

**IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune,  
Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)**  
**Programteoretisk analyse af minipilot- og pilotfasen**

Anne Lee, Birgitte Nørgaard, Louise Madsen • Oktober 2014



CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning  
Syddansk Universitet · J. B. Winsløvs Vej 9B, 1. sal  
5000 Odense C · Telefon: 6550 1000  
[www.cast.sdu.dk](http://www.cast.sdu.dk)

## **Kolofon**

<b>Titel</b>	IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Programteoretisk analyse af minipilot- og pilotfasen
<b>Forfatter</b>	Anne Lee, Birgitte Nørgaard, Louise Madsen
<b>Institutnavn</b>	CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
<b>Forlagets navn</b>	Syddansk Universitet
<b>Udgivelsesdato</b>	21.10.2014
<b>Trykkested</b>	Syddansk Universitet
<b>ISBN</b>	978-87-92699-19-0

Rapporten er udarbejdet af konsulenterne Anne Lee og Birgitte Nørgaard, CAST og stipendiatstuderende Louise Madsen (borgerinterviews), i samarbejde med lektor Paolo Caserotti, Institut for Idræt og Biomekanik og IC Projektsekretariatet.

Post. doc. Sonja Vestergaard og stud. psyk. Sophie Lykkegaard Ravn har varetaget dele af litteraturstudiet mens studentermedarbejdere i CAST Peter Kjær Pedersen, Ida Højsager Bennike og Sinnet Agerbæk Black har udført transskriptioner af interviews.

Adjunkt Signe Pihl-Tingvad og adjunkt Dan Bonde Nielsen, Institut for Statskundskab har sammen med professor Jan Sørensen, CAST, konsulent Marianne Sandvei, CAST og Projektsekretariatet udgjort studiets referencegruppe og har deltaget i studiets udformning samt kommenteret på analyser og rapport udkast. Konsulent Iben Kynde, CAST, har deltaget i design og planlægning af studiet. Charlotte Kjær Bruun har udført korrektur på rapporten.

Dele af studiets baggrundsmateriale uddybes i tre arbejdsrapporter omhandlende: litteraturstudiet og interviews med hhv. patienter og fagprofessionelle.

Studiet er støttet med midler fra IC Projektsekretariatet, samt fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet og Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

## Indholdsfortegnelse

Resumé .....	5
Læsevejledning.....	7
1. Indledning.....	9
2. IC modellen .....	10
2.1 Grundlag for modellen .....	10
2.2 Udvikling af modellen.....	11
2.3 IC modellens centrale indholdskomponenter .....	12
2.4 IC modellens årsags-virkningskæder .....	13
2.4.1 Tidlig identifikation af borgere .....	13
2.4.2 Tværfagligt samarbejde.....	14
2.4.3 Inddragelse af borgeren .....	16
2.5 Forventninger til IC modellen .....	16
3. Metode og data .....	17
3.1 Datakilder .....	18
3.1.1 Interviews – fagprofessionelle .....	19
3.1.2 Interviews – borgere.....	20
3.1.3 Ethiske overvejelser .....	21
3.1.4 Litteraturgennemgang .....	21
4. Programteoretisk analyse af IC modellen .....	23
4.1 Programteorien bag IC modellen .....	24
4.2 Programteorier i relation til borgere med stress, angst og/eller depression (SAD).....	25
4.2.1 Overensstemmelse mellem programteoriene i SAD-gruppen .....	30
4.2.2 Kontekstuelle faktorer og moderatorer i SAD-gruppen.....	31
4.3 Programteorier i relation til den ældre medicinske patient (DÆMP) .....	33
4.3.1 Overensstemmelse mellem programteoriene i DÆMP-gruppen .....	36
4.3.2 Kontekstuelle faktorer og moderatorer i DÆMP-gruppen.....	37
5. Borgernes erfaringer med IC modellen .....	40
5.1 SAD-patienter.....	40
5.2 DÆMP-patienter .....	42
6. Diskussion .....	43
6.1 IC - en model for bedre samarbejde .....	43
6.2 Relationel Koordinering .....	45

6.3 IC i et inter-organisatorisk perspektiv .....	47
6.4 Effekter af IC.....	48
6.5 IC modellen i drift .....	48
6.6 Metodeovervejelser .....	50
6.7 Sammenfattende overvejelser .....	51
7. Referencer .....	53
Bilag 1. Stratificeringsmodel SAD.....	54
Bilag 2. Stratificeringsmodel DÆMP .....	56

## Resumé

I 2013 indgik Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) en samarbejdsaftale med henblik på at udvikle og afprøve en model for Integrated Care (IC). '*Integrated Care modellen*' (IC modellen) er udviklet på baggrund af erfaringer fra Londons "NHS North West London IC Pilot", hvor relationel koordinering er en central samarbejdsform. Modellen er tilpasset danske forhold og med fokus på hhv. borgere med stress, angst og/eller depression (SAD) og den ældre medicinske patient (DÆMP). IC modellen beskrives som en decentral samarbejdsmodel organiseret med tværsektorielle teams der gennem en tidlig indsats og et forpligtende samarbejde har ansvaret for et konkret patientforløb, således at borgeren oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen. IC modellen består af en række delelementer, der hver især skal bidrage med identifikation og udvælgelse af borgere egnet til IC-indsatsen, et fælles datasystem og fælles aftaler om de behandlingstiltag der kan ydes, samt fora til etablering af samarbejde og udveksling af viden.

IC modellen er igangsat først i en minipilotfase (november 2013 til februar 2014) og herefter i en pilotafprøvning (april til august, 2014). I forbindelse med pilotafprøvning af IC modellen er der igangsat et studie med det formål at dokumentere og kvalificere processen med udvikling og implementering af IC modellen og de specifikke indsatser forud for driftsfasen. Studiet bygger på en programteoretisk metode, der gør det muligt at identificere og konkretisere den udviklede samarbejdsmodels enkeltelementer, samt at tydeliggøre de bagvedliggende forestillinger om, hvordan IC modellen virker (*programteorien bag IC modellen*). Det er desuden muligt at identificere forhold, som hhv. skal være til stede (*kontekstuelle faktorer*), eller som kan influere på IC modellen (*moderatorer*). Datagrundlaget er relevant skriftligt kildemateriale, mødedeltagelse, samt interviews med hhv. 20 fagprofessionelle og 7 borgere. Den empiriske dataindsamling er suppleret med en litteratursøgning.

På baggrund af studiet vurderes der at være god overensstemmelse mellem programteorien bag IC modellen og programteoriene blandt de fagprofessionelle aktører der er involveret i tiltaget til borgere med stress, angst og/eller depression (SAD). Der er et fælles ønske om nye tiltag begrundet i udfordringer med adskilte systemer med uhensigtsmæssige arbejdsgange og mangelfuldt samarbejde og kommunikation. Erfaringerne fra pilotafprøvningen peger på at det er muligt at identificere og inkludere borgere, der har udbytte af indsatsen og at den fælles

IC handleplan og tværfaglige møder (TST) bidrager med gensidigt kendskab; personligt og til hinandens faglige og organisatoriske verden. Det har, sammen med de aftalte ydelser, resulteret i etablering af konkrete tværfaglige aftaler, bedre kommunikation og gensidig læring samt et indtryk af at kunne yde hurtigere forløb af bedre kvalitet. Borgerne er meget bevidste om deres deltagelse i IC modellen og de får en oplevelse af selv at bidrage aktivt, dels gennem en drøftelse af handlingsplanen, dels i kraft af, at de får hurtigere og gratis adgang til en psykolog. Målet for deres behandling er at komme tilbage på arbejdsmarkedet hurtigst muligt, og de har en formodning om, at projektet kan hjælpe dem til det. De oplever et godt tværfagligt samarbejde og en koordineret indsats hvilket er med til at skabe tryghed.

I forhold til den ældre medicinske patient (DÆMP) vurderes der at være god overensstemmelse mellem dele af programteorien bag IC modellen og programteoriene blandt de fagprofessionelle, der er involveret i tiltaget. Der er således en fælles oplevelse af tiltagende komplekse sygdomsforløb og opgaveglidning med involvering af et stort antal fagprofessionelle i adskilte systemer. Forhold der skaber et stigende behov for samarbejde og strukturer der underbygger dette, samt hvor det, i takt med krav om effektivitet og hurtige forløb samt etablering af store og uigennemskuelige organisationer kan opleves svært at etablere konkrete samarbejdsrelationer. Imidlertid har initiale problemer i forhold til klart at definere målgruppen og dermed udforme en algoritme for stratificering og tage beslutning om de konkrete ydelser, resulteret i at der kun er begrænsede erfaring fra pilotafprøvningen og nogen usikkerhed i forhold til om modellens delelementer vil føre til de ønskede forandringer. Borgerne i DÆMP gruppen er informeret om IC modellen i forbindelse med deres deltagelse, men har vanskeligt ved at pege på, hvad der ligger i modellen. De ser gerne et udstrakt tværfagligt samarbejde og de føler sig generelt tilstrækkeligt informerede.

Erfaringer fra North West London IC Pilot, som er inspirationskilde til IC modellen har vist, at det tager tid at opbygge strukturer og fælles visioner. Selvom de tværfaglige møder blev anset for vigtige, oplevedes de samtidig som tidskrævende, hvorfor der var en tendens til at fortsætte tidligere former for kommunikation. Det var ikke muligt at påvise den ønskede effekt i form af et signifikant fald i akutte indlæggelser blandt interventionsgruppen sammenlignet med baggrunds-befolkningen. Da det ikke har været muligt i litteraturstudiet at identificere videnskabelig evidens for at IC fører til de forventede effekter ses der et behov for en effektevaluering af IC modellen.

På baggrund af nærværende studie er der identificeret en række forhold, gengivet i nedenstående tabel, der dels vurderes at være af grundlæggende betydning for implementering

af IC Modellen (*kontekstuelle faktorer*) og dels vurderes at kunne få indflydelse på anvendelsen og dermed det forventede udbytte (*moderatorer*).

<b>Kontekstuelle faktorer</b>	<b>SAD-gruppen</b>	<b>DÆMP-gruppen</b>
	Motivation og ejerskab Ambitioner og mod Gensidig forpligtigelse Planlægning og fungerende logistik Fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse Ressourcer (tid og økonomi) Aftaler og tilgængelighed til specialiserede kompetencer Faglig relevans og udbytte	Engagement og tro på modellen Planlægning og fungerende logistik Fungerende it systemer Kobling til eksisterende it-systemer Ressourcer (tid og økonomi) Datagrundlag og inklusion forbeholdt prakt. læger Adgang til og anvendelse af IC handleplan Omkostningseffektiv
<b>Moderatorer</b>	Erfaring med IC handleplan Indhold og omfang af IC handleplan Deling af personlige data Omfang, deltagelse, indhold og afvikling af TST møder Ressourceforbrug (allerede pressede arbejdsdage) Aftaler og tilgængelighed til specialiserede kompetencer Kendskab til IC modellen Forankring af IC Modellen	Antal patienter Indhold og omfang af IC handleplan Deling af personlige data Omfang, deltagelse, indhold, afvikling af TST-møder Ressourceforbrug (allerede pressede arbejdsdage) Erfaret klinisk udbytte Evidens for effekter af IC Modellen Andre og konkurrerende tiltag

Det vurderes at der i forhold til begge målgrupper ligger en udfordring i forhold til den udvidelse af projektet der vil ske i driftsperioden. At etablere et samarbejde, der involverer en betydelig større gruppe af fagprofessionelle, der ikke har deltaget i udviklingen af projektet forudsætter at de kan overbevises om, at en initial ekstra indsats i det lange løb både skaber bedre forløb og sparer ressourcer. Samarbejdet fordrer vilje samt fungerende og kendte strukturer med let og hurtig adgang til samarbejdspartnere. Der må arbejdes bevidst med at udvikle og fastholde den relationelle koordinering, der ifølge Jody Hoffer Gittell, som er ophavskvinde til dette begreb, ikke kommer af sig selv. Der må sikres viden om og adgang til et fælles it system, integreret til egne systemer, og en IC handleplan der opleves let at arbejde i og som indeholder relevante informationer der er med til at strukturere samarbejder, skabe fælles viden og overblik og derved undgå dobbelt arbejde. Der må arbejdes med de tværfaglige møder således at de opleves overkommelige og med stort fagligt udbytte. Sidst men ikke mindst må grundlaget for en tidlig og proaktiv indsats sikres, hvilket forudsætter at relevante borgere inkluderes tidligt i et sygdomsforløb og at det relevante samarbejde hurtigt etableres, med deling af viden og indgåelse af aftaler om konkrete indsatser.

## Læsevejledning

Efter en kort indledning starter rapporten med en præsentation af IC modellen, som nu er afprøvet i en pilotfase. I kapitel 2 beskrives således udviklingen af modellen, dens delelementer samt forudsætningerne for og forventningerne til modellen.



I kapitel 3 redegøres for studiets metodiske tilgang og de data der indgår i studiet og dermed udgør grundlaget for denne rapport. I det efterfølgende kapitel 4 præsenteres de programteorier, der er indlejret i IC modellen. Det er hhv. programteorien bag IC modellen og de involverede professionelle gruppers programteorier for hver af de to målgrupper. Formålet med at identificere programteoriene er at få et nuanceret billede af de udfordringer og ønsker, der ligger til grund for udviklingen af en ny samarbejdsmodel samt af forestillingerne om hvordan modellen virker og de foreløbige erfaringer med modellen. Teorierne kan være forskellige mellem dem der udvikler og igangsætter modellen og dem der skal anvende den i praksis og dermed kan teorierne kan få betydning for implementering af modellen og for dens resultater.

I kapitel 5 beskrives borgernes erfaringer med IC modellen. Det sker dels ud fra projektets fokus på inddragelse af borgeren og dels ud fra en generel betragtning om at det er væsentligt også at inddrage borgernes erfaringer i udvikling og implementering af nye tiltag. I kapitel 6 diskuteres IC modellen i forhold til de grundlæggende begreber om Integrated Care og relationel koordinering, og i forhold til den foreliggende evidens. Derudover diskuteres forudsætningerne for IC modellen og de programteorier der er indlejret i modellen, i forhold til den betydning de vurderes at kunne få i forhold til implementering af modellen. Alt sammen med det formål at kvalificere såvel den foreliggende driftsperiode, som forskning i og evaluering af IC modellen. Kapitlet afsluttes med en række opmærksomhedspunkter i forhold til implementering af IC modellen i driftsfasen og forslag til evaluering af IC modellen.

### 1. Indledning

I 2013 indgik Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) en samarbejdsaftale med henblik på at udvikle og afprøve en model for Integrated Care (IC).

Efter at have afsøgt området grundigt blev det besluttet at tage udgangspunkt i en model udviklet og afprøvet i London ”NHS North West London IC Pilot” (1); en model hvor samarbejdet er baseret på relationel koordinering. Derudover blev det besluttet at fokusere på to målgrupper; hhv. borgere med stress, angst og/eller depression (SAD) og den ældre medicinske patient (DÆMP).

Der er etableret et partnerskabsprojekt og en projektorganisation med en styregruppe, en politisk følgegruppe, et projektsekretariat samt en række arbejdsgrupper: økonomigruppe, evalueringsgruppe, IT gruppe, juragrupper samt en arbejdsgruppe for hver af de to målgrupper. I projektet indgår en lang række interessenter, herunder repræsentanter for den kommunale og regionale sektor, samt praktiserende læger og patientorganisationer. Visionen er at skabe et velfungerende og forpligtende samarbejde på tværs af sektorgrænser ved *at der sker en bevægelse fra aftalepartnere til samarbejdspartnere*<sup>1</sup>.

Den konkrete samarbejdsmodel kaldet Integrated Care Modellen (IC modellen) er udviklet og igangsat først i en minipilotfase (november 2013 til februar 2014) og herefter i en pilotafprøvning (april til august, 2014). En større implementering, i form af en driftsfase, igangsættes 1. september 2014 og forløber til 31. december 2015.

I forbindelse med pilotafprøvning af IC modellen er der igangsat et studie med det formål at dokumentere og kvalificere processen med udvikling og implementering af IC modellen og de specifikke indsatser for målgrupperne SAD og DÆMP. Studiet ligger således forud for driftsfasen og skal informere i forhold til såvel projektets driftsfase, som de sideløbende forskningsaktiviteter.

I denne rapport præsenteres resultatet af studiet. Målgruppen for rapporten er projektorganisationen men også andre med interesse for udvikling og evaluering af IC.

---

<sup>1</sup> Projektbeskrivelse version 3.1

Rapporten indeholder de overordnede fund, mens de bagvedliggende data og analyser gøres tilgængelige i en række arbejdsrapporter.

### 2. IC modellen

I dette kapitel præsenteres den model (IC modellen), som er udviklet og afprøvet med henblik på implementering i et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO. IC modellens baggrund, udvikling, indhold og de ønskede resultater beskrives med henblik på at identificere de forventede årsags-virkningskæder.

#### 2.1 Grundlag for modellen

De centrale aktører i IC modellen er stat<sup>2</sup>, region, kommune, faglige organisationer<sup>3</sup> og sundhedsprofessionelle samt udvalgte borgere. Udover etablering af en projektorganisation ses følgende forhold at udgøre grundlaget for modellen:

På det samfundsmæssige niveau:

- ✓ Frikommunestatus<sup>4</sup> der muliggør samkøring af data på tværs af region og kommune

På det organisatoriske niveau:

- ✓ Samarbejdsaftaler på tværs af organisationer
- ✓ Aftaler om aflønning og loft for lægers patientindtag samt for SAD gruppen, fritagelse for egenbetaling
- ✓ Fælles datawarehouse (datafangst og deling)
- ✓ Fælles it-plattform (handleplan)
- ✓ Læring og kvalitetsudvikling (tværsektorielle teammøder (TST)-møder)

---

<sup>2</sup> Tildeling af frikommunestatus

<sup>3</sup> Aftaler om arbejdstilrettelæggelse og overenskomster

<sup>4</sup> En forsøgsordning med deltagelse af udvalgte kommuner. Beskrevet i 'Lov om ændring af lov om frikommuner (L188-2012-13). Ordningen udløber 30. juni 2016.

## IC Modellen

På det individuelle niveau:

- ✓ Inklusion af relevante borgere
- ✓ Adgang til ydelser
- ✓ Etablering af samarbejde på tværs af organisationer og med inddragelse af borgeren
- ✓ Fælles sprog og mål samt tværsektoriel viden og gensidig respekt

Der er indgået aftaler med de privatpraktiserende fagprofessionelle i forhold til aflønning af ydelser i projektet. De økonomiske vilkår for de praktiserende lægers deltagelse i IC modellen er forhandlet som en §2-aftale mellem Region Syddanmark og PLO, med refusion af det tidsforbrug, der anvendes i projektet. Det er muligt at opnå løntilskud til at ansætte personale til at varetage eller frigøre tid til opgaven, ligesom der er afsat midler til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Der er blandt de involverede fagprofessionelle indgået aftaler om at fravige det aftalte loft over lægers ydelser, at psykologer holder et antal tider åbne til inkluderede SAD-borgere og at det er muligt at anvende akuttider hos psykiater. Disse forhold skal gøre det muligt at arrangere den første konsultation indenfor 14 dage og dermed omgå gældende ventetider. Derudover er der indgået en aftale om at fravige bestemmelsen om egenbetaling ved henvisning til psykolog, således at der kan ydes op til 10 gratis konsultationer.

### 2.2 Udvikling af modellen

Der er etableret en projektorganisation med projektledelse og -sekretariat, styregruppe, følgegrupper og jura-, økonomi-, it- og evalueringsgrupper. Derudover er der etableret en arbejdsgruppe for hver af de to målgrupper (hhv. SAD og DÆMP) hvis opgave er at tilpasse og udvikle IC modellen til en konkret dansk kontekst. Ifølge kommissoriet for de to arbejdsgrupper er deres opgave at udarbejde stratificeringsoplæg og skabelon for IC handleplan, brugervejledning og oversigt over handlemuligheder, samt at udvikle en fælles tværfaglig forståelse. Dette skal ske med baggrund i sundhedsaftaler, nationale handleplaner, kliniske vejledninger og faglig evidens og gennem regelmæssige møder.

I arbejdsgrupperne deltager fagpersoner fra de tre organisationer (region, kommune og PLO) med specialviden om og funktioner i forhold til målgruppen, foruden repræsentanter fra patientorganisationer. I SAD-arbejdsgruppen deltager repræsentanter for praktiserende læger, psykiatrien (distriktpsikiatri og privatpraktiserende), psykolog (privatpraktiserende), arbejds- og miljømedicinsk klinik, kommunale afdelinger (sociallæger, sagsbehandlere vedr.

jobrehabilitering sygedagpenge), SIND<sup>5</sup> og Depressions Foreningen<sup>6</sup>. I DÆMP arbejdsgruppen deltager repræsentanter for praktiserende læger, sygehus (intern medicin, geriatri, ortopædkirurgi, farmaci og økonomi og planlægning), kommunale afdelinger (rehabilitering og træning, sociallæger) samt Ældrerådet i Odense Kommune og Ældresagen<sup>7</sup>.

### 2.3 IC modellens centrale indholdskomponenter

IC modellen præsenteres i informationsmaterialet som: Et innovativt, tværfagligt samarbejde mellem Region Syddanmark, Odense Kommune og PLO Syddanmark. *”I projektet udvikler vi sammen en model for, hvordan øget fokus på en tidlig og proaktiv indsats samt inddragelse af borgeren kan bidrage til at skabe reelle sammenhængende patientforløb”*<sup>8</sup>

Modellen beskrives som en decentral samarbejdsmodel, organiseret i tværsektorielle teams der gennem et forpligtende samarbejde, hvor man sammen har ansvaret for et konkret patientforløb. Dette skal ske gennem dialog og opbygning af relationer med det formål at *”aftalepartnere bliver til samarbejdspartnere”*<sup>9</sup>.

Modellen består af en række delelementer, der skal bidrage med; identifikation og udvælgelse af borgere egnet til IC-indsatsen, et fælles datasystem og fælles aftaler om de behandlingstiltag der kan ydes, samt fora til etablering af samarbejde og udveksling af viden. I nedenstående Figur 1 præsenteres IC modellen grafisk.

---

<sup>5</sup> Landsforeningen SIND blev etableret i 1960 under navnet Landsforeningen Sindslidendes Vel, nu forenklet til Landsforeningen SIND. [www.sind.dk](http://www.sind.dk)

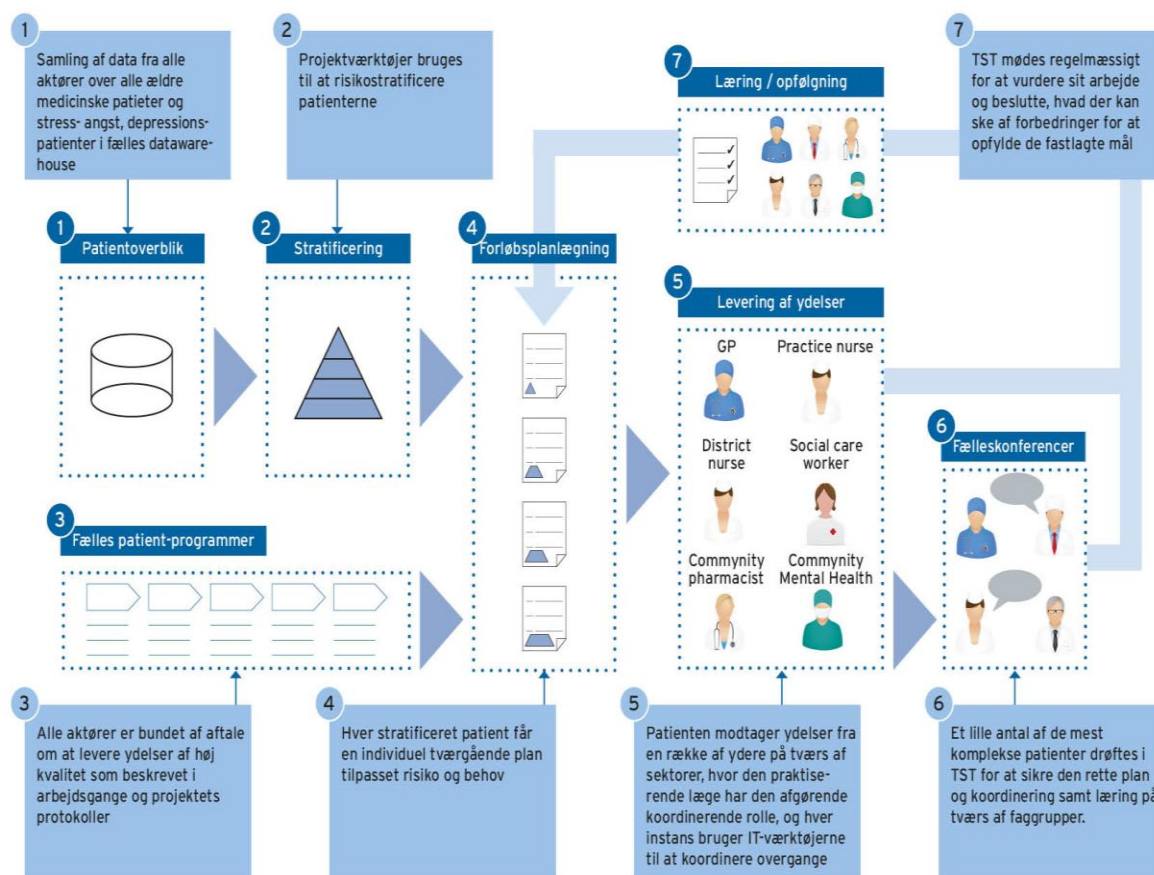
<sup>6</sup> Depressions Foreningen er en patientforening for mennesker der lider af depression eller bipolar lidelse. <http://depressionsforeningen.dk>

<sup>7</sup> Ældresagen er en almennyttig forening. [www.aeldresagen.dk](http://www.aeldresagen.dk)

<sup>8</sup> IC. Et visionært og nyskabende partnerskabsprojekt, [www.integratedcare.dk](http://www.integratedcare.dk)

<sup>9</sup> Som fodnote 8

Figur 1: IC modellen<sup>10</sup>.



## 2.4 IC modellens årsags-virkningskæder

Tanken bag modellen er, at indsatsen skal rettes imod de borgere, hvor en tidlig, proaktiv og tværfaglig indsats med inddragelse af borgeren forventes at have størst udbytte. Indsatsen muliggøres gennem tidlig identifikation af borgere og advisering til praktiserende læger (proaktiv i forhold til sygdomsopsporing) samt hurtig etablering af samarbejde med relevante fagprofessionelle og igangsættelse af relevante indsatser (proaktiv i forhold til handlinger).

### 2.4.1 Tidlig identifikation af borgere

I et fælles lukket it-system (*nr. 1 i Figur 1*), der ligger i regi af DAK-E<sup>11</sup>, sker der en samkøring af data fra hhv. lægepraksis, sygehus og kommune vedrørende borgere i de to målgrupper. Hvilke data der trækkes og hvordan de vægtes med henblik på stratificering af borgeren, fremgår af Bilag 1 (SAD) og Bilag 2 (DÆMP). Mens udtræk af data allerede er

<sup>10</sup> IC projektbeskrivelse version 3.1, maj 2013

<sup>11</sup> Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed. De praktiserende lægers og regionernes fælles enhed for kvalitetsudvikling [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)

kendt i lægepraksis, hvor det anvendes til kvalitetsudvikling, er samkøring af data på tværs af organisationer ny og muliggjort i kraft af Odense Kommunes status som frikommune.

På baggrund af de samkørte data sker der en identifikation af borgere i målgruppen for IC modellen. I regi af de to arbejdsgrupper er der udarbejdet en række kriterier (kendetegn) og en algoritme som baggrund for en stratificering af borgerne (*nr. 2 i Figur 1*).

Stratificeringsmodellerne for de to målgrupper er vedlagt i bilag 1-2. I udviklingen af modellerne er der indgået overvejelser både i forhold til behovet for at identificere relevante borgere og at nå et antal der kan rummes indenfor de tilgængelige ressourcer. Det forventes at dette resulterer i at der for hver målgruppe udtrækkes 1-1,5 % af borgerne tilknyttet en lægepraksis, hvilket svarer til to borgere per måned per praktiserende læge, eller på årsbasis ca. 25 patienter per målgruppe.

Opdaterede lister over identificerede borgere gøres tilgængelige hver 14. dag for de praktiserende læger der deltager i projektet. Efter en individuel vurdering tager den praktiserende læge kontakt til de identificerede borgere med henblik på deltagelse i IC modellen. Den praktiserende læge har derudover mulighed for at inkludere en borger, der fagligt set skønnes at have gavn af et IC forløb men som ikke optræder på listen.

I forhold til SAD inkluderes borgere i aldersgruppen 18-65 år med stress, angst eller depression. Det er borgere med gentagne sygemeldinger og med øget risiko for længerevarende forløb der søges identificeret. Derudover har den praktiserende læge mulighed for at inkludere nyligt syge, der ikke optræder på listen, med det formål at inkludere borgerne så tidligt som muligt i sygdomsforløbet.

I forhold til DÆMP inkluderes borgere på 70+, der har hyppige kontakter/ydelser i lægepraksis, kommune og på sygehus. Der er fokus på en mellemgruppe af borgere (angivet som gule<sup>12</sup> borgere i stratificeringsmodellen), da borgere med hhv. få (grøn), eller meget hyppige (rød) kontakter ikke forventes at profitere optimalt af IC.

### 2.4.2 Tværfagligt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde bygger på begrebet relationel koordinering, fælles aftaler og faglige protokoller vedr. samarbejde, handleplan og de ydelser, der kan tilbydes (*nr. 3 og 4 i Figur 1*). Deltagere i det tværfaglige samarbejde er praktiserende læger, sygehusafdelinger,

---

<sup>12</sup> Se Bilag 2

privatpraktiserende specialister og kommunale afdelinger der relaterer sig til de to målgrupper.

### Den fælles digitale IC handleplan

Samarbejdet foregår og dokumenteres i en IC handleplan (*nr. 4 i Figur 1*), der ligger som en web-applikation i Shared Care Platformen for Region Syddanmark. Indholdskomponenterne i den digitale IC handleplan er udviklet i et samarbejde mellem de faglige arbejdsgrupper (DÆMP og SAD) og IBM med input fra projektorganisationens it-gruppe.

Efter patientens samtykke opretter og udfylder den praktiserende læge en IC handleplan og henviser til relevante fagprofessionelle deltagere i projektet. Patientens IC handleplan kan ses og løbende redigeres af de involverede fagprofessionelle. Der arbejdes med at udvikle en adviseringsfunktion med automatisk visning af nye henvendelser, således at samarbejdet hurtigt kan etableres og de aftalte indsatser igangsættes.

IC handleplanen er tænkt som en fælles platform for handling og deling af relevant viden og dermed et supplement til andre journaliseringsredskaber. Der er et ønske om at der (på sigt) sker en integration til de fagprofessionelles egne it-redskaber og at flest mulige data overføres direkte via en integration til andre eksisterende it-systemer, herunder Det Fælles Medicinkort (FMK). I pilotfasen er der integration til CPR-registret, til laboratoriedata (et redskab, der anvendes i lægepraksis og på sygehus) og til lægesystemer (diagnosekoder og medicin). IC handleplanen er i pilotfasen testet i SAD-gruppen, mens dette kun er sket i begrænset omfang i DÆMP-gruppen.

### Indsatser i form af aftalte ydelser

I forhold til SAD-gruppen er der indgået aftaler om at praktiserende læge kan henvise til hhv. psykiatrisk vurdering ved privatpraktiserende psykiater og til psykologisk vurdering ved Arbejds- og miljømedicinsk Klinik, udenom gældende ventelister. Derudover kan der henvises til max. 10 behandlinger hos psykolog uden egenbetaling, ligesom Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen (sygedagpenge) kan inviteres til et samarbejde via IC handleplanen. Mellem parterne er der indgået en aftale om at svare indenfor 14 dage fra henvisningen. I DÆMP-gruppen har det ikke i samme omfang været relevant med tilsvarende særftaler, idet der endnu ikke er specificeret konkrete indsatser.



### Tværasektorielle teams (TST)

Der er defineret to former for TST; fællesmøder/konferencer og lærings- og opfølgingsmøder. Der forventes afholdt fem årlige fællesmøder (TST-møder) for hver målgruppe. TST-møder (*nr. 6 i Figur 1*) er beskrevet som følger: Møder, hvor de mest komplekse borgere drøftes i et tværfagligt forum. Det er projektorganisationen, der arrangerer møderne og i princippet de praktiserende læger, der indmelder cases, som de ønsker drøftet på møderne. Andre faggrupper har dog også mulighed for at indmelde cases. Relevante fagpersoner indkaldes til mødet. I pilotfasen er der afholdt to TST-møder i hver af de to målgrupper.

Der er planer om at afholde et lærings- og opfølgingsmøde (*nr. 7 i Figur 1*) årligt med henblik på erfaringsopsamling, drøftelse og udvikling af IC modellen. Derudover er der overvejelser i forhold til at sikre læring til baglandet.

#### 2.4.3 Inddragelse af borgeren

Inddragelse af borgeren forventes at bidrage til at skabe reelt sammenhængende patientforløb. I IC modellen inddrages borgeren gennem en informeret accept til at deltage i IC modellen, ved at den praktiserende læge udfylder IC handleplanen enten sammen med, eller efter en samtale med borgeren og ved at borgeren herefter har læseadgang til IC handleplanen og mulighed for at tildele pårørende samme adgang (borgeradgang er ikke etableret i pilotfasen).

### 2.5 Forventninger til IC modellen

Der er opstillet følgende mål for IC modellen<sup>13</sup>:

#### *Care-mål:*

- *At borgerne/patienterne i de udvalgte målgrupper bliver mere tilfredse med den pleje og behandling de modtager*
- *At borgerne/patienterne i de udvalgte målgrupper opnår øget egen-mestring og mere stabile forløb*

#### *Integrationsmål:*

- *At det integrerede sundhedsvæsen (praksis, kommune og region) opnår de samme eller bedre resultater for de samme/færre ressourcer på udvalgte målgrupper*
- *At teste en model for bedre samarbejde, flow og interpersonel læring*

---

<sup>13</sup> IC Projektbeskrivelse version 3.3, [www.integratedcare.dk](http://www.integratedcare.dk)

De nye samarbejdsformer forventes at bidrage til:

- *at skabe reelle sammenhængende borger-/patientforløb, så borgeren/patienten oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen*
- *at forkorte perioden på offentlig forsørgelse gennem begrænsning af sygdomsopbygning for den arbejdsduelige befolkning, herunder understøtte bedre mestring af egen sundhed, og sikre fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet*
- *at bremse sygdomsudvikling og sygdomsforværring samt undgå u hensigtsmæssige sygehuskontakter*

### 3. Metode og data

Studiet bygger på en programteoretisk metode, der gør det muligt at identificere og konkretisere den udviklede samarbejdsmodels enkeltelementer, samt at tydeliggøre de bagvedliggende forestillinger om, hvordan IC modellen virker.

Da IC modellen er tværsektoriel og tværfaglig implicerer den flere forskellige grupper af aktører, der hver især har forskellig faglig baggrund og arbejdsopgaver og disse grupper er del af forskellige organisationer, hvilket betyder, at de kan have forskellige programteorier for modellen. Ved at konstruere og tydeliggøre de involverede aktørgruppers programteorier, kan der opnås et nuanceret og facetteret billede af de involverede aktørers anskuelser og betydningen af disse i konkrete sammenhænge og dermed i forhold til implementering og forventet udbytte af IC modellen.

I konstruktionen af programteori anvendes en model udviklet af Hansen og Vedung (2), hvori der indgår 3 delelementer:

- En *situationsteori*, som beskriver problemdefinitionen, dvs. aktørernes opfattelse af, hvad den uønskede situation består i, hvordan den kausalt skabes og hvilke effekter den kausalt får
- En *normativ teori*, som beskriver aktørernes værdier, normer, idealer og mål, som tilsammen danner udgangspunkt for, hvad de oplever som ”den gode tilstand” i feltet
- En *virkningsteori*, som beskriver aktørernes forestilling om en ”løsning” på problemet og opnåelsen af den gode tilstand

På baggrund af de konstruerede programteorier er det muligt at identificere forhold, som hhv. skal være til stede (*kontekstuelle faktorer*), eller som kan influere på IC modellen (*moderatorer*).

Mens *kontekstuelle faktorer* er forhold der skal være til stede for at det ønskede udbytte (de forventede effekter) kan skabes, er *moderatorer* forhold der påvirker sammenhængen mellem variable og dermed om årsags-virkningskæden holder eller ikke holder. Moderatorer er således forhold, der regulerer et årsags-virkningsforholds styrke eller retning og dermed en indholdsmæssig forbindelse mellem indsats og effekt (3). Med andre ord, så kan en moderator påvirke forbindelsen mellem to delelementer i en årsags-virkningskæde og dermed have betydning for, for hvem og hvornår; altså i hvilke situationer at A fører til B.

De identificerede aktørgruppers programteorier kan efterfølgende indgå i en realitetstest af den tværsektorielle samarbejdsmodel. Hvis de forventede effekter ikke opnås, kan der overordnet skelnes mellem om dette skyldes en *implementeringsfejl* eller *fejl i teorien* bag samarbejdsmodellen, altså om indsatsen ikke er indført og anvendt som forventet, eller om den hviler på en fejlagtig idé. På den måde kan en evaluering medvirke til at vurdere om der er et tilstrækkeligt grundlag for indsatsen, samt udpege hvilke dele af indsatsen, der virker bedst i hvilke situationer og hvilke barrierer, der er for en indsats og hvorvidt det kan lade sig gøre at reparere indsatsen (2).

Da dette studie er afgrænset til en pilotafprøvning med begrænsede erfaringer, er grundlaget for spinkelt til en realitetstest. Det som nærværende studie kan, er at vurdere hvorvidt der er en indbygget teorifejl i modellen, dvs. om den hviler på en forkert idé, samt pege på opmærksomhedspunkter i forhold til den forestående implementering.

### 3.1 Datakilder

For at beskrive modellens programteori og dens forventede virkningsmekanismer er der indsamlet relevant skriftligt kildemateriale primært fra projektorganisationens projektrum (lukket forum) og hjemmeside ([www.integratedcare.dk](http://www.integratedcare.dk)), herunder projektbeskrivelse, tidsplan, kommissorier, mødeindkaldelser, mødereferater, informationsbreve, brugervejledninger, notater m.m. Projektgruppen har deltaget som observatører i 1-2 møder i hver af de to arbejdsgrupper og i et introduktionsmøde om IC modellen for praktiserende læger i Odense. Derudover er der udført en række interviews samt et litteraturstudie.

### 3.1.1 Interviews – fagprofessionelle

For at beskrive de involverede aktørgruppers programteori(er) og de forventede virkningsmekanismer er der gennemført interviews med involverede fagprofessionelle og med projektledelsen, i form af nøglepersoner i projektorganisationen.

Ved udvælgelsen af fagprofessionelle informanter er der lagt vægt på, at der skal tilvejebringes et datagrundlag, der kan beskrive modellens programteori for de implicerede interessenter, hvorfor alle 25 deltagere i pilotafprøvninger som udgangspunkt er inkluderet. Enkelte har dog takket nej med en henvisning til at de kun sporadisk har været involveret eller har manglende tid. Følgende 20 fagprofessionelle er interviewet:

Tabel 1. Oversigt over fagprofessionelle informanter

	DÆMP	SAD
Praktiserende læge	2	2
Speciallæge geriatri, OUH	1	
Speciallæge endokrinologi, OUH	1	
Hjemmesygeplejen, Odense Kommune	3	
Fysioterapeut, Odense Kommune	1	
Ergoterapeut, Odense Kommune	1	
Klinisk farmakolog	2	
Praktiserende psykolog		1
Praktiserende psykiater		1
Overlæge, psykiatri		1
Psykolog, Arbejdsmedicinsk Klinik, OUH		1
Socialoverlæge, Odense Kommune		1
Sagsbehandler, Odense Kommune		2

Interviewene er gennemført som individuelle interviews og i enkelte tilfælde gruppeinterviews, alle med udgangspunkt i en interviewguide, udarbejdet på baggrund af dokumentgennemgangen.

Alle interviews har varet mellem 30 og 60 minutter, er optaget på bånd og efterfølgende transskriberet. Analysen er fortaget separat for de to målgrupper (SAD og DÆMP). De transskriberede interviews er kondenseret og kategoriseret i forhold til de tre programteoretiske delelementer; situationsteori, normativ teori og virkningsteori. Efterfølgende er der udviklet en matrix med de tre delelementer som går på tværs af de deltagende aktørgrupper. Formålet er at sammenholde programteorien for IC modellen med de involverede aktørgruppers programteorier. På baggrund dette og oplysninger fra interviewmaterialet er der identificeret kontekstuelle faktorer og moderatorer, der kan influere på den efterfølgende afprøvning af IC modellen i en driftsfase.

### 3.1.2 Interviews – borgere

De borgere, der har været inkluderet i projektet er centrale interessenter og deres oplevelse af modellen er væsentlige for at belyse og beskrive modellens individuelle og kontekstuelle virkning.

Der er opnået kontakt til interviewpersoner blandt borgerinformanterne gennem de praktiserende læger, sagsbehandlere og hjemmesygeplejersker, der er tilknyttet IC modellen. I denne proces har behandlerne fravalgt at kontakte medicinsk dårlige borgere, demente borgere, samt borgere med andre kognitive udfordringer.

Der er inkluderet 13 DÆMP-borgere og 11 SAD-borgere i minipilot- og pilotfasen. Der er gennemført interviews med 4 DÆMP-borgere og 3 SAD-borgere. Tabel 2 giver et overblik over de 7 interviewpersoner.

Tabel 2. Oversigt over borgerinformanter

	<b>Køn</b>	<b>Alder</b>	<b>Helbred</b>	<b>Involverede fagprofessionelle*</b>
	Kvinde	77 år	Diarré, koma-tilstand i 2013	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, hjemmepleje, OUH, genoptræningscenter
<b>DÆMP</b>	Kvinde	75 år	Diabetes, astma, knogleskørhed, dårlig ryg, gigt, nyreproblemer	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, hjemmepleje, OUH
	Mand	92 år	Blodprop, gigt	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, hjemmepleje, OUH
	Mand	N/A	Diabetes, blodprop, forsøgt selvmord	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, OUH, psykolog, telemedicinering
<b>SAD</b>	Kvinde	31 år	Depression	Praktiserende læge, psykolog, sagsbehandler
	Kvinde	37 år	Stress	Praktiserende læge, psykolog, arbejdsmedicinsk klinik (psykolog), sagsbehandler
	Kvinde	35 år	Depression	Praktiserende læge, psykolog, sagsbehandler

## IC Modellen

	<b>Køn</b>	<b>Alder</b>	<b>Helbred</b>	<b>Involverede fagprofessionelle*</b>
<b>DÆMP</b>	Kvinde	77 år	Diarré, koma-tilstand i 2013	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, hjemmepleje, OUH, genoptræningscenter
	Kvinde	75 år	Diabetes, astma, knogle-skørhed, dårlig ryg, gigt, nyreproblemer	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, hjemmepleje, OUH
	Mand	92 år	Blodprop, gigt	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, hjemmepleje, OUH
	Mand	N/A	Diabetes, blodprop, forsøgt selvmord	Praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp, OUH, psykolog, telemedicinering
<b>SAD</b>	Kvinde	31 år	Depression	Praktiserende læge, psykolog, sagsbehandler
	Kvinde	37 år	Stress	Praktiserende læge, psykolog, arbejdsmedicinsk klinik (psykolog), sagsbehandler
	Kvinde	35 år	Depression	Praktiserende læge, psykolog, sagsbehandler

\*Selvrapporterede kontakter

Borgerne er interviewet med udgangspunkt i en interviewguide, der er udarbejdet på baggrund af den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittel's teori om relationel koordinering (4) samt relevante elementer af IC modellen. De primære kategorier er således hyppighed i kontakten mellem borger og system, gensidig respekt, fælles mål, fælles viden, rettidig information og præcis information, samt den elektroniske handleplan, koordinering på tværs og TST-møder. Det er således interviewpersonernes oplevelser, der bringes frem i analysen.

### 3.1.3 Ethiske overvejelser

Der er udarbejdet informationsmateriale, samt retningslinjer for informeret samtykke til at indgå i en forskningsmæssig sammenhæng til såvel personale som patienter. Det er pointeret overfor samtlige deltagere, at deltagelse altid er frivilligt, samt at eventuel udtrædelse af undersøgelsen vil være uden konsekvenser for deres videre behandling. I forbindelse med publicering og offentliggørelse af resultater er personhenførbare oplysninger fjernet. Personhenførbare oplysninger opbevares forskriftsmæssigt, jævnfør Datatilsynets retningslinjer.

### 3.1.4 Litteraturgennemgang

Med henblik på at beskrive den tilgængelige evidens for integrated care (IC) for de to målgrupper, er der foretaget en ikke-udtømmende litteratursøgning i søgedatabasen Scopus, hvor kombinationen af søgeordene "integrated care" eller "collaborative care" og hhv. a) "depression", b) "anxiety", c) "stress" og d) "elderly" eller "older adult" er anvendt. Ligeledes er relevante artiklers referenceliste afsøgt. Der er således tale om en indsigtsgivende beskrivelse og *ikke* et absolut og udtømmende review.

## IC Modellen

I det følgende bruges ”integrated care” synonymt med ”collaborative care” dækkende over tværsektoriel behandling med flere aktører involveret i behandlingsplanlægningen.

### *Søgning for IC og borgere med stress, angst og/eller depression (SAD)*

Søgningen er fokuseret ud fra følgende kriterier:

- A) Landebegrænsning: Danmark, Sverige, Norge, Finland, England, og Canada<sup>14</sup>
- B) Aldersbegrænsning: 18-65 år
- C) Tværsektoriel organisering
- D) Artikler blev ekskluderet, hvis de fokuserede på psykiske sygdomme som bipolare lidelser, skizofreni, posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
- E) Artikler blev ekskluderet, hvis der var fokus på andre sygdomme sammen med stress, angst eller depression. Som f.eks. diabetes og depression, hjertekarsygdomme og depression.

I Tabel 3 ses relevant litteratur efter manuel screening vedrørende fokusgrupperne med stress og angst via overstående søgeord (medio juni, 2014).

---

<sup>14</sup> Begrundet i antagelser om sammenlignelighed og kulturel forståelse

## IC Modellen

Tabel 3: Søgning på integrated care / stress, angst, depression

Integrated Care	Collaborative Care	Stress	Angst (anxiety)	Depression	Hits	Publiceringsår	Relevante artikler
X		X			32	1983-2014	0
	X	X			59	1998-2014	1
X			X		32	1994-2014	1
	X		X		100	2001-2014	4
X				X	106	1997-2014	1
	X			X	414	1997-2014	24

### *Søgning for IC og den ældre medicinske patient (DÆMP)*

Søgningen er fokuseret ud fra følgende kriterier:

- A) Landebegrænsning: Danmark, Sverige, Norge, Finland, England, og Canada<sup>15</sup>.
- B) Aldersbegrænsning: 70 år og derover
- C) Tværsektoriel organisering
- D) Artikler blev ekskluderet, hvis de fokuserede på terminal sygdom

I Tabel 4 ses relevant litteratur efter manuel screening vedrørende fokusgrupperne med stress og angst via overstående søgeord (medio juni, 2014).

Tabel 4: Søgning på Den Ældre Medicinske Patient og integrated care

Integrated Care	Collaborative Care	Elderly	Older adult	Hits	Publiceringsår	Relevante artikler
X		X		120	1983-2014	6
	X	X		48	1988-2014	4
X			X	33	1995-2014	3
	X		X	58	2001-2014	2

## 4. Programteoretisk analyse af IC modellen

Aktørerne i IC modellen er region, kommune, fagprofessionelle og borgere. Der er indgået et samarbejde mellem Region Syddanmark, PLO og Odense Kommune i form af en projektperiode og dermed etablering af en projektorganisation, der skal varetage udvikling og implementering af modellen. For de fagprofessionelles vedkommende er der tale om individer, der i kraft af deres ansættelse eller faglige ekspertise deltager i, eller har indflydelse på modellens udvikling og implementering. For borgerne er der tale om enkeltindivider, der i kraft af deres sygdoms- og behandlingsforløb identificeres og efter samtykke inkluderes i IC modellen.

<sup>15</sup> Begrundet i antagelser om sammenlignelighed og kulturel forståelse



I det følgende præsenteres de programteorier, der er indlejret i IC modellen. Det er hhv. programteorien bag IC modellen og de involverede fagprofessionelle gruppers programteorier i henholdsvis SAD- og DÆMP-gruppen.

### 4.1 Programteorien bag IC modellen

Kommunalreformen i 2007 var med til at skabe en ny og bredere forståelse af et sundhedsvæsen, hvor både sygehuse, kommuner, almenpraksis og specialpraksis indgår og hvor flere opgaver kan og skal varetages udenfor sygehusene. På tværs af regioner og kommuner blev der udarbejdet forløbsprogrammer og en stafetmodel, hvor de enkelte dele afgrænses i forhold til roller og ansvar og hvor opgaven eller stafetten, når den er udført, videregives til næste part. Alt sammen tiltag, der skal strukturere de forløb, der varetages i det udvidede sundhedsvæsen, men som samtidig er med til at skabe og vedligeholde adskilte systemer.

Ønsket om at arbejde med IC opstod ud fra en erkendelse af ikke at have nået de opstillede mål om sammenhængende patientforløb og tidlig sygdomsopsporing. Derfor havde man opmærksomhed rettet mod at søge løsninger og ved et tilfælde fik man kendskab til IC begrebet. Efter den første introduktion til IC blev der i den følgende tid set på flere IC-modeller, hvor London-modellen dels virkede mest anvendelig og dels var implementeret i en storby og med gode erfaringer.

IC modellen anvender strukturen i London-modellen med de syv delementer (se Figur 1, afsnit 2.3) tilpasset danske forhold. Ønsket med tiltaget er at udfordre opdelingen mellem sektorer og fag samt at medvirke til, at borgeren sættes i centrum og at forløb bliver velkoordinerede, velplanlagte, velgennemførte og kortest mulige. Det skal ske gennem implementering af de syv delementer: at dele relevant information, inkludere relevante borgere, lægge en plan, udføre planen og i det omfang, der er behov for det, drøfte planen og at evaluere forløbet. Dette forventes at bringe parterne sammen og at være et modtræk til de adskilte systemer, som stafetmodellen ikke har formået at gøre op med.

Kriterier for valg af de to målgrupper er dels en vis volumen, således at der kan skabes et tilstrækkeligt erfaringsgrundlag og dels de oplevede udfordringer og behov for at skabe nye løsninger. SAD-gruppen er således ofte drøftet i forskellige samarbejdsfora som en gruppe, det er vanskeligt at skabe fornuftige løsninger for; de bliver ved med at vende tilbage i systemerne samtidig med, at de bliver dårligere. Den ældre medicinske patient er en gruppe med stor volumen; trods stort fokus og mange tiltag rettet mod målgruppen, så formår

sektorerne fortsat ikke at kommunikere tilstrækkeligt på tværs af forløb eller skabe sammenhæng.

Den bagvedliggende teori om relationel koordinering opleves som relevant, idet sammenhæng og koordination mellem sektorer skabes gennem opbygning af nye relationer blandt frontpersonalet. Den relationelle koordinering forventes at ske, når der skabes strukturer for fællesskaber og mennesker sættes sammen om at løse en konkret opgave.

IC modellen implementeres i form af et projekt, hvor der er mulighed for løbende læring og tilpasning. Der forventes at ske en læring blandt deltagerne i projektet og at denne læring over tid forplanter sig til en mere generel læring, når erfaringer føres tilbage i organisationer og samarbejdsfora på tværs af sektorer og fag. Læringsaspektet søges sikret gennem formelle indbyrdes aftaler blandt deltagerne.

Udfordringerne i relation til IC modellen ses at ligge i at få bragt de rette kompetencer sammen, at motivere fagpersoner til at indgå i et samarbejde på et tidspunkt, hvor borgeren ikke er henvist til disse endnu og dermed ikke en del af deres ansvar, samt at nedbryde fordomme på tværs af fag. Det kan være en udfordring at skabe et samarbejde mellem forskellige interessenter og stærke fagligheder med hver deres forståelse. At skabe en kultur med indbyrdes respekt og anerkendelse ses som en forudsætning for ejerskab og deltagelse.

Den største udfordring forventes at være i forhold til i hvor høj grad det lykkes at skabe dels en fælles forståelse af IC modellen, dels at udvikle en model med tilstrækkelig relevans og legitimitet for de enkelte fag til at de vil anvende den. IC modellen har baggrund i et ledelsesbehov, ikke et klinisk behov og derfor kan det blive en udfordring om modellen giver god mening i forhold til den kliniske hverdag.

Der sat en budgetmæssig ramme på 70 millioner, men det er usikkert, hvor dyrt projektet ender med at blive, ligesom det er usikkert, om det i projektperioden bliver muligt at påvise effekter af projektet. Der er en forventning om, at resultaterne vil vise sig på længere sigt, men en forhåbning om at effekten kan påvises allerede i projektperioden.

### **4.2 Programteorier i relation til borgere med stress, angst og/eller depression (SAD)**

I det følgende præsenteres programteorierne for IC modellen i forhold til målgruppen. De forskellige fagprofessionelle gruppers programteorier udfoldes i først i tekst, hvorefter et tværgående overblik præsenteres i form af en matrix (Figur 2) hvori programteorien for IC

## IC Modellen

modellen også indgår. Efterfølgende ses der på tværs af programteoriene med henblik på at vurdere hvorvidt der grundlæggende er overensstemmelse mellem IC modellens og de fagprofessionelle gruppers programteorier, og dermed ikke er tale om en teorifejl samt at udlede de kontekstuelle faktorer og moderatorer, der kan forventes at få betydning for implementering af IC modellen, og for dens resultater.

Praktiserende læger oplever begrænsede handlemuligheder for SAD-borgere, herunder lange ventelister, begrænsede muligheder for at inddrage andre fagligheder og manglende kendskab til tilbud i andre sektorer. Dette medfører lange forløb, hvor borgere sygeliggøres og evt. afsluttes på offentlig ydelse uden at være hjulpet ordentligt. Strukturer og travlhed besværliggør kommunikationen; det tager tid inden information efterspørges, tid at indhente information, tid at finde ud af, hvem der sidder inde med, eller skal have information. Skriftlig kommunikation i form attester og henvisninger er envejs og kan være langsommelig, ufyldstgørende og misvisende. Telefontider er begrænsende, mens ikke aftalte telefonsamtaler bryder et arbejdsflow. Der er behov for dialog, gensidig tillid og direkte adgang til specialkompetencer, hvis kvaliteten skal sikres i et sundhedsvæsen, hvor stadig flere opgaver varetages i primær sektor. Relationel koordinering finder allerede sted, men gennem IC modellen bliver den formaliseret.

IC handleplanen kan skabe struktur og dermed ro og tryghed hos en gruppe borgere, der har svært at overskue deres hverdag og ved at huske information og aftaler. Det vil ikke længere være borgeren, der skal være bærer af information på tværs af systemer og behandlere. IC handleplanen er et koordinerende redskab, hvor der skabes et samlet overblik over tiltag, timing af tiltag og ansvarlige fagpersoner. Det betyder kortere kommunikationsveje, viden om hvem der samarbejdes med, hurtig indgåelse af konkrete aftaler og opfølgning, hvilket resulterer i mere smidige forløb og mulighed for øget arbejdsdeling samtidig med at der arbejdes i samme retning. De tværsektorielle teammøder (TST-møderne) giver mulighed for åbne diskussioner på tværs af fagligheder med nye input og refleksioner, samt gensidig læring. Møderne medvirker til bedre kommunikation gennem en fælles forståelse af ord og udtryk og et bedre gensidigt kendskab øger muligheden for at bruge hinanden konstruktivt. Der opleves synergi mellem TST-møderne og IC handleplanen.

Privatpraktiserende psykiater oplever, at kommunikationen med de praktiserende læger allerede fungerer. Der er dog et stort antal praktiserende læger at samarbejde med og nok for lidt kendskab til og anerkendelse af hinandens fag. Der er et ønske om at forbedre

## IC Modellen

kommunikation med sygehuspsykiatrien. Generelt er det vigtigt med et mere udbredt og bedre samarbejde og at inddrage og informere patienter.

IC modellen opleves at bidrage til kortere ventetid og dermed en hurtigere udredning og behandling og også bedre kvalitet i behandlingen. Dette er muliggjort gennem aftaler i IC modellen. Mens der ikke er erfaring med IC handleplanen eller TST-møder, så opleves deltagelse i arbejdsgruppemøder at give et personligt kendskab til og en større indsigt i og forståelse for hinandens arbejdsfunktioner, hvilket fremmer kommunikationen. Det opleves, at patienterne er glade for, at der samarbejdes på tværs af sektorer.

Psykiatrisk overlæge oplever en frustration i forhold til hvor dårligt systemerne hidtil har kommunikeret, i tilfælde hvor flere parter, placeret på forskellige geografiske lokaliteter, er involveret i samme patienter uden at tale sammen indbyrdes. Udfordringen er at sætte sig sammen og udforme en fælles behandlingsstrategi for patienten. TST-møderne vurderes som et relevant forum for en åben dialog båret af gensidigt kendskab og respekt og hvor deltagerne bidrager med væsentlig faglig viden og sammen lægger en plan, der efterfølgende udføres med den praktiserende læge som tovholder. Handleplanen giver et godt overblik og udgør en tilstrækkelig forberedelse forud for et TST-møde. Mulighederne for hurtig udredning ved privatpraktiserende psykiater anses sammen med hurtig behandling ved psykolog at udgøre væsentlige elementer i tiltaget, ligesom der ved behov kan visiteres til hospitalsbehandling.

Arbejdsmedicinsk psykolog oplever, at opdelte systemer, træghed og manglende viden om og brug af hinanden resulterer i tab af relevant viden, lange ventelister og lange forløb. Information skal efterspørges for at blive delt. Det forudsætter først viden om at andre ligger inde med relevant viden og derefter tager det tid at indhente denne viden. Der er ønske om større synlighed af det, klinikken kan byde ind med i forhold til målgruppen, samt ønske om at skabe en større grad af helhedssyn og sammenhængende, hurtigere og bedre forløb

En rubrik i IC handleplanen for henvisning til Arbejdsmedicinsk Klinik er sammen med deltagelse i arbejdsgruppen med til at skabe opmærksomhed om klinikken og dens relevans i forhold til målgruppen. Dette resulterer i, at patienterne ses tidligere end hidtil. Den tidligere envejskommunikation i henvisninger bliver nu mere informativ, hvor indblik i hinandens overvejelser og indbyrdes kommunikation giver overblik og viden om igangsatte tiltag. Hvis alle bidrager, kan IC handleplanen skabe et sammenhængende forløb, fordi alle sidder med de relevante oplysninger. Fælles møder øger indblikket i hinandens fagligheder, giver viden om, hvilke informationer der er relevante for andre, samt et begyndende fælles sprog, hvilket igen

## IC Modellen

resulterer i mere målrettede henvisninger. Den fælles dialog er berigende i forhold til konkrete patienter og tilfører derudover mere generel viden om, hvordan forskellige problematikker kan håndteres. Aftaler om hurtigere henvisninger og gratis adgang til psykolog er af stor betydning for at skabe hurtigere og bedre forløb.

Privatpraktiserende psykolog oplever at borgere med SAD ofte har svært ved at opfange, huske og formidle information på tværs af behandlere. Nye og ukendte tiltag kan give usikkerhed og angst og påvirke behandlingsforløbet negativt. Derudover opleves det både at være vanskeligt at formidle viden om borgeren til andre behandlere og at der er manglende tillid behandlerne imellem. Der er et ønske om tværfaglige relationer med udveksling af viden og præget af åbenhed, tillid og helhedssyn idet det giver bedre behandlingskvalitet.

De tværfaglige TST- og arbejdsgruppemøder giver et indblik i hinandens verden og hvad andre tænker, hvilket fører til en større gensidig forståelse og færre misforståelser. Det personlige kendskab gør det både lettere efterfølgende at tage kontakt til hinanden og muligt at forberede borgerens møde med andre fagprofessionelle og dermed reducere angsten for det ukendte. Gensidigt kendskab og deling af viden gennem IC handleplanen gør det muligt at arbejde i samme retning i et behandlingsforløb. IC modellens styrke er mødet mellem alle de faggrupper, der på tværs af sektorer er involveret i behandlingen af denne gruppe af borgere, hvilket giver mulighed for faglig sparring og løfter det faglige niveau. Det opleves derfor vigtigt at drøfte såvel de forløb, der er lykket, som de forløb hvor der ikke er fremgang.

Kommunal socialoverlæge oplever aktuelt en stor gruppe SAD-borgere med lange og uhensigtsmæssige sygdomsforløb, der resulterer i at borgeren afsluttes udenfor arbejdsmarkedet og uden en diagnose. Den primære årsag til disse uhensigtsmæssigheder opleves at være adskilte systemer, manglende indsigt og uhensigtsmæssige arbejdsgange på tværs af sektorer, lange ventetider og sagsgange. Relationel koordinering beskrives som et redskab til at skabe fælles indsigt, samt undgå silotænkning og forskellige virkeligheder. Ønsket er at opnå bedre kvalitet i udredning og behandling, hurtigere afklaring og kortere sygemeldinger gennem IC modellen.

IC handleplanen ses som en hjælp til at planlægge og koordinere et forløb, så det bliver involverende og understøttende. Der er en forventning om at TST-møderne skal medvirke til øget indsigt i og forståelse af hinandens verden og handlinger, samt være med til at kvalificere IC handleplanen i og med, at der skabes fælles læring på baggrund af konkrete sager.

Kommunale sagsbehandlere oplever, at såvel samarbejde som kommunikation har trange vilkår. Det resulterer i mistro, manglende videndeling, manglende helhed og lange forløb. Ventetider i sundhedsvæsnet og kommunikation i form af attester og anmodninger medfører, at der ventes på svar og at svaret ikke altid er anvendeligt, når det kommer. Manglende indsigt i hinandens arbejde fører til gensidige misforståelser i den skriftlige kommunikation og i en travl arbejdsdag er det svært eksempelvis at ringe til en praktiserende læge indenfor telefontiden. Brugerinddragelse er i fokus og det forventes at borgeren i højere grad tager ansvar, hvilket både kan være rigtig godt for borgeren og nødvendigt af hensyn til ressourcer, men samtidig kan være svært for mennesker i krise.

De kommunale sagsbehandlere oplever at have et stort udbytte af at deltage i de tværfaglige møder i arbejdsgruppen Muligheden for at præge IC modellens indhold, den gensidige vilje til at lytte til og nå hinanden skaber begejstring. Der er en oplevelse af øget personligt og fagligt kendskab og deraf tillid og respekt, som har medført at forskellige samarbejdsparter nu tager direkte kontakt til hinanden. TST-møderne bidrager til en videndeling, der er umiddelbart anvendelig og bidrager sammen med tilbud om hurtig udredning ved psykiater og vederlagsfri psykologsamtaler til at højne kvaliteten i de enkelte forløb og gør dem formentlig også hurtigere. IC handleplanen ses som et godt grundlag for en helhedsorienteret indsats. Det er imidlertid vigtigt, at der arbejdes med hvad og hvor meget der skal skrives i IC handleplanen; at der skabes viden om, hvilken information der af betydning for hvem. Yderligere skaber borgernes adgang til at læse IC handleplanen et behov for at arbejde med indhold og formuleringer.

Figur 2 er en matrix over SAD-gruppens programteorier: Situationsteorien er udtryk for de mangler, der ønskes imødekommet af IC modellen; den normative teori er udtryk for de ønskede tilstande, mens virkningsteorien udtrykker forestillinger om/erfaringer med hvordan modellen kan skabe de ønskede tilstande.

## IC Modellen

Figur 2. Matrix for SAD-gruppen

	Program-teorien for IC modellen	Praktiserende læger	Psykiatere*	Psykologer**	Kommunal socialoverlæge	Kommunale sagsbehandlere
SITUATIONSTEORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adskilte systemer</li> <li>- Stort antal udenfor arbejdsmarkedet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende kendskab til hinandens fagområder</li> <li>- Besværliggjort kommunikation</li> <li>- Begrænsede handlemuligheder</li> <li>- Lange forløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende kendskab til hinandens fagområder</li> <li>- Mangelfuld kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adskilte systemer</li> <li>- Manglende kendskab til hinandens fagområder</li> <li>- Tab af information</li> <li>- Ventelister</li> <li>- Lange forløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adskilte systemer</li> <li>- U hensigtsmæssige arbejdsgange - Ventetider</li> <li>- Lange forløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende kendskab til hinandens fagområder</li> <li>- Besværliggjort kommunikation</li> <li>- Tab af information</li> <li>- Ventelister</li> <li>- Lange forløb</li> </ul>
NORMATIV TEORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sammenhængende forløb</li> <li>- Tidlig opsporing og indsats</li> <li>- Borgeren i centrum</li> <li>- Brede forståelse af sundhedsvæsenet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Øget kvalitet</li> <li>- Bedre dialog og gensidig respekt</li> <li>- Øget grad af tillid og direkte adgang til hinandens fagområder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Øget samarbejde</li> <li>- Dialog med udveksling af viden</li> <li>- Øget grad af patientinddragelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Øget kvalitet.</li> <li>- Sammenhængende forløb</li> <li>- Hurtigere afklaring af borgerens situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Undgå silo-tænkning.</li> <li>- Bedre kvalitet</li> <li>- Hurtigere afklaring af borgernes situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Øget åbenhed og brugerinddragelse</li> <li>- Mere hensyn til hvad brugeren magter</li> </ul>
VIRKNINGSTEORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bringe parterne sammen</li> <li>- Bedre koordinering</li> <li>- Mere videndeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedre/mere struktur</li> <li>- Mere koordinering</li> <li>- Bedre overblik.</li> <li>- Korte kommunikationsveje</li> <li>- Gensidigt kendskab</li> <li>- Faglig udvikling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hurtigere udredning</li> <li>- Bedre behandling</li> <li>- Tværfaglig indsigt</li> <li>- Lettere kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synlighed</li> <li>- Bedre overblik</li> <li>- Bedre henvisninger</li> <li>- Fælles viden og sprog</li> <li>- Sammenhængende forløb</li> <li>- Gensidig forståelse</li> <li>- Bedre faglighed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Øget indsigt.</li> <li>- Øget forståelse af hinandens verdener og handlinger</li> <li>- Fælles læring gennem konkrete cases</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedre behandling</li> <li>- Øget tværfaglig indsigt</li> <li>- Lettere kommunikation</li> <li>- Højere grad af helhedsorientering</li> </ul>

\* hhv. privatpraktiserende og sygehusansat / \*\* hhv. privatpraktiserende og sygehusansat

### 4.2.1 Overensstemmelse mellem programteoriene i SAD-gruppen

Der ses stor overensstemmelse på tværs af programteoriene og således ikke belæg for en teorifejl. Der er generel enighed om at forhold som lange ventetider, uhensigtsmæssige arbejdsgange, manglende kendskab og besværliggjort kommunikation har betydning for hvor hurtigt og godt en borger kan udredes og behandles, og dermed for borgerens tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Der peges på, at hindringer for et optimalt samarbejde udgøres af adskillelsen mellem sektorerne og deres enkeltdele. Disse strukturer vanskeliggør direkte kontakt og manglende kendskab til hinanden og hinandens fagområder og en deraf følgende mangelfuld dialog. Resultatet er tab af viden, unødigt ventetid, misforståelser og manglende helhedssyn.

De aftaler, der indgår i IC modellen om nedsat ventetid og reduceret egenbetaling ses i høj grad som anvendelige og medvirkende til hurtigere forløb. De tværfaglige møder er med til at skabe indbyrdes kendskab, gensidig tillid og faglig læring. IC handleplanen ses som en hjælp

## IC Modellen

til koordinering og til at skabe en helhedsorienteret indsats. Generelt kendes og anerkendes indholdet af og meningen med relationel koordinering, men ikke betegnelsen.

I forhold til en tidlig og proaktiv indsats og et sammenhængende forløb er det de fagprofessionelles vurdering at:

- IC handleplanen og det personlige kendskab kan føre til en opmærksomhed på og et overblik over hvem der samarbejdes med og til en tidsmæssig samordning af de forskellige indsatser
- De indgåede aftaler om hurtig henvisning, udenom ventetider og uden egenbetaling kan sammen med aftaler om at svare på henvendelser indenfor et kort tidsrum og den fælles viden, føre til hurtigere og mere sammenhængende forløb

Hvorvidt IC modellen fører til en mere proaktiv indsats, forstået som en tidligere sygdomsopsporing, indgår ikke i deres vurdering.

### 4.2.2 Kontekstuelle faktorer og moderatører i SAD-gruppen

Det er en forudsætning for en succesfuld implementering af IC modellen, at alle vil arbejde for det og yde hver deres bidrag. Det handler om engagement og prioritering og forudsætter en gensidig forpligtigelse til at deltage i samarbejdet. At skabe en fælles tankegang koster ressourcer og tid og det er af betydning at investere denne i opstarten af projektet, hvor der over tid ikke ses at være helt samme behov for ressourcer og tid. Derudover opfattes det som afgørende, at der er ambitioner og mod til at skabe reelle ændringer. Planlægning og fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen er afgørende faktorer for at kunne deltage i IC modellen og yde et relevant bidrag i forhold til såvel handleplaner som TST-møder. Tidsforbrug, logistik og fagligt udbytte er afgørende for deltagelse i TST-møder. Det er en forudsætning, at alle skriver i IC handleplanen, hvilket igen forudsætter adgang, foruden at denne er teknisk stabil og let at arbejde i. Derudover ses der et behov for at kunne afregne tid brugt til tværfaglig kommunikation. En allerede tidsmæssig presset arbejdsdag og andre nye og samtidige tiltag giver en belastning i forhold til antallet af ydelser der skal leveres og udgør dermed en moderatør i forhold til at involvere sig i IC modellen.

Erfaring med IC handleplanen ses som en moderatør i forhold til ressourceforbruget, idet en større erfaring med at bruge den vil gøre arbejdsopgaverne lettere og hurtigere. Indhold og omfang er en moderatør i forhold til anvendelsen; der må arbejdes med hvilken viden, det er relevant at dele, samt omfanget af denne. Opkobling til egne arbejdsredskaber og en advis funktion forventes at medføre større opmærksomhed og hurtigere og smidigere forløb.



## IC Modellen

Borgernes adgang til IC handleplanen skaber også et behov for at arbejde med indhold og formuleringer. Utryghed ved at der deles personlige data udgør en moderator for borgernes deltagelse i IC modellen, hvorfor der er nødvendigt med åbenhed i forhold formål og hvilke data der deles, samt sensitivitet i forhold til indhold af informationer.

Omfanget af TST-møder udgør en moderator for deltagelse, mens godt fremmøde og deltagelse af relevante fagligheder er moderatorer for læring. God forberedelse med skarp problemformulering er sammen med taletid til alle og kortfattede velforberedte indlæg er en moderator for udbyttet af mødet. Den der bringer casen op skal have et indgående kendskab. Det er ikke på samme vis en forudsætning for de andre deltagere, der kan bidrage som konsulenter med specifik faglig og organisatorisk viden. Antallet af deltagere, mødeledelsen samt hyppighed af møder synes at have betydning for det personlige kendskab, der er baggrund for en åben dialog og gensidig respekt. Der ses en udfordring i forhold til udvidelse af projektet, hvorfor antallet af TST-møder må afstemmes mellem behov, kapacitet og udbytte. En stram og vedblivende koordination af møderne ses som af afgørende betydning for modellens succes.

Der synes at være forskellige udfordringer for de deltagende organisationer, når projektet implementeres. Aftaler i forhold til adgang til privatpraktiserende psykiater og psykolog ses som forudsætninger for både hurtigere og bedre behandlingsforløb. Der er allerede indgået aftale i forhold til psykiaterne, men det er afgørende at der også sikres adgang til psykolog gennem aftaler på området. Samtidig ses dette at udgøre en moderator i forhold til kapacitet hvor der må skabes tilstrækkelige rammer, herunder at loftet for indtaget af SAD-borgere tilpasses det øgede antal borgere i behandling. På længere sigt ses samme moderator i forhold til kapaciteten blandt de praktiserende læger, hvor en eventuel udbredelse af IC modellen til andre grupper af borgere forventes at blive både ressourcetung og vanskelig at overskue. For de kommunale organisationer kan antallet af medarbejdere og hyppigheden af personaleudskiftninger være en moderator i forhold til kendskabet til IC og dermed anvendelsen af de redskaber, der ligger i modellen.

Der italesættes en usikkerhed i forhold til, hvilken betydning fravær af egenbetaling ved psykolog har for borgernes deltagelse og udbytte samt for resultaterne af IC modellen og dermed for den efterfølgende vurdering af tiltaget. Derudover tales der om den betydning, den afgrænsede projektperiode har for lysten til at bruge ressourcer på både at etablere og opnå kendskab til et tiltag, hvis forudsætninger måske efterfølgende ændres eller som måske ophører.

## IC Modellen

Kontekstuelle faktorer og moderatører med betydning for implementeringen af IC modellen i SAD-gruppen er sammenfattet i tabel 5.

Tabel 5. Oversigt over moderatører og kontekstuelle faktorer i SAD-gruppen.

### **Kontekstuelle Faktorer i SAD-gruppen**

Motivation og ejerskab  
Ambitioner og mod  
Gensidig forpligtigelse  
Planlægning og fungerende logistik  
Fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse  
Ressourcer (tid og økonomi)  
Aftaler og tilgængelighed til specialiserede kompetencer  
Faglig relevans og udbytte

### **Moderatører i SAD-gruppen**

Erfaring med IC handleplan  
Indhold og omfang af IC handleplan  
Deling af personlige data  
Omfang, deltagelse, indhold og afvikling af TST-møder  
Ressourceforbrug (allerede pressede arbejdsdage)  
Aftaler og tilgængelighed til specialiserede kompetencer  
Kendskab til IC modellen  
Forankring af IC modellen

### **4.3 Programteorier i relation til den ældre medicinske patient (DÆMP)**

I det følgende præsenteres programteoriene for IC modellen for målgruppen. De forskellige fagprofessionelle gruppers programteorier udfoldes i først i tekst og derefter præsenteres et tværgående overblik i form af en matrix (Figur 3) hvori programteorien for IC modellen også indgår. Efterfølgende ses der på tværs af programteoriene med henblik på at vurdere hvorvidt der grundlæggende er overensstemmelse mellem IC modellens og de fagprofessionelle gruppers programteorier, og dermed udelukke at der er tale om en teorifejl, samt at udlede de kontekstuelle faktorer og moderatører, der kan forventes at få betydning for implementering af IC modellen, og for dens resultater.

Praktiserende læger oplever komplekse og flere samtidige behandlingsforløb med involvering af et stort antal behandlere i forskellige organisationer og et 'veludviklet' bureaukrati. De oplever desuden, at manglende kendskab til samarbejdsparter resulterer i uigennemsigthed og langsommelighed i etablering af konkrete samarbejder, samt mangelfuld kommunikation, specifikt i forhold til store kommuner, mens det opleves lettere ift. sygehuset at identificere konkrete samarbejdsparter, idet der er veletablerede rutiner. Alligevel kan manglende kommunikation, begrænset kendskab til den enkelte borger og et krav om at undersøge og behandle (defensiv medicin) resultere i uhensigtsmæssige behandlingsforløb. IC modellen ses som et politisk bestemt tiltag, der må tilpasses til praksis, hvorfor det er væsentligt at praksis involveres og involverer sig i udviklingen af IC modellen.

Inddragelse af patienten og det tværfaglige samarbejde er nødvendigt. Tværfagligt samarbejde må bygge på konkrete aftaler og fælles viden, forståelse og anerkendelse af hinandens roller og af behandlingsforløbet, og hvor det skal føre hen. Der er et ønske om at genskabe eller forbedre tidligere praksis med et tæt samarbejde mellem lægepraksis og (især) kommune.

## IC Modellen

Stratificeringslisten giver en opmærksomhed på patienter, hvor der kan være behov for og værdi af et bedre samarbejde. Den fælles handleplan giver et grundlag for et mere formaliseret samarbejde, hvor der er adgang til viden om, hvem de konkrete samarbejdsparter er og hvem der varetager hvilke opgaver. Udbyttet af TST-møderne er, at der bliver sat ansigter på samarbejdsparterne og at konkrete sager drøftes. IC modellen giver mulighed for fælles aftaler, indbyrdes kendskab, viden og tillid samt mere individuelle behandlingsforløb.

Sygehusoverlægerne oplever komplekse forløb med mangelfuld koordinering og samarbejde, som resulterer i fragmentering og dobbeltarbejde. Der er igangsat en række strukturelle tiltag, der i nogen grad har løst problemerne, ligesom der er eksisterende måder at kommunikere på. Der er derfor nogen usikkerhed om behovet for en ny samarbejdsmodel. Man oplever ikke direkte samarbejdsproblemer, men anerkender et behov for koordinering og udveksling af information.

Sammenhæng i forløb og ved sektorovergange anses som vigtig, ligesom medinddragelse af patienten, indblik i dennes hverdag og indblik i de forskellige perspektiver blandt de involverede anses som væsentlige for behandlingsforløbet. IC handleplanen betragtes endnu ikke som særlig anvendelig og derfor en form for dobbeltarbejde. På TST-møderne oplever de mere at fungere som konsulent end som samarbejdspart i konkrete forløb, idet borgernes forløb i sygehusvæsnet er afsluttet på tidspunktet for TST-mødet. Der opleves usikkerhed i forhold til om møderne bidrager yderligere i forhold til hvad der kan opnås gennem en direkte henvendelse, men det vurderes at der kan være et udbytte i primær sektor og en relevans i at inddrage et hverdagslivsperspektiv i et behandlingsforløb.

Kliniske farmakologer oplever et opdelt sundhedsvæsen, der er presset af accelererede forløb, travlhed, krav om effektivitet og stor opgaveglidning. Det resulterer i mangelfuld kommunikation, tab af information, manglende kendskab til de andre fagprofessionelle og manglende helhedssyn.

Relationel koordinering handler om dialog, at sætte ansigter på andre, respekt for hinandens arbejde og at alle, inkl. patienten arbejder i samme retning og er enige om hvad retningen er. At medvirke til et samlet overblik over konkrete patienters medicinering i form af en klinisk farmakologisk konsultation ses som en kerneydelse, der gerne skal resultere i gode behandlingsforløb og reducere indlæggelser. TST-møderne er med til at bygge bro gennem indsigt i hinandens problemstillinger og hverdag. Det giver gensidig læring og større

## IC Modellen

mulighed for at skabe et helhedssyn. At mødes over tid og at drøfte konkrete patienter forventes på sigt at resultere i mere generel læring.

Kommunalt plejepersonale oplever, at stadigt mere komplekse patientforløb varetages i hjemmeplejen, hvilket kræver et større samarbejde. Hjemmepleje, praktiserende læger og sygehus arbejder i hver deres datasystem, ligesom de oplever patienten i forskellige situationer og i forskelligt omfang. Det fører til forskelle og uoverensstemmelser i viden og i patientinformation. Der ses et behov for en dialog som måske tidligere var til stede, men som i vid udstrækning er afskaffet eller besværliggjort. Relationel koordinering må handle om fælles mål og bedre samarbejde på tværs. Det er væsentligt også at inddrage patienten i dette, da patienter i øget grad forventes selv at bidrage. Der er et ønske om gensidig respekt og anerkendelse.

IC handleplanen ses som et godt redskab. Den er enkel, giver et godt overblik og bidrager til at binde data i de tre systemer sammen. TST-møderne bidrager med et bedre overblik og forståelse af patienten og de arbejdsgange, der er omkring en kompleks problematik. Det opleves godt at få sat ansigter på samarbejdsparter, ligesom deltagelse af en lang række fagpersoner giver et nuanceret billede, gode indsigter og en mulighed for at afklare ting med det samme. Dette resulterer i løsninger, der efterfølgende drøftes med patienten og føres ud i livet, med gode resultater.

Kommunale terapeuter oplever ikke, at deres viden om patienten og dennes hverdagsliv efterspørges i sygehusregi. Der foregår en envejskommunikation med fremsendelse af træningsplaner, hvilket resulterer i en behandling, der ikke inddrager den hjemlige kontekst og kan resultere i ikke-gennemførlige træningsplaner, manglende koordinering og dobbeltarbejde. Man har i forvejen tradition for tværsektorielt samarbejde og etablerede samarbejdsfora med inddragelse af kommunalt personale, praktiserende læger og borgere. Samtidig bruges der meget tid på at indhente informationer fra samarbejdspartnere.

I forhold til IC modellen er tværfagligt samarbejde med inddragelse af borgeren vigtig for tilrettelæggelse af behandlingsforløb. Inddragelse af viden om patientens hverdagsliv er ligeledes af afgørende betydning for at udvikle relevante og fælles tiltag og for at undgå dobbeltarbejde. Der er et ønske om at udvikle fælles standarder for behandling og samarbejde, samt ønske om adgang til fælles journaler. De har ingen erfaring med den fælles IC handleplan og terapeuterne er usikre på formålet med og udbyttet af TST-møderne.

## IC Modellen

Figur 3 er en matrix over DÆMP-gruppens programteorier: Situationsteorien er udtryk for de mangler, der ønskes imødekommet af IC modellen; den normative teori er udtryk for de ønskede tilstande, mens virkningsteorien udtrykker forestillinger om/erfaringer med hvordan modellen kan skabe de ønskede tilstande.

Figur 3. Matrix for DÆMP-gruppen.

	<b>Programteorien for IC modellen</b>	<b>Praktiserende læger</b>	<b>Overlæger, sygehuse</b>	<b>Kliniske farmakologer</b>	<b>Kommunalt plejepersonale</b>	<b>Kommunale terapeuter</b>
<b>SITUATIONS TEORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adskilte systemer</li> <li>- Stigende antal ældre borgere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplekse forløb</li> <li>- Flere samtidige forløb</li> <li>- Stort antal behandlere</li> <li>- Mangelfuld kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplekse forløb</li> <li>- Mangelfuld koordinering og samarbejde.</li> <li>- Andre samtidige tiltag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accelererede forløb</li> <li>- Opgaveglidning.</li> <li>- Mangelfuld kommunikation</li> <li>- Manglende tværfagligt kendskab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplekse forløb</li> <li>- Adskilte systemer</li> <li>- Tidligere dialog er afskaffet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envejskommunikation</li> <li>- Manglende koordinering</li> <li>- Dobbeltarbejde</li> <li>- Andre samtidige tiltag</li> </ul>
<b>NORMATIV TEORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sammenhængende forløb</li> <li>- Borgeren i centrum</li> <li>- Brede forståelse af sundhedsvæsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inddragelse af borgeren</li> <li>- Tværfagligt samarbejde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inddragelse af borgeren</li> <li>- Sammenhængende forløb</li> <li>- Helhedssyn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dialog</li> <li>- Overblik</li> <li>- Gode forløb</li> <li>- Undgå indlæggelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inddragelse af borgeren</li> <li>- Fælles mål</li> <li>- Bedre samarbejde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inddragelse af borgeren</li> <li>- Tværfagligt samarbejde</li> </ul>
<b>VIRKNINGS TEORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bringe parterne sammen</li> <li>- Koordinering</li> <li>- Viden deling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliseret samarbejde</li> <li>- Fælles viden</li> <li>- Kendskab til hinanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsulent rolle</li> <li>- Usikker på udbytte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brobygning</li> <li>- Læring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Binder data sammen</li> <li>- Bedre oversigt</li> <li>- Øget forståelse</li> <li>- Finder løsninger sammen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usikre på formål og udbytte</li> </ul>

### 4.3.1 Overensstemmelse mellem programteoriene i DÆMP-gruppen

Der er generelt stor overensstemmelse på tværs af programteoriene i forhold til situationsteorien og den normative teori. Det er i forhold til virkningsteorien at gruppernes programteorier adskiller sig fra hinanden. Her er der, især blandt sygehuslægerne, men til dels også hos de kommunale terapeuter, en usikkerhed i forhold til om IC modellen er svaret på de oplevede udfordringer. Spørgsmålet er om dette er et udtryk for at IC modellen i forhold til denne målgruppe endnu ikke er helt udviklet og at der samtidig er meget lidt erfaring med modellen. Der er således ikke belæg for en teorifejl, men det ses som afgørende, at modellen og dens delelementer udvikles således at den opleves relevant for alle deltagende parter.

Der er generel enighed om at forhold som tiltagende komplekse sygdomsforløb, opgaveglidning og inddragelse af et stort antal sundhedsprofessionelle, som er organiseret i adskilte sektorer, medfører et stigende behov for samarbejde og koordinering. Der peges på, at hindringer for et optimalt samarbejde udgøres af adskillelsen mellem systemets enkeltdeler, manglende kendskab til hvad der foregår andre steder i systemet og en mangelfuld dialog. Den mangelfulde dialog er begrundet i tidspres, krav om effektivitet og strukturer der

## IC Modellen

vanskeliggør en direkte kontakt mellem de involverede. Resultatet er tab af viden, dobbeltarbejde og manglende helhedssyn.

Især blandt praktiserende læger og den kommunale hjemmepleje opleves tidligere tiders direkte kontakt og dialog som værende helt, eller i nogen udstrækning afskaffet og at IC er en måde at genskabe denne nødvendige dialog. Der er dog allerede igangsat flere andre tiltag i forhold til denne problematik, hvilket for nogen giver en usikkerhed i forhold til relevansen af dette nye tiltag.

I programteorien bag IC modellen indgår begrebet relationel koordinering, et begreb som de fagprofessionelle generelt ikke er bekendte med. Der er dog en generel indstilling til nødvendigheden af tværfagligt samarbejde, inddragelse af patienten og et helhedssyn, og dermed et behov for fælles viden og mål gennem gensidig indsigt, forståelse, anerkendelse og konkrete aftaler.

I forhold til en forventning om en tidlig og proaktiv indsats og et sammenhængende forløb er det de fagprofessionelles vurdering at:

- Et overblik over og kendskab til dem, der samarbejdes med kan, sammen med fælles drøftelser med inddragelse af borgerens hverdagsliv, føre til fælles afklaring og aftaler, der resulterer i individuelt tilpassede og hurtigere igangsatte tiltag, samt mere sammenhængende forløb

Hvorvidt IC modellen kan føre til en mere proaktiv indsats forstået som en tidligere sygdomsopsporing med undgåelse af u hensigtsmæssige sygehuskontakter er der usikkerhed om. Det er uklart om stratificeringslisten vil kunne identificere de relevante borgere og derudover er der forskellige vurderinger af de sygehusansattes funktionen. Medens de kliniske farmakologer vurderer, at en konsulentfunktion på TST-møderne vil kunne resultere i færre sygehuskontakter, så er sygehuslægerne mere usikre på dette.

### 4.3.2 Kontekstuelle faktorer og moderatører i DÆMP-gruppen

Selvom der endnu kun er sparsom erfaring med IC modellen og dens enkeltdele, er det muligt at uddrage en række kontekstuelle forhold der synes at være forudsætninger for en vellykket implementering af modellen, samt en række forhold der anses for at udgøre moderatører i forhold til anvendelse og udbytte af modellen.

## IC Modellen

Økonomi og dermed tid er forudsætninger for at arbejde med IC modellen. Travle arbejdsdage med mange opgaver er en moderator i forhold til engagement. Blandt de lægefaglige deltagere ses IC modellen som tung og tidskrævende at arbejde med, hvorfor det er nødvendigt at den tilpasses i omfang og antal patienter i forhold til hvor der ses det største udbytte. Begrebet 'den ældre medicinske patient' er kompleks og mangeartet og en moderator i forhold til at udvikle en anvendelig stratificeringsliste. Der gives udtryk for et behov for at sikre at modellen er omkostningseffektiv begrundet i overordnede betragtninger om det store ressourceforbrug i projektet, og især i forhold til TST-møderne. Der er således behov for en fortsat udvikling med konkretisering af, hvilke patienter og hvor mange der er tale om, hvilke parametre der er af betydning og hvilke indsatsområder (ydelser), der er relevante og for hvem.

For de praktiserende læger er det en forudsætning at stratificeringslisten over patienter kun er tilgængelig for dem. Og at det er lægen der har initiativet i forhold til at inkludere patienter og udforme den indledende beskrivelse af patienten og de problemområder der er behov for at etablere et samarbejde omkring. Dette af hensyn til fortrolighed i forhold til patientens personlige oplysninger og begrundet i den praktiserende læges brede kendskab til patienten.

Et velfungerende IT-system er en forudsætning for, at alle anvender IC handleplanen. Anvendeligheden af IC handleplanen i forhold til egen praksis og omfanget af tekniske problemer er moderatorer for anvendelsen af den fælles handleplan og kan på sigt udgøre en moderator i forhold til deltagelse. Det er af afgørende betydning at alle samarbejdsparter har adgang til og bidrager til udvikling af fælles planer for den enkelte patient ved at læse, skrive og følge op med handling. For sygehuslægerne er det afgørende, at der sker en kobling mellem IC handleplanen og det eksisterende journalsystem, således at dobbeltarbejde undgås. Generel information om IC modellen, og specifik advis i forhold til 'egne patienter' er moderatorer i forhold til at anvende IC handleplanen. En handleplan med tilstrækkelige oplysninger og opdaterede data er en forudsætning for at yde et relevant bidrag på TST-møderne. Samtidig er det en forudsætning at logistikken omkring adgang til og brugen af IC handleplanen og indkaldelse til TST-møderne fungerer.

Antal TST-møder, antal deltagere, forberedelse til og opfølgning på det enkelte møde er ressourcekrævende og en moderator i forhold til oplevelsen af mødernes anvendelighed, de skal opleves som 'tiden værd'. Der er måske et større behov, end ressourcerne er til og det bliver nødvendigt at opstille kriterier for hvornår det er relevant og med størst udbytte. Forarbejde til mødet er generelt tidskrævende og en moderator for hvor opdaterede oplysninger

## IC Modellen

der formidles forud for mødet. Velovervejede, skarpt formulerede og opdaterede problemformuleringer er en moderator i forhold til tidsforbrug på mødet og udgør sammen med engagement og en efterfølgende opfølgning på indgåede aftaler, moderatorer for udbyttet af et TST-møde. For de sygehusansatte læger er fravær af aktuelt behandlingsansvar og evt. manglende kendskab til patienter, der drøftes på et TST-møde en moderator i forhold såvel muligheder for at byde ind i en dialog som i forhold til det gensidige udbytte.

At IC modellen er begrundet i et politisk ønske, og at det er valgt at implementere en model fra et andet land ses, sammen med den allerede fastlagte struktur i modellen, som moderatorer i forhold til udvikling af en model der er egnet til danske forhold.

Generelt er personligt engagement og en tro på at det kan lykkes en forudsætning involvering og dermed modellens succes. Derfor er en vurdering og formidling af et udbytte, i form af et forbedret samarbejde, bedre behandlingsforløb og på sigt en tidsbesparelse moderatorer i forhold til deltagelse. På længere sigt er en videnskabelig påvisning af at det gør en forskel en forudsætning, især blandt de lægefaglige deltagere.

Allerede tilstedeværende strukturer og nye tiltag i forhold til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og anvendeligheden af dem er, sammen med forventninger til IC modellen, en moderator i forhold til at opleve et behov for, og at engagere sig i endnu en samarbejdsmodel. IC modellen skal forventes og erfares som endnu bedre, smartere, lettere og med endnu bedre resultater end andre tiltag.

Kontekstuelle faktorer og moderatorer med betydning for implementeringen af IC modellen i DÆMP-gruppen er sammenfattet i tabel 6.

Tabel 6. Moderatorer og kontekstuelle faktorer i DÆMP-gruppen.

### **Kontekstuelle Faktorer i DÆMP-gruppen**

Engagement og tro på modellen  
Planlægning og fungerende logistik  
Fungerende it systemer  
Kobling til eksisterende it-systemer  
Ressourcer (tid og økonomi)  
Datagrundlag og inklusion forbeholdt prakt. læger  
Adgang til og anvendelse af IC handleplan  
Omkostningseffektiv

### **Moderatorer i DÆMP-gruppen**

Antal patienter  
Indhold og omfang af IC handleplan  
Deling af personlige data  
Omfang, deltagelse, indhold, afvikling af TST-møder  
Ressourceforbrug (allerede pressede arbejdsdage)  
Erfaret klinisk udbytte  
Evidens for effekter af IC modellen  
Andre og konkurrerende tiltag



### 5. Borgernes erfaringer med IC modellen

De to patientgrupper adskiller sig væsentligt fra hinanden, og behandles derfor adskilt i analysen.

#### 5.1 SAD-patienter

SAD-patienterne er meget bevidste om deres deltagelse i IC modellen og at de ved at deltage får en oplevelse af, selv at bidrage aktivt, dels gennem en drøftelse af handlingsplanen, dels i kraft af, at de får hurtigere og gratis adgang til en psykolog. Målet for deres behandling er at komme tilbage på arbejdsmarkedet hurtigst muligt, og de har en formodning om, at projektet kan hjælpe dem til det. De tre interviewede patienter udtrykker alle stor tilfredshed med den behandling, de har fået.

#### *Elektronisk handleplan*

SAD-patienterne er positive i forhold til muligheden for i fremtiden at kunne se deres egen handleplan på nettet. De fremhæver først og fremmest, at det ville give en tryghed, hvis de havde adgang til den og på den måde vidste, at informationen var samlet ét sted.

Patienterne peger imidlertid også på, at de sjældent vil have overskud til at se på planen. En patient fremhæver, at det vil give pårørende mulighed for at deltage og følge med på patientens vegne, hvilket hun synes er positivt. De to øvrige patienter peger på, at de gerne ville have muligheden for på et senere tidspunkt, når de har mere overskud, at danne sig et overblik over deres sygdomsforløb. En af patienterne udtrykker et ønske om, at der på IC handleplanen samles flere informationer, som eks. hvad man skal forvente, når man skal til møde hos en sagsbehandler første gang, eller hvor man kan søge yderligere information om sygdommen, da det ville give hende yderligere tryghed.

#### *Koordinering på tværs og TST-møder*

SAD-patienterne oplever, at der bliver kommunikeret imellem de forskellige behandlere, de er i kontakt med. Særligt tydelig er kommunikationen mellem patienternes praktiserende læge og psykolog, hvor patienterne oplever, at de to behandlere løbende er i kontakt, og patienten derfor ikke skal formidle viden imellem dem. Behandlerne får afklaret faglige spørgsmål vedrørende eksempelvis medicinering uden om patienten, og patienterne oplever, at læge og psykolog på den måde er enige og trækker i samme retning. Patienterne giver udtryk for, at det er en lettelse, at der er nogen der tager dem i hånden og viser vejen. En patient formulerer

at den praktiserende læge og psykologen bliver ”medansvarlige” i forhold til hendes behandlingsforløb, og at de udgør hendes ”sikkerhedsnet”.

Samtidig fortæller to af patienterne, at der løbende bliver koordineret imellem for eksempel læge og sagsbehandler, og de peger på, at de ikke skal beskrive hele deres sygdomsforløb, når de møder en ny behandler, eks. en sagsbehandler, da vedkommende er informeret forinden. Patienterne oplever, at det sparer dem meget, fordi det er svært at fortælle om de ting, der gør ondt. En patient formulerer det som, at lægen taler hendes sag over for sagsbehandleren, og udtrykker på den måde tillid til den kommunikation, der foregår. De to patienter oplever således også, at sagsbehandleren trækker i samme retning som patientens selv, den praktiserende læge og psykologen.

Modsat peger en patient på, at koordineringen imellem andre behandlere end praktiserende læge og psykolog har været mangelfuld. Hun har derfor hos både sagsbehandler og arbejdsmedicinsk psykolog skulle beskrive sin situation fra bunden.

Alle patienter giver udtryk for, at de i tilstrækkelig grad bliver taget med på råd, og at der ikke bliver taget beslutninger, uden de føler sig hørt. Patienterne ser kommunikationen mellem behandlerne som noget positivt.

Patienterne udtrykker en positiv indstilling til øget kommunikation imellem behandlerne, hvilket også gør sig gældende i forhold til afholdelsen af TST-møder. Patienterne fortæller, at de alle er blevet drøftet på et møde, hvilket de har det godt med. Som en af patienterne fremhæver, så går hun ud fra, at det er kompetente mennesker, og at det er faglige ting, de drøfter. Hun udtrykker på den måde fuld tillid til, at de forskellige behandlere taler om hende, når hun ikke er til stede. En anden patient peger på, at de jo gør det for at hjælpe hende, og at der i øvrigt ikke er noget, der er hemmeligt.

### *Opsummering SAD-patienter*

Overordnet kan det siges, at SAD-patienterne er meget bevidste om deres deltagelse i IC modellen, og at det støtter dem i at komme tilbage i arbejde. Koordineringen på tværs imellem behandlere skaber tryghed for patienterne, og de føler sig i taget i hånden og ført igennem deres behandlingsforløb. SAD-patienterne ønsker samtidig at blive inddraget og informeret, og det vil derfor give dem tryghed, hvis information samles i en handleplan, som de eller pårørende kan tilgå, når de ønsker.

### 5.2 DÆMP-patienter

DÆMP-patienterne har vanskeligt ved at pege på, hvad der ligger i IC modellen. De husker, at de har haft en samtale med lægen, og hvor han/hun har fortalt om IC modellen, og patienterne føler sig tilstrækkeligt informerede. Som forklaring på, hvorfor de har valgt at deltage i projektet, peger de på, at deres læge spurgte, og de jo gerne ville hjælpe.

Ingen af patienterne peger på projektets indhold eller potentielle gevinster for dem selv, hvis de deltager. Patienternes motivation til at deltage ligger derfor først og fremmest på det personlige plan i relationen til den praktiserende læge.

#### *Elektronisk handleplan*

DÆMP-patienterne udtrykker ikke noget stærkt ønske om at få adgang til deres handleplan. De fremhæver i, at sikkerheden skal være i orden, så kun de selv og relevante behandlere skal have adgang til fortrolige oplysninger. Patienterne fokuserer i meget lille grad på, at de selv ville bruge oplysningerne, men mener dog, at det ville være rart at have adgangen og muligheden. En patient siger, at det ville være rart at kunne se, hvad der blev skrevet om én og giver her udtryk for, at hun formentlig ville læse sin handleplan, hvis hun fik adgang til den.

#### *Koordinering på tværs og TST-møder*

DÆMP-patienterne oplever umiddelbart ikke, at der bliver kommunikeret imellem de forskellige behandlere, de er i kontakt med, men giver omvendt heller ikke udtryk for, at der mangler koordinering i deres behandling.

Flere patienter fremhæver en manglende koordinering internt blandt eks. de forskellige fra hjemmeplejen, der kommer hos patienten. Denne manglende koordinering synes at fylde meget for flere af patienterne, der oplever det som en byrde, at de selv skal sørge for, at relevant information gives videre.

Patienterne udtrykker en positiv indstilling til øget kommunikation på tværs imellem behandlerne men også internt mellem eks. hjemmehjælpere. Samme positive og tillidsfulde holdning gør sig gældende i forhold til afholdelsen af TST-møder. Flere af patienterne har hørt om disse møder, men det er uklart, om deres situation har været drøftet på et. Adspurgt er patienternes holdning til TST-møder positiv. En patient udtrykker særligt, at han godt kan forstå, at det kan være rart at snakke med andre, og høre hvordan de ser på en sag, mens en

anden patient fremhæver, at hvis de på den måde bedre kan hjælpe hende, så er det helt i orden.

### *Opsummering – DÆMP-patienter*

Overordnet kan det siges, at DÆMP-patienterne som gruppe mærker relativt lidt til IC i deres hverdag. Patienterne savner ikke information, men udtrykker et ønske om, at der i højere grad skabes kontinuitet i forhold til de behandlere, der kommer i patientens hjem, og den viden de besidder.

## **6. Diskussion**

Formålet med IC projektet er (jf. kapitel 3) at teste en model for bedre samarbejde, flow og interpersonel læring med det resultat, at det integrerede sundhedsvæsen (praksis, kommune og region) opnår de samme eller bedre resultater for de samme/færre ressourcer på udvalgte målgrupper.

IC modellen forventes gennem en tidlig, proaktiv og sammenhængende indsats at føre til at borgerne/patienterne i de udvalgte målgrupper bliver mere tilfredse med den pleje og behandling de modtager og at de opnår øget egen-mestring og mere stabile forløb. De nye samarbejdsformer forventes at bidrage til at skabe reelle sammenhængende borger-/patientforløb, så borgeren oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen. For SAD-gruppen forventes IC modellen at bidrage til at forkorte perioden på offentlig forsørgelse gennem begrænsning af sygdomsopbygning for den arbejdsduelige befolkning, herunder understøtte bedre mestring af egen sundhed, og sikre fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet. For DÆMP-gruppen forventes IC modellen at bidrage til at bremse sygdomsudvikling og sygdomsforværring samt undgå u hensigtsmæssige sygehuskontakter.

### **6.1 IC - en model for bedre samarbejde**

IC beskrives som et komplekst paraplybegreb, det er vanskeligt entydigt at definere, men som oftest anvendes som modsvar til et fragmenteret sundheds- eller socialvæsen (5). Begrebet integration i relation til sundhedsvæsenet og sociale ydelser er første gang beskrevet tilbage i 1960'erne, men blev først rigtig synlig sidst i 1980'erne og op gennem 1990'erne.

Udviklingen er generelt gået fra store all-inclusive-projekter, eller grand designs til mere fokuserede og populationsspecifikke indsatser og der er beskrevet adskillige indsatser med såvel top-down, som bottom-up tilgang (6).

## IC Modellen

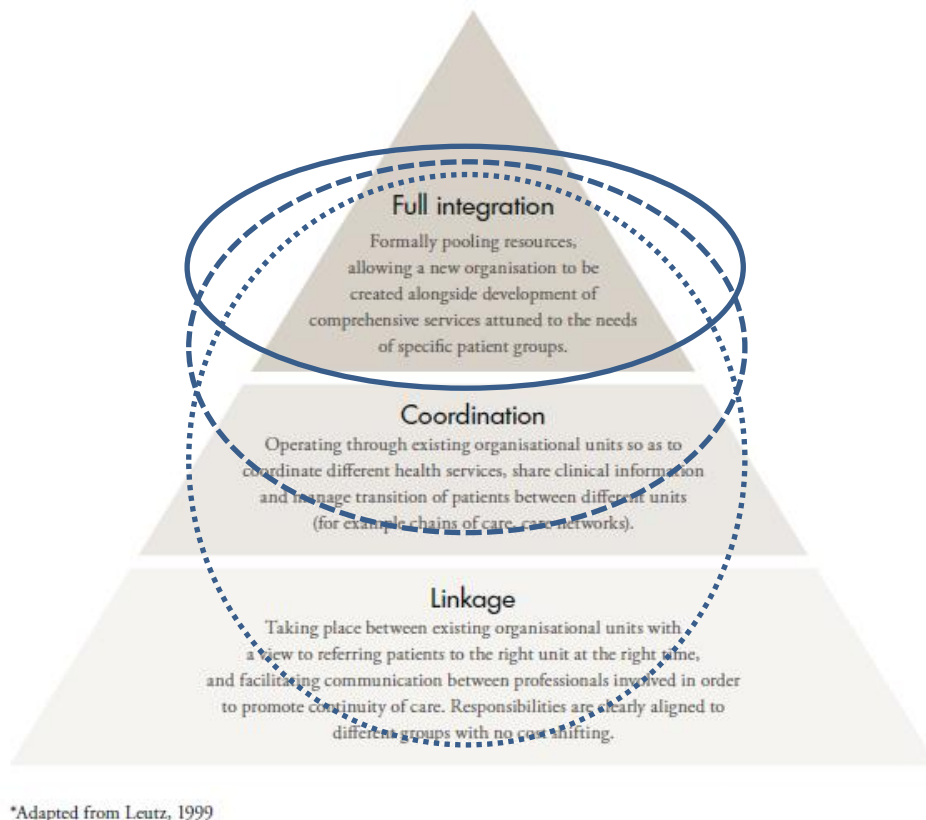
IC modellen kan jævnfør Fisher (6) umiddelbart placeres som en *top-down model på et horisontalt og inter-organisatorisk niveau* med inddragelse af såvel region, som kommune og praktiserende læger. At det er en top-down model kan vise sig at være en udfordring i forhold til motivation og engagement blandt de faglige aktører, et forhold som forsøges tilgodeset ved at inddrage alle brugerne i udvikling af modellen og dens delelementer. Udfordringen ligger i en udbredelse af modellen til aktører der ikke har været inddraget, hvor det vil vise sig om det er lykket at skabe en model der tilgodeser de udfordringer og ønsker og forventninger der er til stede blandt en større gruppe af praktikere.

IC handler i sin essens om patientperspektivet: "*The patient's perspective is at the heart of any discussion about IC*". Integration, der tager udgangspunkt i og integrerer patientperspektivet i organisering af sundhedsydelser kan således beskrives som IC (5). Dette gør sig således også gældende for IC modellen der integrerer patientperspektivet i forhold til de formulerede forventninger til '*at patienten oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen*' og '*bedre mestring af egen sundhed*' samt ved at opfordre til at borgeren involveres i udfyldelse af handleplan og gives en mulighed for at læse denne. I IC modellen struktureres samarbejdet med udgangspunkt i en handleplan, hvor borgerens problemer og de deraf følgende samarbejdsrelationer identificeres, og hvor der på tværs af organisationer samles viden om borgeren og dennes samlede behandling.

Mens IC modellen beskriver et *meso-niveau* (7) med fokus på udvalgte patientgrupper (SAD og DÆMP) kan modellen være vanskelig at placere entydigt i forhold til graden af integration, som beskrevet i en model fra 2012 (gengivet i Figur 4) (6). Med den nye organisering (projektorganisationen, der skal sikre de fornødne strukturer og redskaber samt facilitere samarbejdsforløb og sikre logistikken) er der tydelige elementer af *integration* i IC modellen, på trods af, at der ikke er fælles økonomi mellem de involverede organisationer (angivet med fuldt optrukket cirkel). Der er imidlertid også elementer af *linkage* (facilitering af kommunikation mellem professionelle med henblik på kontinuitet i patientforløb og klare ansvarsområder uden delt økonomi) (angivet med punktstiplet cirkel), og elementer af *coordination* (udgangspunkt i eksisterende enheder med koordinering af forskellige sundhedsydelser og fælles information) (angivet med linjestiplet cirkel) i IC modellen.

## IC Modellen

Figur 4: Fra Fisher MP, Elnitsky C. (2012) (6). (Cirkler tilføjet af denne rapport forfatteren).



### 6.2 Relationel Koordinering

IC modellen bygger på en teori om relationel koordinering udviklet af Jody Hoffer Gittel (4), hvor det centrale i en arbejdsproces anses for at være relationer og kommunikation. Forhold der i IC modellen forventes tilgodeset gennem etablering af forpligtende samarbejde i forhold til konkrete patientforløb samt gennem dialog og opbygning af relationer, på tværs af organisationer.

Ifølge Gittel er det at fremme (implementere) relationel koordinering en langvarig og bevidst proces, der understøttes af følgende tolv tiltag: 1) udvælgelse af ansatte, der evner teamsamarbejde, 2) måling af teampræstationer, 3) belønning af tværfagligt samarbejde, 4) proaktive konfliktløsninger, 5) investering i mellemledere, 6) fokuseret arbejdstilrettelæggelse, 7) fleksible grænser mellem funktioner, 8) tværfaglige koordinatore, 9) faglige netværk gennem patientforløb, 10) deltagelse i patientkonferencer, 11) fælles it-systemer, samt 12) tværsektorielt samarbejde (4).

## IC Modellen

Da det kan være gavnligt at se hvilke af disse 12 tiltag der er til stede i IC modellen, implicit eller eksplicit, sammenlignes de to i tekst og tabel 3: Opstart af en ny organisation forudsætter rekruttering og udvælgelse af ansatte, der evner teamsamarbejde (nr. 1) og fokuseret arbejdstilrettelæggelse (nr. 6). Da IC modellen har udgangspunkt i eksisterende organisationer og udgøres af professionelle så vurderes de to tiltag ikke at være relevante. Derudover vurderes tiltagene om måling og belønning (nr. 2 og 3) at være kulturelt fremmede i en dansk kontekst og dermed heller ikke relevante. De fire sidstnævnte tiltag (nr. 9-12) er alle eksplicit til stede i IC modellen, mens fire andre tiltag (nr. 4, 5, 7, og 8) ikke er beskrevet i modellen.

Tabel 7. Sammenligning mellem Gittells model for implementering og IC modellen.

<b>Implementering af relationel koordinering (jf. Gittell)</b>	<b>IC modellen</b>
1 Udvalgte ansatte, der evner teamsamarbejde	Forudsætter ny organisation
2 Måling af teampræstationer	Kulturelt fremmed
3 Belønning af tværfagligt samarbejde	Kulturelt fremmed
4 Proaktive konfliktløsninger	Ikke beskrevet i IC modellen
5 Investering i mellemledere	Ikke beskrevet i IC modellen
6 Fokuseret arbejdstilrettelæggelse	Forudsætter ny organisation
7 Fleksible grænser mellem funktioner	Ikke beskrevet i IC modellen
8 Tværfaglige koordinatore	Ikke beskrevet i IC modellen
9 Faglige netværk gennem patientforløb	Eksplicit til stede i IC modellen
10 Deltagelse i patientkonferencer	Eksplicit til stede i IC modellen
11 Fælles it-systemer	Eksplicit til stede i IC modellen
12 Tværsektorielt samarbejde	Eksplicit til stede i IC modellen

Med etablering af et projektsekretariat er den tværfaglige koordination sikret, så længe projektperioden løber og skal således sikres hvis projektet overgår til reel driftsfase. Proaktive konfliktløsninger er ikke beskrevet i IC modellen. Opgaverne for lederne af arbejdsgrupperne og for TST-møderne er beskrevet. Men spørgsmålet er hvordan evt. konflikter udenfor disse fora vil skulle håndteres.

Ifølge projektledelsen forventes relationel koordinering at opstå gennem skabelse af strukturer for fællesskab og at sætte mennesker sammen om at løse en konkret opgave. Imidlertid er der tale om et samarbejde mellem mennesker der ikke har et fælles ansættelsesforhold, men hver især skal relatere sig til de krav ansættelsesforholdet udstikker. Derudover er der tale om stærke fagligheder som nok har samstemmende ønsker og visioner om kvalitet og helhedssyn, men som også har egne idealer for faglighed og faglig udvikling.

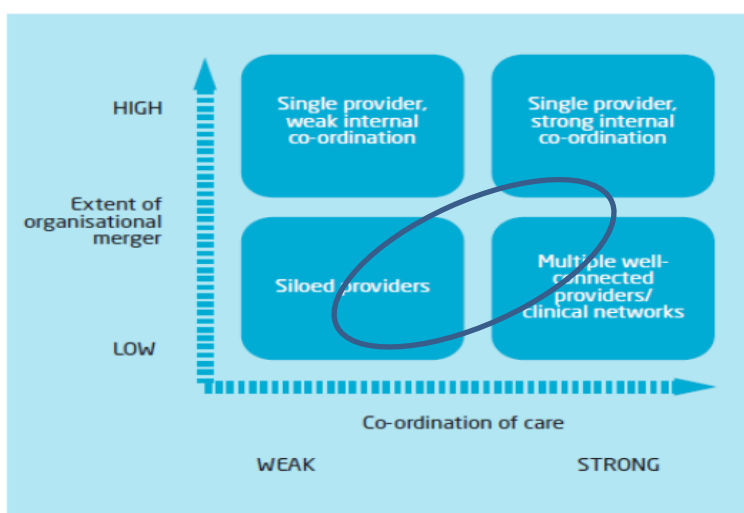
At det i pilotfasen især er lykkedes for SAD-gruppen at skabe relationel koordinering, kan til dels begrundes i at en stor del af deltagerne også deltog i arbejdsgruppen, hvor de sammen skulle løse en konkret opgave båret af en fælles ønske om at skabe nye løsninger for en aktuel udfordring. Det er ikke i samme udstrækning tilfældet for DÆMP-gruppen, hvor opgaven dels

har været sværere at konkretisere og hvor der gennem længere tid er arbejdet med forskellige tiltag i forhold til tværfagligt samarbejde.

### 6.3 IC i et inter-organisatorisk perspektiv

IC opstår i et spændingsfelt mellem koordinering på inter-organisationsniveau og koordinering af indsatsen, hvilket er illustreret i Figur 5.

Figur 5. Fra Vondeling H (2004) (8). (Cirkel indsat af rapportens forfattere)



I forhold til omfanget af hhv. organisatorisk sammenlægning og koordination af sundhedsvæsnets indsatser lægger IC modellen sig, for nuværende, i et område med koordinering mellem flere organisatorisk adskilte udbydere, der koordineres igennem en projektorganisation og hvor handleplan og TST-møder skal vise deres værdi i forhold til at skabe kliniske netværk; hvor der gøres aktiv brug af hinandens faglige viden og skabes gensidig læring og udvikling. I henhold til ovenstående figur betyder det således en relativ høj grad af koordinering (x-aksen) og en relativ lav grad af inter-organisatorisk sammenlægning (y-aksen)

Der ses et behov for at sikre såvel en fælles forståelse af, som en personlig og formidlet erfaring af at relationel koordinering gør en forskel; skaber bedre forløb med faglig læring og øget kvalitet samt større tilfredshed blandt borgere og fagprofessionelle, og at det er omkostningseffektivt. Dette fordrer en stor og vedvarende opmærksomhed i implementeringsprocessen og udgør et væsentligt element i en evaluering af modellen.



### 6.4 Effekter af IC

I litteraturstudiet blev der identificerede studier, som anvender begreber som integrated care (IC), collaborative care (CC) og shared care, oftest uden at interventionen er præcist beskrevet. Der er en overvægt af amerikanske studier og oftest kun inklusion af to sektorer. Der er få studier udført i et sundhedsvæsen sammenligneligt med danske forhold.

Studier af CC med formaliseret tværfagligt samarbejde og formidling af sygdoms- og behandlingsmæssig viden i forhold til deprimerede, har dog vist forbedringer i forhold til behandlings-fastholdelse, livskvalitet og tilfredshed (9-12). I en Cochrane analyse konkluderes det at CC, beskrevet som en kompleks og innovativ behandling med samarbejde mellem flere sundhedsprofessionelle, har større potentiale til at forbedre måleparametre på angst end standardbehandling (13). I en oversigtsartikel vises det, at CC med samarbejde mellem forskellige behandlere, på længere sigt har en højere succesrate i forhold til at reducere længden af sygemeldinger og optimere arbejdsdygtighed, end øvrige stressreducerende interventioner (14).

Enkelte studier viser, at etablering af samarbejde giver øget tilfredshed blandt såvel borgere, som fagprofessionelle (15-17), men at de også kan medføre et øget ressourceforbrug og lede til forvirring i forhold til roller og ansvarsområde (18), samt et behov for it-systemer der kan fungere på tværs af sektorer (19).

North West London IC Pilot, som er inspirationskilde til IC modellen, har vist at det tager tid at opbygge strukturer og fælles visioner. Selvom de tværfaglige møder blev anset for vigtige, oplevedes de samtidig som tidskrævende, hvorfor der var en tendens til at fortsætte tidligere former for kommunikation. Det var ikke muligt i at påvise et signifikant fald i akutte indlæggelser blandt interventionsgruppen sammenlignet med baggrundsbefolkningen (1).

Det har således ikke været muligt i litteraturstudiet at identificere videnskabelig evidens for at IC fører til de forventede effekter hvorfor der ses et behov for en effektevaluering af IC modellen.

### 6.5 IC modellen i drift

En række forhold, der i kapitel 4 er beskrevet som forudsætninger for IC modellen, er identificeret i en projektsammenhæng og med deltagelse af et begrænset deltagerantal.

## IC Modellen

Odense Kommunes status som frikommune har været en afgørende forudsætning for at det netop er her, at denne model har kunnet udvikles og afprøves. Da en generel tilladelse til samkøring af data er en forudsætning for modellens anvendelse på langt sigt og for en evt. udbredelse til andre kommuner, må denne tilladelse sikres efter udløbet af frikommuneforsøget. Ligeledes er IC modellen bygget op om en række aftaler i forhold til økonomi og arbejdstilrettelæggelse samt en koordinerende projektorganisation; alt sammen forhold og opgaver der skal fremtidssikres hvis IC modellen skal fortsætte udover projektperioden.

Hvorvidt forventningerne til at IC modellen fører til en tidlig, proaktiv og sammenhængende indsats vil kunne indfries afhænger af flere forhold. Et af disse er at det lykkes at identificere og inkludere de relevante borgere tidligere i et sygdomsforløb. Der er dog stadig usikkerhed i forhold til de udarbejdede stratificeringsmodellers evne til identifikation, ligesom det er uvist om det antal borgere, der er vurderet at kunne håndteres i almen praksis er i overensstemmelse med det faktiske antal borgere, for hvem IC modellen vil kunne føre til de ønskede resultater.

I forhold til hurtig etablering af et relevant samarbejde, deling af viden og indgåelse af aftaler om konkrete indsatser peger de foreløbige erfaringer fra SAD-gruppen på, at det kan lade sig gøre i en projektsammenhæng. Erfaringerne i DÆMP-gruppen er indtil videre begrænsede hvorfor dette aspekt endnu ikke kan vurderes i relation til DÆMP.

Interviewdata indikerer, på tværs af de to målgrupper, at det at skabe et tæt samarbejde med gensidigt kendskab, deling af viden og indgåelse af konkrete aftaler, samt en fælles kultur båret af anerkendelse, respekt og et fælles sprog, tager tid og forudsætter at det både opleves nødvendigt, relevant og anvendeligt i forhold til de daglige arbejdsopgaver. Det skal med andre ord give både praktisk og ressourcemæssig mening og gerne være underbygget af videnskabelig påvisning af, at det gør en forskel. Oplevelsen af (og en efterfølgende påvisning) af, at det er de rette borgere der inkluderes, dvs. dem hvor udbyttet af den ekstra indsats 'batter mest' ses som afgørende for en involvering i IC modellen.

En række konkrete forhold ses at have betydning for om modellen opleves som praktisk relevant. IT-plattformen skal være let tilgængelig og teknisk stabil, IC handleplanen skal være anvendelig, dvs. overskuelig og integreret med egne it-systemer således at dobbeltarbejde undgås. Logistikken i form af information til de behandlere, der er involveret, eller som ønskes involveret, i den konkrete patient ses som en afgørende forudsætning for IC modellen.

## IC Modellen

Det er således en forudsætning, at den rette sundhedsprofessionelle adviseres i rette tid, gives adgang til IC handleplanen og anvender den, samt indkaldes til evt. TST-møde. Her kan velkendte barrierer, så som at identificere den rette sundhedsprofessionelle (især i den kommunale organisation) samt tid til at informere og blive informeret, sammen med tekniske IT-udfordringer blive af betydning. I en stor organisation som Odense Kommune vil en sporadisk involvering betyde at det tager lang tid inden der kan opnås et mere udbredt og varigt kendskab til IC modellen og de redskaber der er indeholdt i den. Udover at informationen tilgår de rette i rette tid, så har indholdet af informationen betydning, herunder hvilke data det er relevant at dele i den fælles IC handleplan og hvad formålet og formen er for TST-møderne. Her spiller de faglige arbejdsgrupper fortsat en stor rolle i forhold til at udvikle tværfaglige standarder for vidensdeling.

Der er udfordringer i forhold til, at det tager tid at forberede en case til et TST-møde og dermed aktualiteten af de informationer, der bringes med på mødet. Mens der generelt er stor tilfredshed med TST-møderne, så oplever DÆMP gruppens sygehuslæger et begrænset udbytte. Der er således stadig en opgave i at løfte det gensidige udbytte af TST-møderne. Det bliver en udfordring at bevæge sig fra et afgrænset antal af gennemgående deltagere på TST-møder, med en mulighed for at lære hinanden at kende over tid, til en situation med deltagelse i flere grupper med skiftende sammensætning, afhængig af indsigt i de cases der skal drøftes. En del af deltagerne i pilotafprøvningen har deltaget i flere arbejdsgruppemøder, udover TST-møder, og det er især her, at der over tid opleves et godt indbyrdes kendskab, både personligt og fagligt. Begge sider af dette kendskab opleves som af stor betydning i forhold til en øget indsigt og respekt og i forhold til konkrete samarbejder, såvel gennem IC handleplanen, som ved at tage personlig kontakt.

Generelt udtrykkes et behov for at sikre at IC modellen er omkostningseffektiv og dermed at de ekstra ressourcer, der anvendes også fører til de ønskede effekter. I forhold til SAD-gruppen vil det også være relevant at vurdere, hvilken betydning tiltaget har i forhold til ventelister for ikke-inkluderede borgere.

### 6.6 Metodeovervejelser

Den programteoretiske analyse baseres primært på interviews med repræsentanter fra hovedparten af de aktørgrupper, der har været involveret i pilotafprøvningen af IC modellen, suppleret med dokumentgennemgang og deltagelse i møder.

Da forholdsvis få fagprofessionelle har været involveret i pilotafprøvningen betyder det at ganske få personer repræsenterer den enkelte aktørgruppe. Derudover har de interviewede begrænset erfaring med modellen, idet de hver især har været involveret i et begrænset antal borgerforløb (en enkelt ingen) og deltaget i 1-2 TST-møder. Endnu et forhold der har betydning for validiteten af undersøgelsen er, at en del af de interviewede deltager i de to arbejdsgrupper og således må formodes at have et særligt og andet ejerforhold til IC modellen end det der kan etableres i en driftssituation.

Rapporten er udarbejdet sideløbende med at projektet er udviklet. Det betyder at såvel projektbeskrivelsen som de enkelte delelementer i IC modellen løbende er udviklet og skærpet og at enkelte forhold som er beskrevet i denne rapport allerede er ændret ved rapportens udgivelse. Samlet set betyder det at rapporten giver et begrænset og foreløbigt, men også centralt input til en forståelse af forhold der på sigt kan få betydning for implementering og udbytte af IC modellen.

### 6.7 Sammenfattende overvejelser

Det er lykkedes at etablere og pilotteste en IC model for SAD-gruppen, men dele af modellen er endnu ikke på plads for DÆMP-gruppen, hvor det især er TST-møderne der er afprøvet. En forskel mellem de to gruppers forudsætninger for etablering af IC kan ses i en aktuell opmærksomhed på de oplevede udfordringer i forhold til SAD-gruppen og et udtalt ønske om at initiere nye måder for samarbejde i forhold til denne gruppe. I forhold til DÆMP-gruppen er der i nogen tid arbejdet med andre tiltag i forhold til at forbedre samarbejde og kommunikation, hvorfor en større tilslutning til at deltage i IC modellen forudsætter at modellen og dens delelementer opleves at dække områder der ikke i tilstrækkelig grad allerede tilgodeses.

Gennem den programteoretiske analyse af IC modellens pilotfase er der identificeret en række opmærksomhedspunkter i forbindelse med implementering i driftsfasen, herunder:

- Stratificeringsmodellens operationalitet i forhold til tidlig identifikation af relevante borgere
- Udvikling af relationel koordinering, generelt set og specifikt i takt med af projektet udrulles og deltagerantallet i TST-møderne udvides væsentligt
- IC modellens forankring i det regionale sundhedsvæsen
- En vedvarende opmærksomhed blandt de fagprofessionelle på ønsket om en proaktiv og sammenhængende indsats.

## IC Modellen

Endvidere peger analysen på en række relevante fokusområder for en fremtidig evaluering.

- Det anbefales, at den programteoretiske analyse gentages på baggrund af driftsfasen således at der kan indhentes et solidt datagrundlag og der kan gennemføres en realitetstest.
- Det anbefales, at graden af relationel koordinering måles ved baseline og ved afslutning af driftsfasen. Jody Hoffer Gittells spørgeskema med de 7 fokusområder i rationel koordinering kan med fordel anvendes.
- Det anbefales, at der gennemføres en analyse af stratificeringsmodellens operationalitet, herunder en beskrivelse af, hvilke patienter, der hhv. inkluderes og ekskluderes på baggrund af stratificeringsmodellen; hvilke patienter, der inkluderes uden anvendelse af stratificeringsmodellen, samt hvor mange af de identificerede patienter, der reelt set inkluderes i projektet
- Det anbefales at patientperspektivet belyses med et volumen, der kan bidrage med solide konklusioner – der kan eksempelvis anvendes spørgeskemadata ("Patients' Perception of Integrated Care" eller "Assessing continuity of care across care levels"-questionnaire)
- Det anbefales at afklare, hvorvidt IC modellen på sigt fører til hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet og til færre indlæggelser.

## 7. Referencer

1. Harris M, Greaves F, Patterson S, Jones J, Pappas Y, Majeed A, et al. The North West London Integrated Care Pilot: innovative strategies to improve care coordination for older adults and people with diabetes. *The Journal of ambulatory care management*. 2012;35(3):216-25.
2. Hansen M, Vedung E. Evaluering af Fælles sprog i den kommunale ældrepleje. Evaluering af et standardiseret kategorisystem. SDU Universitetsforlag; 2005.
3. Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Nye veje i evaluering. Håndbog i tre evalueringsmodeller: System Academic; 2004.
4. Gittell JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet: Munksgaard; 2012.
5. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. 2011.
6. Fisher MP, Elnitsky C. Health and social services integration: a review of concepts and models. *Social work in public health*. 2012;27(5):441-68.
7. Curry N, Harris M, Gunn L, Pappas Y, Blunt I, Soljak M, et al. Integrated care pilot in north west London: a mixed methods evaluation. 2013. 2013.
8. Vondeling H. Economic evaluation of integrated care: an introduction. 2004. 2004.
9. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): Cluster randomised controlled trial. *BMJ (Online)*. 2013;347(7922).
10. Jacob V, Chattopadhyay SK, Sipe TA, Thota AB, Byard GJ, Chapman DP, et al. Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):539-49.
11. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):525-38.
12. Community Preventive Services Task Force. Recommendation from the community preventive services task force for use of collaborative care for the management of depressive disorders. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):521-4.
13. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10.
14. Soegaard HJ. Variation in effect of intervention studies in research on sickness absence. *Open Access J Clin*. 2012;4:1-20.
15. Moore A, Patterson C, White J, House ST, Riva JJ, Nair K, et al. Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Can Fam Phys*. 2012;58(8):e436-e41.
16. Agius M, Murphy CL, Zaman R. Does shared care help in the treatment of depression? *Psychiatr Danub*. 2010;22(SUPPL. 1):S18-S22.
17. Savard J, Leduc N, Lebel P, Béland F, Bergman H. Caregiver satisfaction with support services: Influence of different types of services. *J Aging Health*. 2006;18(1):3-27.
18. Toscan J, Mairs K, Hinton S, Stolee P. Integrated transitional care: Patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *International journal of integrated care*. 2012;12(APRIL - JUNE 2012).
19. Waterson P, Eason K, Tutt D, Dent M. Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: Current barriers and future challenges. *Work*. 2012;41(SUPPL.1):4490-3.

**Bilag 1. Stratificeringsmodel SAD**

**(3. version februar 2014)**

Data		Kvalificering af data
Alder		Alle mellem 18 – 65 år
Førtidspension		Ingen førtidspensionister med
Sygdom i relation til SAD - usikkert om patienten har SAD - kendt med stress, angst eller depression	0 point 3 point	Der trækkes på 'stress', 'depression' og 'andre mentale psykiske problemer' for syge dagpenge modtagere.
Gentagne (> 3 af > 2 ugers varighed) sygemeldinger indenfor 2 år	5 point	
Sidste sygemeldings længde:  < 2 uger  > 2 uger	0 point  1 point	
Tilknytning til arbejdsmarkedet  - ledig  - kontanthjælp	1 point  0 point	
Behandling  - brug af psykofarmaka  - brug af psykolog  - brug af psykiater	1 point  1 point  0 point	
Hyppige kontakter til praktiserende læge  - < 15 gennem de sidste 2 år  - 15 – 20 gennem de sidste 2 år  - > 20 gennem de sidste 2 år	0 point  1 point  2 point	
Civilstand  - gift/samboende  - enlig  - hjemmeboende førskolebørn	0 point  1 point  1 point	
Statsborgerskab		Der trækkes på herkomst.

## IC Modellen

- dansk	0 point	
- udenlandsk	1 point	
A-kassetilknytning		
- FTF, BUPL, Lærernes A-kasse og DSA	1 point	
- øvrige eller ingen a-kasse	0 point	

Målgruppen er borgere med flest point.

Målgruppen skal udgøre maks. 1,5 % af den praktiserende læges patientgrundlag.



**Bilag 2. Stratificeringsmodel DÆMP**

Version 3, april 2014. Indgangskriterie: Alder 70 +. Eksklusion i minipilotprojektet – plejeboligområdet.

Akutte sygehuskontakter indenfor det seneste ½ år	
0-1	0 point
2-3	2 point
4 eller flere	4 point
Ambulante kontakter indenfor det seneste ½ år	
0-1	0 point
2-4	1 point
5 eller flere	2 point
Åbne ambulante forløb	
0-1	1 point
2 eller flere	2 point
Kontakter til almen praksis indenfor det seneste ½ år	
0 - 3	0 point
4 - 6	1 point
7 - 10	3 point
11 eller flere	4 point
Polyfarmaci - mere end 7 præparater	
Under 7	0 point
7 eller flere	1 point
Rationel farmakoterapi – storforbruger af medicin, risikopræparater (mærket gul/orange )	
0-2	0 point
3 eller flere	1 point
Hjemmesygepleje	
Nej	0 point
Ja	4 point
Hjemmepleje	

## IC Modellen

Ingen / mindre end daglig	0 point
Daglig / mere end 1 gang dagligt	1 point
Gift / Samboende	0 point
Alene	1 point
Alene indenfor det seneste ½ år	2 point

Grøn            0 – 9            point

Gul             10 - 12        point

Rød             13 - 21        point

Borgere der får mellem 10 – 12 point (gul risikogruppe) er målgruppen i DÆMP.