



# Tilpas systemet – ikke borgeren

v. lægefaglig konsulent Kristine Binzer



# PARTNERSKABET

Region  
Sjælland

Lolland  
kommune

Guldborgsund  
kommune

Psykatrien

Nykøbing F.  
Sygehus

Almen praksis  
PLO

Business LF

Civilsamfund

## Målgruppen

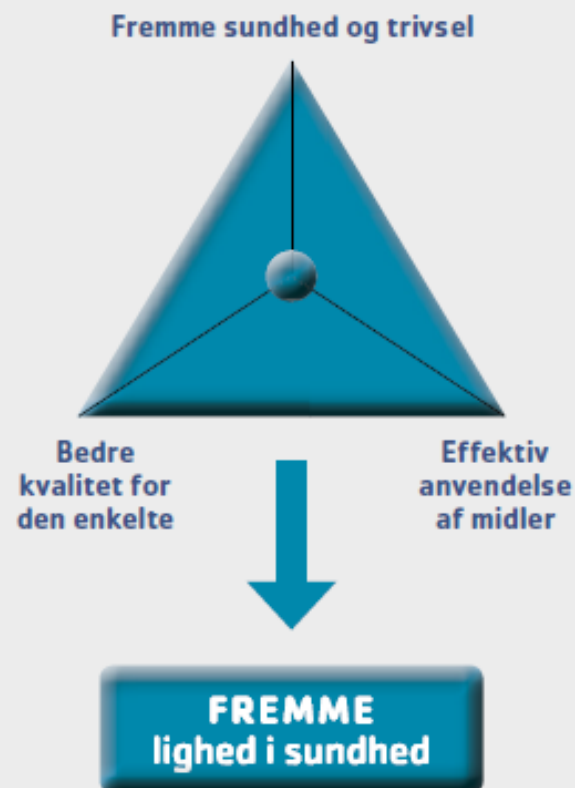
Hele befolkningen  
i Lolland og  
Guldborgsund  
kommuner på tværs  
af alder, køn, etnicitet  
og sundhedsprofil



## Seks indsatsområder



## Tre mål



# Sammen om min vej

Peters historie.....



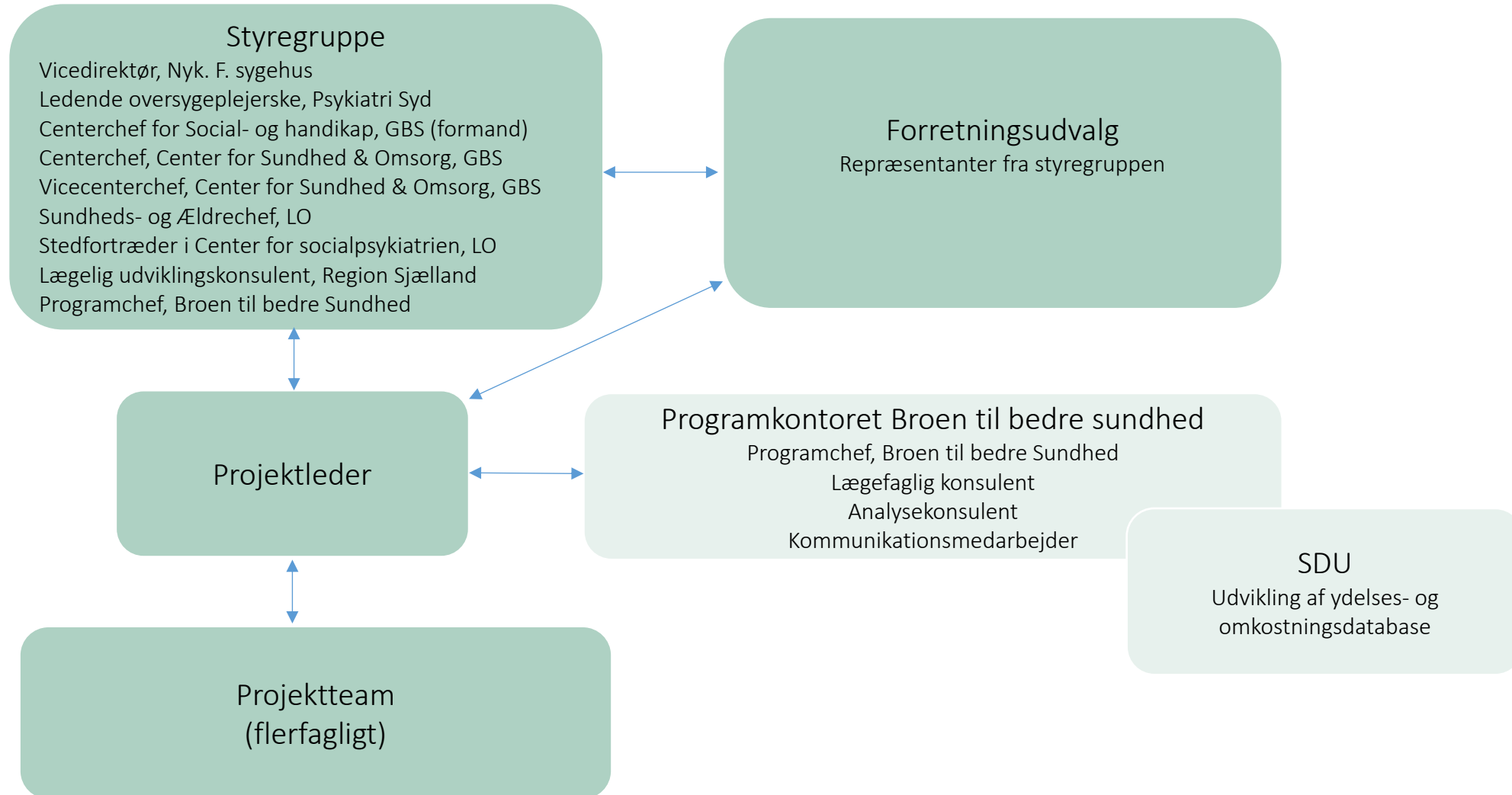
# Formål

## Sammen om min vej skal:

- Identificere de mest ressourcekrævende borgere
- Kortlægge målgruppens ressourcer, præferencer, udfordringer og prioriteringer
- Designe og skalere interventioner
- Opbygge struktureret samarbejde på tværs



# Projektorganisering – tværgående ejerskab



# Etablering af tværgående database

## Regionale data:

- Somatiske og psykiatriske sygehus-kontakter  
(Diagnoser, DRG-takster, eSundhed)
- Brug af speciallæge & almen praksis  
(Honorar for ydelsestype, Primær Sundhed)
- Tilskud til medicin  
(Tilskudsstørrelse, Primær sundhed)
- Akut og planlagt kørsel  
(Præhospitalt Center)

## Kommunale data:

- Sociale ydelser, f.eks. bostøtte
- Sundhedsydelser, f.eks. hjemmehjælp
- Beskæftigelsesoplysninger og overførselsindkomster, f.eks. Pension, SU, dagpenge  
(Arbejdsmarkedsstyrelsen samt kommunale kontoplan-data)

# Målgruppen – de ressourcekrævende borgere

- Bopæl i Guldborgsund eller Lolland Kommune
- Mellem 18 og 70 år
- Har én eller en kombination af følgende:
  - Fysiske helbredsproblemer
  - Psykisk sygdom og/eller misbrug
  - Sociale udfordringer
- Har én eller en kombination af følgende:
  - 3 akutte indlæggelser indenfor 6 måneder, eller 2 akutte indlæggelser inden for 30 dage
  - Flere forskellige og hyppige kontakter på tværs af social- og sundhedsvæsenet. Eller er i risiko for at få det (frontmedarbejders vurdering).



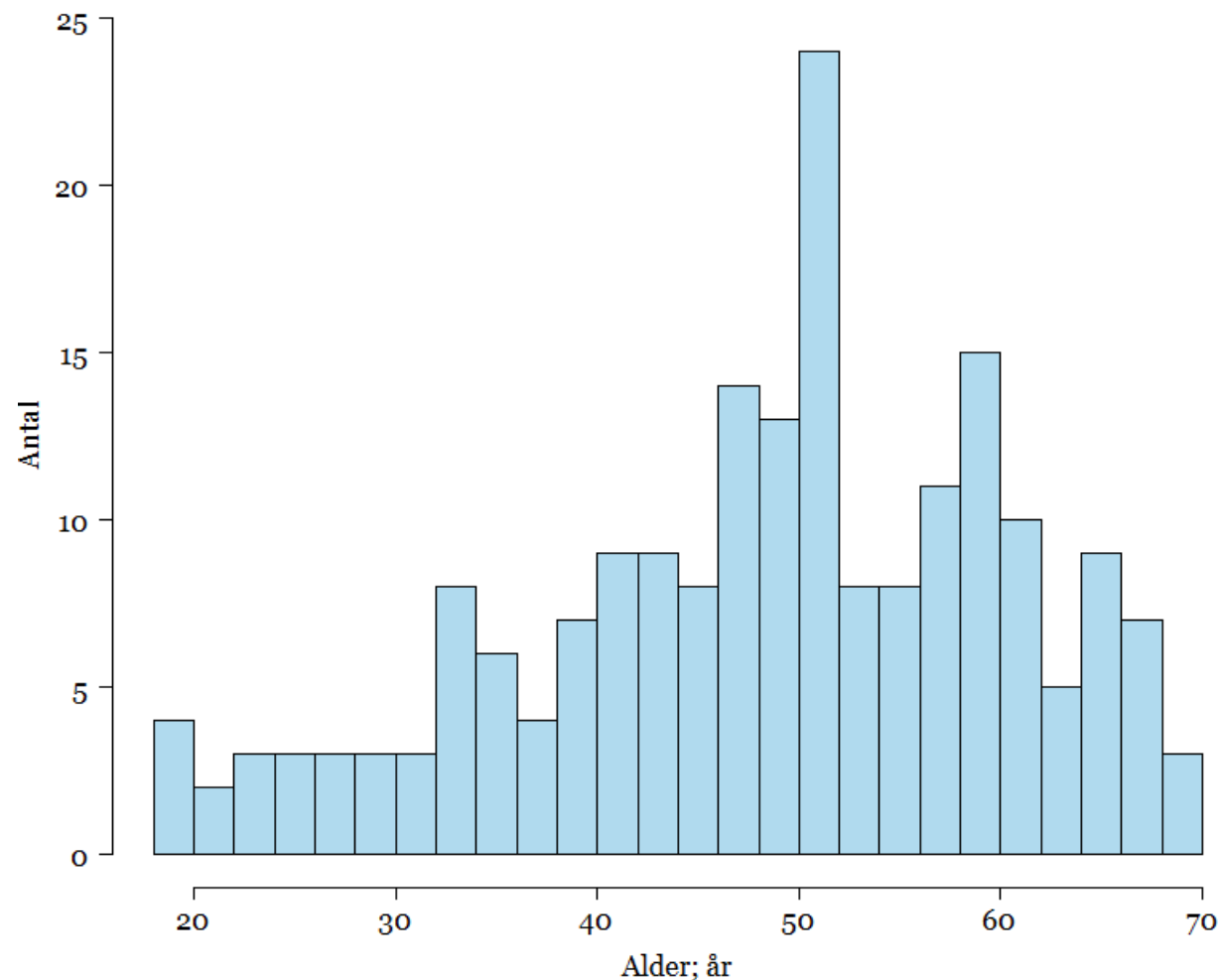
Hvad har vi lært om målgruppen?



# Demografi

Karakteristika ved inklusion	Gennemsnit el. Antal (%)
Alder, år	48,8
Kvinder	(41.7%)
<b>Familie &amp; boligforhold</b>	
Bolig-geografi, landdistrikt	(43.7%)
Fast bolig	(89%)
Gift/samlevende	(23.1%)
Hjemmeboende børn	29 (14,5%)
<b>Uddannelse &amp; indtægtskilde</b>	
Ingen uddannelse / grundskole	87 (43.7%)
Erhvervsfaglig uddannelse	53 (26.6%)
Sygedagpenge/revalidering	21 (10.6%)
Kontanthjælp	49 (24.6%)
Førtidspension/folkepension	102 (51.3%)
<b>Hjælp i dagligdagen</b>	107 (53.8%)
Praktisk hjælp	36 (33.6%)
Hjemmesygepleje	41 (38.3%)
Social psykiatri (bostøtte §85/SKP §99)	26 (24.3%)
Støtte fra pårørende	67 (62.6%)

**Aldersfordeling ved inklusion i Sammen om min vej**

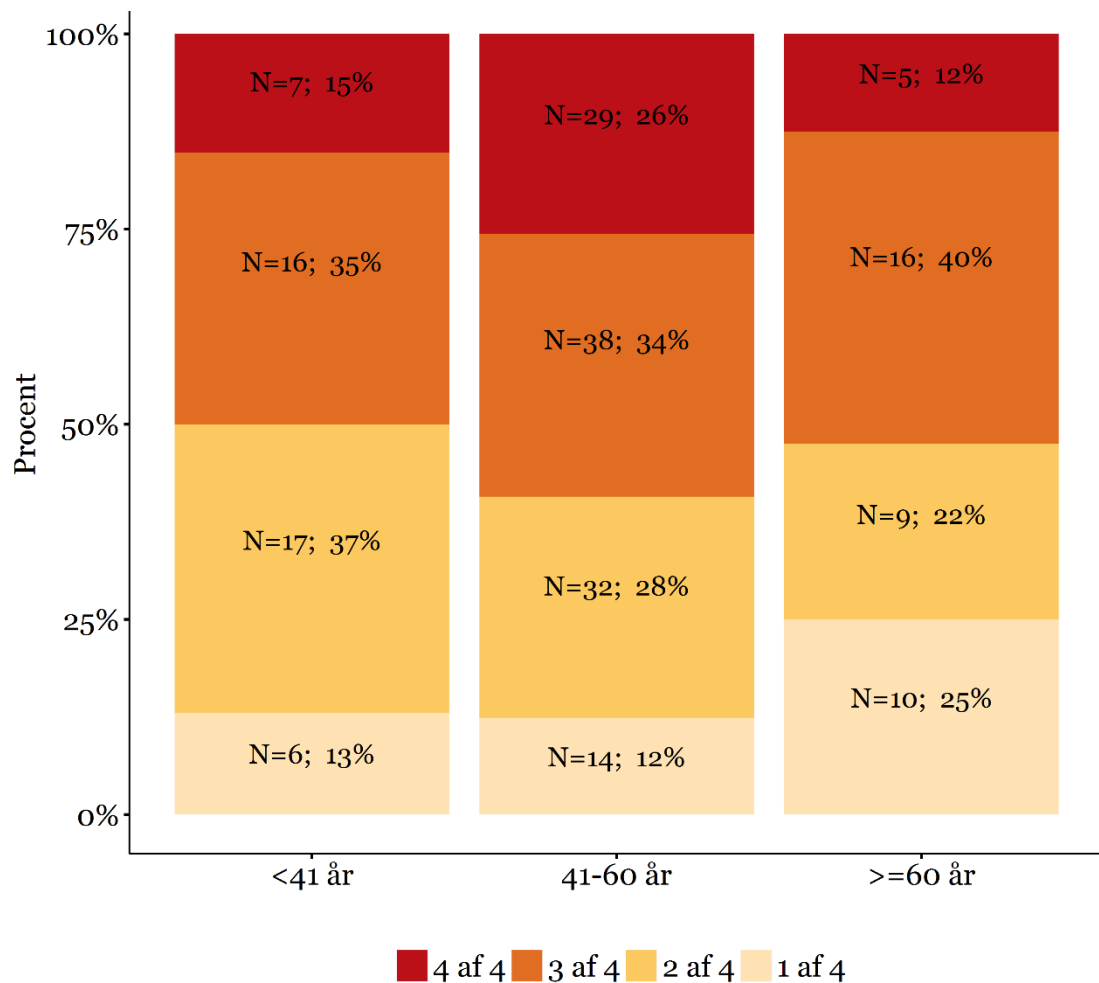


# Sygelighed – selvrapporeret ved inklusion

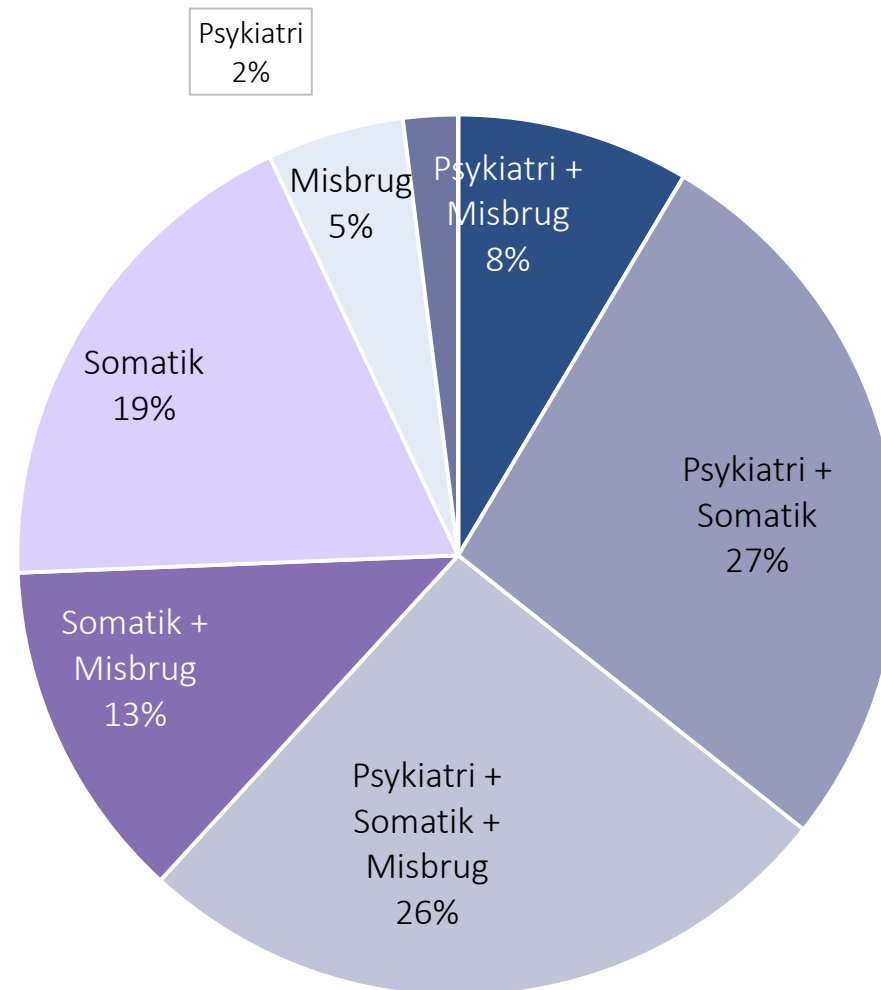
Sygelighed og misbrug	Andel
Diagnosticeret med fysisk sygdom	84 %
Fysisk sygdom i >10år	41 %
I behandling for fysisk sygdom	83 %
Diagnosticeret med psykiske lidelser	53 %
Psykisk lidelse >10år	50 %
I behandling for psykiske lidelser	67 %
Misbrugsproblemer	50 %
Misbrug >10år	68 %
I behandling for misbrug	43 %
Tager medicin dagligt	92 %
Ingen kontakt med egen læge i de sidste 6 mdr.	10 %
Sociale udfordringer i hverdagen	73 %
Fysiske udfordringer i hverdagen	80 %
Har overvejet selvmord	52 %
Har forsøgt selvmord	27 %

# Kompleksiteten i målgruppen

Psykiske, fysiske, sociale og misbrugsudfordringer inddelt i aldersgrupper

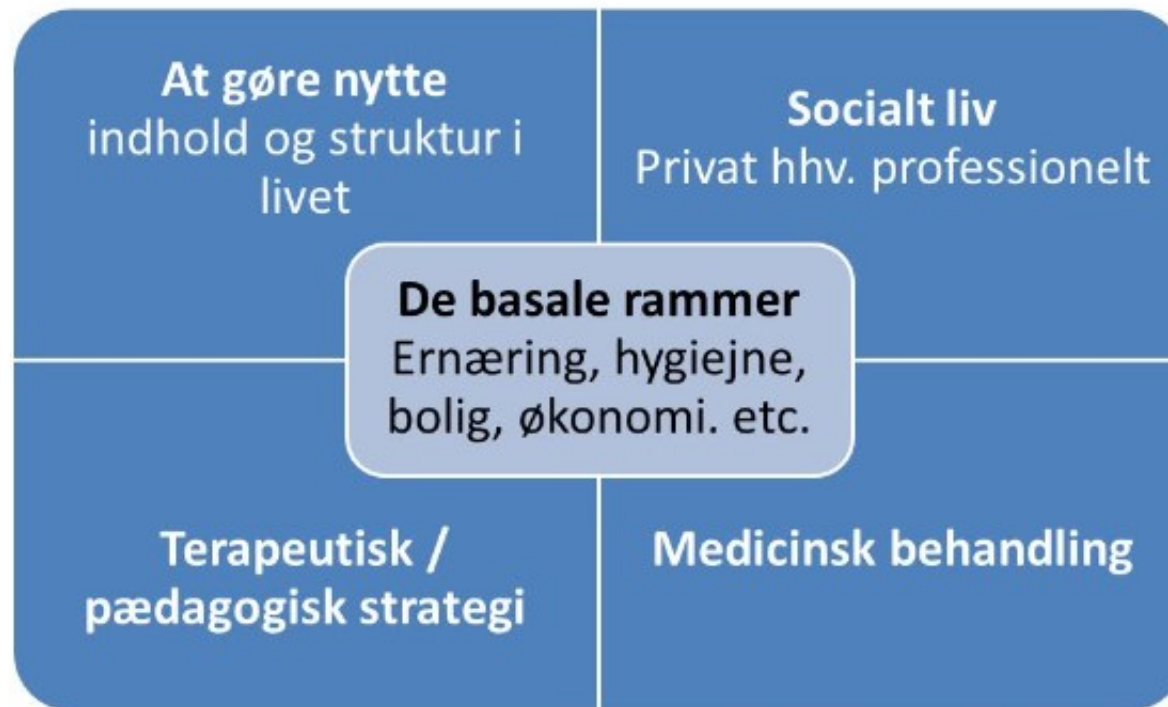


Sundhedsudfordringer blandt deltagerne (N=199)



Hvad skal der til for at styrke sundhed,  
kvalitet og økonomi hos gruppen af  
udsatte?

# Behandlingsmatrix



Kilde: Steen Guldager

Forløbsprogram for mennesker med psykisk sygdom og samtidigt misbrug

Fokusområder med stabiliserende og/eller rehabiliterende sigte.

- Misbrug
- Fysisk sygdom
- Psykisk sygdom
- Uddannelse og beskæftigelse
- Økonomi, bolig, transport
- Støtte i eget hjem
- Bo-tilbud
- Rehabilitering
- Hjemmepleje, sygepleje
- Hjælpemidler
- Kommunale tilbud, fx sundhedstilbud, patientuddannelse
- Kriminalforsorg
- Frivillige netværk

### Fase 1

Afklaring af borgerens behov, ressourcer og præferencer.

Forløbsparters opgaver:

- Møde med borger i borgerens hjem, under indlæggelse eller et offentligt sted efter behov.
- Afdække borgers behov, ressourcer og præferencer.
- Skabe overblik over sammenhænge i borgerens liv.
- Udarbejde plan med kort- og langsigtede mål, tidsangivet handleplan med opgave- og ansvarsfordeling.
- Sikre at borger deltager i at definere mål og bruger forløbspartner som sparringspartner og katalysator.
- Sikre hensigtsmæssig timing, hvor borger prioriterer hvilke behov der kræver øjeblikkelig opmærksomhed og hvilke der kan vente.

### Fase 2

Opbygge og igangsætte indsatser.

Forløbsparters opgaver:

- Kontakt til relevante instanser.
- Ledsager- eller bisidder funktion. (Kan f.eks. ledsage en borger til møder med kommunale instanser eller være bisidder i fase 2/fase3, eller indtil andre indsatser sættes i gang. F.eks. støtte i eget hjem).
- Koordinere kontakt mellem tilbud og forvaltninger.
- Indkalde til netværks- eller koordinationsmøder, hvor koordinering og ansvar bliver aftalt.
- Afprøvning og tilpasning af indsatser.

Bemærk:

- Udredning af sygdom bør ikke forsinke igangsættelse af andre tilbud, f.eks. bo-støtte.
- "Den koordinerede indsatsplan" anvendes ved behov for koordinering af indsatser på tværs af flere aktører.

### Fase 3

Afprøvning og tilpasning

### Fase 4

Individniveau:  
Stabilitet i indsatsen

Organisatorisk niveau:  
Læring

Individniveau:

- Indsatserne er organisatorisk forankret og fungerer stabilt omkring den enkelte borger.

Organisatorisk niveau:

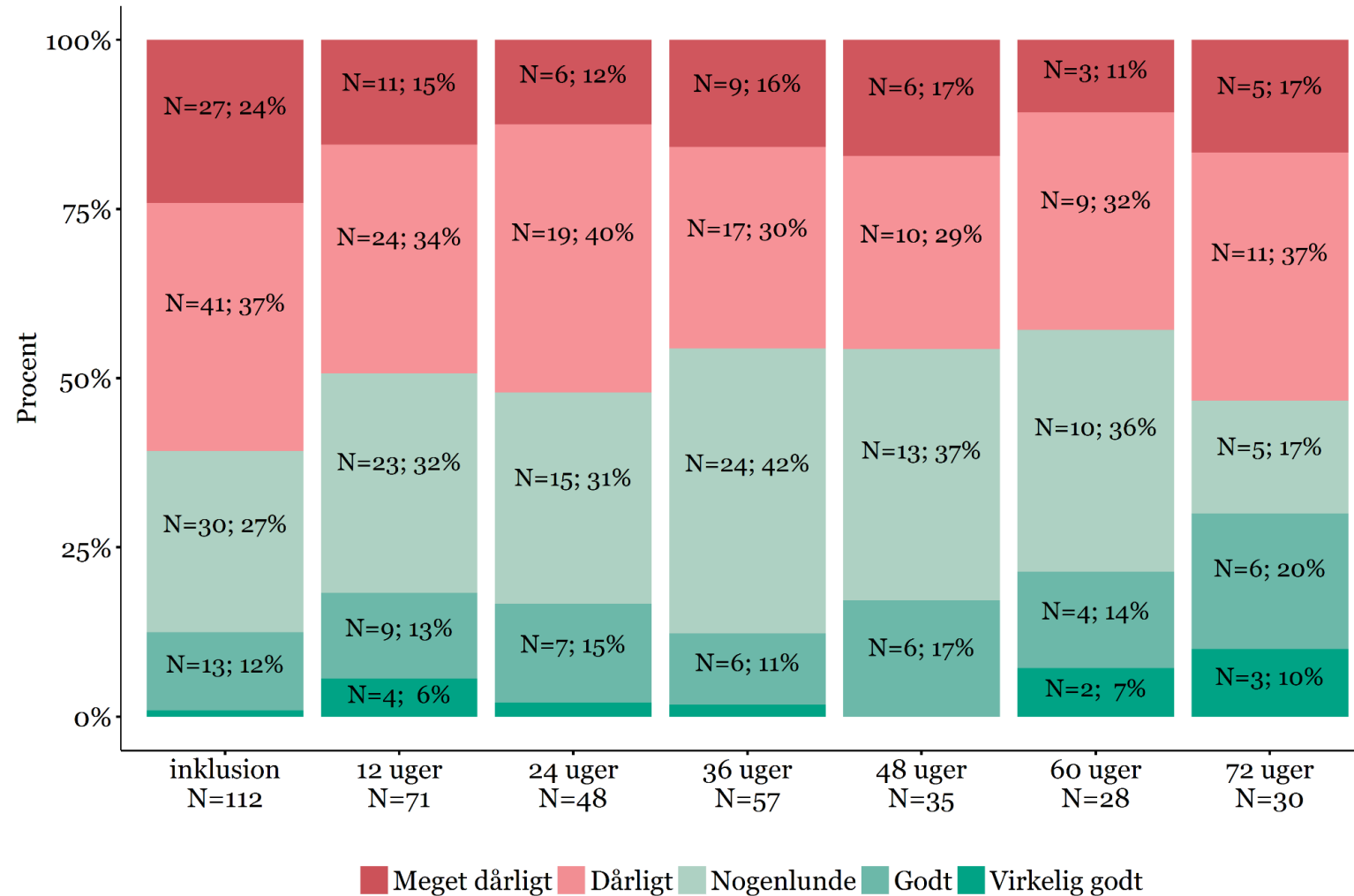
- Organisationen har implementeret læringen.

- Vedvarende fokus på borgerens behov.
- Afprøvning og tilpasning af indsatser.
- Evaluering.
- Oplysningskema.
- Fælles værktøj: "Den koordinerede indsatsplan."

Foreløbige resultater

# Fremme sundhedstilstanden

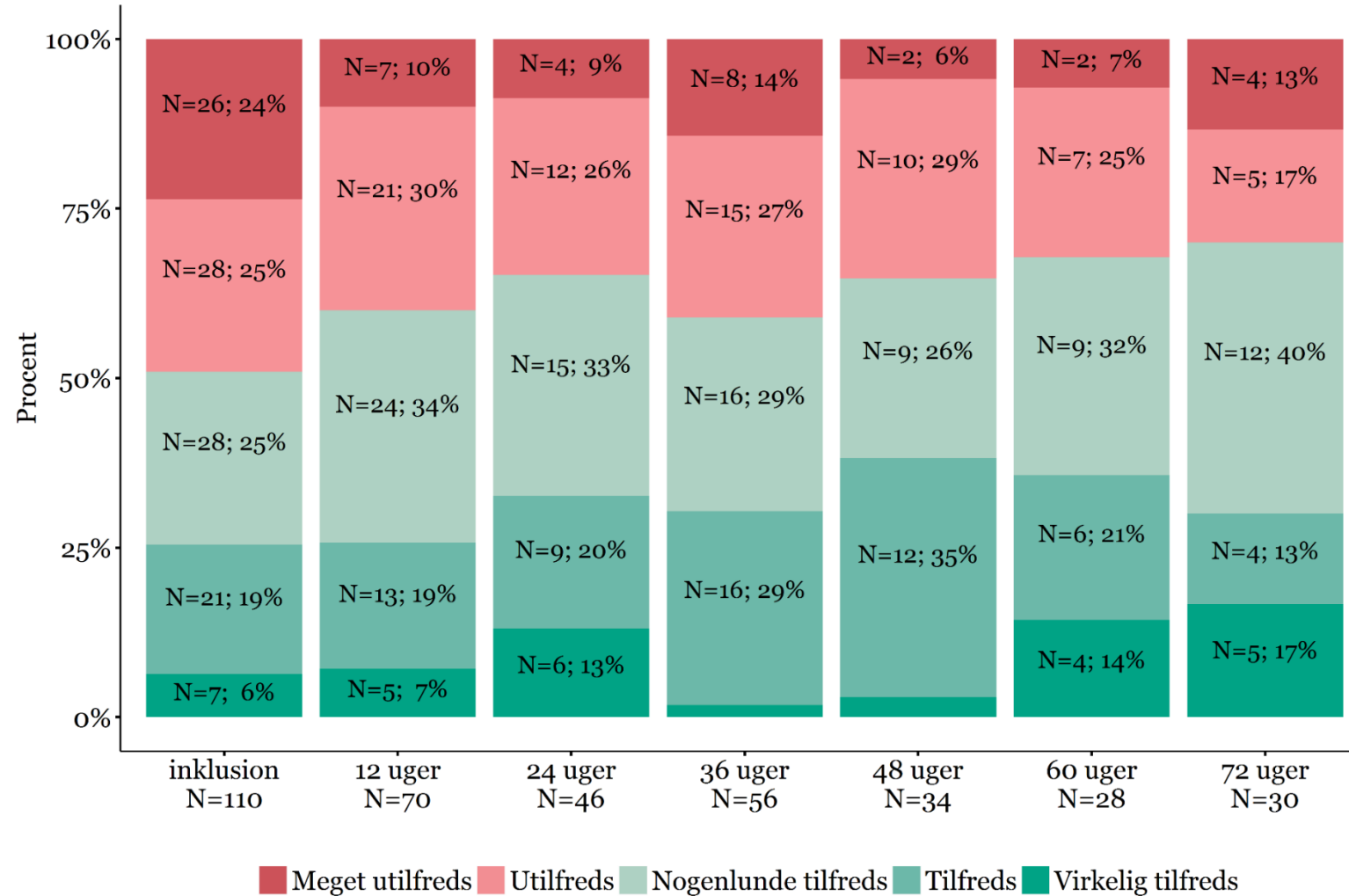
Selvrapporeret helbredsbedømmelse (eksklusiv besvarelser fra sf-36):  
Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?





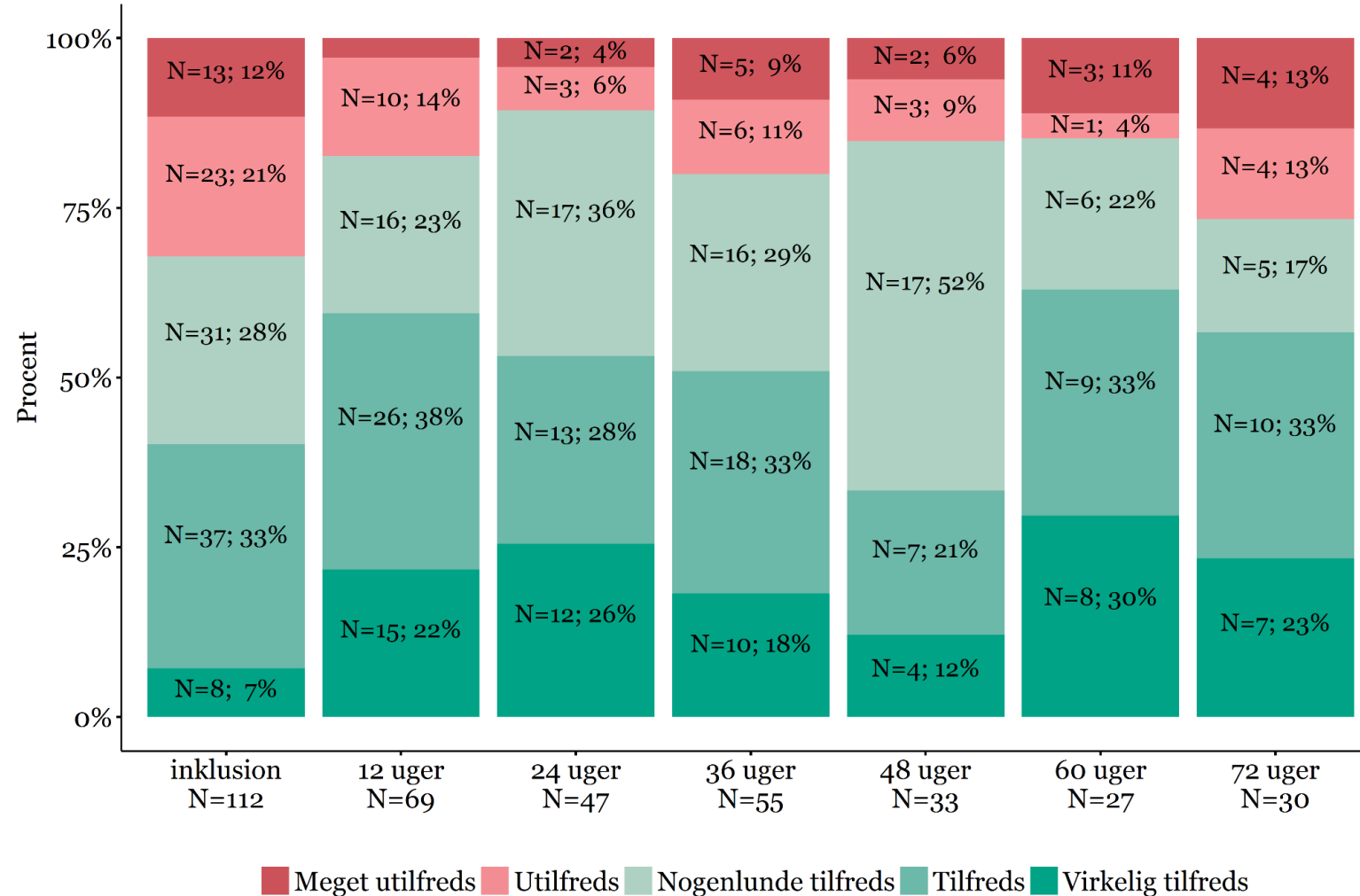
# Fremme sundhedstilstanden

Selvrapporeret livsvurdering:  
Hvor tilfreds er du med dit liv?



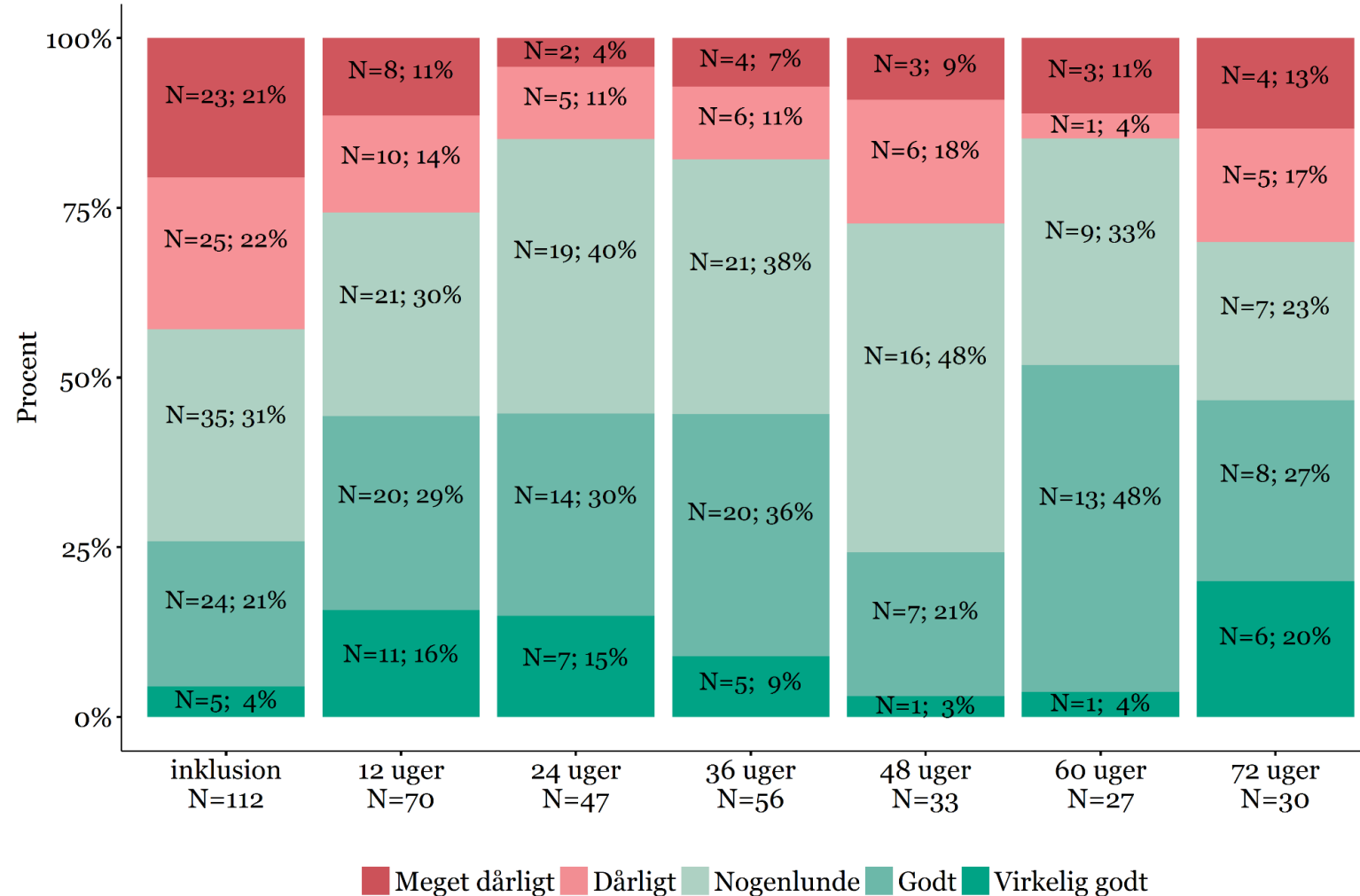
# Øget brugeroplevet kvalitet

Selvrapporteret behandlingstilfredshed:  
Hvor tilfreds er du alt i alt med den behandling/tilbud, som du modtager?



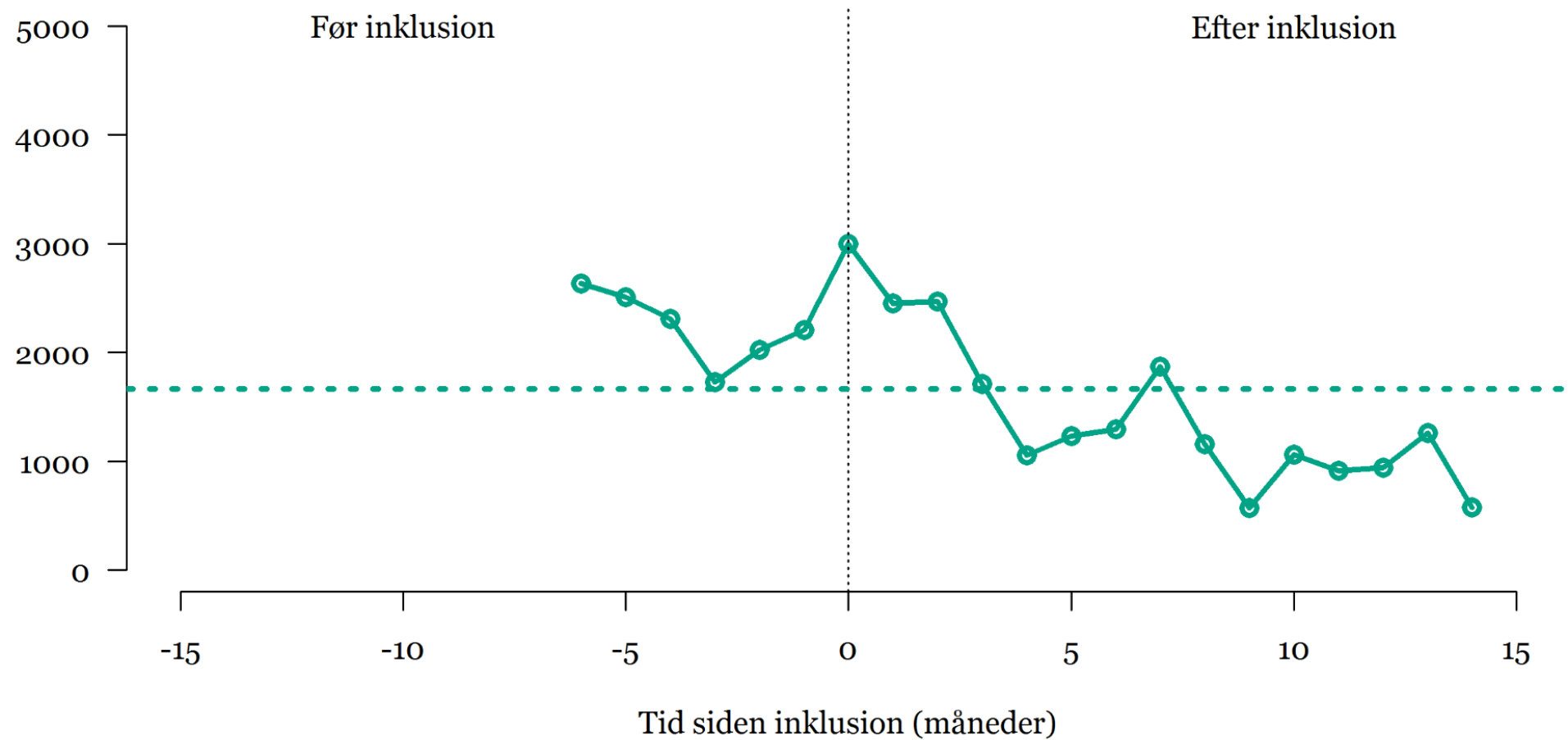
# Øget brugeroplevet kvalitet

Selvurderet forløb:  
Hvordan vurderer du alt i alt, at dit samlede forløb er tilrettelagt?



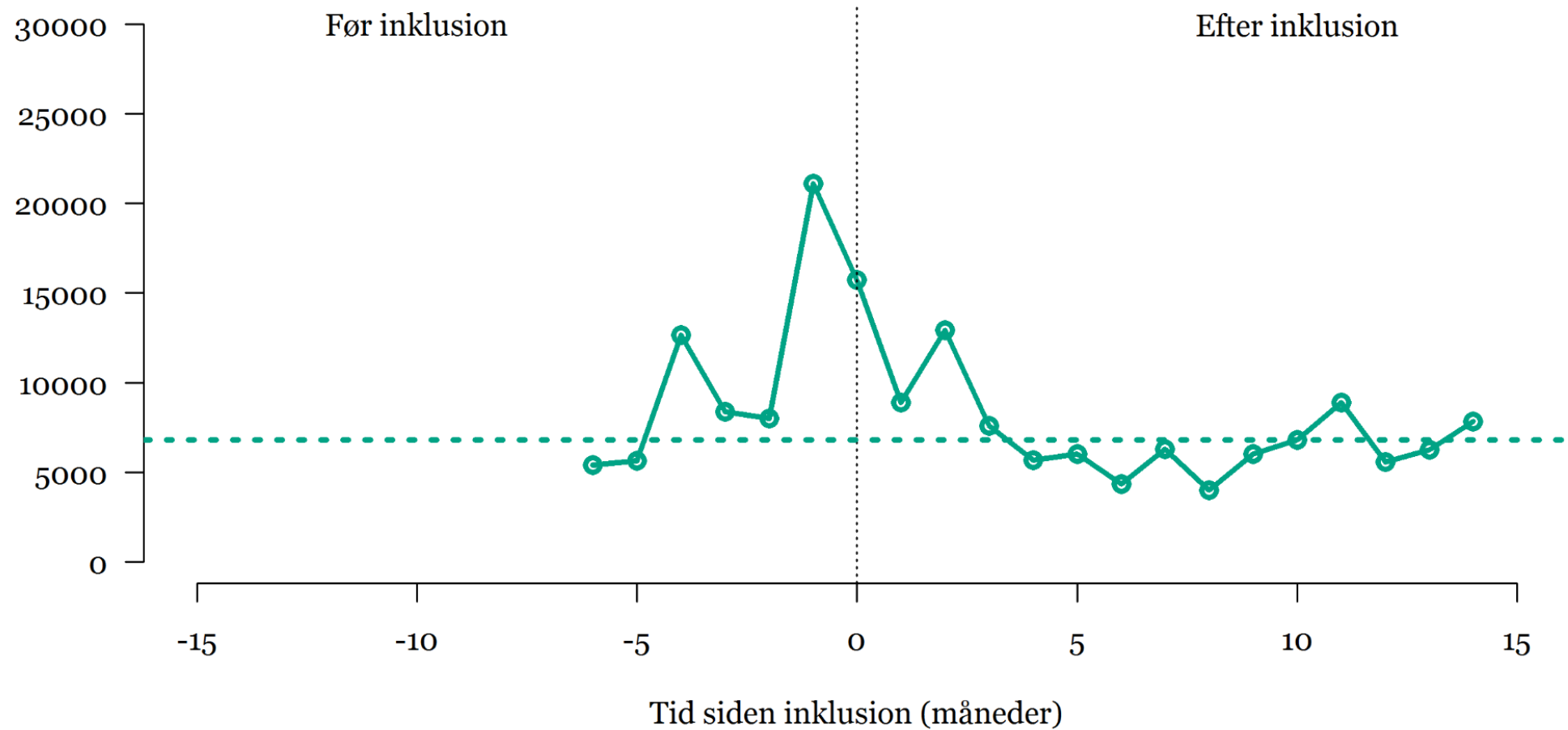
# Effektiv anvendelse af ressourcer

## Gennemsnitlige omk. (personlig, praktisk, sygepleje) (kr); Lolland Kommune



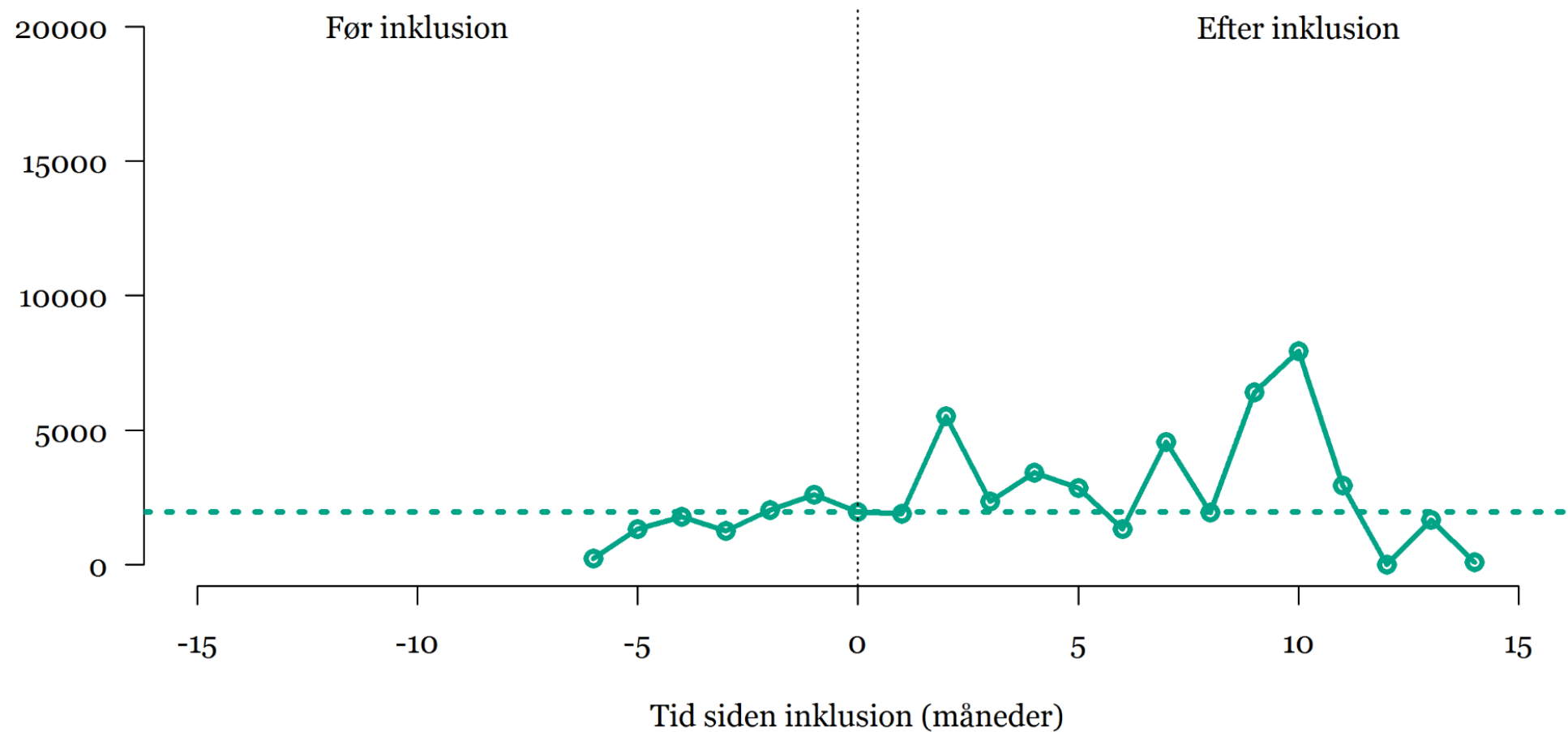
# Effektiv anvendelse af ressourcer

## Somatikske omkostninger, sengebaseret og ambulant, gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. måned (kr)



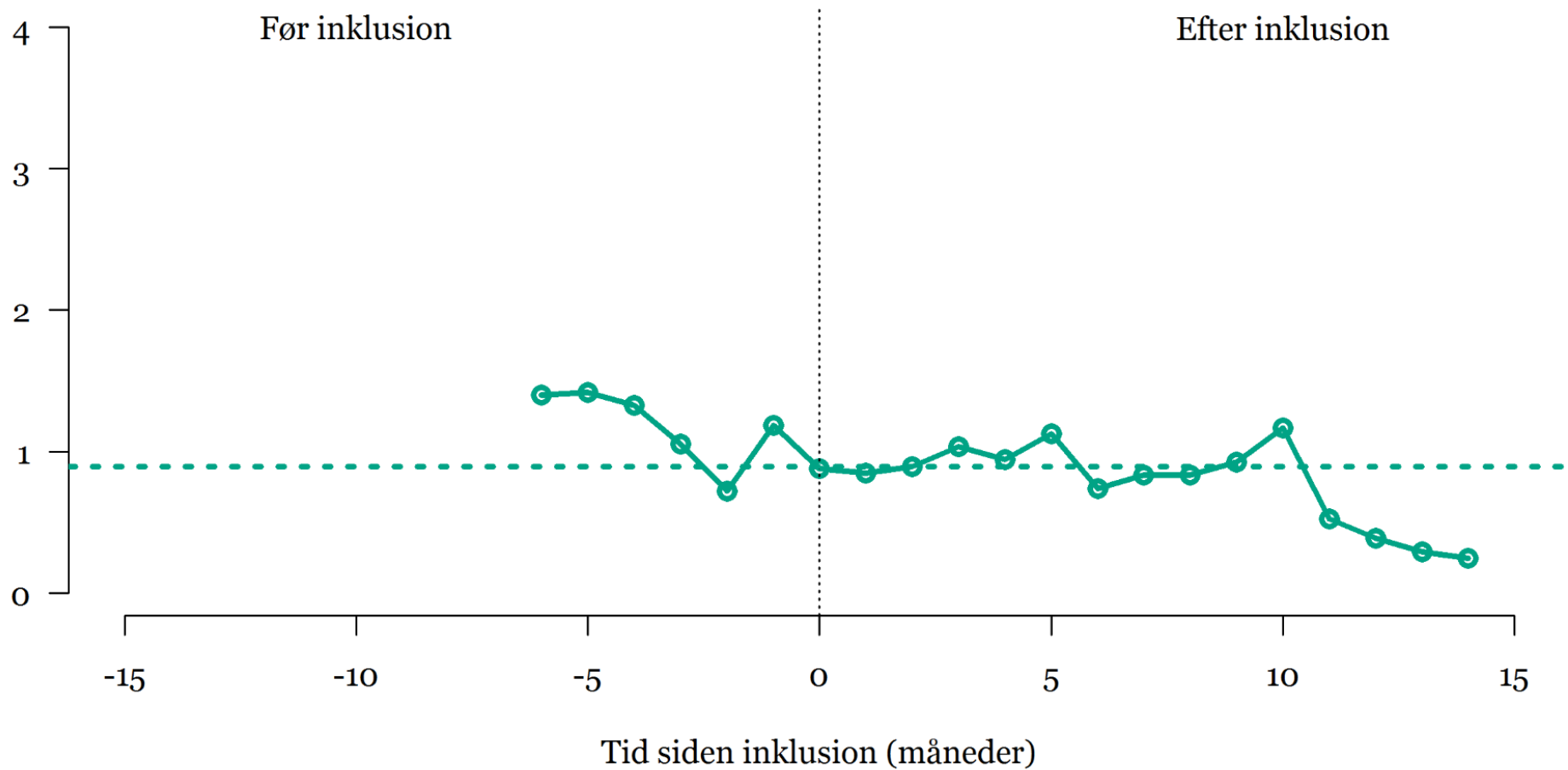
# Effektiv anvendelse af ressourcer

## Psykiatri, sengebaseret & ambulant gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. måned (kr)



# Effektiv anvendelse af ressourcer

## Speciallæge, gennemsnitligt antal kontakter pr. borger pr. måned



# Peters historie.....

## Intervention

Støtte til kontakt og opfølgning ved praktiserende læge.

Kontakt til sygehuset med henblik på de-briefing.

Kontakt til kommunale aktører (jobcenter, kommunale sundheds- og rehabiliteringstilbud).

Coaching og vejledning via hjemmebesøg og telefon.

Håndholdt forløb i starten – nu kontakt efter behov.

## Status november 2017

Har været i arbejdsprøvning – flexjob overvejes.

Er ude af sit alkoholmisbrug.

Er stoppet med at ryge cigaretter.

Kontakter praktiserende læge på eget initiativ og er mødestabil ved aftaler.

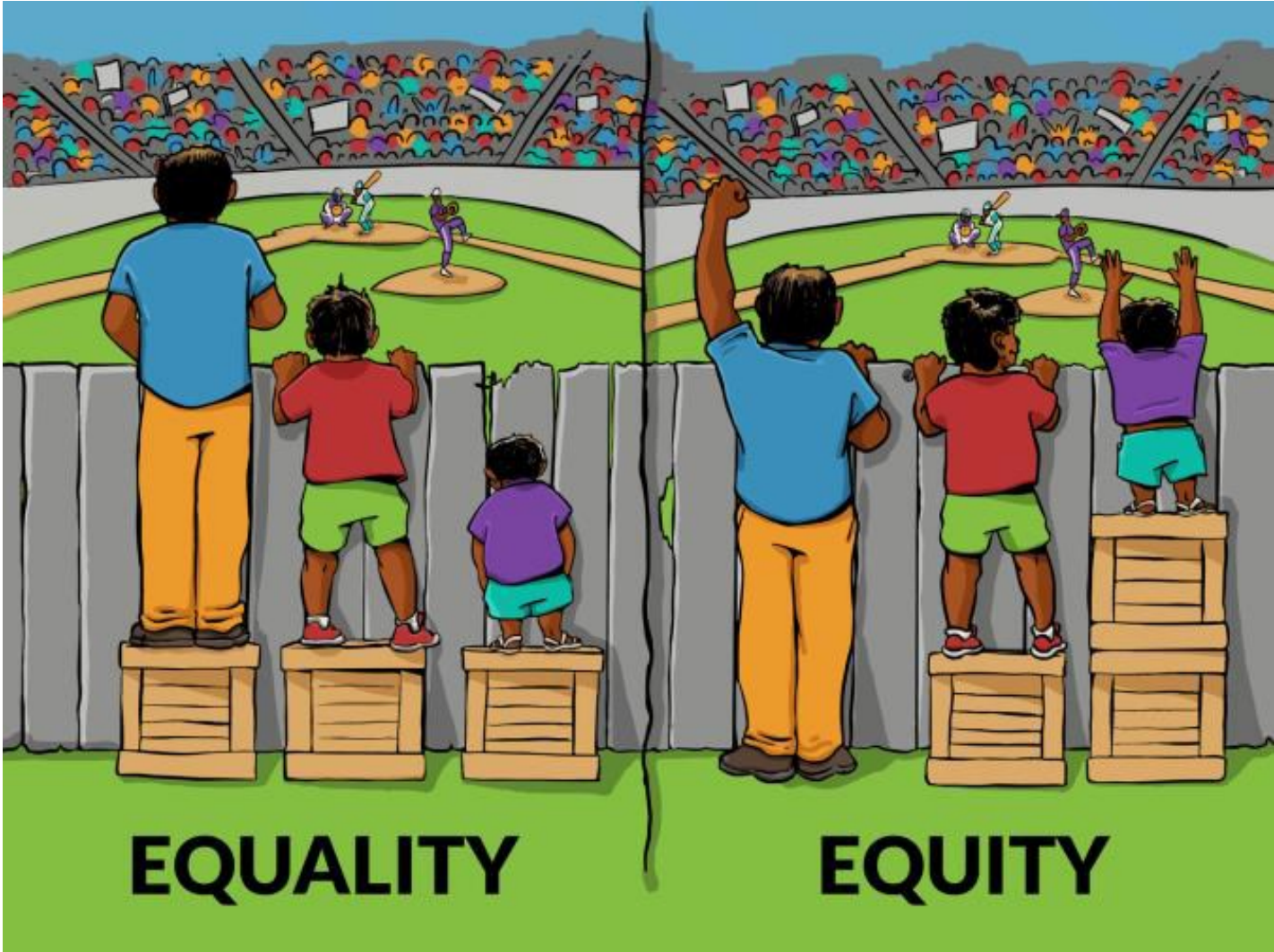
Har fået et godt forhold til sine forældre.

Ved hvor han kan henvende sig ved spørgsmål i forhold til sin situation.





# Fra lige adgang til lige muligheder gennem differentierede tilbud



# Sammen Om Min Vej



Marianne Søgaard Hansen  
Projektleder, Sammen Om Min Vej  
[masoh@regionsjaelland.dk](mailto:masoh@regionsjaelland.dk)  
Telefon: 25 18 03 41

Kristine Binzer  
Lægefaglig konsulent  
[kbi@regionsjaelland.dk](mailto:kbi@regionsjaelland.dk)

Annette Palle Andersen  
Programchef  
[anpan@regionsjaelland.dk](mailto:anpan@regionsjaelland.dk)

Helle Kirstine Mørup Bergholdt  
Analysekonsulent  
[hekb@regionsjaelland.dk](mailto:hekb@regionsjaelland.dk)

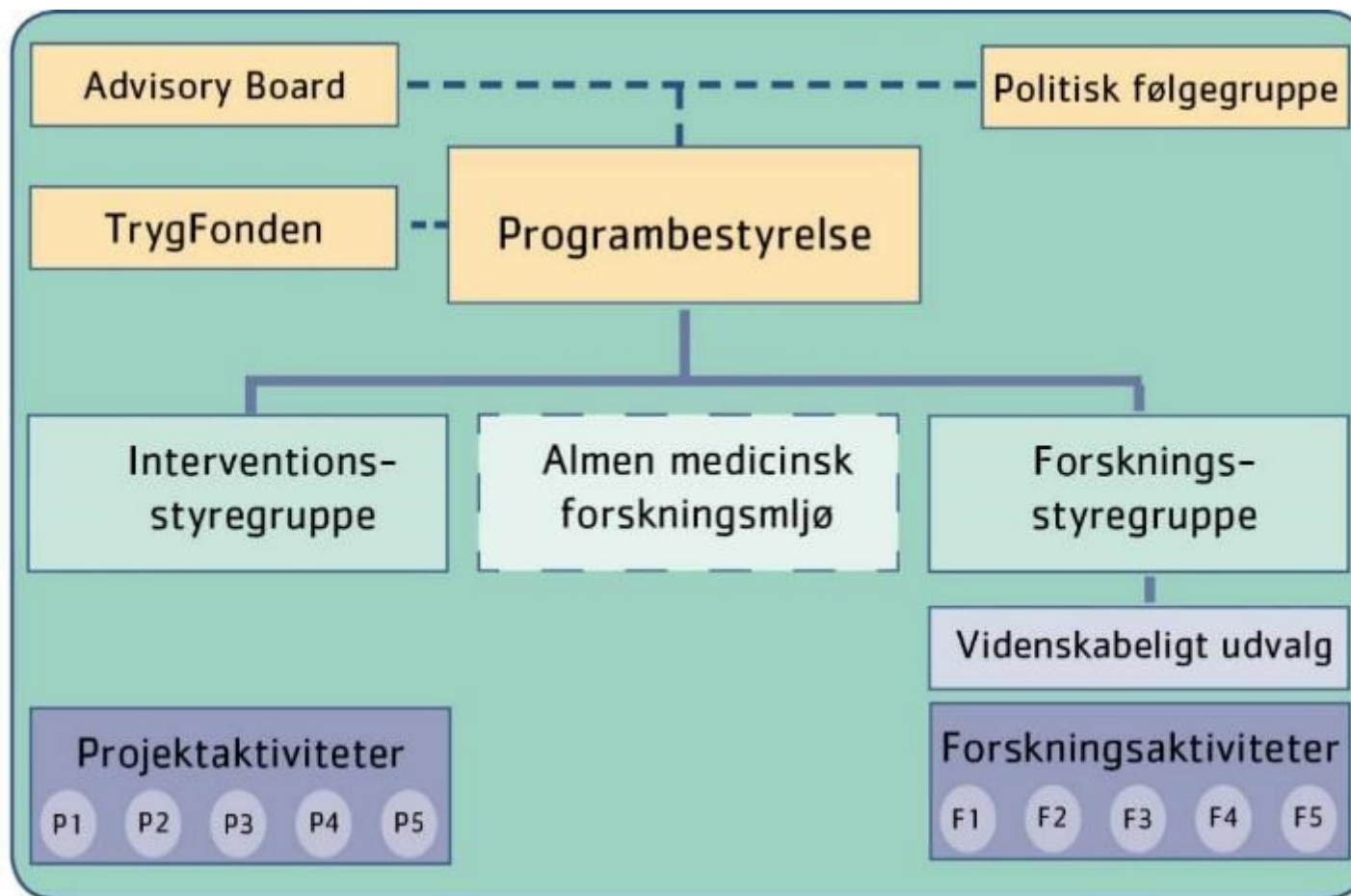
Læs mere om projektet og Broen til Bedre Sundhed:

<http://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Sider/default.aspx>

Ekstra materiale

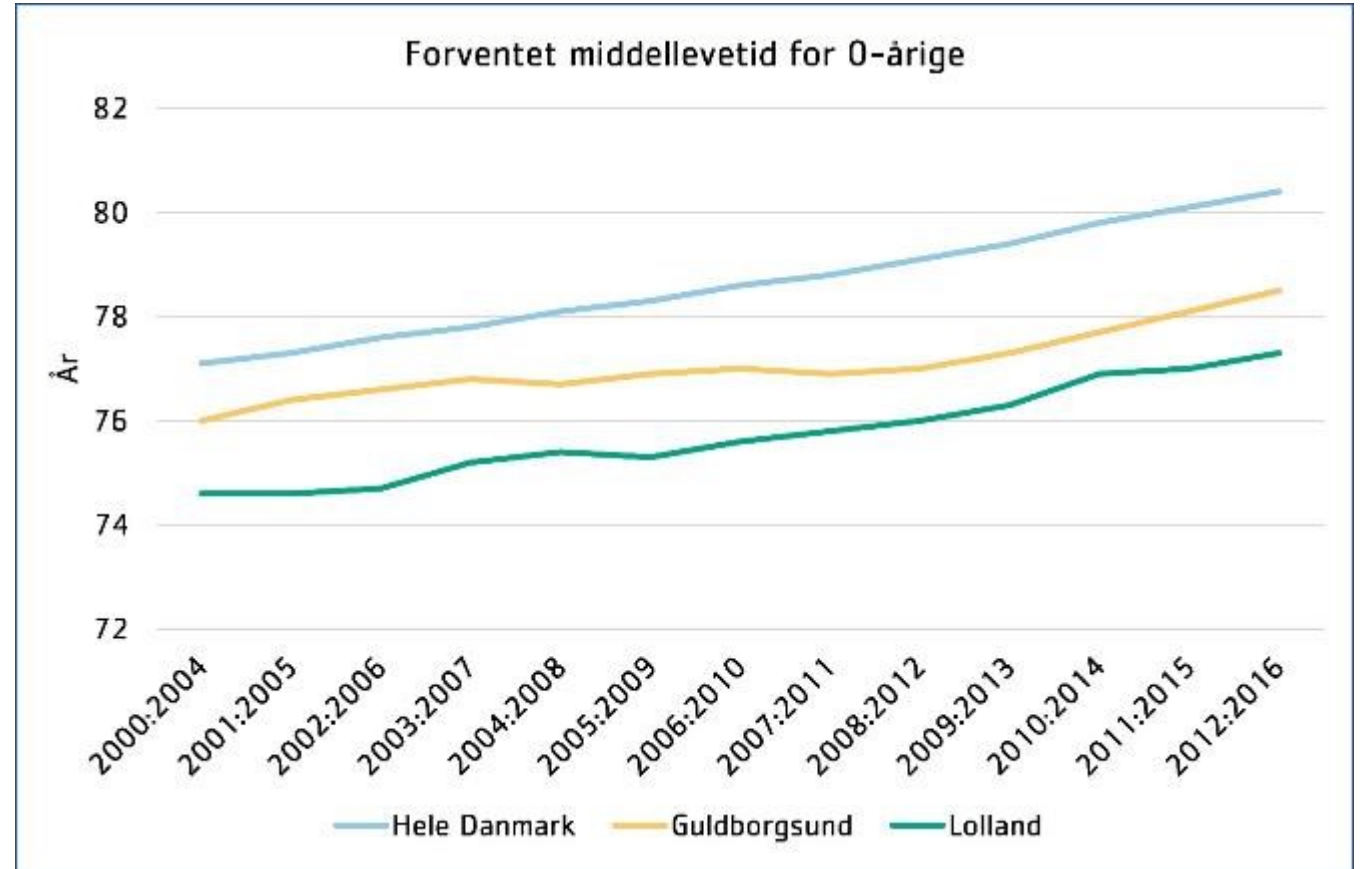
# Broens organisation

- Partnerskab
  - Kommuner, region, læger, erhverv m.m.
  - TrygFonden
- Både forskning og intervention
- Lolland-Falster Undersøgelsen

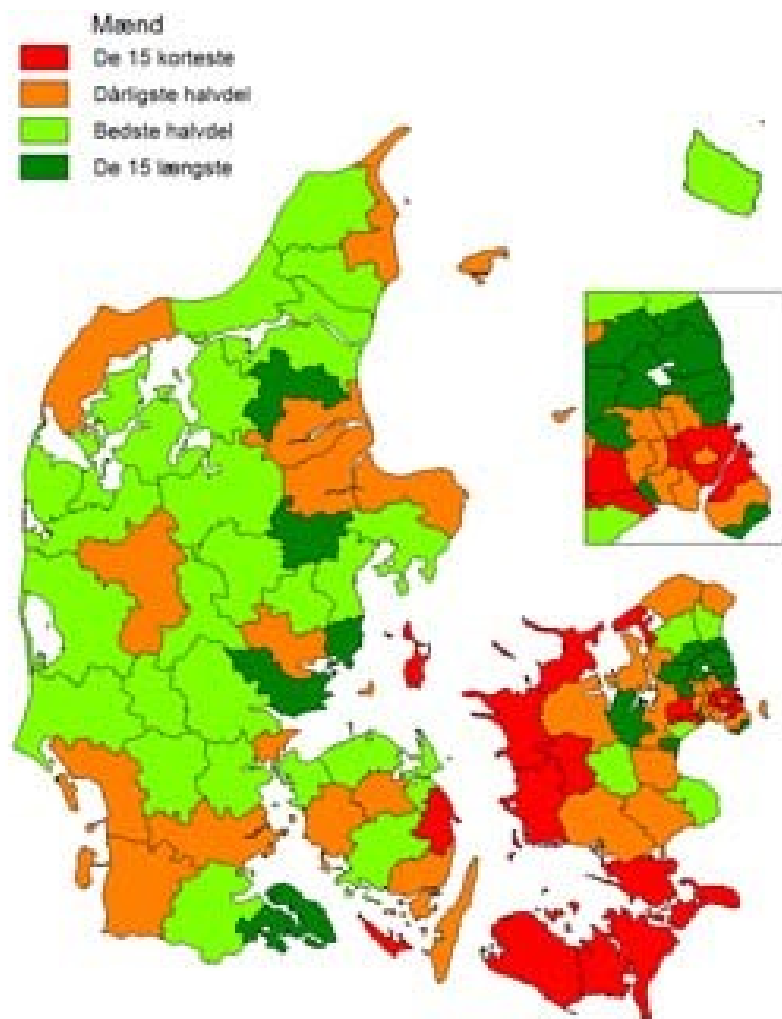


# Broens mål

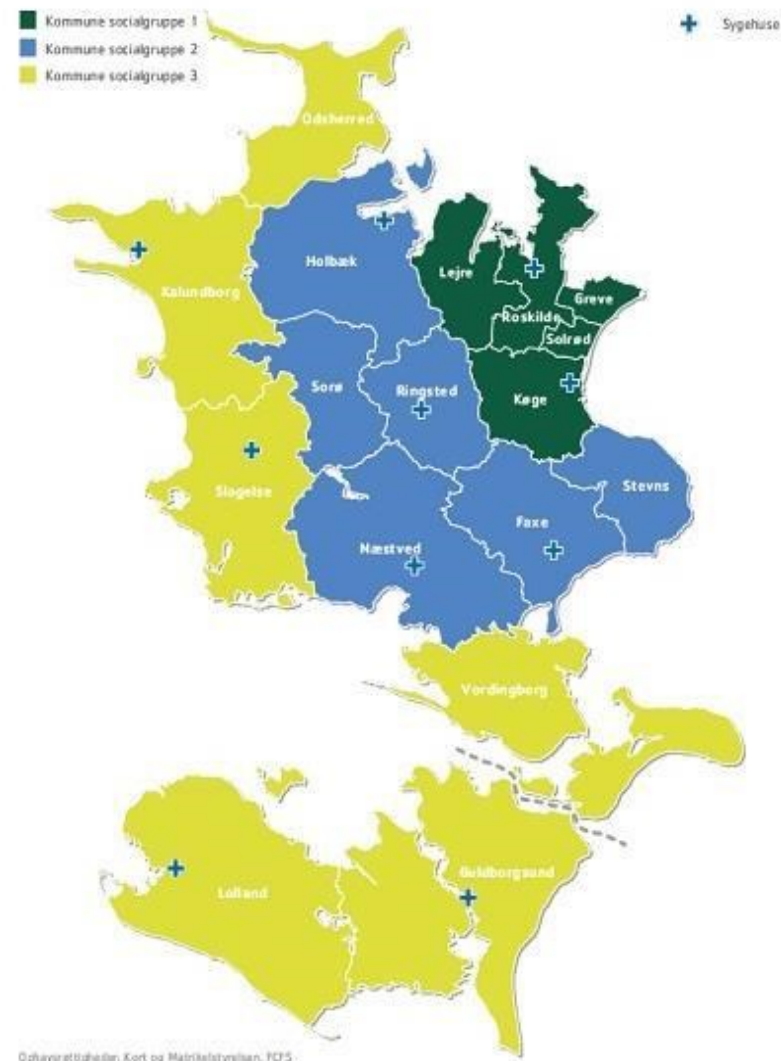
- Mere lighed i sundhed.
- Triple Aim:
  - Mere sundhed
  - Større kvalitet
  - Bedre økonomi
- Hæve levealder til nationalt niveau.



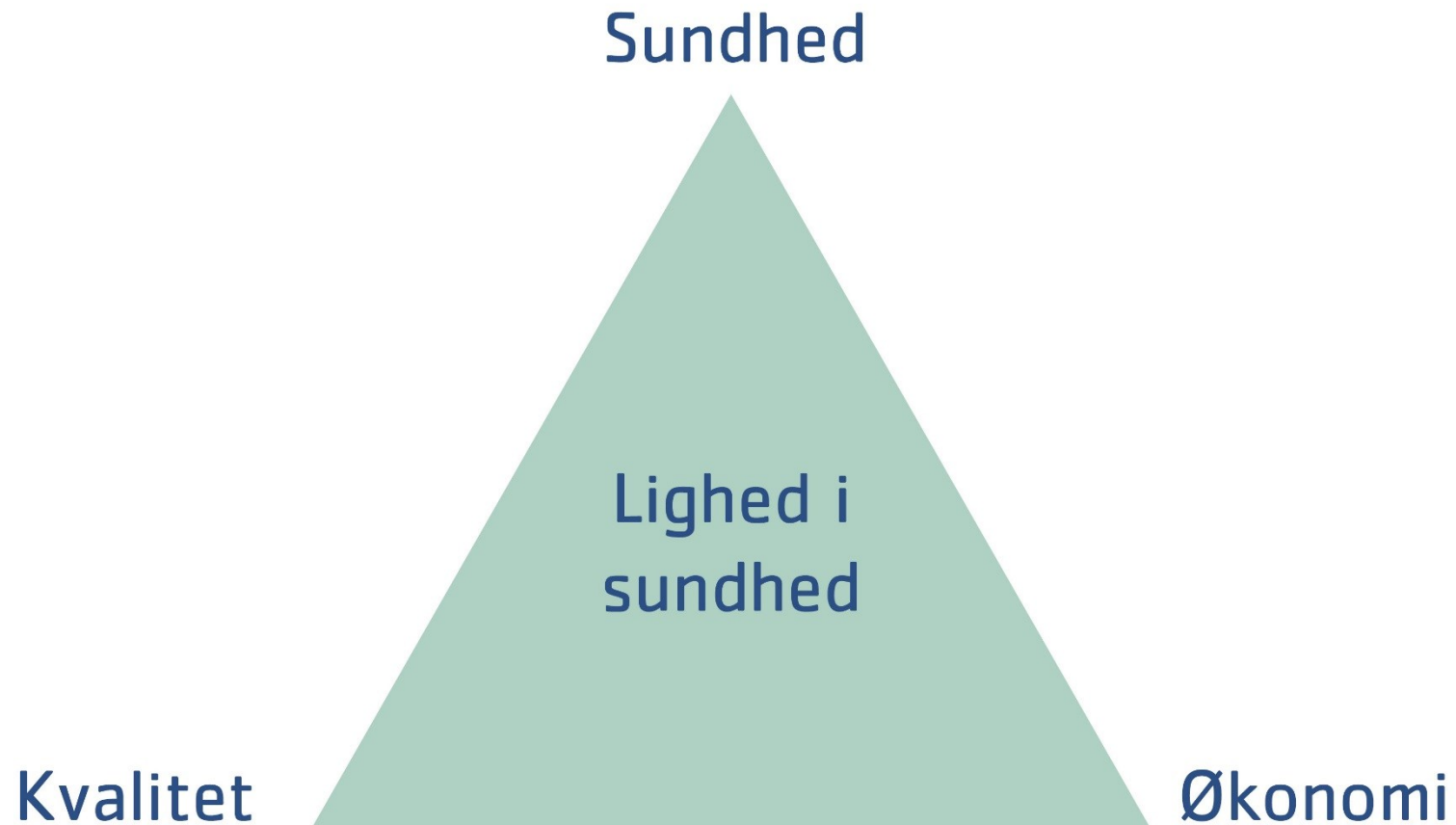
# Levetid og dødelighed



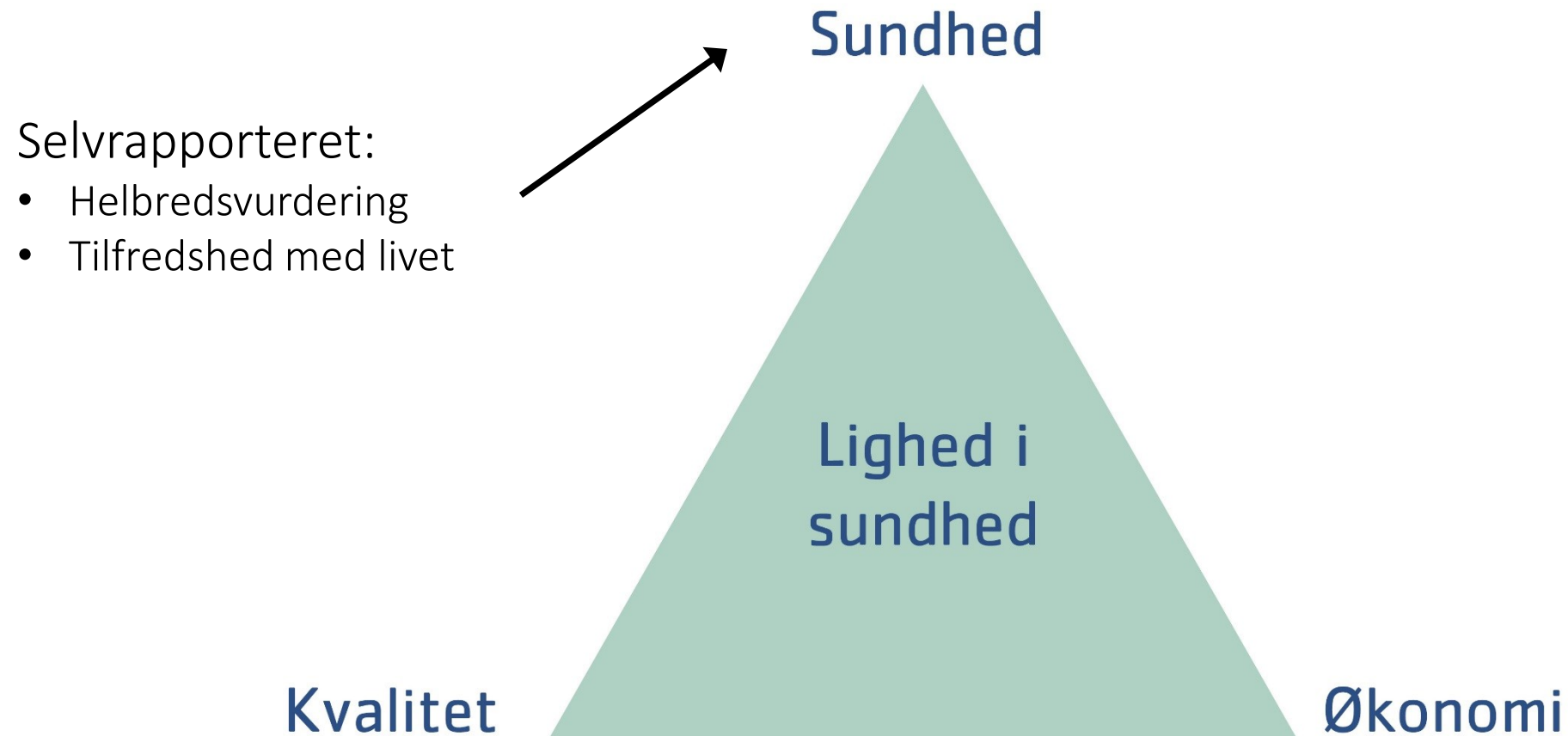
# Kommunesocialgrupper



# Metode – Triple Aim



# Metode – Triple Aim

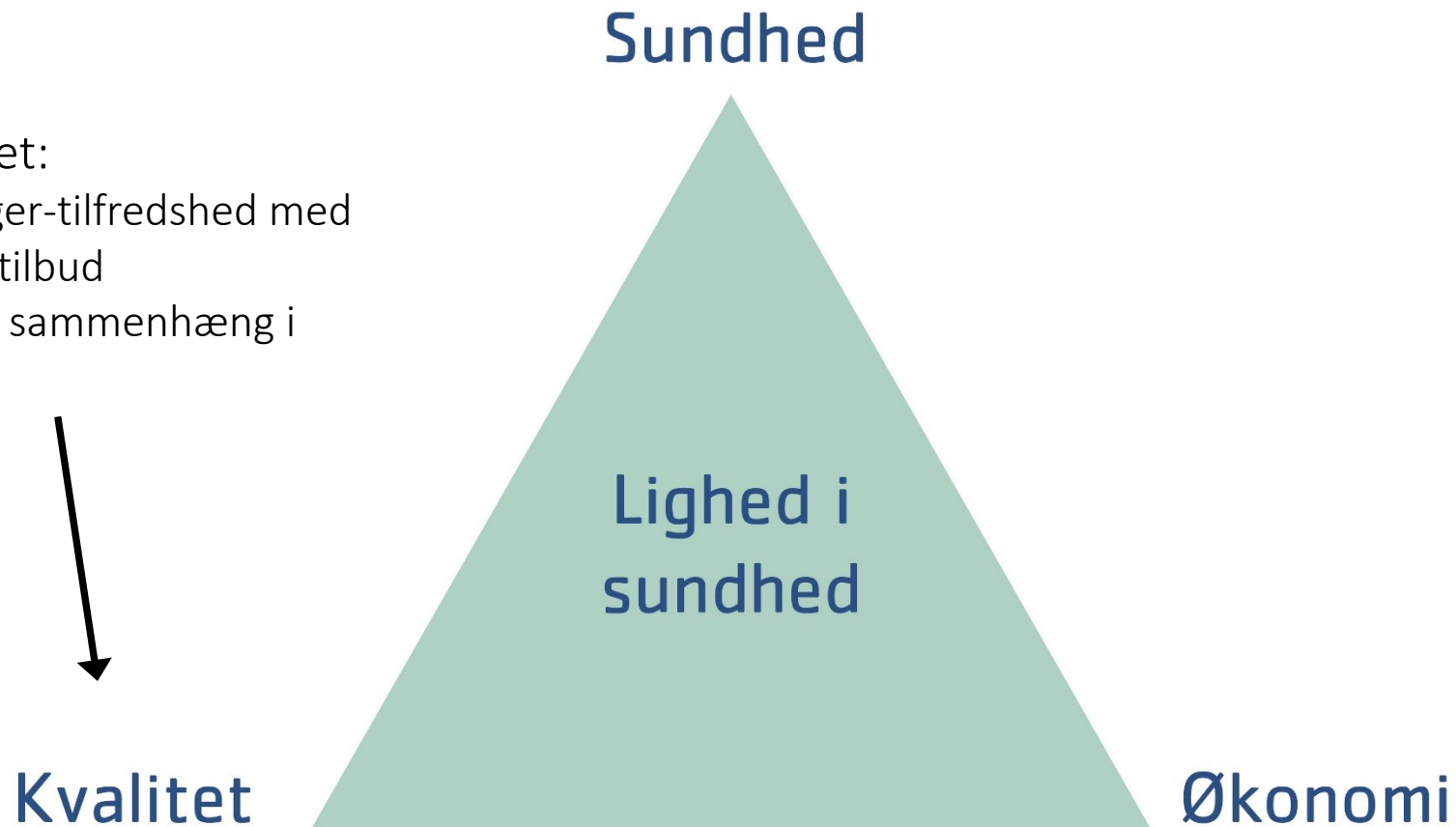




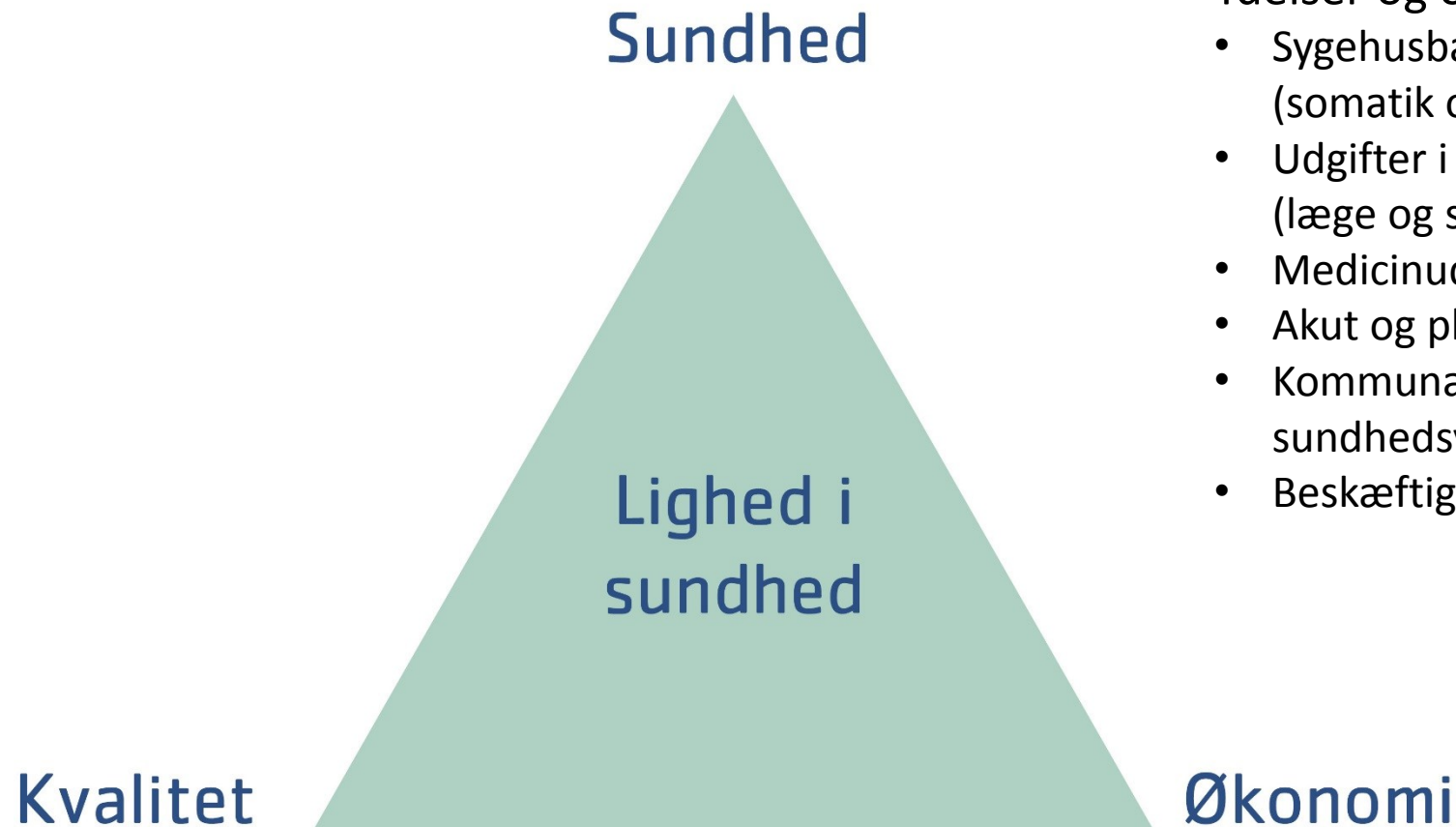
# Metode – Triple Aim

Selvrappporteret:

- Patient/borger-tilfredshed med behandling/tilbud
- Oplevelse af sammenhæng i forløbet



# Metode – Triple Aim



Ydelser og omkostninger:

- Sygehusbaserede omkostninger (somatik og psykiatri)
- Udgifter i primær sektor (læge og speciallæge)
- Medicinudgifter
- Akut og planlagt kørsel
- Kommunale social- og sundhedsydelser
- Beskæftigelse & overførselsindkomster

