



Sagsnr. 1-1010-281/9

"Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt"

Medfinansiering fra satspuljemidler (DÆMP-handlingsplanen 2016-19)

Slutrapporten indeholder følgende temaer:

1	Identifikation.....	2
2	Organisation.....	3
3	Samarbejde.....	4
4	Projektgruppen.....	6
5	Økonomi	7
6	Projektets udvikling og indsatser jf. puljens formål	9
7	Proces og tidsplan	13
8	Projektets relevans og opnåede resultater	15
9	Plan for implementering	18
10	Andre forhold.....	20

1 Identifikation

- 1.1 Slutrapport for: "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt", sagsnummer 1-1010-281/9, modtager af satspuljemidler ifm DÆMP-handlingsplanen 2016-19
- 1.2 Udfyldt af: Jacob Møller Jørgensen (KOSU) og Mette Byrgiel Bach (Region Midtjylland) og med kvalitetssikring fra projektgruppen. Godkendt af formandskabet for projektet, på vegne af Sundhedsstyregruppen.
- 1.3 Dato: Marts 2020

2 Organisation

2.1 Beskriv projektorganisationen.

Sundhedsstyregruppen er øverste administrative organ i det kommunale og regionale sundheds-samarbejde og fungerer som styregruppe for projektet. Sundhedsstyregruppen har udpeget et formandskab bestående af en ledelsesrepræsentant fra hhv. kommuner og region. Formandskabet har beslutningskompetence på vegne af Sundhedsstyregruppen.

Projektet koordineres i en delt projektledelse mellem Region Midtjylland og kommunerne, som har haft til opgave at sikre fremdrift i det samlede projekt og på tværs af projektets to hovedspor.

- *Spor 1: Tættere samarbejde om visitation (Randers-klyngen og Midt-klyngen)*
- *Spor 2: Hurtig opfølgning efter udskrivelse (Horsens-klyngen, Vest-klyngen og Aarhus-klyngen)*

Den fælles projektledelse har varetaget kontakten til Sundhedsstyrelsen, ekstern evaluator og planlagt tværgående aktiviteter, som bl.a. læringsfællesskaber. Den fælles projektledelse refererer til formandskabet.

Hvert af de fem klyngeprojekter har haft delt koordinatorrolle mellem en hospitals- og en kommunerepræsentant (lokal projektledelse). De lokale projektledere har haft en særlig opmærksomhed på at sikre det lokale ejerskab til og implementering af projektet, og indgået i en tværgående projektgruppe, som har haft til formål at skabe sammenhæng og koordinering på tværs af de fem delprojekter.

På <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/det-rette-tilbud-til-borgerne-fra-forste-kontakt/> findes relevant projektmateriale, herunder projektbeskrivelse af de fem delprojekter og statusrapporter.

2.2 Har der været opbakning til projektet fra relevante beslutningstagere? Hvorfor/hvorfor ikke?

Sundhedsstyregruppen har været styregruppe for projektet og er løbende blevet orienteret om status. Viden og erfaringer fra projektet har indgået i Sundhedsstyregruppens øvrige drøftelser inden for området, se afsnit 9.

3 Samarbejde

3.1 Hvem var/er projektets centrale aktører (med centrale aktører forstås regionale eller kommunale aktører, som bidrager til eller påvirker projektets gennemførelse)?

De centrale aktører er hospital og kommuner, knyttet til hver deres klynge / delprojekt. Delprojekternes ledelsesfora og tovholderne i de enkelte delprojekter har været vigtigt for implementeringsprocessen lokalt. Den fælles projektledelse har været væsentlig for koordinering og sammenhæng i det samlede projekt.

3.1.1 Hvordan fungerede samarbejdet mellem de centrale aktører i projektet (fx i forhold til kommunikation, arbejdsdeling og beslutningskompetencer)?

Det har fungeret godt med fælles regional og kommunal projektledelse på alle niveauer. Sundhedsstyregruppen og de fem klyngestyregrupper holdes orienteret om projektet. Der er løbende dialog mellem den fælles projektledelse og de enkelte delprojekter om konkrete udfordringer og der afholdes kvartalsvist møder på tværs af projektet, som skal sikre helheden i projektet og understøtte tværgående sparring angående implementering og evaluering. Delprojekterne har særligt i starten haft gavn af den indbyrdes sparring og der har udover projektgruppemøderne været løbende kommunikation direkte mellem delprojekterne og mellem delprojekter og fælles projektledelse. De fem delprojekter har individuelt besluttet, hvilken arbejdsdeling, der skulle være mellem kommuner og hospital.

Læringspunkter:

- *Selv om de fem delprojekter alle tager udgangspunkt i at udvikle på den sammenhængende indsats mellem sektorerne, enten før eller efter en indlæggelse, så har det været en udfordring, at projektet består af fem delprojekter, som ikke planlægges og udvikles i sammenhæng med hinanden. Derfor har de løbende projektgruppemøder været af stor vigtighed.*
- *Det var væsentligt at få en samlet start, så alle fik en fælles forståelse af projektet og fik fælles viden om, hvad der er aftalt samt at synliggøre arbejds gange.*
- *Det er væsentligt at have fokus på ændringer i personsammensætning, fx ny projektleder, idet der kan ske tab af historik, som kan udfordre implementeringsprocessen.*

3.2 Beskriv barrierer og/eller incitament for de centrale aktørers deltagelse i projektet.

Meget kort tid til ansøgningsprocessen og til detailplanlægning efter midlerne er bevilget og til indsatserne forventes at være sat i gang. *Det har haft mærkbar betydning for såvel implementering som at fastlægge datagrundlag mhp evaluering. Fx har ønsket om at udvikle teknologiske løsninger ikke været muligt inden for den "standardmodel" vi har for udvikling og afprøvning af indsats i satspuljeprojekter.*

Ressourcekrævende national evaluering uden tilbageløb af viden. *Det opleves u hensigtsmæssigt, at ansøgningsproces og udbud af evaluering har været gennemført parallelt. Konkret betyder det,*

at Midtjylland har fået godkendt et projekt med fem delprojekter, og dermed fem vinklinger på formålet, uden mulighed for at tilpasse den eksterne evaluering til dette koncept. Den valgte evalueringsmetode har derfor gjort det vanskeligt at sige noget konkret om de enkelte projekter og sammenhæng mellem (del)projekter og formål.

Det har været et meget stort arbejde at koordinere datagrundlag og sikre den juridiske del omkring levering af data til Vive og Implement. Det store arbejde, der er blevet lagt i at indhente data, til den eksterne evaluering er ikke blevet modsvaret med et tilbageløb af oplysninger. Dataindsamlingens mulige værdi for projektet – og muligheden for at justere ud fra oplysninger / observationer – har derfor været meget lille, og det har udfordret motivationen til at levere data og deltage ved fokusgruppeinterviews.

Fællessprog 3 og nye borgerjournaler er blevet implementeret i de fleste kommuner i projektperioden, hvilket i sig selv har givet et pres ift at levere data. Systemet bliver løbende forbedret, men det er en udfordring at trække data og stole på validiteten. Samtidig har det været en udfordring at prioritere projektdata i forbindelse med implementeringen, da der er basale data-setups, som har højere prioritet, f.eks. i forhold til at sikre nødvendige data til afregning.

4 Projektgruppen

I det følgende stilles en række spørgsmål om projektgruppen: Med projektgruppen forstås den medarbejdergruppe, der er nedsat med det formål at sikre den praktiske gennemførelse af projektet.

- 4.1 Var alle nødvendige ledelsesniveauer i forhold til at gennemføre projektet til stede i styregruppen? I modsat fald, hvad gjorde I for at sikre organisatorisk gennemslagskraft?

Ja, Sundhedsstyregruppen har været styregruppe for projektet. Sundhedsstyregruppen er det øverste administrative organ i det kommunale og regionale sundhedssamarbejde. Sundhedsstyregruppen træffer de overordnede strategiske beslutninger for sundhedsaftalesamarbejdet og for den overordnede implementering af sundhedsaftalen.

- 4.2 Var alle nødvendige kompetencer i forhold til at gennemføre projektet til stede i projektgruppen? I modsat fald, hvad gjorde I for at sikre de nødvendige kompetencer?

Ja. På den generelle plan var alle nødvendige kompetencer til stede i projektgruppen. Ved enkelte møder har der været inviteret ressourcepersoner til at dele viden om fx opstilling af succeskriterier og triple aim. I juni 2017 inviterede vi desuden Vive og økonomi / datamedarbejdere fra region og kommuner til et fælles møde om dataindsamlingen.

- 4.3 Var der forhold vedr. projektgruppen (medarbejdernes motivation, jobskifte, organisatorisk omorganisering el. lign.), som påvirkede projektet? I givet fald hvilke, og hvordan påvirkede det projektet?

Projektgruppen havde en forventning om tilbageløb af viden fra fokusgruppeinterviews og særligt registerdataanalyser, som ikke kunne imødekommes af VIVE og Implement. Mangel på data fra registeranalyser og på kvalitative data er en udfordring i forhold til drøftelse og beslutning omkring afslutning/videreførelse af indsatserne.

5 Økonomi

- 5.1 Der ønskes oplysninger om forbrug af midler for hele projektperioden. Oplysninger om forbrug (regnskabet) opstilles på årsbasis og i tabelform overfor budgettet (vedhæftes som bilag i Excel). Opstillingerne skal være detaljerede og følge de godkendte budgetter i Sundhedsstyrelsens oprindelige skema 3 og skema 4. I opfølgningen skal projektets samlede økonomi indgå, dvs. eventuel egenfinansiering skal medtages. Regnskabsoplysninger og budgetoplysninger oplyses i forhold til det senest godkendte budget (oprindeligt eller justeret), således det er muligt at aflæse eventuelle ændringer.

Bemærk, at der er krav om revisorpåtegnet regnskab ved projektafslutning, jf. tilsagnets betingelser og de tilhørende instrukser.

Opdateret budget (jf godkendelse fra Sundhedsstyrelsen i mails af 8. januar 2018 og 7. maj 2019 samt regnskab er vedlagt).

Delprojekterne har egenfinansieret stillinger og andre udgifter, som ikke er bogført. Egenfinansieringen har ofte været i form af medgået tid. Fx har Vest valgt at anvende satspuljemidler til aflønning af en projektleder, men alle sygeplejersketimer, der er brugt, på tværs af seks kommuner og seks hospitalsafdelinger, har været medgået tid. Omvendt har Aarhusklyngen valgt at bruge satspuljemidlerne til at dække lønudgifterne, mens man selv har finansieret transport for de udgående teams.

- 5.2 Er ressourcerne blevet tildelt projektet?

Ja, ressourcerne er fordelt mellem fælles indsatser (projektledelse af det samlede projekt samt fælles læringsseminarer) og delprojekterne.

- 5.3 Beskriv og begrund i slutrapporten eventuelle afvigelser i forhold til det planlagte ressourceforbrug.

Afvigelser i form af omposteringer er godkendt løbende i Sundhedsstyrelsen og fremgår af vedlagte notat.

Der er anvendt flere midler på projektkoordinering end budgetteret. Der har generelt været mere koordinering end forventet og det er formentligt undervurderet fra starten, hvor meget koordinering, der er ved et projekt, der omfatter fem hospitalsenheder, 17 kommuner og en lang række hospitalsafdelinger og kommunale enheder i ældresektoren.

Der har været væsentligt færre udgifter til fælles læringsseminarer end budgetteret. Der har været færre udgifter til sundhedspersonale end budgetteret, da længere opstart, klargøring af datagrundlag til ekstern evaluering og prøvehandling har skubbet planlagte milepæle og overgang til "driftsfase". Længere planlægnings- og designperiode har også betydet afvigelser i det planlagte ressourceforbrug til udvikling af en it-løsning.

5.4 Er der uforbrugte midler, bedes årsag hertil begrundet.

Der er uforbrugte midler, primært i forbindelse med sen gennemførelse af projektet (dvs. kortere projektperiode / "driftsfase"). Der har været behov for prøvehandling (pilotprojekter), hvilket har betydet, at der ikke har været fuld udrulning fra start. Et delprojekt (Midt) har ikke kunnet rekruttere det forventede antal personer til stilling i visitationsenheden, som jo, i projektperioden, kun er midlertidig. I et andet delprojekt (Randers) har udviklingen af en it-løsning været igennem en del "trial and error" og den model man er landet på (app) er først kommet i gang i 2019. Endvidere er der anvendt færre udgifter til læringsseminarerne end forventet.

6 Projektets udvikling og indsatser jf. puljens formål

6.1 Beskriv kort projektet og projekts indsatser, herunder målgruppe og formål. Er der tale om flere delprojekter, beskrives dette for hvert af disse.

Projektet har fokus på de af puljens indsatser, der omhandler udvikling af former for udgående funktioner, bedre adgang til specialiseret rådgivning, virtuelle samarbejdsplatforme og andre former for samarbejder og god udskrivning af patienter.

Spør 1 – koordinering før indlæggelse

I de to klynger i spor 1 er kendskabet til de samlede tilbud og behandlingsmuligheder på tværs af sektorerne en væsentlig faktor i indsatsen for at undgå at indlægge af den grund, at man enten ikke har kendskab til de kommunale tilbud eller ikke har haft mulighed for koordinering. Midtklyngen har haft fokus på vagttid, fordi man allerede havde en løsning i dagtid, mens Randersklyngen har haft prøvehandlinger i såvel dagtid som vagttid.

- **Randers-klyngen** har gennemført prøvehandlinger, hvor det kommunale akutteam kunne kobles på telefonsamtaler mellem hospitalsvisitation og praktiserende læge vedr. borgere i projektets målgruppe. På baggrund af erfaringer fra første prøvehandling i dagtid blev der gennemført prøvehandlinger i vagttid på hverdage. Til sidst kunne de kommunale sygeplejersker kobles på visitationssamtalen fra visitationssamtalens start på alle hverdage i tidsrummet kl. 7.30-22. Telefonløsningen har ikke givet de ønskede resultater. Randersklyngen har efterfølgende arbejdet med at udvikle en it-løsning, som kan understøtte tværsektoriel visitation ved at give et fælles overblik over de kommunale tilbud i borgerens hjemkommune og en direkte kontakt til det akutte tilbud i den pågældende kommune. Der er udviklet en app, der indeholder data fra de fire kommuner i Randersklyngen. Den er efterfølgende afprøvet af hospitalsvisitationen i Randers og af tre praktiserende læger. Det har ikke været muligt/givet mening at teste den i lægevagtsvisitationen, så længe der kun er indtastet data fra Randersklyngens kommuner. Sideløbende har Randersklyngen arbejdet med at styrke relationer og forståelse for opgaver og vilkår på tværs af sektorerne. Der har været gennemført udvekslingsforløb mellem sygeplejersker fra akutafdelingen og de kommunale akutteams. Derudover har kommunale akutsygeplejersker haft følgedage med vagtlæger.
- **Midt-klyngen** har haft stort fokus på information og kompetenceudvikling af Hospitalsvisitationens medarbejdere. Der er afholdt møder, hvor de praktiserende læger er informeret om projektet og der er udarbejdet informationsmateriale til vagtlægerne, som er placeret i de enkelte vagtlægerum. Der har været arrangeret følgedage mellem sygeplejersker i akutteam og vagtlæger i alle tre kommuner. Der er ekstra bemanding i Hospitalsvisitation i dagtid pga. Callcenter i drift. Det afprøves at få fælles visitation i form af, at kommunal akutsygeplejerske kobles på konference kald, når vagtlægen kontakter hospitalsvisitationen om en patient, der kunne profitere af kommunalt tilbud.

Spor 2 – hurtig opfølgning efter indlæggelse

- **Vest-klyngens** delprojekt har omfattet seks hospitalsafdelinger og seks kommuner. Der er gennemført tre indsatser: Indsatsen "Udskrivningsmøder via video" er testet i foråret og sommeren 2018 og herefter fuldt udrullet i kommunalt regi samt på hospitalet. Indsatsen "Modtagebesøg inden for 24 timer" er fuldt udrullet i kommunalt regi medio 2018 og ved udgangen af 2018 fuldt udrullet på hospitalet. Ift. indsatsen "24/7 specialrådgivning" er det af-dækket hvilken form for specialrådgivning hjemmesygeplejerskerne har behov for. Den videre udvikling, afprøvning og implementering er påbegyndt med ikke færdigprøvet. Der har været stort fokus på kompetenceudvikling.
Horsens-klyngen har haft "følge-hjem-ordning for alle medicinske patienter over 75 år. Ordningen er implementeret i medicinsk sengeafsnit 2 og kommunerne Odder, Skanderborg og Hedensted. På hverdage er der mulighed for at blive fulgt hjem af en sygeplejerske og opfølgende besøg (hospitalet / kommune) og udskrivningskonference i hjemmet mellem relevante deltagere. Der er mulighed for virtuel kommunikation ved behov, idet alle tre kommuner har fået udleveret computer til telemedicin. Almen praksis meddelte fra start af projektet, at de kun behøvede at blive informeret om, at patienten blev fulgt hjem, men at de ikke behøvede at blive inviteret.
- **Aarhus-klyngens** indsats omfatter samtlige kommunale sundhedsenheder og plejehjem i Aarhus Kommune og 4 medicinske afdelinger på AUH. Indsatsen består i tidlig opfølgning ved geriater og sygeplejerske inden for 24 timer efter udskrivelse eller kommunal sygeplejerske med evt. inddragelse af terapeuter og/eller diætist og/eller praktiserende læge (lodtrækning). AUH har testet nyt MPI-screeningsredskabet (pilot-test), hvor det er muligt at inddele patienterne i grader af skrøbelighed. Screeningen er foregået så tæt ved udskrivelsen som muligt, så den passer bedst til den virkelighed patienten sendes hjem i. Opfølgning ca. 30 dage efter udskrivelse med fokus på vurdering af fysisk funktionsevne er foretaget af kommunal sygeplejerske eller terapeut på alle inkluderede.

Fælles læringsseminarer

På tværs af de fem delprojekter er der afholdt fælles læringsseminar

- Januar 2018 Tema: "Samarbejde med Almen Praksis og brugeroplevet kvalitet".
- Januar 2019: Erfaringsudveksling: Foreløbige, praksisnære erfaringer med indsatserne.

I 2020 er der afholdt fire lokale læringsseminarer arrangeret af fire af klyngeprojekterne, og hvor alle klynger og andre interesserede var inviteret med (aktivitet i 2020 godkendt af Sundhedsstyrelsen). Erfaringsudveksling og drøftelse af indsatsernes muligheder og dilemmaer.

Opsamling på læringsseminarerne findes på projektets hjemmeside.

6.2 Er der undervejs sket ændringer i indsatsområderne i forhold til projektbeskrivelsen? Hvis ja, beskriv disse.

Projektets fem delprojekter er udrullet i forskelligt tempo:

- Horsensklyngen havde opstart i starten af 2017.
- Aarhusklyngen har gennemført pilotprojekt og pilotperiode fra september 2017 til januar 2018. Dataindsamling er sket pr. 1. januar 2018.
- Randersklyngen indledte arbejdet med tekniske løsninger i 2017 og startede opkobling på telefonsamtaler med én kommune fra starten af 2018 og efterfølgende trinvis udrulning til de øvrige kommuner. Løsningen fungerede ikke optimalt og der er derefter lagt vægt på at udar-

bejde en app i samarbejde med regionens it-afdeling. I 2019 har der været udveksling mellem sygeplejersker i akutafdelingen og kommunale akutteams.

- Vestklyngen startede pilotfase i oktober 2017 og udrulning fra april 2018.
- Midtklyngen har kompetenceudviklet i 2017 (følgedage for sygeplejersker i akutteams med lægevagter). Fra 2018 udvidet bemanningen i visitationen i vagttid.

6.3 Er indsatserne afprøvet på nogle? I så fald hvor mange (opgjort på hhv. borgere/patienter og sundhedspersoner)?

Se opdeling og uddybning af de to spor nedenfor.

Spor 1: Ikke muligt at gøre præcist op – se nedenfor

I spor 1 er antal borgere i projektet defineret ud fra, hvor mange med aktionsdiagnoser inden for forebyggelige indlæggelse, der vil være fra den tværsektorielle visitation, som enten indlægges eller får et kommunalt tilbud i de fem hverdage i ugen. Der er flere opmærksomhedspunkter, når der skal laves en afgrænsning og definition af antallet af borgere i projekterne i spor 1:

For det første er det en ny måde at kombinere regionale og kommunale data. Dette skyldes, at det omfatter både dem, der indlægges og dem, der får et andet tilbud – enten ved hjemmebehandling eller i kommunalt tilbud. Der er ikke tidligere lavet overslag over denne samlede gruppe.

Eksempel: I Midt-klyngen har der været lavet en forsøgsregistrering som baggrund for det forventede antal borgere i projektet. Medtager man alle 65+, med aktionsdiagnoser inden for forebyggelige indlæggelse, som i vagttid enten indlægges akut eller får et kommunalt tilbud, så forventes projektet at omfatte 6900 / årligt. Medregner man udelukkende dem, som man forventede at indlægge, men som i stedet får et kommunalt tilbud, så ligger tallet på 120 / årligt. Det er det tal man håber på at øge gennem dialogen mellem vagtlæge, hospital og kommune.

For det andet betyder den valgte organisering af delprojekterne, at selv om der er tale om samme målgruppe, så er der forskel på, hvor mange, der defineres at være med i projektet:

- *I Midt-klyngens model, hvor visitation defineres som en tværsektoriel visitationsenhed, er alle patienter, som visiteres, en del af målgruppen. Dette er muligt fordi sygeplejerskerne er klædt på med kommunal viden.*
- *I Randersklyngen kan man ikke definere alle patienter, som visiteres af den eksisterende hospitalsvisitation som værende omfattet af den (nye) tværsektorielle visitationsenhed. Hospitalsvisitationen har ikke den kommunale viden, og for at kunne sige, at patienten er visiteret i den tværsektorielle visitationsenhed, skulle kommunen kobles på telefonsamtalen. Derfor lå antallet af borgere i projektet væsentligt lavere end i Midt-klyngen. Randersklyngen har arbejdet med at udvikle en it-løsning til at skabe den optimale koordinering.*

I datamanualen definerer VIVE og Implement målgruppen, som alle borgere, der er visiteret af den tværsektorielle visitationsenhed.

De data, der er indsendt til VIVE i registeringsark C, inkluderer borgere, der er konfereret om i tværsektorielle visitationssamtaler, hvor den kommunale sygeplejerske via konferencekald er blevet koblet på samtalen mellem den praktiserende læge/vagtlæge og hospitalsvisitationen. Dette viste sig kun at være relevant i relativt få tilfælde. Det præcise antal vil skulle oplyses fra VIVE. Det skal dog påpeges, at det generelt er vanskeligt at sige, hvor mange borgere, der er omfattet af

projektet. De praktiserende læger er i projektperioden blevet bedre til at ringe direkte til kommunale akutteams (der har været en stigning i antallet af henvendelse fra almen praksis direkte til kommunerne). Det er dog ikke muligt at sige, hvor mange af disse henvendelser, der alternativt ville have resulteret i en henvendelse til hospitalsvisitationen

Spor 2: 3.046 inkluderede borgere, se fordeling nedenfor

I spor 2 defineres borgerne i projektet udfra forskellig afgrænsning i f.t. alder og screeningsmodel:

- *Horsens-klyngen: Målgruppen var alle borgere 75+ som har været indlagt på medicinsk afdeling. 708 patienter er blevet fulgt hjem i projektperioden.*
- *Vest-klyngen: 65+, hvor de svageste patienter findes ved screening til opfølgende hjemmebesøg, men hvor scoren er forhøjet til 31 eller derover. Der har været inkluderet 800 borgere i vest-klyngens indsatser.*
- *Aarhusklyngen: 65+, hvor de svageste patienter findes via en særlig screeningsmodel for skrøbelighed. 1538 inkluderede.*

6.4 Er der yderligere information om projektets udvikling og indsatsområder?

Ingen yderligere information.

7 Proces og tidsplan

7.1 Er projektets oprindelige tidsplan, herunder de planlagte milepæle, overholdt? Hvis ikke bedes dette begrundet.

Projektets tidsplan er i det store hele overholdt. Læringsseminarer var planlagt til at blive afholdt ultimo 2017-18 og 19, men er i stedet afholdt primo 2018-19 og 20 på grund af længere opstart af projektet end planlagt.

Delprojekterne er stort set gennemført ud fra oprindelig tidsplan, dog har længere opstart og prøvehandling skubbet planlagte milepæle.

7.2 Har der været væsentlige barrierer for projektets fremdrift? Har de haft betydning for projektets resultater?

Det har været en udfordring for sammenhængskraften og erfaringsudvekslingen mellem klyngerne at dele projektet op i fem delprojekter med hvert deres delmål. Dog er der i delprojekterne i de to overordnede spor opnået samme hovedkonklusioner:

Spor 1: Betydningen af relationsdannelse mellem akutsygeplejersker, hospitalsvisitationen og almen praksis / vagtlæger samt redskaber til at kende de kommunale tilbud

Spor 2: Betydningen af tidlig indsats (24-48 timer) og redskaber til god / tydelig overlevering

Overgang til LPR3 og Fællessprog 3 har gjort det vanskeligt at monitorere projektet / delprojekterne og dermed lave kvantitativ opfølgning på projektets resultater.

Flere af delprojekterne har gjort brug af audits for at undersøge sammenhæng mellem visitation og indlæggelse og mellem indlæggelse og udskrivning, hvilket er meget ressourcetungt.

Det må ikke underkendes, at implementeringsindsatsen er omfattende i tværsektorielle projekter, hvor mange enheder i kommunerne og sengeafsnit i hospitalsregi er involveret.

Eksempler fra klyngeprojekterne:

- *Midt- og Randers-klyngen:* *Det har gjort en betydelig forskel for projektet, at det til enhver tid er nemmere for vagtlæger og praktiserende læger at indlægge patienten. Det alternative tilbud er mere omstændeligt for dem, uanset hvor meget der stilles til rådighed i visitationen og akutteams. Desuden har det lægefaglige ansvar for de patienter, som forbliver i hjemmet, været svært at placere, hvilket har givet endnu færre incitament til, at finde alternativer til indlæggelse.*
- *Randers-klyngen:* *Udvikling af it-løsninger i delprojektet i Randersklyngen viste sig at være en ambitiøs målsætning, som har stillet særlige krav til ressourcer, fokus og kompetencer. Prøvehandling med telefonsvarerbesked viste, at telefonsvareren har været til gene for vagtlægerne, og at det interne personale, når de har ringet ind, har oplevet beskeden*

lang og der har været for mange tryk. Det betyder, at der ikke kan præsenteres mange konkrete resultater ift de opstillede mål, men der er indhentet værdifuld viden i den videre udvikling af it-løsninger og en it-løsning i mindre skala (app) er blevet udviklet.

- *Aarhus-klyngen: Der har ikke været ressourcer til at inkludere fra alle tiltænkte afdelinger på hospitalet og derfor har delprojektet ikke inkluderet det estimerede antal borgere. Det vurderes dog ikke have væsentlig betydning for delprojektets resultater – dog kunne klyngeprojektets subgruppe analyser have set anderledes ud med flere inkluderede. Overgang til ny omsorgsjournal i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune forinden projektstart, gav forstyrrelser ift. dataindsamling i journalen, derfor blev data indsamlet på papir.*

8 Projektets relevans og opnåede resultater

8.1 Beskriv de opnåede resultater

Spør 1

Randers-klyngen

- *Der er udviklet en it-løsning (web-app), som skal give vagtlæger/praktiserende læger, hospitalsvisitation og andre samarbejdsparter let tilgængeligt overblik over kommunale tilbud til ældre medicinske patienter og en direkte kontakt til de kommunale akutteams. Omfatter pt klyngens kommuner og derfor kun anvendt i dagtid.*
- *Der er opnået øget gensidigt kendskab og opbygget relationer på tværs af sektorer. Evalueringer fra sygeplejerskernes udvekslingsforløb viser, at udvekslingen har haft stor værdig og at der er interesse for delestillinger.*
- *Der er opnået erfaringer med forskellige telefoniløsninger i det tværsektorielle visitations-samarbejde.*
- *Der er opnået indsigt i organisatoriske forhold, der fremmer og hæmmer, at borgerne visiteres til rette tilbud.*
- *Såfremt det skal give mening at udbrede fra dagtid til lægevagtvisitationen vil næste skridt være at indføre data fra alle kommunerne.*

Midt-klyngen

- *Stort kendskab til diverse tilbud og muligheder i kommunerne i Midt-klyngen*
- *Stor relationsdannelse på tværs mellem kommuner og akutafdelingen*
- *Tydighed omkring barrierer, som skal arbejdes videre med, for at nå i mål med indsatsen omkring færre uhensigtsmæssige indlæggelser/genindlæggelser*

Spør 2

Aarhus-klyngen

- *Tidlig opfølgning efter udskrivelse har betydning for antallet af genindlæggelser*
- *Der ses ingen statistisk signifikant forskel ift. genindlæggelser, 90-dags dødelighed og patienttilfredshed mellem interventionsgrupperne (regional vs. kommunal opfølgning)*
- *Opfølgning ved geriater og sygeplejerske har en betydning for fysisk funktionsevne 30 dage efter udskrivelse*

Vest-klyngen

- *Udskrivningsmøder via video opleves at give stor værdi for både borger, pårørende samt sundhedsprofessionelle gennem:*
 - *Tryghed og sammenhæng for patienter og pårørende*
 - *Oplevelse af øget kvalitet i udskrivelser hos sundhedsprofessionelle*
 - *Indikation på en mærkbar indvirkning på andelen af genindlæggelser.*

- Tidlig opfølgning efter udskrivelse giver tryghed og en oplevelse af sammenhæng i borger- og pårørendeperspektiv
- Modtagebesøget, som en tidlig, udvidet indsats, viser ingen signifikant effekt for patienternes sundhedstilstand, målt på indikatorerne vægt, funktionsniveau og genindlæggelser. Den kvantitative analyse måler dog ikke på betydningen af en tidlig indsats, men alene betydningen af en tidlig udvidet indsats.

Horsensklyngen:

- Det er vigtigt at der er pårørende eller personale i hjemmet ved ankomst.
- Kvantitative data opgøres i regi af et ph.d. studie, som forventes afsluttet i 2022. Indtil da henvises til registeranalyse fra VIVE.

8.2 Beskriv kvalitative og kvantitative resultater. Det kan fx være patienternes/borgernes vurdering af indsatserne, sundhedspersonernes vurdering, indsamlede data, afholdte events, udarbejdede materialer, afprøvning af materiale og initiativer, afholdte workshops, peer board-møder/netværksmøder, afholdte interviews mv. Andre kvalitative eller kvantitative mål?

- Randers-klyngen: I den periode, projektet har kørt, er der sket en stigning i antallet af henvendelse fra praktiserende læger direkte til de kommunale akutteams.

Sideløbende har delprojektet afprøvet følgeordning. Kommunale sygeplejersker har haft 10 arbejdsdage i hhv. akutafdelingen og i hospitalsvisitationen. Sygeplejersker fra hospita-visitationen har været i følgeordning i kommunerne. Formålet er at få kendskab til hinandens arbejdsområder og afdække potentialet i delestillinger, og tilbagemeldingerne omkring denne form for kompetenceudvikling har været positive.

Sygeplejersker giver udtryk for, at udvekslingen har udviklet relationer og gensidig forståelse for samarbejdsparters opgaver og vilkår. Der er samtidig identificeret udviklingspunkter, som der arbejdes videre med mhp at sikre bedre kommunikation og overlevering af oplysninger ved sektorovergange.

- Vest-klyngen: I projektet har der været afviklet en række aktiviteter som har været med til at understøtte udvikling og implementering af indsatserne. Eksempler på disse aktiviteter:
 - Afsøgning og udvikling af de teknologiske og juridiske forudsætninger for virtuel kommunikation i samarbejdet mellem borger, hospital og kommune.
 - Kompetenceudvikling af fagpersoner i hospital og kommuner:
 - Geriatri – opmærksomhedspunkter omkring den svageste ældre borger
 - Teknologisk fortrolighed – rollespil/simulationstræning med teknikker til afvikling af inddragende udskrivningsmøder via video
 - Den brugerinddragende dialog – sikre reel inddragelse af borgere ved udskrivningsmøder og modtagebesøg
 - Mødefacilitering – klæde fagprofessionelle på til afvikling af udskrivningsmøder via video
 - Afprøvning og indkøb af udstyr til videokonferencer til kommuner og hospital.

Derudover er der i forbindelse med implementering af de enkelte indsatser udviklet en række forskellige materialer til brug i den kliniske praksis.

- 8.3 Oplever I (projektgruppen), at projektet har bidraget til at understøtte opnåelse og udbredelse af det oprindelige formål? Begrund hvorfor.

Projektet har tilført værdifuld viden og erfaringer i forhold til indsatsen på DÆMP. Erfaringerne kan overføres til andre målgrupper.

- 8.4 Beskriv evt. igangværende nationale/regionale/kommunale initiativer, som påvirker eller overlapper projektets formål. Hvordan koordineres disse initiativer med nærværende projekt?

I 2019 er der i regi af sundhedsaftalen drøftet fælles visitationsenheder. Organisationsanalyse af indsatsen i SPOR 1 har dannet grundlag for drøftelsen.

Sundhedsstyregruppen har ultimo 2019 og primo 2020 drøftet forebyggelse af (gen)indlæggelser. Sundhedsstyregruppen har i den forbindelse fået lavet en kortlægning af igangværende indsatser i i klyngerne. Kortlægningen viste 38 initiativer inden for delområderne visitation, tidlig opfølgning efter indlæggelse, styrket indsats i eget hjem, borgernes ressourcer og handlemuligheder, samarbejde og relationel koordinering samt semiambulante akutspor.

Erfaringerne fra SPOR 2 har været et vigtigt indspark i drøftelserne.

Opfølgende hjemmebesøg er en del af den igangværende DÆMP-handlingsplan. Opfølgende hjemmebesøg har i Region Midtjylland været videreført ud fra den oprindelige model. Samtidig har indsatserne i spor 2 afprøvet andre måder at gennemføre eller supplere opfølgende hjemmebesøg, blandt andet ved tidligere opfølgning og ved opfølgning ved geriater eller akutsygeplejerske mhp at sætte fokus på optimal brug af de sundhedsfaglige ressourcer.

Endvidere er det vanskeligt at adskille indsatsen fra andre (nationale) initiativer fx Sikkert Patientflow og Ambuflex, som kan influere på resultaterne om muligheden for at sige noget om årsagssammenhængen.

- 8.5 Andre opnåede resultater?

Se afsnit 10.2

9 Plan for implementering

9.1 Forventes projektet, eller dele heraf, sat i drift eller udbredt? Hvilke risici kan påvirke projektets fund i de kommende år? (Fx. ændringer i bemanning, organisation, lovgivning, budgetreguleringer etc.).

Der er endnu ikke taget stilling til eventuel udbredelse af resultaterne på tværs af klynger og samarbejdet i sundhedsaftaleregi.

I 2019 er der i regi af sundhedsaftalen drøftet fælles visitationsenheder. Organisationsanalyse af indsatsen i SPOR 2 har dannet grundlag for drøftelsen.

Sundhedsstyregruppen har i februar 2020 drøftet indsatser i forbindelse med udskrivning. Her har erfaringerne fra SPOR 2 været et vigtigt indspark.

9.2 Hvornår forventes projektets fund og viden implementeret? Er der en tids- og milepælsplan?

Erfaringsopsamling og drøftelse af indsatsen er påbegyndt. Vidensopsamling og drøftelse af eventuel implementering primo 2020 med forhåbning om, at også den eksterne evaluering kan bidrage ind i overvejelserne.

9.3 Hvordan forventer I, at implementeringen og udbredelsen skal ske?

Eventuel generel implementering af nye redskaber eller samarbejdsmodeller drøftes i regi af sundhedsaftalen. Alternativt vil eventuel lokal implementering af nye redskaber eller samarbejdsmodeller blive aftalt i de enkelte hospitalsklynger. Erfaringer rettet mod forbedringer i de enkelte sektorer drøftes og implementeres i kommunale / hospitalsregi.

9.4 Er der afsat ressourcer til implementering?

Ikke pt.

9.5 Hvilke medarbejdere skal medvirke til udbredelse og implementering?

- *Almen praksis, kommuner og hospitaler.*
- *Ledelsesniveau og medarbejdere i planlægning og drift.*

9.6 Hvor (fx i hvilke kliniske sammenhænge og til hvilke patienter/borgere) forventes initiativerne implementeret?

Kliniske sammenhænge:

- *Visitation til behandling i eget hjem/kommunalt tilbud eller hospitalsindlæggelse*
- *Udskrivning efter hospitalsindlæggelse*

Patienter:

- *Patienter / borgere med kontakt til hjemmeplejen*
- *Svageste (ældre) medicinske patienter, score 31 (eventuelt alternativt screeningsredskab).*
- *Udgangspunkt i 65+ men ingen fast aldersgrænse.*

10 Andre forhold

10.1 Har der været uforudsete forhold som resultat af projektets aktiviteter (fx nye holdninger til behandlingsmetoder eller faggrupper)? *Nej.*

10.2 Er der forhold, der ikke er nævnt i det ovenstående, som har påvirket projektet positivt eller negativt?

Positive indspark:

- *Forskningsenheden DEFACTUM har gennemført forskningsprojektet "Betydningen af tidlig tværsektoriel indsats hos de svageste ældre medicinske patienter. En kvalitativ undersøgelse af patientoplevelser". Projektet har taget udgangspunkt i casestudier fra spor 2, og er gennemført i samarbejde den fælles projektledelse og delprojekterne. Forskningsprojektet peger på, at den ældre medicinske patients følelse af autonomi er et væsentligt omdrejningspunkt og ofte er i spil, men tydeligst kommer til udtryk ved frustration for borgere, som føler sig presset til at ændre bolig og / eller som får hjælp for første gang.*
- *Forskningsenheden DEFACTUM har gennemført organisationsanalyse af fælles visitation i spor 1, med fokus på hvilke organisatoriske forhold, der hæmmer / fremmer fælles visitation, blandt andet:*
 - *at konferencekaldet ligger for sent i beslutningskæden, og lægen har derfor allerede truffet sin beslutning, når vedkommende ringer op til hospitalsvisitationen.*
 - *at kendskab til hinandens kompetencer er et vigtigt grundlag for, at lægen benytter det kommunale akutteam.*
 - *at de kommunale akutsygeplejerskers kliniske kompetencer og beslutningskompetence bør bringes i spil tidligere i patientens forløb, så lægen kan føle sig mere tryk ved at holde patienten i hjemmet eller på en kommunal akutplads,*
 - *at vagtlægen ikke har mulighed for at danne sig det fulde overblik over patientens situation, fordi vagtlægen står uden for det resterende sundhedssystem og dermed uden relevant data om borgeren fra kolleger, kommune, hospital eller praktiserende læger.*
 - *at der mangler beslutninger om, hvordan behandlingsansvaret kan gives videre fra en vagtlæge til en anden læge.*
- *Jonas Stage (AAU) har udarbejdet specialet "En kvalitativ undersøgelse af voksne børns omsorgsfortællinger som pårørende til ældre, skrøbelige borgere". Specialet peger på, at succesfuld inddragelse af pårørende afhænger af sundhedspersonalets kendskab til, hvilken type af pårørende, som er involveret i indsatsen over for den enkelte patient, og hvilken type af støtte den pårørende derved kan give.*

De samlede projekterfaringer, herunder den nationale evaluering og delprojekternes egne evalueringer samles løbende på hjemmesiden <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/det-rette-tilbud-til-borgerne-fra-forste-kontakt/>