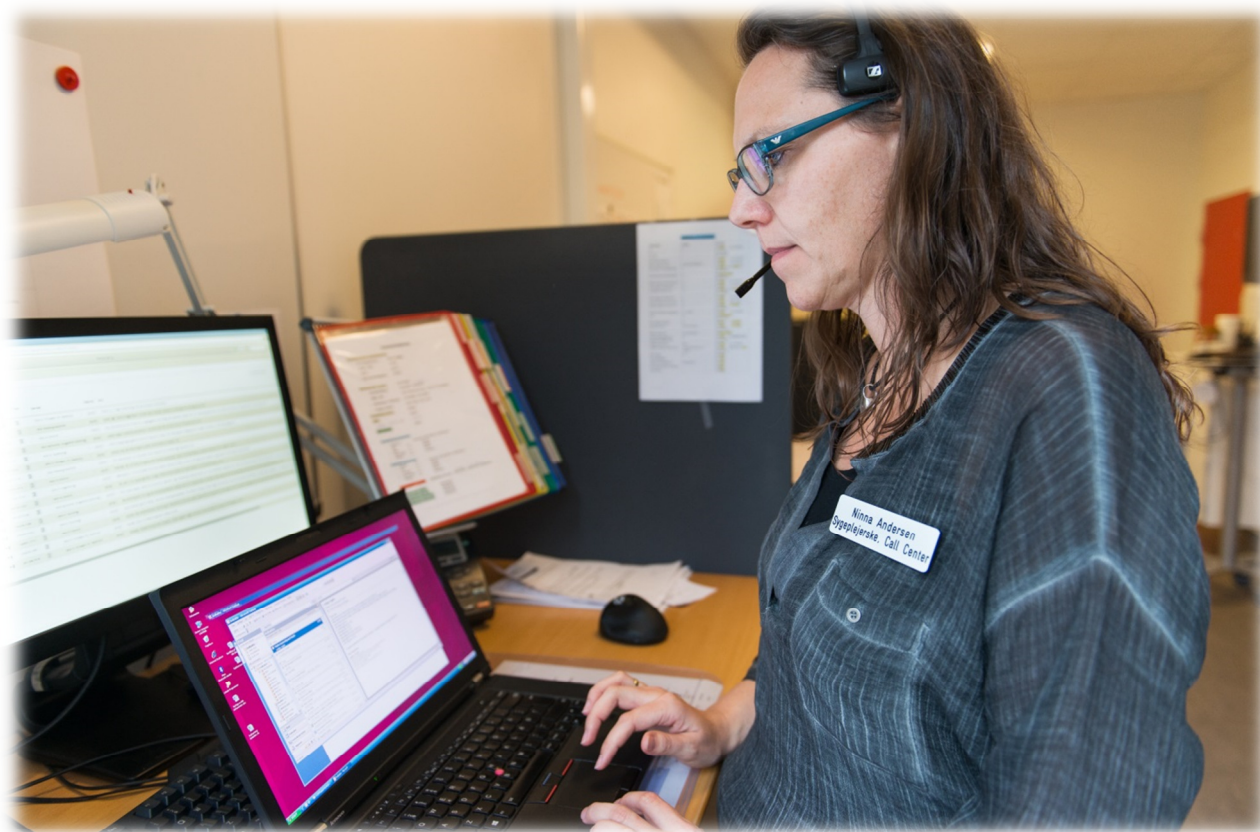


# Evaluering af Projekt Callcenter

## Videnscenter om de kommunale tilbud i Midtklyngen



**Juni 2017**

**Udarbejdet af:**

**Margrethe Smidth, Lone Hede, Ninna Odgaard Andersen, Tina Søndergaard Pedersen.**



**Almen praksis**



**Hospitalsenhed Midt**  
Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive

<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2. OM PROJEKT CALLCENTER</b> .....	<b>8</b>
2.1 PROJEKTORGANISERING .....	9
<b>3. METODE</b> .....	<b>10</b>
3.1 DESIGN .....	10
3.2 EVALUERING .....	11
3.2.1 Sundhedstilstand .....	12
3.2.2 Klinisk og brugeroplevet kvalitet .....	12
3.2.3 Omkostninger per capita .....	13
3.3 Etik .....	15
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>16</b>
4.1 SUNDHEDSTILSTAND .....	16
4.2 KLINISK OG BRUGEROPLEVET KVALITET.....	18
4.2.1 Interviews.....	18
4.2.2 Deskriptive data.....	22
4.3 OMKOSTNINGER PER CAPITA .....	33
4.3.1 Business cases – stor reduktion i de samlede udgifter.....	33
4.3.2 Priser .....	37
4.4 IDENTIFICEREDE BARRIERER OG FREMMERE FOR TVÆRSEKTORIELLE FORLØB.....	52
<b>5. DISKUSSION</b> .....	<b>59</b>
<b>6. KONKLUSION</b> .....	<b>64</b>
<b>7. PERSPEKTIVERING</b> .....	<b>67</b>
<b>8. LITTERATUR</b> .....	<b>70</b>
<b>9. TAKSIGELSER</b> .....	<b>74</b>
<b>10. BILAG</b> .....	<b>75</b>
10.1 BILAG 1 – STYREGRUPPE .....	76
10.2 BILAG 2 – INTERVIEWGUIDE.....	77
10.3 BILAG 3 - IMPLEMENTERING - TILTAG OG VIGTIGE BEGIVENHEDER .....	79
10.4 BILAG 4 – LISTE OVER VIDENSKABELIG FORMIDLING AF PROJEKT CALLCENTER .....	83

## Forord

Midt i Jyllands hjerte er Skive Kommune, Silkeborg Kommune, Viborg Kommune og Hospitalsenhed Midt beliggende og udgør "Midtklyngen" i Region Midtjyllands sundhedsaftale.

"Midtklyngen" har igennem mange år haft et inspirerende og konstruktivt samarbejde med deltagelse af såvel praktiserende læger som kommunale ledelsesrepræsentanter fra alle tre kommuner og ledelsesrepræsentanter fra Hospitalsenhed Midt. I vores samarbejde har vi altid fokus på, hvordan vi kan tilbyde sundhedsindsatser på borgerens præmisser, og samtidig sikre både høj kvalitet og effektivitet i opgaveløsningen.

Der er opbygget en innovationskultur, hvor de sundhedsprofessionelle, som er tæt på kerneopgaven hos borgeren/patienten ser muligheder frem for begrænsninger. De medvirker løbende til at identificere, planlægge og igangsætte innovationsprojekter.

Et af disse er "Projekt Callcenter", som gennem en 2-årig periode har medvirket til opbygning af et mere sammenhængende sundhedsvæsen. En række borgere har herigennem fået mulighed for et behandlingsforløb efter egne ønsker og behov samtidig med, at den faglige kvalitet og den økonomisk effektivitet i behandlingen har kunnet fastholdes eller endog er forbedret væsentlig.

En af de største udfordringer i projektet har været barrierer i forhold til de økonomiske incitament strukturer på tværs af sektorerne. Det er styregruppens forhåbning, at evalueringresultaterne vil bidrage til øget politisk bevågenhed på dette område. Gennem dygtige, dristige og dialogorienterede medarbejdere er det lykkedes at skabe de gode behandlingsforløb hos borgerne i eget hjem.

De mange positive evalueringresultater bevirker, at "Projekt Callcenter" fra foråret 2017 indgår som en integreret del af Hospitalsvisitationen, HE Midt og der arbejdes aktuelt med videreudvikling af centeret gennem etablering af "Sundhedsvisitation Midt".

Evalueringsrapporten er bygget på forskningsvalide data, og vi forventer, at disse vil kunne bidrage til følgeforskning og dermed bidrage til videreudvikling af et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

På vegne af styregruppen

Bente Dam  
Oversygeplejerske, HE Midt  
Formand for styregruppen

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse.

For yderligere information, kontakt:

Lone Hede. Projektleder  
Akutafdelingen HE Midt.

# 1. Indledning

I Region Midtjylland danner Sundhedsaftalen 2015-2018 [1] rammen for det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommuner og hospitaler. Visionerne i Sundhedsaftalen om, at praktiserende læger, kommuner og hospitaler arbejder tæt sammen for at give borgeren det bedste forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag, var udgangspunkt for etablering af projekt Callcenter. Projektet skulle søge at gå fra at arbejde med snitflader til at arbejde i samarbejdsrum, - på tværs af sektorgrænser.

Silkeborg, Skive, Viborg kommuner har, i de senere år, alle etableret tilbud, således at borgere i højere grad kan behandles hjemme eller på en akutplads. Disse tilbud er oprettet, da tidligere undersøgelser har vist, at borgere restitueres hurtigere og bedre samt risikerer færre komplikationer, når de behandles i eget hjem eller nærmiljø [3,4,5,6,7,8].

Nationale opgørelser [9] og de deltagende kommuners erfaringer pegede på, at disse nye nære sundhedstilbud ikke blev benyttet i tilstrækkeligt omfang og samtidig oplevedes det i Akutafdelingen, at der var u hensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser.

Praksiskonsulenterne i Midtklyngen i Region Midtjylland gav udtryk for, at et centralt videnscenter omkring kommunale tilbud ville være en god hjælp for praktiserende læger, da den enkelte praktiserende læge kunne have svært ved at have overblik over de mange forskellige kommunale tilbud.

Sundhedsprofessionelle kunne indhente viden og overblik via et videnscenter – et Callcenter, så der kunne findes den bedste løsning for hver enkelt patient. Patienten skulle selvfølgelig ikke ligge i en hospitalsseng, hvis vedkommende ikke profiterede af at ligge der. Eksempelvis ville det være en fordel for en ældre dement patient at blive behandlet i trygge rammer i eget hjem frem for at skulle ind på en akutafdeling på hospitalet.

Hensigten med Callcentret var at styrke den tværsektorielle indsats for de svageste ældre ved at tage udgangspunkt i den enkeltes behov, og dermed give det rette tilbud

til borgere fra den første kontakt til sundhedsvæsenet. Der var en formodning om, at brug af Callcentret og den tværsektorielle indsats ville få almen praksis, kommuner og hospital til at anvende allerede eksisterende tilbud bedre til gavn for den enkelte borger.

De nye sundhedsaftaler og det paradigmeskifte, der pågår i sundhedsvæsenet i disse år, udfordrer sundhedsvæsenets eksisterende styringslogikker og incitamentsstrukturer (DRG, kommunal medfinansiering og overenskomst for almen praksis). Spørgsmålet er, hvorvidt den aktuelle økonomistyring understøtter og motiverer implementering af visionerne i Sundhedsaftalen om, at praktiserende læger, kommuner og hospitaler arbejder tæt sammen for at give borgeren det bedste forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag.

Paradigmeskiftet udfordrer både patienter og sundhedsprofessionelles vanetænkning og kultur. Derfor blev projekt Callcenter også betragtet som et kulturændrende projekt samt et projekt, der kunne afdække barrierer og fremmere i forhold til de eksisterende rammer og strukturer.

Borgere er vant til at tænke på sig selv som patienter, når de er i forbindelse med sundhedsvæsenet. Paradigmeskifte med flere sundhedsydelser leveret af kommuner og tæt på borgerens hverdag udfordrer borgerne til at tænke på sig selv som aktive og deltagende i deres egen behandling, når det er muligt. Dette er en kulturændring, som vil tage nogen tid at implementere.

I et tværsektorielt samarbejde kan hver enkelt sundhedsprofessionelles fagidentitet og arbejdsrutiner blive udfordret, hvis de sundhedsprofessionelle pludselig forventes at varetage opgaver, som de ikke er vant til eller har tradition for at varetage. Implementering af ændrede arbejdsgange på baggrund af gældende sundhedsaftaler kræver en kulturændring og kan være et opgør med mange års kultur, traditioner og vaner.

Organisationspsykologen Edgar Schein definerer organisationskultur som:

*"Et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig, medens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som har fungeret godt nok til at blive betragtet som gyldige og derfor læres videre til nye gruppemedlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på i relation til disse problemer" [10].*

I alle organisationer findes der en kultur, som gennem en årrække er blevet etableret ved, at medlemmer i organisationen har udviklet bestemte måder at gøre og håndtere ting og processer på [10]. Når en organisations medlemmer har været vant til en kultur, et værdisæt og holdninger, kan der opstå udfordringer, når en ny kultur skal implementeres, og vaner ændres.

Ændring af kultur tager tid [11]. Derfor forventes det også, at implementering af visionerne i Sundhedsaftalen 2015-2018 [1] vil tage tid, da det fordrer en kulturændring hos alle medspillere i det nære sundhedsvæsen. De praktiserende læger skal være proaktive og opsøgende især i forhold til de patienter, som har gavn af at blive taget vare på i eget nærmiljø, så de undgår at blive indlagte på et hospital. Praktiserende læger skal desuden tage behandlings ansvar for og kende til behandlingen af patienter, der bliver udskrevet fra hospitalet til almen praksis omsorg tidligere end førhen. Kommunerne skal varetage behandlinger, som de først er ved at udvikle kompetencerne til at udføre, og som tidligere blev varetaget på hospitalerne. Hospitalerne skal vide, hvornår patienter har bedre af at blive behandlet uden at blive indlagt og forstå at sparre med praktiserende læger og kommunernes sundhedsprofessionelle på en anden måde end tidligere. Alle parter skal ændre på indarbejdede rutiner, tage nye til sig og give afkald på nogle af de gamle.

Med visionerne fra Sundhedsaftalen [1] og udfordringerne med forskellige tilbud i de forskellige kommuner og den uudnyttede kapacitet i kommunerne var der grobund for at afprøve en etablering af et videnscenter for de kommunale tilbud som en støtte til almen praksis. Derfor blev Projekt Callcenter sat i gang som et samarbejdsprojekt mellem de tre parter i det nære sundhedsvæsen, praktiserende læger, kommuner og hospital.

## 2. Om Projekt Callcenter

Projekt Callcenter var et tværesektorielt udviklings- og samarbejdsprojekt mellem almen praksis, Silkeborg, Skive og Viborg kommune samt Akutafdelingen, HE Midt. Projektet blev finansieret af kommunepuljen i Region Midtjylland.

Ved starten af projektet var Callcentret tænkt som en hjælp til praktiserende læger, som et center med opdaterede oplysninger og viden om de kommunale tilbud i alle tre kommuner. Hen ad vejen blev Callcentret også et videnscenter for hospitalsafdelingerne. Et sted, hvor sundhedspersonalet kunne søge viden om, hvad kommunerne tilbød de patienter, der havde brug for en indsats fra det nære sundhedsvæsen, en indsats som ikke behøvede at foregå fra en hospitalsseng.

Projekt Callcenter var en videreudvikling af den eksisterende hospitalsvisitation på HE Midt. Udover at yde kvalificeret rådgivning omkring de kommunale sundhedstilbud i de tre deltagende kommuner kunne Callcentret også koordinere disse tilbud. Således blev de praktiserende læger og sundhedspersonalet på hospitalet støttet i at iværksætte en indsats i kommunalt regi som et alternativ til en indlæggelse. Derved optimeres de tværsektorielle patientforløb.

Mange praktiserende læger blev tilbudt omstilling til Callcentret grundet den strategiske placering af Callcentret i hospitalsvisitationen, da visitationssygeplejerskerne ofte vurderede, at der måske fandtes relevante kommunale alternativer til indlæggelse. I hospitalsvisitationen havde de praktiserende læger og Callcentret altid mulighed for at sparre med Akutafdelingens akutlæger. Callcentret havde åbent på hverdage og fulgte de praktiserende lægers åbningstid.

Det var højt prioriteret fra styregruppens side, at de to projektsygeplejersker, der var ansat i Callcentret, havde lyst til at arbejde innovativt og projektorienteret. De havde omfattende klinisk erfaring og kendskab til Akutafdelingen, desuden havde de erfaringer med hospitalsvisitationen, med sundhedsfaglig visitation ved præhospitalet og med den kommunale hjemmepleje. De to projektansatte sygeplejersker var til introduktion i de tre kommuner for at få kendskab til den enkelte kommunes organisation, sundhedsfaglige tilbud, sygeplejeklinikker, sundhedshuse, akutteam og



visitation, så de kunne udarbejde et katalog over kommunernes tilbud. Kataloget blev løbende opdateret.

Der blev udarbejdet Praksispakker for patienter med veldefinerede symptomer for fire områder - forhøjet INR, dehydrering, akutte udefinerede rygsmerter, alkoholabstinenser. Praksispakkerne var udviklet med alle interessenter for at opnå størst brug af dem. I pakkerne var det klart defineret, hvem der havde det lægefaglige ansvar for hvilke dele af pakken samt hvem, der havde ansvar for hvilke prøver og behandling, der skulle foregå hvor og hvornår. Desværre blev indførslen af praksispakkerne stoppet grundet økonomiske barrierer og politiske udfordringer for alle interessenter - almen praksis, kommuner, hospital, der var involveret i projektet.

Projektet havde stor politisk bevågenhed og blev præsenteret både lokalt, nationalt og internationalt. Der har været pressemeddelelser, opslag på diverse hjemmesider, besøg i kommunerne, besøg i forskellige fora for almen praksis, intern undervisning af hospitalets sundhedsprofessionelle, interview i regionens publikationer, oplæg i regionale fora, oplæg i andre regioner samt præsentationer på nationale og internationale konferencer og kongresser,

I hele projektforsløbet var der stor velvilje fra de involverede partnere til at justere og evaluere indsatsen for at få det tværsektorielle samarbejde til at fungere optimalt til gavn for patienterne, der havde behov for ydelser fra det nære sundhedsvæsen.

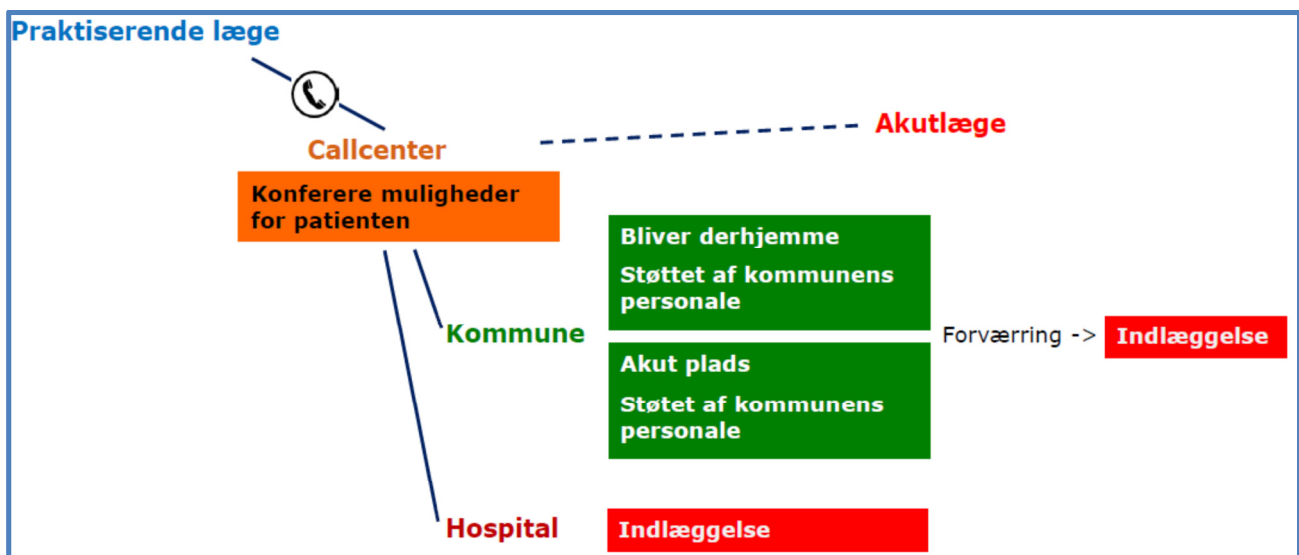
## **2.1 Projektorganisering**

Projekt Callcenter har en tværsektoriel styregruppe med deltagelse af ledelsesrepræsentanter fra Silkeborg, Skive og Viborg kommune, praksiskonsulent for Akutafdelingen samt repræsentanter for Akutafdelingen. Projektets styregruppe er helt central for projektet og mødtes omkring hver tredje måned. Her fulgtes projektets udvikling og styregruppen initierede på baggrund af erfaringer og løbende evalueringer, nye tiltag, justeringer samt sikrede en kontinuerlig opbakning og forankring hos alle projektets interessenter. Styregruppens medlemmer fremgår af bilag 1.

## 3. Metode

### 3.1 Design

Projekt Callcenter var et toårigt kvalitetsudviklingsprojekt, der kontinuerligt udviklede nye veje for det tværsektorielle samarbejde. Callcentret startede 1.februar 2015 og afsluttedes 31.januar 2017. Callcentret var fysisk placeret i hospitalsvisitationen på Akutafdelingen, Hospitalsenhed Midt, hvor alle patienter visiteres til indlæggelse på Hospitalsenhed Midt. Callcentret kunne kontaktes telefonisk direkte af praktiserende læger og af andre sundhedsprofessionelle.



#### 3.1. Organisations diagram over Callcenter funktionen

Projektet havde en styregruppe, hvor Praksiskonsulenterne ved Akutafdelingen deltog, hver kommune havde en repræsentant og fra hospitalet deltog ledelsen fra Akutafdelingen. I projektet blev der ansat en projektleder (6 timer/uge) og to sygeplejersker (fuldtid). Projektlederens funktion var at varetage al koordinering og sekretariatsbistand for styregruppen. De to ansatte sygeplejersker blev ansat efter almindeligt jobopslag, - både kommuner og Akutafdelingen var repræsenteret ved samtaler og udvælgelse. Der blev lagt vægt på ansøgernes brede erfaring og viden fra både den kommunale sektor og fra hospitalsverdenen. Det besluttedes, at

sygeplejerskerne skulle organiseres under Akutafdelingen, hvor de også fysisk havde deres primære arbejdsplads. Den faglige ledelse blev varetaget af den tværsektorielle styregruppe. For at kunne matche og tiltrække ansøgere fra kommunale stillinger, hvor lønniveauet er lidt højere, fastsattes der et lønudlignende funktionstillæg.

De to projektansatte sygeplejersker var til introduktion i de tre kommuner for at få et nært kendskab til den enkelte kommunes organisation, sundhedsfaglige tilbud og pleje netværket med hjemmesygeplejersker og akutteam.

Medlemmer af styregruppen besøgte kommunelægemøder for at informere om projektet, som blev fulgt op af besøg i hver enkelt praksis af en sygeplejerske fra Callcentret og en sygeplejerske fra den pågældende kommune.

I et tæt samarbejde med de deltagende kommuner blev der udarbejdet et omfattende katalog over de tre kommuners mange forskellige sundheds- og behandlingstilbud, kontaktinformationer og åbningstider. Der pågik et løbende arbejde med at holde kataloget kontinuerligt opdateret, der var helt essentielt for at kunne yde kvalificeret rådgivning om kommunernes mange og forskelligartede tilbud.

En detaljeret liste over aktiviteten i Callcentret findes i bilag 3.

Det blev klart i forløbet af projektet, at det var nødvendigt med en struktureret implementeringsplan, der så blev udarbejdet og udført. Se venligst bilag 3.

### **3.2 Evaluering**

Projektet evalueres efter Triple Aim tilgangens tre parametre; Sundhedstilstand, klinisk og brugeroplevet kvalitet samt omkostninger per capita [2].

Projektet er blevet præsenteret i videnskabelig sammenhæng både nationalt og internationalt og en liste over disse præsentationer findes i bilag 4.

### 3.2.1 Sundhedstilstand

#### Population

I forhold til den første parameter i Triple Aim evalueringen, sundhedstilstanden, er det sundhedstilstanden for de mennesker, der havde brug for det nære sundhedsvæsen i projektperioden, der beskrives med en litteraturgennemgang.

### 3.2.2 Klinisk og brugeroplevet kvalitet

#### Populationer

I den anden parameter i Triple Aim evalueringen har vi to populationer. Den første er de mennesker, som sundhedsprofessionelle har rettet henvendelse om til Callcentret. Disse forløb benyttes til at beskrive den kliniske kvalitet. Den brugeroplevede kvalitet beskrives ved interviews af de praktiserende læger, der benyttede Callcentret, da Callcentret oprindeligt var tænkt som et tilbud til de praktiserende læge. Derfor var de populationen for den brugeroplevede kvalitet.

#### *3.2.2.1 Klinisk kvalitet*

Der blev indsamlet deskriptive data for alle henvendelser til Callcentret, herunder antal henvendelser, beskrivelse af hvert enkelt tværsektorielt patientforløb samt identificering af barrierer og fremmere for et sammenhængende tværsektorielt forløb, der alt blev noteret i projektperioden. Oplysningerne om patienterne blev noteret i et Excel ark for hver uge i de to år, projektet varede. Desuden blev der ført en logbog med de barrierer og fremmere, der blev identificeret. Der afrapporteres her de barrierer og fremmere, der er identificeret.

#### *3.2.2.2 Brugeroplevet kvalitet*

Den brugeroplevede kvalitet beskrives ved hjælp af semistrukturerede interviews med seks forskellige praktiserende læger, der var brugere af Callcentret. Der blev udarbejdet en interviewguide med 20 vejledende spørgsmål. Begge sygeplejersker fra Callcentret besøgte lægerne i deres praksis. Den ene sygeplejerske stod for at italesætte interviewet, den anden observerede og tog notater. I følge Fredslund et al [12] opnås der næsten altid et bedre interview ved deltagelse af to interviewere. Det skaber mulighed for, at den ene kan koncentrere sig fuldt om interviewpersonerne og

den anden kan holde sin opmærksomhed rettet mod interviewets temaer. Interviews blev optaget elektronisk.

Deltagerne i interviewene blev lovet anonymitet i forbindelse med undersøgelsen og blev desuden informeret om, at deltagelse var frivillig, og at interviewoptagelserne blev destrueret ved undersøgelsens afslutning.

Rent praktisk indledtes analyseprocessen med aflytning af de optagne interview. Alle interviews blev nedskrevet i form af vekslen mellem referater og egentlig transskribering, afhængig af de forskellige udsagns styrke i forhold til, om de gav informationer om og belyste den brugeroplevede kvalitet. Indholdet blev beskrevet i temaer og samlet i undersøgelsespersonernes fællesoplevelser af Callcentret og dets funktion.

### 3.2.3 Omkostninger per capita

#### Population

Som population for den tredje parameter i Triple Aim evalueringen ser vi på de mennesker, der har været henvendelse om til Callcentret, altså patienter og borgere, der har haft brug for de ydelser, det nære sundhedsvæsen kan levere.

#### 3.2.3.1 Data indsamling

##### *Overordnet*

Data for brug af ydelser fra kommuner, almen praksis og på hospital indsamledes efter et år og efter to år. Callcentret noterede i et Excel ark for hver uge blandt andet cpr.nr. og bopælskommune for de patienter, der blev rettet henvendelse om. Hver af de tre kommuner fik tilsendt en liste med cpr.nr. på patienter fra deres kommune og blev bedt om at dokumentere hvilke ydelser, den pågældende borger havde modtaget. Ligeledes blev der indsamlet data fra regionen om brug af ydelser i almen praksis, om indlæggelser og om brug af ambulatorietider.

## *Callcentret*

Data fra Callcentret var noteret i et Excel ark for hver uge. Disse ark havde hver især to ark - et for interne henvendelser og et for eksterne henvendelser. De 104 ark blev samlet i et ark og rensset for forskellige måder at registrere dato for henvendelse på (150215, 15-02-2015, 15.feb.15). Ligeledes blev CPR-numre bearbejdet, så de fremstod ens. Stavning og printmåde for hver kommune blev også rettet til, så hver kommune er skrevet med "små" bogstaver i hele arket.

## *Kommunerne*

Listen med CPR-numre, der blev sendt til kommunerne, var indsamlet fra de ugentlige Excel ark, Callcentret havde produceret. Der blev lavet en samkøring af de to for at få overensstemmelse. Der var 65 henvendelser fra andre kommuner end Silkeborg, Skive og Viborg kommune. I de efterfølgende beregninger er kun data fra de tre deltagende kommuner medtaget.

Det blev efter indsamlingen af data fra det første år klart, at det var nødvendigt at finde nogle fælles parametre i de tre kommuner, så det var muligt at sammenligne på tværs af kommunerne. Der blev afholdt tre workshops med de dataansvarlige fra hver af de tre kommuner og Callcentret. Det blev klart, at den eneste parameter, der var fælles i de tre kommuner var antallet af minutter, der blev brugt til hjemmepleje og hjemmehjælp i dag tid, i aften/nat tid og i weekenden. I denne rapport er der medtaget data om praktisk hjælp, en fælles ydelse for hjemmehjælp og en fælles ydelse for sygepleje. Da en kommune ikke har registreringer for de borgere, der er på plejehjem, er der ikke medtaget data for disse borgere i denne rapport.

Kommunernes forskellige måde at registrere på kan gøre det vanskeligt at sammenligne på tværs af kommunerne. Vi skønner dog, at analyser af data kan benyttes som en vejledning, selv om de nok ikke giver et fyldestgørende billede af kommunernes forbrug.

Der var elleve forskellige leverandører af kommunernes ydelser med hver deres priser, derfor var der enighed om at lave en gennemsnitspris for hver kommune og derefter en gennemsnitspris for de tre kommuner samlet. Hver af de tre kommuner

meldte deres gennemsnits pris til Callcentret, og der blev beregnet en fælles pris til brug for denne rapport.

### *Regionen*

Den samlede liste med cpr.nr. på 1968 patienter fra Silkeborg, Skive og Viborg kommune blev sendt til Nære Sundhed i Region Midtjylland, som fandt de ydelser, som patienterne havde benyttet sig af i almen praksis og på hospitalet.

### *Databearbejdning*

Biostatistical Advisory Service (BIAS), Aarhus Universitet var behjælpelig med at sammenkøre og grovrense data, så de fremstod som et rimeligt datasæt at benytte til at give en indikation af, hvordan det fælles sundhedsvæsen har leveret ydelser til de patienter, hvormod der har været rettet henvendelse til Callcentret.

Data blev behandlet i STATA version 14.0 (StataCorp, College Station, Texas).

### 3.3 Etik

Projektet har tilladelse fra Datatilsynet (1-19-02-134-15 - Call Center). Da projektet er et kvalitetsudviklingsprojekt skal det ikke anmeldes til videnskabsetisk komité.

## 4. Resultater

### 4.1 Sundhedstilstand

Vi ved, at en del indlæggelser kan undgås, at borgere restitueres hurtigst og bedst samt risikerer færre komplikationer, når de forbliver i deres eget hjem eller nærmiljø [3,4,5,6,7,8]. Nye undersøgelser peger på, at det kniber med at benytte de kommunale akuttilbud i Danmark, og at kommunerne er forskellige [13].

Det beskrives i litteraturen, hvordan sundhedsvæsenet, der har en stærk primærsektor, er mere effektive, og giver mere lighed i sundhed [14,15]. Den amerikanske forsker Barbara Starfield er kendt for grundigt at have undersøgt, hvordan en befolkning opretholder den bedste sundhedstilstand. Hun har beskrevet, at en befolknings sundhedstilstand er associeret med en god primær sektor og ikke med antallet af sundhedsprofessionelle eller med et lands rigdom [16]. Lande, der har en velfungerende primær sektor, har sundere populationer og lavere sundhedsomkostninger end andre lande [15]. En anden amerikansk praktiserende læge og forsker Strange finder, at befolkningens sundhed er bedre, at der er et lavere forbrug af sundhedsydelser samt mindre ulighed i sundhed og et bedre funktionsniveau for hver enkelt borger, når primærsektoren er veludviklet [17]. Flere har også fundet, at patienter og borgere har en bedre opfattelse af sundhedsvæsenet, når primærsektoren er stærk [18,3]. For at sikre, at borgere bliver behandlet i forhold til kliniske retningslinjer og nyeste evidens foreslog Sundhedsstyrelsen i 2005, at almen praksis påtog sig rollen som koordinator for patienter i deres praksis [19].

Vi har brug for, at der er en strategi omkring brug af hele sundhedsvæsenet for at levere høj kvalitet af omsorgen. For at optimere brugen af ressourcer og sikre, at patienter og borgere får den rette omsorg på det rette sted til den rette tid, ved vi at primærsektoren må have en stærk position indenfor strategien [20,21,22,23,24,25]. Flere studier har vist, at der er færre indlæggelser og brug af akutafdelinger [26,27], når der tages aktive initiativer til at samarbejde mellem sektorerne. Ligeledes reduceredes længden af indlæggelserne [27,28,29]



Professor Martin McKee, der er en af de førende europæiske eksperter i folkesundhed skriver i O'erne som noget helt indlysende, at forbedring af sundhed er hovedformålet for alle sundhedsinterventioner og det primære kriterium for at dømme værdien af interventionen. Han skriver også, at forbedret sundhed omfatter både øget sundhedstilstand og en økonomisk fordel [30].

Det er en udfordrende og vanskelig opgave at etablere et sammenhængende udrednings- og behandlingstilbud, hvor borgere, patienter og pårørende oplever, at deres viden, behov og præferencer er udgangspunkt i hele pleje- behandlings- og rehabiliteringsforløbet, og at forløbet glider let og uhindret mellem primær- og sekundærsektoren [9,31]. Det kræver et stærkt samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler om den sundhedsfaglige indsats således, at sundhedsvæsenets ydelser, service og kultur giver borgerne den bedste behandling, de bedste og mest sammenhængende forløb og de bedste betingelser for at leve det liv, de ønsker [19]. Der er ligeledes brug for, at de rette kompetencer er til stede således, at vi som partnere i sundhedsvæsenet kan have tiltro til hinanden og trygt overlader patienter mellem sektorerne og aktørerne.

Et mere og bedre integreret sundhedsvæsen, som det Region Midtjylland i Sundhedsplan 2013 [32] ønsker at iværksætte initiativer for, reducerer antallet af både indlæggelser og genindlæggelser på hospitaler [33,34]. En undersøgelse fandt, at 14% af akutte medicinske indlæggelser på et dansk hospital kunne være undgået blandt andet ved henvisning til sub-akutte ambulante tider eller til tværfaglige diagnostiske enheder [35]. En anden ny rapport viser, at sygehuspersonale henviser for få og socialt ulige til kommunernes tilbud, hvilket fremhæver behovet for faste procedurer for henvisninger [36].

Der har længe været politisk fokus på optimering og besparelse i sundhedsvæsenet. Særligt flytning af opgaver fra hospitals regi til kommunerne har fyldt i de senere år. Der har således været en stor interesse i styrkelse af primærsektoren for at skabe et mere tilgængeligt, kontinuerligt, omfattende og velkoordineret sundhedsvæsen. Dette for at styrke patienternes generelle sundhed, kvaliteten af behandlingen og opnå en samfundsøkonomisk besparelse blandt andet ved at reducere hospitalsindlæggelser.

De hospitalsindlæggelser, vi ønsker at reducere er de såkaldte uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser, der i engelsksproget litteratur refereres til, som Ambulatory Care Sensitive Conditions [37]. Der er ikke konsensus omkring, hvilke tilstande man kan karakterisere som Ambulatory Care Sensitive Conditions [38], til gengæld er der evidens for, at unødvendige hospitalsindlæggelser, det vil sige indlæggelser af patienter i hospitalsvæsenet for tilstande, der kunne være behandlet eller forebygget i primærsektoren, kan undgås med tilgængelighed og kontinuitet i almen praksis samt de rette kompetencer i primærsektoren [39].

Det er nødvendigt, at kommunerne har etableret tilbud i det nære sundhedsvæsen, som et alternativ til indlæggelse, for at reducere ind- og genindlæggelser. Ligeledes er det en forudsætning, at praktiserende læger, kommuner og akutafdeling er med til at definere disse tilbud.

## **4.2 Klinisk og brugeroplevels kvalitet**

### 4.2.1 Interviews

Der blev gennemført seks interviews med praktiserende læger fra Silkeborg, Skive og Viborg kommuner. Der var en ligelig repræsentation fra kommunerne med by- og landpraksis samt solo- og flermåndspraksis. Interviewene varede 30-60 minutter. Der var fremstillet en interviewguide med 20 vejledende spørgsmål. Se venligst Bilag 2.

De praktiserende læger fortalte, at de blev informeret om Callcentret via kommunelæge- og PLO møder, gennem praksiskonsulenter, fra Sundhed.dk og internt i praksis. Enkelte mente, at de havde fået en mail direkte fra Callcentret, andre havde haft kontakt med ledelsen af akutafdelingen. Alle nævnte at de havde haft besøg af Callcentret og derigennem var blevet informeret omkring funktionen.

De praktiserende læger blev spurgt, om de benyttede sig af Callcentrets viden i deres dagligdag. De fleste svarede, at de helt klart havde benyttet sig af viden fra Callcentret flere gange. En enkelt læge angav, at tanken om et kommunalt tilbud var tænkt, før der blev taget kontakt til visitationen.

Når behovet for en tværsektoriel samarbejdspartner med henblik på at finde alternative og smidige patientforløb opstod, var det Callcentret, som de praktiserende læger straks tænkte på og benyttede sig af. Opgaverne var for eksempel fremskaffelse af medicin til IV behandling i eget hjem, information om, hvilke katetre akutteamet kunne være behjælpelig med anlæggelse af, information til de praktiserende læger om muligheden for, at akutteamet kunne tage kapillære/venøse blodprøver, så simple og ikke indlæggelseskrævende infektioner som en urinvejsinfektion eller rosen kunne behandles i eget hjem. De praktiserende læger havde fået et bredere kendskab til de kommunale tilbud gennem den øgede opmærksomhed i forhold til projektet med blodtransfusion i eget hjem.

De praktiserende læger fandt det udfordrende, at der ikke er de samme muligheder som f.eks. de ovenstående eksempler på IV behandling i eget hjem og muligheden for at få foretaget kapillære/venøse blodprøver i Silkeborg, Skive og Viborg kommune. Især for læger fra de praksis, der ligger i randzonen af to kommuner, og når lægerne kørte som vagtlæge, blev det en udfordring.

Tid er en vigtig faktor for praktiserende læger, og det kan være tidskrævende at arrangere et sammenhængende patientforløb i kommunalt regi. Dette bragte en del af de interviewede læger på bane som et område, hvor Callcentret var en vigtig brik for dem, da tidsforbruget med at skabe sammenhængende patientforløb i det nære sundhedsvæsen faldt for dem, når Callcentret blev benyttet. En talte om, at der burde være øget honorering til de praktiserende læger/vagtlæger, som bruger tid på at afklare om, patienten kan behandles i kommunalt regi frem for at blive indlagt.

De praktiserende læger gav udtryk for, at ansvarsfordelingen var en gråzone. De fandt det vigtigt med helt klare, tydelige og meningsfulde retningslinjer for behandling af patienter i eget hjem frem for, at de kunne indlægge patienterne. De fandt det også vigtigt, at der ikke er nogen, der må lide under, at der sker udvikling samt, at behandlingen skal være faglig forsvarlig.

Der var nysgerrighed efter at vide, om Callcentret hjalp de praktiserende læger, som det var hensigten. Fem mente, at de havde fået den rådgivning og hjælp, de havde forventet.

Callcentret blev blandt andet rost for at være rummelige overfor frustrationer, når der skulle findes alternative løsninger og for have stor vilje til at forstå, hvad det var for en problemstilling, der skulle løses. Yderligere blev det nævnt, at Callcentret gav relevante tilbagemeldinger på de praktiserende lægers henvendelser, og lægerne havde en fornemmelse af og erfaring med, at opgaverne blev fulgt til dørs.

En af Callcentrets opgaver var at udbrede kendskabet til de kommunale tilbud, hvor de praktiserende læger fandt, at de havde en generel udfordring med at navigere rundt i hele paletten af tilbud, og det var svært at holde sig ajour med både de kommunale og de regionale tilbud.

De praktiserende læger efterspurgte ET nummer at ringe til, som skal være døgndækkende, og hvor der gives information om tilbud i kommunalt og regionalt regi. Via denne rådgivning vil antallet af uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser reduceres, og de kommunale alternativer til indlæggelse benyttes mere. Dette var også en del af Callcentrets opgave at rådgive om. De praktiserende læger udtrykte et behov for, at Callcentret havde visitationsret til akutpladserne/tryghedspladserne for at afværge unødigt tidsforbrug og telefonopkald, hvilket er frustrerende for de praktiserende læger.

Flere af de interviewede praktiserende læger forklarede, at hvis de havde erfaring med, at et alternativ i kommunalt regi var tidskrævende at arrangere, så valgte de nogle gange indlæggelse på hospitaler i stedet på trods af, at de godt vidste, at det ikke altid var godt for patienten, sygehuset eller kommunen - altså samfundsøkonomien. De lagde stor vægt på, at løsninger i kommunalt regi ikke må have omkostninger for den enkelte patient, hverken til for eksempel udgifter til medicinudgifter, betaling for ophold udenfor hjemmet eller til transport til akutpladserne/tryghedspladserne.

For ikke at lade patienterne falde mellem to stole kræves der total overdragelse af viden mellem sektorerne. De praktiserende læger efterlyste for eksempel fælles dokumentationssystemer for at opnå de gode patientforløb i det nære sundhedsvæsen, der er den del af visionerne fra Sundhedsaftalen 2015-2018 [1], som Callcentret skulle implementere.

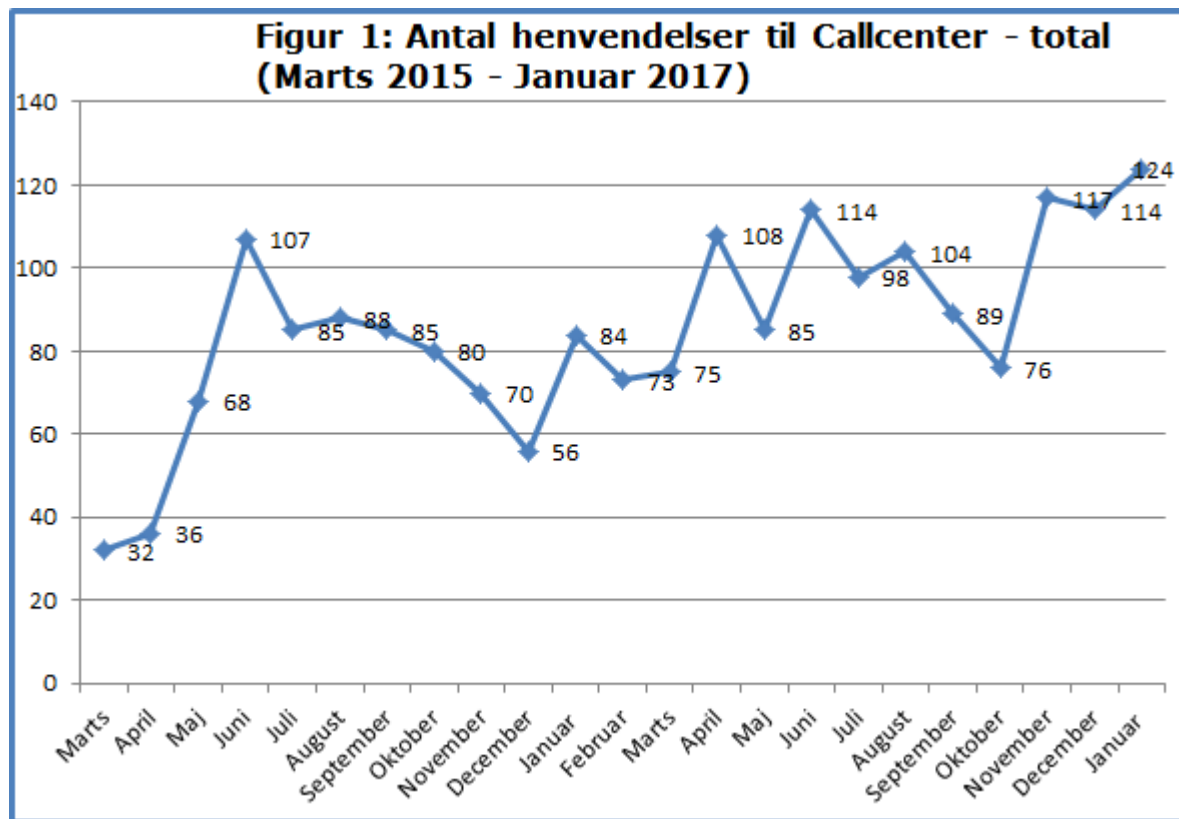
De praktiserende læger fandt, at behandling i eget hjem frem for indlæggelse i mange tilfælde gav rigtig god mening. De gav udtryk for, at mange borgere bestemt ikke havde godt af at komme ind på hospitalet, da de bliver konfuse, delirøse og kommer væk fra familien. Generelt syntes de praktiserende læger, at de har et godt samarbejde med hjemmesygeplejerskerne og akutteamet. Det gode samarbejde var vigtigt for de praktiserende læger, da det er deres oplevelse, at patienterne meget hurtigt blev udskrevet fra akutafdelingen. De var afhængige af de tætte observationer, som hjemmesygeplejen/akutteamet foretog med henblik på at forebygge genindlæggelser.

Et uventet hjemmebesøg kan vælte et tætpakket dagsprogram i praksis, derfor var det en vigtig faktor for praktiserende læger, at de kunne trække på kommunens sygeplejersker. De drog stor nytte af sygeplejerskernes kompetencer i forhold til f.eks. en helhedsvurdering af patienten i eget hjem, hvorefter den praktiserende læge udarbejdede en handleplan, der eventuelt kunne indebære en ny vurdering senere.

Gennem interviewene var det klart, at de praktiserende læger var glade for de kommunale tilbud og derfor efterspurgte øget tilgængelighed døgnet rundt. For eksempel kunne de tænke sig, at hjemmesygeplejen var mere fleksibel i forhold til indtag af nye opgaver i weekenden for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Det ville ifølge de praktiserende læger kræve, at kommunerne får tilført øgede ressourcer samt, at honoreringen til de praktiserende læger/vagtlæger, som bruger tid på at afklare om patienten kan behandles i kommunalt regi frem for indlæggelse, øges.

Drømmen for de praktiserende læger var, at der var et standardiseret set-up i de forskellige kommuner, så de ikke skulle tænke på kommunegrænser samt, at det ikke var personbestemt om en opgave kan løses eller ej.

#### 4.2.2 Deskriptive data



**Figur 1** viser det totale antal henvendelser til Callcentret fra de praktiserende læger og hospitalsafdelingerne.

1.968 henvendelser i alt i den 23 måneder lange projektperiode. Gennemsnitlig 86 opkald pr. måned.

Antallet af henvendelser påvirkes i positiv grad efter projektets PR-aktiviteter, eksempelvis efter oplæg om projektet i diverse fora hos alle tre aktører og besøg hos almen praksis i alle tre deltagende kommuner. Denne sammenhæng kan aflæses i data.

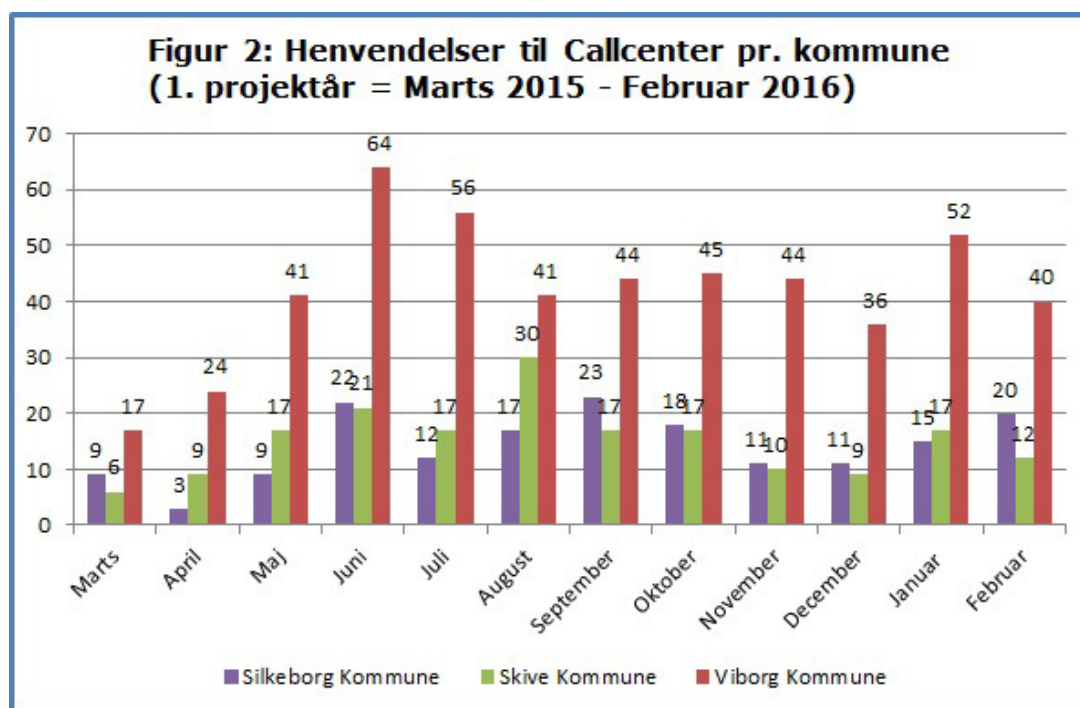
Projekt Callcenter + 1 kommunal medarbejder har besøgt almen praksis i de tre kommuner, - formålet med besøgene var at øge lægernes kendskab til projektet, fortælle om kommunens tilbud samt relationel koordinering.

Silkeborg Kommune: 24 almen praksis i alt, 16 besøgt (67%).

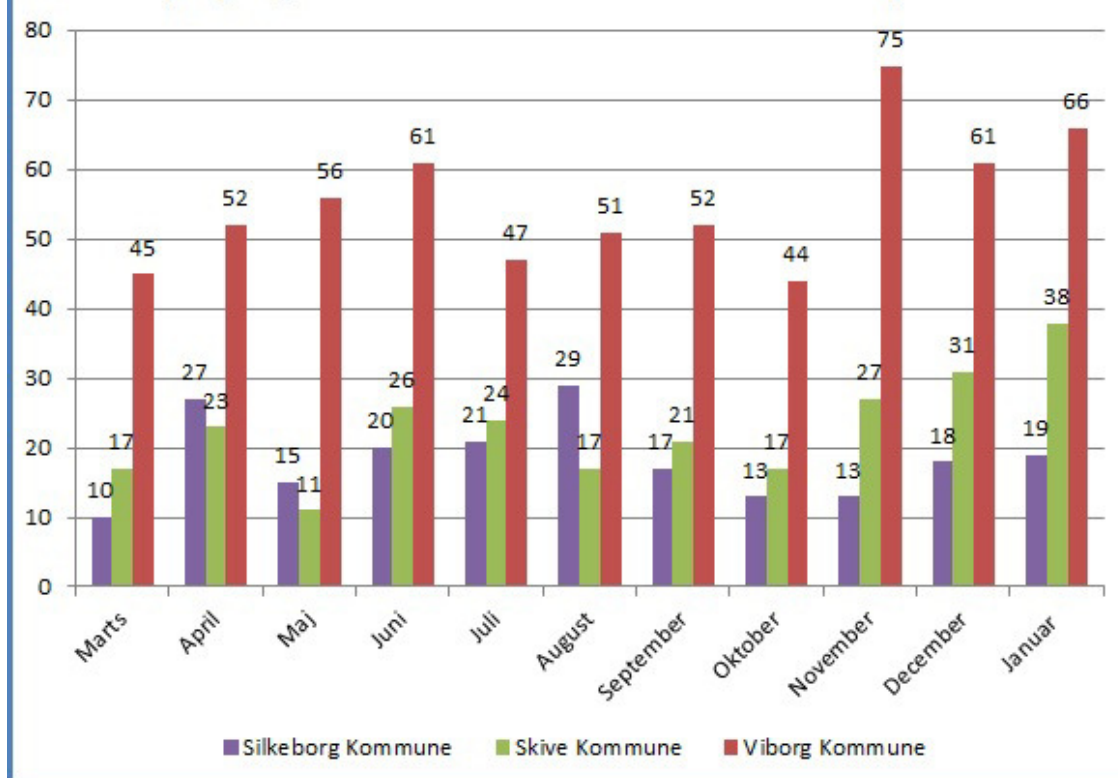
Skive Kommune: 15 almen praksis i alt, 13 besøgt (87%).

Viborg Kommune = 26 almen praksis i alt, 14 besøgt (54%).

Se desuden bilag 3 "Implementeringsstrategi og øvrige tiltag".



**Figur 3: Henvendelser Callcenter pr. kommune  
(2. projekt år = Marts 2016 - Januar 2017)**



### **Befolkningstal:**

Silkeborg Kommune	90.719
Skive Kommune	46.540
Viborg	96.479

Antallet af henvendelser fra de enkelte kommuner er ikke procentvis ens i forhold til kommunernes befolkningstal. Der er mange mulige forklaringer på disse forskelle og her følger nogle mulige (ikke udtømmende) forklaringer;

**Silkeborg kommune** har sammen med Regionshospitalet i Silkeborg i samme periode været involveret i andre projekter, hvor målgruppen af borgere er den samme. Eksempelvis kan nævnes TUE og fleksible indlæggelser. Desuden er der på Regionshospitalet Silkeborg "Medicinsk booking", hvor borgere kan meldes til indlæggelse, hvilket betyder, at de praktiserende læger ikke kommer i kontakt med



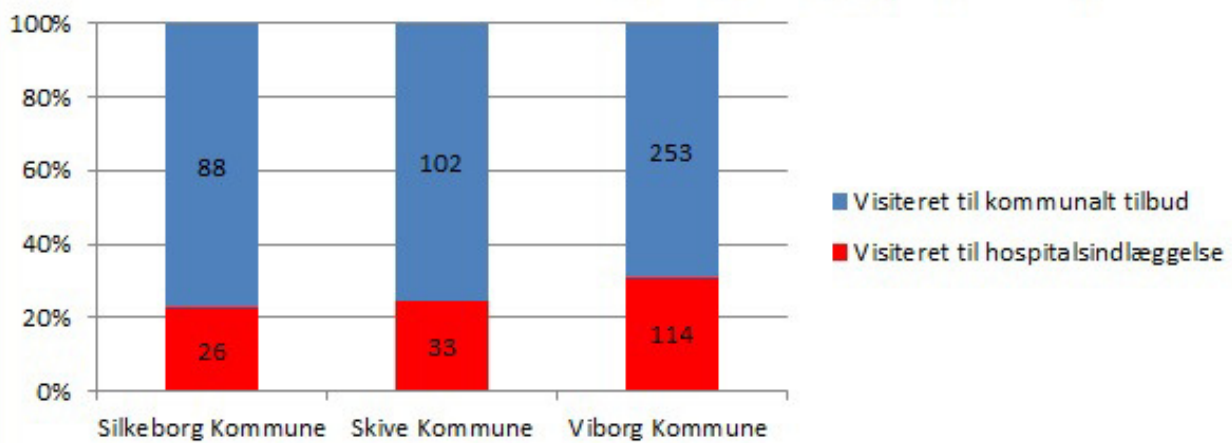
Hospitalsvisitationen og dermed projekt Callcenter. På Regionshospitalet Silkeborg findes der et geriatrisk team som har udekørende funktion.

**Skive kommune** ligger placeret geografisk langt fra et hospital. Antallet af henvendelser fra denne kommune kan være påvirket af, at de praktiserende læger i samarbejde med kommunen er vant til at etablere alternativer til indlæggelse.

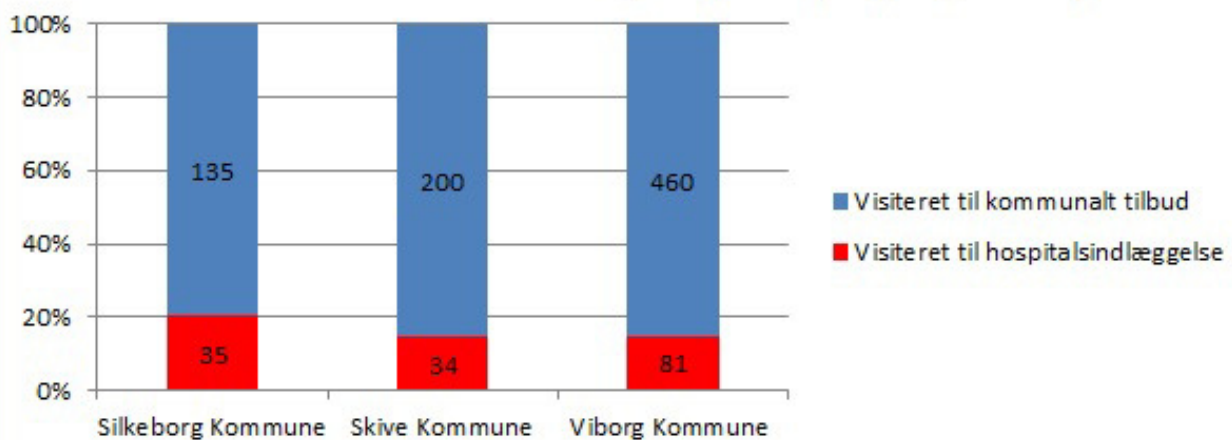
**Viborg Kommune.** Der er en lang tradition for et nært og relationelt funderet samarbejde imellem akutteamet i Viborg og Akutafdelingen. Eksempelvis varetager akutteamet blodtransfusion i eget hjem, transfusionen ordineres af den praktiserende læge, det lægefaglige ansvar overdrages herefter til Akutafdelingen. Akutteamet har i en årerække givet IV-behandling (inkl. 1. gangs).

Der er kort transport til hospitalet, hvor akutteamet kan få analyseret venøse blodprøver, der er taget i hjemmet eller på plejehjem/andre kommunale pladser.

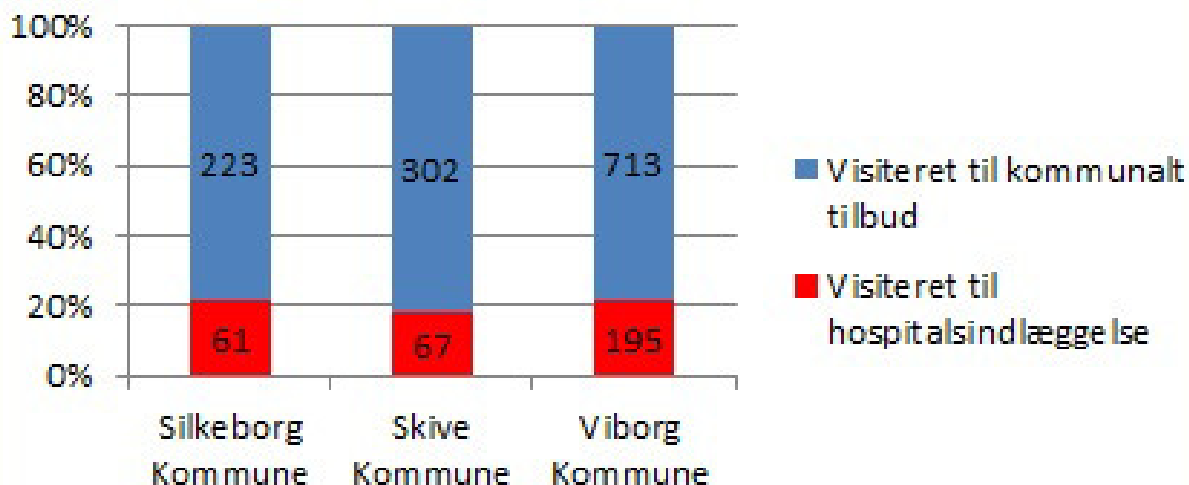
**Figur 4: Fordeling af forløb der er visiteret til henholdsvis kommuner og hospital (1. projekt år)**



**Figur 5: Fordeling af forløb der er visiteret til henholdsvis kommuner og hospital (2. projekt år)**



**Figur 6: Fordeling af totale henvendelser til Callcentret, der er visiteret til henholdsvis kommuner og hospital**



### Silkeborg Kommune:

1. Projekt år	2. Projekt år	Total
Antal henvendelser = 114	Antal henvendelser = 170	284
Visiteret til kommunalt tilbud = 88 (77 %)	Visiteret til kommunalt tilbud = 135 (79 %)	223 (79 %)
Visiteret til indlæggelse = 26 (23 %)	Visiteret til indlæggelse = 35 (21 %)	61 (21 %)

### Skive Kommune:

1. Projekt år	2. Projekt år	Total
Antal henvendelser = 135	Antal henvendelser = 234	369
Visiteret til kommunalt tilbud = 102 (76 %)	Visiteret til kommunalt tilbud = 200 (85 %)	302 (82 %)
Visiteret til indlæggelse = 33 (24 %)	Visiteret til indlæggelse = 34 (15 %)	67 (18 %)

## Viborg Kommune:

1. Projekt år	2. Projekt år	Total
Antal henvendelser = 367	Antal henvendelser = 541	908
Visiteret til kommunalt tilbud = 253 (69 %)	Visiteret til kommunalt tilbud = 460 (85 %)	713 (79 %)
Visiteret til indlæggelse = 114 (31 %)	Visiteret til indlæggelse = 81 (15 %)	195 (21 %)

I alle tre kommuner stiger antallet af henvendelser i løbet af projektperioden.

Udviklingen i alle tre kommuner i projektperioden peger på, at der er et øget antal borgere som henvises til kommunale tilbud frem for indlæggelse på hospitalet.

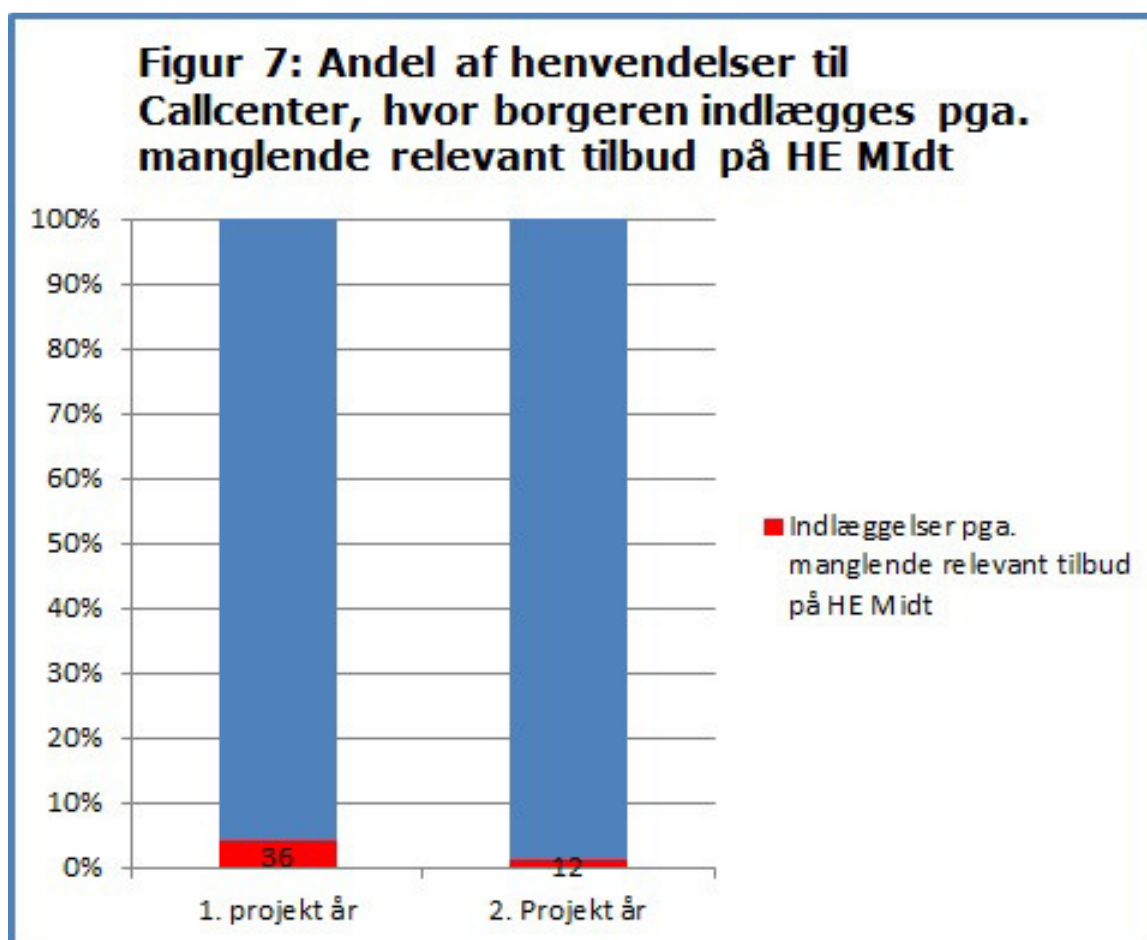
Ud af samtlige antal henvendelser til Callcentret i hele projektperioden er 79 % visiteret til kommunale tilbud og 21 % visiteret til indlæggelse. Det er 1.238 forløb, hvor en indlæggelse enten er undgået eller hvor indlæggelsesperioden er reduceret pga. etablering af nære sundhedstilbud i kommunerne.

Der er mange mulige forklaringer på denne positive udvikling og i projektperioden initieres mange kvalitetssikrende og tværsektorielle tiltag som sigter mod løbende at styrke den tværsektorielle indsats for de svageste ældre ved at tage udgangspunkt i den enkeltes behov, og dermed give det rette tilbud til borgere fra den første kontakt til det nære sundhedsvæsen. Desuden medfører henvendelserne til Callcentret øget anvendelse af allerede eksisterende kommunale tilbud.

Se venligst yderligere i bilag 3 "Implementeringsstrategi og øvrige tiltag".

## Antal forløb hvor akut korttidsindlæggelse potentielt kunne være undgået.

Ud af det samlede antal henvendelser, har de projektansatte sygeplejersker dokumenteret og beskrevet hver enkelt henvendelse og vurderet, at yderligere ca. 15 % akutte korttidsindlæggelser potentielt kunne være undgået med et relevant alternativt tilbud i primær eller sekundær sektor. Se venligst mere på figur 7 + figur 8.



Her over andelen af registrerede tilfælde, hvor en indlæggelse vurderes at kunne være undgået, hvis der eksempelvis havde været en subakut tid tilgængeligt i et ambulatorium eller på en klinik på HE Midt. Det ville i flere tilfælde være muligt at undgå indlæggelse og etablere en midlertidig holdbar situation i hjemmet, hvis der var en subakut tid tilgængelig.

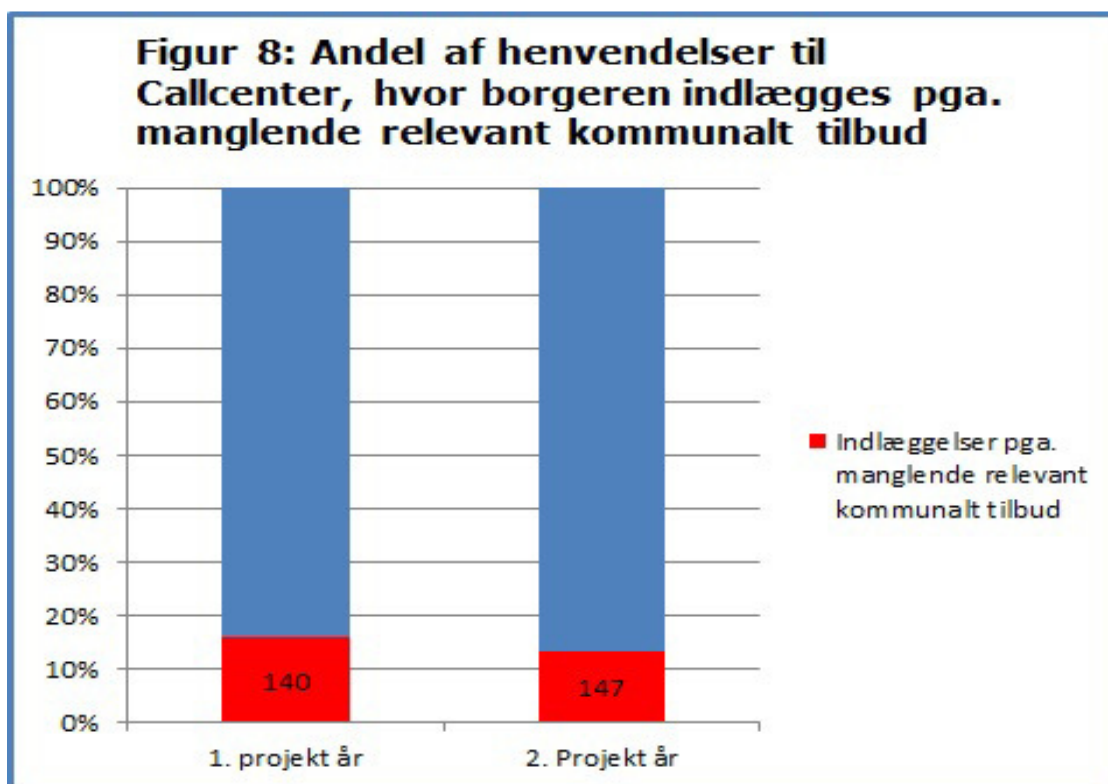
**1. Projekt år:** Total antal henvendelser = 877.

Indlæggelser pga. manglende relevant tilbud på HE Midt = 36 (4 %)

**2. Projekt år:** Total antal henvendelser = 1104

Indlæggelser pga. manglende relevant tilbud på HE Midt = 12 (1 %)

Det fald som observeres i 2. projekt år kan skyldes, at der i projektperioden er oprettet flere tilgængelige subakutte tider til rådighed for booking af personalet i Hospitalsvisitationen og Callcentret.



Andel af registrerede tilfælde, hvor en indlæggelse vurderes at kunne være undgået, hvis der eksempelvis havde været relevante alternative kommunale nære sundhedstilbud. Eksempelvis kan nævnes manglende akutplads ledig eller manglende mulighed for venøs blodprøvetagning.

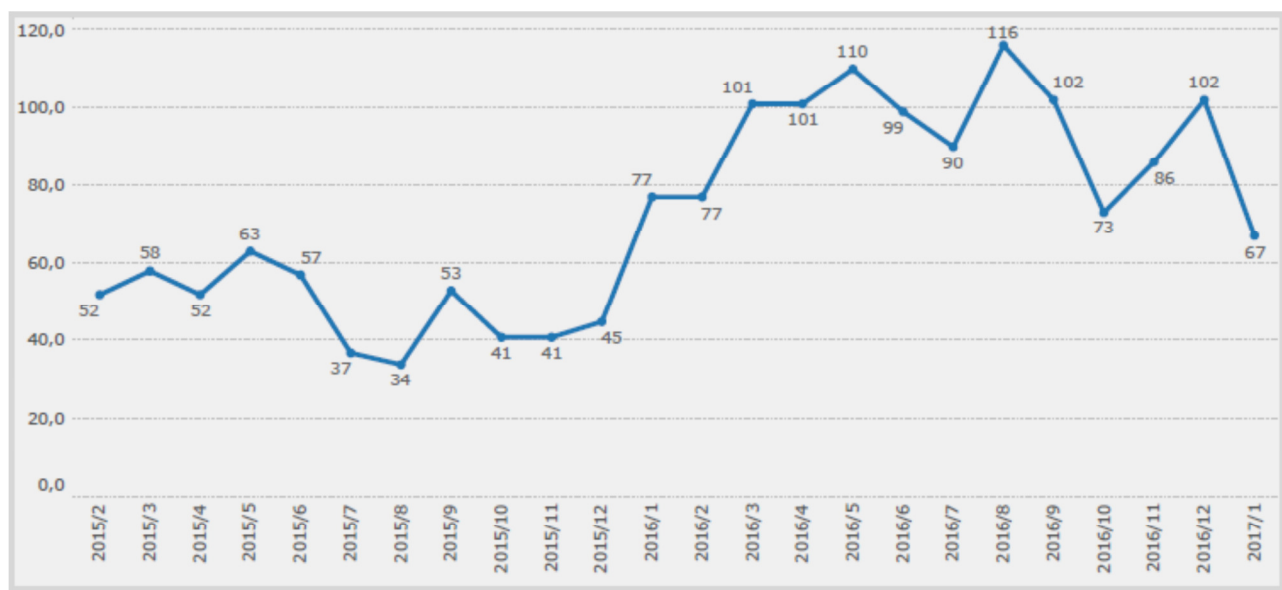
**1. Projekt år:** Total antal henvendelser = 877

Indlæggelser pga. manglende relevant kommunalt tilbud = 140 (14 %)

**2. Projekt år:** Total antal henvendelser = 1104

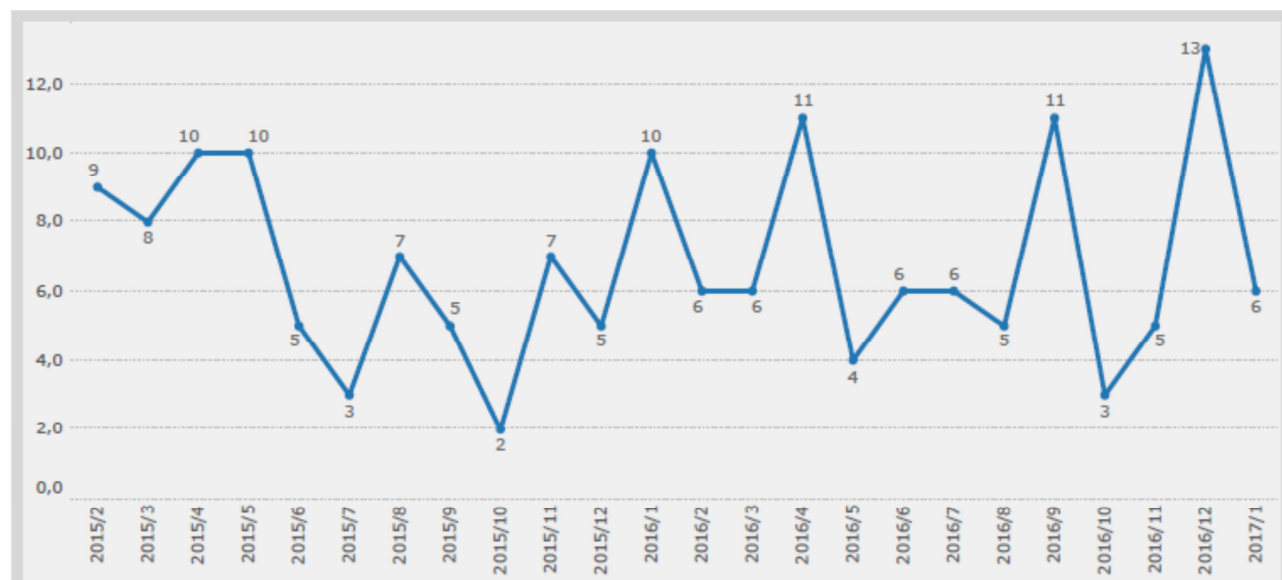
Indlæggelser pga. manglende relevant kommunalt tilbud = 147 (13 %)

**Figur 9: Antal akutte genindlæggelser (indenfor 72 timer efter udskrivelse) på Akutafdelingen, HE Midt (i projektperiode)**



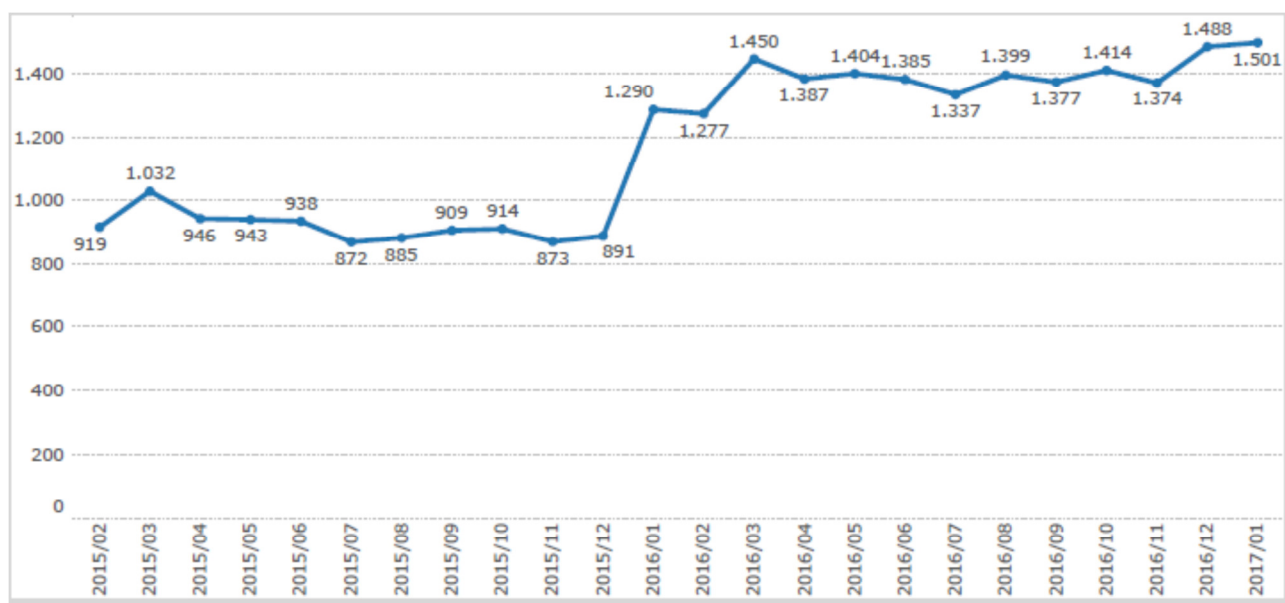
(Kilde BI-portal, Region Midtjylland)

**Figur 10: Forebyggelige genindlæggelser i Akutafdelingen, HE Midt (i projektperioden).**



(Kilde BI-portal, Region Midtjylland)

**Figur 11: Antal indlæggelser i Akutafdelingen, HE Midt (i projektperioden).**



(Kilde BI-portal, Region Midtjylland)

I antallet af indlæggelser, akutte genindlæggelser og forebyggelige genindlæggelser på Akutafdelingen, HE Midt i projektperioden, kan der ikke aflæses fald som direkte kan tilskrives projekt Callcenter. Der er mange variabler, der også har betydning for udviklingen i antallet af indlæggelser og genindlæggelser, - eksempelvis organisatoriske forandringer. Den markante stigning i januar 2016 (figur 9 + figur 11) skyldes en opnormering i antallet af antal senge i akutafdelingen.



### 4.3 Omkostninger per capita

#### 4.3.1 Business cases – stor reduktion i de samlede udgifter.

En ellers rask mand med infektion i en tå + positiv for MRSA meldes til indlæggelse på HE Midt.

Diagnoser: MRSA (DB956A) + Infektion i tå (DL030J)

Hvis behandling foregår på hospitalet, skal det foregå under isolation.

Forløb med indlæggelse		I alt
Almen praksis		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Andet end kontaktydelse</li><li>• Andet end kontaktydelse</li></ul>	135,64	
	50,72	186,36
Hospital		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Indlæggelse på ortopædkirurgisk sengeafsnit i eks. 9 dage (DRG-værdi)</li></ul>	31.176,00	31.176,00
Kommune		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Medfinansiering (udgør 34 pct. af DRG-taksten, ekskl. Langliggertakst). Max.loft på 14.621kr.</li></ul>	10.600,00	
<b>Total pris</b>		<b>31.362,36</b>

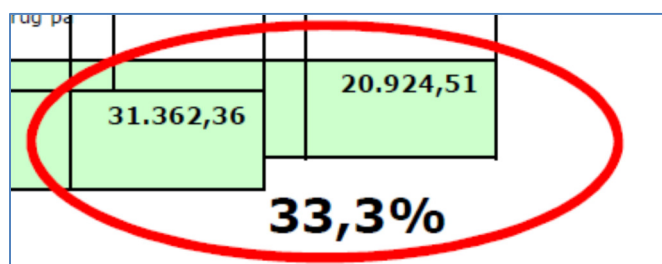
Via Callcentret visiteres manden i stedet til IV antibiotika behandling i hjemmet.

Praktiserende læge og speciallæge på hospitalet aftaler den medicinske behandling.

Når borgere behandles i hjemmet, er der normalt egenbetaling på medicin, men i dette tilfælde udleveres det af Akutafdelingen, og det kommunale akutteam i Viborg kommune henter medicin og varetager IV behandlingen. Den praktiserende læge har det lægefaglige ansvar og kan sparre med hospitalets læger undervejs.

Behandling i hjemmet		I alt
Almen praksis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Andet end kontaktydelse</li> <li>• Kontaktydelser</li> <li>• Kontaktydelser</li> <li>• Kontaktydelser</li> <li>• Kontaktydelser</li> <li>• Kontaktydelser</li> <li>• Kontaktydelser</li> <li>• Kontaktydelser</li> </ul>	50,72 50,72 50,72 38,04 38,04 38,04 63,4 63,4 63,4 42,64 135,64 135,64 135,64 135,64 233,54 49.29	1.324,51
Hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rådgivning og sparring med speciallæge</li> <li>• Medicin</li> </ul>	50,00 800,00	850,00
Kommune <ul style="list-style-type: none"> <li>• 37,5 sygeplejetime i 18 døgn med et gennemsnitligt tidsforbrug på 1,2 time/døgn. (500kr. * 37,5)</li> </ul>	18.750,00	18.750,00
<b>Total pris</b>		<b>20.924,51</b>

Behandling i hjemmet versus hospitalsindlæggelse giver i dette eksempel en reduktion i de samlede udgifter på 33,3 %.



Ved dette patientforløb sparede hospitalet 9 sengedage, havde udgifter til medicin og mistede både DRG indtægt og kommunal medfinansiering.

Den praktiserende læge modtog honorering, men indtægten er i dette eksempel ikke dækkende for det reelle tidsforbrug.

Kommunen havde omkostninger til akutteamets ydelser og drift, men undgik samtidig den kommunale medfinansiering.

Patienten var meget tilfreds med forløbet og glad for at undgå en hospitalsindlæggelse. Alle involverede sundhedsprofessionelle var enige om, at det

bedste og mest hensigtsmæssige forløb blev arrangeret for borgeren, - både mht. borgertilfredshed og samfundsøkonomiske udgifter. Det generelle patientsikkerheds perspektiv blev prioriteret, da en potentiel smitterisiko ikke kom ind på hospitalet.

Ud af de mange henvendelser til Callcentret var der mange borgere som var dehydrerede (dehydrering DE869A).

Dehydrering er en hyppig forekommende tilstand hos projektets målgruppe og det ender ofte med en akut indlæggelse af de ældre patienter.

4 af patienterne som blev indlagt med dehydrering kostede følgende;

<b>Forløb med indlæggelse</b>		<b>I alt</b>
Almen praksis <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 hjemmebesøg (10 x 209,11 kr.)</li> <li>• 1 vagtlægebesøg</li> <li>• 4 E- kommunikation (4 x 42,64 kr.)</li> <li>• 2 konsultationer (2 x 135, 64 kr.)</li> <li>• 9 telefon konsultationer (9 x 26,56 kr.)</li> <li>• 1 vagt telefon</li> </ul>	2.091,10 319,63 170,56 271,28 239,04 49,29	3141
Hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelse på medicinsk afdeling (DRG-værdi)</li> </ul>	71.840	71.840
Kommune <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medfinansiering</li> </ul>	14.621	
<b>Total pris</b>		<b>74.981</b>

20 andre patienter, der blev indlagt med dehydrering kostede følgende;

Forløb med indlæggelse		I alt
Almen praksis <ul style="list-style-type: none"> <li>• E- kommunikation</li> <li>• Telefon konsultation</li> <li>• 1 vagt telefon</li> </ul>	42,64 26,56 49,29	
Hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelse på medicinsk afdeling (DRG-værdi)</li> </ul>	20.261	20.261
Kommune <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medfinansiering</li> <li>• 24,7 sygepleje timer (639 kr x 24,7)</li> <li>• 3,7 hjemmehjælp timer (435 kr x 1,92)</li> </ul>	6.889 15.783 835	16.618
<b>Total pris</b>		<b>36.879</b>

Vi antager, at de 4 første dehydrerede er de mest syge og derfor med rette hospitaliseres.

Ud fra et fagligt, økonomisk og hensynet til borgeren, burde og kunne behandlingen af nogle af de sidste 20 tilfælde varetages i hjemmet.

Behandling i hjemmet		I alt
Almen praksis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsultation</li> <li>• E-mail korrespondance</li> <li>• E-mail korrespondance</li> </ul>	135,64 42,64 42,64	220,92
Hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicin</li> </ul>	800,00	800,00
Kommune <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,83 sygeplejetime (639 x 2,83)</li> <li>• 1,92 hjemmehjælper time (435 x 1,92)</li> </ul>	1.808,37 835,20	2.643,57
<b>Total pris</b>		<b>3.664,49</b>

Behandling i hjemmet versus hospitalsindlæggelse giver i dette eksempel en reduktion i de samlede udgifter på 90 %.

I registreringen af samtlige patient- og borgerforløb der er håndteret via Callcentret gør det samme billede sig gældende. I nogle forløb er der opnået endnu større samfundsøkonomiske besparelser og i nogle forløb er det mindre.

Den nuværende incitamentsstruktur og de eksisterende styringslogikker giver ikke incitament i sektorerne eller hos borgeren til at initiere anderledes patientforløb i det nære sundhedsvæsen, hvilket der ellers er en klar defineret forventning om i Sundhedsaftalerne. [1]

#### 4.3.2 Priser

##### *4.3.2.1 Pris for ydelser fra almen praksis*

Ydelser fra almen praksis blev indhentet fra Sygesikringsregisteret, hvortil praktiserende læger indberetter de ydelser, de har givet patienterne for at blive godtgjort fra regionerne. Flere studier har vist, at registrets data er valide [40;41].

##### *4.3.2.2 Pris for kommunale ydelser*

De tre kommuner havde alle forskellige priser for deres ydelser. Nogle kommuner havde flere leverandører af hjælpen til borgerne, og hver leverandør havde deres priser. Der var enighed om, at hver kommune fandt deres gennemsnitspris for: praktisk hjælp, personlig pleje i hverdagen og for øvrig tid, sygepleje i hverdagen og for øvrig tid samt for træning.

Der er i denne rapport benyttet en pris for: praktisk hjælp, personlig pleje/hjemmehjælp og sygepleje.

En kommune havde ikke nogen beregnet pris på sygepleje og træning og ønskede ikke at komme med noget "kvalificeret gæt". Kommunen havde takster til de private leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje. Vi diskuterede om disse taktser kunne benyttes til at illustrere pris for sygepleje og for træning, da halvdelen af sygeplejeydelserne leveres af SOSU-personale. I den beregnede gennemsnitspris for alle tre kommuner er de ikke medtaget, hvorfor der kun er priser for to kommuner for sygepleje. En kommune havde ikke registrering af timer for borgere, der var på en

midlertidig plads eller boede på plejehjemmet, hvorfor der ikke er medtaget ydelser for borgere, der har ophold et af disse to steder.

En kommune havde ikke registreringer for træning leveret til borgere, derfor er træning ikke medtaget som en ydelse i denne rapport.

Der er i det følgende gjort et forsøg på at beregne en pris for ydelserne fra kommunerne. Der er som beskrevet ovenfor stor usikkerhed om den reelle pris, hvorfor priserne skal tages med forbehold. Vi mener dog, at de kan give en indikation af, hvad det koster at have patientforløb i kommunalt regi.

Ydelse	Pris per time kr.
Praktisk hjælp	321
Personlig pleje	435
Sygepleje	639

Tabel 4.1 En beregnet gennemsnitspris for ydelser i de tre kommuner.

#### 4.3.2.3 Pris for hospitalsydelser

Priser for ydelser leveres fra hospitalets ambulatorier og priser for indlæggelser er leveret af Region Midtjylland, Sundhedsplanlægning. Det er leveret som DRG-takster, der er en beregnet gennemsnitstakst, som måske ikke er den helt specifikke pris for hver enkelt patientforløb. Vi mener, at det er en pris, der kan benyttes, som en indikation for, hvad et forløb på hospital kan koste.

## Forbrug af almen praksis

**Tabel 4.3.2.1** Ydelser fra almen praksis for alle, hvor der var rettet henvendelse til Callcentret omkring dem i de 30 dage efter henvendelsen.

<b>Alle N=1.903</b>	<b>Antal ydelser</b>	<b>Gennemsnitspris Kr.</b>	<b>Pris total Kr.</b>
Telefonkonsultation	2.224	26,77	59.532
Telefonkonsultation i vagttid	1.186	79,85	94.699
E-mail konsultation	2.015	42,97	86.578
Konsultation	2.002	139,52	279.310
Hjemmebesøg	724	234,22	169.337
Vagtlæge besøg	434	297,86	129.270
Aftalt speciel forebyggende konsultation	33	368	12.129
Opsøgende hjemmebesøg	24	775,20	18.605
Totalt almen praksis			849.460
Cost per capita			446

## Forbrug af almen praksis

**Tabel 4.3.2.2** Ydelser fra almen praksis for dem, som blev indlagt ved henvendelsen til Callcentret omkring dem - i de 30 dage efter henvendelsen.

<b>N=233</b>	<b>Antal ydelser</b>	<b>Gennemsnitspris Kr.</b>	<b>Pris total Kr.</b>
Telefonkonsultation	431	26,66	11.492
Telefonkonsultation i vagttid	304	80,64	24.514
E-mail kommunikation	412	42,81	17.638
Konsultation	395	138,60	54.746
Hjemmebesøg	180	232,58	40.082
Vagtlæge besøg	95	295,06	28.126
Aftalt speciel forebyggende konsultation	5	366,45	1.832
Opsøgende hjemmebesøg	6	773,92	4.644
Totalt almen praksis	-	-	183.074
Cost per capita	-	-	786



## Forbrug af almen praksis

**Tabel 4.3.2.3** Ydelser fra almen praksis for dem, som ikke blev indlagt efter henvendelsen til Callcentret omkring dem - i de 30 dage efter henvendelsen.

<b>N=1.670</b>	<b>Antal ydelser</b>	<b>Gennemsnitspris Kr.</b>	<b>Pris total Kr.</b>
Telefonkonsultation	1.792	26,79	48.013
Telefonkonsultation i vagttid	875	79,56	69.934
E-mail kommunikation	1.603	43,01	68.943
Konsultation	1.607	139,74	224.564
Hjemmebesøg	539	238,80	128.712
Vagtlæge besøg	338	298,29	100.821
Aftalt speciel forebyggende konsultation	28	367,74	10.297
Opsøgende hjemmebesøg	18	775,63	13.961
Totalt almen praksis	-	-	665.245
Cost per capita	-	-	398

De 1903 patienter forbrugte mellem 0 og 138 ydelser hos deres praktiserende læge eller vagtlæge, fra henvendelsen var foretaget til Callcentret og i de følgende 30 dage.

De patienter, der blev indlagt, kostede næsten dobbelt så meget per capita (786 kr.), som de, der fik tilbudt et kommunalt tilbud (383 kr.).

## Forbrug af kommunale tilbud - Silkeborg

**Tabel 4.3.3.1** Forbrug af kommunale tilbud i Silkeborg kommune for de mennesker, hvor der har været henvendelse til Callcentret. Forbruget er i de 30 dage efter, der har været henvendelse til Callcentret omkring dem.

Silkeborg N=159	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	90	6.681	136.150	19,8 (1;240)	2.269	987.088	10.968
Praktisk hjælp/Rengøring	65	354	8.894	25,1 (3;101)	148	47.582	732
Sygepleje	148	5.442	93.832	17,2 (1;225)	1.564	999.311	6.752

**Tabel 4.3.3.2.** Forbrug af kommunale ydelser i de 30 dage efter henvendelsen til Callcentret for de mennesker fra Silkeborg kommune, der blev indlagt efter henvendelsen til Callcentret.

Silkeborg N=42	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	32	1.366	34.000	25,4 (2;240)	567	246.500	7.703
Praktisk hjælp/Rengøring	14	79	2.035	25,8 (5;101)	34	10.887	778
Sygepleje	26	843	12.570	14,9 (1;105)	210	133.871	5.149

**Tabel 4.3.3.3.** Forbrug af kommunale ydelser i de 30 dage efter henvendelsen til Callcentret for de mennesker fra Silkeborg kommune, der fik et kommunalt tilbud efter henvendelsen til Callcentret.

Silkeborg N=117	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	58	4.913	91.318	18,6 (1;150)	1.522	662.056	11.414
Praktisk hjælp/Rengøring	51	218	6.181	28,1 (3;75)	148	47.508	932
Sygepleje	117	4.395	89.726	20,4 (1;225)	1.495	955.582	8.167

## Forbrug af kommunale tilbud - Skive

**Tabel 4.3.3.4** Forbrug af kommunale tilbud i Skive kommune for de mennesker, hvor der har været henvendelse til Callcentret. Forbruget er i 30 dage efter, at der har været henvendelse til Callcentret omkring dem.

Skive N=338	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	233	37.322	460.320	12,3 (3;210)	7.672	3.337.320	14.323
Praktisk hjælp/Rengøring	120	3.091	38.220	12,4 (2;180)	637	108.177	901
Sygepleje	293	41.582	288.360	6,9 (3;365)	4.806	3.071.034	10.481

**Tabel 4.3.3.5** Forbrug af kommunale ydelser i de 30 dage efter henvendelsen til Callcentret for de mennesker fra Skive kommune, der blev indlagt efter henvendelsen til Callcentret.

Skive N=120	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	60	15.936	89.400	5,6 (3;190)	1.490	648.150	10.803
Praktisk hjælp/Rengøring	33	1.735	13.620	7,9 (5;150)	227	72.867	2.208
Sygepleje	80	1.464	90.960	62,1 (5;258)	1.516	968.724	12.109

**Tabel 4.3.3.6.** Forbrug af kommunale ydelser i de 30 dage efter henvendelsen til Callcentret for de mennesker fra Skive kommune, der fik et kommunalt tilbud efter henvendelsen til Callcentret.

Skive N=218	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	173	21.386	370.920	17,3 (3;210)	6.182	2.689.170	15.544
Praktisk hjælp/Rengøring	87	1.356	24.600	18,1 (2;180)	410	2.379	27
Sygepleje	213	23.622	197.400	8,3 (3;365)	3.290	2.102.310	9.870

## Forbrug af kommunale tilbud - Viborg

**Tabel 4.3.3.7** Forbrug af kommunale tilbud i Viborg kommune for de mennesker, hvor der har været henvendelse til Callcentret. Forbruget er i de 30 dage efter, at der har været henvendelse til Callcentret omkring dem.

Viborg N=456	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	309	10.973	327.595	29,9 (2-237)	5.460	2.375.100	7.686
Praktisk hjælp/Rengøring	127	374	14.537	38,9 (5-120)	242	77.682	612
Sygepleje	635	16.378	337.513	20,6 (1-370)	5.625	3.594.513	5.661

**Tabel 4.3.3.8** Forbrug af kommunale ydelser i de 30 dage efter henvendelsen til Callcentret for de mennesker fra Viborg kommune, der blev indlagt efter henvendelsen til Callcentret.

Viborg N=55	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	47	1.918	55.648	29,0 (3-168)	927	403.245	8.580
Praktisk hjælp/Rengøring	22	79	3.129	39,6 (5-120)	52	16.740	761
Sygepleje	39	3.501	82.776	23,6 (1-360)	1.380	881.564	22.604

**Tabel 4.3.3.9** Forbrug af kommunale ydelser i de 30 dage efter henvendelsen til Callcentret for de mennesker fra Viborg kommune, der fik et kommunalt tilbud efter henvendelsen til Callcentret.

Viborg N=401	Antal borgere	Antal besøg	Antal minutter	Gennemsnitlig Antal minutter (min; max)	Antal Timer	Total Pris Kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje/hjemmehjælp	262	9.055	271.887	30,0 (2-237)	4.531	1.971.181	7.524
Praktisk hjælp/Rengøring	105	295	11.408	38,7 (5-85)	190	61.032	581
Sygepleje	596	12.877	254.737	19,8 (2-370)	4.246	2.712.949	4.552

## **Forbrug af kommunale tilbud**

I Silkeborg kommune er omkostningerne for de patienter, der får et forløb med en indlæggelse efter henvendelsen til Callcentret mindre end, hvis patienterne får et forløb med en kommunal indsats. I de to andre kommuner er der en væsentlig større forskel og, det er omkostningerne er højere, når patienter får et forløb med indlæggelse.

I Skive kommune bruges der gennemsnitlig 17,3 minutter på personlig pleje/hjemmehjælp, hvorimod der i Viborg kommune bruges 30,0 minutter. I Viborg er prisen omkring halvdelen af, hvad den er i Skive.

Det sammen mønster ses ved sygeplejeydelsen, hvor der bruges længere tid 19,8 minutter i Viborg og 8,3 minutter i Skive, igen er prisen omkring halvdelen i Viborg. Hvor der i Silkeborg kommune bruges omtrent samme tid, som i Viborg, 20,4 minutter, er omkostningerne omtrent de samme som i Skive. Der er således ikke nogen rød tråd i forhold til, om længere besøg medfører mindre eller højere omkostninger.

## Forbrug af hospital

**Tabel 4.3.4.1** Indlæggelser for de mennesker, der har været henvendelse om til Callcentret, i de 30 dage efter henvendelsen.

	Antal N	Total hospitalsudgift Kr.	Hospitalsudgift per unit (min;max) Kr.	Total kommunal udgift Kr.	Kommunal medfinansiering per unit (min;max) Kr.
Indlæggelser	500	15.918.344	31.837 (5.713;249.485)	4.330.072	8.660 (1.942;14.621)
Antal personer indlagt	319	15.918.344	49.901 (5.713;249.485)	4.330.072	13.574 (1.942;14.621)

Der var 238 indlæggelser på samme dag, som der var rettet henvendelse til Callcentret omkring patienten. I løbet af de næste 30 dage var der yderligere 262 indlæggelser. Af de 319 patienter, der blev indlagt på hospitalet, var 86 indlagt mellem 2 og 11 gange. 18 patienter døde i løbet af de 30 dage efter henvendelsen til Callcentret.

## Forbrug af hospital

**Tabel 4.3.4.2** Ambulatorium besøg for de mennesker, der har været henvendelse om til Callcentret, i de 3 dage efter henvendelsen.

	Antal N	Total pris Kr.	Pris per unit (min;max) Kr.	Total kommunal udgift Kr.	Gennemsnitlig kommune finansiering (min;max) Kr.
Ambulatorie besøg (indenfor 3 dage efter Callcenter henvendelse)	298	422.387	1.417 (0;2.335)	135.570	455 (0;794)
Patienter	199	422.387	2.123 (0;2.335)	135.570	681 (0;794)

**Tabel 4.3.4.3** Ambulatorium besøg for de mennesker, der blev tilbudt et kommunalt tilbud efter henvendelse til Callcentret, i de 3 dage efter henvendelsen.

	Antal	Total pris Kr.	Pris per unit (min;max) Kr.	Total kommunal udgift Kr.	Gennemsnitlig kommune finansiering (min;max) Kr.
Ambulatorium besøg (indenfor 3 dage efter Callcenter henvendelse)	70	118.705	1.696 (0;63.406)	32.768	468 (0;14.621)
Patienter	39	118.705	3.043 (0;63.406)	32.768	840 (0;14.621)

**Tabel 4.3.4.4** Ambulatorium besøg for de mennesker, der blev indlagte efter henvendelse til Callcentret, i de 3 dage efter henvendelsen.

	Antal	Total pris Kr.	Pris per unit (min;max) Kr.	Total kommunal udgift Kr.	Gennemsnitlig kommune finansiering (min;max) Kr.
Ambulatorium besøg (indenfor 3 dage efter Callcenter henvendelse)	228	303.682	1.332 0;9.212	102.802	450 (0;3.132)
Patienter	160	303.682	1.898 0;9.212	102.802	643 (0;3.132)

## **Forbrug af hospital**

Der er større omkostninger i forbindelse med ambulatorie besøg for de patienter, der blev indlagt efter henvendelsen til Callcentret, i forhold til dem, som ikke blev indlagt. Der er ikke større forskel på omkostningerne for hvert besøg i et ambulatorium i de første tre dage efter henvendelsen til Callcentret.



## Forbrug af sundhedsydelser – alle henvendelser

**Tabel 4.3.5.1** Det samlede forbrug af den nævnte sundhedsydelse 30 dage efter henvendelse til Callcentret for alle henvendelser.

<b>Alle N=1.903</b>	<b>Silkeborg Kr.</b>	<b>Skive Kr.</b>	<b>Viborg Kr.</b>	<b>Gennemsnits pris Kr.</b>	<b>Cost per capita Kr.</b>
Personlig pleje/hjemmehjælp	2.375.100	3.337.320	2.375.100	8.087.520	4.250
Praktisk hjælp/Rengøring	77.682	108.177	77.682	263.541	138
Sygepleje	3.594.513	3.071.034	3.594.513	10.260.060	5.392
Almen praksis	-	-	-	665.245	350
Hospital	-	-	-	16.340.731	8.587
Samfundsøkonomisk forbrug				35.617.097	18.717

Her har vi medtaget alle de henvendelser – 1903, der var omkring borgere i de tre deltagende kommuner, også de, der ikke har fået nogen ydelse fra den ene eller anden interessant. Vi har håndteret hver henvendelse, som en "per capita" episode, da en henvendelse til Callcentret i alle tilfælde drejede sig om indlæggelse eller ej.

## Forbrug af sundhedsydelser – ved indlæggelse

**Table 4.3.5.2** Forbruget af den nævnte sundhedsydelse for de mennesker, der blev indlagt på hospital efter henvendelsen til Callcentret omkring dem, i de 30 dage efter henvendelsen.

<b>Alle N=238</b>	<b>Silkeborg Kr.</b>	<b>Skive Kr.</b>	<b>Viborg Kr.</b>	<b>Gennemsnits pris kr.</b>	<b>Cost per capita Kr.</b>
Personlig pleje/hjemmehjælp	403.245	648.150	403.245	1.454.640	6.112
Praktisk hjælp/Rengøring	16.740	72.867	16.740	106.347	447
Sygepleje	881.564	968.724	881.564	2.731.852	11.478
Almen praksis				183.074	769769
Hospital				15.951.112	67.021
Samfundsøkonomisk forbrug				20.427.025	85.828

## Forbrug af sundhedsydelser – får kommunalt tilbud

**Tabel 4.3.5.3** Forbruget af den nævnte sundhedsydelse for de mennesker, der ikke blev indlagt på hospital efter henvendelsen til Callcentret omkring dem, i de 30 dage efter henvendelsen.

Alle N=1.665	Silkeborg Kr.	Skive Kr.	Viborg Kr.	Gennemsnits pris kr.	Cost per capita Kr.
Personlig pleje /hjemmehjælp	662.056	2.689.170	1.971.181	5.322.407	3.197
Praktisk hjælp/Rengøring	47.508	2.379	61.032	110.919	67
Sygepleje	955.582	2.102.310	2.712.949	5.770.841	3.466
Almen praksis				665.245	400
Hospital	-	-	-	303.682	182
Samfundsøkonomisk forbrug				12.173.094	7.312

Der var en overvældende stor forskel i omkostninger per capita eller omkostningerne per leveret ydelse fra sundhedsvæsenet alt efter, om patienten blev indlagt eller ej efter henvendelsen til Callcentret. Det samlede samfundsmæssige forbrug, når patienten blev indlagt var 85.828 kr. versus 7.312 kr., når patienten ikke blev indlagt.

#### 4.4 Identificerede barrierer og fremmere for tværsektorielle forløb

Emne	Barrierer	Fremmere	Løsningsforslag
<p>Økonomi, egenbetaling af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IV Medicin</li> <li>Transport</li> <li>Akutplads /trygheds plads</li> </ul>	<p>IV Medicin, der gives i eget hjem eller på kommunal akutplads, skal borgere selv betale. Det er gratis for patienten at få IV medicin under indlæggelse på sygehuset.</p> <p>Borgere skal selv betale transport til kommunal akutplads, mens transport til sygehuset er uden egenbetaling. Praktiserende læger er tilbageholdende over for brug af akutplads kontra indlæggelse, på grund af den store udgift det kan pådrage borgere til transport.</p> <p>På kommunernes akutpladser og midlertidige pladser er der egenbetaling. Borgere skal betale ca. 140 kr. per døgn til forplejning. Borgere påføres ingen egenbetaling ved indlæggelse på hospital.</p>	<p>Ledelsen på akutafdelingen besluttede, at der i projektperioden anskaffes og udleveres medicin af Callcentret, som Akutafdelingen betalte.</p> <p>I akutklinikken i Skive blev der etableret et medicindepot med de mest gængse præparater, så det er muligt at opstarte 1. gangs IV antibiotika i Skive.</p> <p>Hvis alle andre muligheder er udelukket, betaler kommunen for transport til akutplads (også liggende).</p> <p>I Skive kommune er det besluttet, at det er gratis for borgere at komme på en akutplads.</p>	<p>Akutafdelingen udleverer fortsat IV medicin efter projektperioden.</p> <p>Ensrette dette i alle kommuner, så det er gratis for borgere at være på en akutplads.</p>

Emne	Barrierer	Fremmere	Løsningsforslag
Behandlings-ansvar	Praktiserende læger afviser nogle gange kommunalt tilbud, da lægen derved får ansvaret for behandlingen. Eksempelvis får de ansvar for IV-behandling, som det kan være længe siden, at de har ordineret og derfor har de ikke har kendskab til de præparater, der er tilgængelige for nuværende.	Det er legalt og de praktiserende læger opfordres til at inddrage akutlægen, så de kan have ansvaret i fællesskab.  Akutteam/hjemmesygeplejerske kan altid kontakte akutafdelingen ved tvivlsspørgsmål.  E-dok dokument er udarbejdet om udlagte patienter fra akutafdelingen.	Ansvarsfordelingen bør tydeliggøres. Tværsektorielt samarbejde mellem Almen Praksis, kommune og hospitalet kunne udbygges. Der kunne arbejdes videre med "praksispakkerne", hvor det er klart defineret hvem, der har ansvar for hvad.
Elektronisk kommunikation/ IT-systemer taler ikke sammen	Vagtlægen kan ikke se notater fra den praktiserende læge. Den praktiserende læge kan ikke se beskrivelse af alle de undersøgelser, der er foretaget på hospitalet. Sygeplejersken i kommunen kan udelukkende se korrespondance meddelelse fra en afdeling, og altså ikke epikriser eller andet. Relevant behandlings-information går tabt i overgangen. Patientsikkerheden er truet, da informationstabet øger risikoen for fejlbehandling	Mere smidighed i den elektroniske kommunikation imellem sektorerne kan medvirke til øget sikkerhed ved patientforløb i sektorovergange.	ET kommunikationssystem, der gør det muligt at kommunikere på tværs af Almen Praksis, kommuner og regioner.
De tre kommuner har forskellige tilbud /kompetencer	Eksempler på forskelligheder i kommunerne: Der gives 1. gangs IV antibiotika. Der tages blodprøver, venøse og kapillære. Anlægges af venflon. Betalning af akutplads.	Callcentret har udarbejdet kataloger over de tilbud, der er tilgængelige i Silkeborg, Skive og Viborg kommune.	De praktiserende læger efterspørger ensartethed i de forskellige kommuner, så det ikke er kommunegrænsen, der er afgørende for hvilke tilbud, der er til borgeren.

Emne	Barrierer	Fremmere	Løsningsforslag
<p>Øget tidsforbrug for de praktiserende læger, hvis de vælger kommunal løsning fremfor indlæggelse</p>	<p>Uvist om der er ledige akutpladser i kommunen, når Callcentret havde 1. kontakt med praktiserende læge. Der manglede overblik over belægning og ledige pladser. Callcentret foreslog f.eks. en praktiserende læge en akutplads som alternativ til indlæggelse. Først efterfølgende kan de undersøge om det er muligt.</p> <p>Når praktiserende læge ringer til hospitalsvisitationen og melder en patient til indlæggelse tager det max. 5 min. Hvis det er et forløb, der kan klares i kommunalt regi, er der mange flere samarbejdspartnere og instanser, den praktiserende læge skal igennem, - inden der er en afklaring på, hvorvidt alternativer til indlæggelse er en reel mulighed. Akutteam ville f.eks. gerne selv have kontakt til praktiserende læge og have informationer – de ønskede ikke, at kommunikationen gik igennem Callcentret.</p>	<p>Callcentret har haft mulighed for at hjælpe praktiserende læger med at finde en kommunal løsning, hvilket har været tidsbesparende for dem.</p>	<p>ET nummer ind til en visitation, som har kendskab til både kommunale og regionale tilbud hele døgnet rundt.</p>

Emne	Barrierer	Fremmere	Løsningsforslag
<p>Manglende kendskab til hinandens arbejdsopgaver</p>	<p>Det opleves i kommunerne, at der mangler viden om kommunale tilbud i almen praksis og blandt ansatte i regionalt regi.</p> <p>Dårlige erfaringer med et kommunalt tilbud kan medføre, at der ikke er tillid til de alternativer, der findes.</p>	<p>Udveksling af personale (mellem kommunalt og regionalt regi).</p> <p>Callcentret var kulturbærere og rollemodeller.</p> <p>Tværasektorielle temadage "Læring på tværs".</p> <p>Opbygning af relationer på tværs af sektorer udvikler det personlige kendskab, hvilket fremmer kendskabet og tiltroen til hinanden.</p>	<p>Ledelse på tværs af sektorerne.</p> <p>Lettere og mere simpel adgang til information om kommunale tilbud</p> <p>Fokus på, at det er vigtigt fortsat at have kulturbærere i de forskellige sektorer, så den viden og erfaring projekt Callcenter har erhvervet, ikke går tabt. Formidling af denne viden er vigtig, selv om projektperioden er overstået.</p>

Emne	Barrierer	Fremmere	Løsningsforslag
Kultur	<p>Der var forskellige holdninger hos de enkelte akutlæger og praktiserende læger angående hvilke patienter, der burde indlægges på akutafdelingen og hvilke, der kunne behandles i eget hjem/kommunalt regi.</p> <p>Paradigmeskiftet i Sundhedsvæsenet - opgave glidning i sektorerne.</p>	<p>Bryde med vanetænkning, være fleksible og velvillige til at skabe det bedste forløb for borgeren/patienten.</p> <p>Udbrede kendskabet om nye tiltag, besøg hos de praktiserende læger og på de forskellige hospitalsafdelinger.</p> <p>Vi kan lære meget af hinanden.</p> <p>Kulturarbejde i forhold til implementering af Sundhedsaftalen og paradigmeskift i Sundhedsvæsenet.</p>	<p>Vedligeholdelse af de kulturændringer i almen praksis, kommune og region, der er opnået som følge af projekt Callcenter.</p>



Emne	Barrierer	Fremmere	Løsningsforslag
<p>Logistik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="241 309 389 336">• Medicin</li> <li data-bbox="241 603 434 630">• Blodprøver</li> </ul>	<p>Skive kommune har ikke et hospital, som ligger inde med medicin. Det kunne være svært at fremskaffe medicin samme dag til Skive, da sidste interne transport var fra Viborg kl. 10.15.</p> <p>Der er udfordringer i forhold til analyse af blodprøver, hvis der ikke er et hospital med en klinisk biokemisk afdeling i kommunen, det betyder længere transporttid, korrekt opbevaring af prøverne, længere ventetid på svar - svarene vil derfor overgå til vagtlægen, som ikke kender borgeren.</p>	<p>Der er oprettet et depot i akutklinikken i Skive.</p>	<p>Øget tilgængelighed af mobil lab eller mulighed for, at akutteamet kan tage venøse blodprøver.</p> <p>Etablering af et "mobilt sygehuslaboratorium" på tværs af kommunegrænserne i Silkeborg, Skive og Viborg lignende det, der er etableret i Køge [42].</p>

Emne	Barrierer	Fremmere	Løsningsforslag
Organisations- perspektiv	Hver organisation har deres eget økonomiske perspektiv på Callcentret		At pengene blev taget fra en fælles kasse, så det ikke er økonomi, der er afgørende for det enkelte patientforløb.
-Almen praksis	De praktiserende læger får mere ansvar ved at beholde borgeren i eget hjem og ikke nogen økonomisk udligning herfor.		Ny incitaments- og styringssystem
-Kommuner	Den kommunale sektor får flere opgaver fra regionen, hvor der ikke følger penge med.		Kontinuerlig styregruppe - klar organisering med tydelig ansvars fordeling.
-Region	Regionen har brug for, at der er et stort og godt flow med mulighed for at sende patienterne hurtigt ud i kommunalt regi, når det er bedre for dem.		

## 5. Diskussion

I projektperioden for Callcentret var der fokus på at informere de praktiserende læger om de mange og mangeartede tiltag, der var og kom til i perioden, i Silkeborg, Skive og Viborg kommuner. Det blev hurtigt tydeligt, at da hospitalets afdelinger fik nys om dette videnscenter for de kommunale tilbud, startede de også på at benytte Callcentret til at få oplysninger om tilbud til patienter, der ikke længere behøvede lægefagligt opsyn.

Callcentret har i løbet af projektperioden fået 1968 henvendelser, - gennemsnitlig 86 henvendelser pr. måned. Callcentret har været involveret i 1.238 forløb, hvor en indlæggelse er undgået eller hvor indlæggelsesperioden er reduceret pga. etablering af nære sundhedstilbud i kommunerne. Samtidig vurderes der at være et uudnyttet potentiale til at undgå yderligere uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser. Forløbene for borgere, der havde fået et kommunalt tilbud var langt mere rentable end forløb for de borgere, der blev indlagt.

Den amerikanske "father of modern management" Peter Drucker har sagt, at hvis man ikke kan måle det, kan man ikke forbedre det. Det var et stort problem i projekt Callcenter, ligesom det er i dagligdagen i det nære sundhedsvæsen. De forskellige aktører registrerer i forskellige systemer, hvilket gør, at de ikke kan kommunikere med hinanden, gennem det de allerede har registreret til egen dokumentation og videre behandling af patienterne. Patienters sikkerhed udfordres af, at sektorerne ikke kan læse hinandens registreringer, der desuden medfølger, at masser af viden bliver tabt undervejs, da de elektroniske systemer ikke kan samkøres. Praktiserende læger kan ikke se beskrivelsen af alle undersøgelserne, der er foretaget på hospitalet - vagtlæger kan ikke se, hvad patientens egen læge har skrevet om patienten - epikriser kan ikke læses af hjemmesygeplejersker, de får derfor ikke indsigt i planen for patienten - hospitalets sundhedsprofessionelle kan ikke læse, hvad hjemmesygeplejersker og praktiserende læger har registreret om patienten. Der er ikke nogen kontinuitet, og derfor ikke noget patientforløb, i stedet er det småbidder af sundhedsvæsenets ydelser, der stykkes sammen.

Det var en udfordring, at de tre kommuner registrerede forskellige data, ligesom de registrerede forskelligt. Det besværliggjorde indsamlingen og især behandlingen af data. Det er derfor vejledende beregninger af forbrug af ydelser og ikke det eksakte forbrug, som kun kunne være fundet ved at følge hver enkelt borger med nedskrivning af, hvad der blev forbrugt i forhold til denne borger.

Der kan med rette diskuteres om kommunernes data kan sammenlignes, når der registres forskelligt i hver af de tre kommuner. Der blev afleveret tre forskellige data sæt skønt afholdelse af fælles workshops og enighed om at aflevere sammenlignelige data. Kommunernes data omkring tid er baseret på den planlagte tid, der skulle bruges på borgeren; der kan i løbet af besøget hos borgeren være opstået forhold, der har forårsaget, at tidsforbruget er ændret. I en kommune er data behandlet ved manuel indsamling, hvor de to andre kommuner har benyttet sig af maskinel indsamling og bearbejdning. Der er i et datasæt bemærkninger om, at det, der er registreret som "personlig pleje" i virkeligheden må være "sygepleje tid" for flere borgere. Ligeledes er der en separat ydelse i en kommune for køretid, hvor andre kommuner indregner dette i ydelsestiden brugt hos borgeren.

Der må derfor tages forbehold over for de eksakte værdier i analyserne. Der foretages mange besøg i en kommune, hvor besøgstænderen så er kortere i forhold til de andre kommuner. Det er en diskussion, om jævnlige korte besøg er bedre for borgeren end nogle længere besøg lidt sjældnere. Det kunne være interessant at undersøge dette hos borgerne med en interview undersøgelse.

Der er ofte opstået en kultur omkring, hvordan man organiserer besøg hos borgere, og om det er sosu-assistenten eller sygeplejersken, der foretager besøgene og udfører jobbet hos borgeren. Fra en kommune lyder det, at omkring halvdelen af deres sygeplejebesøg bliver udført af sosu-assistenten, hvor en anden kommune noterer dette som "personlig pleje" besøg.

Der er således mange fejlkilder mulige i forhold til de indsamlede kommune data. Vi mener dog, at det er muligt at benytte disse data, som en indikation for, hvordan behandlingen er foregået i kommunerne efter, der har været rettet henvendelse om borgere til Callcentret. Der vil blive udarbejdet flere videnskabelige studier af disse indsamlede data.

I hospitalsregi er forbruget udtrykt med DRG takster, der også er en beregnet gennemsnitspris på landsbasis. Der er ikke noteret, hvornår akutlæger har sparret med deres kollegaer i almen praksis; da dette vil være en mindre ydelse, 50 kr. per telefonopkald, har vi ikke anset at det vil ændre stort på økonomien for hospitalsydelser.

Blot forbruget af ydelser i almen praksis er præcist, da det er det beløb, der bliver udbetalt til de praktiserende læger, når de indberetter deres ydelser til regionen.

Der er flere ting, som kunne lette indsamling og sammenligning af data. Kommuner kunne bruge det samme system, og de kunne registrere de samme ting. Den eneste ens parameter i de tre kommuner var registreringen af det antal minutter, der blev brugt på en ydelse. Næste skridt vil være, at hele sundhedsvæsenet, altså alle sektorer og interessenter registrer i et system, eller i det mindste i systemer, der kan "snakke sammen", hvorved alle involverede sundhedsprofessionelle kan følge, hvad der er sket med patienten. Det kunne også være, at patienten selv skulle kunne følge med i hvad, der bliver registret, eventuelt kunne patienter også selv registre dagsformen i det system, hvor information og data kunne hentes fra, såkaldte PRO/PROM data.

Det ser ud til, at omkostninger per capita i almen praksis er mere end dobbelt så høj for de patienter, der blev indlagt på hospital, i forhold til omkostninger per capita for dem, som ikke blev indlagt. Det kunne tyde på, at de, der bliver indlagte, er dårligere – også efter deres indlæggelse, hvor de har behov for deres praktiserende læges behandling og omsorg. Det kunne desuden være en indikation om, at de praktiserende læger ikke behøver at frygte, at der kommer mange flere henvendelser til dem, når patienterne bliver behandlet i hjemmet eller i nærmiljøet, hvor almen praksis har behandlingsansvaret, i forhold til, når patienterne bliver indlagt, og hospitalslægerne har behandlingsansvaret.

Der er en klar forskel i forbruget af de samfundsmæssige økonomiske ressourcer, hvor de, der bliver indlagt, forbruger mere fra alle tre interessenter, almen praksis, kommune og naturligvis hospitalet, end de, der ikke bliver indlagt. Det tyder på, at Callcentret har formået at visitere de rigtige patienter til forløb i deres eget hjem eller

nærmiljø. Derfor er størstedelen af patienterne nok også placeret det rette sted for den indsats, det samlede sundhedsvæsen kan tilbyde dem.

De eksisterende incitaments- og styringssystemer giver ikke de enkelte aktører økonomisk incitament til at initiere tværsektorielle patient- og borgerforløb som alternativer til indlæggelse. Visionerne i Sundhedsaftalen [1] er klare, men der er ikke afsat fælles midler til at løse opgaven, og de nuværende systemer understøtter og motiverer ikke de gode hensigter hos de sundhedsprofessionelle. Erfaringerne og resultaterne fra dette projekt peger på, at der er samfundsøkonomisk store besparelser at hente, - men implementering kræver en grundig revision af eksisterende styringslogikker.

Det er svært at vurdere, hvorvidt antal henvendelser til Callcentret i projektperioden var tilstrækkelig. Man kunne eventuelt øge antallet af henvendelser ved endnu mere PR og relations fremmende aktiviteter. Vi ved det ikke, men en stagnation i antallet af henvendelser og tilmed et fald, kan også ansues som en succes og et tegn på, at vanetænkning og kulturen er ved at ændre sig, og at en sundhedsprofessionel, som allerede har fået øget kendskab til de kommunale tilbud, vil kontakte den rette instans direkte og ikke længere have behov for rådgivning i Callcentret.

Callcentrets 2-årige tilstedeværelse i Hospitalsvisitationen og det vedholdende arbejde med at kortlægge og rådgive om kommunale tilbud i de tre kommuner samt besøg og prioriteret nært samarbejde med almen praksis, kommuner og øvrige hospitalsafdelinger har øget kendskabet til visionerne fra Sundhedsaftalen 2015-2018 [1] hos alle samarbejdspartnere.

Sygeplejerskerne i hospitalsvisitationen har i to år siddet sammen med Callcentret og har derigennem fået øget kendskab til de kommunale muligheder og tilbud samt til de visioner der er indeholdende i Sundhedsaftalen [1].

I Hospitalsvisitationen og i dialogen med de praktiserende læger oplever vi allerede, at vi er ved at bryde med vanetænkning og, at vi er ved at skabe en kultur, hvor det tværsektorielle samarbejde og udvikling af patientforløb i borgerens nærmiljø prioriteres ved at tage udgangspunkt i den enkeltes behov, og dermed give det rette tilbud til borgere fra den første kontakt til sundhedsvæsenet. På grund af mange eksisterende barrierer, er der dog stadig mange mulige løsninger som er umulige at

gennemføre, selv om samtlige interessenter i de tre sektorer er enige om at have gode hensigter.

Udviklingen i alle kommunerne i projektperioden peger på, at der er et øget antal borgere, som henvises til kommunale tilbud frem for indlæggelse på hospitalet. Mulige forklaringer på denne udvikling kan være, at kommunerne får flere tilbud og varetager kompetenceudvikling af deres personale. Eksempelvis kan nævnes implementering af TOBS i samtlige kommuner og mulighed for CRP måling på akutpladserne i Skive.

Besøgende i almen praksis kan have haft effekt i vagtlægetiden, hvor de kommunale tilbud benyttes i stigende omfang. De praktiserende lægerne er blevet bevidste om muligheden for at sende akutteamet ud og vurdere en borger, tage blodprøver og eventuelt se situationen an ved hjælp fra et kommunalt tilbud.

## 6. Konklusion

Den gennemgåede evidens peger på, at borgere restitueres hurtigere og bedre samt risikerer færre komplikationer, når de behandles i eget hjem eller nærmiljø.

Skive, Viborg, Silkeborg kommuner har alle etableret tilbud, således at borgere, i højere grad end tidligere, kan behandles hjemme eller på en akutplads. Tilbuddene i de tre kommuner varierer.

De adspurgte praktiserende læger giver udtryk for, at de har benyttet sig af Callcentrets viden og derigennem har fået et bredere kendskab til de kommunale tilbud. Callcentret har været gode til at løse opgaver for de praktiserende læger, hvilket har sparet dem for tidskrævende opgaver.

De praktiserende læger finder, at behandling i eget hjem frem for indlæggelse i mange tilfælde gav rigtig god mening, og de har et godt samarbejde med hjemmesygeplejerskerne og akutteamet. Det gode samarbejde er vigtigt, da det er deres oplevelse, at patienterne meget hurtigt blev udskrevet fra hospitalet. De praktiserende læger var afhængige af de tætte og gentagne observationer, som hjemmesygeplejen/akutteamet foretog med henblik på at forebygge genindlæggelser. De efterspørger øget tilgængelighed til kommunale tilbud og forslår, at kommunerne får tilført øgede ressourcer samt, at honoreringen til de praktiserende læger/vagtlæger, som bruger tid på at afklare om patienten kan behandles i kommunalt regi frem for indlæggelse, øges, da det er meget tidskrævende at initiere forløb udenfor hospitalet.

Flere adspurgte læger ønsker et standardiseret set-up i alle kommuner, specielt de læger som har praksis i randzonen af to kommuner samt, når de agerer som vagtlæge, det ville gøre det lettere at navigere i de kommunale tilbud.

De praktiserende læger efterspørger ET nummer at ringe til, som skal være døgndækkende og have visitationsret til både primær og sekundær sektor, og hvor der gives information om tilbud i kommunalt og regionalt regi. Via denne rådgivning forventes antallet af uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser at kunne reduceres, og de kommunale alternativer til indlæggelse ville blive benyttet mere.



Callcentret har været medvirkende til at skabe patientforløb, hvor der potentielt er store samfundsøkonomiske besparelser at hente. Samtidig har Callcentret medvirket til, at patienter er blevet behandlet i deres nærmiljø fremfor at være udsat for en uhensigtsmæssig akut korttidsindlæggelse. Ser man isoleret på omkostninger og indtægter i hos de enkelte aktører, er der på grund af forskellige styringslogikker, ikke incitament til at initiere alternativer til indlæggelse i det nære sundhedsvæsen. Erfaringer fra projektet peger entydigt på, at aktørernes nuværende forskellige styringslogikker og incitamentsstrukturer er en stor barriere i forhold til, at kommuner, hospitaler og praktiserende læger forventes at arbejde tæt sammen for at give borgeren et forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag.

Når vi ser på omkostningerne for hvert forløb, var der overvældende stor forskel på, om patienten blev indlagt eller ej efter henvendelsen til Callcentret. Selv når vi medtager usikkerheden om de eksakte priser for ydelser, mener vi, at kunne sige at der er en stor forskel i forbrug af samfundsøkonomiske ressourcer, når vi i denne rapport finder, at et forløb i kommunalt regi koster 8,5% af, hvad et forløb med indlæggelse koster. Så der er en klar indikation af at disse forløb i kommunalt regi har lavere omkostninger.

Projektet har identificeret en række barrierer som gør det vanskeligt at skabe gode tværsektorielle forløb til gavn for borgeren og samfundsøkonomien. Forskellige IT-systemer i de forskellige sektorer, egenbetaling for medicin ved behandling i eget hjem vs. gratis medicin under indlæggelse, betaling for ophold på akutplads vs. gratis ophold på hospital, egenbetaling for transport til akutplads kontra en ambulance til en indlæggelse. Dette er bare få eksempler på barrierer, der vanskeliggør tilvalg af behandling i borgerens nærmiljø kontra en indlæggelse.

Vores erfaringer peger entydigt på, at hvis vi skal lykkes med at give borgeren det bedste forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag, er det nødvendigt at bryde med vanetænkning og skubbe eksisterende rammer, hvilket erfaringerne viser, at alle deltagende aktører, til en vis grad, er villige til og i nogen grad har mulighed for. Eksempelvis har Akutafdelingen udleveret medicin til behandling af borgere i eget hjem, hvorefter det kommunale akutteam har hentet medicinen på hospitalet og initieret behandlingen straks i borgerens hjem. Almen

praksis har været medvirkende til at initiere forløb i borgerens nærmiljø på trods af ringe honorering herfor, og der er utallige andre eksempler på sundhedsprofessionelle som har udvist stor fleksibilitet og smidighed i opgaveløsningen på tværs af sektorer; derved har det været muligt at forcere identificerede barrierer ved at bryde med vanetænkning, vise mod og skubbe eksisterende rammer.

Det er tidskrævende at ændre en kultur, men ved tværsektorielt samarbejde og ved at udbygge relationer på tværs af sektorgrænser opleves det, at kulturen ændres over tid.

En indsats som Callcentret viser, at det er muligt at udbygge samarbejdet yderligere på tværs af sektorer og interessenter. Det viser sig også at have en samfundsøkonomisk fordel med disse kulturændringer for behandlingen af patienter i det nære sammenhængende sundhedsvæsen.

## 7. Perspektivering

For at arbejde mod et nært samarbejdende sundhedsvæsen, hvor borgeren kan være, hvor de er tryggest og kommer sig bedst, er det en forudsætning, at de forskellige aktører i de forskellige sektorer opnår indsigt i hinandens opgaver, ansvar og hverdag. Stillinger og projektansættelser som er dedikeret til denne tværsektorielle relationelle opgave og er rollemodeller og kulturbærere, som de projektansatte i Callcentret har været, kan sprede denne indsigt og sammenhæng. Tværsektoriel udveksling som kompetenceudvikling samt fællesundervisning på tværs af sektorer vil også kunne højne indsigt i hinandens opgaver.

Det er nødvendigt, i endnu højere grad, at øge samarbejdet med de praktiserende læger og fremtidige projekter bør sigte på kontinuerligt at udbygge dette samarbejde. I fremtidige forhandlinger er det nødvendigt at anerkende, at almen praksis, såvel som kommuner og regioner er væsentlige for udviklingen af borgerens samlede behandlingsforløb og udvikling af nære sundhedstilbud.

Et justeret og tilpasset incitaments- og styringssystem, der understøtter visionerne i Sundhedsaftalen, vil også fremme og styrke den tværsektorielle indsats for de svageste ældre ved altid at have mulighed og rammer for at tage udgangspunkt i den enkeltes behov, og dermed give det rette tilbud til borgere fra den første kontakt til sundhedsvæsenet.

Der bør arbejdes videre med praksispakker, hvor der er potentielt store samfundsmæssige besparelser samt øget borgertilfredshed når borgere behandles i eget hjem. Processen med at udvikle pakkerne yderligere vil få de forskellige aktører til at fokusere på, hvad der er deres kerneopgave og hvilke opgaver andre kunne løse lige så godt eller bedre. En vigtig komponent er en beskrivelse af en klar ansvarsfordeling for de enkelte opgaver i patientforløbet, hvorved det netop bliver til et forløb og ikke småbidder af forskellig behandling uden nogen fælles plan. Ved implementering af praksispakker er det også altafgørende, at der skabes incitament, der understøtter og motiverer alle sektorer til at deltage.

Efter endt projektperiode er Callcentret nu en integreret del af Hospitalsvisitationen på HE Midt. Der er således stadig mulighed for kvalificeret rådgivning om alternativer til

indlæggelse. Det er en ledelsesmæssig udfordring at få ekspertisen og den specialiserede viden spredt til 25 medarbejdere til forskel fra projektets to. Denne ændring åbner for en mulig kvalitetsforringelse, da det dedikerede fokus fra projektperioden forsvinder og muligheden for at falde tilbage til gamle visitationsmønstre opstår.

For at undgå ulighed i sundhedstilbud vil det være en fordel, hvis der opnås større ensartethed i kommunernes tilbud og tiltag. Praktiserende læger i vagttid ville lettere kunne initiere alternativer til indlæggelse, hvis tilbuddene og kompetenceniveauet var mere standardiseret. Det er en udfordring da der er 98 kommuner, der varierer i størrelse, har forskellige økonomiske udfordringer og dermed også forskellige muligheder for at løse deres mange opgaver, - herunder sundhedsområdet og udvikling af nære sundhedstilbud.

I Midtklyngen tages der allerede nu fat på et endnu mere integreret samarbejde. I efteråret 2016 er der søgt og tildelt satspuljemidler til at bygge videre på projekt Callcenter. Projektet vil blive inddelt i forskellige faser med henblik på en gradvis udbygning af samarbejdet. Indsatserne i de enkelte faser tilrettelægges således, at der genereres viden om og erfaringer med hvilken organisering, der sikrer bedst sammenhæng for i første omgang de svageste ældre. Projektet indbefatter eksempelvis en netop gennemført etablering af et klinikfællesskab mellem den regionale akutklinik og den kommunale sygepleje. Dette klinikfællesskab får fysisk fremmøde samme sted som lægevagten. Skive kommune er på den baggrund udvalgt som pilot for en mere fælles organisering herunder fælles ledelse. Fra klinikfællesskabet skal der endvidere etableres en udgående akutfunktion. Hospitalsvisitation og Callcentret, der senere i forløbet vil blive omdøbt til Sundhedsvisitation Midt, har en central rolle i udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og har fokus på arbejdsfællesskab og derigennem øget samarbejde mellem akutteams, praktiserende læger og hospital. Videreudvikling af praksispakker indgår også i planerne og på sigt en fælles tværsektoriel visitation.

Den overordnede vision er stadig at give det rette tilbud til borgere fra deres første kontakt til sundhedsvæsenet. En forudsætning for at nå dette er på sigt at etablere en

central kliniknær visitationsenhed som har rettigheder til at visitere til ALLE sundhedstilbud. Det vil kunne hindre unødige indlæggelser til gavn for borgere og samfundsøkonomi samt aflaste almen praksis i at skulle navigere i flere sektors tilbud for at forsøge at finde det rigtige tilbud til den enkelte borger.

Projekt Callcenter som model for et centralt placeret center, som med opdateret viden om kommuners tilbud kan let spredes til resten af landet og til andre sundhedsvæsenet, der er opbygget som det danske, hvor det er de praktiserende læger, der sender patienterne videre til yderligere behandling i sundhedsvæsenet.

## 8. Litteratur

1. Sundhedsaftalen 2015-2018.  
[http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/forside/sundhedsaftale\\_tryk.pdf](http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/forside/sundhedsaftale_tryk.pdf)  
Accessed 14.juni 2017.
2. Institute for Healthcare Improvement, IHI, Triple Aim. Accessed October/20 2016 and June/15 2017.
3. Smidth M. The effect of a community based active implementation of a disease management programme for chronic obstructive pulmonary disease. The Research Unit for General Practice, Institute for Public Health, Aarhus University, Denmark. Aarhus, Denmark; 2013.
4. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A. integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. 2012.
5. Ploeg J, Brazil K, Hutchison B, Kaczorowski J, Dalby DM, Goldsmit CH, Furlong W. Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: a randomized controlled trial. *BMJ* 2010;340:1480.
6. Toscan J, Mairs K, Hinton S, Stolee P, InfoRehab Research Team. Integrated transitional care:patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *Int J Integr Care*. 2012;12:13.
7. Trivedy CR, Cooke MW. Unscheduled return visits (URV) in adults to the emergency department (ED): a rapid evidence assessment policy review. *Emerg Med J*. 2015;32(4):324-329.
8. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Effektiv kommunal forebyggelse med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. 2013.
9. Schmidt G. Akutpladser mangler patienter. *Regio*. 2015;3/2(9):6-7.
10. Schein EH. 1994. Organisationskultur og ledelse. Forlaget Valmuen. København.
11. Hein-Sørensen T. 2000. Den kompetente virksomhed. Forlaget Børsen. København.
12. Fredslund H Dahlager L. 2001. Kvalitative metoder. I:Jørgensen T, Christensen E, Kampmann JP: Klinisk Forskningsmetode – en grundbog. Munksgaard. Danmark.
13. Lee SH, Kim H, Jeong JH, Kang C, Rhee JE, Byeon YI, Im YS, Park C, kim J, Hwang SS. Effect of multifaceted interventions on reducing return visits within

- 72 h after non-traumatic emergency department visits. *Emerg Med Australas.* 2015;27(5):431-439.
14. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37(1):111-126.
  15. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001;51(465):303-309.
  16. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SEPAS report 2012. Gac Sanit* 2012; 26 Suppl 1:2026.
  17. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009;7(4):293-299.
  18. Parchman ML, Noel PH, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles, and chronic illness. *Med Care* 2005; 43(11):1123-1129.
  19. Sundhedsstyrelsen. EfP. Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Jørgensen SJ, editor. Sundhedsstyrelsen 2005.
  20. Frølich A, Strandberg-Larsen M, Schiøtz ML. The Chronic Care Model – A new approach in DK. *Health Policy Monitor*; 2008.
  21. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A et al. integrated care for patients and populations, improving outcomes by working together. A report to the Department of health and the NHS Future Forum. London: The King's Fund and Nuffields Trust; 2012.
  22. Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases. *BMJ* 2001;325(7370):913-914.
  23. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2001;324(7330):135-141.
  24. Ham C. Learning from Kaiser Permanente, a progress report. London: Department of health; 2003.
  25. Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Sev Res* 2008; 8:252.
  26. Oberlander J. Learning from failure in health care reform. *N Engl J Med* 2007; 357(17):1677-1679.
  27. Smidth M, Christensen MB, Fenger-Gron M, Olesen, Vedsted P. The effect of an active implementation of a disease management programme for chronic obstructive pulmonary disease on healthcare utilization – a cluster randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:385-6963-13-385.

28. Schiøtz M et al. something is amiss in Denmark: A comparison of preventable hospitalizations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish Health care system and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research* 2011, 11:347.
29. Biber R, Singler K, Curschmann-Hortner M, Wicklein S, Sieber C, Bail HJ. Implementation of a co-managed Geriatric Fracture Center reduces hospital stay and time-to-operation in elderly femoral neck fracture patients. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2013 Nov;133(11):1527-31.
30. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003; 94(3):384-388.
31. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, Conklin A, Erler A, Elissen A, Flamm M, Fullerton B, Sönnichsen A, Vrijhoef H. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health Econ Policy Law.* 2012;1:125-146.
32. Region Midtjylland. Sundhedsplan 2013. <http://ipaper.ipapercms.dk/RM/KoncernKommunikation/Sundhedsplan/Sundhedsplan2013/>. Tilgået 20.maj 2017.
33. Frølich A. Identifying organisational principles and management practices important to the quality of health care services for chronic conditions. *Dan Med J.* 2012;59(2):B4387.
34. Smidth M, Christensen MB, Fenger-Gron M, Olesen F, Vedsted P. The effect of an active implementation of a disease management programme for chronic obstructive pulmonary disease on healthcare utilization--a cluster-randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:385-6963-13-385.
35. Schiøtz M, Price M, Frølich A, Søgaard J, Kristensen J, Krasnik A, Ross MN, Diderichsen F, Hsu J. Something is amiss in Denmark: A comparison of preventable hospitalisations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish healthcare system and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research.* 2011;11(347).
36. Pedersen PV, Ingholt L, Tjørnhøj-Thomsen T. Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering. Statens Institut for Folkesundhed. 2015.
37. Purdy S Griffin t, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions:terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009;123 169-173.
38. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert G P, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Family Practice* 2014 2014 vol 31 no 5 502-516.
39. Jepsen HK, Hendriksen C, Nielsen H, Nybo B, Perrild H. Every seventh acute medical admission is preventable. *Danish Medical Journal* 60/3 March 2013.



40. Sørensen HT. Regional administrative health registries as a resource in clinical epidemiology. A study of options, strengths, limitations and data quality provided with examples of use. *Int J Risk & Safety in Medicine* 1997; 10:1-22.
41. Sahl Andersen J, de Fine Olivarius N, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scan J Public Health* 2011; 39(7 suppl):34-37.
42. *Sygeplejersken*, nr. 10. 2015.

## 9. Taksigelser

Vi vil gerne takke følgende for et godt samarbejde;

Nære Sundhedstilbud i Region Jylland.

Praktiserende læger i de tre kommuner i Silkeborg, Skive og Viborg Kommune.

Akutteam og hjemmesygeplejersker i Silkeborg, Skive og Viborg Kommune.

Hospitalspersonale på HE Midt

Ansvarlige for levering af data i kommunerne; Nette Hugöy Rasmussen, Silkeborg Kommune, Jeanette Andersen, Skive Kommune og Claus Ehrenreich-Petersen, Viborg Kommune.

Simon Bang Kristensen, BIAS.

Bettina Brokholm Olesen, Akutsekretariatet på HE Midt.

Styregruppen for projekt Callcenter for ivrige diskussioner, faglig sparring og gode ideer.

## **10. Bilag**

1. Styregruppe.
2. Interviewguide.
3. Implementerings strategi.
4. Videnskabelige præsentationer.

## 10.1 Bilag 1 – Styregruppe

### **Akutfdelingen HE Midt:**

Bente Dam, oversygeplejerske (formand)  
Larry Højgaard Kristiansen, ledende overlæge  
Mette Gammelgaard Haahr, afdelingssygeplejerske  
Ninna Odgaard Pedersen, projektansat sygeplejerske  
Mette Brøndum Mouritsen, projektansat sygeplejerske  
(udtræder 1.9.2016)  
Tina Søndergaard Pedersen, projektansat sygeplejerske  
(indtræder 1.10.2016)  
Camilla Aakjær Andersen, læge (udtræder 1.6.2015)  
Mille Berg Morberg, overlæge  
Postdoc Margrethe Smidth (indtræder 1.6.2015)  
Klinisk Specialist Lone Hede (projektleder)

### **Almen praksis:**

Holger Fischer, Praksiskonsulent for Akutfdelingen HE Midt  
Estrid Muff Aagaard, Praksiskonsulent for Diagnostisk Center Regionshospitalet  
Silkeborg (udtræder 21.9.2015)

### **Silkeborg Kommune:**

Vibeke Staack, Chefkonsulent for Sundhed og omsorg  
(udtræder 1.4.2016)  
Knud Callesen, Sektionsleder for Nære Sundhedstilbud  
(indtræder 29.3.2016)

### **Skive Kommune:**

Elsebeth Hummelgaard, Myndighedschef  
(udtræder 1.2.2016)  
Anne Marie Thorning, Sektionsleder "Visitation og hjælpemidler"  
(indtræder 1.2.2016)  
Else Marie Hansen, udviklingsygeplejerske (stedfortræder)

### **Viborg Kommune:**

Mette Rohde, leder for det kommunale sundhedsvæsen  
(udtræder 1.8.2016)  
Anne-Marie Agerskov, leder af sygeplejen  
(indtræder 23.8.2016 – udtræder 6.12.2016)  
Grethe Vestergaard Nielsen, Leder af rehabiliteringscenter og akutteam  
(indtræder 7.11.2016)

## 10.2 Bilag 2 – Interviewguide

1. Er du som praktiserende læge blevet informeret om projekt Callcenter og hvad det kan bruges til?
2. Har du brugt Callcentret?
3. Hvad drejede henvendelsen sig om?
4. Fik du den forventede rådgivning og hjælp? (Svarede det til dine forventninger?)
5. Klarede Callcentret opgaven for dig eller skulle du selv foretage noget?
6. I hvor stor grad benytter du kommunale tilbud? (Generelt - Sundhedshuse)
7. Hvor får du din viden om kommunale tilbud fra?
8. Henviser du flere patienter til kommunale tilbud nu end tidligere? (Hvis ja, hvad skyldes det?)
9. Har Callcentret været en hjælp i forhold til at få viden omkring kommunale tilbud?
10. Overvejer du et kommunalt tilbud, inden du vælger at indlægge patienterne?

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er der en forventning til praktiserende læger, kommune og hospital, om at skabe gode patientforløb i det nære sundhedsvæsen.

1. Oplever du udfordringer i forhold til gode patientforløb i det nære sundhedsvæsen?
2. Hvis ja, hvilke udfordringer? (F.eks. Egenbetaling af transport, medicin)
3. Har du konkrete forslag til at nå visionen for sundhedsaftalen? (giver det mening set ud fra dit perspektiv?) Forskning peger på, at patienterne har bedre af at forblive i deres nærmiljø.
4. Hvordan kan vi sikre, at patienterne ikke "falder imellem to stole"?
5. Giver det mening, at patienter behandles i eget hjem frem for indlæggelse?
6. Giver det dig udfordringer som praktiserende læge, at patienten behandles i eget hjem frem for indlæggelse?
7. Er fordeling af behandlingsansvar klar, tydelig og meningsfuld, ved de patienter der forbliver i eget hjem og benytter et kommunalt tilbud frem for indlæggelse på hospitalet?

Indledende: Formålet med projekt Callcenter er at skabe de bedste forløb for patienterne. Audit på hospitalet har vist, at der dagligt opleves u hensigtsmæssige korttidsindlæggelser.

8. Har du konkrete handlingsforslag til, hvordan vi giver patienten det bedste forløb/laver smidige forløb? (F.eks. blodprøvetagning, akutteam, visitation i kommunen/hospitalet, akutpladser)
9. Hvis du kun skal ringe et sted hen, hvad skal det sted så tilbyde? Hvad har du brug for? (F.eks. At Callcentret/hospitalsvisitationen har kendskab til belægningen på akutpladserne, at de må henvise dertil)
10. Har du oplevet en ændring, når du ringer ind til hospitalsvisitationen? (Længere ventetid, bliver der stillet flere spørgsmål i forhold til om det kunne være et kommunalt tilbud?)

## 10.3 Bilag 3 - Implementering - tiltag og vigtige begivenheder

### April-Juni 2015:

- Besøg/kontakt til sundhedshuse/centre i de tre kommuner.
- Besøg/kontakt til sygeplejedistrikter i kommunerne.
- Callcentret bliver beskrevet på Praksis.dk.
- Kontakt til RIV grupper (praksissygeplejersker og sekretærer) i de tre kommuner.
- Information Callcentret kommer på HE-Midts hjemmeside.
- Yngre læger får kort information om Callcentret i forbindelse med deres introduktion til akutafdelingen.
- Poster om Callcentrets formål udarbejdes og placeres udenfor vagtlægens rum.
- Øget politisk interesse om projektet.
- Ledere af hjemmesygeplejen informeres om Callcentret.

### Juli 2015:

- Kompetencer fra Callcentret anvendes i ferieperioden for at synliggøre Callcentrets formål og få direkte kontakt med de praktiserende læger. Det kan være medvirkende til at bibeholde antallet af henvendelser.

### August - Oktober 2015:

- Oplæg i Akutfagligt råd i Region Midtjylland.
- Interessen fra andre sygehuse begynder at vokse, ses i antallet af eksterne besøg.
- Manglende kompetencer i Skive kommune identificeres og registreres (f.eks. venflonanlæggelse og første gangs IV antibiotika).
- Oplæg om Callcentret i Kommunelægeforeningen i Viborg.

### November 2015:

- Vinterperiode: KOL exa, influenza. Borgerne kan være i så dårlig en tilstand at indlæggelse ikke kan undgås.
- Callcentret informeres om "Flexible indlæggelser" i Silkeborg.

- Skive kommune udvider med en ny kompetence - CRP måling kan nu foretages på Marienlyst.
- Oplæg på Sundhedsfagligt Symposium på HE Midt.
- Arbejdet med at udvikle praksispakker begyndes.

#### **December 2015:**

- Projekt Callcenter tildeles midler fra Kommunepuljen fra Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland således, at projektet får mulighed for at fortsætte endnu et år.
- Møder med PLO og praksiskonsulent omkring praksispakker.

#### **Januar 2016:**

- Artikel om projekt Callcenter udgives i "Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen".
- Opstart af erfaringsudvekslingsgruppe, hvor sygeplejersker og ledere fra akutpladserne i de tre kommuner mødes.
- Callcentret bliver præsenteret på et Sundhedsstyregruppemøde, hvor ledere fra kommunerne i Region Midtjylland og regionen mødes.
- Ideen bag praksispakker præsenteres og videre udvikles for flere velbeskrevne symptomer.

#### **Februar 2016:**

- Praksispakkerne udarbejdes og beskrives - sættes dog i bero af ledelserne.
- Information om, at projekt Callcenter fortsætter til 31.januar 2017 meddeles via intranet og interne kopi sendt med post til afdelingsledelser samt via pressemeddelelse og opdatering af Praksis.dk.

#### **Marts 2016:**

- Sundhedskoordinationsudvalget fra Region Midt sætter fokus på perspektiver på det første år af Sundhedsaftalen 2015-2018. Callcentret udvælges som et af de 10 indsatsområder, hvor Sundhedsaftalens værdier og visioner giver mening for den enkelte borger.



**April 2016:**

- Fremtidsmøde mellem Skive Kommune og Akutafdelingen, HE Midt vedrørende klinikfællesskab.
- Oplæg om Callcentret i Kommunelægeforeningen i Skive.
- Data arbejde.
- Interesse for samarbejde med Onkologisk afdeling i Herning - Viborg modtager mange cancer patienter fra Herning og Århus - det ville derfor være relevant for dem at have øget kendskab til, hvilke kommunale tilbud der er i Viborg. (Magnesiuminfusion, blodtransfusion).
- Besøg fra Hospitalsenheden Horsens.

**Maj 2016:**

- Besøg fra Sygehus Lillebælt.

**Juni 2016:**

- Et afsnit til nyhedsbrevet på HE Midt i samarbejde med Kommunikationsafdelingen.
- Nye postere udarbejdes til lægevagten i Silkeborg, Skive og Viborg.

**Juli 2016:**

- Der laves aftaler med de praktiserende læger i Silkeborg, Skive og Viborg om praksisbesøg med kommunal sygeplejerske og Callcentret.
- Intern PR er sendt til alle afdelingssygeplejersker på HE-Midt (ikke Hammel).
- Silkeborg giver ikke første gangs IV længere.

**August 2016:**

- Samarbejde med Sundhedscentret i Viborg.
- Besøg hos de praktiserende læger op startes (Aug-Jan 2017).
- Poster sat op i akutklinikkerne.
- Kommunal sygeplejerske kommer og fortæller om dosispakket medicin og FMK i Akutafdelingen, HE Midt - øget tværsektorielt samarbejde.

- Inviteret til at holde oplæg på Regions Syddanmarks årsmøde for Sygehus Lillebælt og praksiskonsulenter.

### **September 2016:**

- Praktiserende læger besøges fortsat.
- Akutpladserne i Viborg går fra at være akutstuer til tryghedspladser, hvilket betyder, at der ikke er sygeplejersker om natten.
- Callcentret bemanded af en sygeplejerske.

### **Oktober 2016:**

- Læring på tværs - vidensdeling mellem sundhedsfaglige medarbejdere regionalt og kommunalt, et dagsmøde.
- Atter to sygeplejersker i projektet.
- Den nye ledelsesstab fra Viborg kommune besøger visitationen og Callcentret.

### **November-december 2016:**

- Praktiserende læger besøges fortsat.
- Øget fokus på at registrere de færdigbehandlede patienter med henblik på at øge flowet i akutafdelingen.
- Vinterperiode: KOL exa, influenza. Borgerne kan være så dårlige, at indlæggelse ikke kan undgås.

### **Januar 2017:**

- Praktiserende læger besøges fortsat.
- Der oprettes et "lille" hjælpemiddeldepot i A1 med henblik på, at patienterne i vagttid kan få de rette hjælpemidler med hjem på baggrund af UTH.
- Øget interesse fra de hospitalets afdelinger omkring Callcentrets funktion.

## 10.4 Bilag 4 – Liste over videnskabelig formidling af Projekt Callcenter

### Abstract optaget i tidsskrift

2016. Smidth M. Integrated Care for people who want Alcohol Detoxification in the middle of Denmark. *International Journal of Integrated Care*. 2016;16(6):A382.

Publikation af abstract.

### Oplæg på nationale og internationale kongresser

21. januar 2016.

Integrated Care in the middle of Denmark.

*The 18th Meeting of Danish Forum for Health Services Research, København, Danmark. Mundtlig præsentation.*

8. april 2016.

Blodtransfusioner i hjemmet.

*Dansk Selskab for Akutmedicins årsmøde, Vejle, Danmark. Pris for bedste mundtlige præsentation.*

8. april 2016.

Callcentre – an integrated healthcare system in the middle of Denmark.

*Dansk Selskab for Akutmedicins årsmøde, Vejle, Danmark. Poster præsentation.*

19. april 2016.

Callcentre – an integrated healthcare solution.

*Emergency Care World Congress, Capetown, Sydafrika. Mundtlig præsentation.*

April 2016.

Alkoholafrusning – et tværsektorielt samarbejde.

*Forskningens Døgn. Viborg, Danmark. Poster præsentation.*

24. maj 2016.

Alcohol detoxification – an integrated approach.

*International Foundation for Integrated Care Congress, Barcelona, Spanien. Mundtlig præsentation.*

17. juni 2016.

Integrated Care in the Middle of Denmark – the influence on healthcare utilization.  
*Praktiserende Lægers Verdenskongres, WONCA Europe, København, Danmark.*  
*Mundtlig præsentation.*

3.-4. november 2016.

*Nordic Congress for Cardiac and Respiratory Physiotherapy. Helsingør, Danmark.*  
*Inviteret oplægsholder.*

24.-25. november 2016.

Det tværsektorielle samarbejde - når samarbejdet lykkes på trods.  
*Danish Emergency Medicine Conference 7, København, Danmark. Inviteret oplægsholder.*

24.-25. november 2016.

Alcohol detoxification – in three sectors.  
*Danish Emergency Medicine Conference 7, København, Danmark. Poster præsentation.*

24.-25. november 2016.

Must all treatment for dysregulated VKA be in hospital?  
*Danish Emergency Medicine Conference 7, København, Danmark. Poster præsentation.*

24.-25. november 2016.

Alcohol detoxification – in three sectors.  
*Danish Emergency Medicine Conference 7, København, Danmark. Poster præsentation.*

8.-10.maj 2017.

Callcentre – an integrated healthcare system in the Middle of Denmark.

*International Foundation for Integrated Care Congress, Dublin, Irland. Mundtlig præsentation.*