



Martin Sandberg Buch og Marie Jakobsen

# Evaluering af indsats for forløbskoordination

Midtvejsrapport

– Status for regionale og kommunale aktiviteter og resultater



Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning

*Evaluering af indsats for forløbskoordination – Status for regionale og kommunale aktiviteter og resultater*

Publikationen kan hentes på [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne, 2016

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom

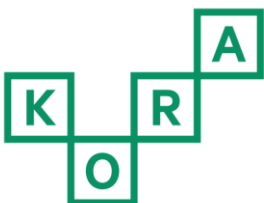
Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7509-955-9

Projekt: 10414

**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](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

I Folketingets nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter udgør fælles forløbskoordination i overgangen mellem hospital og kommune det største af de prioriterede indsatsområder. Formålet med indsatsen er, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får intensivt, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende og trygt forløb, når de indlægges og udskrives fra hospital.

KORA har til opgave at evaluere indsatsen vedrørende forløbskoordination. Evalueringen følger og understøtter for det første den overordnede fremdrift og udmøntning i regioner og kommuner. For det andet indsamler og formidler den anvisninger til det fremadrettede arbejde med forløbskoordination, via casestudier af fire strategisk valgte modeller for forløbskoordination. Denne midtvejsrapport gør status for udmøntningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination i regioner og kommuner og giver viden om:

- hvordan udmøntningen er aftalt og organiseret, samt hvilke indsatser der overordnet arbejdes med
- hvor langt implementeringen af MedCom-standarder er, samt hvilken betydning disse har for indsatsen vedrørende forløbskoordination
- i hvilket omfang de allokerede midler anvendes som afsæt for at styrke inddragelse af patienter og pårørende
- hvordan fagpersoner fra hospitaler og kommuner oplever samarbejdet om svækkede ældre patienters forløb, samt om samarbejdet udvikler sig positivt.

Evalueringen gennemføres af seniorprojektlederne Martin Sandberg Buch og Marie Jakobsen samt projektleder Else Olesen. Analyse- og forskningschef Vibeke Normann Andersen kvalitetssikrer de skriftlige leverancer internt i KORA.

KORA ønsker at takke de ledere, medarbejdere og patienter, der indtil videre har deltaget i evalueringen. Også tak til evalueringens følgegruppe, der løbende har ydet sparring på evalueringen og også kommenteret første udkast af notatet.

Forfatterne  
Januar 2016

# Indhold

Resumé.....	6
1 Indledning og metode.....	9
1.1 Datagrundlag og anvendte metoder .....	9
2 Status for organisering og udmøntning i regioner og kommuner .....	12
2.1 Organisering, samarbejdsaftaler og opstart .....	12
3 Sammenfatning af de regionale og kommunale forløbskoordinationsindsatser.....	15
3.1 Indsatser og fremdrift i Region Hovedstaden .....	15
3.2 Indsatser og fremdrift i Region Syddanmark .....	17
3.3 Indsatser og fremdrift i Region Sjælland .....	19
3.4 Indsatser og fremdrift i Region Midtjylland .....	20
3.5 Indsatser og fremdrift i Region Nordjylland .....	22
3.6 Opsamling .....	23
4 Implementering af MedCom-standarder og kommunikation om særligt svækkede ældre patienter .....	24
4.1 Region Hovedstadens implementering af MedCom-standarder .....	24
4.2 Region Syddanmarks implementering af MedCom-standarder .....	24
4.3 Region Sjællands implementering af MedCom-standarder .....	25
4.4 Region Midtjyllands implementering af MedCom-standarder .....	25
4.5 Region Nordjyllands implementering af MedCom-standarder .....	26
4.6 Opsamling .....	27
5 Patient- og pårørendeinddragelse .....	28
5.1 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Hovedstaden .....	28
5.2 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Syddanmark .....	28
5.3 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Sjælland .....	29
5.4 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Midtjylland .....	29
5.5 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Nordjylland .....	30
5.6 Opsamling .....	30
6 Tværgående kommunikation og samarbejde om DÆMP-patienters forløb .....	31
6.1 Baggrundsoplysninger om respondenter .....	31
6.2 Sammenhæng og samarbejde .....	31
6.3 Kommunikation .....	34
6.4 Inddragelse af patienter og pårørende .....	38
6.5 Kendskab til og vurdering af aktiviteter finansieret af midler til styrket forløbskoordination .....	39
6.6 Opsamling .....	41

7	Konklusion og fremadrettede pejlemærker .....	42
7.1	Status for organisering og udmøntning .....	42
7.2	MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg.....	42
7.3	Patient- og pårørendeinddragelse .....	43
7.4	Status for tværgående kommunikation og samarbejde.....	44
	Litteratur.....	45
	Bilag 1 Interviewguide til ledere og projektdeltagere, første runde af spørgeskemaundersøgelsen i DÆMP-evalueringen.....	46
	Bilag 2 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Hovedstaden .....	49
	Bilag 3 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Midtjylland .....	54
	Bilag 4 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Nordjylland .....	60
	Bilag 5 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Sjælland .....	65
	Bilag 6 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Syddanmark .....	70
	Bilag 7. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen.....	76

# Resumé

## **Baggrund og formål**

I aftalen om satspuljen for 2012-2015 er der afsat 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Næsten halvdelen af midlerne i handlingsplanen er prioriteret til initiativ nr. 2.2.9 *Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter*. Formålet med indsatsen er at sikre intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til, at patienten får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor. I forlængelse af selve indsatsen er der afsat midler til at gennemføre en evaluering af indsats for forløbskoordination, der skal understøtte udmøntningen i regioner og kommuner og tilvejebringe ny viden om arbejdet med forløbskoordination i takt med, at der opnås viden og erfaringer i regioner og kommuner. Evalueringen indeholder tre skriftlige leverancer, hvoraf denne midtvejsrapport er den første. Rapporten giver en overordnet status på organisering, fremdrift og resultater i regioner og kommuner. Fokus er således på at beskrive opstart, implementering og foreløbige erfaringer.

## **Status for udmøntning af forløbskoordination i regioner og kommuner**

Midtvejsevalueringen viser, at der i alle regioner, som anvist i forløbskoordinationsindsatsens udmøntningsplan, er indgået fælles aftaler mellem kommuner og region for udmøntningen af indsatsen. Alle steder er der også etableret en tværsektoriel projektorganisation med afsæt i de eksisterende samarbejdsfora på sundhedsaftaleområdet. Disse samarbejdsfora opleves i dag som veludviklede og som et naturligt sted at forankre tværgående samarbejder.

Det fremgår dog også, at det de fleste steder har taget lang tid at indgå de fælles aftaler for midlernes anvendelse, samt at de aftaler, der er indgået de fleste steder, har en relativt overordnet karakter. Der er i den forbindelse en udbredt oplevelse af, at der burde have været færre specifikke krav til indsatsens udmøntning, fordi midlerne er fordelt efter en fordelingsnøgle, samtidig med at størrelsen af de tildelte ressourcer i gennemsnit udgør 0,2 % af driftsbudgettet hos de områder og afdelinger, der har fået tildelt midler. Denne fordelingsmåde – og det relativt beskedne omfang af de tildelte midler – opleves ude af trit med udmøntningsplanens krav om monitorering, de specifikke anvisninger for organisering, fælles kvalitetsudviklingsarbejde og ikke mindst de ambitiøse forventninger til resultater og evaluering. Derfor er der også stor tilfredshed med, at de udmeldte krav om dokumentation for antallet af koordinerede forløb blev trukket tilbage i sommeren 2014.

Et andet forhold, som optager de fagpersoner og ledere, der indgår i evalueringen, er, at der i indsatsens udmøntningsplan er et eksplicit fokus på, at midlerne skal anvendes til at oprette fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner bemandet med forløbskoordinatorer. Dette fokus ses dels som en modsætning til, at det i udmøntningsplanen også fremgår, at der så vidt muligt ikke skal oprettes nye funktioner, samt at de igangsatte indsatser efter projektperioden skal kunne videreføres inden for rammerne af den eksisterende drift. Dels som en modsætning til store dele af den viden om arbejdet med forløbskoordination, der inden for de seneste år er skabt i Danmark, fordi denne netop peger på, at god forløbskoordination handler om mange andre forhold end ansættelse af nye koordinatorer.

Ovenstående forhold fremstår på tværs af de gennemførte interview som en kilde til, at udvikling og opstart af indsatserne vedrørende forløbskoordination har taget uforholdsmæssigt lang tid, hvilket også afspejles i, at det har været nødvendigt at forlænge projektperioden med et halvt år. Det fremgår samtidig, at der er brugt uforholdsmæssigt mange

ressourcer på udvikling, opstart og løbende projektledelse, hvilket i sidste ende betyder færre ressourcer til det patientrettede arbejde.

Interviewpersonernes forbehold afspejles også i anvendelsen af de tildelte midler: Langt størstedelen af de allokerede midler er således prioriteret til at videreføre og styrke eksisterende indsats, der allerede fungerer i drift. Det gælder samtidig, at stort set alle de kommunale midler er kanaliseret ind i driftsbudgettet i de funktioner (de kommunale myndighedsafdelinger), hvor der i forvejen arbejdes med udskrivningskoordination. I regionerne anvendes midlerne i højere grad til kvalitetsudvikling og konsolidering af eksisterende procedurer, som skal sikre, at særligt svækkede ældre patienter identificeres under indlæggelse, samt at kommunerne får den rette viden om deres behov forud for udskrivelsen.

### **MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg**

De nye MedCom-standarder spiller en væsentlig rolle for kommunikationen ved indlæggelse og udskrivning. Derfor har det fra starten været tænkt, at der skulle være synergi mellem implementeringen af MedCom og den styrkede indsats for forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Evalueringen viser i den forbindelse, at MedCom (selvom det har taget længere tid end forventet) er teknisk udrullet i alle fem regioner ved udgangen af 2015. De gennemførte interview og de indsendte statusnotater viser samtidig, at overgangen til elektronisk kommunikation overvejende opleves som et fremskridt for samarbejdet om ældre svækkede patienters forløb.

Det fremgår dog også, at der er stor forskel på, hvorvidt MedCom rent teknisk er implementeret, og hvornår meddelelserne anvendes rettidigt og målrettet. Øget rettidighed i de forskellige meddelelser og bedre kvalitet af den information, der udveksles, udgør således et vigtigt indsatsområde i alle regioner og kommuner, som vi vil samle op på i den afsluttende interviewrunde i forsommeren 2016.

I handlingsplanen for den ældre medicinske patient er der også afsat 45 mio. kr. til at understøtte en landsdækkende implementering af opfølgende hjemmebesøg til ældre komplekse patienter efter udskrivelse fra hospital. Som følge heraf har der været en naturlig forventning om, at indsatsen til styrket forløbskoordination skulle have en positiv betydning for, hvor mange opfølgende besøg der gennemføres. De gennemførte interview viser i den forbindelse, at der arbejdes med opfølgende hjemmebesøg i alle regioner. Evalueringen indikerer dog, at der i lille omfang er synergi imellem indsatsen vedrørende forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg, fordi de prioriterede indsats generelt ikke er relateret til opfølgende hjemmebesøg. Samtidig fremgår det, at der er blandede oplevelser vedrørende resultaterne af de opfølgende hjemmebesøg først og fremmest, fordi der er mange barrierer for at få dem gennemført i praksis.

### **Patient- og pårørendeinddragelse**

Cirka 70 % af respondenterne fra kommuner og cirka 50 % af respondenterne fra regioner vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for de ældre medicinske patienter (herefter DÆMP). Til trods for dette har evalueringen ikke afdækket eksempler på, at indsatsen vedrørende forløbskoordination anvendes til nye indsatser, der har eksplicit fokus på inddragelse af patienter og pårørende.

Argumentet for dette er, på tværs af de gennemførte interview, at patient- og pårørendeinddragelse foregår som et integreret og prioriteret element i de indsatser, der i forvejen arbejdes med på området. Det fremgår samtidig, at patient- og pårørendeinddragelse opleves som en svær opgave i de mest svækkede patienters forløb. Dels fordi mange patienter kognitivt og fysisk er meget svækkede og sjældent er aktive med at stille krav til deres

behandling, og dels fordi arbejdet omkring indlæggelse og udskrivning foregår i en kontekst, der er stærkt struktureret af faglige og organisatoriske hensyn.

Der er fundet enkelte eksempler på, at perspektiver fra patienter og pårørende indirekte inddrages i udviklingsarbejdet. I Region Sjælland er det intentionen, at patienterne skal have en egen handleplan, hvor patienterne er med til at opstille mål for deres forløb og får mulighed for at få overblik over deres behandling. I Region Syddanmark og Region Midtjylland gennemføres kvalitative undersøgelser af ældre patienter og pårørendes perspektiver på inddragelse og overgange i forbindelse med deres indlæggelser og opfølgende hjemmebesøg. Endelig gennemfører de enkelte planområder i Region Hovedstaden evalueringer af deres indsatser, som bl.a. har fokus på inddragelse af patienter og pårørendes perspektiver. Forventningen til alle de ovennævnte undersøgelser er, at de kan bidrage til at kvalificere det fremadrettede arbejde med forløbskoordination efter afslutningen af projektperioden. Ved den afsluttende interviewrunde vil vi samle op på, hvorvidt og hvordan dette er sket i praksis.

### **Status for tværgående kommunikation og samarbejde**

Størstedelen (op til ca. 80 %) af de regionale og kommunale fagpersoner oplever mangelfulde forudsætninger/manglende kommunikation, sammenhæng og samarbejde i særligt svækkede ældre patienters forløb. Det fremgår samtidig, at fagpersonernes oplevelse af samarbejde og kommunikation vedrørende patientgruppen i det store hele er uændret fra foråret 2014 til foråret 2015. Der er således enkelte tendenser til oplevede forbedringer af samarbejdet, men forskellene er generelt ikke statistisk signifikante.

Lidt over halvdelen af alle kommunalt ansatte og ca. 40 % af de hospitalsansatte, som deltog i anden runde af spørgeskemaundersøgelsen i foråret 2015, oplyste, at de kender til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af puljen til forløbskoordination. Størstedelen af disse respondenter oplever, at aktiviteterne medvirker til at forbedre samarbejdet om de ældre patienter.

Sidste runde af spørgeskemaundersøgelsen gennemføres i foråret 2016. I den endelige evalueringsrapport præsenteres resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen med fokus på status og udvikling i fagpersoners oplevelse af samarbejde og kommunikation fra baseline i foråret 2014 til foråret 2016. Målingen i foråret 2015 anvendes kun i denne midtvejsrapport.

### **Fremadrettede pejlemærker for evalueringen**

Det fremgår af interview og indsendte statusnotater, at de fleste af de prioriterede indsatser overordnet udmøntes som planlagt. Samtidig indeholder de indsendte notater forskellige enkeltstående eksempler på positive erfaringer og resultater, der er skabt via de prioriterede indsatser. Ved slutevalueringen, der gennemføres medio 2016, flyttes fokus, så KORA i højere grad har vægt på at afdække erfaringer, resultater og de anbefalinger, som de igangsatte indsatser giver anledning til.



# 1 Indledning og metode

I aftalen om satspuljen for 2012-2015, er der afsat 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Næsten halvdelen af midlerne i handlingsplanen er prioriteret til initiativ nr. 2.2.9 *Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter*. Formålet med indsatsen er at sikre intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til, at patienten får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor. Samtidig er der afsat midler til at gennemføre en evaluering af indsats for forløbskoordination, der skal understøtte udmøntningen i regioner og kommuner og tilvejebringe ny viden om arbejdet med forløbskoordination i takt med, at der opnås viden og erfaringer i regioner og kommuner. Evalueringen indeholder tre skriftlige leverancer, hvoraf midtvejsrapporten er den første<sup>1</sup>.

Midtvejsrapporten giver en overordnet status på organisering, fremdrift og resultater i regioner og kommuner. Samtidig skal notatet bruges som afsæt for et videndelingsmøde, hvor resultaterne præsenteres – og drøftes – med relevante projektansvarlige på regionalt og kommunalt niveau.

Rapporten består af nedenstående kapitler:

- Kapitel 2-5 præsenterer forløbskoordinationsindsatsens udmøntning i regioner og kommuner. Kapitlerne præsenterer a) projektorganisation og aftaler for udmøntning, b) planlagte indsatser og samarbejde om kvalitetsudvikling, c) implementering og betydning af MedComs hjemmepleje hospitalsmeddelelser og d) perspektiver på patient- og pårørendeinddragelse i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.
- Dernæst præsenterer kapitel 6, hvordan involverede relevante fagpersoner på tværs af sektorer oplever samarbejde og kommunikation om særligt svækkede ældre patienter.
- Rapporten afrundes i kapitel 7 med en sammenfatning af de foreløbige resultater og konklusioner samt pejlemærker for det fortsatte arbejde med udmøntningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination og de afsluttende interview, der gennemføres maj-juni 2016.

## 1.1 Datagrundlag og anvendte metoder

Notatet er baseret på kvalitative interview, en elektronisk spørgeskemaundersøgelse og skriftligt materiale (herunder lokale tillægsaftaler om indsatsen i de enkelte regioner, projektbeskrivelser af enkeltstående initiativer og indsendte statusnotater). Nedenfor redegøres for de forskellige datakilder, samt hvordan de anvendes.

**Organisatorisk baseline:** Under opstarten af evalueringen gennemførte KORA i hver region to tværasektorielle gruppeinterview med ledere og fagpersoner fra de projektorganisationer, der er etableret i forbindelse med forløbskoordinationsindsatsen. Der har i alt deltaget 47 personer i disse interview, og de fordeler sig på tværs af regioner som angivet i Tabel 1.1 nedenfor:

---

<sup>1</sup> Til februar 2016 leveres en undersøgelse af fire udvalgte modeller for forløbskoordination og til august 2016 leveres evalueringens slutrapport.

**Tabel 1.1** Fordeling af interviewpersoner på tværs af regioner ved første runde

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Antal interviewpersoner	8	7	10	11	11

Interviewene fokuserede på, hvilke aftaler der er indgået for udmøntningen af de allokerede midler, hvordan samarbejdet er organiseret, hvilke konkrete indsatser og redskaber der arbejdes med, samt hvilke udfordringer og resultater der opleves/forventes i projektperioden<sup>2</sup>.

Interviewene er, sammen med tilgængelige skriftlige aftaler og projektbeskrivelser fra regionerne, brugt til at udarbejde en beskrivelse af indsatsen vedrørende forløbskoordination for hver region<sup>3</sup> samt en programteori, der beskriver de planlagte indsatser og de forventede resultater. Beskrivelser og programteorier er efterfølgende kommenteret og valideret af projektorganisationen i hver enkelt region, og ved afslutningen af evalueringen vil de blive brugt som afsæt for en afsluttende interviewrunde, der samler op på, hvilke resultater der er opnået.

**Status på fremdrift:** I den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er det aftalt, at Danske Regioner og KL hvert år udarbejder en fælles status på regioner og kommuners arbejde med implementering af fælles regional og kommunal forløbskoordination<sup>4</sup>. Den seneste status blev indsendt i januar 2015, og denne tjener i relation til midtvejs-evalueringen som pejlemærke for fremdriften af de igangsatte regionale og kommunale indsatser.

**Elektronisk spørgeskema, der undersøger oplevelsen af samarbejde og kommunikation vedrørende særligt svækkede ældre patienter:** Evalueringen omfatter en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte om samarbejde og kommunikation vedrørende de særligt svækkede ældre patienter. Spørgeskemaet udsendes tre gange i projektperioden til en bred kreds af de fagpersoner i kommune og på hospital<sup>5</sup>, som er særligt involveret i at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter.

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen er at vurdere, om den tværgående kommunikation og koordination af komplekse patientforløb – i henhold til målene for forløbskoordinationsindsatsen – udvikler sig positivt. Spørgeskemaet etablerede ved opstarten af evalueringen et billede af, hvordan relevante fagpersoner oplever samarbejde, kommunikation og proceskvalitet i patienternes forløb. Denne måling anvendes som baseline for to eftermålinger, der følger udviklingen i det oplevede samarbejde. Samtidig undersøger eftermålinger-

<sup>2</sup> Den anvendte interviewguide er vedlagt som bilag 1.

<sup>3</sup> Beskrivelserne – som vi trækker på i den tværgående sammenfatning af resultater – fremgår af bilag 2-6.

<sup>4</sup> Det var også aftalt, at omfanget af koordinerede forløb og kvaliteten af disse, skulle monitoreres via halvårlige opgørelser. Målet var, at der årligt skulle indsendes dokumentation for 10.000 gennemførte koordinationsforløb på landsplan. I praksis viste det sig dog, at der var store udfordringer forbundet med den ønskede monitorering. Dels fordi MedCom ikke som forventet gav mulighed for at identificere, hvilke forløb der var særligt komplekse og dermed målgruppen for arbejdet med forløbskoordination, og dels fordi der ikke findes redskaber til at vurdere kvaliteten af de enkelte forløb. På den baggrund, blev det i efteråret 2014 besluttet at stoppe monitoreringen af forløb, og opgørelserne indgår derfor heller ikke i grundlaget for KORAs evaluering.

<sup>5</sup> I udgangspunktet var det meningen, at almen praksis også skulle svare på surveyet. Uklarheder omkring honorering af de deltagende læger, som skulle svare, samt manglende mulighed for at få adgang til gyldige mailadresser, har imidlertid betydet, at det ikke var muligt at forfølge denne intention inden for evalueringens rammer.

ne kendskabet til aktiviteter finansieret af puljen, og i hvilket omfang disse aktiviteter opleves at have forbedret samarbejdet om særligt svækkede ældre patienter.

Spørgeskemaet er udarbejdet af KORA og pilottestet af fem fagpersoner ansat på hospital eller i kommune, som arbejder med at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter.

Respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er udvalgt af kommuner og regioner. En kontaktperson i hver region har haft til opgave at indsamle mailadresser på relevante fagpersoner ansat på hospital og i kommune i den pågældende region, som KORA efterfølgende har inviteret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen.

Der er i oktober 2015 gennemført to runder af spørgeskemaundersøgelsen. Første og anden runde blev gennemført henholdsvis i foråret 2014 og foråret 2015. Sidste runde af spørgeskemaundersøgelsen gennemføres i foråret 2016. I hver runde sendes en mail til respondenterne i marts, hvor de anmodes om at udfylde spørgeskemaet. Der sendes to rykkermails i hver runde.

I første runde er spørgeskemaet sendt til 273 ansatte i kommuner og 309 ansatte på hospital, jf. Tabel 1.2. Svarprocenten var 78 % for ansatte i kommuner og 68 % for ansatte på hospital. Det er en tilfredsstillende svarprocent for denne type af undersøgelse.

I anden runde er spørgeskemaet sendt til 258 ansatte i kommuner og 294 ansatte på hospital, jf. Tabel 1.2, og svarprocenten var 62 % for ansatte i kommuner og 45 % for ansatte på hospital. Faldet i svarprocenten kan skyldes, at ansatte siden første runde af spørgeundersøgelsen har skiftet jobfunktion/afdeling og ikke længere oplever det som relevant at deltage<sup>6</sup>.

**Tabel 1.2** Antal deltagere og svarprocent i spørgeskemaundersøgelse

	Kommuner		Regioner	
	1. runde	2. runde	1. runde	2. runde
Antal mailadresser, som spørgeskemaet er distribueret til	286	284	318	317
Forkert mailadresse/mailadresse eksisterer ikke	13	26	9	23
Antal inviterede fagpersoner	273	258	309	294
Antal inviterede fagpersoner, som har besvaret spørgeskemaet fuldt ud	201	149	197	124
Antal inviterede fagpersoner, som har besvaret spørgeskemaet delvist	12	12	12	9
Antal inviterede fagpersoner, som har besvaret spørgeskemaet fuldt ud eller delvist	213	161	209	133
<b>Response rate, %</b>	<b>78 %</b>	<b>62 %</b>	<b>68 %</b>	<b>45 %</b>

Der er anvendt Chi<sup>2</sup>-test til at undersøge, om der er statistisk signifikante forskelle i kommunernes og regionernes besvarelse af spørgeskemaet i første og anden runde. Det valgte signifikansniveau er 5 %.

<sup>6</sup> Det er vigtigt, at svarprocenten øges i sidste runde af spørgeskemaundersøgelsen, der gennemføres i foråret 2016. KORA vil derfor bede kontaktpersonerne i hver region om at gennemgå og opdatere listen over mailadresser på respondenter for at sikre, at alle mailadresser er gyldige og tilhører fagpersoner, som er involveret i at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb for DÆMP-patienter. Listen suppleres med nye mailadresser (nye respondenter) i det omfang, at tidligere mailadresser udgår fra listen.

## 2 Status for organisering og udmøntning i regioner og kommuner

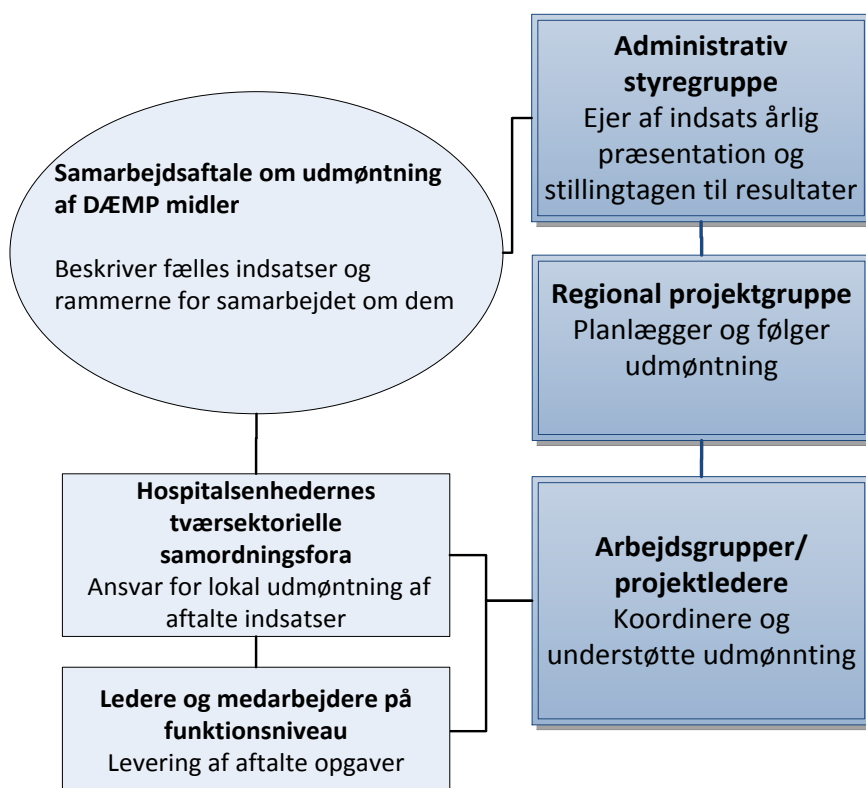
### 2.1 Organisering, samarbejdsaftaler og opstart

#### 2.1.1 Forankring og organisering af arbejdet med forløbskoordination

Samarbejdet omkring udmøntning af midlerne til styrket forløbskoordination er i alle regioner organiseret med afsæt i den eksisterende samarbejdsstruktur på sundhedsaftaleområdet. Samtidig er der i alle regioner – om end det tog væsentligt længere tid end forventet – indgået tillægsaftaler til sundhedsaftalerne, som beskriver, hvordan midlerne forventes anvendt, samt hvilke opgaver de involverede parter hver især forventes at fokusere på. De gennemførte interview viser i den forbindelse, at samarbejdsorganisationen omkring sundhedsaftalekomplekset i dag opleves veludviklet, og at de etablerede fora i dag fungerer som et naturligt sted at forankre tværgående indsatser og samarbejder.

Den generelle projektorganisering er illustreret i Figur 2.1 nedenfor, og den konkrete organisering i de enkelte regioner kan ses i bilag 2-6:

**Figur 2.1** Den overordnede projektorganisationen på regionalt niveau



Som illustreret, er udmøntningen af forløbskoordinationsindsatsen overordnet forankret i de administrative kontaktfora, der repræsenterer den øverste administrative ledelse fra den

enkelte region og kommuner i denne. Det er i disse fora, der er indgået aftaler om indsatserne, og det indgår i aftalerne, at fremdrift og resultater præsenteres og drøftes her en gang årligt.

I hver region er der også nedsat forskellige tværsektorielle samarbejdsfora og udviklingsgrupper, som arbejder med at understøtte udvikling og udmøntning af sundhedsaftalens indsatsområder. Det er i disse fora, ansvaret for at planlægge og følge de prioriterede indsatser er placeret. Det sker konkret ved, at der er udpeget projektgrupper og enkelte steder ansat projektmedarbejdere, som koordinerer udmøntningen og fx er med til at udvikle screeningsredskaber og forløbsbeskrivelser, som skal understøtte forløbet for særligt svækkede ældre patienter, der indlægges på hospital. Ansvaret for lokal implementering er forankret i de tværsektorielle samarbejdsfora, der er etableret omkring regionernes hospitalsenheder, mens funktionsledere og medarbejdere på relevante afdelinger og funktioner i sidste ende skal udføre de aftalte patientrettede opgaver.

### 2.1.2 Erfaringer og læring fra opstarten af forløbskoordinationsindsatsen

De interviewede projektansvarlige fra regioner og kommuner nævner på den ene side en række fordele ved, at samarbejdet om de allokerede midler har taget afsæt i samarbejdsstrukturen på sundhedsaftaleområdet. Samtidig opleves det positivt, at udmøntningsplanen lægger op til at tage afsæt i eksisterende indsatser, drift og indsatser, der efterfølgende kan videreføres uden puljemidler.

Det fremgår dog også som en væsentlig pointe, at det har taget tid at indgå fælles aftaler, som skal gælde på tværs af den enkelte regions hospitaler og kommuner. Interviewdeltagerne fortæller i den forbindelse, at den variation, der i udgangspunktet er i lokale løsninger, har gjort det vanskeligt at indgå fælles – og konkrete – aftaler. Endvidere har det spillet ind, at der er uklarhed omkring, hvilke konkrete modeller for forløbskoordination der bedst fremmer ønsket om at etablere bedre forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Det fremgår også, at de involverede oplever to grundlæggende udfordringer, som følger af den måde forløbskoordinationsindsatsen er udmøntet på.

Den første udfordring knytter sig til, at midlerne er fordelt efter en fordelingsnøgle, samt at størrelsen af de tildelte ressourcer i gennemsnit udgør 0,2 % af driftsbudgettet hos de områder og afdelinger, der har fået tildelt midler. Denne fremgangsmåde – og det beskedne omfang af de tildelte midler – opleves ude af trit med de udmeldte krav om monitorering, de specifikke anvisninger for organisering, fælles kvalitetsudviklingsarbejde og ikke mindst de ambitiøse forventninger til resultater og evaluering. Modsætningen består i, at der er knyttet en række betingelser og anvisninger til midlerne, som normalt bliver anvendt i forbindelse med projekter, hvor modtagerne af midler selv har indsendt specifikke ansøgninger og forpligtet sig til en række konkrete aktiviteter. I forlængelse af ovenstående er der stor tilfredshed med, at de udmeldte krav om dokumentation for antallet af koordinerede forløb blev trukket tilbage i efteråret 2014.

Den anden udfordring handler om, at der i udmøntningsplanen er et eksplicit fokus på, at midlerne skal anvendes til at oprette fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner bemandet med tværsektorielle forløbskoordinatorer. Dette fokus ses dels som en modsætning til, at udmøntningsplanen samtidig beskriver, at der så vidt muligt ikke skal oprettes nye funktioner, samt at de igangsatte indsatser efter projektperioden skal videreføres inden for rammerne af den eksisterende drift. Dels som en modsætning til store dele af den viden om arbejdet med forløbskoordination (se fx 1-6 i litteraturlisten), der inden for

de seneste år er skabt i Danmark, fordi denne netop peger på, at god forløbskoordination handler om mange andre forhold end ansættelse af nye koordinatore.

Ovenstående forhold fremstår, på tværs af de gennemførte interview, som en kilde til, at udvikling og opstart af indsatserne vedrørende forløbskoordination har taget uforholdsmæssigt lang tid, hvilket også afspejles i, at det har været nødvendigt at forlænge projektperioden med et halvt år. Oplevelsen er samtidig, at der er brugt uforholdsmæssigt mange ressourcer på udvikling, opstart og løbende projektledelse, hvilket i sidste ende betyder, at der er færre ressourcer til det patientrettede arbejde.

## 3 Sammenfatning af de regionale og kommunale forløbskoordinationsindsatser

Dette kapitel præsenterer de indsatser og fokusområder, det er aftalt at arbejde med i de enkelte regioner samt den fremdrift, der er indrapporteret via KL og Danske Regioner. Kapitlet afsluttes med en tværgående opsamling.

### 3.1 Indsatser og fremdrift i Region Hovedstaden

#### 3.1.1 Region Hovedstadens grundmodel for forløbskoordination

Region Hovedstaden har prioriteret, at de allokerede midler skal anvendes til at styrke de bedste af de elementer, der i forvejen er målrettet samarbejdet om særligt svækkede ældre patienter i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Til det formål er der aftalt en grundmodel for forløbskoordination, som indeholder tre prioriterede indsatser. De tre indsatser er:

1. **Samarbejdet mellem de regionale geriatriske teams og kommunerne:** Region Hovedstaden har siden 2011 haft geriatriske teams på alle akutmodtagelser. Hovedopgaven består i at identificere og udrede patienter, som har brug for en særlig indsats for at forebygge genindlæggelse. De regionale midler anvendes bl.a. til at kvalitetssikre og ensrette rutiner og kommunikation på tværs af de geriatriske teams for at sikre en bedre og mere ens snitflade til patienternes hjemkommuner.
2. **Styrket kommunal udskrivningskoordination:** Kommunerne anvender deres midler til at styrke koordinering af komplicerede udskrivinger. Der er metodefrihed, men de fleste kommuner har prioriteret fremskudt visitation, flere timer til de eksisterende udskrivningskoordinatorer etc.
3. **Styrkelse af samordningskonsulenterne på hospitalerne:** Hvert hospital i Region Hovedstaden har en til to samordningskonsulenter med ansvar for at udvikle de tværsektorielle relationer samt håndtere koordineringen af særligt komplicerede patientforløb. På nogle hospitaler har samordningskonsulenterne endvidere en funktion i forhold til at rådgive frontpersonalet på de enkelte afdelinger omkring håndtering af komplekse patientforløb. Midlerne skal medvirke til at opprioritere proaktiv rådgivning af frontpersonalet for at forebygge konflikter og misforståelser, inden de opstår.

#### 3.1.2 Status for fremdrift indrapporteret december 2015

I starten af implementeringsfasen har man fra centralt hold forsøgt at fastholde planområderne i at gennemføre lokale indsatser, som lå inden for grundmodellens fokusområder. Da det i praksis har vist sig vanskeligt, er der accept af, at der er en vis variation i indsatser på tværs af planområder, så længe indsatserne bidrager til at styrke forløbskoordinationen for de særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Det fremgår således, at de lokale samarbejdsudvalg har organiseret sig på forskellig vis i forhold til at implementere modellen. De konkrete indsatser, som er prioriteret i de fire planområder/på de enkelte hospitaler, fremgår af oversigten nedenfor:

### **Planområde Midt**

- Herlev Hospital har ansat en forløbskoordinator (sygeplejerske) i geriatrisk team i den akutte modtageafdeling for at sikre overholdelse af elementerne fra grundmodel for forløbskoordination.
- Gentofte Hospital har prioriteret kompetenceudvikling i forhold til medicin håndtering ved udskrivelse og i sektorovergange, fordi der her sker mange uhensigtsmæssige hændelser i de mest svækkede patienters forløb.

### **Planområde Syd**

- Hvidovre Hospital har ansat en geriatrisk sygeplejerske i akutmodtagelsen for at styrke samarbejdet omkring patienternes overgang til Gastroenheden, fordi der her er en kritisk overgang for mange svækkede ældre patienter.
- Bornholm Hospital anvender DÆMP-midlerne til at styrke samarbejdet mellem den kommunale visitation og akutmodtagelsen omkring identifikation af den svækkede borger.

### **Planområde Nord/Nordsjællands hospital**

- Nedbringe antallet af genindlæggelser via to tværsektorielle indsatser i henhold til pneumoni og akutte mavesmerter (hyppigste genindlæggelsesdiagnoser).
- Styrkelse af samarbejde mellem geriatrisk team og kommunal visitation i hospitalets optageområder.

### **Planområde Byen**

- Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler har prioriteret en indsats, der skal øge kvaliteten af indlæggelser og udskrivelser af borgere i plejebolig, fordi dette er identificeret som et område, hvor der opstår mange uhensigtsmæssige hændelser og genindlæggelser.

Hvert planområde har i forlængelse af ovenstående udpeget lokale tovholdere, som er ansvarlige for implementering af de lokale indsatser og for at udarbejde halvårslige statusbeskrivelser til den koordinerende funktion med henblik på videndeling, erfaringsudveksling og fælles kvalitetsudvikling på tværs af planområder. Statusbeskrivelserne viser, at relationel koordinering og implementering af Kommunikationsaftalen (arbejdsgange omkring MedCom-standarder) er gennemgående fokusområder for planområdernes arbejde med at styrke samarbejdet.

### **Øget fokus på kvalitetsudvikling og evaluering af igangsatte initiativer**

Fra medio 2015 og frem er det desuden besluttet at allokere en del af Region Hovedstadens DÆMP-midler til de enkelte planområder med henblik på at styrke den lokale kvalitetsudvikling/evaluering af indsatser beskrevet i grundmodellen. Planområderne har fået tildelt midler på baggrund af en ansøgningsrunde, hvor følgende kriterier har ligget til grund for tildeling af midler:

- Undersøgelsen skal bidrage til en evaluering af, hvordan de/den valgte indsats i planområdet har skabt koordinerede og sammenhængende forløb for målgruppen af ældre svækkede medicinske patienter.
- Undersøgelsen skal omhandle en eller flere af de tre indsatser i grundmodellen, dvs. enten geriatrisk team, kommunal udskrivningskoordination eller samordningskonsulentfunktionen.



- Undersøgelsen skal indeholde et fokus på, hvordan patienterne har oplevet, at forløbskoordination har skabt sammenhængende forløb.

Afreporteringen af de lokale undersøgelser forventes at foreligge i juni 2016, hvorefter resultaterne skal indgå i det videre arbejde med at udvikle samarbejdet om indlæggelse og udskrivning for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

## 3.2 Indsatser og fremdrift i Region Syddanmark

I Region Syddanmark anvendes midlerne til at implementere og styrke eksisterende aftaler for indlæggelse og udskrivning. Det indebærer, at kommunernes andel af midlerne er udmøntet decentralt. En oversigt udarbejdet af Det fælles kommunale sundhedssekretariat (FKS) viser, at midlerne fortrinsvist er anvendt til at styrke eksisterende udskrivningskoordinatorfunktioner samt til at understøtte varetagelsen af eksisterende opgaver i relation til sundhedsaftalen for indlæggelse og udskrivning. Samtidig er der fire kommuner, som angiver, at de har oprettet nye eller har udvidet eksisterende forløbskoordinatorfunktioner, der koordinerer overgang fra hospital til kommune.

Regionens andel af midlerne anvendes til at styrke sygehusenes opsporing og overlevering af DÆMP-patienter til den kommunale hjemmesygepleje. Det er i udgangspunktet, det behandlingsansvarlige personale på sygehusene, der identificerer særligt svækkede ældre patienter med behov for forløbskoordination af udskrivelsen og opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning. Kommuner og almen praksis kan dog også tage initiativ til forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg, hvis patienten vurderes at have behov for det.

I forlængelse af ovenstående fremgangsmåde ser de involverede parter det som en stor styrke, at udmøntningsplanen for indsatsen giver mulighed for at styrke de eksisterende tilbud og samarbejdsrelationer. Det er således det faste personale, som i forvejen arbejder med ældre medicinske patienter, der skal indarbejde nye rutiner og have øget opmærksomhed på at sikre sammenhæng i patienternes forløb.

For at understøtte hospitalets fokus på særligt svækkede ældre patienter er der nedsat en kvalitetsgruppe, der understøtter fortsat implementering og udvikling af redskaber og vejledninger for screening af ældre medicinske patienter. Hvert af regionens sygehuse er efter en fordelingsnøgle tildelt midler til en styrket indsats for den ældre medicinske patient. Ansvar for udmøntningen af disse midler ligger hos det enkelte sygehus, dog er det et krav, at midlerne anvendes til at styrke indsatsen for den ældre medicinske patient, herunder bl.a. til kompetenceudvikling, frikøb af medarbejdere i forbindelse med mødedeltagelse og kompetenceudvikling samt til gennemførelse af årlige tværsektorielle audits på området – fx med afsæt i udvalgte patientforløb.

### 3.2.1 Status for fremdrift indrapporteret december 2015

I Region Syddanmark er der udarbejdet en screenings- og forløbsvejledning, som skal medvirke til opsporing af DÆMP-patienter, som indlægges. Vejledningen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum og efterfølgende implementeret på regionens fire sygehuseheder. Alle sygehuse screener således ældre medicinske patienter med henblik på at advise hjemmepleje og almen praksis om særlige behov og problemstillinger, som bør adresseres efter udskrivelsen i samarbejde mellem de to parter. Kommunikation fra sygehuse til primærsektor sker inden for rammerne af den samarbejdsaftale (SAM:BO), der i forvejen strukturerer det tværsektorielle samarbejde. Det fremgår samtidig, at strategierne og de

konkrete aktiviteter, der er gennemført for at implementere forløbsvejledningen, er delvist på tværs af de enkelte sygehusenheder. Det fremgår således, at:

**Odense Universitetshospital** har gennemført opfriskningskurser i SAM:BO, men at screenings- og forløbsvejledningen endnu ikke er implementeret fuldt ud på alle afdelinger. De afdelinger, som har implementeret vejledningen, beskriver en praksis, hvor det i forbindelse med tværfaglige konferencer drøftes, om der er tale om en særligt sårbar ældre medicinsk patient med behov for opfølgning og koordination i primærsektoren. Der foregår desuden en løbende dialog med relevante kommuner om at præcisere kommunikation og samarbejde omkring særligt svækkede ældre patienter. I den forbindelse er der særligt fokus på at inddrage den kommunale hjemmesygepleje så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet.

**Sydvestjysk Sygehus** har implementeret screenings- og forløbsvejledningen som en tværgående instruks for alt relevant klinisk personale, der er i kontakt med særligt svækkede ældre medicinske patienter. Vejledningen er introduceret til eksisterende SAM:BO nøglepersoner og afdelingssygeplejersker, hvorefter disse har orienteret og undervist øvrigt klinisk personale på sygehuset i instruksen.

Fokus på styrket forløbskoordination og samarbejdet med kommuner og almen praksis om ældre medicinske patienter indgår desuden som fast punkt på dagsordenen i en tværsektoriel underarbejdsgruppe<sup>7</sup>, som beskæftiger sig med it, indlæggelser og udskrivning. Her drøftes implementeringen af lokale DÆMP-tiltag og gensidig orientering i forhold til den generelle opfølgning på DÆMP-patienter.

På **Sygehus Lillebælt** er forløbsvejledningen sendt ud på alle afdelinger, som decentralt har arbejdet med vejledningen og integreret den i deres arbejdsgange. Kolding Sygehus, som er en del af Sygehus Lillebælt, har endvidere tæt samarbejde med Kolding Kommune om fremskudt visitation, hvor kommunale forløbskoordinatorer fire dage om ugen møder ind på Kolding Sygehus. Her samarbejder de med sygehuspersonalet om udskrivelse af borgere fra Kolding Kommune. Sygehuset beskriver, at initiativet medfører styrkede relationer, som har en positiv indvirkning på samarbejdet, udskrivelserne er bedre tilrettelagt og patienterne er mere trygge.

Screenings- og forløbsvejledningen er på **Sygehus Sønderjylland** sendt ud til afdelingerne og udvalgt nøglepersonale er undervist i vejledningen, ligesom der er gjort særligt opmærksom på at prioritere kontakt til den kommunale hjemmesygepleje, når der identificeres særligt svækkede ældre patienter. Sygehuset påpeger, at man allerede før initiativet for den ældre medicinske patient screenede efter samme kriterier jf. SAM:BO-aftalen. Den eneste ændring er muligheden for at initiere opfølgende hjemmebesøg fra egen læge – denne mulighed er særligt meldt ud til klinikkerne.

### **Status for implementering af screenings- og forløbsvejledningen i kommunerne**

De 22 syddanske kommuner arbejder struktureret med at omsætte den information, der sendes fra sygehusenhederne via screeningsvejledningen, og det sker med afsæt i de principper og redskaber, der indgår i SAM:BO-aftalen: På grund af kommunernes forskellige organiseringer og vilkår varierer det konkrete arbejde fra kommune til kommune. Nedenstående punkter er derfor meldt ind som eksempler på, hvordan kommunerne arbejder med afsæt i screeningsvejledningen:

- Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser, standarder for hjemmebesøg, arbejdsgange og flowdiagrammer i forhold til ideelle forløb.

---

<sup>7</sup> Arbejdsgruppen er nedsat af det lokale samordningsudvalg.

- Opdeling af risikogrupper i rød, gul og grøn og brug af en DÆMP-tavle.
- Anvendelse af screeningsredskabet til vurdering af behov for anmodning om et opfølgende hjemmebesøg.
- Anvendelse i projekter med øget opmærksomhed på svage og svækkede borgere.
- Visitator vurderer borgerne i forbindelse med udskrivelse fra sygehus ud fra øget medicinering, nedsat funktionsniveau, egenomsorg. Dette sendes nogle steder til sygeplejefaglige koordinatore.
- Vejledningen er implementeret i nogle af kommunernes indsatskataloger som en særlig DÆMP-ydelse.
- Sygeplejersker undervises i begrebet DÆMP samt dokumentationen i KMD-Care.

Det fremgår også, at kommunerne – dels som følge af indsatsen vedrørende forløbskoordination og dels som følge af ny lovgivning og andre initiativer på ældreområdet, har et øget fokus på, om patientens funktionsniveau er anderledes efter en indlæggelse sammenlignet med før. Dette afføder ofte tæt samarbejde/dialog, hvor det kan blive tydeligt, at der kan være andre problemer på spil end det problem, som har medført indlæggelsen. Der opleves i forlængelse heraf et fald i antallet af indlæggelser og genindlæggelser.

#### **Det videre arbejde med de igangsatte initiativer**

I den resterende del af projektperioden, vil der være fortsat fokus på at fastholde brug og præcisering af screenings- og forløbsvejledningen på Region Syddanmarks fire sygehuse. Dette er vigtigt, fordi der fortsat er en del personale, som oplever, at kriterierne er så brede, at de kan gælde for alle ældre medicinske patienter, ligesom der fortsat er kommuner, der oplever, at relevante patienter ikke bliver screenet. Herudover skal der arbejdes på at skabe en fælles viden omkring de kommunale initiativer, der kan/bliver iværksat som opfølgning på udskrivelsen af patienter, der er identificeret som særligt svækkede.

### **3.3 Indsatser og fremdrift i Region Sjælland**

Region Sjælland og kommunerne i regionen havde i udgangspunktet en fælles pulje, som bl.a. anvendes til at afprøve/implementere følge-hjem-ordninger, tele-hjem-ordninger og opfølgende hjemmebesøg. Der gennemføres en forskningsbaseret evaluering af disse initiativer for efterfølgende implementering af de modeller, der viser gode resultater. Derfor har de DÆMP-ansvarlige ikke ønsket at sætte nye funktioner og samarbejdsmodeller i gang, før resultaterne af de igangværende evalueringer foreligger.

Ovenstående betyder, at størstedelen af de allokerede midler er kanaliseret ind i eksisterende kommunal og regional udskrivningskoordination – dvs. at midlerne er anvendt til at udvikle den eksisterende drift, hvor de enkelte kommuner og sygehuse har vurderet, at det giver bedst mening. De indsatser, der arbejdes på, knytter sig fx til kommunale udskrivningskoordinatorer, der arbejder på hospitalsafdelinger.

Derudover anvendes en del af midlerne til at finansiere to halvtidsansatte projektledere, der arbejder med at kortlægge omfang, kvalitet og udfordringer i ældre patienters indlæggelser i Region Sjælland. Region Sjælland finansierer 30 % af stillingen og kommunerne 70 %, svarende til fordelingsnøglen af puljemidlerne. Projektlederne har sammen med en tværsektoriel arbejdsgruppe til opgave at skabe:

- overblik over antallet af udskrivelser af særligt svækkede ældre medicinske patienter
- overblik over gode og mindre gode forløb

- viden om de eksisterende indsatser, der er målrettet forløbskoordinering
- fremadrettede rammer for tværsektoriel kompetenceudvikling og kvalitetssikring af forløbskoordinering.

Planen er, at resultaterne skal præsenteres for Styregruppen for sundhedssamarbejde (SAD) ultimo 2014, hvorefter SAD som overordnet projektejer beslutter, hvor og hvordan resultaterne af projektgruppens analyser skal anvendes. Forventningen er, at projektgruppen i samarbejde med de lokale samarbejdsfora på regionens sygehusenheder (KSS) skal anvende resultaterne til at udvikle en fælles model for det fremadrettede samarbejde om særligt svækkede ældre patienters forløb.

### 3.3.1 Status for fremdrift indrapporteret januar 2015

Det fremgår af den indsendte status, at den konkrete forløbskoordinering fortsat foregår i regi af de eksisterende følge-hjem- og tele-hjem-ordninger. Effekten af begge ordninger bliver evalueret i løbet af vinterhalvåret 2015-2016, og resultaterne afventes, inden der tages stilling til, hvorvidt/i hvilken form ordningerne skal videreføres og udbredes på tværs af regionen.

Det fremgår endvidere, at den tværsektorielle arbejdsgruppe har afsluttet kortlægningen af samarbejde og kommunikation omkring ældre medicinske patienter. Rapporten er baseret på 289 tværsektorielle journalaudits, og hovedkonklusionen er, at hovedparten af forløb mellem hospital og kommune går godt. Det konkluderes dog også, at undersøgelsen har synliggjort en række muligheder og anbefalinger til det fortsatte arbejde med at konsolidere og sikre kvaliteten af den kommunikation, der foregår via MedCom-standarder ved indlæggelse og udskrivning. Disse anbefalinger er drøftet i SAD, som har godkendt dem og sendt dem videre til de lokale KSS'er og givet dem det ledelsesmæssige ansvar for at implementere undersøgelsens anbefalinger.

Endvidere er der på baggrund af de gode erfaringer med undersøgelsen af samarbejdet på det medicinske område igangsat en identisk audit-undersøgelse af indlæggelser og udskrivinger af ældre svækkede patienter på kirurgiske afdelinger. Arbejdet forventes færdigt i foråret 2016, hvorefter resultaterne skal drøftes og anvendes på samme måde som den første undersøgelse.

## 3.4 Indsatser og fremdrift i Region Midtjylland

Udmøntningen af DÆMP-midlerne er i Region Midtjylland lagt ud i de klyngesamarbejder, der er etableret omkring regionens fem hospitaler. Det er således de lokale klynger, der hver især har udvalgt deres egen indsats og indgået aftaler om lokal udvikling. Forventningen er, at alle kommuner indgår i deres respektive klynges hovedprojekt, men kommunerne udmønter i øvrigt deres egen andel af midlerne individuelt. Fremgangsmåden betyder, at der i Region Midtjylland er planlagt fem forskellige modelprojekter, som alle tager udgangspunkt i eksisterende indsatser eller udviklingsprojekter. Der er tale om indsatser, der opfattes lovende, samtidig med at der er behov for erfaringer og viden om effekter. De fem projekter omhandler:

Aarhusklyngen arbejder med et **integreret udgående akut-team**; såkaldt "Shared-Care Team", hvor kommunale hjemmesygeplejersker arbejder tæt sammen med geriatrik team på Aarhus Universitetshospital. Formålet er at integrere indsatsen og få erfaringer med fælles ledelse af indsatsen. Der er afsat akutsygeplejersker i kommunen, som sammen med

geriatrik afdeling på AUH udgør akut-teamet. Teamet er til stede de fleste af døgnets timer og kommer i borgerens hjem med fokus på at forebygge uheldsmæssige indlæggelser samt at følge op på udskrivelser.

Vestklyngen anvender midlerne til at videreudvikle **opfølgende hjemmebesøg**. Der arbejdes især på at forbedre den elektroniske kommunikation (via MedCom7) samt at forbedre screeningen med henblik på udvælgelse af de patienter, som tilbydes opfølgende besøg. Fokus er bl.a. på at udvide inklusionskriterierne, så det bliver en bredere gruppe af patienter (diagnose og aldersmæssigt), der kan tilbydes opfølgende besøg, samt at også egen læge og hjemmesygepleje kan initiere forløb.

Randersklyngen anvender midlerne til at implementere og indhente erfaringer med et nyudviklet **tværsektorielt pakkeforløb for patienter med hoftenære frakturer**. Patientforløbet er udviklet i samarbejde mellem kommuner, hospital og almen praksis, som i fællesskab har formuleret et forbedret patientforløb. Formålet er at forkorte indlæggelsestiden og styrke den opfølgende indsats i primærsektor. I foråret 2014 gennemføres pilotafprøvnings, og der indsamles erfaringer via audits og kvalitative interview med patienter og pårørende. Dertil monitoreres kvantitativt på antal sengedage og genindlæggelser.

Horsensklyngen anvender midlerne på at styrke det **udgående geriatrike team** fra Hospitalsenheden Horsens. Det geriatrike team har eksisteret forud for DÆMP-indsatsen og fungerer som en udgående specialistfunktion. Indsatsen er ikke integreret med hjemmesygeplejen på samme måde som i Aarhus. Derfor vurderer interviewpersonerne, at der er tale om en indsats, der er mere realistisk at gennemføre i klynger med mindre hospitaler og mindre kommuner, som ikke har et stort nok befolkningsgrundlag til at oprette egne specialistfunktioner. DÆMP-midlerne anvendes konkret til at monitorere og evaluere det geriatrike teams indsats og de effekter, der opnås i forhold til genindlæggelser samt udbredelsespotentialer. Man ønsker hertil at inkludere patienttilfredshed som evalueringsmål.

Midtklyngen sætter fokus på at **udvikle MedCom7 som redskab til at koordinere komplekse indlæggelses- og udskrivningsforløb** mellem kommune og region. Der er nedsat en implementeringsgruppe, som skal konkretisere den gode kommunikation om ældre medicinske patienter samt de konkrete handlinger, som en 'melding om DÆMP' i plejeforløbsplanen, indlæggelses- eller udskrivelsesrapporten skal medføre hos de forskellige sektors aktører. Det forventes, at man har konkrete aftaleudkast klar til MedCom7-udrulning i maj 2014.

Endvidere er der igangsat et samarbejdsprojekt omkring en tidlig indsats for særligt svækkede ældre patienter. Indsatsen består i, at hjemmesygeplejen inden for 48 timer efter udskrivelse skal besøge svækkede patienter for gennemgang af medicin, fokus på almen tilstand og sociale forhold. Der er således tale om en udgave af opfølgende hjemmebesøg, hvor det kun er hjemmesygeplejen (og ikke egen læge), der deltager.

### 3.4.1 Status for fremdrift indrapporteret december 2015

Status fra Region Midtjylland er i december 2015, at den nedsatte DÆMP-projektgruppe løbende følger op på fremdriften i de forskellige klyngeprojekter, samt at projekterne i det store hele udmøntes og implementeres som planlagt. Det fremgår også, at der allerede nu meldes om foreløbige positive resultater fra flere af projekterne.

Den største enkeltstående udfordring for indsatsen vedrørende særligt svækkede patienter i Region Midtjylland ligger i at få evalueret resultaterne og vurderet potentialet for udbredelse på regionalt niveau efter projektperioden. Dels bliver det vanskeligt at opgøre den isole-

rede effekt af de enkeltstående projekter, fordi de er igangsat inden for områder, hvor der i forvejen er mange andre initiativer, der skal styrke forløb, samarbejde og kommunikation omkring svækkede ældre patienter. Dels fordi projekterne i høj grad udspringer af lokale samarbejds traditioner og lokale kontekster, som er forskellige fra klynge til klynge.

DÆMP-projektgruppen er derfor i løbende dialog med klyngerne omkring den monitorering og evaluering, der skal gennemføres for de individuelle projekter, såvel som for den samlede projektportefølje. CFK *Folkesundhed og kvalitetsudvikling* er endvidere koblet på evalueringsopgaven om at udvikle et evalueringsdesign, der kan undersøge resultaterne af de igangsatte indsatser og vurdere deres potentiale for opskalering og udbredelse på regionalt niveau i tilfælde af, at resultaterne er tilstrækkeligt gode.

### 3.5 Indsatser og fremdrift i Region Nordjylland

Region Nordjylland og regionens kommuner har valgt at anvende DÆMP-midlerne til at styrke hjemmesygeplejens og almen praksis' arbejde med særligt svækkede ældre patienter før og efter indlæggelse på sygehus. Der er derfor indgået en § 2-aftale med almen praksis, og der er særligt fokus på nedenstående tre indsatser:

**Styrket proaktivt fokus på DÆMP-patienter:** Hver kommunes hjemmesygepleje og hver lægepraksis skal udnævne tovholdere med særligt ansvar for samarbejdet om DÆMP-patienter. Tovholderne er ansvarlige for, at der afholdes samarbejds møder, hvor DÆMP-patienter, med afsæt i rapporter fra Datafangst, identificeres, samtidig med at der planlægges en koordineret og intensiveret indsats for at forebygge indlæggelser. Indsatsen evalueres og kvalitetssikres på årlige evalueringsmøder mellem den enkelte lægepraksis og den kommunale tovholder.

**Styrket indsats i den sub-akutte/akutte fase umiddelbart inden en eventuel indlæggelse:** Kommunerne har i forvejen fokus på tidlig opsporing af indlæggelsestruede borgere. Denne indsats suppleres med de allokerede midler, der anvendes til at etablere en kommunal udgående akutfunktion bemandet med sygeplejersker uddannet i akutte problemstillinger. Akutsygeplejersken skal kunne tilse svækkede borgere inden for en time. Formålet er dels at få en hurtig vurdering og plan for borgerens situation på baggrund af basispersonalets observationer, og dels en mere effektiv og enstrenget koordinering mellem den kommunale akutsygeplejerske og egen læge.

**Styrket samarbejde efter udskrivning fra sygehus** i form af udvidet koordinering efter udskrivning via opfølgende hjemmebesøg samt inddragelse af patient og pårørende. Det er vægtet, at alle tre parter i det tværsektorielle samarbejde kan tage initiativ til etableringen af de fælles opfølgende hjemmebesøg. Sygehusets opgave er at screene og anbefale opfølgende hjemmebesøg. Kommunen vurderer alle kendte borgere ved udskrivelsen. Almen praksis kan ligeledes tage initiativ til at foreslå et fælles opfølgende hjemmebesøg. Den endelige beslutning om gennemførelse af besøg ligger hos hjemmesygeplejen og egen læge.

#### 3.5.1 Status for fremdrift indrapporteret december 2015

Status på Region Nordjyllands indsatser var ved udgangen af 2014, at fem kommuner (Vesthimmerland, Rebild, Mariagerfjord, Brønderslev og Aalborg) og 22 lægepraksis med i alt 42 læger var tilknyttet de tre aftalte indsatser. Planen var samtidig, at indsatserne skulle udrulles til de resterende 6 kommuner i Nordjylland i løbet af 2015, samt at indsatserne skulle evalueres i samarbejde med forskere fra Aalborg Universitet.

Lukningen af adgangen til data fra den almen medicinske database i efteråret 2014 har imidlertid betydet, at de planlagte indsatser ikke har kunnet gennemføres. Det skyldes, at fundamentet for indsatserne var, at opsporingen af særligt svækkede patienter skulle ske med afsæt i Den Almen Medicinske database (DAMD). Da det i løbet af 2015 viste sig, at lukningen af DAMD var permanent, har Region Nordjylland, kommuner og praksis aftalt, at indsatsen vedrørende forløbskoordination for særligt sårbare ældre lykkes. Det fremgår af den indsendte status, at lukningen er meddelt til Sundheds- og Ældreministeriet.

Derved er der kun en mindre del af Region Nordjyllands indsats tilbage, som består i årlige audits, der skal bidrage til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af den tværsektorielle kommunikation i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb. Fokus i audits er bl.a. at sikre, at kommunikationen opfattes som kort, præcis og fyldestgørende for modtageren. Det fremgår af den seneste status, at de aftalte audits er i gang, samt at resultaterne forventes at foreligge primo 2016, hvorefter de vil blive drøftet og anvendt i det videre arbejde med at sikre kvaliteten af kommunikation ved indlæggelse og udskrivning.

## 3.6 Opsamling

Som det fremgår, er der stor forskel på, hvordan midlerne til styrket forløbskoordination er udmøntet i de enkelte regioner. Samtidig fremgår det, at de forbehold (jf. kapitel 2), interviewpersonerne har over for udformningen og udmøntningen af indsatsen vedrørende styrket forløbskoordination, i høj grad afspejler sig i, hvad midlerne konkret er anvendt til. Det fremgår således, at der – både når det kommer til bredden af de valgte problemstillinger, og måden der arbejdes med disse – i stort omfang sættes lighedstegn mellem målsætningen om styrket forløbskoordination og det generelle arbejde med at skabe optimale sammenhængende behandlingsforløb for ældre medicinske patienter. DÆMP-midlerne anvendes derfor i højere grad som afsæt for generel udvikling af samarbejde og kommunikation end specifik forløbskoordination, hvor koordinatorene (jf. 8-9) *i afgrænsede perioder tilknyttes udvalgte patienter, som har særlige behov for en udvidet koordineret indsats og støtte på tværs af behandlingsforløbet.*

Samtidig fremgår det, at de tilførte midler i relativt stort omfang anvendes til at styrke indsatser, der allerede fungerer i drift eller til at videreføre eksisterende projektaktiviteter. Det gælder således, at kommunerne generelt har tilført midlerne til det eksisterende arbejde med udskrivningskoordination, mens regionerne i højere grad anvender midlerne på kvalitetsudvikling af samarbejde og kommunikation omkring patienters indlæggelsesforløb. Der er dog undtagelser til ovenstående, idet Region Midtjylland og Nordjylland har prioriteret indsatser, der er organiseret som selvstændige og helt eller delvist nye projekter.

### 3.6.1 Status for fremdrift og resultater

Midtvejsrapporten har haft fokus på at beskrive opstart, implementering og foreløbige erfaringer. Det fremgår i den forbindelse af interview og indsendte statusnotater, at de fleste af de prioriterede indsatser overordnet udmøntes som planlagt, samt at første positive erfaringer og resultater begynder at blive meldt ind. Undtagelsen er dog Region Nordjylland, som i lyset af lukningen af DAMD har valgt at afslutte de prioriterede indsatser, fordi der ikke var udsigt til, at de kunne gennemføres inden for projektperioden eller umiddelbart derefter.

Ved slutevalueringen, der gennemføres medio 2016, flyttes fokus, så KORA i højere grad har vægt på at afdække erfaringer, resultater og de anbefalinger, som de igangsatte indsatser giver anledning til.

## 4 Implementering af MedCom-standarder og kommunikation om særligt svækkede ældre patienter

Udmøntningen af den fælles indsats for forløbskoordination falder sammen med, at regioner og kommuner er i gang med at implementere MedComs elektroniske hjemmepleje-hospitalsmeddelelser. MedCom-standarderne udgør ryggraden i hospitalers og kommuners kommunikation og koordinering af indlæggelses- og udskrivningsforløb og spiller således en central rolle i indsatsen.

Derfor har vi også haft særligt fokus på, hvor langt implementeringen af MedCom-standarder er, og hvordan den elektroniske kommunikation bidrager/forventes at bidrage til udskrivningssamarbejdet. De overordnede erfaringer fra de enkelte regioner er kort beskrevet nedenfor<sup>8</sup>.

### 4.1 Region Hovedstadens implementering af MedCom-standarder

Region Hovedstaden har de seneste to år arbejdet med at implementere MedCom-standarder, og siden august 2013 har arbejdet haft karakter af konsolidering og kvalitets-sikring. Rent teknisk er standarderne implementeret, og de anvendes som afsæt for al kommunikation om indlæggelse og udskrivning. Interviewpersonerne er enige om, at overgangen til MedCom udgør et stort skridt i den rigtige retning for koordination og kommunikation om indlæggelsesforløb, men der mangler fortsat meget arbejde med at sikre kvalitet og målrettethed i den information, der udveksles om de konkrete patientforløb.

Henover foråret 2014 gennemførtes en ekstern evaluering af fagpersonernes anvendelse og perspektiver på MedCom-rapporterne og de aftaler, der understøtter kommunikationen ved indlæggelse og udskrivning (7). Evalueringen anvendes aktuelt som afsæt for større rettidighed og standardisering af indhold og målrettethed i den information, der udveksles.

Hospitalernes samordningskonsulenter fungerer som lokale tovholdere på MedCom-standarderne, og der gennemføres løbende tværsektorielle audits for at fremme tværgående relationer og fælles forståelse på tværs af de fagpersoner, der er involveret i indlæggelses- og udskrivningsforløbene.

### 4.2 Region Syddanmarks implementering af MedCom-standarder

Arbejdet med at implementere de opdaterede MedCom-standarder for indlæggelse og udskrivning har været forsinket, men MedCom er ved udgangen af 2015 taget i anvendelse på alle sygehusenhederne. Informanterne vurderer imidlertid ikke, at den forsinkede implementering har haft betydning for arbejdet med forløbskoordination. Det skyldes, at de ple-

---

<sup>8</sup> Til foråret 2016 udkommer en delrapport fra evalueringen, som går tæt på udvalgte modeller for forløbskoordination i fire kommuner. Denne går mere i detaljer med MedCom-standardernes anvendelse og betydning i udskrivningssamarbejdet om D/EMP-patienterne.



jeforløbsplaner og samarbejdsaftaler, der i forvejen arbejdes med, er opbygget efter samme principper som MedCom. Samtidig opleves den eksisterende sundhedsaftale vedrørende kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse samt de elektroniske plejeforløbsplaner mm. at være velfungerende.

Kommunikationen om patienternes udskrivning sker således allerede via en elektronisk plejeforløbsplan. Her er der i forbindelse med DÆMP-indsatsen indsat et felt (forebygge forværring af sygdom/tab i funktionsevne), som udfyldes for særligt svækkede ældre patienter med bemærkning: "anbefaling om særlig opfølgning som følge af...". Meddelelsen sendes direkte til kommunen samt via epikrise til egen læge. Opfølgningsforløb kan på lignende vis initieres af hjemmesygeplejen og egen læge.

### 4.3 Region Sjællands implementering af MedCom-standarder

MedCom-standarderne er teknisk implementeret og anvendes som afsæt for kommunikation om indlæggelse og udskrivelse. Informanterne fortæller, at MedCom-standarderne – hvis de overholdes fuldt ud – udgør et stort fremskridt for koordinering og dokumentation af indlæggelsesforløb. Samtidig vurderer de, at personalet generelt bakker op om principperne i MedCom og det korps af nøglepersoner, der er oplært som led i implementeringen af MedCom.

Pt. mangler der imidlertid en del, før den faglige kvalitet og rettidigheden i de oplysninger, der udveksles, lever fuldt op til målsætningerne. Det forklares bl.a. med travlhed, som gør det vanskeligt at indleje de nye rutiner, og med personaleudskiftning (først og fremmest på sygehusafdelinger), som betyder, at de oplærte MedCom-nøglepersoner forsvinder fra afdelingerne – nogle gange uden at de erstattes af nye. Manglen på dedikerede nøglepersoner giver problemer ved oplæring af nyt personale, og når der gennemføres opdateringer i MedCom. Derfor ser informanterne et behov for genopfriskningskurser såvel som fokus på oplæring af nye nøglepersoner.

I forbindelse med den videre konsolidering af MedCom og næste generation af sundhedsaftaler har Den Administrative Styregruppe for sundhedsaftaleområdet (DAS) holdt workshops på alle sygehuse og kommuner med fokus på at identificere barrierer for anvendelse og videre konsolidering af standarderne.

### 4.4 Region Midtjyllands implementering af MedCom-standarder

Også i Region Midtjylland er MedCom rent teknisk implementeret, og kommunikationen er primært baseret på de elektroniske meddelelser og standarder. Interviewpersonerne oplever kommunikationen via MedCom som et fremskridt, men der er et stort behov for at forbedre rettidighed og kvalitet af indholdet i meddelelserne. Dette arbejdes der, uafhængigt af DÆMP-midlerne, med som et tværgående indsatsområde i region og kommuner, og som tidligere nævnt, er DÆMP-midlerne anvendt til et særskilt projekt som 'Midtklyngen' arbejder med.

Interviewpersonerne oplever, at MedCom-standarderne ikke er fleksible nok i forhold til den information, der er nødvendig for at beskrive et kompliceret plejeforløb – fx efterlyses mulighed for at vedhæfte filer og mere fleksible skrivefelter plejeforløbsplanen:

*Når vi skal sende plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter, så er der nogle felter, man kan udfylde, og de er ikke altid gode nok i forhold til DÆMP. Man har brug for flere oplysninger, end hvad MedCom lægger op til.*

(Hospitalsansat)

Interviewpersonerne fortæller også om udfordringer i forhold til korte indlæggelsesforløb, hvor der ikke er tid til at udfylde udskrivelsesrapporter og aktivere MedCom. Det betyder, at kommunikation og koordinering af disse forløb ofte sker via telefon.

## 4.5 Region Nordjyllands implementering af MedCom-standarder

Region Nordjylland og regionens kommuner har været pilottester for MedCom-standarderne, og formelt set er den nyeste version implementeret og taget i anvendelse. I projektperioden er der (uafhængigt af puljemidlerne) planlagt nedenstående indsatser i forhold til fortsat konsolidering og udvikling af MedCom-standarderne:

### **Rettidighed og kvalitet i de forskellige MedCom-meddelelser**

Interviewdeltagerne oplever overordnet MedCom-standarderne og den tilhørende sundhedsaftale for indlæggelse og udskrivning som et fremskridt. Der er dog stadig rum for forbedring i forhold til rettidighed ved udveksling af information, kvalitetssikring af indholdet i kommunikationen – ikke mindst for, at modtageren ikke drukner i store mængder upræcis information, som de ikke har brug for. Disse forhold arbejdes der med via ledelsesinformation og tværsektorielle patientforløbsaudits:

*Gennemgående må vi sige, at vi har behov for gensidig indsigt i hinandens arbejde og fælles mål for arbejdet med borgeren, hvor vi ikke bebrejder hinanden. Det er det, der i sidste ende kan give mulighed for rettidig kommunikation, nu hvor teknikken er ved at være på plads.*

(Praktiserende læge)

De tværsektorielle audits fokuserer således på, om der er den rigtige information til modtageren, og om informationen er forståelig for modtageren. Samtidig er formålet at øge de involverede fagpersoners kendskab til hinandens opgaver og arbejdsvilkår som afsæt for et forløbsorienteret samarbejde.

**Teknik og opbygning af MedCom-meddelelser:** Endvidere arbejdes med at justere teknikken, for det første i forhold til koblingen mellem forskellige journal- og omsorgssystemer:

*Det kan se fint ud, når vi [sygehuset, red.] sender plejeforløbsplanen til kommunen, men så er det helt rodet rundt, når det kommer ud i kommunen.*

(Hospitalsansat leder)

For det andet meldes forslag til forbedringer og justeringer løbende ind til MedCom (fx forslag til ændringer i opbygningen af plejeforløbsplaner, muligheder for at vedhæfte billeddiagnostik, forflytningsplaner mm.), så den elektroniske kommunikation kan blive mere enstrengt. I den forbindelse er oplevelsen, at MedCom er tungt at arbejde med, fordi det tager lang tid at få gennemført justeringer:

*Det er tungt at vente på systemet – vi har været i gang i mere end to år, og de første ønsker til forbedringer af plejeforløbsplaner o.l., som vi meldte ind, er først lige slået igennem. Teknikken er bestemt ikke færdigudviklet, og der er mange forbedringer, vi venter på.*

(Hospitalsansat leder)

## 4.6 Opsamling

MedCom er i dag implementeret i alle fem regioner ved første interviewrunde, og kommunikationen er i alle regioner elektronisk og baseret på MedComs principper. Overgangen til elektronisk kommunikation opleves overvejende som et fremskridt.

Det fremgår dog også som en væsentlig pointe i alle regioner, at der er stor forskel på, hvorvidt MedCom rent teknisk er implementeret, og hvornår de forskellige meddelelser anvendes rettidigt og målrettet. Arbejdet med at løfte rettidighed af de forskellige meddelelser og kvaliteten af den information, der udveksles, udgør således et vigtigt indsatsområde, som der arbejdes med i alle regioner og kommuner. I den afsluttende interviewrunde vil vi følge op på de seneste udviklinger og resultater fra dette arbejde.

## 5 Patient- og pårørendeinddragelse

En central målsætning for DÆMP-indsatsen er, at den skal sikre inddragelse af patient og pårørende, samtidig med at *der skal gives en intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende trygt forløb på tværs af hospital og kommune.*

Med dette afsæt har vi afdækket, hvorvidt og hvordan udmøntningen af de allokerede midler har fokus på inddragelse af patient og pårørende. Resultaterne er sammenfattet nedenfor, hvorefter de diskuteres med afsæt i tidligere undersøgelser på området.

### 5.1 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Hovedstaden

Da første interviewrunde blev gennemført, havde Region Hovedstaden ikke planlagt indsatser målrettet patient- og pårørendeinddragelse i forbindelse med udmøntningen af DÆMP-puljen. Interviewpersonerne fortalte, at patient- og pårørendeinddragelse i forvejen indgår som et vigtigt element i de indsatser, der er prioriteret. Forventningen er derfor, at arbejdet med at styrke indsatserne også vil omhandle de sundhedsfagliges tilgang og muligheder for patient- og pårørendeinddragelse i forbindelse med geriatrisk vurdering og udskrivningskoordination etc.

#### 5.1.1 Status – december 2015

Der er medio 2015 udmøntet midler til de lokale planområder med henblik på at styrke den lokale kvalitetsudvikling/evaluering af de indsatser, der er beskrevet i grundmodellen for forløbskoordination (jf. afsnit 3.1.1). Et af kriterierne for tildeling af midler har været, at undersøgelserne skal indeholde et fokus på, hvordan patienterne har oplevet, at forløbskoordination har skabt sammenhængende forløb.

Det fremgår, at afrapportering af lokale kvalitetsudviklingsinitiativer foreligger i juni 2016, hvor beskrivelse af arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse forventes at kunne udbygges på baggrund af undersøgelserne.

### 5.2 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Syddanmark

Region Syddanmark har ikke prioriteret specifikke indsatser vedrørende patient- og pårørende inddragelse. Det fremgår dog, at Center for Kvalitet (Region Syddanmark) i perioden september 2014-juni 2015 har udført en kvalitativ patient- og pårørendeundersøgelse. Formålet med undersøgelsen var at få indsigt i, hvad ældre medicinske patienter oplever i forbindelse med fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Undersøgelsen er baseret på semistrukturerede interview med fem patienter, og fokus var på planlægning af det opfølgende hjemmebesøg, selve besøget, inddragelse af pårørende samt aftaler og en plan for fremadrettet behandling og pleje. Med forbehold for undersøgelsens størrelse og repræsentativitet er der peget på tre opmærksomhedspunkter for det fremadrettede arbejde: 1) forventningsafstemning med borgeren, 2) information til borgeren både før, under og efter et opfølgende hjemmebesøg og 3) inddragelse af pårørende.

### 5.2.1 Status – december 2015

Det er planlagt, at undersøgelsens resultater inddrages i dialogen mellem sygehus, kommune og praktiserende læge, i udviklingen af samarbejdet om fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg.

## 5.3 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Sjælland

I Region Sjælland er midlerne ikke anvendt til at prioritere konkrete indsatser målrettet patient- og pårørendeinddragelse, men det er hensigten, at der skal skabes et øget fokus på området i løbet af det kommende år, når behovet for målrettede indsatser er afdækket. Planen er, at indsatsområdet skal tænkes ind i den kommende sundhedsaftale. Der er en forhåbning om, at projektgruppens arbejde vil give et klarere billede af, hvad det gode patient- og pårørendesamarbejde indebærer. Blandt andet ved at læse journalnotater og ved at indarbejde spørgsmål om dette i udskrivningskonferencer og forløbsaudits.

### 5.3.1 Status – december 2015

Det fremgår af den indsendte status, at sundhedsaftalen for 2015-18 som forventet indeholder en række indsatser, der er fokuseret på patient- og pårørendesamarbejde. Som eksempel nævnes, at der i aftaleperioden skal designes formidlingsveje og måder at inddrage borgerne på, samt at der vil blive udviklet et værktøj til borgernes eget overblik over deres forløb og aktører heri. Værktøjet indeholder fælles mål og aftaler og udgør borgerens plan, og det forventes, at denne vil finde anvendelse i ældre patienters forløb og derved øge graden af inddragelse. Ved de afsluttende interview vil vi samle op på, hvorvidt og hvordan dette er sket i praksis.

## 5.4 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Midtjylland

På overordnet niveau har midlerne til styrket forløbskoordination ikke resulteret i nye indsatser målrettet patient- og pårørendeinddragelse. Interviewpersonerne vurderer dog, at patient- og pårørendeinddragelse indgår som vigtige elementer i de lokale klyngeprojekter. Særligt det geriatriske team i Aarhus og hoftefrakturforløbet i Randers fremhæves i den forbindelse som indsatser, hvor der arbejdes målrettet med patient- og pårørendeinddragelse. Her er bl.a. fokus på udskrivningssamtaler, og der gennemføres interview og audits med fokus på patienter og pårørendes oplevelse af forløbet.

### 5.4.1 Status – december 2015

Det fremgår af den indsendte status, at der i 2014 blev udarbejdet en antropologisk undersøgelse, som bl.a. har belyst inddragelse af patienter/borgere og pårørende i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg. Det forventes, at denne undersøgelse også vil kunne belyse de pårørendes oplevelser af forløbskoordinationsfunktioner, og hvorvidt disse fungerer i forhold til at understøtte målgruppens behov. Det fremgår dog ikke, hvornår og hvordan dette konkret skal ske.

## 5.5 Patient- og pårørendeinddragelse i Region Nordjylland

Region Nordjylland har ikke planlagt indsatser, som er målrettet sundhedsfagliges arbejde med patient- og pårørendeinddragelse som følge af DÆMP-puljen. Interviewpersonerne ser i stedet inddragelse som en integreret del af de daglige patientrettede opgaver i hjemme-sygeplejen og almen praksis.

## 5.6 Opsamling

Som det fremgår, er der ikke afdækket eksempler på, at de allokerede midler anvendes til nye indsatser, der har eksplicit fokus på inddragelse af patienter og pårørende. Argumentet for dette er, på tværs af de gennemførte interview, at patient- og pårørendeinddragelse foregår som et integreret og prioriteret element i de indsatser, der i forvejen arbejdes med på området. Samtidig ses patient- og pårørendeinddragelse generelt som en svær opgave i de mest svækkede patienters indlæggelses- og udskrivningsforløb. Dels fordi der er tale om et meget komprimeret forløb, hvor der er mange organisatoriske og faglige hensyn i spil. Dels fordi målgruppen for den styrkede indsats kognitivt og fysisk er meget svækkede og sjældent er aktive i forhold til at stille krav til deres behandling.

Det fremgår også, at Region Syddanmark og Midtjylland har gennemført hver deres undersøgelse af ældre patienter og pårørendes perspektiver på inddragelse og overgange i forbindelse med indlæggelser og opfølgende hjemmebesøg, ligesom et lignende arbejde er under udarbejdelse i Region Hovedstaden. Forventningen er, at undersøgelserne kan bidrage til at kvalificere det fremadrettede arbejde med forløbskoordination.

Som det fremgår, kan det ikke forventes, at slutevalueringen afdækker nye/eller væsentlige resultater vedrørende patient- og pårørendeinddragelse, men i det omfang, der foreligger erfaringer og resultater, vil de blive indsamlet og formidlet i slutrapporten.

## 6 Tværgående kommunikation og samarbejde om DÆMP-patienters forløb

Dette kapitel beskriver udviklingen i kommunale og regionale fagpersoners oplevelse af samarbejde og kommunikation vedrørende særligt svækkede ældre patienter baseret på den elektroniske spørgeskemaundersøgelse gennemført i foråret 2014 (første runde) og foråret 2015 (anden runde). Resultaterne er opsummeret sidst i kapitlet.

Der fokuseres her på ændringer i besvarelsen af spørgeskemaet fra første til anden runde. Bilag 7 indeholder tabeller, som viser respondenternes besvarelse af samtlige spørgsmål i spørgeskemaet. Sidste runde af spørgeskemaundersøgelsen gennemføres i foråret 2016.

### 6.1 Baggrundsoplysninger om respondenter

Respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen omfatter ansatte i kommuner og regioner, som er særligt involverede i at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter, jf. afsnit 1.1. Godt 30 % af de kommunalt ansatte respondenter er kommunale visitatorer, og 25-30 % er hjemmesygeplejersker, jf. besvarelsen af spørgsmål 1 i bilag 7. Blandt respondenterne ansat på hospitaler er godt 60 % sygeplejersker, og ca. 15 % er læger. Resten har andre stillingsbetegnelser.

Respondenterne er jævnt fordelt mellem de fem regioner jf. besvarelsen af spørgsmål 3 i bilag 7.

Der er ikke statistisk signifikante forskelle i fordelingen af respondenter på stillingskategorier og regioner i første og anden runde af spørgeskemaundersøgelsen.

### 6.2 Sammenhæng og samarbejde

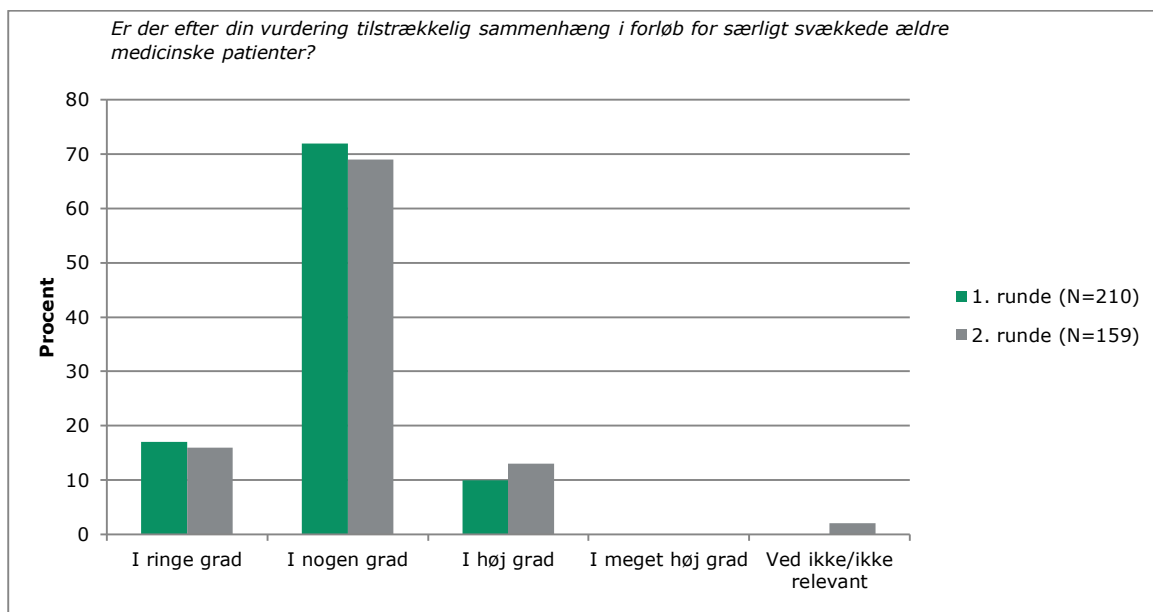
Respondenternes vurdering af sammenhæng og samarbejde i forløb for DÆMP-patienter er stort set uændret fra foråret 2014 til 2015.

Over 80 % af respondenterne vurderer, at der ikke er tilstrækkelig sammenhæng i forløb for DÆMP-patienter, jf. Figur 6.1 og Figur 6.2. Der er en svag tendens til en mere positiv vurdering blandt kommunalt ansatte i foråret 2015 sammenlignet med foråret 2014, jf. Figur 6.1. For både kommunalt ansatte og ansatte på hospitaler er forskelle i besvarelsen af spørgsmålet i første og anden runde ikke statistisk signifikante.

Mellem ca. 60 og 80 % af respondenterne vurderer, at koordinationen af de patientforløb, som de er involverede i, kun i ringe eller i nogen grad fungerer godt i dag, jf. besvarelsen af spørgsmål 10 i bilag 7. Det gælder både koordinationen mellem almen praksis og sygehus, mellem sygehus og kommune samt mellem kommune og almen praksis.

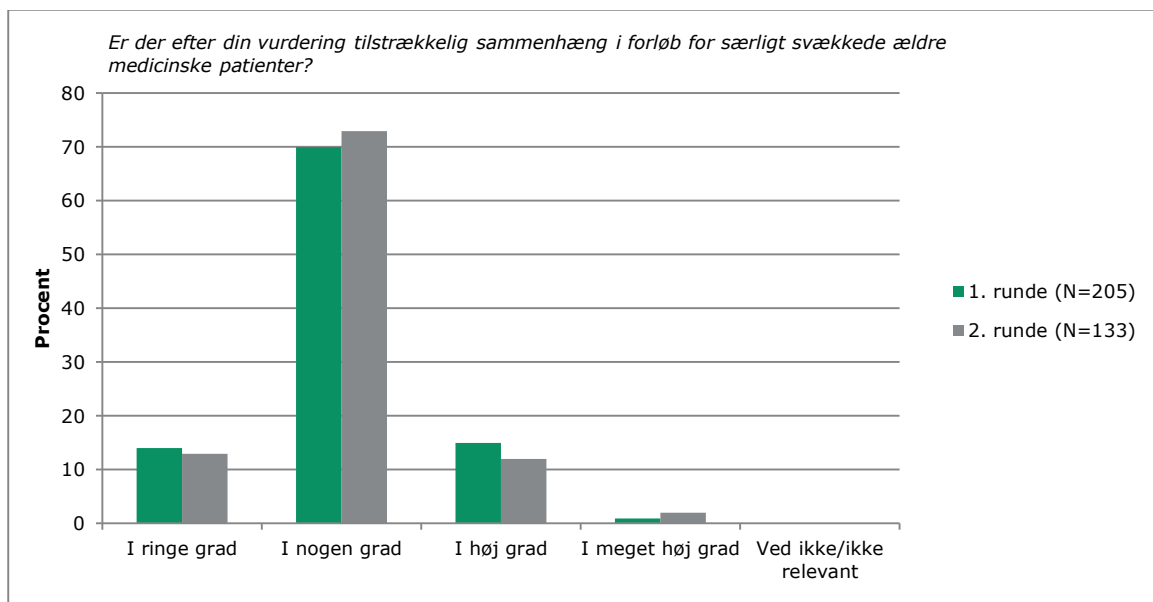
Samtidig oplever over halvdelen af respondenterne kun i ringe eller nogen grad, at fordelingen af opgaver og roller mellem sektorer er klar, jf. besvarelsen af spørgsmål 11 i bilag 7.

**Figur 6.1** Kommunalt ansattes vurdering af sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 5.

**Figur 6.2** Hospitalsansattes vurdering af sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte, spørgsmål 5.

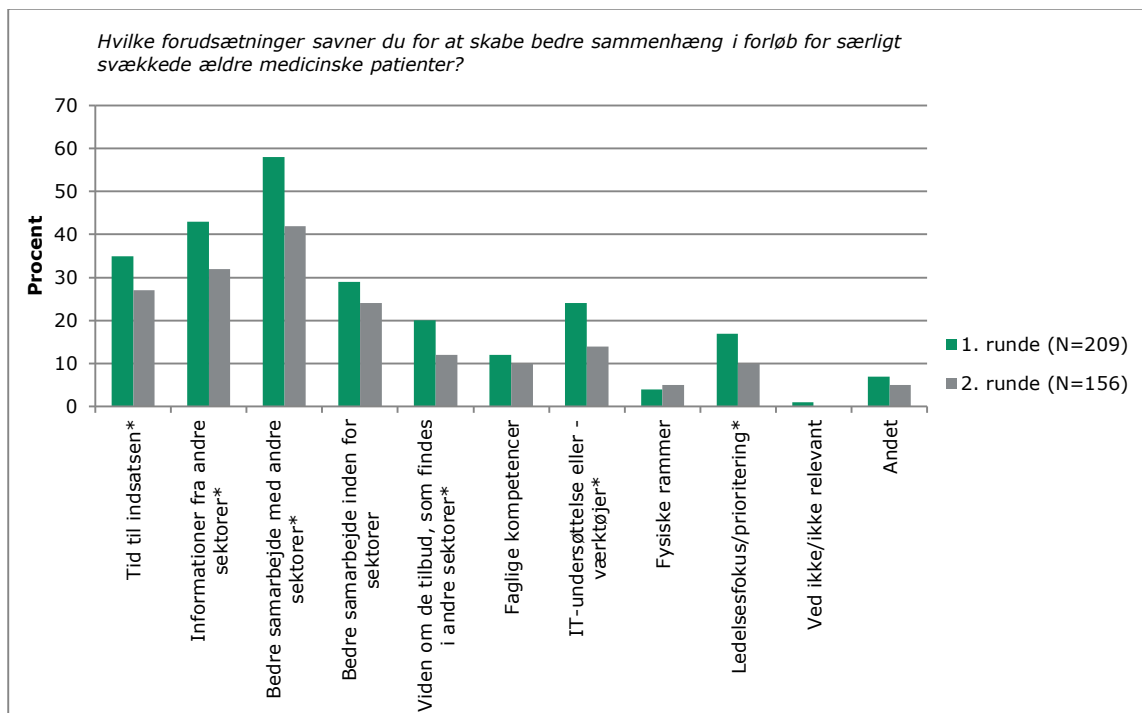
Størstedelen af respondenterne i både kommuner og regioner oplever, at der kun i ringe eller nogen grad på tværs af sektorer er et fælles defineret mål for patientforløbet, at man har viden om hinandens arbejde, samt at man har nemt ved at samarbejde om patientforløbene og gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver, jf. besvarelsen af spørgsmål 8 i bilag 7. Respondenterne er mere positive i vurderingen af samarbejdet inden for egen sektor, men det er fortsat ca. halvdelen, som kun i ringe eller nogen grad oplever, at de oven-



nævnte forudsætninger for samarbejde er opfyldt, jf. besvarelsen af spørgsmål 9 i bilag 7. Der er ikke statistisk signifikante forskelle i besvarelsen af spørgsmål 8 og 9 i første og anden runde af spørgeskemaundersøgelsen.

Der ses dog en statistisk signifikant reduktion i andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som savner forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng i forløb for DÆMP-patienter, jf. Figur 6.3 og Figur 6.4.

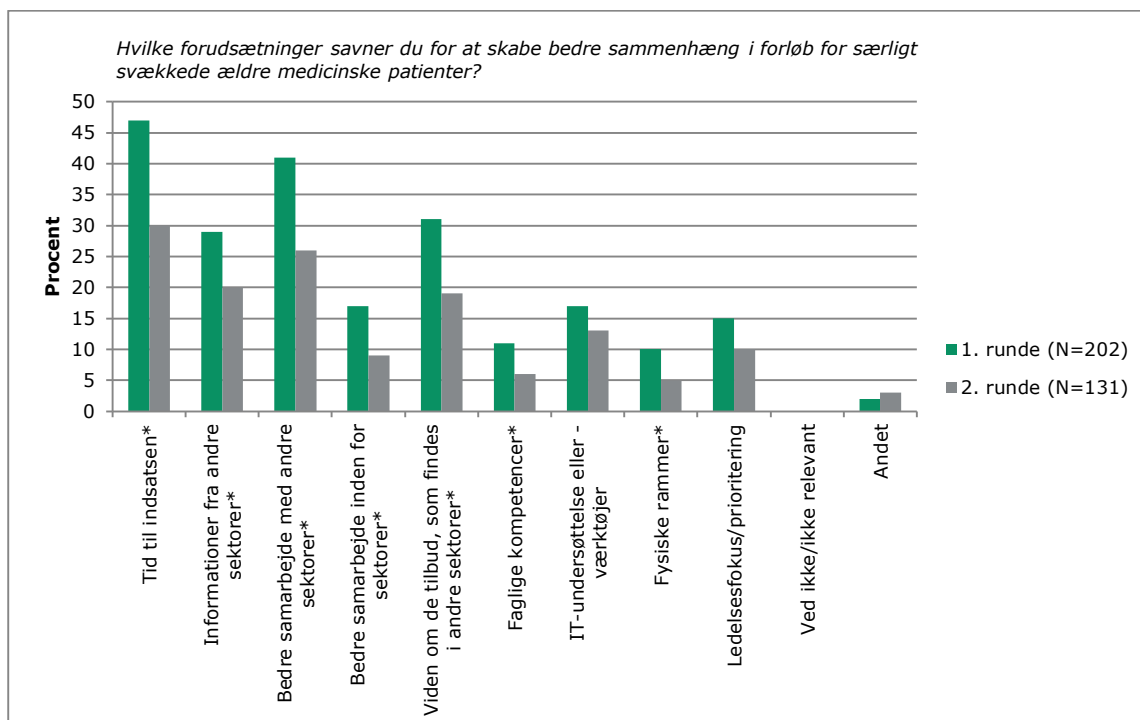
**Figur 6.3** Kommunalt ansattes vurdering af forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter



Note: \*angiver statistisk signifikante forskel fra første til anden runde af spørgeskemaundersøgelsen.

Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 6.

**Figur 6.4** Hospitalsansattes vurdering af forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter



Note: \*angiver statistisk signifikante forskel fra første til anden runde af spørgeskemaundersøgelsen.

Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte, spørgsmål 6.

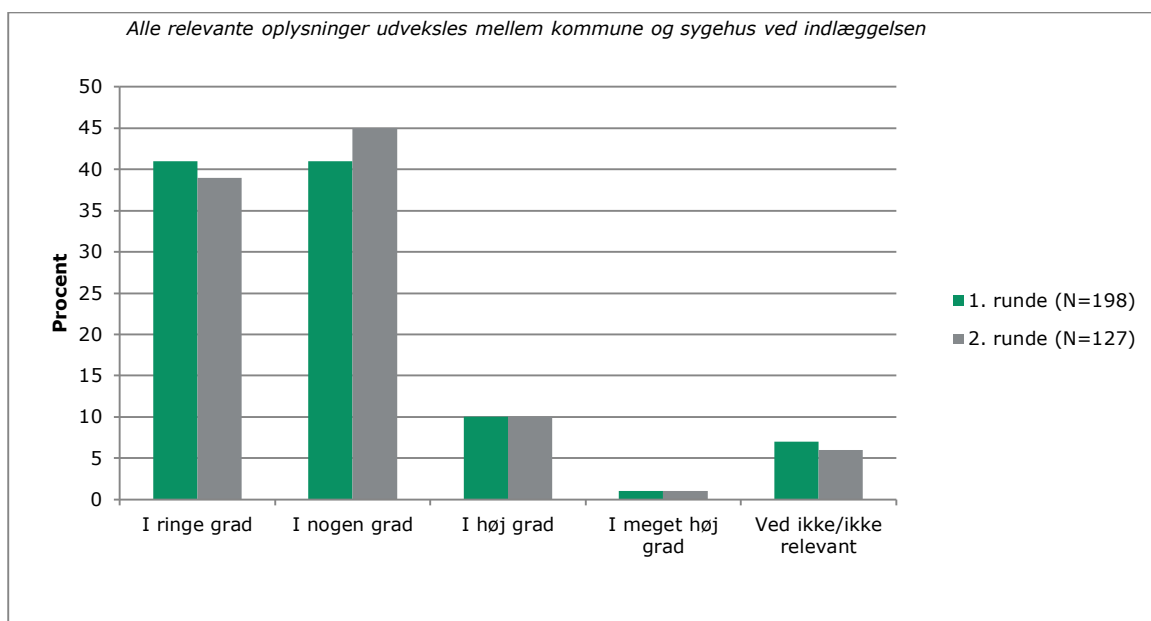
## 6.3 Kommunikation

Størstedelen af respondenterne oplever, at der ikke er tilstrækkelig kommunikation mellem sektorer i forløb for DÆMP-patienter. Over 80 % oplever, at der kun i ringe eller nogen grad kommunikerer nok til, at man har tilstrækkelig fælles viden om patienten, at informationerne fra de andre sektorer kommer tids nok, og at informationerne er relevante og målrettet behov, jf. besvarelsen af spørgsmål 12 i bilag 7. Mellem 50 og 60 % oplever endvidere, at de kun i ringe eller nogen grad har mulighed for dialog med relevante samarbejdspartner fra andre sektorer, når der opstår problemstillinger i patientforløbet.

Der er ikke statistisk signifikante ændringer i hverken kommunalt ansatte eller hospitalsansattes vurdering af kommunikationen i forløb for DÆMP-patienter i første og anden runde af spørgeskemaundersøgelsen.

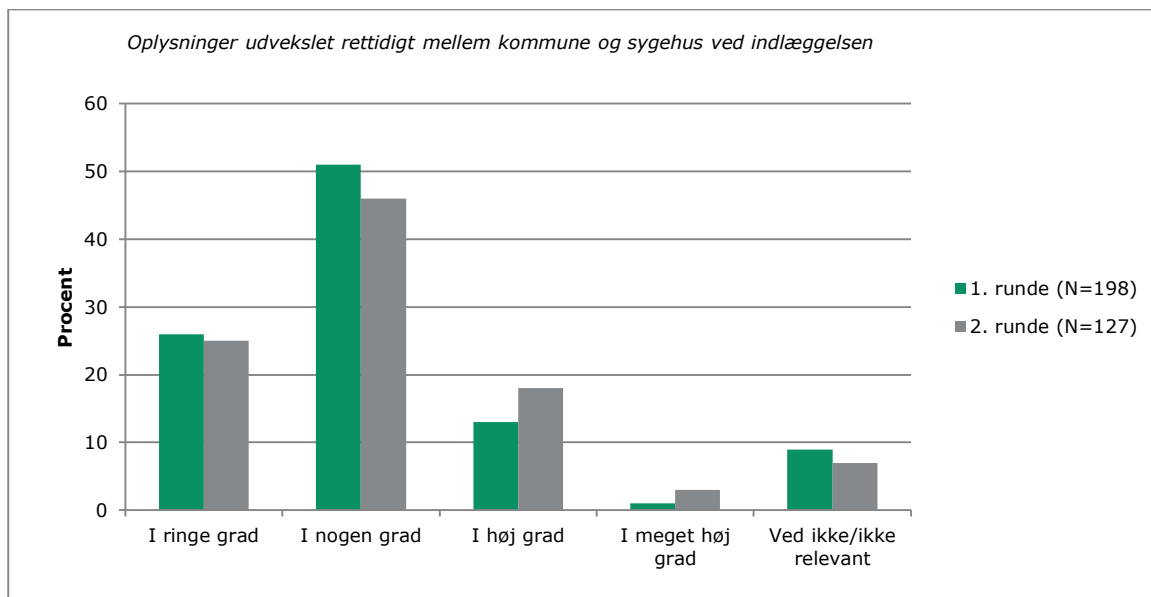
Der er en svag tendens til en mere positiv vurdering blandt hospitalsansatte af den skriftlige kommunikation mellem sygehus og kommune ved indlæggelse, jf. Figur 6.5 og Figur 6.6. Samtidig er der blandt kommunalt ansatte en svag tendens til en mere positiv vurdering af den skriftlige kommunikation ved udskrivelse, jf. Figur 6.7 og Figur 6.8. For både kommunalt ansatte og ansatte på hospitaler er forskellene ikke statistisk signifikante.

**Figur 6.5** Hospitalsansattes vurdering af skriftlig information mellem sygehus og kommune ved indlæggelse af særligt svækkede ældre medicinske patienter (relevant information)



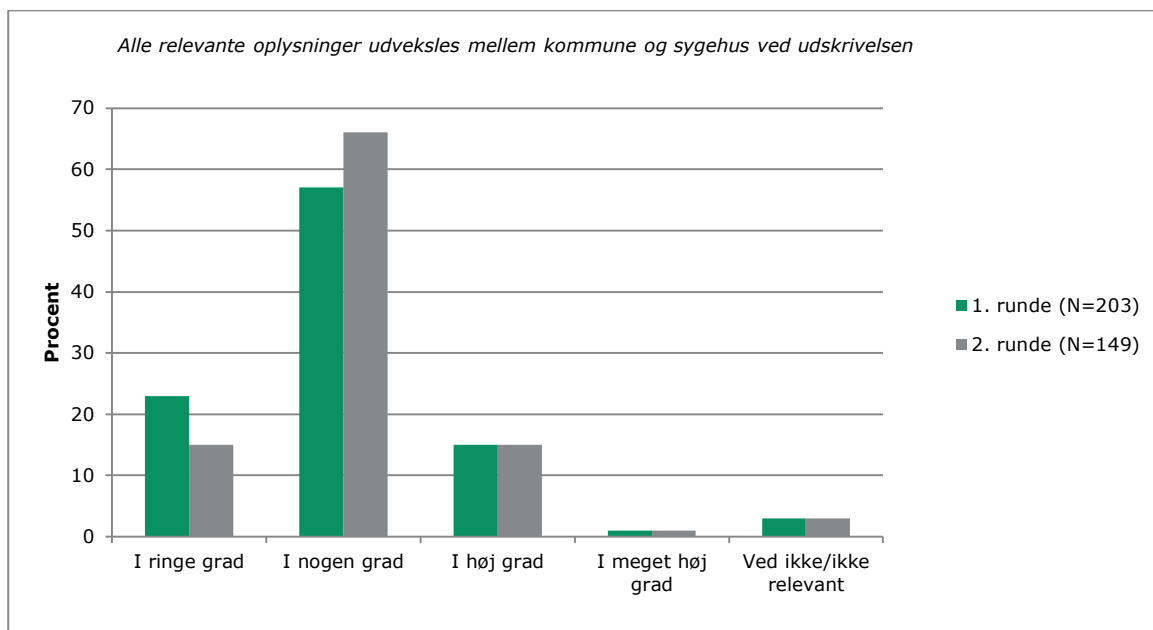
Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte, spørgsmål 13a.

**Figur 6.6** Hospitalsansattes vurdering af skriftlig information mellem sygehus og kommune ved indlæggelse af særligt svækkede ældre medicinske patienter (rettidig information)



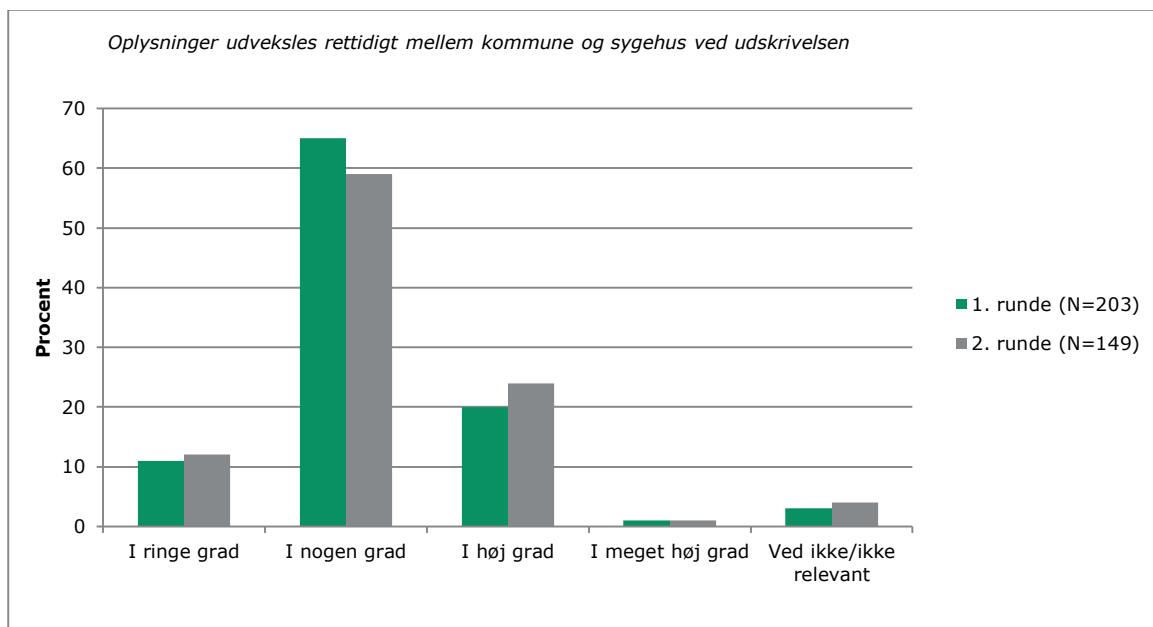
Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte, spørgsmål 13a.

**Figur 6.7** Kommunalt ansattes vurdering af skriftlig information mellem sygehus og kommune ved udskrivelse af særligt svækkede ældre medicinske patienter (relevant information)



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 17a.

**Figur 6.8** Kommunalt ansattes vurdering af skriftlig information mellem sygehus og kommune ved udskrivelse af særligt svækkede ældre medicinske patienter (rettidig information)

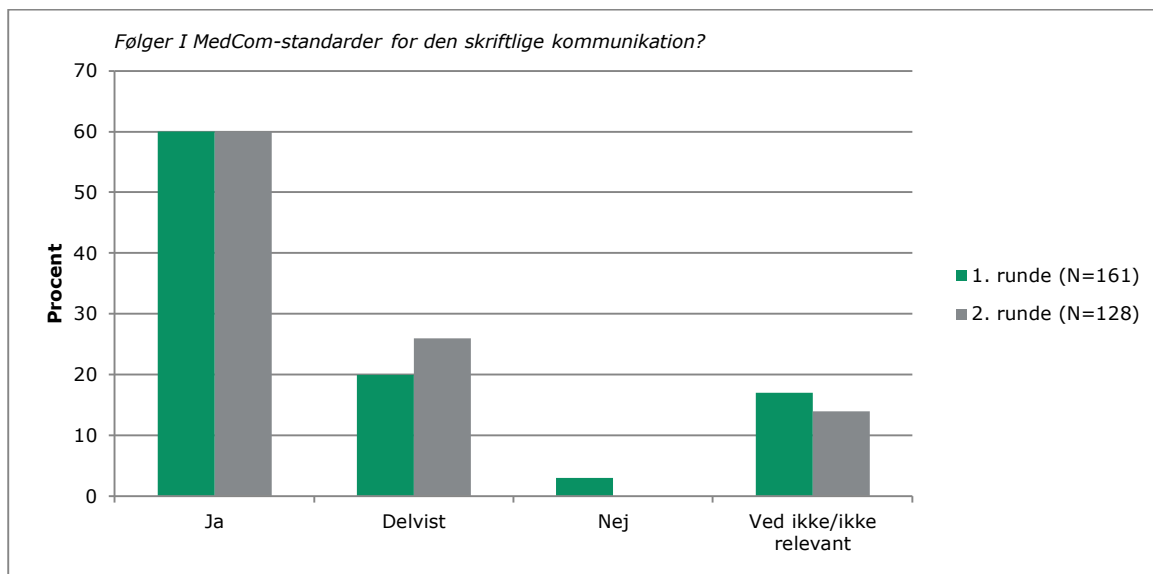


Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 17b.

Der er en tendens til, at en større andel af de kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som deltager i spørgeskemaundersøgelsen, oplyser, at man helt eller delvist følger MedCom-

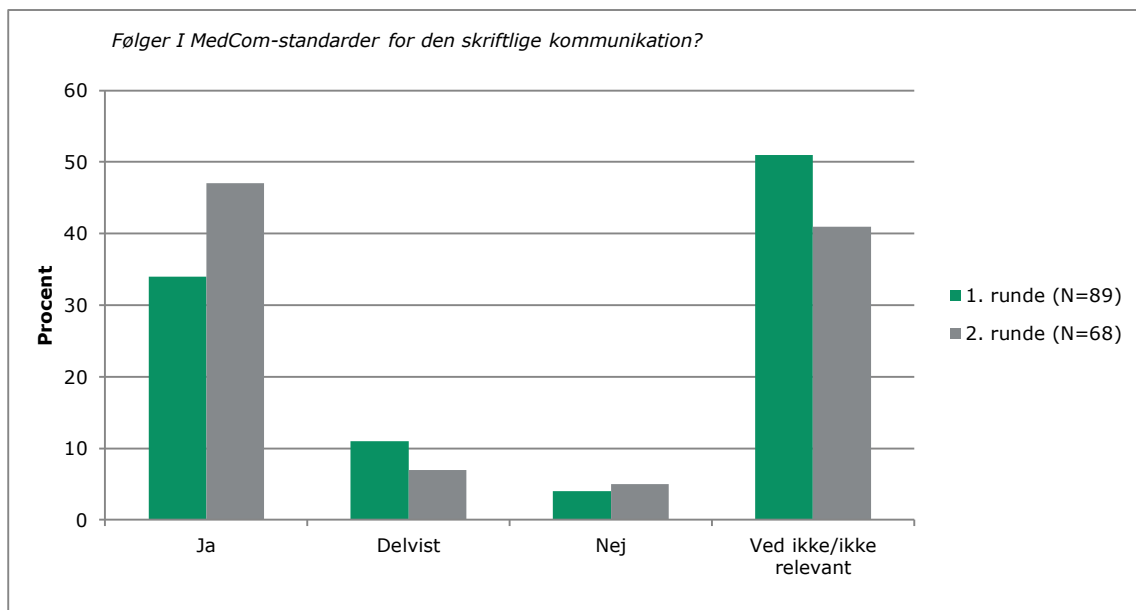
standarder for den skriftlige kommunikation, jf. Figur 6.9 og Figur 6.10. Samtidig ses en forbedring af både kommunalt ansatte og hospitalsansattes vurdering af MedCom-rapporternes indhold og læsevenlighed. Der er dog fortsat et væsentligt forbedringspotentiale, jf. besvarelsen af spørgsmål 19b og 19c i bilag 7. Forskellene i besvarelsen af spørgsmålene vedrørende MedCom-standarder i første og anden runde er ikke statistisk signifikante.

**Figur 6.9** Kommunalt ansattes vurdering af implementeringen af MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation i kommunen



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 19a.

**Figur 6.10** Hospitalsansattes vurdering af implementeringen af MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation på sygehuset



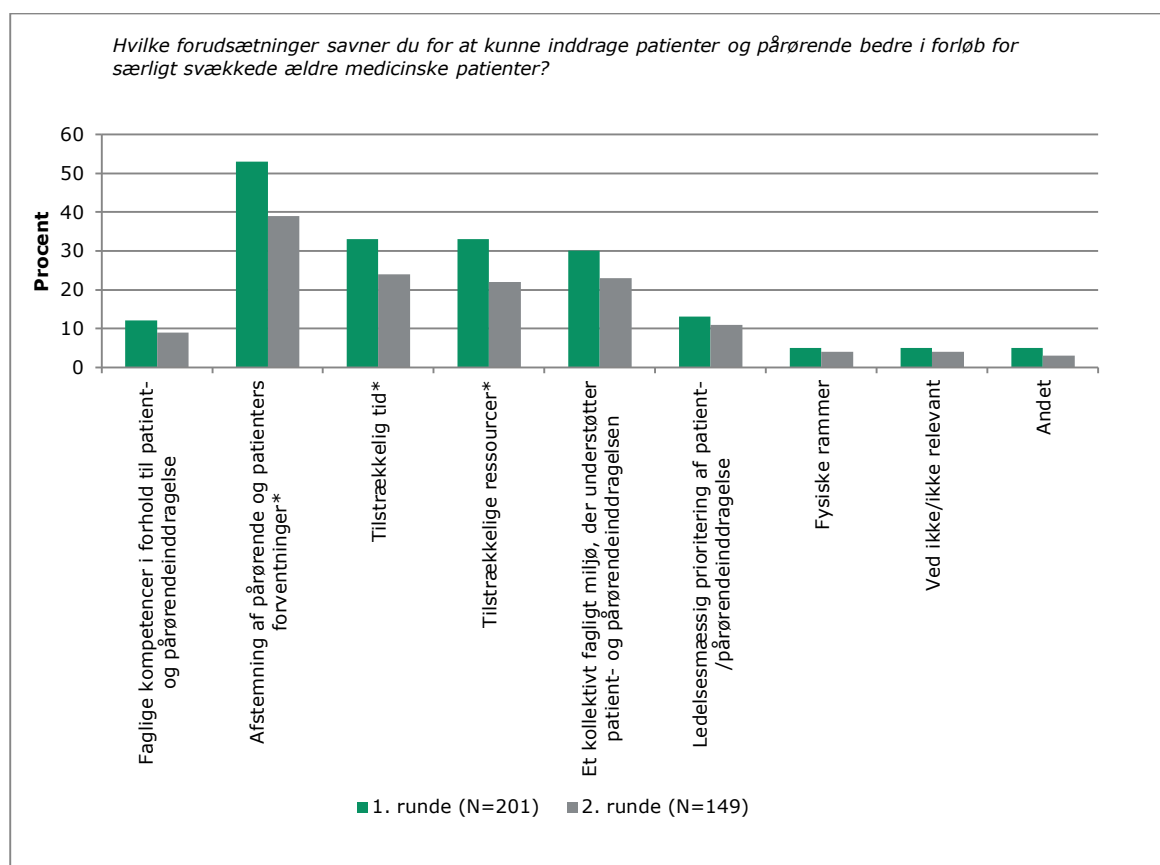
Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte, spørgsmål 19a.

## 6.4 Inddragelse af patienter og pårørende

Cirka 70 % af respondenterne fra kommuner og cirka 50 % af respondenterne fra regioner vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for DÆMP-patienter, jf. besvarelsen af spørgsmål 20 i bilag 7. Der er en svag tendens til en mere positiv vurdering blandt kommunalt ansatte i foråret 2015 sammenlignet med foråret 2014. For både kommunalt ansatte og ansatte på hospitaler er forskelle i besvarelsen af spørgsmålet i første og anden runde ikke statistisk signifikante.

Der ses dog en statistisk signifikant reduktion i andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som savner forudsætninger for at inddrage patienter og pårørende i forløb for DÆMP-patienter, jf. tabel Figur 6.11 og Figur 6.12.

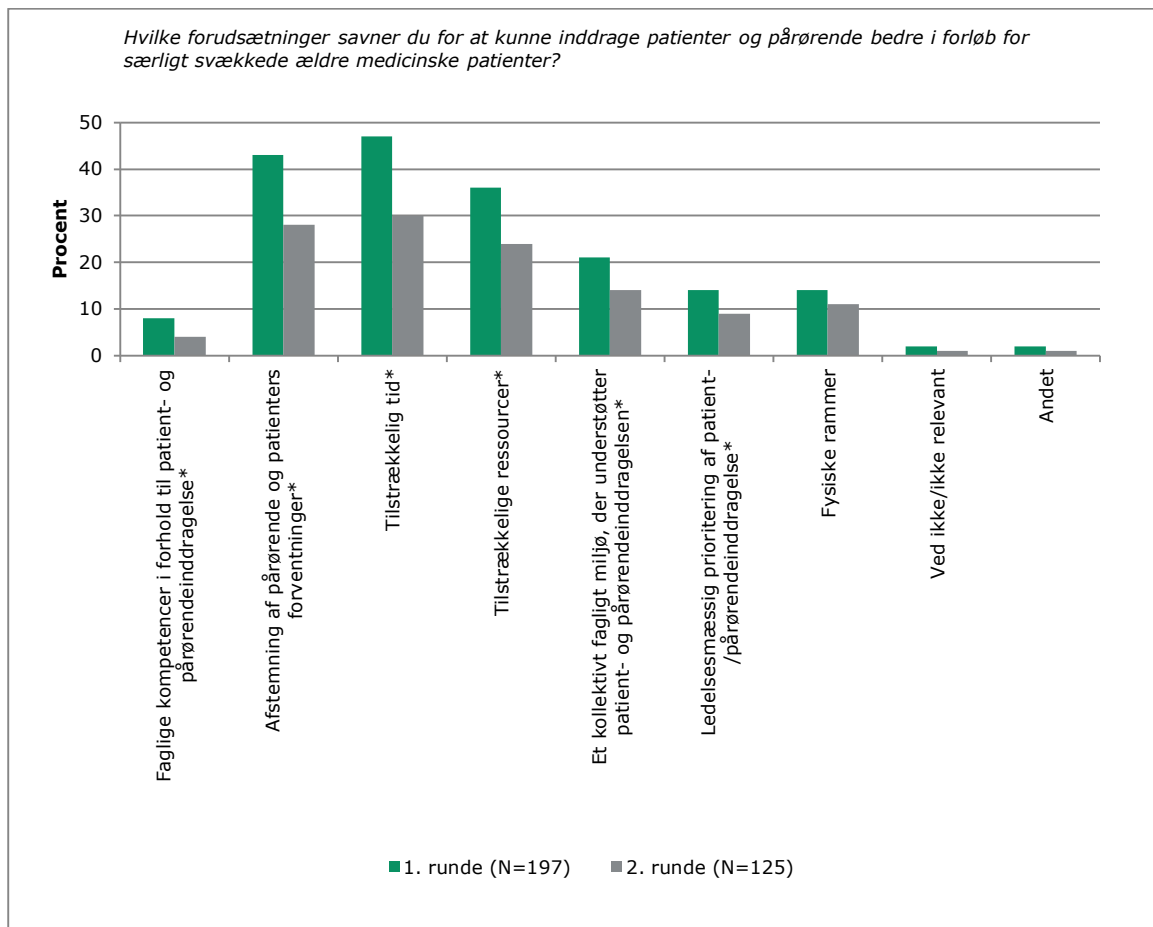
**Figur 6.11** Kommunalt ansattes vurdering af forudsætninger for at inddrage patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter



Note: \*angiver statistisk signifikante forskelle fra første til anden runde af spørgeskemaundersøgelsen.

Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 21.

**Figur 6.12** Hospitalsansattes vurdering af forudsætninger for at inddrage patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter



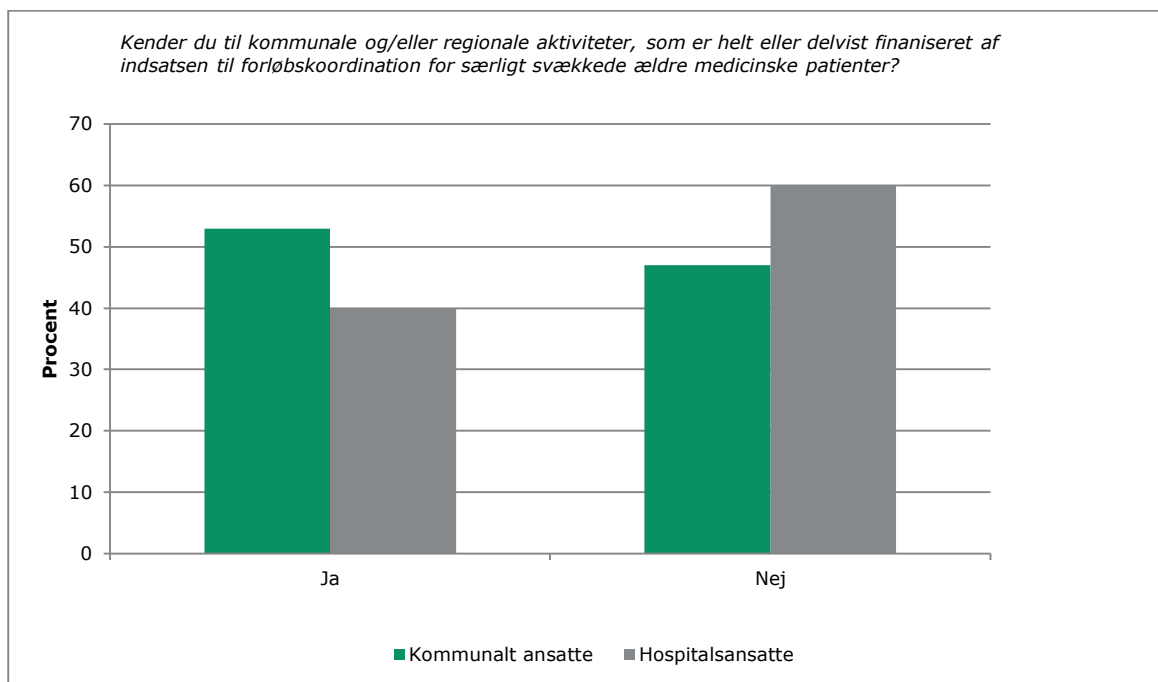
Note: \*angiver statistisk signifikante forskelle fra første til anden runde af spørgeskemaundersøgelsen.

Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte, spørgsmål 21.

## 6.5 Kendskab til og vurdering af aktiviteter finansieret af midler til styrket forløbskoordination

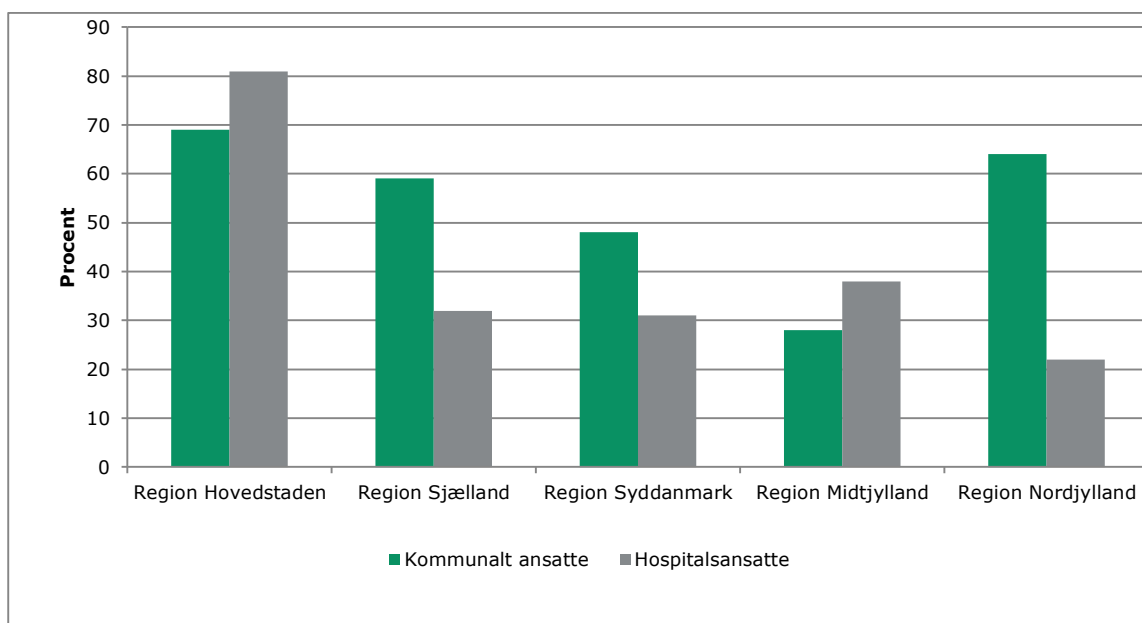
Lidt over halvdelen af alle kommunale respondenter oplyser i foråret 2015, at de kender til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af indsats til forløbskoordination af særligt svækkede ældre patienters forløb, jf. Figur 6.13. Andelen er 40 % blandt hospitalsansatte. Der er store regionale forskelle, jf. Figur 6.14. Kendskabet til aktiviteter finansieret af indsatsen er størst i Region Hovedstaden.

**Figur 6.13** Kommunalt ansatte og hospitalsansattes kendskab til aktiviteter finansieret af indsatsen til forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte (anden runde gennemført i foråret 2015), spørgsmål 24a.

**Figur 6.14** Andel af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som oplyser, at de kender til aktiviteter finansieret af indsatsen til forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter fordelt på regioner



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte (anden runde gennemført i foråret 2015), spørgsmål 3 og 24a.



Cirka 80 % af de kommunalt ansatte og 75 % af de ansatte på hospitaler, som deltager i spørgeskemaundersøgelsen, og som oplyser, at de kender til aktiviteter, der er finansieret af DÆMP-indsatsen, oplever, at disse aktiviteter i nogen eller høj grad medvirker til at forbedre samarbejdet, jf. besvarelsen af spørgsmål 24b i bilag 7.

En forholdsvis stor del af kommunernes midler er gået til at finansiere indsatser vedrørende fremskudt visitation. Flere kommunale respondenter fremhæver fremskudt visitation som en indsats, der medvirker til at skabe øget sammenhæng i særligt svækkede ældre patienters forløb, jf. eksemplerne fra spørgeskemaets frie svarkategorier nedenfor:

*Det er vigtig at være fysisk til stede på sygehusene. Specielt i forhold til kommunikation med pårørende og for at få eget indblik i patientens tilstand. Mange problemer løses ved at se og snakke med patienter inden udskrivelse.*

[Kommunal teamleder i visitationen]

*Jeg synes, at det har stor værdi, at jeg har mulighed for selv at vurdere patienternes funktionsniveau, inden de udskrives fra sygehuset. Jeg oplever, at patienterne gøres enten "for gode" eller "for dårlige" alt efter, hvad sygehusafdelingen ønsker at opnå med visitationen fra kommunal side.*

[Kommunalt ansat – stillingsbetegnelse uoplyst]

## 6.6 Opsamling

Størstedelen (op til ca. 80 %) af de regionale og kommunale fagpersoner oplever mangelfulde forudsætninger/manglende kommunikation, sammenhæng og samarbejde i særligt svækkede ældre patienters forløb.

Det fremgår samtidig af spørgeskemaundersøgelsen, at fagpersonernes oplevelse af samarbejde og kommunikation vedrørende særligt svækkede ældre patienter i det store hele er uændret fra foråret 2014 til foråret 2015. Der er tendenser til forbedring af samarbejdet, fx i forhold til den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved indlæggelse og udskrivelse, men forskellene er ikke statistisk signifikante. Dog ses en statistisk signifikant reduktion i andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som savner forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng og inddrage patienter/pårørende i forløb for patientgruppen.

Lidt over halvdelen af alle kommunalt ansatte og cirka 40 % af de hospitalsansatte, som deltog i anden runde af spørgeskemaundersøgelsen i foråret 2015, oplyste, at de kender til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af indsatsen til forløbskoordination. Der er store regionale forskelle. Kendskabet til aktiviteter finansieret af puljen er størst i Region Hovedstaden.

Størstedelen af respondenterne, som kender til aktiviteter finansieret af puljen, oplever, at disse aktiviteter medvirker til at forbedre samarbejdet om DÆMP-patienter. I forbindelse med slutevalueringen udsendes spørgeskemaet for tredje gang, hvorefter resultaterne vil blive anvendt til at vurdere, i hvilket omfang kommunikation og samarbejde om særligt svækkede ældre medicinske patienter har udviklet sig positivt i projektperioden.

## 7 Konklusion og fremadrettede pejlemærker

### 7.1 Status for organisering og udmøntning

Midtvejsevalueringen viser, at der, som anvist i udmøntningsplanen, er indgået fælles aftaler for udmøntningen af forløbskoordinationsindsatsen i alle regioner. Alle regioner har også etableret en projektorganisation med afsæt i de eksisterende samarbejdsfora på sundhedsaftaleområdet. Disse samarbejdsfora opleves i dag som veludviklede og som et naturligt sted at forankre tværgående samarbejder. Det fremgår dog også, at det de fleste steder har taget lang tid at indgå de fælles aftaler for midlernes anvendelse, samt at de aftaler, der er indgået de fleste steder, har en relativt overordnet karakter. Der er i den forbindelse en udbredt oplevelse af, at der burde have været færre specifikke krav til midlernes udmøntning, fordi midlerne er fordelt via en fordelingsnøgle, samtidig med at de ikke påvirker budgettet mærkbart hos de afdelinger og enheder, der er tildelt midler. Dels for at arbejdet kunne komme hurtigere i gang, og dels for at en større andel af midlerne kunne gå til patientrettet arbejde frem for udvikling, opstart og løbende projektledelse.

En stor del af de allokerede midler er prioriteret til at videreføre og styrke eksisterende indsats, der allerede fungerer i drift. Det gælder samtidig, at stort set alle de kommunale midler i fire af regionerne er kanaliseret ind i den eksisterende drift i de funktioner, hvor der i forvejen arbejdes med udskrivningskoordination mens regioner/hospitaler i højere grad anvender midlerne på kvalitetsudvikling af samarbejde og kommunikation omkring ældre svækkede patienters indlæggelsesforløb. Undtagelsen til ovenstående er Region Nordjylland, hvor midlerne anvendes til at opruste samarbejdet mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen. Region Nordjylland er desværre også en undtagelse, fordi lukningen af DAMD-databasen, har medført, at de prioriterede indsats ikke kunne gennemføres. De prioriterede indsats er derfor lukket efter gensidig aftale mellem regionen, kommunerne og almen praksis.

Midtvejsrapporten har haft fokus på at beskrive opstart, implementering og foreløbige erfaringer. Det fremgår i den forbindelse af interview og indsendte statusnotater, at de fleste af de prioriterede indsats overordnet udmøntes som planlagt, samt at første positive erfaringer og resultater begynder at blive meldt ind. Ved slutevalueringen, der gennemføres medio 2016, flyttes fokus, så der i højere grad afdækkes erfaringer, resultater og de anbefalinger, som de igangsatte indsats giver anledning til.

### 7.2 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg

#### **MedCom-standarder**

Udrulningen af MedCom-standarderne har taget længere tid end planlagt, men MedCom-standarderne for kommunikation ved indlæggelse og udskrivning er ved udgangen af 2015 implementeret i alle fem regioner. Interview og indsendte statusnotater viser, at overgangen til elektronisk kommunikation overvejende opleves som et fremskridt for samarbejdet om ældre patienters forløb.

Det fremgår dog også, at der er stor forskel på, hvorvidt MedCom rent teknisk er implementeret, og hvornår meddelelserne anvendes rettidigt og målrettet. Øget rettidighed i de forskellige meddelelser og bedre kvalitet af den information, der udveksles, udgør således et vigtigt indsatsområde, som der arbejdes med i alle regioner og kommuner. Dette vil vi

samle op på i den afsluttende interviewrunde i forsommeren 2016. Endvidere henvises til rapporten om de gennemførte casestudier<sup>9</sup>, der beskriver arbejdet med MedCom-standarden mere detaljeret og i direkte relation til arbejdet med forløbskoordination for DÆMP-patienter.

### **Opfølgende hjemmebesøg**

I udmøntningsplanen vedrørende styrket forløbskoordination for særligt svækkede ældre patienter er der en forventning om, at indsatsen vil have en positiv betydning for, hvor mange besøg der gennemføres. De gennemførte interview viser i den forbindelse, at der arbejdes med opfølgende hjemmebesøg i alle regioner. Evalueringen indikerer dog, at der i lille omfang er synergi imellem indsatsen vedrørende forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg, fordi de prioriterede indsatser generelt ikke er relateret til opfølgende hjemmebesøg. Samtidig fremgår det, at der er blandede oplevelser vedrørende resultaterne af de opfølgende hjemmebesøg først og fremmest, fordi der er mange barrierer for at få dem gennemført i praksis.

## **7.3 Patient- og pårørendeinddragelse**

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at ca. 70 % af respondenterne fra kommuner og ca. 50 % af respondenterne fra regioner vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for DÆMP-patienter. Til trods for dette er der ikke afdækket eksempler på, at indsatsen vedrørende forløbskoordination anvendes til nye indsatser, der har eksplicit fokus på inddragelse af patienter og pårørende.

Argumentet for dette er, på tværs af de gennemførte interview, at patient- og pårørende inddragelse foregår som et integreret og prioriteret element i de indsatser, der i forvejen arbejdes med på området. Det fremgår samtidig, at patient- og pårørendeinddragelse opleves som en svær opgave i de mest svækkede patienters forløb. Dels fordi mange patienter kognitivt og fysisk er meget svækkede og sjældent er aktive med at stille krav til deres behandling, og dels fordi arbejdet omkring indlæggelse og udskrivning foregår i en kontekst, der er stærkt struktureret af faglige og organisatoriske hensyn.

Der er afdækket enkelte eksempler på, at perspektiver fra patienter og pårørende indirekte inddrages i udviklingsarbejdet. I Region Sjælland er det meningen, at patienterne skal have en egen handleplan, hvor patienterne er med til at opstille mål for deres forløb og får mulighed for at få overblik over deres behandling. I Region Syddanmark og Region Midtjylland gennemføres kvalitative undersøgelser af ældre patienter og pårørendes perspektiver på inddragelse og overgange i forbindelse med deres indlæggelser og opfølgende hjemmebesøg. Endelig gennemfører de enkelte planområder i Region Hovedstaden evalueringer af deres indsatser, som bl.a. har fokus på inddragelse af patienter og pårørendes perspektiver. Forventningen til alle de ovennævnte undersøgelser er, at de kan bidrage til at kvalificere det fremadrettede arbejde med forløbskoordination, efter afslutningen af projektperioden. Ved den afsluttende interviewrunde vil vi samle op på, hvorvidt og hvordan dette er sket i praksis.

---

<sup>9</sup> Som led i evalueringen gennemfører KORA et komparativt casestudie af fire udvalgte indsatser vedrørende forløbskoordination af komplekse ældre patienters overgang fra hospital til kommune. Rapporten forventes offentliggjort ultimo maj 2016.

## 7.4 Status for tværgående kommunikation og samarbejde

Størstedelen (op til ca. 80 %) af de regionale og kommunale fagpersoner oplever mangelfulde forudsætninger/manglende kommunikation, sammenhæng og samarbejde i patienters forløb. Det fremgår samtidig, at fagpersonernes oplevelse af samarbejde og kommunikation vedrørende særligt svækkede ældre patienter i det store hele er uændret fra foråret 2014 til foråret 2015. Der er tendenser til oplevede forbedringer af samarbejdet, fx i forhold til den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved indlæggelse og udskrivelse, men forskellene er ikke statistisk signifikante. Dog ses en statistisk signifikant reduktion i andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som savner forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng og inddrage patienter/pårørende i forløb for særligt svækkede ældre patienter.

Lidt over halvdelen af alle kommunalt ansatte og ca. 40 % af de hospitalsansatte, som deltog i anden runde af spørgeskemaundersøgelsen i foråret 2015, oplyste, at de kender til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af indsatsen til forløbskoordination af patienter. Størstedelen af disse respondenter oplever, at aktiviteterne medvirker til at forbedre samarbejdet om patientgruppen.

I forbindelse med slutevalueringen udsendes spørgeskemaet for tredje gang, hvorefter resultaterne vil blive anvendt til at vurdere, i hvilket omfang kommunikation og samarbejde om særligt svækkede ældre medicinske patienter har udviklet sig positivt i projektperioden.

# Litteratur

- (1) Buch MS. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom - erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet. København: KORA; 2013.
- (2) Buch MS, Petersen CH, Hansen EB. Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2 diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led. København: KORA; 2013.
- (3) Buch MS, Rasmussen PS, Borst L, Rasmussen SR. Evaluering af Næstved Sundhedscen- ters KOL-rehabilitering. København: KORA; 2013.
- (4) Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet. Hvad skal der til praksis? Køben- havn: FOKUS. Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service; 2008.
- (5) Buch MS, Olesen E. Forløbskoordinerede funktioner i kommunalt regi. Erfaringer fra to udviklingsprojekter. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- (6) Navne LE, Borst L, Buch MS: Evaluering af forløbskoordination og diagnoserettede til- bud til borgere med KOL, hjertesygdom og type 2 diabetes i Slagelse Kommune. Køben- havn: KORA; 2013.
- (7) Buch MS, Hansen EB, Jørgensen MM: Evaluering af kommunikationsaftale for indlæggel- se og udskrivning i Region Hovedstaden. København: KORA; 2014.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (9) Wulff C, Søndergaard J, Olesen F, Vedsted P. Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter. Ugeskrift for Læger 2010; 172(10):801-804.

# Bilag 1 Interviewguide til ledere og projektdeltagere, første runde af spørgeskemaundersøgelsen i DÆMP-evalueringen

- Introduktion til interviewform (tilstræbt anonymitet, optages digitalt).
- Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation evaluering/formål med interview.
- Evaluering af puljens udmøntning – fokus på hvordan I har organiseret jer, hvilke modeller for forløbskoordination I arbejder med, status for samarbejdsaftaler, screening, kvalitetsudvikling, monitorering og patientinddragelse etc.

Præsentation af interviewdeltagere (navn, stilling og evt. særlige opgaver og ansvarsområder med relevans for puljemidlerne).

Spørgsmål inden vi går i gang?

## Opstart og organisering af samarbejdet om puljen

- Prøv at beskrive, hvordan I har grebet udmøntningen an...
- I hvilket omfang er der etableret en projektorganisation, som koordinerer udmøntningen?
  - Udfordringer og succeser?
  - Ledelsesmæssig forankring?
- I udmøntningsplanen er der lagt op til tillægsaftale under sundhedsaftalerne, som sætter en fælles og forpligtende ramme for puljemidlerne. Hvordan har I udmøntet det her i regionen?
  - Fælles aftale for alle vs. lokalt tilpassede aftaler?
  - Variation vs. Standarder – hvad oplever I af fordele og ulemper ved valgt model?
  - Hvilke forventninger er der til aftaler og samarbejde for resten af projektperioden?
- Hvor og hvordan er midlerne overordnet udmøntet/planlagt udmøntet henholdsvis kommunalt og regionalt i konkrete indsatser?
  - Personbåren koordination vs. funktioner?
  - I hvilket omfang er udmøntningen koordineret?
- Har I haft nogle igangværende succeser/indsatser vedrørende forløbskoordination, som der bygges videre på i forbindelse med den styrkede indsats?
  - Hvordan er de organiseret? Hvordan bygger I videre på dem i forbindelse med den styrkede indsats?
- Hvilke specifikke indsatser er prioriteret/planlagt/hvem er forløbskoordinatorer (fremskudt visitation, forløbskoordinatorer, it, følge-hjem-ordninger, telemedicin etc.)?
  - I hvilket omfang er de specifikke kommunale og regionale indsatser koordineret?
- Kobling til opfølgende hjemmebesøg – hvordan? Udfordringer? (Også for gennemførelse af de opfølgende hjemmebesøg).
- Hvilke effekter forventer I på kort og mellemlang sigt i forhold til sammenhæng, patientinddragelse, rettidig kommunikation mm.?

## Opsporing af relevante patienter (helbredsmæssige, organisatoriske og sociale kriterier)

- Hvem identificerer patienterne og initierer forløb?
  - Hvor og hvordan sker det?
  - Hvordan/i hvilket omfang dokumenteres det? (Hvilke forventninger har I til fremadrettet dokumentation?)
  - Hvordan ser et forløb ud? (Forventningen fra udmøntningsplanen er funktioner særligt dedikeret indlæggelse og udskrivelse).
- Er der udviklet særlige screeningsredskaber/gjort noget særligt for at gøre relevante fagpersoner opmærksomme på gruppen af særligt svækkede ældre medicinske patienter?

## Implementering og anvendelse af MedCom-standarder

Væsentlig antagelse om udmøntningen af puljen (og den skriftlige kommunikation om indlæggelses- og udskrivningsforløb i det hele taget), at den understøttes af MedCom-standarder.

- Hvor langt er I med MedCom? I hvilket omfang er kommunikationen baseret på MedCom-standarder?
- Hvilke planer er der lagt for videre implementering af MedCom?
- Hvordan fungerer MedCom/hvordan følger I op på anvendelsen – fx via audits?
- Fortæl kort om planer og forventninger til arbejdet i den tværgående følgegruppe på regionalt niveau – MedCom, screening og monitoreringsdata...

## Monitoreringsdata

- Status for indsamling og indrapportering af data...
- Har I haft nogle udfordringer i forhold til den udmeldte model for indsamling af dokumentation for igangsatte forløb?
- Hvordan vurderer I muligheden for at vurdere/indsamle viden om overholdelse af de seks opstillede kvalitetskriterier?
- Har I fundet nogle løsninger/hvilke forventninger har I til fremadrettet dokumentation og vurdering af kvalitet i igangsatte forløb?

## Patient- og pårørendeinddragelse

- Status/planer for pårørendeinddragelse i forbindelse med forløbskoordinationen?
  - Udfordringer for patient- og pårørendeinddragelse?
  - Forventninger til, hvor langt I når i projektperioden?
- Har I nogle eksempler på indsatser, der arbejder målrettet med patient- og pårørendeinddragelse?

## Udvælgelse af Best cases, som kan indgå i evalueringen?

Steder/modeller/eksempler på samarbejder, der er igangsat under puljen, som I vurderer, er særligt lovende, og som egner sig til at indgå i den del af evalueringen, der går tæt på praksis:

- Uddyb og forklar, hvorfor I vurderer, at der er tale om en Best case?
- Tilknyttede evalueringsaktiviteter?
- Forventet patientvolumen?
- Erfaringer med patient-/pårørendeinddragelse?
- Eksisterende samarbejdserfaringer?

### Afrunding

- Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om/pointer der skal uddybes?
- Har I spørgsmål til os?



# Bilag 2 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Hovedstaden

## Planlagte indsatser<sup>10</sup>

Region Hovedstaden har prioriteret, at DÆMP-puljen skal anvendes til at styrke de bedste af de elementer, der i forvejen er målrettet samarbejdet om DÆMP i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Første skridt i forbindelse med udmøntningen af DÆMP-puljen har derfor været at få overblik over eksisterende indsatser samt erfaringerne med disse. Overblikket er baseret på tværsektorielle gruppeinterview med nøglemedarbejdere fra hvert af Region Hovedstadens fire planområder samt et survey om indsatser og samarbejdsrelationer, der er udsendt til en bred kreds af medarbejdere. Resultaterne fra kortlægningen er brugt til at aftale en grundmodel for fælles regional/kommunal forløbskoordination med tre prioriterede indsatser:

**Samarbejdet mellem de regionale geriatriske teams og kommunerne:** Fokus er først og fremmest på at sikre overlevering af de særligt svækkede borgere, der udskrives direkte fra en akutmodtagelse til kommunen. Region Hovedstaden har siden 'Ældreplanens' vedtagelse i 2011 haft geriatriske teams på alle akutmodtagelser. Hovedopgaven består i at identificere og udrede patienter, som har brug for en særlig indsats for at forebygge genindlæggelse. DÆMP-midlerne anvendes til at kvalitetssikre og ensrette rutiner og kommunikation på tværs af de geriatriske teams. Forventningen er, at DÆMP-midlerne bidrager til at der:

- på tværs af planområder udvikles fælles kriterier for udvælgelse af patienter, som skal have tilbud om geriatrisk udredning og vurdering
- bliver mulighed for tidlig geriatrisk vurdering af skrøbelige ældre patienter på alle afdelinger, hvor ældre patienter indlægges
- udvikles en fælles systematik i kommunikationen med kommunen og almen praksis i forbindelse med geriatrisk udredning og evt. opfølgende hjemmebesøg ved det geriatriske team
- bliver mulighed for deltagelse af geriatrisk team i udskrivningskonferencer/statusmøder på hospitalet i særligt komplekse forløb.

**Den kommunale udskrivningskoordination på hospitalerne:** Fokus er på at styrke overgangen fra stationære sengeafdelinger til kommunen. Kommunerne anvender deres DÆMP-midler til at styrke koordinering af komplicerede udskrivinger. Der er metodefrihed, men de fleste kommuner har prioriteret fremskudt visitation, flere timer til de eksisterende udskrivningskoordinatorer etc. Forventningen er, at DÆMP-midlerne bidrager til, at der:

- udvikles fælles kriterier for udvælgelse af patienter (udvælgelsen sker primært med udgangspunkt i hospitalets MedCom-plejeforløbsplan), der skal have tilbud om særlig udskrivningskoordination

---

<sup>10</sup> Beskrivelsen er baseret på to gruppeinterview med i alt otte deltagere fra DÆMP-projektorganisationen, der arbejder med DÆMP-midlerne i Region Hovedstaden, samt følgende skriftlige materiale: 1: Notat om grundmodel for fælles regional/kommunal forløbskoordinatorfunktion for særligt svækkede ældre medicinske patienter. 2: Årlig status vedrørende forløbskoordinationsfunktioner indsendt til Danske Regioner 2013.

- bliver større kontinuitet i kommunernes varetagelse af udskrivningsfunktionen og et tættere samarbejde/dialog mellem hospital og kommune
- bliver bedre mulighed for, at kommunerne deltager i udskrivningskonferencer og følge-hjem-besøg i særligt komplekse forløb.

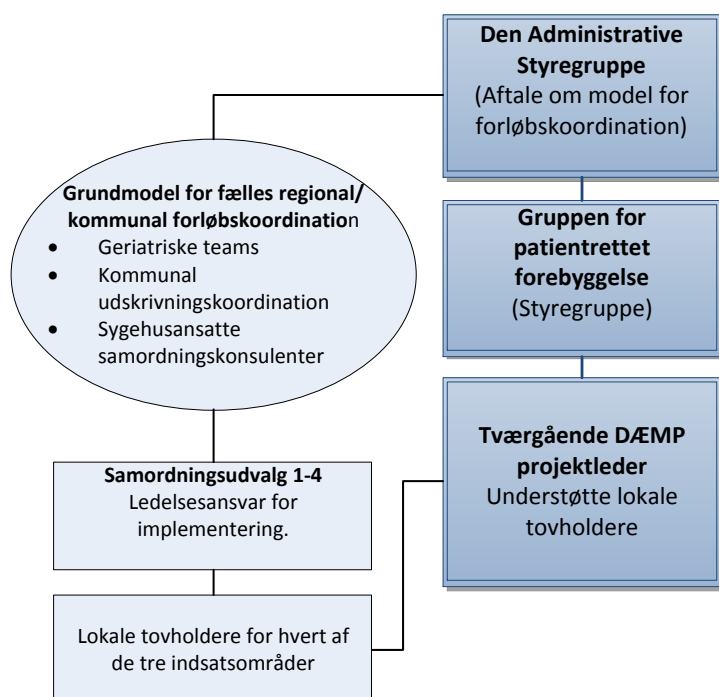
**Samordningskonsulenternes rolle på hospitalerne:** Hvert hospital i Region Hovedstaden har en til to samordningskonsulenter med ansvar for at styrke de tværsektorielle relationer, samt håndtere koordineringen af særligt komplicerede patientforløb. På nogle hospitaler har samordningskonsulenterne endvidere en funktion i forhold til at rådgive frontpersonalet på de enkelte afdelinger omkring håndtering af komplekse patientforløb. DÆMP-midlerne skal medvirke til at:

- styrke samordningskonsulenternes kompetencer til at varetage forløbskoordination for særligt svækkede patienter
- opprioritere proaktiv rådgivning af frontpersonalet for at forebygge konflikter og misforståelser, inden de opstår (kortlægningen har vist en tendens til, at samordningskonsulenterne først og fremmest kommer på banen som brandslukning i forbindelse med udskrivningsforløb, efter at de er gået skævt).
- Understøtte specialisering, så nogle samordningskonsulenter fokuserer på korte indlæggelsesforløb (akutmodtagelsen), mens andre fokuserer på lange forløb (sengeafdelinger).

## Organisering af puljen og status for udmøntning

Projektorganisationen omkring DÆMP-puljen afspejler den eksisterende organisation på sundhedsaftaleområdet, som illustreret i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 1** DÆMP-projektorganisation i Region Hovedstaden



Som det fremgår af figuren, er grundmodellen for forløbskoordination aftalt i **Den Administrative Styregruppe (DAS)** for sundhedsaftaler, mens den tilhørende **Udviklingsgruppe for Patientrettet Forebyggelse** fungerer som styregruppe for de prioriterede indsatser. Samtidig er det en arbejdsgruppe med deltagere fra udviklingsgruppen, der har gennemført kortlægning og udarbejdet oplægget om fælles forløbskoordination.

Ansvar for lokal implementering er givet til de **fire samordningsudvalg** der har det overordnede ansvar for tværsektorielt samarbejde på sundhedsområdet i hvert af Region Hovedstadens fire planområder. Forventningen er at hvert samordningsudvalg udnævner en **lokal tovholder** for hver af de tre prioriterede indsatser.

På nuværende tidspunkt (februar 2014) er den lokale udmøntning ikke konkretiseret. Forventningen er at de lokale tovholdere i samarbejde med den fuldtidsansatte **DÆMP-projektleder**, konkretiserer lokal udmøntning i løbet af foråret 2014. Den tværgående DÆMP-projektleder skal endvidere understøtte arbejdet med de prioriterede indsatser på tværs af regionens fire planområder. Fx i forhold til kompetenceudvikling.

## MedCom-kommunikation om DÆMP-patienter og dokumentation af forløb

### Implementering af MedCom-standarder

Region Hovedstaden har de seneste to år arbejdet med at implementere MedCom-standarder, og siden august 2013 har arbejdet haft karakter af konsolidering og kvalitetssikring. Rent teknisk er standarderne implementeret, og de anvendes som afsæt for al kommunikation om indlæggelse og udskrivning. Interviewpersonerne er enige om, at overgangen til MedCom udgør et stort skridt i den rigtige retning for koordination og kommunikation om indlæggelsesforløb, men der mangler fortsat et stort arbejde med at sikre kvalitet og målrettethed i den information, der udveksles om de konkrete patientforløb.

Hen over foråret 2014 gennemføres en ekstern evaluering af fagpersonernes anvendelse og perspektiver på MedCom-rapporterne. Evalueringen skal anvendes som afsæt for større rettidighed, standardisering af indhold og målrettethed i den information, der udveksles.

Hospitalernes samordningskonsulenter fungerer som lokale tovholdere på MedCom-standarderne, og der gennemføres løbende tværsektorielle audits for at fremme tværgående relationer og fælles forståelse på tværs af fagpersonerne i indlæggelses- og udskrivningsforløbene.

### Patient- og pårørendeinddragelse

Region Hovedstaden har endnu ikke planlagt indsatser målrettet patient- og pårørendeinddragelse i forbindelse med udmøntningen af DÆMP-puljen. Interviewpersonerne fortæller i den forbindelse, at patient- og pårørendeinddragelse indgår som et vigtigt element i de prioriterede indsatser. Forventningen er derfor, at arbejdet med at styrke indsatserne også vil omhandle de sundhedsfagliges tilgang og muligheder for patient- og pårørendeinddragelse i forbindelse med geriatrisk vurdering og udskrivningskoordination etc.

## Dokumentation af opfølgende hjemmebesøg og igangsatte koordinationsforløb

Interviewpersonerne vurderer, at de opstillede målsætninger for antal gennemførte koordinationsforløb er realistiske at nå i perioden med DÆMP-midler. Til gengæld fremstår det som en væsentlig udfordring at tilvejebringe en præcis dokumentation for de specifikke forløb, der gennemføres, samt kvaliteten i hvert enkelt af disse.

Region Hovedstadens dokumentation af gennemførte koordinationsforløb i 2013 er derfor baseret på to kilder:

1. Et estimat på, hvor mange geriatriske vurderinger af DÆMP-patienter, der er lavet på hospitalernes akutmodtagelser.
2. Et samlet tal for alle borgere, som er udskrevet fra hospital til et kommunalt midlertidigt døgnophold. Udvælgelsen af disse tilbud som estimat for udvidet kommunal udskrivningskoordination er begrundet ved, at der ofte har været en eller anden form for koordinerende indsats tilstede.

Interviewpersonerne fortæller, at det har været nødvendigt at estimere antallet af koordinationsforløb, fordi det ikke fremgår af MedCom-standarden, hvilke forløb henholdsvis det geriatriske team og den udvidede kommunale udskrivningskoordination har været involveret i. Samtidig er der endnu ikke mulighed for at vurdere overholdelsen af de seks opstillede kvalitetsparametre for god forløbskoordination. Der er nedsat en regional og en national arbejdsgruppe, som har til opgave at operationalisere monitoreringen fremadrettet, herunder hvordan forløb kan kobles til MedCom-standarden.

Interviewpersonerne vurderer dog ikke, det vil blive muligt at levere den ønskede dokumentation inden for perioden med DÆMP-midler.

## Succeser og udfordringer for udmøntning af DÆMP-puljen

Interviewpersonerne ser det som en styrke, at samarbejdet om DÆMP-indsatsen tager afsæt i eksisterende indsatser og en fælles grundmodel, som muliggør fleksibilitet i forhold til lokale forhold og midler i den/det enkelte kommune/hospital.

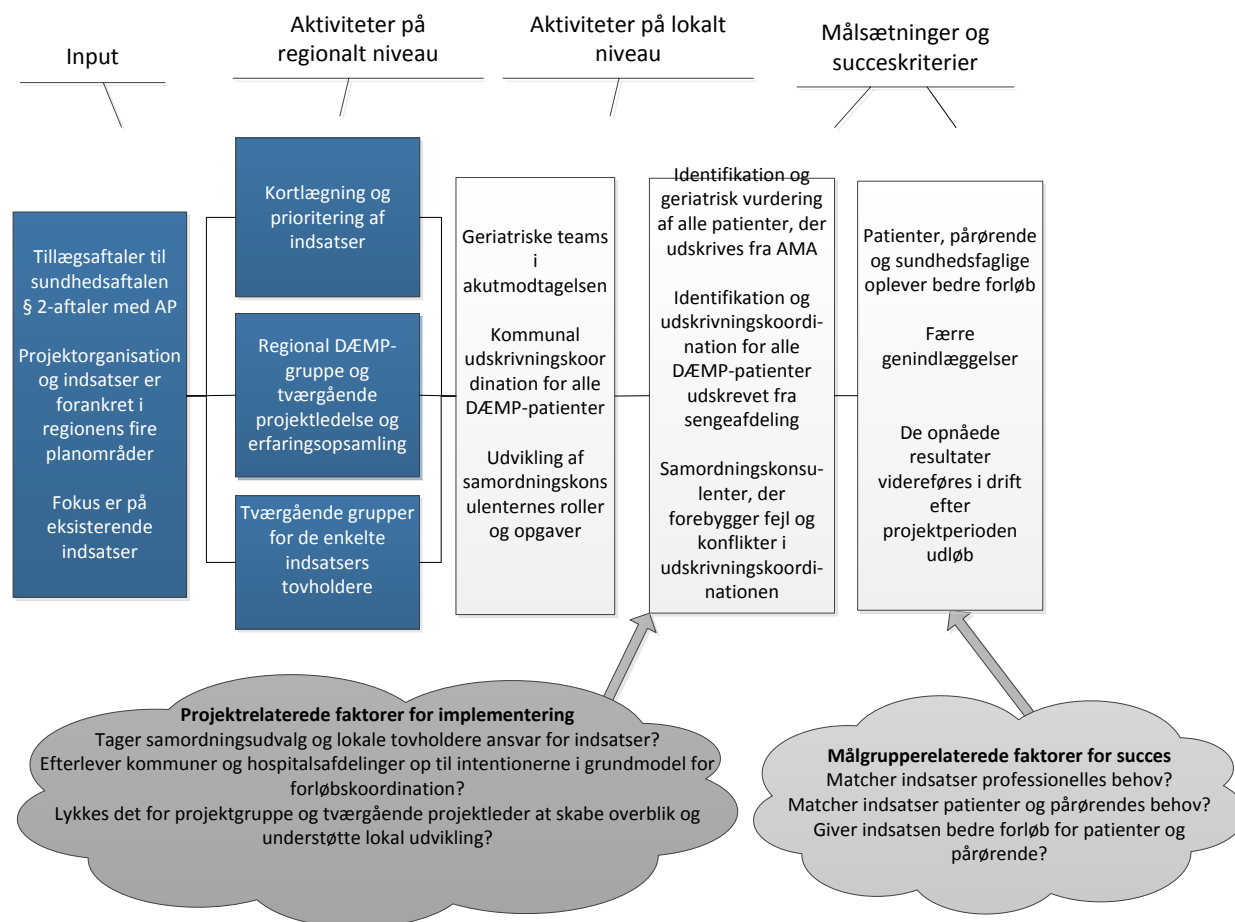
Interviewpersonerne ser det som en udfordring at vurdere effekten af DÆMP-midlerne. Herudover er der særligt fokus på udfordringer i kommunikationen mellem kommuner og regioner og vanskeligheder med at koble indsatser til almen praksis.

## Programteori for DÆMP-puljen i Region Hovedstaden

KORAs evaluering af DÆMP-puljen er designet som en virkningsevaluering, der gennemføres med afsæt i en overordnet programteori for puljens udmøntning. I den forbindelse indgår det som et centralt element at udarbejde specifikke programteorier for arbejdet med forløbskoordination på niveau af hver enkelt region. Programteorierne anvendes til at vurdere sammenhængen mellem puljens lokale udmøntning og den nationale udmøntningsplan samt til at evaluere fremdrift og resultater ved projektperiodens afslutning.

På baggrund af de gennemførte interview og det skriftlige materiale fra Region Hovedstaden ser programteorien for DÆMP-puljen ud som i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 2** Programteori for DÆMP-indsatserne i Region Hovedstaden



Programteorien er opdelt således, at den beskriver:

- input og aktiviteter på overordnet regionalt niveau i form af de formelle aftaler, projektorganisation og tværgående indsatser – fx kortlægning og tværgående projektledelse, der arbejdes med på regionalt niveau
- de planlagte lokale aktiviteter i form af geriatriske teams, kommunal udskrivningskoordination og samordningskonsulenter
- målsætninger og succeskriterier i form af bedre samarbejde og kommunikation etc., som forventes ved afslutningen af projektperioden.

Endelig beskriver programteorien de projekt- og målgruppebetingede faktorer som evalueringen via spørgeskemaer, interview og skriftligt materiale undersøger ved afslutningen af projektperioden for at kunne forklare og nuancere de opnåede resultater.

# Bilag 3 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Midtjylland

## Planlagte Indsatser<sup>11</sup>

Region Midtjylland har planlagt fem modelprojekter om forløbskoordination for ældre medicinske patienter. Modelprojekterne er fundet via en kortlægning og prioritering af igangværende indsatser. Der er tale om indsatser, der opfattes lovende, samtidig med at der er behov for erfaringer og viden om effekter. Hvert af de fem modelprojekter er koblet til en af regionens fem hospitals- kommuneklynger, således at:

Aarhusklyngen arbejder med et **integreret udgående akut-team**; såkaldt "Shared-Care Team", hvor kommunale hjemmesygeplejersker arbejder tæt sammen med geriatrisk team på Aarhus Universitetshospital. Formålet er at integrere indsatsen og få erfaringer med fælles ledelse af indsatsen. Der er afsat akutsygeplejersker i kommunen, som sammen med geriatrisk afdeling på AUH udgør akut-teamet. Teamet er til stede de fleste af døgnets timer og går i borgerens hjem med fokus på at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser samt at følge op på udskrivelser.

Vestklyngen anvender DÆMP-midlerne til at videreudvikle **opfølgende hjemmebesøg**. Der arbejdes især på at forbedre den elektroniske kommunikation (via MedCom7) samt at forbedre screeningen af de patienter, som tilbydes opfølgende besøg. Fokus er bl.a. på at udvide inklusionskriterierne, så det bliver en bredere gruppe af patienter (diagnose og aldersmæssigt), der kan tilbydes opfølgende besøg, samt at også egen læge og hjemmesygepleje kan initiere forløb.

Randersklyngen anvender DÆMP-midlerne til at implementere og indhente erfaringer med et nyudviklet **tværsektorielt pakkeforløb for patienter med hoftenære frakturer**. Patientforløbet er udviklet i samarbejde mellem kommuner, hospital og almenpraksis, som i fællesskab har formuleret et forbedret patientforløb. Formålet er at nedsætte liggetiden og styrke den opfølgende indsats i primærsektor. I foråret 2014 gennemføres pilotafprøvning, og der indsamles erfaringer via audits og kvalitative interview med patienter og pårørende. Dertil monitoreres kvantitativt i form af antal sengedage og genindlæggelser.

Horsensklyngen anvender DÆMP-midlerne på at styrke det **udgående geriatriske team** fra Hospitalsenheden Horsens. Det geriatriske team har eksisteret forud for DÆMP og fungerer som en udgående specialistfunktion. Indsatsen er ikke integreret med hjemmesygeplejen på samme måde som i Aarhus. Derfor vurderer interviewpersonerne, at der er tale om en indsats, der er mere realistisk at gennemføre i klynger med mindre hospitaler og mindre kommuner, som ikke har et stort nok befolkningsgrundlag til at oprette egne specialistfunktioner. DÆMP-midlerne anvendes konkret til at monitorere og evaluere det geriatriske teams indsats og de effekter, der opnås i forhold til genindlæggelser og udbredelsespotentiale. Man ønsker hertil at inkludere patienttilfredshed som evalueringsmål

---

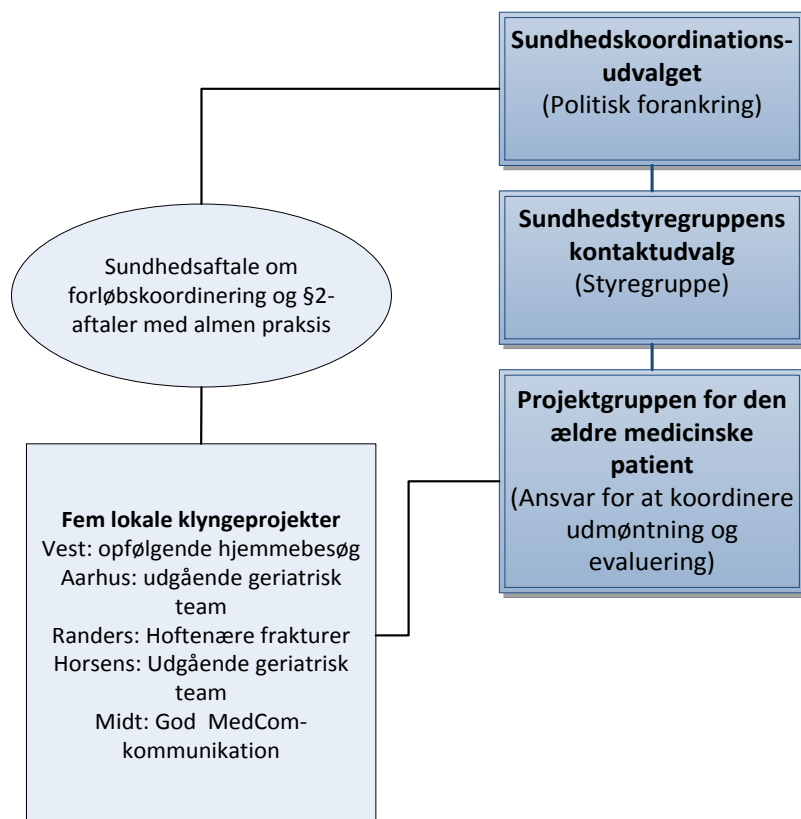
<sup>11</sup> Beskrivelsen er baseret på to gruppeinterview med 13 deltagere fra de projektgrupper der har til opgave at udmønte DÆMP-midlerne i Region Midtjylland, samt følgende skriftlige materiale: 1: Tillægsaftale om implementering af udmøntningsplanen for forløbskoordination for den ældre medicinske patient. 2: Den ældre medicinske patient – Projektgruppens opgaver. 3: Årlig status vedrørende forløbskoordinatorfunktioner indsendt til Danske Regioner 2013. 4: Årlig status vedrørende opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland. 5: Forløbskoordination for den ældre medicinske patient – monitorering af fælles forløbskoordination.

Midtklyngen sætter fokus på at udvikle MedCom7 som redskab til koordinering af DÆMP-forløbene mellem kommune og region. Der er nedsat en implementeringsgruppe, som skal konkretisere den gode kommunikation om DÆMP-patienter, samt de konkrete handlinger en 'melding om DÆMP' i plejeforløbsplanen, indlæggelses- eller udskrivelsesrapporten skal medføre hos de forskellige sektors aktører. Det forventes, at man har et konkret aftaleudkast klar til MedCom7-udrulning i maj. Endvidere er der igangsat et samarbejdsprojekt omkring en tidlig indsats for særligt svækkede ældre patienter. Indsatsen består i, at hjemmesygeplejen inden for 48 timer efter udskrivelse skal besøge svækkede patienter for gennemgang af medicin, fokus på almen tilstand og sociale forhold. Der er således tale om en udgave af opfølgende hjemmebesøg, hvor det kun er hjemmesygeplejen (og ikke egen læge), der deltager.

## Opstart og organisering af puljen

DÆMP-puljen er forankret i en fælles sundhedsaftale om forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Aftalen udgør et tillæg til den eksisterende aftale for indlæggelse og udskrivning, og som illustreret i nedenstående figur, afspejler DÆMP-projektorganisationen også den eksisterende samarbejdsstruktur på sundhedsaftaleområdet.

**Bilagsfigur 3** DÆMP-projektorganisation i Region Midtjylland



Det fremgår af figuren, at DÆMP-puljen er politisk forankret i **Sundhedskoordinationsudvalget**, hvor aftalen om DÆMP-puljen er indgået. **Sundhedstyregruppens kontaktud-**

**valg** fungerer som overordnet styregruppe for puljen og modtager en årlig status for fremdriften i de igangsatte projekter tilhørende evalueringsaktiviteter.

I region Midtjylland har man derunder etableret en tværsektoriel **projektgruppe for den ældre medicinske patient**. Gruppen har ansvar for at understøtte de lokale initiativer til forløbskoordination for DÆMP, erfaringsindsamling, vidensdeling og evaluering. Det er også projektgruppen, der ved afslutningen af DÆMP-puljen skal vurdere udbredelsespotentialer og opstille anbefalinger for eventuel implementering i fuld skala. Projektgruppen består af én kommunal repræsentant og én regional repræsentant fra hver hospitalsklynge, repræsentanter fra almen praksis samt en kommunal og en regional projektleder.

**Lokal prioritering og udvikling** er lagt ud i de klyngesamarbejder der er etableret omkring regionens fem hospitaler: Det er således de lokale klynger, der hver i sær har udvalgt deres egen indsats og indgået aftaler om lokal udvikling. Forventningen er, at alle kommuner indgår i deres respektive klynges hovedprojekt, men kommunerne udmønter i øvrigt deres egen andel af DÆMP-midlerne individuelt.

## MedCom-kommunikation om DÆMP-patienter og dokumentation af forløb

### MedCom-standarder

I Region Midtjylland er MedCom rent teknisk implementeret, og kommunikationen er primært baseret på de elektroniske meddelelser og standarder. Interviewpersonerne oplever kommunikationen via MedCom som et fremskridt, men der er et stort behov for at forbedre rettidighed og kvalitet af indholdet i meddelelserne. Dette arbejdes der, uafhængigt af DÆMP-midlerne, med som et tværgående indsatsområde i region og kommuner.

Interviewpersonerne oplever, at MedCom standarderne ikke er fleksible nok i forhold til den information, der er nødvendig for at beskrive et kompliceret plejeforløb – fx efterlyses mulighed for at vedhæfte filer og mere fleksible skrivefelter plejeforløbsplanen:

*Når vi skal sende plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter, så er der nogle felter, man kan udfylde, og de er ikke altid gode nok i forhold til DÆMP. Man har brug for flere oplysninger, end hvad MedCom lægger op til.*

(Hospitalsansat)

Interviewpersonerne fortæller også om udfordringer i forhold til korte indlæggelsesforløb, hvor der ikke er tid til at udfylde udskrivelsesrapporter og aktivere MedCom. Det betyder, at kommunikation og koordinering af disse forløb ofte sker via telefon.

## Patient- og pårørendeinddragelse

På overordnet niveau har DÆMP-puljen ikke resulteret i indsatser, målrettet patient- og pårørendeinddragelse. Interviewpersonerne vurderer dog, at patient- og pårørendeinddragelse indgår som vigtige elementer i de lokale klyngeprojekter. Særligt det geriatriske team i Aarhus og hoftefrakturforløbet i Randers fremhæves i den forbindelse som indsatser, hvor der arbejdes målrettet med patient- og pårørendeinddragelse. Her er bl.a. fokus på udskrivningssamtaler, og der gennemføres interview og audits med fokus på patienter og pårørendes oplevelse af forløbet.



## Dokumentation af opfølgende hjemmebesøg og igangsatte koordinationsforløb

Dokumentationen for antal opfølgende hjemmebesøg og igangsatte koordinationsforløb opleves som en udfordring. Generelt udtrykker informanterne tvivl om, hvordan og hvilke fælles succeskriterier der skal opstilles for et velkoordineret DÆMP-forløb, og hvad der definerer et opfølgende hjemmebesøg.

I Region Midtjylland baseres opgørelserne over antallet af opfølgende hjemmebesøg på antallet af § 2-honorarer til almen praksis. Implementeringen er kompleks, og det tager lang tid at få opfølgende hjemmebesøg indarbejdet som fast rutine. Det forventes derfor ikke, at regionen når det forventede antal hjemmebesøg i projektperioden.

Der er ikke igangsat indsats vedrørende udvidet DÆMP-koordination i 2013. Samtidig har Region Midtjylland ikke haft mulighed for at identificere specifikke DÆMP-forløb og koble disse til de opstillede kvalitetskriterier. Det antal forløb, der er indberettet, er derfor baseret på en antagelse om, at 5 % af alle udskrivelser fra medicinske afdelinger omfatter ældre svækkede medicinske patienter med behov for udvidet forløbskoordination.

## Planer for lokal evaluering

Den overordnede målsætning er at reducere antallet af genindlæggelser for ældre medicinske patienter med 20 % samt at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Hos Region Midtjylland er der lagt op til, at man i styregruppen nedsætter et udvalg, som vedtager nogle klare kriterier for, hvordan forløbskoordinationen fremadrettet skal følges op på. Triple Aim-konceptet skal danne rammerne for evalueringen, og antal indlæggelser og genindlæggelser er det primære effektmål. Hertil suppleres lokalt med audits, casestudier og kvalitative undersøgelser af patients/pårørendes tilfredshed. Der er forhåbninger om, at et fælles evalueringsdesign vil være udviklet og klart i løbet af foråret 2014.

## Succeser og udfordringer, som udmøntningen af DÆMP-puljen bygger ovenpå

De succeser, DÆMP-indsatsen tager afsæt i, omfatter:

- Med den decentrale organisering respekteres de forskellige hospitalsklyngers udgangspunkt og lokale forhold.
- Indsatserne er valgt på baggrund af en kortlægning af eksisterende initiativer, og der er ikke igangsat nye indsatser i forbindelse med DÆMP-puljen.

Udfordringen i forbindelse med DÆMP-projekterne knytter sig først og fremmest til setuppet med fem separate projekter, som skal gennemføres og evalueres. Der forventes en udfordring i forhold til at sikre systematisk viden om effekterne af de igangsatte projekter samt opgaven med at komme fra projekt til efterfølgende implementering i det omfang, der dokumenteres positive erfaringer og effekter. For at imødekomme disse udfordringer er der indledt et samarbejde med Region Midtjyllands Center for Folkesundhed og Kvalitet i forhold til evaluering og monitorering af modelprojekterne.

## Status for udmøntning

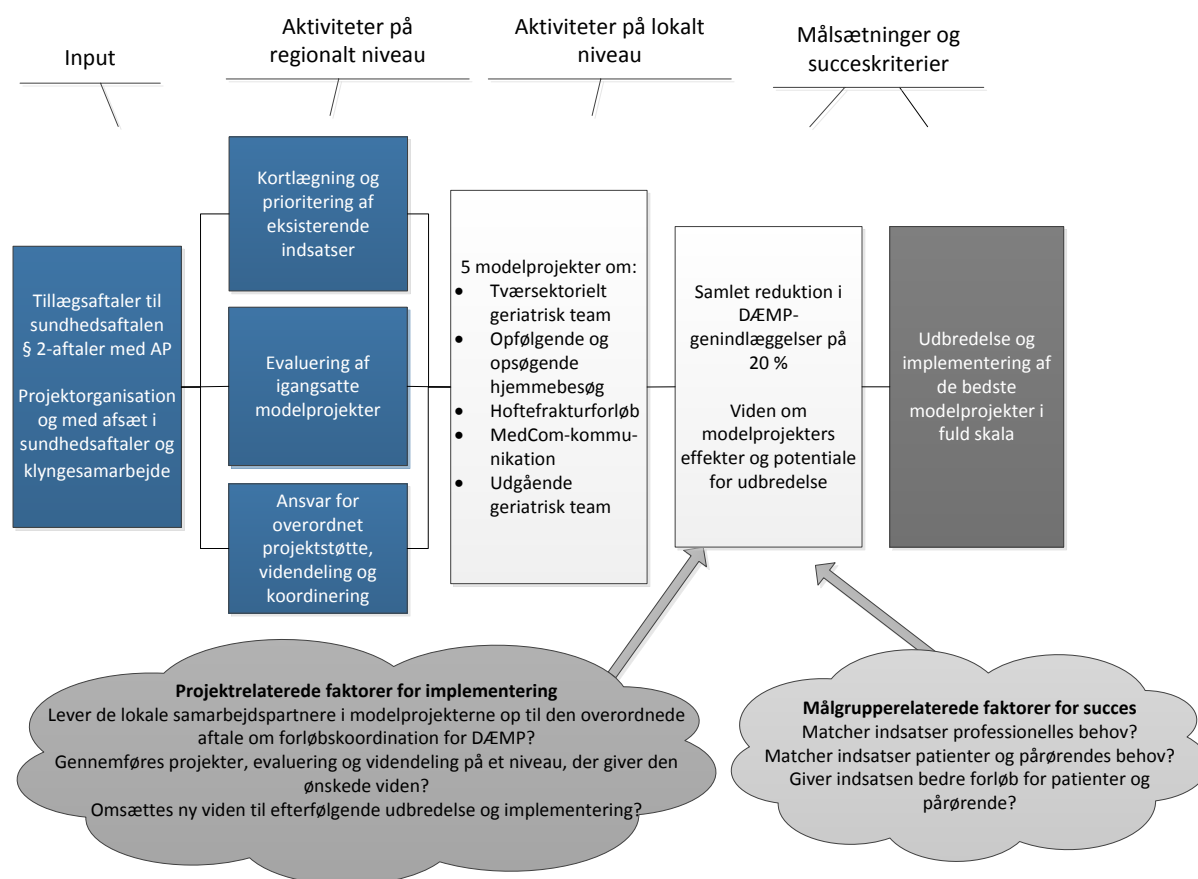
I region Midtjylland er man endnu i opstartsfasen for udmøntningen af DÆMP-puljen. Man har på nuværende tidspunkt fået dannet et overblik over igangværende indsatser, og de respektive klynger har udvalgt, hvilke indsatser det ønskes at arbejde videre med.

## Programteori for DÆMP-puljen i Region Midtjylland

KORAs evaluering af DÆMP-puljen er designet som en virkningsevaluering, der gennemføres med afsæt i en overordnet programteori for puljens udmøntning. I den forbindelse indgår det som et centralt element at udarbejde en specifik programteori for arbejdet med forløbskoordination i hver enkelt region. Programteoriene anvendes til at vurdere sammenhængen mellem puljens lokale udmøntning og den nationale udmøntningsplan samt til at evaluere fremdrift og resultater ved projektperiodens afslutning.

På baggrund af de gennemførte interview og det skriftlige materiale fra Region Midtjylland ser programteorien for DÆMP-puljen ud som i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 4** Programteori for DÆMP-indsatserne i Region Midtjylland



Programteorien er opdelt således, at den beskriver:

- input og aktiviteter på overordnet regionalt niveau i form af de formelle aftaler, projektorganisationen og tværgående indsatser – fx evaluering på tværs af modelprojekter.

- de planlagte lokale aktiviteter i form af de fem klyngers modelprojekter med tilhørende projektbeskrivelser, arbejdsgrupper og tovholdere
- målsætninger og succeskriterier i form af ny viden om de igangsatte indsatser og reduktion af genindlæggelser etc., som forventes ved afslutningen af projektperioden.

Endelig beskriver programteorien de projekt- og målgruppebetingede faktorer, som evalueringen via spørgeskemaer, interview og skiftligt materiale undersøger ved afslutningen af projektperioden for at kunne forklare og nuancere de opnåede resultater

# Bilag 4 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Nordjylland

## Planlagte indsatser<sup>12</sup>

Region Nordjylland og regionens kommuner har valgt at anvende DÆMP-midlerne til at styrke kommuners og almen praksis' arbejde med DÆMP-patienter før og efter indlæggelse på sygehus. Der er særligt fokus på nedenstående tre indsatsområder:

1. **Styrket proaktivt fokus på DÆMP-patienter:** Hver kommune og hver almen praksis skal udnævne tovholdere med særligt ansvar for samarbejdet om særligt svækkede ældre medicinske patienter. Tovholderne er ansvarlige for, at der afholdes samarbejds møder, hvor DÆMP-patienter, med afsæt i rapporter fra Datafangst, identificeres, samtidig med at der planlægges en koordineret og intensiveret indsats for at forebygge indlæggelser. Indsatsen evalueres og kvalitetssikres på årlige evalueringsmøder mellem den enkelte lægepraksis og den kommunale tovholder.
2. **Styrket indsats i den sub-akutte/akutte fase umiddelbart inden en evt. indlæggelse:** Kommunerne har i forvejen fokus på tidlig opsporing af indlæggelsestruede borgere. Denne indsats suppleres med DÆMP-midler, der anvendes til at etablere en kommunal udgående akutfunktion, bemandet med sygeplejersker uddannet i akutte problemstillinger. Akutsygeplejersken skal kunne tilse svækkede borgere inden for en time. Formålet er dels at få en hurtig vurdering og plan for borgerens situation på baggrund af basispersonalets observationer, og dels en mere effektiv og enstrenget koordinering mellem den kommunale akutsygeplejerske og egen læge.
3. **Styrket samarbejde efter udskrivning fra sygehus** i form af udvidet koordinering efter udskrivning via fx opsøgende hjemmebesøg og opfølgende hjemmebesøg samt inddragelse af patient og pårørende. Det er vægtet, at alle tre parter i det tværsektorielle samarbejde kan tage initiativ til etableringen af de fælles opfølgende hjemmebesøg. Sygehusets opgave er at screene og anbefale opfølgende hjemmebesøg. Kommunen vurderer alle kendte borgere ved udskrivelsen. Almen praksis kan ligeledes tage initiativ til at foreslå et fælles opfølgende hjemmebesøg. Den endelige vurdering af foretages således af kommunen og almen praksis.

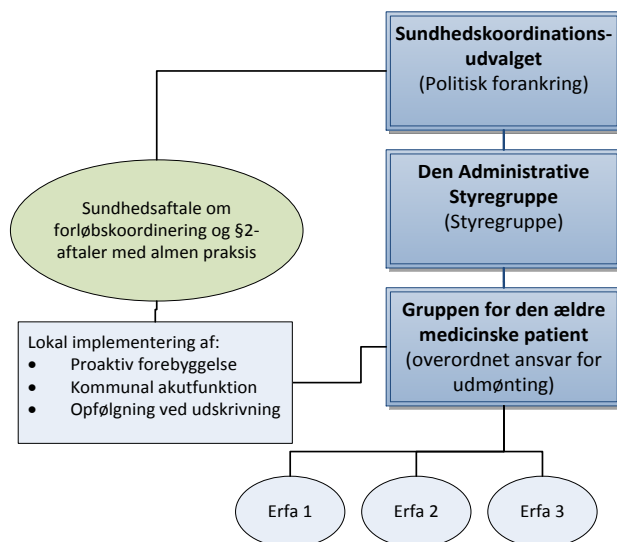
## Opstart og organisering af puljen

DÆMP-puljen er forankret i en fælles sundhedsaftale om forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Aftalen udgør et tillæg til den eksisterende aftale for indlæggelse og udskrivning og beskriver kommuners og almen praksis' opgaver og ansvar i forbindelse med de tre indsatser beskrevet ovenfor. Endvidere er der indgået to § 2-aftaler med almen praksis: En, der honorerer praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning fra hospital, og en der honorerer udvidet medicingennemgang, deltagelse i planlægningsmøder og opsøgende hjemmebesøg for at forebygge indlæggelser for DÆMP-patienter.

<sup>12</sup> Beskrivelsen er baseret på to gruppeinterview med 11 deltagere fra de nedsatte arbejds- og projektgrupper, der har til opgave at udmønte DÆMP-midlerne i Region Nordjylland, samt følgende skriftlige materiale: 1: Sundhedsaftale om forløbskoordination af indsatsen for ældre medicinske patienter. 2: Plan for implementering af opfølgende hjemmebesøg i Region Nordjylland. 3: Årlig status vedrørende forløbskoordinatorfunktioner indsendt til Danske Regioner 2013. 4: Årlig status vedrørende opfølgende hjemmebesøg i Region Nordjylland.

De formelle aftaler suppleres af en formel projektorganisation, der afspejler samarbejdsstrukturen på sundhedsaftaleområdet, som illustreret i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 5** DÆMP-projektorganisation i Region Nordjylland



Som det fremgår af figuren, er DÆMP-puljen og tillægsaftalerne om forløbskoordination politisk forankret i **Sundhedskordinationsudvalget**.

**Den Administrative Styregruppe (DAS)** er et tværsektorielt samarbejdsforum på direktørniveau, som har det øverste administrative ansvar for sundhedsaftaleområdet i Region Nordjylland. DAS fungerer som overordnet styregruppe for DÆMP-puljen. DAS får hvert år i projektperioden en status på fremdrift og resultater for DÆMP-puljen, ligesom dette forum drøfter principielle problemstillinger vedrørende fremdrift og indhold indsatser.

**Gruppen for den ældre medicinske patient** er oprettet i forbindelse med udmøntningen af DÆMP-puljen. Gruppen består af driftsansvarlige ledere fra hospitaler, kommuner og repræsentanter fra almen praksis (NORDKAP-enheden og PLO). Det er denne gruppe, der under projektperioden koordinerer DÆMP-puljens udmøntning og indsamler erfaringer fra de igangsatte indsatser. Gruppen har nedsat tre tværregionale erfarings- og udviklingsgrupper (Erfa 1-3), der samler nøglemedarbejdere og ledere fra hver af de tre prioriterede DÆMP-indsatser. Erfagrupperne har ansvar for monitorering, dokumentation samt erfaringsindsamling og vidensdeling på tværs af de igangsatte indsatser.

**Lokal implementering:** Ansvar for lokal udmøntning af puljemidler er givet til ledelsen af ældreområdet i hver af regionens kommuner samt de kommunale lægelige udvalg, hvor almen praksis og den enkelte kommune koordinerer samarbejdet. På operationelt niveau anvendes DÆMP-puljemidlerne til at frikøbe kommunale hjemmesygeplejersker og praktiserende læger/praksispersonale til de igangsatte initiativer.

## MedCom-kommunikation om DÆMP-patienter og dokumentation af forløb

### MedCom standarder

Region Nordjylland og regionens kommuner har været pilottester for MedCom-standarderne og formelt set er version 1.0.2 implementeret og taget i anvendelse. I projektperioden er der (uafhængigt af DÆMP-midlerne) planlagt nedenstående indsatser i forhold til fortsat konsolidering og udvikling af MedCom-standarderne:

#### **Rettidighed og kvalitet i de forskellige MedCom-meddelelser**

Interviewdeltagerne oplever overordnet MedCom-standarderne og den tilhørende sundhedsaftale for indlæggelse og udskrivning som fremskridt. Der er dog stadig rum for forbedring i forhold til rettidighed ved udveksling af information, kvalitetssikring af indholdet i kommunikationen – ikke mindst for, at modtageren ikke drukner i store mængder upræcis information, de ikke har brug for. Disse forhold arbejdes der med via ledelsesinformation og tværsektorielle patientforløbsaudits.

*Gennemgående må vi sige, at vi har behov for gensidig indsigt i hinandens arbejde og fælles mål for arbejdet med borgeren, hvor vi ikke bebrejder hinanden. Det er det, der i sidste ende kan give mulighed for rettidighed og kommunikation, nu hvor teknikken er ved at være på plads.*

De tværsektorielle audits fokuserer på, om der er den rigtige information til modtageren, og om informationen er forståelig for modtageren. Samtidig er formålet at øge de involverede fagpersoners kendskab til hinandens opgave og arbejdsvilkår, som afsæt for et løbsorienteret samarbejde.

**Teknik og opbygning af MedCom-meddelelser:** Endvidere arbejdes med at justere teknikken: For det første i forhold til koblingen mellem forskellige journal- og omsorgssystemer:

*Det kan se fint ud, når vi [sygehuset, red.] sender plejeforløbsplanen til kommunen, men så er det helt rodet rundt når det kommer ud i kommunen.*

For det andet i forhold til løbende justering af opbygningen af plejeforløbsplaner, muligheder for at vedhæfte filer (fx med vigtig billeddiagnostik, forflytningsplaner mm.), så den elektroniske kommunikation kan blive mere enstregen:

*Det er tungt at vente på systemet – vi har været i gang i mere end to år, og de første ønsker til forbedringer af plejeforløbsplaner o.l., som vi meldte ind, er først lige slået igennem. Teknikken er bestemt ikke færdigudviklet, og der er mange forbedringer, vi venter på.*

### Patient- og pårørendeinddragelse

Region Nordjylland har ikke planlagt indsatser, som er målrettet sundhedsfagliges arbejde med patient- og pårørendeinddragelse, som følge af DÆMP-puljen. Interviewpersonerne ser i stedet inddragelse som en integreret del af hjemmesygeplejens og almen praksis' daglige patientrettede opgaver.

## Dokumentation af opfølgende hjemmebesøg og igangsatte koordinationsforløb

Antallet af opfølgende hjemmebesøg opgøres på baggrund af de § 2-ydelser, der er koblet til ydelsen, men forventningen er, at regionen ikke når det forventede antal besøg i projektperioden:

*Opfølgende hjemmebesøg er et af mange elementer, vi arbejder med for DÆMP-patienterne. Vi arbejder fortsat på udbredelse, så vi får gennemført flere. Generelt må vi dog også sige, at vi vægter at gøre det, der giver mest mening for os lokalt – og det vil i mange tilfælde være opsøgende hjemmebesøg, udvidet medicingennemgang og ressourcer til det proaktive samarbejde med hjemmesygeplejen.*

Dokumentation af antallet af udvidede DÆMP-koordinationsforløb udgør en udfordring, fordi de igangsatte indsatser er prioriteret i primærsektor. Derfor er der ingen mulighed for at lave datatræk, som er direkte koblet til de igangsatte indsatser.

Derfor har regionen for 2013 opgjort antallet af tværsektorielle koordinationsforløb ved at anvende det samlede antal udskrivningsrapporter for 2013. Det har ikke været muligt at fastslå, hvor stor en del af de koordinerede forløb, hvor patienten kan karakteriseres som en særligt svækket ældre medicinsk patient. Derfor angiver tallene, hvor mange forløb der er tværsektorielt koordineret via tværsektorielle meddelelser.

## Succeser, som udmøntningen af DÆMP-puljen bygger ovenpå

Informanterne ser det som en stor styrke, at sundhedsaftalen om forløbskoordination, de igangsatte indsatser, projektorganisationen og nøglepersonerne i implementeringen bygger på samarbejdsorganisationen omkring sundhedsaftalen for indlæggelse og udskrivning samt de indsatser, der i forvejen arbejdes med på dette område. De involverede finder det i den forbindelse meget positivt, at den nationale udmøntningsplan lægger op til at styrke eksisterende indsatser frem for at etablere nye.

Den største udfordring for de planlagte indsatser består i de ekstra arbejdsopgaver for praktiserende læger og deres praksispersonale, som det udvidede samarbejde med hjemmesygeplejen medfører.

## Status for udmøntning

Udmøntningen af DÆMP-puljen i Region Nordjylland er p.t. på planlægningsstadiet. I 2013 er der gennemført pilottest af de valgte indsatser. Foråret 2014 bruges til at justere på baggrund af indsamlede erfaringer, hvorefter planen er udvikling og implementering i større skala hen imod sommeren 2014.

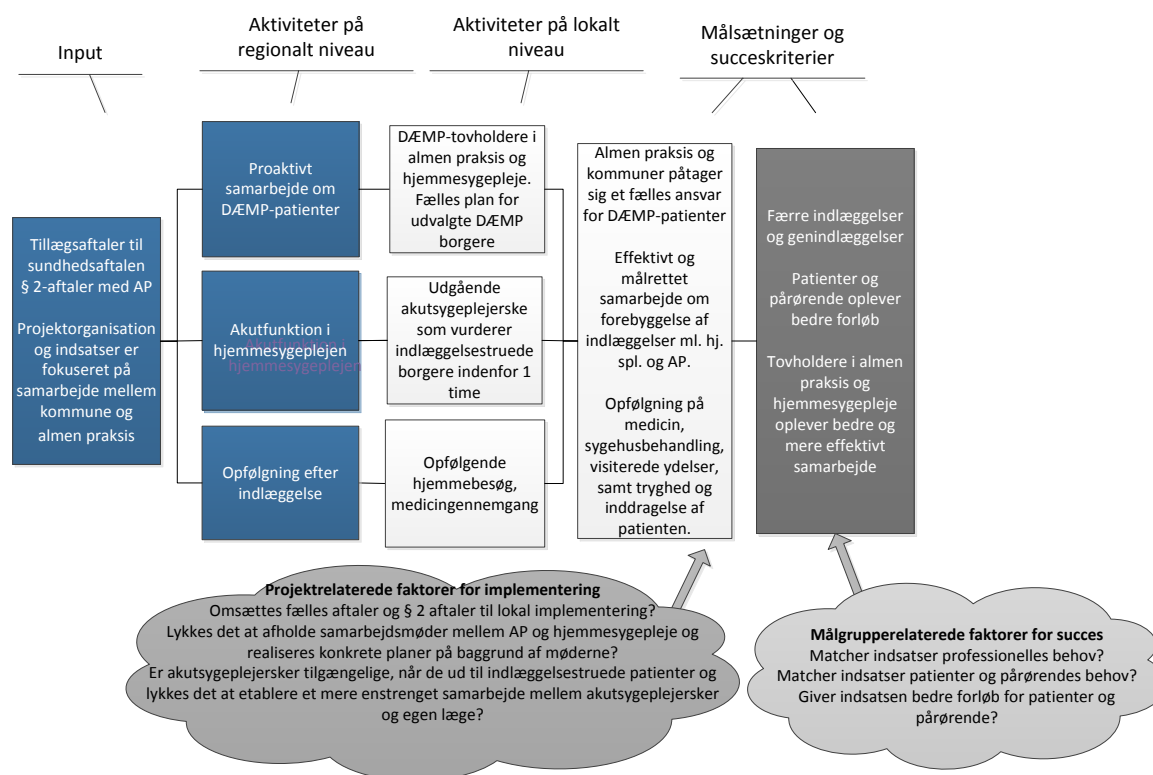
## Programteori for DÆMP-puljen i Region Nordjylland

KORAs evaluering af DÆMP-puljen er designet som en virkningsevaluering, der gennemføres med afsæt i en overordnet programteori for puljens udmøntning. I den forbindelse ind-

går det som et centralt element at udarbejde specifikke programteorier for arbejdet med forløbskoordination på niveau af hver enkelt region. Programteoriene anvendes til at vurdere sammenhængen mellem puljens lokale udmøntning og den nationale udmøntningsplan samt til at evaluere fremdrift og resultater ved projektperiodens afslutning.

På baggrund af de gennemførte interview og det skriftlige materiale fra Region Nordjylland ser programteori for DÆMP-puljen ud som i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 6** Programteori for DÆMP-indsatserne i Region Nordjylland



Programteorien er opdelt således, at den beskriver:

- input og aktiviteter på overordnet regionalt niveau i form af de formelle aftaler, projektorganisation og tværgående indsatser – fx kommunale akutfunktioner – der arbejdes med på regionalt niveau
- de planlagte lokale aktiviteter i form af specifikke indsatser, som skal bidrage til udmøntning af puljemidlerne
- målsætninger og succeskriterier i form af styrket samarbejde og kommunikation etc., som forventes ved afslutningen af projektperioden.

Endelig beskriver programteorien de projekt- og målgruppebetingede faktorer, som er identificeret på baggrund af de indledende interview og det tilgængelige skriftlige materiale fra Region Nordjylland.



# Bilag 5 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Sjælland

## Status for udmøntning<sup>13</sup>

Det har været en lang proces for Region Sjælland og regionens kommuner at indgå en tillægsaftale om udmøntning af DÆMP-puljen. Årsagen er dels, at det har været svært at finde fælles mening med puljen og udmøntningsplanen, der af mange ses som en centralt defineret løsning, der er vanskelig at passe ind i de eksisterende rammer for udskrivnings-samarbejde. Samtidig har Region Sjælland og kommunerne en eksisterende pulje, som bl.a. anvendes til at afprøve/implementere følge-hjem-ordninger, tele-hjem-ordninger og opfølgende hjemmebesøg. Der gennemføres forskningsbaseret evaluering af disse initiativer. Derfor ønskede de DÆMP-ansvarlige ikke at sætte nye funktioner og samarbejdsmodeller i gang, før resultaterne af de igangværende evalueringer foreligger. Der undersøges i øjeblikket den mest hensigtsmæssige måde at gribe det an på med de andre initiativer in mente.

Ovenstående betyder, at en del af DÆMP-midlerne er kanaliseret ind i eksisterende kommunal og regional udskrivningskoordination – dvs. at midlerne er anvendt til at udvikle den eksisterende drift, hvor de enkelte kommuner og sygehuse har vurderet, at det giver bedst mening. De indsatser, der arbejdes på, knytter sig fx til kommunale udskrivningskoordinatorer, der arbejder på hospitalsafdelinger. Derudover anvendes en del af midlerne til at finansiere to kommunale halvtidsansatte projektledere, der deler projektledelsen. Region Sjælland finansierer 30 % af stillingen og kommunerne 70 % svarende til fordelingsnøglen af puljemidlerne.

## Planlagte indsatser og projektorganisation

Kommunernes og regionens drøftelser om udmøntningen af DÆMP-puljen viste dog også, at der mangler fælles:

- overblik over antallet af udskrivelser af særligt svækkede ældre medicinske patienter
- overblik over gode og mindre gode forløb
- viden om de eksisterende indsatser, der er målrettet forløbskoordinering
- fremadrettede rammer for tværsektoriel kompetenceudvikling og kvalitetssikring af forløbskoordinering.

Derfor er der aftalt et fælles regionalt/kommunalt udviklingsprojekt, som i resten af DÆMP-projektperioden skal indsamle fælles viden om ovenstående. Arbejdet udføres af en tvær-

---

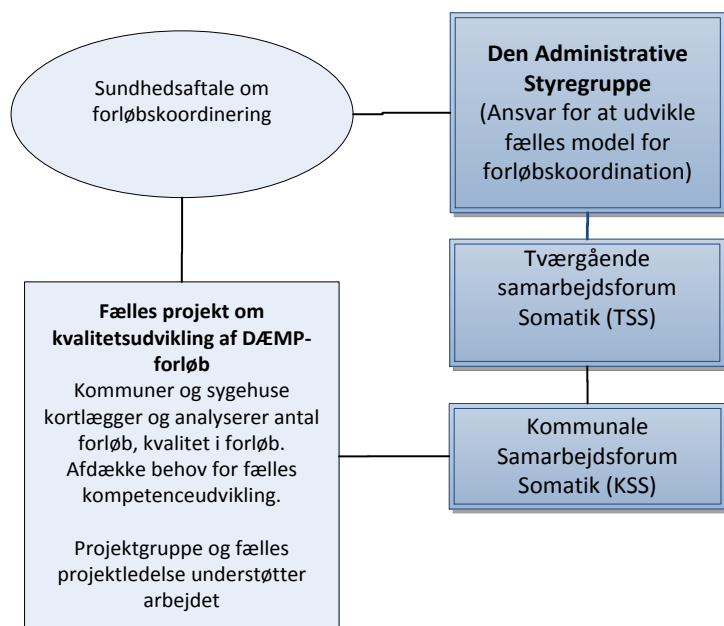
<sup>13</sup> Beskrivelsen er baseret på et gruppeinterview med fem deltagere fra den projektgruppe, der har til opgave at udmønte DÆMP-midlerne i Region Sjælland, samt projektlederen for opfølgende hjemmebesøg og chefen for Kvalitet og Udvikling, Sund i Region Sjælland. Derudover er følgende skriftlige materiale inddraget: 1: Tillægsaftale til Sundhedsaftalen – oplæg til udmøntning af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient samt organisering af fælles forløbskoordinering. 2: Tværsektorielle indsatser på sundhedsområdet 2013. 3: Årlig status vedrørende opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland 4: Årlig status vedrørende forløbskoordinator funktioner 5: Aftale i henhold til § 2 i overenskomst om almen praksis.

sektoriel DÆMP-projektgruppe<sup>14</sup>, som i 2014 skal kortlægge det samlede antal DÆMP-udskrivninger og analysere udvalgte DÆMP-patienters forløb. Samarbejde med kommunerne er iværksat via workshops, hvor fremgangsmåden er blevet drøftet. Afsættet for kortlægningen er en screening af patientjournaler baseret på de samme screeningsredskaber, som anvendes til at identificere patienter til opfølgende hjemmebesøg og følge-hjem-ordninger mm.

Afsættet for analysen af gode og mindre gode forløb er tværsektorielle forløbsaudits, som arrangeres af de Kommunale Samarbejdsfora for Somatik (KSS) for at undersøge problemstillinger omkring samarbejdet om forløbskoordinering. Fokus for analyserne er på optimering af det *hele patientforløb*, idet de DÆMP-ansvarlige ønsker at bevæge sig væk fra det snævre fokus på sektorovergange, som de oplever, at udmøntningsplanen for DÆMP-puljen lægger op til.

Planen er, at audits påbegyndes i efteråret 2014, hvorefter resultater af kortlægning og analyse skal præsenteres i Den Administrative Styregruppe (DAS) for sundhedsaftaleområdet ultimo 2014. Som det fremgår af nedenstående figur, fungerer DAS som overordnet projektejer, der beslutter, hvor og hvordan resultaterne af DÆMP-gruppens analyser skal anvendes:

**Bilagsfigur 7** DÆMP-projektorganisation i Region Sjælland



Forventningen er, at projektgruppen i samarbejde med de lokale KSS skal anvende resultaterne til at udvikle en fælles model for det fremadrettede samarbejde om DÆMP-forløb.

<sup>14</sup> DÆMP-projektgruppen består af en regional projektkoordinator, to kommunalt ansatte, der deler projektledelsen (finansieret 70 % af kommunerne og 30 % af regionen), en regionalt ansat specialkonsulent samt en kommunal sundhedschef.

## MedCom-kommunikation om DÆMP-patienter og dokumentation af forløb

### Implementering af MedCom-standarder

MedCom-standarderne er teknisk implementeret og anvendes som afsæt for kommunikation om indlæggelse og udskrivelse. Informanterne fortæller, at MedCom-standarderne – hvis de overholdes fuldt ud – udgør et stort fremskridt for koordinering og dokumentation af indlæggelsesforløb. Samtidig vurderer de, at personalet generelt bakker op om principperne i MedCom og det korps af nøglepersoner, der er oplært som led i implementeringen af MedCom.

På nuværende tidspunkt mangler der imidlertid en del før den faglige kvalitet og rettidigheden i de oplysninger, der udveksles, lever op til målsætningerne. Det forklares bl.a. med travlhed, som gør det vanskeligt at indleje de nye rutiner og med personaleudskiftning (først og fremmest på sygehusafdelinger), som betyder, at de oplærte MedCom-nøglepersoner forsvinder fra afdelingerne – uden at de automatisk erstattes af nye. Manglen på dedikerede nøglepersoner giver problemer for oplæring af nyt personale, og når der gennemføres opdateringer i MedCom. Derfor ser informanterne et behov for genopfriskningskurser såvel som fokus på oplæring af nye nøglepersoner.

I forbindelse med den videre konsolidering af MedCom, og næste generation af sundhedsaftaler har DAS holdt workshops på alle sygehuse og kommuner med fokus på at identificere barrierer for anvendelse og videre konsolidering af standarderne.

### Patient- og pårørendeinddragelse

I region Sjælland er DÆMP-midlerne ikke anvendt til at prioritere konkrete indsatser målrettet patient- og pårørende inddragelse, men det er hensigten, at der skal skabes et øget fokus på området i løbet af det kommende år, når behovet for målrettede indsatser er afdækket. Planen er, at indsatsområdet skal tænkes ind i den kommende sundhedsaftale. Der er en forhåbning om, at DÆMP-projektgruppens arbejde vil give et klarere billede af, hvad det gode patient- og pårørendesamarbejde indebærer. Blandt andet ved at læse journalnotater og ved at indarbejde spørgsmål om dette i udskrivningskonferencer og forløbsaudits.

### Dokumentation af opfølgende hjemmebesøg og igangsatte koordinationsforløb

I Region Sjælland foregår der en løbende monitorering af opfølgende hjemmebesøg, og der er dokumentation for de udførte besøg. Der er dog ikke opsamlet dokumentation for, om de opfølgende hjemmebesøg har en effekt i forhold til at forebygge genindlæggelser. Screeningen af patienter, der skal henvises til opfølgende hjemmebesøg, foregår på sygehusene, som giver besked til kommuner, der visiterer til besøg og aftaler tidspunkt med praktiserende læge. Der er mange udfordringer med implementeringen/gennemførelsen af de opfølgende hjemmebesøg: Status er, at der er massivt frafald i alle led af de overleveringer, der skal lede frem til de opfølgende besøg, samt at det ofte ikke lykkes at afvikle besøget inden for de ti hverdage efter udskrivning, der er opstillet som målsætning. Udviklingen af de opfølgende hjemmebesøg er undersøgt i en midtvejsevaluering, og der er igangsat et ph.d.-forløb som led i en videre evaluering og opfølgning på opfølgende hjemmebesøg.

I forhold til monitorering af antal koordinerede DÆMP-forløb er det en udfordring, at der hverken centralt i regionen, på sygehusene eller i kommunerne er struktureret dokumentation for antallet af udskrivelser af særligt udsatte ældre medicinske borgere. At gennemføre en meningsfuld monitorering kræver således dels en præcisering af målgruppen, dels et system der kan opfange de gennemførte forløb. Regionen har derfor – på linje med de øvrige regioner – ikke været i stand til at levere de efterspurgte data. I stedet er antallet af gennemførte tele-hjem- og følge-hjem-besøg fra de to eksisterende indsatser indberettet. For følge-hjem-ordningen er der sikkerhed om, at målgruppen er DÆMP-patienter, mens tele-hjem-projektet har en bredere målgruppe end DÆMP-patienter.

## Succeser og udfordringer, som udmøntningen af DÆMP-puljen bygger ovenpå

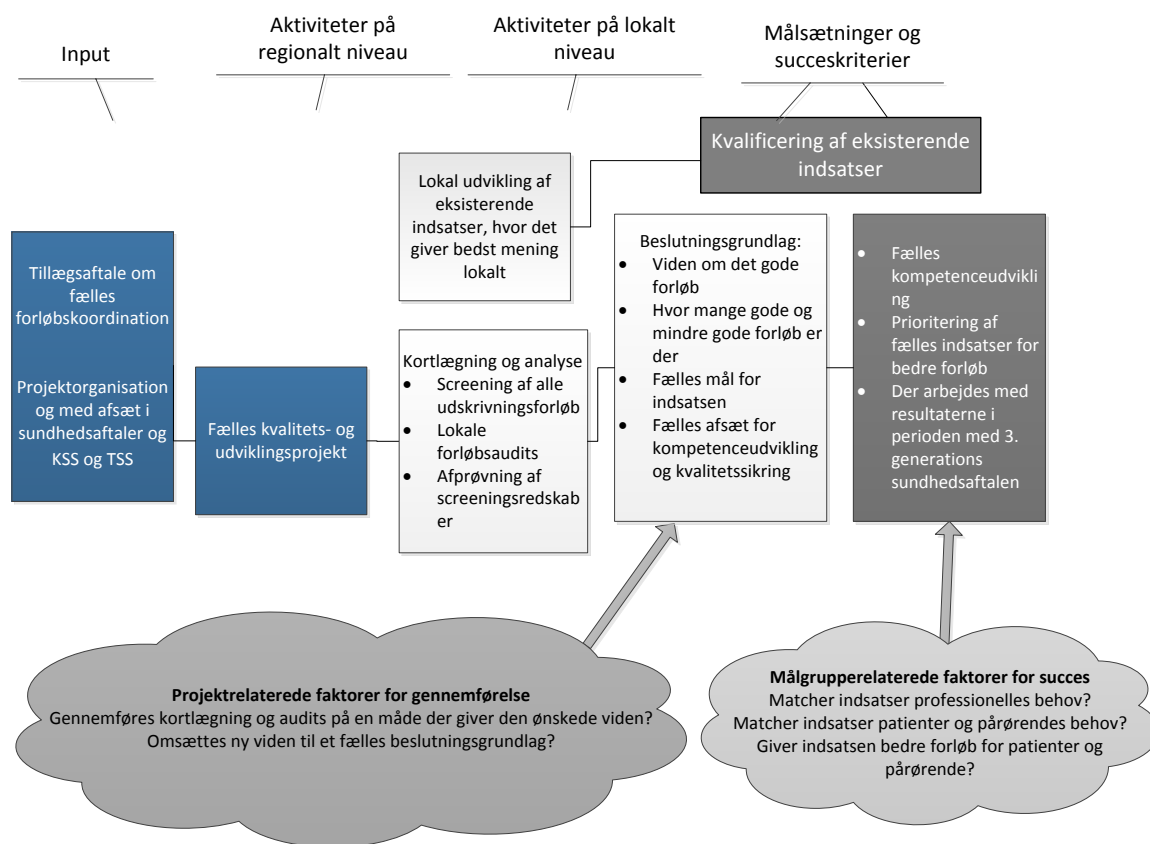
Informanterne ser det som en fordel, at regionen forud for DÆMP-puljen havde igangsat projekter, som støttede op om forløbskoordinering. Eksempelvis det opfølgende hjemmebesøg, som i 2013 blev udrullet i alle regionens 17 kommuner samt tele-hjem- og følge-hjem-ordninger. Disse projekter har skabt erfaringer og redskaber, som der arbejdes videre med i DÆMP-regi. Det har desuden været en succesoplevelse, at DÆMP-midlerne har skabt en mulighed for at arbejde struktureret med kvalitetsudvikling. Et sådan arbejde har tidligere været savnet i regionen, og man ser nu frem til at få overblik over effekten af de forskellige lokale indsatser for forløbskoordinering samt potentialet for optimering og effektivisering af forløbene.

## Programteori for DÆMP-puljen i Region Sjælland

KORAs evaluering af DÆMP-puljen er designet som en virkningsevaluering, der gennemføres med afsæt i en overordnet programteori for puljens udmøntning. I den forbindelse indgår det som et centralt element at udarbejde specifikke programteorier for arbejdet med forløbskoordination på niveau af hver enkelt region. Programteorierne anvendes til at vurdere sammenhængen mellem puljens lokale udmøntning og den nationale udmøntningsplan samt til at evaluere fremdrift og resultater ved projektperiodens afslutning.

På baggrund af de gennemførte interview og det skriftlige materiale fra Region Sjælland ser programteorien for DÆMP-puljen ud som i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 8** Programteori for DÆMP-indsatserne i Region Sjælland



Programteorien er opdelt således, at den beskriver:

1. input og aktiviteter på overordnet regionalt niveau i form af de formelle aftaler, projektorganisation og tværgående indsatser, der arbejdes med på regionalt niveau
1. de planlagte lokale aktiviteter i form af specifikke indsatser, som skal bidrage til udmøntning af DÆMP-indsatsen
2. målsætninger og succeskriterier i form af mere kvalificeret viden om relevante DÆMP-indsatser, som forventes ved afslutningen af projektperioden.

Endelig beskriver programteorien de projekt- og målgruppebetingede faktorer, som er identificeret på baggrund af de indledende interview og det tilgængelige skriftlige materiale fra Region Sjælland.

# Bilag 6 Projektorganisering og implementering af DÆMP-indsatsen i Region Syddanmark

## Planlagte indsatser<sup>15</sup>

I Region Syddanmark har kommunerne udmøntet DÆMP-midlerne decentralt. En udarbejdet oversigt viser, at midlerne fortrinsvist er anvendt til at styrke eksisterende udskrivningskoordinatorfunktioner samt til at understøtte varetagelsen af eksisterende opgaver i relationer til sundhedsaftalen for indlæggelse og udskrivning. Der er således ansat særlige forløbskoordinatorer, og kun i fire kommuner er der oprettet nye funktioner som følge af puljen.

Regionens andel af DÆMP-midlerne anvendes til at styrke sygehusenes opsporing og overlevering af DÆMP-patienter til den kommunale hjemmesygepleje. Det er i udgangspunktet, det behandlingsansvarlige personale på sygehusene, der identificerer DÆMP-patienter med behov for forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg ved udskrivning. Kommuner og almen praksis kan dog også tage initiativ til forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg, hvis patienten/borgerne vurderes at have behov for det.

Screeningskriterierne, som det sundhedsfaglige personale skal anvende til at vurdere patienterne, er opstillet med afsæt i Sundhedsstyrelsens definition af og DSAMs vejledning om den ældre patient. Forløbskoordination ved udskrivning kan initieres på baggrund af en helhedsvurdering af<sup>16</sup>:

- helbredsmæssige forhold
- organisatoriske problemstillinger
- sociale kriterier.

Endvidere er der særskilte kriterier for opfølgende hjemmebesøg i de forløb, hvor det er relevant at mødes med egen læge i patientens hjem. Kriterierne knytter sig til:

- lægefaglig opfølgning på medicinændringer, fx ved multimedicingering
- vurderet behov for lægefaglig opfølgning, fx ved smerteproblematik, komplicerede sygdomsforløb og livets afslutning.

## Opstart og organisering af puljen

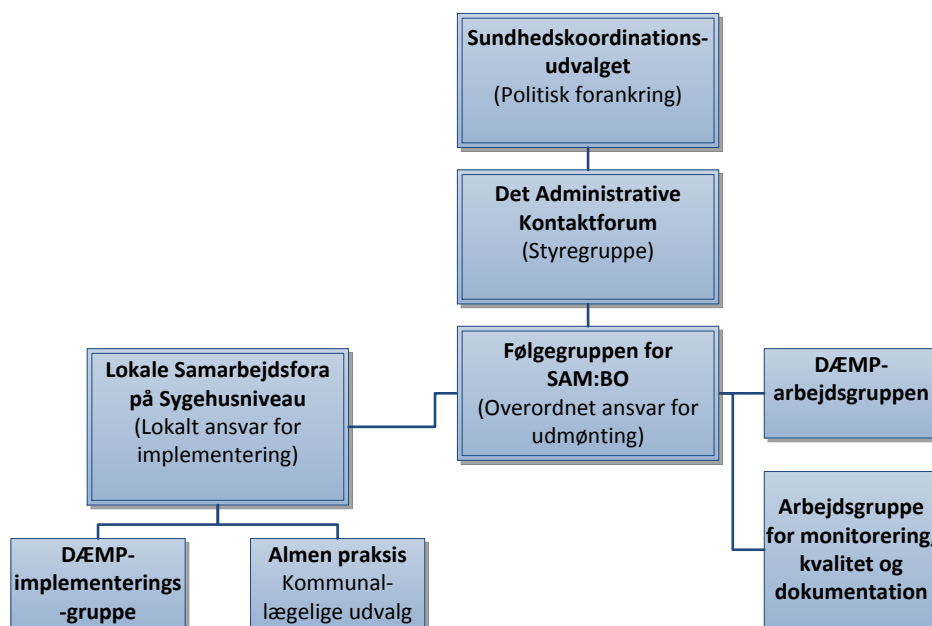
**Projektorganisationen afspejler den eksisterende samarbejdsstruktur på sundhedsaftaleområdet:** I Region Syddanmark og i de 22 kommuner er der lagt vægt på at anvende DÆMP-midlerne til at støtte og videreudvikle det eksisterende samarbejde om

<sup>15</sup> Beskrivelsen er baseret på to gruppeinterview med i alt 11 deltagere fra de tværfaglige/tværasektorielle arbejds- og projektgrupper, der arbejder med at udmønte DÆMP-midlerne i Region Syddanmark, samt følgende skriftlige materiale: 1: Proces- og rammenotat ift. forløbskoordinationsfunktion og opfølgende hjemmebesøg. 2: § 2-aftale vedrørende opfølgning og koordination efter udskrivelse. 3: § 2-aftale vedrørende systematisk medicingennemgang for ældre patienter. 4: Kommunikationsstrategi og implementeringsplan for DÆMP-puljen. 5: Årlig status vedrørende forløbskoordinatorfunktioner indsendt til Danske Regioner 15.11.2013. 6: Monitorering af fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg i regioner og kommuner i relation til den ældre medicinske patient.

<sup>16</sup> Uddybende beskrivelse af screeningskriterierne kan ses i Proces- og rammenotat i forhold til forløbskoordinationsfunktion og opfølgende hjemmebesøg.

indlæggelse og udskrivning af særligt svækkede ældre medicinske patienter. Der er således ikke finansieret nye funktioner med midler fra DÆMP-puljen, men midlerne anvendes til oprustning og videreudvikling af eksisterende tiltag samt til kompetenceudvikling. På baggrund af en fælles beslutning mellem kommunerne og regionen er de indsatser, der arbejdes med, en del af den varige organisering af sundhedssamarbejdet. Dette afspejles i projektorganisationen, der forankrer DÆMP-puljen i den samarbejdsorganisation, der eksisterer omkring sundhedsaftalekomplekset, samt den SAM:BO-aftale<sup>17</sup>, der gælder for tværgående patientforløb i Region Syddanmark. Projektorganisationen er illustreret i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 9** DÆMP-projektorganisation i Region Syddanmark



Som det fremgår af figuren, er DÆMP-puljen politisk forankret i **Sundhedskoordinationsudvalget**. I dette regi er der indgået en tillægsaftale til sundhedsaftalerne samt et proces- og rammenotat, der beskriver, hvordan DÆMP-midlerne skal udmøntes, samt hvilke opgaver de involverede aktører hver især skal fokusere på. Endvidere er der indgået to § 2-aftaler med almen praksis: En der honorerer praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning fra hospital, og en der honorerer udvidet medicingennemgang og opfølgende hjemmebesøg for at forebygge indlæggelser.

Det **Administrative Kontaktforum (DAK)** er et tværsektorielt samarbejdsforum på direktørniveau, der har det øverste administrative ansvar for sundhedsaftaleområdet. DAK fungerer som overordnet styregruppe for DÆMP-puljen.

**Følgegruppen for SAM:BO-aftalen** er et forum af chefer og nøglepersoner, der har det overordnede ansvar for udmøntningen af de samarbejdsaftaler, der er indgået for tværgående patientforløb. SAM:BO-følgegruppen har det overordnede ansvar for at udvikle rammer og indhold for de DÆMP-indsatser, der skal arbejdes med på sygehusniveau, samt for at følge op på fremdriften i indsatserne i kommunalt regi. Under SAM:BO-følgegruppen er der nedsat to underarbejdsgrupper:

<sup>17</sup> Samarbejdsaftalen mellem kommuner og region om borger-/patientforløb i Region Syddanmark.

- **Kvalitetsgruppen**, der arbejder med at opstille kriterier og vejledninger for screening af DÆMP-patienter, udvikling af monitorerings- og dokumentationsredskaber.
- **DÆMP-projektgruppen**, der har til opgave at koordinere de igangsatte indsatser og understøtte den lokale udvikling og implementering af DÆMP-indsatserne på og omkring regionens fire sygehuse.

I regi af **kvalitetsgruppen** er der bl.a. udarbejdet et notat om monitorering af fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Heri beskrives, hvordan arbejdet med DÆMP fremadrettet skal integreres i de vejledninger og plejeforløbsplaner, der anvendes til at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb. Gruppen har også udviklet en vejledning i screening af DÆMP-patienterne og igangsat en kvalitativ undersøgelse af DÆMP-patienter og pårørendes oplevelse af overgangene i konkrete patientforløb.

**DÆMP-projektgruppen** har udarbejdet en kommunikationsstrategi og en implementeringsplan for de aktiviteter og milepæle, der skal medvirke til at styrke samarbejdet om indlæggelse og udskrivelse. Endvidere udarbejder gruppen pt. informationsmateriale, vejledninger og pjecer for det sundhedsfaglige personale, der arbejder med DÆMP-patienterne.

Hvert af regionens sygehuse er efter en fordelingsnøgle tildelt midler til en styrket indsats for den ældre medicinske patient. Ansvar for udmøntningen af disse midler ligger på det enkelte sygehus, dog er det et krav, at midlerne anvendes til at styrke indsatsen for den ældre medicinske patient, herunder bl.a. til kompetenceudvikling, frikøb af medarbejdere i forbindelse med mødedeltagelse og kompetenceudvikling samt til gennemførelse af audits på området.

Regionens fire **tværsektorielle samordningsfora**, der på hvert sygehus har ansvaret for sundhedssamarbejdet på tværs af sygehus, kommuner og almen praksis, er tildelt ansvar for implementeringsarbejdet.

Som illustreret i figur 9, forventes det, at der på det lokale niveau oprettes **implementeringsgrupper**, hvor nøglemedarbejdere og ledere har ansvar for lokal udmøntning af DÆMP-indsatserne. Indsatserne og kommunikationen om DÆMP-patienter forventes bl.a. understøttet via tværsektorielle audits om udvalgte patientforløb.

**Almen praksis** er repræsenteret i alle de formelle samarbejdsfora og arbejdsgrupper, der er oprettet i forbindelse med DÆMP-indsatsen. Endvidere forventes det, at de kommunal-lægelige udvalg skal have data omkring antallet af opfølgende hjemmebesøg stillet til rådighed som afsæt for dialog og samarbejde om den ældre medicinske patient.

## Implementering af MedCom-standarder og kommunikation om DÆMP-patienter

Region Syddanmarks arbejde med at implementere de opdaterede MedCom-standarder for indlæggelse og udskrivning er forsinket. Informanterne forventer ikke, at de opdaterede MedCom-standarder vil være i anvendelse på alle sygehuse før ved udgangen af 2015. De informanter, vi har talt med, vurderer imidlertid ikke, at den manglende implementering af MedCom-standarderne har betydning for arbejdet med forløbskoordination. De henviser til, at de eksisterende plejeforløbsplaner og samarbejdsaftaler er opbygget efter samme principper som MedCom. Samtidig opleves den eksisterende sundhedsaftale vedrørende kom-



munikation ved indlæggelse og udskrivelse samt de elektroniske plejeforløbsplaner mm. som værende velfungerende.

Kommunikationen om patientforløbet sker via den elektroniske plejeforløbsplan. Her er der i forbindelse med DÆMP-indsat et felt (forebygge forværring af sygdom/tab i funktionsevne), som udfyldes for DÆMP-patienter med bemærkning: "anbefaling om særlig opfølgning som følge af" ...meddelelsen sendes direkte til kommunen, samt via epikrise til egen læge. Forløb kan på lignende vis initieres af hjemmesygeplejen og egen læge.

## Patient- og pårørendeinddragelse

Center for Kvalitet i Region Syddanmark har udarbejdet et forslag til en undersøgelse af patient- og pårørendeoplevet kvalitet i regi af den styrkede indsats for den ældre medicinske patient (DÆMP). Undersøgelsen vil have fokus på den kvalitative oplevelse af forløbskoordination for patienter og pårørende i DÆMP-målgruppen og vil foregå som semi-strukturerede interview. Deltagere vil blive udvalgt fra forskellige sygehusafdelinger og forskellige kommuner.

Følgende temaer vil indgå i undersøgelsen: forventninger, information, tryghed, inddragelse, opfyldelse af behov, overdragelse til og koordinering med primærsektor, oplevelse af sammenhæng, sundhedsprofessionelles adfærd.

Undersøgelsen vil blive gennemført af Center for Kvalitet, og der lægges op til, at den nedsatte arbejdsgruppe vedrørende DÆMP-kvalitet og Følgegruppen til implementering af tværsektoriel kvalitetsstrategi vil være behjælpelig med koordinering i forhold til den beskrevne sparringsgruppe samt afgrænsning af deltagende sygehusafdelinger og kommuner. Projektet forventes afviklet fra oktober 2014 og afsluttet i 1. kvartal 2015.

## Dokumentation af opfølgende hjemmebesøg og igangsatte koordinationsforløb

Antallet af opfølgende hjemmebesøg opgøres på baggrund af de § 2-aftaler, der er indgået med almen praksis. Denne del af monitoreringen opleves uproblematisk, men det forventes ikke at nå det forventede antal forløb inden for DÆMP-puljens projektperiode.

Dokumentationen af antallet af udvidede DÆMP-forløb giver en del udfordringer.

- For det første er der ikke igangsat konkrete DÆMP-indsatser i 2013.
- For det andet er det ikke muligt at identificere gruppen af specifikke DÆMP-forløb.
- For det tredje er det ikke muligt at vurdere overholdelse af de opstillede kvalitetsparametre for de forløb, der er opgjort.

Ovenstående betyder, at antallet af DÆMP-forløb er opgjort administrativt på baggrund af den antagelse, som fremgår af udmøntningsplanen for DÆMP-patienter om, at 5 % af alle indlæggelsesforløb på medicinske afdelinger af de +65-årige, og hvor der modtages indlæggelsesrapport<sup>18</sup> fra kommunen, omhandler DÆMP-patienter. Samtidig er der kun indberettet tal for september måned, fordi det først var her DÆMP-indsatsen officielt startede.

---

<sup>18</sup> Indlæggelsesrapport sendes fra kommunen, når borgere, der er tilknyttet kommunal ældre/sygepleje, indlægges.

Endelig er det ikke vurderet, i hvilket omfang de indberettede forløb overholder de udmeldte MedCom-kvalitetsparametre.

Region Syddanmark har nedsat en gruppe, der arbejder med at kvalificere de fremadrettede monitoreringsdata. Gruppen arbejder på at udvikle en løsning, hvor det i plejeforløbsplanen bliver muligt at registrere, når der er tale om et DÆMP-forløb, således at denne oplysning årligt kan trækkes ud af journalerne for at få en præcis angivelse af det faktiske antal DÆMP-forløb. Samtidig forventes det, at der i takt med, at MedCom-version 1.0.2 implementeres, vil være ledelsesinformation, som gør det muligt at vurdere kvaliteten i de igangsatte forløb. MedCom forventes dog først fuldt implementeret ved udgangen af 2015.

## Succeser og udfordringer

Det ses som en stor styrke, at DÆMP-puljen – og den konkrete udmøntning af puljen i Region Syddanmark – ikke introducerer nye funktioner og projekter men derimod fokuserer på at styrke de eksisterende tilbud og samarbejdsrelationer. Det er således det faste personale, som i forvejen arbejder med DÆMP-patienter, der skal indarbejde nye rutiner og en øget opmærksomhed på at sikre sammenhæng i patienternes forløb. SAM:BO-aftalen og den tilhørende elektroniske tovejskommunikation, der indbefatter alle parter i patientforløbet, opfattes også som en stor styrke for DÆMP-arbejdet.

I forhold til almen praksis og de opfølgende hjemmebesøg er der en del vanskeligheder med at aftale og effektuere opsøgende og opfølgende hjemmebesøg, hvor praktiserende læge og hjemmesygeplejerske mødes i patientens hjem. Ansvar for samarbejdet er lagt i de kommunallægelige udvalg, som kvartalsvis får stillet lokale data over antal udførte besøg til rådighed som afsæt for drøftelser om samarbejdet om den ældre medicinske patient og om status på implementeringsarbejdet.

## Status for udmøntning

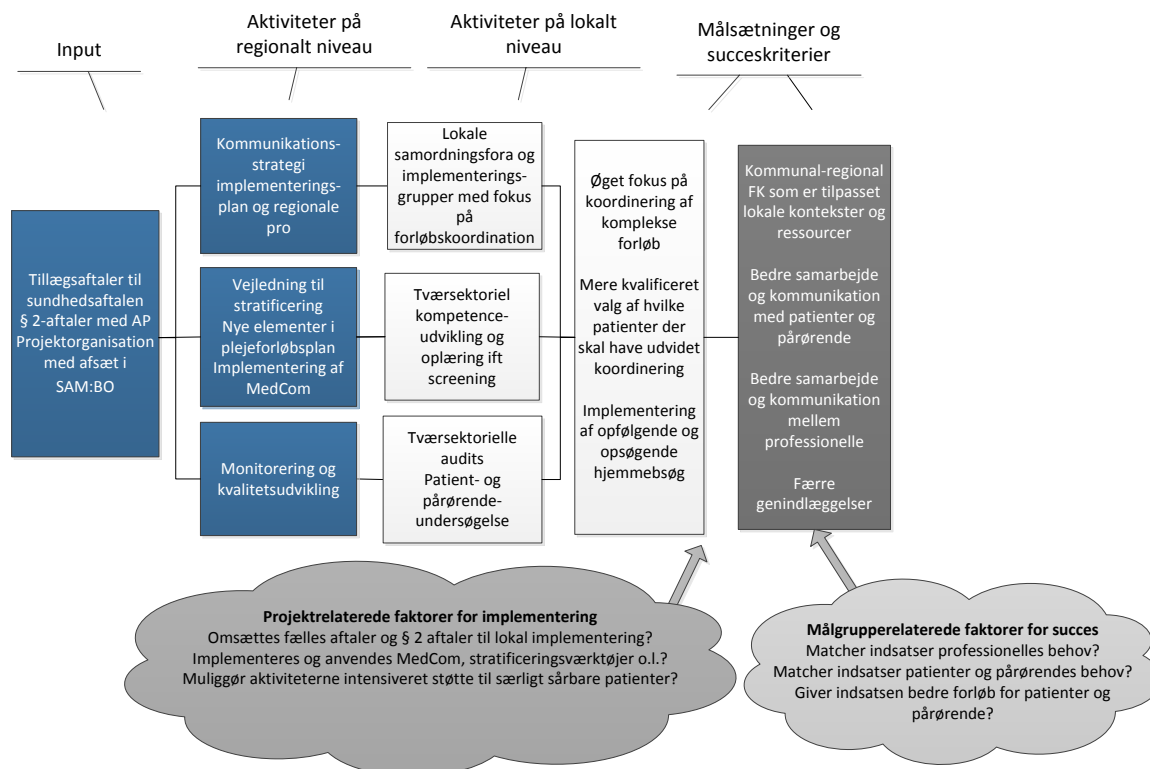
Udmøntningen af DÆMP-puljen i Region Syddanmark er pt. i et forberedende stade. Der er ikke igangsat konkrete aktiviteter, og de lokale samordningsfora, sygehuse og aktører er endnu ikke informeret eller aktive i de planlagte indsatser. Forventningen er, at implementeringsprocessen starter i løbet af foråret 2014.

## Programteori for DÆMP-puljen i Region Syddanmark

KORAs evaluering af DÆMP-puljen er designet som en virkningsevaluering, der gennemføres med afsæt i en overordnet programteori for puljens udmøntning. I den forbindelse indgår det som et centralt element at udarbejde specifikke programteorier for arbejdet med forløbskoordination på niveau af hver enkelt region. Programteoriene anvendes til at vurdere sammenhængen mellem puljens lokale udmøntning og den nationale udmøntningsplan samt til at evaluere fremdrift og resultater ved projektperiodens afslutning.

På baggrund af de gennemførte interview og det skriftlige materiale fra Region Syddanmark, ser programteorien for DÆMP-puljen ud som i nedenstående figur:

**Bilagsfigur 10** Programteori for DÆMP-indsatserne i Regions Syddanmark



Programteorien er opdelt således, at den beskriver:

1. input og aktiviteter på overordnet regionalt niveau i form af de formelle aftaler, projektorganisation og tværgående indsatser – fx i forhold til implementering af MedCom-standarder, der arbejdes med på regionalt niveau
2. de planlagte lokale aktiviteter i form af arbejdsgrupper, kvalitetsudvikling o.l., som skal bidrage til udmøntning af puljemidlerne
3. målsætninger og succeskriterier i form af ny viden, bedre samarbejde og kommunikation etc., som forventes ved afslutningen af projektperioden.

Endelig beskriver programteorien de projekt- og målgruppebetingede faktorer, som evalueringen via spørgeskemaer, interview og skriftligt materiale undersøger ved afslutningen af projektperioden for at kunne forklare og nuancere de opnåede resultater.

## Bilag 7. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=213	N=161	N=209	N=133
1. Hvad er din stilling? (Kun et svar. Har du flere stillinger, bedes du sætte kryds ved den stilling, som du primært beskæftiger dig med)	Hospitalslæge	0 %	0 %	15 %	17 %
	Hospitalsansat sygeplejerske	<1 %	0 %	61 %	62 %
	Kommunal visitator	32 %	32 %	0 %	0 %
	Kommunal hjemmesygeplejerske	29 %	24 %	<1 %	0 %
	Andet	38 %	44 %	23 %	21 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=213	N=161	N=209	N=133
2. Hvor arbejder du? (Kun et svar. Hvis du arbejder flere steder, bedes du sætte kryds ved din primære arbejdsplads)	Sygehus	1 %	1 %	99 %	100 %
	Kommune	99 %	99 %	1 %	0 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=213	N=161	N=209	N=133
3. Hvilken region befinder din (primære) arbejdsplads sig i?	Region Nordjylland	17 %	14 %	17 %	18 %
	Region Midtjylland	18 %	20 %	29 %	26 %
	Region Syddanmark	22 %	23 %	21 %	23 %
	Region Sjælland	22 %	19 %	16 %	17 %
	Region Hovedstaden	21 %	23 %	17 %	16 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=212	N=161	N=208	N=133
4. Er du tilfreds med de nuværende rammer for at udføre dit arbejde, alt taget i betragtning?	I ringe grad	3 %	2 %	7 %	8 %
	I nogen grad	33 %	38 %	47 %	43 %
	I høj grad	45 %	45 %	36 %	35 %
	I meget høj grad	16 %	12 %	10 %	13 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	4 %	0 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=210	N=159	N=205	N=133
5. Er der efter din vurdering tilstrækkelig sammenhæng i forløb for særligt svækkede medicinske patienter?	I ringe grad	17 %	16 %	14 %	13 %
	I nogen grad	72 %	69 %	70 %	73 %
	I høj grad	10 %	13 %	15 %	12 %
	I meget høj grad	0 %	0 %	1 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	<1 %	2 %	0 %	0 %

	Kommune/region			
	1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
	N=209	N=156	N=202	N=131
6a. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Tid til indsatsen	35 %	27 %	47 %	30 %
6b. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Informationer fra andre sektorer	43 %	32 %	29 %	20 %
6c. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Bedre samarbejde med andre sektorer	58 %	42 %	41 %	26 %
6d. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Bedre samarbejde inden for sektorer	29 %	24 %	17 %	9 %
6e. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Viden om de tilbud, der findes i andre sektorer	20 %	12 %	31 %	19 %
6f. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Faglige kompetencer	12 %	10 %	11 %	6 %
6g. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - It-understøttelse eller værktøjer	24 %	14 %	17 %	13 %
6h. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Fysiske rammer	4 %	5 %	10 %	5 %
6i. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ledelsesfokus/prioritering	17 %	10 %	15 %	10 %
6j. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ved ikke/ikke relevant	1 %	<1 %	<1 %	<1 %
6k. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Andet	7 %	5 %	2 %	3 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=208	N=155	N=202	N=130
7. Oplever du, at du har tilstrækkelig viden om den enkelte patient i forhold til at løse dine arbejdsopgaver med særligt svækkede ældre medicinske patienter?	I ringe grad	4 %	5 %	2 %	2 %
	I nogen grad	55 %	54 %	38 %	49 %
	I høj grad	31 %	28 %	49 %	31 %
	I meget høj grad	6 %	6 %	8 %	16 %
	Ved ikke/ikke relevant	4 %	6 %	2 %	2 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=208	N=154	N=202	N=130
8a. Oplever du, at I på tværs af sektorer har et fælles defineret mål for patientforløbet?	I ringe grad	36 %	34 %	28 %	25 %
	I nogen grad	53 %	56 %	56 %	58 %
	I høj grad	9 %	8 %	12 %	15 %
	I meget høj grad	1 %	0 %	3 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	2 %	1 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=208	N=154	N=202	N=130
8b. Oplever du, at I på tværs af sektorer har viden om hinandens arbejde?	I ringe grad	21 %	24 %	23 %	21 %
	I nogen grad	66 %	68 %	65 %	68 %
	I høj grad	10 %	6 %	10 %	8 %
	I meget høj grad	2 %	1 %	1 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	<1 %	1 %	<1 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=208	N=154	N=202	N=130
8c. Oplever du, at I på tværs af sektorer har nemt ved at samarbejde om patientforløbene?	I ringe grad	21 %	19 %	9 %	7 %
	I nogen grad	62 %	65 %	70 %	73 %
	I høj grad	16 %	14 %	20 %	16 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	1 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	0 %	1 %	0 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=208	N=154	N=202	N=130
8d. Oplever du, at I på tværs af sektorer har gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver?	I ringe grad	8 %	10 %	6 %	6 %
	I nogen grad	61 %	60 %	55 %	55 %
	I høj grad	29 %	25 %	37 %	35 %
	I meget høj grad	1 %	3 %	2 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	2 %	0 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=206	N=153	N=202	N=129
9a. Oplever du, at I inden for din egen sektor har et fælles defineret mål for patientforløbet?	I ringe grad	7 %	7 %	4 %	7 %
	I nogen grad	49 %	53 %	46 %	50 %
	I høj grad	39 %	32 %	43 %	39 %
	I meget høj grad	5 %	8 %	8 %	4 %
	Ved ikke/ikke relevant	<1 %	1 %	0 %	0 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=206	N=153	N=202	N=129
9b. Oplever du, at I inden for din egen sektor har viden om hinandens arbejde?	I ringe grad	3 %	3 %	2 %	3 %
	I nogen grad	42 %	44 %	34 %	36 %
	I høj grad	48 %	42 %	54 %	53 %
	I meget høj grad	7 %	10 %	9 %	8 %
	Ved ikke/ikke relevant	<1 %	1 %	0 %	1 0 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=206	N=153	N=202	N=129
9c. Oplever du, at I inden for din egen sektor har nemt ved at samarbejde om patientforløbene?	I ringe grad	3 %	3 %	2 %	3 %
	I nogen grad	42 %	48 %	45 %	47 %
	I høj grad	48 %	39 %	43 %	40 %
	I meget høj grad	6 %	10 %	11 %	9 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	0 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=206	N=153	N=202	N=129
9d. Oplever du, at I inden for din egen sektor har gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver?	I ringe grad	1 %	1 %	1 %	2 %
	I nogen grad	33 %	39 %	31 %	43 %
	I høj grad	54 %	44 %	52 %	43 %
	I meget høj grad	11 %	14 %	15 %	11 %
	Ved ikke/ikke relevant	<1 %	1 %	0 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=152	N=202	N=128
10a. Hvordan oplever du koordinationen mellem sektorer af forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Koordinationen af patientforløb mellem almen praksis og sygehus fungerer godt	I ringe grad	18 %	18 %	19 %	26 %
	I nogen grad	36 %	33 %	53 %	45 %
	I høj grad	3 %	7 %	11 %	13 %
	I meget høj grad	0 %	0 %	1 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	42 %	42 %	15 %	15 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=202	N=128
10b. Hvordan oplever du koordinationen mellem sektorer af forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Koordinationen af patientforløb mellem sygehus og kommune fungerer godt	I ringe grad	12 %	9 %	8 %	2 %
	I nogen grad	64 %	70 %	61 %	68 %
	I høj grad	22 %	20 %	28 %	27 %
	I meget høj grad	1 %	0 %	2 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	<1 %	1 %	0 %	2 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=202	N=128
10c. Hvordan oplever du koordinationen mellem sektorer af forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Koordinationen af patientforløb mellem kommune og almen praksis fungerer godt	I ringe grad	9 %	11 %	2 %	3 %
	I nogen grad	53 %	52 %	25 %	21 %
	I høj grad	25 %	21 %	3 %	7 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	0 %	0 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	15 %	69 %	69 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=201	N=127
11a. Hvordan oplever du ansvarsfordelingen mellem sektorer i relation til særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Fordelingen af opgaver og roller mellem almen praksis og sygehus er klar	I ringe grad	9 %	15 %	10 %	14 %
	I nogen grad	37 %	26 %	50 %	42 %
	I høj grad	12 %	13 %	22 %	24 %
	I meget høj grad	<1 %	1 %	1 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	41 %	44 %	16 %	18 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=201	N=127
11b. Hvordan oplever du ansvarsfordelingen mellem sektorer i relation til særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Fordelingen af opgaver og roller mellem sygehus og kommune er klar	I ringe grad	5 %	7 %	6 %	6 %
	I nogen grad	53 %	54 %	53 %	46 %
	I høj grad	37 %	36 %	35 %	40 %
	I meget høj grad	3 %	3 %	4 %	6 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	1 %	1 %	2 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=201	N=127
11c. Hvordan oplever du ansvarsfordelingen mellem sektorer i relation til særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Fordelingen af opgaver og roller mellem kommune og almen praksis er klar	I ringe grad	5 %	9 %	1 %	3 %
	I nogen grad	48 %	44 %	22 %	20 %
	I høj grad	33 %	30 %	6 %	8 %
	I meget høj grad	2 %	2 %	0 %	0 %
	Ved ikke/ikke relevant	12 %	15 %	71 %	69 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=198	N=127
12a. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Vi kommunikerer nok til, at vi har tilstrækkelig fælles viden om patienten	I ringe grad	24 %	17 %	17 %	13 %
	I nogen grad	66 %	68 %	65 %	69 %
	I høj grad	9 %	13 %	15 %	14 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	2 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	0 %	1 %	1 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=198	N=127
12b. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Informationerne fra de andre sektorer kommer tids nok	I ringe grad	22 %	25 %	24 %	31 %
	I nogen grad	67 %	62 %	59 %	51 %
	I høj grad	9 %	10 %	14 %	13 %
	I meget høj grad	<1 %	1 %	1 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	3 %	3 %	2 %



		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=198	N=127
12c. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Informationerne fra de andre sektorer er relevante og målrettet mine behov	I ringe grad	24 %	17 %	20 %	20 %
	I nogen grad	63 %	68 %	63 %	67 %
	I høj grad	12 %	12 %	14 %	7 %
	I meget høj grad	0 %	1 %	1 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	3 %	3 %	3 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=151	N=198	N=127
12d. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? Jeg har mulighed for dialog med relevante samarbejdspartner fra andre sektorer, når der opstår problemstillinger i patientforløbet	I ringe grad	11 %	9 %	8 %	10 %
	I nogen grad	39 %	45 %	49 %	43 %
	I høj grad	41 %	36 %	34 %	37 %
	I meget høj grad	6 %	7 %	7 %	7 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	3 %	2 %	3 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=198	N=127
13a. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Alle relevante oplysninger udveksles mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen	I ringe grad	20 %	17 %	41 %	39 %
	I nogen grad	49 %	58 %	41 %	45 %
	I høj grad	19 %	13 %	10 %	10 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	1 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	11 %	7 %	6 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=198	N=127
13b. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Oplysninger udveksles rettidigt mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen	I ringe grad	13 %	17 %	26 %	25 %
	I nogen grad	51 %	48 %	51 %	46 %
	I høj grad	24 %	21 %	13 %	18 %
	I meget høj grad	2 %	1 %	1 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	12 %	9 %	7 %

		Region		
		1. runde hospital	2. runde hospital	
		N=196	N=127	
14. Hvordan oplever du den skriftlige kom. mellem henvisende/egen læge og sygehus ved indlæggelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? Alle relevante oplysninger udveksles mellem henvisende/egen læge og sygehus ved indlæggelsen	I ringe grad		17 %	20 %
	I nogen grad		40 %	37 %
	I høj grad		6 %	7 %
	I meget høj grad		1 %	0 %
	Ved ikke/ikke relevant		37 %	36 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=198	N=127
15. I hvilken grad oplever du, at der lægges en fælles skriftlig plan mellem sygehus og kommune for udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Der lægges en fælles skriftlig plan for udskrivelsen mellem sygehus og kommune	I ringe grad	29 %	28 %	15 %	16 %
	I nogen grad	41 %	47 %	39 %	40 %
	I høj grad	23 %	19 %	30 %	31 %
	I meget høj grad	3 %	1 %	9 %	8 %
	Ved ikke/ikke relevant	4 %	5 %	7 %	6 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=198	N=126
16. I hvilken grad oplever du, at der gives skriftlig melding fra sygehus til kommune om færdigbehandling af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Der gives skriftlig melding fra sygehus til kommune om færdigbehandling	I ringe grad	9 %	5 %	3 %	1 %
	I nogen grad	29 %	28 %	14 %	12 %
	I høj grad	43 %	51 %	50 %	49 %
	I meget høj grad	12 %	11 %	23 %	29 %
	Ved ikke/ikke relevant	7 %	5 %	10 %	9 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=197	N=126
17a. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Alle relevante oplysninger udveksles mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen	I ringe grad	23 %	15 %	3 %	2 %
	I nogen grad	57 %	66 %	42 %	47 %
	I høj grad	15 %	15 %	41 %	34 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	6 %	9 %
	Ved ikke/ikke relevant	3 %	3 %	9 %	8 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=197	N=126
17b. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Oplysninger udveksles rettidigt mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen	I ringe grad	11 %	12 %	3 %	2 %
	I nogen grad	65 %	59 %	40 %	39 %
	I høj grad	20 %	24 %	40 %	39 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	7 %	11 %
	Ved ikke/ikke relevant	3 %	4 %	10 %	10 %

		Region		
		1. runde hospital	2. runde hospital	
		N=195	N=126	
18a. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem sygehus og egen læge ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Alle relevante oplysninger udveksles mellem sygehus og egen læge ved udskrivelsen	I ringe grad		5 %	2 %
	I nogen grad		31 %	22 %
	I høj grad		27 %	29 %
	I meget høj grad		5 %	8 %
	Ved ikke/ikke relevant		32 %	40 %

		Region	
		1. runde hospital	2. runde hospital
		N=195	N=126
18b. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem sygehus og egen læge ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Udskrivningsbrev/epikrise sendes rettidigt fra sygehus til egen læge	I ringe grad	7 %	6 %
	I nogen grad	19 %	19 %
	I høj grad	26 %	22 %
	I meget høj grad	11 %	18 %
	Ved ikke/ikke relevant	37 %	35 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=197	N=126
19a. Følger I MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation?	Ja	60 %	60 %	34 %	47 %
	Delvist	20 %	26 %	11 %	7 %
	Nej	3 %	0 %	4 %	5 %
	Ved ikke/ikke relevant	17 %	14 %	51 %	41 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=161	N=128	N=89	N=68
19b. Hvordan oplever du MedCom-rapporternes anvendelighed som værktøj til kommunikation mellem sektorer? - MedCom-rapporternes indhold er tilfredsstillende	I ringe grad	15 %	13 %	12 %	9 %
	I nogen grad	60 %	62 %	62 %	65 %
	I høj grad	20 %	23 %	12 %	18 %
	I meget høj grad	0 %	1 %	0 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	6 %	2 %	13 %	6 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=161	N=128	N=89	N=68
19c. Hvordan oplever du MedCom-rapporternes anvendelighed som værktøj til kommunikation mellem sektorer? - MedCom-rapporternes læsevenighed er tilfredsstillende	I ringe grad	24 %	16 %	20 %	13 %
	I nogen grad	46 %	57 %	46 %	51 %
	I høj grad	24 %	23 %	20 %	25 %
	I meget høj grad	1 %	2 %	0 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	6 %	2 %	13 %	7 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=203	N=149	N=197	N=125
20. Er der efter din vurdering tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter?	I ringe grad	9 %	7 %	5 %	2 %
	I nogen grad	64 %	61 %	42 %	50 %
	I høj grad	22 %	23 %	44 %	33 %
	I meget høj grad	2 %	2 %	9 %	14 %
	Ved ikke/ikke relevant	3 %	6 %	1 %	1 %

	Kommune/region			
	1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
	N=201	N=149	N=197	N=125
21a. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Faglige kompetencer i forhold til patient- og pårørendeinddragelse	12 %	9 %	8 %	4 %
21b. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Afstemning af pårørende og patienters forventninger	53 %	39 %	43 %	28 %
21c. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Tilstrækkelig tid	33 %	24 %	47 %	30 %
21d. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Tilstrækkelige ressourcer	33 %	22 %	36 %	24 %
21e. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) Et kollektivt fagligt miljø, der understøtter patient- og pårørendeinddragelsen	30 %	23 %	21 %	14 %
21f. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ledelsesmæssig prioritering af patient-/pårørendeinddragelse	13 %	11 %	14 %	9 %
21g. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Fysiske rammer	5 %	4 %	14 %	11 %
21h. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ved ikke/ikke relevant	5 %	4 %	2 %	1 %
21i. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Andet	5 %	3 %	2 %	1 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=201	N=149	N=197	N=125
22. Hvordan oplever du kommunikationen med særligt svækkede ældre medicinske patienter og deres pårørende ved udskrivelse fra sygehus? - Der er en velfungerende kommunikation med patienter og pårørende ved udskrivelse fra sygehus	I ringe grad	12 %	9 %	3 %	2 %
	I nogen grad	59 %	60 %	43 %	53 %
	I høj grad	17 %	15 %	44 %	33 %
	I meget høj grad	<1 %	2 %	6 %	7 %
	Ved ikke/ikke relevant	10 %	13 %	5 %	6 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	2. runde kommune	1. runde hospital	2. runde hospital
		N=201	N=149	N=197	N=124
23. I hvilken grad oplever du, at særligt svækkede ældre medicinske patienter og deres pårørende deltager aktivt i planlægningen af udskrivningsforløbet? - Patienter og pårørende er aktivt involverede i planlægningen af udskrivningsforløbet	I ringe grad	20 %	21 %	6 %	7 %
	I nogen grad	56 %	49 %	48 %	49 %
	I høj grad	12 %	12 %	34 %	37 %
	I meget høj grad	%	1 %	6 %	5 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	16 %	6 %	2 %

		Kommune/region			
			2. runde kommune		2. runde hospital
			N=149		N=124
24a. Kender du til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af puljen til forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter?	Ja		53 %		40 %
	Nej		47 %		60 %

		Kommune/region	
		2. runde kommune	2. runde hospital
		N=79	N=49
24b. Oplever du, at disse aktiviteter finansieret af puljen har medvirket til at forbedre samarbejdet om særligt svækkede ældre medicinske patienter?	I ringe grad	11 %	10 %
	I nogen grad	54 %	59 %
	I høj grad	25 %	12 %
	I meget høj grad	1 %	4 %
	Ved ikke/ikke relevant	8 %	14 %



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

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00