



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

Integrated Care-modellen – indsatsen målrettet ældre medicinske patienter

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



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Integrated Care-modellen – indsatsen målrettet ældre medicinske patienter. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne 2015

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

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7509-966-5

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

Indhold

Resumé	5
1 Evalueringens formål, design og gennemførelse	8
1.1 Indledning	8
1.2 Formål, afgrænsning og undersøgelsesspørgsmål	8
1.3 Slutevalueringens datagrundlag og gennemførelse	10
1.3.1 Patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen	10
1.3.2 Fagpersoner og lederes perspektiver på DÆMP-indsatsen	11
1.3.3 Om de anvendte metoder	13
1.3.4 DÆMP-indsatsens omkostninger og effekter	14
1.4 Rapportens opbygning	17
2 Status på implementering	18
2.1 Aftaler, organisering og redskaber	18
2.2 IC-sekretariatets rolle og opgaver	18
2.3 Status DÆMP	19
2.3.1 DÆMP-indsatsens redskaber og patientrettede tilbud	19
2.3.2 Inkluderede DÆMP-patienter og henvisninger til konkrete IC-tilbud	20
2.3.3 Deltagende læger, TST-møder og læringsdage	23
2.4 Opsamling	24
3 DÆMP-patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen	25
3.1 Indgangen til DÆMP-indsatsen	25
3.2 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-handleplanen	27
3.2.1 Koordinering på tværs af IC-forløbet	31
3.3 DÆMP-indsatsens betydning for DÆMP-patienternes behandlingsforløb	33
3.4 Opsamling på DÆMP-patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen	35
4 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på DÆMP-indsatsen	37
4.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af DÆMP-indsatsens implementering	37
4.1.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	37
4.1.2 Resultater fra interviewundersøgelsen	40
4.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver	44
4.2.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	44
4.2.2 Resultater fra interview med praksislægerne	46
4.3 IC-handleplanen og TST-mødernes bidrag til tværgående samarbejde	50
4.3.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	50
4.3.2 Resultater fra interviewundersøgelsen	52
4.4 DÆMP-indsatsens bidrag til bedre samarbejde og bedre behandlingsforløb	56
4.4.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	57
4.4.2 Resultater fra interviewundersøgelsen	59
4.5 Opsamling	62

5	DÆMP-indsatsens omkostninger og effekter	66
5.1	Beskrivelse af patienter i DÆMP-indsatsen	66
5.2	Matchning af kontrolgruppe	67
5.3	Omkostningsestimater DÆMP	67
5.4	Estimerede besparelser af DÆMP-indsatsen over for patienter	70
5.5	Opsamling	74
6	Konklusion og anbefalinger	75
6.1	Status på implementering	75
6.2	Patienter og fagpersoners perspektiver på DÆMP-indsatsen	76
6.3	Økonomi og omkostninger	76
6.4	KORAs anbefalinger	77
7	Anvendt litteratur	78
Bilag 1	Elementer fra IC-indsatsens Care og Integrationsmål, der belyses via evalueringen	79
Bilag 2	Eksempel på anvendt interviewguide: Praktiserende læger involveret i DÆMP	80
Bilag 3	Eksempel på anvendt interviewguide: DÆMP-patienter	83
Bilag 4	Oversigt over de interviewede DÆMP-patienter og deres forløb i IC-indsatsen	85
Bilag 5	Supplerende figurer og tabeller fra DÆMP-patientspørgeskemaet	87
Bilag 6	Supplerende tabeller fra DÆMP-fagpersonernes spørgeskema	92
Bilag 7	Stratificeringsmodel – den ældre medicinske patient	97
Bilag 8	Supplerende tabeller fra kapitel 3	98
Bilag 9	Logistisk regression af sandsynligheden for at tilhøre indsatsgruppen	100

Resumé

Baggrund, formål og anvendte metoder

Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation har siden 2013 samarbejdet om at udvikle og afprøve en integreret indsats (herefter IC-indsatsen) for henholdsvis den ældre medicinske patient (herefter DÆMP) og patienter med stress, angst og depression (herefter SAD).

Denne delrapport indgår i KORAs evaluering af IC-indsatsen. Rapporten formidler de resultater, der er opnået via DÆMP-indsatsen ved afslutningen af projektperioden. Formålet er at opstille et vidensgrundlag for de beslutninger, der skal tages omkring DÆMP-indsatsens eventuelle videreførelse. Evalueringen har tre spor, der undersøger:

1. Hvordan de inkluderede patienter oplever DÆMP-indsatsen, samt om de oplever øget inddragelse i eget forløb og bedre sammenhæng i dette som følge af indsatsen.
2. Hvordan de involverede fagpersoner oplever indsatsens organisering (jf. IC-modellen), implementering og resultater, samt hvilke anbefalinger de har vedrørende indsatsens fremtid.
3. Hvilke omkostninger og effekter der er forbundet med indsatsen i forhold til forbrug af sundhedsydelser og hjemmepleje m.m.

Ovenstående fokus betyder, at evalueringen ikke systematisk har undersøgt de overordnede organisatoriske rammer og det ledelsesmæssige ansvar for indsatsernes implementering.

Spor 1 og 2 er undersøgt via spørgeskemaer, interview og observationer af tværsektorielle teammøder, samt diverse skriftligt materiale og aktivitetsopgørelser fra IC-sekretariatet. Spørgeskemaerne giver et bredt og dækkende billede af, hvordan de involverede patienter og fagpersoner oplever DÆMP-indsatsen, mens interview og observationer med fagpersoner og patienter bruges til at forklare og nuancere de tendenser, der afdækkes via spørgeskemaerne.

Spor 3 vedrørende patient-outcome og økonomi undersøger, hvorvidt DÆMP-indsatsen mindsker/påvirker de inkluderede patienters forbrug af sundhedsydelser, kommunal pleje, medicin o.l., samt hvorvidt indsatsen er omkostningseffektiv.

Der er generelt god overensstemmelse på tværs af resultaterne fra henholdsvis spørgeskemaer og interview samt på tværs af perspektiverne fra patienter og fagpersoner. Samtidig er der også god overensstemmelse mellem resultaterne fra slutevalueringen og de opmærksomhedspunkter, der tidligere er peget på i henholdsvis KORAs midtvejsevaluering, DÆMP-indsatsens pilotundersøgelse og evalueringerne af IC-indsatsen i London. Det er derfor KORAs vurdering, at evalueringen giver et dækkende billede af DÆMP-indsatsens implementering og resultater.

Hovedkonklusioner

Inklusion af patienter: Selvom der løbende er gjort et stort arbejde for at understøtte praksislægerne i deres opgave med at opspore og inkludere relevante DÆMP-patienter, er der ved afslutningen af projektperioden inkluderet væsentligt færre patienter end forventet. Samtidig er det meget skævt fordelt, hvor mange patienter den enkelte læge inkluderer. Der er således kun 2 af de 26 deltagende læger, som har inkluderet det forventede antal patienter. Samtidig har halvdelen af de tilmeldte læger stort set ikke inkluderet patienter.

Indsatsen er således mangelfuldt implementeret hos langt de fleste deltagende praksislæger. På den baggrund må det konkluderes, at det har – og fremadrettet vil være – vanskeligt og ressourcekrævende at implementere og fastholde DÆMP-indsatsen som en fast rutine i almen praksis.

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 DÆMP-relaterede aktiviteter. Disse resultater giver anledning til at stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt forudsætningerne for at forankre et ansvar for IC-indsatser i praksissektoren reelt er til stede inden for de rammevilkår, der aktuelt er gældende for almen praksis i Danmark.

Patienter og fagpersoners perspektiver på DÆMP-indsatsen: DÆMP-patienterne forholder sig overvejende positivt til DÆMP-indsatsen, men de har også et uklart billede af, hvad indsatsen indebærer, og hvad de har fået ud af at deltage. Samtidig har de generelt svært ved at adskille DÆMP-indsatsen fra de øvrige kontakter, de har med sundhedsvæsenet.

Overordnet har implementeringen af DÆMP-indsatsen været udfordret af mange forhold (fx uklarheden omkring Den almen medicinske database (DAMD-databasen) i efteråret 2014, organisationsændringer på ældre- og handicapområdet i Odense Kommune, implementering af nye journalsystemer i hjemmesygeplejen, samt at pilotafprøvningen blev gennemført, før der var truffet beslutninger/lavet beskrivelser af de kommunale patientrettede DÆMP-tilbud).

Ud over at disse forhold har gjort det tungt at komme i gang med indsatsen, ledte de også til, at pilotafprøvningen i foråret 2014 blev gennemført uden egentlige patientforløb, og uden at der var klarhed omkring, hvilke kommunale tilbud der indgik i DÆMP-indsatsen. Det der skulle have været en driftsfase fra september 2014 og frem, har således i et vist omfang fungeret som en pilotfase, hvor en række af de børnesygdomme – fx vedr. stratificering og brug af IC-handleplaner – ikke var identificeret og løst.

Ovenstående forhold var allerede ved midtvejsevalueringen afspejlet i, at fagpersonerne havde en stor modstand over for DÆMP-indsatsen, og denne er øget ved slutevalueringen. Der stilles således spørgsmålstejn 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 målgruppen af DÆMP-patienter, når fagpersonerne ikke forventer bedre resultater for de inkluderede patienter. Derudover er der en massiv modstand, som er funderet i, at DÆMP-indsatsens arbejdsgange og redskaber opleves som en kilde til unødvendigt og tidskrævende dobbeltarbejde.

Disse forhold betyder tilsammen, 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.

Omkostninger og effekter: Omkostnings- og effektevalueringen viser, at DÆMP-indsatsen på kort sigt leder til negative resultater. De inkluderede DÆMP-patienter har således 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 DÆMP-indsatsen og ydelserne i denne, giver det en meromkostning af indsatsen på mindst 30.000 kr. målt hen over det første år efter indsatsens start.

Det spiller formentlig en rolle, at der er ikke observerbare forskelle på interventions- og kontrolgruppen, som gør, at grupperne ikke er fuldt sammenlignelige, selvom 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 sundhedsydelse.

Det er ligeledes 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 DÆMP-indsatsen vil have en langsigtet effekt for de inkluderede patienter. Det skyldes, at ingen af evalueringens fagpersoner vurderer, at DÆMP-indsatsen har de ønskede effekter, når det kommer til forebyggelse af indlæggelser og mindsket behov af sundhedsydelse.

Anvendte metoder og datagrundlag: Evalueringen er baseret på spørgeskemaer udsendt to gange i projektperioden til alle inkluderede patienter og alle deltagene fagpersoner. Herudover er der gennemført 9 patientinterview, observation af fire tværsektorielle team møder og to interviewrunder, hvor i alt 36 af de deltagene fagpersoner har deltaget. Endelig er der gennemført effekt- og omkostningsanalyser med afsæt i registerdata fra kommunen og regionen samt registreringer foretaget af IC-sekretariatet.

1 Evalueringens formål, design og gennemførelse

1.1 Indledning

Denne rapport formidler slutresultaterne fra KORAs evaluering af den version af Integrated Care (IC), som Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation siden 2013 har samarbejdet om at udvikle og afprøve for ældre medicinske patienter (herefter DÆMP).

Rapporten bygger videre på KORAs midtvejsevaluering fra foråret 2015. Præsentationen af resultater følger således samme struktur, og det angives løbende, hvor der er identificeret en udvikling. Samtidig indeholder slutevalueringen et øget fokus på DÆMP-indsatsens resultater og fagpersonernes perspektiver på indsatsens fremtid.

1.2 Formål, afgrænsning og undersøgelsesspørgsmål

Formålet er at gøre status for DÆMP-indsatsens møde med praksis og de opnåede resultater, for at kvalificere de beslutninger, der skal tages omkring DÆMP-indsatsen ved afslutningen af projektperioden.

Evalueringen består af tre spor, der er defineret med afsæt i de succeskriterier, der er opstillet for IC-projektet^[1]. Sporene er designet så de:

1. med afsæt i interview og spørgeskemaer afdækker de involverede fagpersoners perspektiver på DÆMP-indsatsens organisering, resultater og fremtid
2. med afsæt i interview og spørgeskemaer undersøger de inkluderede patienters perspektiver på DÆMP-indsatsen
3. med afsæt i register- og omkostningsanalyser belyser DÆMP-indsatsens effekter og betydning for de inkluderede patienters forbrug af sundhedsydelser.

Afgrænsning

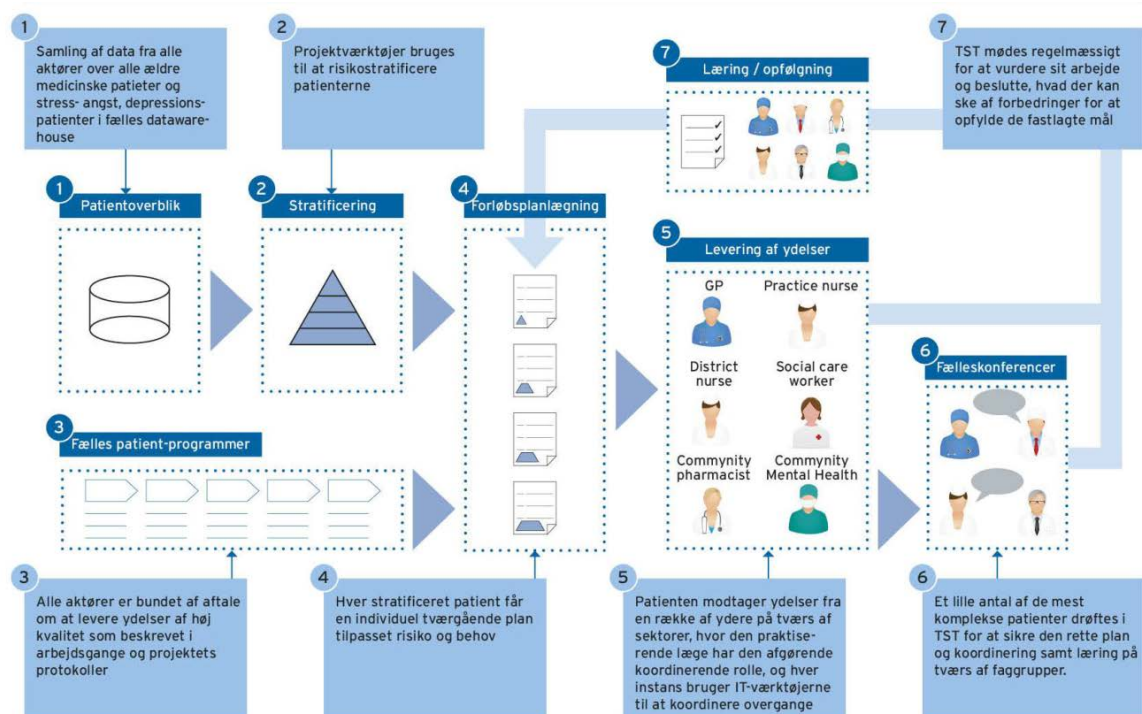
Ovenstående fokus betyder også, at evalueringen ikke systematisk har undersøgt de overordnede organisatoriske rammer og det ledelsesmæssige ansvar for indsatsernes implementering.

Undersøgelsesspørgsmål

Evalueringens tre spor er omsat til en række undersøgelsesspørgsmål som udspecificeres i de nedenstående afsnit. Spor 1 om de involverede fagpersoners perspektiver på DÆMP-indsatsen tager afsæt i de nye redskaber, mødefora og opgaver, som introduceres via indsatsen jf. Figur 1.1 nedenfor, som beskriver idealforløbet for indsatsen:

^[1] Se evt. Bilag 1 for uddybning

Figur 1.1 Procesmodel for IC-projektet



Spor 1 undersøger patienternes perspektiver på deltagelsen i DÆMP-indsatsen med afsæt i de succeskriterier, der er opstillet for indsatsens møde med patienterne. Fokus er således på patienternes:

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

Fokuspunkterne i spor 2, der omhandler fagpersonernes perspektiver på DÆMP-indsatsen, er, i henhold til IC-modellens hovedelementer, 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 DÆMP-indsatsen.
- det lykkes at afholde fælles konferencer i de tværsektorielle team (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 DÆMP-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, hvorvidt DÆMP-indsatsen mindsker/påvirker de inkluderede patienters forbrug af sundhedsydelser, kommunal pleje, medicin o.l., samt hvorvidt indsatsen er omkostningseffektiv.¹

1.3 Slutevalueringens datagrundlag og gennemførelse

Nedenstående afsnit redegør for evalueringens datagrundlag, der består af omkostnings- og registeranalyser, spørgeskemaer, interview, og observationer af TST-møder samt diverse skriftligt materiale og aktivitetsopgørelser fra IC-sekretariatet. De forskellige datakilder præsenteres nedenfor sammen med de metodiske overvejelser omkring det indsamlede datagrundlag.

1.3.1 Patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen

Spørgeskema til alle DÆMP-patienter

For at få et dækkende billede af, hvordan patienterne oplever deltagelsen i DÆMP-indsatsen, er der udsendt spørgeskemaer til alle deltagende patienter cirka tre måneder efter opstarten af deres forløb.

Inden spørgeskemaernes udsendelse var de blevet kommenteret og testet af IC-projektets sekretariat og evalueringsgruppe, og deres kommentarer blev indarbejdet i spørgeskemaet. Spørgeskemaerne er udsendt af IC-sekretariatet, som også har sørget for at udsende påmindelser til dem, der ikke havde svaret på spørgeskemaet.²

Tabel 1.1 nedenfor viser, hvor stor en andel af de inkluderede DÆMP- og SAD-patienter, der har svaret på spørgeskemaet:

Tabel 1.1 Svarprocent opgjort for henholdsvis DÆMP- og SAD-patienter pr. 1.2.2016

	Antal udsendte spørgeskemaer	Antal spørgeskema-besvarelser	Svarprocent pr. 01.02.2016
DÆMP-spørgeskema	176	123	70 %

Som det fremgår af Tabel 1.1, var der ved slutningen af januar måned 176 DÆMP-patienter, som havde været inkluderet i DÆMP-indsatsen i mere end tre måneder og dermed var i målgruppen for spørgeskemaundersøgelsen. Per 28. januar 2016 havde 123 DÆMP-patienter besvaret skemaet. Det giver en svarprocent på 70 %, hvilket er en høj svarprocent sammenlignet med lignende KORA-undersøgelser. Det skal dog nævnes, at der er mange delvise besvarelser, fordi mange har haft svært ved at forholde sig til de enkelte spørgsmål om DÆMP-indsatsen. Det fremgår af de enkelte figurer med besvarelser i kapitel 3, hvor mange der har besvaret hvert enkelt spørgsmål.

¹ 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.

² DÆMP-spørgeskemaet og de efterfølgende rykkere er sendt som brev.

Interviewundersøgelse af DÆMP-indsatsens betydning for udvalgte DÆMP-patienter³

I forlængelse af spørgeskemaundersøgelsen blev der i maj 2015 gennemført kvalitative interview med ni patienter, som i spørgeskemaet havde angivet, at KORA må kontakte dem for at aftale et interview.⁴ Interviewene har taget afsæt i de samme temaer som spørgeskemaet, og formålet har været at supplere de overordnede resultater med detaljeret viden om, a) hvilken rolle DÆMP-indsatsen har spillet for de udvalgte patienter, samt b) hvilke forhold der bidrager henholdsvis ikke bidrager til et positivt udbytte af indsatsen.

Tablet 1.2 Datagrundlag for patientinterview pr. 5. maj 2015

	Antal patienter, der har sendt kontakt-oplysninger retur med spørgeskemaet	Antal gennemførte interview
DÆMP-interview	14	9

1.3.2 Fagpersoner og lederes perspektiver på DÆMP-indsatsen

Elektronisk spørgeskema til DÆMP-indsatsens fagpersoner

Der er udarbejdet et elektronisk spørgeskema, som er udsendt til alle de fagpersoner på tværs af hospital, kommune, praksis, og frivillig sektor, der er i direkte i berøring med DÆMP-indsatsen. Spørgeskemaet har afdækket fagpersonernes:

- sektorplacering og faggruppe
- kendskab, opbakning til, forståelse og ejerskab til DÆMP-indsatsens organisering og centrale delelementer
- vurdering af, hvorvidt DÆMP-indsatsen fører til de ønskede ændringer i fagpersonernes handle-mønstre og informationsudveksling
- vurdering af, hvorvidt DÆMP-indsatsen skaber de ønskede resultater for de inkluderede patienter og fagpersonerne selv.

Spørgeskemaet er gennemført som en internetbaseret undersøgelse, hvor introduktion til undersøgelsen og link til spørgeskemaet er sendt ud via e-mail. Dataindsamlingen er gennemført i henholdsvis april/maj 2015 og november/december 2015. Ved hver runde er der udsendt to påmindelser til dem, der ikke havde svaret på spørgeskemaet, samt en ekstra personlig mail til de deltagende praktiserende læger. Inden spørgeskemaets udsendelse, var det blevet testet af IC-indsatsens sekretariat og evalueringsgruppe, og deres kommentarer blev indarbejdet i spørgeskemaet.

IC-sekretariatet har haft ansvaret for at levere navne og e-mailadresser på de relevante fagpersoner. Ved første udsendelse blev spørgeskemaet sendt til 84 fagpersoner, hvoraf 77 svarede, hvilket gav en meget tilfredsstillende svarprocent på 92 %. Ved anden udsendelse blev spørgeskemaet sendt til 115 fagpersoner, hvoraf 85 svarede, hvilket giver en lavere svarprocent på 74 %. Det fremgår således at det totale antal besvarelser er lavere i anden runde end i første, selvom skemaet har været sendt til væsentligt flere respondenter. Det kan skyldes, at der i anden runde er sendt til flere med en mere perifer tilknytning til DÆMP-indsatsen.

³ Den anvendte interviewguide er vedlagt som Bilag 2

⁴ Det var oprindeligt meningen, at der også skulle interviewes patienter i forbindelse med slutevalueringen. Det blev dog vurderet, at yderligere interview ikke ville give ny viden, fordi den patientrettede indsats er uændret siden midtvejsevalueringen. Derfor er patientinterviewene konverteret til observation af TST-møder, hvor der (som vi senere redegør for) er lavet en række justeringer på baggrund af resultaterne fra midtvejsevalueringen.

De indkomne DÆMP-besvarelser fordeler sig i den anden runde, på tværs af faggrupper, som angivet i Tabel 1.3 nedenfor:

Tabel 1.3 Antal DÆMP-besvarelser fordelt på stillingskategori

Stilling	Antal	Procent
Praktiserende læge	14	16,5
Praksissygeplejerske	0	0,0
Psykolog	1	1,2
Hospitalslæge	6	7,1
Hjemmesygeplejerske	33	38,8
Social- og sundhedsassistent	0	0,0
Ergo- og fysioterapeuter	31	36,5
I alt	85	100

Note: 21 af de personer, der har angivet *Anden* stilling, er enten ergoterapeut eller fysioterapeut.

De fagpersoner, der er tilknyttet DÆMP-patienterne, kan i grove træk opdeles i tre hovedgrupper, som vi følger i præsentation og analyse af de indsamlede data: de praktiserende læger (16,5 %), hjemmesygeplejersker (39 %) og ergo- eller fysioterapeuter (36,5 %).⁵

Interviewundersøgelse af DÆMP-indsatsens betydning for udvalgte DÆMP-fagpersoner⁶

I forlængelse af spørgeskemaerne er der gennemført to interviewrunder med fagpersoner fra DÆMP-indsatsen. I maj 2015 blev 18 fagpersoner interviewet, mens der i november 2015 blev interviewet 16. Fordelingen af interviewpersoner på tværs af indsatser og aktører fremgår af Tabel 1.4 nedenfor:

Tabel 1.4 Fordeling af DÆMP-interviewpersoner på tværs af indsatser og aktører

	DÆMP maj	DÆMP november
Praksislæger	5	8
Hospitalslæger	4	2*
Kommune	7	7
Privatpraktiserende psykolog	1	-
Ældresagen	1	1
I alt	18	18

* Der var inviteret otte hospitalslæger til den afsluttende interviewrunde, men kun to af disse mødte op til interviewaftalen. Vi har talt med to af de udeblevne læger, samt de to læger, der deltog i interview om årsagerne til det manglende fremmøde. Heraf fremgik det, at det manglende fremmøde skyldes en kombination af manglende tid, som følge af andre presserende opgaver, samt en vurdering af, at lægerne ikke havde nye pointer at tilføje sammenholdt med dem, der allerede var formidlet via midtvejsevalueringen.

Interviewene giver et detaljeret indblik i, hvilken rolle DÆMP-indsatsen og de tilhørende redskaber spiller i fagpersonernes hverdag, samt hvilke forhold der gør det meningsfuldt hen-

⁵ Hospitalslægerne, den privatpraktiserende psykolog og repræsentanten fra Ældresagen er alle interviewet kvalitativt. Da de samtidig udgør en meget lille andel af respondenterne i spørgeskemaet, har vi udeladt deres besvarelser i analysen af spørgeskemaerne til fordel for den viden, der er indsamlet via interview.

⁶ Et eksempel på de anvendte interviewguides er vedlagt som Bilag 2.

holdsvis ikke meningsfuldt at arbejde i overensstemmelse med DÆMP-indsatsen. Interviewundersøgelsen har specifikt fulgt op på:

- om fagpersonerne kender og tager et aktivt ansvar for at leve op til aftalerne omkring DÆMP-indsatsen i hverdagen, samt hvilke muligheder/behov de eventuelt ser for styrke implementeringen af DÆMP-indsatsen.
- hvordan praksislægerne arbejder med risikolister, opstartssamtaler og patientens egen handleplan, samt i hvilket omfang disse elementer i DÆMP-indsatsen understøtter lægernes arbejde og overblik over patienternes forløb.
- hvordan de øvrige aktører oplever og anvender IC-handleplanen, samt hvilke fordele og udfordringer de oplever i den forbindelse.
- hvilket udbytte fagpersonerne oplever af TST-møderne, samt hvilke forslag de har til forbedringer af disse.
- i hvilket omfang fagpersonerne oplever de ønskede resultater, i forhold til netværksdannelse og fælles viden på tværs af sektorer og aktører.
- i hvilket omfang fagpersonerne vurderer, at DÆMP-indsatsen har de ønskede effekter for patienternes forløb og behandling.

1.3.3 Om de anvendte metoder

Behandling og præsentation af data

Alle interview er optaget elektronisk og udskrevet. Udskrifterne er efterfølgende tematiseret i henhold til evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvorefter de er anvendt som afsæt for præsentation af resultater og analyse. Gennem rapporten anvender vi citater, der illustrerer de temaer, problemstillinger og forslag, der er drøftet via interview. Citaterne bliver anvendt uden angivelse af konkret informant, men vi angiver, hvilken sektor og/eller faggruppe informanten repræsenterer.

Validitet og repræsentativitet

Der er generelt god sammenhæng mellem resultaterne fra de kvalitative interview og resultaterne fra fagpersonernes spørgeskemaundersøgelse, men desværre er der ikke opnået helt så høj svarprocent i anden runde af spørgeskemaundersøgelsen. Dette skyldes formentlig en kombination af følgende to forhold:

- For det første er spørgeskemaet i den sidste runde sendt ud til en bredere kreds af fagpersoner (118 sammenlignet med 84 i første runde). Det betyder alt andet lige, at flere fagpersoner med en perifer tilknytning til DÆMP-indsatsen har fået spørgeskemaet. Derved kan manglende kendskab – og derved manglende oplevelse af relevans – lede til, at færre svarer.
- For det andet kan det have spillet ind på svarprocenten, at fagpersonerne fravælger at svare på spørgeskemaet, fx fordi de ikke vurderer, at de har nye input sammenlignet med første runde. Dette ser især ud til at være tilfældet for de praktiserende læger, hvor der kun er 14 af 23 mulige, som har svaret på spørgeskemaet, selvom de både har fået reminder og en personlig mail om, at de skulle svare.

Kombinationen af, at svarprocenten er lavere i anden runde, samt det lave antal respondenter i undersøgelsens underkategorier, betyder, at resultaterne – og især ændringer i svarmønstrene fra første til anden runde – skal tolkes med forsigtighed.

Der er opnået en tilfredsstillende svarprocent på patientspørgeskemaundersøgelsen, men de kvalitative kommentarer fra spørgeskemaet og de gennemførte interview giver et mere kritisk billede af patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen, end spørgeskemaet umiddelbart indikerer. Dette kan på den ene side skyldes, at de patienter der har kommenteret og deltaget i interview, er dem der er særligt kritiske eller i særlig grad mangler viden om DÆMP-indsatsen. Men det skyldes formentlig også, at de kvalitative data giver bedre mulighed for at komme i dybden med patienternes perspektiver, end spørgeskemaet. Sidstnævnte understøttes dels af, at mange af DÆMP-patienterne har svært ved at adskille DÆMP-indsatsen fra deres øvrige kontakter i sundhedsvæsenet. Dels af, at der er stor konsistens mellem de kvalitative patientdata og fagpersonernes vurdering af DÆMP-indsatsens betydning for patientbehandlingen. Derfor anbefaler vi også, at resultaterne fra patientspørgeskemaundersøgelsen tolkes med forsigtighed.

1.3.4 DÆMP-indsatsens omkostninger og effekter

Datagrundlag

Den økonomiske evaluering er bygget op omkring udtræk fra en række kommunale og regionale datakilder. Data bruges dels til identifikation af Integrated Cares DÆMP-patienter, også kaldet indsatsgruppen, dels til matchning af en kontrolgruppe med indsatsgruppen og endelig til måling af en række output-faktorer som mål for effekten.

Konkret inkluderes informationer fra følgende kilder:

- Odense Kommune:
 - Baggrundsoplysninger: IC-tilhørsforhold, køn, alder, civilstand, herkomst, antal flytninger, markering af adresse i socialt boligbyggeri.
 - Kommunal hjemmepleje: Omfang af hjemmepleje og hjemmesygepleje før og efter start af indsats.
- Region Syd:
 - Landspatientregisteret: Alle indlæggelser i sundhedsvæsenet – både ambulante og døgnindlæggelser. Indskrivnings- og udskrivningsdatoer samt diagnosekode for den tilstand, der har ført til indlæggelse samt samlet pris for indlæggelsen baseret på DRG- og DAGS-takster.
 - Sygesikringsoplysningerne: Kontakt med praktiserende læge, speciallæge eller psykolog. Dato for kontakt, type af ydelse samt den totale pris af ydelsen.
- Integrated Care-sekretariatet:
 - Deltagende patienter og lægepraksis i Integrated Care.
 - Antal afholdte TST-møder.
 - Overordnet regnskab for administration af projektet
 - Opgørelse over samlet betaling til privatpraktiserende psykologer anvendt i projektet.

Stratificering og evaluering

Et af de centrale elementer i projektets oprindelige design var, at udvælgelsen af patienter til indsatsen skulle ske via gennemgang af de såkaldte risikolister, der på baggrund af registrerdata tildelte stratificeringspoint til alle potentielle patienter. I det oprindelige evalueringsdesign var det tanken at udnytte disse stratificeringspoint i et såkaldt intention to treat-design. Ved at tildele patienter uden tilknytning til en IC-læge stratificeringspoint efter samme princip som patienter med tilknytning til en IC-læge ville man kunne danne risikolister: Én indeholdende patienter med potentiel adgang til Integrated Care og én med patienter uden adgang (fordi

deres læger ikke er tilknyttet projektet). Det oprindelige design gik i sin enkelthed ud på at sammenligne resultaterne for patienter på disse to risikolister, således at det ikke kun var de patienter, der har modtaget indsatsen, der indgik i evalueringen, men alle de patienter, der potentielt kunne modtage indsatsen, fordi de opfylder de forudbestemte krav. Der viste sig dog at være tre afgørende faktorer, der gjorde, at vi ikke anvendte denne metode alligevel:

- For det første viste risikogruppen sig at være op til ti gange større end indsatsgruppen, dvs. kun hver tiende på risikolisten har fået tilbudt indsatsen. Dermed udgør de patienter, der påvirkes af indsatsen en så lille del af den risikogruppe, effekten af indsatsen skulle måles på, at effekten skulle være meget stor, for at den ville kunne måles.
- For det andet viste det sig, at op mod halvdelen af de patienter, der modtog indsatsen, slet ikke indgik på risikolisterne. Dette skyldtes først og fremmest, at lægerne i høj grad har inkluderet indsatspatienter ud fra almindelige lægekonsultationer frem for via risikolisterne. Ved et intention to treat-design vil disse patienter derfor slet ikke indgå i effektmålingen.
- For det tredje blev DAMD-databasen lukket i efteråret 2015, hvorved der ikke længere var mulighed for at generere risikolister fra de praksislæger der ikke deltager aktivt i IC-projektet.

Til måling af indsatsens effekter benytter vi derfor i stedet en matching-metode, som beskrives i næste afsnit.

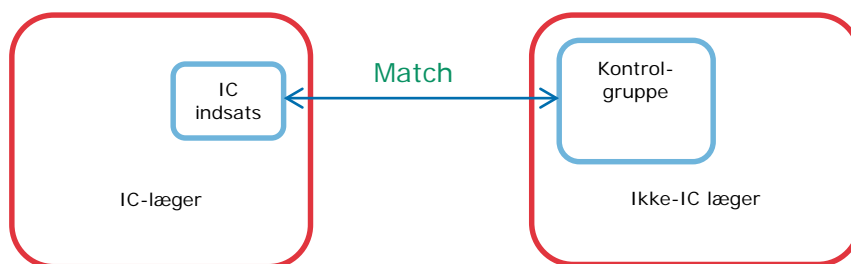
Effektevalueringens metode: propensity score matching

Estimering af DÆMP-indsatsens effekter beror på en sammenligning mellem de patienter, der er inkluderet i indsatsen og en kontrolgruppe af patienter, der minder om DÆMP-patienterne, men som er tilknyttet lægepraksis, der ikke deltager i Integrated Care.

Teknisk anvendes propensity score matching af DÆMP-patienterne på en kontrolgruppe dannet af patienter tilknyttet de lægepraksis i Odense Kommune, der står uden for Integrated Care. For hver inkluderet DÆMP-patient finder vi op til 10 tilsvarende patienter fra kontrolgruppen, som har den samme statistiske sandsynlighed for at modtage indsatsen. Herigennem sikres det, at DÆMP-patienterne og kontrolpatienterne ligner hinanden på en række karakteristika såsom alder, køn, civilstand, herkomst, tidligere plejebehov, tidligere kontakt til sundhedsvæsen samt diagnoser. Disse karakteristika er angivet i oversigten over de enkelte variables match-kvalitet i Bilagstabel 8.1. Vi har således en indsatsgruppe bestående af de DÆMP-patienter, der modtager Integrated Care og en kontrolgruppe bestående af lignende patienter, der ikke modtager den tværfaglige indsats, men som modtager den sædvanlige kommunale og regionale sundheds- og plejeindsats. Herefter kan indsats- og kontrolgruppen sammenlignes på en række relevante output-faktorer, som for denne målgruppe først og fremmest er forbrug af sundhedsydelser, dels i almen praksis og dels i hospitalssektoren. Derudover sammenlignes forbrug af den kommunale hjemmepleje i perioden efter inklusion i projektet. Dette design er anerkendt og velafprøvet både internationalt og i Danmark.⁷

⁷ For eksempel Blundell m.fl. (2002); Hansen m.fl. (2013).

Figur 1.2 Model for matching



Fordelen ved dette design er, at det kun er de patienter, der modtager indsatsen, der måles på, og at al den viden, vi har om disse personer, udnyttes til at finde en kontrolgruppe. Ulempen er til gengæld, at der kan være selektionsbias, hvis patienterne udvælges til DÆMP-indsatsen ud fra mere subjektive faktorer, der ikke kan måles i registrene. Hvis disse ikke målbare parametre har betydning for patienternes forbrug af sundhedsydelser, kan man således risikere, at den målte effekt er et udtryk for selektion, frem for et udtryk for effekten af DÆMP-interventionen.

Økonomisk vurdering

Den økonomiske evaluering af DÆMP-indsatsen 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. I stedet opgøres den økonomiske evaluering af projektet som en analyse, hvor vi ser på forskellen mellem DÆMP-patienterne og kontrolgruppe-patienternes meromkostninger og merindtægter ved projektet. På den måde sammenlignes costs og benefits uden DÆMP-indsatsen med costs og benefits ved implementering af DÆMP-indsatsen. Det er således ikke relevant, at fx kommunens samlede omkostning til genoptræning er 3 mio. kroner, men derimod er det relevant, hvis kommunens meromkostning i forbindelse med DÆMP-indsatsen er fx 500.000 kr. Den økonomiske omkostning/gevinst ved projektet opgøres som et gennemsnit pr. DÆMP-forløb, hvor den eventuelle gevinst estimeres for en periode på et år. Tidshorizonten er således så kort, at der ikke skelnes mellem timingen, og alle værdier opfattes derfor som angivet i nutidsværdi. Der beregnes udelukkende cost-benefit for den samlede offentlige sektor, således at udgifter og indtægter summeres for de kommunale, regionale og statslige kasser.

Omkostninger

Til den økonomiske evaluering er der indsamlet oplysninger om de kommunale og regionale merudgifter, der direkte kan relateres til projektet. Oplysningerne stammer fra fire forskellige kilder: 1) Omkostninger for de privatpraktiserende lægers tidsforbrug i projektet registreret i sygesikringssystemet i henhold til § 2, 2) udgifter til psykolog honoreret af Odense Kommune indhentet hos IC-sekretariatet, 3) administrative udgifter til udvikling, implementering og drift af projektet indhentet fra IC-sekretariatets regnskab og fremadrettede budget samt 4) viden om øvrige fagpersoners tidsforbrug til TST-møder og DÆMP-relaterede patientindsatser indhentet fra spørgeskemaer rettet mod alle tilknyttede fagpersoner.

Omkostningerne opgøres dels på udviklingsomkostninger, dels på implementeringsomkostninger og dels på driftsomkostninger.

Besparelser

Integrated Care-indsatsens tidlige indsats, forbedret samarbejde og koordinering forventedes at kunne skabe bedre og mere effektive patientforløb og reducere antallet af borgernes kontakter med sundhedsvæsenet. For den ældre medicinske patient vil det blandt andet medføre et mindre forbrug af sundhedsydelse, herunder en formindsket risiko for (gen)indlæggelser. Effekten på forbrug af sundhedsydelser er således et af de centrale mål for potentielle gevinster ved IC-indsatsen over for DÆMP-patienter. Derfor måles det samlede forbrug af sygesikringsydelser og hospitalsindlæggelser for henholdsvis DÆMP-patienter og kontrolpatienter. Den gennemsnitlige forskel mellem indsats- og kontrolgruppen udgør gevinsten af DÆMP-indsatsen.

Den samlede økonomiske vurdering opgøres herefter som den gennemsnitlige besparelse estimeret for en periode på et år efter start på indsats minus den gennemsnitlige omkostning for et DÆMP-forløb. Da opfølgingsperioden ikke er et helt år for alle deltagere, fremskrives besparelsen i den periode, vi kan måle, så den svarer til et helt år.

1.4 Rapportens opbygning

Rapporten starter med en status på DÆMP-indsatsens organisering og implementering, hvor mange fagpersoner og patienter der deltager, samt hvilke aktiviteter der er aftalt og gennemført. Slutevalueringens resultater præsenteres herefter i tre hovedkapitler og en konklusion, således at:

Kapitel 3 præsenterer DÆMP-patienternes perspektiver på de centrale elementer i DÆMP-indsatsen, samt hvilke resultater patienterne oplever i deres eget patientforløb.

Kapitel 4 præsenterer fagpersonernes perspektiver på organiseringen og implementeringen af DÆMP-indsatsen, hvilke forhold der påvirker arbejdet med DÆMP-indsatsen (jf. IC-modellen), samt hvilke resultater der opleves som følge af DÆMP-indsatsen.

Kapitel 5 præsenterer de omkostninger og effekter, der er forbundet med DÆMP-indsatsen.

Kapitel 6 opstiller slutevalueringens konklusioner og anbefalinger vedrørende DÆMP-indsatsen.

2 Status på implementering

2.1 Aftaler, organisering og redskaber

DÆMP-indsatsen introducerer nedenstående aftaler og redskaber, som tilsammen skal muliggøre det ønskede samarbejde omkring de inkluderede patienters forløb:

- Med afsæt i Odense Kommunes frikommunestatus er der indgået aftaler omkring samkøring af data på tværs af de organisationer, der deltager i IC-projektet.
- Der er udviklet en fælles elektronisk handleplan (IC-handleplanen), som er et fælles planlægnings- og kommunikationsredskab, hvor involverede aktører har fælles adgang til at dele viden, kommunikere og planlægge patientens forløb, og hvor patienten selv har mulighed for at læse med.
- Der er indgået aftaler om honorering til de praktiserende læger, psykiatere og psykologer, som deltager i IC-indsatserne.
- Der er etableret TST-grupper og lagt et program for gruppernes TST-møder, en årlig læringsdag for alle deltagere i DÆMP-indsatsen og et årligt læringsmøde for hver af de oprettede TST-grupper.

2.2 IC-sekretariatets rolle og opgaver

For at understøtte implementeringen af IC-projektet, er der oprettet et projektsekretariat. Projektsekretariatets vigtigste rolle er at sikre projektets fremdrift ved bl.a. at understøtte parterne i projektet, så de på bedste vis løfter deres opgaver.

Organisationen omkring projektet har en volumen på omkring 70 personer, fordelt på følgende grupper:

- Styregruppe og politisk følgegruppe
- Faglig gruppe for SAD og DÆMP
- Økonomigruppe
- Juragruppe
- It-gruppe
- Evaluering- og forskningsgruppe

Derudover består den udøvende del af organisationen af et stort antal fagprofessionelle, der omfatter 23 praktiserende læger, samt et stort antal fagpersoner i det kommunale og regionale regi. Sekretariatet har således en stor koordineringsopgave i forhold til, at opgaver prioriteres og implementeres. Eksempler på opgaver i sekretariatet:

- Forberedelse og facilitering af møder
- Ekstern og intern kommunikation
- Løbende udvikling af indsatser og værktøjer
- Support, vejledning og servicering af fagpersoner
- Support og it-hjælp til patienter
- Tovholder på samarbejdsprojekter med eksterne parter
- Udarbejdelse af samarbejdsaftaler

2.3 Status DÆMP

2.3.1 DÆMP-indsatsens redskaber og patientrettede tilbud

Risikostratificering

DÆMP-indsatsen introducerer en algoritme, der på baggrund af oplysninger fra DAMD og data fra kommune og region om bl.a. diagnoser, indlæggelser, hjemmesygepleje, polyfarmaci og familiestatus inddeler patienterne i forskellige risikogrupper. Risikolisten inddeler patienterne i grøn – 0-6 point, gul – 7-13 point og rød 14-21 point, alt efter hvor syge, de er, og hvor kompakt deres behandlingsforløb er. I udgangspunktet har det været besluttet at inkludere "gule" patienter, fordi der skal være et potentiale for at forebygge sygdomsforværring, indlæggelser o.l. via en tidlig og fokuseret forebyggende indsats. På baggrund af de foreløbige erfaringer blev det imidlertid i marts 2015 besluttet at justere inklusionskriterierne, så alle patienter, der scorer 7 eller flere point, kan inkluderes i indsatsen.⁸

Patientrettede DÆMP-tilbud

Der er udarbejdet et katalog over en række patientrettede tilbud blandt de involverede aktører, som praksislægerne kan henvise DÆMP-patienter til på baggrund af opstartssamtalen. Det er således aftalt, at praksislægerne kan henvise patienterne til aktiviteter som beskrevet i de følgende afsnit.

Aktiviteter i Odense Kommune

Udgangspunktet for den kommunale indsats er den praktiserende læges beskrivelse af problemstillingen i IC-handleplanen. Den kommunale indsats igangsættes senest en uge efter, der er modtaget besked via IC-handleplanen. Sygeplejen varetager den koordinerende funktion i den kommunale del af IC-forløbet. Den praktiserende læge og patienten kan vælge inden for nedenstående ti indsatser:

1. Problemer med mentale funktioner: Omhandler hjernens funktioner, både overordnede mentale funktioner som bevidsthed, energi og handlekraft og specifikke mentale funktioner som hukommelse, sprog og regning.
2. Problemer med bevægeapparatet: Omhandler funktioner i forbindelse med bevægelse og mobilitet inklusive funktioner i led, knogler, reflekser og muskler.
3. Problemer med kardiovaskulære, hæmatologiske, immunologiske og respiratoriske funktioner: Omhandler funktioner, som indgår i det kardiovaskulære system, det hæmatologiske, immunologiske system og det respiratoriske system.
4. Problemer med huden og tilhørende strukturers funktioner: Omhandler hudens, neglens og hårets funktioner.
5. Problemer med fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner: Omhandler funktioner relateret til optagelse, omsætning og udskillelse af føde samt funktioner i forbindelse med stofskiftet og hormonproducerende kirtler. Udskillelse af affaldsstoffer.
6. Problemer med sanser og smerter: Omhandler funktioner relateret til syn, hørelse, smag etc. samt smerteopfattelse.
7. Problemer med kønsorganer og urinveje: Omhandler funktioner relateret til vandladning og seksualfunktioner.
8. Problemer med daglig aktivitet: En persons udførelse af en opgave eller en handling. Eksempelvis daglige aktiviteter, indtagelse af medicin, omsorg for sig selv samt husførelse.

⁸ Stratificeringskriterierne er vist i Bilagstabel 7.1.

9. Problemer med deltagelse (fx social involvering): En persons INVOLVERING i dagliglivet. De samfundsmæssige aktiviteter det enkelte menneske engagerer sig i. Eksempelvis sociale aktiviteter, hobbies og foreningsliv.
10. Problemer med omgivelser (fx boligforhold): Kan omhandle afklaring af boligforhold, hjælpemidler, netværk.

Aktiviteter Odense Universitetshospital (OUH)

Der er udpeget en række overlæger inden for geriatri og farmakologi, der deltager i DÆMP-indsatsen. Dels som faste deltagere på TST-møder og dels som ansvarlige for nedenstående to tilbud:

- Subakut geriatrisk vurdering: Hos borgere, hvor der mistænkes ukendt somatisk sygdom, eller hvor en eller flere kroniske sygdomme er blevet ustabile, kan den praktiserende læge henvise til subakut geriatrisk vurdering og eventuel behandling på Geriatrisk Ambulatorium. Aftalen indebærer, at der aftales en tid inden for få hverdage fra kontakt.
- Medicingennemgang ved klinisk farmakolog: Aktiviteten bruges til borgere udsat for polyfarmaci, hvor den praktiserende læge mistænker, at over- eller undermedicinering eller interaktioner kan være årsag til problemer for borgeren. Praktiserende læger sikrer sig via det Fælles Medicinkort (herefter FMK), at recepterne er indløst, og at FMK er opdateret. Medicingennemgang sker ved afdeling for Klinisk Farmakologi. Der vil være en tilbagemelding fra Klinisk Farmakologi senest fem arbejdsdage, efter aktiviteten er afkrydset.

Aktivitet Ældresagen

Ældresagen har en række tilbud, der kan være relevante for den ældre medicinske patient i DÆMP-indsatsen. Relevante patienter har derfor siden februar 2015 kunnet henvises til Ældresagen, der kontakter patienten for at aftale et besøg. Ved besøget aftales den konkrete indsats, der vil bero på borgerens situation og behov for fx besøgsven, spiseven, fælles spisning, sorg- og samtalebesøg, motion og bevægelse og at synge sammen.

Samtaleforløb hos praktiserende psykolog

Siden marts 2015 har der været mulighed for at henvise DÆMP-patienter, som er i risiko for nedtrykthed, ensomhed og depression, til samtaleforløb hos en praktiserende psykolog. Patienterne tilbydes op til ti samtaler, og formålet er at styrke patienternes mestring af sygdommen og forebygge forværring.

2.3.2 Inkluderede DÆMP-patienter og henvisninger til konkrete IC-tilbud

Til og med 31. december 2016 er der i alt (inklusive de ti patienter fra pilotfasen) inkluderet 222 patienter i DÆMP-indsatsen, hvilket svarer til lidt under halvdelen af de 500 patienter, der i udgangspunktet var forventning om. Antallet af inkluderede patienter fordelt på de deltagende læger fremgår nedenfor, af

:

Tabel 2.1 Antal inkluderede DÆMP-patienter fordelt på deltagene læger

Læge 1	73
Læge 2	23
Læge 3	15
Læge 4	11
Læge 5	9
Læge 6	9
Læge 7	9
Læge 8	9
Læge 9	8
Læge 10	8
Læge 11	8
Læge 12	7
Læge 13	4
Læge 14	4
Læge 15	3
Læge 16	3
Læge 17	3
Læge 18	3
Læge 19	3
Læge 20	2
Læge 21	1
Læge 22	1
Læge 23	0
Ophørte læger (3 læger)	6
I ALT	222

Som det fremgår af tabellen, har praksislægerne gennemsnitligt inkluderet ca. ni patienter, hvilket kun svarer til ca. 40 % af de 20-25 patienter pr. år, som var forventningen. Samtidig ses, at der er stor spredning blandt praktiserende læger, hvad angår antallet af inkluderede patienter. Det er således 3 af de 23 praksislæger, som har inkluderet halvdelen af alle patienter⁹, mens de 13 mindst aktive praksislæger tilsammen kun har henvist 33 patienter. Hvis der sættes lighedstegn mellem implementering og antallet af inkluderede patienter, fremgår det således, at DÆMP-indsatsen er mangelfuldt implementeret hos langt de fleste deltagende læger.

Patientrettede tilbud til DÆMP-patienterne

IC-sekretariatet har også udarbejdet opgørelser over de patientrettede tilbud, DÆMP-patienterne er blevet henvist til. Fordelingen er angivet i Tabel 2.2 nedenfor:

⁹ IC-sekretariatet oplyser, at inklusionskriterierne er overholdt for de patienter, der er inkluderet af de tre læger.

Tabel 2.2 Oversigt over de patientrettede tilbud, som DÆMP-patienterne er henvist til

Kommunale tilbud	Antal
Problemer med bevægeapparatet	83
Problemer med kardiovaskulære funktioner	41
Problemer med sanser og smerter	32
Problemer med daglig aktivitet	28
Problemer med mentale funktioner	18
Problemer med omgivelser	18
Problemer med kønsorganer og urinvej	17
Problemer med fordøjelse, stofskifte	15
Problemer med huden og tilhørende strukturers funktioner	12
Problemer med deltagelse	12
Øvrige tilbud	Antal
Subakut geriatrisk vurdering på afdeling J, OUH	5
Medicingennemgang ved klinisk farmakolog	18
Psykologsamtaler	21
Ældresagen	22
I alt	364

Note: Opgørelse baseret på udtræk fra DÆMP-patienternes IC-handleplaner, 31. december 2015

Det fremgår, at hver inkluderet patient i gennemsnit er henvist til cirka 1,6 patientrettede tilbud. Langt de fleste tilbud er kommunale, og en relativt stor del af disse omhandler problemer med bevægeapparatet og kardiovaskulære funktioner.

Heroverfor er der kun henvist til henholdsvis 18 og 5 patienter til henholdsvis medicingennemgange og subakutte vurderinger på geriatrisk afdeling på OUH. De tilsvarende tal er henholdsvis 22 henvisninger til Ældresagen og 21 til psykologsamtaler, men her skal man være opmærksom på, at henvisningsmuligheden kun har eksisteret siden henholdsvis februar og marts 2015.

2.3.3 Deltagende læger, TST-møder og læringsdage

Der har i alt været tilmeldt 26 praktiserende læger til DÆMP-indsatsen, men tre af disse har i foråret 2015 meldt sig ud, så der ved evalueringen var 23 tilmeldte læger, som fra september 2015 har været fordelt på to TST-grupper. IC-sekretariatet har løbende undersøgt muligheden for at rekruttere flere praksislæger til indsatsen. Samtidig har IC-sekretariatet løbende haft fokus på at udvikle og afprøve nye og mere smidige arbejdsgange, som skal gøre det mindre tidskrævende for de praktiserende læger at kontakte og inkludere de patienter, som optræder på lægernes risikolister.

TST-møder

Siden implementeringsstart i september 2014 har der været afholdt 17 TST-møder, hvor i alt 41 patientcases er drøftet, hvilket vil sige, at der i gennemsnit er drøftet 2,4 patienter på hvert af de afholdte møder. Dermed er der forholdsvis langt til intentionen om, at der på hvert TST-møde skulle drøftes cirka seks komplekse patientcases. Dette afspejler at det, selvom IC-sekretariatet har gjort en stor indsats for at få indmeldt patientcases, har været vanskeligt at finde tilstrækkeligt med relevante patienter.

Læringsdage og TST-statusmøder

Det indgår i IC-projektet, at der skal afholdes en årlig fælles læringsdag for alle deltagerne i DÆMP-indsatsen samt et årligt statusmøde i hvert enkelt TST, hvor deltagerne vurderer det sidste års arbejde og sammen evaluerer arbejdet med handleplaner, mødeform osv.

Det første fælles læringsmøde er afholdt i foråret 2015 med 35 deltagere. Programmet havde fokus på det tværsektorielle samarbejde, tilbud til patienterne, optimering af arbejdsgang i IC-handleplan og særlige udfordringer i forhold til TST-mødet.

Herudover er der afholdt to årlige fælleskonferencer for de faste deltagere i TST-grupper. Her er der foregået undervisning, erfaringsudveksling og information om løbende justeringer af indsats, arbejdsgange og inklusionskriterier m.m. Den seneste læringskonference blev afholdt i efteråret 2015 og tog afsæt i resultaterne fra KORAs midtvejsevaluering af IC-indsatsen. Formålet var, gennem dialog, videndeling og fælles sparring, at få sat yderligere fokus på det gode samarbejde med henblik på at bringe samarbejdet, kulturen og den relationelle koordinering endnu længere.

2.4 Opsamling

Som det fremgår, er fundamentet for DÆMP-indsatsen implementeret, og der inkluderes og henvises patienter til alle de oprettede tilbud. Det fremgår dog også, at der i DÆMP-indsatsen er inkluderet væsentligt færre patienter, end det var planlagt i IC-projektet. Det gælder også, at de enkelte TST-grupper har drøftet færre patienter på de afholdte TST-møder end planlagt. Endelig fremgår det, at der er meget stor spredning blandt de praktiserende læger, hvad angår antallet af inkluderede patienter. Det er således tre af de 26 deltagende læger, der står for halvdelen af de inkluderede patienter, mens de 13 nederste praksislæger tilsammen kun har henvist 33 patienter. Hvis der sættes lighedstegn mellem implementering og antallet af inkluderede patienter, fremgår det således, at DÆMP-indsatsen er mangelfuldt implementeret hos langt de fleste deltagende læger.

3 DÆMP-patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen

Et af de væsentlige mål med IC-projektet er, at patienterne skal have bedre behandling og en oplevelse af mere sammenhængende forløb. Derfor har vi via interview og spørgeskemaer undersøgt DÆMP-patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen. Resultaterne præsenteres i dette kapitel, hvor det gennemgående fokus er på patienternes vurdering af mødet med DÆMP-indsatsens forskellige elementer, hvorvidt indsatsen opleves sammenhængende og meningsfuld, samt hvilke resultater patienterne oplever i relation til eget forløb.

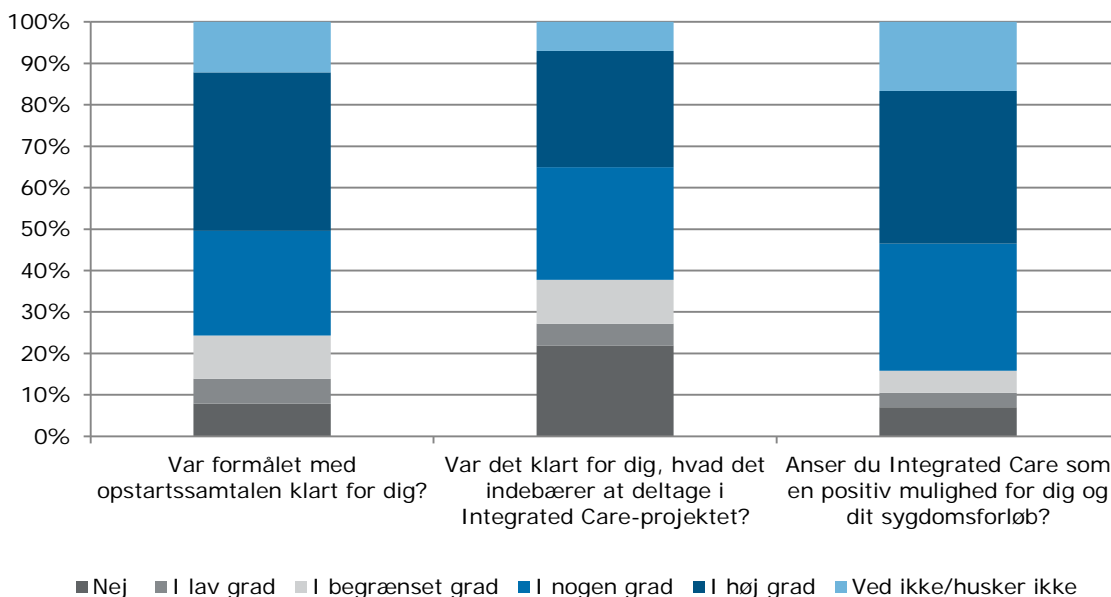
Kapitlet er en revideret udgave af det patientkapitel, der også indgik i midtvejsevalueringen. Afrapporteringen af spørgeskemadata er således opdateret på baggrund af det samlede antal indkomne besvarelser, mens resultaterne fra patientinterviewene er uændret.

3.1 Indgangen til DÆMP-indsatsen

Patienternes indgang til DÆMP-indsatsen sker via en opstartssamtale hos egen læge. Her skal patienten a) introduceres og give samtykke til at deltage i DÆMP-indsatsen, b) der skal skabes et overblik over patientens situation, og hvilke tilbud, patienten kan profitere af, og c) lægen skal sammen med patienten udarbejde en IC-handleplan for det videre forløb, som formidles til relevante aktører. Opstartssamtalen er således et centralt element i DÆMP-indsatsen, hvor mange elementer skal gå op i en højere enhed for at skabe et godt afsæt for patientens videre forløb.

Det første væsentlige opmærksomhedspunkt handler derfor om, hvorvidt patienten ved, hvad der skal ske, og oplever DÆMP-indsatsen som en positiv mulighed for deres sygdomsforløb. I den forbindelse viser spørgeskemaundersøgelsen, jf. Figur 3.1 nedenfor, at ca. 55 % vurderer, at det efter opstartssamtalen var klart, hvad deltagelse i DÆMP-indsatsen indebærer, mens 22 % slet ikke mente, at det var klart, og yderligere 16 % kun i begrænset grad vurderer, at dette er tilfældet. Til gengæld fremgår det også, at 2/3 af de adspurgte i nogen eller høj grad anser DÆMP-indsatsen som en positiv mulighed for deres videre sygdomsforløb, tre måneder efter de er startet på forløbet, mens kun 7 % mener, at dette slet ikke er tilfældet.

Figur 3.1 DÆMP-patienternes viden om DÆMP-indsatsen og forventninger til IC-forløbet



Note: 115 DÆMP-patienter har besvaret det første spørgsmål, 114 har besvaret andet og tredje spørgsmål.

Som supplement til ovenstående spørgsmål, blev alle respondenter bedt om at begrunde deres deltagelse i DÆMP-indsatsen i et fritekstfelt i spørgeskemaet. Besvarelserne kan jf. **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** deles op i fem hovedkategorier: På lægens opfordring, til gavn for patienten selv, til gavn for andre, specifikt pga. samarbejdet, og endelig pga. interesse for projektideen. 31 af de 87 patienter, der har svaret på spørgsmålet, har anført lægens opfordring som begrundelse for deltagelse i DÆMP-indsatsen. Det gør den dermed til den mest brugte begrundelse. Yderligere 24 patienter har valgt at deltage, fordi de håber, at indsatsen på den ene eller anden måde vil forbedre deres tilstand, mens 11 deltager, fordi de mener, det kan hjælpe andre. Endelig nævner ni patienter specifikt det tværgående samarbejde som begrundelse for deltagelse og andre otte, at de synes projektideen er god. 13 kommentarer vedrører andet.

Resultater fra interview

Otte af de ni interviewede DÆMP-patienter husker, at de har haft en opstartssamtale med deres praktiserende læge, som omhandlede DÆMP-indsatsen. Patienterne har dog svært ved at adskille opstartssamtalen fra de øvrige konsultationer, de har hos deres egen læge. Der blev heller ikke afdækket eksempler på, at patienterne oplevede at være mere eller mindre inddraget som følge af DÆMP-indsatsen, og der fremkom ingen kritiske perspektiver på opstartssamtalen. Det generelle indtryk er således, at graden af inddragelse og dialogen med de sundhedsprofessionelle er upåvirket af DÆMP-indsatsen. Der var ingen, som på forhånd havde forholdt sig til den risikostratificering, der ligger til grund for deltagelsen i DÆMP-indsatsen, og adspurgte var der heller ingen, som havde noget at udsætte på denne fremgangsmåde.

Ovenstående forhold afspejles også i, at de interviewede patienter, med en enkelt undtagelse, har et meget uklart billede af, hvad DÆMP-indsatsen indebærer, og hvad der blev aftalt til opstartssamtalen. Patienterne forklarer dette med, at det var lang tid siden, de var til opstartssamtalen, samt at de ikke oplever, at der er opstillet klare mål for deres forløb.

Cirka halvdelen af patienterne kan dog nævne konkrete eksempler på emner, der blev drøftet til opstartssamtalen: For eksempel at de snakkede om at få en besøgsven, at blive henvist til en psykolog, patientskole, vedligeholdende træning, at de skulle tabe sig etc. Cirka halvdelen forklarer, at de ser det som det vigtigste formål med DÆMP-indsatsen, at sygehus, kommune og hospital skulle få en fælles journal – og alle informanter ser (når de har fået det forklaret) meget positivt på dette aspekt af indsatsen:

Det, jeg fik ud af opstartssamtalen, var, at sygehuset, lægen osv. skulle have en fælles journal. Det er uhyre vigtigt, tænker jeg.

(Peter)

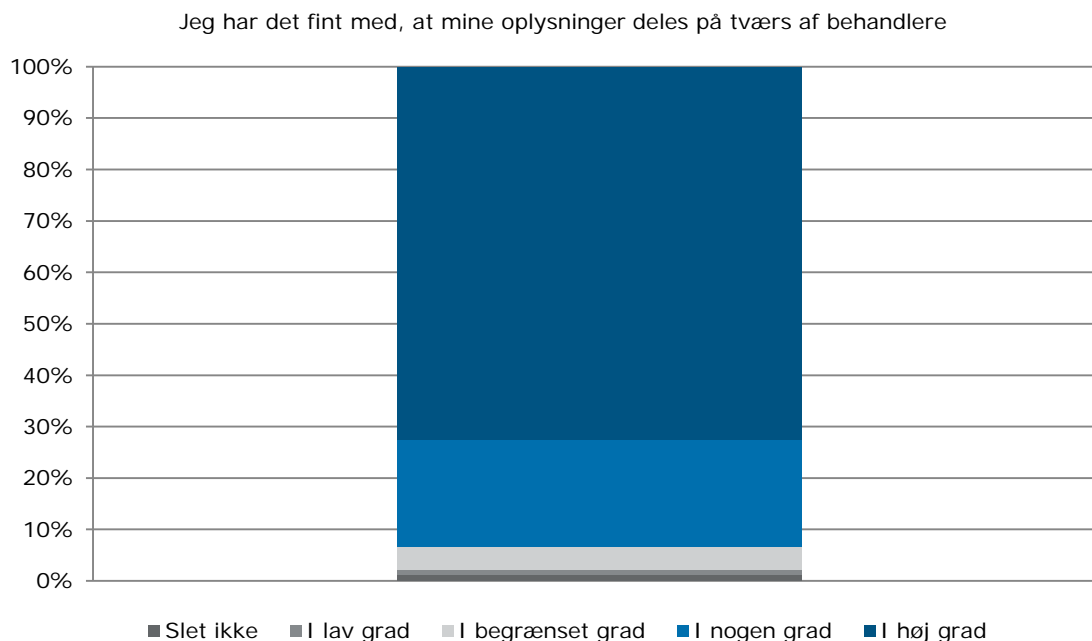
I overensstemmelse med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen ovenfor er der også flere interviewdeltagere, der specifikt begrundet deltagelsen med, at de stoler på, at det er en god idé, når deres læge foreslår det, samt at de håber deres deltagelse kan medvirke til at hjælpe andre med at få et bedre forløb. Dette aspekt ser således ud til at betyde mere for mange DÆMP-patienter end deres reelle viden om IC-forløbet.

3.2 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-handleplanen

Den fælles IC-handleplan, der udarbejdes i forbindelse med opstartssamtalen hos egen læge, er tænkt som et centralt værktøj i fagpersonernes IC-samarbejde. Samtidig indgår det som et element, at patienterne selv kan logge på, læse med og få bedre indblik i deres forløb og kommunikationen omkring dette. Med dette afsæt har vi undersøgt patienternes perspektiver på handleplanen.

Som det fremgår af Figur 3.2 nedenfor er der stor opbakning blandt respondenterne til, at de involverede fagpersoner deler deres viden om patienten. Der er således blot en respondent, som er imod dette, og næsten alle angiver, at de i nogen eller i høj grad har det fint med, at deres oplysninger deles på tværs af behandlerne.

Figur 3.2 DÆMP-patienternes holdning til, at deres oplysninger deles på tværs af behandlere



Note: 107 respondenter har besvaret spørgsmålet.

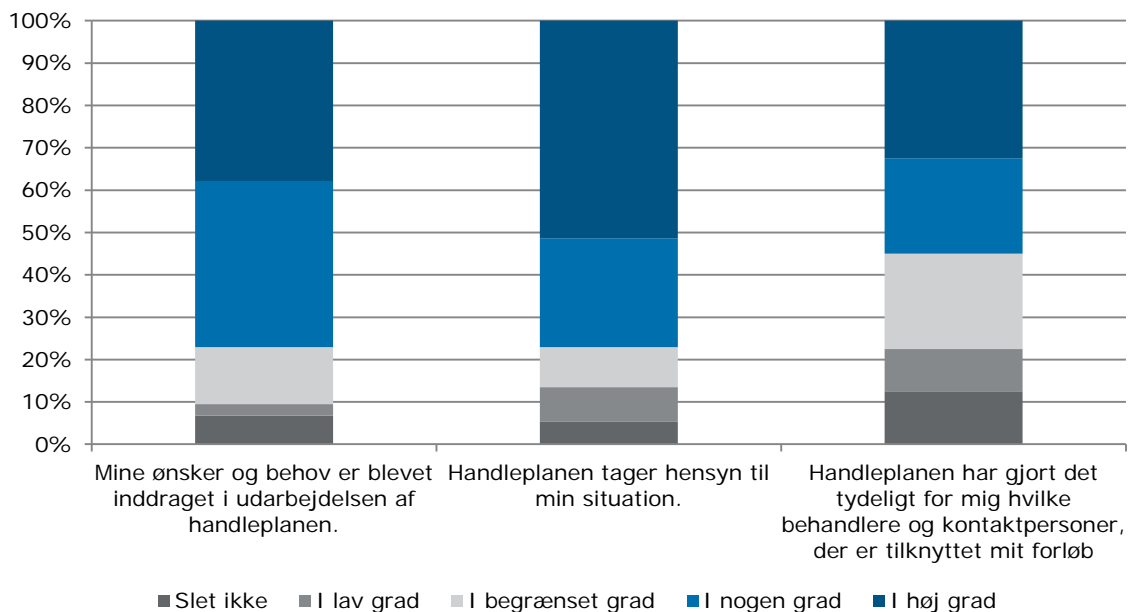
Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at cirka 20¹⁰ % af respondenterne ikke kender handleplanen og derfor ikke har kunnet forholde sig til spørgsmålene om denne. Figur 3.3 nedenfor viser til gengæld, at der blandt de respondenter, der kender handleplanen, er et klart flertal, der tilkendegiver, at deres ønsker og behov er indarbejdet i planen, og at denne tager hensyn til deres situation. Det fremgår samtidig, at 55 % af de respondenter, der kender handleplanen (svarende til cirka 40¹¹ % af de patienter, der har svaret) angiver, at denne i nogen eller i høj grad har gjort det mere tydeligt, hvilke fagpersoner der er tilknyttet deres behandling.

¹⁰ Dette er en forbedring på 10 % sammenlignet med midtvejsevalueringen, hvor 30 % af respondenterne ikke kendte handleplanen.

¹¹ Dette er også en forbedring på 12 % sammenlignet med midtvejsevalueringen, hvor det kun var 28 % som oplevede at handleplanen gjorde det mere tydeligt, hvilke fagpersoner der var tilknyttet deres forløb.

Figur 3.3 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-handleplanen

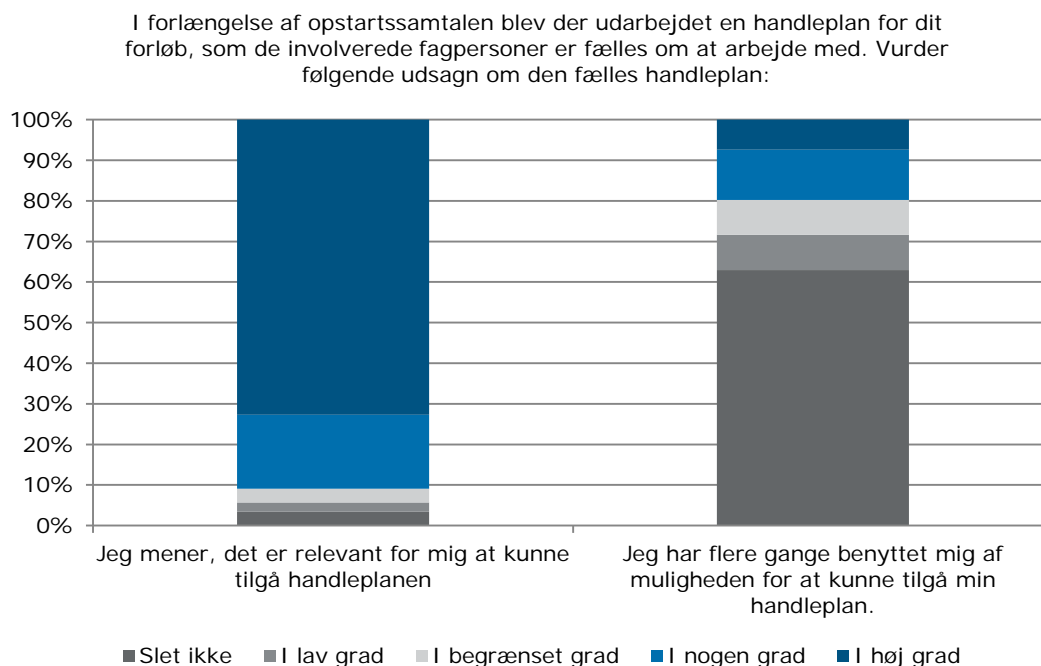
I forlængelse af opstartssamtalen blev der udarbejdet en handleplan for dit forløb, som de involverede fagpersoner er fælles om at arbejde med. Vurder følgende udsagn om den fælles handleplan:



Note: 74 respondenter, der kender handleplanen, har besvaret første og andet udsagn, mens 80 respondenter har besvaret tredje udsagn.

DÆMP-indsatsen giver patienterne mulighed for selv at logge på IC-handleplanen og dermed opnå en større forståelse for deres forløb og bedre mulighed for at indgå i en aktiv dialog med de involverede fagpersoner. Spørgeskemaet viser på den ene side, at mere end 90 % af respondenterne forholder sig positivt til dette element i DÆMP-indsatsen. På den anden side fremgår det også (jf. Figur 3.4 nedenfor), at det kun er knap 20 % af respondenterne, der flere gange har benyttet sig af muligheden for tilgå handleplanen. Det må således konkluderes, at der for DÆMP-patienterne er langt fra intention til praksis.

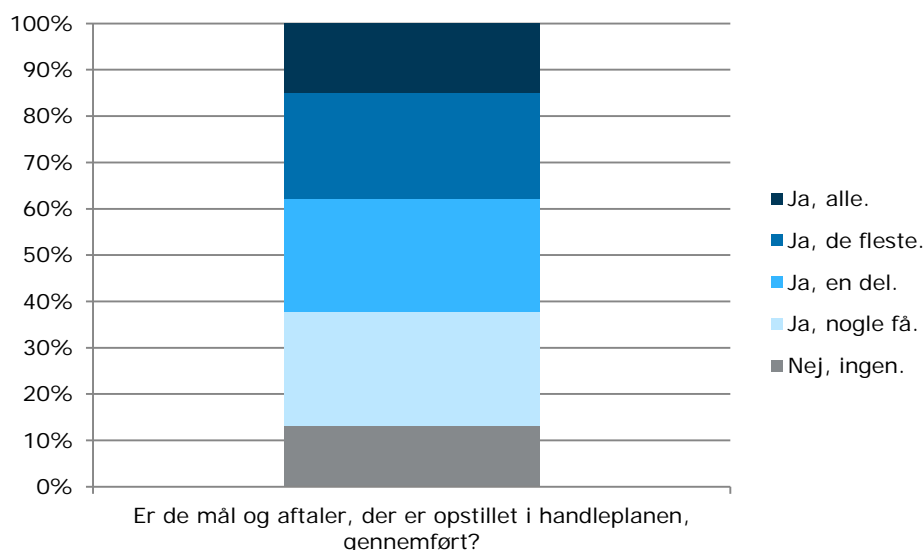
Figur 3.4 DÆMP-patienternes vurdering og anvendelse af IC-handleplanen



Note: 108 og 105 respondenter, der kender handleplanen, har besvaret hhv. første og andet udsagn.

Vi har også ønsket at vide, hvorvidt patienterne oplever, at de mål, som opstilles i handleplanen, realiseres. Det viser sig dog, at kun godt 53 af undersøgelsens 123 respondenter kender handleplanen, når det kommer til dens indhold. Blandt de 53 der har svaret, er der til gengæld godt 60¹² % (jf. Figur 3.5), der oplever, at mindst en del af de indgåede aftaler er blevet gennemført. 12 % har oplevet, at ikke en eneste aftale blev gennemført.

Figur 3.5 DÆMP-patienternes vurdering af handleplanens mål og aftaler



Note: 53 patienter, der kender handleplanen, har svaret på spørgsmålet

¹² Dette er en forbedring på 10 % sammenlignet med midtvejsevalueringen, hvor det "kun" var 50 % af respondenterne der svarede, at mindst en aftale var gennemført.

Resultater fra de gennemførte interview

Som tidligere nævnt, har ingen af de interviewede DÆMP-patienter noget imod intentionen om at bruge handleplanen til at dele oplysninger mellem relevante behandlere. Interviewene bekræfter imidlertid også, at DÆMP-patienterne har en meget mangelfuld viden om handleplanen. Der var således kun fire af de ni interviewpersoner, der kunne udtale sig om IC-handleplanen, og patienterne ser generelt ikke et stort behov for at følge med i deres egen plan.

Den første patient, der kender handleplanen fortæller, at det var gået hen over hovedet på hende, at der var lavet en handleplan, og hun husker ikke, at hendes læge orienterede hende om denne til opstartssamtalen. Til gengæld fortæller hun:

Da jeg udfyldte jeres (KORAs, red.) spørgeskema dukkede ordet "handleplan" frem, og så måtte jeg høre min egen læge, hvad det var. Jeg ringede til ham, og der var så lavet en handleplan. Det var så det her på integratedcare.dk, og så gik jeg ind og kiggede. Nu kan jeg bare ikke huske, hvad der stod. Men jeg har ikke været inde og kigge siden, for jeg synes ikke, jeg har haft behov for det.

(Lone)

Den anden patient, som kender til handleplanen, er positiv over for muligheden for at kunne følge med i sit eget forløb. For hende er det dog en udfordring, at handleplanen ligger på internettet, for hun er usikker på, hvordan hun bruger en computer, og det har indtil videre afholdt hende fra at kigge i handleplanen.

Den tredje, som kender handleplanen, er en pårørende, der oplever at have et stort ansvar for sin mors forløb. Hun fortæller om handleplanen:

Det er umiddelbart en god idé. Men jeg har ikke fået noget at vide om, at min mor som borger har ret til at læse i sådan en handleplan. Jeg er bare blevet spurgt, om vi vil deltage, så der kan blive bedre samarbejde mellem fagpersoner, og det vil jeg gerne.

(Pårørende til IC-patient)

Den fjerde patient, som kender handleplanen, har til gengæld et godt indblik i planen, som han løbende anvender. Denne patient fremstår på mange måder som en positiv undtagelse i data-materialet, fordi han oplever alle de positive forventninger, der er forbundet med DÆMP-indsatsen og handleplanen. Han udtrykker således, at:

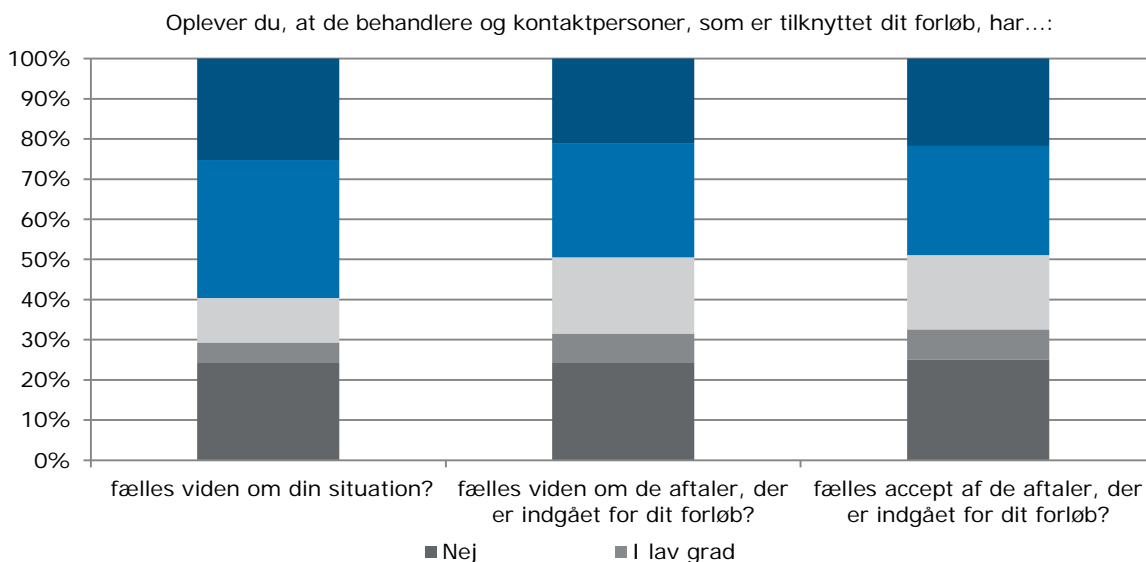
- det er interessant og oplysende at kunne læse om sin sygdom og fagpersonernes notater om den i handleplanen.
- planen er opdateret, når han kigger i den, og at den gør det nemmere at overskue eget forløb og se, hvilke behandlere han er i kontakt med.
- den praktiserende læge er meget interesseret i hans forløb og har holdt opfølgningssamtaler, hvor de sammen har fulgt op på de mål, de sammen har opstillet i handleplanen.
- de behandlere (fx på KOL-patientskolen), han er i kontakt med, kender og anvender handleplanen, og det bidrager til, at de involverede fagpersoner har bedre viden om hans forløb.

3.2.1 Koordinering på tværs af IC-forløbet

Når det kommer til samarbejdet på tværs af behandlere, så oplever cirka 60 % af DÆMP-patienterne, at de forskellige behandlere og kontaktpersoner mindst i nogen grad har fælles

viden om deres situation. Samtidig er der knap 50¹³ %, som svarer positivt på spørgsmålet om, hvorvidt behandlere og kontaktpersoner har fælles viden om de *aftaler*, der er indgået for patienten, ligesom halvdelen oplever, at der på tværs af behandlere er en fælles accept af de indgåede aftaler.

Figur 3.6 Samarbejde mellem behandlere og kontaktpersoner



Note: 99, 95 og 92 patienter har svaret på spørgsmålene i hhv. søjle et, to og tre.

Resultater fra interview

Syv af de ni interviewede kan ikke komme med eksempler på, at de forskellige behandlere, de er i kontakt med, benytter/har omtalt handleplanen eller i øvrigt givet udtryk for, at de har afstemt deres viden med andre behandlere efter opstarten af IC-forløbet. Flertallet ser dog heller ikke det store behov for dette, fordi de generelt oplever, at behandlerne har nok viden om dem og deres forløb, når de møder dem. Nedenstående citat er derfor illustrativt for patienternes holdning til fagpersonernes videndeling og brug af handleplanen:

De har ikke omtalt, at de bruger handleplanen, overhovedet ikke. Men det behøver de vel heller ikke orientere mig om. Jeg er faktisk ligeglad med, om der er to læger eller 50, der har set i handleplanen, bare de har den baggrundsviden, de har brug for.

(Eigil)

Der er dog en enkelt pårørende, som oplever, at der er dårlig kommunikation mellem de forskellige behandlere, der er involveret i hendes mors forløb:

Det er ligesom mig, der står i centrum og mig, der skal gøre det hele. Jeg har også nævnt for min mors praktiserende læge, at det er et stort problem. Jeg bruger mange kræfter på at ringe til sygeplejersken osv. Jeg tog det op med lægen og sagde, at jeg gerne ville have et møde hjemme hos min mor, hvor han og sygeplejerskerne kunne komme, så vi kunne finde en løsning på det ... Det er altid mig, der skal forklare, når der er sket noget og sige "nej, du skal gøre sådan og sådan nu". Og det er ikke mit job.

(Pårørende til IC-patient)

¹³ Dette er en forbedring på 10 % sammenlignet med midtvejsevalueringen, hvor ca. 40 % af respondenterne svarede positivt på spørgsmålet.

Den pårørende havde derfor i udgangspunktet store forventninger til DÆMP-indsatsen, men, som det fremgår, har deltagelsen og det, at hendes mor har været drøftet på et TST-møde, ikke ændret oplevelsen af mangelfuld kommunikation:

Det var min mors læge, der kontaktede mig telefonisk og forklarede, hvad det gik ud på – at vi skulle kunne få et bedre samarbejde, nu hvor der er rigtig mange behandlere involveret i min mor. Min mors læge har været til noget samtale med forskellige læger på sygehuset, jeg ved ikke lige, hvad det var, og så skulle han vende tilbage. Men det er faktisk det eneste, jeg har fået af vide – altså omkring hvad det går ud på. Så har jeg også fået at vide, at han skriver gennem Integrated Care, når han skriver til sygeplejerskerne, men det har ikke virket, for de vidste ikke, hvad det gik ud på, og de kunne ikke læse nogen steder i Integrated Care, når jeg ringede til dem. Så ringer jeg retur til lægen, og han kan heller ikke forstå det, for han har skrevet i Integrated Care, siger han. Det er sådan noget bøvl, der har været – en tre til fire gange mindst. Det var det samme på afd. XX, hvor min mor går, der kunne de heller ikke se noget om Integrated Care...

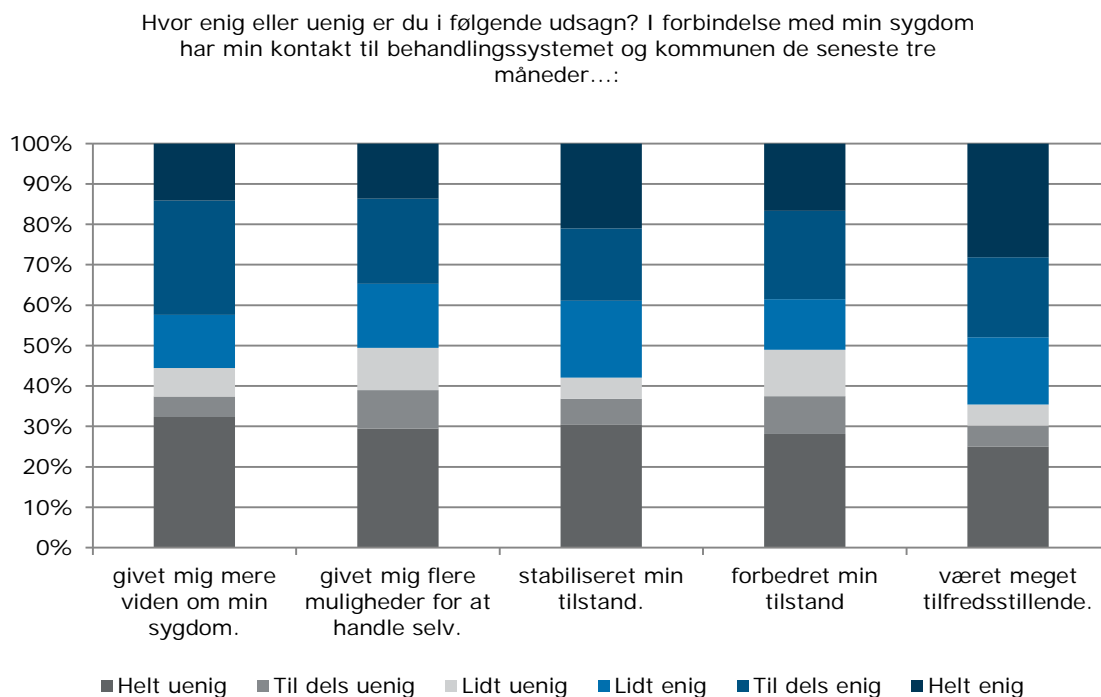
(Pårørende til IC-patient)

Den pårørende oplever således, at situationen, hvor hun skal fungere som mellemlid for behandlernes kommunikation om moren, er uændret, samt at de involverede behandlere ikke kender og anvender IC-redskaberne på den måde, hun blev stillet i udsigt.

3.3 DÆMP-indsatsens betydning for DÆMP-patienternes behandlingsforløb

Den sidste del af spørgeskemaet omhandler patienternes oplevelse af deres behandlingsforløb de seneste tre måneder, hvor de har været tilknyttet DÆMP-indsatsen. Som det fremgår af Figur 3.7 er knap 65 % overvejende enige i, at forløbet har været meget tilfredsstillende. Når man ser på de enkelte faktorer i behandlingen, så er mellem 50 og 60 % overvejende enige i hvert af følgende udsagn: at have opnået større viden, fået bedre mulighed for at handle selv, stabiliseret sin tilstand og forbedret sin tilstand. Der er dog også en stor minoritet på omkring 30 %, der er helt uenige i udsagnene.

Figur 3.7 Udbytte af behandling de seneste tre måneder



Note: 99 patienter har svaret på spørgsmålet i søjle 1, 95 har svaret på søjle 2 og 3, og 96 har svaret på søjle 4 og 5.

I slutningen af spørgeskemaet havde patienterne mulighed for at komme med generelle kommentarer til Integrated Care-forløbet (se evt. Bilagstabel 5.2). Der er to hovedtemaer, der går igen i knap halvdelen af kommentarerne: Patienterne mangler kendskab til hele eller dele af IC-projektet/DÆMP-indsatsen, eller patienterne mener, at inddragelse og aktivitet i projektet/behandlingen går for langsomt.

Resultater fra de gennemførte interview

Otte af de ni interviewede DÆMP-patienter oplever ikke, at indsatsen har haft nogen særlig betydning for deres behandlingsforløb eller kommunikationen omkring dette. Flere har også – som det også fremgår af spørgeskemakommentarerne – en oplevelse af, at DÆMP-indsatsen har stået stille siden opstartssamtalen. Disse patienter brugte derfor interviewsituationen til at efterspørge handling i deres forløb, men det fremgik også, at patienterne ikke selv havde planer om at rykke for dette. Dette hænger formentlig sammen med, at de interviewede DÆMP-patienter i udgangspunktet er tilfredse med den behandling, de får. De fleste peger således på, at de får den hjælp, de har brug for, og at de behandlere, de møder, kender til deres situation og arbejder godt sammen på tværs af læge, hospital og kommune.

Igen er der en enkelt patient, som oplever, at aktiviteterne under DÆMP-indsatsen har haft en stor positiv betydning for hans forløb og helbred. Først og fremmest er vedkommende stort set blevet smertefri og har nedsat sit forbrug af smertestillende piller fra 6-8 piller om dagen, til 1-2 piller om dagen. Det forklarer han dels med sin deltagelse i kommunens KOL-patientskole, hvorigennem han har fået styr på sin vejtrækning og lært at anvende en PEP-fløjte. Dels fordi der er blevet arbejdet med de mål om væggtab, der er opstillet i handleplanen, som har bevirket, at han har tabt 15 kg. Samtidig peger han på, at de forskellige behandleres anvendelse af den fælles handleplan har haft betydning for hans forløb, og udtaler:

Jeg synes, jeg har fået meget bedre behandling, end jeg har fået førhen. Det virker mere som om, at de bekymrer sig om det. Før kunne det virke lidt overfladisk, når der var et eller andet. Jeg synes, jeg bliver godt behandlet alle steder. Jeg bliver også informeret, så det er rigtig godt.

(Peter)

Det generelle billede er dog, at interviewresultaterne i ret stort omfang adskiller sig fra de svar vedrørende DÆMP-indsatsens betydning, der er afgivet i spørgeskemaet. Samtidig viser interviewene, at DÆMP-patienterne generelt har svært ved at adskille DÆMP-indsatsen fra deres øvrige møder med sundhedsvæsenet. Derfor bør svarene i spørgeskemaet tolkes med varsomhed, da det er uklart, hvorvidt disse specifikt er relateret til DÆMP-indsatsen, fremfor DÆMP-patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet generelt.

3.4 Opsamling på DÆMP-patienternes perspektiver på DÆMP-indsatsen

Resultaterne viser, at næsten alle DÆMP-patienter i udgangspunktet ser DÆMP-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.

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 % i praksis har gjort dette mere end en gang.

Selvom patienterne har et meget positivt syn på DÆMP-indsatsen, har de et lavt kendskab til, hvilke konkrete mål der er opstillet i IC-handleplanen, hvilket også er afspejlet i, at kun godt 40 % af respondenterne har været i stand til at vurdere, hvorvidt deres mål er gennemført i praksis. Blandt de patienter, som var i stand til at svare på spørgsmålet, er der til gengæld næsten 60 %, som vurderer, at mindst en del af målene er indfriet, mens kun 12 % svarer, at ingen mål er indfriet.

Når det kommer til samarbejdet på tværs af behandlerne i patienternes behandlingsforløb, oplever godt halvdelen af de respondenter, der har svaret på spørgsmålene, at der mindst i nogen grad er fælles viden og accept af de aftaler, der er indgået for deres behandling. Godt 60 % af respondenterne er tilfredse med de kontakter, de har haft i sundhedsvæsenet i de seneste tre måneder forud for besvarelsen af spørgeskemaet. Samtidig erklærer mellem 50 og 60 % af de respondenter, der har svaret på spørgsmålene, sig overvejende enige i følgende udsagn: at have fået større viden, fået bedre mulighed for at handle selv, stabiliseret og forbedret sin tilstand. Det fremgår således, at et lille flertal DÆMP-patienter er tilfredse med deres kontakter i sundhedsvæsenet, men også at et stort mindretal fortsat oplever plads til forbedring.

De gennemførte interview og spørgeskemaets frie svarkategorier understreger, at mange DÆMP-patienter har et uklart billede af DÆMP-indsatsens indhold, aktiviteter og betydning.

Langt de fleste interviewede DÆMP-patienter har således svært ved at forklare, hvad DÆMP-indsatsen indebærer, 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 således fragmenterede, og de har i lille omfang gjort brug af handleplanen. Sidstnævnte hænger både sammen med manglende viden om handleplanen, manglende behov for at følge med i planen og manglende it-kompetencer.

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 DÆMP-indsatsen, ønsket om at hjælpe andre o.l., frem for forventninger til bedre behandling, der ligger til grund for, at patienter deltager i DÆMP-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 DÆMP-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 patienterne 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 DÆMP-indsatsen, men den hænger formentlig også sammen med, at en del patienter har svært ved at adskille DÆMP-indsatsen fra deres øvrige kontakter i sundhedsvæsenet. Sidstnævnte understøttes dels af, at mange af patienterne har svært ved at adskille DÆMP-indsatsen fra deres øvrige kontakter i sundhedsvæsenet. Dels af, at der er stor konsistens mellem de kvalitative patientdata og fagpersonernes vurdering af DÆMP-indsatsens betydning for patientbehandlingen. På den baggrund vurderer vi, at resultaterne fra patient-spørgeskemaundersøgelsen skal tolkes med forsigtighed, da det er uklart, hvorvidt disse specifikt er relateret til DÆMP-indsatsen, frem for patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet generelt.

4 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på DÆMP-indsatsen

Dette kapitel handler om fagpersonernes perspektiver på DÆMP-indsatsen. Fokus er blandt andet på fagpersonernes:

- kendskab og opbakning til indsatsen
- oplevelse af, hvorvidt de selv og deres samarbejdspartner efterlever aftalerne for DÆMP-indsatsen, samt hvilke barrierer der er for dette
- oplevelse af indsatsens betydning for kommunikation, samarbejde og patientforløb
- forslag til fremadrettet justering af DÆMP-indsatsen.

Kapitlet følger samme struktur som det tilsvarende kapitel i midtvejsrapporten fra forsommeren 2015, men det er opdateret på baggrund af en ny interviewrunde og en ny spørgeskemarunde, som begge er gennemført i november/december 2015.

Det er kun resultaterne fra anden spørgeskemarunde, der præsenteres, men vi angiver løbende, hvis der er sket væsentlige ændringer i svarmønstrene. På samme måde har vi anvendt de kvalitative interviewdata til at opdatere beskrivelserne af fagpersonernes perspektiver på DÆMP-indsatsen. Her gælder det generelt, at der ikke er betydende forskel på pointerne fra første og anden interviewrunde. Til gengæld er der indarbejdet et øget fokus på fagpersonernes perspektiver på DÆMP-indsatsens fremtid, samt forslag til alternative diagnoser, problemstillinger og metoder til at fremme de mål, som er opstillet med DÆMP-indsatsen.

4.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af DÆMP-indsatsens implementering

4.1.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

DÆMP-indsatsens implementering og relevans

En af de grundlæggende forudsætninger for, at IC-modellen implementeres som udformet i DÆMP-indsatsen, er, at de nye redskaber, arbejdsgange og opgaver er kendte, samt at disse opleves relevante af de ansvarlige fagpersoner. For at vurdere, om dette er tilfældet, har vi i interview og spørgeskema afdækket fagpersonernes perspektiver på disse forhold.

Tabel 4.1 nedenfor viser, at fagpersonernes primære kilder til viden om DÆMP-indsatsen fortsat er orienteringsmøder og skriftlig information. Samtidig fremgår det, at besøg fra IC-sekretariatet stadig er den vigtigste kilde til viden for de praktiserende læger, mens nærmeste leder/koordinator/kolleger er en vigtig informationskilde for hjemmesygeplejersker og ergo-/fysioterapeuter. Disse svar afspejler den strategi, der er valgt, hvor IC-sekretariatet i efteråret 2015 har gennemført ekstra opfølgning og besøgsrunder hos alle de deltagende praksis, mens Odense Kommune specifikt har udnævnt decentrale ledere og en fastansat IC-koordinator, som ansvarlige for at understøtte implementeringen blandt hjemmesygeplejersker og terapeuter.

Tabel 4.1 Fagpersonernes angivelser af, hvordan de er informeret om DÆMP-indsatsen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Via skriftlig information	50 %	33 %	55 %
På orienteringsmøde, temamøde, kursus e.l.	57 %	39 %	32 %
Besøg fra IC-projektsekretariat	79 %	18 %	16 %
Af nærmeste leder	0 %	15 %	16 %
Af kollega/koordinator	21 %	52 %	39 %
På egen hånd	7 %	12 %	13 %
På anden måde	0 %	3 %	6 %

Note: 85 besvarelser. Det har været muligt at afgive flere svar.

Tabel 4.2 nedenfor viser fagpersonernes vurdering af eget kendskab til DÆMP-indsatsen. Som det fremgår, er der stadig stor forskel på henholdsvis praksislægenes og de kommunale respondenter kendskab til DÆMP-indsatsen.

Tabel 4.2 Fagpersonernes vurdering af eget kendskab til indholdet i DÆMP-indsatsen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Ja, i meget høj grad	29 %	6 %	3 %
Ja, i høj grad	50 %	12 %	10 %
Ja, i nogen grad	21 %	42 %	29 %
Nej, kun sporadisk kendskab	0 %	36 %	52 %
Nej, har slet ikke kendskab	0 %	3 %	6 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 85 besvarelser.

Det fremgår således, at praksislægerne angiver, at de har et højt kendskab til indholdet i DÆMP-indsatsen, mens en stor del af de kommunale respondenter svarer, at de kun har et sporadisk kendskab. Forskellene på fagpersonernes viden om indholdet i DÆMP-indsatsen matcher de forskelle, der er på rollefordelingen i DÆMP-indsatsen, hvor praksislægerne er ansvarlige for at opspore og inkludere patienter, at være tovholder for det enkelte patientforløb, ligesom det er praksislægerne, der er faste medlemmer af TST. Heroverfor har de kommunale respondenter en langt mere afgrænset rolle med at tage imod handleplaner for de inkluderede patienter og levere den kommunale indsats, som praksislægerne anbefaler. Samtidig deltager de kommunale fagpersoner kun i TST-møder på ad hoc basis. Endelig møder den enkelte kommunale respondent meget få IC-patienter i deres hverdag.

En anden væsentlig forudsætning for IC-modellens implementering og anvendelse er, at den opleves relevant af de involverede fagpersoner, da dette alt andet lige øger motivationen til at efterleve de indgåede aftaler. Derfor har vi bedt de fagpersoner, som kender DÆMP-indsatsen, at vurdere indsatsens vigtighed i Tabel 4.3 nedenfor.

Tabel 4.3 Fagpersonernes vurdering af, hvor vigtig DÆMP-indsatsen er for at sikre kommunikation og koordination af samarbejdet omkring DÆMP-patienter

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Ikke vigtig	75 %	7 %	14 %
Lidt vigtig	17 %	17 %	0 %
Til dels vigtig	0 %	47 %	14 %
Vigtig	8 %	20 %	43 %
Meget vigtig	0 %	0 %	29 %
Ved ikke	0 %	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 54 besvarelser blandt fagpersoner med mere end sporadisk kendskab til indsatsen.

Som det fremgår, er der et stort flertal af praksislæger, der vurderer, at DÆMP-indsatsen ikke er vigtig eller kun lidt vigtig for at sikre kommunikation og samarbejde omkring DÆMP-patienter. Denne andel er fra første til anden spørgerunde steget fra 61 til 86 %. Spørgeskemaundersøgelsen indikerer således, at der ikke er opbakning til DÆMP-indsatsen blandt de praksislæger, som har en helt central rolle på udførende niveau.

Blandt hjemmesygeplejerskerne er opbakningen større med 25 %, der mener, indsatsen er vigtig, og 50 % der mener, den til dels er vigtig. Derved er der sket en positiv udvikling siden første spørgerunde, hvor de tilsvarende tal var henholdsvis 20 og 30 %. Samtidig vurderer mere end 70 % af terapeuterne, at DÆMP-indsatsen er vigtig/meget vigtig. Derved er der også her sket en positiv udvikling siden første spørgerunde, hvor det tilsvarende tal var 54 %. Terapeuternes positive syn på DÆMP-indsatsen hænger formentlig sammen med den viden terapeuterne får del i, samt at patienterne via DÆMP-indsatsen får nye muligheder for at blive henvist til de eksisterende kommunale træningstilbud.

Tabel 4.4 nedenfor viser, at fagpersonernes forskellige kendskab og opbakning til DÆMP-indsatsen også afspejles i deres vurdering af, hvorvidt DÆMP-indsatsen efterleves i daglig praksis.

Tabel 4.4 Fagpersonernes vurdering af, om DÆMP-indsatsen efterleves i hverdagen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
I meget høj grad	17 %	0 %	0 %
I høj grad	0 %	0 %	14 %
I nogen grad	42 %	27 %	43 %
I beskeden grad	25 %	60 %	29 %
Slet ikke	8 %	0 %	0 %
Ved ikke	8 %	13 %	14 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 34 besvarelser blandt fagpersoner med mere end et sporadisk kendskab til indsatsen.

Det fremgår, at 64 % af praksislægerne vurderer, at DÆMP-indsatsen mindst i nogen grad efterleves i hverdagen, mens de tilsvarende tal er henholdsvis 25 og 54 % for hjemmesygeple-

jersker og terapeuter. Heroverfor er der 28 % af de praktiserende læger, der mener, at aftalerne for indsatsen kun i beskeden grad eller slet ikke efterleveres i hverdagen, mens det samme gælder for henholdsvis 55 % af hjemmesygeplejerskerne og 38 % af terapeuterne. Det er således især hjemmesygeplejerskerne, der ikke oplever, at DÆMP-indsatsen efterleveres i hverdagen, mens der ses en positiv udvikling i terapeuter og praktiserende lægers vurdering sammenlignet med første spørgerunde.

For at få en idé om, hvad der eventuelt kan gøres for at øge efterlevelsen af DÆMP-indsatsen i hverdagen, har vi i begge runder bedt fagpersonerne om at vurdere, hvilke forhold der udfordrer arbejdet med indsatsen. Svarene er sammenfattet i Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Fagpersonernes vurdering af, hvad der mangler, for at IC-modellen kan efterleveres i hverdagen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter*
Tid	56 %	61 %	80 %
Driftssikre it-systemer	11 %	8 %	20 %
IC-handleplanens brugervenlighed	89 %	23 %	20 %
Ledelsesmæssigt fokus	0 %	21 %	80 %
Lettere adgang til pc	11 %	8 %	20 %
Information om IC's indhold	22 %	46 %	40 %
Andet	33 %	46 %	20 %

Note: 44 besvarelser blandt de fagpersoner, der ikke vurderer, at DÆMP-indsatsen i høj grad efterleveres i hverdagen. Det har været muligt at afgive flere svar.

* Der er kun fem besvarelser på spørgsmålet, hvilket understreger, at terapeuterne generelt kun har en sporadisk viden om IC-indsatsen.

Det fremgår, at et klart flertal på tværs af faggrupper oplever manglende tid som en udfordring for efterlevelsen af aftalerne for DÆMP-indsatsen. Samtidig er der forskel på, hvor meget de øvrige udfordringer fylder for fagpersonerne. Således oplever 82 % (det tilsvarende tal var 71 % i første spørgeskemarunde) af de praktiserende læger manglende brugervenlighed i IC-plattformen som en udfordring. Dette til trods for, at andelen af læger, der savner driftssikre it-systemer, er faldet fra 35 % i første til 18 % i anden runde.

35 % af hjemmesygeplejerskerne angiver også manglende ledelsesmæssigt fokus som en barriere, hvilket er markant færre end i første spørgerunde, hvor det tilsvarende tal var 63 %. Dette kan skyldes, at der i maj måned blev gennemført ti dialogmøder med alle relevante rehabiliteringsledere i ældre- og handicapforvaltningen med henblik på at sikre den ledelsesmæssige opbakning og støtte. 64 % af fysio-/ergoterapeuter, der har svaret, angiver dog stadig mangel på ledelsesmæssig fokus som en barriere.

Derudover oplever mere end 40 % af de kommunale respondenter, manglende viden om DÆMP-indsatsens indhold som en barriere. Det vil sige, at andelen, der efterlyser dette, er steget siden første runde, hvilket formentlig afspejler, at spørgeskemaet er sendt til en bredere kreds af kommunale fagpersoner i anden runde.

4.1.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

I det følgende nuancerer vi de fund fra spørgeskemaundersøgelsen, som er gengivet ovenfor, med de forståelser og oplevelser, som er afdækket via interview.

Fagpersonerne kender DÆMP-indsatsen og bakker op om indsatsens målsætninger

Næsten alle interviewede fagpersoner fra begge interviewrunder har været faste deltagere i TST-møder og/eller IC-nøglepersoner fra sundheds- og ældreområdet i Odense Kommune. Dette afspejles også ved, at der – på tværs af sektorer og faggrupper – er et godt kendskab til indholdet og målsætningerne for DÆMP-indsatsen. Samtidig var der enighed om, at DÆMP-indsatsen rent teknisk er implementeret, og at der bliver ydet god support fra IC-sekretariatet og den kommunale koordinator i hjemmesygeplejen. Derfor bliver der heller ikke efterlyst yderligere implementeringstiltag relateret til DÆMP-indsatsen.

De overordnede målsætninger, som interviewpersonerne i begge interviewrunder fremhæver og bakker op om i forhold til IC-modellen, er, at indsatsen skal bidrage til:

- bedre koordination og kommunikation mellem aktørerne
- netværksdannelse og fælles viden blandt de deltagende fagpersoner
- øget inddragelse af patienterne i eget forløb, samt at patienter og pårørende oplever mere sammenhængende forløb
- at forebygge indlæggelser og spare sundhedsudgifter.

Herudover har de primære aktører også haft deres egne specifikke motiver og forventninger til, hvad indsatsen skal betyde for dem selv og deres patienter. Det fremgår således, at:

- **praksislægerne** først og fremmest har haft forventning om et bedre samarbejde med kommunen, samt at opstartssamtalerne, IC-handleplanen og TST-møderne til sammen vil give lægerne et bedre overblik og en mere rationel udnyttelse af konsultationstiden som følge af færre men bedre konsultationer. Samtidig lægger praksislægerne vægt på, at indsatsen i sidste ende skal komme de inkluderede patienter til gode og forebygge indlæggelser for at være en succes.
- **hospitalslægerne** ikke selv forventer at få noget ud af deltagelsen i DÆMP-indsatsen, som de først og fremmest ser som et projekt, der skal komme samarbejdet i primærsektoren til gode. Samtidig vurderer hospitalslægerne, at de medicingennemgange praksislægerne kan bestille af OUH og den sparring omkring medicin og udredning, der finder sted på TST-møderne, har et potentiale for at komme de deltagende praksislæger og de aktuelle patienter til gode.
- **de kommunale deltagere** dels håber, at IC-samarbejdet forebygger sygdomsforværring og hospitalsindlæggelser for de inkluderede patienter, og dels håber, at indsatsen bidrager til, at praksislægerne får en større forståelse og respekt for den faglighed, der er/det arbejde, der udføres i kommunen.

Selvom ovenstående specifikke målsætninger er forskellige, har der i ingen af de to interviewrunder været nævnt eksempler på, at de forskellige forventninger til DÆMP-indsatsen skaber modsætninger i IC-samarbejdet. Tværtimod er oplevelsen, at der på de overordnede linjer er et fint fælles fodslag mellem deltagerne, samtidig med at de forskellige dele af DÆMP-indsatsen, potentielt, kan rumme og imødekomme deltageres specifikke målsætninger.

DÆMP-indsatsen opleves i begrænset omfang relevant

Til trods for, at der er opbakning til DÆMP-indsatsens målsætninger, havde interviewdeltagerne både ved midtvejs- og slutevalueringen mange og væsentlige forbehold over for den måde, DÆMP-indsatsen er organiseret og implementeret på.¹⁴

¹⁴ Dette er også afspejlet i kommentarerne fra spørgeskemaets frie svarkategorier der fremgår af **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**

På tværs af evalueringens to interviewrunder og på tværs af faggrupper gælder, at DÆMP-indsatsens fokus på en proaktiv indsats, og den tid arbejdet med indsatsen kræver, udfordrer fagpersonernes opfattelse af, hvad det er legitimt og relevant at bruge tid på i en travl hverdag.

Den generelle oplevelse er således, at DÆMP-indsatsen kun i begrænset omfang opleves relevant. Dette billede blev gentaget i den afsluttende runde, hvor der samtidig var en tendens til, at kritikken var forstærket. I de følgende afsnit gengiver vi begrundelserne, som de forskellige faggrupper gav på tværs af interviewrunderne.

Hospitalslægerne: de interviewede hospitalslæger er alle faste deltagere i TST-grupper, hvor de indgår som medicinske eksperter, og de trækker i høj grad på en specialistlogik, når de vurderer DÆMP-indsatsen og deres egen rolle i denne. Det fremgår på tværs af interview og faggrupper, at hospitalslægerne i stort omfang møder op og bidrager positivt med deres viden om enkeltpatienter, såvel som deres generelle kliniske viden i forhold til de cases, der drøftes. Dette ændrer imidlertid ikke på, at hospitalslægerne sammen med de praktiserende læger er den gruppe, som er mest kritiske over for DÆMP-indsatsen.

Det skyldes dels at de i høj grad oplever en manglende sammenhæng mellem DÆMP-indsatsens intentioner, og måden den er udmøntet på i praksis, og dels fordi de oplever, at der har været for lille mulighed for at tilpasse udformningen af indsatsen til de problemer og mulige løsninger, lægerne ser i deres hverdag:

Vi har prøvet mange gange i arbejdsgruppen at gøre det mere handy, fordi vi syntes, at hele målgruppen med den ældre medicinske patient og de formål, der var opstillet med at forebygge sygdomsudvikling og indlæggelser, var meget fluffy. På den ene side var det formuleret meget løst, og på den anden side viste det sig, at hver gang vi prøvede at præcisere det lidt, så vi fx målrettede det de patienter, der ofte bliver indlagt, så blev der sagt stop. Så arbejdsgruppen havde et meget bundet mandat, fordi der var en politisk gruppe, som havde bestemt, hvordan setuppet skulle være.

(Overlæge, OUH)

Vi har været i en situation, hvor projektet handler om alt – og dermed ender med at handle om ingenting. Og det har vi forgæves forsøgt at påpege.

(Overlæge, OUH)

Som det fremgår, er det først og fremmest det, at der arbejdes med en bred kategori af ældre patienter, der udgør et problem for hospitalslægerne, fordi denne tilgang matcher deres specialiserede roller og viden dårligt. For lægerne er det vigtigt, at en indsats har en tydelig målgruppe og et tydeligt mål, og at møder om patienter omhandler konkrete kliniske problemstillinger og beslutninger vedrørende patienternes behandling. Alt sammen aspekter de ikke forbinder med deltagelsen i DÆMP-indsatsen.

Hospitalslægerne oplever derfor, at DÆMP-indsatsen er ude af trit med deres hverdag, og det understøtter en oplevelse af, at arbejdet med DÆMP-indsatsen – selvom den objektivt set ikke er så stor – er en belastning. Derfor har hospitalslægerne også en forventning om, at det er de praktiserende læger, der må stå i spidsen og tage ansvar for DÆMP-indsatsen, fordi denne ifølge hospitalslægerne er til for almen praksis:

Vi oplever, at det er en indsats, som er målrettet de praktiserende læger, der fx får medicinsk vejledning fra os, uden at vi får noget retur. Og det gør vi gerne, men jeg

oplever, at flertallet ikke tager deres rolle seriøst, så måske er de ikke klar til indsatsen. Jeg savner, at de tager lederskabet – det var jo også dem, der skulle være mødeledere på TST-møderne og sætte den faglige standard, der sikrede, at møderne fungerer som et team, men det har man ikke kunnet få dem til.

(Overlæge, OUH)

Ved den afsluttende interviewrunde (hvor kun to af de otte inviterede hospitalslæger mødte frem) blev der ikke afdækket nye perspektiver på ovenstående. De to, der mødte frem, bekræftede imidlertid, at de ovenstående pointer fortsat er gældende, samt at DÆMP-indsatsen efter deres vurdering ikke bør videreføres.

Det fremgår af begge runder af spørgeskemaundersøgelsen (jf. Tabel 4.2), at en stor del af de **kommunale hjemmesygeplejersker og terapeuter** kun har et sporadisk kendskab til DÆMP-indsatsen, men samtidig at de er de mest positive over for indsatsens relevans (jf. Tabel 4.3). Samtidig efterlyste de kommunale fagpersoner i midtvejsevalueringen et mere tydeligt fokus på implementeringen af indsatsen i deres hverdag, fordi DÆMP-indsatsen fylder meget lidt for den enkelte kommunale fagperson. Billedet af, at der er få patienter, og at de fleste kommunale fagpersoner derfor har et perifert forhold til DÆMP-indsatsen, blev bekræftet af deltagerne ved de afsluttende interview.¹⁵

Til gengæld efterlyste de kommunale fagpersoner ikke længere et øget fokus på implementering af indsatsen. Det skyldes dels, at der er ansat en kommunal koordinator på fuld tid til at understøtte implementeringen, og som holder øje med, at der bliver reageret adækvat på de adviser og handleplaner, der sendes fra praksislægerne. Dels at de enkelte områder i hjemmesygeplejen og træningsområdet har udpeget IC-ressourcepersoner, således at opgaverne relateret til DÆMP-indsatsen er fordelt på færre hænder. Interviewdeltagerne vurderer derfor, at DÆMP-indsatsen i dag har en tydeligere forankring hos et mindre antal relevante kommunale udførere, samt at der bliver handlet korrekt på de handleplaner, der modtages fra egen læge.

Deltagerne i slutevalueringen ser det dog stadig som en udfordring, at der med IC-handleplanen er introduceret et nyt skriftligt kommunikationsredskab, samtidig med at Odense Kommune er i gang med at omorganisere ældreområdet og overgå til et nyt journalsystem:

Det er en stor udfordring for os, at der er så mange forandringer i vores organisation, og det er ikke ekstra forandringer, og systemer vi har brug for.

(Kommunal sygeplejerske)

I den kontekst ser fagpersonerne det som en stor udfordring, at de skal arbejde i IC-handleplanerne. De oplever det som et ekstra og overlappende journalværktøj i en hverdag, som i forvejen er presset. Medarbejdernes tilbagemeldinger er derfor også, at handleplanerne resulterer i et øget tidsforbrug, som ikke står mål med udbyttet, samt at den dynamik, der kunne være for de patienter, der ikke drøftes på TST-møder, udebliver. Selvom de kommunale deltagere er de mest positive over for DÆMP-indsatsen – anbefaler de derfor også, at DÆMP-indsatsen lukkes ved udgangen af projektperioden.

Praksislægerne oplevede ved midtvejsevalueringen, at DÆMP-indsatsen var relevant, og det fremgik også, at en del oplevede et godt udbytte af de TST-møder, de havde deltaget i. Til gengæld var der også en række forhold omkring indsatsens organisering og implementering, som ifølge lægerne mindskede relevansen og udbyttet af DÆMP-indsatsen. Disse forhold hang i

¹⁵ Tre af de syv kommunale fagpersoner fra den afsluttende interviewrunde havde et godt kendskab til IC-indsatsen, fordi de havde særligt ansvar for at tage imod de handleplaner, der sendes til kommunen. De resterende fire kommunale interviewdeltagere havde kun været i kontakt med 1-3 IC-patienter, hvorfor de kun havde et perifert kendskab til indsatsen.

høj grad sammen med praksislægernes særlige rolle og opgaver i forbindelse med opstarten af DÆMP-forløb (Disse uddybes i afsnit 4.2 nedenfor).

Som indikeret i svarene fra spørgeskemaet (jf. Tabel 4.4) vurderer de praksislæger, som er interviewet til slutevalueringen, at DÆMP-indsatsen er blevet bedre implementeret siden midtvejsevalueringen. Samtidig er der flere, som er glade for at kunne henvise DÆMP-patienter til Ældresagen, psykolog og medicingennemgang hos klinisk farmakolog, hvorfor de ønsker at beholde disse nye muligheder.

Til gengæld er de interviewede praksislæger (i overensstemmelse med svarene i Tabel 4.3) blevet betydeligt mere kritiske, når de vurderer relevansen af DÆMP-indsatsen. Det bekræftes i det gennemførte interview, hvor der fortsat er enkelte, der oplever et godt udbytte af TST-møderne. Flertallet oplever dog, at udbyttet er mindsket, fordi der er en tendens til, at det er de samme typer af problemer, der drøftes igen og igen. Samtidig var praksislægerne, qua de erfaringer de har gjort sig i perioden mellem interviewrunderne, blevet bekræftet i oplevelsen af, at DÆMP-indsatsen udgør et unødvendigt og fordyrende led i deres arbejde.

Derfor anbefaler praksislægerne – hvis argumenter uddybes i de nedenstående afsnit – også, at DÆMP-indsatsen lukkes ved udgangen af projektperioden.

4.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver

4.2.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

De praktiserende læger har en særlig rolle i DÆMP-indsatsen, fordi det er dem, der opsporer/inkluderer patienter og udarbejder de handleplaner, der skal fungere som det fælles fundament for den efterfølgende indsats. Derfor har der i spørgeskemaet været en række spørgsmål, som er målrettet de redskaber og opgaver, som praksislægerne har i forbindelse med opstarten af DÆMP-forløb. Det skal dog bemærkes, at kun 14 læger har besvaret spørgeskemaet, hvorfor der er stor statistisk usikkerhed forbundet med resultaterne.

Det første redskab, vi har undersøgt, er de risikolister, som anvendes til at udvælge relevante patienter jf. Tabel 4.6:

Tabel 4.6 De praktiserende lægers vurdering af risikolisternes anvendelighed angivet i procent

	Risikolisterne er anvendelige som arbejdsredskab	Risikolisterne finder de rigtige DÆMP-patienter	Risikolisterne er anvendelige som afsæt for opstartssamtale med ældre medicinske patienter og evt. pårørende
Slet ikke	29 %	29 %	36 %
I beskeden grad	50 %	64 %	29 %
I nogen grad	21 %	7 %	29 %
I høj grad	0 %	0 %	7 %
I meget høj grad	0 %	0 %	0 %
Ved ikke	0 %	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 14 besvarelser.

Det fremgår – på tværs af alle tre spørgsmål – at mere end 70 % af praksislægerne slet ikke eller kun i beskeden grad finder risikolisterne anvendelige, mens ingen praksislæger i høj eller

meget høj grad finder dem anvendelige. Billedet er således, at lægerne forholder sig mere kritisk til risikolisterne ved afslutningen af projektperioden end i første spørgerunde. Spørgeskemaet indikerer således fortsat, at risikolisterne kun i begrænset omfang understøtter DÆMP-indsatsen på den tiltænkte måde.

Det andet nye arbejdsredskab, som lægerne har fået stillet til rådighed med DÆMP-indsatsen, er patienternes IC-handleplan. Forventningen er blandt andet, at den skal understøtte opstartssamtalerne og medvirke til at inddrage patienterne aktivt i planlægningen af DÆMP-indsatsen. Lægernes vurdering af, hvorvidt dette er tilfældet, er gengivet i Tabel 4.7 nedenfor.

Tabel 4.7 De praktiserende lægers vurdering af handleplanen og dens bidrag til opstartssamtalen

	Den fælles IC-handleplan er enkel at udarbejde	Den fælles IC-handleplan indeholder de rette informationer	Opstartssamtalen og den fælles IC-handleplan bidrager til øget inddragelse af borgere og pårørende
Slet ikke	29 %	0 %	21 %
I beskeden grad	50 %	36 %	43 %
I nogen grad	7 %	64 %	21 %
I høj grad	0 %	0 %	7 %
I meget høj grad	14 %	0 %	7 %
Ved ikke	0 %	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 14 besvarelser.

Det fremgår, at 11 af de 14 praksislæger slet ikke eller kun i beskeden grad angiver, at handleplanen er enkel at udarbejde. Samtidig svarer 9 af de 14 praksislæger, at handleplanen i nogen grad indeholder de rette informationer, mens de resterende 5 kun vurderer, at dette i beskeden grad er tilfældet. Endelig er der 9 af de 14 læger, som vurderer, at handleplanen sammen med opstartssamtalen slet ikke eller kun i beskeden grad bidrager til øget inddragelse af patienter og pårørende, 3 af lægerne vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet, mens de sidste 2 vurderer, at dette i høj eller meget høj grad er tilfældet.

Svarene indikerer således, at opstartssamtalen og handleplanen kun i beskeden grad opleves at understøtte målet om øget patientinddragelse. Samtidig understøtter svarene den generelle tendens til, at de 14 praksislæger, som har svaret på spørgeskemaet ved udgangen af projektperioden, forholder sig mere kritisk til spørgsmålene, end de 18 læger, der svarede på første spørgerunde.

Det sidste spørgsmål, som er stillet specifikt til praksislægerne, handler om, hvorvidt DÆMP-indsatsen styrker lægernes rolle som patienternes tovholder.

Tabel 4.8 De praktiserende lægers vurdering af DÆMP-indsatsens betydning for deres rolle som DÆMP-patienternes tovholder

	Antal	Procent
I meget høj grad	0	0 %
I høj grad	0	0 %
I nogen grad	2	14 %
I beskeden grad	7	50 %
Slet ikke	5	36 %
I alt	14	100 %

Note: 14 besvarelser.

Som det fremgår af Tabel 4.8 vurderer 12 ud af de 14 praksislæger, at dette slet ikke eller kun i beskeden grad er tilfældet, mens de resterende to angiver, at DÆMP-indsatsen i nogen grad styrker deres rolle som tovholder. Spørgeskemaet indikerer således, at DÆMP-indsatsen kun i beskeden omfang styrker praksislægerne rolle som patientens tovholder. Også her viser svarene (om end de er forbundet med usikkerhed), at praksislægerne forholder sig mere kritisk til spørgsmålene, sammenlignet med første svarrunde.

4.2.2 Resultater fra interview med praksislægerne

Den tværgående pointe fra begge de gennemførte spørgeskemarunder er, at flertallet af praksislægerne kun i ganske begrænset omfang oplever, at DÆMP-indsatsens redskaber understøtter deres opgaver i forbindelse med opstart af forløb/deres tovholderrolle. Denne pointe nuanceres og uddybes nedenfor på baggrund af de gennemførte interview.

Risikolister og inklusion af patienter

Midtvejsevalueringen viste, at praksislægerne, ifølge egne udsagn, ikke havde nogen problemer med at agere opsøgende over for DÆMP-patienterne og invitere dem til opstartssamtaler. Samtidig var der en del af lægerne, som anvendte risikolisterne som afsæt for at inkludere patienter til DÆMP-indsatsen. Flertallet af praksislægerne oplevede imidlertid et mismatch imellem organiseringen af DÆMP-indsatsen og de patienter, der kunne inkluderes. Det skyldtes, at inklusionskriterierne for DÆMP-indsatsen, ud fra et ønske om indsatsen skulle være proaktiv, var lagt an på, at det kun var let til moderat syge patienter, der kunne inkluderes i indsatsen.

Disse inklusionskriterier ledte, på tværs af faggrupper, til en udbredt oplevelse af, at de patienter, der blev fundet i mange tilfælde er for "lette" til at profitere af den videndeling, der lægges op til i DÆMP-indsatsen. Samtidig fortalte praksislægerne, at opstartssamtalerne ofte resulterede i, at patienten ikke ønskede at deltage, eller at det var svært at finde relevante tilbud/opstille en meningsfuld fælles handleplan for patientens forløb. Denne oplevelse ledte allerede i marts 2015 til, at der blev slækket på inklusionskriterierne. Og på baggrund af tilbagemeldinger fra midtvejsevalueringen – og stor mangel på inkluderede patienter – blev inklusionskriterierne i august 2015 givet helt fri, således at lægerne kunne inkludere alle patienter over 65 år, som de fandt relevante.

Som illustreret i nedenstående citat, forholder praksislægerne sig positivt til justeringerne i inklusionskriterierne, som de vurderer giver bedre mulighed for at inkludere relevante patienter til DÆMP-indsatsen:

Jeg er meget tilfreds med, at vi er gået over til at håndplukke patienterne igen, så vi tager udgangspunkt i nogle konkrete problemstillinger, fremfor at skulle finde noget til nogen, der optræder på en stratificeringsliste. I den lange periode, vi har kørt med stratificering, har udbyttet været lille. Det bliver lidt fortænkt, og udbyttet har slet ikke stået mål med indsatsen.

(Praksislæge)

Praksislægerne fremhæver også, ved begge interviewerunder, at de nye muligheder for at henvise DÆMP-patienter til psykolog og Ældresagen udgør positive nyskabelser, der i flere tilfælde har været udslagsgivende for, at der er inkluderet patienter.

I forlængelse af ovenstående – og i kraft af tæt opfølgning fra IC-sekretariatets side – er en del af praksislægerne begyndt at inkludere flere patienter, men omvendt er der en lige så stor andel af praksislægerne, der fortæller, at de er holdt med at inkludere patienter på grund af mangel på tid/fordi de ikke vurderer, at DÆMP-indsatsen giver et tilstrækkeligt udbytte. Som illustreret i nedenstående interviewuddrag fremstår det endvidere som en væsentlig pointe fra de fire interviewede praksislæger, der ifølge eget udsagn har skruet op for inklusionen, at:

Praksislæge 1: Nu er vi jo blevet bedt om at inkludere flere patienter, så det gør vi. Men fx de tre patienter, jeg inkluderede i går, er nogle, jeg ikke har nogen oplagte problemer med. Så jeg har ikke lagt noget ind med, at der skulle ske en masse med dem.

Interviewer: Så – siger du, at du inkluderer patienter, som ikke er relevante, og hvor du ikke har et mål med det?

Praksislæge 1: Ja – mit mål med det her var at gøre IC glad.

Interviewer [til praksislæge 2]: Hvad med dig, hvordan er det med patienter, du inkluderer?

Praksislæge 2: Jeg har det lidt på samme måde. Jeg føler, at jeg putter folk ind for at tilfredsstille en statistik.

Som illustreret i interviewudraget oplever praksislægerne, at det store fokus på at øge antallet af inkluderede patienter til DÆMP-indsatsen, resulterer i en uhensigtsmæssig målforskydning, hvor patienter inkluderes udelukkende af hensyn til DÆMP-indsatsen. Dette var en udbredt pointe på tværs af efterårets interview. Hvis denne pointe holder i forhold til de inkluderede patienter, og er så udbredt, som interviewene indikerer, er der tale om en særdeles uhensigtsmæssig praksis, som ud over at være udtryk for ressourcespild er direkte i modstrid med DÆMP-indsatsens målsætning om, at der skal være et konkret, patientrettet formål med at inkludere patienter.

Opstartssamtalen og IC-handleplanen

De interviewede praksislæger var ved begge interviewerunder positive over for opstartssamtalen, som giver mulighed for at komme grundigt omkring patienternes situation, sygdomsbillede og ønsker om at blive henvist til DÆMP-indsatsens forskellige tilbud. Lægerne sætter typisk en time af til samtalen, og de fleste oplever, at samtalerne – og de IC-referater, de skal lave til handleplanen – giver ny viden og bedre overblik.

Samtidig forbinder flertallet af lægerne samtalen med udvidet patientinddragelse, fordi de har tid til at komme godt omkring patientens situation og afdække patientens egne ønsker og motivation for at deltage i DÆMP-indsatsens tilbud. Flere fortæller også, at de er bevidste om lø-

bende at vise/fortælle patienterne, hvad de skriver i handleplanen.¹⁶ Men i øvrigt fremgår det, at opstartssamtalerne ikke adskiller sig fra øvrige konsultationer i forhold til, hvordan lægerne taler med og inddrager patienterne.

Det fremgår også, at afsættet for opstartssamtalerne er at matche patienterne til et eller flere af de IC-tilbud, der er oprettet på hospital, hos kommune, psykolog og Ældresagen, mens de mere overordnede mål om at skabe fælles viden på tværs af patientens forløb har en tendens til at glide i baggrunden. Ved midtvejsevalueringen blev der ikke knyttet yderligere kommentarer til denne pointe, men ved de afsluttende interview, var der flere praksislæger, som fortalte, at de ofte har svært ved at opstille et relevant forløb for de patienter, de har opstartssamtaler med. Dels fordi en del patienter takker nej under/efter samtalen, og dels fordi samtalen ofte viser, at der er godt styr på patientens situation. Opgaven med at finde og inkludere patienter beskrives derfor af flere som tidskrævende og vanskelig, hvilket mindsker motivationen til at holde et fokus på indsatsen.

Herudover fremgår det på tværs af interviewrunderne, at lægerne udleverer en folder om DÆMP-indsatsen og fortæller de patienter, som er i stand til at forholde sig til muligheden, at de selv kan logge på handleplanen. I overensstemmelse med patienternes perspektiver (jf. afsnit 3.2) vurderer lægerne imidlertid ikke, at disse oplysninger spiller den store rolle for patienterne. Derfor indgår det også i lægernes strategi for patientinddragelse, at de er bevidste om ikke at "overinformere" patienterne om DÆMP-indsatsen, fordi de fleste patienter har svært ved at overskue for meget information i den samme konsultation. Denne tilgang går igen på tværs af de interviewede fagpersoner, der (på linje med patienterne selv) fortæller, at patienterne har en meget lille indsigt i, hvad DÆMP-indsatsen er. På samme måde er det de praktiserende lægers oplevelse, at IC-handleplanerne, for langt de fleste DÆMP-patienter, er uanvendelige som redskab til at give patienten mere viden og overblik over eget forløb.

Når det kommer til IC-handleplanens praktiske anvendelse, vurderer praksislægerne, at planen i store træk har det rigtige indhold og en overskuelig struktur og generelt oplever de også, at den fungerer stabilt som it-arbejdsredskab. Praksislægerne har enkelte eksempler på, hvordan handleplanen fungerer som et redskab til tværsektoriel dialog og handling:

Jeg havde en, der havde problemer med medicin, så skrev jeg det i handleplanen under vidensdeling. Få dage efter kom der besked retur fra hjemmesygeplejersken om, at nu havde hun været ude og kigge på æskerne og lære ham op i medicinen. Så der var faktisk nogen, som læste handleplanen og reagerede på den.

(Praksislæge)

Selvom de interviewede praksislæger ikke er så kritiske over for handleplanens brugervenlighed, som man umiddelbart skulle tro jf. Tabel 4.7, er den generelle oplevelse alligevel, at det er tidskrævene at udfylde handleplanen, og at denne ikke resulterer i bedre eller hurtigere tværsektoriel kommunikation, sammenlignet med de systemer, der allerede er på plads:

Jeg har tænkt meget over, hvorfor det ikke har givet mig nogen nytte i hverdagen, og jeg tror det er fordi, vi er dækket godt ind i forvejen. Jo mere jeg tænker over det, jo mere tænker jeg, at vores behov for at kunne kommunikere og samarbejde på tværs af forløbet er dækket ind. De elektroniske korrespondancer fungerer godt.

(Praksislæge)

¹⁶ Det gør de pågældende læger også i normale konsultationer. Det har desværre ikke været muligt at observere en opstartssamtale inden for den tidsramme, der var sat af til dataindsamling. Derfor indgår der ikke observationer i denne runde af DÆMP-undersøgelsen.

Den manglende gevinst hænger for praksislægerne også sammen med, at handleplanerne fungerer som envejskommunikation, hvor der sjældent kommer relevant viden retur fra de andre parter i DÆMP-indsatsen. Lægerne erkender i den forbindelse, at dette formentlig skyldes, at de ikke selv er gode til at udfylde videndelingsfelterne, samt at de sjældent angiver et specifikt behov for tilbagemelding. Det spiller dog også en rolle, at handleplanen, ifølge lægerne, ikke er så kompatibel med lægernes egne journalsystemer og det fælles medicinkort, som de i udgangspunktet mener at være stillet i udsigt.

Alt i alt betyder ovenstående forhold, at lægerne ikke oplever, at den tid, de anvender på handleplanerne, er givet godt ud. De vurderer også, at den ekstra tid, der bliver aflønnet i IC-regi, kunne udnyttes bedre, hvis de fik lov til at arbejde med afsæt i de korrespondancemeddelelser og adviser, som i de seneste år er indført for at understøtte kommunikationen på tværs af almen praksis, kommune og hospital:

Det har givet meget, at vi har fået korrespondancemeddelelser og Edifact. Det er supereffektivt, og det går hurtigt.

(Praksislæge)

Den praktiserende læges rolle som patientens tovholder

Som beskrevet ovenfor, oplever praksislægerne, at opstartssamtalen og den viden, den giver om patienten, *understøtter deres tovholderrolle positivt*. Lægerne er også positive over for de muligheder (og den opmærksomhed), DÆMP-indsatsen har givet for at henvise patienter til de forskellige tilbud. Især Ældresagens tilbud og tilbuddet om psykologbistand fremhæves som positive muligheder, som de ønsker bevaret fremover.

Ovenstående positive perspektiver er dog afgrænset til de konkrete patienter og opgaver, der løses i DÆMP-indsatsen. Lægerne oplever således ikke, at DÆMP-indsatsen generelt påvirker deres arbejde med DÆMP-patienter, og de vurderer også, at tovholderrollen for den del af patientforløbet, der ligger efter opstartssamtalen, er uændret for de patienter, der inkluderes i DÆMP-indsatsen:

Jeg har bestemt ikke været flink til at følge systematisk op på de inkluderede patienter. Men de komplicerede ser jeg alligevel, og så bliver der jo fuldt op der. Jeg kan ikke se, hvorfor jeg skulle indkalde de ikke komplicerede – ud over for at få en ekstra honorering...

(Praksislæge)

Som illustreret i citatet ovenfor, oplever praksislægerne ikke, at de har et særligt ansvar eller behov for at følge op på forløbet på de patienter, hvor der er tale om et enkelt forløb, som fx henvises til Ældresagen for at få en besøgsven eller de kommunale terapeuter for at få mulighed for træning. Lægerne er således ikke opmærksomme på det behov for opfølgning, som patienterne efterspørger i kapitel 2, og de har en forventning om, at patienter – og samarbejdspartner – selv henvender sig til dem, hvis der er noget, de mangler.

De øvrige fagpersoners oplevelse

Inklusionskriterierne – og hvorvidt det er de rigtige patienter, der findes via disse – optager også de kommunale deltagere i DÆMP-indsatsen. De kommunale deltagere deler i den forbindelse praksislægernes tilfredshed med, at inklusionskriterierne er blevet blødt op. Samtidig foreslår de, at man fremadrettet sørger for, at de relevante men "lette" patienter kan ledes hen til DÆMP-indsatsens forskellige tilbud på en mere enkel og tidseffektiv måde via de eksisterende systemer og korrespondancer.

De øvrige interviewpersoner deler også oplevelsen af, at DÆMP-indsatsen ikke påvirker praksislægerens tovholderrolle og flere efterlyste i den forbindelse, at lægerne i højere grad påtager sig en mere aktiv tovholderrolle i regi af IC-handleplanen. Dette uddybes i afsnit 4.3 nedenfor.

4.3 IC-handleplanen og TST-mødernes bidrag til tværgående samarbejde

Samarbejdet mellem fagpersonerne i DÆMP-indsatsen bygger på to dialogredskaber: IC-handleplanen og TST-møderne. Dette afsnit omhandler disse redskaber og fagpersonernes perspektiver på, hvordan disse dialogredskaber påvirker kommunikation og samarbejde.

4.3.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

IC-handleplanen

Handleplanen er en it-plattform, som alle de fagpersoner, der i regi af DÆMP-indsatsen er tilknyttet en patient, kan skrive i og på forskellige måder gøre hinanden opmærksomme på deres overvejelser vedrørende patienten. Det er altså en art fælles journal, men hvor der også er mulighed for at kommunikere mere direkte med hinanden, og således et nyt redskab i arbejdet for de forskellige fagpersoner. I hverdagen er det således ved at anvende handleplanen, at de forskellige fagpersoner kan praktisere DÆMP-indsatsen.

IC-handleplanen er således udset til at spille en central rolle i den tværgående kommunikation og koordination af inkluderede patienters forløb. Alle fagpersoner er derfor blevet spurgt om deres kendskab til IC-handleplanen og blandt dem, der som minimum har nogen grad af kendskab, har desuden fået nedenstående spørgsmål.

Tabel 4.9 Fagpersonernes vurdering af IC-handleplanens bidrag til tværgående samarbejde og kommunikation

	IC-handleplanen er meningsfuld og enkel at navigere i	IC-handleplanen bidrager til øget fælles viden om den enkelte patient blandt de involverede fagpersoner	Oplysningerne i den enkelte patients IC-handleplan er opdaterede, når jeg kigger i den	IC-handleplanen indeholder relevante oplysninger, der øger kvaliteten i mit eget arbejde med den enkelte patient	IC-handleplanen effektueres med bedre patientforløb til følge
Slet ikke	14 %	5 %	11 %	16 %	11 %
I beskeden grad	32 %	32 %	32 %	38 %	49 %
I nogen grad	32 %	32 %	30 %	22 %	27 %
I høj grad	16 %	19 %	14 %	16 %	11 %
I meget høj grad	5 %	11 %	8 %	5 %	3 %

Note: 37 besvarelser blandt fagpersoner, der minimum har nogen grad af kendskab til IC-handleplanen.

Som det også var tilfældet i første runde af spørgeskemaet, fordeler svarene på alle fem spørgsmål sig bredt. Der er dog en tendens, til at andelen af negative besvarelser er øget fra første til anden runde. Set i lyset af, at det er under halvdelen af respondenterne, som i udgangspunktet har et nogenlunde kendskab til IC-handleplanen, indikerer spørgeskemaundersøgelsen således fortsat, at handleplanen kun i begrænset omfang opleves som et relevant og nyttigt redskab i DÆMP-indsatsen.

TST-møderne

De tværsektorielle teammøder (TST) er et centralt samarbejdsforum, der skal bidrage til, at der udvikles netværk med fælles viden og gensidig respekt på tværs af de fagpersoner, der deltager i DÆMP-indsatsen. Derfor har vi specifikt undersøgt de faste medlemmers deltagelse og udbytte af TST-møderne jf. Tabel 4.10 og Tabel 4.11 nedenfor.

Tabel 4.10 Har der været afholdt tværsektorielle teammøder i dit team, som du ikke har deltaget i?

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Andre (herunder hospitalslæger)
Nej	15 %	29 %	0 %
Ja, et enkelt	46 %	57 %	50 %
Ja, flere	38 %	14 %	50 %
Antal	13	7	8

Note: 28 besvarelser fra faste deltagere i TST-team.

De tværsektorielle teammøder er et centralt redskab i DÆMP-indsatsen, men som det fremgår, er over 70 % gået glip af et eller flere møder. Respondenternes vurdering af TST-møderne viser imidlertid også (jf. Tabel 4.11), at møderne fortsat er det element i DÆMP-indsatsen, der vurderes mest positivt:

Tabel 4.11 Fagpersonernes vurderinger af udbyttet fra de afholdte TST-møder

	TST-møderne fungerer som et mødeforum	Den tid, jeg anvender på TST-møder, er godt givet ud	TST-møderne bidrager til et større kendskab til de andre aktørers faglige område	TST-møderne bidrager til bedre samarbejde mellem aktørerne
Slet ikke	0 %	14 %	3 %	5 %
I beskeden grad	11 %	35 %	19 %	24 %
I nogen grad	24 %	19 %	30 %	16 %
I høj grad	38 %	22 %	24 %	30 %
I meget høj grad	27 %	11 %	24 %	24 %
Antal	29	29	29	29

Note: 29 besvarelser blandt fagpersoner, der har deltaget i TST-teammøder.

Som det også var tilfældet i første spørgerunde, er der et flertal af fagpersoner, som vurderer, at TST-møderne fungerer som et godt mødeforum, der bidrager til et større kendskab til de andre aktørers faglige område samt et bedre samarbejde mellem deltagerne. Til gengæld er der ved afslutningen af projektperioden 49 %, som slet ikke eller kun i beskeden grad vurderer, at den tid, de anvender på møderne er givet godt ud – hvilket svarer til en stigning på 9 % sammenlignet med første spørgerunde. Heroverfor er der fortsat 31 %, som vurderer, at tiden i høj – eller meget høj grad er givet godt ud.

4.3.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

IC-handleplanen

Det fremgår af begge interviewrunder, at IC-handleplanerne først og fremmest anvendes som et redskab, hvor de praktiserende læger henviser patienterne til de forskellige tilbud, der er mulighed for i DÆMP-indsatsen. De kommunale modtagere af handleplanerne oplever (selvom der en gang imellem er brug for at sende handleplanen retur på grund af usikkerhed omkring, hvad der skal gøres), at planerne fungerer fint som henvisningsredskab. Samtidig fortæller de kommunale fagpersoner, der har rutine med handleplanen, at den er fint opbygget, ligesom den giver et godt samlet overblik over patient og patientforløb.

Til gengæld vurderer ingen interviewdeltagere i slutevalueringen, at DÆMP-indsatsen har ledt til flere henvisninger og bedre udnyttelse af de kommunale tilbud til ældre patienter. Heroverfor oplever Ældresagen og psykologen handleplanerne positivt, fordi de repræsenterer en ny henvisningsmulighed og kontaktoverflade, der leder patienterne hen til relevante tilbud.

Det fremgår samtidig, at de kommunale deltagere ikke oplever, at kommunikationen i handleplanen er mere præcis eller som et afsæt for bedre fælles viden, sammenlignet med den kommunikation, der foregår uden for IC-regi. Derfor er der, som illustreret i citatet nedenfor, bred enighed blandt de interviewede fagpersoner om, at IC-handleplanen giver et dobbeltarbejde, som ikke giver deltagerne en væsentlig gevinst sammenlignet med de rutiner og kommunikationsredskaber, der allerede er på plads i DÆMP-samarbejdet:

Det har i højere grad været et stressmoment end en hjælp. Det ville aldrig være vores førstevalg, sådan som det [IC-handleplanen] har fungeret. Det har været af pligt vi har brugt det, ikke af behov.

(Kommunal sygeplejerske)

Der bliver heller ikke nævnt eksempler på, at fagpersonerne tilstræber, at kommunikationen i handleplanerne skal være målrettet og præcis over for modtageren af planen, og der nævnes ikke eksempler på, at dette behov er drøftet på generelt niveau.¹⁷

Praksislægerne har således, som det også var tilfældet ved midtvejsevalueringen, en forventning om, at modtagerne af handleplanerne tager kontakt, hvis der er noget, de mangler. Selvom både de kommunale interviewpersoner og hospitalslægerne til interviewene efterlyste mere baggrundsviden, mere præcis medicinstatus, klarere anvisninger til, hvad modtagerne forventes at gøre for patienten, samt hvilke mål der er for forløbet, er det imidlertid sjældent, at der er en dialog om dette i handleplanen.

Fagpersonernes øvrige perspektiver på IC-handleplanens rolle i DÆMP-indsatsen hænger i høj grad sammen med den rolle, planen spiller på TST-møderne. Derfor præsenteres pointerne i nedenstående afsnit.

TST-møderne

Midtvejsevalueringen viste, at der var blandede perspektiver på udbyttet af TST-møderne, samt at det var svært at få meldt relevante patientcases ind til møderne. Selvom der var eksempler på positive erfaringer, var den overordnede vurdering også, at de ressourcer, der lægges i at afholde møderne, ikke står mål med resultaterne. Som det er beskrevet i kapitel 2, ledte dette til, at der i efteråret 2015, blev lavet en række justeringer i TST-mødernes organisering og mødeform, for at øge antallet af patientcases, såvel som det oplevede udbytte af møderne,

¹⁷ Det er dog drøftet i forbindelse med de patientcases, der meldes på TST-møderne. Det vender vi tilbage til i næste afsnit.

herunder øge relevansen for de deltagene fagpersoner og sikre, at alle deltagere kommer til orde på møderne:

- For det første blev de fire TST-grupper slået sammen, så der fra september og frem kun var to TST-grupper.
- For det andet blev mødekadencen ændret, så TST-grupperne mødes en gang månedligt frem for hver anden måned.
- For det tredje blev der åbnet op for, at praksislægerne (og i princippet også andre aktører) frit kunne melde patientcases ind til drøftelse i TST-regi uden at skele til DÆMP-indsatsens inklusionskriterier.
- For det fjerde blev der mulighed for, at lægerne kunne deltage i begge TST-grupperes møder, hvis der fx var en akut problemstilling, de ønskede at drøfte med kort varsel.
- For det femte blev der indført en mere formel mødestruktur, hvor der dels er en runde som sikrer, at alle fagpersoner, der er involveret i den aktuelle patientcase, kommer til orde, før drøftelserne bliver givet fri.
- For det sjette blev det aftalt, at en overlæge fra OUH, der har været særligt involveret i udviklingen af DÆMP-indsatsen, fungerer som fast referent, der tager noter i IC-handleplanen, mens patienten drøftes.

KORAs empiriindsamling til slutevalueringen blev gennemført i november 2015. På dette tidspunkt havde de nye TST-grupper kun nået at mødes en gang med det nye setup. KORA observerede de første møder i de sammenslåede TST-grupper og gennemførte umiddelbart herefter anden interviewrunde.¹⁸ De gennemførte observationer og interview identificerede overordnet ingen væsentlige ændringer i forløbet af TST-møderne eller fagpersonernes udbytte af disse. Indtrykket fra observationerne (som blev bekræftet i de gennemførte interview) var således fortsat, at møderne fungerer som et tværsektorielt mødeforum, hvor det først og fremmest er de deltagene læger, der har ordet, samt at det er kliniske problemstillinger omkring medicin, udredning og behandling, der optager mødetiden.

I forlængelse heraf viser interviewene, at de faste deltagere i TST-møderne har forskellige perspektiver på justeringerne af setuppet omkring TST-grupper og TST-møder. Enkelte vurderer således, at justeringerne giver mulighed/fleksibilitet til at få drøftet flere og mere relevante patientcases med et større fælles udbytte. Flertallet forventer imidlertid ikke, at justeringerne vil ændre væsentligt på udbyttet af TST-møderne. Samtidig er der flere, som vurderer, at de får svært ved at afsætte tid til månedlige TST-møder, hvorfor de forventer en lavere mødedeltagelse fremadrettet.

I forhold til de konkrete erfaringer med efterårets TST-møder, bliver der i interviewene peget på at:

- Praksislægerne generelt synes, der går for lang tid med at genfortælle sygehistorien under gennemgangen af de enkelte patienter, fordi det er en gentagelse af det, der står i det skriftlige oplæg.
- Enkelte læger har svært ved at se relevansen af en mere formel talerække og den mere aktive mødeledelse som er introduceret siden midtvejsevalueringen. Andre kan godt se ideen og lægger vægt på, at (især de kommunale) ad hoc-deltagere skal have en god oplevelse, når de deltager på TST.
- Der er bred enighed om, at TST-møderne primært fungerer som en tværsektoriel lægekongference. Lægerne fortæller i den forbindelse, at det er der, de har deres fokus. Praksislæ-

¹⁸ Det skal således understreges, at nedenstående afsnit bygger på begrænsede erfaringer, der ikke nødvendigvis afdækker de langsigtede erfaringer med de gennemførte ændringer.

gerne har svært ved at se, hvordan det kan være anderledes, når det er dem, der melder ind, men de oplever et godt udbytte, når der deltager kommunale fagpersoner med et personligt kendskab til den patient, der drøftes.

- Der er bred enighed om, at der fortsat er for få patientcases, som er meldt ind til de enkelte møder, samt at en stor del af de indmeldte patientcases indeholder et for lille læringspotentiale.

Praksislægenes perspektiver på TST-møderne

Der har igennem hele IC-projektet været problemer med at finde relevante patientcases til møderne. Derfor har IC-sekretariatet været nødt til at påtage sig en aktiv rolle med at motivere og hjælpe praksislægerne med at få meldt cases ind. Ved midtvejsevalueringen blev manglen på patientcases først og fremmest begrundet i, at de patientcases, der under opstarten kunne inkluderes, var for enkle til, at det var relevant at drøfte samarbejdet omkring dem.

Derfor er der åbnet op for, at praksislægerne (og i princippet også andre deltagere) kan melde alle patienter, de finder relevante, ind til drøftelse på et TST. Samtidig har IC-sekretariatet påtaget sig en meget aktiv rolle, hvor de bl.a. ringer rundt til hver enkelt af de deltagene praksislæger for at få dem til at melde patientcases ind til møderne. Flere af de interviewede praksislæger fortæller, at denne fremgangsmåde resulterer i, at der meldes flere – men langt fra altid relevante patienter ind til møderne. Indtrykket er således (på samme måde som med inklusionen af patienterne jf. afsnit 4.2.2) at:

Du kunne også se på det sidste TST-møde – der var blevet ringet rundt til os alle sammen for at få os til at melde patienter ind. Jeg havde ikke tid, men de to første sygehistorier, dem var der heller ikke så meget at tage i. [...] Når vi bliver punket meget, fordi der ikke kommer nogen på til TST-mødet, så kommer der nogen på, som ikke er relevante.

(Praksislæge)

Det billede, at der meldes patienter ind til TST-møderne mere af hensyn til DÆMP-indsatsen, end fordi de selv oplever et behov for at drøfte patienten, er udbredt blandt de interviewede praksislæger.

Hvad angår udbyttet af TST-møderne, er der fortsat enkelte praksislæger, som sætter pris på muligheden for at drøfte patientcases, hvor de har brug for sparring omkring patienternes medicin, udredning og behandling. Disse læger understreger også, at de, når kommunen har været inde over patienten, får nyttig viden med hjem, samt at møderne generelt øger deres forståelse og respekt for den indsats, der foregår i kommunen. På samme måde sætter praksislægerne generelt pris på den sparring og vejledning, de får fra hospitalslægerne på TST-møderne.

Alle de interviewede praksislæger understreger imidlertid også, at TST-møderne ikke giver dem et udbytte, som matcher de ressourcer, det kræver at afholde dem. Flere læger fortæller i den forbindelse, at de – til trods for de justeringer, der er lavet – oplever et faldende udbytte af TST-møderne, fordi det i stigende grad er genkendelige problemstillinger, der diskuteres:

Selvom vi har vredet hjernen, er det dybest set de samme problemstillinger, vi har siddet og talt om igen og igen. Selvfølgelig er det fint, specialisterne fra sygehuset kan fortælle om, hvad der rør sig af nye ting på medicinrådet, og der har jeg bestemt lært nogle ting. Men igen, setuppet er alt for stort i forhold til udbyttet.

(Praksislæge)

Fem af de seks **kommunale fagpersoner**, som er interviewet til slutevalueringen, havde ikke mulighed for at bidrage med perspektiver på TST-møderne, fordi de ikke havde deltaget i et TST-møde. Den ene fagperson, som kendte TST-møderne, vurderede, at møderne i princippet er en god idé – og at når de lykkes bedst, bidrager til at:

- der skabes fælles viden om patientens situation og nye muligheder for at mestre det forløb, patienten er i.
- praksislægerne får god sparring omkring patientens behandling, udredningsmuligheder og medicin. Især farmakologens bidrag ses som et vigtigt bidrag i den forbindelse.
- møderne giver praksislægerne "aha"-oplevelser, som leder til en øget forståelse og respekt for den indsats, kommunen leverer over for borgerne.

Samtidig bliver de justeringer, der er lavet af TST-møderne, vurderet positivt, fordi de i høj grad imødekommer de ønsker, der blev bragt i spil fra de kommunale deltagere i forbindelse med midtvejsevalueringen. Den ene interviewperson, som kender møderne, deler dog de øvrige fagpersoners vurdering af, at a) udbyttet af møderne ikke modsvarer de ressourcer, det kræver at holde møderne, og b) at dialogen omkring patienterne på møderne ikke smitter af på den generelle, tværsektorielle kommunikation omkring patienterne, fordi: *vi snakker fint sammen i forvejen*. Endelig fremhæves det fortsat som en udfordring:

At mange af patienterne er sådan nogle "light"-patienter, og når de ikke er kendte i kommunen, er det jo svært at byde ind.

(Kommunal Sygeplejerske)

I overensstemmelse med de øvrige fagpersoner, forbinder **hospitalslægerne**¹⁹ først og fremmest deres involvering i DÆMP-indsatsen med TST-møderne, hvor de ser det som deres rolle at være medicinske specialister, der rådgiver praksislægerne i forhold til de patientcases, der er meldt ind på mødet. Hospitalslægerne ser således i lille grad DÆMP-indsatsen som et samarbejdsprojekt, der skal give dem eller deres afdelinger et udbytte. Hospitalslægerne peger i den forbindelse på, at nedenstående forhold er vigtige for at få det bedste input fra dem i drøftelserne af den enkelte patient:

- At patienterne, som aftalt meldes ind i god tid inden TST-mødet, og at patientens problemstillinger og sygehistorie er klart beskrevet i handleplanen.
- At patienternes medicinkort er opdateret og afstemt, så hospitalslægerne forbereder sig på et korrekt grundlag.
- At ad hoc-inddragelse af læger fra andre specialer er vigtigt. Hospitalslægerne og deres afdelinger har ofte ikke en aktiv kontakt med de indmeldte patienter. Enten fordi de er afsluttet fra afdelingen, eller fordi patienterne er tilknyttet andre specialer.

Hospitalslægerne fortæller, at TST-møderne i høj grad fungerer som en traditionel lægekongference på tværs af sektorer, men at udbyttet er for lille sammenholdt med de ressourcer, det kræver at holde møderne:

Til de TST-møder, jeg har været med til, har vi siddet ti meget travle mennesker og brugt uendelige mængder af tid på at diskutere noget, som kunne være klaret meget hurtigere og smidigere via en telefonisk kontakt mellem egen læge og en relevant hospitalslæge. Hvis man gerne vil sikre et læringspotentiale i organisationen, skal man meget mere systematisk samle illustrative cases sammen og drøfte dem i et re-

¹⁹ Da der ikke er afdækket nye perspektiver fra de to læger der deltog i den afsluttende interviewrunde, er dette afsnit er en forkortet udgave af det tilsvarende afsnit fra midtvejsrapporten.

levant forum. Måden, vi gør det på nu, er der simpelthen for lidt læringspotentiale i de cases, vi sidder og drøfter.

(Overlæge, OUH)

Min oplevelse er, at det er de samme en til to læger i hver TST-gruppe, der er aktive og melder patienter ind. Men de gør det ofte, fordi de føler sig forpligtet til at støtte processen, end fordi de har reelle problemer, de skal have hjælp til. De andre praksislæger følger bare passivt med.

(Overlæge, OUH)

Som det fremgår, oplever hospitalslægerne, at de patientcases, der meldes ind, egner sig bedre til en direkte dialog fra fagperson til fagperson, fordi det ofte er kliniske problemstillinger og medicin, der er i fokus frem for læring om samarbejdet mellem sektorerne. Derfor henvises også til det setup, som kendes fra blandt andet tværsektorielle audits, som en måde at give TST-møderne et mere relevant indhold – ud fra principielle patientcases, der er udvalgt og forberedt på tværs af de deltagende aktører.

To af de interviewede hospitalslæger deltager fast i flere TST-grupper. Derved er de blevet opmærksomme på, at en af grupperne fungerer væsentligt bedre end de andre, fordi praksislægerne tager ejerskab og melder relevante patientcases ind. I den forbindelse er det særligt den medicingennemgang, der indgår i DÆMP-indsatsen, som opleves relevant, fordi der er mange fejl, som bliver rettet, og fordi der er mange misforståelser omkring brugen af medicin, som de praktiserende læger får afklaret via TST-møderne:

Indholdet og dialogen har nogle gange været ganske fornuftig, og hvor jeg har tænkt, at der fik praksislægerne noget god viden med hjem, men det står stadig ikke mål med det store ressourceforbrug.

(Overlæge, OUH)

Endelig oplever hospitalslægerne, at de kommunale deltagere ofte ikke har en særligt aktiv rolle på TST-møderne. Dels fordi det ikke altid lykkes at få de relevante fagpersoner med til mødet, og dels fordi kommunen i flere tilfælde ikke har været aktivt involveret i de patientforløb, der drøftes. I de forløb, hvor kommunen kommer aktivt på banen, og hvor det er de ansvarlige plejepersoner, der deltager på TST-mødet, oplever hospitalslægerne til gengæld, at der fremkommer gode observationer og relevant viden, som de forventer, at praksislægerne har gavn af.

4.4 DÆMP-indsatsens bidrag til bedre samarbejde og bedre behandlingsforløb

I de foregående afsnit har vi undersøgt, hvordan DÆMP-fagpersonerne oplever de processer, redskaber og samarbejdsformer, der er introduceret via DÆMP-indsatsen, og som skal bane vejen for indsatsens endemål. Konklusionen er, at der, til trods for de justeringer, som er gennemført, fortsat er mange forhold vedrørende indsatsens organisering og implementering, som mindsker udbyttet for fagpersonerne. Med dette afsæt vender vi i de følgende afsnit blikket imod, hvordan fagpersonerne vurderer DÆMP-indsatsens procesmål vedrørende kommunikation, samarbejde og patientforløb.

4.4.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen²⁰

Tabel 4.12 viser, at samtlige af praksislægerne svarer negativt på spørgsmålet om, hvorvidt DÆMP-indsatsen og IC-handleplanen har en positiv betydning for kommunikation og samarbejde om patienternes forløb. Samtidig er der 60-70 % af de kommunale respondenter, der enten deler opfattelsen eller ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet. Dette betyder, at praksislægerne og hjemmesygeplejerskerne giver mere negative svar, sammenlignet med første spørgerunde.

Tabel 4.12 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt DÆMP-indsatsen og patientens handleplan har bidraget til at forbedre kommunikation og samarbejde om DÆMP-patienterne

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
I meget høj grad	0 %	3 %	0 %
I høj grad	0 %	3 %	10 %
I nogen grad	14 %	21 %	16 %
I beskeden grad	64 %	33 %	19 %
Slet ikke	21 %	18 %	3 %
Ved ikke	0 %	21 %	52 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 85 besvarelser.

Spørgeskemaet undersøger også, hvilken betydning fagpersonerne oplever, at DÆMP-indsatsen har for patienternes pleje- og behandlingsforløb samt målsætningen om øget patient- og pårørendeinddragelse. Tabel 4.7 nedenfor viser i den forbindelse, at 12 af de 14 praktiserende læger, der har besvaret anden runde af spørgeskemaet, vurderer, at DÆMP-indsatsen slet ikke eller kun i beskeden grad har en positiv betydning for de inkluderede patienters pleje og behandling. Det samme billede tegner sig for hjemmesygeplejerskerne, mens terapeuterne er en smule mere positive, da 26 % vurderer, at DÆMP-indsatsen mindst i nogen grad bidrager til at forbedre patienternes forløb. Det skyldes formentlig de konkrete tilbud, som terapeuterne leverer til de henviste patienter. Endelig ses det endnu en gang, at en relativt stor andel af de kommunale respondenter ikke er i stand til at svare på spørgsmålet.

Tabel 4.13 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt DÆMP-indsatsen og patientens handleplan alt i alt har bidraget til et bedre behandlingsforløb for DÆMP-patienterne

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
I meget høj grad	0 %	3 %	0 %
I høj grad	0 %	3 %	10 %
I nogen grad	14 %	21 %	16 %
I beskeden grad	64 %	33 %	19 %
Slet ikke	21 %	18 %	3 %
Ved ikke	0 %	21 %	52 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 85 besvarelser

²⁰ Spørgeskemaundersøgelsen indeholder også en række spørgsmål, der specifikt undersøger, hvordan fagpersonerne oplever IC indsatsen i forhold til de præmisser for relationel koordinering, som er opstillet af Jody Gittel (Gittel 2009). Da svarene i høj grad svarer til resultaterne fra de overordnede spørgsmål, har vi undladt at inkludere tabellerne i selve rapporten. De kommenterede tabeller kan i stedet ses i Bilag 6.

Tabel 4.14 viser, at ovenstående mønster går igen for spørgsmålet om, hvorvidt DÆMP-indsatsen bidrager til øget patientinddragelse:

Tabel 4.14 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt DÆMP-indsatsen øger graden af patientinddragelse i de opstartede patienters forløb

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
1: Slet ikke	29 %	12 %	10 %
2: I beskeden grad	43 %	24 %	10 %
3: I nogen grad	21 %	24 %	16 %
4: I høj grad	7 %	9 %	19 %
5: I meget høj grad	0 %	3 %	0 %
Ved ikke	0 %	27 %	45 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 85 besvarelser. 18 ud af de 25, der svarer "Ved ikke", har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til DÆMP-indsatsen

Der er således en stor andel af de kommunale respondenter, der ikke har kunnet svare på spørgsmålet om patientinddragelse, mens 10 af de 14 praktiserende læger ikke vurderer, at DÆMP-indsatsen påvirker graden af patientinddragelse mere end i beskeden grad.²¹

Der er også opstillet en målsætning om, at arbejdet med DÆMP-indsatsen i sidste ende skal aflaste fagpersonerne og spare tid, fordi patienternes forløb koordineres og gennemføres bedre. For at få en foreløbig indikation på dette, har vi i spørgeskemaet bedt fagpersonerne om at vurdere DÆMP-indsatsens betydning for den tid, de anvender på at kommunikere om de inkluderede patienters forløb.

Tabel 4.15 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt den tid, de bruger på at kommunikere med andre fagpersoner, er forandret i DÆMP-indsatsen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Ja, bruger mere tid	43 %	36 %	29 %
Ja, bruger mindre tid	0 %	0 %	0 %
Nej, tidsforbruget er (stort set) uændret	36 %	39 %	26 %
Ved ikke	21 %	24 %	45 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 85 besvarelser. Knap 60 % af dem, der svarer "Ved ikke", har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til DÆMP-indsatsen.

Som det fremgår af Tabel 4.15, viser svarene, at DÆMP-indsatsen leder til et øget tidsforbrug for godt en tredjedel af fagpersonerne, mens en anden tredjedel ikke oplever nogen ændring. De resterende fagpersoner har ikke kunnet vurdere deres tidsforbrug. Der skal dog gøres opmærksom på, at det er forventeligt, at indsatsen i højere grad har tendens til at øge tidsforbruget end sænke det, da indsatsen fortsat befinder sig i en udviklingsfase.

²¹ Spørgeskemaet indeholdt også et spørgsmål omkring pårørendeinddragelse. Dette er ikke medtaget i afrapporteringen, fordi svarene var stort set identiske med svarene i Tabel 4.14.

4.4.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

I overensstemmelse med spørgeskemaet og resultaterne fra midtvejsevalueringen oplever de interviewede fagpersoner ikke, at DÆMP-indsatsen understøtter de mål, som er opstillet for samarbejde, kommunikation og bedre patientforløb. Fagpersonerne understreger i forlængelse af disse pointer, mange gange, at der allerede er et velfungerende samarbejde og kommunikation omkring målgruppen af DÆMP-patienter:

IC er et klasseeksempel på, hvordan man hurtigt kan skabe en masse ekstraarbejde, som ikke giver værdi med den her type indgreb.

(Praksislæge)

Jeg har ikke brug for at vide i detaljen, hvad de har af tilbud i kommunen. Hvis jeg fx har en patient, der har brug for hjemmehjælp eller noget speciel træning med ryggen, så sender jeg en henvisning, hvor jeg beskriver behovet, og så sidder der nogen tættere på og sørger for, at den kommer det rigtige sted hen. Og hvis ikke de kan hjælpe, får jeg også det at vide. Det er rigtigt effektivt, og det fungerer fint.

(Praksislæge)

Man skal ikke tro, at man kan drøfte de tunge patienter og gøre det hele lettere. De tunge patienter er bare megatunge og besværlige, og de kræver den tid og de ressourcer, de tager, hvis det skal gøres ordentligt. Det vi har brug for er, at vi får ryddet ud i light-patienterne, så vi får frigjort ressourcer til at tage os ordentligt af de tunge.

(Praksislæge)

Der er rigtigt mange udviklinger og planer i spil i forvejen. I den forbindelse virker IC lidt som endnu et skib, der er sat i søen, uden at der er taget stilling til, at vi allerede famler lidt med at nå og finde rundt i de ting, der er i gang i forvejen.

(Kommunal fysioterapeut)

Som det er illustreret i ovenstående citater, udfordrer DÆMP-indsatsens fokus på relationel koordination og tværgående kommunikation, på mange måder fagpersonernes oplevelse af, hvad der er relevant/legitimt at bruge tid og ressourcer på i en travl hverdag. Citaterne illustrerer således, at interviewpersonerne forholder sig væsentligt mere kritisk til disse elementer i DÆMP-indsatsen, end de gjorde ved midtvejsevalueringen.

Når interviewpersonerne bliver bedt om at konkretisere, hvad det er, der mangler i DÆMP-indsatsen, er der flere, som sammenligner med SAD-indsatsen for at illustrere dette:

Hvis vi ser på SAD; der er en klar og afgrænset målgruppe, et klart og relevant behov, en ny henvisningsmulighed og klare succeskriterier. Hvis vi sammenligner det setup med DÆMP, så er der en bred gruppe af ældre med funktionsnedsættelser, hvilket giver et meget uklart setup på alle parametre.

(Praksislæge)

Det, der er anderledes med SAD, er jo, at det giver adgang til nogle nye psykologtilbud, som man skal være inkluderet i IC for at få. Og da det opfattes som et relevant tilbud, så bliver patienterne selvfølgelig inkluderet. Og når det også er et tættere for-

løb, der samarbejdes om, giver det også mening at mødes om det. Det er det, vi mangler – en oplevelse af, at IC har relevans for DÆMP-patienterne.

(Overlæge, OUH)

Derfor har de forskellige aktører også en række forslag til, hvordan DÆMP-indsatsen kan forbedres, som vi har sammenfattet nedenfor.

Fremadrettede muligheder for at styrke indsatsen for DÆMP-patienter

Som det fremgår af de foregående afsnit, er der ingen af de interviewede fagpersoner fra slut-evalueringen, der ønsker DÆMP-indsatsen videreført. Derfor brugte vi en del af interviewene på at udforske fagpersonernes bud på andre mulige indsatser og specifikke overgangsproblematikker, som kan/bør adresseres fremadrettet, samt hvordan dette i givet fald kunne gøres. Overordnet ligger det interviewpersonerne meget på sinde, at eventuelle nye initiativer baseres på eksisterende samarbejdsstrukturer og kommunikationsveje, der opleves velfungerende.

De indsamlede perspektiver præsenteres nedenfor opdelt sorteret i problemstillinger, for at de kan indgå/inspirere eventuelle overvejelser omkring fremadrettede indsatser:

Det store geriatriske brugtvognseftersyn: Allerede ved midtvejsevalueringen foreslog hospitalslægerne en intervention, der i højere grad tager afsæt i enkelte patienter og fører de behandlere, der helt konkret er involveret i patientens behandling, sammen. Som et konkret forslag til, hvordan dette kunne gøres, foreslås:

Vi har det, vi kalder det store brugtvognseftersyn, hvor vi på geriatrisk afdeling udræder patienten grundigt og helhedsorienteret og bagefter giver en tilbagemelding til den praktiserende læge. Hvis man på en eller anden måde kunne koble den praktiserende læge på, så de sammen med patienten kom til ambulatoriet (eller via et telefonmøde) og snakkede resultaterne igennem, og hvis vi samtidig fik koblet hjemme-sygeplejen på. Så tror jeg virkelig, det ville rykke noget i samarbejdet omkring den enkelte patient.

(Overlæge, OUH)

Faste plejehjemslæger: Flere praksislæger og kommunale fagpersoner vurderer, det er relevant at skabe en mere fast lægelig tilknytning til kommunale plejecentre og aflastningspladser. Forventningen er, at mere lægelig kontinuitet vil kunne give bedre behandling og forebygge indlæggelser for de mest sårbare patienter. Derfor anbefaler fagpersonerne at der – i samarbejde med PLO – arbejdes videre med at udvikle og afprøve konkrete løsninger på denne problemstilling.

Styrket kommunikation omkring indlæggelse og udskrivning fra hospital:

Kommunikationen omkring indlæggelse udpeges af flere som et område, hvor der på den ene side løbende sker forbedringer af de oplysninger, der udveksles, samt de aftaler og elektroniske redskaber, der understøtter kommunikationen. På den anden side er der dog også tale om et område, der løbende er under pres, fordi:

Vi er i en tid hvor mere og mere ansvar ligger i primærsektoren. Når patienterne bliver indlagt, er de lynhurtigt ude igen, og det stiller store krav til udskrivningsprocedurerne. Det kræver, at sygehusene får lavet nogle ordentlige overdragelser, og i takt med, at flowet øger, er der mere, som går galt i overgangene.

(Praksislæge)

Derfor ser mange interviewpersoner fortsat et potentiale i at arbejde med målrettet udveksling af viden i sektorovergange ved indlæggelse og udskrivning.

Faste hjemmesygeplejersker med tilknytning til almen praksis: Interviewpersonerne vurderer på den ene side, at en fast tilknyttet hjemmesygeplejerske vil give øget mulighed for kontinuitet i samarbejdet mellem praksislæger og hjemmesygeplejerske omkring særligt komplekse patienter. På den anden side ser interviewpersonerne umiddelbart ingen muligheder for at matche individuelle hjemmesygeplejersker med individuelle lægepraksis fordi:

- hjemmesygeplejen i højere grad er organiseret efter diagnoser frem for geografi
- der ofte er meget lille geografisk sammenfald mellem hjemmesygeplejens geografiske områder og optageområdet for de enkelte lægepraksis.

Fagpersonerne vurderer derfor, at forsøg på at skabe faste kontaktordninger vil øge den organisatoriske kompleksitet uden at give det ønskede udbytte.

Mere fokus på at udnytte eksisterende muligheder for at mødes omkring komplekse plejkrævende DÆMP-patienter: Overenskomsten for almen praksis giver allerede forskellige muligheder for at mødes med hjemmesygeplejen i patientens eget hjem, men der er bred enighed om, at mulighederne for fx opfølgende og opsøgende hjemmebesøg ikke udnyttes i tilstrækkeligt omfang.

Som illustreret i nedenstående citat er der enkelte, som har gode erfaringer med at skabe en systematisk ramme omkring de opsøgende besøg:

Vi bruger de opsøgende hjemmebesøg [når der er særligt behov for at koordinere indsatsen omkring sårbare patienter]. Hver læge har sat en halv dag af til opsøgende besøg hver måned. Så samler vi en 2-4 stykker sammen, som vi besøger. Det giver rigtigt god mening både fagligt og økonomisk. Inden besøget skriver vi til hjemmeplejen, at vi håber de kan deltage. Ofte er der pårørende med og så selvfølgelig borgeren og nogen gange en demenskoordinator. Jeg synes, vi får lagt nogle gode planer der. Og så lægger vi ind i vores system, at der skal laves et nyt besøg efter et år, hvor vi følger op.

(Praksislæge)

Det foreslås derfor at sætte fokus på udbredelse og systematik i brugen af de ydelser, som er på plads i forvejen, og mange interviewpersoner understreger, at der oftest er et godt udbytte forbundet med at mødes om konkrete problemstillinger tæt på patienten.

Bedre brug af korrespondancemeddelelser: Praksislægerne (såvel som de øvrige interviewpersoner) ser indførelsen af tovejs elektronisk kommunikation som et af de store fremskridt i den tværgående kommunikation om patientforløbene, men der er stadig plads til forbedring. Ikke mindst fordi en af praksislægernes udfordringer handler om at sortere i den mængde af information, der sendes fra de øvrige dele af sundhedsvæsenet vedrørende deres patienter:

Hvis vi skal gribe i egen barm, skal vi blive bedre til at kommunikere til almen praksis via korrespondancemeddelelser frem for epikriser. Epikriserne drukner i almen praksis, fordi der kommer så mange, og de er ikke forpligtende på samme måde som en korrespondance, der fungerer som en henvendelse. Men vi glemmer det og kommer til at skrive ting i epikriserne, der burde være sendt som korrespondance. Det

kunne godt være et område, man kiggede nærmere på. Det trænger til at blive gjort mere stringent.

(Hospitalsoverlæge)

Som illustreret i nedenstående citat, er der stor opbakning til dette synspunkt, blandt praksislægerne:

Vi drukner i epikriser. De er ikke udformet, så vi får overblik, og det, vi bliver bedt om i en epikrise, er ikke juridisk bindende. Derfor er det telefonen eller korrespondancen, der gælder.

(Praksislæge)

4.5 Opsamling

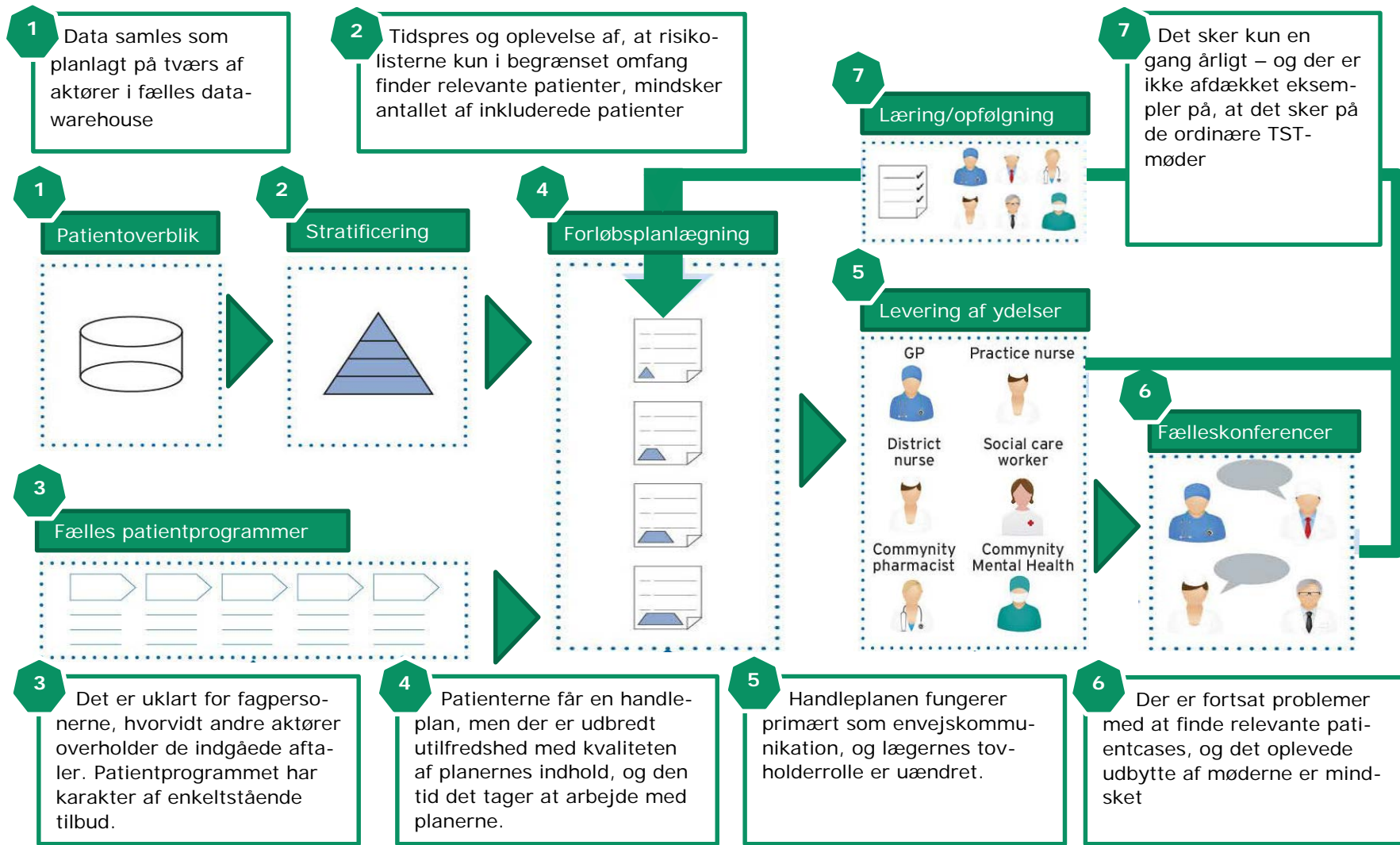
Som det også var tilfældet ved midtvejsevalueringen, varierer kendskabet til DÆMP-indsatsen, alt efter hvilken sektor fagpersonerne er ansat i, og hvilke opgaver disse varetager i IC-regi. De praksis- og hospitalslæger, der er faste deltagere i TST-møder, har generelt et godt kendskab til indsatsen, og de opgaver den indebærer. Heroverfor har hjemmesygeplejersker og terapeuter fra Odense Kommune, som kun deltager på ad hoc-basis et væsentligt mere perifert kendskab. Dette skyldes dels de kommunale fagpersoners afgrænsede opgaver i IC-regi, samt at de enkelte fagpersoner møder få af de inkluderede DÆMP-patienter i hverdagen. Det fremstår i den forbindelse som en væsentlig pointe, at opbakningen til DÆMP-indsatsen er større hos de kommunale fagpersoner, der har et perifert kendskab, end blandt de faste deltagere, som har et godt kendskab og rutine med DÆMP-indsats og TST-møder.

Fagpersonerne bakker op om DÆMP-indsatsens overordnede målsætninger om at skabe bedre forløb for DÆMP-patienter. Praksislæger og kommunale fagpersoner vurderede også i udgangspunktet, at DÆMP-indsatsens patientrettede tilbud og dens fokus på netværksdannelse og viddeling er relevant. Disse forhold har motiveret fagpersonerne til at deltage i DÆMP-indsatsen, og det fremgår at:

- opstartssamtalerne i almen praksis for nogen 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 praksislægers opmærksomhed på at opspore og henvise patienter til de nye/kommunens tilbud.
- indsatsen og TST-møderne i en række tilfælde har resulteret i læring og udvikling af fælles viden på tværs af de deltagende fagpersoner.
- 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 en relevant patient, oplever fagpersonerne, at møderne bidrager til netværksdannelse og fælles viden om den patient, der drøftes.

Det dominerende billede er dog (jf. Figur 4.1), at fagpersonerne fortsat oplever de samme grundlæggende udfordringer vedrørende DÆMP-indsatsens udformning og implementering, som blev afdækket ved midtvejsevalueringen.

Figur 4.1 IC-modellens møde med praksis i DÆMP-indsatsen



Der er således udbredt enighed om, at DÆMP-indsatsen, selvom den rent teknisk er implementeret og i nogen grad efterlevs 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:

- DÆMP-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.
- der er igennem hele projektperioden rekrutteres væsentligt færre patienter til DÆMP-indsatsen end forventet, og det stigende fokus på denne problemstilling har ledt til, at en del læger i efteråret 2015 har inkluderet patienter uden at have et klart formål med det.
- 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.
- DÆMP-indsatsen primært fungerer således, at patienterne henvises til enkeltstående tilbud, og at samarbejdet mellem fagpersonerne fungerer som en traditionel stafetmodel. Praksislægerne ser ikke et behov for en fælles udvidet handleplan eller en særligt 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.
- 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-handleplanen 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.
- det fortsat er 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 i forbindelse med møderne.
- dialogen på de observerede TST-møder har i høj grad været domineret af en medicinsk dialog, hvor det er praksis- og hospitalslæger, der taler med hinanden om udredning og behandling. Heroverfor er der en undervægt af input fra de ikke-lægelige deltagere, ligesom dialog omkring samarbejdets præmisser fylder lidt sammenlignet med kliniske og medicinske problemstillinger.
- flere praksislæger fortæller, at de melder patienter til drøftelse på TST-møder grundet hensynet til DÆMP-indsatsen, frem for et oplevet behov for input og sparring.
- 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 CAST gennemførte i foråret 2014 (Lee, 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 DÆMP-indsatsen:

- Fagpersonerne havde en række forbehold over for DÆMP-indsatsen, fordi der allerede i nogen tid er arbejdet med andre tiltag i forhold til at forbedre samarbejde og kommunikation.

- Der var udfordringer og forbehold over for den valgte model for stratificering og forbehold over for DÆMP-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 (blandt andet med afsæt i resultaterne af KORAs midtvejsevaluering) løbende søgt justeret for at imødekomme fagpersonernes ønsker og tilbagemeldinger. Status er da også, 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 over for 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 i 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 DÆMP-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 vurderer, at DÆMP-indsatsen er relevant. Dette er også afspejlet i fagpersonernes oplevelser og forventninger til indsatsens resultater; der er således generel enighed om, at DÆMP-indsatsen ikke styrker den tværsektorielle kommunikation og koordinering af DÆMP-patienters forløb, graden af patientinddragelse, patienternes oplevelse af sammenhæng eller evnen til at forebygge hospitalsindlæggelser. De interviewede fagpersoner anbefaler derfor også, at DÆMP-indsatsen afsluttes ved udgangen af projektperioden.

5 DÆMP-indsatsens omkostninger og effekter

5.1 Beskrivelse af patienter i DÆMP-indsatsen

Siden september 2014 er 223 DÆMP-patienter blevet tilknyttet Integrated Care-indsatsen. I de fleste tilfælde (78 %) er disse patienter blevet identificeret via lægernes risikolister, men i en del tilfælde (22 %) er patienterne tilknyttet projektet, selvom de ikke fremgår af listerne.

Af nedenstående tabel fremgår forskellen mellem de patienter, der optræder på risikolisterne og dem, der ikke gør. Det fremgår, at 18 af de 49 DÆMP-patienter, der ikke indgår på listerne, ikke indgår, fordi de er under 70 år. Derudover er der ikke store observerbare forskelle mellem de stratificerede og de ikke stratificerede. Det ses, at to tredjedele af DÆMP-patienterne er kvinder, knap 45 % er enke/enkemand, mens godt 30 % er gift. Stort set alle er etniske danskere, mens halvdelen er under 80 år og den anden halvdel over 80 år. Dog udgør de 70-89-årige 85 % af alle IC-DÆMP-patienter.

Tablet 5.1 DÆMP-patienter i DÆMP-indsatsen fordelt på baggrundsfaktorer og stratificerings-point

	Stratificering: 7-16 point		Ikke stratificeret		Alle IC-DÆMP-patienter	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<i>Køn</i>						
Kvinde	122	70,1	36	73,5	158	70,9
Mand	52	29,9	13	26,5	65	29,1
<i>Civilstand</i>						
Enke/Enkemand	75	43,1	22	44,9	97	43,5
Fraskilt	38	21,8	11	22,5	49	22,0
Gift	56	32,2	16	32,7	72	32,3
Ugift	5	2,9	,	,	5	2,2
<i>Herkomst</i>						
Dansker	172	98,9	46	93,9	218	97,8
Efterkommer	0	0	1	2,0	1	0,4
Indvandrer	2	1,2	2	4,1	4	1,8
<i>Alder</i>						
under 70	0	0	18	36,7	18	8,1
70-79	76	43,7	19	38,8	95	42,6
80-89	84	48,3	10	20,4	94	42,2
90 og derover	14	8,1	2	4,1	16	7,2
I alt	174	100	49	100	223	100,0

5.2 Matchning af kontrolgruppe

Som beskrevet i afsnit 1.3.4 anvendes en matchning-metode til udsøgning af kontrolgruppen til effektmålingen. Udgangspunktet for en sådan matchning er en regressionsanalyse, hvor sandsynligheden for at deltage i Integrated Care estimeres på baggrund af en række forklarende faktorer. For hver indsatsdeltager findes herefter op til 10 kontrolpatienter, der ville have samme statistiske sandsynlighed for at deltage i Integrated Care, hvis de havde været tilknyttet en læge fra projektet. Efter matchningen skal kontrolgruppen gerne ligne indsatsgruppen på alle de relevante forklarende faktorer, såsom alder, køn, civilstand, herkomst, tidligere plejebenhov, tidligere kontakt til sundhedsvæsen samt diagnoser.

Tabellen viser først og fremmest, at der er god balance mellem indsatsgruppen af DÆMP-patienter og den matchede kontrolgruppe. Ingen af de mange personlige, sundheds- og socio-økonomiske karakteristika kan påvises at være statistisk forskellige fra hinanden, og vi kan derfor konkludere, at kontrolgruppen er vellykket matchet med DÆMP-patienterne.

I forhold til bruttokontrolgruppen ses det, at de DÆMP-patienter, der er inkluderet i indsatsen generelt består af flere kvinder, flere ældre (+80-årige), flere patienter med åndedrætsproblemer, med abnorme fund eller med den mere generelle betegnelse "faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen". Desuden har DÆMP-patienterne et generelt større forbrug af sundhedssektoren, både almen praksis, øjen- og ørelæge samt hospitalsindlæggelser. Endelig har DÆMP-gruppen også et betydeligt højere forbrug af den kommunale hjemmepleje – især praktisk og personlig pleje samt hjemmesygepleje, der ligger på et niveau, der er 10 gange højere end bruttogruppens niveau. Disse forskelle svarer helt til de forskelle, vi kan forvente givet definitionen af en DÆMP-patient.

5.3 Omkostningsestimater DÆMP

I forhold til opgørelsen af DÆMP-indsatsens omkostninger er der indsamlet oplysninger om de kommunale og regionale merudgifter, der direkte kan relateres til projektet. Oplysningerne stammer fra tre forskellige kilder: For det første er omkostninger for de privatpraktiserende lægers tidsforbrug i projektet registreret i sygesikringssystemet i henhold til § 2 Aftale om de praktiserende lægers deltagelse i projekt Integrated Care i Odense Kommune. For det andet indhentes de administrative udgifter til udvikling, implementering og drift af projektet fra IC-sekretariatets regnskab og fremadrettede budget. Og endelig indhentes viden om øvrige fagpersoners tidsforbrug til TST-møder og IC-relaterede patientindsatser fra spørgeskemaer rettet mod alle tilknyttede fagpersoner.

Omkostningerne opgøres dels på udviklingsomkostninger, dels på implementeringsomkostninger og dels på driftsomkostninger. Udviklingsomkostningerne henføres til de omkostninger, der har været afholdt i perioden inden de første patienter blev henvist (1. juni 2013 – 1. sep. 2014), mens implementeringsomkostningerne henføres til de udgifter, der har været afholdt i perioden fra den første patient blev henvist, til indsatsen gik i egentlig drift (1. sep. 2014 – 1. jan. 2015) og endelig henføres driftsomkostningerne til perioden 1. januar – 31. december 2015. Udviklings- og implementeringsomkostningerne beregnes pr. påbegyndt IC-forløb, mens driftsomkostningerne opgøres pr. afsluttet IC-forløb (pr. 1. feb. 2016).

I Tabel 5.2 vises de samlede udviklings- og implementeringsomkostninger, som er baseret på de omkostninger til projektsekretariatet, der har været afholdt i perioden, inden projektet var fuldt implementeret. Da disse udgifter ikke er områdespecifikke, er vi nødsaget til at lave en manuel opdeling. Vi præsenterer derfor beregningerne ved brug af to forskellige opdelingsme-

toder. I den første metode opgøres udgifterne pr. patient, dvs. de samlede udgifter deles med det samlede antal af DÆMP- og SAD-patienter, der er påbegyndt et IC-forløb. Med denne metode antages det, at udviklings- og implementeringsopgaven har fyldt mindre på DÆMP-området, som har færre patienter tilknyttet. Omvendt har vi i den anden metode antaget, at udviklings- og implementeringsopgaven har krævet det samme for de to områder, selvom antallet af tilknyttede patienter er forskelligt. Udgifterne er derfor delt ligeligt mellem de to områder, og de samlede udgifter pr. DÆMP-patient er derfor beregnet som halvdelen af de samlede udgifter delt med antallet af DÆMP-patienter. Den estimerede udgift til udvikling og implementering pr. DÆMP-patient er således opgjort til enten 4.342 eller 6.333 kr.

Tabel 5.2 Udviklings- og implementeringsomkostninger

		Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50 ml. de to områder
Udvikling (13 mdr.)	Løn til projektkontor	2.169.530	1.084.765
	Antal påbegyndt forløb i alt	650	223
	Udvikling pr. patient	3.338	4.864
Implementering (4 mdr.)	Løn til projektkontor	623.240	311.620
	Listegennemgang praksislæger	31.800	15.900
	Antal påbegyndt forløb i alt	650	223
	Implementering pr. patient	1.008	1.469
Omkostninger i alt for udvikling og implementering pr. påbegyndt patient		4.345	6.333

Kilde: IC-sekretariatets regnskab 2013-2014.

De estimerede driftsomkostninger består af flere forskellige faktorer. For det første indgår der også her en fælles omkostningsdel, der består af projektledelse og projektsekretariat. Som for udviklings- og implementeringsomkostningerne kan fordelingen af disse opgøres på to forskellige måder. Der er dog også dele af projektsekretariatets udgifter, der direkte kan henføres til hvert patientområde, nemlig udgifter til de to projektkoordinatorer. Vurderingen af omkostninger til projektledelse og -sekretariat består dels af det historiske forbrug i 2015 og dels af en fremadrettet vurdering af behovet, hvis projektet skulle fortsætte som en integreret og fuldt implementeret del af det kommunale arbejde. Denne vurdering er foretaget af det nuværende projektsekretariat.

Tabel 5.3 Fælles driftsomkostninger

	Forgangne		Estimeret fremadrettet	
	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50
Projektkonsulent	1.005.720	502.860	706.722	353.361
Ledelse	864.000	432.000	216.000	108.000
Samlet	1.869.720	934.860	922.722	461.361
Antal afsluttede forløb	520	176	520	176
Koordinator	300.396	300.396	82.800	82.800
Antal afsluttede forløb	176	176	176	176
Pr. forløb i alt	5.302	7.019	2.245	3.092

Note: 1) 1 projektkonsulent 37 timer + 1 kommunikationskonsulent 15 timer (antaget månedsløn fuld tid: 41.905 DKK), 2) 1 leder i ¼ stilling (antaget månedsløn fuld tid: 72.000 DKK), 3) Forventet antal IC- og IC-SAD-sager på et år, 4) 1 BSF koordinator 7,4 timer (antaget månedsløn fuld tid: 34.500 DKK)

Kilde: IC-sekretariatets regnskab 2015 samt fremadrettede vurdering.

Ud over fællesomkostningsdelen består driftsomkostningerne af udgifter til de enkelte dele af DÆMP-indsatsen, dvs. TST-møder, pakkeforløb, koordinering, handleplaner og gennemgang af stratificeringslister. Disse udgifter fordeler sig på de forskellige faggrupper, der varetager opgaven.

Tabel 5.4 Omkostninger til TST-møder

	Praktiserende læger	Psykolog	Hospitalslæge	Hjemmesygeplejerske	Terapeuter	Samlet
Opfølgende samtale pr. møde	166					
Forberedelse pr. møde	426					
Mødedeltagelse pr. møde	8.652					
Antal timer pr. møde		3	3	2	2	
Løn pr. præsteret time		332	560	249	257	
Kr. pr. møde i alt	9.244	997	1680	462	600	12.982
Gns. antal møder pr. forløb						0,08
Kr. pr. forløb i alt						990

Note: Opgørelsen dækker perioden september 2014 – december 2015, hvor der har været afholdt 17 TST-møder.

Gns. timelønsomkostning for øvrige faggrupper er baseret på KRL's beregning af løn pr. præsteret time:

http://www.krl.dk/statistik/sirka_/?ini=ovk_p

I Tabel 5.4 er omkostningerne ved afholdelse af TST-møderne opgjort. De praktiserende lægers udgifter kan fordeles mellem forskellige dele af TST-mødet, idet lægerne fakturerer deres tid på særskilte ydelsesnumre for særskilte dele. Det er dog klart, at den største udgiftspost er selve mødedeltagelsen.

For de øvrige fagpersoner er omkostningerne til afholdelse af TST-møder estimeret ud fra fagpersonernes egne vurderinger af den gennemsnitlige tid anvendt pr. TST-møde ganget med den gennemsnitlige lønudgift for denne faggruppe. I den samlede opgørelse af udgift pr. møde antages det herefter, at der har deltaget én person fra hver af de øvrige faggrupper ved hvert møde.

Som det fremgår af tabellen, når den samlede omkostning pr. møde op på 12.982 kr., men da antallet af møder pr. forløb kun er 0,08, bliver den samlede udgift pr. forløb kun 990 kr. En af grundene til de få møder pr. patientforløb er, at der til hvert møde bliver drøftet flere forskellige patienter (i perioden var det 2,4 patienter pr møde), men samtidig er det også klart, at ikke alle IC-patienter bliver drøftet på et TST-møde.

Den sidste driftsomkostningsdel består af omkostninger til indsatsens forskellige redskaber og patientrettede tilbud. For de praktiserende læger er arbejdet med handleplanen, som er et af de centrale redskaber, og arbejdet omkring stratificeringslisterne, opgjort særskilt og indgår derfor også særskilt i opgørelsen.

Et af de patientrettede tilbud er et samtaleforløb hos en privatpraktiserende psykolog. Udgifterne til disse udgør samlet 278.210 kr. (jf. Tabel 5.5). Beløbet er indhentet hos IC-sekretariatet.

Derudover er der de kommunale tilbud hos hjemmehjælpere, fysio- og ergoterapeuter. Udgifter til disse beregnes ud fra de kommunale fagpersoners egne vurderinger af tid anvendt til IC-projektet ud over TST-møder. Dette gennemsnitlige tidsforbrug ganges herefter med antallet af fagpersoner inden for gruppen, der er tilknyttet projektet, for at få den samlede tidsanvendelse for denne faggruppe. Endelig ganges tidsanvendelsen med den gennemsnitlige lønudgift for denne faggruppe for at få den samlede omkostning.

Tabel 5.5 Omkostninger til driften af indsatser og redskaber i Integrated Care

	Tidsforbrug pr. måned (gns.)	Antal personer i faggruppen	Omkostning i perioden
Praktiserende læger:			
Handleplan			142.789
Stratificeringslister			19.155
Patientkontakt ifm. IC			34.363
Privatpraktiserende psykolog			
Hospitalslæge	1	6	20.166
Hjemmesygeplejerske	1	34	137.410
Social- og sundhedsassistent	2	1	4.245
Terapeut	2	31	143.427
Antal afsluttede forløb			223
Omkostning pr. forløb			3.497

Note: Opgørelsen dækker en periode på et år, hvor der har været opstartet 223 forløb.

Gns. timelønomskostning for øvrige faggrupper er baseret på KRL's beregning af løn pr. præsteret time:
http://www.krl.dk/statistik/sirka_/?ini=ovk_p

Tabel 5.6 Samlede omkostninger pr. IC-patientforløb

	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50 ml. de to områder	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50 ml. de to områder
Udvikling og implementering	4.345	6.333	4.345	6.333
Fælles drift	5.302	7.019	2.245	3.092
TST-møder	990	990	990	990
Indsatser og redskaber	3.497	3.497	3.497	3.497
Pr. forløb i alt	14.134	17.839	11.077	13.912

Note: Baseret på tallene fra Tabel 5.2 til Tabel 5.5.

Alt efter, hvilken metode der anvendes til opgørelse af de fælles drifts- og implementeringsudgifter, kan den samlede gennemsnitlige udgift til indsatsen for DÆMP-patienter opgøres til mellem 11.077 og 17.839 kr. Disse udgifter skal holdes op imod de potentielle gevinster, som er estimeret i næste afsnit.

5.4 Estimerede besparelser af DÆMP-indsatsen over for patienter

DÆMP-indsatsens tidlige indsats, forbedret samarbejde og koordinering forventedes at kunne skabe bedre og mere effektive patientforløb og reducere antallet af kontakter med sundhedsvæsenet 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 eventuelt også føre til et mindre behov for kommunal hjemmepleje eller måske en forskydning af hjælp fra den regionale sundhedspleje til den kommunale hjemme(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.

Det skal pointeres, at gevinsten opgøres på kort sigt, idet perioden, hvor gevinsten måles maksimalt, er 18 måneder, og for mange af indsatsdeltagerne er den under et år. Det vil sige, at for alle de deltagere, der er startet i indsatsen efter 1. januar 2015, har vi kun 2015 at måle output i. I nedenstående tabel fremgår fordelingen af den periode, gevinsten kan måles i, blandt alle DÆMP-patienter. Som det fremgår, er måleperioden under 26 uger for 37 % af deltagere, mens den kun for 18 % er over 52 uger. For kontrolgruppen er den fiktive startdato sat til 1. januar 2015, hvilket betyder, at output måles over hele 2015 for denne gruppe. De to grupper sammenlignes derfor ved at vægte målene, så de svarer til en måleperiode på et år.²²

Tabel 5.7 Antal patienter i DÆMP-indsatsen fordelt efter længden af målperioden efter indsatsen

Måleperiode efter start i indsats	Pct.	Antal
13 uger og derunder	26	58
14-26 uger	11	24
27-52 uger	45	100
Mere end 52 uger	18	41

Tabel 5.8 viser forskellene i forbruget af sundhedsydelse året efter start i indsatsen for IC-patienterne og deres matchede kontrolgruppe. I modsætning til intentionen med indsatsen, så viser det sig, at de DÆMP-patienter, der har modtaget DÆMP-indsatsen, har et signifikant højere forbrug af hospitalsindlæggelser. Således har de i perioden efter indsatsstart i gennemsnit forbrugt døgnindlæggelser for 16.132 kr. mere om året og haft 2,5 flere ambulante indlæggelser. Denne forskel opstår på trods af, at DÆMP-patienterne og den matchede kontrolgruppen i perioden inden start i indsatsen begge havde et forbrug på omkring 41.400 kr. på hospitalsindlæggelser.

Der er altså ikke noget, der tyder på, at DÆMP-indsatsen har ført til færre indlæggelser eller færre kontakter med almen praksis.

Tabel 5.8 Forskelle i forbrug af sundhedssektor efter start i indsats mellem indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe

	Gns. forbrug pr. år DKK			Gns. antal indlæggelser pr. år	
	Almen praksis	Døgnindlæggelser	Ambulante indlæggelser	Døgn	Ambulante
IC	3.611	50.248	22.549	1,50	14,3
Matched kontrol	3.526	34.115	19.753	1,10	11,8
Forskel ml. indsats og kontrol¹	85	16.132*	2.798	0,399	2,5***
Standardafvigelse	(156)	(8.190)	(2.247)	(0,231)	(0,652)
Antal i bruttogrube	16.109	16.109	16.109	16.109	16.109

Note: 1) Gns. effekt blandt IC-patienter (ATT-effekt). Forskellen er signifikant, hvis der er angivet en eller flere stjerner: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Det gennemsnitlige forbrug efter indsatsstart er vægtes med (52/antal uger i måleperioden), så de måler forbruget over et år.

Kilde: Matching-procedure udført i Stata teffects med robuste standardafvigelser.

²² Det betyder, at fx antal uger i beskæftigelse ganges med 52 og divideres med antal uger i måleperioden for alle indsatsdeltagere.

I de næste to tabeller ses forskellene i forbruget af den kommunale hjemmepleje året efter indsatsstart. Tabel 5.9 viser andelen af patienter, der modtager en form for hjemmepleje og heraf fremgår det, at især andelen af patienter, der får hjemmesygepleje, er højere blandt IC-patienterne end blandt kontrolgruppen. Hvor andelen var omkring 38 % for begge grupper før start på indsatsen, så stiger den i perioden efter start til 64 % for IC-patienterne og kun til 47 % for kontrolgruppen.

Tabel 5.9 Forskelle i andel patienter, der modtager kommunal hjemmepleje

	Andel, der modtager minimum en type hjemmepleje	Andel, der modtager personlig hjemmepleje	Andel, der modtager hjemmesygepleje
IC-patienter	0,64	0,36	0,64
Kontrol	0,56	0,28	0,47
Forskel ml. indsats og kontrol¹	0,07*	0,07**	0,17***
Standardafvigelse	(0,0355)	(0,0239)	(0,0278)
Antal i bruttogruppe	16.116	16.116	16.116

Note: 1) Gns. effekt blandt IC-patienter (ATT-effekt). Forskellen er signifikant, hvis der er angivet en eller flere stjerner: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Kilde: Matching-procedure udført i Stata teffects med robuste standardafvigelser.

Tabel 5.10 viser de gennemsnitlige antal leverede timer på et år i perioden efter indsatsstart. Her ses der flere signifikante forskelle mellem DÆMP-patienterne og deres kontrolgruppe. Især den personlige pleje har et større omfang for DÆMP-patienterne end for kontrolgruppen i perioden efter. Både interventionspatienterne og kontrolpatienterne havde i perioden før indsatsstart i gennemsnit fået leveret 13 timers personlig pleje hen over et år (se **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**). Dette niveau er faldet en smule for kontrolgruppen, mens interventionspatienterne har oplevet en stigning, så de i perioden efter start i gennemsnit har fået leveret mere end 20 timers personlig pleje hen over et år. Det svarer til 10 timer flere end kontrolgruppen.

Forklaringen på disse stigninger skal nok findes i det øgede kommunale fokus på interventionspatienterne, herunder også nogle af de kommunale indsatser DÆMP-indsatsen har ført med sig. DÆMP-indsatsen består blandt andet af forskellige former for træning og sygepleje, så stigningen i hjemmesygepleje kan meget vel være et udtryk for aktiviteter i selve indsatsen. Da udgifter til disse allerede er medregnet under omkostninger til indsatsen, vil vi ikke medtage denne negative effekt i den samlede økonomiske vurdering. Omvendt er hjemmehjælp ikke en del af indsatsen, så det højere forbrug vi finder her, vil blive medregnet som en negativ besparelse i den samlede økonomiske vurdering.

Tabel 5.10 Forskelle i forbrug af kommunal hjemmepleje efter start i indsats mellem indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe

	Antal timer leveret pr. år i perioden efter				
	Omsorgspleje	Personlig pleje	Praktisk pleje	Sygepleje	Hjemmepleje i alt
IC-patienter	1,79	20,6	13,6	10,2	42,4
Kontrol	1,44	11,7	12,3	6,4	30,3
Forskel ml. indsats og kontrol¹	0,350	8,904***	1,264	3,813**	12,03**
Standardafvigelse	(0,391)	(0,924)	(0,792)	(1,219)	(4,342)
N	16.109	16.109	16.109	16.109	16.109

Note: 1) Gns. effekt blandt IC-patienter (ATT-effekt). Forskellen er signifikant, hvis der er angivet en eller flere stjerner: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Det gennemsnitlige forbrug efter indsatsstart er vægtet med (52/antal uger i måleperioden), så de måler forbruget over et år.

Kilde: Matching-procedure udført i Stata teffects med robuste standardafvigelser.

I det omfang vi stoler på, at den matchede kontrolgruppe består af personer, der ville modtage DÆMP-indsatsen, hvis de havde været tilknyttet Integrated Care-lægehuse, så viser resultatet, at indsatsen ikke har nogen positive økonomiske gevinster på kort sigt. Omvendt er der en tendens til et højere forbrug af indlæggelser og personlig hjemmepleje.

Det er dog muligt, at de faktorer, der rent faktisk er afgørende for, om en patient får tilbudt indsatsen og også ønsker at deltage, ikke er målbare i vores registre. Det vil sige, hvis de læger, der inkluderer patienterne udvælger patienterne på mere subjektive faktorer, som fx sårbarhed, ensomhed eller lignende, der ikke fremgår af registrene, og at disse subjektive faktorer også har betydning for vores output-mål, så skyldes resultatet snarere en selektion af patienterne, end en egentlig effekt af indsatsen.

I Tabel 5.11 fremgår den samlede besparelse pr. IC-forløb. På grund af de negative effekter er den samlede besparelse også negativ på -19.127 kr. Sammenholdes det med den mest optimistiske vurdering af den samlede omkostning pr. IC-forløb (se Tabel 5.6), finder vi et samlet tab på 30.204 kr. pr. forløb. Der er således ikke noget, der tyder på, at udgifterne til Integrated Care kan opvejes af økonomiske gevinster i løbet af det første år fra indsatsstart.

Tabel 5.11 Den samlede økonomiske vurdering ved Integrated Care-indsatsen

	Forbrug døgndlæggelser	Hjemmeplejetimer pr. år	I alt økonomi
Signifikante forskelle ml. indsats og kontrol	16.132*	12,03**	
Sats	-1	-236	
"Gevinst" året efter	-16.132	-2.995	-19.127
Omkostninger pr forløb ¹			-11.077
I alt pr. forløb med en opfølgingsperiode på et år			-30.204

Note: Effekten på antallet af ambulante indlæggelser er ikke medregnet, da der ikke ses en effekt på det samlede forbrug af ambulante indlæggelser. De flere indlæggelser har således ikke samlet været dyrere.

1) Der er her anvendt den mest optimistiske vurdering af omkostningen pr. IC-forløb.

Det er muligt, at indsatsen kan føre til positive økonomiske effekter på langt sigt. En undersøgelse af dette vil dog kræve en længere opfølgingsperiode.

5.5 Opsamling

Der ses større offentlige udgifter for patienter, der har været tilknyttet i DÆMP-indsatsen end for patienter, der er sammenlignelige med DÆMP-indsatsens patienter, og som har været i et ordinært behandlingsforløb. Samtidig ses, at de ønskede effekter vedrørende forebyggelse af hospitalsindlæggelser ikke er fundet.

6 Konklusion og anbefalinger

6.1 Status på implementering

Udviklingen og implementeringen af DÆMP-indsatsen har i hele projektperioden været udfordret på mange fronter. For det første blev pilotfasen gennemført uden egentlige patientforløb, hvormed man mistede muligheden for at identificere og adressere en række børnesygdomme i stratificering, IC-handleplan og arbejdsgange, hvilket 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.

Det er imidlertid lykkedes at håndtere ovenstående problemer og rent teknisk har DÆMP-indsatsen været implementeret siden foråret 2015. Der inkluderes og henvises patienter til alle de oprettede tilbud, men der er kun inkluderet 222 patienter, hvilket svarer til 9 patienter pr. deltagende læge. Det er væsentligt færre patienter end de 20-25 patienter pr. deltagende læge, som var forventet ved DÆMP-indsatsens start. Samtidig er der en meget stor spredning blandt de praktiserende læger, hvad angår antallet af inkluderede patienter. Det er således 3 af de 26 deltagende læger, der står for halvdelen af samtlige inkluderede patienter, mens de 13 mindst aktive praksislæger tilsammen kun har henvist 33 patienter.

På baggrund af manglen på inkluderede patienter, har der 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 uhensigtsmæssig måde har fået en del praksislæger til at inkludere patienter uden at have et klart formål med det.

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 nok 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 tilmelder patienter til drøftelse på TST-møder grundet hensynet til projektet, frem for et oplevet behov for input og sparring. Samtidig er mange interviewpersoner ved slutevalueringen kritiske over for udbyttet af TST-møderne, fordi de oplever, at det i for høj grad er de samme problemstillinger, der diskuteres på møderne.

Det fremgår således, at DÆMP-indsatsen fortsat er mangelfuldt implementeret hos et stort flertal af de deltagende praksislæger. På den baggrund, må det konkluderes, at det har været- og fremadrettet vil være – vanskeligt og ressourcekrævende at implementere og fastholde DÆMP-indsatsen som en fast rutine i almen praksis. 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 projektsetup, hvor der både har været massiv understøttelse af praksislægernes rolle og fuld finansiering af alle IC-relaterede aktiviteter. Disse resultater giver anledning til at stille spørgsmålstegn ved, hvorvidt forudsætningerne for at forankre et ansvar for integrated care og lignende indsatser i praksissektoren, reelt er til stede inden for de rammevilkår, der aktuelt er gældende for almen praksis i Danmark.

6.2 Patienter og fagpersoners perspektiver på DÆMP-indsatsen

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

DÆMP-fagpersonerne havde allerede ved midtvejsevalueringen en stor modstand over for DÆMP-indsatsen, og modstanden er øget ved slutevalueringen. Der stilles således 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 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 DÆMP-indsatsens arbejdsgange og redskaber opleves som en kilde til unødvendigt og tidskrævende dobbeltarbejde.

Disse forhold betyder tilsammen, 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.

6.3 Økonomi og omkostninger

I løbet af projektperioden har 222 patienter påbegyndt et Integrated Care-forløb for DÆMP-patienter, og 176 har afsluttet indsatsen. Den estimerede omkostning relateret til DÆMP-indsatsen er opgjort til mellem 11.000 kr. og knap 18.000 kr. for hvert DÆMP-forløb. I forhold til de enkelte omkostningselementer finder vi, at udviklings- og implementeringsindsatsen er opgjort til mellem 4.300 og 6.300 kr. og 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 DÆMP-indsatsen er opgjort til 3.500 kr. og udgør dermed mellem 20 og 30 % af de samlede udgifter.

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

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 interventionspatienterne end blandt kontrolgruppen. Hvor andelen var omkring 35 % for begge grupper før indsatsstart, så stiger den til 36 % i perioden efter start for IC-patienterne, mens den falder til 28 % for kontrolgruppen. Når vi ser på de samlede timer DÆMP-patienterne modtager hjemmepleje, så ser vi et lignende mønster. Både DÆMP-patienterne og kontrolpatienterne havde i perioden før indsatsstart 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 Integrated Care-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., mens der på den anden side ikke kan spores nogen posi-

tive besparelser ved indførelsen af indsatsen, inden for den opfølgingsperiode der har været til rådighed for evalueringen.

6.4 KORAs anbefalinger

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.

7 Anvendt litteratur

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.

Gittell, J.H. 2009, *High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*, McCraw-Hill, New York.

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.

Bilag 1 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 spørgeskemaer, 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>Bidrager 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 borgerens 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 spørgeskemaer 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/ulempeser de ved dette? <p>Opleves tryggere 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 planlægningssamtale?</p> <p>Hvilke årsager til fravalg og frafald angives af borgere som er tilbudt planlægningssamtale/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 arbejdsmarkedstilknøytning, 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 2 Eksempel på anvendt interviewguide: Praktiserende læger involveret i DÆMP

Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af evaluering/formål med interview – del af større setup – interview, spørgeskemaer og registeranalyser.

- Status på indsatsen – de nye redskaber og rutiner – risikolister, opstartssamtaler, IC-handleplan, TST-møder og opfølgning. Målet er, at vi så konkret som muligt får snakket erfaringerne med de nye elementer igennem.
- Oplevet udbytte – kommunikation og samarbejde, bedre forløb for inkluderede borgere.
- Erfaringer, evt. udfordringer, og hvad bør der i givet fald gøres for at adressere disse?
- Spørgsmål inden vi går i gang?

Præsentation af interviewdeltagere (navn, antal år som praktiserende læge)

Et vigtigt aspekt af, om et projekt fungerer og implementeres, er, om der er enighed om eller i hvert fald kompatibilitet i, hvad projektet faktisk går ud på. Derfor – som indledning – forklar hvad IC-projektet er.

- Deler samarbejdspartnerne jeres opfattelse?

Risikolister/opsporing af patienter

- Hvor mange patienter har I hver især inkluderet i IC-projektet?
- Hvordan går det med at agere proaktivt – at invitere patienter/pårørende til opstartssamtale?
- Inklusion ved hjælp af risikolister – anvender I listerne, og er det de rigtige patienter, der identificeres?
- Hjælper risikolisterne med at identificere patienter, I ellers ville have overset?
- Er risikolisterne lette at arbejde med?
- Giver risikolisterne et godt afsæt for opstartssamtalen med patienten?
- Inkluderer I patienter, som ikke identificeres via risikolisterne?

Opstartssamtaler og anvendelse af IC-handleplan

- De patienter, der inviteres til at deltage, er de interesseret i at deltage, og møder de op til konsultation?
- Er der en klar struktur for opstartssamtalen?
- Understøtter patientens handleplan opstartssamtalen?
- Udfylder I handleplanen sammen med patient og pårørende?
- Vurderer i, at opstartssamtalen – og de nye tilbud, der er etableret med IC-indsatsen – øger muligheden for at inddrage patienter og pårørende i deres forløb?
- Alt i alt – vil I så sige, at tiden anvendt på opsporing af patienter og opstartssamtaler og handleplaner er givet godt ud?

IC-plattformen/patientens handleplan

- Vil i sige, at I har et godt kendskab til indhold og arbejdsgange omkring patientens fælles handleplan?
- Hvad har I gjort/hvad er der gjort for at oplære jer i at anvende handleplanen?

- Er der gjort nok for at informere og undervise i brugen af de nye redskaber?
- Er IC-plattformen/patientens handleplan brugervenlig?
- Indeholder handleplanen i udgangspunktet de rigtige oplysninger?
 - for at I kan gøre jeres arbejde?
 - for at de andre aktører kan koordinere deres arbejde med jeres?
- Hvad er udbyttet ved at have handleplanen?
- I hvilket omfang giver handleplanen et bedre overblik over patientens forløb – bedre mulighed for at agere tovholder?
- Er der udfordringer i forhold til at anvende den fælles IC-handleplan?
- Er handleplanen opdateret, når I kigger i den – og kan I bruge de oplysninger, der er indsat af andre?
- Alt i alt – vil I så sige, at tiden anvendt på patienternes handleplaner er givet godt ud?

TST-møder

- Hvordan forbereder I jer til TST-møderne?
- Der er udarbejdet en arbejdsgangsbeskrivelse for TST-møderne – har I set den?
- Tager møderne afsæt i beskrivelsen – hvorfor/hvorfor ikke?
- Har I haft egne patientcases oppe på mødet? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har I drøftet patientcases på jeres møder – hvis ja, hvordan opleves udbyttet?
- Er der et tværsektorielt udbytte – som I går klogere derfra på, hvordan andre organisationer kan bidrage til borgerens bedring/hvad I kan bidrage med?
- Oplever I, at den tid I anvender på møderne, er godt givet ud – hvorfor/hvorfor ikke?
- Er omfanget/antallet af TST-møder passende?
- Er der forbedringspotentialer, som vi skal tage med videre?

Oplevede effekter – betydning for kommunikation og samarbejde

- Påvirker IC-indsatsen jeres kommunikation og samarbejde med almen praksis/deltagende hospitalsafdelinger?
- Oplever I, at IC-projektet har bidraget til større viden om hinandens arbejde – og større opmærksomhed på, hvilke oplysninger samarbejdspartnerne har brug for? – Og ikke har brug for? Altså er det relevant viden, der deles?
- Er der i dag bedre mulighed for at komme i dialog med relevante samarbejdspartnere, hvis der er opstået komplekse problemstillinger i patientforløbet?
- I hvilket omfang bidrager IC-indsatsen til gensidig respekt mellem de involverede fagområder i DÆMP-forløbene?
- I hvor høj grad oplever I, at der er fælles mål for samarbejdet om forløb i IC-regi og adskiller dette sig fra samarbejdet omkring patientgrupper, der ikke er en del af IC?
- Er det de rigtige aktører, der er en del af DÆMP-indsatsen (praktiserende læge, psykolog, geriatrisk afdeling, medicinsk afdeling, Ældresagen), eller mangler der nogen?
- Bliver det til en *fælles behandlingsstrategi* mellem jer fagfolk? Eller holder man sig pænt på egen banehalvdel, så der mere er tale om velkoordineret arbejde?

Samarbejdet med patienten

- Påvirker IC-indsatsen jeres møde med patienterne?
- At borgerne har adgang til at læse handleplanerne, har det fået jer til at ændre praksis med, hvad I skriver, og hvordan I skriver det? Godt? Skidt?

- Anvender patienter og pårørende handleplanen – og hvad får de ud af det?
- Harmonerer den måde, som IC-projektet skaber borgerinddragelse på, med den måde, I ellers i jeres arbejde skal arbejde med borgerinddragelse på?
- IC-projektet former samarbejdet med patienten – de giver jer fx lov til at dele viden og koordinere med andre fagfolk uden om dem. Hvordan påvirker det jeres inddragelse af patienten?
- Taler du med patienten om andre ting nu, end du gjorde tidligere (fx fordi tid er frigivet, fordi man allerede ved, hvad andre gør, muligheder for at tilbyde borgeren er anderledes)?
- Taler du mere/mindre med patienten om hans/hendes situation nu?
- Taler du mere/mindre med patienten om hans/hendes forløb nu?
- Styrer du mere/mindre, hvad der skal ske i patientforløbet nu end tidligere?

Oplevede effekter – for patienter

- I hvilket omfang, tror du, IC-handleplanen og de aftaler der opstilles heri bidrager til bedre patientforløb?
- Tror I, det skaber større sammenhæng i patientens forløb?
- Oplever I selv, at det I gør, er mere koordineret, afstemt og meningsfuldt, i forhold til hvad andre aktører gør?
- Smitter det af på andre patienters forløb?
- Tror I, at patienterne oplever det, I gør, og det de andre aktører gør, som mere koordinerede, afstemte, meningsfulde i forhold til hinanden?

Afrunding

- Andet vi skal tage med – gode råd til det fremfrettede arbejde med IC-projektet?
- Pointer, der skal uddybes – eller noget vi har glemt?

Bilag 3 Eksempel på anvendt interviewguide: DÆMP-patienter

Det samarbejdsprojekt, du er med i, er bygget op om nogle nye måder at kommunikere og dele viden på – mellem de fagpersoner, du er i kontakt med. I interviewet skal vi tale om, hvordan du har oplevet at være med i projektet, og hvilket udbytte du evt. har oplevet.

- Spørgsmål inden vi går i gang?

Baggrund

- Præsentation af interviewdeltager, præsentation af interviewdeltager – alder, diagnoser, behandlingsforløb, hvem er de i kontakt med?
- Hvad er de største problemer i din daglige sundhed og trivsel, som du gerne vil have hjælp til fra sundhedsvæsenet?

Indgangen i IC

Vi rejser nu lige tilbage i tiden, til da du kom med i IC-projektet.

- Kan du huske, hvorfor du valgte at være med i IC-projektet?
 - Var det/er det klart for dig, hvad IC-projektet er, og hvad det konkret indebærer af muligheder for dig?
- Kan du huske opstartssamtalen?
 - Prøv at beskrive, hvordan den forløb.
 - Hvordan oplevede du den?
 - Blev der opstillet mål for din behandling – var du med til at formulere dem, og var du enig i dem?

Det videre samarbejde med den praktiserende læge (PL)

I IC-projektet spiller den praktiserende læge en central rolle, for det er ham eller hende, du først har set, og som har ansvaret for at lægge den behandlingsplan, som har sendt dig videre til de forskellige behandlere. Så nu vil jeg gerne, at du fortæller om, hvordan dit forløb med PL har været, efter du sagde ja til at deltage i projektet?

- Din PL har lavet en handleplan for dig – har du indblik den?
 - Har du efterfølgende set den/brugt den undervejs? Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Har handleplanen gjort det tydeligt for dig, hvilke behandlere og kontaktpersoner der er tilknyttet dit forløb?
 - Hvordan har du det med, at de involverede fagpersoner deler informationer om dig gennem handleplanen?
- (Hvordan) inddrog PL jeres tanker og ønsker i udarbejdelsen af handleplanen?
- Hvordan talte I om, hvad I havde behov for, og matcher handleplanen det, I har behov for?

Det videre IC-forløb

Som en del af IC-projektet har de forskellige professionelle, der har været inde over jeres forløb, haft adgang til den handleplan, som først blev lavet af din PL. PL skrev sin vurdering, som de andre arbejdede ud fra, og som de så skrev videre i, så de andre kunne læse i den, og du

ikke skulle forklare alt forfra, hver gang du mødte en ny behandler. Sådan var den tænkt i hvert fald, men...

- Har du indtryk af, hvordan handleplanen bruges i samarbejdet mellem de professionelle, der er inde over din behandling?
 - Har de behandlere, du har været i kontakt med, omtalt at have læst i din handleplan?
 - Oplever du, at de behandlere, du kom i kontakt med, allerede kendte din historie og situation godt? Var/er det, de ved/vidste, det rigtige?
 - Oplever du, at de forskellige behandlere er enige om, hvilken indsats der kan hjælpe dig?
 - Arbejder de i samme retning/kommunikerer de med hinanden?
 - Har du været i kontakt med kommunen, egen læge eller andre aktører, hvor I har snakket om IC-projektet/fulgt op på aftaler, der blev lavet ved opstartssamtalen?
 - Har du været til opfølgende møder hos din praktiserende læge, hvor der er blevet fulgt op på forløbet? Hvis ja, beskriv og uddyb.

Tilfredshed og betydning for forløbet

Og som det sidste emne for i dag skal vi tale om, om du er tilfreds med dit IC-forløb...

- Sådan frit tænkt – hvilke ord beskriver det forløb, du har været igennem?
- Har dit forløb givet mening?/har det været sammenhængende?
 - Hvorfor? Hvordan?
 - Hvordan vurderer du ventetiden i dit forløb, og hvordan har personalet håndteret det?
- Oplever du, at der har været/er et godt samarbejde mellem behandlerne, som kommer dig til fordel?
- Har du fået det bedre i dag?
 - Hvad har gjort forskellen?
 - Er du bedre i stand til at håndtere din situation og hverdag i dag?
- Spørgsmål? Noget vi har glemt at spørge om? Andet?

Bilag 4 Oversigt over de interviewede DÆMP-patienter og deres forløb i IC-indsatsen

Køn	Alder	Helbred	Involverede fag-professionelle	Perspektiver på Integrated Care
Mand	80 år	Multiple sygdomsforløb som følge af KOL, gigt, diabetes, diabetessår på fødderne, cancer i blæren, blærebetændelse og blodpropper.	Praktiserende læge, Endokrinologisk afdeling OUH, Sårambulatoriet OUH og hjemmesygeplejen. Har desuden deltaget på KOL patientskole.	Er meget tilfreds med IC-indsatsen og mener, at det har haft positiv betydning for hans behandlingsforløb. Han oplever, at de behandlere, han møder, orienterer sig i handleplanen og følger op på de mål, der er beskrevet i den. Beskriver hvordan de på kommunens KOL-patientskole også bruger handleplanen og orienterer den praktiserende læge, hvis der er behov for det. Desuden kigger han selv med i sin handleplan og synes, det giver et bedre overblik over, hvem der er en del af behandlingsforløbet.
Kvinde	73 år	Har været igennem et længere udredningsforløb, hvor egen læge mistænkte astma. Det viste sig dog at være allergi, som nu er velbehandlet.	Praktiserende læge, øjenlæge, øre-næsehals læge og Hjertelunge- og karkirurgisk afdeling OUH.	Er positiv over for IC-indsatsen, men oplever, at deltagelsen ikke har haft nogen betydning for hendes forløb. "Der er ikke sket noget ud over opstartssamtalen". Til gengæld er hun fint tilfreds med den behandling, hun har fået, og den viden de forskellige fagpersoner har.
Kvinde	78 år	Har diabetes, muskeltgigt og cyster i underlivet. Største helbredsmæssige problem er dog, at egen læge har frataget hende kørekortet pga. svimmelhed.	Praktiserende læge, kæbekirurgisk afdeling OUH. Desuden deltager hun i gigttræning.	Er meget positiv over for ideen om, at behandlere kan dele information i en handleplan. Har til gengæld et uklart billede af, hvad der er sket i forbindelse med IC-indsatsen, og hun oplever, at deltagelsen ikke har haft nogen betydning for hendes forløb og behandling.
Kvinde	75 år	Lider af astma, gigt og knogleskørhed. Derudover har hun gennemgået en hjerteoperation.	Praktiserende læge, Lungemedicinsk afdeling OUH, Reumatologisk afdeling OUH og Hjerteafdelingen OUH.	Positiv over for formålene med IC-indsatsen, men oplever, at deltagelsen ikke har haft nogen betydning for hendes forløb. Først i forbindelse med evalueringen blev hun opmærksom på, at der er lavet en handleplan. Hun ringede til egen læge for at høre, hvad det er, men mener dog ikke, hun har behov for at orientere sig i den. Hun er generelt godt tilfreds med den behandling, hun får, og mener at de behandlere, hun møder i sundhedsvæsenet, altid har arbejdet godt sammen.
Mand	74 år	Har haft sklerose i mere end 40 år. Derudover har han diabetes, problemer med blæren og kommer fast til kontrol ved praktiserende læge for at få tjekket blodsukker og blodtryk.	Praktiserende læge, Skleroseafdelingen OUH og hjemmeplejen.	Syntes IC-indsatsen tjener et godt formål. Oplever dog ikke, at der er kommet nogen handling ud af indsatsen. Til gengæld oplever han, at de behandlere, han møder, generelt har god viden om hans situation.
Kvinde	75 år	Går i behandling for depression, angst og uro. Er desuden i et udredningsforløb for maveproblemer.	Praktiserende læge og psykiater. Bor på et plejecenter; har en besøgsven og en, der kommer og går tur med hende.	Er ikke klar over, hvad IC-indsatsen går ud på, og kan ikke adskille IC-indsatsen fra den øvrige behandling. Hun er dog meget godt tilfreds med den behandling, hun modtager – særligt i forhold til de kontrolbesøg, hun har hos egen læge hver tredje måned.

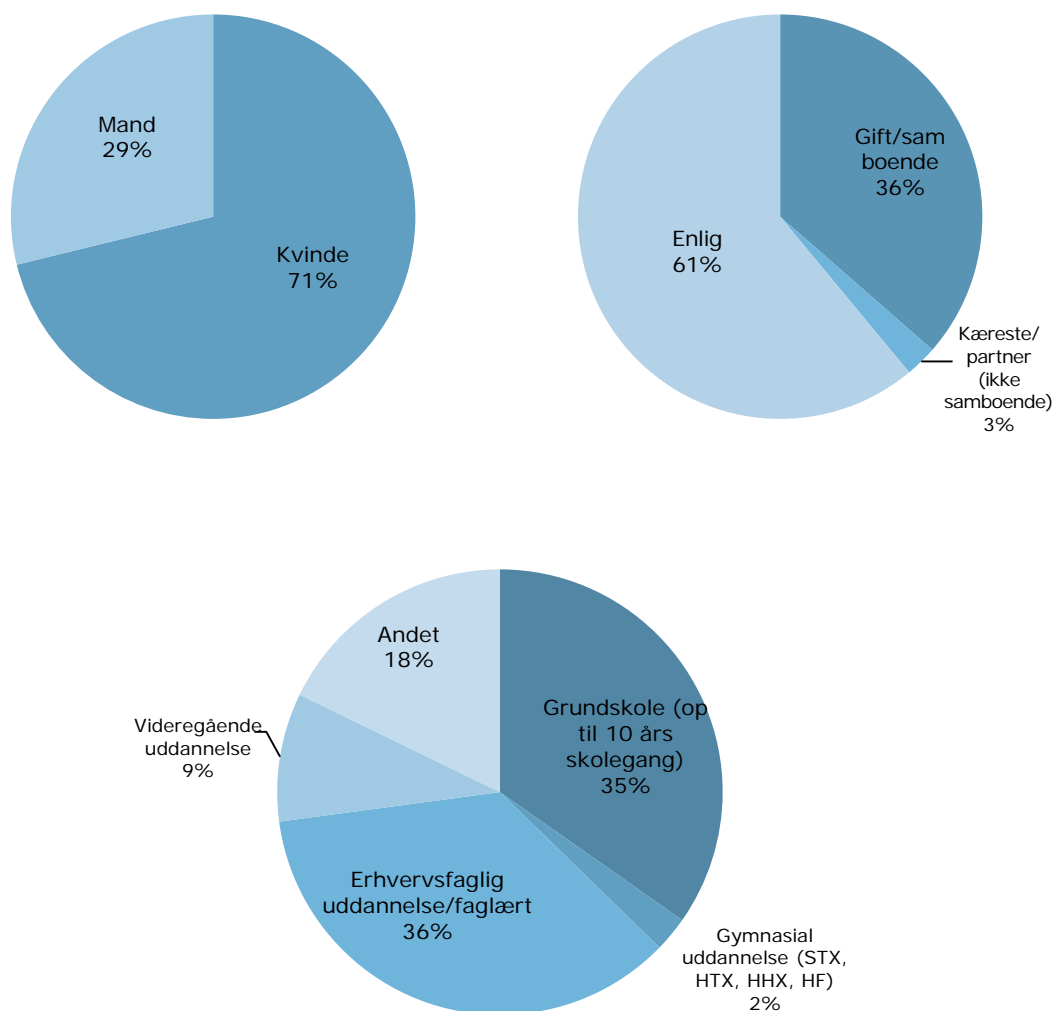
Køn	Alder	Helbred	Involverede fagprofessionelle	Perspektiver på Integrated Care
Mand	74 år	Har været igennem lange udredningsforløb som følge af hjerte problemer, slem hoste mm. Er nu diagnosticeret med sarkoidose, der er hans største helbredsmæssige problem.	Praktiserende læge, Lungemedicinsk afdeling OUH og Hjertemedicinsk afdeling OUH.	<p>Er ikke helt klar over, hvad IC-indsatsen går ud på. Blander IC sammen med et OUH forskningsprojekt, han har deltaget i. Kan derfor heller ikke forholde sig til, om IC har haft betydning for behandling/forløb.</p> <p>Er til gengæld positiv over for, at behandlere deler oplysninger om ham i en handleplan, hvis det giver dem den viden, de har brug for for at optimere hans behandlingsforløb.</p>
Kvinde	78 år	Interviewet måtte afbrydes, fordi kvinden ikke var i stand til at forholde sig til vores spørgsmål.		
Kvinde (det er patientens datter, der er interviewet)	57 år	Har haft Parkinsons sygdom i 18 år og deraf mange følgesygdomme.	Praktiserende læge, Neurologisk afdeling OUH, Endokrinologisk afdeling OUH, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen.	<p>Patienten taler ikke dansk, så det er derfor datteren, der tager sig af al kontakt med sundhedsvæsenet. Datteren oplever, at der ikke er god kommunikation mellem læge, hospital og hjemmesygeplejersker, hvorfor hun føler, hun må stå for al kommunikation mellem dem.</p> <p>Derfor har hun haft store forventninger til deltagelsen i IC-indsatsen, men hun oplever, at denne ikke har gjort nogen positiv forskel for hende selv eller sin mor.</p>

Bilag 5 Supplerende figurer og tabeller fra DÆMP-patientspørgeskemaet

Baggrundskarakteristika for DÆMP-patienterne

Af Bilagsfigur 5.1 fremgår det, at 70 % af de medvirkende DÆMP-patienter er kvinder, og at cirka to tredjedele er enlige, mens den sidste tredjedel er gift (36 %) eller har en ikke-samboende partner (3 %). Endelig er uddannelsesniveaut begrænset, idet 35 % kun har en grundskoleuddannelse og 36 % en faguddannelse. Kun 9 % har en videregående uddannelse.

Bilagsfigur 5.1 Baggrundskarakteristika for medvirkende DÆMP-patienter



Årsager til deltagelse i IC-indsatsen

Bilagstabel 5.1 DÆMP-patienternes svar på spørgsmålet: Hvorfor har du valgt at deltage i Integrated Care-projektet?

Patientens svar	Kategorisering
Min læge foreslog, at jeg deltog, da jeg har gigt, KOL og flere brud på ryggen. Men projektet er ikke i gang	På lægens opfordring/Godt for mig
Jeg var uforberedt men indvilligede, da jeg godt kunne se nogle muligheder	På lægens opfordring/Godt for mig
Min læge foreslog det, og jeg synes, det var en god idé	På lægens opfordring/Ideen bag projektet er god
Min læge bad mig om det	På lægens opfordring
Forespørgsel fra lægen	På lægens opfordring
Fordi lægen mente, det var en god ide	På lægens opfordring
Lægen mente, jeg kunne få glæde af det	På lægens opfordring
Er blevet bedt om det	På lægens opfordring
På opfordring fra min læge	På lægens opfordring
Efter samtale med lægen	På lægens opfordring
Efter ønske fra min læge	På lægens opfordring
Fordi min læge opfordrede mig til at deltage	På lægens opfordring
På min læges anbefaling	På lægens opfordring
Opfordret af min læge	På lægens opfordring
Ved ikke	På lægens opfordring
Blev opfordret af lægen	På lægens opfordring
På lægens anbefaling	På lægens opfordring
Fulgt opfordring fra min praktiserende læge	På lægens opfordring
Min læge spurgte, og jeg sagde ja	På lægens opfordring
Fordi lægen synes, det var en god ide	På lægens opfordring
Lægens forslag	På lægens opfordring
Det blev tilbudt	På lægens opfordring
Ifølge samtale med min læge	På lægens opfordring
Min læge foreslog, at jeg deltog i projektet, og det sagde jeg så ja til	På lægens opfordring
Jeg blev inviteret af min praktiserende læge	På lægens opfordring
På grund af telefonsamtale	På lægens opfordring
Jeg er blevet spurgt	På lægens opfordring
På lægens opfordring	På lægens opfordring
Blev ringet op af en sygeplejerske	På lægens opfordring
Forespørgsler fra læger	På lægens opfordring
Blev tilbudt gennem min læge	På lægens opfordring
Fordi min læge bad mig om det	På lægens opfordring
For at få hjælp til mit daglige liv og samtidig stille mig til rådighed for videnskabens til gavn for andre	Godt for mig /Hjælpe andre
Jeg deltager for min egen skyld, samt om der er andre, der kan bruge de oplysninger, min sygdom kan bidrage med, jeg har deltaget i projektet for til dels at hjælpe andre, der har det lige som jeg.	Godt for mig /Hjælpe andre

Patientens svar	Kategorisering
For di det maske kunne hjalpe andre og mig selv med vores problemer, som det fremgar af skemaet, har jeg ingen H.P.	Godt for mig /Hjalpe andre
For di jeg haber, det kan hjalpe mig og mange andre eldre mennesker	Godt for mig /Hjalpe andre
Efter samtalen med min lage fik jeg en forstaelse af, hvad det drejede sig om. Jeg fik den forstaelse, at alle instanser, som har betydning, far viden om alle mine skavanker	Godt for mig /Interesseret i samarbejdet
Pa grund af mange sygdomme (sukkersyge og besvimelse) Jeg onsker en diagnose pa	Godt for mig /Interesseret i samarbejdet
Mulighed for at fa det bedre, end jeg havde det!	Godt for mig
Pa grund af min psykiske tilstand	Godt for mig
Jeg tror, et behandlingsforlob kan blive bedre, derfor.	Godt for mig
Problemer med mine ben - gar darligt. Kan ikke holde mine blodprocent staende	Godt for mig
For at fa det bedre i min hoje alder (90)	Godt for mig
Jeg er bange for, at jeg far for mange piller og ikke kan tale dem	Godt for mig
Med hab om et bedre helbred, vejledning og omsorg	Godt for mig
For di jeg forventede at fa hjalp til at klare de problemer, jeg har, hvilket har vist sig ikke at vare tilfaldet	Godt for mig /Andet
Jeg er meget glad for trningen og haber, at mit hverdagsliv kan blive lidt bedre	Godt for mig
Jeg synes at vare kort fast: onskede hjalp til at fa det bedre	Godt for mig
Jeg haber, det kan hjalpe mig til at fa det bedre med mine sygdomme	Godt for mig
For at forbedre min gangfunktion	Godt for mig
Jeg star meget enlig med mine problemer med min fysiske gener, har ingen og tale med ej heller megen hjalp til det daglige	Godt for mig
For ensomhedens skyld	Godt for mig
For at muligt at kunne folge mit sygdomsforlob og muligvis pavirke det	Godt for mig
Haber pa godt resultat	Godt for mig
For at hjalpe andre	Hjalpe andre
Modtager megen good-will Vil gerne gore, hvad jeg kan - gengald	Hjalpe andre
For at andre maske kan bruge mine erfaringer	Hjalpe andre
For di jeg synes, at de eldre skal have den hjalp, der er behov for. At hjalpen kommer som aftalt, samt plejepersonalet er imodekommende og venlig, sa den eldre ikke foler sig til besver	Hjalpe andre
Hvis jeg kan hjalpe andre	Hjalpe andre
For at hjalpe andre	Hjalpe andre
Jeg mener, at det projekt kan gavne mange	Hjalpe andre
For di jeg er meget utilfreds med Integrated Care ift. samarbejdet med fagpersoner og parorende + medicinering	Interesseret i samarbejdet
Samarbejdet omkring mine mange forskellige sygdomme	Interesseret i samarbejdet
Samarbejde omkring mine mange sygdomme, oplevede jeg, lod godt	Interesseret i samarbejdet
Da jeg mener, det er en god ide at kunne involvere forskellige fagpersoner	Interesseret i samarbejdet
Oplysning - samarbejde - kontrol	Interesseret i samarbejdet
Jo bedre kommunikation imellem, des bedre	Interesseret i samarbejdet
For at fremme et bedre samarbejde behandlingsgrupperne imellem i Odense Kommune	Interesseret i samarbejdet
Jeg synes, det er et spendende projekt	Ideen bag projektet er god

Patientens svar	Kategorisering
Det føles som en god ide	Ideen bag projektet er god
En god ide	Ideen bag projektet er god
Fordi det var en god ting	Ideen bag projektet er god
Fordi det lød interessant	Ideen bag projektet er god
Jeg synes, at det var en god ide	Ideen bag projektet er god
Spændende	Ideen bag projektet er god
Har aldrig været til sådan en samtale med min læge. Kan derfor ikke svare på disse spørgsmål	Andet
Jeg troede, at det bestod af fælles oplevelser fx med bus til en kro, hvor vi kunne købe en kop kaffe og derved få en snak med forskellige andre enlige	Andet
Fordi der gerne må ske lidt	Andet
Det har jeg ikke valgt	Andet
Har glemt samtalen ved lægen og har glemt, hvad det drejer sig om	Andet
Har glemt samtalen ved lægen og ved ikke, hvad det drejer sig om	Andet
For at være flink	Andet
Jeg er ikke blevet bedt om at deltage i projektet, derfor har vi ikke besvaret spørgeskemaet	Andet
På starttidspunktet var jeg ikke så langt i demens, men det er gået stærkt ned	Andet
Det kom som en overraskelse	Andet
For at vide lidt om det	Andet
Ved ikke valgt, misforstod uden tvivl en del, troede det var for mig en individuel sag, da så mange speciallæger var involveret	Andet

Bilagstabel 5.2 DÆMP-patienternes generelle kommentarer

Patientens svar	Kategorisering
Jeg har ingen kendskab til handlingsplanen men har fået bevilget en psykolog, og det fungerer tilfredsstillende. Ved opstartssamtalen med min læge anbefalede hun behandling af mine fødder pga. de skleroselignende symptomer, jeg har. Jeg er efterfølgende blevet ringet op af en sygeplejerske, som fortalte, at denne behandling ikke er mulig at opfylde, da jeg ikke har sukkersyge. Undskyld forsinkelsen, vi har ikke været hjemme.	Positiv: psykolog Manglende kendskab (hand- leplan)
Jeg blev meget glad, da jeg fik at vide, at jeg måtte deltage. Men jeg har desværre ikke fået det bedre. De mente heller ikke, at jeg kom videre. Træningen har måske været lidt for hårdt for mig, især for mine knæ.	Positiv
Jeg er tilfreds	Positiv
Jeg er tilfreds	Positiv
Har kun været med i to måneder men håber på det bedste	Positiv
Jeg har fået det væsentligt bedre, efter at alle bruger min journal, når de behandler mig	Positiv
Jeg har intet hørt, siden jeg har meldt mig til dette	Langsommelig
Jeg synes ikke, jeg bliver inddraget nok! Det ville være dejligt med flere oplysninger og tider for handlingsplanen	Langsommelig
Dårlig kommunikation med lægen, synes ikke der bliver gjort noget	Langsommelig
Er ikke kommet i gang endnu på grund af en brækket ryg	Langsommelig
Der er ikke sket noget i sagen	Langsommelig
Langsommeligt forløb. Samtale med min læge den 22/1 2015. Start på genoptræning den 9/3 2015	Langsommelig

Patientens svar	Kategorisering
Undskyld de negative svar, men der er ting, jeg aldrig har fået svar på	Langsommelig
Jeg skulle have støttestrømper, det tog en evighed, inden det blev sat i gang. Mange i hjemmeplejen ved ikke hvad Integrated Care er, har ikke adgang. Vi skal have noget mere vidensdeling	Langsommelig
Der er endnu ikke udarbejdet en handlingsplan	Langsommelig
Inden for de sidste tre måneder har jeg kun været i kontakt med lungeafdelingen og egen læge til kontrol. Jeg ved ikke, hvad KORA er	Langsommelig
Farmor har netop fået diagnosen dement, så det har været svært for hende at følge med og huske, hvad det er, som hun har sagt ja til	Manglende kendskab/Hukommelsesproblemer
Jeg mener ikke, at der blev udarbejdet en handlingsplan, og jeg har ingen kontaktpersoner eller behandlere. Jeg er lige ved at tro, det måske er en fejl, at jeg deltager i Integrated Care-projektet	Manglende kendskab
Jeg ved faktisk ikke, hvad det går ud på	Manglende kendskab
Jeg kender hverken handlingsplanen eller kontaktpersonen	Manglende kendskab
Jeg forstår ikke det hele, derfor ikke udfyldt det hele	Manglende kendskab
Mangler information om care-forløbet	Manglende kendskab
Kan ikke udfylde side 4, da jeg ikke kender min handleplan	Manglende kendskab
På grund af hukommelsestab kan jeg ikke huske meget	Hukommelsesproblemer
Er ikke i stand til videre deltagelse, da Kurt er meget dement nu	Hukommelsesproblemer
Lettere hukommelsesvigt, så det er ikke relevant at ringe	Hukommelsesproblemer
Vi er ikke i stand til at besvare spørgsmålene. Min mor har siden introduktionen til Integrated Care haft en blodprop. Hun husker derfor ikke meget omkring projektet og ønsker derfor ikke at deltage i det	Hukommelsesproblemer
Min mors demens har desværre udviklet sig, så hun er ikke i stand til at svare retvisende på dette spørgeskema	Hukommelsesproblemer
Mit sygdomsforløb er ikke akut men er flere år tilbage. Derfor er nogle af mine svar ikke helt så relevante.	Irrelevant
Jeg har egentlig ingen sygdom ud over de forskellige skavanker, der følger med alderen. Jeg er blevet 90 år men klarer mig selv uden fremmed hjælp af nogen slags.	Irrelevant
Jeg har svært ved at se relevansen for mig	Irrelevant
Jeg valgte faktisk ikke selv, jeg blev ringet op efter et lægebesøg, om jeg ville komme til samtale næste dag. Jeg synes det var spild af min tid, da jeg er forholdsvis rask og rørig	Irrelevant
Kommunikationen imellem diverse behandlingsafsnit yderst, og langt fra tilfredsstillende - har været i et årelangt behandlingsforløb pga. muskelgigt	Negativ
Manger inddragelse af de afdelinger, jeg bruger = diabetes afd. M og gigt afd. C	Negativ
Blev sat på et træningshold, som der ikke har opfyldt mine ønsker, og er blevet sat af igen efter to måneder	Negativ
Synes mine lidelser er så komplekse, at der ingen virkelighed vil være	Andet
Har talt med lægen men har ikke haft brug for anden hjælp	Andet

Bilag 6 Supplerende tabeller fra DÆMP-fagpersonernes spørgeskema

Det er en grundlæggende præmis for arbejdet med IC-modellen, at den skal bidrage til at øge kapaciteten til relationel koordinering på tværs af de involverede fagpersoner, aktører og sektorer. Derfor har vi i spørgeskemaundersøgelsen stillet en række spørgsmål, der specifikt undersøger, om fagpersonerne oplever, at IC-indsatsen påvirker Jody Gittels syv dimensioner for relationel koordinering positivt. Resultaterne præsenteres og kommenteres i de følgende tabeller²³.

I spørgeskemaerne spurgte vi fagpersonerne, om IC-indsatsen bidrager til, at de får større viden om deres samarbejdspartneres arbejde og får større gensidig respekt. Bilagstabel 6.1 og Bilagstabel 6.2 nedenfor viser fagpersonernes svar.

Bilagstabel 6.1 Fagpersonernes vurdering af, om IC-indsatsen bidrager til, at de og deres samarbejdspartnere generelt har viden om hinandens arbejde

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Ergo- og fysioterapeut
1: Slet ikke	21 %	12 %	0 %
2: I beskeden grad	14 %	21 %	10 %
3: I nogen grad	50 %	27 %	29 %
4: I høj grad	0 %	15 %	10 %
5: I meget høj grad	0 %	0 %	3 %
Ved ikke	14 %	24 %	48 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 57 besvarelser. 67 % af dem, der svarer 'ved ikke', har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

Bilagstabel 6.2 undersøger, i hvilket omfang fagpersonerne oplever, at DÆMP-indsatsen skaber fælles viden og forståelse for hinandens opgaver og behov for viden på tværs af DÆMP-patienternes forløb. Svarene, som det fremgår, viser for praksislægerne og hjemmesygeplejerskernes vedkommende en negativ tendens, hvor 35 % af praksislægerne og 33 % af hjemmesygeplejerskerne svarer 'slet ikke' eller kun 'i beskeden grad', mens det samme kun er tilfældet for 10 % af terapeuterne. Heroverfor er der henholdsvis 50 % af praksislægerne, 42 % af hjemmesygeplejerskerne og 39 % af terapeuterne, der mindst 'i nogen grad' vurderer, at IC øger den fælles viden. Endelig ses det også, at 14 % af praksislægerne og 24 % af hjemmesygeplejerskerne ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet, mens terapeuterne igen skiller sig ud ved, at 48 % svarer 'ved ikke'. Den store andel af 'ved ikke'-svar fra terapeuterne skyldes formentlig deres perifere rolle som leverandører af en afgrænset ydelse, der indgår i IC-indsatsen.

²³ Det gælder på tværs af tabellerne, at der ikke ses væsentlige udviklinger i forhold til svarene fra midtvejs-evalueringen. I det omfang der er udvikling, er der tale om en svag tendens til mere negative svar, samt en tendens til, at flere svarer 'ved ikke'.

Bilagstabel 6.2 IC-indsatsens bidrag til at etablere gensidig respekt for hinandens bidrag og kompetencer på tværs af de inkluderede patienters forløb

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Ergo- og fysioterapeut
1: Slet ikke	7 %	9 %	3 %
2: I beskeden grad	7 %	18 %	6 %
3: I nogen grad	50 %	27 %	10 %
4: I høj grad	7 %	18 %	23 %
5: I meget høj grad	7 %	0 %	3 %
Ved ikke	21 %	27 %	55 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 85 besvarelser. 63 % af dem, der svarer 'ved ikke', har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

I Bilagstabel 6.2 har vi undersøgt, hvorvidt fagpersonerne oplever, at IC-indsatsen bidrager til at øge den gensidige respekt på tværs af de faggrupper, der indgår i IC-indsatsen. Her svarer henholdsvis 64 % af praksislægerne, 45 % af hjemmesygeplejerskerne og 36 % af terapeuterne, at dette mindst 'i nogen grad' er tilfældet. Til gengæld er det også karakteristisk, at mange fagpersoner ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet.

Bilagstabel 6.3 Fagpersonernes vurdering af IC-indsatsens bidrag til at skabe et fælles defineret mål for samarbejdet om de inkluderede patienters forløb på tværs af faggrupper og sektorer

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Ergo- og fysioterapeut
1: Slet ikke	14 %	12 %	3 %
2: I beskeden grad	29 %	24 %	6 %
3: I nogen grad	36 %	27 %	26 %
4: I høj grad	0 %	6 %	10 %
5: I meget høj grad	7 %	3 %	3 %
Ved ikke	14 %	27 %	52 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 85 besvarelser. 65 % af dem, der svarer 'ved ikke', har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

Som det fremgår, er fagpersonernes vurderinger blandede med en tendens til negative svar. Det er således mindre end 10 % af respondenterne, som vurderer, at IC-indsatsen 'i høj grad' medvirker til at skabe fælles mål for de inkluderede patienters forløb, mens yderligere ca. 1/3 del vurderer, at dette 'i nogen grad' er tilfældet. Heroverfor er der 45-10 % afhængig af faggruppe, som vurderer, at dette 'slet ikke' eller kun 'i beskeden grad' er tilfældet. Endelig ses det, at 14 % af praksislægerne og 27 % af hjemmesygeplejerskerne ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet, mens terapeuterne igen skiller sig ud ved, at 52 % svarer 'ved ikke'.

Bilagstabel 6.4 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt den faglige kommunikation i IC-indsatsens bidrager til mere hyppig, rettidig og relevant information samt mulighed for dialog ved komplekse problemstillinger

	...relevante parter kommunikerer hyppigt nok til, at vi har en fælles viden og fælles mål for DÆMP-patienten	...jeg modtager informationer tids nok til, at jeg har nytte af dem	...jeg modtager informationer, der er relevante og målrettede mine behov	...jeg har mulighed for at komme i dialog med relevante samarbejdsparter, når der opstår komplekse problemstillinger i patientforløbet
1: Slet ikke	7 %	8 %	7 %	7 %
2: I beskeden grad	32 %	27 %	26 %	18 %
3: I nogen grad	14 %	20 %	27 %	24 %
4: I høj grad	8 %	5 %	6 %	16 %
5: I meget høj grad	2 %	4 %	1 %	4 %
Ved ikke	36 %	36 %	33 %	32 %
Antal	85	85	85	85

Note: 85 besvarelser. Omkring 65 % af dem, der svarer 'ved ikke', har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

Bilagstabel 6.4 viser fagpersonernes vurdering af DÆMP-indsatsens betydning for hyppighed, rettidighed og relevans af den information, der udveksles på tværs af patientforløbet, og muligheden for dialog med relevante parter når der opstår komplekse problemstillinger i patienternes forløb. Svarene viser, at henholdsvis 24 %, 29 %, 34 % og 44 % af fagpersonerne mindst 'i nogen grad' oplever, at IC-indsatsen bidrager positivt til udveksling af viden og problemløsning relateret til de inkluderede patienter. Heroverfor er der mellem 25-39 %, der svarer negativt på spørgsmålene, mens ca. 1/3 svarer 'ved ikke'.

Spørgeskemaet indeholdt også et frit svarfelt, hvor fagpersonerne har haft mulighed for at skrive eventuelle øvrige kommentarer. 30 af fagpersonerne har benyttet sig af denne mulighed, og som det fremgår af tabellen nedenfor, er der enkelte, som har positive forventninger til IC, samt enkelte, der angiver et godt udbytte af TST-møderne. Det store flertal af kommentarerne er imidlertid negative, og de fordeler sig nogenlunde jævnt på tværs af emnerne: IC opleves ikke relevant, at indsatsen er tidskrævende og medfører dobbeltarbejde samt utilfredshed med de deltagende lægers engagement/bidrag på TST-møder. Herudover er der syv kommunale fagpersoner, der angiver, at de har et perifert forhold til IC-indsatsen, hvorfor de har svært ved at svare på spørgeskemaet.

Type af kommentar	
Positive kommentarer	Jeg tænker, det er et godt værktøj
	Ideen er jeg vild med, men har ikke set resultater
Positive erfaringer med TST-møder	TST-møderne er givtige
	[IC] giver god mening, og TST-møde gav god info
Manglende relevans	IC bør hurtigst muligt lukkes igen
	Den eneste forskel fra tidligere er kommunikation med psykolog

Type af kommentar

Ikke behov for en anden platform at samarbejde i. Ikke relevant

De patienter, der er udvalgt, er ikke så relevante for os. Vi oplever, at praktiserende læge får startet en del op i Integrated Care, men at der er manglende relevans. Praktiserende læge laver indsatser for hjemmepleje, sygepleje og træning. Når vi kontakter lægen eller borgeren, viser det sig, at der ikke er noget for kommunen. Altså har vi brugt en del tid på unødvendigt arbejde. De borgere, der endelig er noget på, er så lette, at Integrated Care ikke forbedrer dialogen

Oplevelse af ineffektivitet/ressourcespild/dobbelarbejde

IC er en misforståelse, det er en ny og mere omstændelig måde at gøre ting på, som vi allerede gør. Hele idéen i projektet tager udgangspunkt i, at vi ikke gør vores arbejde, en forkert og fornærmende præmis, fostret af folk, der åbenbart ikke har begreb om, hvad vi laver til hverdag. Selve arbejdsgangen er tung og ineffektiv og mere egnet til at opfinde nye problemer, hvor ingen er, i stedet for at løse dem, der er

Arbejdet med handleplan og løbende opfølgning i denne er alt for besværligt

Alt for mange mennesker bruger alt for meget tid på alt for lidt

IC virker overflødig, den dokumentation, man foretager, er gentagelse af det allerede dokumenterede. Lægerne virker, som om de er glade for muligheden for at mødes til konferencerne, men det kunne de arrangere uden hele IC-konceptet.

... ser Integrated Care som endnu et tiltag, som kræver sit eget forbrug af ressourcer til dokumentation og behandling

Idéen bagved er god, men det fungerer ikke. Der er alt for mange platforme at arbejde i, og IC bliver bare en ekstra, der ikke giver mening i samarbejdet.

Vedrørende de praktiserende lægers rolle

De praktiserende læger er ikke villige til at bidrage med egne patienter

Enkelte praktiserende læger og sygehuslæger får for meget negativ taletid. På trods af dette bidrager de ofte med mange input og patienter. I en negativ tone

Moderne mangler aktiv ledelse. De praktiserende læger synes ikke at være villige til dette, og derfor er konceptet ikke gangbart og værd at bruge tid på. Jeg deltager gerne men vil ikke bruge min tid på ugidelige og negative folk

Har indimellem foreslået praktiserende læge at indføre relevante DÆMP-patienter i Integrated Care men oplever, at der ikke er kendskab til projektet

Vedrørende uklarhed om ansvarsområder

Som kommunal sygeplejerske er man tilknyttet borgere, som man ikke kender. Derfor er der uklarhed over, hvad ansvarsområdet er. Når der kommer en besked i IC, er det uklart, hvem den er henvendt til, og hvem der skal handle. Det er et diffust samarbejdsredskab

Idéer til alternative arbejdsgange

Hvis ventetider på gerontopsykiatri var den samme uden projekt, og muligheden for at blive henvist til psykolog var tilstede, samt oplysning om, at lægen/patienten kan bruge ældresagen uden for projekt var tilstede, kunne der spares utrolig meget tid med samme effekt

Lige så meget kunne nås ved kontakt mellem geriater og alm. praksis og så pt-besøg i geriatriisk amb. med efterfølgende kontakt og så ad hoc-kontakt til plejesektoren

Har primært benyttet IC til at orientere om træningstart og -formål. Det kan jeg lige så godt orientere om via edifact

Kan have svært ved at se IC som et arbejdsredskab i hverdagen. Ofte har vi en bedre kommunikation via journal og telefonisk samtale, hvor ideer og handlingsmål diskuteres. Synes ikke IC er andet end en tidsrøver og ekstra arbejde

Vedrørende manglende erfaring med systemet

Kun meget begrænset erfaring med IC

Har kun været inde over en borger. Har derfor meget begrænset viden

Type af kommentar

Har kun været involveret i en eneste sag - derfor meget ringe erfaring/kendskab

Jeg har kun haft en enkelt patient for længe siden og kan dårligt huske, hvad det indebar

Har kun haft en patient. Lægen brugte det i forhold til at få borger til psykolog hurtigt. Sygehus brugte det ikke

Jeg har kun beskæftiget mig en gang med IC for over et år siden, så jeg synes ikke, at jeg kan komme med en kvalificeret vurdering af systemets brugbarhed

... har desværre kun selv haft en borger, der var med i IC og det var før sommerferien

Bilag 7 Stratificeringsmodel

– den ældre medicinske patient

Bilagstabel 7.1 Stratificeringsmodel – Version oktober 2015

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

Indgangskriterie: Alder 65 +

Målgruppen er borgere, der opnår 7 point eller mere.

Bilag 8 Supplerende tabeller fra kapitel 3

Bilagstabel 8.1 Gennemsnit af de forklarende faktorer, der ligger til grund for udvælgelse af kontrolgruppen. For IC-indsatsgruppen, den matchede kontrolgruppe og bruttgruppen

	DÆMP	Matchet kontrol	Brutto	% bias matchet	% bias brutto	p> t matchet
Kvinde	0,71	0,73	0,56	-4	29,9	0,684
Indvandrer	0,01	0,01	0,05	1,5	-23,8	0,789
Alder under 70 år	0,03	0,03	0,33	0,3	-87,4	0,949
Alder 70-80 år	0,46	0,43	0,44	4,2	2,7	0,681
Alder over 80 år	0,45	0,45	0,19	-1,5	58,1	0,894
Antal kontakter med hospitalsvæsen før indsats med følgende diagnose:						
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	0,45	0,45	0,14	-0,1	18,8	0,996
Svulster	4,08	5,27	2,76	-11,1	12,5	0,401
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	0,40	0,45	0,16	-2,7	13,2	0,836
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	2,93	3,05	0,93	-2,1	32,8	0,883
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser inkl. psykiske udviklingsforstyrrelser	1,30	1,15	0,25	3,8	27,5	0,758
Sygdomme i nervesystemet	1,09	1,05	0,55	1,1	14,6	0,921
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	2,77	3,14	1,08	-5,1	23,8	0,702
Sygdomme i øre og processus mastoideus	1,21	1,16	0,72	1,9	17,9	0,872
Sygdomme i åndedrætsorganer	4,18	3,90	0,68	2,7	34,4	0,886
Sygdomme i fordøjelsesorganer	2,27	2,40	0,83	-3,2	35,3	0,828
Sygdomme i hud og underhud	1,08	1,12	0,42	-1,1	19,9	0,937
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,14	1,31	1,47	-1,1	-2,2	0,627
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	3,03	2,90	1,04	2,8	41,6	0,821
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	5,61	5,86	1,56	-4,6	76,0	0,752
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	12,33	12,57	5,66	-2,3	61,2	0,86
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, omsorg før indsats	1,53	1,68	0,40	-3,7	27,7	0,778
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, personlig før indsats	13,69	13,36	2,01	1,6	59,2	0,902

	DÆMP	Matchet kontrol	Brutto	% bias matchet	% bias brutto	p> t matchet
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, praktisk før indsats	12,30	12,47	3,35	-1,2	67,7	0,922
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, overdraget sygepleje før indsats	2,31	2,33	0,87	-0,3	18,8	0,978
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, anden før indsats	1,22	0,89	0,10	7,1	23,9	0,583
Summen af timer pr. år med hjemmesygepleje, før indsats	3,82	3,03	0,38	12,3	54,1	0,367
Gns. bruttohonorar til ambulans indlæggelse pr. uge i perioden før	21.575	23.878	10.041	-9,2	45,9	0,473
Gns. bruttohonorar til døgnindlæggelse pr. uge i perioden før	41.392	41.524	12.213	-0,3	57,9	0,985
Gns. honorar til almen praksis pr. uge i perioden før	3.694	3.702	1.666	-0,5	124,0	0,965
Gns. honorar til tandlæge pr. uge i perioden før	298	292	360	1,7	-17,8	0,86
Gns. honorar til vagtlæge pr. uge i perioden før	528	479	114	5,9	49,9	0,698
Gns. honorar til øjenlæge pr. uge i perioden før	1.040	1.155	550	-9,3	39,8	0,477
Gns. honorar til ørelæge pr. uge i perioden før	1.286	1.454	952	-5	10,0	0,655
Gns. honorar til anden læge pr. uge i perioden før	0,71	0,72	0,56	-1,7	31	0,669

Note: den matchede kontrolgruppe er udsøgt via Propensity Score Matching. Se afsnit 1.3.4

Bilag 9 Logistisk regression af sandsynligheden for at tilhøre indsatsgruppen

Bilagstabel 9.1 Logistiske regressioner

	Koefficient	Std. Afv.	P< z
Kvinde	0,438	0,164	0,007
Indvandrer	-0,797	0,520	0,126
Alder under 70 år	-1,116***	0,386	0,004
Alder 70-80 år	0,011	0,310	0,971
Alder over 80 år	0,344	0,299	0,251
Antal kontakter med hospitalsvæsen før indsats med følgende diagnose:			
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	0,024	0,039	0,532
Svulster	0,000	0,007	0,954
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som ind- drager immunsystem	-0,002	0,025	0,922
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	0,012	0,010	0,230
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser inkl. psykiske udvik- lingsforstyrrelser	0,050***	0,018	0,005
Sygdomme i nervesystemet	0,009	0,015	0,550
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	0,023**	0,009	0,010
Sygdomme i øre og processus mastoideus	-0,014	0,025	0,576
Sygdomme i åndedrætsorganer	0,007	0,006	0,276
Sygdomme i fordøjelsesorganer	0,018	0,013	0,173
Sygdomme i hud og underhud	-0,004	0,018	0,825
Sygdomme i urin- og kønsorganer	-0,032	0,022	0,152
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	0,036**	0,015	0,016
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	0,041***	0,010	0,000
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundheds- væsen	0,016***	0,006	0,004
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, omsorg før indsats	-0,008	0,016	0,602
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, personlig før indsats	0,012***	0,003	0,000
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, praktisk før indsats	0,013**	0,005	0,009
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, overdraget sygepleje før indsats	-0,016*	0,008	0,033
Summen af timer pr. år med hjemmepleje, anden før indsats	0,048***	0,013	0,000
Summen af timer pr. år med hjemmesygepleje, før indsats	0,047***	0,009	0,000
Gns. bruttohonorar til ambulant indlæggelse pr. uge i perioden før	0,000000	0,000003	0,886
Gns. bruttohonorar til døgnindlæggelse pr. uge i perioden før	-0,000002	0,000002	0,326
Gns. honorar til almen praksis pr. uge i perioden før	0,00036***	0,00004	0,000
Gns. honorar til tandlæge pr. uge i perioden før	-0,00006	0,00022	0,768
Gns. honorar til vagtlæge pr. uge i perioden før	0,00000	0,00010	0,994
Gns. honorar til øjenlæge pr. uge i perioden før	0,00012*	0,00005	0,017
Gns. honorar til ørelæge pr. uge i perioden før	0,00000	0,00002	0,926
Gns. honorar til anden læge pr. uge i perioden før	0,00008	0,00013	0,568
Konstant	-6,025***	0,342	0,000

Note: Koefficienten er signifikant forskellig fra nul, hvis der er angivet en eller flere stjerner: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.



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

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