

Evaluerings af satspuljen ”Styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og kommunerne”

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

29. februar 2020

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion	1
1.1 Baggrund og formål.....	1
1.2 Evalueringsmetode	1
2. Resultater.....	3
2.1 Projektets udgangspunkt.....	3
2.2 Delprojekt mellem Sclerosehospitalerne og Kalundborg Kommune	5
2.3 Delprojekt mellem Sclerosehospitalerne og Morsø Kommune.....	9
2.4 Delprojekt mellem Sclerosehospitalerne og Vejen Kommune.....	12
2.5 Sclerosehospitalernes perspektiv på projektet.....	16
3. Opsamling.....	24
3.1 Resultater.....	24
3.2 Perspektivering	26
Bilag 1. Samarbejdsmodeller	28

1. INTRODUKTION

1.1 Baggrund og formål

Denne rapport formidler evalueringen af satspuljen til styrket rehabiliteringsindsats for mennesker med sklerose.¹ I perioden 2017-2019 er der gennemført et pilotprojekt om styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og tre kommuner for at skabe større viden om, hvordan Sclerosehospitalerne og kommunerne kan styrke samarbejdet om den enkelte patient. Projektet blev afsluttet ved udgangen af 2019.

Sclerosehospitalerne har gennemført projektet (herefter betegnet som tre delprojekter) sammen med Morsø, Vejen og Kalundborg kommuner.² Formålet er ifølge satspuljeopslaget³ at:

- øge kvaliteten af det sammenhængende rehabiliteringsforløb for den enkelte patient
- afdække barrierer i samarbejdet
- afprøve modeller/initiativer til at overkomme de fundne barrierer

Implement har gennemført evalueringen på vegne af Sundhedsstyrelsen i perioden fra december 2017 til februar 2020.

Formålet med evalueringen er at få:

"afdækket erfaringer og resultater, der er opnået gennem de udvalgte modeller for samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og kommunerne. Dermed skal evalueringen bidrage til at kunne vurdere, hvorledes projektet har medvirket til øget kontakt og samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og kommunerne med det formål at understøtte et sammenhængende patientforløb af høj kvalitet."

I denne rapport beskrives, hvilke erfaringer og resultater der er opnået, og hvordan.

1.2 Evalueringsmetode

Evalueringen er tilrettelagt, så den kan belyse det organisatoriske fokus, der fremgår af formålet med evalueringen, projektets overordnede mål og delmålene. Det vil sige en procesevaluering, som kan vise, i hvilken udstrækning de organisatoriske forhold er etableret, og hvordan de vurderes at fungere.

I forbindelse med opstarten blev det i hvert projektregi beskrevet, hvad udgangspunktet for delprojekterne var; det vil sige to hovedspørgsmål:

- Hvad skal afprøves?
- Hvad er udgangspunktet?

Ved midtvejsevalueringen var spørgsmålene:

- Hvad er der målrettet gjort (foreløbigt)?

¹ Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020

² Yderligere information om satspuljen: www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2017/styrket-rehabiliteringsindsats-for-mennesker-med-sklerose

³ Sundhedsstyrelsen. Satspuljeopslag: Styrket rehabiliteringsindsats for mennesker med sklerose - Pilotprojekt om styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og kommunerne (2017)

- Hvad har været/ikke været på plads?
- Hvad kom der (foreløbigt) ud af det?
- Hvordan kan det forstås og forklares?
- Hvad er næste skridt i udviklingen af samarbejdet?

Ved den afsluttende evaluering har spørgsmålene været:

- Hvad er der målrettet gjort?
- Hvad har været/ikke været på plads?
- Hvad kom der ud af det?
- Hvordan kan det forstås og forklares?
- Hvilken læring kan breddes ud?

Evalueringen er foretaget ved brug af kvalitative metoder; en dokumentanalyse omfattende projektbeskrivelser og samarbejdsmodeller – og en interviewundersøgelse på tre tidspunkter i projektforsløbet; ved starten, midtvejs og afslutningen.

Interviewundersøgelsen omfatter fokusgruppe- og individuelle interviews med ledere, kliniske medarbejdere fra Sclerosehospitalerne i Ry og Haslev og projektledere samt ledere og medarbejdere fra projektkommunerne (myndighed og udfører). Derudover er der gennemført individuelle interviews med tre borgere per kommune, der i løbet af projektperioden og nyligt forud for interviewtidspunktet har haft forløb på Sclerosehospitalerne (Ry eller Haslev) og kommunal kontakt til ét eller flere velfærdsområder (fx vedrørende hjælpemidler, træning eller beskæftigelse). I alt 55 borgere fra de tre kommuner har været indlagt i perioden.⁴ Endelig er der afholdt et fælles møde med repræsentanter for projekterne (projektejere, ledere og forløbskoordinatorer) med henblik på at kvalificere tolkningen af de samlede resultater og perspektivere disse. Deltagerne i ovenstående aktiviteter er udvalgt i samarbejde mellem projektledelserne og Implement. Endelig er Janne Emely Seemann, professor ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde på Aalborg Universitet samt medlem af Sclerosehospitalernes bestyrelse og projektets referencegruppe, interviewet med henblik på perspektivering af projektet og dets resultater.

Dataindsamlingen ved projektstarten er foretaget i april 2018, midtvejs i marts-april 2019 og til slutevalueringen i januar-februar 2020.

Som det fremgår af undersøgelsesspørgsmålene ovenfor, omhandler dataindsamlingen og dermed denne rapport både processen og resultater af samarbejdsmodellerne.

Sclerosehospitalerne har sideløbende gennemført en intern evaluering. Supplerende data, som Sclerosehospitalerne har indsamlet og opgjort, inddrages perspektiverende i evalueringen.

Sideløbende med projektet sker der samtidige udviklinger generelt blandt målgrupperne og organisationerne, og der igangsættes andre lokale initiativer, som i forskellige udstrækning påvirker resultaterne. Med det givne genstandsfelt og puljeprosjektkonstruktionen kan der ikke korrigeres for dette, men centrale påvirkningsfaktorer søges belyst som ændrede forudsætninger.

⁴ Sclerosehospitalerne, Styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og kommunerne – afsluttende rapport, 2020

2. RESULTATER

I dette kapitel beskrives projektets udgangspunkt (afsnit 2.1), og delprojekterne beskrives enkeltvis (afsnit 2.2-2.4) samt Sclerosehospitalernes perspektiv specifikt (afsnit 2.5). Afslutningsvis beskrives en samlet opsamling og perspektivering (afsnit 3.1 og 3.2).

2.1 Projektets udgangspunkt

2.1.1 Delprojekternes faser

Det samlede projekt har fået midler fra satspuljen og er omfattet af nærværende evaluering. Gennem delprojekterne er der foretaget afprøvninger af samarbejdsmodeller med henblik på:

- øget sammenhæng, samarbejde og kendskab
- kompetenceudvikling
- tidlig opsporing

Indledningsvis blev behovene blandt borgere og medarbejdere afdækket, og 11 samarbejdsmodeller blev udviklet og konkretiseret om end i lidt forskellig takt, da delprojekterne havde forskellige udgangspunkter.

De første afprøvninger af samarbejdsmodellerne blev foretaget fra 1. april til udgangen af 2018. Herefter blev samarbejdsmodellerne justeret og afprøvet fra 1. januar til 31. august 2019 (se bilag 1 Samarbejdsmodeller). Første og anden afprøvning er blevet evalueret internt, ligesom det samlede projekt er blevet.

Der er udgivet 17 nyhedsbreve fra maj 2017 til december 2019, og der er løbende orienteret om projektet på Sclerosehospitalernes hjemmeside.⁵ Ligeledes er der afholdt to videndelingsseminarer for medarbejdere i kommunerne og Sclerosehospitalerne samt tre 'På-tværs seminarer' for patienter og pårørende, som har været med i projektet, Brugerrådet, medarbejdere og ledere fra Kalundborg, Morsø og Vejen kommuner samt fra Sclerosehospitalerne i Haslev og Ry. Derudover er der afholdt tre borgermøder i hver kommune med henblik på at orientere og involvere borgere og pårørende ved projektets start, midtvejs og afslutning. Der har været afholdt kompetenceudvikling i kommunerne for i alt 503 deltagere og på Sclerosehospitalerne for i alt 200 deltagere.⁴

2.1.2 Projektorganisering

Parterne i hver af delprojekterne har egne projektledelser (se under hvert projekt nedenfor), og derudover har Sclerosehospitalerne en projektleder, der er ansvarlig for projektets samlede aktiviteter og fremdrift.⁶

Desuden er der etableret en fælles styregruppe bestående af Sclerosehospitalernes projektgruppe og direktør samt kommunernes projektledelser.

Endelig er der etableret en referencegruppe med repræsentanter for blandt andre KL, Danske Regioner, faglige organisationer, Scleroseforeningen, brugere og forskere.

⁵ <https://scleroseforeningen.dk/sclerosehospitalerne/praktisk-info/om-os/styrket-samarbejde-mellem-kommuner-og-sclerosehospitalerne>

⁶ Marianne Brink Schmidt er overordnet projektleder, og derudover har Sclerosehospitalerne to projektledere, Charlotte Kelly og Louise Nørgaard

2.1.3 Forventningerne ved opstarten i hovedtræk

Ved starten af delprojekterne tilkendegav alle parter at have noget at udvikle og lære, men de havde forskellige udgangspunkter og ville opnå noget lidt forskelligt.

Det var gennemgående, at de lagde vægt på, at Sclerosehospitalet og kommunerne har forskellige opgaver, vilkår og indsigter:

- Sclerosehospitalet har særligt:
 - Bred faglig viden om sklerose
 - Specifik viden om borgere fra intensivt rehabiliteringsforløb
- Kommunerne har særligt:
 - Viden om mange borgers hverdagsliv
 - Adgang til tværfaglige kompetencer

Sclerosehospitalet og kommunerne har både fælles og særlige ønsker til udviklingen:

- Fælles udviklingsønsker:
 - Bedre kommunikation mellem kommunen og Sclerosehospitalet før og efter en borgers forløb på Sclerosehospitalet
 - Bedre forventningsafstemning mellem kommunen, Sclerosehospitalet og borgeren før og efter forløb på Sclerosehospitalet
- Sclerosehospitalets særlige udviklingsønsker:
 - Større opmærksomhed på borgernes betingelser, som de er i hverdagen
 - Større viden om kommunernes muligheder og begrænsninger for at støtte borgerne
 - Bedre kommunikation med kommunerne
- Kommunernes særlige udviklingsønsker:
 - Bedre intern organisering og arbejdsgange, der smidiggør afgørelser og kommunikation med borgere og Sclerosehospitalet
 - Adgang til brug af Sclerosehospitalets specialviden om sklerose

Der var flere fællestræk i borgernes tilkendegivelser om, hvad de ønskede særligt skulle udvikles. Borgerne:

- Oplever kontakten til andre mennesker i samme situation som en stor styrke – det kan være via en lokal forening, forløb på Sclerosehospitalet og kommunale arrangementer, og mulighederne må gerne udbygges.
- Ønsker tidligt at få kontakt til kommunen efter at have fået diagnosen, og det gælder også de, der giver udtryk for at sætte en ære i at klare sig selv. Om ikke andet så for at få information om, hvad de kan kontakte kommunen om og hvordan, når det bliver aktuelt. Mange tager for givet, at kommunen har fået besked om, at de har sklerose.
- Forventer rutinemæssig kommunikation mellem Sclerosehospitalet og kommunen før/efter rehabiliteringsforløbet.
- Forventer, at Sclerosehospitalet og kommunen trækker i samme retning, når det handler om at støtte op om den enkelte borger og støtter dem i at opretholde den bedst mulige funktionsevne.
- Oplever, at deres praktiserende læge og opfølgningen på den neurologiske afdeling fylder relativt lidt – og sidstnævnte primært omkring tidspunktet for en kontrol – i deres bevidsthed sammenholdt med deres forhold til hverdagens problemstillinger, der optager dem langt mere.

2.2 Delprojekt mellem Sclerosehospitalerne og Kalundborg Kommune

Projektoverblik

Projektförörörörör	Center for Forebyggelse og Genoptræning; Genoptræning og Visitation og hjælpemidler ⁷
Kommunal målgruppe	Visitation, hjemmepleje/sygepleje, træning og jobcenter
Start-slut	April 2018 til udgangen af 2019

2.2.1 Kommunens forventninger ved opstart

Det var et oprindeligt mål for Kalundborg Kommune at opnå en bedre forventningsafstemning med Sclerosehospitalerne med hensyn til konkrete borgere. Derfor ønskede Kalundborg Kommune, at Sclerosehospitalerne generelt fik mere viden om og blev opmærksomme på, at kommunerne hver især har forskellige servicemål at leve op til. Samtidig ønskede Kalundborg Kommune at få mere viden om, hvordan Sclerosehospitalerne arbejder.

Specifikt var det en udfordring, når borgernes ansøgninger om hjælpemidler bistået af Sclerosehospitalerne ikke matchede kommunernes muligheder og leverandøraftaler.

Kalundborg Kommune ønskede, at der i projektet skulle være et særligt fokus på kommunikation sådan, at de generelle elektroniske kommunikationsværktøjer, som kommunen kender fra kommunikation med andre myndigheder og institutioner, skulle implementeres i praksis. Snarere det end at opfinde nye værktøjer. Fx blev genoptræningsplanerne tidligere brugt meget lidt, og de blev modtaget i kommunens genoptræningsenheder, hvorfor informationen ikke blev delt bredere i kommunen.

2.2.2 Resultater

2.2.2.1 Øget sammenhæng, samarbejde og kendskab

Det er ledere og medarbejderes vurdering, at borgernes forløb er forbedret gennem projektet som resultat af et bedre samarbejde mellem kommunen og Sclerosehospitalerne.

Der er skabt bedre relationer gennem kendskab til hinanden som organisationer og personer – forståelse for hinandens fagligheder og vilkår. Det opleves nu af medarbejderne som meget lettere at ringe til Sclerosehospitalerne med henblik på afklaringer, at få dem med til besøg hos borgere med fagligt vanskelige problemstillinger, samt benytte adgangen til særlig viden om sygdommen, sklerose, og dens betydning for funktionsevne og arbejdssevne. Medarbejderne var ikke tidligere opmærksomme på, at de kunne henvende sig til Sclerosehospitalerne med sådanne spørgsmål. Endelig oplever ledere og medarbejdere, at Sclerosehospitalerne har fået større opmærksomhed på borgernes hjemlige forhold og knytter mere an til dem i forbindelse med indlæggelser, end det tidligere har været tilfældet.

⁷ Projektledele: Jette Olesen, genoptræningschef, Lene Merry, visitations- og hjælpemiddelchef og Ninna Uhrlund, udviklingskonsulent

Eksisterende kommunikationsværktøjer som især plejeforløbsplaner – og også genoptræningsplaner – anvendes langt oftere og bedre end før projektet. Planerne anvendes hyppigt og med et relevant indhold og ikke mindst formidlet i en god og modtagerorienteret form, hvor borgerens behov beskrives uden meget konkrete handlingsanvisninger, som kan fremstå uhensigtsmæssigt statiske og forpligtende i borgerens hjem og kommunalt regi. Planerne suppleres ofte med forudgående telefonisk kontakt med henblik på afklaringer.

Der er også variationer mellem de regionale sygehuse, når det handler om brug af kommunikationsværktøjerne – det gælder ikke kun mellem Sclerosehospitalerne og kommunen, og også set i det lys er kvaliteten kommet på et godt niveau.

Medarbejderne har erfaret, at borgere med sklerose generelt er vanskeligere at kommunikere skriftligt om end så mange andre borgere, fordi deres sygdomsudvikling påvirker funktionsevnen og behovene for støtte, træning mv. meget forskelligt fra borger til borger. Det betyder, at standarder og vejledninger om kommunikationsværktøjerne ofte er utilstrækkelige, mens relationer og løbende dialoger er desto vigtigere for at opnå en fælles forståelse.

Kommunen er gennem projektet kommet frem til, at der for nogle borgeres vedkommende er behov for at koordinere forskellige indsatser og lægge en samlet plan. Det er imidlertid vanskeligt, fordi sygehusafdelingen og almen praksis ikke er centrale for borgerne i hverdagen med hensyn skleroserelaterede problemstillinger, og ofte er en privatpraktiserende fysioterapeut en gennemgående fagperson, men som ikke nødvendigvis er vant til at indgå koordinerende.

Kommunen har etableret en koordinerende funktion for borgere med hjerneskader, Hjerneskadeforum (også betegnet Neuroforum), hvor der kan lægges en fælles plan også for borgere med sklerose, når der er behov for større forandringer, fx når beskæftigelse ikke længere er mulig. Det er en måde at håndtere koordinationsbehovet på, som ikke er forankret hos én medarbejder, hvilket ville være for sårbar en konstruktion efter kommunens opfattelse.

Ledere og medarbejdere oplever, at Sclerosehospitalernes udgående funktioner har flere positive virkninger; især med hensyn til kompetenceudvikling af medarbejderne og konkrete foranstaltninger i borgernes hjem. Desuden kan det være en fordel, når borgere og pårørende med skrøbelige familiodynamikker oplever medarbejdere fra Sclerosehospitalet mediere som udenforstående eksperter, der kan få en anden adgang og kontakt end kommunens medarbejdere i hverdagen.

For jobcentrets vedkommende er der skabt mere smidige interne arbejdsgange, og medarbejderne indhenter nu journaloplysninger fra Sclerosehospitalerne (med borgernes samtykke) med betydning for uddannelse og job, som gør sagsbehandlingen hurtigere og med højere kvalitet.

Der er ikke som led i projektet ændret praksis for visitation til kommunale ydelser.

Det er oplevelsen, at blikket udefra har været givende og lært ledere og medarbejdere i kommunen en hel del om egen organisation og de begrænsninger, som nogle borgere og samarbejdspartener som fx Sclerosehospitalerne kan have med hensyn til at finde de relevante indgange og forstå arbejdsgangene.

Det har været en styrke at møde andre kommuner i projektforløbet og lade sig inspirere af, hvordan de arbejder med målgruppen.

Projektledelsen har mødtes med Scleroseforeningens lokalafdeling fire gange undervejs i projektperioden. Foreningen opleves at have stor betydning for borgerne og deres

opfattelse af støttebehovet og de kommunale tilbud, og derfor kunne foreningen med fordel have haft et større fokus fra projektets side for at udnytte den potentielle styrke.

Ved siden af de fælles anliggender, som kommunen og Sclerosehospitalerne har haft med projektet, har de til dels haft egne mål, aktiviteter og projektledelser. Det tog noget tid i begyndelsen at finde sine ben i dette setup. Nogle medarbejdere har oplevet det som et langt projektforsøg, og særligt det første år var det uklart, hvad det skulle gå ud på og føre til. Det tog et halvt år at lande den første samarbejdsmodel, hvilket var længere tid end forventet. Imidlertid er det nu oplevelsen, at den kan bruges til en endnu bredere målgruppe.

2.2.2.2 Kompetenceudvikling

Det er kommunens opfattelse, at de ikke kan opnå tilstrækkelig patientsikkerhed alene baseret på relationerne til Sclerosehospitalerne, men de skal selv have fornødne kompetencer. Desuden er det afgørende, at den kommunale organisation kan modtage viden – fx fra et projekt som dette – og respondere. Det er altså ikke tilstrækkeligt, at enkeltpersoner erhverver sig ny viden, men flere skal have et højere vidensniveau og kommunen muliggøre dens anvendelse.

Kommunens ledere og medarbejdere oplever, at Sclerosehospitalernes udgående funktioner med besøg i borgernes hjem har givet ny brugbar viden. Herved har blandt andet sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fået supervision om fx forflytning, brug af hjælpemidler og rådgivning til borgerne om energiforvaltning.

158 medarbejdere fra Kalundborg Kommune med bred repræsentation fra forskellige fagområder og organisatoriske enheder har fået generel undervisning. Kommunen vurderede dog tidligt i forløbet, at det ikke var relevant og muligt at prioritere så mange medarbejdere til undervisning, som der først var lagt op til, når det reelt er få medarbejdere, der kommer til at arbejde med borgere med sklerose. Det vurderes at være relativt nyttigere med undervisning og vejledning, når der er en anledning med udgangspunkt i en konkret borger.

Nogle af medarbejderne har gennem projektforsøget ændret opfattelse af, hvilken faglig person, de skal være – hvad deres rolle skal være, og hvordan de bedst kan støtte, pleje, træne osv. De har tidligere oplevet, at det var svært ved attack-vise forværringer at vide, hvad der ville være den mest ønskværdige og realistiske ambition for en borgers selvhjulpethed og støtte-/plejebest.

2.2.2.3 Tidlig opsporing

Det er uændret vanskeligt for de kommunale medarbejdere at få kendskab til nydiagnosticerede borgere via en orientering fra eksterne samarbejdspart, før borgerne selv henvender sig, hvilket ofte kan være senere end hensigtsmæssigt.

De kommunale medarbejdere og Sclerosehospitalerne har ikke fuldt ud kontakt til de samme borgere. Det er altså ikke alle borgere i kommunalt regi, det er relevant at samarbejde om, eller som kommunen/borgerne kan inddrage Sclerosehospitalerne i forhold til.

Kommunen har indført sundhedssamtaler, der er tænkt som tidligt afdækkende samtaler om, hvad borgeren og eventuelt kommunen kan gøre forebyggende. Samtalerne opleves relativt nyttige ved borgere, der er nyligt diagnosticeret med sklerose. Sundhedssamtalerne tager imidlertid ikke udgangspunkt i dokumentation fra tidligere eller fra samarbejdspart og virker derfor ikke hensigtsmæssige ved kriseprægede eller kognitivt påvirkede borgere.

2.2.2.4 Borgerperspektiv

To kvinder i alderen 45-55 år og én mand omkring 45-50 år er interviewet. De har haft sklerose i flere år og indlæggelser på Sclerosehospitalerne.

De oplever, at intentionen om et bedre samarbejde mellem kommunen og Sclerosehospitalerne er godt og relevant. De har fra deres egne rehabiliteringsforløb fået indtryk af, at der var et tilstrækkeligt samarbejde – og i hvert fald ikke fået bekræftet det modsatte.

Én af borgerne har indtryk af, at kompetenceudviklingen ikke har nået til dem, der træffer afgørelse om hjælpemidler. I hvert fald har det ikke været al dialog, der forekom lige kvalificeret og løsningsorienteret. De to andre borgere giver udtryk for at have fået den hjælp, de havde brug for. Den ene nævner jævnligt at tale med hjælpemiddelafdelingen, om alt virker godt nok, og de altid finder en løsning.

De oplever alle, at det er vanskeligt at navigere i den kommunale organisation, og processerne er tunge og langvarige.

Den ene af borgerne har fra tidligere erfaring med en sundhedssamtale. Den forekom ikke vedkommende at være nyttig, fordi medarbejderen ikke på forhånd kendte til sagen. Det gjorde samtalen trættende og førte ikke noget nyt med sig.

2.2.3 Perspektiver for videre praksis

Projektorganiseringen og -aktiviteterne ophørte med afslutningen af projektperioden. Imidlertid er der gennem projektet udviklet nye kompetencer, praksisser og relationer til Sclerosehospitalerne, som fortsat kan nyttiggøres, og som ikke afhænger af, om der er et igangværende projekt. Blandt andet fortsætter brugen af plejeforløbsplaner og genoptræningsplaner, opfølgende og udgående funktion, sundhedssamtaler (med opmærksomhed på begrænsningerne) og jobcentrets brug af Sclerosehospitalernes journaloplysninger (med borgernes samtykke).

For at fastholde de opnåede relationer og praksisser ser kommunen gerne, at Sclerosehospitalerne bevarer deres de facto videnscenterfunktion, afholder konferencer for kommunale deltagere fx årligt og opdaterer en lettilgængelig hjemmeside med information blandt andet om rehabiliteringsforløb, opfølgning og udgående funktion.

Selv om det opleves nyttigt at have fået styrket de sygdomsspecifikke kompetencer, er kommunen meget bevidst om, at det ikke er muligt at have et tilsvarende specifikt beredskab til alle borgere, der tilsammen har et stort spektrum af forskelligartede sygdomme.

2.3 Delprojekt mellem Sclerosehospitalerne og Morsø Kommune

Projektoverblik

Projektförörörör	Social, Sundhed og Beskæftigelse; Center for Sociale Tilbud Voksne ⁸
Kommunal målgruppe	Visitation, Omsorg-pleje, Voksen-handikap og Jobcenter
Start-slut	April 2018 til udgangen af 2019

2.3.1 Kommunens forventninger ved opstart

Morsø Kommune havde et ønske om at kunne gøre det bedre for borgere med sklerose og samtidig mere effektivt for kommunen.

Kommunen var i forvejen udmærket forbundet med Scleroseforeningens lokalfdeling men kunne godt få nytte af at komme tættere på Sclerosehospitalerne med hensyn konkrete borgere i den daglige praksis.

Det forventedes at kunne ske gennem en bedre forventningsafstemning mellem kommunen og Sclerosehospitalerne om, hvordan borgere i konkrete situationer bedst og realistisk ville kunne støttes.

Omdrejningspunktet ville være en koordinatorfunktion, som indledningsvis skulle etableres. Funktionen skulle være praktisk orienteret, og vedkommende skulle have direkte kontakt til borgere og fungere som bindeled mellem forskellige fagpersoner.

Derudover ønskedes et generelt kompetenceløft blandt personalet gennem undervisning og Sclerosehospitalernes udgående funktion samt den løbende kontakt med Sclerosehospitalerne.

Desuden ville Morsø Kommune gerne have en bedre rutinemæssig dialog med sygehusafdelingerne; konkret neurologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital. Et sådant samarbejde skulle kunne give kommunen kendskab til diagnosticerede borgere, som de ikke i forvejen var i kontakt med, så der tidligt i forløbet kunne skabes en relation til senere brug.

2.3.2 Resultater

2.3.2.1 Øget sammenhæng, samarbejde og kendskab

Kvaliteten af borgerforløbene og kommunens bidrag hertil vurderes at være blevet markant forbedret gennem projektet.

Sclerosehospitalernes udgående funktioner har givet et stort kvalitetsløft særligt hos de borgere, hvor de kommunale medarbejdere troede, at der ikke kunne gøres mere. Det er dog et opmærksomhedspunkt, at personalet fra kommune og Sclerosehospitalet skal kende til konteksten i hjemmet/institutionen for at kunne gennemføre besøgene med

⁸ Projektleder Poul Olsen, centerchef/seniorkonsulent, og Karen Frøslev Hansen, Sclerose-, parkinson- og Senhjerneskadekoordinator

gode resultater, og det er ikke tilfældet, at kommunen og Sclerosehospitalerne kender alle borgere i forvejen.

Kommunen fandt tidligt i projektforsløbet ud af, de ville have gavn af en person, der kunne fungere som koordinator overfor borgerne og internt. Opgavemæssigt har det virket godt, at funktionen varetages af den samme, der i forvejen er hjerneske- og parkinsonkoordinator og dermed har borgere med neurologiske sygdomme som fællesnævneren. Funktionen har oplevedes som afgørende for i langt højere grad at kunne bidrage til, at borgerne får en bedre hverdag, lettere mødet med kommunen og forbedrer de interne arbejds gange.⁹

Kommunen afholder tværgående planlægnings- og koordinationsmøder, 'Sclerose Samaråd' om borgere, der er i vanskelige, komplekse situationer, som kræver en bredere koordinering, end det er muligt i hverdagen. Møderne afvikles i forlængelse af tilsvarende 'Hjerneskesamarådene', hvilket gør det praktisk let for de mange gennemgående mødedeltagere om nødvendigt at deltage i begge fora.

Ledere og medarbejdere oplever Sclerosehospitalerne som gode samarbejdspartnere, der har stillet op, og kommunen er blevet godt klædt på af dem. Der er blevet en meget større bevidsthed om Sclerosehospitalerne, og "der er ikke længere så langt til Ry", hvor de kan få gode råd.

Oplevelsen er ligeledes, at de får gode genoptræningsplaner, der er lette at gå i gang med. Sclerosehospitalerne beskriver behovene og stiller ikke borgerne noget konkret i udsigt og derved risikerer forventninger, der ikke kan indfries efterfølgende. Det havde de tidligere haft nogle dårlige erfaringer med.

Tidligere har nogle borgere opfattet, at der kunne være et skisma mellem genoptræningsplaner og ressourceforløb (forankret i to forskellige kommunale enheder), men kommunen ser dem som en del af samme og ikke et enten-eller, hvilket formidles til borgere, der er usikre.

Jobcentret har en ressourceperson, der møder nye borgere med sklerose dér, før borgeren mødes med andre medarbejdere. Ligeledes er der et samarbejde mellem jobcentret og koordinatoren, når medarbejderne møder borgere, der ikke i forvejen er bekendt med kommunens koordinator. Denne kan deltage og støtte borgere ved samtaler i jobcentret, hvis borgerne ønsker det. Desuden giver beskæftigelsesmedarbejderne og koordinatoren hinanden sparring i hverdagen for at finde de bedste tilbud til borgerne.

Jobcentrets ressourceperson sparrer løbende med de øvrige medarbejdere, så den opbyggede viden nyttiggøres. Blandt andet er det nu en generel viden i jobcentret, at umiddelbart skjulte kognitive problemer kan påvirke både samtalerne med borgerne og deres arbejdssevne. Derfor afholdes samtalerne generelt kort og med overskuelige punkter, så borgerne ikke oplever sig utilstrækkelige i samtalerne og gør det lettere senere at huske, hvad de har talt om – suppleret med et referat. Desuden har jobcentret defineret sklerose-attacks som akut opstået sygdom og hører derfor hjemme i et andet regime end tidligere, hvilket øger hastigheden af forløbene betydeligt.

Træningsenhederne har ansat flere ergoterapeuter med erkendelsen af, at målgruppens funktionsevnebegrænsninger skal afhjælpes med ergoterapeutiske kompetencer i forskellige sammenhænge. Således betyder det, at der kobles ergoterapeuter på forløbene fra starten.

⁹ www.mors.dk/media/5591/tilbud-til-dig-der-er-blevet-ramt-af-sclerose-parkinson-eller-senhjerneske.pdf

2.3.2.2 Kompetenceudvikling

Træningsenhederne og rehabiliteringsteam har været på studiebesøg på Sclerosehospitalet i Ry og med gensidigt godt udbytte. Sclerosehospitalet fik blandt andet indsigt i, hvordan genoptræningsplaner bruges i kommunen, hvilket de ikke tidligere havde stor erfaring med.

Også fysio- og ergoterapeuter og beskæftigelsesmedarbejdere har været i dialog med Sclerosehospitalet og på studiebesøg i Ry, hvilket har gensidigt givet ny viden og fjernet misforståelser.

Der er afholdt undervisning med forskelligt indhold for plejepersonale, pædagogisk personale, private fysioterapeuter og kommunikationscentret. I alt har 134 medarbejdere modtaget kompetenceudvikling.⁴ Erfaringen med undervisningen har været, at den har været nyttig men også svær at frigive personale til.

Derudover har der været afholdt et særskilt arrangement med BPA-hjælpere om sklerose generelt, BPA-ordningen, inkontinens og kognitiv træning samt med en sklerosepatients fortælling.

2.3.2.3 Tidlig opsporing

Der har været kontakt til Aalborgs Universitetshospitals neurologiske afdeling med henblik på en aftale om systematisk at få information fra afdelingen, når de har en nydiagnosticeret borger fra kommunen. Det har imidlertid ikke været anvendt i perioden, hvilket kan skyldes, at det kan være vanskeligt for sygehuspersonalet at være opmærksomme på det særlige ønske, når det handler specifikt om borgere fra denne kommune diagnosticeret med netop sklerose – og kommunikation ved hjælp af en blanket, de ikke anvender rutinemæssigt.

2.3.2.4 Borgerperspektiv

To kvinder og én mand i alderen 45-55 år er interviewet. En af dem har haft sklerose i nogle få år, mens de to andre har haft det i mange år. De har alle haft flere indlæggelser på Sclerosehospitalet.

De giver udtryk for generelt at have positive erfaringer med samarbejdet mellem Sclerosehospitalet og kommunen. Ikke kun i forbindelse med et rehabiliteringstilbud men også med kommunens indhentning af oplysninger i forbindelse med afklaring til fleksjob. Tilsvarende har deres kontakter til kommunen været gode.

De oplever, at projektet har gjort en stor forskel. Det virker som om, at kommunens medarbejdere har fået mere viden, og at der er mere åbenhed om at tale om sygdommen – og særligt mærkbart måske i jobcentret. Det er blevet lettere at finde ud, hvem de skal gå til i kommunen. Udgangspunktet er for to af dem altid koordinatoren, som hjælper med at finde den rette vej. Koordinatoren har også hjulpet med at kontakte Sclerosehospitalet, når det var relevant. Generelt har koordinatoren og borgerne regelmæssig kontakt for at følge op på, hvordan det går.

Indtrykket er, at personalet på Sclerosehospitalet tager lidt mere forbehold nu, end de tidligere gjorde, når det handler om, hvad kommunen kan og vil levere.

Der er en vis bekymring for, hvad der skal ske med tiltagene, når projektet er slut. Måske flyttes politikernes opmærksomhed, og så er det ikke sikkert, at prioriteringen fortsætter.

2.3.3 Perspektiver for videre praksis

Der er opnået gode kompetencer, relationer til Sclerosehospitalerne og praksisser, som fortsat nyttiggøres uafhængigt af projektets afslutning. Det er desuden besluttet af videreføre koordinatorfunktionen og Sclerosesamråd.

Det er meget sårbart for kommunen, at der hviler så meget på én koordinator (og tilsvarende med andre ressourcepersoner) med hensyn til samling af viden, relationer og kompetencer. Det er dog en uomgængelig sårbarhed, da det netop er denne samling, der gør koordinatorfunktionen meget virksom i hverdagen.

Det vurderes, at den sygdomsspecifikke tilgang er god for kommunen og borgerne, og samarbejdsmodellerne kan overføres til andre grupper af borgere med neurologiske symptomer som fx alvorlig hjernerystelse. Tilsvarende gælder det borgere med kroniske sygdomme og familier, hvor et familiemedlem med alvorlig sygdom præger familien generelt.

Det vil være godt med undervisning 1-2 gange om året i samarbejde med Sclerosehospitalerne for at vedligeholde relationer og viden i organisationen, der er følsom for personaleudskiftning.

Scleroseforeningens lokalafdeling dækker både Thisted og Mors, og når de kommunale medarbejdere naturligt skifter arbejdsplads, er det med til at sikre, at viden spredes. Kommunen er i dialog med Scleroseforeningen om, at familier kan få hjælp dér ved, at kommunen gør opmærksom på foreningens muligheder. Det kan formidles via skoleklasser og borgermøder.

Det er oplevelsen, at sklerose i mange sammenhænge er tabubelagt, og en del af borgerne med sklerose ønsker at leve diskret med sygdommen. Gennem kommunens ny erhvervede kompetencer og praksisser tilbydes flere også blandt disse borgere hjælp. Det kan fx dreje sig om blot at formidle information om, hvor en borger med sklerose mere præcist kan henvende sig men uden at skulle indgå i en nærmere og rutinemæssig kontakt til koordinatoren eller andre i kommunen.

Kommunen prøver desuden at lave en netværksgruppe for unge med sklerose, fordi de er tilbøjelige til at fravælge foreningen, men på både kort og langt sigte kan få gavn at have et netværk.

2.4 Delprojekt mellem Sclerosehospitalerne og Vejen Kommune

Projektoverblik

Projektförörörör	Ældre og Rehabilitering; Aktivitet og Rehabilitering ¹⁰
Kommunal målgruppe	Visitation, rehabilitering og hjælpemidler
Start-slut	April 2018 til udgangen af 2019

¹⁰ Projektledele: Gitte Fallentin, rehabiliteringslede og Mette Muff, konsulent for kroniske nervesygdomme

2.4.1 Kommunens forventninger ved opstart

Vejen Kommune forventede, at projektet ville flygte fint med kommunens ønskede retning, da de var på vej med en tilsvarende oprustning indenfor demens. De var også godt i gang generelt med rehabiliterings- og hverdagsrehabiliteringsparadigmet. Derudover var der i 2016 blevet ansat en konsulent vedrørende borgere med Parkinson og demens, som de med projektet om sklerose kunne nyttiggøre endnu mere. Ledere og medarbejdere var således ved projektstarten langt med konkrete overvejelser om deres forventninger, og hvordan det kunne gribes an.

Den tidligere generalisttilgang i kommunen var ikke længere tilstrækkelig efter strukturreformen havde øget behovet for sygdomsrettede indsatser og kompetencer. Det medførte øget specialisering og organisatorisk kompleksitet – og dermed behov for mere koordinering mellem kommunens funktioner. Ligeledes skulle håndteres udfordringen, der fulgte af, at borgernes forventninger ikke altid stemte med evidensgrundlaget og kommunens muligheder.

Kommunen havde kommunikationsværktøjerne men anvendte dem i begrænset omfang, Sclerosehospitalernes udgående funktion anvendte de stort set ikke, og det var ikke tit, at de kom tidligt i kontakt med nydiagnosticerede borgere.

Formålet var således at:

- kunne hjælpe borgerne bedre og skabe bedre overgange
- støtte borgerne og familierne til bedre liv, det vil sige bedre funktionsevne og livskvalitet, og så familierne bedre kan holde sammen og støtte hinanden
- vinde gennem øget arbejdsfastholdelse af erhvervsaktive borgere og investeringstænkningen generelt; større selvhjælpen og reduktion af administrativt komplekse sager

Det skulle ske gennem:

- mere oplysning om sygdommen, udfordringer og muligheder blandt borgere/familier for at imødegå tidligere tilfælde af manglende viden og mistro
- tidligere kontakt og relationsdannelse med borgerne og derigennem mulighed for at gribe ind, før der måtte opstå vanskeligheder
- bedre relationer til Sclerosehospitalerne for at kunne skabe bedre overgange og udveksle viden generelt om sklerose

Kommunen ønskede særligt at afprøve:

- *Kommunikation*
Sclerosehospitalerne vil forsøge at øge antallet af (de i forvejen) relevante genoptræningsplaner, henvisningsblanketten, korrespondancebreve og plejeforløbsplaner, og kommunen vil forsøge at dele dem bredere i organisationen, så de ikke forbliver i træningsenheden uden at komme frem til rehabiliteringsenheden. Desuden vil kommunen forsøge at tilskynde praktiserende læger til at henvise flere/informere kommunen systematisk om nydiagnosticerede borgere.
- *Udgående funktion fra Sclerosehospitalet*
Bruge den udgående funktion fra Sclerosehospitalerne, der ikke tidligere har benyttet særligt meget.
- *Tidlig opsporing, kendskab og indsatser*
Udnytte konsulentfunktionen, som var etableret forud for projektet, til at komme tidligere i kontakt med borgerne i deres forløb – før de har et egentlig behov for kommunale sundheds-, trænings-, hjælpemiddel- og rehabiliteringsindsatser.

Tidligere kom de kommunale funktioner ind separat; hvis det drejede sig om en erhvervsaktiv borger via en henvendelse fra jobcentret, eller når borgeren havde et egentligt behov for pleje e. lign. De skal i stedet kunne tage på sambesøg i hjemmet, hvis det er relevant.

- *Pårørendearrangement*

Der skal afholdes arrangementer som et fælles tilbud med aktiv kommunal deltagelse. Tidligere varetog patientforeningen det, og de inviterede indimellem kommunen til at fortælle om tilbuddene.

2.4.2 Resultater

2.4.2.1 Øget sammenhæng, samarbejde og kendskab

Ledere og medarbejdere vurderer, at kvaliteten af borgernes forløb er bedret. Det gælder både det kommunale bidrag isoleret set og det gælder i sammenhæng med borgernes indlæggelse på et af Sclerosehospitalerne. Blandt andet ses det ved, at det sædvanlige dyk i funktionsevne umiddelbart derefter, hvor borgerne netop havde genvundet funktionsevne, ikke er så stort og hurtigere retter sig (om end borgerne stadig er mentalt trætte og har brug for en pause efter to eller fire ugers indlæggelse med koncentrerede aktiviteter).

Medarbejderne oplever gode forventningsafstemninger med Sclerosehospitalerne, mens der før projektet kunne være problemer indimellem, når borgerne misforstod meldingerne. Afstemningen er vigtig, fordi det handler om medarbejdernes konkrete tilkendegivelser kombineret med, at en del borgere er kognitivt prægede af sygdommen med blandt andet svækket hukommelse.

Langt hovedparten af borgerne med sklerose, der kommer til genoptræning i kommunalt regi, gør det via koordinatoren, som lægger information fra Sclerosehospitalerne ind i dokumentationssystemet. Det kan handle om energiforvaltning, hjælpemidler, planer mv.

Sclerosehospitalernes udgående funktion, der benyttes som alternativ til et rehabiliteringsforløb dér, har været gode for borgerne og samtidig bidraget til videndeling mellem medarbejdere. Koordinatoren deltager i alle besøg.

Særligt vanskeligt for medarbejderne er arbejdet med de unge borgere med sklerose – hvad der er deres problemstillinger, og hvad der kan gøres – og i de tilfælde trækker de blandt andet på Sclerosehospitalernes neuropsykologer.

Jobcentrets kontaktperson har været nøgleperson i projektforsløbet og er primært den, der varetager kontakten til borgerne. Det har givet et godt internt samarbejde mellem koordinatoren og en primær kontaktperson i jobcentret således, at koordinatoren kan introducere jobcentret overfor borgerne. Modsat kan koordinatoren få informationer fra jobcentret med henblik på eventuel opfølgning.

Mange borgere opleves som udgangspunkt at være forvirrede over deres beskæftigelses- og forsørgelsessituation – nogle af dem nydiagnosticerede, savner viden og er frustrerede på vegne af familien med et truet fuldtidsarbejde, og nogle af dem kan være ret unge. Mange af dem oplever, at det er godt med en kontaktperson, der kan forstå deres situation og hjælpe dem igennem det, som mange oplever som et stift system.

Borgerne er tilfredse med koordinatorfunktionen, og samtidig er den fleksibel og komplicerer ikke visitationen til kommunale ydelser. Kommunen oplever ikke selv, at det er sårbart med samlingen af funktionen på én person. Det er en kommune med 43.000 indbyggere og derved overskuelig for koordinatoren og antallet af borgere med sklerose.

Generelt er der tillid i organisationen til koordinatoren, og det smidiggør visitationen til forskellige typer af ydelser og justeringer i praksis omkring borgerne.

Genoptræningsplanerne, der udarbejdes, virker som et godt kommunikationsværktøj. Typisk ringer terapeuterne fra Sclerosehospitalet til koordinatoren, inden en borger udskrives og en genoptræningsplan udarbejdes, så der sker en afpasning mellem behov og muligheder samt en varsling.

Kommunen konfererer internt på møder hver tredje uge med henblik på at udveksle erfaringer om udvalgte borgere, lægge en plan for arbejdet med problemstillingerne og revurdere hidtidige planer.

Der har årligt været afholdt et borgermøde i samarbejde med Scleroseforeningen, der typisk har haft 30-40 deltagere. Desuden har kommunen udarbejdet to film henvendt til borgere om livet med sklerose og kommunens samarbejde med Sclerosehospitalet.¹¹

Vejlen Kommune oplever, at de generelt er langt fremme med hensyn til rehabilitering, og det gælder ikke kun sklerose. Det understøtter projektet, at ledere og medarbejdere almindeligvis har dette tankesæt, målsætter og iværksætter tiltag herefter.

2.4.2.2 Kompetenceudvikling

Vejlen Kommune vurderer, at for dem har generel undervisning været en god metode til vidensspredning, og de har prioriteret således, at mere end 200 medarbejdere er blevet undervist og har dermed fået "superbrugere" i forskellige enheder. Dette kompetenceløft oplever de kommer flere til gavn end specifikt borgere med sklerose som fx også borgere med andre neurologiske sygdomme.

Erfaringerne har været gode med undervisningen, videndelingsseminarerne og På-tværs seminarerne samt Sclerosehospitalet's udgående funktion.

2.4.2.3 Tidlig opsporing

Hvis jobcenteret får kontakt med en borger, koordinatoren ikke kender i forvejen, henvises vedkommende til en samtale, hvor koordinatoren etablerer relationen, og de taler om kommunens tilbud, der aktuelt eller senere kan komme på tale. Samtidig afleveres et visitkort med anvisning til, hvordan borgeren kan kontakte kommunen ved behov. Eventuelt kan der aftales yderligere en samtale med en terapeut, der kan vejlede om selvtræning. Kendskabet til nydiagnosticerede borgere får koordinatoren i få tilfælde via Sclerosehospitalet, men de fleste henvendelser derfra vedrører borgere, som koordinatoren kender i forvejen.

Det er indtrykket, at borgerne med sklerose kender til kommunens koordinator. Hvis ikke kendskabet er skabt via en direkte kontakt, kan det spredes gennem kommunens hjemmeside, Scleroseforeningen, sociale medier o. lign.

Der har gennem projektet været informeret mange gange på de neurologiske afdelinger om muligheden for at anvende en elektronisk henvisningsblanket, og én gang har Vejlen Kommune modtaget en med orientering om en nydiagnosticeret borger. Det er flere barrierer for, at anvendelsen kan blive udbredt, da afdelingerne har mange procedurer at huske på, og de har ikke et konkret sundhedsfagligt formål udover at orientere kommunen om borgeren. Dertil kommer, at de ikke på afdelingen ved, hvor og hvordan

11

www.skyfish.com/sh/90a9c2ac24d3963f327e80bc77eb292e3d1b31d0/3ed80557/1587618/4121080
 0 og
www.skyfish.com/sh/91a59d5d7b77dbc5af6535dbdf92f6ab97a9d1b3/3f03055c/1587618/41210706

henvisningsblanketten modtages i en kommune, og hvad den måtte foranledige (om noget).

En del borgere har erfaret, at de bringer deres behov for sent på banen, der kunne være afhjulpnet tidligere med hjælpemidler, men det kan samtidig være svært helt at undgå denne situation, fordi mange gerne vil klare sig længst muligt foruden.

2.4.2.4 Borgerperspektiv

Tre kvinder i alderen 50-65 år er interviewet. De har været diagnosticeret med sklerose gennem flere år og med indlæggelser på Sclerosehospitalerne.

Borgerne har generelt haft meget positive erfaringer med kontakten til kommunen og hjælpen herfra. Det er typisk kontakter til koordinatoren hvert halve eller hele år og derudover efter behov. Det gør dem trygge, fjerner byrden, og de slipper for at bruge kræfter på kommunen med de mange instanser. Det eneste, der skal til, er at sende en sms, og så vil der blive ringet tilbage inden for 24 timer.

Den ene borger giver udtryk for at "have fået et nyt liv" efter et rehabiliteringsforløb på Sclerosehospitalet, selv om hun ikke på forhånd var interesseret. Hun ville ikke opfatte sig som syg men blev overbevist af koordinatoren.

Som opfølgning efter et rehabiliteringsforløb blev de ringet op fra Sclerosehospitalerne efter et stykke tid, som ville høre, hvordan det gik. Desuden var den ene umiddelbart efter hjemkomsten blevet kontaktet af koordinationen, som fulgte op på, hvordan hun kunne træne i hverdagen og for at undgå at komme på afveje.

2.4.3 Perspektiver for videre praksis

Kommunen har fået kompetencer, praksisser og relationer til Sclerosehospitalerne, som vedbliver med at bidrage til kvaliteten i borgernes forløb uafhængigt af projektets ophør. Det gør også samarbejdet med Scleroseforeningens lokalafdeling.

Kommunen havde ved projektets start netop etableret en koordinatorfunktion, og den fortsætter.

Kommunen vil gerne hjælpe unge med sklerose til at skabe et netværk. Det forventes at indlede et projekt i sommeren 2020 med dette formål.

På sigt – og forhåbentlig senere i 2020 – etableres én indgang i jobcentret for borgere med sklerose.

2.5 Sclerosehospitalernes perspektiv på projektet

2.5.1 Sclerosehospitalernes forventninger ved starten

Sclerosehospitalerne havde forhåbninger om, at en del af patienternes funktionsevnetab, der typisk fulgte i ugerne efter indlæggelse på et af Sclerosehospitalerne, kunne begrænses. Det var erfaringen, at patienterne ret hurtigt faldt tilbage til funktionsniveauet før indlæggelsen, og en af forklaringerne kunne formentlig være, at kommunerne sent iværksatte foranstaltninger, der kunne vedligeholde mere af den vundne funktionsevne, men i stedet fortsatte kompenserende indsatser. Nogle gange skyldtes den sene iværksættelse, efter Sclerosehospitalernes indtryk, en relativt lang sagsbehandlingstid (4-10-16 uger) på hjælpemidler eller visitation til fysioterapi.

En anden andel af tabet, der kunne være vanskeligere at undgå, formodes at kunne tilskrives de almindelige, daglige vilkår med krævende familie/børn, vanskeligheder med

at fastholde en ny livsførelse osv., som er en væsentlig forskel på betingelserne under forløbet på Sclerosehospitalet, hvor rammerne er optimeret, indsatserne koncentrerede, patienterne motiverede, samvær og støtte fra medpatienter osv.

Brugen af genoptræningsplanerne ønskedes forbedret for at understøtte samarbejdet og føre til gode resultater. Dette ville skulle udvikles, fordi der ikke var en konsistent god praksis at bygge på, og de to delvist overlappende ordninger med genoptræning efter sygehusindlæggelse og vederlagsfri fysioterapi har forskellige fordele og ulemper, der skal tages højde for i forløbene. Når kommunerne bevilger genoptræning, kan borgerne få kørsel dækket i den tidsafgrænsede periode, mens det er vanskeligere/sjældent muligt til vederlagsfri fysioterapi, der ofte er det længerevarende tilbud til denne målgruppe med fremadskridende sygdom. Hvis kommunen ikke fortsætter med et træningstilbud efter genoptræningen, tabes effekten hurtigt, og for en del patienter med fremadskreden sklerose er selvtræning meget vanskelig at fastholde med kort tids ugentlig instruktion og opfølgning i en afgrænset periode.

Medarbejderne havde en oplevelse af, at det var vanskeligt at finde rundt i de kommunale organisationer; hvem der skulle kontaktes, hvilken indgang der kunne benyttes, hvilke kompetencer medarbejderne havde, hvornår der skulle sendes skriftlige ansøgninger osv. Ligeledes var det svært at finde ud af, hvad det rette sprog kunne være; om det var fagsprog eller ej, afhængigt af (den ukendte) modtager og anvendelse i sagsbehandlingen.

Sclerosehospitalet ønskede generelt bedre relationer til medarbejdere i kommunerne for at få viden om forholdene dér generelt og et tættere samarbejde om de fælles borgere konkret.

Der var en forhåbning om, at der kunne tilføres viden til kommunernes medarbejdere involveret i borgernes forløb baseret på, at kommunerne indimellem ringede og efterspurgt faglig viden og tips til praktisk håndtering (fx forflytning) af konkrete borgere. Samtidig havde Sclerosehospitalet indtryk af, at unge med sklerose indimellem blev misforstået af nogle kommunale medarbejdere som havende manglende kompetencer, mens det snarere var tegn på sygdom. Der var også oplevelser af, at patienter kom til indlæggelse på Sclerosehospitalet med forkert indstillede kørestole og andre hjælpemidler. Det er Sclerosehospitalets generelle oplevelse, at kommunernes "selvbetjeningsløsninger" til borgerne ikke er gode til denne målgruppe; mange skal have det håndholdt og individuelt tilpasset.

2.5.2 Resultater

2.5.2.1 Øget sammenhæng, samarbejde og kendskab

Kvaliteten af patientforløbene vurderes at være øget, hvilket kan tilskrives bedre kompetencer, praksisser og relationer mellem Sclerosehospitalet og kommunerne. Det gælder ikke kun projektkommunerne men i al almindelighed. De udviklede samarbejdsmodeller ligger på rygraden og bruges i praksis.

Mange borgere opleves at være trygge ved forløbene og aftalerne, fordi de mærker tillid og dialog mellem parterne.

Sclerosehospitalet og kommunerne er kommet væk fra et billede af at være i modsætning til hinanden, og hvor borgeren placeres derimellem. Fordomme er ryddet af vejen, og der fortælles positive historier om hinanden. Relationerne betyder, "at det er svært at være sur på én, man har mødt." Medarbejderne er opmærksomme på, at patienterne kan opleve forskelle afhængigt af deres egne forløb og bopælskommune, og det taler de med hinanden om under og udenfor indlæggelse. Det gør, at

Sclerosehospitalerne skal være ekstra påpasselige med ikke indirekte at komme til at miskreditere kommunerne.

Det betyder, at det er lettere at ringe hinanden op, og handlinger kan hurtigere iværksættes. Samtidig opleves det i højere grad, at kommunerne forholder sig til borgernes hele liv. Det antages at være besparende, fordi nemme, gode og realistiske løsninger findes sammen.

Det er generelt erfaret, at det er bedre med en tidlig løst kontakt til kommunen end en sen og færdig plan, der kan opfattes som en "bestillingsseddel", som ikke tager højde for kommunale og hjemlige forhold.

Kommunikation særligt gennem korrespondancebreve er kommet til at virke. Genoptræningsplaner ligeså, men de opleves mindre brugbare. Genoptræningsplaner er især relevante, når der er et potentiale for forbedringer af fysisk træning, men det er ikke altid, at borgeren oplever det som det største problem og har overskud til at prioritere det. De virker dog brugbare ved patienter, som ikke tidligere har fået relevant træning (men i stedet fx massage og ultralydsbehandling). Anvendelsen af genoptræningsplaner er bedret gennem Sundhedsstyrelsens præciserende vejledning og dialogen med kommunerne. Plejeforløbsplaner skrives ofte efter den første uges indlæggelse, og så kommer der en tilbagemelding fra kommunen, inden patienten udskrives.

Kommunernes koordinatore med viden om progredierende neurologiske sygdomme og usynlige handicaps opleves at være gode for samarbejdet, og de har indtryk af, at de også er det internt fx med hensyn til samtaler i jobcentrene.

Forundersøgelserne giver forslag til rehabiliteringsmål, som gør indlæggelserne mere målrettede og effektive. Det giver en bedre mulighed for at balancere aktiviteterne under indlæggelsen med patienternes energiniveau, så de kan klare det. Samtidig kan afstemmes forventninger, da nogle borgere har en forventning om, at deres problemer vil blive løst under indlæggelsen, hvilket langt fra altid er tilfældet.

Hjemmebesøg som alternativ til indlæggelse opleves at "åbne borgerens historie op" med situationsbestemt dialog, koordinering og fælles planlægning. Meget kan klares på stedet, når de relevante i kommunen er til stede. Der er flere mulige varianter over et besøg, der kan være med eller uden kommunen, eller det kan være både-og. Som udgangspunkt ønskes der gerne deltagelse af både visitatorer og udfører. Det lykkes som regel fint, når besøget fungerer som alternativ til en indlæggelse, mens det er meget sværere at få arrangeret sådan, når det drejer sig om en forundersøgelse. I førstnævnte tilfælde er det lettest at få medarbejdere med knyttet til pleje, træning og ADL, mens repræsentanter fra børne-familieområdet kan være vanskeligere, og tidshorisonten kan fx være op til tre måneder. Visitatorer skal typisk dataindsamle bredt forinden for at få udredt alle relevante kontakter og informationer.

Medarbejderne oplever af kommunernes personale ikke er vant til at tale og koordinere med hinanden om disse borgere men arbejder ret isoleret, mens hjemmebesøgene giver dem anledning til at tale med hinanden. Samtidig er kommunerne så store organisationer, at ikke alle deres medarbejdere ved, at der fx er ansat forflytningskonsulenter eller inkontinenssygeplejersker, de kan inddrage.

Alle borgere bliver efter en indlæggelse tilbudt opfølgning. I den forbindelse er der gode erfaringer med kontakt til støttekontaktpersoner og jobcentre, når det er relevant.

Generelt er samarbejdet med jobcentrene i projektkommunerne gode med relevante, konstruktive og løsningsorienterede dialoger.

2.5.2.2 Kompetenceudvikling

Undervisning har ikke været helt så efterspurgt fra alle kommuners side som forventet, og frikøbsmuligheden fra starten af 2019 ændrede ikke væsentligt på det. De afholdte aktiviteter har været gode men svære at afholde hyppigt og opnå stor deltagelse, fordi kommunerne har prioriteret lidt forskelligt af hensyn til den daglige drift.

Sclerosehospitalernes supervision af kommunalt personale i forhold til borgerne har været god og givet indtryk af en lokal spredning mellem medarbejdere lidt bredere. Den udgående funktion har vist sig mere effektiv end VISO-ordning, som kommunerne ikke brugte.

Medarbejderne på Sclerosehospitalerne har skullet lære at "have flere patienter i hovedet på én gang", hvoraf flere er "usynlige" – de, der indlægges *senere*, de der *er* indlagt, og de *udskrevne*, medarbejderne skal følge op på. Det har krævet en ny måde at tilrettelægge eget arbejde og koordinere med kolleger, så de tre kategorier kan håndteres. Nogle af faggrupperne som fx terapeuter har været vant til gennem uddannelsen og arbejdet, at de primært arbejder i konkrete møder med patienterne, så de skal tænke meget anderledes. For terapeuterne, der gerne vil se progression hos patienterne, kan det være et savn ikke kun at skulle prioritere den direkte patientkontakt. Til gengæld er det tilfredsstillende også at være i kontakt med terapeuterne i kommunerne. Det betyder færre timers træning med de enkelte patienter i bytte for at knytte bedre an til patienternes hverdagsliv, hvilket er bredt accepteret hos Sclerosehospitalerne.

Desuden har medarbejderne skulle øve sig på at turde have længerevarende, tætte relationer til patienterne for at kunne indgå i den ønskede kontinuitet. Øvet sig på "choosing wisely" – at gøre det vigtige, dét der virker, så patienterne rykker sig til næste indlæggelse. Det opleves at øge kvaliteten og den faglige stolthed. Samtidig gør det synligt overfor kommunerne, hvad Sclerosehospitalerne kan bidrage med qua deres ekspertviden.

Medarbejdernes organisationsforståelse er over tid blevet vigtig for at kunne forstå egen rolle og samarbejdspartneres samt navigere i forhold dertil. De oplever selv, at kommunerne har større forståelse for, at borgerne ikke kan være koordinerende og "bære deres egen sag", og at det ikke alene er et spørgsmål, om borgernes sundhedskompetencer er (u)tilstrækkelige men om, at deres sygdom og organisationernes kompleksitet er begrænsende.

2.5.2.3 Tidlig opsporing

Sclerosehospitalerne har haft en dialog med neurologiske afdelinger om at bruge den elektroniske henvisningsblanket, og der er modtaget én henvisning vedrørende en borger ved hjælp af henvisningsblanketten sendt til Vejen Kommune.

Kommunikationsværktøjet forekommer ikke at være særligt velegnet til at skabe kontakt til kommunen om nydiagnosticerede borgere. Disse afdelinger anvender ikke i forvejen blanketten rutinemæssigt, og de er usikre på, hvilke ydelser deres henvendelse udløser, og borgerne kan i situationen på afdelingen undre sig over (og ikke dér få et klart svar på), hvorfor vedkommende også bør tale med en kommunal medarbejder.

2.5.3 Forudsætninger

2.5.3.1 Implementering

Sclerosehospitalerne og kommunerne har været oprigtigt interesserede i at lære af hinanden, som det er sket på studiebesøg, seminarer mv. Det har været afgørende, at der opleves en motivation for at styrke samarbejdet gennem projektet.

Undervisningen på Sclerosehospitalerne fra kommunernes side har blandt andet handlet om brug af genoptræningsplaner og rammerne for hjælpemiddelansøgninger.

Det har været godt, at der projektførelset har givet lang tid til at opbygge relationer, udvikle kompetencer og ændre arbejdsgange. Gevinsten er kommet tilbage som blivende læringer og praksisændringer.

Sclerosehospitalernes tre halvtidsprojektledere har været afgørende for at gennemføre relationsdannende og kompetenceudviklende aktiviteter. Det opleves bredt i organisationen som et meget velorganiseret projekt. Det har imidlertid været tidskrævende og trukket ressourcer ud af driften og medført mere dokumentation af udgående besøg. Projektet har i høj grad været drevet af projektlederne og implementering via driftsorganisationen med ledelsens vedholdende opbakning og parallelt i Ry og Haslev.

Teammøder er blandt andet blevet brugt til at tale om behov for kontakt til kommunen, genoptræningsplaner, ansøgninger og opfølgning.

Det abstrakte niveau – baggrunden for projektet – har været præsenteret og drøftet på teammøder, personalemøder, på-tværs-seminarer for at skabe mening for medarbejderne samt adressere nye spørgsmål, der opstår i hverdagen. Det var italesat fra starten som udvikling af praksisser, der skulle kunne bruges i forhold til alle kommuner.

Der var en grundig indledende fase med mange interviews med medarbejdere og borgere med henblik på at kunne beskrive ønsket praksis, identificere behov og barrierer og planlægge projektet. Undervejs i forløbet er afholdt 20 møder med hver kommune.

Flere iterationer er lavet på ændringer af arbejdsgange. De medarbejdere, der ikke direkte var involveret i projektets opstart, blev senere opmærksomme på det, og i hvert fald har det manifesteret sig ved indførslen af udgående besøg.

Indtrykket er, at den organisatoriske forankring i projektkommunerne har haft betydning for, hvilke faggrupper og praksisændringer der har været i spil.

2.5.3.2 Øvrige forudsætninger

I perioden er der set et fortsat stigende antal henvisninger af borgere til Sclerosehospitalerne svarende til stigningen i prævalensen af multipel sklerose. Særligt ses en udvikling i henvisningerne fra neurologiske afdelinger.

Sclerosehospitalerne har sideløbende med projektet ændret funktioner, arbejdsgange, fordeling mellem inde- og udgående aktiviteter, opfattelse af deres rolle samt scope for målsætningen for borgernes indlæggelse fokuseret på deres *hjemmeliv*. Det er sket som led i omstillingen til 'sammenhængsskabende aktiviteter', der i større grad end tidligere skal forholde sig til Sclerosehospitalerne som en del af det samlede sundhedsvæsen. I videre udtrækning forholder medarbejderne sig til patienternes situation før og efter deres indlæggelse.

Den generelle omstilling på Sclerosehospitalerne kan ikke fuldt ud adskilles fra projektet med samarbejdskommunerne, da det især i forhold til medarbejderne forekommer at være integrerede processer.

I 2019 var der mere end dobbelt så mange patienter i udgående funktion som før projektet. Samtidig er der over tid ændret fordeling med flere 2-ugers indlæggelser og færre 4-ugers indlæggelser, hvor førstnævnte primært bruges til førstegangsinlæggelser. Det gælder alle kommuner og ikke kun projektkommunerne.

Ved medarbejdernes opfølgning med udskrevne borgere kan de nogle gange følge yderligere op gennem kontakt til kommunen for at afklare lange sagsbehandlingstider eller afgørelser, drøfte alternativer eller nye tiltag, hvis de hidtidige har været uden den ønskede virkning.

Der pågår løbende en samtale mellem ledere og medarbejdere om specialisering og prioritering og om arbejdet 'ude' versus 'hjemme'. De er dog alle klar over, at der nødvendigvis skal ske en prioritering under de givne vilkår – ikke kun defensivt men også som et offensivt valg, der både kommer patienterne bedst til gavn og positionerer Sclerosehospitalerne konstruktivt.

Det er vigtigt for medarbejderne ikke at opleve at stå på usikker grund ved dilemmaer, der knytter sig til borgerne før, under og efter indlæggelse, så de skal have adgang til erfaringsudveksling, sparring og støtte fra kolleger og ledere. Det er også vigtigt at bevare synligheden og respekten for opgaverne, der knytter sig til borgerne før og efter deres indlæggelse samt tage hånd om, at det kan opleves at tage tid fra de indlagte.

De accelererede indlæggelser opleves entydigt at give en gevinst i form af højere kvalitet i det samlede patientforløb og ved, at flere patienter kan hjælpes. Der kan dog også være en pris i form af mindre konfrontationstid til træning og støtte under indlæggelsen.

Sclerosehospitalerne arbejder med en rolle som case manager, der skal forbinde før og efter i tilslutning til en indlæggelse. Det gælder især med hensyn til de kommuner, som ikke har en gennemgående kontakt til borgerne, at der også kan være brug for en rolle som livline, borgeren kan henvende sig til.

I dag er der blandt ledere og medarbejdere en anden retorik i forhold til kommuner generelt og med tillid til alle kommuner som udgangspunkt.

De neurologiske afdelinger har snor i udredning, behandling og behandlingskontrol, og almen praksis i andre helbredsproblemer, men ingen af dem er et omdrejningspunkt for støtten til hverdagslivet.

Medarbejderne har erfaret, at det er vigtigt at inddrage bostøtter og BPA-ordning blandt andet i forbindelse med hjemmebesøg for at få deres tilslutning til planen.

Udviklingen stiller mange krav om blandt andet ændrede medarbejderkompetencer vedrørende kommunikation, flere delprocesser og brudte arbejdsdage og ændret ledelse.

Det er helt afgørende forudsætninger for den samlede omstilling såvel som projekresultaterne, at Sclerosehospitalerne kan fastholde de ansatte ledere og medarbejdere, at de (fortsat) er dedikerede, og at der sker en vedblivende kompetenceudvikling. Og at der fra lederne er en utvetydig og vedvarende forventning til og iscenesættelse af omstillingen, der faciliterer meningssskabelse blandt ledere, medarbejdere og samarbejdspartner mv.

Sclerosehospitalerne har undervejs i perioden skiftet it-system, som har lettet de elektroniske kommunikationsveje som fx korrespondancebreve.

2.5.4 Perspektiver for videre praksis

Sclerosehospitalernes generelle omstilling vedrører alle kommunerne og ikke kun projektkommunerne. De kompetence- og praksisændringer, der er sket qua projektet er dermed ikke afgrænsede.

Baggrunden for projektet og den generelle omstilling af Sclerosehospitalerne skal fortsat italesættes og udvikles, idet den ikke er afsluttet eller afgrænset tidsmæssigt. Sclerosehospitalerne justerer vedvarende organisationsformer og arbejdsgange samt iværksætter andre tiltag.

Der er en vis bekymring blandt nogle medarbejdere for, at de ved fortsatte reduktioner af borgeres indlæggelsesvarighed kommer tæt på en nedre grænse, der betyder, at indlæggelsen ikke hjælper tilstrækkeligt, imens Sclerosehospitalerne koncentrerer sig om at omlægge til udgående funktion. Samtidig skal tages med i betragtning, at nogle besøg medfører så lange transportafstande, at der bruges en hel arbejdsdag på ét.

Selv om den udgående funktion hidtil er blevet brugt bredere end i projektkommunerne, vil et mere udbredt kendskab til muligheden sandsynligvis øge efterspørgslen særligt i kombination med, at et stigende antal borgere får sklerose. Sclerosehospitalerne har imødegået den hidtidige stigning i antallet af henvisninger til rehabiliteringsforløb blandt ved at omlægge til alternativet – den udgående funktion, men det kan blive vanskeligt at fortsætte udviklingen inden for de nuværende rammer.

Implementeringen af de nye praksisser i medfør af projektet er sket bredt i Sclerosehospitalernes organisation, men særligt nyansatte skal vænne sig til at indtænke de sammenhængende forløb og blandt andet forberede udskrivelse i god tid under patienternes indlæggelse. Læring er således fortsat vigtig for organisationen.

Medarbejderne skriver nu på et "danmarkskort" med informationer om kommunerne, som andre senere kan gøre nytte af. Det omfatter blandt andet informationer om relevante indgange, de kan bruge, som fx en hjerneskadekoordinator og særlige ressourcepersoner.

Det er ikke hensigtsmæssigt at forestille sig én og samme samarbejdsmodel i forhold til alle kommuner, men medarbejdernes viden, erfaringer og metoder kan trækkes på ad hoc.

Sclerosehospitalerne vil prøve at etablere et bredt netværk og udvide kredsen af kommuner, som Sclerosehospitalerne kan være tæt på. Det er imidlertid vanskeligt at holde momentum og frigøre ressourcer efter projektophøret.

Set fra Sclerosehospitalernes side er det afgørende for gode samarbejdspartnere, at de har én indgang, der kan vise vej i organisationen og eventuelt kan tage henvendelsen videre internt, og som samtidig har en vis viden om ikkeforebyggelige, kroniske, fremadskridende sygdomme. Det er utopisk at forestille sig, at Sclerosehospitalernes medarbejdere skal have relationer til alle kommuner og især til de kommuner, som ikke har én indgang.

Det er dog samtidig oplevelsen, at medarbejderne kan "sprede ringe i vandet" ved at kontakte andre kommuner og "spørge om vej" i deres organisation. Det er afgjort lettest i kommuner med koordinatore, men relationer til andre kan også bruges, om end de er mere arbejdskrævende for begge parter. Medarbejderne har lært sig at have mere mod og tålmodighed og prøve sig frem for derved at foranledige en dialog.

Særligt forekommer der at være behov for kommunal koordinering ved patienter med komplekse problemstillinger svarende til hjerneskaderehabilitering, som er udfordrende. Det gælder fx ved en psykisk og/eller kognitiv komponent, misbrug, hjemmeboende børn o. lign. Her er timing og koordinering er stærkt påkrævet.

Plejeforløbsplaner og korrespondancebreve har særligt stort potentiale for anvendelse i øvrige kommuner. Førstnævnte er typisk godt med hensyn til hjælpemidler.

Sclerosehospitalerne har fortsat nogle opmærksomhedspunkter og bekymringer, som især retter sig mod kommuner, der ikke har været omfattet af projektet:

Der er manglende viden om sklerose og egen organisation blandt de faggrupper, som typisk møder borgerne, og derfor løftes problemstillinger ofte op senere, end det er hensigtsmæssigt, og ikke altid med den fornødne styrke til at få ændringer til at ske.

Hjælpemidler tildeles og anvendes langt fra optimalt i alle kommuner på grund af manglende viden om sklerose og betydningen for, hvordan borgerne bedst hjælpes. Der er også et indtryk af, at det forekommer, at borgerne er visiteret til en rehabiliterende indsats, men i praksis udfører social- og sundhedsmedarbejderen ydelsen i stedet for at støtte borgeren heri, fx på grund af manglende viden om metoden og/eller tid.

Selv om der udarbejdes langt flere genoptræningsplaner nu end før projektet, og der er langt større viden om, hvordan de kan bruges, opleves det indimellem stadig udfordrende at videregive borgere til relevant træning. Genoptræningsplaner har begrænsninger, som kan gøre dem mindre relevante for nogle borgere, da de ikke kan anvendes til vedligeholdende træning og derved giver borgerne en usikkerhed om træningen og kontinuiteten. Samtidig kan vederlagsfri fysioterapi være et vanskeligt regi for borgere med sklerose, og tilbuddene kan være utilstrækkelige for nogle. Ikke alle fysioterapeuter er fuldt fagligt vidende om sklerose, nogle borgere kan have svært ved holdtræning, fordi de kræver ekstra opsyn og har svært ved at forstå mundtlige instruktioner, og træningen sker løsrevet fra øvrige indsatser. Således er der behov for at arbejde videre med at lægge træningen i de rigtige rammer efter forløb på Sclerosehospitalerne.

3. OPSAMLING

3.1 Resultater

Det er den samlede vurdering på baggrund af evalueringen, at projektet har skabt forbedringer af kvaliteten af borgernes forløb gennem en øget sammenhæng i forløbene før, under og efter indlæggelse på Sclerosehospitalerne. Tilsvarende gælder det, at den interne koordination i kommunerne er forbedret – særligt mellem de organisatoriske fagområder, der har været inddraget i projektførelset.

Den generelle vurdering underbygges af interviewene med borgerne, der generelt har en positiv opfattelse af deres forløb og samarbejdet mellem Sclerosehospitalerne og kommunerne. De har været vidende om, at der var et projekt, og de fandt formålet relevant.

Erfaringsmæssigt taber borgerne i ugerne efter indlæggelsen noget af den ellers vundne funktionsevne – det er der ikke data til at belyse, men vurderingen i Vejen Kommune er, at tabet generelt er mindre nu, end det var før projektet.

Samarbejdsmodellerne omhandler forskellige aspekter af sammenhæng, samarbejde og kendskab, kompetenceudvikling og tidlig kontakt. De er gennemgående for alle delprojekter om end implementeret og tilpasset de lokale forhold.

Forbedringerne forekommer særligt at være skabt på baggrund af:

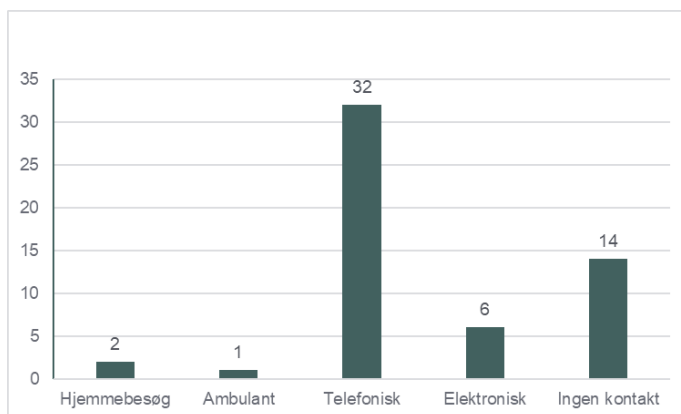
- Ledere og medarbejdere på Sclerosehospitalerne og i projektkommunerne har opnået et gensidigt kendskab til og forståelse for hinanden som organisationer og deres forskellige mål og vilkår
- Der er skabt konkrete relationer mellem ledere og medarbejdere, som er fremmende for tillid og lettere kontakter
- Målsætningerne for borgerne er i vid udstrækning blevet samstemmende for så vidt angår indlæggelsen på Sclerosehospitalerne og i kommunalt regi, og de fokuserer på hverdagslivet i hjemmet
- Kompetenceudviklingen og adgangen til Sclerosehospitalernes specialistviden har gjort det lettere for kommunale medarbejdere at indtænke borgernes udpræget individuelle sygdomsforløb med progredierende, attack-vise forværringer med betydning for deres hverdagsliv og familie, arbejdsevne mv.
- Metoderne til kompetenceudviklingen har omfattet en kombination af generel undervisning for medarbejdere fra flere forskellige fagområder og funktioner – og case-baseret undervisning og vejledning af medarbejdere tilknyttet en borger som led i Sclerosehospitalernes udgående funktion

Sclerosehospitalernes spørgeskemaundersøgelse blandt projektpatienterne viser, at 84 pct. oplevede, at én eller flere personer havde et særligt ansvar for deres samlede forløb. 82 pct. mente, at det samlede forløb fra henvisning til Sclerosehospitalet og indtil tre måneder efter udskrivelsen, var godt tilrettelagt.

Kilde: Sclerosehospitalerne, Styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og kommunerne – afsluttende rapport (2020)

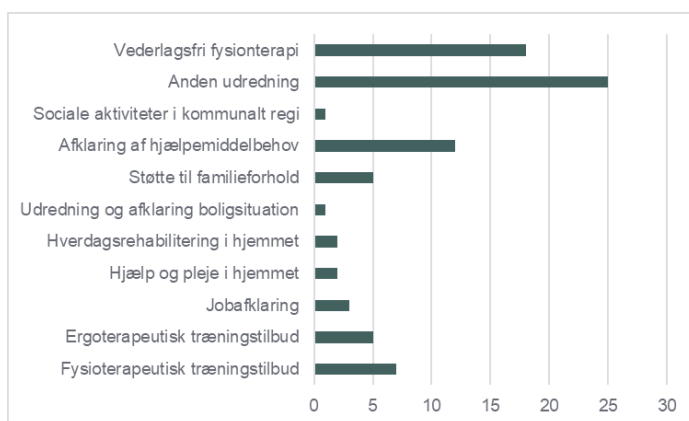
- Sclerosehospitalet har tilpassede funktioner, arbejdsgange og værdisæt, der understøtter sammenhængende forløb, og der laves rutinemæssigt forundersøgelser og opfølgning efter indlæggelse, når det ønskes
- Kommunernes koordinatore/videnspersoner og koordinationsfora letter borgerkontakt, intern koordinering og samarbejde med Sclerosehospitalet, hvilket giver tryghed samt hurtigere og bedre sagsbehandling
- Elektroniske kommunikationsredskaber som plejeforløbsplaner, korrespondancebreve og genoptræningsplaner er som sådan tilstrækkelige redskaber, og de bliver anvendt godt – ofte forudgået af en telefonisk dialog med henblik på at afstemme målsætning og muligheder

Figur 1. Opfølgningsmetode fra Sclerosehospitalet (n=55)



Kilde: Sclerosehospitalet: Styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalet og kommunerne – afsluttende rapport (2020)

Figur 2. Planlagte behandlingstilbud i kommunen efter indlæggelse



Kilde: Sclerosehospitalet: Styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalet og kommunerne – afsluttende rapport (2020)

Det er erfaret, at når samarbejdsmodellerne har forbedret kvaliteten, hænger det sammen med, at Sclerosehospitalet og kommunerne ikke kan forudsætte, at borgerne med deres begrænsede sundhedskompetencer – præget af sygdommen og eventuelt andre forhold – kan søge information, handle og koordinere eget forløb ("bære sin egen sag"). Derimod skal medarbejderne samarbejde med hinanden og de enkelte borgere og deres pårørende ud fra den præmis, at organisationerne og sagsgangene er vanskeligt tilgængelige for alle borgere.

Blandt læringen har været, at studiebesøg og undervisning af medarbejdere som metoder til kompetenceudvikling har været meget givende. Det kan dog være vanskeligt at prioritere generel undervisning for en større gruppe medarbejdere på én gang på grund af hensynet til den daglige drift velvidende, at ikke alle medarbejdere vil få konkret nytte af det i det daglige arbejde. Sclerosehospitalets udgående funktion – som alternativ til indlæggelse af borgeren – har ligeledes været meget givende for borgerne og de involverede medarbejdere med umiddelbart anvendelig viden, men det har en begrænset rækkevidde grundet de relativt få deltagere. Den præcise sammensætning af de forskellige kompetenceudviklingsmetoder er afhængige af organisationernes

prioriteringer, som igen er afhængige af blandt andet personalegruppernes størrelse, organiseringen, kompetenceudviklingsstrategien og personaleomsætningen.

Kommunerne er generelt opmærksomme på at få skabt en første kontakt med (ny-)diagnosticerede borgere, men det er vanskeligt at få rutinemæssige informationer fra neurologiske afdelinger. Der har været flere kontakter til neurologiske afdelinger for at fremme informationen, men kun Vejen Kommune har oplevet et udbytte i form af én henvisning. Den elektroniske henvisningsblanket forekommer dermed ikke at være et velegnet kommunikationsværktøj, da den typisk vil blive modtaget et sted i den kommunale organisation, der ikke ved, hvad de skal bruge den til, hvis borgeren ikke i forvejen er kendt dér.

Der er gennem projektet igangsat mange søge-lære-tiltag med de forskellige samarbejdsmodeller, og undervejs er de blevet indsnævret afhængigt af, hvad der var opbakning til i delprojekterne. Det betyder, at der er skabt erfaringer og viden om nogle tiltag men ikke om andre, hvilket ikke udelukker, at der blandt de øvrige tiltag kunne have været nogle mindst lige så virksomme. Fx rettet mod organisatorisk borgerinddragelse eller almen praksis.

De mange iterationer på samarbejdsmodellerne og kompetenceudviklingen har trukket en hel del ressourcer om end, det har været en forudsætning for succes. Det har været styrende for valg af tiltag at gøre dem kontekstafhængige og derved skabe blivende forandringer, som ikke bortfaldt ved projektophør. Kvartalsvis budgetlægning har understøttet projektformen med løbende iterationer og udviklingsspor.

Det har vist sig vigtigt både at involvere flere forskellige organisatoriske niveauer og flere fagområder og organisatoriske enheder for samlet set at opnå tilslutning, fremdrift og resultater. Det har været tids- og ressourcekrævende men nødvendigt.

Virkningen af projektet har formentlig været større på Sclerosehospitalerne end i projektkommunerne (og blandt dem sandsynligvis også med forskelle) qua koblingen til et initiativ til generel omstilling af organisationen, og at der dermed har været meget på spil. Desuden har det særlige i dette projekt været, at Sclerosehospitalernes forudsætninger har været gode og bedre, end det typisk er tilfældet i tilsvarende projekter qua faktorer som ledelsens engagement, dedikerede medarbejdere og forbindelse mellem alle relevante dele af organisationen samt projektorganisationens mandat.

Tilsvarende har kommunerne været åbne og motiverede for at udvikle praksis som samarbejdspart for Sclerosehospitalerne og inddragende flere dele af deres organisation. Det har skabt læringer og ændringer, der ikke alle kunne forudses præcist ved projektets start.

3.2 Perspektivering

De erhvervede kompetencer, relationer og praksisser nyttiggøres og fortsætter uden videre på Sclerosehospitalerne og i samarbejdskommunerne uafhængigt af projektets afslutning.

For Sclerosehospitalernes vedkommende begrænser det sig ikke til de tre kommuner fra projektet, idet kompetencer og praksisser (delvist) kan anvendes ved kontakt til alle landets kommuner. Delvist – fordi kendskabet og relationerne til de øvrige kommuner ikke er lige så stærke og gensidige, men medarbejdernes indsigt i generelle kommunale forhold, erfaringer med kommunikationsværktøjer, brug af forundersøgelser, opfølgning og udgående funktioner samt målsætning for borgernes hjemmeliv må forventes at påvirke borgerforløbene i en sammenhængsskabende retning.

Det forstærkes og må forventes fastholdt af Sclerosehospitalernes generelle omstilling af funktioner, arbejdsgange og samarbejdsmetoder mv. som nævnt ovenfor.

For kommunernes vedkommende kan en del af læringen formentlig overføres til deres arbejde med andre grupper af borgere med forløb og behov, som også har visse sygdomskaraktistika, der kræver specialviden, som generelt ikke er til stede i det kommunale regi. Det forudsætter imidlertid et oplevet behov for denne udvikling, engagement og tilslutning fra ledere på flere niveauer og medarbejdere mv.

Hvis der skal ske en bredere anvendelse af læringen fra projektet udover de involverede kommuner, forudsætter det anledninger og tilskyndelser. Sclerosehospitalerne kan selv være med til at skabe rammerne for det ved at etablere et netværk for interesserede kommuner, som det er påtænkt. Et sådan tiltag vil dog næppe udnytte det større potentiale, der formodes at være. Hertil vil formentlig forudsættes aktiviteter a la de hidtil gennemførte med henblik på at skabe nye relationer, tilpasse og forankre relevante samarbejdsmodeller, kompetenceudvikle med metoder alt efter prioritering osv. Aktiviteterne må dog forventes at være mindre krævende givet de indhentede erfaringer og implementerede praksisser hos Sclerosehospitalerne.

Delprojekterne afspejler en variation i forskellige kommunale forhold og relationer til Sclerosehospitalerne. Det betyder, at de forskellige afprøvede samarbejdsmodeller kan bruges som afsæt og tilpasses andre kommuner i relevante kombinationer. Formentlig vil der være behov for en vis videreudvikling vedrørende befolkningsmæssigt store kommuner, der har en større organisatorisk kompleksitet, flere medarbejdere og borgere med sklerose.

På andre felter, som inddrager andre organisationer som fx specialsygehuse og dele af kommunerne, kan der formentlig være en vis overførbare af resultaterne af dette projekt (epilepsi, hjerneskade osv.). Imidlertid vil der være alment kendte barrierer for spredning af viden og praksisser. Det vil således forudsætte en passende inspiration, lokalt ejerskab, vedvarende ledelsesmæssig forpligtelse på ændringer og tilslutning fra medarbejdere.

BILAG 1. SAMARBEJDSMODELLER

Projektledelsen har beskrevet følgende samarbejdsmodeller, der efter justeringer undervejs i projektforløbet, er de endelige.

MODELBEKRIVELSE 1.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG KALUNDBORG KOMMUNE	
TITEL	Sammenhængende forløb for borgere med sclerose – tværsektoriel kommunikation og indsatskoordinering
AFPRØVNING 2	1.1.2019 - 31.8.2019
BAGGRUND	Der er fra borgerne afdækket • Et behov om at relevant information bliver videregivet automatisk i tværsektorielt regi. Dette vil sikre videreformidling af den fagprofessionelle information og sammenhængen i patientforløbet øges
FORMÅL	• At borgerne oplever, at relevante informationer vedrørende dem bliver overleveret systematisk mellem fagpersoner • At der bliver udformet en plan for det samlede rehabiliteringsforløb
MÅL	At borgere med sclerose oplever et målsat, tidsafgrænset, sammenhængende og koordineret forløb mellem de specialiserede indsatser på Sclerosehospitalet og de rehabiliterende indsatser i kommunen, hvor der hele tiden bliver set på borgerens mestring og selvstændige livsførelse i hverdagslivet og bygget ovenpå færdigheder for at opnå borgers mål.
FORUDSÆTNING FOR METODE	• Systemindgange som medarbejdere på Sclerosehospitalet er vidende om og kan anvende • At patienten har kontakt til, eller behov for kontakt til, minimum 2 myndighedsafdelinger i kommunen
METODE	Sclerosehospitalet: • Ved alle patienter sikres der relevant tværsektoriel overlevering fra fagpersoner til fagperson under indlæggelsen og ved udskrivelsen • Ved patienter hvor der er en vis kompleksitet og der er flere forskellige områder, hvor der er udfordringer, skal der rettes henvendelse til visitationen (fx udfordringer i forhold til compliance, medicinering m.v.) På Sclerosehospitalet skal kontaktperson og team beskrive dette i plejeforløbsplanen ved udskrivelsen. Der redegøres for patientens sundhedskompetencer • I fanen "yderligere koordinering", i plejeforløbsplanen til visitationen anføres i feltet med overskriften "Behov for anden kommunal indsats" følgende; <i>Der er behov for yderligere koordinering ift. afklaring af; fx jobcenter, hjælpemidler og træning, familiesituation</i> Dette under forudsætning af, at der er givet et samtykke fra patienten Kalundborg Kommune • Plejeforløbsplanen modtages i visitationen. Når der er angivet behov for yderligere koordinering sender de den videre til neuroforum • Neuroforum indkalder relevante parter til et koordineringsmøde. Her opstartes koordineret indsatsplan
INDIKATORER	Oplysninger bliver overleveret og anvendt. Øget kontakt til neuroforum.
MONITORERING	Patienten svarer efter 3 måneder på spørgeskema fra Sclerosehospitalet. Eksempelvis LUP spørgsmålet "Blev du inden din udskrivelse informeret om den videre plan for dit forløb?" (bilag 1) Der måles på alle projektpatienter fra Kalundborg kommune. Kommunen registrerer, hvorvidt der har været overlevering mellem Sclerosehospitalet og kommunerne i registreringsskema (bilag 2). Kontakter til visitationen med henblik på opstart af koordineret indsatsplan vil kunne opgøres i plejeforløbsplanen, på de inkluderede patienter fra Kalundborg kommune.
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	I hvilken grad er målet nået? Vil vi anbefale modellen Hvilke forudsætninger er afgørende for at modellen kan gennemføres i andre kommuner? • At borgerne oplever, at relevante informationer vedrørende dem bliver overleveret systematisk mellem fagpersoner • At der bliver udformet en plan for det samlede rehabiliteringsforløb

	Systematisk overlevering af information Der er en sikker digital kommunikationsvej via plejeforløbsplan som er med til at sikre at kommunikation går direkte fra Sclerosehospitalet til visitationen i kommunen. Hvis der skal videregives oplysninger/historik omkring tiltag i kommunalt regi er det borgeren der skal formidle dette ved indlæggelsen, her er der i projektet ikke fundet en elektronisk kommunikationsvej. Der kommer indlæggelsesrapport på dem som har en indsats enten i sundhed eller pleje, hvor de er visiteret til en ydelse. Dette er dog ikke afledt effekt af projektet. Vi anbefaler at man får afdækket og belyst mulige digitale kommunikationsveje. En forudsætning er at kommunen ved hvordan den kan formidles videre i eget regi. Med erfaring i projektet vil vi anbefale at modellen efterprøves evt. ved at medarbejderen på Sclerosehospitalet kobler afsendelsen af en plejeforløbsplan med en opringning til kommunen. Samlet rehabiliteringsforløb Da der i projektet er belyst en kompleksitet for nogle borgere med sclerose er der i Kalundborg blevet besluttet at borgere med sclerose fremadrettet kan tages op til drøftelse blandt myndigheder i neurokoordinationsforum. Ved komplekse forløb hvor der er flere myndigheder inde over borgeren kan dette belyses i plejeforløbsplan som beskrevet under metode og kommunen kan ved kommende møde i neurokoordinationsforum tage patienten op med inspiration i den koordinerede indsatsplan (relationel koordinering). Vi anbefaler at alle kommuner kan aktivere et forum hvor komplekse borgere kan blive drøftet. Om det er i et samråd, koordinationsforum eller om man vælger at have en koordinator som kan være tovholder ift. borgerens behov og koble dette med indsatser i kommunen. En forudsætning for at modellen kan overføres til andre kommuner kræver en afdækning af allerede etablerede fora som kan imødekomme ovenstående.
--	--

MODELBEKRIVELSE 1.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG MORSØ KOMMUNE	
TITEL	Sammenhæng i kommunikation og rehabiliteringsindsats mellem Sclerosehospital og kommune
AFPRØVNING 2	1.1.2019 - 31.8.2019
BAGGRUND	Der er fra borgerne afdækket: • Et behov for at relevant information bliver videregivet automatisk i tværsektorielt regi, da dette vil minimere borgerens egen indsats ift. ansvaret for videreformidling af fagprofessionel information • At kommunikationen og afklarende spørgsmål, sker direkte mellem fagpersonerne
FORMÅL	Vi ønsker at sikre: • At informationer vedr. borgerne videregives systematisk • At der etableres en fagprofessionel kontakt • Øget tværsektoriel kommunikation og gensidig kompetenceudvikling • Kvalificering af begreber der anvendes i kommunikationen tværsektorielt
MÅL	• At borgere med sclerose får en oplevelse af sammenhæng i indsatser mellem Sclerosehospital og kommunen • Systematisk overlevering af relevant information vedr. borgere i overgangen mellem kommune og indlæggelse på og udskrivelse fra sclerosehospitalet
FORUDSÆTNING FOR METODE	At medarbejdere på Sclerosehospitalet har viden om og kan anvende de beskrevne metoder
METODE	Sclerosehospital Udskrivelse: • Plejeforløbsplan hvori ændringer i intervention/indsatser ved borgere beskrives og sendes • Der gives besked til koordinator på scleroseområdet; Opret Korrespondancebrev Kategori "Orientering" emne "Sclerosepatienter" <i>Kære Karen Frøslev Hansen</i> <i>Resume af indlæggelse</i> <i>Hvem er der taget kontakt til i kommunen</i> <i>Er der konkret emner hun skal følge op på?</i> Tryk på Modtager/send ☐ egen kommune ☐ sociale tilbud • Afklaring af tværsektorielle behov for viden og præcisering af anvendelse af begreber. Fx at der i funktionsevnebeskrivelse til Jobcenter angives • "skånehensyn" samt hvorfor tid og at overskud til træning er vigtigt • Ved behov for kontakt til jobcenter tages telefonisk kontakt og/eller sendes sikker mail • Ved behov for kontakt til privat praktiserende fysioterapeut, tages telefonisk kontakt og/eller sendes sikker mail

	Morsø Instruks internt ift. mulige kommunikationsveje
INDIKATORER	At der bliver sendt, modtaget og handlet på overlevering af information
MONITORERING	Der måles på alle projektpatienter ved indlæggelse, udskrivelse, ved spørgeskema (bilag 1) og 3 mdr. efter udskrivelsen ved Registreringsskema (bilag 2)
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget
EVALUERING	I hvilken grad er målet nået? Der er en sikker digital kommunikationsvej via plejeforløbsplan og korrespondancebrev som er med til at sikre at kommunikationen går direkte fra Sclerosehospitalerne til visitation, hjemmepleje og sclerosekoordinator i kommunen. Der er ikke etableret digitale kommunikationsveje til privatpraktiserende fysioterapeuter og jobcenter men det er stadig essentielt at der kommunikeres fra fagperson til fagperson via telefon eller sikker mail. Patienter giver udtryk for lettelse ved at information vedr. dem bliver overleveret fra fagperson til fagperson. Anbefalinger ift. modellen Vi anbefaler at man øger tværsektoriel kommunikation og gensidigt kompetenceudvikling, da det er med til at sikre og kvalificere sammenhæng. Anbefalinger ved overførsel til andre kommuner Vi anbefaler at man får afdækket og belyst mulige digitale kommunikationsveje. En forudsætning er at kommunen ved hvordan den kan formidles videre i eget regi. Med erfaring i projektet vil vi anbefale at modellen efterprøves evt. ved at medarbejderen på Sclerosehospitalet kobler afsendelsen af en plejeforløbsplan med en opringning til kommunen.

MODELBSKRIVELSE 1.2: SCLEROSEHOSPITALERNE	
TITEL	Styrke patientens oplevelse af sammenhæng
AFPRØVNING 2	1.1.2019-31.8.2019
BAGGRUND	I den indledende fase af projektet er der afdækket behov for, at vi yder større støtte til patienter, når der er behov for kontakt til forskellige instanser. Flere patienter angiver, at det føles uoverskueligt at etablere kontakten og har svært ved at overskue alle de opfølgingspunkter, der bliver skrevet i den tværfaglige evaluering – disse skal gøres skarpe og relevante. Patienterne efterspørger bedre vejledning om kommunale tilbud der kan understøtte den igangværende rehabilitering.
FORMÅL	- Sikre forankring af de tiltag der er iværksat under indlæggelse. Dvs. tage kontakt til terapeuter hjemme ift. overlevering af information fx ændring af træningsprogram til den privatpraktiserende fysioterapeut, eller andre ændringer i intervention - Støtte patienterne i at tage kontakt til eksterne instanser fx ansøge om hjælpemidler, ridefysioterapeut, bandagist etc. under indlæggelse. Hvor det vurderes, at patienterne ikke selv med støtte kan tage denne kontakt, gør vi det - Kritisk stillingtagen til de opfølgingspunkter der skrives i "resume af indlæggelse" - Forholde sig til sundhedskompetencer hos den enkelte patient - Kompetenceudvikling af medarbejdere ift. bedre at kunne støtte patienten i at få etableret relevante tilbud i kommunen - Medarbejdere skal kende de begreber, man anvender i kommunen som letter sagsbehandling for patienten - Medarbejdere skal kende til og anvende kommunikationsveje, som er blevet mulige med EPJ, såsom korrespondancebreve, plejeforløbsplan - Alle patienter skal tilbydes opfølgning efter udskrivelse af Sclerosehospitalerne. Den kan enten være telefonisk kontakt eller via mail, via skype når sikker forbindelse er bekræftet eller ved en ambulant besøg på Sclerosehospitalet eller hjemme ved patienten.
MÅL	- Styrke patientens oplevelse af sammenhæng mellem de specialiserede ydelser fra Sclerosehospitalet og de rehabiliterende tilbud i kommunen - Give medarbejderne på Sclerosehospitalerne større viden om kommunernes tilbud til borgere med sclerose
FORUDSÆTNING FOR METODE	At medarbejdere på Sclerosehospitalerne har viden om og kan anvende de beskrevne metoder
METODE	- Projektledere indsamler viden om kommuner, kommunikationsveje og begreber, som anvendes i kommunen - Afdække og beskrive valgte kommunikationsveje i EPJ - Systematisk overlevering af viden fra projektgruppen til medarbejderne Alle medarbejdere - Afklare i teamet hvem og hvornår der tages kontakt til kommune - Stille mod én kontakt. Kontakt fra flere faggrupper kan være det mest relevante. - Forventningsafstemning ift. hvordan det er hjemme, oplevelse af træning mm.

	- Tage kontakt til terapeuter hjemme fx privat praktiserende fysioterapeut telefonisk ift. status - Vær nysgerrig på og opsøgende ift. tilbud i kommunen - Tilbyd opfølgning, stillingtagen til hvordan. Dokumentere altid i epj at det er tilbudt og årsag hvis patienten har frabedt sig opfølgning. Vær opmærksom på patientens sundhedskompetencer og i hvilke tilfælde der er behov for at der opfordres til denne opfølgning mere end det tilbydes - Er der sammenhæng i deres resumé af indlæggelsen/opfølgningspunkter? Kontaktperson skal være kritisk I plejeforløbsplaner - Ved afdækket behov for et hjælpemiddel laves en beskrivelse der indeholder; funktionsniveau, hvad der er afprøvet, resultat af afprøvning og produktinformation. Beskrivelse skal overleveres til kommunalt regi af os. Fx I selve ansøgningen via nem ide, tlf., sikker mail til visitationen, KB, PFP. - Ved behov for at kommune skal tage kontakt til borger fx ift. afprøvning af et hjælpemiddel hjemme, et visitationsmøde i hjemmet, sikrer vi overlevering af beskrivelse til kommune, fx via sikker mail, tlf. PFP
INDIKATORER	Oplevelse af sammenhæng
MONITORERING	- Spørgeskemaer til medarbejdere om kendskab til kommunen (bilag 3) - LUP spørgsmål om kendskab til sammenhæng (bilag 1) - Fokusgruppeinterview med fokus på om patienten oplever styrket sammenhæng mellem Sclerosehospitalet og kommunen
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 1.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG VEJEN KOMMUNE	
TITEL	Kommunikationsflow mellem Sclerosehospitalet og Vejen kommune
AFPRØVNING 2	1.1.2019-31.8.2019
BAGGRUND	Der er fra borgerne afdækket: Et behov for at relevant information bliver videregivet automatisk i tværsektorielt regi, da dette vil minimere borgerens egen indsats ift. ansvaret for videreformidling af fagprofessionel information
FORMÅL	Vi ønsker at sikre: - At informationer vedr. borgerne videregives systematisk - At der etableres en fagprofessionel kontakt mellem Sclerosehospitalet og Konsulent for kroniske sygdomme i Vejen kommune - At der etableres kontakt mellem ikke allerede kendte borgere med sclerose i vejen kommune og Konsulent for kroniske sygdomme - Øget tværsektoriel kommunikation og gensidig kompetenceudvikling
MÅL	- At borgere med sclerose får en oplevelse af sammenhæng i indsatser mellem Sclerosehospitalet og kommunen - Systematisk overlevering af relevant information vedr. borgere i overgangen mellem kommune og indlæggelse på, udskrivelse fra Sclerosehospitalet mhp. at sikre overlevering af viden
FORUDSÆTNING FOR METODE	At medarbejdere på Sclerosehospitalet har viden om og kan anvende de beskrevne metoder At kommunen er klar til at håndtere information fra Sclerosehospitalet, således det ender hos den rette medarbejder
METODE	Vejen Kommune Så snart der er kendskab til borgere der skal indlægges på Sclerosehospitalet, skal der sendes elektronisk besked som et "korrespondancebrev" til Sclerosehospitalet indeholdende: Kendskab til patienten, også hvis der ikke er, hyppighed af besøg, næste besøg ca. Aktuelle problematikker der arbejdes med i kommunalt regi Tidligere problematikker der er afklaret Supplerende oplysninger Sclerosehospitalet Optakt: Visitationen tager kontakt til konsulent for kroniske nervesygdomme, og giver besked om kommende indlæggelse. Visitationen indhenter samtykke til dette hos borgere fra Vejen kommune, når der indkaldes til indlæggelse på Sclerosehospitalet. Kontaktperson tjekker om der er modtaget korrespondancebrev fra kommunen Indlæggelse:

	Patientens kontaktperson tager udgangspunkt i disse oplysninger og vurderer i samarbejde med patienten, hvordan disse kan inddrages i målsætningen for indlæggelsen Ved borgere hvor der ikke foreligger korrespondancebrev fra Vejen kommune ved indlæggelsen på Sclerosehospitalet, indhentes samtykke til at sende et sådan til Vejen kommune og indhente relevante oplysninger om igangværende intervention. Opret Korrespondancebrev Kategori "træning" emne " Sclerosepatienter" Kære Mette Muff (Konsulent for kroniske nervesygdomme) Indhentning af oplysninger vedr... Tryk på " Modtager/send"→ egen kommune→ "Vejen hjemmepleje" Udskrivelse: Der sendes altid besked vedr. status og rehabilitering, som korrespondancebrev på følgende måde; Opret Korrespondancebrev Kategori " træning" emne " Sclerosepatienter" Kære Mette Muff (Konsulent for kroniske nervesygdomme) Resume af indlæggelse Hvem er der taget kontakt til i kommunen Er der konkret emner hun skal følge op på? Tryk på " Modtager/send"→ egen kommune→ "Vejen hjemmepleje" Plejeforløbsplan sendes på de borgere, der er i kontakt med sygeplejen og/eller hjemmeplejen i kommunen. Der skal altid medsendes en funktionsevnebeskrivelse Hvis borgere der er i kontakt med sygeplejen og/eller hjemmepleje også har brug for at blive kontaktet af visitationen i kommunen ift. ansøgning om hjælpemidler, kan dette beskrives i plejeforløbsplanen. Hvis dette ønskes, skal der skrives "Borger ønsker opkald hurtigst muligt efter udskrivelse vedr. ansøgning af hjælpemidler". Beskrivelsen skal indeholde: funktionsniveau, hvad der er afprøvet, resultat af afprøvning, produktinformation. Man underskriver med sine kontaktoplysninger
INDIKATORER	At der bliver sendt, modtaget og handlet på plejeforløbsplaner samt korrespondancebrev
MONITORERING	Der måles på alle projektpatienter ved indlæggelse, udskrivelse ved spørgeskema (bilag 1) og 3 mdr. efter udskrivelsen ved registreringsskemaet (bilag 2)
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 2.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG KALUNDBORG KOMMUNE	
TITEL	Faglig sparring, gensidig vidensdeling/ kompetenceudvikling.
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.08.2019
BAGGRUND	At borgerne oplever: - Manglende viden om og forståelse for sclerosens forløb og udfordringer i hverdagslivet i kommunen og på Sclerosehospitalet. Medarbejdere i kommunen oplever: - At mangle viden om sclerose og hvilke udfordringer mennesker med sclerose oplever på et overordnet plan Udvalgte medarbejdere i kommunen: - Mangler sparring i konkrete sager, som eksempelvis når de oplever at forlænge BPA ordninger længere end de vurderer er godt Sclerosehospitalets medarbejdere: - Mangler viden om kommunale tilbud til mennesker med sclerose for at kunne give gode råd og vejledning i forbindelse med udskrivning
FORMÅL	- At borgere med sclerose oplever, at blive mødt af personale som har viden om sygdommen og kan give relevante tilbud eller råd og vejledninger om muligheder i kommunalt regi - At medarbejdere i kommunen ved hvornår de skal søge faglig sparring - At medarbejderne i kommunen kan støtte og vejlede borgere i, når det er relevant, at søge om indlæggelse eller udgående funktion fra Sclerosehospitalet
MÅL	At vi ved gensidigt kendskab til hinanden letter borgerens overgang til og fra indlæggelsesforløbet på Sclerosehospitalet og herved understøtter effekten af indsatsen med henblik på at dette kan omsættes til livskvalitet i borgerens hverdagsliv

FORUDSÆTNING FOR METODE	Sclerosehospitalet bibeholder viden for sundhedsprofessionelle (fagperson til fagperson) når de overgår til andet format for hjemmeside. At økonomi ikke bliver en barriere for kompetenceudvikling.
METODE	For medarbejdere i kommunen: - Viden om sclerose via scleroseforeningens hjemmeside samt for sundhedspersonale på Sclerosehospitalet Udvalgte medarbejder i kommunen: - Viden om sclerose og Sclerosehospitalet - Kompetenceudvikling af fagspecifikke områder For medarbejdere på Sclerosehospitalet: - Deltage i kompetenceudvikling fra kommunerne for at øge kendskabet til de kommunale producenter og de lovgivninger, kommunerne er underlagt, og tilbud til mennesker til sclerose
INDIKATORER	Spørgeskema om kendskab hos hhv. medarbejdere i kommunen samt på Sclerosehospitalet (bilag 3)
MONITORERING	Resultater fra undersøgelse inden baseline samt ved midtvejs- og slutstatus sammenholdes for at vurdere kendskab til hinanden
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget. Der er sendt ansøgning til Sundhedsministeriet om, at bruge midler til frikøb af medarbejdere i (anvendt tid) i forbindelse med kompetenceudvikling.
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 2.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG MORSØ KOMMUNE

TITEL	Koordinatorfunktion, en indgang til kommunen som borger med sclerose
AFPRØVNING 2	1.1.2019 - 31.8.2019
BAGGRUND	Der er påvist ønske om og behov for en gennemgående og koordinerende person omkring borger med sclerose og dennes familie, i forhold til ydelser fra andre afdelinger eller personale ved Morsø Kommune. Der ønskes en koordinatorfunktion i kommunalt regi, der kan koordinere helhedsindsatsen og har viden om sclerose og relevante kommunale tilbud til borgere med sclerose og deres pårørende.
FORMÅL	At borgere med sclerose ved hvor, og til hvem de skal henvende sig for at få råd og vejledning ift. de problematikker, der er i hverdagslivet med sclerose. Koordinatoren skal samle trådene og skabe overblik i forhold til: - Forsørgelse. Hjælpe med kontakt og opfølgning hos jobcenter, evt. pension mm. - Arbejde, uddannelse, fritid. Hvad skal livet indeholde nu efter en skade og sygdom. Hvad kan give mening og indhold for borgeren med sclerose - Familie, pårørende og netværk. Tale med familien om den ændrede livssituation og de skjulte handicaps borgeren med sclerose ofte har. Manglende initiativ, modløshed, træthed osv. - Behandling og træning. Hvad skal der sættes i værk og hvordan sikres et samarbejde og koordinering - Bolig og hjælpemidler. Formidle og være behjælpelig med kontakt til hjælpemiddelafdelingen, og opfølgning hos borgeren - At klare hverdagen. Hvad skal borgeren med sclerose have hjælp til, så der kan leves en hverdag på trods af skaden og sygdommen - Transport. Hvordan kommer borgeren med sclerose frem til genoptræning, besøg osv. - Pleje og omsorg. Formidle og være behjælpelig med kontakt til hjemmeplejen - Opfølgning. Konstant have fokus på videre forløb
MÅL	Gennem en helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende indsats sikres den enkelte borger med sclerose, at relevante foranstaltninger iværksættes så tidligt i forløbet som muligt. Borgeren og dennes pårørende tilbydes en fast kommunal kontaktperson til at koordinere helhedsindsatsen. Koordinatoren sikrer, at der samarbejdes på tværs af involverede aktører og at ressourcerne udnyttes optimalt. Der vil være fokus på indsatsen i forhold til de pårørende og deres behov for støtte og vejledning.
FORUDSÆTNING FOR METODE	Morsø kommune Tilbuddet skal promoveres bredt til medarbejdere og borgere med sclerose og pårørende Sclerosehospitalet

	Ved borgere fra Morsø kommune, der har givet deres samtykke og hvor det er relevant, rette henvendelse til koordinator på scleroseområdet
METODE	Sclerosehospital - Ved alle henviste borgere fra Morsø kommune, indhentes samtykke til etablering af kontakt til kommunens koordinator på scleroseområdet og kontaktinformation udleveres Morsø kommune - Etablere kontakt til borgere med sclerose i Morsø kommune - Modtage og forholde sig til korrespondancebrev vedr. borgere i forbindelse med udskrivelse fra Sclerosehospitalet - Kontinuerligt udbrede viden om sclerosekoordinator funktionen internt i kommunen
INDIKATORER	- Antal borgere med sclerose der er i kontakt med sclerosekoordinator - Sclerosekoordinator som vejleder for interne og eksterne samarbejdsparter
MONITORERING	Fokusgruppeinterview af borgere med sclerose i Morsø kommune i 2019
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget, da der er bevilget penge til sclerosekoordinator.
EVALUERING	I hvilken grad er målet nået? I Morsø kommune blev der afsat midler fra projektet til en Sclerosekoordinator i 10,5 timer pr uge i 2018-2019. I 2020 har Morsø kommune afsat midler til denne funktion. Det skaber ro for borgere med sclerose og deres pårørende at de ved hvor, og til hvem de skal henvende sig for at få råd og vejledning ift. De problematikker der er i hverdagslivet med sclerose. Sclerosekoordinator er med til at sikre forankring af tiltag iværksat under indlæggelsen. For medarbejderne på Sclerosehospitalet har det stor værdi og letter samarbejdet, at der er en koordinerende fagperson man kan henvende sig til. Der er kontinuerligt behov for at udbrede viden om koordinatorfunktionen i Morsø kommune, til medarbejdere på Sclerosehospitalet, internt i Morsø kommunen samt til borgere med sclerose i Morsø kommune. Vil vi anbefale modellen Det er vigtigt at man i kommunen forholder sig til den organisatoriske placering af denne funktion, hvilken sektor den hører ind under og hvilken bemyndigelse sclerosekoordinatoren har. Dette har betydning for effektfulde arbejdsgange og for patienten en hurtig indsats til gavn for den enkeltes oplevelse af sammenhæng. Hvilke forudsætninger er afgørende for at modellen kan gennemføres i andre kommuner? I hvor høj grad modellen er overførbart, er afhængig af den enkelte kommunes interesse i afsætte ressourcer til en koordinerende fagperson, der kan varetage dette specifikke område.

MODELBEKRIVELSE 2.2: SAMARBEJDET MELLEM KONTINENS SYGEPLEJERSKER OG ANDRE KONTINENS MEDARBEJDERE PÅ SCLEROSEHOSPITALERNE OG I PROJEKTKOMMUNERNE VEJEN, KALUNDBORG OG MORSØ

TITEL	Styrket samarbejde mellem kommuner og Sclerosehospitalet på kontinensområdet
BAGGRUND	Der er brug for en øget opmærksomhed på kontakten mellem kontinenssygeplejerskerne i kommunerne og på hospitalerne.
FORMÅL	At der sker overlevering af informationer mellem kontinensmedarbejdere på sclerosehospitalet og kontinensmedarbejdere i kommunen inden, under og efter indlæggelse, hvor det er relevant for borgeren/patientens videre forløb.
MÅL	At projektpatienter i projekt styrket samarbejde mellem sclerosehospitalet og kommuner, der har kontinensproblemer, oplever et sammenhængende forløb før, under og efter indlæggelse på Sclerosehospitalet mellem kommunerne og Sclerosehospitalet
FORUDSÆTNING FOR METODE	Projektpatienten skal have et kontinensproblem og være interesseret i at kommunen inddrages.
METODE	Borgeren/patienten skal ALTID give samtykke til udveksling af informationer og overlevering Inden indlæggelse: Kommunens kontinenssygeplejersker kontakter sclerosehospitalet, hvis de har kontakt til en borger med inkontinensproblemer, der skal indlægges som projektpatient, og patienten er interesseret i et sammenhængende forløb. Der bruges kendte kommunikationskanaler, eller der tages telefonisk kontakt til kontinensmedarbejderne på hospitalerne, kontaktoplysninger nedenfor. Projektmedarbejdere tager kontakt til kontinenssygeplejerskerne, når de ved, at der skal indlægges en projektpatient. Under indlæggelsen: Hvis patienten er interesseret og det er relevant kontakter kontinenssygeplejerskerne på hospitalerne kommunens medarbejdere og der aftales, hvordan samarbejdet skal være.

	Efter indlæggelse på hospital: Hvis det er aktuelt: Samtykke fra pt. om at blive kontaktet af kommunens kontinens/primær sygeplejerske Hospital sender plejeforløbsplan til kommunens visitator: • Hvad skal kommunen følge op på • Stile kommunikation til kontinenssygeplejersken • Beskrive indholdet af besøget/kontakten • Beskrive haster/haster ikke (oplæring i RIK/omsorgsbesøg). • Beskrive mere præcist/konkret, hvad vi har gjort/afprøvet og hvad vi tænker der skal ske videre frem Alle projektpatienter: Der udleveres kontaktoplysninger til patienten om kommunens kontinensmedarbejder, så det er muligt at tage kontakt, hvis der opstår et problem. Hvordan kommunikerer vi: Plejeforløbsplan Mail/telefon
INDIKATORER	At borgere fra de 3 kommuner oplever, at der er samarbejde på kontinensområdet på Sclerosehospitalet og i kommunerne før, under og efter indlæggelse på Sclerosehospitalet, hvis borgerne er interesserede og har et inkontinensproblem.
MONITORERING	Evaluering af modellen på kontinensmøder på Sclerosehospitalet. Evaluering af kommunernes kontinensmedarbejdere løbende til mail: manscm@sclerosehospital.dk
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 2.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG VEJEN KOMMUNE

TITEL	Kendskab til og anvendelse af Sclerosehospitalernes udgående funktion
AFPRØVNING 2	1.1. 2019 – 31.08.2019
BAGGRUND	I dette projekt er vi blevet opmærksomme på, at tilbuddet om udgående funktion, ikke er kendt af borgere med sclerose, henvise instanser eller af kommunen. Der er afdækket behov for: • At der er større kendskab til tilbuddet om udgående funktion til borgere som ikke har mulighed for at blive indlagt på sclerosehospitalet • At der gøres brug af tilbud til borgere som ikke har behov for en indlæggelse, men behov for et specialiseret tilbud i hjemmet
FORMÅL	• At der gives et specialiseret rehabiliterings tilbud til borgere, hvor en indlæggelse ikke er muligt pga. fx kognitive udfordringer, hjemlige omstændigheder eller ikke ønskes pga. personlige omstændigheder • At borger der endnu ikke er klar til en indlæggelse bliver præsenteret for og får viden om Sclerosehospitalernes tilbud. • At kendskabet til dette tilbud udbredes
MÅL	• Give et højt specialiseret tilbud fra Sclerosehospitalet til flere borgere med sclerose og i samarbejde med kommunen, finde frem til hvilke interventioner, der skal varetages af henholdsvis kommune og Sclerosehospital • Øge samarbejdet mellem Sclerosehospitalet og kommunen
FORUDSÆTNING FOR METODE	Sclerosehospital • Udarbejdelse af patient/pårørende rettet informationsmateriale om Udgående funktion (bilag 4)
METODE	Vejlen kommune • Hos borgere hvor dette tilbud er relevant, gives der mundtligt og skriftlig information om tilbuddet, samt at det forudsætter kontakt til egen læge eller neurolog for henvisning • Ved borgere hvor der er barriere ift. til det at bede om eller få en henvisning, er det muligt at lave besøg ved specialteam. Kommunen har dokumenterings pligten og specialteamet har konsulent funktion. Dette er kun muligt i projektperioden og kun ved borgere hvor barrieren er at få en henvisning grundet manglende sundhedskompetencer eller svag kontakt til privat praktiserende læge • Fagligt forholde sig til sundhedskompetencer ved den enkelte borger Sclerosehospital

	- Der er fast telefontid på Sclerosehospitalet, hvor man kan tale med det visiterende team. Her kan fagprofessionelle, borgere og pårørende rette henvendelse vedr. spørgsmål til udgående funktion. Dette beskrives i informationsmaterialet - Når henvisning er modtaget, tager visitationen kontakt til borger og der aftales tidspunkt for besøg, gerne med deltagelse af en pårørende. Her afklares også, om der er medarbejder fra kommunalt regi der skal deltage. Vi inviterer dem med hvis dette er et ønske fra borger - Ved besøget afklares rehabiliteringsbehov og der udarbejdes en handleplan for disse. Derefter afgøres hvilke ydelser Sclerosehospitalet kan/skal levere og hvilke kommunen kan/skal varetage
INDIKATORER	Øget antal henvisninger
MONITORERING	Konsulent for kroniske sygdomme - Registrering af antal der har ønsket dette tilbud, dvs. hvor der er blevet givet information vedr. det og borgere angiver at de vil kontakte læge eller neurolog mhp. henvisning Sclerosehospitalet - Registrere hvor mange henvisninger vi modtager
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget.
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 3.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG KALUNDBORG KOMMUNE	
TITEL	Tidligere kendskab - tidligere indsats Øget tilgængelighed for Sclerosepatienter til kommunens generelle sundhedsfremmende og forebyggende tilbud.
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Kommunen har en række forebyggende og sundhedsfremmende tilbud der især sigter på at understøtte mestringsevnen hos borgere med kroniske lidelser og sundhedstruende livstilstande. Kommunen ønsker at øge sclerosepatienters kendskab og tilgængelighed til de generelle tilbud mhp. forebyggelse og sundhedsfremme, samt skabe en relation til sclerosepatienterne, som giver et kendskab, der letter senere kontakt. Der er afdækket behov for: - At borgere med sclerose og deres pårørende, så tidligt som muligt efter diagnosen, tilbydes mulighed for at blive kontaktet af en der har viden om sclerose og har kendskab til tilbud rettet mod deres livssituation - At borgere bliver taget ved hånden i en forståelse og anerkendelse for deres situation.
FORMÅL	At kommunen tilbyder borgere med sclerose en forebyggende indsats og vejledning, så borgeren forbliver så selvstændig som mulig i eget hjem, så længe som mulig. At sikre at sclerosepatienter får kendskab til de kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud.
MÅL	At borgere med sclerose får en sundhedssamtale, hvor der tages stilling til hvilke tilbud kommunen kan tilbyde, som er relevant for borgeren med sclerose.
FORUDSÆTNING FOR METODE	Sclerosehospital - Udbrede viden om hvordan og til hvem den beskrevne metode vedr. henvisning til sundhedssamtale skal bruges af medarbejdere på Sclerosehospitalerne Kommunen - Viden om mulighed for sundhedssamtaler udbredes til medarbejdere i kommunen - Viden om mulighed for sundhedssamtaler udbredes til praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger i kommunen - Viden om sundhedssamtalen udbredes til borgere i Kalundborg kommune. - Kendskab til særlige problematikker der ofte er gældende ved borgere med sclerose, udbredes til medarbejdere i kommunen der varetager sundhedssamtaler
METODE	Kommune Henvisningen "ref01" modtages i elektronisk postkasse. Borger tilbydes en sundhedssamtale ad modus samtalehjulet, Esbjergmodellen. I sundhedssamtalen støttes borgeren i at klarlægge muligheder og barrierer for at leve et selvstændigt liv med en kronisk sygdom, med fokus på mestring og livskvalitet. Der udarbejdes mål og plan ark, som borger selv handler ud fra. Sclerosehospitalet Kontaktpersonen skal forholde sig til patientens sundhedskompetencer, og vurderer om en sundhedssamtale er relevant. Hvis det vurderes relevant drøftes dette med patienten.

	• Patienten skal være indforstået med niveauet af eget bidrag til og formålet med samtalen • Hvis patienten ønsker sundhedssamtale og gerne vil kontaktes af kommunen mhp at aftale et møde, oprettes henvisning i EPJ I EPJ: →korrespondance→henvisninger→højre klik og vælg "opret/send henvisning" →vælg "egen kommune"→indkaldt til, vælg "ambulant"→ønsket undersøgelse "sundhedssamtale – bedes kontakte patient efter udskrivning"→hent diagnosen →Anamnese "Aftalen om henvisning er lavet under indlæggelse på Sclerosehospitalet i Ry/Haslev. Patienten udskrives den xx" + anfør hvis der er særlige hensyn eksempelvis syn og høre problemer eller lign. →send
INDIKATORER	• Sundhedssamtaler i kommunalt system - at der opleves større tilgang af borgere med sclerose til sundhedssamtaler. • Spørge om hvor borgeren har viden om samtalen fra?
MONITORERING	Afreportering fra patienterne. Sundhedskompetencemåling
ØKONOMI	Tilbuddet eksisterer allerede i kommunens tilbudsvifte
LØBENDE STATUS	29/1-19: arbejdsgruppemøde. Tillæg til målet – obs at borger er vidende om at borger selv er opmærksom på at bringe sagen videre.
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 3.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG MORSØ KOMMUNE

TITEL	Fokus på overlevering ved indlæggelse og udskrivelse af borgere med fremskreden sclerose, der er afhængige af hjælp fra andre
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Der er afdækket behov for, at der er fokus på at sikre overlevering og anvendelse af information ved indlæggelse og udskrivelse af borgere med fremskreden sclerose. Desuden er det nødvendigt at skelne mellem borgere der modtager hjælp fra kommunalt regi eller har BPA ordning. Borgere med BPA ordning har ofte svag kontakt til kommunen og vi antager, at det er sværere for hjælperne, da de ikke er uddannet sundhedsfagligt personale, at implementere de nye interventioner og indsatser omkring borgeren. Borgere der modtager hjælp fra kommunen: • Systematisk overlevering af information fra kommunen ved indlæggelse og til kommunerne ved udskrivelse • Forventningsafstemning af muligheder for kommunale tilbud • At kommunikationen og afklarende spørgsmål vedr. borgeren sker direkte mellem fagpersoner. Dette ønskes af borgerne Borgere som har BPA ordning: • Systematisk overlevering og fokus på implementering • Oplæring af hjælpere under indlæggelse eller hos borger
FORMÅL	• Medvirke til et løft af den sammenhængende indsats og øge tværsektoriel kommunikation med kommunalt ansatte medarbejder • At der hos borgere som har BPA ordning, sikres at alle hjælpere informeres om og instrueres i nye tiltag
MÅL	Systematisk overlevering af relevant information vedr. borgere i overgangen mellem kommune, hjemme og indlæggelse på sclerosehospitalet. Sikre overlevering af behov for og opstart af interventioner.
FORUDSÆTNING FOR METODE	Sclerosehospitalet At region Midtjylland godkender en sikker skypeforbindelse, samt der udfærdiges vejledning/instruks for brug af denne.
METODE	Sclerosehospitalet Indlæggelse: • Plejeforløbsplan sendes hvori ønske om udskrivningsmøde, skypemøde beskrives. Dette gøres senest onsdag i 1. indlæggelsesuge. • Ændringer i intervention/indsatser ved borgere beskrives hvis de foreligger på daværende tidspunkt. • Forudsat sikker skypeforbindelse Skypemøde ved udskrivelse. Der stiles mod at dette afholdes torsdag i 2. indlæggelsesuge. • Ved borgere med BPA ordning aftales et udskrivningsmøde på Sclerosehospitalet inden udskrivelse Morsø kommune Optakt/Indlæggelse:

	• Opdatere: funktionsevnebeskrivelse samt indsatsbeskrivelse aktuelt og tidligere. Indlæggelse/udskrivelse: • Forudsat sikker skypporbindelse arrangeres skypemøde og relevante medarbejder indkaldes. Alternativt laves udskrivningsmøder eller telefonmøder.
INDIKATORER	• Oplysninger bliver overleveret og anvendt
MONITORERING	• Borgerne svarer på spørgeskema efter 3 mdr. (bilag 1)
ØKONOMI	• Udgifterne er inkluderet i projektets budget, samt via bevilling til Sclerosekoordinator
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBSKRIVELSE 3.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG KOMMUNERNE

TITEL	Opsøgende besøg ved borgere med fremskreden sclerose
AFPRØVNING 2	1.1.2019 - 31.8.2019
BAGGRUND	Når mennesker med fremskreden sclerose bliver henvist til Sclerosehospital er det fast praksis at tilbyde • hjemmebesøg med deltagelse af kommunen og pårørende • opfølgende kontrol i hjemmet efter indlæggelsen, også med deltagelse af kommunen, fordi denne patientkategori er afhængig af hjælp fra andre. De er modtagere af en række forskellige ydelser fra kommunen, også praktisk hjælp – i nogle tilfælde i form af en BPA ordning. Denne patientkategori har ofte komplekse behov og ved ikke eller har svært ved selv at kommunikere hvilke forebyggende, vedligeholdende og sundhedsfremmende tiltag, der vil være relevante og hvordan de skal udføres i det daglige. Sclerosehospitalerne modtager et relativt lille antal henvisninger på denne gruppe. Når de bliver henvist, til indlæggelse eller udgående funktion, så er vores erfaring ofte, at det er muligt at sætte ind med flere forskellige tiltag for at bedre vedkommendes sundhed og hverdag. Vi antager, at der blandt de mange som ikke henvises, er behov for • en aktuel vurdering af helbredsstatus og muligheder for rehabiliterende indsatser og • et samarbejde mellem Sclerosehospitaler og kommuner for at udnytte hver især kompetencer og muligheder optimalt
FORMÅL	At tilbyde borgere med fremskreden sclerose • en vurdering af aktuel sundhedstilstand • iværksætte relevante tiltag til fremme af sundhed og hverdags-rehabilitering og/eller • iværksætte undersøgelse af identificerede helbredsproblemer m.m. At tilbyde pårørende, kommunale medarbejdere og hjælpere i BPA-ordning • supervision og sparring på problematikker vedr. fx hverdagsrehabilitering, kognition, dysfagi, brug af hjælpemidler, samarbejdsrelationer, kommunikation, guidning m.m.
MÅL	• At kunne identificere og udrede behov hos mennesker med kompleks og fremskreden sygdom • Kompetenceudvikling af det fagprofessionelle team, som varetager den daglige omsorg og rehabilitering. • At der hos borgere som har BPA ordning, bliver sikret at der er de rette faggrupper involveret omkring borgeren
FORUDSÆTNING FOR METODE	• At vi får kendskab til borgere med fremskreden sclerose
METODE	Vejen Kommune Konsulent for kroniske nervesygdomme på tager telefonisk kontakt til lederne af plejecentre i Vejen kommune, samt retter henvendelse til leder af "ude" plejegruppen. I kontakten præsenteres tilbuddet til borgere med fremskreden sclerose, og der indhentes oplysninger om antallet af borgere med fremskreden sclerose bosiddende i Vejen kommune. Borgere der er interesseret, eller teamet omkring borgere der er interesseret i dette tilbud, tager kontakt til konsulent for kroniske nervesygdomme, som så retter henvendelse til projektlederne fra Sclerosehospitalet. Morsø kommune Koordinator på scleroseområdet tager telefonisk kontakt til lederne af de 7 plejecentre i Morsø kommune, samt retter henvendelse til leder af "ude" plejegruppen. I kontakten præsenteres tilbuddet til borgere med fremskreden sclerose, og der indhentes oplysninger om antallet af borgere med fremskreden sclerose bosiddende i Morsø kommune.

	Borgere der er interesseret, eller teamet omkring borgere der er interesseret i dette tilbud, tager kontakt til koordinator på scleroseområdet i Morsø kommune, som så retter henvendelse til projektlederne fra Sclerosehospitalet. Kalundborg kommune Projektkoordinator Ninna Urhlund vil tage kontakt til, og formidler dette tilbud til plejecentre mm i Kalundborg kommune Sclerosehospital Udarbejder informationsmateriale vedr. dette tilbud.
INDIKATORER	At vi får kendskab til flere borgere med fremskreden sclerose
MONITORERING	
ØKONOMI	
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	Via projektkoordinator i kommune er der kommet kontakt til plejegrupperne og herude er efterspørgsel efter kompetenceudvikling stigende efterhånden som muligheden for at "kalde på specialister" er blevet kendt. I Kalundborg har der indtil oktober 2019 været x antal besøg uden henvisning.

MODELBEKRIVELSE 3.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG VEJEN KOMMUNE

TITEL	Tidlig opsporing, tidlig kendskab, tidlig indsats
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Der er afdækket et behov for: - At borgere med sclerose og deres pårørende, så tidligt som muligt efter diagnosen, bliver kontaktet af en der har viden om sclerose, der kan give råd og vejledning, og har kendskab til tilbud rettet mod deres livssituation. At man som borger ikke oplever at blive efterladt med en følelse af "tomrum" - At denne kontakt sker automatisk. Det er essentielt, at de ikke skal ud og efterspørge denne hjælp i det kommunale eller regionale system, men at den tilbydes automatisk.
FORMÅL	At borgere med sclerose bliver tilbudt professionel hjælp til at håndtere udfordringer i hverdagslivet. Dette behov fremhæves særligt i den første periode efter diagnosen er stillet. De borgere, der har hjemmeboende børn på diagnostidspunktet, oplever denne periode særligt udfordrende. Der savnes tilbud til at håndtere dette både som borger med sclerose og som pårørende.
MÅL	- At borgere med sclerose bliver kontaktet af konsulent for kroniske nervesygdomme i Vejen kommune, så hurtigt som muligt efter diagnosen er stillet - At borgere og pårørende får kendskab til og tilbudt relevante tilbud umiddelbart efter diagnosen er stillet
FORUDSÆTNING FOR METODE	Neurolog: Anvender henvisning til sundhedssamtale i elektronisk patient journal Sclerosehospital: Afklare behov for fortløbende dialog med neurologer vedr. henvisningen til sundhedssamtalen. Kendskabskampagne.
METODE	Vejlen kommune Henvisningen "ref01" modtages i elektronisk postkasse i Brørup sundhedscenter. Når diagnosen sclerose fremgår, sendes den videre til "sclerose" fysioterapeut, samt til konsulent for kroniske nervesygdomme. Der tages kontakt til borger pr mail, tlf. brev og der tilbydes besøg i borgers hjem eller på kommunen.
INDIKATOR	At borgere i Vejen kommune, der får diagnosen sclerose får en henvisning "ref01"
MONITORERING	- Antal borgere der får diagnosen – sammenligning af tal med sidste år - Modtagne henvisninger i kommunalt regi
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 4.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG KALUNDBORG KOMMUNE	
TITEL	"Samråd i Neuroforum" Faglig sparring, gensidig vidensdeling og kompetenceudvikling.
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Baggrunden for etablering af et "samråd" i 2019, er at skabe et rum for faglige drøftelser og gennemgang af sager på scleroseområdet i kommunen, med faglig bistand fra Sclerosehospitalet i Ry og Haslev. Dette kan ske i forbindelse med neuroforums planlagte møder
FORMÅL	- Når der er borgere med kompliceret problemstillinger kan Kalundborg kommune få konsulentbistand fra Sclerosehospitalet. - Det kan fx dreje sig om; - Hvordan man som professionel håndterer komplekse behov ved borgere med fremskreden sclerose - Hvordan støtter man som fagprofessionel bedst op om borger med sclerose og familien - Den svære samtale med borger med sclerose og/eller de pårørende - Erkendelse/fornægtelse/accept - hvordan støtter man? - Formidling til pårørende omkring ægtefælles kognitive vanskeligheder - Tværfaglig drøftelse af borgere med sclerose med komplekse problemstillinger, med henblik på supervision af faglige medarbejdere, og derefter koordinering af indsatsen overfor borgere med sclerose.
MÅL	At borgere med sclerose i Kalundborg kommune, oplever en kvalificeret og sammenhængende indsats, på tværs af kommunens afdelinger.
FORUDSÆTNING FOR METODE	At borger giver samtykke til gennemgang og drøftelse af sagerne.
METODE	Vi stiler mod at have planlagt samrådsmøder 4 gange om året. Sclerosehospitalet - Projektleder Charlotte Kelly Jensen og projektleder Marianne Brink Schmidt deltager i, og finder relevante medarbejdere fra Sclerosehospitalet, der skal deltage i samrådsmøder. Kalundborg kommune - Kontakter Sclerosehospitalet via mail til projektleder Marianne Brink Schmidt og/eller Charlotte Kelly Jensen vedr. borgere med sclerose, hvor de har et behov for konsulentbistand. - Kalundborg kommune indkalder relevante deltagere til mødet - Der skal indhentes samtykke til drøftelse af sagerne fra de berørte borgere, forud for mødet. Dette gør kommunen - Som forberedelse til møderne vil relevant sagsmateriale blive fremsendt til Sclerosehospitalet og øvrige deltagere i mødet. Afhængig af sagen kan det være udredninger, status fra egen læge, relevante journalnotater etc. - Der udsendes dagsorden forud for møderne og der skrives korte beslutningsreferater af Neuroforum
INDIKATORER	Spørgeskema om kendskab hos hhv. medarbejdere i kommunen samt på Sclerosehospitalet (bilag 3)
MONITORERING	Resultater fra undersøgelse ved midtvejs- og slutstatus sammenholdes for at vurdere kendskab til hinanden
ØKONOMI	Udgifterne til Sclerosehospitalets medarbejdere er inkluderet i projektets budget.
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 4.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG MORSØ KOMMUNE	
TITEL	Sclerosesamråd i Morsø Kommune
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Baggrunden for etablering af et Sclerosesamråd i 2018 og 2019, er at skabe et rum for faglige drøftelser og gennemgang af sager på scleroseområdet i Morsø Kommune, med faglig bistand fra Sclerosehospitalet i Ry og Haslev.

FORMÅL	• At kvalificere og løfte den tværfaglige indsats overfor borgerne med sclerose i Morsø Kommune. • Tværfaglig drøftelse af borgere med sclerose med komplekse problemstillinger, med henblik på supervision af faglige medarbejdere, og derefter koordinering af indsatsen overfor borgere med sclerose.
MÅL	At borgere med sclerose i Morsø Kommune, oplever en kvalificeret og sammenhængende indsats, på tværs af kommunens afdelinger.
FORUDSÆTNING FOR METODE	At borger giver samtykke til gennemgang og drøftelse af sagerne.
METODE	Sclerosehospitalet • Projektleder Louise Nørgaard og projektleder Marianne Brink Schmidt finder relevante medarbejdere fra Sclerosehospitalet der skal deltage i samrådsmøde • Hvis det handler om borgere, der sidst har haft kontakt til Sclerosehospitalet i Haslev tages der inden mødet kontakt til disse medarbejder ift. at indhente viden der er relevant at bringe med på mødet. Morsø kommune • Sclerosesamrådet mødes kvartalsvis. Datoer fastlægges for 1 år ad gangen. Der vil blive afsat 2 timer til hvert møde og der vil være faste deltagere fra Morsø Kommune og Sclerosehospitalet. Derudover vil relevante andre deltagere blive inviteret. Det kan være sagsbehandler fra jobcentret, faglig leder fra sundhedscentret, hjemmeplejen o.lign. • 4 uger før samrådsmøde sendes besked til projektleder Louise Nørgaard og projektleder Marianne Brink Schmidt om, hvilke borgere der skal drøftes • Der skal indhentes samtykke til drøftelse af sagerne fra de berørte borgere, forud for mødet • Som forberedelse til møderne vil relevant sagsmateriale blive fremsendt til Sclerosehospitalet og øvrige deltagere i mødet. Afhængig af sagen kan det være udrædninger, status fra egen læge, relevante journalnotater etc. • Der udsendes dagsorden forud for møderne og der skrives korte beslutningsreferater af kommunen
INDIKATORER	• Spørgeskema om kendskab hos hhv. medarbejdere i kommunen samt på Sclerosehospitalet (bilag 3)
MONITORERING	• Resultater fra undersøgelse ved midtvejs- og slutstatus sammenholdes for at vurdere kendskab til hinanden
ØKONOMI	• Udgifterne til Sclerosehospitalets medarbejdere er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBSKRIVELSE 4.2: SCLEROSEHOSPITALET

TITEL	Kommunalt og regionalt netværk på scleroseområdet Kommunalt og regionalt netværk på scleroseområdet – Netværk bestående af kommunale medarbejdere der varetager sclerosespecifikke områder i kommunen samt medarbejdere fra Sclerosehospitalet (kvalitetsleder, udgående funktions leder, projektleder)
AFPRØVNING 2	1.1.2019- 31.8.2019
BAGGRUND	• Der er fundet behov for at sikre en kontinuerlig kompetenceudvikling på Sclerosehospitalet og i kommunerne. Dette mhp. at medarbejdere begge steder kan kvalificere deres støtte og vejledning til borgere med sclerose. Ligeledes sikre at ny viden implementeres fremover.
FORMÅL	Vi ønsker at sikre: • At der etableres kontakt mellem borger og konsulent for kroniske sygdomme i Vejen kommune og koordinator på Sclerose området i Morsø kommune • Øget tværsektoriel kommunikation og gensidig kompetenceudvikling • Øget kendskab til og anvendelse af hinandens kompetencer tvær- og intersektorielt
MÅL	• At borgere med sclerose får en oplevelse af sammenhæng i indsatser mellem Sclerosehospitalet og kommunen • Gensidigt øge og fastholde viden i henholdsvis kommunerne og på Sclerosehospitalet
FORUDSÆTNING FOR METODE	• At parterne finansierer hver deres andel af det • Sclerosehospitalet står for lokaler og forplejning
METODE	Sclerosehospitalet

	• 2 gange i 2019 inviterer Sclerosehospitalet til temadag for Vejen og Morsø kommune. • Afholdes på Sclerosehospitalet i Ry. • Den ene temadag afholdes sammen med temadag for neurologerne/scleroseklinikkerne (forventeligt Maj måned) • Dagsorden for mødet udarbejdes i fælleskab. Der rekvireres relevante kompetencer fra henholdsvis Sclerosehospitalet i Ry og Haslev til mødet. • Første møde afholdes 28.3.2019 kl. 9.30-14.30
INDIKATORER	Der spørges til tilfredshed
MONITORERING	Spørgeskema udviklet til dette netværk
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget i projektperioden
LØBENDE STATUS	(Slagelse kommune- omsorgs koordinator Hanne Karimi. hanka@slagelse.dk)
EVALUERING	S. 25 MS helhedsplan 2020

MODEL BESKRIVELSE 4.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG VEJEN KOMMUNE	
TITEL	Lokalt patient og pårørende arrangement
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Der er i Vejen kommune kontakt til ca. halvdelen af de 148 borgere der er anført i Scleroseregisteret. Indlagte fra Vejen kommunen på Sclerosehospitalet i 2016 var 9. Vi antager derfor, at der er borgere der ikke har kendskab til tilbud der er rettet mod dem og deres pårørende, og som de derfor ikke benytter sig af.
FORMÅL	At borgere med sclerose og deres pårørende får: • Viden om at leve med sclerose • Livet som pårørende • Kendskab til kommunale tilbud der er rettet mod dem • Kendskab til Sclerosehospitalets tilbud • Kendskab til Scleroseforeningens tilbud, lokalafdeling, socialrådgiver, psykologer, informatører
MÅL	At borgere med sclerose og deres pårørende lokalt kan få kendskab til tilbud der er relevante for dem.
FORUDSÆTNING FOR METODE	At der er opbakning til og arrangementer afholdes i samarbejde mellem kommune, Sclerosehospital, Scleroseforeningen/lokalafdelingen.
METODE	Arrangement i Vejen kommune forår/sommer 2019. Lørdag 25.5.2019 kl 10-16 Afholdes: Kursus center Nr.Bølling. Bromindevej 3. Brørup Oplæg til program: • Velkomst ved arrangører • Workshops (ovenstående emner) Både til pårørende og patienter • Præsentation af tilbud fra Scleroseforeningen (Sclerosehospitalet tager kontakt til scleroseforeningen- Dorit Due, psykologer) • Indsats til pårørende/ børn (materiale til børn) • Oplæg/stand v/Kommunikation og hjælpemidler Esbjerg kommune • Evt. privat praktiserende fysioterapeuter - råd og vejledning • Kontakt til Scleroseforeningen centralt og lokalt • Lokalafdeling- Mie Thorlak inviteres med delmål at erhverve nye medlemmer og være synlig som lokalforening • Annoncering: Avisannonce, facebook side /scleroseforeningen • Aktiviteter til børn • Mad
INDIKATOR	• At borgere med sclerose der ikke tidligere har haft kendskab til Sclerosehospitalet og konsulent for kroniske nervesygdomme, etablerer kontakt
MONITORERING	• Antal fremmødte • Kvalitativ undersøgelse efterfølgende
ØKONOMI	• Udgifterne til Sclerosehospitalets medarbejdere er inkluderet i projektets budget. • Omkostning til lokaliteter forestås af Vejen kommune • Der tages kontakt til Scleroseforeningen centralt og lokalt ift. midler til dette arrangement fx i forhold til bespisning og materiale
LØBENDE STATUS	15.03.2019. Møde i Vejen med deltagelse af Inger Kondrup fra Scleroseforeningen. Formål med møde: • Afklare mulighed for at Scleroseforeningen er med til at stå for arrangementet • Om de kan støtte det økonomisk • Om de kan deltage med fagprofessionelle kompetencer Konklusion

	Scleroseforeningen kan ikke støtte et projekt som kun er i ft. en kommune, da den enkelte lokalafdelinger har borgere fra flere forskellige kommuner. Så vi kan ikke gøre det "stort" og samtidig praksisnært. Plan: Målet med arrangementet var: At borgere med sclerose og deres pårørende lokalt kan få kendskab til tilbud der er relevante for dem. Vi vil i stedet se på muligheden for at lave et "tilbuds katalog" til lokalafdelingerne over temaer som vi kan komme fra Sclerosehospitalet og lave et oplæg om. Styregruppe: Præsenteres for denne ide samt dialog om pris for et oplæg.
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 5.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG KALUNDBORG KOMMUNE	
TITEL	Følge op ordning/hjemmebesøg ved praktiserende læge efter udskrivelse
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Der er afdækket behov for, at sikre overlevering af aktuelle problemstillinger hos borgere med sclerose når de udskrives fra Sclerosehospitalet. Ved komplekse problemstillinger er der behov for at der skabes en personlig kontakt til praktiserende læge samt hjemmesygeplejerske mhp. forebyggelse og sundhedsfremme, samt opfølgning på problemstillinger
FORMÅL	- At privat praktiserende læge og hjemmesygeplejerske efter udskrivelse fra Sclerosehospitalet eller i forbindelse med forløb i udgående funktion, besøger borger i eget hjem - Dette besøg erstatter ikke, men kan kombineres med opfølgende besøg fra Sclerosehospitalet ved borgere med fremadskridende og fremskreden sclerose
MÅL	At borgere med sclerose i Kalundborg kommune, oplever en kvalificeret og sammenhængende indsats, på tværs af kommunens afdelinger.
FORUDSÆTNING FOR METODE	At borger giver samtykke til kontakt til.
METODE	Sclerosehospital - Teamet omkring patienten vurderer inden udskrivelsen om det er relevant med "Opfølgende hjemmebesøg ved primærsektor" "Opfølgende hjemmebesøg ved primærsektor" er relevant når 1 eller flere af følgende gør sig gældende: - Når der er behov for kontakt til egen læge efter udskrivelse - Der er uafklaret fald anamnese - Medicinproblematikker eller væsentlige ændringer i medicinering under indlæggelse - Truet ernæringstilstande - Skrøbeligt netværk - Behov for dette skal beskrives i plejeforløbsplanen. Dette gøres i fanen " yderligere koordinering", og der anføres i feltet med overskriften " Behov for anden kommunal indsats" følgende; <i>Der er behov for opfølgende hjemmebesøg ved primærsektor/egen læge</i> - Der beskrives hvilke problematikker der ligger til grund for behovet, samt om det er relevant med deltagelse af personale fra Sclerosehospitalet - Dette under forudsætning af, at der er givet et samtykke fra patienten - Skal afvikles indenfor 10 dage, hvis andet ønskes skal det beskrives. Besøg ligger om eftermiddagen. Kalundborg kommune - Kalundborg kommune er ansvarlig for at arrangere det " Opfølgende hjemmebesøg" - Kalundborg kommune indkalder relevante deltagere til mødet og vurdere om de ønsker deltagelse af personale fra Sclerosehospitalet
INDIKATORER	Antal borgere i Kalundborg kommune der i forbindelse med kontakt til Sclerosehospitalet henvises til "Opfølgende hjemmebesøg ved primærsektor"
MONITORERING	Borgerne svarer på spørgeskema efter 3 mdr. (bilag 1)
ØKONOMI	Udgifterne til Sclerosehospitalets medarbejdere er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 5.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG MORSØ KOMMUNE

TITEL	Tidlig opsporing, tidlig kendskab, tidlig indsats
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Der er afdækket et behov for: - At borgere med sclerose og deres pårørende, så tidligt som muligt efter diagnosen, bliver kontaktet af en der har viden om sclerose, der kan give råd og vejledning, og har kendskab til tilbud rettet mod deres livssituation. At man som patient ikke oplever at blive efterladt med en følelse af "tomrum" - At denne kontakt sker automatisk. Det er essentielt at de ikke skal ud og efterspørge denne hjælp i det kommunale eller regionale system, men at den tilbydes automatisk.
FORMÅL	At borgere med sclerose, bliver tilbudt professionel hjælp til at håndtere udfordringer i hverdagslivet. Dette behov fremhæves særligt i den første periode efter diagnosen er stillet. De borgere, der har hjemmeboende børn på diagnosetidspunktet, oplever denne periode særligt udfordrende. Der savnes tilbud til at håndtere dette både som borger med sclerose og som pårørende.
MÅL	- At borgere med sclerose bliver kontaktet af sclerosekoordinator i Morsø kommunen umiddelbart efter diagnosen er stillet - At borgere og pårørende får kendskab til og tilbudt relevante tilbud umiddelbart efter diagnosen er stillet
FORUDSÆTNING FOR METODE	Neurolog: Anvender henvisning "ref01" til sundhedssamtale i elektronisk patientjournal Morsø Kommune: - Instruks internt ift. håndtering når der kommer en ref01 "Sclerose" til kommune - Kontakt til evt. besøg hos neurolog Claudia Pflieger på Scleroseklinikken i Aalborg mhp. præcisering af denne mulighed og metode. Samt øge kendskab til sclerosekoordinator funktion i Morsø kommune blandt neurologer Sclerosehospital: - Afklare behov for fortløbende dialog med neurologer vedr. henvisningen til sundhedssamtalen. Kendskabskampagne. - Kontakt til neurologer på Scleroseklinikken Aalborg og Viborg. Præsentation af vores fokus på anvendelse af sygehushenvisning "ref01" som udløser en kontakt til borger fra kommunen
METODE	Morsø kommune: Henvisningen "ref01" modtages i elektronisk postkasse i visitationen. Når diagnosen sclerose fremgår, sendes den videre til sclerosekoordinator i Morsø kommune. Der tages kontakt til borger pr mail, eller tlf. og der tilbydes besøg i borgers hjem eller på kommunen.
INDIKATOR	At borgere i Morsø kommune, der får diagnosen sclerose får en henvisning "ref01"
MONITORERING	- Antal borgere der får diagnosen - Modtagne henvisninger i kommunalt regi
ØKONOMI	Udgifterne er inkluderet i projektets budget
LØBENDE STATUS	12.3.19 Ideen fremlægges for projekt "Nye veje" i region Nordjylland af Karen Frøslev Hansen
EVALUERING	

MODELBEKRIVELSE 4.2: SCLEROSEHOSPITALERNE OG VEJEN KOMMUNE

TITEL	Lokalt patient og pårørende arrangement
AFPRØVNING 2	1.1.2019 – 31.8.2019
BAGGRUND	Der er i Vejen kommune kontakt til ca. halvdelen af de 148 borgere der er anført i Scleroseregisteret. Indlagte fra Vejen kommunen på Sclerosehospitalerne i 2016 var 9. Vi antager derfor, at der er borgere der ikke har kendskab til tilbud der er rettet mod dem og deres pårørende, og som de derfor ikke benytter sig af.
FORMÅL	At borgere med sclerose og deres pårørende får: - Viden om at leve med sclerose - Livet som pårørende - Kendskab til kommunale tilbud der er rettet mod dem - Kendskab til Sclerosehospitalernes tilbud

	Kendskab til Scleroseforeningens tilbud, lokalafdeling, socialrådgiver, psykologer, informatører
MÅL	At borgere med sclerose og deres pårørende lokalt kan få kendskab til tilbud der er relevante for dem.
FORUDSÆTNING FOR METODE	At der er opbakning til og arrangementer afholdes i samarbejde mellem kommune, Sclerosehospital, Scleroseforeningen/lokalafdelingen.
METODE	Arrangement i Vejen kommune forår/sommer 2019. Lørdag 25.5.2019 kl 10-16 Afholdes: Kursus center Nr.Bølling. Bromindevej 3. Brørup Oplæg til program: - Velkomst ved arrangører - Workshops (ovenstående emner) Både til pårørende og patienter - Præsentation af tilbud fra Scleroseforeningen (Sclerosehospitalet tager kontakt til scleroseforeningen- Dorit Due, psykologer) - Indsats til pårørende/ børn (materiale til børn) - Oplæg/stand v/Kommunikation og hjælpemidler Esbjerg kommune - Evt. privat praktiserende fysioterapeuter - råd og vejledning - Kontakt til Scleroseforeningen centralt og lokalt - Lokalafdeling- Mie Thørlak inviteres med delmål at erhverve nye medlemmer og være synlig som lokalforening - Annoncering: Avisannonce, facebook side /scleroseforeningen - Aktiviteter til børn - Mad
INDIKATOR	At borgere med sclerose der ikke tidligere har haft kendskab til Sclerosehospitalerne og konsulent for kroniske nervesygdomme, etablerer kontakt
MONITORERING	- Antal fremmødte - Kvalitativ undersøgelse efterfølgende
ØKONOMI	- Udgifterne til Sclerosehospitalets medarbejdere er inkluderet i projektets budget. - Omkostning til lokaliteter forestås af Vejen kommune - Der tages kontakt til Scleroseforeningen centralt og lokalt ift. midler til dette arrangement fx i forhold til bespisning og materiale
LØBENDE STATUS	15.03.2019. Møde i Vejen med deltagelse af Inger Kondrup fra Scleroseforeningen. Formål med møde: - Afklare mulighed for at Scleroseforeningen er med til at stå for arrangementet - Om de kan støtte det økonomisk - Om de kan deltage med fagprofessionelle kompetencer Konklusion Scleroseforeningen kan ikke støtte et projekt som kun er ift. en kommune, da den enkelte lokalafdeling har borgere fra flere forskellige kommuner. Så vi kan ikke gøre det "stort" og samtidig praksisnært. Plan: Målet med arrangementet var: At borgere med sclerose og deres pårørende lokalt kan få kendskab til tilbud der er relevante for dem. Vi vil i stedet se på muligheden for at lave et "tilbuds katalog" til lokalafdelingerne over temaer som vi kan komme fra Sclerosehospitalet og lave et oplæg om. Styregruppe: Præsenteres for denne ide samt dialog om pris for et oplæg.
EVALUERING	