

Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom

Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet

Martin Sandberg Buch

PUBLIKATION APRIL 2012



Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00
Fax +45 35 29 84 99
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk



Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00
Fax +45 35 29 84 99
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-707-2 (elektronisk version)
DSI projekt 2676

Design: DSI



Forord

Forløbskoordinering på kronikerområdet er politisk højt prioriteret, og mange aktører har været hurtige til at tage konceptet til sig. Dette afspejler sig bl.a. i, at der i stigende grad stilles krav til implementering af forskellige former for pakkeforløb, koordinator- og kontaktpersonordninger.

Populariteten af forløbskoordination og forløbskoordinatorer modsvares imidlertid ikke af systematisk viden om, hvilke konkrete opgaver forløbskoordinatorer i kronikerbehandling kan og bør udføre, hvilke kompetencer de skal besidde, samt hvilke udfordringer der følger med et fokus på tværgående koordinering og sammenhæng. Samtidig er det klart, at koordination via koordinatorer kun er ét af mange elementer, der kan og bør anvendes til at forbedre sammenhængen i kroniske patienters forløb.

Region Syddanmark og Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har derfor gennemført et udviklingsprojekt om forløbskoordination for at understøtte udviklingen af rammer for forløbskoordination, herunder skabe ny viden om, hvordan koordinatorfunktioner kan bidrage til bedre sammenhæng på kronikerområdet i samspil med de øvrige elementer i de regionale forløbsprogrammer. Erfaringer og resultater formidles i denne rapport, som er målrettet beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen og fagfolk på kronikerområdet.

DSI ønsker at takke alle, der har deltaget direkte i projektet, samt de nøglepersoner, der har stillet op til interview. Herudover ønsker DSI at rette en særlig tak for samarbejdet til projektleder Janne Horsbøl fra Region Syddanmark, der har haft ansvaret for den daglige projektledelse og koordination af projektet.

Rapporten er udarbejdet af senior projektleder Martin Sandberg Buch, og projektet er via Region Syddanmark finansieret af midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til en styrket kronikerindsats.

Udviklingsbeskrivelserne i kapitel 5-8 er valideret af repræsentanter fra de respektive delprojekter. Første samlede rapportudkast har desuden været til kommentering i Region Syddanmarks Afdeling for Sundhedssamarbejde og Kvalitet. Andet udkast har gennemgået et fagligt review af undertegnede.

Charlotte Bredahl Jacobsen
Projektschef
Dansk Sundhedsinstitut

Forord	3
Resumé	6
1. Indledning	9
1.1 Udviklingsprojektets formål, empirigrundlag og rapportens målgruppe	9
1.2 Projektets baggrund	9
1.3 Evalueringens formål, aktiviteter, datagrundlag og metoder	11
1.4 Rapportens opbygning	13
1.5 Læsevejledning	13
2. Eksisterende viden om forløbskoordination og forløbskoordinatorer	14
2.1 Erfaringer fra arbejdet med regionale forløbspogrammer	14
2.2 Opsamling og forståelsesramme for arbejdet med forløbsledelse og forløbskoordination	16
3. Forløbskoordination på kronikerområdet i Region Syddanmark	18
3.1 Introduktion til Region Syddanmarks forløbsprogrammer	18
3.2 Rammeprojektets programteori og indsatsområder	20
3.3 Rammeprojektets organisation og gennemførelse	22
3.4 Evaluering af rammeprojektets programteori og gennemførelse	25
3.5 Opsamling og delkonklusion	27
4. Forløbskoordination for svært syge KOL-patienter der er indlagt på Odense Universitetshospital	29
4.1 Projektets baggrund og formål	29
4.2 Projektets organisation og indsatsområder	29
4.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2010	31
4.4 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2011	34
4.5 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af KOL-projektets resultater	39
4.6 Projektstatus ved udgangen af 2011	40
5. Udvikling af diabetessamarbejdet mellem Fredericia Sygehus, Middelfart Kommune, Fredericia Kommune og almen praksis	41
5.1 Projektets formål og baggrund	41
5.2 Projektets opstart og indsatsområder	41
5.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2010	42
5.4 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2011	44
5.5 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af diabetesprojektets resultater	47
5.6 Projektstatus ved udgangen af 2011	50

6. Et rehabiliteringsforløb – to sektorer. Forløbskoordination i hjerterehabiliteringen på Vejle Sygehus	51
6.1 Projektets baggrund og formål	51
6.2 Projektets organisation og indsatsområder	52
6.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet	55
6.4 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af projektets resultater	61
6.5 Projektstatus ved udgangen af 2011 og fremadrettede planer for hjerteprojektet	63
7. Forløbskoordination i hjerterehabiliteringen på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg og Grindsted	64
7.1 Projektets baggrund og formål	64
7.2 Projektets organisation og indsatsområder	65
7.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet	67
7.4 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af hjerteprojektets resultater	71
7.5 Projektstatus ved udgangen af 2011 og fremadrettede planer for hjerteprojektet	72
8. Tværgående sammenfatning og diskussion	73
8.1 Oversigt over de gennemførte projekter	73
8.2 Fælles viden, mål og respekt som afsæt for en forløbskoordineret indsats	74
8.3 Faglig koordination og målrettet kommunikation	76
8.4 Forløbskoordinatorernes patientrettede opgaver	78
8.5 Delkonklusion	80
9. Konklusioner og anbefalinger	82
9.1 Konklusioner vedrørende forløbskoordination fremmer langsigtede resultater	82
9.2 Anbefalinger til lokal implementering af forløbskoordination	83
9.3 Anbefalinger til regional implementering af forløbskoordination	84
Litteratur	86
Bilag 1: Proces- og aktivitetsplan for Projekt Forløbskoordination	89
Bilag 2: Oversigt over evalueringens informanter	91
Bilag 3: Afsluttende evalueringsskema	93
Bilag 4: Patientens forebyggelsesplan, Vejle	95
Bilag 5: Oversigt over evalueringens datagrundlag	99

Resumé

Forløbskoordination på kronikerområdet kan introduceres og organiseres på en måde, der gør, at funktionen fungerer som en løftestang for tværsektorielt samarbejde og implementering af forløbsprogrammer. Det er hovedkonklusionen i denne evaluering af Region Syddanmarks indsats for at udvikle et fælles vidensgrundlag for det fremadrettede arbejde med forløbskoordination i kronikerbehandlingen. Evalueringen viser samtidig, at de involverede fagpersoner oplever, at arbejdet med forløbskoordination er relevant, og at det forbedrer muligheden for at tage hånd om sårbare patienter.

Det er dog også en vigtig pointe i denne evaluering, at manglen på fælles it, fælles viden, gensidig respekt og målrettet kommunikation udgør væsentlige udfordringer for samarbejdet om sårbare patienter i kronikerbehandlingen. Ofte lanceres forløbskoordinatorer som løsningen på manglende tværsektorielt samarbejde, men evalueringen konkluderer, at en række andre faktorer er afgørende for at få dette samarbejde til at fungere godt. At introducere forløbskoordination i kronikerbehandlingen handler således om meget andet end indsættelse af koordinatore.

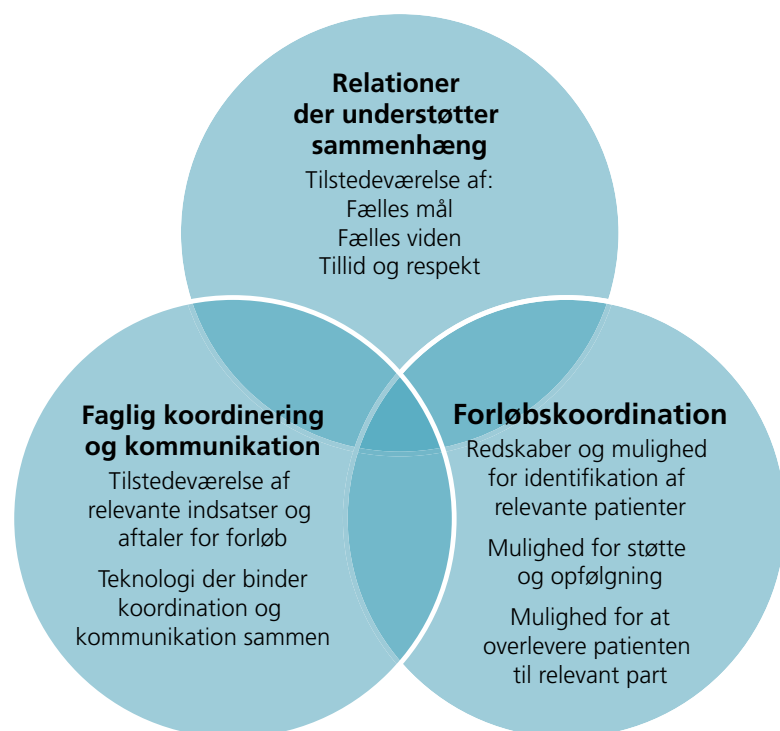
Vigtige faktorer for velfungerende forløbskoordination på kronikerområdet

Evalueringen er baseret på erfaringer fra fire sygehusafdelinger, som er blevet fulgt og støttet i deres arbejde med at udvikle en lokal praksis for forløbskoordination i samarbejde med optagekommunerne.

På baggrund af erfaringerne fra projekterne er der identificeret tre faktorer, som er afgørende for velfungerende forløbskoordination på kronikerområdet.

For det første kræver effektiv forløbskoordination, at der er positive relationer mellem sektorerne, som kan understøtte samarbejdet. Det gælder fælles mål, viden og gensidig tillid aktørerne imellem. For det andet skal kommunikationskanalerne være i orden – der skal være struktur på samarbejdet, og en kommunikationsteknologi målrettet koordineringen. Endelig er der de mere koordinationspecifikke forhold. Der skal være redskaber til identifikation af patienter, koordinatorene skal have mulighed for støtte, og der skal være personer på alle sider af sektorgrænserne, der kan gribe patienterne.

Figur 1: Faktorer i velfungerende og effektiv forløbskoordination



Udviklingsprojekterne har synliggjort, at ingen af disse tre faktorer på nuværende tidspunkt er fuldt etableret i kronikerbehandlingen. Overordnet er det optimale udgangspunkt for forløbskoordination karakteriseret ved, at der er:

- Evidens for de sundhedsfaglige kerneydelser, der skal sættes sammen til et behandlings-, patientuddannelses- eller rehabiliteringsforløb.
- Enighed om hvordan forløbet skal se ud, samt hvem der har hvilke opgaver og ansvarsområder.
- Kapacitet og kvalificerede fagpersoner, der kan varetage de aftalte opgaver.
- Etableret standardiserede forløb, effektive rutiner for dokumentation og teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere rettidigt og målrettet på tværs af relevante samarbejdsparter.

Evaluerings fokus

Region Syddanmarks indsats omkring forløbskoordination er gennemført og evalueret med udgangspunkt i ovenstående forståelse. Projektet og evalueringen fokuserer derfor på, hvilke organisatoriske og faglige forudsætninger der skal være til stede, for at arbejdet med forløbskoordination kan lade sig gøre, samt hvordan det kan sikres, at de rigtige forudsætninger er til stede. Endvidere afdækkes de fagprofessionelles vurdering af, om den patientrettede forløbskoordination har sin berettigelse.

Projektet giver ikke svar på, hvorvidt forløbskoordination er omkostningseffektivt, og om indsatsen har de forventede effekter for patienternes oplevelse af et sammenhængende forløb. Projektet har heller ikke resulteret i færdigudviklede modeller for fagpersonernes konkrete arbejde med forløbskoordination.

Væsentlige resultater og anbefalinger

Tværsektoriel lokal forløbsledelse en stor fordel

Forløbskoordination for sårbare patienter er uløseligt forbundet med ledelsens forpligtelse til at tage ansvar for det tværsektorielle patientforløb. Derfor har det været et krav, at de lokale projekter skulle etablere en tværsektoriel lokal forløbsledelse, hvor relevante ledere fra kommuner og sygehuse indgår. Evalueringen viser, at involveringen af relevante ledere og nøglepersoner har haft afgørende betydning for forløbskoordinatorernes handlemuligheder og oplevelse af, at der var opbakning til deres funktion. Herudover har de involverede ledere medvirket til, at de lokale udviklingsaktiviteter løbende er afstemt med de overordnede målsætninger fra de regionale forløbsprogrammer, og til at erfaringerne fra det udførende niveau har kvalificeret beslutninger i de lokale samordningsfora.

I punktform har involveringen af ledelsen således haft nedenstående positive effekter, som understøtter et forløbsorienteret samarbejde om kronikerbehandling:

- En lokal implementeringsgruppe har medvirket til at sikre, at de igangsatte initiativer er i overensstemmelse med intentionerne i forløbsprogrammerne.

- Lederne har påtaget sig et fælles – og aktivt ansvar – for det tværsektorielle patientforløb.
- Projektororganisationerne har været beslutningsdygtige, og der har været ledelsesmæssig opbakning til de ansatte koordinatore.
- Den fælles involvering i projektgrupperne har fremmet et godt samarbejde mellem de ledere, der tilsammen er ansvarlige for patienternes forløb.

Anbefalinger til lokal forløbsledelse

DSI anbefaler, at de kommunale og regionale ledere, der har ansvaret for implementering af forløbskoordination omkring de enkelte sygehusenheder, tildeles et fælles og eksplicit ansvar for at udarbejde konkrete aftaler for udvikling af samarbejdet. Disse aftaler bør indgås, inden der ansættes koordinatore. Hvis det kan ske på tværs af diagnoser og kommuner i sygehusets optageområde, så der kommer en ensartet struktur i samarbejdet, vil det være en stor fordel.

I øjeblikket findes der kun overordnede retningslinjer for implementeringen af forløbsprogrammer, og opgaven er placeret i de lokale samordningsfora, som samler kommuner og sygehusledelse for den samlede sygehusenhed. I det omfang der skal arbejdes med systematisk implementering af forløbsprogrammer og forløbskoordination, bør der derfor udvikles en beskrivelse af den implementeringsstruktur, der ligger på afdelingsniveau. Ligeledes vil det være en fordel, hvis der kan udvikles fælles regionale vejledninger og principper, som sætter en ramme for den lokale implementering. Det kan bidrage til en ensartet udvikling.

Gode relationer har afgørende betydning for et forløbsorienteret samarbejde

Sundhedsvæsenets opdeling i tre autonome sektorer fremmer holdningsbaserede og traditionsbårne kulturelle barrierer, som kan være med til at blokere for samarbejdet – selv når forudsætningerne for faglig sammenhæng er til stede. Projektet er derfor gennemført med et eksplicit fokus på at øge graden af fælles mål, viden og gensidig respekt på tværs af de relevante indsats.

Indsatsområderne er adresseret via de tværsektorielle projektgrupper, hvor relevante ledere og nøglepersoner har samarbejdet om at udvikle den lokale praksis for forløbskoordination. Opgaven har på den korte bane været ressourcekrævende, fordi der var mange forventninger, som skulle afstemmes, samtidig med at udviklingsopgaverne var komplekse. På den lange bane har investeringen i det tværsektorielle samarbejde imidlertid resulteret i en række robuste netværk af fagpersoner og ledere, som på forskellig vis har et forløbsorienteret samarbejde på tværs af sektorer. Evalueringen viser, at de gennemførte projekter om forløbskoordination har nedbrudt barrierer, således at både de formelle og uformelle samarbejdsrelationer er forbedret i det lokale kronikersamarbejde.

Anbefalinger til relationsarbejde

DSI anbefaler at bruge en modificeret udgave af konceptet fælles skolebænk til at understøtte implementeringen af for-

løbsprogrammer. I modsætning til de eksisterende tilbud om fælles skolebænk, som er målrettet fagpersoner, bør den modificerede udgave være målrettet ledere og nøglepersoner på kronikerområdet. De modificerede kurser bør eksplicit sætte fokus på opgaven med relationsopbygning. Der bør være fokus på indføring i forløbsprogrammernes principper og på at skabe en lokal forløbsledelse, der kan tage ansvar for forløbsprogrammernes implementering.

Snævert patientansvar hos sygehusansatte forløbskoordinatorer
Evalueringen viser, at sygehusansatte koordinatorers handlemuligheder er begrænset til at omfatte diagnosespecifikke problemstillinger, overlevering til næste part i behandlingsforløbet og forskellige former for psykisk støtte. Patienter med misbrug og sociale eller økonomiske problemstillinger kan således ikke forvente at få hjælp til deres grundlæggende problemer via sygehusansatte forløbskoordinatorer på kronikerområdet. Dette understreger vigtigheden af at styrke det social- og sundhedsfaglige samarbejde mellem de tre sektorer. Som minimum bør de sygehusansatte koordinatorer have mulighed for at aflevere deres patienter – og den viden der opbygges om disse – til kompetente aktører i primærsektoren.

Anbefalinger til sygehusansatte forløbskoordinatorer

Region Syddanmark og regionens kommuner bør tydeliggøre, hvortil og hvordan sygehusansatte forløbskoordinatorer, kontaktpersoner og lignende kan guide patienter hen og aflevere viden om patienter, der har behov for kommunal støtte og vejledning.

Patientrettet forløbskoordinering bør forankres i en teamstruktur

De gennemførte projekter viser, at der er mange udviklingsopgaver forbundet med at introducere forløbskoordination i det lokale kronikersamarbejde. Derfor har det i opstarts- og udviklingsfaserne været en fordel at have en specialiseret koordinatorfunktion med mulighed for at tage ansvar for udviklingsarbejdet. I takt med at udviklingsopgaverne falder på plads, bør opgaverne imidlertid forankres i et ansvarligt team, der er integreret i den daglige drift. Teamet bør på den ene side være afgrænset nok til at fremme personkontinuitet over for de patienter, der er i forløb, men samtidig stort nok til ikke at være personafhængigt og dermed sårbart. Tre-fire personer har vist sig at fungere i hjerterehabiliteringen. Sammenlignet med en personbåren og specialiseret koordinatorfunktion har teamet nedenstående fordele:

- Bedre mulighed for at sikre personkontinuitet
- Robusthed overfor personaleudskiftning, sygdom og ferie
- Arbejdet med koordination, stratificering, støtte og overlevering kan indlejres som faste driftsrutiner.

Anbefaling til forløbskoordinatorers patientrettede arbejde

Det anbefales, at sygehusets opgaver med forløbskoordination defineres med udgangspunkt i funktioner og team frem for individuelle specialister. De samme principper kan formentlig adopteres i de kommunale enheder, som spiller en central rolle i kronikerindsatsen (fx hjemmesygepleje, genoptræningscentre og patientuddannelsesstilbud mm.).

Behov for konkrete metoder og værktøjer til stratificering

Region Syddanmarks stratificeringsfirkant (præsenteret i afsnit 4.1.1) volder problemer, når den skal anvendes i praksis. På den ene side er modellens principper umiddelbart forståelige, men især når patientens evne til egenomsorg skal vurderes, mangler der konkrete redskaber og vejledninger til at understøtte de ansvarlige fagpersoner i opgaven. Samtidig er det meningen, at stratificeringen både skal bruges som en rettesnor for, hvilken sektor der har det primære behandlingsansvar, og til at vurdere individuelle patienters behov for en særlig indsats. Disse væsensforskellige opgaver kræver redskaber og vejledninger, der er tilpasset konteksten og formålet med stratificeringen.

Anbefalinger til stratificering

Hvis der fremadrettet ønskes et systematisk arbejde med stratificering, er det vigtigt, at sådanne redskaber og vejledninger udarbejdes, valideres og evalueres systematisk, og at de herefter indtænkes i en systematisk implementeringsplan.

Evalueringsmetoder

Evalueringen er baseret på data fra semistrukturerede interview, observationsstudier, skriftlige kilder og aktivitetsopgørelser fra de deltagende projekter. Empirien er først brugt til at kvalificere projektruppernes udviklingsarbejde via fælles temadage og udviklingsaktiviteter for de individuelle projektgrupper. Herefter er den samlede empiri brugt som afsæt for den skriftlige evaluering af rammeprojektet, som formidles i nærværende rapport.

1 Indledning

Indledningskapitlet præsenterer Region Syddanmarks udviklingsprojekt om forløbskoordination på kronikerområdet og den sundhedspolitiske og faglige kontekst, som har ført til, at forløbskoordinerende funktioner er introduceret som et middel til at skabe sammenhæng i kronikerbehandlingen. Herefter præsenteres udviklingsprojektets metode og den evaluering, som formidles via nærværende rapport. Afslutningsvis er der en præsentation af rapportens opbygning og en læsevejledning.

1.1 Udviklingsprojektets formål, empiri-grundlag og rapportens målgruppe

1.1.1 Formålet med udviklingsprojektet om forløbskoordination

Region Syddanmark og Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har i perioden 2009-2012 samarbejdet om et udviklingsprojekt, der har haft det dobbelte formål at:

- Etablere viden om, hvordan forløbskoordinerende funktioner kan udvikles og fungere i samspil med de øvrige elementer, som er beskrevet i de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom.
- Udvikle lokale koordinatorfunktioner, der bidrager til at lette samarbejdet mellem sundhedsfaglige aktører og øger oplevelsen af sammenhæng for den enkelte patient.

Projektet er igangsat og ejet af Region Syddanmarks Afdeling for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, men defineret og gennemført i samarbejde med DSI. Det betyder, at den oprindelige projektbeskrivelse og principperne for rammeprojektet er udarbejdet af DSI's projektleder og nøglemedarbejdere fra Afdeling for Sundhedssamarbejde og Kvalitet. Der er således tale om et – i udgangspunktet styret – udviklingsprojekt, der har understøttet etableringen af nye koordinatorfunktioner og afprøvet metoder og forudsætninger for at implementere velfungerende forløbskoordination med afsæt i Region Syddanmarks forløbsprogrammer.

1.1.2 Udviklingsprojektets empiriske grundlag

Der er i forbindelse med projektet etableret nye forløbskoordinerende funktioner for patienter med type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og iskæmisk hjertesygdom. De forløbskoordinerende funktioner er organiseret og gennemført som fire selvstændige udviklingsprojekter, som har været forankret på nedenstående sygehusafdelinger:

- *Diabetesambulatoriet på Sygehus Lillebælt, Fredericia* Sygehus har fået midler til at udbygge og koordinere samarbejdet mellem sygehusets ambulatorium og patientuddannelse, Middelfart og Fredericia kommuners patientrettede diabetestilbud og almen praksis. Det daglige ansvar for udviklingsopgaverne er givet til to erfarne diabetessygeplejersker, som er frikøbt på halv tid til at tage ansvar for projektets daglige drift.

- *Lungemedicinsk Afdeling på Odense Universitetshospital* har fået midler til at udbygge og koordinere samarbejdet om rehabilitering og udskrivning af svært syge KOL-patienter mellem Lungemedicinsk Sengeafdeling (Afdeling J), Odense Kommunes Hjemmesygepleje og almen praksis. Projektmidlerne er primært brugt til at frikøbe en erfaren projektsygeplejerske, som har haft ansvaret for projektets udviklingsopgaver.
- *De hjertemedicinske afdelinger på henholdsvis Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus og Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg* Sygehus har fået midler til at oprette hver sin koordinatorfunktion, der skal koordinere rehabiliteringsforløbet for patienter med iskæmisk hjertesygdom i samarbejde med repræsentanter for kommuner og almen praksis. I hjerteprojekterne har der været eksplicit fokus på at identificere og støtte sårbare patienter i at gennemføre den anbefalede hjerterehabilitering. I begge projekter er projektmidlerne brugt til at frikøbe erfarent personale fra hjerterehabiliteringen, som har fået ansvar for projekternes udviklingsopgaver og den patientrettede støtte.

1.1.3 Formidling af resultater og målgruppe

Evalueringen af det regionale rammeprojekt og de fire delprojekter formidles via nærværende evalueringsrapport, der er målrettet beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen og fagfolk på kronikerområdet.

1.2 Projektets baggrund

1.2.1 Sundhedsvæsenets kroniske koordinationsvanskeligheder

Koordination af forløb er et populært emne i alle hjørner af sundhedsvæsenet, fordi sammenhæng i forløb – eller manglen på samme – er blevet et af væsenets største og mest kroniske problemer. En af sundhedsvæsenets væsentlige udfordringer består derfor i at skabe sammenhæng i patientforløbene på tværs af sygehus, kommune og egen læge. Koordination og kontinuitet er ikke mindst vigtig for personer med kronisk sygdom, der ofte vil have gentagne kontakter til alle tre sektorer. Blandt personer med kronisk sygdom er der endvidere en gruppe særligt sårbare patienter og/eller patienter med komplekse sygdomsforløb, som både kan have brug for særlig støtte til at håndtere deres sygdom og hjælp til at navigere rundt i sundhedssystemet.

Politisk og fagligt har kronikerindsatsen i mange år været drøftet med udgangspunkt i ovenstående problemstillinger sammen med en erkendelse af, at den eksisterende behandling ofte igangsættes for sent i sygdomsforløbet og er for dårligt koordineret (1-5). I den forbindelse er der enighed om, at der grundlæggende er tre udviklinger, som udfordrer sundhedsvæsenet:

- *Flere danskere får kroniske sygdomme og lever længere med dem:* Kroniske patienters lange behandlingsforløb med regelmæssige kontroller, sektorskift, sygdommenes

gradvise progression, som ofte er kombineret med konkurrerende lidelser, er vanskelige at håndtere for patient og sundhedsvæsen. Ikke mindst fordi behandlingen i sundhedsvæsenet traditionelt er baseret på en reaktiv og akut indsats over for den enkelte patient frem for proaktiv indsats og forebyggelse.

- *Sundhedsvæsenet bliver stadig mere centraliseret og specialiseret:* Afstandene i sundhedsvæsenet vokser, i takt med at enheder og organisationer bliver større og indeholder flere specialiserede indsatser. Det medfører udfordringer forbundet med en større geografisk afstand imellem patient og sundhedsvæsen, samt at der er større afstande imellem de funktioner, der skal samarbejde om konkrete patientforløb. Disse forhold muliggør et mere standardiseret samarbejde, men svækker også muligheden for at levere en indsats, der honorerer patienternes oplevelse af kontinuitet i behandlingen.
- *Sundhedsvæsenet har fortsat en opdelt struktur:* Sundhedsvæsenet betjenes af tre hovedaktører med hver deres ledelse, finansiering, incitamentsstruktur og traditioner for arbejde. Denne opdelt struktur modvirker på mange måder ønsket om at implementere sammenhængende og forpligtende løsninger på tværs af patienternes forløb i sundhedsvæsenet.

1.2.2 Forløbsprogrammer og forløbskoordinatorer introduceres som løsning i 2005

I 2005 resulterede drøftelserne i publikationen 'Patient, sundhedsvæsen og samfund' (6), som var et væsentligt og nytænkende udspil fra Sundhedsstyrelsen. Publikationen beskrev for første gang én samlet kronikermode og én strategi for, hvordan den samlede indsats over for kronisk sygdom kan reorganiseres for at skabe en tidligere og mere sammenhængende indsats. Udspillet er senere fulgt op af problemudredende analyser (7), et generisk forløbsprogram og et specifikt forløbsprogram for type 2-diabetes (8) og endelig den aktuelle pulje fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom (9).

I disse publikationer anbefales det, at behandlings- og koordinationsansvaret fordeles på baggrund af, hvor kompleks sygdommen er, samt at der på alle niveauer og stadier af patientforløbet skal være opmærksomhed på at identificere og støtte sårbare patienter. Det anbefales således – med henvisning til udenlandske erfaringer, se fx (10-15) – at der oprettes specialiserede forløbskoordinatorfunktioner som kan:



Sikre intensiveret, personlig og udvidet støtte til patienter med svære komplekse behov. Tilbuddet om en forløbskoordinator gives på baggrund af en individuel vurdering, når patienten har behov for udvidet støtte vedr. behandling, rehabilitering, egenomsorg og sociale forhold mm. (8)

Endvidere blev der givet nedenstående eksempler på opgaver, som kan varetages af en forløbskoordinator i samarbejde med patienten og evt. pårørende:

- Bidrage til at den tværfaglige og tværsektorielle indsats på tværs af sygdomme er koordineret. Heri indgår både indsats i akutte og stabile faser af sygdomsforløbet.
- Understøtte patientens gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering.
- Understøtte patientens muligheder for egenomsorg.
- Sikre opfølgning og justering af initiativer.
- Aktivt formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal –eller har – skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.

1.2.3 Der mangler viden om forløbskoordination og forløbskoordinatorer

Selvom der inden for afgrænsede områder er gennemført studier, der viser effekt af forløbskoordinatorer (15), er der organisatorisk og genstandsmæssigt tale om et bredtfaende og forskelligartet felt (se fx (16-21)). Derfor mangler der fortsat viden om den optimale organisering af forløbskoordination på kronikerområdet – ikke mindst i forhold til den ledelsesmæssige forankring af koordinatorfunktioner, der forventes at bidrage til sammenhæng for patienter og sundhedsprofessionelle i det sektoropdelte danske sundhedsvæsen. Dette afspejlede sig også i Sundhedsstyrelsens udmøntningstekst til 'kronikerpuljen', hvor det blev fremhævet, at:



Der arbejdes i regioner og kommuner med forskellige forsøgsprojekter omkring forløbskoordination og forløbsledelse. Det er ikke entydigt, hvad der ligger i funktionen, og hvordan den skal implementeres. Det vurderes derfor præliminært at implementere en fast skabelon for denne funktion, idet der er behov for en yderligere afdækning af området i form af projekter, der kan bibringe den nødvendige og gerne komparative viden. (9)

De fleste aktører i – og især omkring – sundhedsvæsenet har imidlertid været hurtige til at tage ideen om forløbskoordinatorer til sig som et middel til at skabe patientoplevelen sammenhæng, jf. (22-27). Umiddelbart lyder det da også logisk, at hvis manglende koordination er problemet, så må flere koordinatorer være løsningen. Derfor er der fremkommet et stort antal forløbskoordinatorer, casemanagere, sundhedskoordinatorer og lignende funktioner, som på forskellig vis har ansvar for at koordinere dele eller hele patientforløb.

Der er imidlertid i høj grad tale om et udviklingsområde, og det er endnu ikke klart, hvordan koordinatorfunktionerne bedst tænkes ind i organisationen, hvilke konkrete opgaver forskellige slags forløbskoordinatorer udfører, hvilke kompetencer de skal besidde, hvilke udfordringer der følger med et fokus på tværgående koordinering og sammenhæng, samt på hvordan forholdet mellem en behovsorienteret og en standardiseret koordinering afvejes i praksis. Samtidig er det klart, at koordination via koordinatorer kun er et af mange elementer, der kan – og bør – anvendes til at forbedre sammenhængen i kroniske patienters forløb. Særligt forholdet mellem den ledelse, der kan designe relationer og enheder, som understøtter sammenhængende forløb, og de koordinatorer der bliver sat til at fremme sammenhængende forløb på driftsniveau, fremstår uafklaret og potentielt problematisk (28).

Region Syddanmark og DSI har derfor valgt at investere i udviklingsprojektet om forløbskoordination for at skabe viden om, hvordan forløbskoordination kan bidrage til bedre sammenhæng på kronikerområdet i samspil med de andre elementer, der skal implementeres som led i udrulningen af regionale forløbsprogrammer.

1.3 Evalueringens formål, aktiviteter, datagrundlag og metoder

1.3.1 Evalueringens fokus og begrænsninger

Evalueringen fokuserer på at afdække, hvilke organisatoriske og faglige forudsætninger der skal være til stede, for at arbejdet med forløbskoordination kan lade sig gøre, samt hvordan det kan sikres, at disse forudsætninger er til stede, så der er et godt fundament for samarbejdet om forløbskoordination i kronikerindsatsen.

Evalueringen giver derfor ikke svar på, hvorvidt forløbskoordination er omkostningseffektivt, om indsatsen har de forventede effekter for patienternes oplevelse af et sammenhængende forløb, og der opstilles ikke færdigudviklede modeller for fagpersonernes konkrete arbejde med forløbskoordination.

1.3.2 Evalueringen er gennemført med inspiration fra principper for virkningsevaluering

Projektet er gennemført og dokumenteret med inspiration fra evalueringskonceptet virkningsevaluering¹. Virkningsevaluering er en bred evalueringsform, der med udgangspunkt i en given indsats forsøger at afdække virkningen af indsatsen og hvordan, hvornår og hvorfor den virker. Koblingen mellem resultater og proces betyder, at beskrivelser af det udviklingsarbejde, der har ledt til virkningen, indgår som et helt centralt element i evalueringen. Samtidig fokuserer virkningsevaluering dog også (på samme måde som en målopfyldelsesevaluering) på, om indsatsen leder til de forventede effekter.

Virkningsevaluering gennemføres med udgangspunkt i en programteori, som tydeliggør projektets forestillinger om, hvorfor og hvordan en given indsats virker. Programteorien er således fundamentet for såvel udviklingsarbejde som evaluering.

Når der er tale om længerevarende udviklingsprojekter, kan en virkningsevaluering levere evalueringsresultater undervejs, som kan bruges til at justere indsatsen, samtidig med at evalueringen bruges til at realitetsteste de antagelser, der ligger bag projektet. I forhold til Region Syddanmarks udviklingsprojekt om forløbskoordination betyder det, at DSI's evaluering opererer på et lokalt og et overordnet niveau:

- *På lokalt niveau* har evalueringen haft som formål at bidrage til løbende forbedring af programteoriene for de igangsatte delprojekter. Derfor har DSI i samarbejde med de lokale projektgrupper udarbejdet en selvstændig programteori og udviklingsbeskrivelse for hvert af de fire delprojekter. Udviklingsbeskrivelserne beskriver de individuelle projektforsløb, forklarer de forhold der undervejs har haft indflydelse på projektet, og evaluerer i hvilket omfang projektet har nået sine mål.
- *På overordnet niveau* har evalueringen haft som formål at skabe viden om, hvordan arbejdet med forløbskoordination kan introduceres og organiseres på sygehusafdelinger, samt hvordan de forløbskoordinerende funktioner kan bruges som en løftestang for at arbejde med implementering af øvrige initiativer fra forløbsprogrammerne.

1 Se (47, 48) for en udførlig indføring i principperne for virkningsevaluering.

1.3.3 Projektets og evalueringens tidsplan

Projektet er gennemført med udgangspunkt i nedenstående milepæle og tidsplan:

Start	Opsporing af cases og aflevering af samlet projektansøgning	Juni-september 2009
Milepæl 1	Forventningsafstemning og dannelse af endelige projektgrupper	Maj-juni 2010
Milepæl 2	1. fælles temadag for projektdeltagere: Projektstart	September 2010
Milepæl 3	1. interviewrunde med koordinatore og samarbejdspartnere	December 2010
Milepæl 4	½ projektudviklingsdag med hver projektgruppe	Januar 2010
Milepæl 5	1. observation af koordinatore	Februar 2010
Milepæl 6	2. fælles temadag for projektdeltagere	Marts 2011
Milepæl 7	2. interviewrunde med koordinatore og samarbejdspartnere	Maj 2011
Milepæl 8	½ projektudviklingsdag med hver projektgruppe	Juni 2011
Milepæl 9	2. observation af koordinatore og interview med samarbejdspartnere og nøglepersoner i kronikerbehandlingen	September-oktober 2011
Milepæl 10	3. og afsluttende fælles temadag	Oktober 2011
Milepæl 11	Projektet afrapporteres	December-februar 2011
Slut	Projektets resultater formidles	Forår 2012

1.3.4 Evalueringens datagrundlag

Evalueringen er baseret på:

- 16 semistrukturerede interview med de sygehusansatte koordinatore og deres primære kommunale samarbejdspartnere. Interviewene har undersøgt a) projektets fremdrift, b) hvilken rolle ledelsen spillede i projektet, og c) hvilke løsninger og udfordringer der blev arbejdet med. Alle interview er optaget digitalt og udskrevet af studenter. Herefter er de tematiseret og anvendt som afsæt for citat og analyse.
- 12 dages observation af de sygehusansatte koordinatore og udviklingsmedarbejdere. Observationerne har haft til formål at få en praksisnær forståelse for projektmedarbejdernes patientrettede arbejde, samt hvilke redskaber og forudsætninger de havde for at støtte sårbare patienters forløb.
- Semistrukturerede interview med 27 ledere og fagpersoner, der har været centrale i de enkelte delprojekter. Interviewene er gennemført for at evaluere, i hvilket omfang projekterne havde indfriet de indsatser og mål, som var opstillet ved projektstart. Alle interview er optaget digitalt og udskrevet af studenter. Herefter er de tematiseret og anvendt som afsæt for citat og analyse.
- Skriftligt materiale og aktivitetsopgørelser, der belyser koordinatorenes patientrettede opgaver. Opgørelserne dækker det patientrettede arbejde i 2011.

- Erfaringerne fra de fælles temadage og de lokale udviklingsdage med de deltagende projektgrupper indgår i evalueringen på lige fod med projektets øvrige empiri².

1.3.5 Håndtering af DSI's dobbeltrolle som konsulent og evaluator

DSI har været tilknyttet rammeprojektet og de lokale udviklingsprojekter som ekstern konsulent. Formålet med konsulentbistanden har været at bruge DSI's viden om forløbskoordination til at støtte projektgruppernes arbejde samt bruge DSI til at dokumentere proces og resultater. Denne metode er anvendt, fordi formålet med evalueringen er at skabe løbende læring og justering via samspillet mellem DSI og projektdeltagerne.

For at DSI's dobbeltrolle som konsulent og evaluator ikke skulle påvirke DSI's adgang til viden og fremdrift og resultater negativt, har DSI's projektleder under hele udviklingsforløbet alene fungeret som tilknyttet for de fire delprojekter. I konsulentrollen har DSI leveret løbende procesevaluering og deltaget i udviklingsarbejdet for at støtte projektdeltagerne med at håndtere aktuelle udfordringer.

Først efter projektets afsluttende temadag i oktober 2011 skiftede DSI's projektleder konsulentrollen ud med rollen som en evaluator, der i højere grad har set projekterne udefra og sat dem i relation til Region Syddanmarks overordnede formål med at gennemføre rammeprojektet. Det er således i en retrospektiv evaluatorrolle, at DSI har evalueret a) de antagelser der ligger bag gennemførelsen af rammeprojektet, og b) de målsætninger der er opstillet for hvert af de fire lokale delprojekter.

² En oversigt over evalueringens datagrundlag er vist i bilag 5.

1.4 Rapportens opbygning

Rapporten er opbygget som følger:

Kapitel 2 sammenfatter den viden om forløbskoordination, som DSI har fået via deltagelse i danske udviklingsprojekter og udvalgt dansk og udenlandsk litteratur. Kapitlet lister på den baggrund en række antagelser om forudsætninger for udvikling af velfungerende koordinatorfunktioner, som er testet via udviklingsprojektet. Afslutningsvis opstilles en samlet forståelsesramme for arbejdet med udvikling af forløbskoordination, som er anvendt i projektet.

Kapitel 3 præsenterer erfaringerne fra det overordnede rammeprojekt. Først præsenteres de elementer fra Region Syddanmarks forløbsprogrammer (29-31), som har haft særlig relevans for udviklingsarbejdet. Bagefter opstilles rammeprojektets programteori og de valg, erfaringer og resultater, som DSI og Region Syddanmark gjorde fra midten af 2009 til udgangen af 2011. Afslutningsvis evalueres gennemførelsen på baggrund af programteoriens succeskriterier og de involverede parter vurderinger.

Kapitel 4-7 præsenterer erfaringerne fra hvert af de lokale udviklingsprojekter. Hvert kapitel består af fire dele, der med udgangspunkt i projekternes udviklingsfaser beskriver de valg,

erfaringer og resultater, som projektgrupperne gjorde fra året 2010 til udgangen af 2011. Kapitlerne er udarbejdet på baggrund af projektbeskrivelser, mødereferater, aktivitetsopgørelser og andet skriftligt materiale fra projekterne samt den empiri, som DSI har indsamlet via interview, observation og møder med projektgrupperne.

Rapporten afsluttes med en tværgående sammenfatning og diskussion i *kapitel 8* og konklusioner og anbefalinger i *kapitel 9*.

1.5 Læsevejledning

Rapporten empiriske grundlag kan læses på to måder:

- *Den særligt interesserede læser* – fx udviklingsmedarbejdere og driftsledere, der selv skal starte forløbskoordinerende funktioner – kan læse udviklingsbeskrivelserne i deres fulde længde i kapitel 5-8.
- *Den travle læser* – fx ledere og planlæggere på regionalt og nationalt niveau – kan vælge at springe kapitel 5-8 over og i stedet læse den tværgående diskussion i kapitel 9 og konklusionerne i kapitel 10 for at få et komprimeret indblik i erfaringerne fra de fire delprojekter.

2 Eksisterende viden om forløbskoordination og forløbskoordinatorer

Dette kapitel sammenfatter den indsamlede viden om forløbskoordination fra danske udviklingsprojekter og udvalgt litteratur. Kapitlet introducerer således en række antagelser om organisatoriske og ledelsesmæssige forhold, som letter arbejdet med at udvikle velfungerende koordinatorfunktioner. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af den forståelsesramme for forløbskoordination, som DSI's konsulentbistand til Region Syddanmark og de lokale projektgrupper har taget udgangspunkt i.

2.1 Erfaringer fra arbejdet med regionale forløbsprogrammer

Sundhedsstyrelsens oplæg er i alle regioner udmøntet i forløbsprogrammer, som beskriver den ønskede bedste praksis for organisation, arbejdsdeling og klinisk indsats inden for de største kroniske diagnoser. Forløbskoordinatorer og kontaktpersonordninger med koordinationsansvar for sårbare patienters forløb spiller en rolle i de regionale forløbsprogrammer. Udover at de pågældende funktioner skal medvirke til at skabe sammenhæng for den enkelte patient, er det et gennemgående ønske, at de, ved at arbejde på tværs af grænsefladen mellem den praktiserende læge, sygehus og kommune, skal fungere som en løftestang for at forbedre det lokale kronikersamarbejde.

DSI har erfaringer fra en række kommunale og regionale udviklingsprojekter om forløbskoordination, som har haft ovenstående udgangspunkt (32, 33)³. I den forbindelse har DSI erfaret, at udvikling af nye koordinerende sundhedsfaglige roller ofte udgør en udfordring for de personer, der ansættes til at koordinere, såvel som for de lokale organisationer, koordinatorerne skal samarbejde med. Blandt specifikke udfordringer er bl.a., at det er svært at identificere og hjælpe sårbare patienter, at der ofte er uafklarede overlap til etablerede sundhedsfaglige koordinatorer⁴, samt at det er vanskeligt at kommunikere, monitorere og effektuere aftaler om særlig støtte på tværs af de patientforløb, der arbejdes med.

2.1.1 Patientrettet forløbskoordination eller forløbsudvikling?

Alle danske forløbskoordinatorer i kronikerbehandlingen⁵ er indtil videre introduceret, inden forløbsprogrammets øvrige elementer er på plads. Det betyder, at de samarbejdsaftaler, indsatser, kommunikationsveje, vejledninger og daglige arbejdsrutiner, som tværgående patientrettet forløbskoordination

on i sidste ende er afhængig af, ikke er til stede, når koordinatorerne – eller de teams der får et udvidet koordinationsansvar – starter. Dette skaber særlige muligheder og udfordringer, der skal håndteres i opstartsfasen, fx:

- I hvilket omfang koordinatorerne reelt har mulighed for at yde patientrettet støtte og koordination
- Hvilke roller og opgaver 'almindelige' medarbejdere kan og bør udfylde under udviklingsarbejdet
- Hvordan de pågældende medarbejdere understøttes ledelsesmæssigt.

Disse forhold betyder, at det for de lokale parter i samarbejdet om implementering af forløbsprogrammer er lige så væsentligt at forholde sig til forløbskoordinatorer som forløbsudviklere med ansvar for at udvikle rammerne for de forløb, der skal realiseres, som det er at forholde sig til funktionerne som koordinatorer, der skal udføre planlægnings- og rådgivningsopgaver med udgangspunkt i den enkelte patient.

I forlængelse heraf viser DSI's erfaringer, at tre helt centrale forudsætninger for, at der kan udvikles et effektivt og tværgående samarbejde omkring forløbskoordination, er at:

- Der på tværs af driftsorganisationerne er en tværsektoriel ledelse og en fælles vision for udviklingsarbejdet
- De rammer, der udvikles, er afstemt med intentionerne i de regionale forløbsprogrammer
- De løsninger, der udvikles, ikke er alt for arbejdstunge og personafhængige⁶.

2.1.2 Forløbskoordination eller forløbsledelse?

Den formentlig største faldgrube ved udvikling af forløbskoordination handler om at skelne mellem, hvilke koordinationsproblemer der bedst løses på ledelsesniveau (forløbsledelse), og hvilke der bedst løses via koordination på driftsniveau (forløbskoordination). En klar skelnen imellem niveauerne er meget vigtig, fordi løsningen af forskellige typer problemer kræver forskellig organisatorisk placering, forskellige arbejdsmetoder, redskaber, faglige kompetencer og ikke mindst ledelsesmæssige beføjelser. Dette er illustreret i omstående figur 2.1, som er udviklet af Sidsel Vinge, der er senior projektleder i DSI.

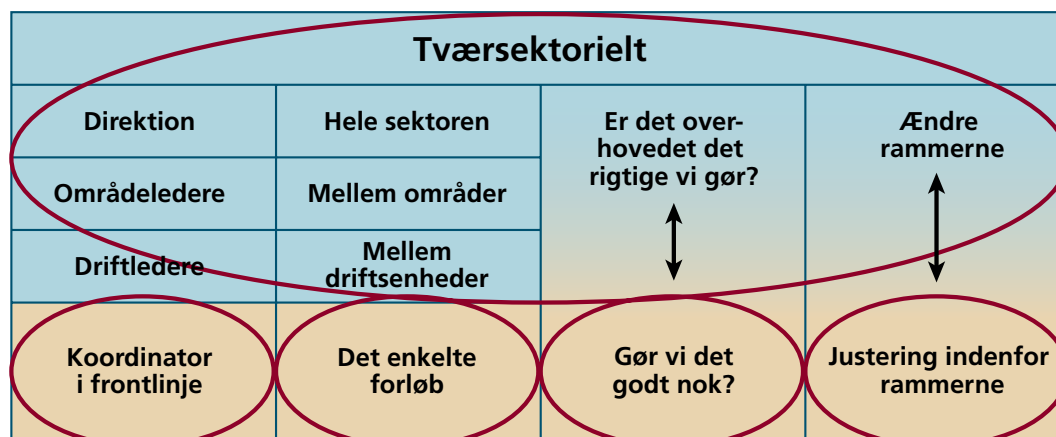
3 DSI's rådgivningsopgaver knytter sig bl.a. til: Næstved Kommunes afprøvning af forløbskoordination for slidgigtpatienter samt Slagelse og Odense Kommuners projekter om forløbskoordination for borgere med kronisk sygdom.

4 Fx udskrivningssygeplejersker, udgående og opfølgende hospitalsfunktioner, kommunale visitatorer og hjemmesygeplejersker.

5 Til forskel fra kronikerbehandlingen er der på handicapområdet (<http://www.servicestyrelsen.dk/koordinerende/om-projektet/om-projektet>) og kræftområdet (49, 50) lavet systematiske metodeudviklingsprojekter om rådgivning og koordinering af patienter med lange og komplekse behandlings- og rehabiliteringsforløb.

6 Fx koordinatorer der får en nøglerolle, fordi de har et unikt kendskab og netværk, som de trækker på, eller arbejdsgange som er baseret på mange personlige møder og papirer, der faxes frem og tilbage.

Figur 2: Hvem kan skabe sammenhæng?



Som figuren illustrerer, befinder en forløbskoordinator sig i udgangspunktet på driftsniveau. Med udgangspunkt i de enkelte patientforløb kan forløbskoordinatoren her stille spørgsmålstegn ved, om tingene bliver gjort godt nok og lave planlægning og justering inden for eksisterende rammer. Frontlinjemedarbejdere har imidlertid ikke mulighed for at skabe den sammenhæng mellem driftsenheder, områder og sektorer som kan hindre, at der ikke igen og igen opstår den samme mangel på sammenhæng nede i det enkelte forløb. I det omfang medarbejdere får ansvar for at arbejde med sådanne problemstillinger, som går på tværs af sektorer og enheder, stilles de i én af de sværeste roller, man kan få som forandringsagent: At gennemføre forandringer hos medarbejdere og ledere i organisationer, hvor hverken man selv eller ens leder har et formelt mandat, der kan bakke de ønskede forandringer op⁷.

Tværgående organisationsændringer handler således om forløbsledelse, som skal aftales og bakes op af ledere på relevant niveau, alt efter hvilken problemstilling der er tale om. Risikoen ved ikke at skelne klart imellem, hvilke problemstillinger der skal løses hvor, er, at der i sidste ende ansættes forløbskoordinatorer i driften, som bliver givet et ledelsesansvar, som de hverken har kompetencer, ressourcer eller redskaber til at løse.

Opgaven med at sikre, at forskellige koordinationsproblemer placeres på det rigtige løsningsniveau, kan tage udgangspunkt i nedenstående typologi⁸. Typologien opdeler arbejdet med forløbskoordination i fem forskellige niveauer, som hver er underbygget med eksempler på koordinatorfunktioner, der er typiske for det enkelte niveau:

1. *Forløbskoordination på patientniveau:* Koordination på dette niveau varetages på medarbejderniveau med udgangspunkt i indgåede aftaler og opbyggede samarbejdsrelationer. Der kan være mange forskellige typer koordina-

torer, som opererer på dette niveau, men deres opgaver vil ligge imellem to yderpunkter: På den ene side kan koordination skabes ved at støtte patientens ressourcer til selv at koordinere sine kontakter med sundhedsvæsenet eller ved at repræsentere patienten i forhold til behandlingssystemet. På den anden side kan der være tale om en rent administrativ koordination, der fx visiterer patienten og administrerer sammensætningen af de ydelser, som skal indgå i patientens forløb.

2. *Forløbskoordination på enhedsniveau:* Også imellem enheder kan koordination foretages på medarbejderniveau med udgangspunkt i indgåede aftaler og opbyggede samarbejdsrelationer. Forløbskoordination er her holdt inden for rammerne af enheder, der på forhånd er koblet sammen, så de definerer et aftalt forløb. Koordinatorens rolle kan fx være sammen med patienten at planlægge og følge et ambulant forløb, eller koordinatoren kan fungere som en indgang til de forskellige kronikertilbud, der er i et kommunalt sundhedscenter. Formålet med koordinationen er her at optimere en afgrænset del af det samlede patientforløb.

3. *Forløbskoordination og forløbsledelse på organisationsniveau:* Forløbskoordination på dette niveau er en hybrid, der både kan knytte sig til ledelse og koordination af patientforløb, som går på tværs af en organisations forskellige enheder. Ledelsesopgaven knytter sig til at indgå aftaler om det generelle driftssamarbejde, herunder hvilke aftaler og redskaber der skal regulere det, at løse kommunikationsproblemer og finde ud af, hvem der skal koordinere hvad. Koordinationsopgaverne på driftsniveau knytter sig til at anvende aftaler og redskaber i den daglige drift.

⁷ En udmærket indføring i grundlæggende principper for forandringsledelse kan findes i (51).

⁸ Udarbejdet med inspiration fra (16-19).

4. *Tværasektoriel forløbsledelse:* På dette niveau er der ikke længere tale om koordination, men forløbsledelse, som kræver kompetence til at indgå tværasektorielle aftaler på vegne af de enheder og medarbejdere, der i driften samarbejder om patienterne. Dvs. at der er tale om en ledelsesopgave, som skal løses på driftsledelses-, chef- eller direktionniveau.
5. *Regional og national forløbsledelse:* Det er på dette niveau, at sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, retningslinjer for it og de overordnede regionale styregrupper og koordinationsudvalg befinder sig. På dette niveau kan der også arbejdes med overordnet koordination forstået som monitoring, justering og ledelse af behandlingssystemets samlede ressourcer og indsatser.

2.1.3 Forløbskoordinator eller forløbsvejleder?

Overordnet kan man opdele de forløbskoordinatorer, der i øjeblikket afprøves, i a) målrettet koordination, der udføres på enhedsniveau, og b) patientrettet koordination med fokus på patientens samlede forløb.

Koordination på enhedsniveau: Denne type af koordinatorer har typisk ansvar for en afgrænset og specifik del af et patientforløb. Det kan fx være tovholderen for et rehabiliteringsforløb, der sammen med patienten skal planlægge, følge og evaluere forløbet, eller udskrivningssygeplejersken der skal lægge en forløbsplan ved patientens udskrivelse og sikre, at relevante og præcise oplysninger afleveres rettidigt til kommune og almen praksis. Sådanne koordinatorer karakteriseres ved, at de typisk har:

- Råderet – eller bestillingsret – over konkrete ydelser og ansvar for at følge op på indgåede aftaler i et konkret og afgrænset forløb.
- Pligt til at videregive relevante oplysninger i en stafetmodel – evt. suppleret med ekstra dialog i tilfælde af komplicerede eller afvigende forløb.
- Et relativt specifikt fokus på en aktuel diagnosespecifik problemstilling eller overleveringssituation. I det omfang patienterne præsenterer sociale og psykiske problemer, handler ansvaret om at guide patienten videre til rette sted frem for at løse problemet.

Styrker og svagheder ved koordination på enhedsniveau: Fordele ved en målrettet og afgrænset koordinatorfunktion er, at der inden for en overordnet ramme kan skabes individuelle forløb, hvor patienten oplever en relativt stor grad af personkontinuitet. Samtidig er de afgrænsede funktioner gode til at holde sammen på et intensivt eller specialiseret forløb, hvor der indgår mange ydelser, som skal leveres i en bestemt rækkefølge. Ulempen er til gengæld det manglende blik for helheden i patientens forløb, som ofte leder til vanskeligheder med logistik og kommunikation, når flere afgrænsede forløb skal sættes sammen eller køre parallelt.

Patientrettet koordination på tværs af patientforløbet: Denne type af koordinationer har et bredtfaavnende ansvar for at støtte udvalgte patientgrupper på tværs af langvarige og komplekse forløb. De findes typisk på handicap-, hjerneskade- og kræftområdet. Sådanne koordinatorer fungerer ofte som ekstra tovholdere og støtte for patienten og dennes pårørende, og de karakteriseres ved at de:

- I høj grad arbejder på patientens præmisser og forsøger at vejlede, rådgive og støtte patienter og pårørende med de forskelligartede problemstillinger, der opstår i et langvarigt og komplekst sygdomsforløb.
- Sjældent har råderet over andet end en lille del af de ydelser, der er på spil i patientens forløb.
- Er let tilgængelige, således at patienter og fagpersoner kan få rådgivning på ad hoc basis.

Styrker og svagheder ved patientrettet koordination: Koordinatorer, der arbejder på tværs af patienters forløb, deler mange træk med den traditionelle patientvejleder. Dvs. en social eller sundhedsfaglig person, som motiverer, støtter, viser vej, informerer, hjælper med at tage kontakt til relevante aktører, når patienten ikke selv magter det, eller fungerer som bisidder og arrangør af rundbordssamtaler ved særligt komplekse problemstillinger. Fordele med denne type af koordinator er, at de via dialog og professionel rådgivning kan hjælpe patienten – og nogen gange andre professionelle – med at finde rundt i et komplekst forløb. Derved kan de have afgørende betydning for, om patienten og dennes pårørende i sidste ende klarer at komme godt igennem et kompliceret eller livstruende sygdoms- og efterforløb.

Ulemperne ved den patientrettede koordinator er til gengæld, at den:

- Er ressourcekrævende og kun kan håndtere en lav case load, fordi det tager tid at danne sig overblik og være i dialog med professionelle og patient/pårørende.
- Næsten altid er personafhængig, fordi der sjældent er ressourcer til at have et helt team af koordinatorer.
- Risikerer at arve patientens problemstillinger, således at koordinatoren bliver fanget i et krydspres mellem patientens ønsker om et kontinuert og fleksibelt forløb og de lovgivningsmæssige rammer og faglige forudsætninger.

2.2 Opsamling og forståelsesramme for arbejdet med forløbsledelse og forløbskoordination

Ovenstående forståelser for forholdet mellem patientrettet koordination, forløbsudvikling og forløbsledelse er udviklet via DSI's involvering i de første danske udviklingsprojekter, der har arbejdet med forløbskoordination. Siden er der udviklet forløbsprogrammer, som er aftalemæssigt forankret i de lovpligtige sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner. Samtidig er der etableret en forløbsledelse i form af regionale styregrupper og lokale samordningsfora, som samler de implementeringsansvarlige aktører med udgangspunkt i de enkelte sygehusematrikler. Og under dette ni-

veau er der bl.a. via midler fra kronikerpuljen igangsat en lang række udviklingsaktiviteter, der involverer de medarbejdere og ledere, som er ansvarlige for det daglige driftssamarbejde.

Dette nye og forbedrede udgangspunkt for arbejdet med forløbskoordination indgår i nedenstående figur 3, som illustrerer den forståelsesramme for forløbsledelse og koordination, der er anvendt som afsæt for udviklingsarbejdet i Region Syddanmarks rammeprojekt.

Uddybning af figur 3:

Den vertikale akse illustrerer spændingsfeltet mellem den forløbsledelse (figurens øverste halvdel), som skal sikre, at der er aftaler, koordinationsredskaber og ledelsesmæssig opbakning til de fagpersoner, som har ansvar for faglig og patientrettet koordination i praksis (figurens nederste halvdel).

Den horisontale akse illustrerer spændingsfeltet mellem koordination og planlægning, som er knyttet til en afgrænset del af et behandlingsforløb (figurens venstre side) og den koordination og planlægning, som knytter sig til helheden i et patientforløb (figurens højre side). Som det fremgår, befinder koordinatorer på kronikerområdet sig i udgangspunktet i venstre side af figuren. Det skyldes, at deres rolle i henhold til forløbsprogrammernes anbefalinger hovedsageligt knytter sig til at hjælpe patienten igennem en udvalgt del af et behandlingsforløb (fx hjerterehabilitering) eller over en overgang (fx udskrivelse af en svært syg KOL-patient).

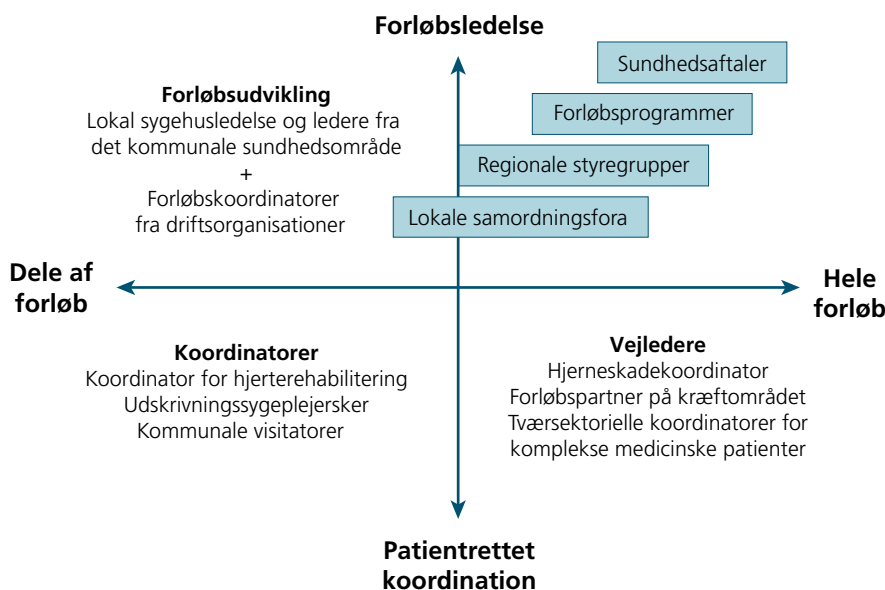
Når akserne kombineres, opstår en samlet forståelsesramme, som kan bruges til at forstå de forskellige løsninger og udfordringer, der knytter sig til at arbejde med forløbskoordination i forskellige sammenhænge og i forhold til forskellige patientgrupper.

Konkrete eksempler på forskellige typer af koordinatorfunktioner er indskrevet i modellen. De forskellige funktioner har forskellige arbejdsforhold og koordinationsmuligheder afhængig af bredden i deres koordinationsopgave. Forståelsesrammen udgør således et konkret redskab, som beslutningstagere og ledere kan bruge som udgangspunkt for de indledende overvejelser og beslutninger om:

- Hvilke opgaver og forventninger man kan have til forskellige former for koordinatore
- I hvilket omfang de ledelsesmæssige rammer for koordinatorens ansvar er på plads
- Hvad der skal gøres for at skabe en (projekt)organisation, der understøtter koordinatorens arbejde med forløbsudvikling og patientrettet koordination.

Udviklingen af forløbskoordination i Region Syddanmarks fire projekter er sket med udgangspunkt i ovenstående forståelse samt forløbsprogrammernes beskrivelser af forløbskoordinatorer, som præsenteres i næste kapitel.

Figur 3: Forståelsesramme for arbejdet med forløbsledelse og forløbskoordination



3 Forløbskoordination på kronikerområdet i Region Syddanmark

Projektet om forløbskoordination tager afsæt i de beskrivelser af forløbskoordination, som er indeholdt i Region Syddanmarks forløbsprogrammer. Kapitlet starter derfor med en beskrivelse af de elementer fra forløbsprogrammerne, som udgør fundamentet for de lokale projekters arbejde med forløbskoordination. Bagefter følger en præsentation af rammeprojektets design og indsatsområder og en kronologisk beskrivelse af projektets gennemførelse. Kapitlet afsluttes med en opsamling, der evaluerer rammeprojektets indsatsområder og projektets gennemførelse.

3.1 Introduktion til Region Syddanmarks forløbsprogrammer

De bærende elementer for Region Syddanmarks beskrivelser af forløbskoordination kan også deles op i en del, der handler om patientrettet koordination, og en del der handler om de arbejdsdelinger, rutiner og aftaler, som skal skabe faglig sammenhæng på kronikerområdet. Disse to hovedtemaer præsenteres i nedenfor.

3.1.1 Anbefalinger om patientrettet koordination

Et af forløbsprogrammernes bærende principper er, at patienter med særlige behov for støtte skal identificeres og ydes den nødvendige støtte til at gennemføre og fastholde effekten af behandling og rehabilitering. Det er den behandlingsansvar-

lige læge, der skal vurdere, om patienten har brug for en særlig indsats for at sikre sammenhæng i forløbet. Koordinatorer og kontaktpersoner nævnes som eksempler på sådanne særlige indsatser, men det understreges, at valget af konkrete løsninger er op til de enkelte sygehuse og kommuner.

3.1.2 Overordnede principper for stratificering af sårbare patienter

Nedenstående stratificeringsfirkant illustrerer de overordnede principper, som Region Syddanmark skal bruge til at afklare, hvem der har behandlingsansvaret, samt hvilke patienter der har behov for særlig støtte via kontaktpersoner eller forløbskoordination.

Stratificeringsfirkantens fire kategorier uddybes nedenfor på baggrund af beskrivelser fra Region Syddanmarks forløbsprogrammer.

Kategori 1 og 3: Patienter med enkel sygdom⁹

Patienter med ukompliceret sygdom udredes og behandles typisk i almen praksis. Det kommunale sundhedsområde tilbyder generel patientuddannelse og livsstilstilbud. Regionale tilbud til patienter med enkel sygdom vil typisk være begrænset til diagnosespecifikke patientuddannelsesstilbud og planlagte proaktive kontroller. Det forudsættes, at patienter med:

Tabel 1: Region Syddanmarks stratificeringsfirkant

		Sygdommens kompleksitet	
		Enkel	Svær eller kompleks
Patientens egenomsorgsevne	God	1 Patienter med - enkel sygdom - god egenomsorgsevne patienten selv + egen læge	2 Patienter med - svær eller kompleks sygdom - god egenomsorgsevne patienten selv + egen læge + sygehuskoordination
	Ringe	3 Patienter med - enkel sygdom - ringe egenomsorgsevne patienten selv + egen læge + kommunal koordination	4 Patienter med - svær eller kompleks sygdom - ringe egenomsorgsevne patienten selv + egen læge + kommunal og sygehuskoordination, afhængig af forløbet

⁹ Enkel sygdom kan fx være velreguleret diabetes, mild eller moderat KOL eller stabil hjertesygdom.

- Enkel sygdom og god egenomsorgsevne (kategori 1) ikke har behov for ekstra støtte til at gennemføre den udredning og patientuddannelsestilbud mm., som almen praksis kan henvise til.
- Enkel sygdom og ringe egenomsorgsevne (kategori 3) bør have mulighed for ekstra støtte til at gennemføre kommunale indsatser, som de henvises til. Den ekstra støtte kan fx bestå af individuelle samtaler eller et udvidet forløb, som tager særlige sociale hensyn.

Kategori 2 og 4: Patienter med kompleks sygdom¹⁰

Patienter med kompleks sygdom har permanent, eller i perioder, en fast tilknytning til udredning og behandling i sekundærsektoren, fx i et ambulant kontrolforløb eller via indlæggelser og efterfølgende rehabilitering. I forhold til patientrettet koordination forudsættes det, at patienter med:

- Kompleks sygdom og god egenomsorgsevne (kategori 2) har behov for støtte fra en sygehusansat koordinator/kontaktperson, som har ansvar for at planlægge og koordinere patientens forløb på sygehuset.
- Kompleks sygdom og ringe egenomsorgsevne er særligt sårbare og bør tilbydes særlig støtte både på sygehus og i kommunalt regi. Koordinationsopgaverne knytter sig dels til at planlægge og koordinere forløbet internt i egen sektor. Men herudover skal der være særligt fokus på individuel støtte, fordi patienterne oftest ikke magter at følge holdbaseret undervisning og træning mm. Endelig skal de fagpersoner, som er ansvarlige for patientens forløb, være særligt opmærksomme på at videregive viden til relevante samarbejdspartnere på tværs af patientforløbet.

3.1.3 Konkrete redskaber til stratificering

Der er langt fra ovenstående generiske principper for stratificering til den daglige praksis, hvor sundhedsfaglige møder patienterne. Samtidig vil den enkelte sundhedsprofessionelle sjældent have lang tid til at udføre stratificeringen. Derfor er det vigtigt, at der findes relativt enkle beslutningsstøtredskaber til de professionelle, der skal foretage stratificeringen i praksis. Nedenfor redegøres for de redskaber for stratificering, som er opstillet til de behandlingsansvarlige læger, der har ansvaret for at stratificere patienterne i forløbsprogrammerne.

Sygdomskompleksitet

Den grundlæggende arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektor afhænger af patientens sygdomskompleksitet. De diagnosespecifikke forløbsprogrammer opstiller kliniske værdier og vejledning om, hvilke komplikationer og samtidige sygdomme der gør, at en sygdom i udgangspunktet kræver specialiseret behandling. Vejledningerne følger Sundhedsstyrelsens tredelte kronikerpyramide, og de kliniske kriterier er opstillet på baggrund af anbefalinger fra relevante faglige sel-

skaber. Derved giver de – i det omfang de er kendte og indarbejdede i lægernes daglige praksis – en overordnet rettesnor for arbejdsdelingen mellem primær og sekundærsektor.

Stratificering er et dynamisk redskab, som skal gentages løbende, fordi patienterne kan vandre imellem komplekse og ikke komplekse stadier i deres sygdom flere gange i deres forløb. Derfor anbefaler Region Syddanmark, at stratificeringen gentages mindst én gang om året (34), fx i forbindelse med planlagte årskontroller eller akutte indlæggelser, som er udløst af den kroniske sygdom.

Egenomsorg

Egenomsorg kan defineres som patientens evne til at tage vare på sig selv og have et medansvar for sin sygdom. Bag den simple definition ligger imidlertid en stor kompleksitet, fordi det er en kombination af mange subjektive og objektive forhold, som afgør patientens evne til at tage vare på sig selv og sin sygdom, fx patientens køn, livsforløb, sygdommens stadie, forskelligheder i karakter eller psykologiske dispositioner og fysiologiske forskelle (35). Ifølge Region Syddanmarks forløbsprogrammer kan patienternes egenomsorgsevne bl.a. vurderes på baggrund af:

- Alder, køn og etnisk baggrund
- Socioøkonomiske forhold (erhvervsuddannelse, økonomi, boligforhold og arbejdsforhold)
- Socialt netværk, relation til partner, relation til familie eller børn og tilstedeværelsen af sygdom i nær familie
- Konkurrerende lidelser, herunder psykisk sygdom og evt. misbrug.

Som det fremgår, indgår der mange subjektive kriterier i vurderingen af patientens egenomsorgsevne, og det handler i et vist omfang om at vurdere patientens livssituation og sætte denne i relation til patientens ressourcer. Dette udmøntes i sidste ende i en beslutning om, hvorvidt patienten skal have et udvidet forløb og en ansvarlig koordinator på sygehuset. Forløbsprogrammerne indeholder imidlertid endnu ingen konkret vejledning til, hvordan kriterierne skal operationaliseres og vægtes i forhold til den enkelte patient.

Derfor har det i projektet været centralt at få praktiske erfaringer med, hvordan sygehusansatte koordinators kan indarbejde et fokus på sociale forhold, screening for depression, livssituation og lignende i deres møde med patienterne, samt i hvilket omfang dette fokus kan bruges til at sikre et individuelt tilpasset forløb, der bedst muligt tager hensyn til patientens aktuelle ressourcer og ønsker.

3.1.4 Forløbsprogrammernes anbefalinger om faglig sammenhæng og implementering

Forløbsprogrammerne beskriver forskellige implementeringsprojekter og kommunikationsredskaber, som har betydning for arbejdet med forløbskoordination. De vigtigste af disse præsenteres i nedenstående afsnit.

10 Kompleks sygdom kan fx være svært regulerbar diabetes, svær KOL, akut behandlingskrævende hjertesygdom og/eller multisygdom.

3.1.5 Ledelsesmæssig forankring af den lokale implementering

Den lokale implementering af forløbsprogrammer ledes og koordineres af de samordningsfora, som er nedsat ved Region Syddanmarks fire sygehusenheder. I forløbsprogrammerne er opstillet følgende projekter, som de lokale samordningsfora anbefales at tage udgangspunkt i for at understøtte implementeringen af forløbsprogrammerne:

Initiativer der skal skabe gode forudsætninger for dagligt samarbejde

For at fremme en god dialog og kvalitet i behandlingen mellem sygehusafdeling, kommuner og almen praksis, bør der:

- Tilknyttes en praksiskonsulent til relevante sygehusafdelinger.
- Udpeges kommunale tovholderfunktioner/nøglepersoner, som kan koordinere faglige aktiviteter og kontakter med samarbejdsparter i almen praksis og sygehusafdelinger.
- Udpeges udviklingsansvarlige nøglepersoner på relevante sygehusafdelinger med ansvar for at koordinere uddannelsestilbud af sundhedspersonale i såvel primær som sekundær sektor.
- Etableres gensidige aftaler, som sikrer, at almen praksis kan modtage specialiseret vejledning og rådgivning vedrørende personer med kompliceret kronisk sygdom. Det anbefales, at de enkelte sygehuse og afdelinger aftaler kontakttider og metoder, som understøtter almen praksis' opgaver på kronikerområdet.

Ovenstående elementer er ind tænkt i de lokale projektgruppers projektaktiviteter, i det omfang det har haft relevans og kunnet lade sig gøre i det enkelte projekt.

It-baserede kommunikationsredskaber der skal medvirke til en forløbsorienteret behandling

Forløbsprogrammerne introducerer to elektroniske redskaber, som skal fremme en forløbsorienteret planlægning og overlevering af viden på tværs af behandlingsforløb.

Patientens plan: Patientens plan er et nyt it-baseret planlægningsværktøj, som skal følge patienten og understøtte denne og de sundhedsprofessionelles blik for det samlede behandlingsforløb. Planen skal udvikles fra bunden, og derfor har

den ikke været tilgængelig i projektperioden. Når planen er udviklet og implementeret, er det meningen, at den skal rumme information om den enkelte patients risikofaktorer, behandlingsmål og aftaler med lægen samt andre relevante aktører. Det vil for de fleste personer med kronisk sygdom være en opgave for den praktiserende læge at udarbejde Patientens Plan og i den forbindelse henvise til forebyggende tilbud. Hvis sygehuset koordinerer patientforløbet, er det lægen på sygehuset, der laver planen. I samarbejde med patienten bør den ansvarlige læge – evt. i samarbejde med sygeplejersker – fastlægge følgende fremadrettede punkter:

- Målsætning for indsatsen.
- Hovedpunkter i behandlinger, herunder selvmonitorering, egen behandling og konsultationer med tidspunkter.
- Henvvisning til specialiseret patientuddannelse og lignende.
- Henvvisning til kommunale ydelser.

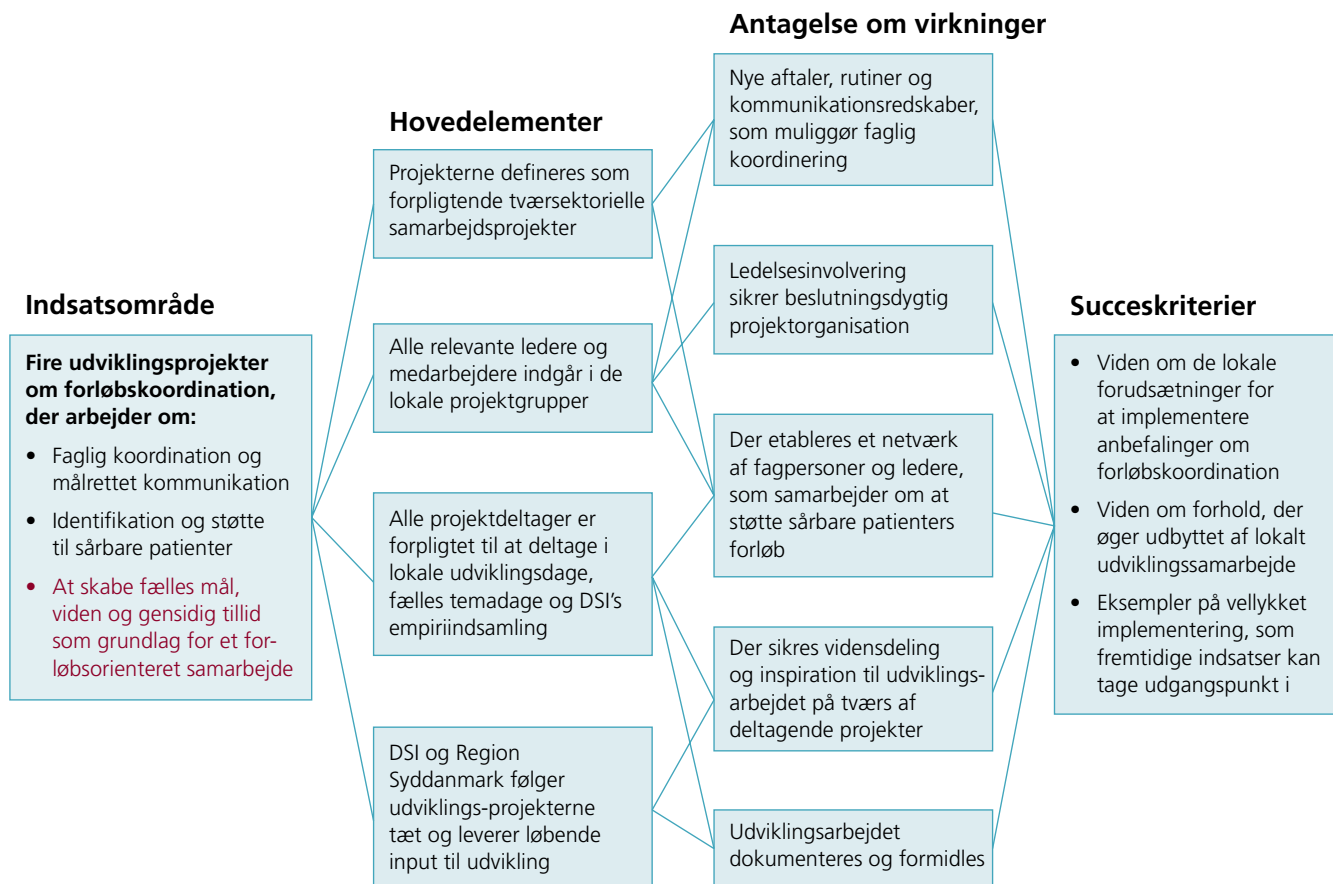
Sygeplejefaglige korrespondancemeddelelser: Korrespondancemeddelelser skal bruges til at kommunikere om de særligt sårbare patienter (kategori 3 og 4, jf. afsnit 3.1.3), der har behov for individuel støtte og ekstra koordination. De sygeplejefaglige korrespondancemeddelelser findes allerede som en integreret del af de elektroniske patientjournaler på Region Syddanmarks sygehuse, men de fleste steder mangler de at blive taget systematisk i brug og kvalitetssikret. Derfor har det været centralt at få erfaringer med brugen af korrespondancemeddelelser via udviklingsprojektet.

3.2 Rammeprojektets programteori og indsatsområder

3.2.1 Udvikling af projektets programteori

Rammeprojektet om forløbskoordination blev defineret i sommeren 2009. Det skete med udgangspunkt i de eksisterende erfaringer med udvikling af forløbskoordination, som er gengivet i kapitel Fejl! Henvissningskilde ikke fundet., og de elementer fra forløbsprogrammerne som er præsenteret i de foregående afsnit. Projektets designets grundlæggende antagelser er illustreret i omstående programteori, som beskriver de indsatser, hovedelementer og forventede årsagssammenhænge og succeskriterier, der er arbejdet hen imod i rammeprojektet.

Figur 4: Programteori for Region Syddanmarks rammeprojekt om forløbskoordination¹¹



De nedenstående afsnit begrundes og beskriver programteoriens hovedelementer og de antagelser om virkninger, der var knyttet til disse:

Projekter baseret på en forpligtende tværsektoriel samarbejdsrelation

Selvom forløbsprogrammerne ikke var endeligt vedtaget, ønskede regionen, at de igangsatte projekter skulle være baseret på en tværsektoriel samarbejdsrelation mellem et sygehus, kommunerne i dets optageområde og repræsentanter fra almen praksis. Samarbejdet skulle dels handle om at udvikle en faglig koordination i form af fælles rammer for overlevering af patienter og viden, som understøttede et velfungerende sam-

arbejde og logistik, dels om at udvikle den patientrettede og individuelle koordination i form af metoder og en lokal praksis for at støtte – og overlevere – sårbare patienter ved de vigtigste overgange i deres forløb.

Målsætningen var, at der skulle laves overordnede beskrivelser af tre-fire tværsektorielle projekter, hvor kommuner og region sammen ansøgte om midler fra kronikerpuljen.

Deltagelse af alle relevante ledere og medarbejdere i projektgruppe

Som det fremgik af afsnit 2.1.2, kræver udvikling af forløbskoordination et fokus på forløbsledelse. Sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, de lokale samordningsfora for sygehuse og

¹¹ Indsatsområdet med rød skrift – omkring etablering af fælles mål, viden og tillid – er introduceret i projektet på baggrund af erfaringer fra rammeprojektets opstartsfasen. Indsatsen præsenteret og begrundes i afsnit 3.3.2.

kommuner giver tilsammen et fælles udgangspunkt og en overordnet ledelsesmæssig forankring for at udvikle forløbskoordination. Der er dog langt fra forløbsprogrammernes overordnede – og endnu uforpligtende – beskrivelser til ændret praksis.

For at sikre ledelsesopbakning til projektmedarbejdernes udviklingsopgaver var det derfor vigtigt, at alle aktører med en reel rolle i projektet udpegede en leder til at indgå i projektarbejdet på lige fod med medarbejderne. Lederne skulle:

- Formelt kunne træffe beslutninger vedrørende projektets indsatsområder og fremdrift indgå fælles aftaler om evt. ændringer i organisation og arbejdsdeling.
- Give støtte og faglig sparring til de koordinatore og udviklingsmedarbejdere, der blev ansat – i forhold til deres nye ansættelse såvel som de tværgående udviklings- og implementeringsopgaver, de fik ansvar for.

Forpligtelse til at deltage i planlagte udviklingsaktiviteter

De igangsatte delprojekter dækkede tre forskellige diagnoser og fire forskellige sygehusmatrikler med tilhørende kommuner. Derfor var der en relativt stor og naturlig variation i projekternes forudsætninger for at arbejde med forløbskoordination og deres valg af indsatsområder. På den anden side var det også vigtigt at udvikle koordinationsredskaber, samarbejdsstrukturer og principper for identifikation og støtte til sårbare patienter, der så vidt muligt var baseret på principper, som efterfølgende kan bruges på tværs af diagnoser og kommuner.

Derfor var der indlagt tre fælles temadage, som skulle medvirke til, at projekterne kunne inspirere hinanden og give mulighed for drøftelse af fælles problemstillinger, og lokale udviklingsdage hvor deltagerne i de enkelte delprojekter fik sparring til deres udviklingsarbejde¹². Temaer og aktiviteter på alle udviklingsdage skulle tage udgangspunkt i DSI's erfaringer, indsamlet empiri fra delprojekterne og ønsker fra projektdeltagerne.

DSI og Region Syddanmarks involvering i udviklingsprocessen

DSI og Region Syddanmarks aktive deltagelse i projektarbejdet skulle sikre, at projekterne i opstartsfasen blev støttet med gensidig forventningsafstemning, samt i at udvikle en lokal ramme for arbejdet med forløbskoordination. Endvidere skulle projekterne, med udgangspunkt i og respekt for lokale forhold, blive støttet i udmøntningen af deres projektbeskrivelser.

Deltagelsen var også motiveret af erfaringer fra tidligere udviklingsprojekter, som viste, at:

- De projektansatte forløbskoordinatorer – som oftest erfarne og udviklingsparate sygeplejersker – sjældent har

indgående kendskab til projektarbejde og gennemførelse af de organisatoriske forandringer, der følger af arbejdet med forløbsudvikling og patientrettet koordination.

- Overgangen fra erfaren fagperson til tværgående udviklingsmedarbejder med udefinerede opgaver kan være ensom, frustrerende og udsat (36-39).

Derfor var der i hvert projekt afsat sparringstimer med DSI's konsulent. Timerne blev givet til de frikøbte forløbskoordinatorer, som sammen med resten af projektgruppen kunne få individuel sparring og rådgivning på ad hoc basis.

3.3 Rammeprojektets organisation og gennemførelse

3.3.1 Erfaringer fra arbejdet med at nedsætte tværsektorielle og forpligtende projektgrupper

Samtidig med at rammeprojektet blev defineret i foråret 2009, gik medarbejdere fra Afdeling for Sundhedssamarbejde og Kvalitet i gang med at opspore og organisere lokale projektgrupper, der kunne formulere konkrete udviklingsprojekter med udgangspunkt i principperne fra rammeprojektet.

I den hektiske projektudviklingsfase var det imidlertid ikke muligt at finde og organisere projekter, der levede fuldt op til rammeprojektets målsætninger. Udover den almindelige travlhed, der fulgte af arbejdet med at formulere projekter for de 80 mio. kr., der udgjorde Region Syddanmarks forventede andel af kronikerpuljen, var der to grundlæggende barrierer for ønsket om at etablere tværsektorielle projekter.

For det første var kronikerpuljen udmeldt i to adskilte portioner, som var forbeholdt henholdsvis kommuner og regioner, og der var ingen krav om, at de ansøgte projekters indhold og finansiering skulle være koordineret på tværs af sektorer. For det andet viste det sig, at ideen om et tværsektorielt samarbejde om forløbskoordination var ny og fremmed for de lokale aktører på sygehusafdelinger og kommuner.

Det betød at det – selvom de regionale projektmedarbejdere gjorde et stort arbejde for at informere og involvere kommuner i rammeprojektet – ikke lykkedes at finde kommuner, der var interesserede i at udvikle og medfinansiere projektideen. Kommunerne ønskede i stedet at koncentrere deres ansøgninger om at udvikle kommunale livsstils- og patientuddannelsstilbud til borgerne på de områder, hvor der var huller i deres eksisterende indsats.

Ansvar for at definere de fire delprojekter om forløbskoordination blev derfor givet til sygehusafdelinger, der udarbejdede projektforslag med udgangspunkt i sygehusets perspektiver og opgaver i patientforløbene. De projektbeskrivelser, der blev sendt til kronikerpuljen, var derfor defineret som sygehusprojekter, og kommunernes involvering i projekterne var uafklaret. Hvis ansøgningen blev imødekommet, var det inten-

12 Rammeprojektets proces- og aktivitetsplan er vedlagt som bilag 2..

tionen, at de relevante kommunale parter og almen praksis skulle kobles på projekterne, i det omfang det var muligt.

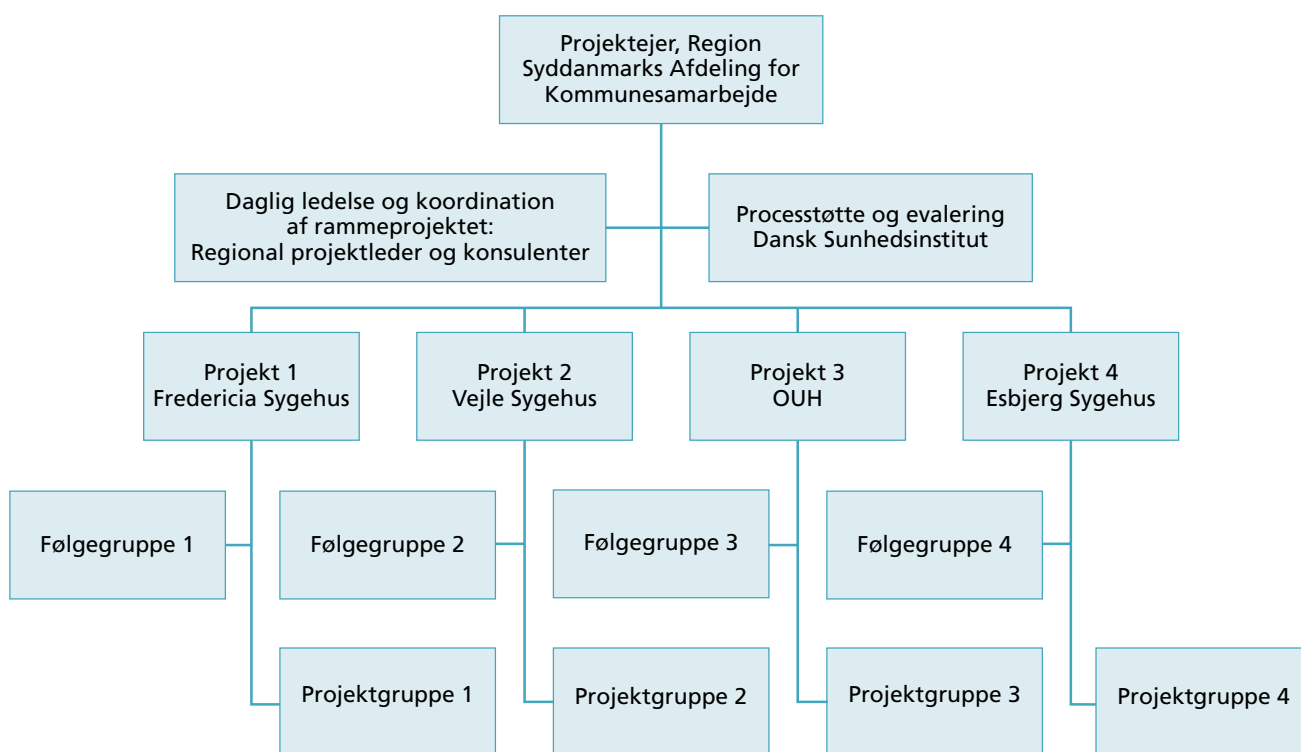
Konkretisering af delprojekter og projektorganisation i foråret 2010

I foråret 2010 blev der bevilget penge til rammeprojektet, og der blev ansat en regional projektleder, som fik det daglige ansvar for at lede og koordinere rammeprojektet.

Første opgave bestod i at facilitere en dialog mellem de lokale projektejer og de ønskede samarbejdsparter fra kommuner og praksissektor. Formålet var at sikre en tværsektoriel samarbejdsrelation og et ligeværdigt samarbejde i henhold til

de overordnede målsætninger, som er opstillet i programteori- en (jf. afsnit 3.2.1.). Derfor faciliterede rammeprojektets projektleder og DSI's konsulent en række møder og udviklingseftermiddage for hver af de fire projektgrupper¹³. Møderne resulterede i, at der i alle projekter blev udarbejdet en lokal strategi for arbejdet med forløbskoordination, samt at der blev skabt tværsektorielle projektgrupper med deltagelse af relevante ledere. Hen over sommeren blev det også afklaret, hvilke fagpersoner der skulle frikøbes til at bemande projekterne. Ved udgangen af juni 2010 var der således etableret nedenstående samlede projektorganisation for rammeprojektet om forløbskoordination.

Figur 5: Projektorganisation for Region Syddanmarks rammeprojekt om forløbskoordination



13 Delprojekternes tilblivelse, projektorganisation og udviklingsaktiviteter er udførligt beskrevet i kapitel 5-8, som indeholder individuelle udviklingsbeskrivelser af hvert projekt.

Som det fremgår af figuren, var hvert af de fire delprojekter sammensat som et selvstændigt projekt, der var ledet af en lokal *projektejer* fra afdelingsledelsen for den sygehusafdeling, som projektet udgik fra. DSI's konsulent og Region Syddanmarks projektleder sad med som observatører i alle *følgegrupper* og deltog også i projektgruppernes møder, når det var relevant. Herudover bestod følgegrupperne typisk af repræsentanter fra almen praksis samt medarbejdere fra sygehusafdelinger og kommunale enheder, som var tiltænkt en mindre rolle i projektet. Hver *projektgruppe* var sammensat af a) de sygeplejersker, der var frikøbt til at gennemføre projektet, b) overlæger og/eller ledere fra deres afdeling, c) koordinatorenes daglige kommunale samarbejdspartner og d) relevante kommunale ledere, samt e) evt. repræsentanter fra almen praksis.

3.3.2 Læring fra projektets opstart: Revision af programteori for at få et øget fokus på opbygning af relationer og fælles viden

Opstartsfasen gjorde det klart for DSI's konsulent, at det lokale kronikersamarbejde på de fleste områder var et godt stykke fra at leve op til forløbsprogrammernes 'best practice' beskrivelser for kommunikation, koordination og samarbejde om sårbare patienter. En stor del af projektdeltagerne havde således et mangelfuldt kendskab til hinanden, de regionale forløbsprogrammer og helheden i de patientforløb, de skulle samarbejde om i projektet. Endelig var der enkelte samarbejdsrelationer, som var fastlåste på grund af uenigheder omkring økonomi og faglig mistillid mellem projekternes parter.

På den baggrund valgte DSI's konsulent at introducere et nyt indsatsområde, som fokuserede eksplicit på opbygning af relationer og fælles viden blandt projektdeltagerne. Indsatsområdet blev sat på dagordenen på rammeprojektets første fælles temadag.

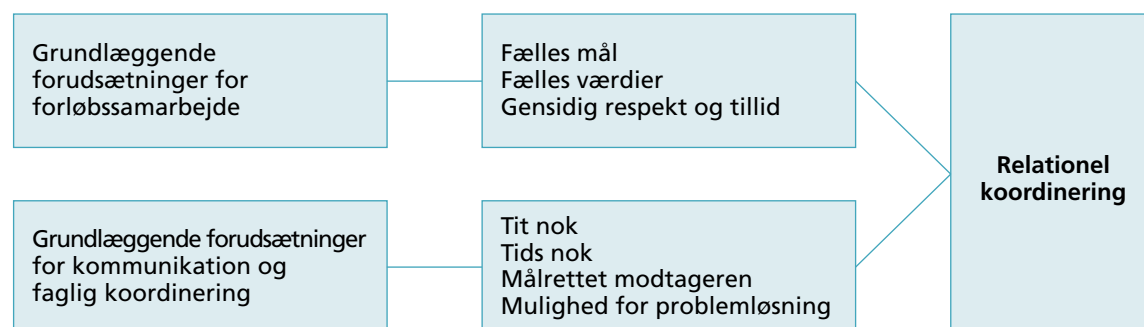
Indsatsområdet var inspireret af den amerikanske organisationsforsker Jody Hoffer Gittells forskning i relationel koordinering (40) og fra to danske undersøgelser (22, 41), der giver indsigt i forhold, som øger patienters oplevelse af sammenhæng og trygge overgange.

Jody Gittells forskning tager udgangspunkt i, at flere og flere af sundhedsvæsenets opgaver kræver et integreret samarbejde på tværs af fagligheder og organisatoriske grænser, hvilket øger vigtigheden af, at der er gode menneskelige relationer, fælles viden og ansvarsfølelse for det forløb, de sundhedsfaglige er en del af. Med dette udgangspunkt har Gittel gennemført evidensbaseret forskning, som påviser en positiv sammenhæng mellem graden af relationel koordinering, øget behandlingskvalitet, kortere indlæggelsestid, øget medarbejdertilfredshed og øget patienttilfredshed.

Kernen i velfungerende relationel koordinering er på den ene side, at de sundhedsfaglige, som samarbejder om et givent forløb, har fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens indsats. På den anden side er det også vigtigt, at der er systematiske rammer og rutiner, som sikrer, at den skriftlige kommunikation om patientforløbet er korrekt timet og målrettet modtagerens behov. Endelig skal medarbejderne have mulighed for dialog, når der er behov for kompleks problemløsning i patientforløb, ligesom nøglemedarbejdere og ledere skal have mulighed for at drøfte og løse organisatoriske problemstillinger.

En vigtig pointe er derfor, at relationel koordinering ikke handler om at etablere uformelle og personbaserede relationer som basis for koordination og kontinuitet. En sådan relationel koordinering er nemlig både tilfældig og sårbar over for personudskiftning. Disse pointer matchede rammeprojektets ambition om at forbedre den faglige koordinering, samtidig med at de introducerede en ramme, som kunne bruges til at opbygge fælles mål, viden og gensidig respekt på tværs af projektdeltagerne som angivet i nedenstående figur:

Figur 6: Målsætninger for udvikling af kapacitet til relationel koordinering



I rammeprojektet blev arbejdet med relationel koordinering operationaliseret under overskriften 'den sundhedsfaglige familie'. Samtidig blev modellen koblet til konkrete erfaringer fra to DSI-projekter, der har undersøgt patienternes perspektiver på sammenhængende forløb og trygge overgange.

Det drejer sig for det første om en antropologisk undersøgelse af, hvordan patienter med kronisk sygdom oplever og håndterer mødet med sundhedsvæsenet (41). En af undersøgelsens centrale konklusioner var, at patienterne var sensitive over for, om de fagpersoner, de møder, kender hinanden og har et godt samarbejde. Patienterne fortalte således, at det havde stor betydning for deres oplevelse af sammenhæng og tryghed, når de oplevede, at ambulatoriets og kommunens personale kendte hinanden og omtalte hinanden respektfuldt.

Undersøgelsen viste desuden, at de gode relationer bl.a. hang sammen med fagpersonernes deltagelse i konceptet 'fælles skolebænk'¹⁴. Her havde fagpersonerne ud over faglig opkvalificerin opnået et kendskab og en gensidig respekt for hinanden, som smittede af på patienterne og mindskede utrygheden i de potentielt usikre overgange mellem ambulatorium og primær sektor.

For det andet introducerede DSI's konsulent indsigter fra en antropologisk undersøgelse, der fokuserer på de faktorer, som patienter forbinder med sammenhængende behandlingsforløb og trygge overleveringer (22). Undersøgelsen konkluderer bl.a., at viden om, hvor patienten skal hen, hvornår det skal ske, og hvad der skal ske, spillede en helt afgørende rolle for oplevelsen af sammenhæng. På samme måde spillede personkontinuitet i mødet mellem patient og sundhedsfagligt personale en afgørende rolle for oplevelsen af sammenhæng – ikke mindst, hvis der var nogen, som sørgede for at tale om/forklare oplevede fejl og brister i planlægningen.

Derfor blev der i hele projektforløbet arbejdet med en eksplícit målsætning om, at projekterne skulle give relevante fagpersoner mulighed for – og interesse i – at tage et bredere ansvar for det forløb, de er en del af. Dels i forhold til patienterne, hvor fagpersonerne skulle være gode til at informere om de næste fagpersoner, som patienten skulle møde; hvad der skulle ske, samt hvad indholdet af deres tilbud bestod i. Dels i forhold til at alle involverede fagpersoner gjorde sig umage for at videregende skriftlig information, som var målrettet modtagerens behov.

3.4 Evaluering af rammeprojektets programteori og gennemførelse

De nedenstående afsnit præsenterer og kommenterer først projektdeltagernes afsluttende evaluering af deltagelsen i rammeprojektet om forløbskoordination. Bagefter følger en gennemgang og vurdering af erfaringerne fra arbejdet med de fire hovedelementer, der var indeholdt i rammeprojektets programteori. Afsnittene er baseret på DSI's dialog med projektdeltagerne, tilbagemeldinger fra interview, deltagerevalueringer fra projektets tre temadage og et spørgeskema, hvor deltagerne afslutningsvis har evalueret rammeprojektets organisation på en række parametre¹⁵.

3.4.1 Deltagernes overordnede evaluering af rammeprojektets gennemførelse

På rammeprojektets tredje og sidste temadag blev der udleveret et evalueringsskema, hvor deltagerne bl.a. fik mulighed for at vurdere nedenstående forhold med udgangspunkt i en skala fra 1-5, hvor 1 er bedst og 5 dårligst.

Tabel 2: Deltagernes evaluering af deltagelsen i rammeprojektet om forløbskoordination¹⁶

	Overordnet tilfredshed med deltagelse	Vigtighed af tværsektorielle projektgrupper med deltagelse af ledere	Vigtighed af ekstern bistand	Udbytte af fælles temadage	Udbytte af lokale udviklingsdage
12 medarbejdere	1,7	1,5	2,0	2,3	1,5
10 ledere	1,7	1,3	1,8	2,0	1,4
Samlet evaluering	1,7	1,4	1,9	2,1	1,5

14 Fælles skolebænk er et undervisningskoncept, der samler personale fra primær og sekundær sektor til fælles undervisning og erfaringsudveksling inden for et relevant fagligt område, fx indføring i et forløbsprogram og opgaver og samarbejde i kronikerbehandlingen. Konceptet udbredes i øjeblikket i flere regioner ved hjælp af midler fra 'kronikerpuljen'. Se fx: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/37CE285E-09B2-421A-9E9B-A27325543242/0/Pjece.pdf>.

15 Evalueringsskemaet er vedlagt som bilag 3.

16 Der er indkommet svar fra 22 af de 27 projektdeltagere, der har deltaget i hele eller næsten hele projektforløbet.

Deltagerne er overordnet tilfredse med deltagelsen

Som det fremgår af tabel 2, er projektdeltagerne gennemgående tilfredse i forhold til de elementer, de er blevet bedt om at forholde sig til i den afsluttende evaluering. Medarbejdernes og ledernes overordnede tilfredshed med deltagelsen i rammeprojektet er således vurderet til 1,7, mens vigtigheden af projekternes tværsektorielle forankring og involveringen af relevante ledere er vurderet til 1,3. Vigtigheden af disse forhold illustreres også af de valgfri kommentarer (jf. tekstboks 1), som er brugt til at fremhæve vigtigheden af den tværsektorielle forankring.

De lokale udviklingsdage har givet et større udbytte end de fælles temadage

Det fremgår også af Tabel 2, at udbyttet af projektets fælles temadage (vurderet til 2,1) er lavere end udbyttet af de lokale

udviklingsdage, som er afholdt for de individuelle projektgrupper (vurderet til 1,5). Deltagernes kommentarer fra spørgeskemaets åbne kategorier (jf. tekstboks 1) indikerer, at det mindre udbytte fra de fælles temadage formentlig skyldes, at delprojekternes forskellighed har gjort det svært at relatere sig direkte til hinandens erfaringer. I evt. fremtidige udviklingsprojekter kan det således være en idé at tage dette forhold i betragtning.

Små forskelle imellem ledere og medarbejderes vurderinger

Det fremgår af deltagernes evaluering, at der kun er mindre forskelle mellem ledernes og medarbejdernes evalueringer af rammeprojektet. Dette indikerer, at det er lykkedes at finde en arbejdsform, hvor begge grupper oplever et gensidigt udbytte af den fælles deltagelse i projektarbejdet.

Tekstboks 1: Kommentarer fra evalueringsskemaets åbne kategorier

Kommentarer vedrørende de bredt sammensatte projektgrupper

Opgaven med forløbskoordination kan kun løses i fællesskab. Det er godt at vi har fået bedre indblik i hinandens verdener og mulighed for inspiration og sparring etc.

Kommunal leder

Absolut vigtigt at alle sektorer er repræsenteret i et projekt som det her. Vores egne tværsektorielle møder har været meget udbytterige.

Sygehusansat koordinator

Helt afgørende at vores egen projektgruppe er tværfagligt og tværsektorielt sammensat.

Kommunal medarbejder

Kommentarer vedrørende den eksterne bistand

Stor ros til DSI og Region Syddanmark for deres kompetente bistand.

Kommunal leder

Der har været rigtig god støtte fra DSI som har været på besøg og gennemført interview etc., som er brugt til at vende rigtig mange problemstillinger. Region Syddanmark er mere set som overordnet organisator for rammerne af projektet.

Sygehusansat koordinator

I har været meget inspirerende og gode til at forholde jer til de forskellige praksisser.

Kommunal medarbejder

Kommentarer vedrørende de fælles temadage på tværs af projektgrupper

Fokus i de forskellige projekter har været meget forskelligt. (kombineret med en score på 3 i spørgsmålet om udbyttet af de afholdte temadage).

Sygehusansat koordinator

Emnerne på de forskellige temadage har været meget spændende, men det har været svært at sammenligne de forskellige projekter.

Kommunal medarbejder

Der går naturligvis lidt tid til spilde når man skal sætte sig ind i tre andre projekter, men det kan man også lære af.

Kommunal medarbejder

3.4.2 Erfaringer med at etablere tværsektorielle og gensidigt forpligtende projektgrupper

Den overordnede erfaring fra projektets opstartsfasen var (jf. afsnit 3.3.1), at det var væsentligt mere ressourcekrævende og vanskeligt at etablere de tværsektorielle projektgrupper end først antaget. Samtidig har det været en gennemgående tilbagemelding fra projektdeltagerne, at det tværsektorielle udviklingssamarbejde særligt i opstarten har været tungt sammenlignet med 'normale' udviklingsopgaver, som udføres internt i deltagerens egne organisationer¹⁷.

Ovenstående forhold afspejlede sig også i, at DSI's konsulent og medarbejderne fra Region Syddanmark spillede en væsentligt mere aktiv rolle i opstartsfasen end i de efterfølgende faser, hvor deltagerne var i gang med deres udviklingsarbejde. Til gengæld er udviklingsfaserne (fra den officielle projektstart i september 2010 til udgangen af 2011) forløbet relativt uproblematisk. Alle planlagte aktiviteter og milepæle er således nået uden væsentlige afvigelser fra rammeprojektets proces- og tidsplaner.

Ved afslutningen af projektet var projektdeltagerne og de interviewede nøglepersoner overbeviste om, at investeringen i tværsektorielle projektgrupper og forventningsafstemning var givet godt ud. I henhold til forventningerne fra programteorien vurderede deltagerne således, at projekternes tværsektorielle forankring havde bidraget til at:

- Skabe relativt robuste netværk af fagpersoner og ledere, som på forskellig vis har et forløbsorienteret samarbejde på tværs af sektorer.
- Der i de enkelte delprojekter er udviklet en række konkrete redskaber og nye praksis for kommunikation og vidensdeling, som understøtter ønsket om tværsektoriel faglig sammenhæng i patientforløb.

3.4.3 Erfaringer med at involvere relevante ledere i projektgruppens arbejde

I de to hjerteprojekter var det uproblematisk at finde frem til de ledere og medarbejdere, der skulle involveres i projektet, fordi forløbskoordinatorernes opgaver og samarbejdsrelationer i udgangspunktet var veldefinerede. I udviklingsprojekterne i Fredericia og Odense tog det til gengæld noget tid at finde frem til de relevante ledere og medarbejdere, fordi der var usikkerhed om, hvilke kommunale opgaver og samarbejdsrelationer der skulle adresseres af de sygehusansatte forløbskoordinatorer. Da de relevante ledere og medarbejdere var identificeret, var det dog i alle projekter uproblematisk at involvere dem i projektgruppens arbejde.

Selvom de involverede ledere alle steder har deltaget i næsten alle projektmøder og temadage, er det klart, at deres tid udgør en begrænset ressource. Derfor har projekterne typisk haft en arbejdsdeling, hvor de mere arbejdsintensive udviklingsopgaver har været uddelegeret til medarbejderne,

mens lederne har haft ansvar for at repræsentere projekterne i de lokale samordningsfora, det politiske system og topledelsen i deres respektive organisationer. Den samlede empiri fra projektet giver indtryk af, at denne arbejdsdeling har fungeret godt, og at de indlagte projektgruppemøder sammen med de øvrige udviklingsaktiviteter har givet en god synergi i samarbejdet mellem projekternes medarbejdere og ledere.

Både projektdeltagerne tilbagemeldinger og DSI's indtryk indikerer, at ledernes mødedeltagelse og engagement i udviklingsopgaverne har været stort i alle projektgrupper. Og selvom processerne nogle gange har trukket ud (fx når lederne skulle afstemme udviklingen i delprojekterne med det lokale samordningsfora), har projektgrupperne været beslutningsdygtige. Endelig oplevede de projektansatte forløbskoordinatorer konsekvent, at der var en god ledelsesopbakning til deres funktion og opgaver.

Rammeprojektet har således illustreret, at det kan lade sig gøre at etablere effektive projektsamarbejder, som sammenkobler ønsket om patientrettet forløbskoordination med behovet for forløbsudvikling, der er forankret i en tværsektoriel ledelse.

3.4.4 Erfaringer fra deltagerne forpligtende deltagelse i fastlagte udviklingsaktiviteter

Der var indlagt et relativt stort antal faste udviklings- og dokumentationsaktiviteter, som deltagerne var forpligtet til at deltage i som led i rammeprojektet. Samtidig var deltagerne forpligtet til at være i løbende dialog med DSI omkring fremdriften i deres projekter. Disse hovedelementer fra programteorien har haft et dobbelt formål: Først og fremmest skulle elementerne lægge grunden til det vidensgrundlag, der er endemålet med rammeprojektet, men det var også en målsætning, at de skulle skabe en selvstændig værdi for de deltagende projekter.

Målsætningen om at dokumentere udviklingsarbejdet og derved indfri rammeprojektets succeskriterier er nået uproblematisk, fordi alle projektdeltagere og nøglepersoner har opfyldt alle deres forpligtelser i forbindelse med projektdeltagelsen.

Evalueringsinterviewene med nøglepersoner fra og omkring projekterne bekræftede deltagerevalueringen. På den ene side fremhævede mange informanter, at den styrede tilgang til udviklingsarbejdet og sammenblandingen af medarbejdere og ledere havde været en udfordring, fordi det var så anderledes fra, hvordan deltagerne normalt laver projekter. På den anden side er disse forhold gennemgående nævnt som en kilde til, at udviklingsarbejdet er gået godt.

3.5 Opsamling og delkonklusion

Som det fremgår af de foregående afsnit, har rammeprojektets programteori indfriet forventningerne vedrørende en projektorganisation, der inkluderer relevante ledere og med-

17 Dette svarer til erfaringerne fra projektet 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt' (44).

arbejdere på tværs af sektorer. Projektdeltagerne oplever således, at dette element har været det mest afgørende for de opnåede resultater.

En medvirkende årsag til, at programteoriens hovedelementer har været relevante, er, at projekterne er gennemført i en situation, hvor forløbsprogrammerne endnu hverken er forpligtende eller implementeret. Hvis forløbsprogrammernes anbefalinger fremadrettet bliver forpligtende og understøttet af konkrete forløb og velfungerende kommunikations- og koordinationsredskaber, må det formodes, at opgaven med at introducere forløbskoordination bliver lettere.

De elementer, der kan sættes på fremadrettet, er a) ekstern bistand til indledende forventningsafstemning, b) sikre en organisering, der binder forløbsudvikling, koordination og en lokal forløbsledelse sammen, således at implementeringsansvaret for forløbsprogrammerne operationaliseres i daglig praksis.

4 Forløbskoordination for svært syge KOL-patienter der er indlagt på Odense Universitetshospital¹⁸

Det første af rammeprojektets fire delprojekter omhandler forløbskoordination for svært syge KOL-patienter, der udskrives fra Lungemedicinsk sengeafdeling. I dette kapitel beskrives a) baggrund og formål, b) indsatsområderne, c) resultater og erfaringer, og d) projektgruppens fremadrettede planer for indsatsen.

4.1 Projektets baggrund og formål

KOL-projektet var forankret på Lungemedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital (Afdeling J). I udgangspunktet ønskede afdeling J's sygeplejefaglige ledelse at etablere et målrettet tværsektorielt rehabiliterings- og udskrivningssamarbejde for svært syge KOL-patienter. Forløbskoordination, som er målrettet svage patienter, fremstod i den forbindelse som en vigtig indsats, da størstedelen af afdelingens KOL-patienter både lider af svær-meget svær KOL og har få ressourcer til at håndtere sygdommen på en adækvat måde.

Afdelingen søgte til at starte med om midler til at videreføre et eksisterende projekt, hvor en fysioterapeut leverede rehabilitering til indlagte KOL-patienter. Udover den fortsatte rehabiliteringsindsats skulle fysioterapeuten dels hjælpe med at styrke hele afdelingens arbejde med rehabilitering, dels etablere et formelt samarbejde om rehabilitering og patientuddannelse med Odense Kommune (42). Endemålet var derfor at etablere en samlet patientuddannelse og rehabilitering af KOL-patienter, som lever op til de anbefalinger, der er opstillet i forløbsprogrammet for KOL (31).

Da de tildelte midler var fordelt internt i Region Syddanmark, stod det dog klart, at der kun var omkring 40 % af de ansøgte midler til projektet. Samtidig vurderede Regionens projektansvarlige, at midlerne til at drive selve rehabiliteringsindsatsen var en opgave, som faldt udenfor den ramme, der var defineret i Region Syddanmarks rammeprojekt om forløbskoordination.

Derfor blev der udarbejdet en revideret projektbeskrivelse som – udover at være tilpasset økonomisk – i højere grad fokuserede på at undersøge og styrke patienternes overgang mellem sengeafdeling og primærsektor. Ældre- og sundhedsområdet i Odense Kommune og almen praksis blev derfor udset til at være centrale samarbejdspartnere i projektet. Samtidig lukkede afdelingens rehabiliteringsprojekt, og ansvaret for afdelingens rehabilitering overgik til den centrale genoptræningsenhed på Odense Universitetshospital¹⁹.

Afdeling J's ledelse havde fra starten et ønske om, at projektets indsatser i så lille grad som muligt skulle være personbårne. Dels fordi resultaterne gerne skulle være så robuste, at de ikke forsvandt sammen med projektansættelsen, og dels fordi det ville være svært for én person at overskue de mange komplekse KOL-forløb, som Afdeling J er involveret i hvert år. Det endelige projekt blev derfor defineret som et udviklingsprojekt, der skulle medvirke til, at der blev:

- Etableret en mere målrettet kommunikation mellem Afdeling J, almen praksis og Odense Kommune, så almen praksis og hjemmesygepleje får et bedre udgangspunkt for at følge op på de KOL-patienter, der indlægges eller går i ambulant behandling på Afdeling J.
- Etableret et netværk af nøglepersoner på tværs af hospital og kommune, som kender hinanden, hinandens opgaver og arbejdsvilkår og – via fælles kompetenceudveksling og klinisk kompetenceudvikling – har en fælles viden om KOL, der kan komme patienten til gode i det daglige arbejde.
- I den daglige pleje indarbejdes et øget fokus på rehabilitering og aktiverende pleje på tværs af Afdeling J og Odense Kommune.

4.2 Projektets organisation og indsatsområder²⁰

For at etablere en projektorganisation, som understøttede projektejerens ambitioner om et tværsektorielt samarbejde, blev der ved projektopstart afholdt to halve udviklingsdage med nøglepersoner fra Odense Kommune. Ved møderne deltog repræsentanter for ældreplejen, patientuddannelsesområdet og hjemmesygeplejen i Odense Kommune²¹.

Udviklingsmøderne gjorde det først og fremmest klart for projektejer, at sundheds- og ældreområdet i Odense Kommune er en stor og kompleks organisation med mange forskellige enheder. Den vigtigste erkendelse fra møderne var derfor et behov for at afgrænse projektet til et realistisk niveau, hvor en hospitalsansat projektleder ville være i stand til at skabe udvikling med et overskueligt antal samarbejdspartnere. I den forbindelse fremstod hjemmesygeplejen – der har en række nøglefunktioner for svært syge KOL-patienter – som den mest oplagte projektpartner. Kriterierne for at prioritere samarbejdet med hjemmesygeplejen var, at:

18 Ved ønske om yderligere information om projektet i Odense er der mulighed for at kontakte Anette Agerholm, som er afdelingssygeplejerske på Lungemedicinsk Afdeling J: Anette.Agerholm@ouh.regionsyddanmark.dk, eller ambulatoriesygeplejerske Else Birgit Larsen, som var projektsygeplejerske: Else.Birgit.Larsen@ouh.regionsyddanmark.dk.

19 Rehabiliteringsindsatsen er i 2011 genåbnet i samarbejde mellem Odense Universitetshospitals nye centrale rehabiliteringsafdeling og Lungemedicinsk Afdeling.

20 Afsnittet er udarbejdet på baggrund af DSI's første interview med projektgruppen i oktober 2010, løbende dialog med projektsygeplejersken og DSI's deltagelse i udvalgte projektmøder.

21 Almen praksis blev i første omgang fravalgt, fordi det blev vurderet, at projektet var for lille til at kunne bære involvering af de praktiserende læger i opstarten. Afdeling J's praksiskonsulent blev dog tilknyttet projektets følgegruppe som rådgiver om, hvor og hvornår projektets resultater kan komme almen praksis til gode.

- Hjemmesygeplejen var i gang med at etablere et netværk af KOL-ansvarlige sygeplejersker på tværs af kommunens fem plejedistrikter. Hjemmesygeplejens leder så derfor projektet som en løftestang for en ønsket kompetenceudvikling, der havde svært ved at komme fra start.
- Hjemmesygeplejen har en platform, der i et vist omfang gør det muligt at levere daglig supervision og praktisk oplæring i hverdagen med KOL til hjemmeplejens basispersonale.
- Hjemmesygeplejens fem KOL-sygeplejersker udgjorde en overskuelig personkreds, som det var muligt at tilknytte projektet.
- Det var hjemmesygeplejersker, der underviste på de kommunale tilbud om patientuddannelse.
- Hjemmesygeplejen havde mulighed for at følge individuelt på udskrivelser fra Odense Universitetshospital, ligesom sygeplejen havde et særligt ansvar for at koordinere plejen for sårbare borgere.

Valget af hjemmesygeplejen som primær projektpartner indebar også, at projektet blev afgrænset fra hjemmeplejen og det kommunale trænings- og forebyggelsesområde. Fravalget af hjemmeplejen skyldtes for det første, at den var for stor (mere end 1.500 udekørende medarbejdere) til, at det var muligt at lave

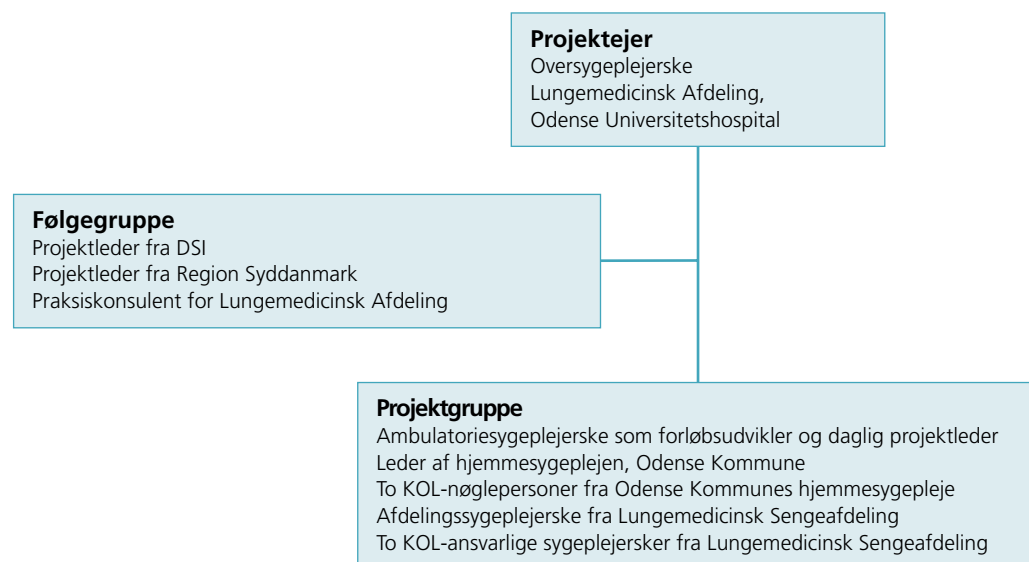
meningsfuld kompetenceudvikling inden for projektets rammer. For det andet blev det vurderet, at det er en særlig udfordring at omsætte sygehuspersonalets specialistviden til konkret viden, som basispersonalet kan bruge i en hverdag, hvor KOL ikke fylder ret meget.

Trænings- og forebyggelsesområdet blev fravalgt, fordi de svært syge KOL-patienter, som Afdeling J er i kontakt med, falder uden for de kommunale målgrupper (let-moderat KOL), som er beskrevet i forløbsprogrammet. Samtidig blev det vurderet, at de forløbsplaner og genoptræningsplaner, som er beskrevet i SAM:BO²²-aftalerne, fungerer relativt godt for de patienter, der har nytte af de kommunale træningstilbud.

Da disse beslutninger var truffet, blev nedenstående projektorganisation etableret, og en erfaren ambulatoriesygeplejerske fra Afdeling J blev frikøbt til at være daglig projektleder.

Der blev således etableret en projektgruppe, hvor der kun var en person ansat til at konkretisere projektet, mens resten af projektgruppens medlemmer indgik som sparringspersoner og arbejdskraft i de underarbejdsgrupper, som skulle nedsættes, i takt med at projektet blev konkret. De ansvarlige ledere blev med vilje placeret i projektgruppen – frem for en styregruppe – for at sikre en tæt involvering af ledelsen og en beslutningsdygtig projektorganisation.

Figur 7: KOL-projektets projektorganisation



22 SAM:BO er en forkortelse for 'Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark. Aftalen beskriver de krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation, der er gældende ved bl.a. udskrivelse. Aftalen er specifik i forhold til varslingsfrister og lignende, og den er it-understøttet, så der er etableret elektronisk kommunikation imellem de relevante parter i indlæggelses- og udskrivningssamarbejdet. Yderligere information om SAM:BO kan findes på: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm258038>

4.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2010

Ved projektstart (september 2010) manglede alle involverede parter²³ i projektet et overblik over de eksisterende KOL-indsatser og de muligheder, der er for at forbedre indsatser og samarbejde omkring de mest syge KOL-patienter. Projektsygeplejersken brugte derfor de første måneder af ansættelsen på at kortlægge og analysere den eksisterende indsats via studiebesøg, møder og sparring med centrale samarbejdspartnere²⁴.

I starten af december 2010 gennemførte DSI de første interview med projektsygeplejersken og KOL-nøglepersonerne fra hjemmesygeplejen. Interviewene viste, at kortlægningen var en ny og relativt udfordrende opgave for projektsygeplejersken. Dels stillede det opsøgende arbejde – og den store mængde viden og aktører, hun skulle forholde sig til – helt andre krav end de vante opgaver i ambulatoriet, dels havde sygeplejersken svært ved at få den ønskede dialog med de potentielle samarbejdspartnere, der indgik i kortlægningen. Projektsygeplejersken vurderede selv, at udfordringerne bl.a. bundede i, at:



Der er lige blevet skåret seks stillinger oppe på sengeafdelingen, og alle har meget travlt både på afdelingen og i hjemmesygeplejen. Kan jeg så være bekendt at komme og kræve deres tid? Det er mig, der har fået pengene og tiden – derfor er det svært at kræve, at de stiller op.

Samt at:



Jeg kan også mærke, at der er noget distance, når jeg for eksempel kommer op på sengeafdelingen – til nogen erfarne piger, der har været der i mange år. Måske er der et element af, at de er irriterede over, at jeg kommer og skal til at pille i det, de laver. Selvom afdelingssygeplejersken bakker op om projektet og forsøger at formidle det, er det jo mest mig, der står alene med det oppe på afdelingen.

Sygeplejersken var altså tidligt i projektet opmærksom på, at der var nogle udfordringer forbundet med hendes rolle som forandringsagent over for sengeafdelingen og hjemmesygeplejen. Kortlægningen var dog gennemført, og særligt studie-

besøgene på sengeafdelingen og hos hjemmesygeplejen havde givet en god viden om det eksisterende samarbejde om KOL-behandling og personalets tilgang til rehabilitering. Resultaterne blev præsenteret på et projektgruppemøde i december 2010 og indikerede at:

- Pleje og behandling under sygehusindlæggelsen primært blev udført ud fra et dag-til-dag perspektiv med fokus på at stabilisere patientens akutte sygdom. Derfor blev der ikke arbejdet med at afdække patienternes evne til at håndtere KOL i hverdagen eller tænke rehabilitering ind i plejen under patientens indlæggelse. Der var således et begrænset fokus på at indsamle og formidle viden til hjemmesygepleje og almen praksis for at øge patienternes tryghed og oplevelse af en glidende overlevering til primærsektoren.
- Sygehuset udarbejdede forløbsplaner og koordinerede udskrivninger med hjemmeplejen i Odense Kommune. Kontakten mellem hospital og hjemmesygepleje gik derfor primært via hjemmeplejen, og de forhold, der blev formidlet, havde først og fremmest praktisk karakter, fx bestilling af hjælpemidler, boligændringer, madlevering, bestilling af sygepleje mm. De hjemmesygeplejersker, der var tilknyttet projektet, oplevede derfor tit at være 'på bar bund' i deres første møde med svært syge KOL-patienter. Derfor efterspurgte de en mere målrettet kommunikation omkring patientens psykosociale status samt mulighed for at udføre en mere systematisk opfølgning, når patienterne udskrives.
- Det var oftest først, når svært syge KOL-patienter kom i Afdeling J's ambulatorium, at der er nogen, der systematisk arbejdede med at lære dem at kende tegnene på, hvornår de skal søge læge, fordi der er en forværring af sygdommen på vej.
- Journalsystemet COSMIC indeholdt en mulighed for at bruge korrespondancemeddelelser til at kommunikere patientens sygeplejestatus og rehabiliteringspotentiale direkte til hjemmesygeplejen og almen praksis ved udskrivelse. I praksis var denne mulighed dog ikke åbnet, da al kommunikation gik til kommunens visitationsafdeling, og der ikke var nogen tradition for at sende sygeplejenotater til egen læge.
- Plejepersonalet på Afdeling J oplevede, at der var stor travlhed og en vis frustration over de mange genindlæggelser af KOL-patienter. Projektsygeplejersken oplevede også, at personalet på afdelingen var forbeholdne over, at hun – som ambulatoriesygeplejerske – skulle til at blande sig i arbejdet på afdelingen.

23 Inklusiv projektsygeplejersken, der havde 25 års lungemedicinsk erfaring, men inden projektansættelsen primært arbejdede med lungekræftpatienter og derfor med egne ord "... startede helt på bar bund", når det kom til at organisere projektet og skabe overblik over KOL behandlingen.

24 Projektsygeplejersken besøgte bl.a. hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, den kommunale visitationsenhed, personalet på Afdeling J's sengeafdeling, ambulatoriets iltsygeplejerske, sygeplejen i hospitalets akutte modtageafdeling, projektmedarbejderne i Odense Universitetshospitals TELEKOL-projekt (for yderligere information om TELKOL se: <http://www.ouh.dk/wm333503>) samt praktiserende læger og deres praksissygeplejersker.

- Enkelte almene praksisser var godt med og arbejdede med opsporing og opfølgning af KOL-patienterne i henhold til gældende faglige anbefalinger. Indsatsen i almen praksis var dog meget heterogen, og de praktiserende læger var spredt på mange forskellige matrikler.
- Hospitalet havde et syv ugers specialiseret KOL-rehabiliteringsforløb målrettet patienter med svær KOL. Forløbet indeholder både undervisning og træning, og henvisningen sker via Afdeling J's ambulatorium, sengeafdelingen eller de sygeplejersker, der bemande TELEKOL-projektet²⁵. Det skyldes, at patienterne skal være medicineret rigtigt og være i en stabil sygdomsperiode for at kunne få udbytte af rehabiliteringen. Da der er ventetid på at blive set i ambulatoriet, er vejen til specialiseret KOL-rehabilitering derfor forholdsvis lang, hvis almen praksis henviser patienter til sygehusets rehabiliteringsforløb. Samtidig er der et stort frafald ved holdstart, fordi de svært syge patienter ofte har forværringer i tilstanden, når holdet starter.
- Mange KOL-patienter udskrives efter en kort indlæggelse direkte fra hospitalets akutte modtageafdeling (AMA)²⁶. Projektsygeplejersken var på studiebesøg i AMA. Disse besøg gav indtryk af, at KOL-patienterne ikke fyldte ret meget i personalets daglige arbejde, samt at AMA's patientrettede indsats – der primært fokuserede på at afhjælpe akutte problemstillinger – var meget kortvarig. Da der samtidig ikke var nogen ledelse på AMA, som havde ejerskab til forløbskoordinationsprojektet, vurderede projektgruppen i første omgang, at det var mest realistisk at afgrænse projektet fra AMA.

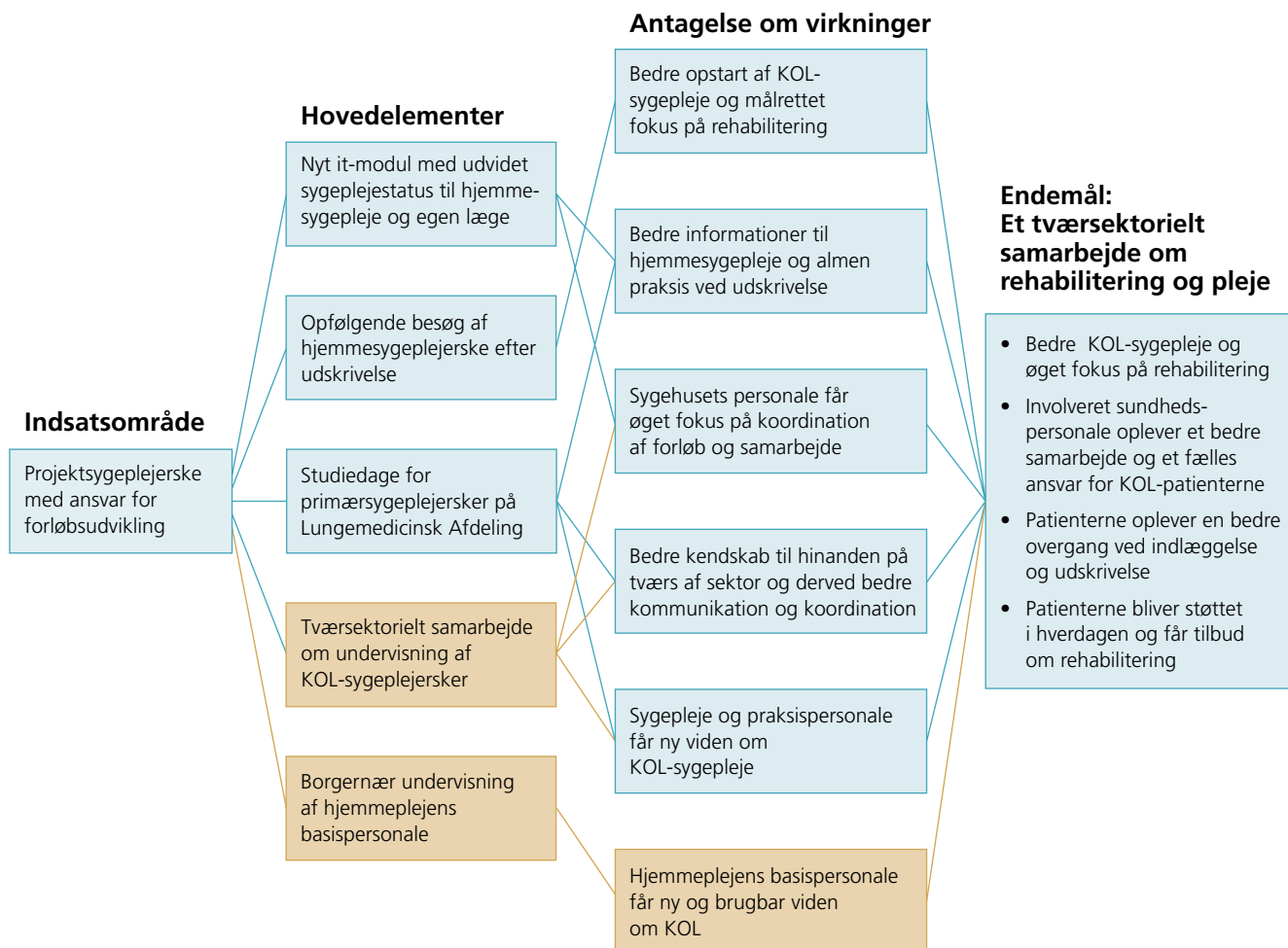
- Plejepersonalet i den kommunale hjemmesygepleje, Lungemedicinsk Afdeling og de almene praksis, som indgik i kortlægningen, havde en meget begrænset viden om hinanden. Og de frontlinjemedarbejdere, der indgik i kortlægningen, havde ikke en bevidsthed om, at de var en del af et fælles forløb.
- De svageste KOL-patienter er stigmatiserede, og der er tale om et område, der behandlingsmæssigt har lav status. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at det er vanskeligt at tiltrække og fastholde personale med særlig interesse for og ekspertise i KOL, samt at der blandt personalet kan være en lidt opgivende holdning overfor KOL. Samtidig var en stor del af sygeplejerskerne på sengeafdelingen relativt nye i faget, hvorfor de kan have svært ved at overskue de mange samarbejdspartnere, der er involveret i komplekse KOL-forløb.

Kortlægningen og projektgruppens efterfølgende diskussioner ledte til en beslutning om at igangsætte de udviklingsaktiviteter, som er gengivet i figur 8. Figuren er udarbejdet med inspiration fra virkningsevaluering og beskriver de indsatser, forventede årsagssammenhænge og forventede virkninger, der er arbejdet med i KOL-projektet. Indsatsteorien begrundes i de følgende afsnit.

25 TELEKOL-projektet er et forskningsprojekt, som afprøver, om KOL-patienter kan være indlagt i eget hjem, mens de følges via telemedicinsk udstyr. Projektet danner grundlag for en ph.d. afhandling. Derfor har projektet fortrinsret til at inkludere egnede patienter, og de inkluderede patienter må ikke indgå i andre former for projekter eller særlige indsatser i en periode på 12 måneder.

26 En AMA er en fælles medicinsk akutmodtagelse, hvor patienterne udredes for at finde ud af, om de er indlæggelseskrævende, og hvilken specialeafdeling de i så fald skal behandles på. Udredningen skal ske inden for 48 timer, men den gennemsnitlige indlæggelse på AMA varer under 24 timer, og mere end halvdelen af de indlagte patienter udskrives direkte fra AMA.

Figur 8: Programteorien for projekt forløbskoordination KOL. Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital



Nyt it-modul til sygeplejefaglig korrespondance: KOL-forløbsprogrammet indeholder en anbefaling om, at der – for sårbare KOL-patienter – indføres en udvidet sygeplejefaglig korrespondance mellem sygehusets specialafdelinger og de modtagende parter i kommune og almen praksis (31). Samtidig indikerede projektsygeplejerskens kortlægning, at de modtagende parter efterlyste målrettet viden om den enkelte patients plejemæssige behov.

På den baggrund besluttede projektgruppen at indføre en elektronisk kommunikation til hjemmesygepleje og almen praksis, som giver en udvidet status på patientens plejebestand, ernæringsstatus, viden om KOL samt patientens ønsker og muligheder for rehabilitering og sociale aktiviteter. Formålet var at afhjælpe de somatiske problemstillinger, angstspiral og den ensomhed, som præger mange svært syge KOL-patienters hverdag.

Projektsygeplejersken, en af de KOL-ansvarlige hjemmesygeplejersker, den ansvarlige KOL-sygeplejerske fra sengeafdelingen og to it-konsulenter (en fra Odense Universitetshospital og en fra Odense Kommune) fik ansvaret for at udvikle indhold og rammer for den elektroniske kommunikation. Gruppens opgaver bestod i første omgang i a) at få teknikken til at fungere, b) at udvikle fraser og instruktioner, som understøttede brugen af it-modulet, og c) at teste den elektroniske kommunikation i praksis. Når redskabet var klart, var det endvidere projektsygeplejerskens ansvar at introducere det for plejepersonalets på Afdeling J og i de fem kommunale hjemmesygeplejegrupper.

På Afdeling J var det meningen, at det nye korrespondancemodul skulle suppleres med nye rutiner, der skulle sikre a) at identificere og beskrive de patienter fra Odense Kommune, som var indlagt med KOL, og b) medvirke til at reha-

litering og mobilisering af patientens ressourcer i højere grad tænkes ind i plejen, mens patienten er indlagt. Initiativet skulle i første omgang køre i 14 uger, og der var en forventning om, at ca. 100 patienter ville blive inkluderet i perioden.

Projektsygeplejersken fik sammen med Afdeling J's KOL-ansvarlige sygeplejerske ansvaret for at udvikle og introducere de nye rutiner på sengeafdelingen, mens afdelingssygeplejersken fik det ledelsesmæssige ansvar for at bakke op om sygeplejerskernes rolle som forandringsagenter på afdelingen.

Opfølgende hjemmebesøg ved hjemmesygeplejen i Odense Kommune: Som supplement til afdelingens arbejde blev det aftalt, at hjemmesygeplejen skulle udføre et obligatorisk opfølgingsbesøg hos alle nyudskrevne KOL-patienter, som de fik en udvidet plejestatus på. Den udvidede opfølgning er også begrundet i forløbsprogrammets anbefalinger om en særlig indsats for sårbare patienter ved udskrivelse til eget hjem. Projektgruppens forventninger til besøgene var, dels at de skulle øge trygheden i overgangen til eget hjem og give sygeplejerskerne mulighed for at samle op på, om hjemkomsten var gået som forventet, samt de KOL-relaterede problemstillinger der var beskrevet fra sengeafdelingen, dels at sygeplejerskerne ville få mulighed for at opspore plejekrævende KOL-patienter, som havde et udækket behov for at få kontakt med hjemme(syge)plejen.

Studiedage på Lungemedicinsk Afdeling: Det tredje væsentlige initiativ, som blev besluttet, var at indføre en studieordning, som gav hjemmesygeplejerskerne mulighed for at gennemføre et todages introduktionsprogram på Lungemedicinsk Afdeling. Formålet med studiedagene var at øge hjemmesygeplejens faglige viden om KOL og give mulighed for fælles erfaringsudveksling på tværs af primær og sekundær sektor²⁷. Endvidere håbede projektgruppen, at studiebesøgene med tiden kunne føre til et bedre og mere uformelt samarbejde mellem de udskrivende og de modtagende sygeplejersker – i takt med at kendskabet og forståelsen for hinandens opgaver, kompetencer og arbejdsvilkår blev øget.

De to sidste indsatsområder, *tværsektorielt samarbejde om kompetenceudvikling og borgernær undervisning af basispersonalet i Odense Kommunes hjemmepleje* (fremhævet med lilla farve i figuren), blev først endeligt besluttet i sommeren 2011. Derfor gennemgås de først i afsnit 4.4.5.

4.4 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2011

De nedenstående afsnit sammenfatter indholdet af projektgruppens væsentligste udviklingsopgaver og de erfaringer, som projektgruppen gjorde i 2011. Afsnittet er udarbejdet på

baggrund af deltagerobservation af projektsygeplejersken (marts og september), interview med projektsygeplejersken og en kommunal KOL-sygeplejerske (maj), en fælles udviklingseftermiddag (juni) samt skriftligt materiale og DSI's løbende dialog med projektdeltagerne.

4.4.1 Hjemmesygeplejerskernes studiedage på Lungemedicinsk Afdeling

Allerede i efteråret 2010 var der udarbejdet et program for hjemmesygeplejens studiebesøg, som sikrede, at sygeplejerskerne kom hele vejen rundt på afdelingen, samtidig med at der var indlagt en lægesamtale og en samtale med den patientuddannelsesansvarlige ambulatorisygeplejerske. Dette program blev i januar meldt ud til alle medarbejdere i hjemmesygeplejen. På observationstidspunktet havde en sygeplejerske været på besøg på afdelingen, og 7 andre sygeplejersker havde meldt interesse for tilbuddet. Denne del af projektet kørte derfor som planlagt, og projektsygeplejersken så frem til at få de deltagende sygeplejerskers evalueringer, efterhånden som besøgene skred frem.

4.4.2 Nyt it-modul og pilotafprøvning af forløbskoordination for indlagte KOL-patienter

Igangsatte aktiviteter

It-kommunikationen og arbejdet med at opspore og beskrive svært syge KOL-patienter var igangsat som planlagt. Det betød, at:

- De nødvendige korrespondancemeddelelser og adgangsveje for it-kommunikationen var udviklet i samarbejde og afprøvet i praksis. Kommunikationen var baseret på et udvidet korrespondancebrev, der via Odense Universitetshospitals journalsystem COSMIC sendes direkte til hvert enkelt sygeplejedistrikt og patientens praktiserende læge ved udskrivelse.
- Der var udviklet vejledninger og fraser, som skulle hjælpe Afdeling J's sygeplejersker med at indsamle og videreformidle oplysninger om kost, sygdomsforståelse, rehabiliteringspotentiale og psykosocial status til samarbejdspartnerne i primærsektoren. Fokusområderne for dataindsamlingen og indholdet af de enkelte fraser var endvidere afstemt med hjemmesygeplejens KOL-sygeplejersker, så oplysningerne både var afstemt gældende faglige anbefalinger og sygeplejerskernes arbejdsvilkår.
- Projektsygeplejersken havde præsenteret projektet og de nye opgaver på Afdeling J og i Odense Kommunes fem sygeplejedistrikter.
- Projektsygeplejersken var booket til at hjælpe hjemmesygeplejen med at gennemføre de første opfølgende

27 Programmet for studiedagen indeholder bl.a. en lægesamtale om KOL, instruktion i brug forskellige former for inhalationsmedicin, en halv arbejdsdag på sengeafdelingen sammen med en KOL-sygeplejerske, besøg i fysioterapien og samtale med den uddannelsesansvarlige KOL-sygeplejerske i ambulatoriet.

samtaler, dels for at kunne forklare fremgangsmåden og intentionerne i en konkret kontekst, og dels for at få en fornemmelse af, hvordan korrespondancen og det opfølgende besøg fungerede i praksis.

- Projektsygeplejersken fortalte, at hun selv kørte de første patienter igennem for at teste de nye arbejdsgange på afdelingen. Samtidig deltog hun i hjemmesygeplejens opfølgende samtaler. Indtrykkene fra disse aktiviteter var positive, og nu var fokus flyttet til at få sengeafdelingen plejepersonale til at gøre arbejdet.

Udfordringer

Som det fremgår, var mange ting lykkedes, og formelt set gik udviklingsarbejdet planmæssigt. I praksis oplevede projektsygeplejersken imidlertid, at der var store problemer med at opspore relevante patienter til pilotprojektet, og at det var vanskeligt at få de nye arbejdsgange på Afdeling J til at fungere.

Observationsdagene og samtalerne med projektsygeplejersken underbyggede dette, fordi de påviste en lang række praktiske forhold vedrørende opsporing, travlhed, manglende ejerskab til projektet på sengeafdelingen, organiseringen af projektsygeplejerskens arbejdstid og fejlvurdering af indlæggelsernes varighed, der stod i vejen for projektet. Disse forhold beskrives i de følgende afsnit, hvorefter der redegøres for de justeringer, som projektgruppen foretog på baggrund af de indledende erfaringer.

Udfordring et: Opsporing af relevante patienter

Det første, som projektsygeplejersken gjorde hver morgen, var at gennemgå listen over indlagte patienter på Afdeling J for at finde nyindlagte KOL-patienter, der var hjemmeboende i Odense Kommune. Kravene er, at patienten:

1. Skal være indlagt med svær eller meget svær KOL
 2. Skal være bosiddende i Odense Kommune
 3. Må ikke være inkluderet i TELEKOL-projektet
- Disse trin klares ved at tjekke patientjournaler

Næste skridt i opsporingen er at besøge sengeafdelingen for at aftale, at det ansvarlige plejepersonale indsamler og formidler de relevante oplysninger til hjemmesygeplejen. For at dette skal kunne lade sig gøre, skal følgende kriterier være opfyldt:

- a. Patienten skal være kontaktbar og ønske at deltage
- b. Personalet skal have tid til at få en individuel indføring i projektet og den nye it-kommunikation
- c. Patienten skal være indlagt længe nok til, at personalet kan indsamle de relevante oplysninger forud for udskrivelsen.

Der viste sig altså at være mange muligheder for eksklusion fra pilotprojektet, som ikke var taget i betragtning, da det blev planlagt. I praksis betød dette, at projektsygeplejersken havde nedjusteret det realistiske deltagerantal fra 100 til 25 patienter i løbet af de 12 uger, som pilotprojektet kørte. Især hensynet til et forskningsprojekt om TELEKOL-projektet havde stor indflydelse på muligheden for at gennemføre projektet som planlagt. TELEKOL-projektet inkluderede nemlig en stor del af de patienter, som var i stand til at anvende telemedicin efter udskrivelsen. Dette betød, at det generelt var de mest ressourcestærke KOL-patienter, som kom i dette projekt, mens pilotprojektet primært inkluderede de svageste patienter.

Udfordring to: implementering af nye arbejdsgange på sengeafdelingen

Projektsygeplejerskens tidligere oplevelse af, at det var svært at agere som projektleder og initiativtager over for samarbejdspartnere uden for Lungemedicinsk Ambulatorium, blev forstærket, i takt med at projektet blev konkret. Sygeplejersken oplevede, at det var svært at introducere nye arbejdsgange og et fokus på rehabilitering på sengeafdelingen, fordi afdelingens primære fokus var at stabilisere de indlagte patienter og sætte dem i relevant behandling, hvorefter de blev udskrevet. Samtidig oplevede hun, at personalet var fokuseret på, at hverdagen var for travl, samt at der generelt var en dårlig stemning, fordi der lige var sparet seks stillinger blandt plejepersonalet. I den sammenhæng fremstod de nye (og ikke efterspurgt) opgaver som endnu et ressourcekrævende problem, der øgede personalets oplevelse af at være overbebyrdet.

DSI's observationer (se nedenstående uddrag) bekræftede, at opgaven med at introducere og fastholde plejepersonalet på at indsamle oplysninger til hjemmesygeplejen var udfordrende:

DSI's observationsnote fra 22. februar 2011 – Opsporing af patienter på Lungemedicinsk Sengeafdeling, Odense Universitetshospital

Som det fremgår af uddraget, fungerede projektsygeplejersken som en gæst på sengeafdelingen, og hun havde svært ved at finde, opsøge og fastholde det relevante personale. På de to dages observationer lykkedes det således ikke at besøge afdelingen på et tidspunkt, hvor vi ikke forstyrrede personalet i deres opgaver. Det betød, at der hver gang var meget ventetid på at komme til personalet, samt at al kontakt skete på projektsygeplejerskens initiativ.

Observationerne afdækkede også flere eksempler på forløb, der – selvom de var aftalt med plejepersonalet – var gået i stå, hvorefter projektsygeplejersken måtte samle dem op.

Endelig viste projektsygeplejerskens løbende tjek af de journaler, det lykkedes at sende til hjemmesygeplejen, at de var mangelfuldt udfyldt. Også her endte projektsygeplejersken med at revidere korrespondancebrevet og genfremsende det i korrekt udfyldt tilstand.

Kl. 9.25-9.40 ankomst til sengeafdeling og snak med Sygeplejerske 1

Første stop er et whiteboard, hvor vi kan se, hvem fra plejepersonalet der skal laves aftaler med. I dag er der tre potentielle patienter og tre sygeplejersker (sygeplejerske 1-3), som vi skal have fat i. Næste stop er vagtstuen, hvor Sygeplejerske 1 sidder. Der er fem personer på vagtstuen, men ingen tager notits af os, når vi kommer ind, og først efter at have ventet tre-fire minutter får vi mulighed for at tale med Sygeplejerske 1. Hun fortæller, at hun ikke ved, hvad projektet går ud på, fordi hun ikke var med på det møde, hvor det blev præsenteret. Første skridt er derfor at introducere formål, fremgangsmåde og de konkrete redskaber, der skal udfyldes. Under introduktionen sidder Sygeplejerske 1 uroligt på stolen, og introduktionen går meget hurtigt, fordi sygeplejersken gerne vil ind og passe sin stue, hvor hun ikke er færdig med morgenrutinerne. Efter ca. fem minutters introduktion – som ender med at være ufuldstændig – lægger sygeplejersken papirerne i sin brevbakke og siger, at hun vil prøve at se på det senere.

Kl. 9.40-9.50 snak med Sygeplejerske 2 og opsamling på hængepartier med afdelingens koordinerende sygeplejerske

Efter at have gået lidt rundt på gangen, lykkes det at fange Sygeplejerske 2, mens hun er på vej fra en stue til en anden. Sygeplejerske 2 kender projektet, men efter en kort snak er det klart, at patienten ikke kan inkluderes i projektet [fanger ikke årsagen]. I stedet snakker vi med afdelingens koordinerende sygeplejerske om en genindlagt patient. Det drejer sig om en ældre kvinde, der var udset til at indgå i projektet, men som blev udskrevet, inden det lykkedes at få det praktiske på plads. Den koordinerende sygeplejerske fortæller, at der var opdaget en infektion ved udskrivelsen, og patienten blev genindlagt allerede efter et døgn. Hun er nu meget dårlig og ligger i NIV-behandling. Under snakken kommer den koordinerende sygeplejerske i tanke om en mulig kandidat til projektet og går ind for at høre, om vedkommende vil deltage. Sygeplejersken er retur efter to minutter med et negativt resultat: patienten ønsker ikke at deltage, fordi hun har en datter, der klarer det hele.

Kl. 9.50-10.40 ventetid, snak med genindlagt patient og Sygeplejerske 3

Sygeplejerske 3 er optaget af en patient, så vi aftaler at vente på personalestuen, til hun er klar. Da kl. er 10.30, er sygeplejersken stadig ikke kommet, og projektsygeplejersken går ud for at lede efter hende. Vi kan ikke finde Sygeplejerske 3, så i stedet laver projektsygeplejersken selv en aftale om at inkludere den genindlagte patient i projektet. Patienten ligger med NIV-maske og har det stadig dårligt. Aftalen bliver derfor, at vi kigger ind senere på dagen.

Kl. 10.35 er Sygeplejerske 3 klar. Hun kender projektet, så der skal ikke introduceres. Aftalen bliver, at sygeplejersken skal finde ud af, om indlæggelsen er lang nok til, at patienten kan inkluderes i projektet. Hvis indlæggelsen er lang nok samler vi op på det praktiske mellem kl. 13 og 14, når projektsygeplejersken kommer på dagens andet besøg på afdelingen.

11.50 tilbage på ambulatoriet

Projektsygeplejersken samler op på dagens runde og de forløb, der er i gang. Hun er frustreret over, at der igen er gået en formiddag, uden nye patienter er inkluderet i projektet.

Udfordring tre: Fordelingen af projektsygeplejerskens arbejdstid

Det fremgår af de foregående afsnit, at opsporingen af patienter var afhængig af projektsygeplejersken, samt at der var tale om en tidskrævende opgave, som krævede løbende opfølgning på de enkelte forløb. De dage, hvor sygeplejersken ikke var til stede, skete der hverken opsporing eller opfølgning på igangsatte forløb. Imidlertid var sygeplejersken i den periode, hvor pilotprojektet kørte, kun tilknyttet projektet på halv tid. Den anden halvdel af tiden fungerede hun som almindelig ambulatoriesygeplejerske. Det skyldtes dels en forventning om, at pilotprojektet efter opstartsperioden ville

være relativt selvkørende, og dels to langtidssygemeldinger, der nødvendiggjorde, at sygeplejersken hjalp med at dække ambulatoriefunktionerne. Da forventningerne langt fra holdt stik, udgjorde opdelingen af arbejdstiden en stor udfordring for sygeplejersken, som oplevede, at opsporing såvel som igangsatte forløb smuldrede mellem fingrene på hende.

Udfordring fire: Indlæggelserne er kortere end forventet, og udskrivelserne foregår uafhængigt af pilotprojektet

Den sidste udfordring bestod i, at indlæggelserne ikke var så lange som forventet. Samtidig blev der ikke taget hensyn til pilotprojektet i planlægningen af patienternes udskrivelser,

fordi den lægelige vurdering af, hvornår patienterne er færdigbehandlet, gik forud for hensynet til projektet. Det betød, at mange af de forløb, der blev søgt igangsat, ikke blev til noget, fordi patienterne blev udskrevet, inden de relevante oplysninger var indsamlet.

4.4.3 Opsamling på første observationsrunde og efterfølgende ændringer af projektet

DSI's første observationsrunde viste, at der var en lang række forhold og forudsætninger for pilotprojektets gennemførelse, som ikke holdt i praksis. Samtidig var projektsygeplejersken ved at tage modet over de mange udfordringer, hun oplevede at stå overfor. Observationsdagene blev derfor afsluttet med en dialog om, hvad der kunne gøres for at skabe bedre fremdrift i projektet. De emner, som blev drøftet mellem projektsygeplejersken og DSI's projektleder, var:

- Om det var mere ressourcekrævende end først antaget at indsamle og sende de relevante oplysninger til primærsektoren.
- At en del patienter var indlagt så kort tid på afdelingen, at det ikke gav mening at inkludere dem i projektet, samt om det var muligt at koordinere indsatsen med afdelingens læger for at undgå spildt arbejde med at starte forløb, som ikke kunne afsluttes.
- Om der var muligheder for at forenkle projektprotokollen, så den blev lettere at arbejde med for personalet på sengeafdelingen.
- Hvilke muligheder der var for – sammen med afdelingens ledelse – at øge graden af medejerskab til pilotprojektet på sengeafdelingen.
- Om afdelingens rammebetingelser og kerneopgaver matchede de antagelser om rehabilitering, der var lagt ind i pilotprojektet.
- Om det var realistisk at implementere de nye arbejdsgange på afdelingen under de nuværende forudsætninger, eller om et ville være bedre at satse på, at sygeplejersken selv kørte projektet som primus motor.

Umiddelbart efter observationsrunden blev der afholdt en fælles projektdag, hvor DSI's observationer og projektsygeplejerskens erfaringer blev præsenteret og drøftet med den samlede projektgruppe. Det ledte til en erkendelse af, at pilotprojektet – på grund af ønsket om både at indsamle viden og implementere en række nye arbejdsgange – var kommet til at gabe for stort. Det var således klart, at projektsygeplejerskens tid, manglende ledelseskompetencer og den spændte situation på sengeafdelingen havde stillet hende i en situation, hvor ambitioner, ressourcer og kompetencer ikke hang sammen. Derfor blev der besluttet en række tilpasninger i aktiviteterne og ambitionsniveauet for pilotprojektet:

- For det første blev det projektsygeplejerskens ansvar at opspore patienter og indsamle de relevante oplysninger til hjemmesygeplejen, og der blev ikke foretaget ændringer i

projektets arbejdsgange. Samtidig blev sygeplejersken fritaget for øvrige opgaver i ambulatoriet, så hun kunne koncentrere sig om projektet.

- For det andet blev pilotprojektets formål justeret til, at projektet skulle a) afprøve de nye arbejdsgange, b) indsamle viden om afdelingens KOL-patienter og de problemer, der kan opstå ved udskrivelsen, og c) følge op på om kommunikationen havde en oplevet nytteværdi i hjemmesygeplejen.
- For det tredje blev det besluttet kun at satse på de lange indlæggelser, hvor der var tid til at gennemføre forsøgsprotokollen. Lægerne blev derfor ikke søgt involveret i projektet, fordi det alligevel er patienternes tilstand og behandlingsbehov – og ikke hensynet til et udviklingsprojekt – der afgør, hvornår patienterne udskrives.
- For det fjerde blev det besluttet at skyde spørgsmålet om implementering af nye arbejdsgange på sengeafdelingen, til der a) var klarhed over pilotprojektets resultater, og b) var kommet mere ro oppe på sengeafdelingen efter efterårets besparelsesrunde. Vurderingen var, at det ville give et bedre udgangspunkt for at involvere personalet på sengeafdelingen og tilpasse de nye tiltag, så de var realistiske at indføre på afdelingen.

4.4.4 Erfaringer fra arbejdet med at forbedre kommunikationen fra sengeafdeling til hjemmesygepleje

I maj måned var pilotprojektet omkring den udvidede kommunikation mellem sengeafdeling og hjemmesygepleje afsluttet, og projektsygeplejersken havde analyseret de indsamlede erfaringer. I løbet af de 12 uger, som pilotprojektet kørte, var det i alt lykkedes effektivt at gennemføre det planlagte forløb for 14 patienter. Projektsygeplejersken havde – via spørgeskemaer til de involverede fagpersoner fra Afdeling J og hjemmesygeplejen – indsamlet tilbagemeldinger om de nye arbejdsgange og den oplevede nytte af den udvidede plejestatus. De indsamlede erfaringer præsenteres i de følgende afsnit sammen med de justeringer og nye aktiviteter, der blev besluttet på projektgruppens arbejdsrunde i juni 2011.

Hjemmesygeplejens perspektiver på pilotprojektet

De modtagende hjemmesygeplejersker svarede, at den udvidede plejestatus gav et bedre overblik over patientens status og klare anvisninger for de ting, der skulle følges op på ved de første besøg efter en indlæggelse. Sygeplejerskerne var også glade for den direkte elektroniske kommunikation med sengeafdelingen. Både fordi den passede godt ind de eksisterende rutiner (hvor sygeplejerskerne hver morgen tjekker og fordeler indkomne korrespondancer i plejegruppen), og fordi skriftligheden gjorde det lettere at huske informationerne og dokumentere de opfølgende aktiviteter.

Hjemmesygeplejerskernes besvarelser viste dog også, at det kun var enkelte nøglepersoner, der havde fået erfaringer med at bruge de nye redskaber, samt at der kun var sporadiske eksempler på, at patienter var blevet hjulpet bedre på

grund af den udvidede korrespondance. DSI's interview med den KOL-ansvarlige hjemmesygeplejerske fra projektgruppen understøttede spørgeskemabesvarelsene. Hun vurderede således, at hun:



... helt klart er bedre hjulpet, når jeg har en udskrivelse med en udfyldt korrespondance fra sengeafdelingen – dels fordi jeg er bedre informeret om den konkrete patient, og dels fordi jeg på en helt anden måde end tidligere bliver sporet ind på de særlige forhold, der gør sig gældende for borgere med KOL. [...] Om det har hjulpet nogen borgere ved jeg ikke, men jeg er ikke i tvivl om, at det har bedret min sygepleje.

Samtidig oplevede sygeplejersken it-kommunikationen som et stort fremskridt, der:



Har været let at gå til. Det kommer ind sammen med de andre adviser, som tjekkes hver morgen, og det er bare at klikke på det, så kommer jeg ind i KOL-koordinationsmodulet. Eneste problem har været, at der er en forsinkelse på ca. tre dage på de borgere, der ikke er kendt af hjemmeplejen i forvejen, fordi de skal først forbi vores visitationsafdeling.

På den anden side fremhævede sygeplejersken det lave antal inkluderede patienter som projektets store svaghed:



Sygeplejegruppen var egentlig ret positivt indstillet, da vi blev informeret om koordinationsmodulet og muligheden for at komme på studiedage på afdelingen. Derfor sad jeg også klar til at vise de andre, hvordan man gør, når der kommer patienter. Men ud over en enkelt i starten så kom der jo ikke nogen i lang tid, og så er det lidt svært. I alt er der kun kommet korrespondancer på tre patienter til vores distrikt [...] så selv om ideen har været rigtig god, har volumen været alt for lille til, at det har kunnet få plads i vores hverdag – og derfor har projektet intet betydet for mine kolleger.

Sygeplejerskens håbende derfor, at korrespondancen ville blive videreført, samt at den med tiden ville komme til at omfatte alle borgere, der udskrives efter at have været ind-

lagt med svær KOL. Hvis korrespondancerne skulle videreføres på en større skala, krævede det derfor et fortsat fokus på oplæring.

Sengeafdelingens perspektiver på pilotprojektet

De indkomne besvarelse viste, at Afdeling J's plejepersonale var positivt indstillede overfor at få mulighed for direkte elektronisk kommunikation til hjemmesygeplejen og almen praksis med det formål at få en bedre udveksling af viden ved indlæggelse og udskrivelse. Tilbagemeldingerne viste dog også et ønske om, at de nye arbejdsopgaver blev forenklet og justeret til et niveau, der i højere grad matchede afdelingens hverdag, hvis de skulle implementeres som en permanent del af afdelingens rutiner.

Projektgruppens justeringer og fremadrettede perspektiver på pilotprojektet

Selvom pilotprojektet ikke havde resulteret i de forventede resultater, besluttede projektgruppen i juni, at man efter sommerferien ville arbejde videre med at indføre den udvidede sygeplejestatus som en fast del af sengeafdelingens rutiner, fordi både ledelsen og de involverede fagpersoner vurderede, at indsatsen var relevant.

For at understøtte implementeringen blev der dels lagt en plan for, hvordan projektsygeplejersken kunne få en synlig og legitim rolle på sengeafdelingen, dels foretaget en række forenklinger, som skulle gøre det lettere at bruge korrespondancemodulet.

De konkrete tiltag, der blev foretaget for at styrke projektsygeplejerskens position var:

- For det første at den sygeplejefaglige ledelse – endnu engang – satte fokus på at skabe ejerskab til projektet. Samtidig blev de nye arbejdsgange sat i sammenhæng med et større LEAN-projekt, der skulle forenkle og kvalitetssikre det interne samarbejde på sengeafdelingen.
- For det andet at projektsygeplejersken blev tættere koblet på den sygeplejerske, der var KOL-teamleder på Afdeling J.
- For det tredje at projektsygeplejersken deltog i afdelingens morgenkonferencer for at kunne aftale de aktuelle forløb, mens både det ansvarlige plejepersonale og de ansvarlige læger var til stede.

Opsamling på efterårets erfaringer med den udvidede sygeplejerske korrespondance

Af projektsygeplejerskens status fra december 2011 fremgår det, at 66 ud af i alt 82 patienter, der var hjemmeboende i Odense Kommune og har KOL som aktionsdiagnose (undtaget patienter der har været inkluderet i TELEKOL-projektet inden for det seneste år), har fået udarbejdet en udvidet plejestatus. Det betyder, at der i september-december er sendt 56 udvidede korrespondancemeddelelser til sygeplejerskerne i Odense Kommune. Samtidig med at der sendes en korrespondancemeddelelse til de enkelte sygeplejedistrikter, sendes også en mail til distriktets KOL-sygeplejerske, så der er

mulighed for at følge op på, om sygeplejen husker at gennemføre de opfølgende besøg.

I efteråret var der således 16 indlagte patienter, som blev overset på afdelingen. Derfor arbejder projektsygeplejersken fortsat med at monitorere indlæggelserne på sengeafdelingen og markere de patienter, der skal have sendt en udvidet plejestatus. Samtidig tilbyder projektsygeplejersken stadig hjælp til oplæring af de medarbejdere, der fortsat er usikre på brugen af korrespondancemeddelelserne.

I løbet af efteråret oplever projektsygeplejersken også, at personalet på sengeafdelingen selv er begyndt at finde de relevante patienter og sende korrespondancemeddelelser i weekender og på dage, hvor projektsygeplejersken har fri.

4.4.5 Erfaringer fra arbejdet med kompetenceudvikling og kompetenceudveksling

Selvom der var stor opbakning til de planlagte studiebesøg, og syv hjemmesygeplejersker tidligere havde skrevet sig op på en venteliste, var der i perioden januar-juni 2011 kun to, som benyttede tilbuddet. Projektgruppen drøftede årsagerne til dette og nåede frem til, at det ikke skyldtes manglende interesse. Repræsentanterne fra Odense Kommunes hjemmesygepleje vurderede snarere, at det skyldtes et forår med bemandingsproblemer i hjemmesygeplejen. Derfor blev forløbene løbende udskudt, fordi det var for dyrt at indkalde vikarer til de sygeplejersker, der skulle af sted.

Da efterårets arbejde med kompetenceudvikling blev drøftet, fortalte lederen af hjemmesygeplejen, at det endelig var lykkedes at etablere et netværk med KOL-ansvarlige sygeplejersker i alle fem sygeplejedistrikter i Odense Kommune. Derfor ønskede hun som minimum, at disse sygeplejersker gennemførte et studiebesøg på afdelingen i løbet af efteråret. Dette lykkedes i efteråret, hvor i alt syv hjemmesygeplejersker gennemførte et studiebesøg på afdelingen.

I løbet af efteråret har arbejdsgruppen omkring undervisning af hjemmeplejens basispersonale holdt en række arbejdsmøder. Møderne er brugt til at planlægge undervisningen samt til at lave en lamineret lommevejledning, der skal hjælpe basispersonalet med at observere og indrapportere tegn på forværring i KOL-patienters tilstand.

KOL-sygeplejerskerne er hver blevet frikøbt i 37 timer, som i løbet af december 2011-februar 2012 skal bruges til at undervise hjemmeplejen. Undervisningen skal være borger-nær, dvs. den ansvarlige KOL-sygeplejerske skal mødes med en-tre hjemmehjælpere hos en borger, der har KOL, for derefter at gennemføre undervisningen med udgangspunkt i de problemstillinger, som hjælperne og patienten selv oplever i hverdagen.

Projektsygeplejersken har planlagt at deltage i de første undervisningsarrangementer, dels for at kunne hjælpe og supplere hjemmeplejens KOL-sygeplejersker, dels for at få en fornemmelse af basispersonalets viden samt hvordan de tager imod undervisningen.

Endelig er der afholdt et heldagsarrangement for hjemmeplejens KOL-sygeplejersker, deres nye teamleder samt en del af sengeafdelingens KOL-team. Dagen blev brugt til at udveksle viden og erfaringer samt til at opdatere sygeplejen med de nyeste faglige anbefalinger.

4.5 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af KOL-projektets resultater

Dette afsnit sammenfatter deltagernes og DSI's vurderinger af projektets resultater. Det sker med udgangspunkt i de succeskriterier, der er opstillet i projektets indsatssteori, jf. figur 7. Sammenfatningen er udarbejdet på baggrund af skriftligt materiale fra projektgruppen, DSI's løbende interview og samtaler med projektdeltagerne og de afsluttende evalueringsinterview med ni nøglepersoner fra og omkring projektet²⁸.

Som det fremgår af indsatssteorien, har projektet haft to succeskriterier, som er knyttet til personalets faglige kompetencer, og to knyttet til samarbejdet om svært syge KOL-patienter. Projektet skulle således medvirke til:

- En bedre KOL-sygepleje og øget fokus på rehabilitering på Afdeling J og i hjemmesygeplejen
- At patienterne oplever en bedre overgang ved indlæggelse og udskrivelse
- At patienterne bliver støttet i hverdagen og får tilbud om rehabilitering
- At involveret sundhedspersonale oplever et bedre samarbejde og et fælles ansvar for svært syge KOL-patienter.

4.5.1 Opsamling på de to faglige succeskriterier

Det er DSI's vurdering (baseret på interviewene med projektets nøglepersoner og de tilgængelige aktivitetsopgørelser), at de planlagte indsatser er gennemført planmæssigt, ligesom mange af de processuelle mål er nået. Samtidig indikerer interviewene og projektsygeplejerskens projektstatus fra december 2011, at:

- Mange af projektets opstartsvanskeligheder er håndteret, således at aktivitetsniveauet og målrettetheden i udviklingsopgaverne er øget væsentligt.
- Projektets indsatsområder opleves relevante og er accepterede af det interviewede personale, således at der et ønske om at arbejde videre med udvikling og implementering af disse i de etablerede netværk af KOL-nøglepersoner.
- Det interviewede personale og projektets øvrige nøglepersoner oplever, at projektet er begyndt at resultere i en bedre KOL-sygepleje, der fokuserer på rehabilitering.
- Det interviewede personale og projektets øvrige nøglepersoner oplever, at projektet har skabt grobund for et bedre samarbejde og et større fælles ansvar for svært syge KOL-patienter.

28 Listen med nøglepersoner findes i bilag 2.

Det eneste indsatsområde, der ikke er arbejdet systematisk med, er den udvidede kommunikation til almen praksis. Afdelingens praksiskonsulent var til at starte med involveret i projektet, men han måtte kort efter projektstart fratræde sin stilling på grund af sygdom. Efterfølgende gik der godt et halvt år, før afdelingen fik en ny praksiskonsulent, og han nåede ikke at blive involveret i projektet.

De nye korrespondancemeddelelser sendes således til de praktiserende læger, uden at almen praksis er informeret om, hvorfor korrespondancerne sendes, og hvad de kan/bør bruges til. DSI's interview med praksiskoordinatoren for Lungemedicinsk Afdeling viste endvidere, at konsulenten ikke kendte til korrespondancemeddelelserne. Efter DSI's interview blev der dog etableret kontakt mellem afdelingen og praksiskonsulenten, som i en mail vurderede, at sygeplejeepikrisen:



Ser rigtig godt ud – meget informativt og struktureret. Som udgangspunkt kunne det sagtens bruges som epikrisen på "standardpatienten". Kunne det være en mulighed, at lægen kunne "godkende" sygeplejenotatet som erstatning for lægeepikrisen eller blot komme med evt. lægefaglige tilføjelser om nødvendigt. Det vil være uhenigtsmæssigt, hvis vi får to udskrivningsnotater på patienten.

Jeg synes også, det er en brugbar oplysning i epikrisen, at patienten får besøg af hjemmesygeplejersken inden for en uge.

Derfor har projektgruppen i efteråret 2011 arbejdet med at imødekomme praksiskonsulentens forslag.

4.5.2 Opsamling på de to patientrettede succes-kriterier

Projektet har også haft to succeskriterier, der er knyttet direkte til, at målgruppen af svært syge KOL-patienter ved udgangen af projektet skal:

- Opleve en bedre overgang ved indlæggelse og udskrivelse
- Opleve at blive støttet i hverdagen og at de får tilbud om rehabilitering.

Projektet – der er gennemført som et udviklingsprojekt – giver ikke mulighed for at vurdere, om målsætningerne for patienterne er nået²⁹. I betragtning af at langt de fleste aktiviteter i projektet har haft karakter af udviklingsopgaver, der er relateret til faglig koordination og kompetencedeling, samt at det samlede antal patienter, der har været direkte berørt af projektet, endnu er relativt lille, er det ikke sandsynligt, at projektet på nuværende tidspunkt har resulteret i synlige forbedringer for målgruppen som helhed.

4.6 Projektstatus ved udgangen af 2011

Lægerne på Afdeling J har bedt projektsygeplejersken om at præsentere resultaterne på lægernes faglige møde i januar 2012. Lægerne planlægger endvidere, at det fremover skal fremgå af deres udskrivningsepikrise til almen praksis, at der er sendt oplysninger til sygeplejerske i kommunen, og at der efterfølgende vil komme en hjemmesygeplejerske på besøg.

Ledelsen af Afdeling J er gået i dialog med de øvrige kommuner, der ligger i Odense Universitetshospitals optageområde, om at udvide ordningen med udvidet korrespondance og opfølgende hjemmebesøg. Visionen er således, at initiativet på sigt forankres i det lokale samordningsfora og kommer til at omfatte alle indlagte patienter fra optageområdet.

Projektsygeplejersken og afdelingsledelsen vurderer, at den udvidede korrespondance er godt på vej til at blive implementeret som en fast rutine på Afdeling J. Planen er, at projektsygeplejersken skal fortsætte med at understøtte implementeringen frem til marts 2012, hvor projektansættelsen slutter. Herefter forventes korrespondancerne at være indlejret som en selvkørende rutine på afdelingen. Det er aftalt, at ansvaret for opfølgning og monitorering af sygeplejekorrespondancerne overdrages til afdelingens TELEKOL-sygeplejerske ved projektets afslutning.

Endelig er det aftalt, at der fremover to gange om året afholdes halvdags udviklings- og undervisningsmøder for det tværsektorielle netværk af KOL-sygeplejersker. Møderne skal bruges til faglig opdatering, erfaringsudveksling og fortsat justering af samarbejdet omkring svært syge KOL-patienter.

29 Ved afslutningen af projektet planlægger projektsygeplejersken at gennemføre en række kvalitative interview, som skal afdække patienternes perspektiver på de to målsætninger.

5 Udvikling af diabetessamarbejdet mellem Fredericia Sygehus, Middelfart Kommune, Fredericia Kommune og almen praksis³⁰

Det andet af rammeprojektets fire delprojekter omhandler udvikling og koordination af diabetessamarbejdet mellem Fredericia Sygehus, Middelfart Kommune, Fredericia Kommune og almen praksis. I dette kapitel beskrives a) baggrund og formål, b) indsatsområderne, c) resultater og erfaringer og d) projektgruppens fremadrettede planer for indsatsen.

5.1 Projektets formål og baggrund

Diabetesprojektet var forankret i diabetesambulatoriet på Fredericia Sygehus. Drivkraften bag projektansøgningen var en af sygehusets diabetesansvarlige overlæger, som længe havde set et behov for at styrke samarbejdet mellem ambulatoriet, de to kommuner og almen praksis. Hovedformålet med projektet var derfor at implementere de arbejdsdelinger om behandling og patientuddannelse, som var beskrevet i forløbsprogrammet for type 2-diabetes.

5.2 Projektets opstart og indsatsområder

Den projektbeskrivelse, der var givet midler til, var ikke udarbejdet sammen med de parter i primærsektoren, som den involverede. Derfor blev der i foråret 2010 afholdt to opstartsmøder med repræsentanter fra almen praksis og ledende medarbejdere fra sundhedsområdet i Middelfart og Fredericia kommuner. Formålet var at videreudvikle sygehusets projektbeskrivelse til et fælles arbejdsdokument, som alle parter kunne stå inde for. Møderne viste på den ene side, at der var en fælles interesse i at udvikle rammerne for diabetessamarbejdet i forhold til nedenstående tre områder:

- Videndeling og koordination imellem de eksisterende uddannelses tilbud til diabetespatienter
- Kompetenceudveksling mellem sygehusets og primærsektorens diabetesansvarlige personale, således at der er en fælles viden og accept om de opgave- og ansvarsfordelinger, som er beskrevet i forløbsprogrammet
- At behandling og undervisning udføres på lavest effektive omkostningsniveau.

På den anden side viste opstartsmøderne også, at der var tvivl om, hvordan projektet kunne organiseres hensigtsmæssigt, hvilke forpligtelser og ressourcer deltagelsen ville kræve af samarbejdspartnerne fra primærsektoren, samt at de involverede parter manglede viden om de andre parter tilbud og udfordringer. Da der heller ikke var afsat projektmidler til kommunerne, tvivlede nogle af de kommunale repræsentanter på, om indsatsen ville stå mål med resultatet, samtidig med at de havde en vis skepsis over for at deltage i projektet, som de i høj grad oplevede, var defineret og initieret på sygehusets præmisser.

Resultatet af de indledende møder blev derfor, at Region Syddanmark og DSI arrangerede en fælles udviklingsdag, som samlede ledelsesrepræsentanter og medarbejdere fra alle relevante parter i diabetesbehandlingen. Formålet med dagen var at afklare, om der var basis for at igangsætte projektet. Dagen ledte deltagerne igennem en fælles kortlægning og drøftelse af de eksisterende indsatser, kommunikationsveje, opgavedelinger, samarbejdsrelationer og ikke mindst hvilke koordinations- og samarbejdsproblemer, som parterne ønskede at gøre noget ved. Udviklingsdagen viste, at mange indsatser var på plads, men også at behandlingen var fragmenteret og nogle steder præget af overlappende tilbud på undervisningsområdet og uenighed om, hvordan undervisningsopgaverne skulle fordeles mellem det kommunale sundhedsområde og sygehuset.

Dagen resulterede dog i, at der var enighed om at etablere et projekt, hvor gruppen kunne arbejde videre med følgende indsatsområder:

- Forbedre synligheden af de eksisterende diabetestilbud over for de henvisende praktiserende læger, dels for at øge antallet af patienter til kommunernes og sygehusets tilbud, dels for at sikre, at det var de rigtige patienter, der endte i de forskellige tilbud via udbredelse af kendskabet til stratificering.
- Øge fagpersonernes kendskab til hinanden for at sikre større tillid til hinandens kompetencer og et større fælles vidensniveau på tværs af diabetesbehandlingen.
- Afklaring af hvilke opgaver der løses i henholdsvis sygehus- og kommunalt regi samt en egentlig koordinering af indsatserne (også på individniveau), så de supplerer hinanden og medvirker til, at der kan tages individuelle hensyn til de patienter, der ikke passer ind i standardtilbuddene.

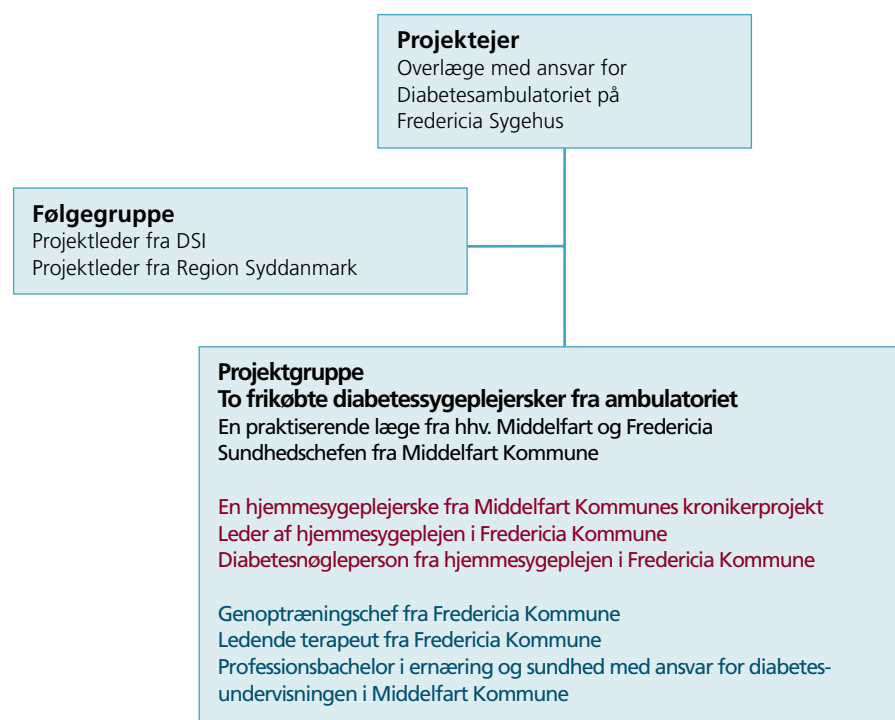
Som det fremgår, handlede projektet i højere grad om at udvikle rammerne for et velfungerende samarbejde end om at koordinere specifikke forløb for sårbare patienter. Projektsygeplejerskernes opgaver var således stort set identiske med de opgaver, der er forbundet med den centerkoordinerende diabeteskoordinator, som er beskrevet i forløbsprogrammet for type 2-diabetes (29).

5.2.1 Projektets organisation

På baggrund af udviklingsdagen blev omstående projektgruppe nedsat:

³⁰ Ved ønske om yderligere information om projektet i Fredericia og Middelfart er der mulighed for at kontakte Hans Gjessing, der er endokrinologisk overlæge på Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus: Hans.Gjessing@slb.regionsyddanmark.dk, eller Ulla Linding Jørgensen, der var en af de to projektsygeplejersker: Ulla.Linding.Joergensen@slb.regionsyddanmark.dk.

Figur 9: Diabetesprojektets projektorganisation



Som det fremgår af figur 9, blev der nedsat en tværsektoriel projektgruppe med to erfarne ambulatoriesygeplejersker. Sygeplejerskerne fik ansvar for at arbejde videre med projektets indsatsområder sammen med relevante medarbejdere og ledelsesrepræsentanter fra det kommunale sundhedsområde og en praktiserende læge fra hver kommune. Henvissnings-samarbejdet med almen praksis og arbejdsdelingen om patienter med kompleks sygdom var en central del af projektet. Derfor havde projekttejer inviteret to praktiserende læger med særlig interesse for diabetes med i projektgruppen og sørget for, at der var midler til at honorere deres deltagelse. Meningen var, at lægerne skulle fungere som konsulenter i forhold til alle spørgsmål, der handlede om almen praksis.

Projektsygeplejerskerne blev ansat i delestillinger for at kunne fortsætte deres eksisterende undervisnings- og ambulatorieopgaver og derved medvirke til en løbende forankring af udviklingsarbejdets resultater i den daglige drift. Valget af to i stedet for en sygeplejerske var bevidst, dels for at give hinanden en tæt sparringspartner i projektarbejdet, og dels for at forankre projektets viden i to personer frem for en.

5.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2010

5.3.1 Projektsygeplejerskernes opgaver, efteråret 2010

I efteråret 2010 arbejdede projektsygeplejerskerne kun med de indsatsområder, der var relateret til almen praksis. Det skyldtes bl.a., at projekttejer så et stort behov for at få et tættere samarbejde med de praktiserende læger i især Middelfart Kommune. Før Strukturreformen hørte Middelfart Kommune til Odense Universitetshospital. I forbindelse med reformen blev Middelfartområdet i stedet tilknyttet Sygehus Lillebælt. De praktiserende læger i Middelfart Kommune, der var vant til at samarbejde med Odense Universitetshospital, skulle således henvise deres diabetespatienter til Fredericia Sygehus. Projekttejer oplevede imidlertid, at henvisningssamarbejdet – især i forhold til diabetesundervisningen – aldrig rigtig var kommet i gang.

Første større opgave for projektsygeplejerskerne bestod derfor i at arrangere et stormøde om diabetes for almen praksis i Middelfart og Fredericia. Mødet blev planlagt og gennemført i samarbejde med den projektsansvarlige overlæge og

31 Projektdeltagere med sort skrift deltog i første halvår af projektet. Projektdeltagere med gul skrift deltog fra januar 2011.

de to praktiserende læger, der var tilknyttet projektet. Mødet havde et højt fremmøde, da læger fra 19 af 27 mulige praksis deltog. De fremmødte blev præsenteret for nyeste viden på diabetesområdet, sygehusets tilbud om patientuddannelse og det regionale forløbsprogram for type 2-diabetes. I forlængelse af disse punkter fulgte en introduktion til projektet og den besøgsrunde, som sygeplejerskerne ønskede at gennemføre i samtlige praksis.

Den anden større opgave var selve besøgsrunden til alle praksis, som havde til formål at:

- Præsentere forløbsprogrammet anbefalinger om arbejdsdeling mellem almen praksis og sygehus og drøfte stratificeringsmodellerne
- Præsentere og udlevere en ny diabetes håndbog, som skal hjælpe behandlere med at holde overblik over behandlingen
- Kortlægge vidensniveauet og procedurerne for diabetesbehandling i de enkelte praksis
- Orienter om sygehusets diabetesskole samt undervisningstilbud i den enkelte kommune og rydde op i evt. misforståelser og tvivlsspørgsmål om lægernes samarbejde med sygehuset
- Finde ud af, om der var efterspørgsel på, at projektsygeplejerskerne arrangerede kompetenceudvikling og mulighed for erfaringsudveksling mellem det praksispersonale, der arbejder med diabetes.

Sygeplejerskerne fik hjælp til at udarbejde dagsorden og indhold af de enkelte emner fra de to læger, der var tilknyttet projektet, for at sikre at information og dialog var relevant og forståelig for almen praksis. Herudover øvede sygeplejerskerne sig på projektets læger ved at gennemføre de to første praksisbesøg i deres praksis.

Projektsygeplejerskernes tredje større opgave bestod i at deltage en arbejdsgruppe, der skulle harmonisere den specialiserede diabetesundervisning på tværs af alle diabetesambulatorier på Sygehus Lillebælt. Harmoniseringsprocessen gav usikkerhed om fremtiden for ambulatoriets undervisningstilbud, og derfor blev det besluttet at udskyde arbejdet med at skabe sammenhæng imellem kommunernes og sygehusets undervisning, indtil der var en afklaring i arbejdsgruppen.

5.3.2 DSI's første interviewrunde december 2010

DSI's første interview med projektsygeplejerskerne og de udpegede kommunale hjemmesygeplejersker blev gennemført i december 2010. Interviewene viste, at indsatsen over for almen praksis gik som planlagt, men også at der var en række forhold, som bremsede projektets ambitioner om at forbedre samarbejdet mellem ambulatorium og kommuner:

1. Sygehusets indsatser over for almen praksis var ikke koordineret med de kommunale projektdeltagere. Det betød bl.a., at kommunerne ikke var repræsenteret på stormødet for de praktiserende læger, ligesom mødet ikke indeholdt information om, hvordan de kommunale tilbud komplementerede sygehusets tilbud på diabetesområdet.

2. Middelfart Kommune var i gang med sin egen besøgsrunde til kommunens praktiserende læger, og den var ikke koordineret med sygehusets besøg. Kommunens besøg skulle dels kortlægge, hvor meget det praktiserende læger vidste om de kommunale tilbud, dels skaffe flere henvisninger til de kommunale undervisningstilbud.
3. Der var en grundlæggende uenighed om fordelingen af undervisningsopgaver imellem Middelfart Kommune og Fredericia Sygehus. Problemerne bundede dels i gensidig faglig mistillid til den anden parts evne til at hjælpe ny diagnosticerede diabetespatienter, dels i at Middelfart Kommune vurderede, at sygehusets undervisning – der kostede kommunen den gældende takst for fire ambulante kontroller – var for dyr.
4. Der var et relativt stort overlap imellem Diabetesambulatoriets og Middelfart Kommunes diabetesundervisning, men ingen af interviewpersonerne kendte det konkrete indhold af samarbejdspartens tilbud.
5. Begge hjemmesygeplejersker havde vanskeligt ved at se deres rolle i projektet, dels fordi indsatsområderne ikke handlede om de svært syge patienter, som sygeplejerskerne så i hjemmesygeplejen, og dels fordi ingen af sygeplejerskerne havde detaljeret indsigt i de kommunale undervisningstilbud. De indsatsområder, som hjemmesygeplejerskerne efterlyste, var derfor i højere grad forbedringer i indlæggelses- og udskrivningssamarbejdet og hjælp til kompetenceudvikling i hjemmeplejen.

Ovenstående indsigter resulterede i december 2010 i, at hjemmesygeplejersken fra Middelfart Kommune blev udskiftet til fordel for den professionsbachelor i ernæring og sundhed, der havde ansvaret for at koordinere kommunens diabetesundervisning. Samtidig blev begge Fredericias deltagere i projektet udskiftet med henholdsvis chefen for det kommunale træningsområde og den ledende terapeut, som havde ansvaret for de patientrettede undervisningstilbud. Endelig aftalte DSI med projektets parter, at det næste udviklingsmøde mellem DSI og projektgruppen a) skulle sætte specifikt fokus på at koordinere de opsøgende indsatser over for almen praksis, og b) få gang i et reelt udviklingssamarbejde om, hvordan de kommunale og regionale undervisningstilbud på sigt kunne organiseres, så de supplerede hinanden.

5.3.3 Udviklingseftermiddag i projektgruppen januar 2011

Udviklingsmødet blev afholdt i midten af januar 2011, og det startede med, at projektdeltagerne for første gang i processen gav hinanden en detaljeret præsentation af opbygning og indhold i de enkelte undervisningstilbud. Deltagerne blev samtidig enige om, at der var behov for at justere projektet, så kommunerne fik mere indflydelse på projektet.

Projektdeltagerne var også enige om, at det ville være en stor fordel at etablere diabetesforløb, hvor indsatserne – som anbefalet i forløbsprogrammet for diabetes (29) – hænger sammen, og hvor der ikke er uensigtsmæssige overlap

imellem tilbuddene. Derfor havde sygehusets projektejer og sundhedschefen fra Middelfart Kommune – i regi af Sygehus Lillebælts lokale samordningsforum³² – arbejdet med at skabe opbakning til en ny samarbejdsmodel for diabetesundervisningen. Arbejdet var kommet så langt, at de havde fået opbakning fra det lokale samordningsforum til at konkretisere modellen som en del af det igangværende projekt.

Inspirationen til det nye 'projekt i projektet' kom fra Kolding, hvor kommunen var gået sammen med sygehuset om at udvikle en samlet diabeteskole, der skulle leve op til følgende målsætninger³³:

- Almen praksis får en enkel indgang til de samlede kommunale og regionale diabetes tilbud.
- Samarbejdet om diabetesundervisningen skal koble sygehusets specialiserede viden med en anvendelsesdel i kommunen.
- Patienterne får mulighed for en afklarende samtale med en kommunalt ansat diabeteskoordinator, hvis patienten eller egen læge er i tvivl om, hvilke tilbud patienten vil have gavn af.
- Patienter, der ikke passer ind i sygehusets eller kommunens standardtilbud, tilbydes individuelle samtaler, i det omfang der er ressourcer til det.
- På udviklingsdagen var der stor opbakning til at arbejde videre med ovenstående principper under overskriften: *En fælles diabetesindsats på tværs af tre sektorer*. Derfor begyndte projektsygeplejerskerne umiddelbart efter mødet at konkretisere samarbejdsmodellen sammen med de nye kommunale projektdeltagere og de to praktiserende læger.

5.3.4 Diabetesprojektets projektorganisation og indsatsområder kom på plads januar 2011

Som det fremgår, var det først på udviklingsmødet i januar 2011, at der blev skabt en fælles opbakning og forståelse for

projektets indsatsområder og en tværsektoriel projektgruppe, som matchede disse. De prioriterede indsatser, forventede årssagssammenhænge og virkninger er samlet i programteorien (se næste side), som er udarbejdet med inspiration i virknings-evaluering.

5.4 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet i 2011

Nedenstående afsnit sammenfatter indholdet af projektgruppens væsentligste udviklingsopgaver og de erfaringer, som projektgruppen gjorde i 2011. Afsnittet er udarbejdet på baggrund af deltagerobservation af projektsygeplejerskerne (marts og september), interview med projektsygeplejerskerne og deres kommunale kontaktpersoner (maj), en fælles udviklingseftermiddag (juni), samt skriftligt materiale og DSI's løbende dialog med projektdeltagere.

5.4.1 Erfaringer fra arbejdet med at udvikle samarbejdet med almen praksis

I løbet af foråret 2011 færdiggjorde projektsygeplejerskerne besøgsrunden i almen praksis. Runden endte med, at 26³⁴ ud af 27 mulige praksis havde fået besøg. Sygeplejerskerne oplevede, at lægerne og deres personale havde taget godt imod dem, og at besøgene havde fået afkræftet en række uklarheder om arbejdsdelingen mellem ambulatoriet og almen praksis.

Besøgsrunden skulle også bidrage med input til, hvordan diabetesambulatoriet og projektgruppen kunne understøtte implementeringen af forløbsprogrammet i almen praksis. Derfor havde projektsygeplejerskerne lavet en spørgeguide, som afdækkede, hvor langt de enkelte praksis var nået med diabetesbehandlingen sammenlignet med de forventninger til den fremtidige indsats, som er beskrevet i Region Syddanmarks forløbsprogram. Resultaterne – som er gengivet i nedenstående tabel – viste, at de praktiserende læger som helhed fortsat var langt fra målet.

Tabel 3: Sammenfatning af diabetesprojektets praksisbesøg 2010-2011

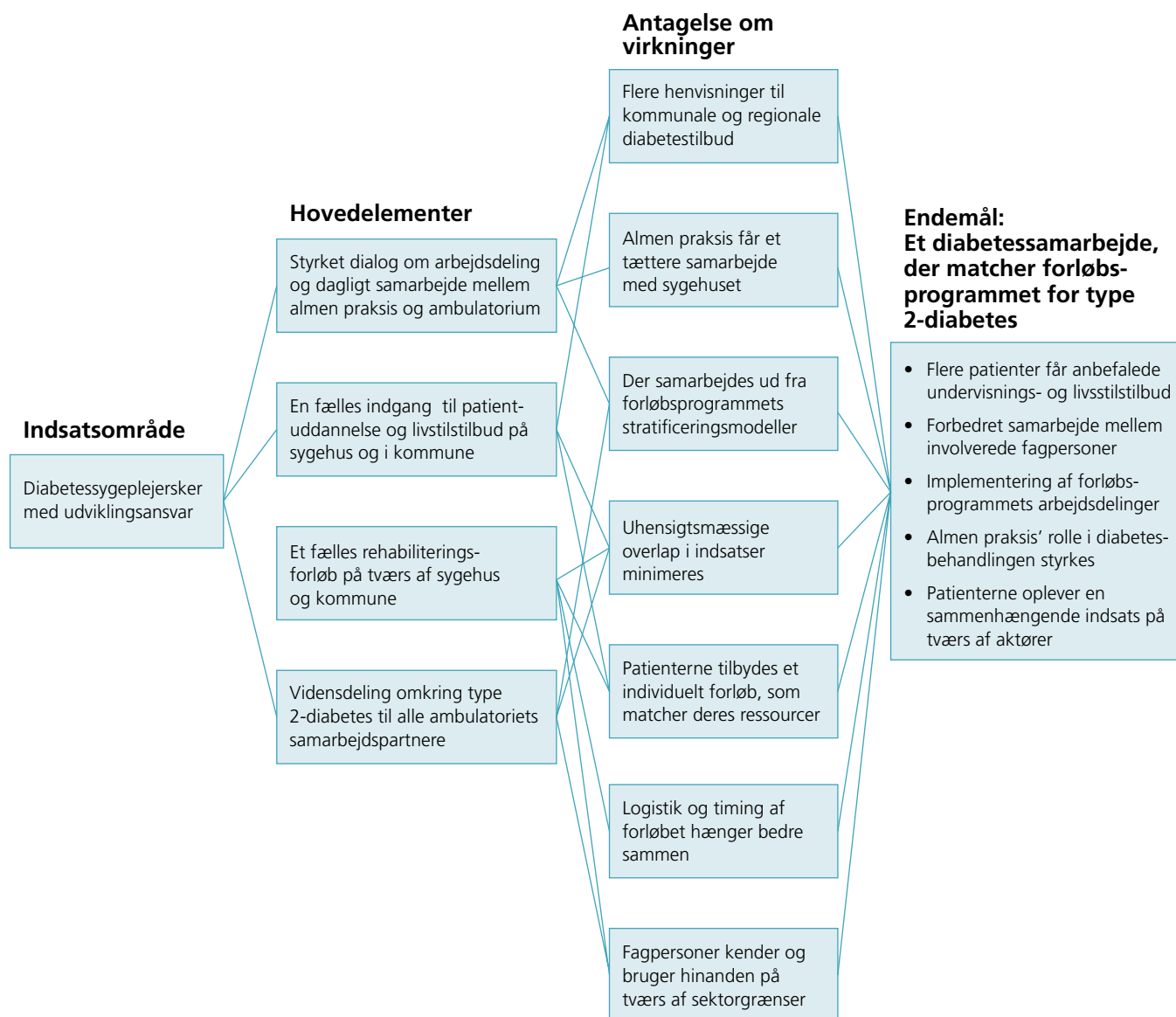
	Ja		Nej	
Kender forløbsprogram for diabetes	7	(29 %)	17	(71 %)
Kender stratificeringsmodeller og arbejdsdeling med ambulatoriet	8	(33 %)	16	(67 %)
Har henvist til sygehusets diabetesundervisning	19	(79 %)	5	(21 %)
Har henvist til kommunal diabetesundervisning	12	(50 %)	12	(50 %)
Bruger anbefalet diabetesdagbog	23	(96 %)	1	(4 %)
Har praksispersonale med selvstændige konsultationer i relation til diabetes	18	(75 %)	6	(25 %)
Praksis kan varetage kontrol af insulinpatienter	15	(62 %)	9	(38 %)
Praksis kan selv starte insulinbehandling	11	(46 %)	13	(54 %)
Interesse for nyhedsbrev	23	(96 %)	1	(4 %)

32 Det lokale samordningsforum er ansvarligt for at udmønte sundhedsaftalerne til konkret praksis i samarbejde mellem det enkelte sygehus og de kommuner, der ligger i sygehusets primære optageområde.

33 To af besøgene var dobbeltbesøg, hvor to praksis blev taget på samme møde. Derfor er der kun opgørelser fra 24 besøg i tabel 3.

34 Opgørelsen tager ikke højde for, hvor mange læger der er tilknyttet hver enkelt praksis. Derfor kan der ikke sættes lighedstegn mellem procentopgørelserne og antallet af læger, som opgørelsen er gældende for.

Figur 10: Diabetesprojektets programteori



De besøgte praksis havde også nedenstående forslag til initiativer og undervisning for lægerne og deres personale, som kunne understøtte behandlingen i almen praksis:

- Injektionsbehandling – hvornår, hvordan m.m.
- Studiebesøg for praksispersonale i ambulatoriet
- Erfaringsgruppe for praksispersonale der arbejder med diabetes – understøttet med undervisning og kompetencer fra ambulatoriet
- Hotline for læger og personale med behov for sparring om behandling.

Besøgsrunden endte derfor med, at projektgruppen fik en værdifuld viden, som kunne indgå i det fremtidige samarbejde med de praktiserende læger. Projektgruppen brugte de

indsamlede erfaringer til at udsende et nyhedsbrev til almen praksis med tilbud om nedenstående aktiviteter:

- Alt praksispersonale, der arbejder med diabetes, blev inviteret til studiedage i ambulatoriet, dels for at få indblik i sygehusets perspektiver på patienternes behandling og samarbejdet med almen praksis, dels for at give mulighed for faglig sparring med sygehusets personale.
- Afdelingen besluttede at udsende et halvårligt elektronisk nyhedsbrev med information om nye tiltag i diabetesbehandlingen og kontaktoplysninger, som de praktiserende læger og deres personale kan bruge ved behov for sparring.
- Første nyhedsbrev indeholdt også en invitation til to temaeftermiddage for praksispersonale i august og

september 2011. Emnerne var henholdsvis injektionsbehandling og god samtaleteknik i konsultationer med diabetespatienter. Møderne skulle samtidig bruges til at afklare, om der var interesse for at danne et fagligt netværk, hvor praksispersonalet kunne udveksle erfaringer og få faglige input fra ambulatoriet og inviterede oplægsholdere.

- At fremtidige informationsmøder om diabetesbehandling skulle afholdes i samarbejde med Middelfart og Fredericia kommuner for at signalere over for de praktiserende læger, at der var tale om to ligeværdige samarbejdspartnere i diabetesbehandlingen.

5.4.2 Status for aktiviteter rettet imod almen praksis

Den 6. september 2011 blev der afholdt et undervisningsarrangement om insulinbehandling, hvor der deltog 15 praksissygeplejersker, tre SOSU-assistenten og en praktiserende læge. Tre praksis fra Middelfart Kommune og 10 praksis fra Fredericia Kommune var repræsenteret på mødet.

5.4.3 Erfaringer fra arbejdet med at udvikle et fælles patientskolekoncept

Det lokale samordningsforum besluttede den 27. januar 2011, at projektgruppen skulle arbejde videre med det fælles patient-skolekoncept³⁵. Hvis modellen viste sig at være en succes, var hensigten at udbrede lignende modeller til hele Sygehus Lillebælt og alle de diagnoser, der er omfattet af forløbsprogrammer. Derfor kunne projektsygeplejerskerne og de kommunale samarbejdspartnere fra Middelfart og Fredericia kommuner starte udviklingsarbejdet umiddelbart efter deres udviklingsdag i januar.

På arbejdsgruppens første møde (marts 2011) blev det klart, at der var mange uafklarede praktiske forhold, som skulle på plads, før projektgruppen kunne gå i gang med at implementere den nye model. Mødet resulterede derfor i et katalog af udviklingsopgaver, der skulle afklares, før den nye samarbejdsmodel kunne starte:

- Den planlagte harmonisering af kommunernes og sygehusets undervisningstilbud trak ud, fordi der stadig ikke var kommet afklaring på rammer og indhold af diabetesundervisningen på Sygehus Lillebælt.
- VisInfoSyd³⁶ – der skulle udarbejdes en integreret beskrivelse af sygehusets og kommunens tilbud, så der fremstod en samlet palet af tilbud over for almen praksis.
- Afklaring af hvem i kommunen der kunne modtage henvisninger fra almen praksis, i hvilket omfang der skulle være en kommunal visitation, og hvordan en sådan kunne tilrettelægges, så der ikke var et unødigt overlap til de praktiserende lægers visitation.

- Afklaring af hvor mange ekstra omkostninger den nye model ville medføre for kommunerne, og om der var politisk opbakning til at bruge ekstra ressourcer på en ny funktion.
- It: En af projektgruppens største udfordringer bestod i at omlægge almen praksis henvisninger, så de gik til kommunerne i stedet for sygehuset, samt i at etablere tovejskommunikation mellem kommuner og sygehus.
- Kommunikation: Der skulle aftales en fremgangsmåde, som sikrede, at de praktiserende læger fortsatte med at henvise patienter til diabetesundervisningen, og at henvisningerne var korrekte.
- Implementering og opfølgning: Når modellen var klar til at blive implementeret, skulle der være en plan, der sikrede a) opfølgning på implementeringen, b) monitorering af modellens betydning for antallet af henvisninger, og c) opfølgning på hvordan arbejdet med at give individuelle forløb fungerede.

Efter mødet lavede de kommunale ledere fra projektgruppen indstillinger om den fælles undervisningsmodel til deres kommunale sundhedsudvalg. Disse blev godkendt i løbet af foråret 2011, samtidig med at arbejdsgruppen fortsatte med at konkretisere indsatsområderne. DSI's interview fra maj 2011 viste dog, at arbejdsgruppen havde svært ved at holde styr på de forskellige udviklingsspor, samt at flere af opgaverne ikke kunne komme i gang, fordi der manglede afklaring af de overordnede rammer. Gruppen havde derfor en oplevelse af, at møderne startede forfra, hver gang arbejdsgruppen mødtes, og deltagerne efterlyste hjælp til at sikre fremdriften i udviklingsarbejdet.

Gruppens anden udviklingseftermiddag med DSI blev der brugt til at beskrive nedenstående tre udviklingsspor med hver deres udviklingsopgaver og milepæle:

1. Harmonisering af gruppeundervisning, individuelle tilbud og fælles information på VisInfoSyd
 - a. Rammer for fremtidig diabetesundervisning på Sygehus Lillebælt og muligheder for individuel oplæring i ambulatoriet afklares hurtigst muligt.
 - b. Kommunalt serviceniveau for gruppetilbud og individuel livsstilsrådgivning afklares hurtigst muligt.
 - c. Når 1.a og 1.b er på plads, reviderer de ansvarlige fagpersoner undervisningsprogrammer, der supplerer hinanden, så de supplerer hinanden inden for de overordnede rammer.
 - d. Når undervisningsprogrammet er på plads, udarbejder de ansvarlige fagpersoner fælles beskrivelser af diabetes-tilbuddene og får dem lagt på VisInfoSyd.

35 Mødereferatet kan ses i sin fulde ordlyd på <http://www.regionsyddanmark.dk/wm271478>.

36 VisInfoSyd er Region Syddanmarks elektroniske sundhedsportal, der samler sundhedsfaglig information til kommuner, almen praksis og sygehuse. En beskrivelse af diabetesprojektets integrerede undervisningsforløb og henvisningsvejledning for almen praksis findes på: <http://www.visinfosyd.dk/wm302118>.

2. Henvisninger fra almen praksis og implementering af elektronisk kommunikation
 - a. Arbejdsgruppen, de praktiserende læger fra projektgruppen og relevante it-ansvarlige fra sygehus og kommuner sikrer, at der er åbent for elektronisk henvisning fra almen praksis til kommune samt elektronisk tovejskommunikation mellem kommune og sygehus via korrespondancemeddelelser.
 - b. Når ændringerne er på plads, og der er sat en dato for, hvornår den nye model træder i kraft, kommunikeres ændringer til almen praksis via nyhedsbreve og opfølgning på ambulatoriets årlige informationsmøder (som nu afholdes i samarbejde med repræsentanter fra det kommunale sundhedsområde).
 - c. Efterfølgende følger projektgruppen op, på hvordan henvisningsmønstret udvikler sig, når den nye model introduceres – og følger op, hvis der sker u hensigtsmæssige forandringer.
3. Definere rammer og opgaver for den kommunale diabeteskoordinator³⁷
 - a. Ansvar for kommunal koordination og visitation gives til de medarbejdere, som i forvejen har fagligt ansvar for det kommunale diabetestilbud.
 - b. Kun patienter, hvor den praktiserende læge eller patienten selv er i tvivl, tilbydes en afklarende samtale om, hvilke ydelser der skal indgå i deres forløb.
 - c. Afklaring af hvilke oplysninger der skal dokumenteres i kommune og på sygehus, og hvordan den skal sendes til patientens egen læge.

Umiddelbart efter mødet aftalte projektgruppen en række arbejdsmøder og deadlines, der skulle sikre, at den nye samarbejdsmodel var klar til at træde i kraft pr. 1. januar 2012.

Opsamling på udviklingsarbejdet i efteråret 2011

Planen for efterårets udviklingsarbejde viste sig at holde i praksis, ligesom arbejdet med at harmonisere diabetesundervisningen på Sygehus Lillebælt blev afsluttet. I december 2011 havde gruppen således:

- Udarbejdet en fælles beskrivelse af undervisningens indhold, formål og metoder på tværs af kommuner og sygehus.
- Udarbejdet fælles beskrivelser af undervisningsforløbet og henvisningsvejledninger på VisInfoSyd.
- Udviklet og afprøvet den elektroniske henvisningspraksis og kommunikation.
- Informeret almen praksis om ændringerne i ambulatoriets halvårige nyhedsbrev.

- Inviteret praktiserende læger og praksispersonale til et fælles informationsmøde (marts 2012) om projektets resultater og den nye patientuddannelse.
- Fastlagt at projektgruppen formelt eksisterer frem til september 2012, og det sidste halve år skal bruges til at følge og justere det praktiske samarbejde i den sammenhængende patientuddannelse. Efter juni 2012 forventer projektgruppen, at de nye henvisningspraksis og samarbejdsrelationer er fuldt integreret i hverdagen.

5.4.4 Videndeling med ambulatoriets øvrige samarbejdspartnere

I løbet af 2011 fortsatte projektsygeplejerskerne med at arrangere informationsmøder og undervisning for plejepersonale fra primærsektoren, der i forskellige sammenhænge er i kontakt og har ansvar for diabetespatienter:

- Besøg til personalet i hjemmesygeplejen. I Fredericia er der afholdt tre undervisningsdage for hjemmesygeplejersker. I Middelfart planlægges en lignende undervisningsrække i foråret 2012.
- Undervisning til praksispersonale og hjemmesygeplejersker, der var tilmeldt Region Syddanmarks kompetenceudviklingskurser. Projektsygeplejerskerne har i alt været med til at undervise ca. 200 personer.
- Tre praksissygeplejersker har i efteråret 2011 været på studiebesøg på ambulatoriet. Ifølge projektsygeplejerskerne har de tre sygeplejersker været meget tilfredse med tilbuddet, som de forventer skal være et permanent tilbud til personalet fra primærsektoren.
- Temaeftermiddag for statsautoriserede fodterapeuter (afholdes 19. januar 2012).

5.5 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af diabetesprojektets resultater

Dette afsnit sammenfatter deltagernes og DSI's vurdering af projektets resultater. Det sker med udgangspunkt i de succeskriterier, der er opstillet i projektets indsats teori, som jf. figur 10 er, at:

- Samarbejdet mellem involverede fagpersoner forbedres
- Flere patienter får anbefalede undervisnings- og livsstilstilbud
- Forløbsprogrammets arbejdsdelinger implementeres
- Almen praksis rolle i diabetesbehandlingen styrkes
- Patienterne oplever en sammenhængende indsats på tværs af aktører.

Sammenfatningen indeholder endvidere et afsnit, der præsenterer projektdeltagernes perspektiver på projektets organi-

37 Projektgruppen blev enig om underpunkterne 3.a og 3.b i forbindelse med udviklingseftermiddagen.

sation, da denne viste sig at fylde en del under de afsluttende evalueringsinterview.

Sammenfatningen er udarbejdet på baggrund af skriftligt materiale fra projektgruppen, DSI's løbende interview og samtaler med projektdeltagerne og de afsluttende evalueringsinterview med otte nøglepersoner fra og omkring projektet³⁸.

5.5.1 Et forbedret samarbejde på tværs af sygehus og kommune

Et af de væsentlige omdrejningspunkter for projektet har været at forbedre samarbejdsklimaet og det praktiske samarbejde mellem de centrale fagpersoner og ledere, der er involveret i diabetesundervisningen. DSI's samlede kendskab til projektet og nedenstående citater fra de involverede nøglepersoner indikerer entydigt, at dette mål er nået:



I starten var projektet præget af mistillid. Nu er det helt klart præget af tillid. Det kan jeg også tydeligt mærke på dem, der møder op, og de konkrete ting vi arbejder med. Det er noget helt andet end i starten. [...] Projektet har gjort, at vi har nået frem til en fælles forståelse af, hvordan forløbet skulle være, og hvordan vi kan skrue paletten af tilbud sammen på en fleksibel måde til fordel for patienterne.

Hans Gjessing, projektejer og overlæge, Fredericia Sygehus

Vi er blevet enige om, hvordan vi vil samarbejde om at give borgerne det bedst mulige forløb i fællesskab. Det er et godt resultat, for vi havde konkurrerende tilbud på en eller anden måde. [...] Det går fremad og er kun et spørgsmål om tid, før den nye samarbejdsmodel kommer til at fungere i praksis.

Lis Høge, sundhedschef, Middelfart Kommune

Diabeteskoordinator og fælles indgang til forløb er et godt udgangspunkt for tæt samarbejde. Sygehuset har udvist samarbejdsvilje, og vi kan mærke, at de har flyttet sig – det tror jeg alle parter i projektet har.

Mona Larsen, sundhedschef, Fredericia Kommune

Samtidig oplever de involverede fagpersoner, at projektet har skabt positive konsekvenser for parternes viden om hinanden og konkrete forandringer i det patientrettede arbejde:



Det er blevet nemmere at fortælle patienterne om muligheder og tilbud i kommunen, og almen praksis er begyndt at bruge os til sparring. Og så er vi begyndt at henvise patienter til hinandens tilbud.

Ulla Linding Jørgensen, projektansat diabetessygeplejerske

5.5.2 Målsætningen om at flere patienter får anbefalede undervisnings- og livsstilstilbud

Nedenstående tabel viser udviklingen i antallet af gennemførte undervisningsforløb på Fredericia Sygehus' diabetesskole:

Tabel 4: Antal gennemførte forløb på Fredericia Sygehus' diabetesskole 2009-2011

	2009	2010	2011
Praksis Fredericia	49	51	63
Praksis Middelfart	9	12	20
Praksis andre kommuner	16	9	8
Forløb initieret af eget ambulatorium	11	6	7
Gennemførte forløb i alt	85	78	98

Som det fremgår, er der (især fra praksis, der er nedsat i Middelfart Kommune) sket en pæn stigning i antallet af gennemførte undervisningsforløb. Det er ikke muligt entydigt at konkludere, at stigningen i antallet af forløb skyldes projektet, men med tanke på den gennemførte besøgsrunde og de øvrige opsøgende aktiviteter over almen praksis virker det sandsynligt. Da der hvert år findes 400-500 nye diabetespatienter i Middelfart og Fredericia kommuner, indikerer opgørelsen dog også, at det fortsat er under en fjerdedel af patienterne, der gennemfører det anbefalede undervisningsforløb på sygehuset. I den forbindelse vurderer projektgruppen, at ca. halvdelen af de nye patienter vil kunne profitere af sygehusets tilbud.

5.5.3 Målsætningerne om at styrke almen praksis' rolle i diabetesbehandlingen

Den projektansvarlige overlæge havde i mange år haft en fornemmelse af, at der a) kom for få henvisninger til diabetes-skolen, b) var for mange praksis, der ikke selv startede og varetog ukompliceret insulinbehandling, c) var en del patienter, som burde ses i ambulatoriet, fordi deres insulinbehandling var kompleks, og endelig d) at ambulatoriet skulle være bedre til at afslutte patienter til de praksis, der var i stand til at overtage opgaven.

38 Listen med nøglepersoner findes i bilag 2.

I forhold til disse mål var overlægen meget tilfreds med projektet, fordi det havde gjort det muligt at igangsætte en række undervisnings- og informationsaktiviteter, der kan hjælpe praksissektoren til at løfte de opgaver, som er beskrevet i forløbsprogrammet for diabetes. Samtidig var ambulatoriet:



Blevet meget klogere på niveauet i almen praksis og fået brugbar viden at arbejde videre med. De samtaler, jeg har med almen praksis, har også en helt anden karakter, end de havde for to-tre år siden. [...] Det virker, som om det er blevet meget mere naturligt for lægerne og deres sygeplejersker at ringe herind, når der er noget, de er i tvivl om, og det er først og fremmest ambulatoriesygeplejerskerne, der får flere opkald, fordi det er dem, der er sat ansigt på via besøgsrunden.

Hans Gjessing, projektejer og overlæge, Fredericia Sygehus

De praktiserende læger, som deltog i projektgruppen, lagde vægt på, at sygehuset har vist sig som en god og imødekommende samarbejdspartner over for almen praksis. Samtidig er lægerne positivt overraskede over, hvor langt projektgruppen er kommet med at skabe en fælles forløbsorienteret tilgang til diabetesbehandling.

Lægerne vurderede, at projektet havde været en positiv oplevelse for læger og personale i deres egen praksis. Først og fremmest fordi den fælles model for diabetesundervisningen opfyldte deres ønske om en enkel indgang til en samlet palet af diabetestilbud. Men lægerne lagde også vægt på, at projektet gav mulighed for at gøre op med den kritiske indstilling, de havde haft over for især kommunernes tilbud:



Det har været meget positivt at få indgående kendskab til kommunens medarbejdere – for vi kan jo høre, at de har styr på det. Det har virkelig været en øjenåbner for, hvor meget kommunerne godt kan i forhold til at understøtte arbejdet med livsstilsændringer for de patienter, vi har svært ved at håndtere og som ikke passer ind i sygehusets undervisningstilbud. Livsstilsændringer er absolut den største udfordring, vi sidder med på diabetesområdet.

Lis Thomsen, praktiserende læge, Fredericia Kommune

Samt at:



Det er blevet meget lettere at argumentere over for kollegerne, hvorfor de skal henvise – for det er nogle knaldgode tilbud. Det er også blevet lettere at argumentere over for patienterne.

Kristian Wendelboe, prakt. læge, Middelfart Kommune

Endelig oplevede lægerne, at projektsygeplejerskernes praksisbesøg – og de opfølgende aktiviteter – havde været gode for både læger og praksispersonale. Især praksissygeplejerskerne oplevede et positivt udbytte af ambulatoriets undervisningstilbud.

5.5.4 Målsætningen om at patienterne skal opleve et bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb

Projektets udviklingsaktiviteter har i meget lille omfang taget udgangspunkt i konkrete patientforløb. Samtidig er de mest markante ændringer i samarbejdet endnu ikke implementeret. Derfor er det ikke muligt at vurdere, om projektet har haft de ønskede konsekvenser for patienternes oplevelse af diabetesbehandlingen.

I det omfang den nye model for diabetesundervisningen bliver en succes, har projektgruppen også a) taget et væsentligt skridt for at imødekomme almen praksis vedrørende en enkel indgang til undervisningen, og b) etableret et mere sammenhængende og mere nuanceret undervisningstilbud, som er i overensstemmelse med anbefalingerne i forløbsprogrammet for diabetes.

5.5.5 Læring om projektorganisation og tværsektorielt samarbejde

Når deltagerne bliver spurgt om forhold, der har haft positiv betydning for projektets resultater, fremhæver de for det første, at den bredt sammensatte projektgruppe og de lokale udviklingsdage har lettet beslutningsprocesserne og skabt et bredt ejerskab til projektet, som øger chancen for at fastholde resultaterne.

For det andet ser deltagerne det som en fordel, at der har været ekstern støtte tilknyttet projektet, fordi den har givet en udefra kommende part, der konstant holdt gruppen fast ved at blive på sporet, og som tog fat i de uenigheder, der var. Projektejeren konkluderer derfor, at:



Hvis Regionen er interesseret i, at der bliver etableret patientforløb som dem, vi har arbejdet med i projektet, så skal de nok være opmærksomme på, at kommuner og sygehuse har brug for sparring udefra.

Hans Gjessing, projektejer og overlæge, Fredericia Sygehus

Der har dog også været barrierer for projektet. En af disse handler om, at det tværsektorielle samarbejde er startet fra bunden. Derfor er der brugt mange ressourcer – og tid – på at lære hinanden at kende og forstå, hvordan de forskellige måder at arbejde på tilsammen kan bidrage til en værdifuld helhed:



Interviewer: På opstartsmøderne og den første udviklingsdag virkede det, som om I ikke var vant til at snakke sammen ...

Projektejer: Det har du fuldstændig ret i. Jeg er slet ikke vant til at have et kommunesamarbejde overhovedet. Det er ikke noget, jeg har haft inde i synsfeltet, før vi startede med det her projekt.

Deltagerne gør imidlertid også opmærksom på en række uhensigtsmæssigheder omkring projektstarten, som har bremset projektet. Det drejer sig om, at:

- Der var en ulige relation imellem projektets parter, fordi projektbeskrivelsen var udarbejdet uden involvering af de kommunale samarbejdspartnere.
- Der kun var afsat midler til at honorere sygehusets deltagelse i projektet.
- Den første projektbemanding – hvor det var kommunale hjemmesygeplejersker, der indgik i projektgruppen – ikke matchede projektets indsatsområder.
- Parterne ikke tidligere havde samarbejdet om konkrete tiltag på diabetesområdet.
- Der var en grundlæggende uenighed om opgavedeling og økonomi mellem to centrale parter i projektet, og dette blokerede indledningsvis for samarbejdet.

Der er således mange forhold, som kan være med til at forklare, at projektet fik en langsom start, og deltagerne er enige om, at fremtidige projekter kan komme hurtigere i gang – og dermed nå længere for færre midler – hvis parterne er opmærksomme på ovenstående forhold, når projektet forberedes:



Der er ingen tvivl om, at det havde været mere bøvlet at finde sammen om projektbeskrivelsen til at starte med. Det bøv, vi ville have haft med at lave ansøgningen, har vi så til gengæld haft i projektet.

Lis Høge, sundhedschef, Middelfart Kommune

5.6 Projektstatus ved udgangen af 2011

En af de to projektsygeplejersker blev pr. 1. januar 2012 ansat som tværgående diabeteskoordinator for hele Sygehus Lillebælt³⁹. I den funktion vil sygeplejersken sammen med de medicinske afdelinger på Sygehus Lillebælt have ansvar for faglig opdatering af diabetesundervisningen og den fortsatte udvikling af samarbejde og kommunikation med diabetesambulatoriernes samarbejdspartner i primærsektoren. Dermed viderefører koordinatoren i en permanent stilling arbejdet med nedenstående indsatsområder, som er tæt forbundet med de udviklingsopgaver, der har været centrum for de to forløbskoordinatorers opgaver i forløbskoordinationsprojektet:

- Konsulentfunktion i forhold til primær sundhedstjeneste og diabetescentre
- Medvirke til implementering af patientforløbsprogram samt gældende retningslinjer
- Koordinere og sikre uddannelsestilbud til sundhedspersonale
- Samarbejde med øvrige diabeteskoordinatorer om kvalitetssikring og -udvikling.

39 Dvs. Kolding, Fredericia og Vejle sygehuse.

6 Et rehabiliteringsforløb – to sektorer. Forløbskoordination i hjerterehabiliteringen på Vejle Sygehus⁴⁰

Det tredje af rammeprojektets fire delprojekter omhandler forløbskoordination af hjerterehabiliteringen på Vejle Sygehus. I dette kapitel beskrives a) baggrund og formål, b) indsatsområderne, c) resultater og erfaringer og d) projektgruppens fremadrettede planer for indsatsen.

6.1 Projektets baggrund og formål

Projektet byggede videre på et eksisterende udviklingssamarbejde

Da Hjertemedicinsk Afdeling ansøgte om midler til at arbejde med forløbskoordination, havde afdelingen allerede brugt et år på at udvikle hjerterehabiliteringen i samarbejde med sundhedsområdet i Vejle Kommune⁴¹. Samtidig var der udarbejdet detaljerede evidensbaserede vejledninger, forløbsbeskrivelser og forløbsorienterede journalværktøjer, som omfattede hele rehabiliteringsforløbet⁴².

I denne periode bestod sygehusets sygeplejefaglige rehabiliteringsteam af ni sygeplejersker, som skiftedes til at bemande rehabiliteringsklinikken. En af de ni sygeplejersker havde, som konstitueret specialeansvarlig sygeplejerske, et særligt ansvar for at udvikle rammerne for rehabiliteringen sammen med øvrige medarbejdere fra sygehuset og Vejle Kommune.

Alligevel oplevede de ansvarlige fagpersoner og ledere, at det ikke var lykkedes at få den praktiske organisering af forløbet på plads, og satsningen på det sygeplejefaglige rehabiliteringsteam havde ikke givet de ønskede resultater. Det skyldtes ifølge de ansvarlige nøglepersoner, at:

- Der var for mange sygeplejersker i rehabiliteringsteamet, som hver især havde for lidt tid til arbejdet med rehabilitering. Dette mindskede både sygeplejerskernes faglige formåen, kvaliteten af deres arbejde og teamets mulighed for at give hver patient en fast kontaktperson på tværs af rehabiliteringsforløbet.
- Den udviklingsansvarlige sygeplejerske manglede beskyttet tid til at varetage sine udviklingsopgaver. Det gjorde udviklingsopgaverne til en stressfaktor og var medvirkende til, at udviklingsarbejdet ikke var kommet ordentligt i gang.

Samtidig manglede der ressourcer til at adressere nedenstående problemstillinger:

- Der var fortsat mange patienter, som faldt fra eller aktivt fravalgte hjerterehabiliteringen i henholdsvis overgangen

fra ambulans udredning/indlæggelse på sengeafdeling til sygehusets rehabilitering og i overgangen fra sygehusets til kommunens del af rehabiliteringsforløbet.

- Alle patienterne blev ikke systematisk henvist til hjerterehabiliteringstilbuddet.
- Sætte fokus på stratificering af den særligt sårbare patient for at efterleve sygehusets målsætning om at levere en socialt differentieret hjerterehabilitering.
- Der var ikke arbejdet systematisk med at informere almen praksis om deres forventede rolle i hjerterehabiliteringen, ligesom der ikke var fokus på at give en rehabiliteringsstatus på de særligt sårbare patienter, der blev afsluttet til opfølgning hos egen læge. Det rehabiliteringsansvarlige personale på sygehuset var derfor usikre på, om patienterne oplevede en god overgang til almen praksis efter endt rehabiliteringsforløb.
- Behovet for fælles tværsektoriel elektronisk kommunikation.

Forløbskoordination blev introduceret som en del af en omstrukturering af hjerterehabiliteringsteamet

I lyset af disse erfaringer havde ledelsen af Hjertemedicinsk Afdeling besluttet at reorganisere det sygeplejefaglige rehabiliteringsteam. Fremadrettet skulle teamet kun bestå af fire hjertesygplejersker, hvoraf en skulle fungere som specialeansvarlig sygeplejerske. Funktionen indebærer et ansvar for den daglige fordeling af arbejdsopgaver i teamet og ansvar for at opdatere og justere teamets arbejde med udgangspunkt i nyeste evidensbaserede viden om hjerterehabilitering.

Målet med teamets arbejde – og dets samarbejde med øvrige aktører i rehabiliteringsforløbet – var uændret:

- At levere et sammenhængende rehabiliteringsforløb for patienter med iskæmisk hjertesygdom, som lever op til gældende retningslinjer (beskrevet samlet i det regionale forløbsprogram (30)) og med mindst muligt fravalg og frafald blandt patienterne.

Ovenstående beslutninger var taget, da Region Syddanmarks projekter om forløbskoordination blev meldt ud og der var igangsat en ekstern ansættelsesprocedure af rehabiliteringsteamets nye sygeplejefaglige teamleder. Afdelingsledelsen så dog en oplagt mulighed styrke de planlagte aktiviteter ved at søge om midler fra rammeprojektet om forløbskoordination. De ansøgte midler skulle styrke rehabiliteringen ved at:

⁴⁰ Ved ønske om yderligere information om projektet i Vejle er der mulighed for at kontakte specialeansvarlig overlæge Vibeke Brogaard Hansen: Vibeke.Brogaard.Hansen@slb.regionsyddanmark.dk eller hjertesygplejerske Vibeke Pind, der fungerer som teamleder, specialeansvarlig for rehabilitering og forløbskoordinator i teamet: Vibeke.Pind@slb.regionsyddanmark.dk

⁴¹ Disse kan ses på: <http://www.visinfosyd.dk/default.asp?id=303423>.

⁴² Hjerterehabiliteringen i Region Syddanmark er delt imellem sygehus og kommune. Sygehuset har ansvar for undervisning og genoptræning i de første 6 uger af fase 2 (fase 2A), mens kommunen har ansvar for videre træning og evt. livsstilsrådgivning i de resterende 2 uger (fase 2B). Enkelte kommuner – bl.a. Vejle – har valgt at tilbyde genoptræning i 6 uger frem for de lovpligtige 2.

- Frikøbe medarbejdere fra rehabiliteringsforløbet, så de fik beskyttet tid til at udvikle samarbejdet, den elektroniske kommunikation og den logistiske sammenhæng på tværs af rehabiliteringen.
- Indarbejde systematisk støtte til sårbare patienter, som falder fra forløbet eller passer dårligt ind i de holdbase-rede rehabiliteringstilbud.

Sideløbende med forløbskoordinationsprojektet er der gennemført en overordnet evaluering af hjerterehabiliteringen

Hjerteafdelingen ønskede også at gennemføre en overordnet evaluering af hjerterehabiliteringen. Evalueringen skulle for det første give hjerteafdelingen og Vejle Kommune ny viden om korttids- og etårseffekten af hjerterehabiliteringen. For det andet skulle den medvirke til at ensrette og optimere dokumentationsaktiviteterne og den elektroniske kommunikation på tværs af det tværsektorielle rehabiliteringsforløb. Evalueringen skulle gennemføres med udgangspunkt i:

- To fokusgruppeinterview afholdt i henholdsvis foråret 2010 og foråret 2012. I hvert interview deltog seks-otte patienter, der havde gennemført rehabiliteringsforløbet. Første interview havde til formål at kvalificere projektgruppens udviklingsarbejde, mens det andet (som endnu ikke er gennemført) har til formål at samle op på, om det var lykkedes at gennemføre de forbedringer, som patienterne har anbefalet.
- Patientspørgeskemaer, der afdækker psykosocial status, helbredsrelateret livskvalitet, patientevaluering af rehabiliteringsindsatsen og selv vurderet evne til at håndtere kronisk sygdom. Spørgeskemaundersøgelsen er udleveret tre gange: a) ved afslutningen af det akutte sygdomsforløb (fase 1), b) ved afslutningen af det 12 ugers rehabiliteringsforløb (fase 2) og ved en afsluttende etårs opfølgning (afslutningen af fase 3).
- Fysiske test (BORG 15 cykeltest) og opfølgning på den kliniske effekt af hjerteforløbene (baseret på blodprøver, blodtryk, vægt mm). Disse test blev gennemført på samme tidspunkter som spørgeskemaerne under ovenstående punkt.
- Opfølgning på genindlæggelser og dødelighed.

Resultaterne af evalueringen foreligger først ved udgangen af 2012, og de er ikke direkte relaterede til rammeprojektet om udvikling af forløbskoordination. Derfor gennemgås erfaringerne ikke systematisk i nærværende beskrivelse⁴³. Evalueringsaktiviteterne har imidlertid skabt samarbejdsrelationer

og fælles viden på tværs af rehabiliteringen, der har været værdifuld for projektgruppens øvrige udviklingsopgaver.

6.2 Projektets organisation og indsatsområder

Vejle Sygehus fik godkendt sin ansøgning i maj 2010, og umiddelbart efter blev der afholdt to opstartsmøder mellem nøglepersoner fra Hjertemedicinsk Afdeling på Vejle Sygehus og sundhedsområdet i Vejle Kommune. Møderne viste, at parterne var enige om de mål og midler, der var opstillet i projektet, samt at Vejle Kommune havde mulighed for at allokere en del af deres kronikermidler til at samarbejde om projektet.

Samtidig havde parterne allerede et tværsektorielt rehabiliteringsteam (etableret som led i det forudgående udviklingsarbejde), hvor de relevante fagpersoner mødtes og drøftede samarbejdet om hjerterehabilitering fire gange årligt, mens de relevante ledere mødtes to gange om året. Derfor blev der etableret en projektorganisation, som byggede videre på de eksisterende samarbejdsrelationer (se figur 11 næste side).

Udviklingssamarbejdet var af praktiske årsager afgrænset til kun at inkludere Vejle Kommune, hvor 78 % af sygehusets hjertepatienter er hjemmeboende. Intentionen var samtidig, at projektets resultater og nye arbejdsgange på sigt skulle komme alle patienter til gode uanset hjemkommune.

Den nyansatte teamleder blev frikøbt til at udvikle rammerne for teamets arbejde med forløbskoordination og til at fungere som teamets kontaktperson for patienter og samarbejdspartnere⁴⁴. Stillingen var normeret til, at teamlederen skulle bruge halvdelen af tiden på arbejdet med forløbskoordination og udvikling og halvdelen af tiden på patientrettet kontakt og undervisning på sygehusets hjerteforløb.

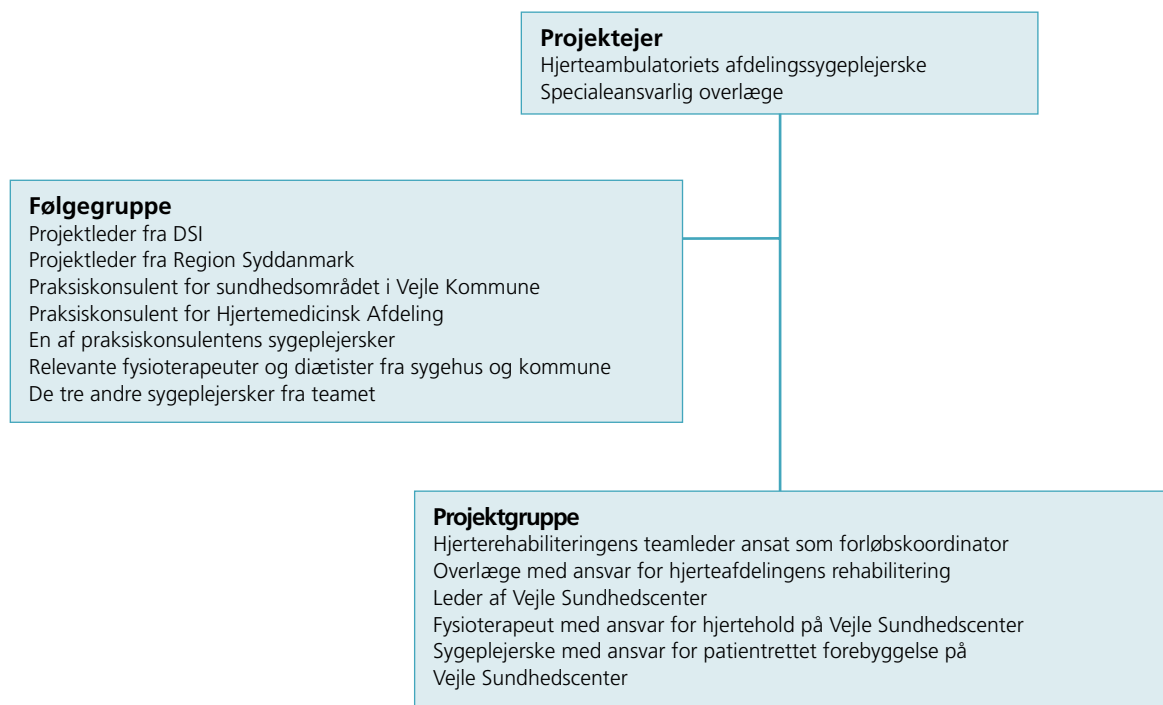
Afdelingens rehabiliteringsansvarlige overlæge og de fagpersoner, der havde ansvaret for den kommunale del af rehabiliteringen, indgik i den primære projektgruppe. Samtidig blev der nedsat en relativt stor følgegruppe, som repræsenterede alle de andre parter, der var involveret i rehabiliteringsforløbet. Når det var relevant, deltog deltagerne fra følgegruppen i projektgruppens møder og udviklingsaktiviteter.

Projektet startede officielt den 1. september 2010, men teamlederen tiltrådte sin stilling allerede pr. 1. april 2010. Tiden frem til projektstart blev først og fremmest brugt på patientrettet arbejde og på at lære hjerterehabiliteringen og de involverede fagpersoner at kende. De første måneder gav dog også teamlederen mulighed for at kortlægge de eksisterende samarbejdsrelationer, overgange og problemstillinger i rehabiliteringsforløbet.

43 Der kommer en selvstændig evalueringsrapport ved udgangen af 2012. Ved ønske om yderligere information kan den rehabiliteringsansvarlige overlæge Vibeke Brogaard Hansen kontaktes på: Vibeke.Brogaard.Hansen@slb.regionsyddanmark.dk.

44 I resten af rapporten omtales sygeplejersken som forløbskoordinator.

Figur 11: Projektorganisationen for forløbskoordinatorprojektet i Vejle



Dette arbejde resulterede i et katalog med de indsatsområder og udviklingsopgaver, som er samlet i figur 12 (se næste side). Figuren er udarbejdet med inspiration fra virkningsevaluering og beskriver de indsatser, forventede årsagssammenhænge og forventede virkninger, der er arbejdet med i hjerteprojektet.

Nedenstående afsnit begrundet og beskriver programteoriens hovedelementer og de succeskriterier, der var knyttet til dem.

6.2.1 Optimeret overlevering fra sengeafdeling og ambulatorium til rehabilitering

Alle patienter, der er relevante for hjerterehabiliteringsklinikken, starter forløbet med en akut indlæggelse eller en ambulant kransåreundersøgelse (KAG), som viser, at patienten har behandlingskrævende åreforkalkning i hjertets kranspulsårer. Selvom der i udgangspunktet var procedurer for, at patienterne skulle informeres om rehabiliteringsforløbet, kneb det med at få integreret informationen på en måde, der sikrede, at alle patienter modtog den.

Problemerne knyttede sig både til, at der var patienter, som ikke blev informeret om rehabiliteringen, og til at den information, der blev givet, i for lille grad var tilpasset den enkelte patients situation og behov. Konsekvensen var dels, at en del patienter (ca. 5 % af de akut indlagte og ca. 20 % af de ambulant udredte) ikke fik den indledende afklaringsamtale, der bruges til at planlægge et rehabiliteringsforløb, i

det omfang patienten ønsker og magter det, dels at den information, som blev givet til patienterne, ikke var ensartet på tværs af fysioterapeuter, sygeplejersker og læger.

Projektet skulle derfor udvikle og implementere nye arbejdsgange, der sikrede, at alle patienter fik en optimal information, som var individuelt afstemt til den enkelte patients situation. For at sikre en systematisk opfølgning på dette indsatsområde havde teamlederen ansvaret for at indkalde alle henviste patienter til opstartssamtaler med en af teamets fire sygeplejersker – og for at monitorere, at alle relevante patienter blev henvist til teamet.

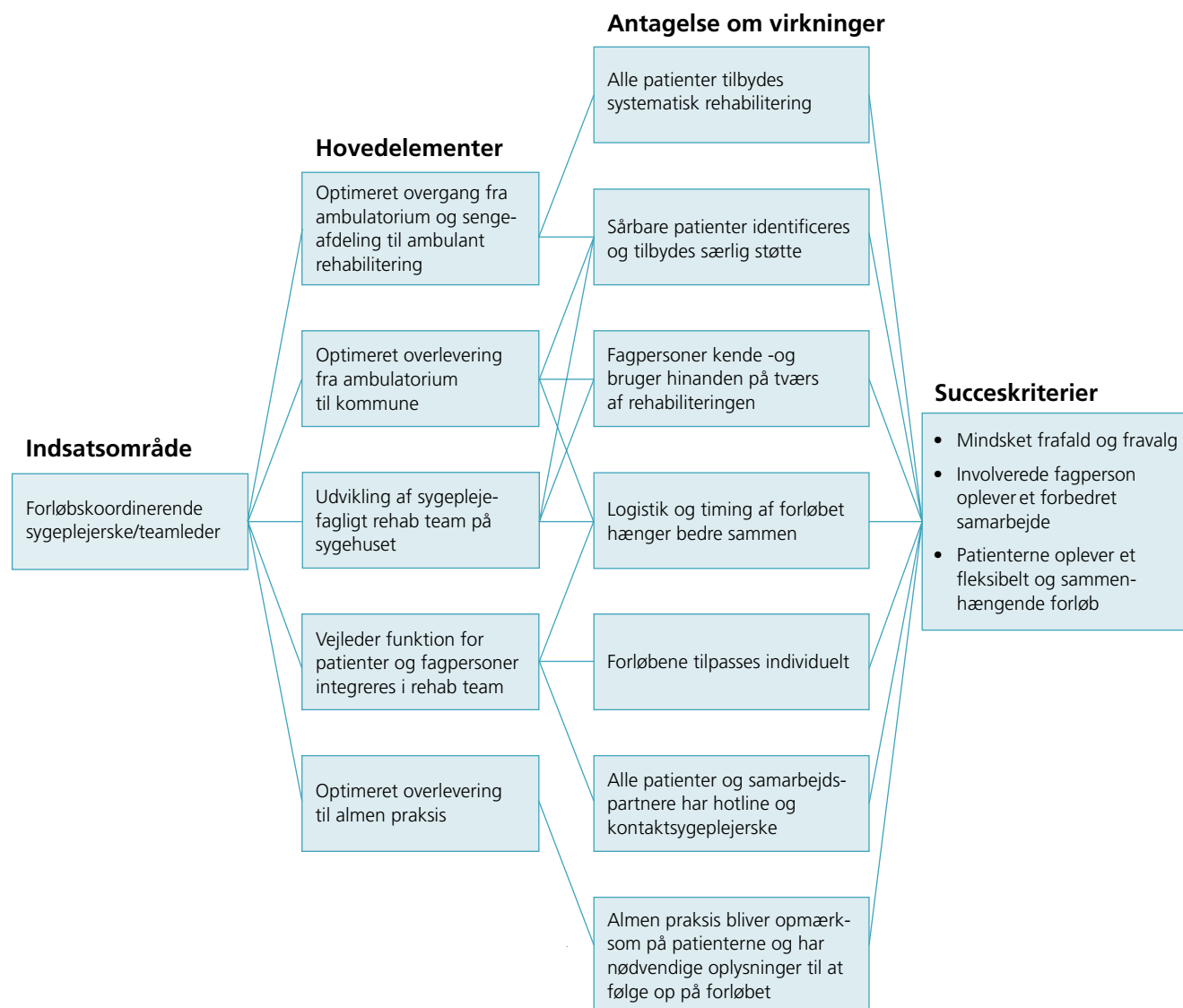
Succeskriteriet var, at alle relevante patienter gennemførte rehabiliteringsforløbets startssamtale, samt at mindst 70 % skulle gennemføre det anbefalede rehabiliteringsforløb.

6.2.2 Bedre sammenhæng imellem sygehusets og kommunens indsatser

Et kendt problemområde knyttede sig til, at mange patienter faldt fra rehabiliteringen, når de skulle skifte fra sygehuset til kommunal træning. Projektgruppen vurderede, at dette kunne ændres, hvis sygehusets fagpersoner, som en integreret del af forløbet, informerede og motiverede patienterne til at fortsætte på den kommunale del af forløbet.

Et andet problemområde knyttede sig til, at der i den daglige praksis manglede en fælles plan for logistikken i det tværsektorielle forløb. Det betød, at patienter, der gik på den

Figur 12: Vejleprojektets programteori



kommunale del af forløbet, jævnligt blev indkaldt til afslutningssamtaler på sygehuset, før de var klar til det. Endvidere blev patienterne ofte indkaldt på tidspunkter, hvor der var planlagte aftaler i den kommunale rehabilitering. Konsekvensen var, dels at patienterne meldte afbud til den kommunale træning til fordel for deres tid på sygehuset, dels at den afsluttende ambulante kontrol på sygehuset blev gennemført på at ufuldstændigt grundlag.

Teamlederen skulle derfor – sammen med resten af det tværsektorielle rehabiliteringsteam – koordinere de fremtidige indsatser og udvikle et tættere samarbejde, som gjorde det muligt at:

- Arbejde mere målrettet på at støtte og motivere patienterne til at fortsætte på den kommunale del af rehabiliteringsforløbet.
- Udvikle og implementere arbejdsredskaber, der fjernede de u hensigtsmæssige overlap i logistikken omkring forløbet.
- Etablere en kommunikationspraksis, som sikrede en rettidig og elektronisk overlevering af relevante patientoplysninger til de fagpersoner, der sad på næste trin i rehabiliteringen.

Succeskriteriet var, at andelen af patienter, der vælger at fortsætte på den kommunale del af rehabiliteringen, blev øget fra 46 % til 55 % i løbet af projektperioden, samt at patienter og fagpersoner oplevede et bedre samarbejde og et mere sammenhængende patientforløb på tværs af rehabiliteringen.

6.2.3 Udvikling af det sygeplejefaglige rehabiliteringsteam

Teamlederen skulle introducere arbejdsgange, som sikrede, at sårbare patienter blev identificeret og tilbudt individuelt tilpasset rehabilitering – fx i form af supplerende samtaler hos deres kontaktsygeplejerske og afdelingens læger.

Det nye – og mindre – sygeplejersketeam var også etableret for, at flere patienter skulle møde den samme kontaktsygeplejerske på tværs af rehabiliteringsforløbet. Teamlederen skulle derfor udvikle et samspil imellem teamets vagtplaner, patienternes fremmødeforløb og afdelingens bookingsystemer, der sikrede dette.

Endelig havde teamlederen det faglige ledelsesansvar for at prioritere og fordele opgaverne i teamet samt for at afholde planlægnings- og undervisningsmøder for teamet. Opgaven blev varetaget i dialog med den ansvarlige afdelingssygeplejerske, som også beholdt personaleansvaret for teamets sygeplejersker.

Succeskriteriet var, at teamet og dets samarbejdspartnere oplevede et velfungerende teamsamarbejde ved udgangen af projektperioden.

6.2.4 Kontakt- og støtteperson for patienter og samarbejdspartnere

Som noget nyt var det besluttet, at patienter og samarbejdspartners skulle have en let tilgængelig og direkte kontaktmulighed til hjerterehabiliteringen. Til det formål havde teamet sin egen mobiltelefon (som var åben fra kl. 8-15 hver dag) og en mailadresse, som blev udleveret til alle patienter og samarbejdspartnere.

Dette skulle give patienterne nem adgang til vejledning om deres sygdom og rehabilitering, mulighed for psykisk støtte og mulighed for at melde afbud og ændre tider. Kontaktfunktionen indebar også et aktivt ansvar for at følge personligt op på manglende fremmøde til hele eller dele af rehabiliteringen.

Den åbne telefon skulle – suppleret med teamets mailadresse – også give rehabiliteringsklinikens samarbejdspartnere en synlig og nem adgang til at afklare tvivlsspørgsmål samt mulighed for hurtigt at kunne koordinere komplicerede patientforløb og opfyldning af hold ved afbud fra patienter.

Succeskriteriet for hjerteteamets 'hotline'-funktioner var, at patienter⁴⁵ og samarbejdspartnere oplevede, at teamet var tilgængeligt, og at de kunne få hjælp med de problemer, de henvendte sig med. Samtidig skulle der være etableret løsninger, som kunne fungere i almindelig drift, når projektmidlerne udløb ved midten af 2012.

6.2.5 Overlevering af information til almen praksis ved afslutning af forløb

Tidligere havde der været fokus på at opfordre patienten til at tage kontakt til egen læge efter endt rehabilitering, og der blev sendt en et ambulant statusnotat til egen læge. Der var dog ikke gjort noget for at give lægen en særskilt status på patienternes deltagelse, resultater – og evt. frafald – fra hjerterehabiliteringen. Derfor var det besluttet, at rehabiliteringsteamet skulle have særligt fokus på at orientere egen læge om disse forhold, samt at arbejde på at gøre lægerne opmærksom på de muligheder, der lå i værktøjet.

Målsætningen var, at de praktiserende læger ved afslutningen af projektet både skulle have et bedre kendskab til hjerterehabiliteringen som helhed og en specifik viden om deres hjertepatienter, som understøttede praksis opfølgning på sygdomsforløbet.

6.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet

De nedenstående afsnit sammenfatter projektgruppens væsentligste udviklingsopgaver og de erfaringer, som projektgruppen gjorde i de første 18 måneder af projektet. Afsnittene er udarbejdet på baggrund af deltagerobservation af projektsygeplejersken, interview med projektsygeplejersken og dennes kommunale kontaktpersoner, fælles udviklingseftermiddage, interview med nøglepersoner og skriftligt materiale fra projektet.

6.3.1 Erfaringer med at optimere indgangen til rehabiliteringsforløbet

Overgangen fra sengeafdeling til rehabiliteringssamtale

Sygehusets sengeafdeling var ved projektstart i gang med en større omorganisering, som udgjorde en barriere for intentionen om at sætte fokus på rehabilitering. Derfor blev det i første omgang rehabiliteringsteamets sygeplejersker, der påtog sig opgaven med at opspore relevante patienter for hjerterehabiliteringen samt at lave individuelle aftaler for, hvem der informerede patienterne.

Det skete ved, at to af rehabiliteringsteamets sygeplejersker – som har størstedelen af deres arbejdstid på sengeafdelingen – fungerede som teamets ambassadører for rehabilitering over for afdelingens øvrige personale. Samtidig havde teamlederen igangsat en daglig screening af afdelingens indlagte patienter. På de dage, hvor en af teamets sygeplejersker var på afdelingen, var det vedkommende, der screenede listen over indlagte patienter og sørgede for, at den stuegangsgående sygeplejerske informerede patienterne. På de resterende dage var det teamlederen, som screenede patientlisten og lavede aftaler med sygeplejersker fra sengeafdelingen om, at de informerede patienterne inden udskrivelse. Dette ar-

45 Patienternes oplevelse afdækkes via de spørgeskemaundersøgelser, der indgår i sygehusets egen evaluering.

bejde blev struktureret med udgangspunkt i teamets vagtplaner, som sikrede, at der altid var en sygeplejerske fra rehabiliteringsteamet, som kunne stå for screeningen.

I første omgang ledte projektet derfor ikke til personuafhængige rutiner, som sikrede, at de indlagte patienter modtog information om rehabiliteringen på lige fod med informationen om den øvrige behandling. Teamlederen vurderede, at screeningen – og aftaler med det personale, der skulle informere patienterne – tog fem-ti minutter om dagen. Samtidig vurderede hun, at rutinen fangede de relevante patienter, og at tiden derfor var givet godt ud.

Afdelingen kom på plads efter omstruktureringen i løbet af 2011. I den forbindelse udarbejdede den rehabiliteringsansvarlige overlæge nye procesbeskrivelser for hjerterehabiliteringen, som entydigt beskrev, hvem og hvordan sengeafdelingens patienter skulle informeres om hjerterehabilitering. Ved udgangen af 2011 var de nye procedurer så integreret på sengeafdelingen, at hjerteteamets daglige screening var blevet overflødig.

Patienter der blev udredt ambulant for kranspulsåreforsnævring (KAG-udredning)

Fra 1. december 2010 blev der indført en ny arbejdsgang, som sikrede, at teamlederen tidligt i udredningsforløbet blev adviseret om alle patienter, hvor der var fundet behandlingskrævende åreforkalkning. Herefter kunne teamlederen med det samme indkalde disse patienter til en opstartssamtale. Projektets nøglepersoner var tilfredse med denne løsning, fordi arbejdsgangen var hurtig, samtidig med at den sikrede, at alle relevante patienter blev indkaldt væsentligt hurtigere til rehabilitering sammenlignet med udgangspunktet.

6.3.2 Erfaringer med at forbedre sammenhængen på tværs af sygehus og kommune

I efteråret 2010 igangsatte projektgruppen tre initiativer, der tilsammen skulle øge andelen af patienter, som fortsætter i den kommunale del af rehabiliteringsforløbet.

Øget fokus på at motivere patienterne til at fortsætte med kommunal træning

Når hjertepatienter har gennemgået et akut indlæggelsesforløb og skal til at starte på et rehabiliteringsforløb, er mange i en sårbar situation, hvor de har svært ved at overskue de mange aktiviteter, der er indeholdt i rehabiliteringen. Derfor er det ofte først, når patienterne er et stykke inde i forløbet, at de er i stand til at vurdere, om de kommunale tilbud er noget for dem.

Derfor gjorde sygehusets sygeplejeteam og fysioterapeuter fra efteråret 2010 en ekstra indsats for at informere patienterne om de kommunale tilbud som led i samtaler, undervisning og træningssessioner. Samtidig blev det aftalt at revidere rehabiliteringens informationsmateriale, så det blev tydeligere, at der var tale om et samlet rehabiliteringsforløb på 12 uger.

Kommunens fysioterapeuter møder patienterne, allerede mens de er på sygehuset

Den ansvarlige terapeut fra Vejle Kommune havde tidligere besøgt hjerteholdene for at se patienternes træning på sygehuset. Men nu lavede projektgruppen en permanent aftale om, at alle hjertehold fik besøg af en kommunal terapeut i den sidste uge på sygehusets forløb. Besøget blev brugt til at:

- Sætte et ansigt på de terapeuter, som patienterne skulle fortsætte hos.
- Informere om hvordan den kommunale træning bygger videre på sygehusets og svare på spørgsmål fra patienterne.
- Udlevere en forløbsplan med tider og datoer til hver patient. Patienter, som ikke var på holdet den pågældende dag, modtog som tidligere informationerne med posten.
- Se patienterne træne og snakke med hver enkelt om deres individuelle behov og forventninger de har til den fortsatte træning i kommunen.

De kommunale terapeuter bruger ca. to arbejdstimer om måneden på at besøge hjerteholdene. Og de vurderede, at tiden var givet godt ud, fordi besøget gav dem nyttig viden om patienterne, samtidig med at patienterne fik en mere tryk og glidende overgang til det kommunale forløb. Terapeuterne vurderede også at besøgene – sammen med den forbedrede informationsindsats fra sygehusets side – var udslagsgivende for, at flere patienter valgte at fortsætte forløbet. Antallet af patienter, som fortsatte i det kommunale forløb, steg således fra 117 i 2010 til 157 i 2011. Samtidig vurderer personalet, at et stigende antal patienter vælger at fortsætte træningen i Vejle Kommune, selvom det ikke er deres hjemkommune.

Elektronisk udveksling af oplysninger mellem sygehus og kommune

Livsstillstaltaler om fx kost, motion, alkohol og rygning indgår som en vigtig del af hjerterehabiliteringen. Men sygehuset og kommunen ønskede at blive bedre til at dele deres oplysninger og arbejdsmetoder på tværs af forløbet.

Projektgruppen satte derfor fokus på at dele hinandens patientoplysninger, så de i højere kunne bygge videre på hinandens samtaler og aktiviteter, når de overtog patienterne. Fokus var på, at de kommunale medarbejdere fik adgang til relevante oplysninger fra patientens rehabiliteringsjournal (særligt status på de andre diagnoser og risikofaktorer, der var snakket om på sygehusets opstartssamtale og resultaterne fra de fysiske test, som bliver gennemført på sygehuset). Omvendt havde sygehusets personale brug for kommunens afsluttende status på rehabiliteringen tids nok til, at denne kunne anvendes til patientens afsluttende tremåneders samtale med læger og sygeplejersker på sygehuset.

Begge dele foregik ved, at projektgruppen udvekslede de relevante oplysninger via elektroniske korrespondancemeddelelser mellem Hjerterafdelingen og Sundhedscentret. Efter projektets første halve år oplevede projektgruppen, at den elektroniske kommunikation imellem sygehuset og Sundhedscentret var forbedret væsentligt, og den tog kun ca. 15 minutter om ugen.

Fagpersonernes øgede kendskab til hinanden ledte til nye udviklingsopgaver i 2011

Projektgruppen oplevede i foråret 2011, at samarbejdet omkring projektets udviklingsopgaver havde øget personalets forståelse – og interesse – for det samlede rehabiliteringsforløb væsentligt. Samtidig fik de enkelte fagpersoner et konkret kendskab de fagpersoner i den anden sektor, som de henholdsvis sendte patienter til eller modtog patienter fra. I takt med at fagpersonernes kendskab til hinanden – og deres ydelser – blev bedre, opstod der nye erkendelser og en fælles interesse i at forfine samarbejdet.

Ifølge teamlederen kommer dette først og fremmest til udtryk i det konkrete møde med patienterne, hvor:



Faggrupperne er blevet meget mere opmærksomme på hinanden og forsøger aktivt at bruge og informere om hinanden og hvordan de forskellige dele af forløbet supplerer hinanden, når de møder patienterne.

Udviklingssamarbejdet gav også anledning til at arrangere en række monofaglige møder og studiebesøg, hvor sygehusets og kommunens diætister, sygeplejersker og fysioterapeuter observerede hinandens arbejde og fik mulighed for at udvikle og koordinere deres respektive dele af rehabiliteringen.

Møderne resulterede i faste tidsfrister og aftaler for, hvilke patientoplysninger der skulle indgå i genoptræningsplaner og statusnotater⁴⁶ for, at de modtagende fagpersoner kunne bringe patienterne videre i forløbet på en god måde. Sammen med den såkaldte rulleplan (beskrives i afsnit 7.3.3) betød dette, at der ikke siden har været nævneværdige problemer med overlappende tider eller situationer, hvor det modtagende personale manglede information om den pågældende patient.

Herudover gennemførte de individuelle faggrupper nedenstående justeringer i deres patientrettede arbejde for at øge patienternes udbytte af rehabiliteringen:

Diætisterne ændrede det kommunale tilbud, fordi det var en gentagelse af sygehusets

Diætisterne blev opmærksomme på, at kommunens undervisning var stort set identisk med sygehusets. Samtidig gav pa-

tienterne udtryk for, at det mere var handlekompetencer end teoretisk viden, de manglede, når de kom ud i kommunen.

Derfor aftalte diætisterne, at det kommunale tilbud fremover skulle være mere praksisnært og ligge i forlængelse af sygehusets rådgivning. Det indebar, at sygehusets diætister, som en fast del af deres rådgivning, tilbød patienten en guidet introduktion til 'hjerterigtige' indkøbsvaner i et supermarked sammen med den kommunale diætist.

Diætisterne oplevede, at den nye praksis var en stor forbedring, som understøttede intentionen om, at patienterne skal opleve et sammenhængende forløb på tværs af sygehus og kommune. De kommunale diætister fik flere henvisninger fra sygehuset (36 i 2011 sammenlignet med 26 i 2010) og oplevede samtidig, at patienterne fik et stort udbytte af indkøbsturen.

Fysioterapeuterne blev bedre til at informere patienterne om forskellene på sygehusets og kommunens træning, og kommunen ændrede fokus for træningen

Den fysiske træning i rehabiliteringsforløbet er opbygget forskelligt på sygehuset og i kommunen: Træningen på sygehuset skal primært give en hurtig, kortsigtet effekt på kondition og styrke, mens den kommunale træning er mere alsidig, fordi den skal understøtte, at fysisk aktivitet integreres som en del af patientens hverdag efter endt rehabilitering. Patienterne var imidlertid ikke informeret om disse forskelle, og mange oplevede derfor, at den kommunale træning var mindre effektiv end sygehusets. Patienterne savnede især sygehusets intensive cykeltræning, fordi den gav mulighed for at konkurrere med sig selv og hinanden, samtidig med at ens fremskridt løbende blev dokumenteret.

Derfor begyndte terapeuterne på sygehuset allerede under de første træningssessioner at informere målrettet om de forskelle, der er på træningen. Samtidig opprioriterede de kommunale terapeuter deres fokus på cykeltræningen for at imødekomme patienternes ønsker.

6.3.3 Erfaringer med at udvikle sygeplejeteamet og rammerne for dets arbejde

Optimering af rehabiliteringsforløbets logistik

Noget af det første, teamlederen tog fat i, var at optimere logistikken i forløbet, så der ikke længere forekom dobbeltbooking af tider mellem kommunen og sygehuset. Det centrale redskab i den forbindelse er en samlet 'rulleplan', som sygeplejerskerne brugte til at udregne alle tider hver patients forløb, så tiderne kommer i rigtig rækkefølge. Endvidere udarbejdede den tværsektorielle rehabiliteringsgruppe koordinerede ferieplaner, som sikrede overblik over, hvornår der var pauser i rehabiliteringen. Disse initiativer fjernede – sammen med de nye rutiner for elektronisk kommunikation, som er beskrevet i afsnit 6.3.2 – de overlap, der tidligere havde været i forløbet.

46 Tidligere bestod genoptræningsplanen udelukkende af en standardtekst. I dag indeholder den oplysninger om: Hoveddiagnose inklusiv datoer for tidligere hjertesygdom/behandling. Supplerende kliniske oplysninger (ex: diabetes type 2, i kemoterapi for colon cancer, stift knæ (kan ikke cykle) og andre forhold der skal tages højde for i træningen, samt testresultater for BORG 15 test, alder og vægt.

Revision af patientinformation og faglige vejledninger

I løbet af projektperioden reviderede teamlederen og resten af projektgruppen løbende den skriftlige information, der bliver givet til patienter, som skal tilbydes hjerterehabilitering. Endvidere blev der lavet faste aftaler for hvor, hvornår og hvem der udleverer materialet til patienterne. Samtidig blev de faglige vejledninger og forløbsbeskrivelser revideret og ensrettet på tværs af sygehus og kommune.

Optimering af sammenhængen mellem sygepleje-samtaler og fysisk træning på sygehus

Udviklingsprojektet gav også mulighed for at optimere samarbejdet internt på sygehuset. Et af problemerne – og løsningen på det – er nedenfor forklaret af den rehabiliteringsansvarlige overlæge:



Noget, vi har arbejdet meget med, er at undgå de her overgange, hvor der opstår frafald. Næste stop i forløbet skal så vidt muligt være en, du står og kigger på, når du skal videre. Et eksempel er cykeltesten: Før var der to sygeplejersker, som inden cykeltesten fortalte det samme, som to fysioterapeuter skulle sige lige om lidt. Det var både dumt, tids- og ressourcekrævende. Folk er jo ikke idioter. Derfor fandt vi ud af, at det giver mere mening at lave en integreret test, som kombinerer rehabiliteringssamtalen og cykeltesten og gør, at der sker en personlig overlevering fra patientens kontaktsygeplejerske til fysioterapeuten.

Vibeke Brogaard Hansen, overlæge, Vejle Sygehus.

Projektdeltagerne oplevede, at den delte opgave havde flere positive effekter: Dels blev der sparet tid for personalet, dels fik patientens kontaktsygeplejerske mulighed for at give patienten en tryk overlevering til terapeuterne. Endelig havde den nye arbejdsdeling den sidegevinst, at terapeuterne, via det konkrete samarbejde, lærte hinanden bedre at kende og koordinere deres information til patienterne bedre.

Sygeplejerskerne fik mulighed for selv at booke diætistider som led i opstartssamtalen

Tidligere kunne hjertesygplejerskerne ikke selv booke tider hos sygehusets diætister. Sygeplejerskerne skulle i stedet lave en henvisning til diætisterne, som så selv indkaldte patienten til kostsamtalen. Det betød dels, at der var mange udeblivelser til diætistaftalerne, og dels at diætisterne manglede væsentlig viden til de afsluttende tre måneders samtaler med læge og sygeplejerske.

Projektgruppen ændrede dette i foråret 2011, således at sygeplejeteamet i dag booker tiden til diætistsamtalen. Teamlederen og diætisterne er glade for ændringen, fordi den har forenklet arbejdsgangene. Samtidig giver ændringen mulighed for at følge op på, om patienten har fået de aftalte tider ved de efterfølgende sygeplejesamtaler.

6.3.4 Erfaringer med teamlederens rolle som kontaktperson for patienter

Teamlederens passive kontaktfunktion

I efteråret 2010 blev det skrevet ind i hjerterehabiliteringens informationsmateriale, at der var mulighed for at ringe hjerte-teamets hotline i dagtimerne. Som noget nyt fik alle patienter også udleveret et visitkort med billede og kontaktoplysninger på deres kontaktsygeplejerske sammen med skriftlig information om forløbskoordinatorens kontaktfunktion.

Dette indebar, at teamlederen havde en *passiv rolle*, som bestod i at svare på teamets mail og mobiltelefon, når patienter eller pårørende henvendte sig. De ting, der tog mest tid, var registrering af afbud, ændring af tider, spørgsmål vedrørende kritisk sygdom og rejse, spørgsmål om medicin og bivirkninger, bestilling af kørsel og bestilling af tolk.

Selvom teamlederen ofte blev afbrudt af telefonen, vurderede hun, at opgaven – som tidligere blev varetaget af en sekretær – var rigtigt placeret hos en rehabiliteringssygeplejerske. Dels fordi det var en stor lettelse for patienterne at have let adgang til en fagligt funderet kontaktperson, dels fordi:



Når patienten ringer til en sekretær, der ikke kender dem eller det faglige arbejde i hjerterehabiliteringen, er der jo ikke nogen som husker at spørge ind til hvordan det går når de ringer – det gør jeg.

Som nedenstående citat viser, vurderede teamlederen også, at kontakttelen øgede fremmødet og mindskede frafaldet fra hjerterehabiliteringen, fordi:



Det kræver meget ad hoc koordination at holde rehabiliteringsmaskinen kørende. Patienterne har jo alle deres liv ved siden af rehabiliteringen. Min mulighed for at være meget fleksibel, når det handler om at give alternative tider, er vigtig i den forbindelse, fordi den øger fremmødet og forhåbentlig medvirker til et mindre frafald på vores hold.

Vibeke Pind, teamleder, hjerterehabilitering, Vejle Sygehus.

Den rehabiliteringsansvarlige overlæge delte teamlederens vurdering, fordi:



Det, at vi nu har en koordinator med det samlede overblik, betyder meget for, hvor effektivt rehabiliteringen kører. Før kørte vi ofte med halvtomme hold. Og hvis folk ikke kunne komme til et par tider, blev de bare afsluttet – eller måtte undvære de undervisningsgange. I dag får de i stedet tilbudt nye tider, og vi har slet ikke de samme problemer med tomme hold som tidligere.

Vibeke Brogaard Hansen, overlæge, Vejle Sygehus

Næsten hver dag var der også patienter, som ringede, fordi de – eller deres pårørende – havde svært ved at håndtere situationen med en livstruende sygdom, eller fordi der var opstået bivirkninger eller komplikationer, som de ønskede vejledning om. Henvendelserne fra patienterne resulterede typisk i et eller flere af nedenstående udfald:

- Problemstillingen løses via samtalen og forbliver enkeltstående.
- Patienten henvises til sin egen læge.
- Patienten indkaldes til en supplerende læge- og/eller sygeplejerskekontrol på sygehuset.
- Der aftales en ny telefonkontakt for at følge op på patientens problem eller svare på spørgsmål, som kræver konference med andre fagpersoner (primært sygehusets læger).
- Patienten opfordres til at henvende sig til Hjerteforeningens rådgivning eller sygehusets præst for yderligere samtaler. I projektperioden har sygehuset endvidere fået mulighed for at henvise patienter til en psykoterapeut, der er ansat i Vejle Sundhedscenter.

Aktivitetsopgørelse og tidsforbrug for teamlederens patientrettede kontaktfunktion

Teamlederen dokumenterede i udvalgte perioder, hvor mange indgående og udgående opkald der kom til teamets mobiltelefon. Opgørelserne, som er gengivet i nedenstående tabel, viste, at der i gennemsnitligt var 5-6 indgående opkald om dagen, som overordnet fordelte sig på nedenstående kategorier:

Kategori	Antal
Indgående opkald i alt pr. dag	5,5
Ændring af tider	1,4
Spørgsmål til behandling	1
Spørgsmål fra fagpersoner	1
Transport	1
Sårbare patienter der ringer pga. aftale om opfølgning	1

6.3.5 Erfaringer med teamlederens opsøgende støtte til patienter

Kontaktfunktionen for patienterne indebar også, at teamlederen havde et aktivt ansvar for at opsøge og støtte patienter, hvor teamlederen skulle følge op på manglende fremmøde og sårbare patienter.

Opfølgningen på manglende fremmøde indebar, at teamlederen systematisk ringede til patienter, der gentagne gange var udeblevet fra aftaler i rehabiliteringen uden at melde afbud⁴⁷. Samtalen blev dels brugt til at give patienterne en ekstra mulighed for at deltage, dels til at afdække, om der var nogen problemstillinger, som teamet kunne hjælpe patienten med.

Støtten til sårbare patienter indebar dels, at patienterne skulle identificeres, og dels at der skulle aftales opfølgning med dem. Sygeplejerskerne havde – ud fra et ønske om at forbedre rehabiliteringen – fået udvidet deres mulighed for at tilbyde individuelle samtaler til patienter, der fravælger hele eller dele af rehabiliteringen på grund af manglende evne til at rumme forløbet.

Teamets identifikation af sårbare patienter skete i projektperioden på baggrund af sygeplejerskernes fornemmelse af patienten ved opstartssamtalen. Teamet oplevede, at denne fremgangsmåde fungerede godt, men på sigt arbejder teamet på at udvikle og implementere en fast vejledning, som skal give systematik i identifikation og opfølgning på sårbare patienter. Den vejledning, teamet arbejder på, er baseret på erfaringer fra projekter om socialt differentieret hjerterehabilitering (43) og kriterier fra Den Danske Kvalitetsmodel.

De patienter, der ved rehabiliteringens opstartssamtale blev vurderet til at være sårbare – eller meget påvirkede af sygdomsforløbet, blev tilbudt, at teamlederen aktivt kontaktede dem for at tjekke op på, hvordan det gik. Nogle patienter havde også brug for at få den akutte sygdomsfase lidt på afstand, før de kunne tage stilling til, om de ønskede at deltage i rehabiliteringen. Disse patienter blev derfor også tilbudt en opfølgende telefonsamtale.

De opfølgende telefonsamtaler fungerede som en forlængelse af samtalerne i ambulatoriet. Samtalerne handlede først og fremmest om psykiske problemstillinger, håndtering af krisereaktioner, opfølgning på komplikationer eller multi-syge patienter. Teamlederens muligheder for at følge op på patienternes problemstillinger var relativt snævert knyttet til hjertesygdommen.

I det omfang patienterne havde sociale, bolig-mæssige, familiemæssige eller økonomiske problemer, havde teamlederen mulighed for at lytte og forsøge at guide patienten videre til rette instans i kommunens job- eller socialcenter. I tilfælde af kendt (eller mistænkt) depression henviste teamlederen oftest patienten til egen læge. Herudover havde teamlederen mulighed for at henvise patienten til de samme tilbud, som er listet under den passive kontaktfunktion på foregående side.

47 Hvis ikke det lykkedes at få fat i patienten, blev der i stedet sendt en påmindelse som vanligt.

Teamlederens faglige kontaktfunktion

Funktionen som hjerterehabiliteringens hotline for fagpersoner bestod typisk i at:

- Konferere om patienter og planlægge forløb
- Følge op på udeblivelser og indkalde nye patienter til at fylde ledige pladser
- Besvare spørgsmål om hjerterehabiliteringen
- Følge op på gode ideer og problemer – fx ved at afholde møder med relevante parter
- Fungere som bagvagt for den fysiske træning, hvis der var patienter, der fik det dårligt under træningen.

Aktivitetsopgørelser og tidsforbrug forbundet med teamlederens kontaktfunktioner

Teamlederen vurderede, at de patientrettede og faglige kontaktfunktioner gennemsnitligt lagde beslag på en arbejdsdag om ugen. De passive kontaktfunktioner var spredt ud over hele arbejdsugen, mens de opsøgende kontakter typisk var samlet i tidsblokke, hvor teamlederen kunne arbejde uforstyrret. Der er ikke lavet systematiske opgørelser over teamlederens kontaktfunktioner. Teamlederen vurderer dog, at den passive kontaktfunktion tager ca. 2 timer om ugen, mens opgaven med at kontakte sårbare patienter telefonisk tager 2-3 timer om ugen inkl. dokumentation og konference med læger og kolleger.

I 2011 var der i alt været 270 patienter til opstartssamtale til hjerterehabiliteringen. Af disse fik 75 patienter et tilbud om ekstra individuel opfølgning. Opfølgningen har i resultatet i, at de 75 patienter fik tid til 66 supplerende sygeplejesamtaler og 49 supplerende lægesamtaler. Dvs. at hver patient i gennemsnit har haft ca. 1,5 individuelle samtaler.

Antallet af udeblivelser (inkl. afbud samme dag) til de individuelle samtaler ligger stabilt på ca. 25 %. Selvom antallet er højt, vurderer projektdeltagerne, at det er et forventeligt niveau, når der arbejdes med særligt sårbare patienter.

Hjerteteamets interne opgørelser viser, at sygeplejerskernes individuelle samtaler primært handler om at yde psykisk støtte til patienterne samt om at supplere/erstatte den holdbase-rede hjerteundervisning. De supplerende lægesamtaler har primært fokus på justering af patientens hjertemedicin, og hvis patienten fortsat har symptomer eller ikke er færdigbehandlet.

6.3.6 Overlevering af patienter til almen praksis

I løbet af projektperioden holdt teamlederen en række sparringsmøder med Hjerterafdelingens og kommunens praksiskonsulenter samt en konsultationssygeplejerske. Møderne blev brugt til at drøfte, hvordan sygehuset kunne medvirke til en optimal overlevering af patienter til opfølgning i almen praksis, samt hvilke justeringer, informations- og sparringsaktiviteter afdelingen kunne iværksætte for at hjælpe de praktiserende læger med opfølgningen. Dialogen ledte til, at nedenstående aktiviteter blev igangsat i løbet af projektet.

Personlig overlevering af viden om afsluttede patienter

Praksiskonsulenterne vurderede, at de patienter, der ikke selv henvender sig til deres læge for opfølgning på et hjerteforløb, sjældent kontaktes uopfordret af praksis. Der er således mulighed for at overse patienter med behov for opfølgning. Derfor blev det aftalt, at teamlederen i projektperioden skulle kontakte egen læge telefonisk, hver gang en hjertepatient blev afsluttet fra sygehuset. Samtidig skulle teamlederen sørge for, at egen læge eller praksispersonalet fik en særlig orientering om de patienter, som teamet vurderede, har behov for særlig opfølgning.

Formålet med opringningerne var både at øge lægernes opmærksomhed på hjerterehabiliteringen og at etablere et bedre udgangspunkt for, at lægerne mere systematisk fangede de ikke-opsøgende hjertepatienter.

I efteråret 2011 vurderede Hjerterafdelingens og Vejle Kommunes praksiskonsulenter, at de personlige opringninger var en god hjælp til at huske opfølgningen på patienter, der ikke henvender sig selv. Og de vurderede, at teamlederens telefonopringninger ikke var for tidskrævende. Når teamlederen ringer, sker der typisk det, at lægen (eller det personale, som tager imod beskeden) laver et 'svømmenotat' i patientens journal. I modsætning til sygehusets ambulante statusnotat står 'svømmenotatet' altid øverst i patientens journal. Dette betyder, at det er meget lettere for lægen at huske på behovet for opfølgning, næste gang de er i kontakt med patienten.

Teamlederen vurderer, at hun i gennemsnit brugte ca. en time om ugen på den ekstra service over for almen praksis. Og da der var tale om en tidskrævende opgave, samtidig med at praksispersonalet var uforstående over for formålet med opringningen, er det senere besluttet kun at ringe om særligt sårbare patienter, hvor det er ekstra vigtigt, at lægen følger op. På sigt håber projektgruppen dog, at hjerteteamets opringninger til praksis bliver overflødige, i takt med at brugen af datafangst og en elektronisk overlevering af patientens rehabiliteringsplan bliver en realitet.

Tværsæktorielle temamøder om hjerterehabilitering for praktiserende læger og klinikpersonale

Som led i projektet blev der i efteråret 2010 arrangeret et fælles temamøde om hjerterehabilitering for praktiserende læger og praksispersonale. Mødet foregik på Vejle Sundhedscenter, og ca. 50 personer deltog.

Dialogen med repræsentanter for almen praksis gjorde også projektgruppen opmærksom på, at klinisygeplejersker i mange praksis spiller en central rolle i opfølgning på patienter med iskæmisk hjertesygdom. Derfor var teamlederen i løbet af 2011 med til at arrangere en temaaften for praksispersonale, som satte fokus på sundhedspædagogik, rehabilitering, forløbskoordination og kost til hjertepatienter. Arrangementet blev afholdt i efteråret 2011 og havde deltagelse af ca. 18 praksissygeplejersker. Fremadrettet overvejer nogle personer endvidere, hvordan de kan fortsat kan være tovholdere på aktiviteter, der understøtter almen praksis' opfølgning på hjertepatienter.

Overlevering af skriftlig information til almen praksis

Ved det afsluttende interview med praksiskonsulenterne og praksissygeplejersken fremhævede de, at ambulante statusnotater fra hjerteafdelingen:



... sammenlignet med statusnotater fra andre afdelinger er væsentligt mere fyldestgørende, og der er lagt en plan, som giver os et rigtigt godt udgangspunkt for de efterfølgende forebyggelsessamtaler og årskontroller.

Lone Uldall, praksissygeplejerske for praktiserende læge Marianne From, Vejle

Samtidig efterlyste informanterne fra almen praksis imidlertid også yderligere viden om de patienter, der slet ikke inkluderes i rehabiliteringen, fordi:



Det helt store problem knytter sig jo til de patienter, der kun deltager i dele – eller slet ikke deltager i rehabilitering. [...] Når det sker, fordi patienten slet ikke magter rehabilitering, er det jo i virkeligheden dér, vi har allermost brug for en ekstra kontrol på, om patienterne selv henvender sig til os.

Marianne From, praksiskonsulent ved Hjerteafdelingen, Vejle Sygehus

6.4 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af projektets resultater

Dette afsnit sammenfatter projektdeltagernes evaluering af projektets resultater med udgangspunkt i de indsatser og mål, der er opstillet i afsnit 6.2:

- Projektet skal mindske patienternes fravalg og frafald af rehabilitering
- De involverede fagpersoner skal opleve et forbedret samarbejde
- Patienterne skal opleve et mere fleksibelt og sammenhængende forløb.

Efter gennemgangen af succeskriterierne beskrives projektgruppens fremadrettede planer for arbejdet med forløbskoordination i hjerterehabiliteringen.

Sammenfatningen er udarbejdet på baggrund af skriftligt materiale fra projektgruppen, DSI's løbende interview og samtaler med projektdeltagerne samt afsluttende evalueringssamtaler med ni nøglepersoner fra og omkring projektet⁴⁸.

6.4.1 Målsætningen om at mindske fravalg og frafald i hjerterehabiliteringen

I projektet har været arbejdet med tre overordnede virkemidler, der skulle fremme dette mål:

For det første skulle der indarbejdes rutiner og opmærksomhed på at informere og henvise alle relevante patienter fra ambulatorium og sengeafdeling til opstartssamtale. For det andet skulle teamlederen have mulighed for at være opsøgende og fleksibel overfor patienterne. For det tredje skulle der indarbejdes bedre og mere personbårne overgange i rehabiliteringen, som fremmede patienternes oplevelse af et sammenhængende forløb. Det fremgår af de foregående afsnit, at virkemidlerne – ifølge de relevante nøglepersoner – var implementeret tilfredsstillende.

Omstående tabel 5 viser hjerteafdelingens opgørelser over antallet af patienter, der tilbydes og gennemfører de enkelte dele af rehabiliteringsforløbet – og giver derved indikation på, om virkemidlerne også har flyttet patienterne.

Tabel 5: Patientdeltagelse i hjerterehabilitering fase 2A og 2B i Vejle

	Indkaldes til opstartssamtale	Gennemfører opstartssamtale	Henvises til fysisk træning	Gennemfører mindst 50 % af fysisk træning	Gennemfører diætistsamtaler	Henvises til kommunal træning
2009	?	277	203 (95 %)	171 (84 %)	104 (38 %)	?
2010	?	252	257 (73 %)	167 (71 %)	109 (43 %)	117 (46 %)
2011	285	270	234 (93 %)	187 (73 %)	125 (46 %)	157 (58 %)

48 Listen med nøglepersoner findes i bilag 2.

Patientdeltagelsen er øget i alle led af rehabiliteringen

Som det fremgår, er patientdeltagelsen i alle led af rehabiliteringsforløbet steget i løbet af projektperioden. Projektet har dermed nået sine mål om at reducere patienternes fravalg og frafald. Endvidere ses, at:

95 % af alle relevante patienter gennemfører opstartssamtalen

Der findes ikke opgørelser for, hvor mange patienter der tidligere blev indkaldt til opstartssamtale i 2009-2010. Men i 2011 – hvor det ifølge projektdeltagerne – er alle relevante patienter, der er indkaldt, gennemførte 95 % af patienterne opstartssamtalen. Projektdeltagerne vurderer, at dette er meget tilfredsstillende, fordi der altid vil være et lille antal patienter, som ikke er i stand til at gennemføre samtalen.

Flere starter på fysisk træning, og flere falder fra undervejs
Opgørelserne viser, at andelen af patienter, der ved opstartssamtalen accepterer at starte på fysisk træning, er steget fra 73 % i 2009 til 95 % i 2011. Til gengæld er antallet af patienter, der gennemfører den fysiske træning, faldet fra 84 % i 2009 til 73 % i 2011. Hvorfor dette er tilfældet, vides ikke med sikkerhed. Der er dog to forhold, som formentlig kan være med til at forklare ændringerne: For det første er andelen af patienter, der takker ja til at starte til træning, øget markant. Dette betyder alt andet lige, at flere dårlige – eller ikke helt motiverede patienter – starter, hvorfor et øget frafald er forventeligt. For det andet er arbejdsløsheden øget markant fra 2009 til 2011. Ifølge projektdeltagerne spiller dette en stor rolle, fordi mange patienter vælger at prioritere deres arbejde over rehabiliteringen, fordi de er bange for at blive fyret.

Flere patienter gennemfører de anbefalede diætistsamtaler
Andelen af patienter, der gennemfører de anbefalede diætistsamtaler, er steget fra 38 % i 2009 til 46 % i 2011. Dette indikerer, at diætisterne har fået en mere fast plads i rehabiliteringsforløbet, selvom der fortsat er plads til forbedring.

Markant flere patienter fortsætter på det kommunale forløb
Den mest markante forbedring er sket i antallet af patienter, der vælger at fortsætte i den kommunale genoptræning i fase 2B. Tallene blev ikke opgjort i 2009, men fra 2010 til 2011 er der sket en stigning fra 46 % til 58 % i andelen af patienter, der vælger at fortsætte deres fysiske træning i kommunalt regi.

6.4.2 Målsætningerne om at involverede fagpersoner skal opleve et forbedret samarbejde

Interviewene med projektets nøglepersoner viser entydigt, at projektet har resulteret i et bedre samarbejde mellem rehabiliteringsforløbet faggrupper og aktører. Nøglepersonerne fremhæver først og fremmest, at projektet har medvirket til, at:

- Der er etableret et samarbejde mellem ligeværdige aktører, som er baseret på gensidig tillid til hinandens faglighed.
- De involverede fagpersoner har fået en bredere fælles forståelse og ansvarsfølelse for det forløb, de er en del af.
- Der er indarbejdet en række "naturlige" møder mellem fagpersoner, som betyder, at patienterne i langt højere grad bliver personligt afleveret til næste trin i rehabiliteringen.
- Samarbejdet er blevet mere uformelt, og det er blevet en naturlig og let ting at skrive og ringe på tværs af forløbet, når man fx har en sårbar patient, som man er i tvivl om eller ønsker, at andre i forløbet skal være ekstra opmærksomme på.
- Den lægelige interesse for rehabilitering – der traditionelt er anset som et sygeplejekoncept – er øget med projektet, således at rehabilitering opfattes og indgår som en fuldt integreret del af behandlingen af hjertepatienter.
- Der er kommet styr på logistikken på en helt anden måde end tidligere. Fagpersonerne oplever, at dette giver bedre sammenhæng for patienterne, samtidig med at der er et bedre fremmøde og mindre ventetid i forløbet.

Nøglepersonerne vurderer, at følgende forhold har haft særlig betydning for projektets succes:

- Sygehuset og kommunen havde i forvejen et godt samarbejde, og kommunen havde mulighed for at allokere ressourcer til at deltage i projektets aktiviteter.
- Sygeplejeteamet er blevet mindre, og der er kommet en udviklingsansvarlig med tid og overskud til at udvikle det samarbejde, alle gerne ville have, men som ingen rigtig havde mulighed for at tage initiativ til tidligere.
- Det har været rigtig godt med en ressourceperson, som er dedikeret til udvikling af team og samarbejde. Samtidig oplever de andre fagpersoner næsten altid at kunne få et hurtigt svar, når der er noget, de er i tvivl om, fordi teamlederen er up to date.
- Der har været en dedikeret læge som medansvarlig for projektet. Nøglepersonerne vurderer, at dette er afgørende for et projekt, som har indflydelse på lægernes arbejde.

6.4.3 Målsætningen om at patienterne skal opleve et fleksibelt og sammenhængende forløb

Projektets nøglepersoner er overbeviste, om at projektet har en positiv betydning for patienternes oplevelse af forløbet. Nøglepersonerne vurderer således, at:

- Der ikke længere er tider, der overlapper i kommunens og sygehusets forløb.
- Patienterne kan mærke, at fagpersonerne kender og bruger hinanden på en anden måde end tidligere.
- Patienterne har fået en let adgang til at få svar på spørgsmål og ændre tider, samtidig med at teamet er

bevidste om at være meget fleksible over for patienter, der ønsker at ændre tider.

- Teamlederens kontaktfunktioner etablerer kontakt til en patientgruppe, som tidligere gled i baggrunden, fordi der ikke var afsat ressourcer til at tage sig af dem.
- Den øgede brug af individuelle sygeplejerske- og lægesamtaler giver sårbare patienter et alternativ til de holdbaserede standardtilbud.

Det er først muligt at drage konklusioner om, hvordan patienterne oplever forløbet, når de planlagte spørgeskemaer og patientinterview er gennemført og analyseret i efteråret 2012.

6.5 Projektstatus ved udgangen af 2011 og fremadrettede planer for hjerteprojektet

Som det fremgår af de foregående afsnit, har udviklingsprojektet indfriet projektgruppens forventninger. Ved udgangen af 2011 vurderede projektets nøglepersoner også, at størstedelen af opgaverne med at forbedre rehabiliteringsforløbet var implementeret. Derfor blev det besluttet at implementere teamlederens patientrettede koordinationsopgaver som en permanent del af hjerteteamets arbejde samt at reducere den del af teamlederens tid, som var forbeholdt udviklingsopgaver.

Ved overgangen til fast drift var det vigtigt for Hjer-teafdelings ledelse, at arbejdet med forløbskoordination blev integreret som en fast driftsopgave for alle teamets medlemmer. Det betyder dels, at stratificering – inklusiv dokumentation – af patienterne nu indgår som et fast element i opstarts- og afslutningssamtaler, dels at alle teamets sygeplejersker har fået ekstra tid til selv at følge op på de sårbare patienter, de identificerer.

Fra og med 1. januar 2012 er teamets telefontid begrænset til kl. 8-9.30 på alle hverdage. Til gengæld bliver tiden patientfri, for at sygeplejerskerne kan koncentrere sig om administrative opgaver og aktiv opfølgning på sårbare patienter. Samtidig bliver det alle teamets sygeplejersker, der skiftes til at passe telefon og e-mail.

Ændringerne betyder, at teamlederen fremadrettet bliver involveret i driftsopgaver, der ligger uden for den sygeplejefaglige rehabilitering. Teamlederen fortsætter dog med at have en hel administrativ dag om ugen. I forhold til patienterne skal dagen bruges til at indkalde patienter, koordinere forløb, fremrykke patienter, følge op på patienter, overflytte status og registrere ydelser etc. I forhold til de tværgående udviklingsopgaver skal dagen bruges til at planlægge den faglige opdatering og de fortsatte forbedringer af rehabiliteringssamarbejdet, som stadig er placeret hos teamlederen.

6.5.1 Nye udviklingsopgaver

Udover ovenstående ændringer er der aftalt tre nye udviklingsopgaver, som knytter sig til, at:

- Hjerterehabiliteringen skal tage kontakt til de øvrige kommuner i sygehusets optageområde for at finde ud af, hvordan overleveringerne af patienterne kan blive bedre.
- Samarbejdet med almen praksis skal optimeres yderligere.
- Teamlederen og den ansvarlige overlæge skal tage kontakt til Jobcenteret i Vejle Kommune for at undersøge muligheden for at understøtte erhvervsaktive patienters tilknytning til arbejdsmarkedet.

7 Forløbskoordination i hjerterehabiliteringen på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg og Grindsted⁴⁹

Det fjerde af rammeprojektets fire delprojekter omhandler forløbskoordination af hjerterehabiliteringen på Esbjerg Sygehus. I dette kapitel beskrives a) baggrund og formål, b) indsatsområderne, c) resultater og erfaringer, og d) projektgruppens fremadrettede planer for indsatsen.

7.1 Projektets baggrund og formål

Ledelsen af Hjertemedicinsk Afdeling på Esbjerg Sygehus har længe ønsket at mindske patienternes fravalg og frafald fra de anbefalede efterbehandlingstilbud til hjertepatienter. Derfor ansøgte Esbjerg Sygehus i efteråret 2009 om midler til at gennemføre to forskellige projekter:

- Det første projekt består af en spørgeskemaundersøgelse, der skulle afdække hvor og hvorfor patienterne fravælger de eksisterende rehabiliteringstilbud. Undersøgelsen skulle også afdække patienternes tilfredshed med forløbet og deres forslag til forbedringer.
- Det andet projekt var et udviklingsprojekt, som skulle introducere en sygeplejefaglig forløbskoordinator, der skulle arbejde med udgangspunkt i sygehusets del af hjerterehabiliteringen.

De to projekter blev i foråret 2010 begge tildelt midler fra Sundheds- og Indenrigsministeriets pulje til udvikling af forløbsprogrammer. Spørgeskemaundersøgelserne gennemføres som et selvstændigt projekt, der udføres og afrapporteres af en kardiologisk læge. Resultaterne – som først foreligger ved udgangen af 2012 – indgår derfor ikke i DSI's beskrivelse af projektet om forløbskoordination. Selvom projekterne er gennemført hver for sig, var der dog fra starten en intention om, at resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne skulle give input, der kvalificerede udviklingsarbejdet i forløbskoordinationsprojektet.

Forud for projekterne oplevede sygehus og kommuner, at de havde et godt samarbejde om hjerterehabiliteringen, som byggede på gensidig respekt og tillid til hinandens indsatser, bl.a. fordi en del af de kommunale nøglepersoner, som var ansvarlige for den kommunale del af forløbet, havde en fortid på sygehusets hjertemedicinske afdeling.

Dialogen om rehabiliteringen havde derfor altid været god, og der var ingen samarbejdsproblemer. Til gengæld var relationerne heller ikke særligt tætte, og der var ingen dialog og kommunikation om konkrete patienter. Hjerterehabiliterin-

gen fungerede langt hen ad vejen som to opdelte systemer, der ikke udvekslede andet end de mest basale oplysninger om patienterne.

Da der blev bevilget midler til at gennemføre sygehusets projekter, blev der afholdt to opstartsmøder mellem ledelsen fra Hjertemedicinsk Afdeling og nøglepersoner fra det kommunale sundhedsområde i henholdsvis Vejen, Varde og Esbjerg⁵⁰. Formålet med møderne var at afklare, hvilke ønsker kommunerne havde til projektet, og i hvilket omfang kommunerne havde mulighed for at deltage i udviklingsarbejdet.

Møderne viste for det første, at kommunerne havde mulighed for og stor interesse i at deltage i projektet, fordi de havde et ønske om i langt højere grad at få del i den viden om patientens livsstil og risikofaktorer, som blev opbygget via sygehusets behandling og rehabilitering. Disse oplysninger – som dokumenteres i patientens egen handleplan – blev tidligere kopieret og sendt til kommunerne. Denne service var imidlertid sparet væk på sygehuset, fordi den var tidskrævende for HjerTEafdelingens sekretariat. Samtidig var Esbjerg Sygehus endnu ikke overgået til Regionens nye elektroniske patientjournal. Derfor var der ikke umiddelbart mulighed for at sende oplysningerne elektronisk.

Møderne gjorde det også klart, at kommunerne – qua deres egne midler fra puljen til udvikling af forløbsprogrammer – selv skulle til at videreudvikle deres patientuddannelse og rehabilitering for de store kronikerområder. Derfor var der en fælles interesse i at etablere et netværk af nøglepersoner, som kunne koordinere det patientrettede samarbejde og de forskellige udviklingsaktiviteter. Kommunerne bakkede derfor op om projektets overordnede formål, som var at:

- Samtlige patienter i målgruppen⁵¹ skulle tilbydes hjerterehabilitering på en god og systematisk måde for at mindske patienternes fravalg og frafald fra forløbet.
- HjerTEteamet skulle implementere en praksis, der systematisk identificerer og støtter sårbare patienter, så de i højere grad deltager i dele af rehabiliteringen eller supplerende individuelle samtaler.
- Forløbskoordinatoren skulle fungere som tovholder for den tværsektorielle projektgruppes arbejde med at etablere et netværk af nøglepersoner fra hjerterehabiliteringen. Netværket skulle sammen arbejde på at binde indsatser og kommunikation bedre sammen til fordel for patienterne.

49 Ved ønske om yderligere information om projektet i Esbjerg er der mulighed for at kontakte Kristian Korsgaard Thomsen, som er ledende overlæge på Hjertemedicinsk Afdeling på Esbjerg Sygehus: Kristian.Korsgaard.Thomsen@svs.regionsyddanmark.dk, eller sygeplejerske Lena Bjøvlund Due, der var forløbskoordinator i projektet: Lena.Bjovlund.Due@svs.regionsyddanmark.dk.

50 Projektet var afgrænset til at omfatte Vejen, Esbjerg og Varde kommuner. Afgrænsningen fra Billund og Fanø kommuner skyldtes, dels at disse kommuner købte de to sidste uger i rehabiliteringsforløbet af sygehuset, fordi de ikke havde et selvstændigt tilbud om træning til hjertepatienter, og dels et ønske om at forløbskoordinatoren skulle have et overskueligt antal samarbejdspartnere i opstartsfasen.

51 Alle patienter fra SVS' optageområde med adresse i de deltagende kommuner som gennemgår hjerTEoperation i form af ballonudvidelse eller kirurgisk indgreb på hjertet i form af by-pass operation eller indgreb på en hjerTEklap. Endvidere patienter som udskrives efter blodprop i en kranspulsåre. I alt ca. 500 patienter/år.

For yderligere at kvalitetssikre hjerterehabiliteringen blev der afsat projektmidler til at samle patientdata om den kliniske effekt af hjerteforløbene. Planen var, at databasen skulle baseres på de oplysninger om blodtryk, blodværdier, vægt og psykisk sårbarhed, som indsamles undervejs i hver patients rehabiliteringsforløb.

Det var den ledende overlæge fra Hjertemedicinsk Afdeling, som var ansvarlig for at etablere databasen og analysere de indsamlede data. Analyserne skulle derved give Hjer-teafdelingen og kommunerne ny viden om effekterne af hjer-terehabiliteringen.

7.2 Projektets organisation og indsats-områder

Forud for projektstart blev etableret nedenstående projektor-ganisation.

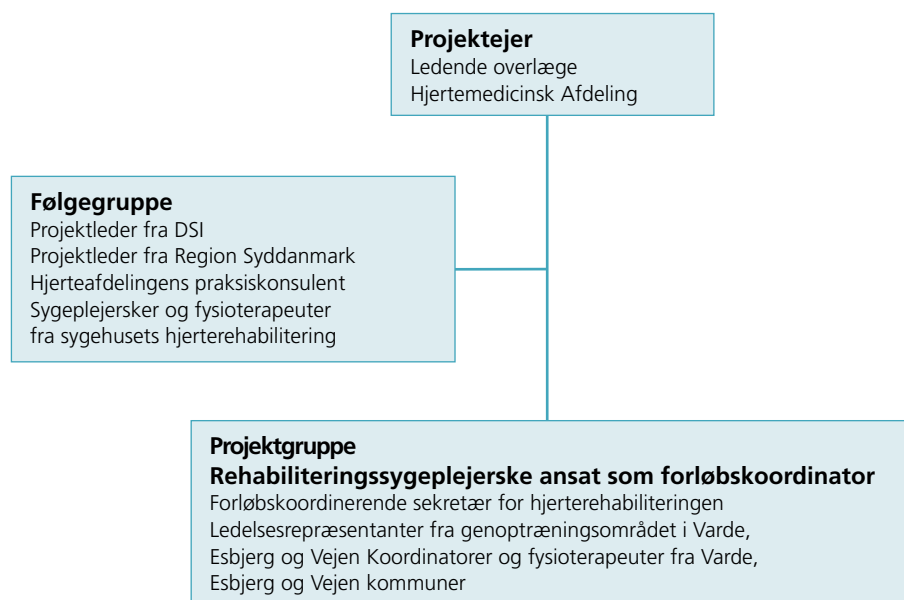
Forløbskoordinatoren var en erfaren hjertesygeplejerske, som med projektets midler blev frikøbt i to dage om ugen i de to år, der var sat af til projektet⁵². Som forløbskoordinator skul-le sygeplejersken udvikle rammerne for hjerteteamets arbejde med forløbskoordination og fungere som teamets kontaktperson for patienter og samarbejdspartnere.

For at understøtte forløbskoordinatorens arbejde blev der også allokeret timer til hjerterehabiliteringens sekretariat. Se-kretærens rolle i projektet bestod i a) at kommunikere den ønskede viden til kommunerne, b) at skrive forløbskoordinato-rens journaldiktater ind i patienternes journaler, og c) hjælp-pe med dagsordener og referater fra projektgruppens møder.

Ledelsesrepræsentanter og medarbejdere fra de tre pri-mære samarbejdskommuner indgik også i projektgruppen. Samtidig blev der nedsat en følgegruppe med de andre fagper-soner, der var en del af sygehusets rehabilitering. Det var oprin-deligt meningen, at der skulle deltage en praksiskonsulent, men det lykkedes aldrig at få det etableret, da stillingen som praksiskonsulent for hjer-teområdet har været ubesat siden pro-jektets opstart. Imidlertid er projektet blevet gennemgået for de praktiserende læger på det årlige statusmøde for kardiolo-gien i juni 2011.

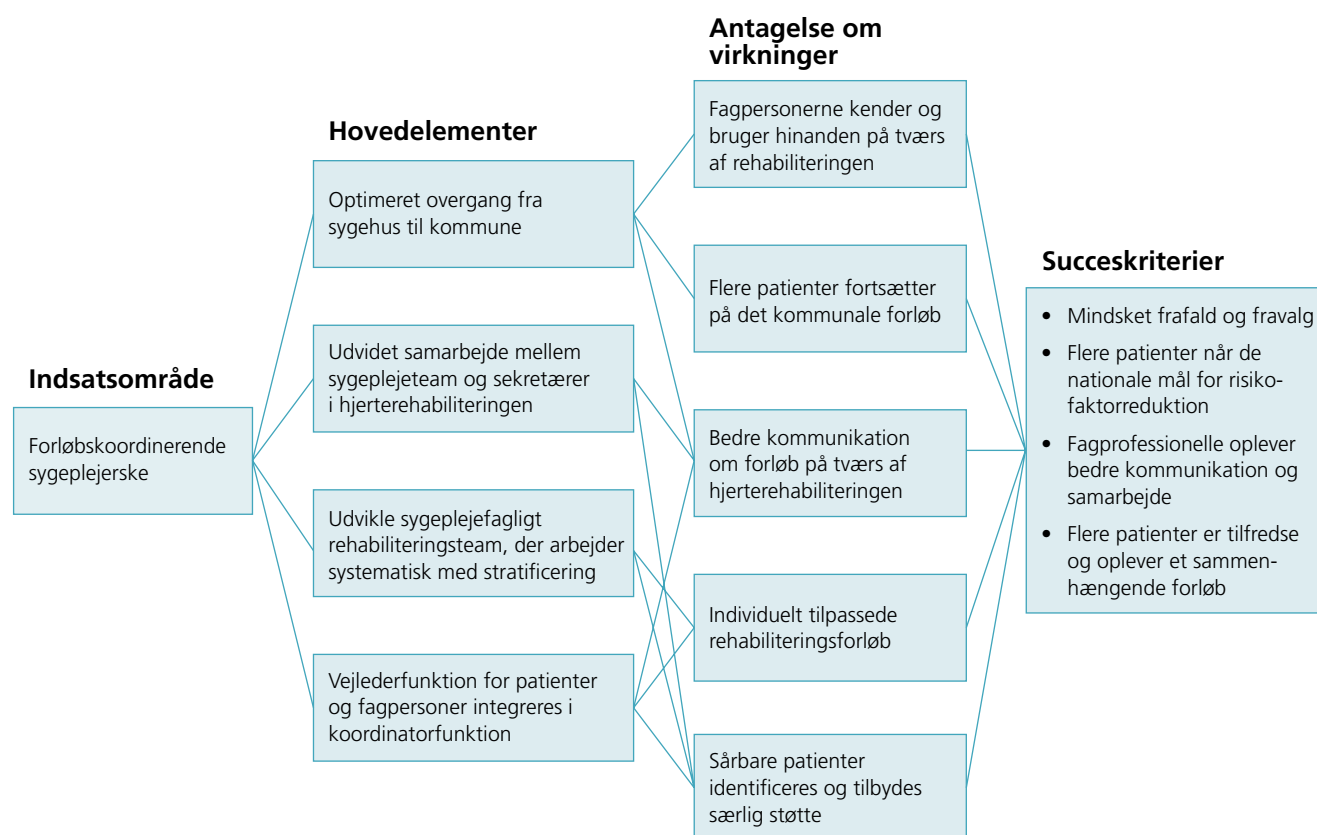
På baggrund af projektbeskrivelsen og de indledende møder blev projektgruppen enige om de indsatsområder og udviklingsopgaver, der er samlet i figur 14 (se næste side). Figu-ren er udarbejdet med inspiration fra virkningsevaluering og beskriver de indsatser, forventede årsagssammenhænge og forventede virkninger, der er arbejdet med i hjerteprojektet.

Figur 13: Lokal projektorganisation Esbjerg



52 Resten af tiden var sygeplejersken tilknyttet rehabilitering og sengeafdeling på linje med de øvrige hjertesygeplejersker.

Figur 14: Esbjerg projektets indsats teori



Nedenstående afsnit begrundes og beskriver indsats teoriens hovedelementer og de succeskriterier, der var knyttet til dem.

7.2.1 Bedre kommunikation og samarbejde på tværs af sygehus og kommuner

Et kendt problemområde knyttede sig til, at mange patienter faldt fra rehabiliteringen, når de skulle skifte fra sygehus til kommunal træning. Projektgruppen håbede, at dette kunne ændres, hvis sygehusets fagpersoner blev bedre til at informere og motivere patienterne til at fortsætte i den kommunale del af forløbet.

Forløbskoordinatoren og sekretæren skulle også sikre en rettidig overlevering af patientoplysninger til de fagpersoner, der var ansvarlige for de kommunale tilbud. Formålet med dette var dels at sikre en rettidig indkaldelse til den sidste del af rehabiliteringen, dels at de ansvarlige terapeuter – via patienternes handleplaner – havde et optimalt udgangspunkt for patientens deltagelse i de kommunale trænings- og livsstilstilbud.

Succeskriteriet for indsatsen var, at de involverede fagpersoner via projektet oplevede et bedre samarbejde og en

bedre kommunikation om patienterne. Endvidere var der en forventning om, at den manuelle udveksling af patientdata kunne gøres elektronisk, når det nye journalsystem (COSMIC) blev indført på sygehuset.

7.2.2 Udvidet samarbejde mellem sygeplejeteam og sekretærer i hjerterehabiliteringen

På Esbjerg Sygehus er det sekretærene, der holder sammen på rehabiliteringen, mens hjertesygplejerskerne koncentrerer sig om de individuelle samtaler og undervisningsforløb, som er indeholdt i rehabiliteringen. Samtidig er sekretærene også første kontaklinje for patienter, der ringer med spørgsmål om behandling og medicin.

Det logistiske ansvar betyder, at sekretærene forbereder dagsprogrammet for det personale, der har ambulante samtaler med patienter. Det er således sekretæren, der indkalder patienter, udsender informationsmateriale og printer dagsprogram til personalet og sørger for, at relevante blodprøver er taget, så personalet har patientens risikofaktorer som udgangspunkt for samtalerne. Endelig sørger sekretærene for at pakke

en kuffert med journaler for de indkaldte patienter. De patienter, der udebliver fra opstartssamtalen, kontaktes telefonisk af forløbskoordinatoren for at gøre dem opmærksom på vigtigheden af rehabilitering. Alle udeblevne patienter modtager herudover et brev med en genindkaldelse.

Fysioterapien har sine egne sekretærer med ansvar for at sikre, at de enkelte undervisningsgange og træningshold fyldt undervejs i forløbet. Fysioterapien fungerer som en selvstændig enhed, der – når de har modtaget en henvisning fra rehabiliteringssygeplejerskerne – håndterer al patientkontakt vedrørende træning. Når der kommer afbud, kontakter sekretærene i det omfang det er muligt andre patienter og tilbyder de ledige tider og pladser for at udnytte ressourcerne effektivt. Ligeledes er det sekretærene, der udsender rykkerbreve til de patienter, som ikke reagerer på sygehusets indkaldelse.

Som det fremgår, spiller sekretærene en helt central rolle i rehabiliteringsforløbet. Derfor var der et ønske om at etablere et tæt parløb mellem sekretariatet og den forløbskoordinerende sygeplejerske, dels når det kom til det patientrettede arbejde med sårbare patienter, og dels når det kom til at optimere de arbejds-gange og kommunikationsveje, som skal understøtte et sammenhængende forløb for patienterne.

7.2.3 Udvikling af det sygeplejefaglige teams støtte til sårbare patienter

En af forløbskoordinatorens vigtigste opgaver bestod i at udvikle et redskab – og fokus for patientkontakten, som gjorde det muligt for sygeplejerskerne at identificere sårbare patienter ved opstartssamtalen til rehabiliteringsforløbet. Formålet var, at patienter, der ikke magtede at følge det almindelige tilbud om hjerterehabilitering, som supplement eller erstatning for standardtilbuddene skulle have ekstra kontakt til forløbskoordinatoren på sygehuset og kommunalt regi⁵³. Succeskriteriet for disse udviklingsopgaver var, at der ved projektets afslutning var etableret en praksis for opsporing, støtte og dokumentation af indsatsen, så koordinatorens viden kunne formidles videre til almen praksis og relevante kommunale samarbejdspartnere.

Endvidere var det et selvstændigt formål, at projektet skulle skabe viden om, hvor mange af sygehusets patienter der kunne karakteriseres som sårbare, hvilke problemstillinger koordinatoren kunne hjælpe dem med, samt hvor mange ressourcer arbejdet krævede af sygeplejeteamet og sekretariatet.

7.2.4 Kontakt- og støtteperson for patienter og samarbejdspartnere

Projektets sidste indsatsområde bestod i, at forløbskoordinatoren skulle give patienter og samarbejdspartnere en let tilgængelig – og direkte – kontaktmulighed til en fagperson i hjerterehabiliteringen. Til det formål fik forløbskoordinatoren sin egen mobiltelefon (som var åben, når hun var på arbejde) og et visitkort med kontaktoplysninger, som hun kunne udlåne til sårbare patienter og samarbejdspartnere.

Visitkortet gives til alle patienter, der stratificeres til at være sårbare, for at give dem adgang til vejledning om deres sygdom og rehabilitering samt mulighed for psykisk støtte. Kontaktfunktionen indebar også et aktivt ansvar for at følge personligt op på manglende fremmøde til hele eller dele af rehabiliteringen.

Den åbne telefon skulle også give rehabiliteringsklinikken samarbejdspartnere en synlig og nem adgang til at afklare tvivlsspørgsmål samt mulighed for at koordinere komplicerede patientforløb.

Succeskriteriet for forløbskoordinatorens kontaktfunktioner var, at patienter⁵⁴ og samarbejdspartnere oplevede, at koordinatoren var tilgængelig, og at de kunne få hjælp med de problemer, de henvendte sig med. Hvis funktionen var en succes, skulle der også etableres en løsning, som kunne fungere i almindelig drift, når projektmidlerne udløb ved midten af 2012.

7.3 Resultater og erfaringer fra udviklingsarbejdet

7.3.1 Erfaringer fra arbejdet med at forbedre kommunikation og samarbejde på tværs af sygehus og kommuner⁵⁵

Aktiviteter der skulle skabe fælles viden på tværs af rehabiliteringsforløbet

I projektperioden tog koordinatoren ansvar for nedenstående udviklingsopgaver, der havde til formål at etablere en fælles viden om hjerterehabiliteringen på tværs af projektgruppens nøglepersoner og aktører:

- *Besøgsrunde til de kommunale tilbud:* I projektets første halve år har koordinatoren besøgt alle de kommunale

53 Vejen Kommune havde to fastansatte forløbskoordinatore. I projektperioden ville de kontakte alle hjertepatienter, der blev udskrevet fra sygehuset, dels for at få en idé om, hvor mange patienter der var sårbare, dels fordi koordinatorene havde en formodning om, at mange patienter havde behov for hjælp til at fastholde deres relation til arbejdsmarkedet.

54 Patienternes oplevelse afdækkes via de spørgeskemaundersøgelser, der indgår i sygehusets undersøgelse af patienternes fravalg og frafald.

55 På Esbjerg Sygehus starter hjerterehabiliteringen med, at patienten ca. 14 dage efter sit indgreb gennemgår en ambulant pakke, hvor der er a) opstartssamtale med en hjertesyggeplejerske, b) kostsamtale med en diætist og c) lægesamtale. Den samlede pakke gør, sammen med afdelingens faste procedurer for indkaldelse, at antallet af patienter, der fravælger førstesamtalen, er meget lille. Første runde af spørgeskemaer fra sygehusets projekt om fravalg og frafald viste således, at 98 % af patienterne svarede, at de var informeret om hjerterehabilitering, mens 93 % af patienterne svarede, at de havde taget imod ét eller flere elementer i rehabiliteringsforløbet.

tilbud og mødt terapeuter og patienter. Dette har givet koordinatoren et konkret kendskab til det udførende personale og udførelsen af træning og patientrådgivning i kommunerne.

- *Et fælles overblik:* I forlængelse af kommunebesøgene lavede koordinatoren mapper, som gav et samlet overblik over de tilbud og det informationsmateriale, som findes i relation til hjerterehabiliteringen. Mapperne er udleveret til alle deltagere i projektgruppen, og der er lavet aftaler, som sikrer, at koordinatoren modtager og udsender nyt materiale, når der foretages revisioner.
- *Dialog om konkrete patienter og arbejdsgange:* Koordinatorens arbejde med at identificere og støtte sårbare patienter har udløst en del kontakter på tværs af projektgruppen. Kontakterne har oftest handlet om, hvordan der kunne tages individuelle hensyn til patientens videre rehabilitering eller haft til formål at afklare, hvem i kommunen der kunne hjælpe patienten med psykiske og sociale problemstillinger.

Sygehusets projektdeltagere oplevede også at de – via koordinatoren – har fået et kendskab til kommunernes forskellige tilbud, som gør, at de bedre kan motivere og guide patienterne videre til den kommunale opfølgning. Samtidig vurderer sygehusets projektdeltagere, at de kommunale tilbud er blevet bedre og mere ens i projektperioden. Dette skyldes dog, at kommunerne har udbygget deres tilbud på hjerteområdet med projektmidler, der er modtaget fra pulje om forløbsprogrammer.

Overlevering af patientoplysninger og udvikling af elektronisk rehabiliteringsplan

I første omgang valgte projektgruppen at genoptage den tidligere praksis med at kopiere og sende patientens rehabiliteringsplan til kommunerne og patienten i papirform. Patientens praktiserende læge orienteres via elektronisk kopi af sygehuslægens notat i rehabiliteringsjournalen. Projektgruppen forventede, at de til sommeren 2011 ville være i stand til at sende hele rehabiliteringsplanen elektronisk, fordi sygehuset skulle indføre en ny elektronisk patientjournal i marts 2011.

Derfor blev der i foråret 2011 afholdt to temaeftermiddage, hvor projektgruppen deltog sammen med it-konsulenter fra sygehuset, projektkommunerne og Region Syddanmark:

- Dag et havde til formål at kortlægge de eksisterende kommunikationsveje, it-systemer og ønsker til den fremtidige kommunikation.
- Dag to havde til formål at opstille/aftale en praksis for den fremadrettede elektroniske kommunikation mellem hjerterehabiliteringens parter.

Møderne gav projektdeltagerne et nyttigt overblik over de eksisterende kommunikationsveje og mulighederne for at bruge korrespondancemeddelelser og elektroniske henvisninger. Til gengæld viste møderne også, at det ikke var muligt at ved-

hæfte filer til korrespondancemeddelelser. Derfor var der ikke mulighed for at udveksle patienternes rehabiliteringsplan i sin fulde form, før den var integreret i den elektroniske patientjournal. Projektgruppen ønskede ikke at bruge ressourcer på at udvikle en ny elektronisk version af Patientens Plan, fordi der var risiko for, at den endte med at være i uoverensstemmelse med Region Syddanmarks overordnede it-strategi.

Projektgruppen drøftede også muligheden for at scanne Patientens Plan og sende den til en kommunal kontaktperson via en sikker e-mail. Denne fremgangsmåde blev dog forkastet, fordi en del af projektdeltagerne ikke havde mulighed for at modtage og sende personsikre e-mails.

De to it-dage ledte derfor til, at projektgruppen fortsatte den eksisterende praksis med papirkopier i forventning om, at der på et tidspunkt kommer en fælles elektronisk rehabiliteringsjournal, som er clearet på regionalt niveau.

7.3.2 Erfaringer fra arbejdet med at styrke samarbejdet mellem sygeplejersker og sekretærer i hjerterehabiliteringen

I projektperioden var der to erfarne sekretærer, som delte opgaven med at understøtte forløbskoordinatorens arbejde. Det skyldtes et ønske om at gøre funktionen mere driftssikker. Forløbskoordinatoren havde fået en hylde i sekretariatet, hvor sekretærerne sørgede for at samle alle papirjournaler på de patienter, der var stratificeret til at være sårbare.

Sekretærernes støtte til koordinatoren bestod primært i at skrive forløbskoordinatorens journalnotater for de patienter, der modtog ekstra opfølgning, samt i at gennemgå fremmødelister fra rehabiliteringen og notere, hvilke patienter der ikke var mødt op.

De patienter, der ikke mødte op til de første tider, blev ringet op af forløbskoordinatoren. Samtalen blev brugt til at spørge ind til, hvordan det gik, om der var noget koordinatoren kunne hjælpe med, og om patienten var interesseret i en alternativ tid. Tidligere fik patienterne bare et brev, hvor der stod, at de var udeblevet – og hvis de ikke reagerede på det, blev de afsluttet. Forløbskoordinatoren oplevede, at opbringingerne gav en systematisk og god opfølgning. Samtidig vurderede hun, at opbringingerne var medvirkende til at øge antallet af patienter, der starter på rehabilitering. Der findes dog ikke opgørelser, som kan be- eller afkræfte, om dette er tilfældet.

Sekretærerne og koordinatoren brugte også projektet til at kigge de interne arbejdsdelinger på sygehuset igennem. Derfor var der i projektperioden flere arbejdsgange, som blev ændret, efter koordinatoren havde hjulpet med at snakke dem igennem med de relevante parter. Fx havde sekretærerne aftalt, at fysioterapien overtog ansvaret for at indkalde patienter til fysisk træning samt opgaven med at håndtere booking af tider og opfølgning på manglende fremmøde. Samme aftale var lavet med de sygeplejersker, der underviser på sygehusets hjerteskolet. Ændringerne betød, at patienter fik flere forskellige telefonnumre, som de skulle finde rundt i. Til gengæld fik de fat i en af de fagpersoner, der var direkte ansvar-

lige for deres forløb, når de ringede. Det betød – ifølge sekretærene, at patienterne fik mere kvalificeret hjælp, samt at flere henvendelser kunne klares med en enkelt telefonsamtale. Samtidig aflastede ændringerne sekretariatet betydeligt.

7.3.3 Erfaringer fra arbejdet med at udvikle det sygeplejefaglige teams arbejde med at identificere og støtte sårbare patienter

Arbejdet med at identificere sårbare patienter

Alle sygeplejersker i hjerterehabiliteringsteamet stratificerer patienterne efter overordnede kriterier, som er kopieret fra rehabiliteringsprojekt om socialt differentieret hjerterehabilitering, der er gennemført i Århus (43). De kriterier, som sygeplejerskerne bruger til at sortere patienterne efter, er:

Kategori 1: Lavt uddannelsesniveau

- Patienter, som er yngre end 55 år med faglært uddannelse
- Alle patienter med mindre end faglært uddannelse

Kategori 2: Mangelfuldt socialt netværk

- Patienter uden samlever
- Patienter i beskyttet bolig eller på plejehjem

Kategori 3: Patienter med lavt niveau af social støtte i kombination med en subjektivt vurderet høj belastning i livet vedrørende

- Økonomi
- Boligproblemer
- Arbejdsproblemer
- Relation til partner
- Relation til familie eller børn
- Anden sygdom
- Alvorlig sygdom i nær familie.

De to første kategorier omkring uddannelsesniveau og mangelfuldt socialt netværk fungerer som en overordnet sorteringsmekanisme for sygeplejerskerne. Det betyder, at sygeplejerskerne er særligt opmærksomme på at afdække, om patienten også subjektivt har nogle af de problemer, der er beskrevet under den tredje kategori. I praksis er det derved ofte en kombination af de forskellige kriterier, der afgør, om en patient får tilbudt udvidet opfølgning.

Enkelte patienter bliver også tilbudt opfølgning hos forløbskoordinatoren, selvom de ikke umiddelbart falder ind under ovenstående kategorier. Det sker fx, hvis patienten udbeder sig betænkningstid i forhold til, om de ønsker at deltage i patientuddannelse og rehabilitering. I de tilfælde laves der en aftale om, at koordinatoren ringer inden for et par uger for at følge op på, om patienten har fået mod på at deltage.

Selvom sygeplejerskerne er erfarne og generelt vurderer, at de har et godt blik for, hvilke patienter der normalt falder fra rehabiliteringen, er det svært at stratificere patienterne entydigt. Derfor mødes sygeplejeteamet en gang imellem for at diskutere a) deres erfaringer fra arbejdet med stratificering og b) forholde

disse til forløbskoordinatorens erfaringer fra opfølgningen på patienterne. Møderne bruges også til at drøfte konkrete patientcases (og stratificere de samme cases) for at ensrette og kvalificere arbejdet med at finde de sårbare patienter.

En fordel at have et personligt kendskab til de patienter, der skal følges op på

Forløbskoordinatorens erfaring er, at det er meget lettere at følge op på de patienter, hun selv har haft første samtale med, sammenlignet med patienter der er startet hos en af de andre sygeplejersker. Især fordi kontakten oftest er telefonisk, hvorfor koordinatoren aldrig får del i de indtryk, man får ved at have et personligt møde med patienten. Derfor ønsker sygeplejerskerne, at der fremadrettet kommer personkontinuitet imellem stratificering og opfølgning på sårbare patienter.

Forløbskoordinatorens arbejde med at støtte de sårbare patienter

Forløbskoordinatoren er en erfaren hjertesyggeplejerske. Det betyder, at hun har et indgående kendskab til hjerterehabilitering, rutinerne på Hjertemedicinsk Afdeling og frem for alt arbejdet med at støtte patienter, der har gennemgået første fase af et kritisk sygdomsforløb. Arbejdet med at udvikle – og dokumentere – den konkrete koordinationspraksis for sårbare patienter er til gengæld en ny opgave, som sygeplejersken selv har skullet udvikle fra bunden. Nedenstående afsnit beskriver de rutiner, redskaber, teknikker og fokuspunkter, som forløbskoordinatoren bruger i opfølgningen på sårbare patienter.

Rutiner og rammer for arbejdet

Den absolut største fordel, som sygeplejersken oplever i forbindelse med sine nye opgaver, er muligheden for selv at disponere over sin tid. Selvom "man skal vænne sig til aldrig at være færdig, når man går hjem", er det en "meget stor tilfredsstillelse at have beskyttet tid til at støtte patienter, der normalt ikke får del i rehabiliteringens tilbud".

I projektperioden har forløbskoordinatoren hver uge haft en projektdag, som er brugt på at støtte patienter og varetage de øvrige udviklingsopgaver, der er en del af projektet. Forløbskoordinatorens opgørelser viser, at hun typisk har kontakt til 8-10 patienter på hver projektdag, samt at kontakterne inkl. dokumentation tager tre-fire timer om ugen.

Hovedopgaverne i kontakterne handler om at støtte patienterne med at tage fat i ønskede livsstilsændringer samt om at støtte dem, der har psykiske problemer. Samtalerne tager udgangspunkt i patienternes situation og ønsker, samtidig med at de i udgangspunktet er snævert knyttet til hjerterehabilitering.

Rådgivningen om livsstilsændringer består af motiverende samtaler og hjælp til at finde/blive henvist til relevante kommunale tilbud om rygestop, patientuddannelse og fysisk træning. Sygeplejersken ser sin rolle som en fødselshjælper for patienternes ønske om at ændre livsstil. I samtalerne koncentrerer hun sig derfor om at lytte, rose og motivere i patientens eget tempo for at give patienterne et realistisk billede af muligheder frem for begrænsninger.

Koordinatorens mulighed for at yde psykisk støtte ved angst er begrænset til at lytte til patienternes bekymringer og vejlede om de muligheder, der er for at få støtte fra Hjerterforeningen; samtalegrupper der afholdes i samarbejde mellem sygehusets præst og en hjertesygplejerske fra rehabiliteringen, eller egen læge.

Forløbskoordinatorens redskaber

Forløbskoordinatoren har udviklet sin egen koordinations- og dokumentationspraksis for det patientrettede arbejde, som er baseret på nedenstående redskaber:

- *Spiralkalender fungerer som overordnet planlægningsværktøj:* Koordinatoren har en stor spiralkalender, der altid følger hende i det patientrettede arbejde. I den noterer hun alle aftaler om opfølgning sammen med patientens kontaktoplysninger. Hver kontakt med en patient afsluttes med, at forløbet afsluttes, eller at der sættes en ny tid i kalenderen. Når koordinatoren ringer forgæves, noterer hun det og flytter aftalen til en senere dag.
- *Notesblok bruges til at dokumentere og strukturere de individuelle forløb:* Koordinatoren har også en blok, hvor der er reserveret en dobbeltside til hver patient, hun følger. Her tager hun noter, som dokumenterer indholdet af de enkelte samtaler, samt hvilke mål der skal følges op på ved næste samtale.
- *Journalnotater bruges til at formidle opfølgningen til andre fagpersoner:* Efter hver kontakt, hvor der er noget relevant at bemærke, fx nye aftaler eller beslutninger, laver koordinatoren et diktat, som i overordnede træk dokumenterer resultaterne af forløbet. Diktatet skrives efterfølgende ind som et sygeplejenotat i patientens journal.
- *Mobiltelefon giver fleksibel kontaktmulighed:* Projektets ledende overlæge har forsynet koordinatoren med en mobiltelefon. Det er en stor fordel, fordi det giver koordinatoren mulighed for at sidde et fredeligt sted, når hun følger op på patienterne.

Procedurer for forløbskoordination/opfølgende samtaler

Forløbskoordinatorens rutiner og arbejdsgange var ikke formaliserede og skriftlige ved udgangen af 2011. Koordinator-

ren arbejder imidlertid på at beskrive sine arbejdsgange og rutiner, hvorefter de skal omsættes til vejledninger, som kan gælde for hjerteteamet for at gøre funktionen mindre personafhængig.

Handlemuligheder i forhold til sårbare patienter

I de fleste forløb er støtten klaret via telefonsamtaler. I tilfælde hvor patienten har mange ting at slås med, har koordinatoren også haft mulighed for at tilbyde ekstra samtaler på sygehuset, men det er kun sket få gange. Derudover har koordinatoren haft nedenstående muligheder for at sætte patienterne i kontakt med aktører, som kan hjælpe med de problemstillinger, der ikke er knyttet snævert til hjertesygdommen:

- Vejen Kommune har kommunale forløbskoordinatorer, som har mulighed for at arbejde med et bredere perspektiv end sygehusets. Når der har været særligt sårbare patienter med sociale problemer eller risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet, har projektsygeplejersken etableret en kontakt til de kommunale koordinators. Dette er imidlertid kun sket i to tilfælde i projektperioden.
- Koordinatoren henviser ofte patienterne til rådgivning og samtalegrupper hos Hjerterforeningen eller Esbjergs sygehuspræst.
- Ofte er det egen læge patienten skal henvende sig til, hvis vedkommende viser tegn på vedvarende depression. Koordinatoren har tilbudt relevante patienter at tage initiativ til kontakten, hvis de ikke selv havde gjort det før næste kontakt. Dette har dog endnu ikke været aktuelt.

Aktivitetsopgørelser for forløbskoordinatorens opfølgende arbejde

56 patienter (svarende til ca. 12 %) blev stratificeret til ekstra opfølgning fra forløbskoordinatoren i 2011. Tabel 6 nedenfor viser koordinatorens opgørelser over, hvor lang tid disse patienter er fulgt, hvor mange kontakter de gennemsnitligt havde, samt hvor mange patienter der fortsat var i et aktivt forløb ved udgangen af 2011.

Det fremgår af tabellen, at ca. 90 % af forløbene afsluttes inden for de tre måneder, som patienten normalt er tilknyttet hjertemedicinsk afdeling.

Tabel 6: Opgørelse over opfølgingsforløb til sårbare patienter

Varighed	Aktive forløb pr. 31.12.2011	Afsluttede forløb i 2011	Gennemsnitligt antal kontakter
+12 uger	3	2	7,5 (mellem 9-6)
8-12 uger	7	7	5,0 (mellem 3-7)
4-8 uger	13	7	3,5 (mellem 2-5)
1-4 uger	7	10	1,5 (mellem 1-2)
I alt	30	26	

7.4 Projektdeltagernes og DSI's vurdering af hjerteprojektets resultater

Dette afsnit sammenfatter projektdeltagernes evaluering af projektets resultater med udgangspunkt i de indsatser og mål, der er opstillet i afsnit 7.2:

- De involverede fagpersoner skal opleve et forbedret samarbejde
- Projektet skal mindske patienternes fravalg og frafald af rehabilitering
- Flere patienter skal nå de nationale mål for risikofaktor-reduktion for hjertepatienter
- Patienterne skal opleve et mere fleksibelt og sammenhængende forløb.

Efter gennemgangen af succeskriterierne beskrives projektgruppens fremadrettede planer for arbejdet med forløbskoordination i hjerterehabiliteringen.

Sammenfatningen er udarbejdet på baggrund skriftligt materiale fra projektgruppen, DSI's løbende interview og samtaler med projektdeltagerne samt afsluttende evalueringsinterview med ni nøglepersoner fra og omkring projektet⁵⁶.

7.4.1 Målsætningen om at forbedre involverede fagpersoners samarbejde

Som nedenstående citater illustrerer, oplever projektets nøglepersoner at der er etableret et netværk af samarbejdspartnere som kommunikerer og samarbejder mere målrettet end tidligere:



Kontakten mellem ansvarlige fagpersoner er blevet bedre og lettere. Forløbskoordinatoren har fungeret som brobygger mellem organisationerne, så nøglepersonerne hjælper hinanden med at fastholde patienterne.

*Kristian Korsgaard Thomsen, ledende overlæge,
Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus*

Før vidste vi ikke, hvem vi skulle ringe til, når der var noget – nu har vi en fast kontaktperson.

*Marianne Lundgaard Hansen, sundhedschef,
Vejen Kommune*

Som næste citater illustrerer, oplever de fagpersoner, der arbejder direkte sammen med koordinatoren, også funktionen som en stor hjælp i hverdagen:



Lena [forløbskoordinatoren] er blevet min GPS og problemknuser – hun er god til at finde rundt i alle de her strukturer og systemer, som er forskellige, samtidig er hun meget tilgængelig.

*Annette Thygesen, sygeplejerske,
Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus*

Jeg tror, hun er med til at aflaste Kristian [afdelingens ledende overlæge og lokal projektejer], fordi hun har fået så stor viden, at mange er begyndt at gå til hende for råd.

*Tina Munro, sygeplejerske,
Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus*

Til gengæld er intentionen om at forbedre overleveringen af patienter til almen praksis ikke blevet til noget, fordi hjerteafdelingens praksiskoordinator har været vakant hele projektperioden. Efter hver konsultation på sygehuset sendes en kopi af sygehuslægens statusnotat til almen praksis. Notatet indeholder status på symptomer fra hjerte og kredsløb, status på risikofaktor kontrollen, status på medicin og evt. bivirkninger.

7.4.2 Målsætningen om at mindske fravalg og frafald i hjerterehabiliteringen

Projektdeltagerne vurderer, at projektet er med til at mindske patienternes fravalg og frafald fra rehabiliteringen. Særligt koordinatorens arbejde med at følge op på sårbare patienter forventes at have mindsket andelen af patienter, der slet ikke får del i rehabiliteringen. Koordinatoren imødekommer samtidig et stort ønske blandt rehabiliteringens hjertesygeplejersker, som længe har ønsket mulighed for at tilbyde individuel og personlig opfølgning til de patienter, der ikke passer ind i standardtilbuddene.

Projektdeltagerne forventer også, at flere patienter gennemfører sygehusets holdundervisning og træning, samt at lidt flere patienter vælger at fortsætte på de kommunale forløb. Der foreligger endnu ikke data, der kan be- eller afkræfte projektdeltagernes forventninger. Disse spørgsmål vil blive belyst i den selvstændige undersøgelse af patienternes fravalg og frafald, som afrapporteres ved udgangen af 2012.

7.4.3 Målsætningen om at flere patienter skal nå anbefalet reduktion af risikofaktorer

Den ledende overlæge, som er projektejer for forløbskoordinatorprojektet, havde fra starten en intention om at monitorere den kliniske effekt af hjerterehabiliteringen. Det skulle ske ved hjælp af data fra elektroniske rehabiliteringsplaner og udtræk fra en national rehabiliteringsdatabase, som var under udvikling af Dansk Kardiologisk selskab.

56 Listen med nøglepersoner findes i bilag 2.

Projektgruppen var imidlertid endt i en blindgyde med ønsket om at digitalisere patienternes rehabiliteringsplaner (jf. it-møderne, som er beskrevet i afsnit 7.3.1). Samtidig var der uklarhed om, hvornår og hvordan den nationale database kunne integreres i de fremtidige elektroniske patientjournaler. Disse forhold betød, at overlægen – for ikke at udvikle lokale databaser og registreringspraksis, som belaster personalet unødigt – havde valgt at udskyde monitoreringsarbejdet. Indtastningen af de relevante kliniske data er påbegyndt i foråret 2012, og resultaterne forventes afrapporteret og formidlet ved udgangen af 2012.

7.4.4 Målsætningen om at patienterne skal opleve et fleksibelt og sammenhængene forløb

De kommunale projektgruppedeltagere angiver ved interview, at de oplever, at patienterne er bedre og tidligere informeret om de kommunale tilbud, end før der var en forløbskoordinator. Samtidig vurderer projektdeltagerne, at:

- Patienterne kan mærke, at fagpersonerne kender og bruger hinanden på en anden måde end tidligere.
- Patienterne har fået lettere adgang til at få svar på spørgsmål og ændre tider, samtidig med at sekretærer og koordinator er bevidste om at være meget fleksible over for patienter, der ønsker at ændre tider.
- Forløbskoordinatorens kontaktfunktioner etablerer kontakt til en patientgruppe, der tidligere gled i baggrunden, fordi der ikke var afsat ressourcer til at tage sig af dem.

Der foreligger endnu ikke data, der kan be- eller afkræfte projektdeltagernes forventninger. Succeskriteriet bliver derfor først belyst i den selvstændige undersøgelse af patienternes fravalg og frafald, som afrapporteres ved udgangen af 2012.

7.5 Projektstatus ved udgangen af 2011 og fremadrettede planer for hjerteprojektet

Projektgruppen planlægger at bruge det sidste halve år af projektperioden på at udbrede samarbejdet om overlevering af patienter til også at omfatte de to sidste kommuner i sygehusets optageområde – Fanø og Billund kommuner – samt at forankre forløbskoordinatorens funktioner som en del af den daglige drift.

Projektdeltagerne og koordinatoren ønsker også at adressere to udfordringer ved den måde, som koordinatorfunktionen er bemandet og organiseret. Disse knytter sig til at:

- Koordinatoren oplever, at det er svært at følge op på de patienter, hun ikke selv har set.
- Funktionen er personafhængig. Det betyder, at kontaktlefonen kun er åben, når koordinatoren er på arbejde, samt at der ikke bliver fulgt op på sårbare patienter, når koordinatoren er fraværende på grund af sygdom, ferie eller lignende. I disse perioder er der dog slået en telefon-svarer til, hvor patienten opfordres til at lægge navn og telefonnummer, hvorefter koordinatoren følger op på henvendelser ved førstkomende lejlighed.

Sygeplejeteamet har i den forbindelse foreslået ledelsen på Hjertemedicinsk Afdeling at lave om på funktionen, så hver sygeplejerske i rehabiliteringen har ansvaret for opfølgning på de sårbare patienter, de selv identificerer ved opstartssamtalerne til rehabiliteringen. Der er enighed om, at en model, hvor funktionen er bredt forankret, er mest hensigtsmæssig, fordi den a) gør opgaven mindre sårbar over for udskiftning af personale og b) skaber større personkontinuitet for patienten.

Ved projektets afslutning skal der tages stilling til videreførelsen af forløbskoordinatorfunktionen, når projektperioden udløber i september 2012. Endnu er der dog ikke truffet nogen endelig beslutning om, hvordan koordinationsopgaverne rent praktisk videreføres.

Desuden planlægges lokal formidling af erfaring og resultater via et årligt informationsmøde for praktiserende læger og praksissygeplejersker samt interne møder for ambulatoriepersonalet på Grindsted og Esbjerg sygehuse. Til disse møder inviteres også relevant personale fra de fem kommuner, der ligger i sygehusets optageområde.

8 Tværgående sammenfatning og diskussion

Dette kapitel indeholder en tværgående sammenfatning og diskussion, som forholder delprojekternes indsatser og resultater til rammeprojektets indsatsområder. Formålet er at udlede de erfaringer og resultater, som er væsentlige for det fremadrettede arbejde med udvikling og implementering af forløbskoordination.

Først opstilles et oversigtskema, der samler de væsentligste karakteristika fra de gennemførte projekter. Resten af kapitlet er disponeret i tre hovedafsnit, som følger rammeprojektets indsatsområder omkring:

1. Relationer og fælles viden som grundlag for en forløbsorienteret behandling.
2. Faglig koordinering og målrettet kommunikation.
3. Sygehusafdelingernes identifikation, støtte og overlevering af særligt sårbare patienter til almen praksis og kommune.

Kapitlet afsluttes med en kort delkonklusion, der forholder delprojekternes væsentligste resultater til rammeprojektets succeskriterier.

8.1 Oversigt over de gennemførte projekter

Nedenstående tabel sammenfatter de væsentligste karakteristika på tværs af de gennemførte delprojekter. Række 1 og 2 opsummerer den lokale projektorganisering og koordinatorfunktionernes primære bemanding. Række 3 og 4 opsummerer herefter det fokus, som projekterne har haft i arbejdet med at udvikle rammer for forløbskoordination og en praksis for patientrettet koordination. Endelig opsummerer række 5 og 6 de væsentligste resultater og udfordringer, som evalueringen har identificeret.

Tabel 7: Oversigt over centrale karakteristika og erfaringer fra KOL, diabetes og hjerteprojekterne

	KOL, Odense	Diabetes, Fredericia	Hjerte, Vejle og Esbjerg
1. Projektorganisering	Lungemedicinsk sengeafdeling i samarbejde med hjemmesygeplejen i Odense Kommune	Diabetesambulatoriet på Fredericia Sygehus i samarbejde med sundhedsområdet i Middelfart og Fredericia kommuner	Hjerteafdelingerne i samarbejde med sundheds- og træningsområdet i udvalgte kommuner
2. Bemanding af koordinatorfunktionen	Frikøbt sygeplejerske med ansvar for udviklingsopgaver	2 frikøbte sygeplejersker med ansvar for udviklingsopgaver	Frikøbt sygeplejerske fra sygehusets sygeplejefaglige hjerterehabiliteringsteam
3. Fokus for forløbsudvikling	Nye arbejds gange på sengeafdeling og standardiseret sygeplejekorrespondance mellem sygehus og hjemmesygepleje Kompetenceudvikling mellem nøglepersoner i primær og sekundær sektor	Implementering af diabetesprogrammets arbejdsdelinger Fælles rammer for henvisning til regional og kommunal diabetesundervisning	Styrke samarbejdet med kommunale nøglepersoner for at sikre sammenhængende logistik og fælles viden på tværs af hjerterehabiliteringen Sikre at alle patienter informeres ordentligt om rehabilitering
4. Fokus for patientrettet koordination	Overlevering af viden fra sygehus til hjemmesygepleje Opfølgning til udskrevne patienter	Koordinerede diabetesstilbud på tværs af sygehus og kommuner Afklarende samtale til patienter for at afklare optimalt forløb	Fleksibilitet i hjerterehabilitering for at mindske fravalg og frafald Stratificering og individuel støtte til sårbare patienter
5. Styrker og resultater	I lille grad personafhængigt Har etableret ny samarbejdsrelation og et fælles fokus på KOL-overgangen mellem hospitalsafdeling og hjemmesygepleje Sætter eksplicit fokus på indsatsen til de svageste patienter	God kobling til almen praksis Lokal koordinator fortsætter som koordinerende diabeteskoordinator for hele Sygehus Lillebælt Dedikeret overlæg i projektet	Evidensbaseret og multifaktorielt rehabiliteringsforløb, er fast rutine Faste arbejdsdelinger, faste rammer for overlevering og principper for målrettet kommunikation Entydig indgang til forløb og fast tidsramme Dedikerede overlæger i begge projekter
6. Udfordringer	Omhandler en afgrænset del af KOL-patienternes forløb Omhandler kun de mest syge KOL-patienter Svag kobling til almen praksis	Ingen fokus på særligt sårbare patienter Fokus på et stort og spredt behandlingsområde med mange autonome aktører	Svag kobling til almen praksis Stratificering og individuel støtte er baseret på 'hjemmelavede' redskaber Begrænset mulighed for at hjælpe sårbare patienter

57 De to hjerteprojekter præsenteres samlet, fordi der er stort sammenfald imellem dem.

8.2 Fælles viden, mål og respekt som afsæt for en forløbsorienteret indsats

Som det fremgik af udviklingsbeskrivelserne i kapitel 5-8, var der forskel på, hvor godt deltagerne i de enkelte udviklingsprojekter kendte hinanden ved projektstart. Samtidig var der forskel på de samarbejdsrelationer, det har været relevant – og muligt – at fremme i forhold til de valgte indsatsområder og individuelle patientforløb.

De to hjerteprojekter havde et væsentligt forspring i relationsarbejdet, fordi der allerede var etableret faste samarbejdsrelationer forud for projektstart, og fordi de forløb og problemstillinger, som hjerteprojekterne har arbejdet med, var veldefinerede og accepterede af projektdeltagerne. Dette betød, at hjerteprojekterne hurtigt fik afstemt de gensidige forventninger til samarbejdet om forløbskoordination.

Deltagerne i diabetes- og KOL projektet kendte i lille omfang hinanden ved projektstart, og ud over forløbsprogrammernes principielle beskrivelser for samarbejdet var der hverken et veldefineret forløb eller fælles problemstillinger, som arbejdet med forløbskoordination kunne tage udgangspunkt i. Før projekterne kunne komme i gang med det egentlige udvik-

lingsarbejde, skulle der således arbejdes en del med forventningsafstemning, ligesom projektdeltagerne skulle finde ud af, hvilke relationer der var relevante at styrke via projektet.

8.2.1 Aktiviteter der har understøttet relationsarbejdet

En stor del af relationsarbejdet er sket via projektmøder og underarbejdsgrupper, hvor de involverede medarbejdere og ledere har lært hinanden at kende. Herudover har projektgrupperne igangsat en række initiativer, som skulle understøtte en forløbsorienteret indsats for en bredere kreds af fagpersoner end dem, der var direkte involveret i projekterne. Disse aktiviteter, som er listet i tabel 8, har fyldt væsentligt mere i diabetes- og KOL-projekterne end i hjerteprojekterne på grund af deres fokus på tværgående forløbsudvikling. Hjerteprojekterne har til gengæld i højere grad arbejdet med at opbygge et forløbsorienteret samarbejde ved, at de involverede grupper af fagpersoner (fx fysioterapeuter på tværs af sygehus og kommune) har samarbejdet om at koordinere og afstemme deres indsatser inden for rammerne af de aftalte rehabiliteringsforløb for hjertepatienter.

Tabel 8. Oversigt over igangsatte aktiviteter

Aktiviteter	Formål
Besøgsrunder hos kommunale samarbejdspartnere, fx hjemmesygepleje eller kommunale patientuddannelses-tilbud	Informere om arbejdet med forløbskoordination Kortlægning og problemanalyse for at afklare, hvilke problemstillinger, samarbejdsrelationer og snitflader der er relevante og realistiske af arbejde med Sygehusets forløbskoordinatorer får indsigt i de kommunale tilbud
Studiebesøg på sygehus afdeling for relevant personale fra primærsektoren	Relevant personale får indblik i hinandens arbejdsbetingelser Mulighed for faglig opkvalificering af personale fra primærsektoren Mulighed for fælles erfaringsudveksling Mulighed for at få afkræftet fordomme og skabe grobund for et mere uformelt samarbejde
Besøgsrunder hos almen praksis	Udbredelse af kendskab til de eksisterende tilbud, som almen praksis kan trække på i arbejdet med at fremme livsstilsændringer og give patienten kompetencer til at 'passe' sin sygdom Øge andelen af patienter, der henvises til patientuddannelse og lignende Introducere almen praksis til forløbsprogrammer og de arbejdsdelinger, som er beskrevet i disse Svare på spørgsmål om arbejdsdeling, behandling, henvisningsprocedurer mm. Øge sygehusets kendskab til hverdagen og det faglige niveau i almen praksis
Fælles undervisning og kompetenceudvikling	Etablere et samarbejde om at opkvalificere basispersonale i hjemmeplejen i forhold til at se tegn på forværring og handle adækvat på disse, når de kommer i hjem med KOL-patienter, svært syge diabetespatienter og lignende Afholde undervisningsarrangementer og informationsmøder, der giver ny faglig viden til praksis-sygeplejersker, fodterapeuter og kommunale hjemmesygeplejersker mm. Udbrede viden om forløbsprogrammer, arbejdsdeling og primærsektorens mulighed for at få sparring fra speciallæger og specialistsygeplejersker på sygehuset
Tværsætorielle mødefora for relevante fagpersoner og ledere, som videreføres efter projektudløb	Møderne skal give mulighed for at drøfte samarbejde, problemcases, principielle problemstillinger, udviklingsopgaver, justeringer og opdatering af indsats i henhold til faglige anbefalinger osv.
Tilknytning af konsulentfunktioner fra almen praksis	Brobyggere fra almen praksis, som kan hjælpe med at kvalificere aktiviteter rettet imod almen praksis

Den feedback, som forløbskoordinatorerne har fået fra målgrupperne vedrørende ovenstående aktiviteter, er overvejende positiv. Samtidig oplever koordinatorerne, at der er taget godt imod dem, og at fremmødet har været relativt stort. Erfaringen er dog også, at det kan være tidskrævende at igangsætte tværgående aktiviteter, ligesom det tager tid, før rekrutteringen til studiebesøg og lignende kommer i gang. Initiativer, der ikke fremstår relevante for målgruppen, og/eller initiativer der ikke er ledelsesmæssig opbakning til, er dog vanskelige at gennemføre med succes. I den forbindelse har den lokale forløbsledelse og de praktiserende læger, der var samlet i projektgrupperne, været med til at gøre en stor positiv forskel.

Indfrielsen af formålene med de forskellige aktiviteter afhænger dog først og fremmest af, at de bliver planlagt, således at der er et tydeligt og relevant for målgruppen, samt at de fagpersoner, der fx tager på besøgsrunder og afholder undervisningsarrangementer, fremstår kompetence og robuste overfor målgruppen. Hvis ikke dette er tilfældet – fx hvis fagpersoner, der gennemfører studiebesøg på en sygehusafdeling, får en dårlig oplevelse – bliver resultatet i værste fald nedbrydende for de relationer, der netop ønskes fremmet. Igangsættelse af aktiviteter som ovenstående er altså ikke noget, der skal sættes i værk, med mindre de kan bakkes ordentligt op. Få, men velgennemførte initiativer er således meget bedre end mange, men overfladiske aktiviteter, som ikke opleves relevante for målgruppen. Dialog med de intenderede målgrupper og prioritering af såvel egne som målgruppens ressourcer er således helt centralt for relationsarbejdet.

8.2.2 Resultater og erfaringer

Som det fremgår af citaterne i tekstboks 2 fra de afsluttende evalueringsinterview, er der i alle projektgrupper stor tilfredshed med de ændringer i retning af et forløbsorienteret samarbejde, som er skabt i projektperioden:

De positive resultater knytter sig først og fremmest til, at de lokale projektgrupper (jf. udviklingsbeskrivelserne i kapitel 5-8) har skabt et netværk mellem centralt placerede medarbejdere og ledere, som i dag kender, forstår og interesserer sig for hinandens rolle i de forløb, der samarbejdes om. De deltagende fagpersoner oplever således i alle projekter, at der er etableret et mere forløbsorienteret samarbejde, som forbedrer deres mulighed for at hjælpe patienter godt videre til næste trin i forløbet.

Opbygning af positive relationer og fælles viden er en kendt sideeffekt ved vellykkede projektsamarbejder, særligt hvis samarbejdet på tidspunkter har været kritisk eller ledt til væsentlige nye erkendelser⁵⁸. Til gengæld er det også en kendt udfordring at forankre projektdeltagernes positive oplevelser og nye relationer organisatorisk, således at resultaterne bliver robuste over for medarbejderudskiftning og bæredygtige, når projektperioden og de ekstra ressourcer forsvinder.

Derfor er det væsentligt, at den nye viden og de forbedrede relationer forankres i aftaler, redskaber og organisatoriske rammer, som understøtter faglig koordination og målrettet kommunikation på tværs af de ønskede forløb. Erfaringerne med disse indsatsområder gennemgås i næste afsnit.

Tekstboks 2: Eksempler på forbedrede forudsætninger for relationel koordination

Vi har fået nogle lidt mere uformelle kommunikationskanaler og et kendskab til hinanden, der gør, at det hele kører lidt nemmere, og der er skabt en gensidig vilje til samarbejde, som er et stort løft.

*Jette Mark Sørensen
chef for hjemmesygeplejen, Odense Kommune*

Det er blevet meget lettere at argumentere overfor kollegerne, hvorfor de skal henvise – for projektet har lært os, at det [de kommunale patientrettede tilbud] er nogle knaldgode tilbud. Det er også blevet lettere at argumentere over for patienterne.

Kristian Wendelboe, praktiserende læge, Middelfart

Jeg er sikker på, at patienterne kan mærke, at vi kender – og bruger – hinanden på en anden måde end tidligere.

Vibeke Brogaard Hansen, overlæge, Vejle Sygehus

Et af formålene med projektet har været, at nøglepersonerne skulle lære hinanden at kende. Jeg synes, projektet har illustreret, at det er utroligt vigtigt. At det føles helt naturligt, at man lige kontakter hinanden om de her patienter, som kører på tværs i sektorerne.

*Kristian Korsgaard Thomsen
ledende overlæge, Esbjerg Sygehus*

Vi har altid haft et godt forhold med gensidig respekt, men tidligere kan man sige at vi var fætre og kusiner – nu er vi blevet onkler og tanter.

Margit Thomsen, sundhedschef, Varde Kommune

58 Fx er de stort set identiske med de resultater, der er fremhævet i evalueringen af Region Syddanmarks partnerskabsprojekt om hjerterehabilitering, jf. (44).

8.3 Faglig koordination og målrettet kommunikation

Der var også væsentlige forskelle i udgangspunktet for projekterne arbejde med faglig koordination og målrettet kommunikation. De to hjerteprojekter i Vejle og Esbjerg havde ved projektstart et veldefineret, langt, multifaktorielt og evidensbaseret rehabiliteringsforløb, som samarbejdet tog udgangspunkt i. Det betød, at der ikke var tvivl om, hvad rehabiliteringsindsatsen indeholdt, eller hvilke rammer der skulle være gældende for samarbejdet. Samtidig var de relevante tilbud på plads, og gruppen af relevante patienter var veldefineret og overskuelig.

Diabetes- og KOL-projektets udgangspunkt for udviklingsarbejdet er langt mere åbent. Dels er de patientforløb, der er arbejdet med, ikke veldefineret og afgrænset på sammen måde som et hjerterehabiliteringsforløb, dels er KOL og diabetes snigende sygdomme, hvorfor patienterne ikke på samme måde som hjertepatienter mærker, at de har fået en potentielt invaliderende og livstruende sygdom⁵⁹. Diabetes- og KOL-projekterne har derfor også haft mange potentielle snitflader, opgaver og problemstillinger, som de kunne vælge imellem, da forløbskoordinatorernes opgaver skulle defineres. I den forbindelse blev det hurtigt klart, at en projektansat forløbskoordinators ressourcer ikke rækker langt på et hospital som Odense Universitetshospital, hvor der både er en stor akutmodtagelse, en stor sengeafdeling for

lungepatienter og et stort ambulatorium med mange specialiserede funktioner. Når dette udgangspunkt kombineres med en stor kommune med et vidtforgrenet sundheds- og ældreområde og ca. 100 praktiserende læger, bliver det ganske begrænset, hvor og hvordan forløbskoordinatoren kan sætte et meningsfuldt aftryk på patienternes forløb.

Disse forhold illustrerer, hvor langt der er fra ansættelsen af en dedikeret forløbskoordinator til et sammenhængende forløb for særligt sårbare patienter. Hospitalsansatte koordinators, der arbejder med konkrete patienter, er således nødt til at have et snævert fokus, hvis deres bidrag skal være mærkbart for patienter og samarbejdspartnere. Samtidig understreges vigtigheden af, at introduktionen af forløbskoordinatorer sammentænkes med initiativer, der fremmer faglig sammenhæng i de eksisterende samarbejdsrelationer.

8.3.1 Aktiviteter der har understøttet udvikling af faglig koordination og kommunikation

Forløbskoordinatorerne har – i løbende dialog med deres projektgruppe – fungeret som primus motor for at identificere og igangsætte udviklingsaktiviteter, som kunne forbedre den faglige koordination og kommunikation. Som det fremgår af nedenstående tabel 9, blev der igangsat mange initiativer på tværs af projekterne.

Tabel 9: Oversigt over igangsatte aktiviteter

Aktivitet	Formål
Udvikling af sygeplejefaglige korrespondancemeddelelser	Udvidet og målrettet plejestatus til det personale, der møder patienten i primærsektoren Udveksling af relevant viden om patientens risikofaktorer
Telefonisk henvendelse til almen praksis ved afslutning af patienter fra sygehusforløb	Medvirke til at almen bliver opmærksom på deres rolle i behandlingsforløb – især i forhold til opsøgende indsats og proaktiv opfølgning Gøre almen praksis opmærksom på patienter med særlige behov for opfølgning
Aftaler om opfølgning ved udskrivelse af sårbare patienter	Sikre at særligt sårbare patienter kommer godt hjem, samt at relevant fagperson tager stilling til, hvordan der i kommunalt regi kan arbejdes med patientens behov, ønsker og motivation for rehabilitering Sårbar patienter, som ikke er kendt af ældreplejen, får vurderet, om der er behov for støtte fra hjemmepleje og/eller sygepleje
Fælles planer for logistik og timing i tværsektorielle forløb	Undgå overlappende tider mellem kommunale og regionale tilbud Sikre at relevante oplysninger er udvekslet, før patienten møder næste fagperson
Nye rutiner for at informere og indkalde relevante patienter til rehabilitering	Alle relevante patienter modtager individuelt tilpasset information Involverede faggrupper giver ensartet information til patienterne Alle patienter indkaldes til relevant forløb
Udvikling af fælles patientskolekoncept og enstrengt henvisning fra almen praksis	Fjerne uhensigtsmæssige overlap mellem kommunale og regionale tilbud Sikre at almen praksis har en enstrengt henvisningsmodel Give mulighed for individuelle forløb og afklarende samtaler med patienter, hvor egen læge eller patienten selv er i tvivl om, hvilke tilbud der er de rigtige
Monofaglige udviklingsmøder på tværs af sektorer	Fjerne uhensigtsmæssige overlap, så patienterne oplever et sammenhængende forløb, hvor indsatserne supplerer hinanden Gøre sygehuspersonalet i stand til at motivere og forberede patienterne på næste stop i forløbet
Personlige møder som basis for overlevering af en patient fra en fagperson til næste i et forløb	Patienten oplever kontinuitet og en tryk overgang Fagpersonerne får konkret viden om patienten, som hjælper dem til at levere kontinuerlig indsats Minimere patienternes frafald og fravalg
Let tilgængelig kontaktperson for samarbejdspartnere	Direkte telefonnummer og mailadresse udleveres til samarbejdspartnere for at give en enkel og synlig adgang til at afklare tvivlsspørgsmål samt mulighed for at koordinere komplekse forløb

59 I princippet har hjertepatienter det samme forløb, fordi de fleste patienter igennem lang tid har for højt blodtryk og åreforkalkning. Til forskel fra diabetes og KOL er der imidlertid en entydig indgang til forløbet osv.

Projektdeltagerne oplever generelt, at ovenstående initiativer har indfriet deres formål, samt at de fleste initiativer er godt på vej til at blive indlejret som faste rutiner i det lokale kroniker-samarbejde. Der er dog fortsat to grundlæggende begrænsninger for ønsket om faglig sammenhæng, som i lille omfang er adresseret via projekterne:

For det første mangler fagpersonerne den elektroniske forløbsplan, som er under udvikling i Region Syddanmark. Deltagerne ser planen som et helt centralt redskab for opgaven med at understøtte et sammenhængende forløb for patienterne generelt og specifikt for muligheden for at kommunikere målrettet om sårbare patienter. Hjerterprojekterne har allerede i dag samlede planer, der beskriver patientens samlede forløb og – ifølge de kommunale projektdeltagere – har stor værdi for de fagpersoner, der overtager patienterne på den kommunale del af hjerterehabiliteringen. Disse planer findes dog fortsat kun i papirform, hvorfor de fx i Esbjerg kopieres og sendes med posten til de kommunale nøglepersoner en gang om ugen⁶⁰.

For det andet er den tværsektorielle samarbejdsrelation til almen praksis fortsat svag. Diabetesprojektets besøgsrunde i af almen praksis (jf. tabel 3) indikerer, at almen praksis' kendskab til indholdet i forløbsprogrammerne p.t. er mangelfuldt. Samtidig udgør ønsket om at involvere almen praksis i udviklingsarbejde på kronikerområdet en kendt udfordring, fordi de praktiserende læger ikke fremstår som en samlet organisation, der kan indgå forpligtende aftaler om udvikling og implemen-

tering af nye initiativer, med mindre de er beskrevet i en gældende overenskomst.

At det er vanskeligt at involvere almen praksis i udviklingsarbejdet afspejles bl.a. ved, at det kun er lykkedes Fredericia- og Vejle-projekterne at involvere almen praksis⁶¹. Involveringen er sket via to praksiskonsulenter i Vejle og to læger med særlig interesse for diabetesbehandling i Fredericia. Lægerne har således deltaget som konsulenter og rådgivere, der har vejledt projektgrupperne om muligheder for at indtænke almen praksis i udviklingsarbejdet. Som sådan har de haft stor værdi for udviklingsarbejdet.

8.3.2 Resultater og erfaringer

Nøglepersonerne i alle udviklingsprojekter oplever, at forudsætningerne for faglig sammenhæng er forbedret. Dette illustreres af citaterne fra de afsluttende evalueringssamtaler i teksts boks 3.

De positive resultater relateres i høj grad til koordinatorens tid og mulighed for at udvikle redskaber og arbejds-gange, der understøtter det samarbejde, som projektdeltagerne gerne vil have. Effekterne knytter sig til, at der er skabt nye kommunikationspraksis, som gør, at fagpersonerne i højere grad har den rigtige information på rette tid og sted. Samtidig har projekterne resulteret i, at møder mellem fagpersoner og patienter er integreret som en ny, naturlig del af patientforløbet. Endelig er der i alle projekter etableret faste fora for problemløsning og udvikling.

Tekstboks 3: Eksempler på forbedringer af den faglige koordination og kommunikation

Projektet har fremskyndet processen med, at vi får mere fokus på KOL-sygepleje og de ting, vi sætter i værk for at give en god start efter indlæggelsen. [...] Fraserne, som bruges til at strukturere sygeplejekorrespondancen til hjemmesygeplejen, fungerer godt, og vi får besked tilbage om, at indholdet er relevant, og at meddelelsen hjælper kommunen med at opspore patienter med behov for hjælp.

*Tina Munroe
Lungesygeplejerske, Odense Universitetshospital*

Vi har udviklet en fælles struktur for vores diabetestilbud, som muliggør et samarbejde om at give borgerne det bedst mulige forløb i fællesskab. Det er et godt resultat – for vi havde konkurrerende tilbud på en eller anden måde.

*Lis Høge
Sundhedschef, Middelfart Kommune*

Det har været rigtig godt med en ressourceperson, som er dedikeret til udvikling af team og samarbejde... Vi har fået et meget bedre samarbejde med sygehusets egne fysioterapeuter, og der er etableret et kontinuert forløb sammen med kommunen

*Aase Lillelund
Hjertesyggeplejerske, Vejle Sygehus*

Vores aflevering til kommunerne og sikringen af, at det kører godt videre, er styrket væsentligt.

*Kristian Thomsen
Ledende hjerteroverlæge, Esbjerg Sygehus*

60 En kopi af patientens egen handleplan på Vejle Sygehus er vedlagt som bilag 4.

61 Som det fremgår af udviklingsbeskrivelserne, har Esbjerg og Odenses projekter været uden praksiskonsulenter i hele eller store dele af projektforsøget.

8.4 Forløbskoordinatorernes patientrettede opgaver

I tre af de gennemførte projekter fungerer forløbskoordinatorerne som specialistsygeplejersker, der bruger ca. halvdelen af deres arbejdstid på kliniske opgaver på afdelingen. Sygeplejerskerne indgår samtidig i de teams, der har ansvar for afdelingernes rehabilitering og patientuddannelse. Denne fordeling af arbejdet medvirker til, at koordinatorerne bevarer en tæt relation til deres kolleger og de faglige opgaver, der skal bindes sammen til gode forløb for patienterne. Forløbskoordinatorernes aktive deltagelse i sygehusenes patientuddannelse og rehabilitering giver endvidere en god platform for opgaven med at hjælpe patienterne godt videre i forløbet. Alle koordinatorerne fortæller således, at de – og deres kolleger – som følge af projekterne gør en ekstra indsats for at informere og motivere patienterne om kommunale tilbud som led i deres samtaler, undervisning og træningssessioner.

Det er dog kun i de to hjerteprojekter, at forløbskoordinatorerne har haft et formelt ansvar for at fungere som patienternes kontakt- og støtteperson i rehabiliteringsforløbet. Denne opgave kan opdeles i en passiv del, der består i at svare på henvendelser fra patienter og pårørende, og en aktiv del der består i at identificere og støtte særligt sårbare patienter på individuel basis⁶². Erfaringerne med disse to forskellige opgaver sammenfattes og diskuteres i de følgende afsnit. Herefter præsenteres de konkrete redskaber og metoder, der er anvendt til at stratificere patienterne.

8.4.1 Koordinatorernes passive ansvar for at være kontaktperson for hjerterehabiliteringen

Koordinatorernes passive rolle består i at svare på rehabiliteringsteamets mail og telefon. De ting, der har taget mest tid, er registrering af afbud, ændring af tider, spørgsmål vedrørende kritisk sygdom, forsikring og rejse, spørgsmål om medicin og bivirkninger, bestilling af kørsel og bestilling af tolk. Opgørelser fra projektet i Vejle (hvor der er ca. 270 nye hjertepatienter om året) viser, at koordinatoren gennemsnitligt modtog 4-5 pa-

tientopkald pr. dag, samt at opgaven lægger beslag på ca. 2 timer om ugen.

Selvom den passive kontaktfunktion indebærer en del afbrydelser i løbet af dagen, er forløbskoordinatorernes erfaringer med opgaven positive. For det første oplever koordinatorerne, at det er en stor lettelse for patienterne at have let adgang til en fagligt funderet kontaktperson, som hurtigt kan give svar eller beslutte, hvad der skal gøres, hvis patienten har mistanke om komplikationer eller lignende. For det andet vurderer koordinatorerne, at kontaktfunktionen er vigtig, fordi det kræver meget ad hoc-baseret koordination og fleksibilitet overfor patienterne at holde 'rehabiliteringsmaskinen' kørende. Ifølge projektdeltagerne – og konkrete opgørelser fra Vejle (jf. afsnit 6.4.1) – øger dette patienternes fremmøde, samtidig med at færre patienter venter på at starte på et hjerteforløb.

Den passive kontaktfunktion har i projektperioden været forløbskoordinatorernes ansvar. Dette har fungeret, fordi de – sammenlignet med det øvrige personale – har haft en fleksibel arbejdsdag. Når projektmidlerne løber ud, er det imidlertid meningen, at kontaktfunktionen i højere grad skal deles af de fagpersoner, som indgår i rehabiliteringsteamet. Samtidig indføres der i Vejle faste telefontider hver formiddag, for at sygeplejerskerne kan undgå at blive forstyrret i deres øvrige opgaver.

8.4.2 Koordinatorernes aktive ansvar for at identificere og støtte sårbare patienter

Forløbskoordinatorerne i hjerteprojekterne har haft til opgave at introducere arbejdet med stratificering og forankre opgaven i afdelingens sygeplejefaglige rehabiliteringsteam. Tabel 10 nedenfor opsummerer de initiativer, der er igangsat i projekterne.

8.4.3 Redskaber og metoder til stratificering

De overordnede kriterier for at vurdere patientens behov for støtte er udviklet lokalt i projekterne med inspiration fra allerede gennemførte projekter om socialt differentieret hjerterehabilitering (43). I disse projekter blev ca. 45 % af patienterne stratificeret til et udvidet forløb (44). Så mange patienter har sygehusenes for-

Tabel 10: Oversigt over aktiviteter der har haft til formål at opspore og støtte sårbare patienter

Initiativ	Formål
Indføre stratificering som en del af opstartssamtalen på hjerterehabilitering	At identificere sårbare patienter med særlige behov for støtte
Aktiv opfølgning for sårbare patienter med mangelfuld egenomsorg	Give mulighed for differentieret og individuel rehabilitering for patienter, der ikke passer i standardforløb Afdække behov for supplerende støtte eller behandling og hjælpe patienterne hen til rette tilbud
Dokumentation af opfølgingsforløb	Sikre at relevante oplysninger overleveres til almen praksis og andre relevante parter i rehabiliteringen

62 Det er også sket på Lungemedicinsk Afdeling i Odense, men her har udgangspunktet været, at alle indlagte KOL-patienter er i en sårbar situation, hvor der skal sikres en god overlevering til primærsektoren. Koordinationsopgaven er derfor forankret som en fast del af udskrivningsrutinerne for patienter, der er hjemmehørende i Odense Kommune. Ansvar for at følge op på patientens situation ligger herefter hos hjemmesygeplejen.

løbskoordinatorer ikke haft ressourcer til at følge. Stratificeringskriterierne har derfor ikke kunnet overføres direkte til forløbskoordinatorerne. I stedet har de fungeret som en tjekliste, der har hjulpet sygeplejerskerne med at huske opgaven og med at pejle sig ind på patientens situation og ressourcer.

Sygeplejerskerne i hjerterehabiliteringen er alle erfarne ambulatoiresygeplejersker, som vurderer, at de har et godt blik for, hvilke patienter der har brug for individuel opfølgning. Endvidere oplever forløbskoordinatorerne, at de patienter, de har fulgt, er relevante. Derfor oplever rehabiliteringsteamene entydigt, at stratificering og opfølgning er et væsentligt kvalitetsløft sammenlignet med tidligere, hvor patienterne ikke havde mulighed for at få ekstra støtte. Alligevel er sygeplejerskerne i tvivl om, hvorvidt de løfter opgaven korrekt. Det skyldes dels, at arbejdet er baseret på hjemmelavede redskaber, og dels at sygeplejerskernes drøftelser af patientcases viser, at deres stratificering ikke altid er konsistent på tværs af teamet.

I Vejle har 27 % af patienterne fået individuel opfølgning i 2011, mens det kun er ca. 12 % af patienterne i Esbjerg. Evalueringen giver ikke mulighed for at drage entydige konklusioner omkring årsagen til denne variation, men der er flere forhold, som kan have påvirket antallet af registrerede patienter:

- For det første har Vejle og Esbjerg ikke anvendt helt de samme kriterier for stratificering.
- For det andet inkluderer opgørelserne fra Vejle de patienter, som er kontaktet, fordi de havde brug for betænkningstid til at afklare, om de ville deltage i hjerterehabilitering. Opgørelsen fra Esbjerg inkluderer heroverfor kun de sårbare patienter, som har modtaget aktiv opfølgning fra forløbskoordinatoren.
- For det tredje har Esbjerg Sygehus ca. dobbelt så mange patienter om året (560) som Vejle Sygehus (270). Da der samtidig ikke er forskel på, hvor mange medarbejderressourcer der har været disponible til opfølgningen, kan der være visiteret strammere i Esbjerg end i Vejle.

8.4.4 Forløbskoordinatorernes individuelle opfølgning og støtte

Overordnet er to hovedopgaver forbundet med forløbskoordinatorernes udvidede opfølgning:

- *Opfølgning som er målrettet patienter med kompleks sygdom:* Denne patientgruppe består primært af patienter med betydende multisygdom, tilstedeværelse af psykisk sygdom og komplikationer efter hjerteindgrebet. Opfølgningen til disse patienter har bestået af opfølgende telefonsamtaler, opfordring til at ringe til forløbskoordinatoren, hvis man er i tvivl om noget, og indkaldelse til ekstra sygepleje- og lægebesøg på ambulatoriet.
- *Opfølgning som er målrettet patienter med manglende ressourcer til at håndtere sygdommen:* Denne patientgrup-

pe består primært af patienter, som viser tegn på depression, har svært ved at overskue efterforløbet eller udviser manglende sygdomsforståelse. Opfølgningen til disse patienter har bestået af telefonsamtaler, hvor forløbskoordinatorerne har fulgt op på, om alt går, som det skal, og gennemført små motiverende samtaler, der har haft til formål at skabe/understøtte patienternes ønsker om livsstilsændringer.

Især i forbindelse med opfølgningen til patienter, der har svært ved at håndtere deres sygdom, har projekterne vist, at der er snævre grænser for, hvor meget ansvar de sygehusansatte forløbskoordinatorer kan tage. Opfølgningen har således været snævert koblet til diagnoserelaterede problemstillinger og den aktuelle behandling/rehabilitering, mens koordinatoren ikke har haft mulighed for at adressere de bagvedliggende sociale problemer, der ofte står i vejen for sårbare patienters evne til at mestre deres sygdom, møde op til rehabilitering mm.

Et vigtigt element i koordinatorernes udviklingsproces har derfor handlet om at begrænse deres rolle som problemløser til fordel for en rolle som rådgiver og 'GPS', der hjælper patienterne med at etablere kontakt til rette sted. Rette sted har i projekterne været: Hjerteforeningens patientstøtte og rådgivning, livsstilskonsulenter på kommunale sundhedscentre, patientens egen læge og sygehusenes præster⁶³.

8.4.5 Forløbskoordinatorernes redskaber, dokumentation og overlevering af viden til relevante samarbejdspartner

Forløbskoordinatorernes patientrettede opgaver er kun delvist it-understøttede. Derfor har de til formålet selv udviklet en række it-redskaber, som hjælper med at strukturere opfølgning, dokumentation og overlevering af relevante oplysninger.

Forløbskoordinatorernes koordinationsredskaber

- *Spiralkalender fungerer som overordnet planlægningsværktøj:* Koordinatorerne i Esbjerg og Vejle bruger en stor spiralkalender til at holde styr på deres aftaler med sårbare patienter. I den noteres aftaler om opfølgning sammen med patienternes kontaktoplysninger. Hver kontakt med en patient afsluttes med, at forløbet afsluttes eller der sættes en ny tid i kalenderen. Når koordinatoren ringer forgæves, noteres det i kalenderen, hvorefter aftalen flyttes til en senere dag.
- *Notesblok bruges til at dokumentere og strukturere de individuelle forløb:* Koordinatoren i Esbjerg har også haft en blok, hvor der er reserveret en dobbeltside til hver patient, hun følger. Her tager hun noter, som dokumenterer indholdet af de enkelte samtaler, samt hvilke mål der skal følges op på ved næste samtale.
- *Journalnotater og sygeplejefaglige korrespondancemeddelelser bruges til at dokumentere og formidle resultater til*

63 Rette sted kunne også være sagsbehandlere i kommunernes social- og arbejdsmarkedsafdelinger eller lignende, men dette har ikke været tilfældet i de gennemførte projekter.

relevante fagpersoner: Efter hver kontakt, hvor der er noget relevant at bemærke, f.eks. nye aftaler eller beslutninger, laves et journalnotat, som dokumenterer resultaterne af forløbet.

Modtagerne af koordinatorernes notater er først og fremmest almen praksis og de kommunale nøglepersoner, der er etableret relationer til via projektarbejdet. Overleveringen er overvejende skriftlig, men den suppleres jævnligt med personlig kontakt, når der er behov for individuelle løsninger. Forløbskoordinatoren i Vejle har også forsøgt sig med at ringe til praktiserende læger for at informere om de patienter, der afsluttes fra rehabiliteringen. Imidlertid har der været tale om en tidskrævende opgave, som ikke har mødt den store forståelse hos det modtagende personale i almen praksis. Derfor er det besluttet, at koordinatoren fremadrettet kun kontakter patientens læge, hvis forhold gør det ekstra vigtigt, at lægen følger op. Overleveringen til egen læge er således fortsat langt overvejende baseret på skriftlig envejskommunikation.

Dette understreger vigtigheden af, at der udvikles en fælles elektronisk platform og en kommunikationspraksis, som sikrer, at almen praksis og andre eksterne samarbejdspartner får del i den viden, der opbygges af forløbskoordinatorer på sygehuset.

8.5 Delkonklusion

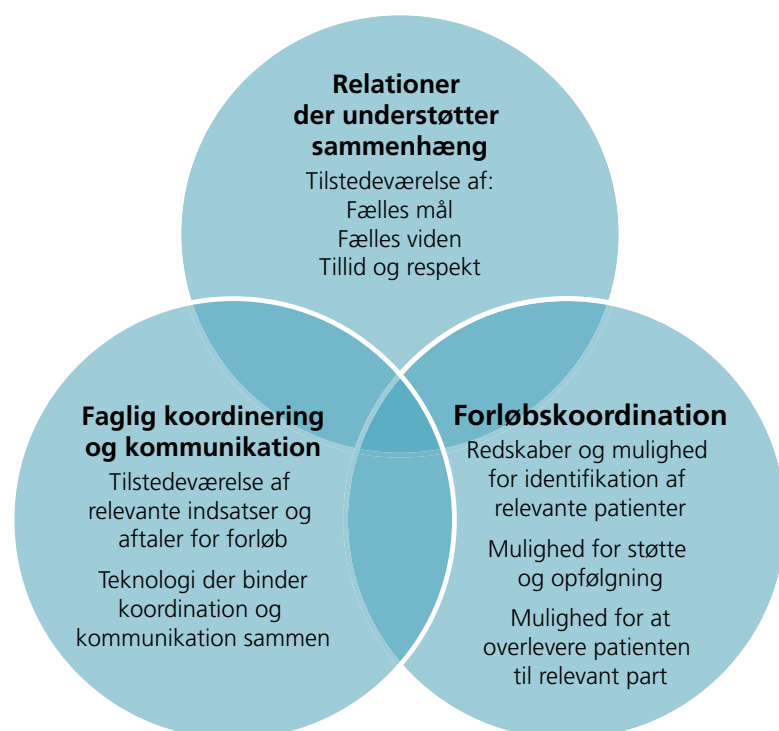
De foregående afsnit har sammenfattet erfaringerne fra arbejdet med nedenstående tre faktorer, som har afgørende betyd-

ning for velfungerende og effektiv forløbskoordination på kronikerområdet, jf. figur 15.

For det første kræver effektiv forløbskoordination, at der er positive relationer mellem sektorerne, som kan understøtte samarbejdet. Det gælder fælles mål, viden og gensidig tillid aktørerne imellem. For det andet skal kommunikationskanalerne være i orden – der skal være struktur på samarbejdet og en kommunikationsteknologi, der er målrettet koordinationen. Endelig er der de mere koordinationsspecifikke forhold. Der skal være redskaber til identifikation af patienter, koordinatorerne skal have mulighed for støtte, og der skal være personer på alle sider af sektorgrænserne, der kan gribe patienterne. Erfaringerne fra rammeprojektet viser, at det optimale udgangspunkt for forløbskoordination karakteriseret ved, at der er:

- Evidens for de sundhedsfaglige kerneydelser, der skal sættes sammen til et behandlings-, patientuddannelses- eller rehabiliteringsforløb.
- Enighed om hvordan forløbet skal se ud, samt hvem der har hvilke opgaver og ansvarsområder.
- Kapacitet og kvalificerede fagpersoner, der kan varetage de aftalte opgaver.
- Etableret standardiserede forløb, effektive rutiner for dokumentation og teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere rettidigt og målrettet på tværs af relevante samarbejdspartner.

Figur 15: Faktorer for velfungerende og effektiv forløbskoordination



Udviklingsprojekterne har synliggjort, at ingen af de tre faktorer på nuværende tidspunkt er fuldt etableret i kronikerbehandlingen. At introducere forløbskoordination i kronikerbehandlingen handler således om meget andet end indsættelse af koordinatore.

8.5.1 Arbejdet med forløbskoordination varierer på tværs af diagnoser og kontekst

De fire udviklingsprojekter viser, at arbejdet med forløbskoordination varierer som følge af diagnosespecifikke forhold, hvilke dele af patientforløbet der ønskes koordineret, samt udgangspunktet for det lokale samarbejde:

- *Diagnosespecifikke forskelle:* De gennemførte projekter indikerer, at hjerteområdet – som har veldefinerede rehabiliteringsforløb – har væsentligt bedre forudsætninger for at introducere forløbskoordination for sårbare patienter end diabetes- og KOL-området. Det er langt fra alle behandlingsforløb, der egner sig til at blive organiseret på samme måde som hjerterehabiliteringen, men i det omfang det er relevant at etablere lignende forløb for forskellige dele af diabetes- og KOL-indsatsen, kan det være med til at understøtte ønsket om forløbskoordination i behandlingen.

- *Udgangspunktet for det lokale tværsektorielle kroniker-samarbejde:* Udgangspunktet for at etablere et tværgående samarbejde vil variere afhængig af lokal kontekst. Nogle steder vil der være et godt samarbejdsklima, hvor personalet har gensidig indsigt i hinandens arbejde og taler pænt om og til hinanden. Andre steder vil det modsatte være tilfældet.
- *Hvor i kronikerforløbet der ønskes koordination:* Karakteren af koordinationsopgaven afhænger af, hvilket stadie i sygdomsforløbet der ønskes styrket. Tre af projekterne har primært taget udgangspunkt i samarbejdet omkring patientuddannelse og rehabilitering, mens KOL-projektet har taget udgangspunkt i udskrivningssamarbejdet omkring svært syge KOL-patienter.

Ovenstående variation betyder at arbejdet med forløbskoordination bør tilpasses den lokale kontekst og de specifikke problemstillinger, der ønskes koordineret. Første skridt på vejen mod forløbskoordination vil derfor ofte være kortlægning, dialog og analyse. Formålet vil dels være at skabe et fælles udgangspunkt for udviklingsarbejdet, dels lægge en strategi for, hvordan afprøvede principper, redskaber og lignende bedst implementeres. Rammeprojektets konklusioner og anbefalinger til dette fremadrettede arbejde præsenteres i næste kapitel.

9 Konklusioner og anbefalinger

Formålet med modelprojektet om forløbskoordination har været at skabe viden om forudsætningerne for at omsætte forløbsprogrammernes principper for forløbskoordination til lokal praksis. Dette er sket via fire udviklingsprojekter forankret på lokale sygehusafdelinger, som er blevet støttet og fulgt i deres udviklingsarbejde.

Hovedkonklusionen er, at forløbskoordination på kronikerområdet kan introduceres og organiseres på en måde, der gør, at funktionen fungerer som en løftestang for tværsektorielt samarbejde og implementering af forløbsprogrammer. Det er således lykkedes de fire udviklingsprojekter at etablere nye og velfungerende samarbejdsrelationer på tværs af kronikerindsatsen i og omkring de sygehusafdelinger, de er udgået fra. Projekterne har også resulteret i en række forbedringer i det tværfaglige samarbejde internt på de fire sygehusafdelinger. Endelig har de to projekter, som er gennemført med udgangspunkt i hjerterehabilitering, udviklet rutiner for patientrettet koordination, som er i overensstemmelse med forløbsprogrammets målsætninger om individuel støtte til særligt sårbare patienter.

Rammeprojektet viser dog også, at der fortsat er strukturelle, tekniske og praktiske udfordringer, som står i vejen for at anvende forløbskoordination som et af midlerne til at skabe den ønskede sammenhæng i kronikerbehandlingen.

Disse konklusioner uddybes i de følgende afsnit, hvorefter der opstilles anbefalinger til henholdsvis lokal og regional implementering af forløbskoordination i Region Syddanmark.

9.1 Konklusioner vedrørende forløbskoordination på lokalt niveau

9.1.1 Tværsektoriel forankring af forløbskoordination fremmer langsigtede resultater

Det er ofte besværligt og tidskrævende at etablere tværsektorielle projektgrupper omkring arbejdet med forløbskoordination, fordi det tager tid at afstemme de gensidige forventninger. Udviklingssamarbejdet vil også – særligt i opstarten – være tungt og komplekst sammenlignet med projekter, der udføres internt i en afgrænset enhed. I forhold til det langsigtede resultat indikerer de gennemførte projekter imidlertid, at investeringen i det tværsektorielle samarbejde har været fornuftig, fordi den har bidraget til at:

- Skabe relativt robuste netværk af fagpersoner og ledere, som på forskellig vis har et forløbsorienteret samarbejde på tværs af sektorer.
- Der i de enkelte delprojekter er udviklet en række konkrete redskaber og nye praksis for kommunikation og videndeling, som understøtter ønsket om tværsektoriel faglig sammenhæng i patientforløb.
- Alle delprojekter har besluttet at videreføre arbejdet med forløbskoordination efter afslutningen af projektperioden.

9.1.2 Tæt kobling mellem ledere og forløbskoordinatorer fremmer et godt resultat

Tværgående forløbskoordination er uløseligt forbundet med ledelsens forpligtelse til at tage ansvar for det tværsektorielle patientforløb. Involveringen af relevante ledere i udviklingsarbejdet har da også haft afgørende betydning for forløbskoordinatorernes handlemuligheder og oplevelse af, at der var opbakning til deres funktion. De involverede ledere har alle været engagerede i projektarbejdet, men projekterne har typisk haft en arbejdsdeling, hvor de arbejdsintensive udviklingsopgaver blev uddelegeret til medarbejderne, mens lederne har haft ansvar for at repræsentere projekterne i de lokale samordningsfora, det politiske system og topledelsen i deres respektive organisationer. Netop koblingen til de overliggende niveauer for implementeringen af forløbsprogrammer er særdeles vigtig. Dels for at aktiviteterne på udførende niveau løbende bliver afstemt med de overordnede strategier, og dels fordi erfaringerne fra det udførende niveau er med til at kvalificere beslutninger i det lokale samordningsfora.

Rammeprojektet har således illustreret, at det kan lade sig gøre at etablere effektive projektsamarbejder, som sammenkobler ønsket om patientrettet forløbskoordination med behovet for forløbsudvikling, som er forankret i en lokal ledelse. I punktform har involveringen af ledelsen haft nedenstående positive konsekvenser:

- Der har været en lokal implementeringsgruppe, som har medvirket til, at de igangsatte udviklinger er i overensstemmelse med intentionerne i forløbsprogrammerne.
- Lederne har påtaget sig et fælles – og aktivt – ansvar for det tværsektorielle patientforløb.
- Projektororganisationerne har været beslutningsdygtige, og der har været ledelsesmæssig opbakning til de ansatte koordinatore.
- Den fælles involvering i projektgrupperne har fremmet et godt samarbejde mellem de ledere, der tilsammen er ansvarlige for patienternes forløb.

9.1.3 Løbende evaluering har understøttet udviklingsarbejdet

Rammeprojektet indeholdt en række evalueringsaktiviteter, som gjorde, at deltagerne løbende blev konfronteret med deres projektfremdrift og de udfordringer, der opstod undervejs i udviklingsarbejdet. Den styrede tilgang til udviklingsarbejdet har nogle gange været en udfordring, fordi projektdeltagerne ikke selv havde bedt om den, og fordi konsulenternes tætte involvering i projekterne var uvant for en del af deltagerne. På den anden side har deltagerne oplevet, at den eksterne bistand har bidraget positivt til projekternes fremdrift og resultater.

En medvirkende årsag til relevansen af den eksterne støtte har været, at projekterne er gennemført i en situation, hvor for-

løbsprogrammerne ikke var implementeret. Hvis forløbsprogrammernes anbefalinger fremadrettet bliver en forpligtende del af sundhedsaftalerne, som er understøttet af konkrete forløb samt velfungerende kommunikations- og koordinationsredskaber, må det formodes, at opgaven med at introducere forløbskoordination, bliver lettere.

Udgangspunktet i virkningsevaluering⁶⁴ har vist sig at være nyttigt, fordi det giver et struktureret fundament for udvikling og evaluering. Der er imidlertid tale om en ressourcekrævende evalueringsform, som stiller krav om en vis evalueringsekspertise. Ved valg af evalueringstilgang i eventuelle fremtidige udviklingsprojekter er det derfor væsentligt at forholde sig til, om kompetencer, ressourcer og udbytte står mål med hinanden.

9.1.4 Relationsarbejdet har fremmet en bred forankring af et forløbsorienteret samarbejde

Sundhedsvæsenets arbejde med at etablere sammenhæng i patientbehandlingen har traditionelt fokuseret på teknologiske løsninger, formelle aftaler for opgavedeling og kompetenceudvikling. Veltilrettelagte processer og detaljerede forløbsbeskrivelser er da også særdeles vigtige i forhold til at fremme faglig sammenhæng i behandlingen, fordi de medvirker til, at de involverede fagpersoner kender forløbet og deres andel i dette. Samtidig kan velbeskrevne forløb mindske behovet for ressourcekrævende kontakt og individuel koordinering.

Sundhedsvæsenets opdeling i tre autonome og forskellige sektorer fremmer imidlertid holdningsbaserede og traditionsbårne kulturelle barrierer og silotænkning, som kan være med til at blokere for samarbejdet, selvom forudsætningerne for faglig sammenhæng er til stede (45). Evalueringen viser, at de gennemførte projekter om forløbskoordination har nedbrudt disse barrierer, således at de formelle såvel som de uformelle samarbejdsrelationer er forbedret i det lokale kronikersamarbejde.

9.1.5 Strukturelle barrierer for implementering af patientrettet forløbskoordination

Den første store strukturelle udfordring knytter sig til samarbejdet mellem sygehuse og kommuner. Kommuner og sygehuse har i dag modsatrettede økonomiske incitamenter, væsensforskellige kulturer og en samarbejdsstruktur, der i udgangspunktet ikke understøtter den ønskede sammenhæng i patienternes forløb. Den anden store udfordring knytter sig til, at almen praksis – der er udset til at være fundament og omdrejningspunkt for den fremtidige kronikerindsats – kun i begrænset omfang er involveret i udviklingen.

I udviklingsprojekterne er det lykkedes at skabe lokale netværk af nøglepersoner, der – på grund af gensidig tillid til hinanden og en fælles faglig interesse i patienternes forløb – har opdyrket et forløbsorienteret samarbejde til trods for ovenstående strukturelle og praktiske barrierer. Det har imidlertid været ressourcekrævende, og mange af de udviklede løsninger er lokale.

9.1.6 Koordinatorernes muligheder og begrænsninger

De forløbskoordinatorer, der har arbejdet dedikeret med at identificere og støtte sårbare patienter, har arbejdet med en afgrænset del af patienternes forløb. Samtidig er tre af de fire delprojekter gennemført med afsæt i patientuddannelse og rehabilitering. Dette fokus indebærer risiko for eksklusion af de mest sårbare patienter, fordi de ikke er i stand til at deltage i tilbuddene og dermed slet ikke identificeres.

De sygehusansatte koordinatorers handlemuligheder har også været begrænset til at omfatte diagnosespecifikke problemstillinger, overlevering til næste part i behandlingsforløbet og forskellige former for psykisk støtte. Patienter med misbrug, sociale eller økonomiske problemstillinger, som ofte hænger sammen med manglende ressourcer (egenomsorg) til at håndtere en kronisk sygdom optimalt, kan således ikke forvente at få hjælp til deres grundlæggende problemer via sygehusansatte forløbskoordinator på kronikerområdet. Dette understreger vigtigheden af at styrke det social- og sundhedsfaglige samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Samtidig er det vigtigt, at de sygehusansatte koordinatorer har mulighed for at aflevere deres patienter – og den viden der opbygges om disse – til kompetente aktører i primærsektoren.

9.2 Anbefalinger til lokal implementering af forløbskoordination

I dette afsnit opstilles DSI's anbefalinger til lokal implementering af forløbskoordination i kronikerbehandlingen. Anbefalingerne er opstillet på baggrund af de samlede erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om forløbskoordination.

9.2.1 Vær opmærksom på forholdet mellem forløbsudvikling og individuel koordinering for særligt sårbare patienter

De kommunale og regionale ledere, der har ansvaret for implementering af forløbskoordination omkring de enkelte sygehusematrikler, har et fælles ansvar for at udarbejde en strategi for samarbejdet, inden der ansættes koordinatorer. Hvis det kan ske på tværs af diagnoser og kommuner i sygehusets optageområde, så der kommer ensartethed og struktur i samarbejdet, vil det være en stor fordel.

Generelt gælder det, at jo større et spektrum af indsatser, der ønskes koordineret, desto mindre egner opgaven sig til at blive varetaget af koordinatorer, der støtter individuelle patienter (36, 46).

Det samme er tilfældet, hvis de tværsektorielle samarbejdsrelationer er uudviklede, og relevante nøglepersoner ikke kender hinanden. Jo mere dette er tilfældet, desto større er kravene til, at der arbejdes med forløbsudvikling med det formål at få forudsætningerne for patientrettet forløbskoordination på plads. Forløbskoordinatorer fremstår ikke som det oplagte første valg i denne sammenhæng, men – som udviklingsprojekterne har illustreret – kan koordinatorer, hvis de introduceres og støttes rigtigt, bruges som anledning til og løftestang for forløbsudvikling.

64 Evalueringsformen er præsenteret i afsnit 1.3.2.

9.2.2 Patientrettet forløbskoordination bør forankres i en teamstruktur

Under en opstarts- og udviklingsfase kan det være en fordel at have en specialiseret koordinatorkfunktion, som har mulighed for at tage ansvar for de udviklingsopgaver, der følger af arbejdet med at implementere forløbskoordination. I takt med at udviklingsopgaverne falder på plads, bør opgaverne imidlertid forankres i et ansvarligt team, der er integreret den daglige drift. Teamet bør på den ene side være afgrænset nok til at fremme personkontinuitet over for de patienter, der er i forløb, men stort nok til ikke at være personafhængigt. Tre- fire personer har vist sig at fungere i hjerterehabiliteringen. Sammenlignet med en personbåren og specialiseret koordinatorkfunktion har teamet nedenstående fordele:

- Bedre mulighed for at sikre personkontinuitet
- Robusthed overfor personaleudskiftning, sygdom og ferie
- Arbejdet med koordination, stratificering, støtte og overlevering kan indlejres som faste driftsrutiner.

De samme principper kan med fordel adopteres i de kommunale enheder, som spiller en central rolle i kronikerindsatsen (fx hjemmesygepleje, genoptræningscentre og patientuddannelses tilbud mm.).

9.2.3 Relevante ledelser og læger bør være ansvarlige for arbejdet med forløbskoordination

En af de væsentligste forudsætninger for implementering og fastholdelse af forløbskoordination i praksis er, at de ansvarlige ledelser – og lægesiden – er reelt involveret i processen. Alle de fire projekter har haft stor nytte af de bredt sammensatte projektgrupper. Og tre af projekterne har haft stor nytte af, at der har været sygehuslæger med i projektgruppen.

DSI anbefaler derfor, at eventuelle fremtidige projekter om forløbskoordination sikrer en reel ledelsesmæssig forankring og opbakning fra relevante specialeansvarlige læger.

9.3 Anbefalinger til regional implementering af forløbskoordination

Den grundlæggende forudsætning for en systematisk implementering af forløbsprogrammer og forløbskoordination er, at arbejdet integreres i de obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og region. Hvis dette sker, har DSI nedenstående anbefalinger til, hvordan Region Syddanmark kan understøtte implementering af forløbsprogrammer og forløbskoordination:

9.3.1 Fælles skolebænk kan bruges til at etablere et fælles videns grundlag for implementering af forløbsprogrammer

Fælles skolebænk kan bruges som et middel til at fremme implementering af forløbsprogrammerne. Via kronikerpuljen gennemfører Region Syddanmark i perioden 2010-2013 kompetenceudvikling på kronikerområdet for over 3.000 fagpersoner fra både sygehuse, kommuner og almen praksis. Dette er

et væsentligt skridt i retning af at etablere fælles faglig viden og relationer, som fremmer en sammenhængende indsats. De udbudte forløb fokuserer imidlertid primært på opkvalificering af klinisk kompetence samt viden om motivationsteknikker mm., mens viden om tværgående samarbejde og forløbsprogrammer indgår som et sekundært element. Samtidig udbydes kurserne kun på medarbejderniveau.

DSI vurderer, at en modificeret udgave af fælles skolebænk-konceptet, som er målrettet ledere og nøglepersoner på kronikerområdet, kan understøtte implementeringen af forløbsprogrammer. Det anbefales, at sådanne kurser eksplicit sætter fokus på opgaven med relationsopbygning, indføring i forløbsprogrammernes principper, og hvordan der lokalt skabes rammer for den lokale forløbsledelse, som i sidste ende er ansvarlig for implementering.

9.3.2 Den nuværende forløbsledelse kan suppleres med et niveau, som ligger under de lokale samordningsfora

Ansaret for den praktiske implementering af forløbsprogrammer ligger i sidste ende på afdelingsniveau og på niveau af den enkelte kommune. I øjeblikket er der kun overordnede retningslinjer for implementeringen af forløbsprogrammer, og opgaven er placeret i de lokale samordningsfora, som samler kommuner og sygehusledelse for den samlede sygehusmatrikel. I det omfang der skal arbejdes med systematisk implementering af forløbsprogrammerne, bør der derfor udvikles en beskrivelse af den implementeringsstruktur, der ligger på afdelingsniveau. Ligeledes vil det være en fordel, hvis der kan udvikles fælles regionale vejledninger og principper for den lokale implementering.

9.3.3 Der bør udvikles konkrete metoder og værktøjer, der understøtter stratificering

Region Syddanmarks stratificeringsfirkant (præsenteret i afsnit 3.1.1) volder problemer, når den skal omsættes til praksis. På den ene side er modellens principper umiddelbart forståelige, men især når patientens evne til egenomsorg skal vurderes, mangler der konkrete redskaber og vejledninger til at understøtte de ansvarlige fagpersoner i opgaven. Samtidig er det meningen, at stratificeringen både skal bruges som en rettesnor for, hvilken sektor der har det primære behandlingsansvar, og til at vurdere individuelle patienters behov for en særlig indsats i udvalgte situationer. Disse væsensforskellige opgaver kræver redskaber og vejledninger, der er tilpasset konteksten og formålet med stratificeringen. Hvis der fremadrettet ønskes et systematisk arbejde med stratificering, er det vigtigt, at sådanne redskaber og vejledninger udarbejdes, valideres og evalueres systematisk, og at de herefter indtænkes i en fælles implementeringsplan (46).

I det omfang der sættes et arbejde i gang på dette område, kan det endvidere være en fordel at forankre metodeudviklingen nationalt for at fremme systematik og ensartethed på tværs af regioner.

9.3.4 Lokale samarbejdsparter på kronikerområdet bør have mulighed for hjælp til forventningsafstemning og rådgivning omkring implementeringsstrategi

Rammeprojektet om forløbskoordination har vist, at afstemte forventninger har stor betydning for et velfungerede samarbejde om forløbskoordination. Derfor anbefales Region og kommuner at støtte fremadrettede tværsektorielle indsatser med indledende forventningsafstemning og rådgivning om, hvordan opgaverne organiseres hensigtsmæssigt. DSI anbefaler, at en sådan støtte defineres med udgangspunkt i de principper og erfaringer, som er afrapporteret i nærværende rapport.

- (1) Amdtsrådsforeningen. Sundhedsfagligt Forum. Sammenhæng i søgelyset: Fremtidens sundhedsvæsen til debat. København: Amdtsrådsforeningen; 2004.
- (2) Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning, Bd. 1-3 (Betænkning 1434). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
- (3) Sygehuskommissionen. Udfordringer i sygehusvæsenet: betænkning fra Sygehuskommissionen. (Betænkning 1329). København: Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Økonomiministeriet; 1997.
- (4) Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet. Samordning i sundhedsvæsenet. Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet (Betænkning 1044). København: Indenrigsministeriet; 1985.
- (5) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Samarbejde om sundhed 2002-2005 - Indenrigs- og Sundhedsministeriets redegørelse af december 2003. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom: patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (7) Sundhedsstyrelsen. KOL - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom: Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. 2nd ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del 1: Generisk model. Del 2: Forløbsprogram for diabetes. 11. april 2008 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Udmøntning af økonomiaftaletekst vedr. Finanslovsbevilling til en styrket indsats over for kronisk syge. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (10) Carr DD. The case manager's role in optimizing acute rehabilitation services. *Lippincotts Case Manag* 2005 Jul-Aug; 10(4):190-200; quiz 201-2.
- (11) Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernandez C, Alonso A, et al. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J* 2006 Jul; 28(1):123-130.
- (12) Elwyn G, Williams M, Roberts C, Newcombe RG, Vincent J. Case management by nurses in primary care: analysis of 73 'success stories'. *Qual Prim Care* 2008;16(2):75-82.
- (13) Flarey DL, Blancett SS. Handbook of nursing case management: health care delivery in a world of managed care. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers; 1996.
- (14) Naylor MD, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized controlled trial. *Journal of American Geriatric Society* 2004;52(5):675-684.
- (15) Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs* 2009 Nov;18(21):2978-2992.
- (16) Ehrlich C, Kendall E, Muenchberger H, Armstrong K. Coordinated care: what does that really mean? *Health Soc Care Community* 2009 Nov;17(6):619-627.
- (17) Hale C. Research issues in case management. *Nurs Stand* 1995 Jul 26-Aug 1;9(44):29-32.
- (18) Huber DL. The diversity of case management models. *Lippincotts Case Manag* 2002 Nov-Dec;7(6):212-220.
- (19) Lee DT, Mackenzie AE, Dudley-Brown S, Chin TM. Case management: a review of the definitions and practices. *J Adv Nurs* 1998 May;27(5):933-939.
- (20) Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR. Case management evolution: from basic to advanced practice role. *Lippincotts Case Manag* 2005 Nov-Dec;10(6):274-84; quiz 285-6.
- (21) Thomas PL. Case manager role definitions: do they make an organizational impact? *Prof Case Manag* 2008 Mar-Apr; 13(2):61-71; quiz 72-3.
- (22) Max Martin H. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. København: Dansk Sundhedsinstitut (DSI rapport 2010.01); 2010.
- (23) Danske Patienter. Rehabilitering - sammenhæng og kvalitet for patienter. København: Danske Patienter; 2009.
- (24) Danske Patienter, Ældresagen. Rettigheder til den medicinske patient - For sammenhængende og værdige patientforløb af højeste kvalitet. København: Danske Patienter og Ældresagen; 2010.
- (25) Danske Regioner. God praksis i indsatsen for medicinske patienter. København: Danske Regioner; 2009.
- (26) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient - fagligt oplæg til en national handlingsplan. 2011 30.05.2011.
- (27) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. National handlingsplan for den ældre medicinske patient. Available at: <http://>

www.im.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/December/~media/Filer%20-%20dokumenter/Handlingsplan-aeldre-medicinsk-patient/National-handlingsplan-for-den-aeldre-medicinske-patient.ashx.

(28) Strandberg-Larsen M. Mere sammenhæng mellem ydelser i det danske sundhedsvæsen? Erfaringer fra Kaiser Permanente. Månedsskrift for almen praksis 2011;90(2):174-180.

(29) Region Syddanmark. Forløbsprogram for voksne patienter med type 2-diabetes i Region Syddanmark. 2010.

(30) Region Syddanmark. Forløbsprogram for kronisk hjertesygdom i Region Syddanmark. 2010.

(31) Region Syddanmark. Forløbsprogram for KOL i Region Syddanmark. 2010.

(32) Buch MS, Olesen E. Forløbskoordinerede funktioner i kommunalt regi. Erfaringer fra to udviklingsprojekter. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.

(33) Vinge S, Buch MS. Sundhedskoordination i Frederiksberg Kommune. Midtvejsrapport. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2006.

(34) Region Syddanmark. Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark. 9. version ed. Vejle: Region Syddanmark; 2008.

(35) Grøn L. Egenomsorg - et grænseobjekt i kronikerbehandlingen. Klinisk sygepleje 2011;25(4):13-24.

(36) Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet: Hvad skal der til praksis? København: FOKUS. Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service; 2008.

(37) Buch MS. Arbejds- og videndeling i kommunale sundhedsnetværk. Speciale i Offentlig Forvaltning indleveret på Roskilde Universitet marts 2007. Roskilde Universitetscenter: Roskilde; 2007.

(38) Chapman L, Smith A, Williams V, Oliver D. Community matrons: primary care professionals' views and experiences. J Adv Nurs 2009 Aug;65(8):1617-1625.

(39) Dossa N. Exploring the role of the community matron. Br J Community Nurs 2010 Jan;15(1):23-27.

(40) Gittel JH. High Performance Healthcare. New York: McGraw-Hill; 2009.

(41) Grøn L, Vang S, Mertz M. Den kroniske patient - nærbilleder af livet med kronisk sygdom. København Ø: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.

(42) Region Syddanmark. Bilag med uddybende projektbeskrivelser til udmøntningsplan for puljer til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012 i Region Syddanmark. Vejle: Region Syddanmark, Afdelingen for Kommunesamarbejde; 2009.

(43) Meillier L, Larsen LM. Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet. Socialt differentieret hjerterehabilitering. 2007.

(44) Reindahl RS, Borst L, Albæk J. Evaluering af 'Gode rammer for hjerterehabilitering - et partnerskabsprojekt'. 2 bd. København Ø: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.

(45) Seemann J. Løses sammenhængsproblemer med strukturdsgn - hvad med kulturen? Nyhedsbrev. FLOS Forskningscenter for Ledelse i Sundhedsvæsenet 2004(Maj):8-10.

(46) Implement Consulting Group. Forløbskoordination i regioner og kommuner - indsamling af erfaringer for Sundhedsstyrelsen. 2011.

(47) Dahler-Larsen P, Krogstrup Hanne K. Nye Veje i evaluering. Systime Academic; 2003.

(48) Dansk Evaluerings Selskab. Evalueringsnyt. Temanummer om virkningsevaluering. Evalueringsnyt 2005(7):1-35.

(49) La Cour K, Johannessen H. Kommunal kræftrehabilitering: erfaringsopsamling fra 11 kommuner. Odense: Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet; 2010.

(50) Hjortbak BR. Rehabilitering hos borgere med kræft: sammenfatning fra KOSAK projektet. Århus: Marselisborgcentret; 2009.

(51) Connor DR. Managing at the Speed of Change - How Resilient Managers Succeed and Prosper Where Others Fail. West Sussex: John Wiley & Sons; 1998.



Proces- og aktivitetsplan for Projekt Forløbskoordination

Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom 89

Aktivitetsplan for Projekt Forløbskoordination							
Aktivitet		Ca.-tidspunkt	Uge	År	Dato	Bem	Status
Forberedelse, etablering		mar-maj-10	10-20	10			gn.ført
Udsendelse af nyhedsbrev		maj-jun-10	21	10	26-05-2010		sendt
Udviklingseftermiddag Fredericia		jun-10	22	10	02-06-2010		gn.ført
MSB møde Vejle m. komm		jun-10	23	10	10-06-2010		gn.ført
MSB møde Vejle u. komm		jun-10	23	10	11-06-2010		gn.ført
Udviklingsmøde Esbjerg		sep-10	35	10	02-09-2010		gn.ført
Udviklingsmøde Odense		sep-10	36	10	08-09-2010		gn.ført
1. temadag		sep-10	37	10	16-09-2010		gn.ført
Udsendelse af nyhedsbrev		sept-okt-10	38	10	24-09-2010		sendt
1. interviewrunde	Esbjerg	dec-10	49	10	09-12-2010		gn.ført
1. interviewrunde	Vejle	dec-10	48	10	01-12-2010		gn.ført
1. interviewrunde	Fredericia	dec-10	48	10	02-12-2010		gn.ført
1. interviewrunde	Odense	dec-10	49	10	08-12-2010		gn.ført
Udsendelse af nyhedsbrev		dec-10	50	10	14-12-2010		
½ udviklingsdag	Esbjerg	jan-10	2	11	11-01-2011		gn.ført
½ udviklingsdag	Vejle	jan-10	3	11	02-02-2011		gn.ført
½ udviklingsdag	Fredericia	jan-10	3	11	20-01-2011		gn.ført
½ udviklingsdag	Odense	jan-10	2	11	12-01-2011		gn.ført
1. observationsrunde	Esbjerg	feb-11	9	11	10+11-03-2011		gn.ført
1. observationsrunde	Vejle	feb-11	7	11	14+15-02-2011		gn.ført
1. observationsrunde	Fredericia	feb-11	10	11	01+02-03-2011		gn.ført
1. observationsrunde	Odense	feb-11	8	11	23+24-02-2011		gn.ført
2. temadag		mar-11	12	11	23-03-2011		gn.ført
2. interviewrunde	Esbjerg	maj-juni11	19	11	11-05-2011		gn.ført
2. interviewrunde	Vejle	maj-juni11	18	11	04-05-2011		gn.ført
2. interviewrunde	Fredericia	maj-juni11	18	11	05-05-2011		gn.ført
2. interviewrunde	Odense	maj-juni11	19	11	12-05-2011		gn.ført
½ udviklingsdag	Esbjerg	juni-11	23	11	08-06-2011		gn.ført
½ udviklingsdag	Vejle	juni-11	21	11	25-05-2011		gn.ført
½ udviklingsdag	Fredericia	juni-11	21	11	26-05-2011		gn.ført
½ udviklingsdag	Odense	juni-11	23	11	09-06-2011		gn.ført
2. obs.runde + interviews af nøgle	Esbjerg	sept-11	38	11	ti-on-to		gn.ført
2. obs.runde + interviews af nøgle	Vejle	sept-11	35	11	ti-on-to		gn.ført
2. obs.runde + interviews af nøgle	Fredericia	sept-11	36	11	ti-on-to		gn.ført
2. obs.runde + interviews af nøgle	Odense	sept-11	39	11	ti-on-to		gn.ført
3. temadag		okt-11	43	11	26-10-2011		gn.ført
Afrapportering		januar-marts-12		12			gn.ført
Formidling		april-12		12			
Opfølg. fortsatte koor.aktiviteter		forår 2012		12			
Version 01-12-2011							

Bilag 2

Oversigt over evalueringens informanter

Første interviewrunde med projektdeltagere – oktober-november 2010

Fredericiaprojektet

1. Ulla Linding Jørgensen, specialeansvarlig sygeplejerske og forløbskoordinator, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus
2. Charlotte Croix Møller, forløbskoordinator, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus
3. Anette Erbs, hjemmesygeplejerske, Middelfart Kommune
4. Anita Thorndal, hjemmesygeplejerske, Fredericia Kommune.

Vejleprojektet

1. Vibeke Pind, specialeansvarlig sygeplejerske og forløbskoordinator, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
2. Pia Rosenberg, fysioterapeut, Vejle Kommunes Sundhedscenter
3. Camilla Johansen, sygeplejerske, Vejle Kommunes Sundhedscenter.

Esbjergprojektet

1. Lena Due, sygeplejerske og forløbskoordinator, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus
2. Susanne Uldbæk, sekretær, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus
3. Susanne Brinck, leder af rehabilitering og patientuddannelser, Esbjerg Kommune
4. Jeanette Elbek, fysioterapeut, Varde Kommune
5. Hanne D. Hjortkov Larsen, kommunal forløbskoordinator, Vejen Kommune
6. Jette Holmgaard Olesen, kommunal forløbskoordinator, Vejen Kommune.

Odenseprojektet

1. Else Birgit Larsen, forløbskoordinator og ambulatoriesygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital
2. Jytte Plato, hjemmesygeplejerske og KOL-nøgleperson, Odense Kommune.

Første observationsrunde med projektsygeplejersker – januar-februar 2011

To dages observation med forløbskoordinatorerne fra hvert af de fire delprojekter.

Anden interviewrunde med projektdeltagere – oktober-november 2010

Fredericiaprojektet

1. Ulla Linding Jørgensen, specialeansvarlig sygeplejerske og forløbskoordinator, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus
2. Charlotte Croix Møller, forløbskoordinator, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus

3. Sine Bovbjerg Jensen, bachelor i ernæring og diabeteskoordinator, Middelfart Kommune

4. Anne-Mette Dalgaard, genoptræningschef, Fredericia Kommune.

Vejleprojektet

1. Vibeke Pind, specialeansvarlig sygeplejerske og forløbskoordinator, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
2. Pia Rosenberg, fysioterapeut, Vejle Kommunes Sundhedscenter
3. Camilla Johansen, sygeplejerske, Vejle Kommunes Sundhedscenter.

Esbjergprojektet

1. Lena Due, sygeplejerske og forløbskoordinator, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus
2. Susanne Uldbæk, sekretær, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus
3. Susanne Brinck, leder af rehabilitering og patientuddannelser, Esbjerg Kommune
4. Jeanette Elbek, fysioterapeut, Varde Kommune
5. Hanne D. Hjortkov Larsen, kommunal forløbskoordinator, Vejen Kommune
6. Jette Holmgaard Olesen, kommunal forløbskoordinator, Vejen Kommune.

Odenseprojektet

1. Else Birgit Larsen, Forløbskoordinator og ambulatoriesygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, OUH.
2. Anne Mette Schmidt Ottesen, Hjemmesygeplejerske og KOL nøgleperson, Odense Kommune.

Afsluttende interview med nøglepersoner – september-oktober 2011

Nøglepersoner Fredericia

1. Hans Gjessing, overlæge, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus
2. Jette Pedersen, sygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus
3. Lis Thomsen, praktiserende læge, Fredericia
4. Kristian Wendelboe, praktiserende læge, Middelfart
5. Mona Larsen, sundhedschef, Fredericia Kommune
6. Lis Høge, sundhedschef, Middelfart Kommune.

Nøglepersoner Vejle

1. Lilly Krogh, afdelingssygeplejerske, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
2. Aase Lillelund, sygeplejerske, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
3. Charlotte Gad Tousig, sygeplejerske, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
4. Vibeke Brogaard, overlæge, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus

5. Anette Kring, sundhedscenterchef, Vejle Kommune
6. Marianne From, praktiserende læge og praksiskonsulent for Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus
7. Sven Erik Thrane, praktiserende læge og praksiskonsulent for sundhedsområdet, Vejle Kommune
8. Lone Uldahl, praksissygeplejerske for praktiserende læge Marianne From, Vejle.

Nøglepersoner Esbjerg

1. Kristian Korsgaard Thomsen, ledende overlæge, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus
2. Lis Thomsen, sygeplejerske, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus
3. Annette Thygesen, sygeplejerske, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus
4. Tina Munro, sygeplejerske, Hjertemedicinsk Afdeling, Esbjerg Sygehus.
5. Margit Thomsen, sundhedschef, Varde Kommune
6. Marianne Lundgaard Hansen, sundhedschef, Vejen Kommune.

Nøglepersoner Odense

1. Lillian Møllegård, oversygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital
2. Annette Agerholm, afdelingssygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital

3. Pia Ringkvist, sygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital
4. Anne Lehmkuhl, sygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital
5. Ingrid L. Titlestad, overlæge, ph.d. og klinisk lektor, Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital
6. Jette Mark Sørensen, chef for hjemmesygeplejen, Odense Kommune
7. Henrik Krabbe Lastrup, praktiserende læge og praksiskonsulent for Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital.

Anden observationsrunde med forløbskoordinatorer – september-oktober 2011

En dags observation og opsamling på udviklingsarbejdet med forløbskoordinatorerne fra hvert af de fire delprojekter.

Bilag 3

Afsluttende evalueringsskema

Evaluering af deltagelsen i Projekt Forløbskoordination september 2010 – oktober 2011

Deltagerbaggrund

Sæt venligst kryds ud for det relevante nøgleord for hvert af nedenstående tre udsagn:

- a. Jeg har deltaget i projektet som: ____ medarbejder ____ leder
- b. Jeg har deltaget i: ____ hele projektførløbet ____ en del af projektførløbet
- c. Jeg er ansat: ____ i en kommune ____ på sygehusafdeling ____ i almen praksis

Din overordnede vurdering af Projekt Forløbskoordination

- d. På en skala fra 1-5, hvor 1 er 'meget tilfreds' og 5 er 'meget utilfreds':
Hvor tilfreds har du været med deltagelsen i Region Syddanmarks projekt om forløbskoordination?

____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ ved ikke/
ej relevant

- e. På en skala fra 1-5, hvor 1 er 'i meget høj grad' og 5 er 'i meget ringe grad':
I hvor høj grad har den eksterne bistand fra DSI og Region Syddanmark understøttet arbejdet og resultater i dit eget delprojekt?

____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ ved ikke/
ej relevant

- f. På en skala fra 1-5, hvor 1 er 'helt afgørende' og 5 er 'uden betydning':
Hvor vigtig har den tværgående projektgruppe med medarbejdere og ledere fra begge/alle sektorer været for projektets gennemførelse og resultater

____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ ved ikke/
ej relevant

- g. Uddyb gerne og/eller giv forslag til forbedring:

Din vurdering af DSI's rådgivning

Delprojekterne har været støttet af Martin Sandberg Buch fra DSI, der bl.a. har haft til opgave at levere faglig viden til projektgrupperne og at facilitere projektmøder.

På en skala fra 1-5, hvor 1 er bedst og 5 er dårligst, hvor tilfreds har du været med:

- h. ____ Martins formidlingsevner
- i. ____ Det faglige indhold og niveau af Martins oplæg
- j. ____ Relevansen af Martins oplæg og rådgivning
- k. ____ Martins evne til at facilitere jeres projektmøder og gruppearbejder

l. Uddyb gerne og/eller giv forslag til forbedringer:

Udbytte af projektets forskellige aktiviteter og mødeformer

På en skala fra 1-5, hvor 1 er bedst og 5 dårligst, i hvilket omfang har I så haft nytte af:

- m. ____ De tre fælles temadage på tværs af projektgrupperne
- n. ____ Projektgruppernes halve udviklingsdage
- o. ____ DSI's løbende tilbagemeldinger på baggrund af interview

p. Uddyb gerne og/eller giv forslag til forbedringer:

Eventuelle øvrige bemærkninger eller forslag

Bilag 4

Patientens forebyggelsesplan, Vejle

Patientinformation

Egen handleplan - Rehabiliteringsplan for:

Label



Velkommen til Vejle Sygehus

Hjerteremedicinsk ambulatorium

Hjerterehabiliteringsklinikken
- et samarbejde med din hjemkommune

Din hjertesygdom

Rev. feb. 2010

Baggrund for hjerterehabiteringsforløbet

Diagnose:

Åreforkalkning ☐

Åreforkalkning med blodprop i hjertet ☐

Behandling :

Medicinsk

Ballonudvidelse

Bypass-operation

Bypass- og hjerteklapoperation

Risikofaktorer:

Ja

Nej

Familiær hjertesygdom ☐

☐

Rygning ☐

☐

Hvis ja, antal antal år:

- rygning ophørt ☐

☐

Hvis ja, hvornår

Forhøjet kolesterol ☐

☐

Forhøjet blodtryk ☐

☐

Sukkersyge ☐

☐

Hvis ja, behandling:

☐ Insulin

☐ Tablet

☐ Diæt

* Tallene i parentes er gældende ved sukkersyge.		(Udfyldes af læge og sygeplejerske)		Værdier			
	Vejledende mål for behandling	Status d.	Status d.	Status d.	Status d.	Status d.	Status d.
Blodtryk	< 130/80						
Total-cholesterol	< 4,5 mmol/l (< 4,0)*						
HDL-cholesterol	Mand: > 1,0 mmol/l Kvinde: > 1,2 mmol/l						
LDL-cholesterol	< 2,5 mmol/l (< 2.0)*						
Triglycerider	< 2 mmol/l						
HbA1C	< 0,065						
Tobaks-forbrug	0						
Højde / Vægt	H:..... cm. Vægt i kg:						
Body-mass-index (BMI)	< 65 år 18,5 - 25 > 65 år 24 - 29						
Talje-mål	Mand: < 94 cm Kvinde: < 80 cm						
Fysisk aktivitet	>½ time pr. dag						

Dit hjerterehabiliteringsforløb

Dit Rehabiliteringsforløb

Planlægges individuelt ved første samtale.

Vejle Sygehus		Se informationsfolderen vedrørende de enkelte punkter Pårørende er velkomne til at deltage.		
Aktivitet	Dato	Tid	Bemærkninger	Sted
Indledende samtale med sygeplejerske				Hjertemedicinsk Ambulatorium A540
Cykeltest			Praktisk påklædning Evt. ægtefælle anbefales at være med.	Følg BLÅ streg fra forhallen til Månetårnet 4. etage.
Hjerteholdsundervisning * Tema 1 * Tema 2 * Tema 3 (diætist) * Tema 4		Kl. 10.45 - 12.15	Vi anbefaler nærmeste pårørende deltager. Medbring gerne medicinliste ved Tema 2	Onsdage: i "Overhuset", bygn. K1, etage 2 gennem kanten. Fredage: i "Underhuset", bygning H, kælder. Du bedes møde i sygehusets forhal senest 10.30. Her vil en sygeplejerske hente ventende deltagere.
Fysisk træning, Vejle Sygehus - i 6 uger. <i>Opstart den:</i>		☐ Man - ons og fredag kl. 8.15 - 9.15 <i>eller</i> ☐ Man - ons og fredag kl. 9.20 - 10.20		Fysioterapien, A291 Stjernetårnet 10. etage Følg GUL streg fra forhallen
Diætist				Endokrinologisk Ambulatorium Følg GUL streg fra forhallen og tag elevator/trappe til 7. etage
Rygestopforløb, påbegyndes...			Tider aftales undervejs i forløbet	Hjertemedicinsk Ambulatorium A540
Supplerende individuel samtale			Kun ved særligt behov	
Afsluttende samtale med sygeplejerske			Medbring rehabiliteringsplan. Blodprøver samme dag. Se nedenfor	
Blodprøver				I Ambulant blodprøvetagning. Månetårnet, 1. etage. Åbent kl. 7.30-15.00
Afsluttende samtale med læge			Medbring rehabiliteringsplan og medicinliste	Hjertemedicinsk Ambulatorium A540
Ambulant kontrol med scanning af hjertet.			Kun for hjerteklap-opererede og enkelte andre. Indkaldelse pr brev.	

Hjerterehabiliteringsklinikken
Vejle Sygehus
Kabbeltoft 25, 7100 Vejle
Telefon 7940 6750

www.vejlesygehus.dk

Kommunalt Sundhedscenter

Aktivitet	Dato	Tid	Bemærkninger	Sted
Fysisk træning - Fortsætter i forlængelse af den fysiske træning på sygehuset.			2 gange ugentlig, i alt 6 uger. Sygehusets fysioterapeut formidler kontakten hertil. I Sundhedscenter Vejle: ☐ Tirs og tors 8.15 - 9.15	Afhængig af din hjemkommune. Har egen kommune ikke et tilbud, har du ret til at deltage i Sundhedscenter Vejle.
Desuden er der mulighed for:				
Rygestopforløb			Individuelt eller gruppebaseret rygestopforløb efter behov. Vi er desuden gerne behjælpelige med at formidle kontakt til apotekets tilbud.	Sundhedscenter og Apotek
Diætvejledning			Gruppebaseret. Der er mulighed for individuelle samtaler med diætist efter behov.	Lokalt Sundhedscenter
Socialrådgiver			Vi er gerne behjælpelige med at formidle kontakt til din sagsbehandler.	
Samtale med sygeplejerske			Ved behov	

Opfølgende besøg hos praktiserende læge.

Aftales ved afsluttende samtale på sygehuset

Hvad vil jeg gerne ændre i min livsstil?

.....

.....

.....

Hvad har jeg opnået ?

.....

.....

Bilag 5

Oversigt over evalueringens datagrundlag

I oversigtsform er evalueringen baseret på nedenstående data:

Tabel 11: Oversigt over datagrundlaget for DSI's evaluering af Projekt Forløbskoordination

	Vejle	Fredericia	Odense	Esbjerg
16 semistrukturerede interview med koordinatore og deres primære kommunale samarbejdspartnere	2 interview 3 mdr. efter projektstart + 2 interview 9 mdr. efter projektstart	2 interview 3 mdr. efter projektstart + 2 interview 9 mdr. efter projektstart	2 interview 3 mdr. efter projektstart + 2 interview 9 mdr. efter projektstart	2 interview 3 mdr. efter projektstart + 2 interview 9 mdr. efter projektstart
12 dages observation med af de sygehusansatte koordinatore	2 dages observation seks mdr. efter projektstart + 1 dags observation ca. 12 mdr. efter projektstart	2 dages observation seks mdr. efter projektstart + 1 dags observation ca. 12 mdr. efter projektstart	2 dages observation seks mdr. efter projektstart + 1 dags observation ca. 12 mdr. efter projektstart	2 dages observation seks mdr. efter projektstart + 1 dags observation ca. 12 mdr. efter projektstart
Semistrukturerede interview med 27 ledere og fagpersoner der har været centrale i de enkelte delprojekter.	8 nøglepersoner	6 nøglepersoner	7 nøglepersoner	6 nøglepersoner
Lokale udviklingsdage	1 halv dag for projektgruppen hhv. januar 2010 og juni 2011	1 halv dag for projektgruppen hhv. januar 2010 og juni 2011	1 halv dag for projektgruppen hhv. januar 2010 og juni 2011	1 halv dag for projektgruppen hhv. januar 2010 og juni 2011
Fælles temadage	Opstartsdag med fokus på DSI's viden om forløbskoordination, inspiration til relationel koordinering og opstart af udviklingssamarbejdet afholdt september 2010. Temadag med fokus på dokumentation, stratificering og egenomsorg afholdt marts 2011 Temadag med fokus på evaluering af projektet afholdt oktober 2011			
Opgørelser og skriftligt materiale der belyser koordinatorenes udviklingsarbejde og patientrettede koordinationsopgaver	Opgørelser for 2011 er indsamlet ved udgangen af 2011			

