

SLUTEVALUERING SOM LED I DEN NATIONALE EVALUERING AF SATSPULJEN "STYRKET SAMMENHÆNG FOR DE SVAGESTE ÆLDRE"

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen



December 2020

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Introduktion	1
2.	Evalueringsdesign.....	2
2.1	Virkningsevaluering.....	2
2.2	Metode og materiale	2
3.	Tværgående evaluering af projekterne	5
3.1	Projekternes karakteristika.....	5
3.2	Læring af projekterne	10
4.	Konklusion og perspektivering	20
4.1	Virksomme indsatser.....	20
4.2	Implementering	22
4.3	Anbefalinger.....	22



1. INTRODUKTION

Denne slutevaluering indgår i den tværgående nationale evaluering, som Implement foretager på vegne af Sundhedsstyrelsen som led i satspuljen "Styrket sammenhæng for de svageste ældre" 2017-2019.¹ Der blev givet tilsagn om støtte på i alt 78,5 mio. kroner til projekter fra alle fem regioner og 60 forskellige kommuner i den treårige periode.

Puljen har haft til formål at afprøve forskellige modeller for brug af kompetencer på tværs af kommuner, regioner og eventuelt almen praksis med henblik på at skabe større sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre.

Evalueringen skal på baggrund af projekterne skabe viden om, hvordan kommuner og regioner kan organisere sig for at skabe sammenhæng i virksomme indsatser til de svageste ældre. Dernæst skal gives anbefalinger til efterfølgende national anvendelse.

Dermed har evalueringen specifikt fokus på at skabe ny viden om de organisatoriske løsninger, som kan understøtte, at tværsektorielle kompetencer spiller bedst muligt sammen. Den omfatter således ikke læring fra projekterne om monosektorielle indsatser, om end sådanne aspekter fremgår af gennemgangen af de enkelte projekter (bilag 1).

Tilsagnene om puljemidlerne var betinget af, at det var fælles regionale-kommunale projekter med en projektleder fra henholdsvis region og kommune, en tværsektoriel styregruppe med ledelsesrepræsentation samt medfinansiering fra begge sektorer. Endelig skulle det i projektansøgningerne beskrives, hvordan projektet efterfølgende kunne implementeres i driften.²

Seks projekter er gennemført og omfattet af evalueringen, herunder to projekter i Region Hovedstaden og ét projekt i hver af de øvrige fire regioner.³ Imidlertid omfatter projekterne i Region Sjælland og Region Midtjylland henholdsvis tre og fem delprojekter med hver deres indsats, aktørkreds og nære projektorganisation. De tre delprojekter i Region Sjælland er evalueret hver for sig, mens evalueringen af de fem delprojekter i Region Midtjylland er opdelt i to spor vedrørende henholdsvis styrket visitation og styrket udskrivelse.

Rapporten er opbygget som en tværgående evaluering, hvor projekternes væsentligste resultater præsenteres og sammenholdes.

Implement har haft ansvaret for den samlede evaluering og forestået den kvalitative del, mens VIVE har gennemført en registerbaseret effektevaluering. I bilag 1 gennemgås de enkelte projekter hver især på grundlag af Implements dataindsamling. VIVE's rapport om resultaterne af den registerbaserede effektevaluering er vedlagt som bilag 2.

¹ Yderligere information om satspuljen og evalueringen – se www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2016/styrket-sammenhaeng-for-de-svageste-aeldre

² Puljeopslag "Udmøntning af satspuljen 'Styrket sammenhæng for de svageste ældre'", Sundhedsstyrelsen (2016).

³ Oprindeligt var der syv projekter, men Region Syddanmark opgav at igangsætte ét af to oprindelige projekter, "Hotline i FAM", fordi det viste sig ikke at være muligt at rekruttere geriatriske speciallægekompetencer.

2. EVALUERINGSDESIGN

2.1 Virkningsevaluering

Evalueringen er designet som en virkningsevaluering. En sådan er kendetegnet ved at kunne sandsynliggøre sammenhængen mellem en indsats og de resultater, der kan observeres – og hvilke forudsætninger, der skal være til stede for, at en indsats fører til resultaterne. I en virkningsevaluering fokuseres derfor på at indsamle viden om de kontekstuelle forudsætninger, selve den indsats, der afprøves og de resultater, der kommer ud af indsatsen. Det betyder, at det bliver muligt at kæde resultaterne af indsatsen sammen med de aktiviteter, indsatsen består af, og dermed skelne mellem teorifejl (om teorien bag indsatsen er forkert) og implementeringsfejl (har der været igangsat de aktiviteter, der er nødvendige for indsatsen). Hvis der for eksempel ikke blev opnået den forventede effekt, kan det sandsynliggøres, om det skyldes, at indsatsen ikke blev implementeret tilstrækkeligt, eller at indsatsen var uvirksom. Ved at indhente viden om de kontekstuelle forhold – herunder målgruppen for den specifikke indsats - kan der i evalueringen tages højde for, at projekterne gennemføres med lidt forskellige målgrupper og under forskellige forudsætninger.

Denne type evaluering forudsætter en opstillet teori om årsag-virkningsforholdene i indsatsen, hvori konteksten indgår; dette er en forandringsteori. I forbindelse med starten af projekterne er der udarbejdet en forandringsteori for dem hver, der beskriver sammenhængen mellem:

- Målgruppen
- Den ønskede nye praksis (indsatsen)
- Målene, der forventes opnået
- Væsentlige forudsætninger – inklusiv implementeringsaktiviteter – for at opnå resultaterne

Forandringsteoriene er udarbejdet i startfasen ved, at Implement på baggrund af projekternes puljeansøgninger har lavet udkast, som projektledelserne har kvalificeret, Implement har tilrettet udkastene, og projektledelserne godkendt dem.

Det er denne antagelse om sammenhængen mellem forudsætningerne, indsatsen og resultaterne, der er evalueringens egentlige genstand.

Projekternes resultater vurderes dels ud fra den kvalitativt baseret evaluering, herunder interviewundersøgelsen og eksempler på resultater fra projekternes egne evalueringer, og dels den registerbaserede effektevaluering.

2.2 Metode og materiale

Evalueringen omfatter dataindsamling for hvert projekt i forbindelse med starten, midtvejs og slutevalueringen, og den bygger på en mixed methods-tilgang.



Med evalueringens *kvalitative dataspor* gennemføres fokusgruppe- og individuelle interviews ved projekternes begyndelse, midtvejs og afsluttende. Ved begyndelsen var formålet med interviewene at belyse planer og forventninger, midtvejs var formålet at følge op på, hvordan det hidtil var gået, og hvad der videre skulle ske, og ved projektafslutningen var formålet at beskrive og forklare resultaterne, der var opnået. Det vil sige, at de fire elementer nævnt i boksen ovenfor har fungeret som spørgsmålstermer i alle interviews.

Udover de fire centrale spørgsmålstermer har opmærksomhedspunkter fra tidligere i det pågældende projekts forløb været anvendt faciliterende ved interviewene midtvejs og ved afslutningen.

For hvert projekt blev der afholdt to fokusgruppeinterviews á 1-1½ times varighed – ét med ledelsen og ét med frontmedarbejdere. For så vidt angår projekterne i Region Midtjylland og Region Sjælland er tilsvarende evalueringsaktiviteter gennemført for henholdsvis hvert spor og delprojekt – suppleret med et fokusgruppeinterview med projektledelsen.

Udvælgelsen af deltagere blev foretaget af projektledelsen, der skulle tilstræbe repræsentativitet med hensyn til sektor, geografisk placering, jobfunktion og tilknytning til projektet. For nogle projekter har det ikke været muligt for almen praksis at deltage i fokusgruppeinterviewene, hvorfor der er suppleret med telefoninterviews.

Dataindsamlingen midtvejs er foretaget i september 2018 og til slutevalueringen i oktober-december 2019 – dog undtaget projektet Sikker Sammenhæng, der sluttede ved udgangen af marts 2019.

Samtidig med puljeprojekterne udvikler målgrupperne og organisationerne sig, og der igangsættes andre lokale initiativer, som i forskellig udstrækning påvirker projekternes resultater. Med den givne konstruktion af satspuljen og projekterne kan der ikke korrigeres for dette, men centrale påvirkningsfaktorer søges belyst som ændrede forudsætninger og kan inddrages i tolkningerne af resultaterne.

Med evalueringens *kvantitative dataspor* er der gennemført en registerbaseret effektevaluering for hvert projekt, herunder hvert af delprojekterne i Region Sjælland og Region Midtjylland, forudsat, at antallet af inkluderede borgere var tilstrækkeligt. Den

registerbaserede effektevaluering belyser effekter af projekterne på baggrund af data, der registreres i nationale registre, herunder indlæggelser, ambulante sygehuskontakter, kontakter i primærsektoren og visiteret hjemmepleje ved follow-up henholdsvis syv, 30 og 90 dage efter baseline (inklusion). Hvor data har været tilgængelige, belyses også effekter på antal opholdsdage på kommunale midlertidige pladser og besøg af hjemmesygeplejerske.

De puljestøttede projekter består typisk af flere indsatser. Nogle indsatser er direkte målrettet borgere, mens andre indsatser er rettet mod personalet – det kan fx være kompetenceudvikling eller indsatser, som skal forbedre dialog og samarbejde på tværs af sektorer til gavn for borgerne. De indsatser, som undersøges i den registerbaserede effektevaluering, er udvalgt efter dialog med projekterne. Det har været en forudsætning, at der er tale om indsatser, som kan kobles til en borger (det vil sige til et CPR-nr.). Der anvendes samme overordnede metode i den registerbaserede effektevaluering for de forskellige projekter. Der er tale om et follow-up studie, hvor outcome for indsatsgruppen (identificeret ved CPR-nr. leveret af projekterne) sammenlignes med outcome for en statistisk konstrueret kontrolgruppe. Kontrolgruppen identificeres i to trin:

I trin 1 identificeres en potentiel kontrolgruppe bestående af borgere med bopæl i deltagende kommuner, før projektet startede, som ville have været i målgruppen for indsatsen, der evalueres, hvis den havde eksisteret på dette tidspunkt (historisk kontrolgruppe).

I trin 2 udvælges den endelige kontrolgruppe fra den potentielle kontrolgruppe ved hjælp af propensity score matching, således at den endelige kontrolgruppe ligner indsatsgruppen med hensyn til køn, alder, husstandstype, uddannelse, kontakter til sundhedsvæsenet, kommunal pleje, komorbiditet og kroniske sygdomme før indsatsen. Der er anvendt en historisk kontrolgruppe, fordi det for flere projekter ikke har været muligt at identificere en samtidig kontrolgruppe med bopæl i de deltagende kommuner.

På grund af overgangen til Landspatientregisteret version 3 (LPR3) og manglende adgang til LPR-data for 2019 er datagrundlaget for den registerbaserede effektevaluering afgrænset til og med 2018. Borgere følges op til tre måneder efter baseline (inklusion). Derfor indgår der kun borgere i registeranalysen, som er inkluderet før 1. oktober 2018. Dette gælder alle projekter i evalueringen. Den anvendte metode er nærmere beskrevet i bilag 2a og 2b.

.....

3. TVÆRGÅENDE EVALUERING AF PROJEKTERNE

I dette kapitel gives først et overblik over projekternes karakteristika (afsnit 3.1), og dernæst fremdrages læring, der kommer fra de enkelte projekter og ved at sammenstille disse (afsnit 3.2).

Grundlaget kan ses nærmere beskrevet i gennemgangen af projekterne i bilag 1 med beskrivelse af målgruppe og indsats samt forventede resultater, midtvejsstatus, virkninger, forudsætninger og perspektivering jf. den kvalitativt baseret evaluering. Derudover beskrives grundlaget for den statistiske analyse i bilag 2a og 2b.

3.1 Projekternes karakteristika

I skemaet nedenfor er angivet projekternes målgruppe, indsats, udviklingsmetode og kobling til praksis.

Derefter samles op på og vurderes ligheder og forskelle mellem projekterne, der udgør grundlaget for den tværgående evaluering.

OPDRAGS-GIVER	PROJEKTTITEL	MÅLGRUPPE	INDSATSER	UDVIKLINGS-METODE	KOBLING TIL PRAKSIS
Region Hovedstaden og Københavns Kommune	Sikker sammenhæng	Indlagte på hospitalsafdelinger, der udskrives til midlertidige døgnpladser, hjemmepleje og plejecentre	Koordinering af forløb mellem sygehuse og kommune om patienters udskrivelse/ modtagelse A. Sikkert Flow B. Udskrivelsesplanlægning i samarbejde med Tværfaglig Udredningsenhed C. Kommunikationsaftale D. Kompetenceudvikling	Løbende forbedringer	Indlejret
Region Hovedstaden og de otte kommuner i optageområdet for Nordsjællands Hospital	Tværasektoriel stuegang	Svækkede ældre borgere med svære medicinske problemstillinger og/eller borgere i ustabile og komplekse sygdomsforløb med behov for afklaring af deres samlede situation og indsatser	Sygehusforankret stuegangsgående team på kommunale midlertidige pladser A. Tværasektoriel stuegang B. Prøvetagning C. Triage D. Den gode udskrivelse	Løbende forbedringer	Ny funktion
Region Midtjylland, Midtklyngen og Randersklyngen	Styrket visitation	Svage ældre patienter over 65 år med kontakt til hospital eller almen praksis, som samtidig har behov for	Koordineret indsats – kommunale tilbud eller indlæggelse på hospital A. Integreret visitationsenhed B. Virtuel visitationsenhed	Udvikling og afprøvning	Indlejret

OPDRAGS-GIVER	PROJEKTTITEL	MÅLGRUPPE	INDSATSER	UDVIKLINGS-METODE	KOBLING TIL PRAKSIS
		kommunens hjemme- eller sygepleje ⁴			
Region Midtjylland, Aarhusklyngen, Horsensklyngen og Vestklyngen	Styrket udskrivelse	De svageste ældre borgere over 65/75 år med kontakt til hospital og almen praksis samt behov for hjemmepleje eller hjemmesygepleje ⁵	Overgange fra indlæggelse, udskrivning og opfølgning A. Opfølgning efter udskrivelse	Udvikling og afprøvning	Indlejret
Region Nordjylland og alle kommuner	Tidlig indsats på Tværs	Særligt sårbare medicinske borgere over 65 år i kontakt med den kommunale hjemmepleje eller i plejebolig/aflastningsbolig, herunder borgere henvist til udredningsenhed på hospital	Opsporing og hurtig udredning af tidlige tegn på sygdom A. Tidlig opsporing B. Udredningsenhed C. Læring	Udvikling og afprøvning	Indlejret
Region Sjælland og Holbæk, Kalundborg og Odsherred kommuner	Geriatrisk team Holbæk	Særligt udsatte borgere over 65 år, der efter sygehusindlæggelse ⁶ ikke kan tage imod et konventionelt ambulante forløb – eller henvist fra praktiserende læge – tilknyttet hjemmepleje eller hjemmesygepleje med behov for en ny sundhedsindsats	Udskrivelse med helhedsplan og opfølgning A. Geriatrisk helhedsvurdering B. Udrednings- og behandlingsplan C. Løbende indsats og opfølgning jf. plan D. Afrunding af forløb E. Supervision i primær sektor og på sygehuset	Udvikling og afprøvning	Ny funktion
Region Sjælland og Guldborgsund, Lolland og	Geri-team Nykøbing	Alle patienter over 75 år, som udskrives med en genoptræningsplan ⁷	Udskrivelse med helhedsplan og opfølgning	Udvikling og afprøvning	Ny funktion

⁴ Midtklyngen: Borgere visiteret af den tværsektorielle visitationsenhed, hvor aktionsdiagnosen fortrinsvis hører til én blandt udvalgte diagnosegrupper (dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi, sociale og plejemæssige forhold samt tryksår).

Randersklyngen: Borgere visiteret efter en koordineret indsats mellem hospitalsvisitation og kommune, hvor aktionsdiagnosen fortrinsvis hører under forebyggelige diagnoser (dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejsinfektioner, blærebetændelse, gastroenteritis, ernæringsbetinget anæmi, sociale og plejemæssige forhold samt tryksår).

⁵ Aarhusklyngen: Borgere, som under hospitalsindlæggelse vurderes at være skrøbelige vurderet efter et nyudviklet screeningsredskab, Multi-dimensionelt Prognostisk Index (MPI).

Horsensklyngen: Borgere over 75 år indlagt i mere end 48 timer, som udskrives til Skanderborg Kommune, Odder Kommune eller Hedensted Kommune.

Vestklyngen: Borgere, som udskrives fra sengeafsnit ved Hospitalsenheden Vest og ved screening til opfølgende hjemmebesøg scorer 31 eller derover.

⁶ Indlæggelse på Holbæk Sygehus og udskrivelse til én af de tre kommuner.

⁷ Der henvises til geriatrisk team i forbindelse med udskrivelse fra alle afdelinger på Nykøbing Falster Sygehus på nær akutmodtagelsen og geriatrisk afdeling, hvor sidstnævnte har

OPDRAGS-GIVER	PROJEKTTITEL	MÅLGRUPPE	INDSATSER	UDVIKLINGS-METODE	KOBLING TIL PRAKSIS
Vordingborg kommuner			A. Geriatrisk helhedsvurdering B. Tværsektoriel konference C. Behandlings- og rehabiliteringsplan		
Region Sjælland og Roskilde Kommune	Delesygeplejersker	Ældre medicinske patienter, som har været indlagt med behov for øget koordinering i forbindelse med udskrivelse til kommunale indsatser ⁸	Udskrivelse med planer og opfølgning Delesygeplejersker, der varetager opgaver A. Under indlæggelse B. Efter udskrivelse	Udvikling og afprøvning	Ny funktion
Region Syddanmark, Fåborg-Midtfyn, Nordfyns, Kerteminde og Svendborg kommuner	GERI-kufferten	Svage ældre borgere i kontakt med den kommunale hjemmepleje eller i plejebolig/-aflastningsbolig samt ældre borgere, der udskrives til hjemmepleje eller midlertidigt døgnophold	Måling af kliniske værdier som beslutningsgrundlag for hjemmesyge-plejersker og praktiserende læger A. GERI-kuffert til digital opsamling af helbredsdata B. Fælles it-plattform C. Undervisning og kompetenceudviklingsværktøjer	Videreudvikling og udbredelse af kendt løsning	Indlejret

Projekternes målsætninger

Projekternes mål afspejler alle puljens overordnede formål, der er at "afprøve forskellige modeller for brug af kompetencer på tværs af kommuner, regioner og eventuelt almen praksis med henblik på at skabe større sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre". I projekterne afprøves forskellige kombinationer af indsatser til at indfri dette formål, og derfor er projekternes antagelser om, hvilke indsatser der virker hvordan (forandringsteorier) forskellige. Målepunkterne, der kan indikere resultatopfyldelsen, er således også operationaliseret forskelligt, og derudover vedrører projekternes mål forskellige dimensioner af kvalitet og effektivitet. På tværs af projekterne er målepunkterne dermed flere og forskelligartede. De mest udbredte målepunkter omfatter helbredstilstand, tilfredshed, forebyggelige indlæggelser og akutte genindlæggelser (se bilag 1).

Undersøgte målgrupper

Projekterne har inden for puljens overordnede målgruppe hver især omfattet grupper af ældre medicinske borgere, der er afgrænset ved in- og eksklusionskriterier. Det indebærer, at kriterierne for inklusion i kommunalt- og sygehusregi har været forskellige

helhedsvurderingen integreret i det daglige arbejde. Henvisningerne baseres på en vurdering ved hjælp af PRISME-metoden samt fra almen praksis og kommuner på baggrund af kliniske skøn.

⁸ Borgere indlagt på Sjællands Universitetshospital (Roskilde)'s kardiologiske, lungemedicinske eller neurologiske afdeling, bosiddende i Roskilde Kommune.

på tværs af projekterne (fx hvornår en borger er 'skrøbelig', eller hvilken specialafdeling der rekrutteres fra), som igen kan medføre lidt forskellige profiler på de undersøgte grupper. I registeranalysen er grupperne af inkluderede borgere beskrevet på baggrund af registerdata. Imidlertid er der ikke data i nationale registre, der direkte måler, hvilken relevans og potentiel virkning indsatserne mere præcist har haft for borgerne. Således er der ikke data om borgernes funktionsevne, skrøbelighed og behandlings-/plejemæssig (u)stabilitet, som reelt kan være afgørende for deres respons på indsatserne (fx genoptræning og generel opfølgning efter udskrivelse). Data om hjemmepleje kan dog fungere som et mål for funktionsevne og sygepleje for behandlings-/plejemæssig ustabilitet.

Tre projekter har trods det store antal ældre medicinske patienter i Danmark haft vanskeligt ved at inkludere det forventede antal; det gælder projekterne Geri-team Nykøbing, Delesygeplejersker og Tidlig Indsats på Tværs. Det kan hænge sammen med for snævre inklusionskriterier og/eller begrænset kapacitet hos det udførende personale til at gennemføre indsatserne.

Flere projekter har erfaret, at nogle i deres målgruppe var i den meget syge ende af skrøbelighedsspektret, da de var terminalt syge ved inklusionen i projektet, fx i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til rehabilitering/genoptræning og behandlingsmæssig opfølgning udenfor sygehus. For disse borgeres vedkommende har det ikke været muligt at levere alle individrettede indsatser i tiltænkt omfang og følge op resultatmæssigt, da de døde kort tid efter. Det samme kan gælde flere meget syge borgere, selv om de ikke umiddelbart blev vurderet terminale. Dermed kan der være tale om en teorifejl (at indsatserne reelt ikke var relevante for den specifikke målgruppe) og/eller en implementeringsfejl (at implementeringen fejlagtigt omfattede denne del af målgruppen, som indsatsen ikke var tiltænkt). Det er ikke muligt at kvantificere andelen af den samlede målgruppe, da ikke alle projekter har indsamlet data om borgernes skrøbelighed.

Det begrænsede imidlertid muligheden for at underbygge nærmere vurderinger af virksomme indsatser udbredelsespotentiale eller sandsynliggøre, om ikkevirksomme indsatser kunne være virksomme overfor en anden målgruppe.

Undersøgte indsatser

Alle projekter har omfattet flere indsatser. Nedenfor fremdrages fra hvert projekt den funktionelle indsats for så vidt angår at bringe kompetencer sammen på tværs af sektorer. De andre af projektets indsatser betragtes således som understøttende. Det er typisk indsatser som kompetenceudvikling af personale i hjemmepleje og hjemmesygepleje, eventuelt målrettet kommunale akutfunktioner.

Der er følgende sammenfald i projekternes afprøvede indsatser, der potentielt kan sammenholdes med hinanden med hensyn til viden om deres virkninger og implementering. Det vil sige i det omfang, at implementeringen og dermed afprøvningen er lykkedes, hvormed en virkning kan sandsynliggøres.

De funktionelle indsatser kan placeres i tre kategorier:

- a) Tværfaglige indsatser med henblik på kendskabsorienteret brobygning, der primært sker i forbindelse med borgeres udskrivelse fra sygehus:
 - Geriatrik team Holbæk
 - Geriatrik team Nykøbing
 - Styrket udskrivelse
 - Tværsektoriel stuegang

Delesygeplejersker er en variant over samme brobyggende idé men uden samme tværfaglige helhedsplan

- b) Alternativer til indlæggelse gennem kliniske indsatser eller videndeling om kommunale tilbud:
 - GERI-kufferten
 - Styrket visitation
 - Tidlig Indsats på Tværs (udredningsindsatsen)
- c) Et projekt med mange forskellige afgrænsede, lokale monosektorielt forankrede indsatser udviklet hen ad vejen:
 - Sikker sammenhæng (forbedringsmetoden styrende snarere end en konceptualiseret indsats)

Indsatserne inden for de enkelte projekter har for nogles vedkommende været tættere forbundet (mere understøttende) end andre. Der er imidlertid ikke data, som kan belyse virkningerne af indsatserne enkeltvis eller samvirkende. Således kan resultaterne ikke meningsfuldt vurderes hver især eller deres respektive bidrag til den samlede virkning.

Hovedparten af projekternes indsatser sigter på, at sundhedsprofessionelle opnår nye kompetencer og ændrer praksis. Således er der ikke ændret på de grundlæggende rammebetingelser i form af fx strukturelle forhold som en ny tværsektoriel organisatorisk enhed ville være eller ændrede finansieringsformer og incitamentstrukturer. Det nærmeste projekterne kommer en afprøvet mellemform er Delesygeplejersker og Geriatrik team Holbæk, hvor nogle af medarbejderne havde en delt ledelsesmæssig reference til både sygehus og kommune, men funktionerne havde ikke selvstændige ledelsesmæssige kompetencer. Således er det ikke afprøvet, hvilken betydning ændrede rammebetingelser af denne type kunne have haft for indsatserne.

Anvendte udviklingsmetoder

I skemaet ovenfor er projektets udviklingsmetode angivet. Det fremgår, at projekternes profiler, hvad angår deres fokus, fremtræder som overvejende én af følgende tre:

- a. Løbende forbedringer af praksis med afprøvninger i lille skala af indsatser:
 - Sikker sammenhæng
 - Tværsektoriel stuegang
- b. Udvikling og afprøvning af på forhånd udvalgte indsatsområder:
 - Delesygeplejersker
 - Geriatrik team Holbæk
 - Geriatrik team Nykøbing
 - Styrket udskrivelse
 - Styrket visitation
 - Tidlig Indsats på Tværs
- c. Videreudvikling og udbredelse af kendt indsats gennem tidligere afprøvning:
 - GERI-kufferten

Med de forskellige udviklingsmetoder følger, at der, hvad angår indsatsernes indhold og udbredelse, som udgangspunkt er større sikkerhed forbundet med udviklingsmetode *c* end med *a* og til dels *b*. Projekter, der benytter udviklingsmetode *a*, forudsætter forudgående og sideløbende støtte og udvikling af kompetence til at anvende den specifikke udviklingsmetode (forbedringsmetoden). Udviklingsmetode *a* og til dels *b* har

større mulighed for udvikling af indsatser, som kan tilpasses lokale, aktuelle forhold, men gør det samtidigt vanskeligere at samle viden op om nuancer i praksisændringerne og deres udbredelse.

Projekternes indsatser er generelt designet med et udefra-perspektiv, som dækker over sundhedsprofessionelles fortolkninger af hændelser og fænomener, der udmøntes i indsatser til fx udvikling af faglige kompetencer (ikke personlige), kommunikationsredskaber og faglige vurderinger. I mindre grad tager indsatserne udgangspunkt i et indefra-perspektiv baseret på borgernes udsagn eller adfærd, som sigter på borgernes selvstyring. Indefra-perspektivet har i lille skala været anvendt i et projekt som Tværsektoriel stuegang, der har anvendt Patientens fodspor som metode til at afdække borgeres oplevelse og designe en indsats. Et andet projekt, Styrket udskrivelse i Region Midtjylland, har anvendt observation og interview i følgeforskning til at undersøge borgeres oplevelse af overgangen mellem indlæggelse og hjem, efter en indsats er implementeret. Dermed har projekternes ambition alt overvejende været søgt realiseret gennem forbedrede forudsætninger for at bringe sektorenes *sundhedsfaglige* kompetencer tættere på hinanden. Og det er dette, der kan indhentes viden om gennem evalueringen.

Anvendte koblinger til praksis

Projekter, der sigter på at indlejre udviklingen i praksis, kan betragtes som et forsøg på at tilpasse eksisterende kompetencer, arbejdsgange mv. trinvis på en måde, som skal komme alle borgere i den givne sammenhæng til gode med en generel indsats – i modsætning til etableringen af en ny funktion, der vil påvirke en mere afgrænset målgruppe med en – til gengæld – mere målrettet indsats (en organisatorisk knopskydning eller segregering, der skal kompensere for det generelle systems svagheder).

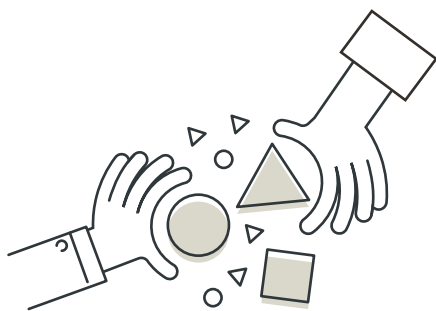
Implementeringsopgavernes omfang følger af de forudsatte ændringer, som alt andet lige er større med projekterne, hvis indsatser skal indlejres i praksis blandt relativt mange medarbejdere i forskellige organisationer, end med projekterne, der altovervejende kræver ændringer gennem en ny specialiseret funktion og/eller blandt relativt få medarbejdere i relativt få organisationer. Her skiller Tidlig Indsats på Tværs sig ud fra de øvrige med langt den største implementeringsopgave givet de mange organisationer (kommuner og sygehuse).

3.2 Læring af projekterne

Nedenfor analyseres projekterne på tværs med henblik på at skabe viden om, hvordan kommuner og regioner kan organisere sig for at skabe sammenhæng i virksomme indsatser til de svageste ældre ved at bringe kompetencer sammen på tværs af sektorer.

Givet projekternes tilrettelæggelse og evalueringsdesignet kan sammenhænge mellem indsatser og virkninger sandsynliggøres og beskrives – men de kan ikke påvises.

Analysen omhandler læring af projekterne om både implementering og virkninger. Kun hvis implementeringen af projekternes indsatser er lykkedes, kan der konkluderes på deres virkninger – ellers er der tale om "implementeringsfejl". Hverken implementering eller virkninger kan påvises som ja/nej-udfald, men derimod som sandsynliggørelse af grader af implementering/virkninger. Styrken af konklusionen om virkningerne afhænger dermed af implementeringen. Således kan der i tilfælde af en begrænset implementering kun siges noget om implementeringsbarrierer og kvalitative faglige vurderinger af enkeltindsatsers virkning. Endelig kan der til trods for en vidtgående implementering vise sig ikke at være påviselige virkninger af indsatserne, hvilket kan skyldes begrænsninger i



vurderingsgrundlaget eller, at indsætterne reelt ikke har den forventede virkning ("teorifejl").

I skemaet er der for hvert projekt angivet den vurderet implementering, de statistiske effekter og den vurderet virkning.

PROJEKTTITEL	VURDERET IMPLEMENTERING	STATISTISKE EFFEKTER	VURDERET VIRKNING
Sikker sammenhæng	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementeret i vid udstrækning på hospitalsafdelinger og rehabiliteringscentre (gruppe 1) men i mindre grad i hjemmepleje og plejecentre (gruppe 2) <p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremmede for udviklingen med faciliteret/allokerede ressourcer anvendelse af forbedringsmetoden som udviklingsmetode, der tilgodeser lokale forhold og med allokerede ressourcer • Fremmede for udviklingen med et enkelt organisatorisk setup med ét hospital og én kommune • Begrænsende for udbredelsen, at forbedringsmodellen især har været anvendt udviklingsrettet og mindre til monitorering • Begrænsende for udbredelsen, at projektperioden har været relativt kort (særligt for gruppe 2) 	<p>Statistisk signifikant flere og længere akutte indlæggelser blandt borgere i indsatsgruppen (borgere udskrevet til kommunale midlertidige pladser efter indlæggelse på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital) sammenlignet med en historisk kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på tre måneder</p> <p>Statistisk signifikant kortere varighed af ophold på den kommunale midlertidige døgnplads i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommune</p> <p>Færdigbehandlingsdage reduceret (med 50 pct.)</p> <p>Forebyggelige indlæggelser og akutte genindlæggelser uændret</p> <p>Et rehabiliteringscenter har øget borgertilfredshed (fra 20 til 46 pct.)</p>
Tværasektoriel stuegang	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementeret i vid udstrækning på døgnpladser og hospitalsafdelinger <p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremmede for udviklingen, at indsatsen var forankret i en ny specialfunktion • Fremmede for udbredelsen, at de mange kommuner var enige om indsætterne og tilpassede • Begrænsende: Nogle i målgruppen var meget skrøbelige og dermed var indsætterne på kanten til irrelevante • Begrænsende for anvendelse i drift, at det snævert set er en omkostningstung indsats 	<p>Statistisk signifikant flere akutte indlæggelser, ambulante sygehuskontakter og kontakter til almen praksis i indsatsgruppen (borgere, som har modtaget indsatsen tværasektoriel stuegang på kommunale midlertidige pladser) sammenlignet med en historisk kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på tre måneder.</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommuner samt til dels med almen praksis</p> <p>Forbedret sundhedstilstand (71 pct. af borgerne)</p> <p>Forebyggede indlæggelser (23 pct. af borgerne)</p> <p>Færre uoverensstemmelser mellem Fælles Medicinkort, medgivet medicinliste og udleveret medicin (reduceret fra 60 til 34 pct.)</p> <p>Snævert set omkostningstung indsats</p>
Styrket visitation	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering i nogen udstrækning blandt brugerne af visitationsenhederne (vagtlæger) <p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremmede: Operationel, individuel inddragelse af vagtlæger • Begrænsende for udviklingen og udbredelsen med mange kommuner med forskellige indsætter 	<p>Statistisk signifikant flere besøg af hjemmesygeplejen i indsatsgruppen (ældre borgere med kontakt til vagtlæge) sammenlignet med en historisk kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på tre måneder.</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommuner samt til dels vagtlæger (inklusive almen praksis)</p> <p>Vurderet forebyggede indlæggelser</p> <p>Vurderet høj borgertilfredshed</p>

PROJEKTTITEL	VURDERET IMPLEMENTERING	STATISTISKE EFFEKTER	VURDERET VIRKNING
	<ul style="list-style-type: none"> Begrænsende med afhængighed af vagtlæger med vedvarende udskiftning og begrænset lokalkendskab 	<p>Ellers generelt ingen statistisk signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen. Den registerbaserede effektevaluering omfatter projektet vedrørende styrket visitation i Midtklyngen. Projektet i Randersklyngen indgår ikke.</p>	
Styrket udskrivelse	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementeret i nogen udstrækning med hensyn til følge-hjemordninger – formentlig mest systematisk i Aarhusklyngen <p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fremmende: Nogle kommuner havde erfaringer med følge-hjemordninger i forvejen og kunne derfor videreudvikle praksis Begrænsende, at nogle blandt målgruppen var meget skrøbelige Begrænsende for udviklingen og udbredelsen med differentieret almen praksis, mange kommuner med forskellige indsatser 	<p>Den registerbaserede effektevaluering er gennemført særskilt for projekterne vedrørende styrket udskrivelse i Vestklyngen, Horsensklyngen og Aarhusklyngen. Der ses for alle tre projekter statistisk signifikant færre indlæggelser i indsatsgruppen (borgere, som er fulgt op umiddelbart efter udskrivelse) sammenlignet med en historisk kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på tre måneder. For alle tre projekter ses der også et statistisk signifikant øget forbrug af kommunal pleje i indsatsgruppen.</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommuner</p> <p>Vurderet forebygget akutte genindlæggelser, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> I Aarhusklyngen reduceret især ved hjemmebesøg inden for 24 timer hos borgere over 75 år i eget hjem (med 18 pct.) – geriateres besøg hos moderat skrøbelige borgere mere virksomme end sygeplejerskers end sygeplejerskers 90-dages-dødelighed reduceret i Aarhusklyngen (med 12 pct.)
Tidlig Indsats på Tværs	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementeret i begrænset udstrækning med hensyn til nye praksisser på tværs af kommuner og almen praksis med hensyn til tidlig opsporing samt af udredning på sygehus <p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fremmende har været klyngesamarbejder, hvor hospitaler og kommuner har kunnet finde fælles retninger Fremmende for virtuelle møder, at der reelt har været oplevet et behov på grund af lange kørselsafstande Begrænsende med mange og forskellige kommuner og serviceniveauer samt sygehus med regionsfunktioner Begrænsende at Aalborg Kommune trak sig fra projektet 	<p>Ingen statistisk signifikante forskelle i indlæggelser i indsatsgruppen (borgere defineret som TIT-borgere) sammenlignet med en historisk kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på tre måneder. Derimod ses statistisk signifikant flere kontakter til almen praksis mv. i indsatsgruppen i opfølgingsperioden kombineret med færre ambulante sygehuskontakter og mindre forbrug af kommunal pleje.</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommuner samt til dels med almen praksis</p>
Geriatrisk team Holbæk	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementeret i vid udstrækning særligt med geriatrisk team som forbindelse mellem sygehus og kommuner 	<p>Statistisk signifikant flere akutte indlæggelser, ambulante sygehuskontakter, kontakter til almen praksis og øget visiteret</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommuner samt til dels med almen praksis</p>

PROJEKTTITEL	VURDERET IMPLEMENTERING	STATISTISKE EFFEKTER	VURDERET VIRKNING
	<p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremmende for udviklingen, at indsatsen var forankret i en ny specialfunktion • Begrænsende for udviklingen, at den organisatoriske kompleksitet var høj, og forankringen i begge sektorer var vanskelig 	<p>tid til personlig pleje i indsatsgruppen (borgere, som har modtaget geriatrisk helhedsvurdering) sammenlignet med den historiske kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på seks måneder fra henvisning til det geriatriske team.</p>	<p>Vurderet forebyggede indlæggelser (30 pct. af tilfældene). Vurderet reducerede antal udeblivelser fra undersøgelser, træning og lignende Vurderet effekt på patienternes helbredsrelaterede livskvalitet (EQ-5D-undersøgelse) Vurderet effekt på tilfredshed (LUP viser 96 pct. af de adspurgte patienter enten i høj grad eller meget høj grad er tilfredse med deres forløb) Forbedret funktionsevne (Barthel-20-målinger steget fra 14,9 til 15,9) Selvvurderet helbred forbedret (EQ-5DL-målingerne steget fra 56,4 til 62,6 på en VAS fra 0-100) Snævert set omkostningstung indsats</p>
Geri-team Nykøbing	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementeret i begrænset udstrækning i kommuner og almen praksis <p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremmende at lægelige kompetencer fra sygehus stilles til rådighed • Begrænsende at nogle i målgruppen var meget skrøbelige • Begrænsende for overgang til at drift, at det snævert set er en omkostningstung indsats • Begrænsende, at den organisatoriske kompleksitet var høj, og at kommunerne havde forskellige serviceniveauer 	<p>Statistisk signifikant færre indlæggelser, flere kontakter til almen praksis og flere besøg af hjemmesygeplejen i indsatsgruppen (borgere, som er henvist til geriatrisk helhedsvurdering, og hvor der er gennemført videomøde) sammenlignet med den historiske kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på tre måneder. Kan skyldes generelt øget opmærksomhed på indsatsgruppen snarere end den geriatriske helhedsvurdering, som kun vurderes at være implementeret i begrænset udstrækning.</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og nogle kommuner samt til dels med almen praksis</p>
Delesygeplejersker	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementeret i nogen udstrækning – mindst med hensyn til indsatser særligt omhandlende opfølgende opgaver efter udskrivelse <p>Læring:</p>	<p>Statistisk signifikant færre akutte indlæggelser i indsatsgruppen (borgere henvist til forløb hos delesygeplejersker) sammenlignet med en historisk kontrolgruppe inden for</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommuner Vurderet forebyggede genindlæggelser Vurderet højere borgertilfredshed</p>

PROJEKTTITEL	VURDERET IMPLEMENTERING	STATISTISKE EFFEKTER	VURDERET VIRKNING
	<ul style="list-style-type: none"> • Fremmende for udviklingen med et enkelt organisatorisk setup med ét hospital og én kommune • Fremmende for udviklingen, at indsatsen var forankret i en ny specialfunktion • Begrænsende for udviklingen, at den organisatoriske forankring af indsatsen i begge sektorer var vanskelig • Begrænsende for anvendelse i drift, at det snævert set er en omkostningstung indsats og svær at udbrede til alle kommuner i regionen med den decentraliserede specialestruktur 	<p>opfølgingsperioden på tre måneder. Ellers ingen statistisk signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.</p>	<p>Snævert set omkostningstung indsats</p>
GERI-kufferten	<p>Opnået implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementeret i nogen udstrækning – mest med hensyn til GERI-kuffertudstyret og kompetenceudvikling og mindre med hensyn til den fælles it-platform og almen praksis's anvendelse af kliniske målinger <p>Læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremmende for udviklingen, at der forelå et afprøvet koncept som udgangspunkt • Begrænsende for udbredelsen, at der i perioder savnedes prioritering/ressourcer fra en kommunes side • Begrænsende for udbredelsen, at den fælles it-platform ikke havde fuld funktionalitet, og slet ikke blev anvendt i almen praksis • Begrænsende for udbredelsen af GERI-kufferten, at almen praksis anvendte den i meget varierende omfang 	<p>Statistisk signifikant flere indlæggelser, ambulante sygehuskontakter, kontakter til egen læge og vagtlæge i indsatsgruppen (borgere, som har haft besøg af sygeplejerske med GERI-kufferten mv.) sammenlignet med en historisk kontrolgruppe inden for opfølgingsperioden på tre måneder.</p>	<p>Tættere relation mellem sygehus og kommuner samt til dels almen praksis</p> <p>Vurderet forebygget indlæggelser (50 pct. ved GERI-kuffertens kliniske målinger)</p> <p>Høj borgertilfredshed (98 pct. trykke ved sygeplejerskernes kliniske målinger)</p>

Note: I analysen af statistiske effekter er kun medtaget data om borgere, der er inkluderet før 1. oktober 2018 på grund af manglende adgang til data fra Landspatientregisteret fra 2019 og frem. Det vil sige, at det er effekter af indsatserne, som de var defineret frem til 1. oktober 2018, som undersøges i den registerbaserede effektevaluering.

Læring om implementering

Følgende tematiserede iagttagelser kan fremdrages som læring af projekterne, der vurderes at kunne have haft betydning for implementering af organisatorisk rettede indsatser til ældre medicinske borgere.

Ambitioner

Det tværsektorielle projekt-setup var nødvendigt givet formålet med puljen og ambitionen om at forbedre sammenhængende indsatser på tværs af sektorer. Der har imidlertid været vanskelige betingelser for at fremskaffe løbende databaseret feedback til projektledelserne og tværgående evalueringer. Indsamling af kliniske data på tværs af region og kommuner er notorisk vanskeligt og kræver meget arbejde, fordi mange registreringer foretages uensartet, lagres forskelligt, systemerne har forskellige udtræksmuligheder, lovgivningen vedrørende datadeling er restriktiv osv. Således har det været tidskrævende, og sammenligneligheden ofte begrænset. Tilsvarende gælder

økonomi- og regnskabsdata, der heller ikke registreres ens på tværs af kommuner og region.

Årshjulene er forskellige i regioner og kommuner således, at der træffes bestemte typer af overordnede sundhedsplanlægningsrelaterede beslutninger på forskellige tidspunkter og med selvstændige beslutningskompetencer.

Den lokale og den nationale evalueringsinteresse har været lidt forskellige. Lokalt har der været efterspørgsel efter løbende feedback til projektledelsen om processer og foreløbige resultater, der kunne bruges til at planlægge og justere projektaktiviteter, mens den nationale evalueringsinteresse groft sagt er at få overordnede generaliserbare resultater. Til det sidste er nationale kvantitative indikatorer hensigtsmæssige, mens de lokalt ikke altid er relevante eller savner et tilstrækkeligt datagrundlag, idet gennemsnitbetragtninger og store tals lov ikke er præcist nok.

Til trods for det lange varsel for projektejerne med et halvt år frem til projektperiodens start fra tilsagn til projekterne gik der yderligere et halv til et helt år, før end projektlederne var ansat, -organisationerne etableret, aftaler med samarbejdspartnerne indgået og en detaljeret indsatsbeskrivelse og projektplan var udarbejdet. Netop i en tværsektoriel sammenhæng, hvor der ikke er én organisatorisk beslutningsstruktur, er der en særlig afhængighed af organisationernes ledelsesstrukturer, årshjul og prioriteringer.

Store projekter, som omfatter mange organisationer, kan potentielt være gode som udgangspunkt for at afprøve indsatser under forskellige vilkår. Virkningen kan imidlertid være vanskelig at påvise, fordi den fælles kerne i projektet på tværs af organisationerne har en tendens til at blive relativt lille gennem de mange oversættelser og tilpasninger. Små projekter, der omfatter få organisationer, kan modsat være potentielt gode til at påvise virkninger, men udbredelse kan derefter blive vanskelig (og under alle omstændigheder påkrævet som ny selvstændig proces). Desuden kan projekter, hvor projektmidlerne fordeles blandt mange organisationer og enheder (her særligt i Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Nordjylland) medføre større risiko for implementeringsfejl, fordi de samlede transaktionsomkostninger er uforholdsmæssigt høje, og projektledelsen får en koordinerende, faciliterende funktion mellem flere selvstændigheder organisationer (myndigheder) uden formelle kompetencer til at iværksætte forandringer.

Der forekommer at være et gensidigt samspil mellem forventningerne til projekterne og realiseringen således, at forventningerne på sin vis ændredes i takt med projekternes arbejde med implementering. Generelt justerede projekterne undervejs fra ansøgningstidspunktet og gennem perioden deres forventninger til virkningerne – nogle tidligt og andre senere: justeringer fra at forvente sparede indlæggelser/øget omkostningseffektivitet til i stedet at forvente kvalitetsforbedringer uden nødvendigvis at opnå umiddelbare samfundsøkonomiske forbedringer. Betragtningen var, at indsatserne kunne vise sig at blive omkostningsdrivende ud fra en snæver betragtning, fordi de ville finde flere borgere, der skulle have (mere) hjælp, som de ellers ikke ville have fundet. Om end det kan give bedre funktionsevne og i bredere forstand og på sigt – hvis borgeren lever så længe – give andre besparelser, hvilket kan være vanskeligt at påvise og kvantificere. Nogle projekter har som anført i skemaet vist en vis reduktion i antallet af indlæggelser, og for norges vedkommende er indsatsernes påvirkning sandsynliggjort i registeranalysen.

Organisatorisk kompleksitet

Alle projekter angav ved deres start, at de havde stor politisk bevågenhed, og der var store forventninger til deres succes og dermed en opfattelse af vigtigheden af at forbedre det, der blev betragtet som afgørende nødvendigt – tværsektorielt samarbejde. Midtvejs

og ved afslutningen var opfattelsen den samme, men nu koblet til den generelle udvikling af det nære sundhedsvæsen – og sundhedsfællesskaber, som blev betragtet som nødvendigt, og taget for givet. Og med projektet som ét blandt mange andre initiativer.

Med stigende antal organisationer og enheder samt deres indbyrdes forskelle følger et organisatorisk landskab for et projekt med højere kompleksitet på grund af forskellige mål, årshjul, indsatser, faglige logikker osv. Realiseringen af ambitionen handler blandt andet om at forandre opfattelser af kerneopgaver blandt ledere og medarbejdere således, at hensynet til samarbejdspartnere tages for givet på trods af hidtidige opfattelser, interne strukturer og processer mv. Det følger næsten som et princip, at der skal ske flere tilpasninger af opfattelserne og praksis med mindre, at der i forvejen er sammenfaldende og standardiserede praksisser, hvad der sjældent er, for så var problemerne næppe af en størrelse, der berettigede et flerårigt projekt.

Den organisatoriske kompleksitet medfører et større krav til tid og ledelse inden for projektorganisationen og i de nærmeste omgivelser, når der er tale om et tværsektorielt end et monosektorielt projekt gør. En vanskelighed ved denne ambition er dermed, at det nødvendigvis forudsætter meraktivitet og kalendertid at forandre og forankre praksisser, og at disse fremover vedvarende vil blive udfordret indefra.

Projektperiodens længde

Stort set alle projekter brugte meget tid på den indledende etablering: Imellem et halvt til ét år fra den formelle start på projektperioden den 1. januar 2017. Det tilskrives opgaver med at bemande projektledelse og arbejdsgrupper, indgå aftaler med almen praksis og aftale indsatser tilpasset til lokale forhold. Det medførte alt andet lige kortere tid til implementering og dermed forankring og udbredelse af ønskede, faste praksisser – særligt for projekterne, der har haft en særlig vægt (og dermed tidsforbrug) på udvikling af indsatserne. Ligeledes har det for nogle projekters vedkommende bidraget til, at færre borgere blev inkluderet, end det oprindeligt var forventet.

Imod længerevarende projektperioder taler blandt andet, at der vil ske meget sideløbende, som dels vanskeliggør organisationernes faste fokus på projektet og dels samvirker med projektindsatserne og derved resultaterne uden, at det præcist vides hvordan.

Forandringernes tilsigtede omfang

Forskellen på den hidtidige praksis og den nye ønskede praksis udtrykker omfanget af tilsigtede forandringer og dermed implementeringsopgaven, som projekterne har stået overfor. Heri indgår også faktorer, som fx den oplevede faglige relevans af forandringen og dermed, i hvilken udstrækning den er efterspurgt af dem, der skal agere i ny praksis.

Med en ny specialfunktion, der med allokerede personaleressourcer bringer forskellige kompetencer sammen i et tværsektorielt samarbejde, kan der umiddelbart udøves en målrettet indsats til ældre medicinske borgere. Imidlertid er de nye funktioner med delte ledelsesmæssige referencer i to sektorer vanskelige (jf. Geriatrik team Holbæk og Delesygeplejersker), mens det er lettere med en monosektoriel forankring jf. Tværsektoriel stuegang, som ikke flytter medarbejdernes referenceforhold.

Ved nye praksisser, der skal indlejres generelt, skal potentielt mange medarbejdere og organisationer (sygehuse, kommuner og almen praksis) berøres. Hvis projektets indsatser opleves fagligt relevante og som noget, der forventes af mange forskellige grunde at skulle tages i brug, kan det lette implementeringen. Ellers kan det potentielt medføre en øget risiko for implementeringsfejl og mindske muligheden for at vurdere indsatsernes virkning.

Anvendelse af indsatser i drift

Indsatser, der gennem et projekt indlejres i praksis – forstået som supplerende nye funktioner/kompetencer til alle medarbejdere i sundhedsvæsenet generelt – forekommer umiddelbart at være mere anvendelige i en driftsmæssig sammenhæng end specialfunktioner, fordi investeringen allerede er foretaget. I modsætning til specialfunktioner, der ikke kan tages for givet, men løbende skal vise sit værd og kræver vedvarende refinansiering. Projektafprøvede specialfunktioners indsatser kan efterfølgende søges ombrudt og overført til sundhedsvæsenet generelt, men det vil kræve en ny implementeringsindsats, og det er ikke givet, at resultaterne vil være som i projektperioden med den allokerede specialfunktion.

Læring om virkninger

Af projekterne kan følgende fremdrages som læring om, hvilke indsatser der kan bidrage til at skabe sammenhæng for de svageste ældre, og hvordan kommuner og regioner kan organisere kompetencerne.

Projekternes operationaliserede mål har været forskellige givet afprøvningerne af forskellige kombinationer af indsatser, og derfor samles op på tværs af projekterne i den udstrækning, målepunkterne har været sammenfaldende. Hvert projekt har haft flere forskellige typer af mål, da de har været knyttet til de forskellige indsatser, og derfor er den uddagede læring mere nuanceret end, om en forandringsteori kan bekræftes eller afkræftes. Typisk fordi, at nogle af et projekts indsatser har virket bedre end andre.

Effekter

For projekterne Geri-team Nykøbing og Delesygeplejersker i Region Sjælland samt de tre delprojekter vedrørende Styrket udskrivelse i Region Midtjylland viser de statistiske analyser signifikant færre indlæggelser i indsatsgruppen sammenlignet med den historiske kontrolgruppe i opfølgingsperioden på op til tre måneder. Alle disse projekter har haft fokus på opfølgning efter sygehusindlæggelse. For fire af de fem projekter ses samtidig et statistisk signifikant øget forbrug af kommunal pleje (hjemmepleje/hjemmesygepleje) i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen i opfølgingsperioden. Det kan afspejle, at der med denne type af indsats følger en øget opmærksomhed om borgerens funktionsevne og behov for hjælp i hjemmet, som betyder, at borgere får bevilget mere kommunal pleje, end borgeren ellers ville have fået. Det kan tænkes, at en øget opmærksomhed på borgeren efter udskrivelse kan medvirke til at forebygge indlæggelser uafhængig af øvrige indsatser i projekterne og implementeringen af dem. Særligt tyder den kvalitative evaluering af Geri-team Nykøbing på, at implementeringen af den geriatriske helhedsvurdering ikke var tilstrækkelig til at kunne skabe den nødvendige ændrede praksis.

Der er en anden gruppe af projekter, hvor de statistiske analyser viser signifikant flere indlæggelser i indsatsgruppen sammenlignet med den historiske kontrolgruppe i opfølgingsperioden. Det gælder projekterne Sikker sammenhæng og Tværsektoriel stuegang i Region Hovedstaden, Geriatrisk team Holbæk i Region Sjælland og GERI-kufferten i Region Syddanmark. For disse projekter ses generelt også statistisk signifikant flere ambulante sygehuskontakter og kontakter til almen praksis i indsatsgruppen. Fælles for de fire projekter er, at de har fokuseret på opsporing af svage ældre borgere med henblik på at sikre en mere optimal behandling. Resultaterne i registeranalysen antyder, at indsatsgruppen i disse projekter modtager flere sundhedsydelse, end de ellers ville have fået. På baggrund af disse observationer kan der opstilles en hypotese om, at den øgede opmærksomhed på opsporing har ført til en øget aktivitet for en gruppe af borgere, der ellers ikke ville have fået hjælp, der svarer til det vurderede behov. Hypotesen er således, at indsatsen har ført til en kvalitetsforbedring.

Endelig er der en gruppe af projekter, hvor der i den registerbaserede effektevaluering ikke ses statistisk signifikante forskelle i indlæggelser mellem indsats- og kontrolgruppen i opfølgingsperioden. Det drejer sig om projekterne Styrket visitation i Midtklyngen i Region Midtjylland og Tidlig indsats på tværs i Region Nordjylland. I begge disse projekter har indsatsgruppen været defineret bredt, hvilket også betyder, at indsatsen har været mindre intensiv for den enkelte borger i indsatsgruppen sammenlignet med øvrige puljefinansierede projekter.

Virksomme indsatser

En række af projekternes indsatser er med stor sandsynlighed virksomme, og dermed kan udtrages som læring til inspiration til anvendelse i andre sammenhænge. Virkningen af de enkelte indsatser gælder dog ikke under alle omstændigheder, men skal ses i sammenhæng med de rette betingelser.

Vurderingen af indsatserne hviler på 1) at indsatserne har været tilstrækkeligt implementeret, og 2) at det er sandsynliggjort gennem afprøvningen, at indsatserne kan have bidraget positivt til at understøtte sammenhængende forløb for målgruppen. Kriteriet for Implements vurdering af en indsats eventuelle positive bidrag er, at projektet har fremlagt data, der understøtter en sådan vurdering, og/eller altdominerende udsagn fra flere kategorier af respondenter, som bekræfter indsatsen som et virksomt element i forandringsteorien. Derudover skal det være sandsynligt ud fra Implements viden om sundhedsvæsenet og tværsektorielt samarbejde i øvrigt.

Vurderingsgrundlaget er beskrevet nærmere for hver af projekterne i bilag 1, og videre støtter det sig på registeranalysen jf. bilag 2.

Følgende vurderes at være *virksomme indsatser*:

- Måling af kliniske værdier i kommunal sammenhæng som beslutningsgrundlag for hjemmesygeplejen og eventuelt læger jf. GERI-kufferten og til dels Tværsektoriel stuegang
- Geriatrik helhedsvurdering med bredere blik på problemstillinger og plan, tid til planlægning ved udskrivelse samt opfølgning i kommunalt regi efter udskrivelse jf. Geriatrik team Holbæk og til dels Delesygeplejersker
- Lægekompetencer og tid til "stuegang" forstået som afklaring af behandlingsbehov og -plan på midlertidige døgnpladser supplerende til sygeplejekompetencerne/-planerne jf. Tværsektoriel stuegang
- Procedurer vedrørende udskrivelsesplanlægning, medicinafstemning og udlevering af medicin, som er afstemt med borgerne og samarbejdspartnerne og derved tager højde for deres vilkår jf. Tværsektoriel stuegang og Sikker sammenhæng
- Følge-hjemordninger efter borgeres indlæggelse på hospital med besøg i borgerens hjem kort tid efter udskrivelsen, jf. Styrket udskrivelse, dog mere overbevisende vist i Aarhusklyngen end i de to andre klynger

I forlængelse heraf vurderes det, at sandsynligheden for en (mærkbar) virkning af følgende indsatser er mindre overbevisende men ikke kan udelukkes:

- Vagtlægers adgang til information om kommunale tilbud, der kan fungere som grundlag for deres beslutning om varetage af en patient i hospitals- eller kommunalt regi; formentlig afgøres anvendelsen af informationen af styrken af relationen mellem vagtlægen og hjemmesygeplejen, jf. Styrket visitation

Blandt projekternes afprøvede indsatser er der efter Implements vurdering også nogle, der var forventet virksomme, men som på grund af begrænset implementering ("implementeringsfejl") *ikke er sandsynliggjort virksomme*, hvorved det ikke kan konkluderes, hvilken virkning de har (om nogen):

- Kombinationen af indsatser vedrørende opsporing og hurtig udredning af tidlige tegn på sygdom jf. Tidlig Indsats på Tværs
- Kombinationen af indsatser vedrørende udskrivelse med helhedsplan og opfølgning jf. Geri-team Nykøbing

Organisering af kompetencer

Der er afprøvet to grundlæggende forskellige måder at organisere kompetencerne på, når det gælder leveringen af indsatserne rettet til ældre medicinske borgere. Det er organiseringer, hvor de nye, målrettede kompetencer enten er indlejret i den generelle praksis (det vil sige udbredt blandt personalet generelt i organisationerne) eller etableret i en ny specialfunktion (det vil sige forbeholdt et begrænset udvalgt personale i selvstændige organisatoriske enheder, der indgår ad hoc i samspil med personale og/eller borgere).

Det er ikke på baggrund af projekterne muligt at afgøre, om den ene eller anden type organisering af kompetencerne i sig selv er bedre end den anden. Desuden vil det afhænge af de konkrete omstændigheder som fx målgruppens størrelse, personalets kompetencer og de strukturelle forholds betydning for, hvordan ældre medicinske borgeres behov mødes.



4. KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Evalueringen skal gennem projekterne skabe viden om, hvordan kommuner og regioner kan organisere sig for at skabe sammenhæng i virksomme indsatser til de svageste ældre. Nedenfor konkluderes på den læring om virksomme indsatser og om implementering, som kan udtrages af evalueringen. Dernæst perspektiveres i form af anbefalinger som principper for fortsatte omstillinger i sundhedsvæsenet.

Ved denne evaluering er der anvendt flere forskellige metoder, som i kombination skal søge at indfange forskellige aspekter ved projekternes implementering af ønskede praksisser og resultater heraf. Denne kombination af metoder har bedst muligt skullet tage højde for puljekonstruktionen og projekternes design, som generelt er uden tilfældigt sammensatte kontrolgrupper og derfor ikke med meget høj sandsynlighed kan påvise effekter. Samtidig skal evalueringen belyse forhold, som kan beskrive og sandsynliggøre sammenhænge mellem indsatser, resultater og forudsætninger.

Det betyder, at der er en lang række evalueringresultater, der nuancerer og supplerer hinanden, hvilket nogle gange bestyrker entydige tolkninger og andre gange ikke.

4.1 Virksomme indsatser

Nogle projekter kan vise resultater i form af færre indlæggelser og akutte genindlæggelser. Det er to målepunkter, der fælles for projekterne, og som formodes at indikere en positiv virkning jf. skemaet i afsnit 3.2. Det gælder Geri-team Nykøbing og Delesygeplejersker i Region Sjælland samt Styrket udskrivelse i Region Midtjylland.

Imidlertid viser evalueringen, at alle projekter i satspuljen omfatter mere end en fast defineret indsats, som skal implementeres i diverse kontekster, og der er meget komplekse årsagsvirkningssammenhænge. Tilstrækkelig implementering er afgørende for at kunne evaluere, om et projekt har effekt, og hvad der egentlig kan tilskrives denne (eller mangel på samme). Og i den forbindelse om en påvist udvikling kan tilskrives projektet eller andet i omgivelserne.

Projekternes implementering af indsatser kan i sig selv være vanskelig givet de store organisationer med mange medarbejdere og forskellige lokale forhold og dermed risiko for implementeringsfejl. Det er vurderingen, at nogle projekter i denne gruppe ikke kan have implementeret tilstrækkeligt trods den påviste udvikling i de udvalgte indikatorer, mens den kvalitative evaluering støtter op om sandsynligheden for andre projekter.

Den kvalitative evaluering sandsynliggør, at Delesygeplejersker og Styrket udskrivelse kan have medført den påviste positive udvikling i forhold til indlæggelser, mens det er tvivlsomt for Geri-team Nykøbing som følge af begrænset implementering. Dog kan det tænkes, at en øget opmærksomhed på borgere, der identificeres som særlig skrøbelige, kan medvirke til at forebygge indlæggelser uanset implementeringen af øvrige indsatser i projekterne. Alternativt skyldes udviklingen andre forhold end projektet.

Tværasektoriel stuegangs og Geriatrik team Holbæks egne data tyder på, at projekterne kan have medført positive resultater for borgernes sundhedstilstand og reduceret indlæggelserne.

Flere forhold kan have betydet, at disse resultater ikke ses i flere projekter trods de oprindelige forventninger. Formentlig en kombination af manglende dækkende og validt datagrundlag, en vis mangel på bredt videnskabeligt funderede, entydige kvalitetsindikatorer for tværasektoriel sammenhæng og begrænset implementering af indsatserne. Generelt er det vanskeligt at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og akutte genindlæggelser – i hvert fald med mulighed for sikkert at kunne

koble en indsats og virkning. Mange faktorer spiller ind, som vanskeligt kan påvirkes gennem afgrænsede projekter.

Ved at kombinere forskellige metoder i denne evaluering kan det konstateres, at der ikke kan identificeres entydige sammenhænge mellem en specifik indsatsstype og et specifikt effektmål. Sammenhængen er multikausal og afhængig af kontekstuelle og implementeringsmæssige faktorer. Læring vedrørende de implementeringsmæssige faktorer præsenteres i afsnit 4.2.

Kun få projekter har vist resultater i form af forbedret helbred og funktionsevne samt borgeroplevelse ifølge projekternes data: Tværsektoriel stuegang, Styrket udskrivelse og Geriatrisk team Holbæk. Når det ikke er flere projekter, kan det formentlig tilskrives nogle af de ovenfor nævnte forhold – at årsagsvirkningssammenhænge er for komplekse at påvirke og påvise virkninger af indsatser. Det samme kan gælde den generelt sparsomt påviste virkning for borgeroplevelsen og derudover, at organisatoriske indsatser er særdeles vanskeligt målbare, og at en del blandt målgruppen på grund af svære funktionsevnededsættelser ikke kan give feedback.

Til trods for de sparsomt kvantitativt viste resultater er de kvalitativt baseret faglige vurderinger generelt, at projekterne har forbedret kvaliteten af borgernes forløb og hindret unødige indlæggelser.

Efter Implements vurdering er det sandsynliggjort, at kommuner og regioner kan skabe sammenhæng til gavn for borgerne med virksomme indsatser, der bringer kompetencer sammen, ved:

- At praksisserne i sundhedsvæsenet generelt afstemmes mellem samarbejdspartnere, og de kritiske aktiviteter indrettes modtagerorienteret; det kan fx gælde tilrettelæggelse af udskrivelser og synliggørelse af tilbud som alternativ til sygehusindlæggelse. Det vil sige flytte grænserne for, hvad personalet skal gøre i eget regi for, at også andre sektors arbejde lykkes og derved øge den samlede kvalitet for borgerne. Dog er det en vedvarende udfordring, at opfattelsen af, at det er et relevant mål – en del af kerneopgaven – for hver enkelt organisation, leder og fagperson, ikke altid er styrende for praksis.
- At etablere specialfunktioner som tværgående stuegang og tværsektorielle geriatriske teams. En fællesnævner er lægekompetencer tæt på kommunale sundhedsprofessionelle suppleret med aftaler om situationer, hvor der skal samarbejdes om konkrete borgere. Der er dog den begrænsning ved sådanne specialfunktioner, at de – i et større antal – øger den organisatoriske kompleksitet, og de kan i praksis udfordres af behov for løbende at retfærdiggøre deres eksistens og refinansiering. Alternativt kan specialfunktioner undlades og i stedet gøres sundhedsvæsenet i øvrigt bedre rustet til at tage vare på ældre medicinske borgere (jf. generel arbejdsdeling mellem sektorerne). Specialiseringen, den store personaleomsætning og løbende reorganiseringer taler imidlertid imod realiserbarheden.

Det formodes, at tidlig opsporing og forebyggelse har betydning for helbredet ved ældre skrøbelige patienter og derigennem omkostningerne i sundhedssektoren. Der savnes imidlertid stadig dokumentation for, at der kan opspores problemer og behandle disse patienter tidligere i forløbet, og at det har positiv betydning for udviklingen i deres helbred. Det vanskelige ved at påvise en generel positiv sammenhæng mellem indsats og virkning handler muligvis om, at der er en marginalt positiv forskel hos relativt få borgere, og at indsatsen i en driftssammenhæng anvendes overfor mange, hvorfor virkningen fortyndes i evalueringer. Eventuelt kombineret med, at kompetencerne hos de fagprofessionelle skal være nogle bestemte for, at virkningen er signifikant.

Den organisatoriske kompleksitet, som projekterne har haft til formål at imødegå til gavn for målgruppen, har de alle mødt som udfordringer. Især med specialfunktionerne, der har søgt at integrere kompetencer med tværsektorielle ledelsesreferencer jf. Geriatrik team Holbæk og Delesygeplejerskerne i Roskilde har oplevet dette som begrænsende for effektiviteten og holdbarheden af indsatsen. Det afspejler de samme strukturelle problemstillinger, der også knytter sig til ældre medicinske borgere, der oplever forløb med manglende sammenhæng i indsatser på tværs af sektorer.

4.2 Implementering

Gennem projekterne er der frembragt viden om implementering, når det handler om ældre medicinske borgere. Centralt står erfaringen med, at det er udfordrende og tidskrævende at forene samarbejdspartnere i flere sektorer, og at der skal investeres i at facilitere det for, at organisationernes ledere og medarbejdere gør noget andet, end de ellers ville gøre.

Det har været en begrænsende omstændighed for at fremdrage viden på baggrund af projekterne, at flere af dem har omfattet mange organisationer, at de har været opdelt i delprojekter og operationaliseret med forskellige subgrupper inden for den samlede målgruppe. Dermed er vidensgrundlaget blevet relativt fragmenteret og derved mindre solidt, konklusivt og sammenligneligt.

Høj organisatorisk kompleksitet vanskeliggør forberedelse og gennemførelse af implementering, og det samme gælder forankring og fastholdelse af nye praksisser i efterfølgende drift.

Det er indtrykket, at ellers virksomme indsatser, der for den enkelte organisation er relativt omkostningskrævende, har vanskeligt ved at få tilslutning til efterfølgende finansiering i varig drift. Det kan fx være specialfunktioner målrettet ældre medicinske borgere, hvis behov ikke tilgodeses tilstrækkeligt i sundhedsvæsenet i øvrigt.

4.3 anbefalinger

På baggrund af viden om, hvordan kommuner og regioner kan organisere sig for at skabe sammenhæng i virksomme indsatser til de svageste ældre, gives anbefalinger til efterfølgende national anvendelse. Der skal tages højde for, at forudsætningerne for anvendelsen af læringen er forskellige landet over.

Der er fortsat behov for at forbedre sammenhængende forløb for ældre medicinske patienter. Viden fra projekterne indikerer, at ét af midlerne hertil kan være at bringe kompetencer fra regioner og kommuner (og til dels almen praksis) i et tættere samspil. Det kan gøres ved at styrke sundhedsvæsenets evne til at samarbejde mellem organisationer og/eller etablere målrettede specialfunktioner. Konkret kan det på baggrund af disse projekter ske ved at styrke hjemme(syge)plejens adgang til lægelige kompetencer samt mulighederne for et bedre klinisk vurderingsgrundlag (jf. Tværsektoriel stuegang, Geriatrik team Holbæk og GERI-kufferten).

Der er dog en høj grad af systemkompleksitet inden for hver sektor og i det tværsektorielle samarbejde, der skal tages med i betragtning for at lykkes med den fælles ambition og gøre det vedvarende. Således bør der tænkes bredere end i kompetenceudvikling og faglige indsatser, idet blandt andet sektorernes arbejdsdeling og interne styrings- og finansieringsformer kan influere afgørende ved at trække i samme eller forskellige retninger end det, der er tilsigtet for så vidt angår ældre medicinske patienter.

Fælles for implementering generelt er, at deltagerne skal gøre sine egne erfaringer med indsatser for derved at tilpasse praksis og skabe fælles forståelser. Således vil en spredning af erfaringer fra projekterne være vanskelig og tidskrævende, og særlige forudsætninger skal være til stede som fx politisk og ledelsesmæssig vedvarende dedikation og et oplevet behov blandt medarbejdere. I den situation kan man arbejde fra national side og i lokale samarbejdsfællesskaber på tværs af regioner og kommuner for:

- A.** At regioner og kommuner fastholder praksisserne dér, hvor de er blevet implementeret og udbreder dem – gennem strukturelle ændringer, der skal fremme vedligeholdelsen af lokale forståelser for modtagere i andre sektorer (samarbejde) og praksisser, der understøtter dette – at definere det som en del af ens arbejdsopgave.
- B.** At gennemføre reelle omstillinger af sundhedsvæsenet således, at den generelle arbejdsdeling mellem sektorerne og samarbejdsformerne i videre udstrækning tilgodeser ældre medicinske patienter, der ikke afhænger af kompenserende tiltag; fx ved mindre fragmenterede enhedsstrukturer og bredere anvendelse af geriatriske kompetencer svarende til mange patienters problemstillinger. En strukturel ændring kan være en udvidet anvendelse af den kommunale sygepleje i borgernes hjem eller eventuelt på midlertidige døgnpladser, hvor akutpladser og rehabiliteringspladser er bredere tænkt end aktuelt – snarere som geriatriske pladser, hvor der er en større tværfaglighed til stede, som for mange borgeres vedkommende reelt handler mere sygepleje end træning grundet behov for tæt observation af sammensatte helbredsproblemer. Det kan understøttes af et mere entydigt ansvar placeret i kommunerne for at tage vare på indsatser, der vedrører borgernes helbred og forløb i sundhedsvæsenet. Det kan yderligere fremmes ved at udvide hjemmesygeplejens formål og kommunale sygeplejerskers virksomhedsområde. Dermed forudsætter denne udvikling, at kommunerne hver især og sammen med regionerne arbejder for det suppleret med tiltag fra centralmyndighedernes side samt landsdækkende aftaler mellem faglige organisationer og Danske Regioner, der giver kommunerne bedre adgang til speciallægekompetencer.
- C.** At nødvendige målrettede specialfunktioner etableres i de dele af sundhedsvæsenet, hvor omstillinger ikke umiddelbart kan gennemføres, fx hvor der er sparsom adgang til kritiske lægelige kompetencer. De kortest uddannede medarbejdere er ofte tættest på borgerne i hverdagen, og en fordel ved specialfunktionerne er, at blandt andet lægelig kompetence (herunder geriatrisk) kan bringes systematisk tættere på borgerne med bidrag til tilrettelæggelsen af plejen, støtten, træningen mv. i sundhedsvæsenet inklusiv ældreplejen. Specialfunktionerne supplerer og kompenserer derved for sygehusenes og kommunernes variation og forskelle i serviceniveauer. Hvis specialfunktionen arbejder tværsektorielt, har den også et potentiale for at ensarte metoder og serviceniveauer på tværs af organisationer.
- D.** At løfte ansvaret på højere organisatoriske niveauer, så indsatserne af hensyn til ældre medicinske patienter ikke suboptimeres eller forekommer at være for dyre, fordi de ses i for snævre kontekster.

Tværasektorielle initiativer kan give et forbedret samarbejde som resultat, og dette kan samtidig virke selvforstærkende gennem opnåede relationer og tillid. Det forhold, at initiativer og samarbejde både kan være et mål og middel betyder, at tilbagevendende anledninger til at samarbejde kan styrke kvaliteten af forløbene. Det betyder også, at det ikke er tilstrækkeligt i sig selv at identificere de virksomme indsatser.

Fremtidig læring gennem projekter som i denne satspulje kan med fordel mødes med mere præcise krav til indhold og proces samt løbende projektstøtte gennem perioden, der kan øge sandsynligheden for fremdrift og et grundlag for læring.

