligt at få indmeldt relevante patientcases til møderne. For at øge antal og relevans af patientcases på TST-møderne har DÆMP-indsatsens fire TST-grupper siden september 2015 været slået sammen til to grupper. Samtidig har alle fagpersoner haft frie hænder til at melde de patientcases ind, som de ville. Disse tiltag har øget antallet af indmeldte patientcases, men flere praksislæger fortæller til interview, at de melder patienter til drøftelse på TST-møder grundet hensynet til projektet frem for et oplevet behov for input og sparring. I forlængelse heraf er der også mange interviewpersoner, der ved slutevalueringen forholder sig kritiske over for udbyttet af TST-møderne, fordi de oplever, at det er de samme (primært kliniske) problemstillinger, der diskuteres igen og igen.

Kendskab, opbakning og oplevelse af DÆMP-indsatsen i hverdagen

Som det også var tilfældet ved midtvejsevalueringen, varierer kendskabet til IC-indsatsen noget, alt efter hvilken sektor fagpersonerne er ansat i, og hvilke opgaver disse varetager i IC-regi. De praksis- og hospitalslæger, der er faste deltagere i TST-møder, har generelt et godt kendskab til indsatsen og de opgaver, den indebærer. Heroverfor har hjemmesygeplejersker og terapeuter fra Odense Kommune, som kun deltager på ad hoc-basis et væsentligt mere perifært kendskab. Dette skyldes dels de kommunale fagpersoners afgrænsede opgaver i IC-regi,

¹² Der er tale om den samme læge, som har inkluderet 90 SAD-patienter. Denne læge står således for 25 % af alle inkluderede patienter i IC-projektet.

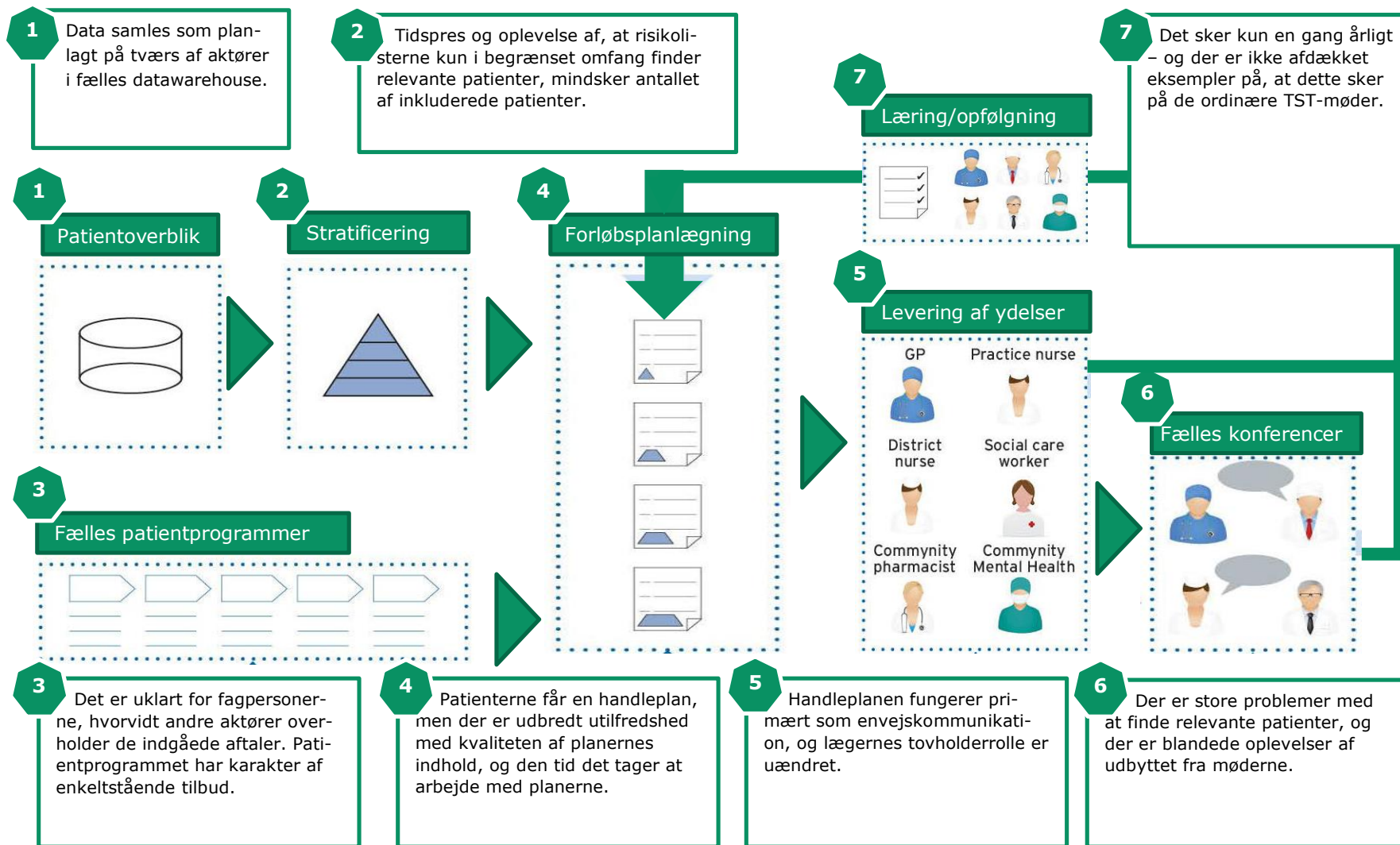
dels at de enkelte fagpersoner kun møder få af de inkluderede DÆMP-patienter i hverdagen. Det fremstår i den forbindelse som en væsentlig pointe, at opbakningen til IC-indsatsen er større hos de kommunale fagpersoner, der har et perifert kendskab, end blandt de faste deltagere, som har et godt kendskab til og rutine med IC-indsatsen og TST-møderne.

Fagpersonerne bakker i udgangspunktet op om IC-indsatsens fokus på at skabe bedre forløb for sårbare DÆMP-patienter, da mange er enige i, at der er tale om en udsat gruppe, hvor der er mange overgange i behandlingen. Praksislæger og kommunale fagpersoner vurderer også, at IC-indsatsens patientrettede tilbud og dens fokus på netværksdannelse og videndeling er relevant. Disse forhold har motiveret fagpersonerne til at deltage i IC-indsatsen og det fremgår, at:

- opstartssamtalerne i almen praksis, for nogle praksislæger giver en god mulighed for at komme grundigt omkring patienternes situation, sygdomsbillede og ønsker om at blive henvist til DÆMP-indsatsens forskellige tilbud
- der findes patienter, for hvem indsatsens patientrettede tilbud er relevante, og indsatsen er med til at øge enkelte af praksislægernes opmærksomhed på at opspore og henvise patienter til de nye/kommunens tilbud
- indsatsen og TST-møderne i en række tilfælde har øget den fælles viden og respekt på tværs af de deltagende praksislæger og deltagerne fra Odense Kommune
- tilstedeværelsen af specialister fra OUH på TST-møderne ses som en kilde til god sparring om patienternes medicin, behandling og evt. muligheder for yderligere udredning, som hjælper den enkelte patient og praksislægerne generelt
- når det på TST-møderne lykkes at samle relevante fagpersoner på tværs af sektorer om relevante patienter, oplever fagpersonerne, at møderne bidrager til netværksdannelse og fælles viden om de patienter, der drøftes, men også at dette ikke sker i stor nok grad til, at udnyttet står mål med de ressourcer, det kræver at afholde møderne.

Det dominerende billede er dog (jf. Figur 2.2), at fagpersonerne fortsat oplever de samme grundlæggende udfordringer vedrørende DÆMP-indsatsens udformning og implementering, som blev afdækket ved midtvejsevalueringen:

Figur 2.2 IC-modellens møde med praksis i DÆMP-indsatsen



Der er således udbredt enighed om, at IC-indsatsen, selvom den rent teknisk er implementeret og i nogen grad efterleveres i hverdagen, ikke forbindes med de ønskede resultater. Det fremgår i den forbindelse, at fagpersonerne oplever en lang række udfordringer i arbejdet med DÆMP-indsatsen. Disse knytter sig til, at:

- praksislægerne i mange tilfælde har svært ved at omsætte opstartssamtalen til en plan, som imødekommer et reelt behov hos patienten og/eller de øvrige aktører i patientforløbet
- mange fagpersoner har svært ved at se relevansen af de fælles handleplaner og drøftelser på TST-møder, fordi de ikke oplever et behov for denne dialog
- IC-indsatsens fokus på en proaktiv og sammenhængende indsats udfordrer de involverede fagpersoners oplevelse af, hvad de bør bruge deres tid på at arbejde med, samt hvordan dette bedst gøres
- IC-handleplanen ses som et unødvendigt kommunikationsredskab, der medfører dobbeltarbejde og fungerer som et parallelt system til de velfungerende elektroniske kommunikationsveje, der ifølge fagpersonerne allerede findes og fungerer på tværs af aktørerne i DÆMP-forløbene
- IC-plattformen ikke er integreret i de eksisterende systemer på den måde, fagpersonerne ønsker, og den information, der afleveres via handleplanen opleves ikke målrettet og konkret nok af modtagerne
- DÆMP-indsatsen i stort omfang fungerer som et projekt, hvor patienterne henvises til enkeltstående tilbud, hvilket betyder, at praksislægerne ikke ser et behov for en fælles udvidet handleplan eller en særlig aktiv opfølgning på forløbet fra deres side
- fagpersonernes møde og kommunikation med patienterne ikke adskiller sig nævneværdigt fra mødet med patienter, der ikke er inkluderet i indsatsen
- det er fortsat svært at finde relevante patientcases til TST-møderne og de cases, der findes, giver ifølge interviewpersonerne stadig ikke et udbytte, der står mål med det store setup og tidsforbrug, der er omkring møderne
- dialogen på TST-møderne er i meget høj grad domineret af en medicinsk dialog, hvor de deltagende læger taler med hinanden. Heroverfor er der en undervægt af input fra de ikke-lægelige deltagere, ligesom dialog omkring samarbejdets præmisser fylder meget lidt sammenlignet med kliniske og medicinske problemstillinger.
- det i en del tilfælde ikke lykkes at samle de relevante fagpersoner omkring de patientcases, der drøftes på TST-møderne.

En stor del af ovenstående forhold blev allerede udpeget i den pilotundersøgelse som Center for anvendt sundhedstjenesteforskning (CAST) gennemførte i foråret 2014 (Lee et al 2014), ligesom de også optræder hyppigt i den internationale litteratur om Integrated Care (Nørgaard & Vestergaard 2014). Pilotundersøgelsen konkluderede således, at fagpersonerne på SAD-området var mere parate til SAD-indsatsen, end det var tilfældet for DÆMP. Det blev også påpeget, at det ikke var lykkedes at gennemføre en egentlig pilotafprøvning for DÆMP-indsatsen, samt at indsatsen kun i begrænset omfang blev anset som en relevant løsning på de problemer, fagpersonerne oplevede i forhold til DÆMP-patienterne. På den baggrund opstillede pilotundersøgelsen nedenstående opmærksomhedspunkter for implementeringen af IC-indsatsen:

- Fagpersonerne havde en række forbehold over for DÆMP-indsatsen, fordi der allerede i nogen tid er arbejdet med andre tiltag (Edifact og korrespondancemeddelelser) i forhold til at forbedre samarbejde og kommunikation.
- Der var udfordringer og forbehold over for den valgte model for stratificering og forbehold over for IC-indsatsens proaktive fokus på at inkludere patienter tidligt i deres sygdomsforløb.
- IC-modellen og opbakningen til den var svagt forankret i det regionale sundhedsvæsen.

- Der ville være udfordringer forbundet med at udvide fra pilot til driftsfase, fordi deltagerne i pilotafprøvningen havde et særligt ejerskab og kendskab til modellen.

I implementeringsfasen har IC-sekretariatet og de nøglepersoner, der er udpeget i forbindelse med indsatsen, lagt et stort arbejde i at understøtte implementeringen. Det er sket med afsæt i de udpegede opmærksomhedspunkter, og indsatsen er løbende (blandt andet med afsæt i resultaterne af KORAs midtvejsevaluering) søgt justeret for at imødekomme fagpersonernes ønsker og tilbagemeldinger. Status er, som tidligere nævnt, at indsatsen teknisk set er implementeret, samt at der er tilfredshed med den understøttelse IC-sekretariatet og andre nøgleaktører leverer.

Det ændrer dog ikke ved, at modstanden overfor DÆMP-indsatsen er steget blandt fagpersonerne siden midtvejsevalueringen. Modstanden er for det første normativ og bunder i forestillinger om, hvad der er relevant og legitimt at bruge tid på et travlt sundhedsvæsen. Der i den forbindelse sat spørgsmålstegn ved, om det giver mening/resultater at fokusere på en proaktiv indsats, hvor der bruges så mange ressourcer på at holde møder og give ekstra tilbud/koordinering omkring DÆMP-patienterne. For det andet er der en massiv modstand, som er funderet i, at IC-indsatsens arbejdsgange og redskaber opleves som en kilde til tidskrævende dobbeltarbejde, der ikke kommer fagpersoner eller patienter til gode i hverdagen.

Disse forhold betyder tilsammen, at der ved afslutningen af projektperioden ikke er nogen af de interviewede fagpersoner, der tilkendegiver, at DÆMP-indsatsen er relevant eller tror på, at den leder til de ønskede resultater. Derfor anbefaler alle fagpersoner, som KORA har interviewet, at indsatsen afsluttes med udgangen af projektperioden.

2.3 Økonomi, omkostninger og effekter

Den økonomiske analyse af IC-indsatsens omkostninger og effekter baseres på kommunale og regionale registre samt på regnskabstal for IC-indsatsens drift. Effektanalysen følger indsatspatienterne før og efter start på indsats og sammenligner forbruget af social- og sundhedsydelser med en kontrolgruppe af patienter udvalgt blandt patienter hos ikke-IC-læger.¹³ Omkostningsanalysen anvender både omkostninger registreret for den enkelte IC-patient og omkostninger registreret i et fælles regnskab. Både effekter og omkostninger beregnes pr. forløb, så de to beregninger kan sammenlignes. Udviklings- og implementeringsomkostningerne opgøres pr. påbegyndt forløb. Der beregnes to scenarier, et hvor de samlede omkostninger deles lige mellem IC-indsatsens DÆMP- og SAD-forløb, og et hvor omkostningerne opdeles efter, hvor mange forløb der er påbegyndt for hver af de to patientgrupper.

Det skal pointeres at det på nuværende tidspunkt kun er muligt at måle effekterne af IC-indsatsen på kort sigt, idet opfølgingsperioden er under et år for flertallet af indsatsdeltagerne. Især for SAD-patienterne er det et problem. Dels fordi den rette inklusionspraksis først blev implementeret efter 1. januar, og dels fordi forsørgelsesgrundlaget ikke kan observeres senere end oktober 2015. Det betyder reelt, at den længste opfølgingsperiode er under et år, og at den for mere end 60 % er under seks måneder.

Dette kapitel sammenfatter omkostninger og effekter af SAD- og DÆMP-indsatserne, hvorefter resultaterne sammenlignes.

¹³ Metoden for udvælgelse af kontrolgruppe samt de præcise faktorer anvendt til udvælgelsen fremgår af de to delrapporter for henholdsvis SAD- og DÆMP-indsatsen.

2.3.1 Omkostninger og effekter relateret til SAD-indsatsen

I løbet af projektperioden har 428 patienter påbegyndt et IC-forløb for SAD-patienter og 344 har afsluttet indsatsen. Den estimerede omkostning relateret til IC-indsatsen er opgjort til mellem 12.000 og 16.500 kr. for hvert IC-forløb rettet mod en SAD-patient. I forhold til de enkelte omkostningselementer finder vi, at udviklings- og implementeringsindsatsen er opgjort til mellem 3.300 og 4.300 kr. og udgør cirka en fjerdedel af de samlede udgifter, mens udgifter til de tværfaglige TST-møder er opgjort til ca. 1.300 kr. pr. forløb eller ca. en tiendedel af de samlede udgifter. Udgifter til øvrige redskaber og indsatser i IC-indsatsen er opgjort til 6.500 kr. og udgør dermed cirka halvdelen af de samlede udgifter.

For SAD-patienter er forventningen, at IC-indsatsen vil kunne medføre en hurtigere og bedre tilknytning til arbejdsmarkedet, specifikt en forkortelse af sygedagpengeforløb og formindsket risiko for førtidspensionering eller langvarig ledighed. Derfor er effekten på beskæftigelse og offentlige forsørgelsesydelse et af de centrale mål for potentielle gevinster ved IC-indsatsen over for SAD-patienter.

Modsat intentionen af indsatsen viser effektanalysen dog, at SAD-patienterne i perioden efter start i indsatsen har oplevet flere uger med sygedagpenge og færre uger i selvforsørgelse end den matchede kontrolgruppe. Tilsvarende resultat finder vi på forbruget af sundhedsydelser. Her viser det sig nemlig, at indsatsgruppen har et signifikant højere forbrug af ydelser, der ligger ud over de IC-specifikke ydelser i almen praksis end kontrolgruppen.

På grund af disse negative effekter af indsatsen er det samlede økonomiske resultat på mindst -40.000 kr. pr. IC-forløb, målt henover det første år efter start på indsats.

Det er dog muligt, at den negative effekt af indsatsen kan skyldes en selektion af patienterne, der ikke kan forklares med forskelle registreret i registrene. Derfor kan det negative resultat være overestimeret. Der er dog omvendt ikke noget, der tyder på, at der på kort sigt er nogen positiv effekt af IC-indsatsen, der vil kunne føre til besparelser på højde med de udgifter, der er forbundet med indsatsen.

Det er dog muligt, at en eventuel beskæftigelseseffekt først vil slå igennem på længere sigt. Argumentet herfor er, at en mere grundig tværfaglig indsats består af en investering i rehabilitering af patienten, der på kort sigt kan føre til en længere sygdomsperiode, men som på længere sigt vil føre til en mere stabil beskæftigelsestilknytning.

2.3.2 Omkostninger og effekter relateret til DÆMP-indsatsen

I løbet af projektperioden har 223 DÆMP-patienter påbegyndt et IC-forløb, og 176 har afsluttet indsatsen. Den estimerede omkostning relateret til selve IC-indsatsen er opgjort til ca. 11.000 kr. for hvert IC-forløb. I forhold til de enkelte omkostningselementer finder vi, at udviklings- og implementeringsindsatsen er opgjort til mellem 4.300 og 6.300 kr. og derved udgør op mod en tredjedel af de samlede udgifter, mens udgifter til de tværfaglige TST-møder er opgjort til knap 1.000 kr. pr. forløb eller mindre end en tiendedel af de samlede udgifter. Udgifter til øvrige redskaber og indsatser i IC-indsatsen er opgjort til 3.500 kr. og udgør dermed mellem 20 og 30 % af de samlede udgifter.

IC-indsatsens tidlige indsats, forbedret samarbejde og koordinering forventedes at kunne skabe bedre og mere effektive patientforløb og reducere forbruget af sundhedsydelser for de inkluderede patienter. For den ældre medicinske patient betyder det således, at besparelsen ved indsatsen først og fremmest må forventes at findes ved et reduceret forbrug af sundhedsvæsenet, men den koordinerede indsats vil evt. også føre til et mindre behov for kommunal hjemmepleje eller måske en forskydning af hjælp fra den regionale sundhedspleje til den kommunale hjem-

me(syge)pleje. Derfor måles gevinsten af DÆMP-indsatsen ved en række mål for forbrug af regionale sundhedsydelse samt mål for forbrug af den kommunale hjemme- og sygepleje i perioden efter start i indsatsen.

I modsætning til intentionen med indsatsen, så viser det sig, at de DÆMP-patienter, der har modtaget IC-indsatsen har et signifikant højere forbrug af hospitalsindlæggelser end deres sammenlignelige kontrolgruppe. Således har de i perioden efter start på indsatsen i gennemsnit forbrugt døgnindlæggelser for 16.132 kr. mere om året og haft 2,5 flere ambulante indlæggelser.

Også i forhold til den kommunale hjemmepleje ser indsatsen ud til at have negative effekter. Således er andelen af patienter, der får personlig hjemmepleje, højere blandt IC-patienterne end blandt kontrolgruppen. Hvor andelen var omkring 35 % for begge grupper før start på indsats, så stiger den til 36 % i perioden efter for IC-patienterne, mens den falder til 28 % for kontrolgruppen. Når vi ser på det samlede antal timer DÆMP-patienterne modtager hjemmepleje, så ser vi et lignende mønster. Både IC- og kontrolpatienterne havde i perioden før start på indsatsen i gennemsnit fået leveret 13 timers personlig pleje hen over et år. Dette niveau falder en smule for kontrolgruppen, mens IC-patienterne har oplevet en stigning, så de i perioden efter i gennemsnit har fået leveret mere end 20 timers personlig pleje hen over et år. Det svarer til 10 timer flere end kontrolgruppen.

Den samlede økonomiske vurdering af IC-indsatsen over for DÆMP-patienter må derfor siges at være negativ. På den ene side er den gennemsnitlige meromkostning ved driften af indsatsen på minimum 11.000 kr., samtidig med at patienterne har et merforbrug af sundheds- og plejeydelser på ca. 19.000 kr. På grund af disse negative effekter af indsatsen er det samlede økonomiske resultat på mindst -30.000 kr. pr. IC-forløb, målt henover det første år efter start på indsatsen.

2.3.3 Opsummering af omkostninger og effekter

Det fremgår af omkostningsanalysen, at udgiften til indsatsen over for DÆMP-patienter i højere grad udgøres af de fælles udviklings- og driftsomkostninger og i mindre grad af udgifter til indsatser og redskaber, i sammenligning med indsatsen over for SAD-patienter. Det skyldes langt hen ad vejen, at der er langt færre DÆMP-patienter end SAD-patienter inkluderet i indsatsen, og de faste omkostninger kommer derfor til at fylde mere for denne patientgruppe. For begge indsatstyper gælder det dog, at omkostningsniveauet ligger omkring de 15.000 kr., hvis alle udviklings- og implementeringsomkostninger tælles med, mens omkostningen pr. forløb uden udviklings- og implementeringsomkostninger ligger omkring de 10.000 kr.

Det har ikke været muligt inden for opfølgingsperioden at finde nogen besparelspotentialer som følge af IC-indsatsen, hverken den rettet mod SAD- eller DÆMP-patienter. Tværtimod gælder det begge indsatstyper, at de kortsigtede effekter på forbruget af social- og sundhedsydelser er entydigt negative.

Det kan ikke udelukkes, at SAD-indsatsen – der i henhold til de efterfølgende afsnit vurderes positivt af patienter og fagpersoner – kan lede til en øget beskæftigelse på længere sigt. Men det kræver som sagt en væsentligt længere opfølgingsperiode at kunne vurdere dette. For DÆMP-indsatsen, der i henhold til de efterfølgende afsnit vurderes negativt af patienter og fagpersoner, er der til gengæld ikke noget, der tyder på, at indsatsen på længere sigt vil medvirke til at mindske patienternes forbrug af sundhedsydelser.

3 Konklusioner og anbefalinger

Der er generelt god overensstemmelse på tværs af resultaterne fra evalueringens forskellige dele. Samtidig er der god overensstemmelse mellem resultaterne fra slutevalueringen og de opmærksomhedspunkter, der tidligere er peget på i henholdsvis KORAs midtvejsevaluering af IC-indsatsens pilotundersøgelse og tidligere evalueringer af IC-indsatsen i London (Curry et al. 2013, Nørgaard & Vestergaard 2014, Buch et al. 2016b, Lee, Nørgaard & Madsen 2014). Det er derfor KORAs vurdering, at evalueringen giver et dækkende og validt billede af IC-indsatsens implementering og resultater, hvorfor konklusioner og anbefalinger er velunderbyggede. Der redegøres fyldestgørende for anvendte metoder og datagrundlag i delrapporterne for henholdsvis SAD og DÆMP jf. (Buch et al. 2016a, Petersen et al. 2016).

3.1 IC-indsatsens implementering og aktiviteter

Selvom der løbende er gjort et stort arbejde for at understøtte praksislægerne i deres opgave med at opspore og inkludere relevante IC-patienter, er der ved afslutningen af projektperioden inkluderet væsentligt færre patienter end forventet i de to IC-indsatser. Samtidig er det meget skævt fordelt, hvor mange patienter den enkelte læge inkluderer. Det gælder således for både DÆMP- og SAD-indsatsen, at en håndfuld af de deltagende læger inkluderer ca. halvdelen af samtlige patienter, mens op imod halvdelen af lægerne stort set ikke inkluderer patienter. Dette er en meget væsentlig indikation på, at IC-indsatserne er mangelfuldt implementeret hos et stort flertal af de deltagende praksislæger. Samtidig må det konkluderes, at det er særdeles ressourcekrævende at implementere og fastholde IC-indsatsen som en fast rutine i almen praksis. Hvis indsatserne videreføres med de nuværende deltagere, skal der også tages stilling til, om det giver mening at have de ca. 20 praksislæger med, som hver kun har inkluderet to til tre patienter i løbet af hele projektperioden. Hvis det besluttet at udvide indsatserne, bør der tilsvarende være en realistisk forventning om, hvor mange ressourcer det vil kræve at forankre IC-indsatsens rutiner og arbejdsgange hos nye praksislæger.

Det er samtidig væsentligt, at den manglende implementering ikke skyldes manglende finansiering eller understøttelse af praksislægernes opgave med at opspore og inkludere patienter. Tværtimod er afprøvningen sket i et beskyttet projekt-setup, hvor der både har været massiv understøttelse af praksislægernes rolle og fuld finansiering af alle IC-relaterede aktiviteter. Resultaterne – der langt fra er enestående i en dansk kontekst (Kjellberg & Kjellberg 2012, Nørgaard 2015, Oxholm & Kjellberg 2012, Raunkjær 2013) – giver således anledning til at stille spørgsmålstegn ved, hvorvidt forudsætningerne for at forankre et ansvar for IC i praksissektoren reelt er til stede inden for de rammevilkår, der aktuelt er gældende for almen praksis i Danmark.

3.2 Brugerperspektiver på IC-indsatsen

Midtvejsevalueringens hovedkonklusion om, at både patienter og fagpersoner oplever SAD-indsatsen væsentligt mere tydelig, relevant og velfungerende end DÆMP-indsatsen, gælder stadig.

SAD-patienterne fremhæver den hurtige og gratis psykologbistand den fælles videndeling mellem behandlerne, og det at flere forskellige fagligheder vurderer ens sag som de væsentligste positive elementer i IC-indsatsen.

SAD-fagpersonerne oplever ligeledes IC-indsatsen som relevant og nyttig for målgruppen af SAD-patienter, og de positive udviklinger, der var blevet identificeret ved midtvejsevalueringen, er fortsat. Der er således klare tegn på, at der udvikles fælles viden og forståelse for, hvordan opgaverne varetages på tværs af behandlingsforløbet, som resulterer i ændrede kommunikations- og samarbejdsformer. Der opleves i særdeleshed et godt samarbejde mellem praksislæger og de psykologer, som er tilknyttet IC-indsatsen, men også praksislægernes evne til at formulere sig 'rigtigt' over for de kommunale sagsbehandlere er forbedret, således at praksislægernes oplysninger og anbefalinger forstås bedre af de kommunale modtagere med bedre forløb til følge.

Det fremgår dog også, at SAD-fagpersonerne forholder sig mere nuanceret/kritisk til indsatsen ved projektafslutningen. Det skyldes for det første, at mange praksislæger og psykologer ved midtvejsevalueringen havde et delvist forkert billede af indsatsens inklusionskriterier. Siden midtvejsevalueringen er der derfor sat fokus på, at SAD-indsatsens inklusionskriterier skal overholdes, hvorfor en række fejlinkluderede patienter har skullet afsluttes. For det andet er der en oplevelse af, at det fornyede fokus på ny-syge patienter, der har en relation til arbejdsmarkedet, ekskluderer en række patientgrupper, som har behov for indsatsen og tilbuddet om gratis psykologbistand. Disse forhold illustrerer på den ene side, at SAD-indsatsen løbende har udviklet sig i takt med, at sporene blev lagt. Men på den anden side illustrerer de også, hvor vigtigt det er, at der så tidligt som muligt er klarhed omkring og opfølgning på, at det er de rigtige patienter, der inkluderes i IC-indsatser såvel som andre nye indsatser.

DÆMP-patienterne forholder sig overvejende positivt til IC-indsatsen, men de har samtidig et uklart billede af, hvad indsatsen indebærer, og hvad de har fået ud af at deltage, ligesom de har svært ved at adskille IC-indsatsen fra de øvrige kontakter, de har med sundhedsvæsenet.

DÆMP-fagpersonerne havde allerede ved midtvejsevalueringen en stor modstand over for IC-indsatsen, og denne er øget ved slutevalueringen. Dette udmønter sig for det første som en normativ modstand, der bunder i forestillinger om, hvad der er relevant og legitimt at bruge tid på i et travlt sundhedsvæsen. Der stilles således spørgsmålstejn ved, hvorvidt det giver mening/resultater at fokusere på en proaktiv indsats, hvor der bruges så mange ressourcer på at holde møder og give ekstra tilbud/koordinering omkring målgruppen af DÆMP-patienter, uden at fagpersonerne forventer bedre resultater for de inkluderede patienter. For det andet er der en massiv modstand, som er funderet i, at IC-indsatsens arbejdsgange og redskaber opleves som en kilde til unødvendigt og tidskrævende dobbeltarbejde.

Disse forhold betyder, at der ved den afsluttende interviewrunde, ikke har været nogen interviewpersoner, der vurderer, at DÆMP-indsatsen er relevant, eller at den leder til de ønskede resultater. Alle de interviewede fagpersoner har derfor anbefalet, at indsatsen afsluttes med udgangen af projektperioden.

3.3 IC-indsatsens omkostninger og effekter

Et af de overordnede succeskriterier for IC-indsatserne er, at de som minimum skal være omkostningsneutrale. Omkostnings- og effektevalueringen viser imidlertid for både gruppen af SAD- og DÆMP-patienter, at IC-indsatsen på kort sigt leder til væsentligt øgede omkostninger.

SAD-patienterne har i perioden efter opstart i indsatsen haft ca. otte yderligere uger med sygedagpenge og ca. syv færre uger i selvforsørgelse end den matchede kontrolgruppe. Tilsvarende resultat finder vi på forbruget af sundhedsydelser. Her viser det sig nemlig, at indsatsgruppen har et signifikant højere forbrug af ydelser, der ligger ud over de IC-specifikke ydelser end kontrolgruppen.

På grund af disse negative effekter af indsatsen er den samlede meromkostning af indsatsen på mindst -40.000 kr. målt henover det første år efter start på indsatsen. Årsagerne til dette resultat skal formentlig findes i en kombination af nedenstående tre forhold:

1. For det første er der en gensidig – og positiv oplevelse af, at de privatpraktiserende psykologer og praksislæger har fået en bedre forståelse for, hvordan de skal formulere sig over for samarbejdsparter på beskæftigelsesområdet, således at patienterne får tid til at komme sig/ikke bliver presset ud i tilbud, de ikke kan klare.
2. For det andet leder IC-indsatsens fokus på psykologbistand og en hurtig og flerstrengt indsats til, at patienterne får flere ydelser og behandling, hvilket kan medvirke til at forlænge deres sygdomsforløb.
3. For det tredje er der med stor sandsynlighed ikke observerbare forskelle på interventions- og kontrolgruppen, som gør, at grupperne ikke er fuldt sammenlignelige, selv om de fremstår ens i forhold til de registerdata, der er brugt til matchningen. At dette kan være tilfældet, understøttes af de vanskeligheder, der har været med at få risikostratificeringen til at matche praksislægernes vurdering af, hvilke patienter der skal inkluderes i indsatsen.

Det skal understreges, at det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt der er tale om et positivt eller negativt resultat for SAD-indsatsen. På den ene side kan der være tale om, at patienterne sygeliggøres unødigt og fastholdes i offentlig forsørgelse, uden at det er nødvendigt. På den anden side kan det ikke udelukkes, at en øget indsats tidligt i sygdomsfasen har positive beskæftigelseseffekter i et længere perspektiv. Spørgsmålet fremstår således uafklaret, og det kræver en mere langsigtet opfølgning, end den der har været til rådighed for evalueringen at besvare dette spørgsmål. Fagpersonernes og patienternes positive vurderinger af SAD-indsatsen (som opsummeres nedenfor) understøtter relevansen af en sådan opfølgning.

For DÆMP-indsatsen gælder, at de inkluderede patienter har et højere forbrug af hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalskontakter, kommunal pleje og ydelser fra praksislæger end den matchede kontrolgruppe. Når omkostningerne for merforbruget af sundheds- og plejeydelser lægges sammen med omkostningerne til driften af IC-indsatsen og ydelserne i denne, giver det en meromkostning af indsatsen på mindst 30.000 kr. målt hen over det første år efter start på indsatsen. Som det også er tilfældet med SAD-indsatsen, spiller det formentlig en rolle, at der er ikke observerbare forskelle på interventions- og kontrolgruppen, som gør, at grupperne ikke er fuldt sammenlignelige, selv om de fremstår ens i forhold til de registerdata, der er brugt til matchningen. Samtidig kan det spille ind, at den øgede opmærksomhed, som praksislæger og hjemmesygepleje har på de inkluderede patienter, leder til øget afdækning af behov for sundhedsydelser.

Det er en udfordring, at opfølgningsperioden for DÆMP-patienterne er meget kort, hvorfor det ikke er muligt at vurdere indsatsens langsigtede effekter. Der er dog ikke umiddelbart indikationer på, at IC-indsatsen vil have en langsigtet effekt for de inkluderede patienter. Det skyldes, at ingen af evalueringens fagpersoner, som vurderer, at IC-indsatsen i sin nuværende form, har de ønskede effekter, når det kommer til forebyggelse af indlæggelser og bedre behandlingsforløb for de inkluderede patienter.

3.3.1 Diskussion af forskellene på SAD- og DÆMP-indsatsens resultater

SAD- og DÆMP-indsatsen bygger på de samme principper og redskaber, men alligevel er der stor forskel på, hvor relevante indsatserne opleves, samt hvilke resultater fagpersoner og patienter forventer og oplever. Det er KORAs vurdering, at indsatserne har en række meget forskellige karakteristika, som kan være med til at forklare de forskellige udfald. De forskellige karakteristika er opsummeret i Tabel 3.1 nedenfor, og de diskuteres efterfølgende for at udtra-

ge den læring, som bør tages i betragtning i de strategiske overvejelser omkring IC-indsatsernes eventuelle fremtid, såvel som lignende nye initiativer:

Tabel 3.1 Karakteristika for DÆMP- og SAD-indsatserne

	SAD	DÆMP
Målgruppe og relevans	Målgruppen er afgrænset, og patienternes behov matcher IC-indsatsens organisering	Målgruppen opleves diffus, og fagpersonerne oplever ikke, at den matcher IC-indsatsens organisering
Kreds af involverede fagpersoner	Afgrænset kreds af fagpersoner, som alle har relevante opgaver i de inkluderede patients forløb, samtidig med at de har forskellig faglighed og arbejder i henhold til forskellig lovgivning	Stor kreds af fagpersoner og store forskelle på, hvor meget de forskellige grupper er involveret i IC. Samtidig arbejder alle involverede fagpersoner i henhold til sundhedsloven
Indhold og indsatser	SAD-indsatsen fremstår som et forløb, hvor aktørerne supplerer hinanden om at realisere et fælles mål for patienterne	DÆMP-indsatsen består af enkeltstående tilbud, som patienterne henvises til af egen læge
TST-møder	Det lykkes i noget omfang at finde relevante patienter, og der opleves et godt udbytte af møderne. Overordnet er der enighed om, at tiden anvendt på møderne er givet godt ud	Det lykkes i lille omfang at finde relevante patienter, og der er blandede oplevelser af udbyttet. Overordnet er der enighed om, at udbyttet af møderne ikke matcher de ressourcer, det kræver at afholde dem
Handleplan	Opleves tidkrævende men relevant og anvendes som et fælles dialogredskab og platform for videndeling om patienten	Opleves tidkrævende og unødvendig, fordi der er velfungerende alternativer på plads. Anvendes primært til envejskommunikation ved henvisning til IC-tilbud
Motivation til implementering	Indsatsen matcher et oplevet behov for at kommunikere og samarbejde mere om SAD-patienternes forløb	Indsatsen matcher i ringe grad et oplevet behov for at kommunikere og samarbejde mere om DÆMP-patienternes forløb
Patienternes oplevelse af indsatsen	Indsatsen er synlig, og flertallet af patienter oplever, at de får et konkret udbytte af indsatsen	Indsatsen er usynlig, og det er uklart for patienterne, hvad de får ud af at deltage

SAD-indsatsen repræsenterer en lettere vej til resultater end DÆMP-indsatsen

Når man ser på tværs af felterne i tabellen, bliver det tydeligt, at forskellene mellem DÆMP og SAD har mange ligheder til de forskelle og udfordringer, der knytter sig til behandlingen af multisyge vs enkelt diagnoser. Når SAD-patienterne kommer i almen praksis og skal have forlænget deres sygemelding, er der en enkel indgang til indsatsen, som matcher de arbejdsgange, der i forvejen er på plads hos praksislægerne. Samtidig repræsenterer muligheden for fast track-forløb og direkte henvisning til psykolog et tydeligt og relevant formål med indsatsen for praksislæger såvel som patienter.

DÆMP-patienterne repræsenterer en langt bredere og mere diffus målgruppe, der kan have alle typer af diagnoser og problemstillinger som indgang til IC-indsatsen. Derfor er det sværere at afgrænse aktørkredsen, og paletten af patienternes behov er ofte anderledes end de ydelser, der kan tilbydes via IC-indsatsen. Samtidig skal praksislægerne enten selv kontakte patienterne eller sætte en helt ny dagsorden i konsultationer, der handler om en anden problemstilling.

Dette afspejles også i, at praksislægerne generelt har svært ved at omsætte opstartssamtaler til relevante ydelser og forløb, ligesom en del patienter takker nej til at deltage i IC-indsatsen, fordi den ikke opleves relevant, eller fordi patienterne har andre mere presserende behov, der gør, at de ikke kan overskue endnu et forløb. Disse forhold betyder, at den enkelte praksislæge skal arbejde langt mere for at inkludere relevante patienter. Lægerne oplever således ikke den samme 'lette' vej til resultater, som det er tilfældet i SAD-indsatsen.

Det er KORAs vurdering, at disse grundlæggende forhold indeholder en stor del af forklaringen på de udfordringer, fagpersonerne har haft med at holde fokus på at inkludere DÆMP-patienter, såvel som med at få logistik og læring til at gå op i en højere enhed på TST-møderne. Faktorer, som understøtter succes, er således: Oplevet relevans blandt de fagpersoner, der skal arbejde med indsatsen, en afgrænset personkreds, hvor der er en vis gensidig opgaveafhængighed i forhold til det forløb, der arbejdes med, samt en enkel vej til inklusion.

Udbyttet af IC-indsatsens relationelle dimension opleves større, når modsætningerne i udgangspunktet er store

Når det kommer til IC-indsatsens relationelle elementer, spiller det ind, at det tværgående samarbejde omkring DÆMP-patienter alt andet lige foregår inden for en kreds af fagpersoner, der er mere ensartet end for SAD-patienterne. Det er således sundhedsfaglige, der samarbejder på tværs af sektorer, ligesom det alle steder i samarbejdet er sundhedsloven, der sætter rammerne for samarbejdet. Derfor oplever fagpersonerne – uagtet at der i praksis kan være forskellige målsætninger for patienterne, grobund for misforståelser og mangel på fælles viden – ikke et stort behov for at lære hinandens rammevilkår og samarbejdsbetingelser bedre at kende. Dette er også afspejlet i, at det udbytte, der fremhæves af IC-indsatsen, i langt højere grad knytter sig til kliniske forhold, end forhold, der knytter sig til fælles viden og nye tilgange til kommunikation og samarbejde.

På SAD-indsatsen foregår det tværgående samarbejde på tværs af sundheds- og socialfaglige fagpersoner og på tværs af sundheds- og socialfaglig lovgivning, der skal spille sammen i et ofte modsætningsfyldt parløb. SAD-området er således karakteriseret ved, at der i udgangspunktet er langt flere modsætninger, hvor aktørernes forskellige rammevilkår og faglighed let resulterer i forskellige målsætninger for patientens forløb, hvor hurtigt dette skal være samt forestillinger om de øvrige aktørers bagvedliggende motiver. I denne kontekst er der, som også tydeligt illustreret i evalueringen, et stort potentiale for forbedret samarbejde, hvis de involverede aktører lærer hinanden at kende og lærer at kommunikere sammen på en måde, hvor der i højere grad er overensstemmelse mellem afsender og modtagers forståelse for patienten og forløbet. Evalueringen viser, at der – selvom rammevilkårene fortsat er forskellige – netop på dette område opleves et meget positivt udbytte af de relationer og den fælles viden, der er skabt, samt at der er en forventning om, at den mere målrettede kommunikation kommer patienterne til gode.

I begrebet *kultur* kan man finde en mulig forklaringsramme for, at det er i SAD-indsatsen, der ses det mest positive udbytte af det tværsektorielle og tværorganisatoriske samarbejde. Når de forskellige faggrupper mødes i regi af IC-projektet, igennem IC-handleplanen men særligt ved TST-møderne, og de taler om konkrete cases såvel som deres generelle rammer og perspektiver på, hvad der er til patientens bedste, berøres en række grundlæggende forhold vedrørende adfærd, værdier og regler, som ligger til grund for, *alt det man plejer at gøre*. De får altså kendskab til og forståelse for hinandens adfærd over for patienterne, og til de værdier og regler, som former, hvad de hver især kan gøre. Endelig bliver deltagerne til en hvis grad også bevidste om deres egne praksisser, antagelser, regler og værdier, når de i dialog med de andre tilpasser deres indsatser til hinanden. Fordi de oplever at have respekt for hinanden og de rammer, de hver især arbejder under, mindsker alt dette den kulturkløft, der var, og der opstår

et bedre samarbejde om patienterne såvel som generelt. For de faggrupper, hvor kulturen er mere ens, vil der ikke opleves samme forbedrede forståelse for hinanden.

Det er KORAs vurdering, at ovenstående forskelle indeholder en vigtig fremadrettet læring i forhold til, hvilke dynamikker der henholdsvis fremmer og hæmmer et godt udbytte af interventioner målrettet relationel koordinering og tværsektorielt samarbejde. Eksempler på andre patientgrupper, hvor evalueringens fagpersoner forventer, at der vil være de samme potentialer som i SAD-indsatsen, er patienter med PTSD, udsatte indvandrerfamilier og mennesker med dobbeltdiagnose.

3.4 anbefalinger vedrørende IC-indsatsernes fremtid

3.4.1 anbefalinger vedrørende DÆMP-indsatsen

Resultaterne af DÆMP-evalueringen falder negativt ud på alle de parametre, som indgår i evalueringen. For det første er indsatsen særdeles mangelfuldt implementeret blandt de deltagende praksislæger. For det andet er der ikke afdækket de ønskede resultater for nogen af outcome- og caremål, der er opstillet for indsatsen. For det tredje er der ikke identificeret nogen indikationer på, at resultaterne bliver bedre, hvis indsatsen forlænges. KORA anbefaler derfor, at DÆMP-indsatsen afsluttes ved udgangen af projektperioden. Hvis det besluttet at følge denne anbefaling, er det samtidig vigtigt, at de inkluderede DÆMP-patienter får mulighed for at gennemføre de forløb og ydelser, der allerede er planlagt.

Det skal understreges, at erfaringerne fra DÆMP indsatsen kan medvirke til at kvalificere det fremadrettede arbejde med at styrke den tværgående kommunikation og samarbejde omkring DÆMP patienters behandlingsforløb. Dels er der en række oplagte muligheder for at styrke anvendelsen af de værktøjer der allerede er på plads (Edifact og korrespondancemeddelelser), da disse beskrives som velfungerende – 'men med plads til forbedring' af deltagerne i DÆMP indsatsen. Samtidig er der enkeltstående elementer fra DÆMP indsatsen der potentielt kan anvendes fremadrettet. Det drejer sig om den udvidede opstartssamtale i almen praksis, samt de nye tilbud vedrørende psykologsamtaler og henvisning til Ældresagen) der alle vurderes positivt af DÆMP fagpersonerne

3.4.2 anbefalinger vedrørende SAD-indsatsen¹⁴

Det fremstår som et mere åbent spørgsmål, hvorvidt det er relevant at videreføre SAD-indsatsen. På den ene side er der afdækket positive resultater i forhold til patienter og fagpersoner, der i det store hele oplever det forventede udbytte af indsatsen.

Til gengæld er der stor variation på praksislægernes implementering af IC-indsatsen, når det kommer til antallet af inkluderede patienter og henvisninger til IC-aktiviteter. Det er således få af de deltagende praksislæger, der inkluderer og henviser det forventede antal patienter til IC-indsatsen. Endelig dokumenterer evalueringen øgede omkostninger og mindre grad af selvforløb for de inkluderede patienter, hvilket er i modstrid til de ønskede resultater. Disse resultater hviler dog på et usikkert grundlag – dels på grund af usikkerheden omkring de langsigtede effekter, og dels på grund af usikkerhed om, hvorvidt IC-patienterne og deres kontrolgruppe reelt er sammenlignelige.

¹⁴ Hvis det besluttet at videreføre SAD-indsatsen, er der beskrevet en række muligheder for at understøtte indsatsens fortsatte konsolidering i SAD-delrapporten.

Relevansen af at videreføre SAD-indsatsen afhænger således af, hvilke af de opstillede succes-kriterier der prioriteres højest, samt i hvilket omfang der er en tro på indsatsens langsigtede effekter – og muligheden for at konsolidere/udbrede indsatsen til en bredere kreds af praksislæger. Det er derfor KORAs anbefaling, at disse forhold drøftes nøje af IC-indsatsens styre-grupper, hvorefter der tages stilling til SAD-indsatsens fremtid.

3.5 Perspektivering og sammenligning med andre IC-forsøg

Integrated Care som et begreb anvendes typisk som modsvar til udfordringerne, som der er knyttet til et mere fragmenteret sundheds- eller socialvæsen, og tankerne bag IC er ikke nye. I litteraturen kan genfindes projekter, der karakteriseres som IC-projekter helt tilbage til 1970'erne (Nørgaard & Vestergaard 2014) og IC-projektet i Odense, som bygger på de nyeste tanker og erfaringer fra IC i North West London (NWL), som igen bygger oven på mange andres erfaringer.

Kendetegnet for mange tidligere projekter, der har arbejdet systematisk med IC, er, at de ikke er evalueret i forskningsdesign. IC-indsatsen i NWL er blandt de projekter, der er bedst evalueret, og hvor der var opstillet klare og kvantificerbare mål. Antallet af akutte indlæggelser skulle reduceres med 30 %, overflytning til plejehjem med 10 %, og udgifterne for målgruppen skulle samlet set reduceres med 24 % over 5 år (Ibid). Evalueringen af IC i NWL efter 1½ års drift har dog ikke kunnet bekræfte, at IC i NWL havde formået at reducere forbruget af sundhedsydelser i perioden (Curry et al. 2013). Selvom det ikke kan udelukkes, at der vil være effekter på længere sigt, har projektet i NWL siden ændret sig så meget, at det næppe er sandsynligt, at der vil blive gennemført flere evalueringer af IC-projektet i NWL. Så det skal ikke forventes, at der kommer langsigtede resultater herfra.

I USA er der til gengæld gennemført en række IC-projekter med et randomiseret evalueringdesign. Selv om disse projekter adskiller sig en del fra projekterne i Odense og NWL, er der betydelige sammenfald: Patienterne blev således, stratificeret, der blev etableret særlige it-systemer for at sikre bedre kommunikationsmuligheder mellem patienter og sundhedspersonale, der var udpræget brug af tovholdere, og der blev satset på tidlige indsatser bl.a. via patientuddannelse. Formålet var bl.a. en 20 % reduktion af sundhedsudgifterne, men efter at over 18.000 patienter havde været tilknyttet indsatserne, var omkostningerne efter 2½ år samlet set steget signifikant i flertallet af projekterne (Peikes et al. 2009, Nolte & Pitchforth 2014). Resultaterne fra det danske IC-projekt afskiller sig altså ikke markant fra, hvad der er fundet andre steder, og der må generelt stilles spørgsmålstegn ved evidensen bag hypotesen om, at et øget fokus på IC er omkostningsneutralt/nedbringer sundhedsudgifterne, i hvert fald på kort og mellemlang sigt.

Udfordringer med at sikre sammenhæng i et stadig mere fragmenteret sundhedsvæsen vil dog forstærket være højt på dagsordenen de næste mange år. Trods de lidt skuffende evalueringer af IC i NWL arbejder man her videre med at udvikle IC. I 2013 transformerede projektet fra en model med relativt få patientforløb til at være "Whole System Integrated Care" (WSIC), hvor fokus er på alle patientforløb og fælles beslutningstagning om også de overordnede prioriteringer mellem hospital, almen praksis, kommunen. Der er endvidere udviklet en række nye værktøjer for gode patientforløb mv., og en andel af budgettet er allokeret til et fællesbudget på tværs af sektorerne. At ændre fokus for IC i denne altomfattende, men mere overordnede retning, imødekommer bl.a. den problematik, at IC, der tager udgangspunkt i nogle få patientforløb, ikke fylder ret meget i fagpersonernes samlede hverdag. Derfor er der risiko for, at arbejdsmåden kan mangle relevans og legitimitet, særligt hvis man oplever, at der mangler tid til de opgaver og patienter, der ikke er omfattet IC-programmerne.

Den første evaluering af WSIC af fra oktober 2015 afviger dog ikke markant fra de tidligere evalueringer af IC. Det er stadig vanskeligt at konstatere ændrede forbrugsmønstre i sundhedsvæsenet, opbakningen blandt klinikere på udførende niveau er fortsat svag, og der stilles generelt spørgsmålstegn ved, om de relativt omkostningstunge programmer står mål med effekten (Wistow et al. 2015). Der er således ikke nogen, der endnu for alvor kan prale med at have brudt koden til det sammenhængende sundhedsvæsen ved at fokusere på IC-projekter.

Barriererne for at lykkes med IC er velbeskrevne og mange i litteraturen. Økonomi, it, tid, manglende ledelse og manglende opbakning er alle centrale faktorer, ligesom litteraturen om udvikling og implementering generelt peger på, at det tager ca. fem år, før komplekse interventioner for alvor er implementeret som nye rutiner. Heroverfor er tidsperspektivet i det danske IC-projekt – fire måneders pilot i efteråret 2014 og et års drift i 2015 – et meget kort tidsperspektiv – og nok også for kort – til at vurdere indsatsen ud fra. (Nørgaard & Vestergaard 2014).

Odense Kommunes status som frikommune har været et stærkt og nødvendigt fundament for at etablere et IC, der har været betydelige afsatte midler til projektet, og projektet har været understøttet af et professionelt IC-sekretariat, og der har været klar opbakning på tværs af sektorerne, men alligevel må man konstatere, at det danske IC-projekt kæmper med mange af de samme udfordringer som forbilledet i NWL og mange andre tilsvarende projekter. Det er vanskeligt at ændre indgroede samarbejds mønstre. IC bliver i dagligdagen let fortrængt af de krav, der fortsat stilles i driften af sundhedsvæsenet, ligesom der sideløbende er mange andre udviklingsprojekter, organisationsforandringer, nye it-systemer osv. som kræver aktørernes tid og opmærksomhed.

Det fremgår i den forbindelse, at IC-projektet i Odense har været udfordret af den tidsramme, der har været opstillet for frikommuneforsøget/IC-projektet, samt mængden og kompleksiteten af de mange udviklings- og implementeringsprojekter, der skulle til for at omsætte den overordnede IC-model fra London til et konkret IC-projekt i Odense. Udvikling og validering af stratificeringsredskaber og risikolister, samt udvikling, validering og implementering af de tværsektorielle IC-handleplaner udgør således i sig selv flerårige og relativt komplicerede projekter, som der har manglet tid til at pilotteste i et driftsmiljø.

Disse forhold er formentlig med til at forklare, hvorfor evalueringen af det danske IC-projekt følger sig til rækken af evalueringer af IC, der viser, hvor vanskeligt det er at ændre samarbejds mønstre. Det fremstår således som en væsentlig pointe til fremadrettede indsatser, hvor vigtigt det er, at:

- der er sat tilstrækkelig tid af til de indledende faser, hvor indsatser redskaber og programteorier udvikles og valideres
- evaluering og følgeforskning er integreret i udviklingen fra start til slut
- fagpersonerne er med fra starten, samt at det sikres, at konkrete indsatser, der bringes i spil, løser konkrete og oplevede problemer for de deltagende fagpersoner og patienter.

Man kunne naturligvis fristes til at kaste håndklædet i ringen, eller i det mindste vente til, at der fra udlandet kommer bedre evalueringer, som kan give mere klare anvisninger på, hvordan IC bedst understøttes i praksis. Men dansk sundhedsvæsen adskiller sig betydelig fra fx det amerikanske sundhedsvæsen, og selv om der er større fællestræk mellem fx det danske og det engelske sundhedsvæsen, er der også betydelig forskelle. Engelske praktiserende læger er fx typisk organiseret i noget større praksisfællesskaber, som vil have andre organisatoriske forudsætninger for at deltage i et IC-samarbejde, og systemet med decentrale sundhedsindkøbsorganisationer kender vi slet ikke i Danmark. Selv om vi kan lære meget af andres projekter, vil vi fortsat have behov for at skabe vores egne erfaringer. I stedet for at fokusere snævert på fx de økonomiske resultater, så skal værdien af IC-afprøvningen i Odense primært findes i den viden, der er genereret om de forhold, der fremmer og hæmmer et mere integreret

sundhedsvæsen i en dansk kontekst. Denne viden kan fungere som trædesten i forhold til den nødvendige udvikling af fremtidens sammenhængende sundhedsvæsen. Her må vi konstatere, at vi langt fra er i mål, men hvis der ikke fortsat arbejdes systematisk med det, kommer vi heller ikke tættere på målet.

Litteratur

- Buch, M.S., Petersen, A., Bolvig, I. & Kjellberg, J. 2016a, *Slutevaluering af Integrated Care modellen - delrapport om indsatsen målrettet ældre medicinske patienter*, KORA, København.
- Buch, M.S., Petersen, A., Bolvig, I. & Kjellberg, J. 2016b, *Midtvejsevaluering af Integrated Care modellen. Et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO*, KORA, København.
- Curry, N., Harris, M., Gunn, L., Pappas, Y., Blunt, I. & Soljak, M. 2013, "Integrated care pilot in North West London: a mixed methods evaluation", *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, e027. Published online 25 July 2013.
- Gittel, J.H. 2009, *High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*, McCraw-Hill, New York.
- Kjellberg, P.K. & Kjellberg, J. 2012, *Ny honorarstruktur i almen praksis. Sammenfatning af konklusioner*, KORA, København.
- Lee, A., Nørgaard, B. & Madsen, L. 2014, *IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Programteoretisk analyse af minipilot- og pilotfasen*, CAST - Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, Odense.
- Nolte, E. & Pitchforth, E. 2014, *What is the Evidence on the Economic Impacts of Integrated Care? (The European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Summary no. 11)*, WHO, Copenhagen.
- Nørgaard, B. 2015, *ACCESS-projektet. Koordineret Akutindsats for seniorer i Sønderjylland*, CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, Odense.
- Nørgaard, B. & Vestergaard, S. 2014, *Integrated Care litteraturgennemgang. Arbejdsrapport*, CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, Odense.
- Oxholm, A.S. & Kjellberg, J. 2012, *Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner*, KORA, København.
- Peikes, D., Chen, A., Schore, J. & Brown, R. 2009, "Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials", *The Journal of the American Medical Association*, vol. 301, no. 6, pp. 603-618.
- Petersen, A., Buch, M.S., Bolvig, I. & Kjellberg, J. 2016, *Slutevaluering af Integrated Care modellen. Delrapport om indsatsen målrettet stress, angst og depression*, KORA, København.
- Raunkjær, M. 2013, *Udvikling af den kommunale palliative indsats - evaluering af projekt palliation i Nyborg Kommune (PINK)*, Palliativt Videnscenter, København.
- Sundhedsstyrelsen 2011, *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Wistow, G., Gaskins, M., Holder, H. & Smith, J. 2015, *Putting integrated care into practice: The North West London experience*, LSE PSSRU & Nuffield Trust, London.

Bilag 1 IC-modellens projektbeskrivelse



INTEGRATED CARE

Projektbeskrivelse for Integrated Care

August 2014.

Godkendt på styregruppemøde

Sundhedsindsats for udsatte borgere

Odense Kommune, Region Syddanmark og almen praktiserende læger i Odense er gået sammen om at udvikle en model for, hvordan øget fokus på tidlig indsats og inddragelse af borgeren kan bidrage til at skabe reelle sammenhængende patientforløb, så borgeren oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen.

Samarbejdet mellem parterne skal ske gennem en decentral samarbejdsmodel, hvor fagprofessionelle fra kommune og sygehus sammen med lægerne i almen praksis organiseres i tværsektorielle teams, der sammen står til ansvar for en koordineret og sammenhængende indsats for de mest udsatte borgere.

Samarbejdsmodellen henter inspiration fra det engelske "NHS North West London Integrated Care Pilot".

1. En vision om et nyt og mere sammenhængende sundhedsvæsen

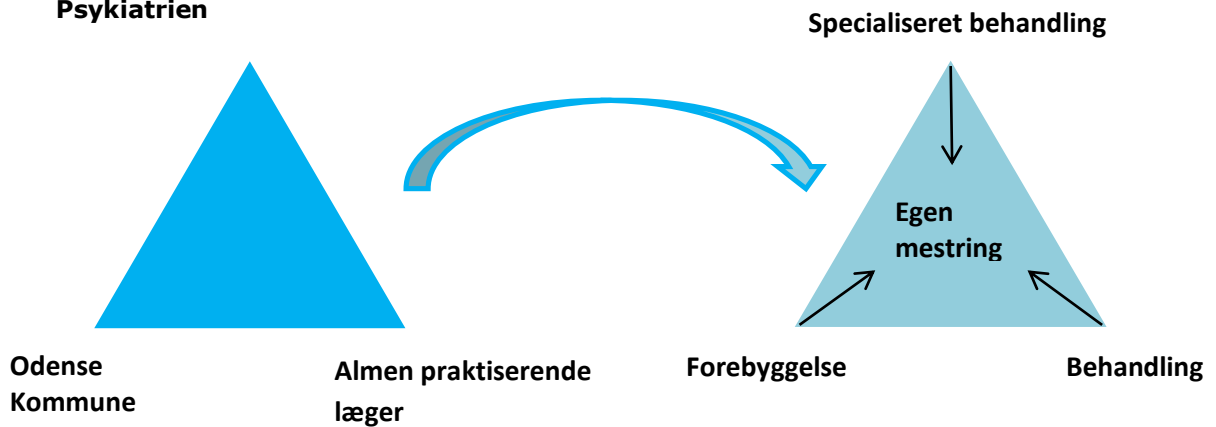
Visionen er, at skabe velfungerende og forpligtende samarbejde på tværs af sektorgrænser.

Der er i regi af sundhedsaftalerne igangsat mange gode initiativer og skabt mange gode resultater i og på tværs af sektorer. Tilbage står imidlertid stadig en stor sundhedsudfordring og et stort ressourcebehov, idet mange arbejdsduelige borgere er fanget i sygdomsopbyggende forløb og mange ældre svækkede borgere har for mange kontakter med sundhedsvæsenet grundet mangel på sammenhæng i konkrete og individuelle patientforløb. Der er således brug for, at de tre hovedaktører – sygehuse, almen praktiserende læger og kommuner – træder tættere sammen og i fællesskab med borgeren skaber mere effektive og sammenhængende patientforløb. Tænkningen er illustreret i figur 1 nedenfor.

Figur 1.: Bevægelse fra aftalepartnere til samarbejdspartnere.

Odense Universitetshospital/

Psykiatrien

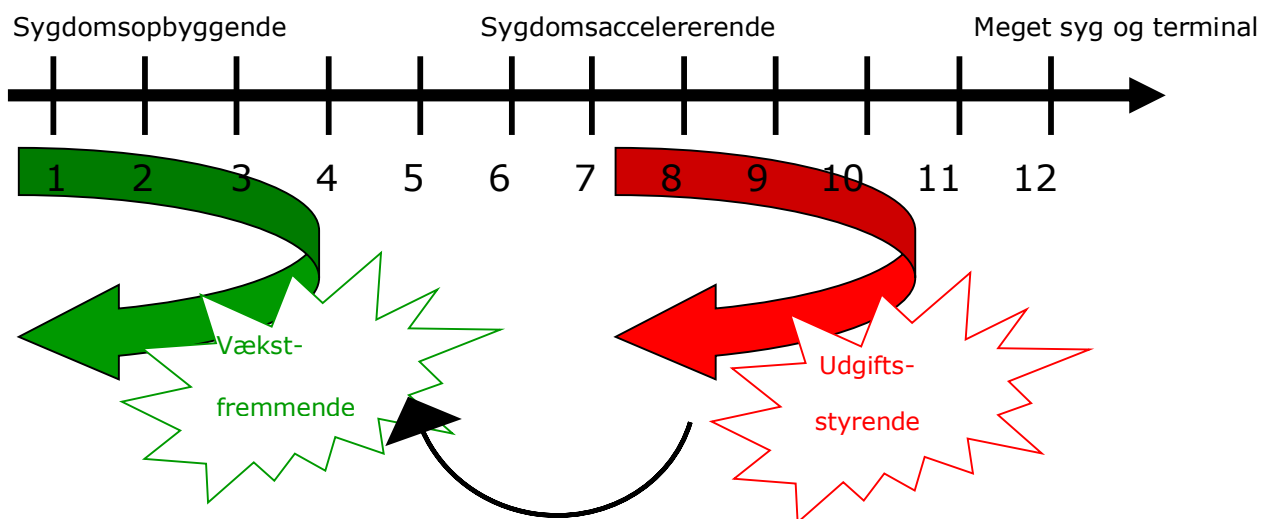


Den grundlæggende ide med et tættere samarbejde med og omkring borgeren handler om, at blive i stand til at hjælpe borgere i den arbejdsdygtige alder til hurtigst muligt, at vende tilbage til arbejde og at hjælpe syge borgere til en mere stabil hverdag gennem en velkoordineret sundhedsindsats på tværs af sektorerne. Tankegangen er illustreret i figur 2.

Figur 2: Kortere og mere stabile sygdomsforløb gennem et tættere samarbejde

Syg og på kanten af arbejdsmarkedet

Syg



De specialiserede kompetencer sættes tidligere i spil

Indsatsen i Integrated Care, forventer at vise gode resultater med hensyn til:

- At facilitere, at fagpersoner i fronten mødes og sammen får fundet bedre løsninger for de mest udsatte patienter / borgere – dvs. **at skabe mere sammenhæng og bedre kvalitet i patientforløbene!**
- **At reducere omkostninger** (sygehus & kommune) i kraft af færre uhensigtsmæssige indlæggelser og kortere syge-/dagpenge forløb

Det tværsektorielle samarbejde om de to udvalgte målgrupper tager afsæt i de aftaler og samarbejder, der i forvejen eksisterer. Dvs. sundhedsaftaler, patientforløbsprogrammer, handleplan for den ældre medicinske patient, datafangst etc.

På baggrund af fælles viden om de to målgrupper igangsættes en sammenhængende indsats så tidligt som muligt. De kommunale instanser leverer koordinerede ydelser på baggrund af handleplaner udfyldt af almen praksis, mens sygehusenes specialiserede kompetencer sættes tidligere i spil gennem rådgivning og vejledning samt gennem fælles aftale om direkte visitation til videre udredning. Den kommunale viden om borgerne gøres tilsvarende aktivt tidligt i forløbet.

Den grønne pil i figuren angiver målgruppen ”borgere, med stress, angst og depression”, der kan bringes hurtigere og med større succes tilbage til arbejde gennem et tættere tværsektorielt samarbejde såvel i udredning, tilrettelæggelse og gennemførelse af indsatsen.

Den røde pil i figuren angiver målgruppen ”den ældre medicinske patient”, hvor sygdomsaccelerationen kan op bremses gennem øget tværsektorielt samarbejde og egen mestring.

2. Baggrund

Sundhedsvæsenet er under forandring og står overfor en række væsentlige udfordringer. Med den demografiske udvikling og sygdomsudviklingen ser vi fortsat flere ældre og flere med kronisk sygdom eller sindslidelse. Sundhedsloven af 2007 har ændret opgavefordelingen og finansieringen af sundhedsvæsenet, og der sker løbende ændringer bl.a. i form af øget specialisering, etablering af supersygehuse, accelererede forløb, øget ambulant aktivitet, og etablering af fælles akut modtagelser. Kommuner og praktiserende læger har fået nye og væsentlige roller i forhold til forebyggelse og koordinering. Samtidig styrkes samarbejdet til stadighed på tværs af sektorer, f.eks. via forløbsprogrammer, sundhedsaftaler, pakkeforløb, og ny lovgivning.

På trods af alle disse tiltag ser vi fortsat for mange erhvervsaktive borgere, der mere eller mindre udstødes af arbejdsmarkedet, og tilkendes overførselsindkomst i en eller anden form. Eksempelvis anslås det, at der i Odense Kommune årligt tildeles overførselsindkomst til ca. 1.200 borgere på grund af ny diagnosticeret angst eller depression.

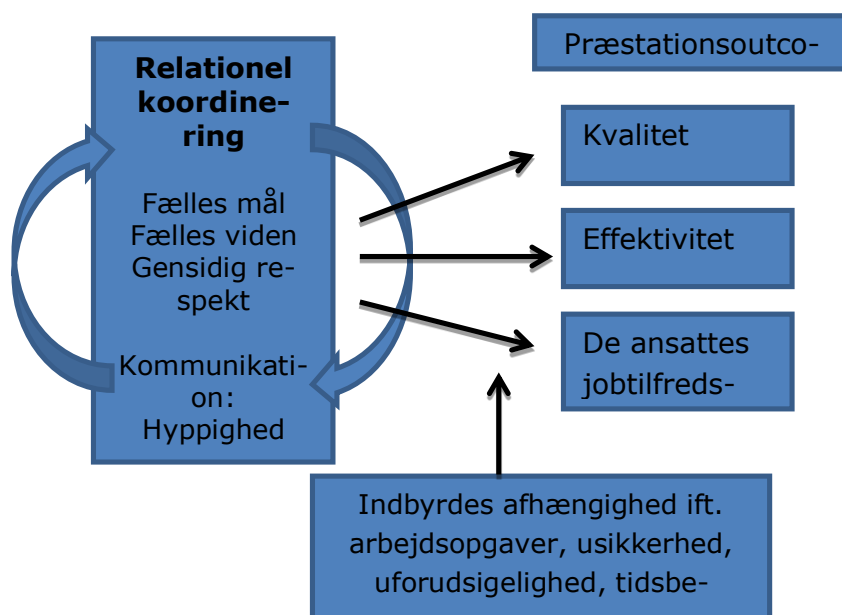
Prognoser viser, at hvis vi ikke gør noget udover at fastholde det indsats- og behandlingsniveau, vi har i dag, vil udgifterne til sundhedsvæsenet udhule eksistensgrundlaget for den danske velfærdsmodel. Det har flere fået øjne på. Således udgav Kommunernes Landsforening i foråret 2012 en vision om udviklingen af ’Det nære Sundhedsvæsen’ og samtidig sendte Danske Regioners vision om ’Det hele sundhedsvæsen’ på gaden. Visionerne er udtryk for, at både den kommunale verden og den regionale verden erkender, at der er behov for at gå nye veje – sammen.

At gå nye veje forudsætter dialog og opbygning af relationer. De to begreber samler Jody Hoffer Gittells i et begreb, hun kalder Relationel Koordination.¹⁵

RELATIONAL COORDINATION is a mutually reinforcing process of communicating and relating for the purpose of task integration. Relational coordination is particularly useful for improving quality and efficiency performance under conditions of reciprocal task interdependence, uncertainty and time constraints. RC's mission is to transform relationships for high performance by building shared goals, shared knowledge and mutual respect across boundaries.

Hendes forskning viser, at der er evidens for sammenhængen mellem graden af relationel koordinering, øget behandlingskvalitet og kortere indlæggelsestid - og i forlængelse heraf øget patienttilfredshed og højere medarbejdertilfredshed.

Sammenhængen mellem relationel koordination og organisationens præstationsevne fremgår af nedenstående figur, der ligeledes oplister begrebets 7 underdimensioner:



Gittells forskning er således et særdeles interessant teoretisk afsæt, der understøttet af praktiske erfaringer fra North West London Integrated Care Pilot danner grundlaget for formningen og opbygningen af partnerskabsprojektet om Integrated Care i Odense.

North West London Integrated Care Pilot blev lanceret i juni 2011 med det sigte at forene partnere fra primærsektor, plejesektor, sygehuse, psykiatri og socialforvaltninger for at forbedre patientkvalitet og reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. Midlet til dette var primært etablering af multidisciplinære grupper, som skulle drøfte patientforløb og særlige cases, og arbejde efter samme model, som skitseret i indeværende projektbeskrivelse med henblik på handleplaner for patientgrupper, som i London

¹⁵ Gittell, Jody Hoffer, 2009: *High Performance Healthcare*, McGraw-Hill, New York.

er under udvidelse fra de oprindelige 2 patientgrupper, DÆMP og diabetes. Der er målt reduktion i antallet af indlæggelser i perioden juli 2011-januar 2012 på 6,6% i forhold til 0,3% stigning for sammenligning område og projektet fortsætter således pt. med voksende udbredelse.

En delegation af repræsentanter fra regionens somatiske og psykiatriske behandlingssystem såvel som forskellige forvaltninger fra Odense og almen praksis fik i september 2012 mulighed for i løbet af 2 dage at nærstudere projektet i London, herunder med feedback fra en række nøglepersoner fra såvel den faglige som organisatoriske del af projektet.

Samarbejdet i Odense mellem alment praktiserende læger, Region Syddanmark og Odense Kommune bygger på disse erfaringer.

3. formål

Projektets overordnede formål er inddelt i care-mål og integrations-mål:

Care-mål:

- At borgerne/patienterne i de udvalgte målgrupper bliver mere tilfredse med den pleje og behandling, de modtager
- At borgerne/patienterne i de udvalgte målgrupper opnår en bedre outcome (effekt for borgeren: øget egen-mestring og mere stabile forløb)

Integrationsmål:

- At det integrerede sundhedsvæsen (praksis, kommune og region) opnår de samme eller bedre resultater for de samme eller færre ressourcer på udvalgte målgrupper
- At teste en model for bedre samarbejde, flow og interpersonel læring

Det betyder, at projektet afprøver, hvordan nye samarbejdsformer bl.a. kan bidrage til:

- at skabe reelle sammenhængende borger-/patientforløb, så borgeren/patienten oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen
- at forkorte perioden på offentlig forsørgelse gennem begrænsning af sygdomsopbygning for den arbejdsduelige befolkning, herunder understøtte bedre mestring af egen sundhed, og sikre fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet.
- at bremse sygdomsudvikling og sygdomsforværring samt undgå u hensigtsmæssige sygehuskontakter.

Integrated Care projektet er afprøvning af en konkret samarbejdsmodel, hvor parterne Odense Universitetshospital, Psykiatrien i Region Syddanmark, almen praktiserende læger i Odense og Odense Kommune indgår i et forpligtende samarbejde. Samarbejdsmodellen indeholder 7 centrale elementer 1) Fælles data om patienten/borgeren, 2) Risikostratificering af målgruppen, 3) Fælles fagligt grundlag for arbejdet med de to målgrupper, 4) Udarbejdelse af handleplaner for patienter i målgruppen, 5) Fælles ansvar for ud-møntning af handleplaner, 6) Fælles tværfaglige konferencer i tværsektorielle teams og 7) Jævnlig reviews af performance.

Integrated Care projektet er et kvalitetsudviklingsprojekt med fokus på innovation og læring. Projektets succes afhænger af, at aktørerne byder aktivt ind undervejs i processen og er åbne for at afprøve nye samarbejdsformer.

4. Aktører og samarbejdsmodel

I samarbejdsprojektets første fase er der fokus på to målgrupper:

- Den ældre medicinske patient (DÆMP)
- Borgere med stress, angst og/eller depression (SAD)

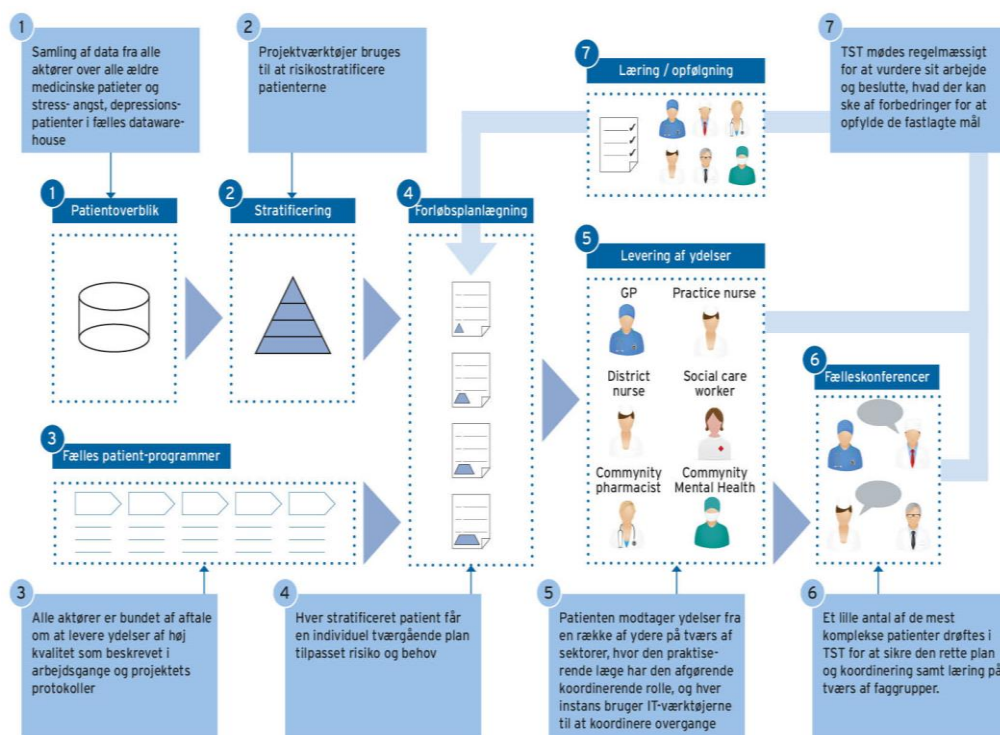
Projektet tager i første fase afsæt i disse to målgrupper. Når udrulningen er sket og evalueringen dokumenterer, at samarbejdet fungerer, kan projektet udvides med andre målgrupper.

Målgruppen DÆMP er valgt fordi det er en målgruppe, hvor en koordineret indsats ventes at kunne føre til øget livskvalitet og færre akutte indgreb for en sundhedsmæssigt sårbar gruppe samtidig med, at forbedret sundhed for gruppen vil kunne reducere udgifter til pleje og omsorg.

Målgruppen SAD er valgt fordi en tidlig koordineret indsats ventes at kunne begrænse sygdommes udvikling samtidig med, at det vil reducere sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet og dermed reducere udgifter til overførselsindkomster.

Inklusionskriterier og konkret samarbejde omkring de to målgrupper beskrives af faglige arbejdsgrupper i afsnit 6 samt i særskilte kommissorier.

Den overordnede samarbejdsmodel i driftsfasen er vist i nedenstående figur:



Figuren illustrerer flowet i det tværsektorielle samarbejde, når projektet er i drift. Forud herfor er der en række opgaver, der skal løses og aftaler, der skal indgås:

- Der opbygges et **fælles datawarehouse** med kopier af data fra de tre parter. Det forudsætter dispensation fra gældende regler om samkøring af personfølsomme data.
- To faglige grupper skal skabe **det fælles faglige grundlag** for henholdsvis DÆMP og SAD. Det fælles faglige grundlag skal være fundamentet for den samlede vurdering samt den behandling og støtte, de i et helhedsperspektiv på borgeren/patientens samlede situation vurderer som den bedste.
- De faglige grupper udarbejder **en model for stratificering** af risikopatienter baseret på kendt viden:
 - Patientsforløbsprogrammer, herunder regionale/lokale aftaler
 - Kliniske/faglige vejledninger (nationale anbefalinger)
 - Erfaringer fra hverdagspraksis i arbejdet med målgruppen

På det grundlag skal de to faglige grupper opnå enighed om, hvilke indikatorer, der er afgørende for en risikoinddeling af hver målgruppe.

- De faglige grupper skal udvikle **skabeloner for fælles faglige protokoller**, som skal angive, hvordan der i samarbejdet skal arbejdes med handleplaner for stratificerede patienter. Handleplanerne skal give mening for de deltagende parter, og anvendelsen af handleplaner skal være enkel og overskuelig for de enkelte aktører.

Derfor skal der:

- Laves en ramme for den handleplan, der skal udarbejdes for stratificerede patienter herunder
 - Identifikation af det faglige grundlag for de tre faglige parter i projektet
 - den ideelle handleplansramme aftales
 - generisk handleplansskabelon udarbejdes i digitaliseret og tilgængelig form.
- Ske afstemning af den generiske handleplan op imod de risikogrupper, stratificeringen definerer. Bygges op omkring et sæt af principper besluttet af styregruppen.
- Illustreres i et flowdiagram, hvordan forløbet for en typisk patient ser ud.
- Udarbejdes praktisk håndterlige guidelines for, hvordan handleplanen udarbejdes.
- Laves aftaler, der sikrer, at deltagende parter forpligter sig på, at sprede viden om indgåede aftaler mm. i eget bagland/egen organisation

Stratificeringsniveau definerer ramme for indsats samt persongalleri, der har ansvar for at udføre.

- På baggrund af de faglige grupperes arbejde skal der indgås **aftaler om**, hvilke **indsatser**, der inden for parternes økonomiske rammer kan tilbydes de enkelte risikogrupper.

Beskrivelse af samarbejdsmodellen, når projektet er i drift den 1. september 2014

Når projektet er klar til drift, kan samarbejdsmodellens punkter 1-3 beskrives som projektets løbende planlægnings- og analysedel, mens punkterne 4-7 kan betragtes som projektets kvalitetscirkel.

Det betyder, at som led i den løbende planlægning og analyse af, hvilke patienter, der har størst behov for én samlet plan, skal det fælles datawarehouse løbende opdateres og ligeledes vil der løbende blive foretaget en stratificering af målgrupperne, så det hele tiden er de patienter i størst risiko, der bliver samarbejdet om. Desuden vil den løbende stratificering samtidig give et billede af projektets effekt.

Kvalitetscirkelns hovedaktører er:

- Almen praksis, der varetager en central og koordinerende funktion i patientforløbet. Sammen med patienten udarbejder den praktiserende læge en handleplan. På baggrund af patientens behov er det den praktiserende læges rolle at koordinere den tværsektorielle indsats og herunder at visitere til relevante tilbud.
- Områdets professionelle sundhedspersonale, der leverer ydelserne rekvireret i handleplaner.
- Tværsektorielle Teams (TST), der periodisk og systematisk på konferencer drøfter komplekse forløb.

Beskrivelse af de 7 komponenter:

1. Samling af data – fælles datawarehouse

Det fælles datawarehouse opdateres med nye data hver 14 dag, så det hele tiden indeholder de aktuelle oplysninger om patienterne i målgrupperne.

2. Risikostratificering

De fagligt aftalte stratificeringsmodeller omsættes via matematiske algoritmer, der kan prædiktere målgruppernes risikoprofiler. 1-2 statistikere analyserer data (datamining) og udtrækker lister pr. tværsektorielt team, der oplister de cpr. nr., der i deres team, har den største risikoprofil. Listerne stilles digitalt til rådighed for formanden for de tværsektorielle teams eller til hver af de praktiserende læger i teamet.

3. Fælles faglige protokoller

De fælles faglige protokoller for hver målgruppe er som ovenfor beskrevet udviklet af de to faglige grupper under projektets forberedelse. Protokollerne udtrykker det fælles faglige grundlag og angiver, hvordan der i samarbejdet skal arbejdes med handleplaner for de stratificerede patienter. Protokollerne understøttes af guidelines for, hvordan handleplanen udarbejdes.

4. Handleplanerne

Den enkelte handleplan udarbejdes af almen praksis på baggrund af ovenstående. Lægen eller anden sundhedsperson ansat til formålet, tager individuel kontakt til gruppen af borgere med størst risikoprofil mhp. at invitere til en konsultation. Lægen afholder konsultation med den indkaldte borger og beder om samtykke til at lave én plan, og til at oplysningerne *i planen* må deles af de fagprofessionelle, der er forpligtet på at realisere planen.

Den praktiserende læge har i Integrated Care ledelsen af patientens forløb. Den praktiserende læge kan visitere til indlæggelse og undersøgelser, hvor det vurderes relevant for forløbet. I situationer, hvor det er relevant bringes udfordringer op på TST-møder.

5. Forløb/leverancer/indsatser

Borgerens plan sammenstykkes af de generiske behandlingspakker, som de faglige grupper i den projektforberevende fase er blevet enige om for hver målgruppe. Når handleplanen er udfyldt indeholder den derfor en beskrivelse af, hvem der skal gøre hvad og hvornår. Handleplanen indeholder endvidere oplysning til de enkelte aktører om, hvordan patient og pårørende involveres og ansvarliggøres i forløbet.

Handleplanen sendes elektronisk til relevante aktører. Når en part har udført sin opgave, markeres det i handleplanen, der løbende opdateres for alle parter.

6. Konferencer i de tværsektorielle teams - hovedomdrejningspunktet for projektet

En gang hver anden måned (5 gange årligt) afholdes et møde af ca. tre timers varighed i hvert enkelt tværsektorielt team. Der afholdes særskilte møder på DÆMP og SAD-området. På det enkelte møde drøftes ca. 6 udvalgte komplekse patientsager med det formål at øge kvaliteten i patientforløbet samt at skabe fælles læring.

De tværsektorielle teams (TST) opbygges omkring 6-7 lægepraksis, der hver deltager med en læge i team 'et. Der er i Odense Kommune i alt 64 praksis¹⁶, hvilket betyder 10 Tværsektorielle Teams i den fuldt udfoldede model.

Et tværsektorielt team kan f.eks. bestå af:

- en praktiserende læge fra hver praksis. I alt 6-7 læger
- En geriater
- En psykiater
- Repræsentant for jobcenter
- Repræsentant for hjemmesygeplejen
- Visitator for hjemmeplejen
- Diætist / kost-ekspertise
- En psykolog
- Klinisk farmakolog
- Fysioterapeut
- Socialoverlæge

Der skal udpeges en formand for det tværsektorielle team. Formanden bistås af projektsekretariatet, der deltager med en person i møderne.

Hvert TST-medlem har to opgaver:

- Konstruktivt og samarbejdsorienteret at bidrage med sin specifikke viden og faglighed i drøftelsen af hver enkelt case
- At være bindeled til eget bagland og dermed sikre, at den læring, der opnås i TST, viderefremmes til de aktører, der leverer ydelser, jf. pkt. 5

Møderne fastsættes for et år ad gangen. Et tværsektorielt team kan aftale at ændre daglig praksis på baggrund af drøftelserne, men ikke foretage ændringer i stratificering, handleplansskabelon etc.

Såfremt et TST fremkommer med forslag til ændringer i stratificering, handleplansskabelon etc., bringes dette til projektsekretariatet hvor det vurderes, om det giver anledning til administrative eller beslutningsmæssige ændringer.

Indenfor ovenstående rammer fastsætter hvert tværsektorielt team sin forretningsorden.

7. Status – læring på makroniveau

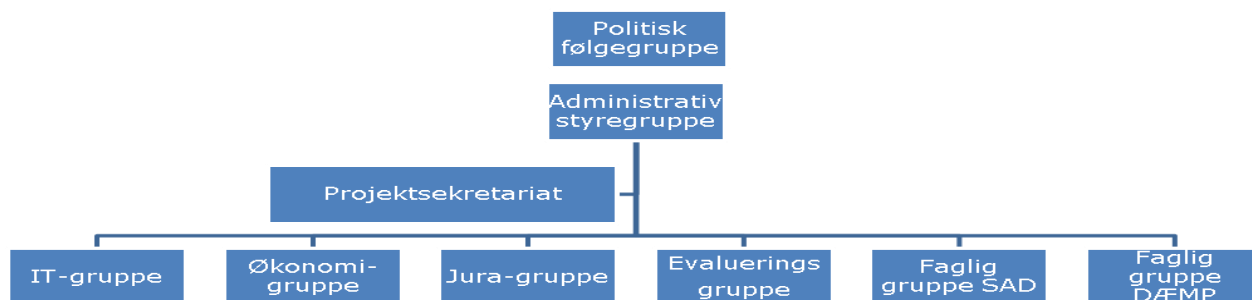
¹⁶ Der er i Odense Kommune i alt 116 praktiserende læger fordelt på 64 praksis, hvoraf 29 er enkeltmandspraksis.

En gang årligt afholder hvert tværsektorielt team et status-møde, hvor man vurderer på det sidste års arbejde. Leves der op til projektets mål? Fungerer samarbejdet? Opleves stratificeringen hensigtsmæssigt? Er der tilfredshed med data og handleplaner? Fungerer mødeformen?

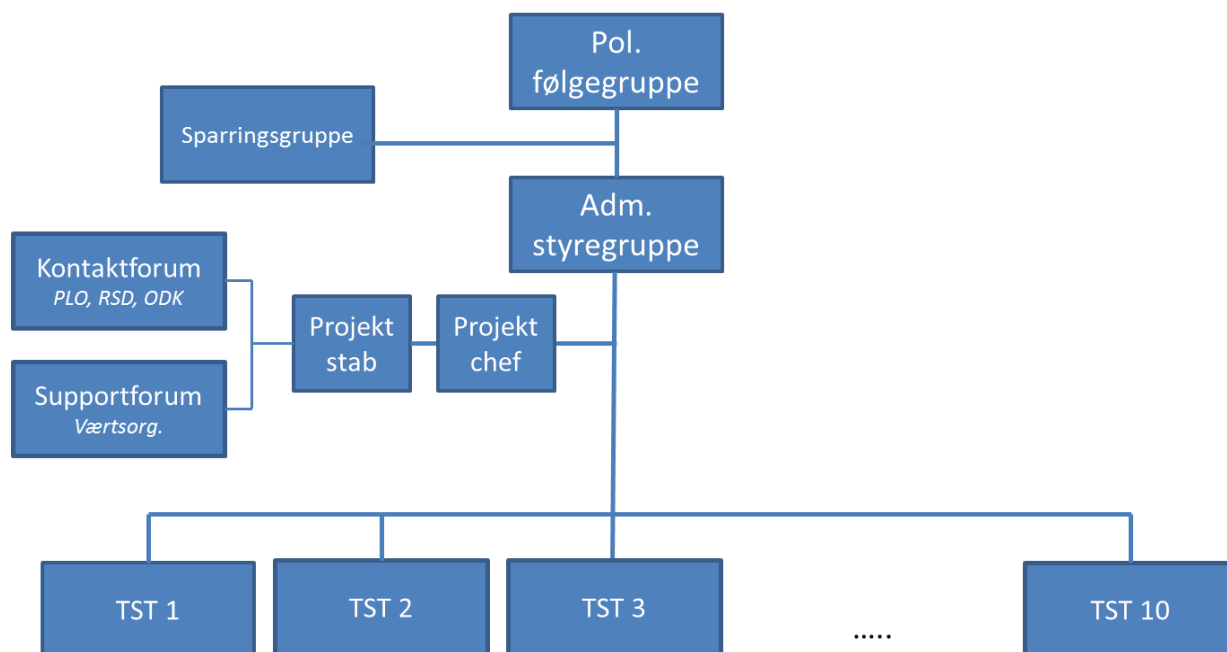
Justeringer, der alene vedrører det enkelte tværsektorielle teams arbejde, foretages lokalt. Ønsker til ændringer i projektets overordnede koncept, handleplanskabeloner, stratificering, data etc., bringes til projektsekretariatet.

5. projektorganisering

Organisering i den projektforberedende fase er som illustreret nedenfor, hvor projektsekretariatet refererer til den administrative styregruppe. Der er i den projektforberedende fase seks grupper, der beskæftiger sig med hvert deres kerneområde. Områderne er IT, økonomi, jura, evaluering/forskning samt de to faglige grupper SAD og DÆMP.



Projektets organisering opbygges løbende i takt med, at projektet udvikles og formes hen imod drift. Nedenfor er vist den fuldt udbyggede projektorganisation:



Den politiske følgegruppe er den konstituerende forsamling, der etablerer projektet og definerer kompetencer, opgaver og økonomi. Sammensætningen fremgår af særskilt bilag, der beskriver de enkelte interessenter. Antal repræsentanter afspejler vægtningen. Der holdes mindst et og højst to møder årligt.

Sparringsgruppen er en bredt sammensat faglig gruppe, der giver sundheds- og velfærdsmæssige, organisatoriske, økonomiske og forskningsmæssige perspektiver på projektet.

Den administrative Styregruppe har den endelige kompetence til at fordele ressourcer og allokere opgaver, samt løse konflikter, der opstår i den daglige drift af projektet. Styregruppen sikrer endvidere fremdrift og opfølgning i samarbejde med projektchefen.

Projektstaben er de administrativt ansatte ressourcer, som skal drifte og udvikle projektet, jf. projektbeskrivelsens succeskriterier, leverancer mv. Staben ledes af en **projektchef**, der ansættes af den administrative styregruppe.

Supportforum er de ressourcer, der sidder i "host-organisationen" og supporterer i forhold til økonomistyring, HR-styring og IT-styring.

Kontaktforum er projektchefens mulighed for at have kontakt til projektparterne, "baglandet", hvor der ikke er behov for principielle drøftelser i hverken den politiske følgegruppe eller den administrative styregruppe. Dette forum kan ikke beslutte men alene advisere projektchefen om mulige synspunkter og tilsvarende understøtte forankringen af projektet i de deltagende organisationer.

De tværsektorielle teams (TST) er beskrevet i afsnit 4. Daglig kommunikation fra det enkelte TST går via projektchefen.

6. målgrupper

De to målgrupper – den ældre medicinske patient samt borgere med stress, angst og depression -er valgt på grund af en stor og stigende volumen samt mange tværsektorielle kontakter.

Patienter i DÆMP gruppen er stærkt stigende og andelen af befolkningen i aldersgruppen over 65 år forventes at stige til godt 24 % i 2050. DÆMP gruppen er kendetegnet ved, at patienterne har mange kontakter til sundhedsvæsenet, idet antallet af kontakter til almen praksis og hjemmeplejen stiger med alderen. Ifølge SST's oplæg *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan* (Sundhedsstyrelsen 2011), vil en patient henvist fra almen praksis til sygehus i de følgende år gennemsnitlig have 10 – 12 kontakter årligt til almen praksis (hvilket er 3 – 5 kontakter mere end gennemsnittet). Desuden bliver hver femte ældre medicinske patient genindlagt indenfor 30 dage efter en indlæggelse. Genindlæggelserne kan skyldes forværring af en kendt sygdom eller en ny tilstand. Andre genindlæggelser kan skyldes komplikationer fra den tidligere indlæggelse, og/eller manglende koordinering mellem de forskellige sektorer.

I SAD gruppen er der indikation for at andelen med lettere mentale helbredsproblemer er stigende i Danmark. 8,7 % af befolkningen angav i 2005, at de ofte føler sig stressede. Det svarer til, at godt 10.000 borgere i Odense Kommune ofte føler sig stressede. M.h.t. angst angiver Psykiatrifonden, at der er ca. 250.000 danskere, der lever med angst. Heri medregnet lettere, ikke behandlingskrævende tilstande. Dette svarer til ca. 8.860 borgere i Odense Kommune. Hvad angår depression skønnes det, at 10 % af befolkningen i Danmark har en depression. Andelen ser ud til at være moderat stigende. Dette svarer til at ca. 11.900 borgere i den erhvervsaktive alder i Odense har en depression. Ca. halvdelen af de borgere som kommunen er i kontakt med vedrørende sygedagpenge, er sygemeldte på grund af stress, angst eller depression. Det svarer til ca. 50 nye borgere i målgruppen om ugen.

Den ældre medicinske patient afgrænses i således:

Ældre (+ 70 årige) med stigende og/eller ændrede træk på sundheds- og/eller pleje/social sektor over en given periode.

Borgere med stress, angst og depression afgrænses i projektet således:

De ny-syge hvor en hurtig og integreret indsats bidrager til at bremse sygdomsudvikling og bevare tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse.

En koordineret og integreret indsats forventes at kunne gøre en positiv forskel for borgerne. Indsatsen vil sikre borgerne en hurtigere og mere sammenhængende behandling samt styrke borgerens handlemuligheder. Indsatsen forventes samtidig at give samfundsmæssige og økonomiske gevinster.

7. Budget og finansiering

Projektet finansieres af midler fra henholdsvis Region Syddanmark og Odense Kommune. I projektperioden frem til 31. december 2015 er der afsat 70 mio. kr. til udvikling og drift af projektet.

Forskningsprogrammet søges finansieret af eksterne midler gennem puljeansøgninger.

8. Evaluering og forskning

For at sikre, at projektets caremål og integrationsmål implementeres som ønsket, er det vigtigt at opstille mål for den rette implementering. Derfor skal faktorer, der har indflydelse på implementeringen dokumenteres. Det handler bl.a. om de strukturelle og kulturelle faktorer, som uundgåeligt vil have indflydelse på og betydning for effekten af Integrated Care implementeret i en dansk og odenseansk kontekst. Således må

det forventes af implementeringserfaringerne fra dette projekt adskiller sig fra implementeringserfaringerne fra det lignende projekt gennemført i North West London.

Med afsæt i, at det er forskellige sektorer, der skal arbejde i nye relationer, skal evalueringsdesignet sikre en overordnet ramme for de faglige grupper og senere i projektet de tværsektorielle teams dokumentation under Integrated Care.

En ramme, der redegør for følgende dimensioner; viden om målgruppen, viden om metoden, viden om implementering (hvordan), viden om effekten og viden om økonomi ud fra sygehus, almen praksis, kommunalt og samlede perspektiver.

Der skal udarbejdes en evalueringsskema, som skal understøtte de faglige grupper dokumentation af målgruppe, økonomi, faglig betydning, organisatorisk betydning og kulturelle aspekter. Disse parametre er nødvendige for at skabe et samlet billede af den løbende proces i Integrated Care, og herigennem at vise den aktuelt bedst viden om sundhedsindsatserne indeholdt i Integrated Care.

Da der er tale om at afprøve helt nye samarbejdsformer inden for sundhedsvæsenet på tværs af sektorer, vil det – udover et solidt monitorerings- og evalueringsskema – også være relevant at koble sundhedsforskning på projektet, blandt andet fordi projektet afprøver nye metoder dels til at skabe mere sundhed for pengene, men også fordi projektet for at opnå dette tager nye ledelses- og samarbejdsformer i anvendelse på tværs af traditionelt opdelte organisationer og sektorer.

Styregruppen for IC anser det for afgørende for projektets gennemførelse og værdien af den erfaring og læring, som projektet potentielt kan resultere i, at der allerede ved projektstart er taget stilling til forskningspotentialerne i IC.

9. Tidsplan

Projektet gennemføres i perioden medio 2013 og frem til 31. december 2015.

Projektet er opdelt i følgende overordnede faser:

- Projektforberedende fase: Minipilot fra 1. november 2013 til 1. april 2014.
- Pilotprojekt fra 15. april 2014 til 31. august 2014.
- Implementeringsfasen fra 1. september 2014 til 31. december 2015.
- Evaluering: 1. august 2015 til 31. december 2015. Evalueringen indsendes april 2016 til Økonomi- og Indenrigsministeriet.
- Fortsat implementering indtil afklaring af eventuel overgang til drift: 1. januar 2016 til 30. juni 2016.

Bilag 2 Stratificeringsmodel SAD (6. version december 2014)

Eksklusionskriterier:

- Førtidspensionister og efterlønnere
- Studerende
- Borgere med svær psykopatologi (psykiatriske diagnoser: F 20.0-F 29.9 og F.30.0 – F 31.9)
- Borgere med en kommunal misbrugssag (undersøges)
- Borgere, der har været sammenhængende ledige i en periode på mere end 2 år og fortsat er ledige (borgere på ressourceforløb, på midlertidig arbejdsmarkedsydelse, på særlig uddannelsesydelse og på kontante ydelser (sidstnævnte med virkning fra 1/10 2015) ekskluderes).
- Døde og udvandrede (inaktive)

Data		Kvalificering af data
Alder		Alle mellem 18 – 65 år (inkl.)
Sygdom i relation til SAD - usikkert om patienten har SAD (kun kommunale data med koden stress, angst eller depression) - kendt med stress, angst eller depression (i lægesystem)	1 point 3 point	Der trækkes på 'stress', 'depression' og 'andre mentale psykiske problemer' for syge dagpenge modtagere.
Gentagne (> 3 af > 2 ugers varighed) sygemeldinger indenfor 2 år	5 point	
Sidste sygemeldings længde: < 2 uger > 2 uger	0 point 1 point	
Tilknytning til arbejdsmarkedet - I beskæftigelse - A-dagpenge - Jobafklaringsforløb	2 point 1 point 0 point	
Behandling - brug af psykofarmaka - brug af psykolog (henvist fra almen praksis)	1 point	

Data		Kvalificering af data
<ul style="list-style-type: none"> - brug af psykiater 	1 point 0 point	
Hyppige kontakter til praktiserende læge <ul style="list-style-type: none"> - < 15 gennem de sidste 2 år - 15 – 20 gennem de sidste 2 år - > 20 gennem de sidste 2 år 	0 point 1 point 2 point	
Civilstand <ul style="list-style-type: none"> - gift/samboende - enlig - hjemmeboende førskolebørn 	0 point 1 point 1 point	
Herkomst <ul style="list-style-type: none"> - dansk - udenlandsk 	0 point 1 point	Der trækkes på herkomst.
A-kassetilknytning <ul style="list-style-type: none"> - FTF, BUPL, Lærernes A-kasse og DSA - øvrige eller ingen a-kasse 	1 point 0 point	Data trækkes på årsbasis.

Målgruppen er borgere med 5 eller flere point.

Bilag 3 Stratificeringsmodel – Den ældre medicinske patient

Oktober 2015

Indgangskriterie: Alder 65 +

Akutte sygehuskontakter indenfor det seneste ½ år 0-1 2-3 4 eller flere	0 point 2 point 4 point
Ambulante kontakter indenfor det seneste ½ år 0-1 2-4 5 eller flere	0 point 1 point 2 point
Åbne ambulante forløb 0-1 2 eller flere	1 point 2 point
Kontakter til almen praksis indenfor det seneste ½ år 0 - 3 4 - 6 7 - 10 11 eller flere	0 point 1 point 3 point 4 point
Polyfarmaci - mere end 7 præparater Under 7 7 eller flere	0 point 1 point
Rationel farmakoterapi – storforbruger af medicin, risikopræparater (mærket gul/orange) 0-2 3 eller flere	0 point 1 point
Hjemmesygepleje Nej Ja	0 point 4 point
Hjemmepleje Ingen / mindre end daglig Daglig / mere end 1 gang dagligt	0 point 1 point
Gift / Samboende Alene Alene indenfor det seneste ½ år	0 point 1 point 2 point

Grøn 0 – 6 point

Gul 7 - 13 point

Rød 14 - 19 point

Målgruppen er borgere der opnår 7 point eller mere.

Bilag 4 Elementer fra IC-indsatsens Care og Integrationsmål, der belyses via evalueringen

Evalueringsspør 1A: Organisation og professionelle	Elementer fra målhierarkiet for Care-mål 1: Bedre outcome, som undersøges	Elementer fra målhierarkiet for Integrationsmål 2: Samarbejde og læring, som undersøges
<p>Anvendte metoder: Kombination af spørreskemaer, observationer og interview</p>	<p>Rammer redskaber til opsporing og risikostratificering rigtigt, og er de overskuelige at anvende i praksis?</p> <p>Lykkes det at rekruttere relevante borgere, og hvad henholdsvis fremmer og hæmmer rekruttering?</p> <p>Hvordan udarbejdes handleplaner, og hvilke udfordringer og erfaringer er der?</p> <p>Hvilke muligheder/barrierer opleves for at inddrage borger/pårørende i handleplaner?</p> <p>Er handleplaner brugbare i forhold til timing, indhold og opgavedeling mellem involverede parter?</p> <p>Lykkes det at afholde TST-møder – hvor mange ressourcer kræver det? Er der udfordringer?</p> <p>Hvad fungerer godt på møderne, og hvad fungerer mindre godt? Står resultaterne mål med de ressourcer, det kræver at afholde møderne?</p> <p>Bidraget IC-modellen til at styrke praktiserende læges tovholderrolle?</p> <p>Hvilke effekter vurderer fagprofessionelle, at IC-modellen giver for borgere og pårørende?</p>	<p>Oplever fagpersoner og ledere bedre samarbejde og kommunikation som følge af IC-indsatserne?</p> <p>Hvordan fungerer – og hvilken læring følger af – muligheden for at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dele data via handleplaner? • dele viden og koordinere via TST-møder? <p>Opleves bedre kapacitet til relationel koordinering, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplevelse af fælles mål og retning for indsatsen på tværs af aktører? • Bedre tilgængelighed til information og kontakt med samarbejdspartnere? • Fælles forståelse for helheden og borgers forløb og samarbejdspartneres opgaver og rammevilkår? • Respektfuld kommunikation og samarbejde? <p>I hvilket omfang opleves øget:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mulighed for at levere gode borgerforløb? • personlig effektivitet og arbejdsglæde? <p>I hvilket omfang bidrager samarbejdet om IC-modellen til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • øget ensartethed i de social- og sundhedsfaglige opgaver og afgørelser? • kompetenceløft og spredning af viden på tværs af faggrupper og aktører?
Evalueringsspør 1B: Borgere og pårørende	Elementer fra Care-mål 2: Mere tilfredse borgere, som undersøges	
<p>Anvendte metoder: Kombination af spørreskemaer og interview</p>	<p>I hvilket omfang oplever borgere og pårørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bedre behandling, afgørelser og forløb? • større inddragelse i planlægning af eget forløb, og hvilke fordele/ulemper ser de ved dette? <p>Opleves trykkeligere overgange, bedre kommunikation og videndeling på tværs af involverede aktører?</p> <p>Hvordan oplever borgere og pårørende, at der foretages en risikostratificering som grundlag for tilbud om en planlægningsamtale?</p> <p>Hvilke årsager til fravalg og frafald angives af borgere, som er tilbudt planlægningsamtale/started på et forløb, som er afbrudt?</p>	
Evalueringsspør 2: Effektevaluering	Elementer fra målhierarkiet for Integrationsmål 1: Samme eller bedre resultater for færre eller samme ressourcer, som undersøges	
<p>Register- og omkostningsanalyser</p>	<p>SAD-indsatsens betydning for borgernes arbejdsmarkedstilknytning, inkl. subgruppeanalyser af, hvilke segmenter i gruppen af SAD-borgere der responderer bedst på indsatsen.</p> <p>SAD- og DÆMP-borgernes forbrug af kommunale og regionale sundheds- og omsorgsydelser. Ressourceforbruget opgøres samlet, samtidig med at det undersøges, om der kan konstateres et ændret mønster i ydelsesforbruget.</p> <p>Opgørelse af interventionsomkostninger samt de driftsomkostninger, der kan forventes fremadrettet. Ressourceforbruget søges endvidere opgjort pr. patient i programmerne med udgangspunkt i involverede fagpersoners timeforbrug. Dette giver mulighed for at analysere sammenhængen mellem effekten og omfanget af indsatsen.</p>	

Bilag 5 § 2-aftale om de praktiserende lægers deltagelse i projekt Integrated Care i Odense Kommune

§ 1 Baggrund

Der er mellem PLO Syddanmark i samarbejde med PLO Odense, Region Syddanmark og Odense Kommune enighed om at arbejde sammen i et projekt om Integrated Care i Odense Kommune.

Formålet med projektet er, via et forsøg, at opnå erfaringer med integrated care med henblik på en eventuel efterfølgende udbredelse. Projektperioden er 1.9.2014-31.12.2015.

Projektet er udviklet med baggrund i bl.a. erfaringer, der er opnået i et tilsvarende projekt fra London.

Der er udarbejdet en projektbeskrivelse af xx 2014 mellem de tre parter, som danner baggrund for nærværende aftale. Endvidere forudsætter projektet indgåelse af den overordnede partnerskabsaftale, der forventes underskrevet primo september 2014.

Der er udvalgt to nærmere definerede patientgrupper, jf. projektbeskrivelsen. Fælles for overvejelserne bag udvælgelsen af de to grupper er en forventning om, at der via et øget samarbejde om patienterne kan opnås bedre kvalitet i behandlingen og bedre patientforløb samt undgås unødige sygehusindlæggelser.

Det forventes med projektet, at en større del af patientbehandlingen for de udvalgte målgrupper kan udføres i almen praksis og i kommunerne frem for på sygehusene.

På baggrund af stratificering/risikovurdering af patienter i de deltagende målgrupper udarbejdes der handleplaner, som danner udgangspunkt for patientforløbet og det faglige samarbejde. Deltagende læger vælger, hvorvidt man ønsker at deltage ift. hhv. den ene eller begge målgrupper.

Et andet væsentligt element i projektet er, at lægerne deltager i regelmæssige tværsektorielle teammøder. Møderne omhandler de mest komplekse patienter i de to patientgrupper. I møderne deltager læger fra sygehus, alment praktiserende læger, repræsentanter fra Odense Kommune m.fl.

Der opbygges en fælles shared care platform (SCP), hvor data fra almen praksis, kommunen og hospitaler indgår. På baggrund af den udarbejdede stratificeringsmodel identificeres og udvælges risikopatienter automatisk. Udgifter forbundet med afprøvning, udvikling, vedligehold samt integration i lægesystemerne af SCP i forbindelse med Integrated care-projektet forudsættes afholdt af projektet.

§ 2 Aftalens parter

Aftalen er indgået mellem PLO Syddanmark og Region Syddanmark og tiltrådt af PLO Odense.

§ 3 Formål med aftalen

Formålet med aftalen er at fastlægge vilkårene for alment praktiserende lægers deltagelse i projektet.

§ 4 Deltagere

Almen praksis med adresse i Odense Kommune kan tilslutte sig projektet ved tilmelding til projektlederen.

Der kan på sigt overvejes tilmelding af praksis udenfor Odense kommune med stort antal patienter tilmeldt fra Odense kommune.

Styregruppen for Integrated care-projektet træffer beslutning om, hvorvidt det tilmeldte antal læger er tilstrækkeligt til gennemførelse af projektet.

Det er forventningen, at hver praktiserende læge skal inkludere 1-1,5% af sine patienter pr. målgruppe. Det svarer til 20-25 patienter årligt pr. læge pr. målgruppe.

Deltagelse kan ske enten i forhold til en af målgrupperne, eller begge.

§ 5 Undervisning for de deltagende læger

Lægerne deltager i undervisning (tværsektorielt) i den digitale handleplan i juni og august 2014. Derudover skal den praktiserende læge sættes ind i øvrige opgaver ift. koordinatorfunktionen. Samlet til ovennævnte aktiviteter bruges 5 timer pr. målgruppe. Der ydes refusion svarende til 5 timer á 878,61 kr. pr. time.

§ 6 Honorering**

Aftalen indeholder nedenstående særskilte honorartyper (reguleres, beløb pr. 1. april 2014). Når der i aftalen refereres til modultaksten er dette PLOs konsulenttakst (beløb anført i april 2014-niveau).

1. Projektdeltagelsesgodtgørelse

Da projekt Integrated care er et innovativt og helt nyskabende og i Danmark hidtil uprøvet forsøgsprojekt modtager hver deltagende læge ved projektets opstart 1.9.2014 en projektdeltagelsesgodtgørelse på 15.000 kr. som honorering for følgende elementer. Godtgørelsen dækker omkostninger til bl.a.:

Introduktion af sygeplejerske og evt. øvrigt personale, omlægning af arbejdsgange, tekniske problemer med IT inkl. shared care platformen samt formidling og diverse uventede udfordringer.

2. Listegennemgang

Første listegennemgang pr. målgruppe honoreres med 3 timer á 878,58 kr. (grundhonorar 832,81 kr)

XXXX *Initiel listegennemgang, DÆMP* 2635,74 kr

XXXX *Initiel listegennemgang, SAD* 2635,74 kr

Efterfølgende udsendes ”tilgangslistor” med et jævnligt interval. For gennemgang af patienter på disse ”tilgangslistor” honoreres med 1 tidsmodul pr. patient svarende til 10 minutter.

XXXX *Gennemgang af patient på ”tilgangsliste” DÆMP* 146,43 kr.
(grund.honorar 138,80 kr.)

XXXX *Gennemgang af patient på ”tilgangsliste” SAD* 146,43 kr. (grundhonorar 138,80 kr.)

3. Telefonisk kontakt fra klinikken til patienten (indkaldelse fra liste)

Når lægen skønner det relevant, tager lægen forud for informationssamtalen individuel kontakt til borgere/patienter med størst risiko med henblik på at invitere til konsultation. Det vurderes, at denne kontakt vil være særligt relevant ift. SAD-patienter.

XXXX *Telefonkonsultation IC, DÆMP* 146,43 kr. (grund.honorar 138,80 kr.)

XXXX *Telefonkonsultation IC, SAD* 146,43 kr. (grund.honorar 138,80 kr.)

4. Informationssamtale og samtykkeerklæring

Informationssamtale (inkl. samtykkeerklæring, lægens opsøgende kontakt pr. brev samt eventuel rykker) honoreres fra projektstart med 1-3 moduler (grundhonorar 138,80 kr.pr. modul) afhængigt af, hvor lang tid, samtalen har taget.

XXXX *Informationssamtale og samtykkeerklæring DÆMP 1 modul* 146,43 kr.

XXXX *Informationssamtale og samtykkeerklæring DÆMP 2 moduler* 292,86 kr.

<i>XXXX Informationssamtale og samtykkeerklæring DÆMP 3 moduler kr.</i>	439,29
<i>XXXX Informationssamtale og samtykkeerklæring, SAD 1 modul kr.</i>	146,43
<i>XXXX Informationssamtale og samtykkeerklæring, SAD 2 moduler kr.</i>	292,86
<i>XXXX Informationssamtale og samtykkeerklæring, SAD 3 moduler kr.</i>	439,29

5. Udarbejdelse samt ajourføring af handleplan

Efter informationssamtalen og samtykkeindhentning udarbejder lægen sammen med patienten i konsultationen en handleplan. Der er i projektet udarbejdet et fælles fagligt grundlag til model for stratificering af borgere/risikopatienter, samt ramme for en handleplan, som beskriver idealtypiske forløb for de stratificerede borgere/patienter.

Handleplanen udfyldes elektronisk i en skabelon på shared care-plattformen, når denne er klar. Der udarbejdes handleplan på alle patienter. Når handleplanen er udfyldt, indeholder den en beskrivelse af, hvem der skal gøre hvad og hvornår. Der indgår i projektet handleplaner for hhv:

- 1) Den ældre medicinske patient
- 2) Patienter med stress, angst og depression

Det forudsættes i honoreringen, at udarbejdelse af handleplan foregår i konsultationen og kun i sjældne tilfælde som hjemmebesøg (såfremt der foretages hjemmebesøg kan der endvidere honoreres for afstandstillæg og kørselsgodtgørelse).

Der er udarbejdet standarder for, hvad handleplanerne skal indeholde, hvornår de skal udarbejdes, hvornår de skal revideres m.m. Det er en forudsætning for udbetaling af honorar for handleplaner til praksis, at handleplanerne lever op til den i projektet udarbejdede standard. Der honoreres for udarbejdelse af handleplan med 3-6 moduler (grundhonorar 138,80 kr. pr. modul) efter, hvor lang tid udarbejdelsen har taget.

<i>XXXX Udarbejdelse af handleplan DÆMP 3 moduler kr.</i>	439,29
<i>XXXX Udarbejdelse af handleplan DÆMP 4 moduler kr.</i>	585,72

XXXX kr.	Udarbejdelse af handleplan DÆMP 5 moduler	732,15
XXXX kr.	Udarbejdelse af handleplan DÆMP 6 moduler	878,58
XXXX kr.	Udarbejdelse af handleplan SAD 3 moduler	439,29
XXXX kr.	Udarbejdelse af handleplan SAD 4 moduler	585,72
XXXX kr.	Udarbejdelse af handleplan SAD 5 moduler	732,15
XXXX kr.	Udarbejdelse af handleplan SAD 6 moduler	878,58

Handleplanen er et dynamisk værktøj. Der kan efter udarbejdelse af handleplan forekomme hændelser i behandlingsforløbet, som kræver en væsentlig stillingtagen/revision af den oprindelige handleplan. Såfremt dette foranlediger behov for en væsentlig revision af handleplanen er lægen berettiget til honorar for denne ajourføring svarende til 1 modul.

XXXX Væsentlig revision af handleplan DÆMP 146,43kr. (grundhonorar 138,80 kr.)

XXXX Væsentlig revision af handleplan SAD 146,43kr. (grundhonorar 138,80 kr.)

I lighed med den almindelige fremgangsmåde iht. overenskomsten ifm. lægens opslag/orientering i journalnotater m.v. honoreres lægen ikke for simple opslag/orientering/mindre rettelser i IC-patienternes handleplan.

6. Patientens udeblivelse fra aftalt møde om udarbejdelse af handleplan

Med baggrund i, at der i praksis i forhold til langt de fleste øvrige ydelser, er afsat ekstraordinær lang tid til udarbejdelse af handleplan ydes der et udeblivelseshonorar i forbindelse med aftalt konsultation vedr. udarbejdelse af handleplan svarende til 1 modul.

XXXX Udeblivelse fra konsultation vedr. udarbejdelse af handleplan DÆMP 146,43kr (grundhonorar 138,80 kr.)

XXXX Udeblivelse fra konsultation vedr. udarbejdelse af handleplan SAD 146,43kr (grundhonorar 138,80 kr.)

Til blodprøvetagning etableres særligt ydelsesnummer inkl. tillægsydelse.

7. Telefon-/videokonferencer

Der kan i løbet af IC-patienternes behandlingsforløb være behov for at koordinere m.v. med øvrige fagpersoner omkring den enkelte IC-patient. Dette kan, udover til TST-møderne, foregå over telefon/video. Det forventes og tilstræbes, at størstedelen af disse vil kunne håndteres indenfor 1 modul (10 minutter).

XXXX *Deltagelse i telefon-/videokonferencer, moduler á 146,43 kr. (gr.honorar 138,80 kr.)*

8. Deltagelse i tværsektorielle teammøder (TST)

Der oprettes Tværsektorielle Teams (TST), der periodisk og systematisk på konferencer drøfter komplekse forløb. TST'erne opbygges omkring 6–7 lægepraksis, der hver deltager med en læge i team'et. Et TST kan f.eks. bestå af en praktiserende læge fra hver praksis, i alt 6–7 læger, sygehuslæger, specialister fra praksissektoren samt repræsentanter fra kommunens sundheds- og socialvæsen. Der udpeges en formand, som udgangspunkt en praktiserende læge, for teamet. Der estimeres ca. 5 møder årligt til drøftelse af konkrete cases, samt 1 årlig konference, hvor der vurderes på det sidste halve års arbejde (leves der op til projektets mål, fungerer samarbejdet, opleves stratificeringen hensigtsmæssig, er der tilfredshed med data og handleplaner, fungerer mødeformen). De enkelte møder vil have en varighed af ca. 3 timer pr. gang.

De alment praktiserende lægers deltagelse i disse konferencer honoreres i henhold til § 2-aftale vedrørende kompensation til praktiserende læger for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper samt konsulentarbejde af xx november 2007.

Der honoreres med 3 moduler (30 minutter) til forberedelse af et TST-møde.

XXXX *Forberedelse af tværsektorielt teammøde 439,29 kr. (grundhonorar 138,80 kr. pr. modul)*

Der ydes kørselsgodtgørelse ifm. kørsel til og fra TST-møderne iht. ”§2-aftale vedrørende kompensation til praktiserende læger for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper samt konsulentarbejde”.

Er en patient drøftet på TST, er det muligt at indkalde til opfølgende samtale, hvor resultatet af TST gennemgås for at sikre medejerskab. Honorar for denne samtale svarende til 1 modul.

XXXX *Opfølgende samtale med patient drøftet på TST, DÆMP 146,43 kr. (grundhonorar 138,80 kr.)*

9. Formænd for tværsektorielle teammøder, mødeforberedelse (TST)

Såfremt alment praktiserende læger er formænd for de tværfaglige grupper, honoreres disse for 2 timers mødeforberedelse pr. møde i henhold til. ”§2 aftale vedrørende kompensation til praktiserende læger for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper” samt konsulentarbejde af november 2007.

Projektsekretariatet for Integrated care-projektet står til rådighed for formændene i forhold til praktiske og administrative opgaver.

I øvrigt

I forbindelse med lægens vurdering af SAD-patienternes behov for psykolog-/psykiatrisk behandling kan der være behov for samtaleterapi. Da en del af SAD-patienterne i forvejen kan være i samtaleterapiforløb er der risiko for at overenskomstens limitering på 7 samtaleterapiydelser pr. patient pr. år overskrides. På denne baggrund hæves limiteringen for SAD-patienter, som der er udarbejdet handleplan på, til 12 samtaler.

Såfremt patienten tillige med IC-ydelsen har et ærinde i praksis, som ikke omhandler handleplanen, kan praksis tage en konsultation for håndtering af dette ærinde.

Praksisudviklingsstøtte:

Der vil via KEU blive en pulje med midler til praksisudvikling særligt relateret til praksis' deltagelse i projekt Integrated Care. Alle praksis, der deltager i projektet, kan ansøge puljen om midler.

§ 7 Deltagelse i evaluerings- og forskningsaktiviteter

Deltagende læger deltager i evaluerings- og forskningsaktiviteter som beskrevet i forskningsprotokol af xx 2014. Lægen honoreres for det medgåede tidsforbrug iht. taksterne i ”§2-aftale vedrørende kompensation til praktiserende læger for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper samt konsulentarbejde”.

Der følges op på økonomi, aktivitet og forbrug hvert halve år, jf. projektbeskrivelsen.

§ 8 Projektets indflydelse på budgetloftsberegningen og på § 93

Projektet forventes at have indflydelse på opgavefordelingen mellem parterne ved at flytte opgaver fra sygehus til almen praksis i relation til de berørte målgrupper.

De cpr.-numre, der fremtræder på patientlisten fra DAK-E og som involveres i projektet friholdes fra økonomiloftet. Det betyder, at ydelseshonorarer, som afregnes på cpr-numre,

der er inkluderet i projektet, undtages fra økonomirammen på linje med ydelser, som afregnes med hjemmel i lokale aftaler, jf. økonomiprotokollatet. Endvidere friholdes aktivitet på de pågældende cpr-numre fra § 93-opgørelserne. Det vil sige, at ydelseshonorarerne vedrørende disse cpr-numre ikke indgår i §93-opgørelsen for de enkelte praksis, som deltager i projektet.

§ 9 Støtte til ansættelse af medhjælp i deltagende praksis

Praksis, som deltager i projektet, kan samarbejde om deleansættelser af sygeplejersker til medhjælp ifm. projektet eller opnormere eget personale til varetagelse af IC-opgaver. I begge tilfælde fremviser praksis dokumentation for nyansættelsen eller opnormeringen. Projektet yder i denne sammenhæng et administrationsbidrag på 15% af lønudgiften.

§ 10 Implementering af aftalen i forhold til almen praksis

Der vil blive holdt informationsmøder om projektet for de alment praktiserende læger i Odense kommune, første gang den 24. juni 2014. Endvidere vil der blive informeret skriftligt om projektet til de deltagende læger på Sundhed.dk.

§ 11 Forventning til brugen af aftalen

Det forventes, at alle alment praktiserende læger tilmeldt projektet varetager de funktioner, der er beskrevet i projektet for de omfattede patienter.

§ 12 Aftalens ikrafttræden og ophør (opsigelsesvarsel)

Aftalen træder i kraft den 1. september 2014 og gælder til og med 31. december 2015.

Aftalen kan af begge parter opsiges med 3 måneders varsel til den 1. i en måned.

Såfremt aftalen misligholdes, kan Regionen opsige aftalen med den enkelte yder eller kollektivt.

Tvivlsspørgsmål og tvistigheder vedrørende denne aftale afgøres endeligt i samarbejdsudvalget.

Godkendt

Vejle den

den

Formand for PLO Syddanmark

Afdelingschef

Birgitte Ries Møller

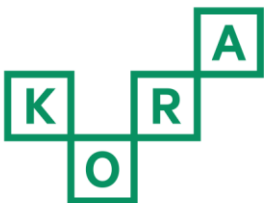
Frank Ingemann Jensen

For Praktiserende Lægers Organisation

For Region Syddanmark

** ANMÆRKNING

De i aftalen fastsatte honorarer er aftalt i forhold til det på aftaletidspunktet skønnede tidsforbrug. Parterne er enige om, at disse honorarer er gældende i IC-projektet i Odense og at der i dette projekt sker en evaluering af det faktiske tidsforbrug samt at dette danner udgangspunkt for en eventuel fremtidig aftale om en udbredelse af projektet. Det forventes, at der under projektet vil opnås større erfaring med udarbejdelse af handleplanerne samt at shared care platformen vil lette arbejdet med udarbejdelse af handleplanerne, så tidsforbruget til udarbejdelsen vil falde i løbet af projektperioden.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00