

Præsentation af Integrated Care



De næste 15 minutter

1. Den overordnede ramme for Integrated Care
2. Samarbejdet i Integrated Care
3. De første erfaringer og en aktuel projektstatus

Baggrunden for Integrated Care

- Flere ældre, flere kronikere og flere med mentale helbredsproblemer udfordrer de eksisterende løsninger.
- Strukturelle udfordringer kommer til udtryk ved manglende sammenhæng og begrænset kvalitet.
- De økonomiske incitament-strukturer belønner silotænkning og suboptimering.
- Manglende viden om egen rolle i det samlede patientforløb giver uhensigtsmæssige sektor-overgange.



Integrated Care leverer bidrag til en ny velfærdsmodel

Visionen er, at skabe et velfungerende og forpligtende samarbejde **på tværs af sektorgrænser.**

Der er behov for at gå nye veje

FRA aftalepartnere

Kommune

Almen
Praksis

Sygehus



TIL samarbejdspartnere

Specialiseret
behandling

Borgeren

Forebyggelse

Behandling



integratedcare

Et visionært og nyskabende partnerskabsprojekt



Fundamentet i Integrated Care

- Odense Kommunes frikommunestatus
- North West London Integrated Care
- Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer
- Datafangst

OG vi bygger ovenpå

Målgruppe 1:

Borgere med stress, angst og depression

”Der er en markant stigning i udgifter til borgere med stress, angst og depression”.

A close-up photograph of an elderly person's hands, showing wrinkles and veins, resting on a dark, patterned fabric. The hands are positioned with fingers slightly spread, and a gold ring is visible on the left ring finger.

Målgruppe 2: Den ældre medicinske patient

**”Vi ved, at hver femte
ældre bliver genindlagt
indenfor 30 dage”.**

Samarbejdsmodellen i Integrated Care

Proaktiv indsats:

Fælles data og stratificering => risikopatienter findes => fælles plan udarbejdes

Forpligtende samarbejde:

Fælles opgave, ansvar og udvikling i tværsektorielle og tværfaglige teams

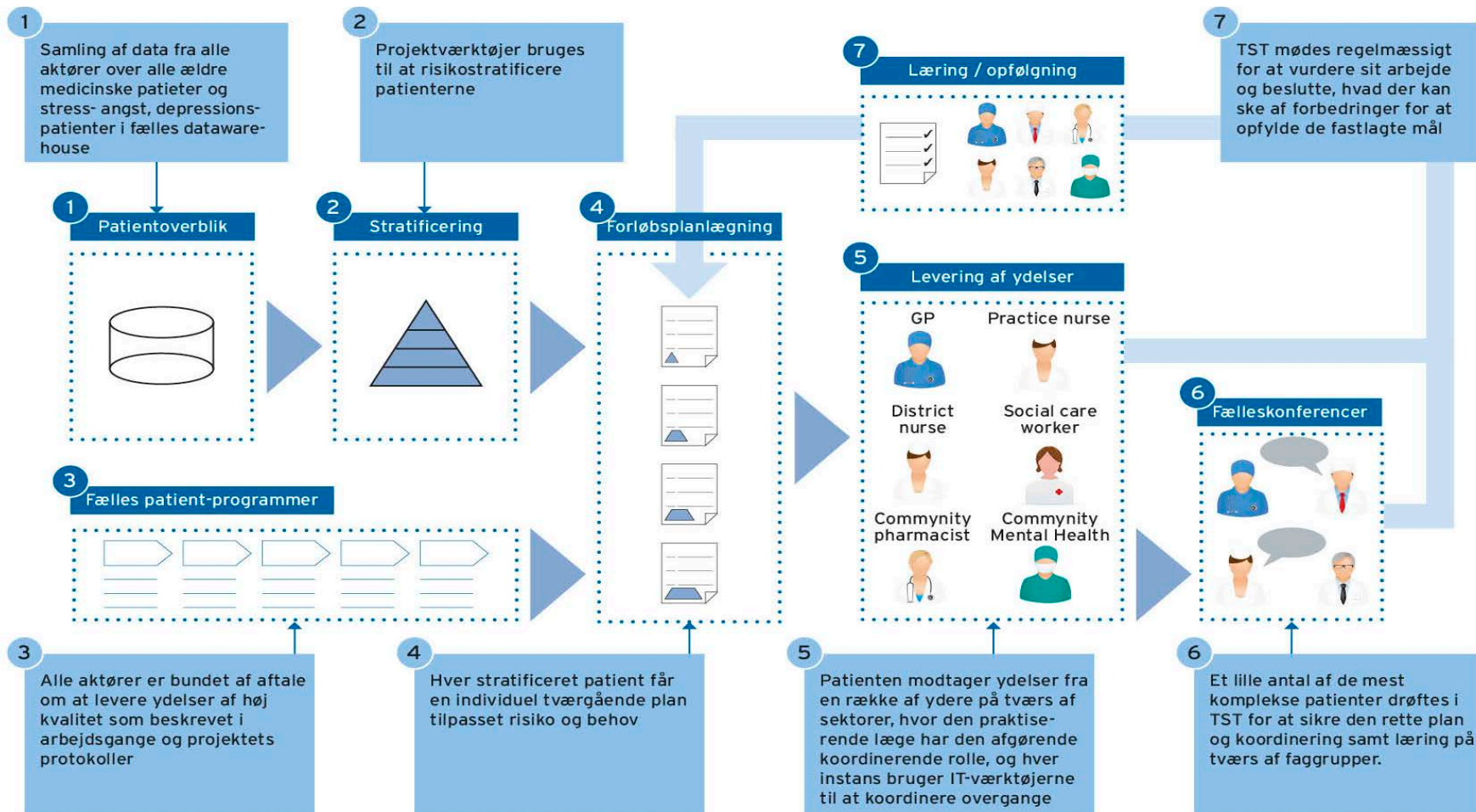
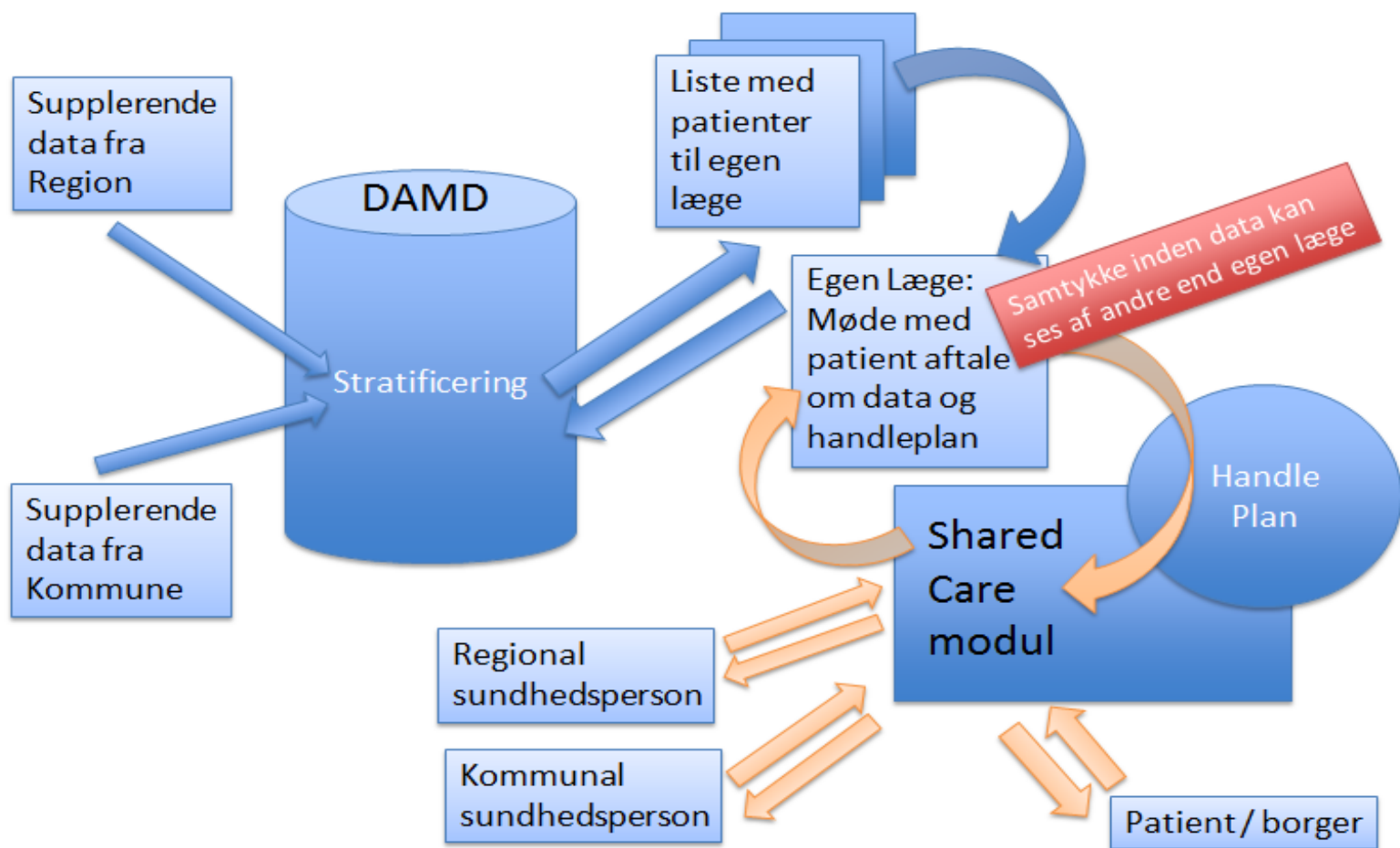


Illustration af dataproces i Integrated Care



[Forside](#)[Om projektet](#)[Nyheder](#)[Status](#)[Projektdeltagere](#)[IC handleplan](#)[Kontakt os](#)[Forside](#) > [IC handleplan](#) >Anne Pernille Hermann | [Logout](#)

FORSIDE

Søg borger

CPR ☐ Egne borgere ☒ Organisationens borgere ☐ AlleFornavn Efternavn

Fornavn Mellempnavn Efternavn CPR

Din søgning gav ingen resultater

Rapporter

Sundhedsfaglig aktivitetsliste

Deadline	CPR	Aktivitet	Ansvarlig	Organisation	Udført
☐ Vis udførte					

Organisationens beskeder

Indbakke Udbakke Arkiv					
Besva ret	Afsender	Att.:	Emne	Prioritet	Dato ▾
Ny besked					

Brugerindstillinger

Vælg sprog Dansk ▾

IC handleplanen



SHARED CARE



Region
Syddanmark



FORSIDE

DÆMP

SAD

OVERBLIK

Diagnoser

Dato	Navn	Historik
06-05-14	Stress	Vis
24-06-14	Angsttilstand	Vis
Tilføj diagnose ☐ Vis slettede		

Forløb

Værdi	Måling	Dato	
CMDQ - Common Mental Disorders Questionnaire	Ja	14-05-14	
ASS - Angst Symptom Score	Ja	23-06-14	
Obj. US. - BT, højde og vægt	Ja	23-06-14	
Webreg (psykiatripakken)	Ja	23-06-14	
Kram	Ja	23-06-14	
Somatisering/hyppig henvendelser i praksis	Ja	23-06-14	
Beskæftigelsessituation	I arbejde	23-06-14	
Arbejdsgiver inddraget	Ja	23-06-14	
Tilføj værdi ☐ Vis slettede			

Formularer

Navn	Status	Dato	Historik
Opret SAD forløb & plan	Udfyldt	06-05-14	Vis
Tilføj formular			

Sundhedsfaglige kontakter

Rolle	Ansvarlig Person	Ansvarlig Organisation	Vis Kontaktinfo	Historik
Egen læge	Marie Louise Frederiksen	Marie Louise Frederiksen	Vis Kontaktinfo	Vis
Kommunen	Jesper Nielsen	Projektsekretariatet - IC	Vis Kontaktinfo	Vis
Tilføj kontakt ☐ Vis slettede				

Pårgørende

Prioritet	Fornavn	Efternavn	Telefon	Relation	Har adgang til mine oplysninger
1	Kate	Nielsen	65992590	Ægtefælle	Nej
Tilføj					

IC handleplanen (fortsat)

Aktivitetsliste						
Deadline	Aktivitet	Ansvarlig	Organisation	Formular	Udført	Historik
01-07-14	Planlæg tilbud - Praktikker	Jesper Nielsen	Projektsekretariat - IC		☐	Vis
01-07-14	Planlæg samtaler hos egen læge	Marie Louise Frederiksen	Marie Louise Frederiksen	Åbn Formular	☐	Vis
Tilføj aktivitet ☐ Vis slettede ☐ Vis udførte						

Specielle hensyn				
Dato	Notetype	Note	Ansvarlig	Historik
23-06-14	Medicin ved egen læge	Tåler ikke store grupper	Jesper Nielsen	Vis
Tilføj ☐ Vis slettede				

Videndeling				
Dato	Notetype	Note	Ansvarlig	Historik
23-06-14	Praktiserende Læge		Jesper Nielsen	Vis
08-05-14	Aftaler med patient	dette er en test	Jesper Nielsen	Vis
Tilføj ☐ Vis slettede				

TST - Tværsektorielle Teams				
Dato	Notetype	Note	Ansvarlig	Historik
23-06-14	Dialog	Specielt tilfælde	Jesper Nielsen	Vis
Tilføj ☐ Vis slettede				

En aktuel projektstatus



- 55 praktiserende læger er med fra 1/9 2014
- 25-35 patienter pr. praktiserende læge pr. målgruppe pr. år
- Forskningsprogram med SDU
- Ekstern evaluator
- www.integratedcare.dk

Perspektiver

Alle centrale aktører er væsentlige i udviklingen af de nye velfærds løsninger!

Samarbejdsmodellen i Integrated Care giver god mening og:

- **En hurtigere og mere målrettet indsats for borgeren.**
- **Mere inddragelse samt større overskuelighed og sammenhæng for borgeren.**
- **Øget forebyggelse gennem en tidlig og integreret indsats**
- **Øget dialog, samarbejde og et fælles fagligt løft.**

Mere sundhed for færre ressourcer?



De første erfaringer



Stratificeringsmodel SAD:

Alder: 18-65 år

Eksklusion: Førtidspensionister

Data	
Sygdom i relation til SAD	
- usikkert om patienten har SAD	0 point
- kendt med stress, angst eller depression	3 point
Gentagne (> 3 af > 2 ugers varighed) sygemeldinger indenfor 2 år	5 point
Sidste sygemeldings længde:	
< 2 uger	0 point
> 2 uger	1 point
Tilknytning til arbejdsmarkedet	
- ledig	1 point
- kontanthjælp	0 point
Behandling	
- brug af psykofarmaka	1 point
- brug af psykolog	1 point
- brug af psykiater	0 point
Hyppige kontakter til praktiserende læge	
- < 15 gennem de sidste 2 år	0 point
- 15 – 20 gennem de sidste 2 år	1 point
- > 20 gennem de sidste 2 år	2 point
Civilstand	
- gift/samboende	0 point
- enlig	1 point
- hjemmeboende førskolebørn	1 point
Statsborgerskab	
- dansk	0 point
- udenlandsk	1 point
A-kasetilknytning	
- FTF, BUPL, Lærernes A-kasse og DSA	1 point
- øvrige eller ingen a-kasse	0 point

Der er behov for, at vi sammen går nye veje!



**Vi skal tage lederskab på tværs
og sammen tage et fælles
ansvar for borgerens hele forløb**

 **integratedcare**
Et visionært og nyskabende partnerskabsprojekt

Erfaringer med det tværsektorielle samarbejde

- Partnerskabsprojekt med ligeværdige aktører. Der skal skabes et samarbejde mellem virksomheder med hver sit legitime (og konkurrerende) perspektiv.
- Det er visionen, der er driveren. Borgerens perspektiv kan bidrage til at sætte egeninteressen på stand by. Faglig mening er afgørende.
- Teoretisk fundament = relationel koordinering (Gittels).
- Etablering af projektsekretariat med "tre ben"
 - processer skal styres og planlægges og uforudsigelighed rummes
 - ejerskab hos alle interessenter skal mobiliseres
 - indgå i dialog og forhandling – og være konfliktløser
 - lede overgange mellem projektfaser og projektaktører

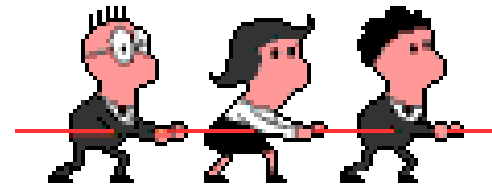
Særlige udfordringer

- Forskellige paradigmer mødes og brydes
- Misforståelser og myter "om hinanden"
- Stærk fag-faglighed og mindre blik for "overgangene"
- Egeninteresser kan skygge for samarbejdet
- Økonomiske incitamenter
- Forskellige IT-systemer
- Prioritering af tid (projekter tager tid fra kerneopgaven)



Det gode tværfaglige samarbejde

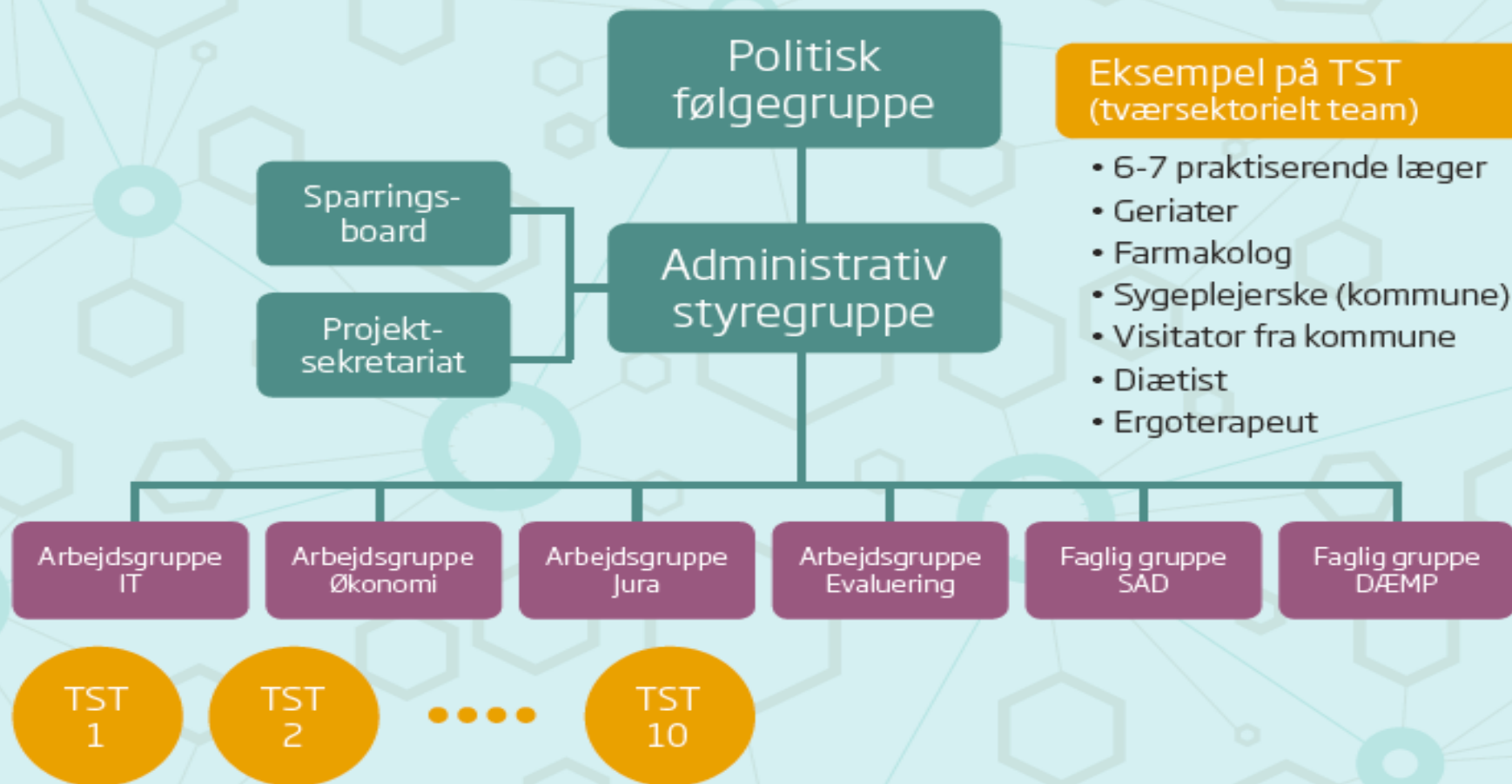
- Topledelsen er rollemodeller, der går forrest
- Tydelige mål og forventninger for samarbejdet
- Få alle relevante parter med fra start
- Procesledelse af samarbejdet
- Skab enighed om den fælles opgave, men anerkend at uenighed er en kilde til nyudvikling
- Fremdrag de eksempler, der går lidt skævt på grund af siloerne => bruges til læring
- Kompetenceudvikling og lederudvikling sker tværfagligt og tværsektorielt
- Værn om ildsjælene



Projektorganisationen

(forberedende fase)

(driftsfase)



Eksempel på TST (tværsektorielt team)

- 6-7 praktiserende læger
- Geriater
- Farmakolog
- Sygeplejerske (kommune)
- Visitator fra kommune
- Diætist
- Ergoterapeut