

Grete Brorholt og Marie Brandhøj Wiuff

Patientrettet forebyggelse

Organisering på seks somatiske sygehuse i
Region Sjælland



Patientrettet forebyggelse – Organisering på seks somatiske sygehuse i Region Sjælland kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-721-0
Projekt: 10720
2015

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Der har i Region Sjælland været et politisk ønske om at styrke den patientrettede forebyggelse på regionens somatiske sygehuse. Det har ført til en omfattende indsats med stor berøringsflade til ledere og sundhedsfagligt personale på sygehusene i Region Sjælland.

Denne evaluering sætter fokus på organiseringen af 'Projekt patientrettet forebyggelse' på seks somatiske sygehuse. Rapporten er skrevet, mens projektet stadig er i gang, og er derved i høj grad en procesevaluering. Den er henvendt til projektdeltagere og beslutningstagere omkring projektet.

Tak til alle deltagere i interview i Region Sjælland. Jeres åbenhed har været essentiel for, at denne rapport kunne lykkes, og kan forhåbentligt give et indspark til sidste fase i 'Projekt patientrettet forebyggelse'.

Forfatterne
April 2015

Indhold

| | |
|---|----|
| Resumé..... | 6 |
| 1 Baggrund, formål og metode..... | 7 |
| 1.1 Baggrund | 7 |
| 1.1.1 Formålet med Projekt patientrettet forebyggelse i Region Sjælland | 8 |
| 1.2 KORAs evaluering | 9 |
| 1.3 Design og metode..... | 9 |
| 1.4 Det samlede datamateriale..... | 10 |
| 1.4.1 Skriftligt materiale | 11 |
| 1.4.2 Analytisk vinkel | 11 |
| 1.4.3 Forbehold | 12 |
| 2 Organisering af Projekt patientrettet forebyggelse..... | 13 |
| 2.1 Projektets regionale organisering | 13 |
| 2.1.1 Den regionale projektbeskrivelse..... | 14 |
| 2.1.2 De lokale projektbeskrivelser..... | 14 |
| 2.2 Seks hospitaler – seks løsninger..... | 16 |
| 2.2.1 Næstved | 16 |
| 2.2.2 Slagelse | 17 |
| 2.2.3 Køge | 17 |
| 2.2.4 Holbæk | 18 |
| 2.2.5 Nykøbing Falster | 19 |
| 2.2.6 Roskilde | 19 |
| 2.3 Sammenfatning af den lokale organisering | 20 |
| 2.4 Drøftelse af de seks organiseringsmodeller | 22 |
| 3 Roller i organiseringen | 24 |
| 3.1.1 Projektleders styring og rolle | 24 |
| 3.1.2 Sundhedskoordinatorrollen..... | 25 |
| 3.1.3 Styregruppernes roller lokalt | 26 |
| 3.1.4 Den lokale leders rolle | 26 |
| 3.1.5 Medarbejdernes rolle..... | 26 |
| 4 Samarbejde med kommunerne og almen praksis..... | 27 |
| 4.1 Varierende samarbejde | 27 |
| 4.2 It-værktøj | 28 |
| 5 Best Practice? – Fire scenarier..... | 29 |
| 5.1 Best Practice? | 29 |
| 5.2 Fire scenarier | 30 |
| 5.2.1 Et decentralt kollega-til-kollega-scenarie | 30 |
| 5.2.2 Et ledelsesrettet scenarie | 31 |
| 5.2.3 Et centraliseret scenarie | 31 |
| 5.2.4 Et opsøgende kombi-scenarie | 31 |

| | | |
|---------|--|----|
| 6 | Konklusioner og anbefalinger | 33 |
| | Litteratur | 35 |
| Bilag 1 | Fotos af regionalt materiale fra Projekt patientrettet forebyggelse..... | 36 |

Resumé

Projekt 'Patientrettet forebyggelse på somatiske sygehuse – med fokus på KRAM-faktorenes betydning for helbredet' er et 3-årigt projekt på seks somatiske sygehuse i Region Sjælland (Region Sjælland a). Projektet har til hensigt:

- at styrke og støtte sygehusenes patientrettede forebyggelse i forhold til KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion), så de lever op til 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), standard 2.16.2 (IKAS 2012)
- i samarbejde med kommuner og almen praksis at facilitere patientens overgang til brug af kommunale forebyggelsestilbud

Der er i forbindelse med projektet a) ansat lokale sundhedskoordinatorer på hvert sygehus, b) udviklet lokale projektbeskrivelser, c) igangsat en række lokale aktiviteter, d) udviklet regionalt materiale til brug i de lokale projekter og e) foretaget en fælles opdatering af den regionale retningslinje for patientrettet forebyggelse.

Formålet med KORAs evaluering har været at undersøge, hvilken organisering af projektet på de seks medvirkende sygehuse der bedst styrker og støtter den patientrettede forebyggelse.

Evalueringen viser, at der er fordele og ulemper ved de forskellige organiseringsmåder på sygehusene. Det har vist vanskeligt at anbefale én praksis som den bedste fremfor andre. Derfor beskrives fire stereotype scenarier, hvoraf et opsøgende kombi-scenarium fremhæves:

- Decentralt kollega-til-kollega scenarium, der adresserer frontpersonale og organisatorisk skaber forandring i den kliniske afdeling
- Ledelsesrettet scenarium, der arbejder i ledelseslinjen og integrerer indsatsen i tilstedeværende linjeledelse
- Et centraliseret scenarium, der bygger på en central projektledelse
- Opsøgende kombi-scenarium, der både adresserer det strategiske niveau og løbende faciliterer læring i de kliniske afdelinger

På baggrund af analyse af interview og dokumenter anbefaler rapporten fremadrettet:

- En organisationsmodel, der bygger på strategiske overvejelser
- At sundhedskoordinatorens organisatoriske indplacering og kompetencer skal understøtte denne
- At en fælles ambition er veldefineret og tydeligt kommunikeret
- At tydelig balance mellem det regionale projekt og de lokale projekter skal være til stede, kommunikeres og projektledes
- Integration og systematik i samarbejdet med kommunerne lokalt

Undersøgelsen er baseret på interview med sundhedskoordinatorer, ledere og medarbejdere lokalt på sygehusene i Holbæk, Roskilde, Køge, Slagelse, Næstved og Nykøbing Falster, samt den regionale projektleder. Derudover er der indsamlet og gennemgået skriftligt materiale fra projektets aktører og fra Region Sjællands Internet.

1 Baggrund, formål og metode

1.1 Baggrund

'Patientrettet forebyggelse på somatiske sygehuse – med fokus på KRAM-faktorernes betydning for helbredet' blev igangsat i Region Sjælland d. 1.6. 2013. Seks somatiske sygehuse i regionen deltog: Holbæk, Roskilde, Køge, Slagelse, Næstved og Nykøbing Falster Sygehus. Ringsted blev fravalgt på grund af specialernes sammensætning (Region Sjælland). Projektet løber over en 3-årig periode inklusive en forlængelse på et år.

Formålet med projekt 'Patientrettet forebyggelse på somatiske sygehuse – med fokus på KRAM-faktorernes betydning for helbredet' er at styrke og støtte sygehusenes patientrettede forebyggelse i forhold til KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion), så de lever op til 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), standard 2.16.2 (IKAS 2012). Herunder at facilitere patientens brug af kommunale forebyggelsestilbud i samarbejde med kommuner og almen praksis. Dette beskrives i projektbeskrivelsen som viderehenvissningsmuligheder fra sygehus til kommunale forebyggelsestilbud (Region Sjælland 2013).

Nedenfor vises et uddrag af Den Danske Kvalitetsmodel 2.16.2, som er den relevante standard for patientrettet forebyggelse.

Figur 1.1 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), standard 2.16.2 (uddrag af figur fra IKAS 2012)

| Titel 2.16.2 - Forebyggelse og sundhedsfremme (1/1) | | | | | |
|---|---|----------------|--------------------------------|---------------|---|
| Sektor | Sygehuse | Version | 2 | Udgave | 2 |
| Kategori | Generelle patientforløbsstandarder | Tema | Forebyggelse og sundhedsfremme | | |
| Standard | Patienters sundhedsmæssige risiko vurderes på grundlag af livsstilsfaktorer. Relevante patienter tilbydes intervention. | | | | |
| Formål | <ul style="list-style-type: none">• At patienter med livsstilsfaktorer, der påvirker resultatet af patientforløbet, tilbydes intervention• At øvrige patienter med livsstilsbetinget sundhedsmæssig risiko vejledes om forebyggelsesmuligheder | | | | |

(IKAS 2012)

Region Sjælland afsatte midler til oprettelse af en fuldtidsstilling på hvert af de seks sygehuse med henblik på ansættelse af én eller to sundhedskoordinatorer, der lokalt skulle løfte opgaven med at styrke den patientrettede forebyggelse. I projektbeskrivelsen står:

'Stillingen [som sundhedskoordinator] kan med fordel deles mellem flere sundhedskoordinatorer, men er forankret i én klinisk afdeling. Det er op til det enkelte sygehus at beslutte, hvilken model der er mest optimal i forhold til at nå flest mulige patienter' (Region Sjælland 2013).

Den regionale projektleder fortæller, at der har været afsat 240.000 kr. årligt til central koordinering ved en regional projektleder samt til afholdelse af møder. Projektlederen er ansat i Regions Sjællands Kvalitet og Udviklingsafdeling (KU Sund).

Citatet fra projektbeskrivelsen samt projektlederens udsagn afspejler, at der er lagt op til, at de enkelte sygehusledelser kunne fortolke projektet forholdsvis frit og afprøve forskellige løsninger, organisationsformer og kompetencer decentralt.

1.1.1 Formålet med Projekt patientrettet forebyggelse i Region Sjælland

Formålet med 'Projekt patientrettet forebyggelse på somatiske sygehuse - med fokus på KRAM-faktorenes betydning for helbredet', beskrives i den regionale projektbeskrivelse. Projektet skal styrke og støtte sygehusene i Region Sjælland i at:

- Understøtte, at sygehusene opfylder sine forpligtelser på forebyggelsesområdet i forhold til DDKM
- Sikre dialog og koordinering af sundhedsfremme og forebyggelsesinterventioner mellem sektorer og med patienten/borgeren, så han/hun bliver i stand til at udøve egenomsorg og aktivt tage del i eget sundhedsfremmeforløb
- Styrke sygehusets rolle som viderehenviser til fx kommunale forebyggelsestilbud
- Styrke det motiverende og sundhedsfremmende miljø på sygehusene til gavn for patienter, pårørende og ansatte
- Kunne identificere og iværksætte forebyggelsestiltag i forhold til særligt sårbare målgrupper
- Styrke det tværsektorielle samarbejde på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet (almen praksis sygehuse, kommune og borger) (Region Sjælland a)

Dette formål er defineret på baggrund af Den Danske Kvalitetsstandard 2.16.2 (se ovenfor), som beskriver, at "patienter med livsstilsfaktorer, der påvirker resultatet af patientforløbet, tilbydes intervention, og alle andre patienter med livsstilsbetinget risiko skal vejledes om forebyggelsesmuligheder" (IKAS 2012). Herunder som et minimum at

- Identificere patientforløb, hvor en intervention i relation til livsstilsfaktorer vil gøre en forskel
 - Planlægge hvorledes patienten tilbydes denne intervention
 - forebyggelsesbehovet skal identificeres hos øvrige patienter
 - Øvrige patienter skal rådgives og vejledes om forebyggelsesmuligheder
 - Patienternes forebyggelsesbehov i øvrigt skal dokumenteres i epikrisen.
- (IKAS 2012)

Konteksten for projektets særlige fokus er dels kravet om akkreditering ved hjælp af DDKM, dels besvarelser i den Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2012 på spørgsmål 20, som omhandler forebyggelse, i 'Spørgeskema for indlagte samt ambulante patienter' i (LUP 2012) (Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse 2014).

Projektbeskrivelsen skitserer en række målsætninger og tilhørende succeskriterier og er gengivet i boks 1.

Boks 1 Målsætninger og succeskriterier for Projekt patientrettet forebyggelse

| Målsætninger | Succeskræterier |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• At bidrage til at etablere arbejdsgange i udvalgte afdelinger, der sikrer opfyldelse af forebyggelsesmål ift. KRAM-faktorerne i DDKM• At 95 % af sygehuspersonalet kender til viderehenvisningsmuligheder i de kommunale forebyggelsestilbud og SOFT• At 95 % af alle patienter screenes for behov for livsstilsintervention, ved behov planlægges og tilbydes henvisning til sundhedsfremmende intervention i kommune, almen praksis og ved særlige behov på sygehuset• På udvalgte afdelinger kunne dokumentere kompetenceløft blandt personalet i arbejdet med at styrke den forebyggende indsats på KRAM-faktorer under indlæggelse og til opfølgning efter indlæggelsen• Alle personaler skal have nem adgang til opdateret viden om forebyggelse. (D4 opdateret).• D4 opdateret for lokale livsstilsinterventioner. | <ul style="list-style-type: none">• Mindst 70 % af afdelingerne har lokale D4 retningslinjer for hver af KRAM faktorerne• For 70 % af patienterne dokumenteres og overdrages screening af livsstil og mulig intervention i epikrisen (Med Com-rapport til kommunale hjemmepleje)• Øget antal henvisninger til kommunale forebyggelsestiltag (flere deltagere?)• LUP 15 skal vise, at mindre end 5 % af alle patienterne er i tvivl om livsstilens betydning for helbredet• Journalaudit; Dokumenteres det i epikrisen om patienten er informeret• Alle afdelinger har udpeget ressourceperson til KRAM-intervention, udvikling og implementering i afdelingen• Formidling af viden om KRAM-faktorerens betydning for helbredet på alternative måder• At kunne time relevant information til patienterne, når de er mest motiverede for at ændre livsstil. |

(Region Sjælland 2013)

Opdragsgiveren Region Sjælland har ønsket en evaluering af projektet med henblik på at identificere, hvilken *organisering* der bedst styrker og støtter den patientrettede forebyggelse.

1.2 KORAs evaluering

Formålet med KORAs evaluering er at kortlægge, hvilken organisering der bedst styrker og støtter den patientrettede forebyggelse. Herunder besvare følgende spørgsmål:

- Hvordan er Projekt patientrettet forebyggelse organiseret på de seks forskellige hospitaler?
- Hvad er erfaringerne med de givne organiseringer?
- Hvad kan anbefales som Best Practice?
- Styrker Projekt patientrettet forebyggelse overgangen fra sygehus til kommunalt sundhedsfremme og forebyggelsestilbud set fra sygehusenes perspektiv?

Rapporten er opbygget således, at den kan skabe overblik over organiseringen af Projekt patientrettet forebyggelse, på de forskellige sygehuse. Derfor er en del af teksten også skematisk indsat i tabeller, der gør det nemmere at sammenligne sygehus med sygehus. Tabellerne er ikke udtryk for et hierarki mellem sygehusene.

1.3 Design og metode

Undersøgelsen er baseret på face-to-face-interview (både enkelt- og gruppeinterview) på seks sygehuse, individuelle telefoninterview samt dokumenter rekvireret gennem projektets aktører og fra internettet. Derudover er der foretaget opklarende telefonopkald, enkelte telefoninterview samt opklarende e-mailkorrespondance med den regionale projektleder. Både gruppein-

terview, enkeltinterview og telefoninterview er refereret tematisk samt delvist transskriberet, i tråd med andre kvalitative studier i sundhedsvæsenet (Saks & Allsop 2007).

På baggrund af det indsamlede materiale er der foretaget en kvalitativ analyse, hvor materialet er læst og organiseret efter emner.

De mest fremtrædende emner er beskrevet i et fortroligt arbejdspapir, som den regionale projektleder har modtaget. Disse opmærksomhedspunkter er indarbejdet i nærværende rapport og yderligere bearbejdet, samt organiseret i forhold til formålet med undersøgelsen, nemlig en beskrivelse af de seks hospitalers forskellige organiseringsmodeller, Best Practice, samt adressering af en overgangsproblematik mellem sygehus og primærsektoren.

1.4 Det samlede datamateriale

Hvert sygehus har deltaget i interview med repræsentanter for medarbejdere og for ledelser samt med sundhedskoordinatorer. Interviewene er blevet gennemført på de lokale sygehuse, i løbet af én dag, enkeltvis eller i grupper. Enkelte nøglepersoner er efterfølgende blevet telefoninterviewet.

45 personer har deltaget i interview:

- Den regionale projektleder (1)
- Projektgruppen bestående af syv sundhedskoordinatorer interviewet i gruppe på Regionsgården samt interviewet individuelt på deres respektive sygehuse
- Lokale ledere og lokale styregruppemedlemmer (18). Interviewene er afholdt individuelt eller i mindre grupper
- Lokale medarbejdere med særlig relevans for projektet (19) (nøglepersoner, KRAM-ambassadører) interviewet i grupper på hospitalerne.

Table 1.1 Oversigt over interviewede personer

| | Næstved fælles ledelse med Nykøbing Falster | Slagelse | Køge fælles ledelse med Roskilde | Holbæk | Nykøbing Falster Fælles ledelse med Næstved | Roskilde Fælles ledelse med Køge |
|--|--|-----------------------|--|--|---|---|
| Interview sundhedskoordinator | 1 sundhedskoordinator | 1 sundhedskoordinator | 2 sundhedskoordinatorer | 1 sundhedskoordinator | 1 sundhedskoordinator | 1 sundhedskoordinator (ny) og tidl. sundhedskoordinator |
| Leder interview, enkelt eller i gruppe | 3 ledere Medarbejdere | 2 ledere + 1 leder | 2 ledere | 3 ledere + 2 ledere | 5 ledere | 1 leder |
| Medarbejdere i gruppeinterview og i individuelt telefoninterview | 2 medarbejdere | 5 medarbejdere | 4 medarbejdere | 4 medarbejdere + telefoninterview med 1 person | 1 personligt interview | 1 personligt interview + telefoninterview med 1 person |

Vi har ikke interviewet kommunale samarbejdspartnere eller repræsentanter fra almen praksis.

1.4.1 Skriftligt materiale

I undersøgelsen er der foretaget en dokumentgennemgang. Dels af regionale projektbeskrivelser, mødereferater, organisationsbeskrivelser, fondsansøgninger og Region Sjællands internet-side, dels af lokale dokumenter fra de seks sygehuse, herunder projektbeskrivelser og programmer for aktiviteter (Wolff, Heuser & Borchersen 2013, Willumsen, Holm & Lindeberg 2014, Therkildsen 2013, Klinkeby & Steen 2013, Jensen 2013).

Dokumenterne består af den regionale projektbeskrivelse samt opfølgende notat, seks referater fra de regionale projektgruppemøder, ansøgning om bevilling til udvikling af alternativt materiale vedr. oplysning og interventioner og KRAM (se bilag 1) samt diverse lokalt producerede materialer om KRAM-aktiviteter (Region Sjælland b).

Nedenfor er listet de relevante dokumenter, som anvendes i analysen:

- Regionale dokumenter, herunder:
 - Originale regionale projektbeskrivelse samt projektforlængelsesdokument
 - 6 referater fra regionale projektgruppemøder
 - KSS referater tilgængelige fra alle møder på Intranet www.regionsjaelland.dk
 - Fondansøgning om midler til udvikling af materiale og formidling
 - Materiale om aktiviteter regionalt
 - Nyudviklet materiale.
- Lokalt materiale, herunder:
 - Lokale projektbeskrivelser for sygehuse i Slagelse og Næstved (fælles), Køge, Holbæk, Nykøbing Falster og Roskilde sygehuse
 - Materiale om forebyggelses aktiviteter i Slagelse, Køge og Holbæk.

1.4.2 Analytisk vinkel

Rapporten beskriver projektets fundament i form af projektbeskrivelserne og ledelsernes krav. De forskellige måder, sygehusernes ledere i samarbejde med den lokale sundhedskoordinator har organiseret Projekt patientrettet forebyggelse afdækkes, dels med hensyn til at øge personalets forebyggelsesinterventioner over for patienterne, dels med hensyn til at forbedre overgange mellem sygehuse og kommunerne i forbindelse med tilbud om forebyggelse.

Desuden beskriver rapporten de roller, som centrale aktører har indtaget, samt berører aktivitetsniveauet på hospitalerne. Roller og aktivitetsniveau er centrale elementer, der afspejler nogle muligheder og konflikter, som de enkelte organiseringer har afstedkommet. Der er anvendt dokumenter og interview som datamateriale.

Interviewene har været struktureret på baggrund af følgende spørgsmål, vedrørende organisering af patientrettet forebyggelse:

- a) Hvem er projektlederen?
- b) Hvor er han/hun placeret?
- c) Hvad er den ledelsesmæssige forankring?
- d) Hvilke aktiviteter har der været?
- e) Hvordan har de samarbejdet med de kommunale samarbejdspartnere?
- f) I hvilken grad har sygehuset taget del i det regionale arbejde?
- g) Hvad er erfaringerne/hvordan har det fungeret?

Hensigten med undersøgelsen er at skabe viden om, hvorledes projektets organisering styrker det overordnede formål for heraf at udlede en Best Practice.

1.4.3 Forbehold

Det er en begrænsning for denne evaluering, at der ikke er foretaget interview med nøglepersoner i kommuner og almen praksis. Det ville have været relevant at interviewe repræsentanter for kommunerne om samarbejdet og deres deltagelse samt om deres vurdering af organisationen og resultater. Dette perspektiv bør inddrages i fremtidige studier.

2 Organisering af Projekt patientrettet forebyggelse

Nedenfor beskrives de seks sygehuses forskellige organisatoriske løsninger. I denne beskrivelse vises fordele og ulemper ved løsningerne. Beskrivelserne kaster lys over, hvorledes de forskellige organiseringer, projektlederens drivkraft og ansættelsesforhold har stærk indflydelse på mulighederne for projektets udformning og opfyldelse af projektets resultater.

Hensigten med afsnittet er at afdække de forskellige organiseringer – ikke at vurdere dem normativt. I det afsluttende kapitel vover forfatterne at anbefale ét scenarie frem for de øvrige i forhold til at støtte og styrke patientrettet forebyggelse.

Først beskrives den regionale organisering og projektbeskrivelsernes indhold, som er fundamentet for de lokale indsatser.

2.1 Projektets regionale organisering

Patientrettet forebyggelse er et politisk projekt etableret på baggrund af politikerkrav om at forbedre LUP-tal (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser) med hensyn til patienternes viden om forebyggelse (Enheden for Brugerundersøgelser 2013). Samtidig har Region Sjælland en særlig udfordring, med hensyn til en befolkningssammensætning, der har større forbrug af alkohol og cigaretter og større overvægt end resten af landet. At arbejde med KRAM-faktorerne – kost, rygning, alkohol og motion – er en måde at fokusere på denne problemstilling (Sundhedsstyrelsen 2014).

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Sjælland – med stærk støtte fra det Tværgående Samarbejdsforum for Somatik (TSS)¹ – tog initiativet til Projekt patientrettet forebyggelse.

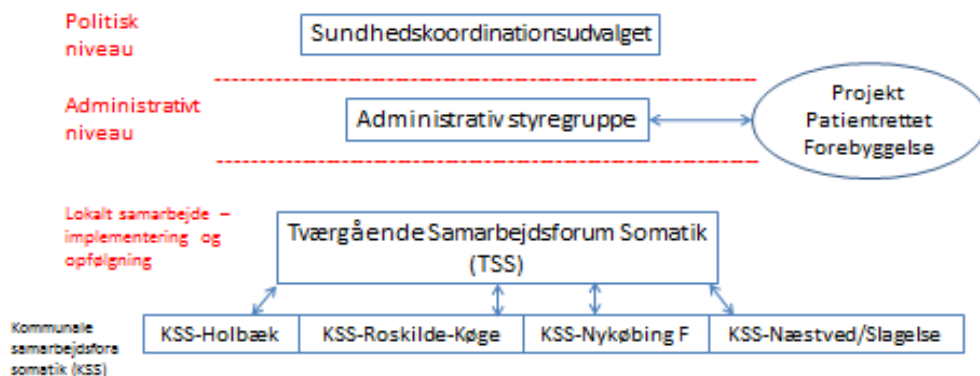
Der er nedsat en administrativ styregruppe under Sundhedskoordinationsudvalget, som fungerer som forretningsudvalg for Sundhedskoordinationsudvalget og styregruppe for Patientrettet forebyggelse. Styregruppen varetager den overordnede styring og koordinering på sundhedsområdet og af andre projekter på tværs af sygehuse og kommuner. I den administrative styregruppe sidder repræsentanter fra alle somatiske sygehuse, udvalgte kommuner i Region Sjælland samt almen praksis.

Projektlederen er ansat i Kvalitet og Udvikling (KU Sund) i Region Sjælland og sparer med lederen herfra. Der har været afsat en ca. 15 %-stilling årligt til projektledelse. Det er der, hun er ledelsesmæssigt forankret. Den regionale projektleder refererer til den administrative styregruppe i forbindelse med Projekt patientrettet forebyggelse.

Som et yderligere forum til at sikre samarbejde mellem de kommunale myndigheder og regionen inden for somatikken er der nedsat fire lokale fora kaldet Kommunale Samarbejdsfora Somatik (KSS). Ligesom i TSS sidder der her repræsentanter fra sygehus, kommune og almen praksis men koncentreret omkring fire sygehusområder (Holbæk, Roskilde/Køge, Nykøbing F og Næstved/Slagelse). Nedenfor ses en figur, der viser den regionale organisering.

¹ TSS er et overordnet regionalt samarbejdsforum, der skal sikre en overordnet regional implementering af sundhedsaftalen – herunder sikre et koordineret samarbejde mellem de kommunale myndigheder og regionen. I TSS er alle 17 kommuner, sygehuse og repræsentanter for PLO Sjælland repræsenteret.

Figur 2.1 Organiseringen af Projekt patientrettet forebyggelse i Region Sjælland



Figur 2.1. viser organiseringen af Projekt patientrettet forebyggelse i Region Sjælland. Figuren er udarbejdet på baggrund af Region Sjællands internetside samt referater fra møder.

2.1.1 Den regionale projektbeskrivelse

Den administrative styregruppe har udarbejdet den *regionale projektbeskrivelse* for Projekt patientrettet forebyggelse og fungerer som styregruppe for projektet.

Projektbeskrivelsen 'Tværsektorielle indsatser på sundhedsområder 2013' fra Region Sjælland er kortfattet og nærmere beskrevet i kapitel 1 (Region Sjælland 2013). Projektbeskrivelsen opfordrer til lokalt ejerskab og lokale projekter inden for patientrettet forebyggelse (se mål og succeskriterier i afsnit 1.1).

Den regionale projektleder bad på baggrund af den regionale projektbeskrivelse de lokale sundhedskoordinatorer om at skrive lokale projektbeskrivelser i begyndelsen af projektperioden. Projektlederen ønskede på den måde at skabe overblik over den lokale proces til gavn for den lokale sundhedskoordinator og den lokale ledelse. Det resulterede i meget forskellige projektbeskrivelser med hensyn til ambitionsniveau og indhold.

2.1.2 De lokale projektbeskrivelser

De lokale projektbeskrivelser er ikke revideret eller koordineret regionalt, idet de, ifølge projektlederen, udelukkende var tiltænkt at skabe overblik for det lokale arbejde. Der har ikke været en regional ramme for ambitionsniveauerne ud over de generelle succeskriterier i den generelle regionale projektbeskrivelse.

Nedenfor vises de lokale projektbeskrivelser skematisk med hensyn til forfattere, formål, fokus og sidetal skematisk. Projektbeskrivelser og projekterne berøres yderligere i afsnit 2.2.

Tabel 2.1 Oversigt over lokale projektbeskrivelser (Wolff, Heuser & Borchersen 2013, Willumsen, Holm & Lindeberg 2014, Therkildsen 2013, Klinkeby & Steen 2013, Jensen 2013). (Projektbeskrivelserne er ikke publicerede)

| | Næstved | Slagelse | Køge | Holbæk | Nykøbing Falster | Roskilde |
|--|---|---|--|---|---|--|
| | Ingen selvstændig. Udarbejdet i samarbejde med Slagelse | Udarbejdet for Slagelse, Ringsted og Næstved | Udarbejdet for Køge | Udarbejdet for Holbæk | Udarbejdet for Nykøbing Falster | Udarbejdet for Roskilde |
| Forfatter og reference | Tidligere sundhedskordinator deltaget i udarbejdelsen | 2 sundhedskordinatorer (Klinkeby & Steen 2013) | 1 sundhedskordinator, 1 udviklingssygeplejerske, 1 anden leder eller medarbejder (Willumsen, Holm & Lindeberg 2014) | 1 sundhedskordinator (Therkildsen 2013) | 1 sundhedskordinator (Jensen 2013) | 2 tidligere sundhedskordinatorer og en udviklingssygeplejerske (Wolff, Heuser & Borchersen 2013) |
| Overordnet formeldt formål beskrevet i den lokale projektbeskrivelse | | Understøtte at sygehuse opfylder sine forpligtelser på forebyggelsesområdet i henhold til DDKM 2 (herunder 3 punkter) Støtter sig til den regionale projektbeskrivelse og vurderer SWOT, interessentanalyse, projektorganisering mv. | Sikre at Køge sygehus opfylder sine forpligtelser på forebyggelsesområdet i henhold til DDKM 2. (Herunder i alt 6 punkter) Støtter sig til den regionale projektbeskrivelse | Fælles vision: Vi skal kunne vores KRAM – og vi skal være villige til at lære af andre for at blive bedre | Inden for det regionale formåls rammer fokusere på at understøtte en forebyggelses- og sundhedsfremmekultur baseret på engagement og evidensbaseret viden, og gøre dette til en indarbejdet del af patientforløbene på Nykøbing Sygehus | At styrke og støtte sygehuse i Region Sjælland i at understøtte, at Roskilde Sygehus opfylder sine forpligtelser på forebyggelsesområdet i forhold til DDKM (herunder 5 punkter) Støtter sig til den regionale projektbeskrivelse |
| Fokus i projektbeskrivelsen | | Aktiviteter for medarbejdere for at opfylde projektbeskrivelsen | Sundhedskordinatorernes opgaver på Køge Sygehus | Viden om KRAM Netværksskabende Information | Arbejds gange arbejdsprocesser Sundhedsfremme og forebyggelse tilpasses patienternes individuelle behov | Leverancer/Sundhedskordinatorens arbejdsopgaver |
| Antal sider | | 34 sider inkl. bilag | 2 sider | 6 sider inkl. Bilag | 9 sider | 5 sider |

Nedenfor beskrives projektets lokale organisering på hvert sygehus på baggrund af projektbeskrivelserne og arbejdsspørgsmål vedrørende organisering af patientrettet forebyggelse beskrevet i 1.4.2.

2.2 Seks hospitaler – seks løsninger

Region Sjælland har ladet de lokale sygehusledelser beslutte kriterier for sundhedskoordina-torenes faglige baggrund og placering i sygehusorganisationen samt den lokale projektbeskrivel-se. Det har resulteret i, at de lokale projekter har udformet sig forskelligt. Det beskrives neden-for sygehus for sygehus, fra det enkelte sygehus' perspektiv. Følgende tematikker berøres

- Sundhedskoordina-torens arbejde og organisering
- Den lokale projektbeskrivelse
- Forebyggelsesaktiviteter lokalt
- Ledelsesopbakning
- Samarbejde
- Deltagelse i det regionale arbejde
- Udarbejdelse af regionalt forebyggelsesmateriale (KRAM-materiale)
- Anvendelse af regionalt forebyggelsesmateriale.

2.2.1 Næstved

Den første fase i Projekt patientrettet forebyggelse i Næstved var præget af samarbejde med sundhedskoordina-toren i Slagelse og i det regionale arbejde, forklarer Slagelses sundhedskoor-dinator. Imidlertid forlod den første sundhedskoordina-tor i Næstved stillingen, og stillingen var ubesat i flere måneder. I efteråret 2014 blev den besat af en klinisk diætist med en kandidat i klinisk ernæring. Hun erkender, at hun skal begynde forfra med at opbygge projektet.

Den iværksatte lokale projektbeskrivelse ved projektbegyndelse blev udarbejdet sammen med Slagelse sygehus' sundhedskoordina-tor (Klinkeby & Steen 2013).

Den tidligere projektleder satte en baseline-måling i gang, lavede en trappeevent samt afholdt KRAM-foredrag. Disse aktiviteter beskrives ikke som synlige aktiviteter, der har gjort indtryk på medarbejderne. Der er ikke udpeget KRAM-ambassadører eller -nøglepersoner i Næstved.

Det beskrives af ledere og den nyansatte sundhedskoordina-tor, at den tidligere sundhedskoor-dina-tor sad afsides geografisk og manglede ledelsesopbakning, og at projektet blev glemt. De vurderer, at disse to omstændigheder har været meget betydningsfulde for projektets liv på Næstved Sygehus. Projektet gik i stå, og styregruppen gik i opløsning. Derfor er der overordnet ikke opnået synlige resultater på Næstved sygehus.

Den nye sundhedskoordina-tor gik i gang med at være opsøgende i afdelingerne for at komme i gang med kurser i den motiverende samtale og Very Brief Advice-samtaler (VBA). Hun er ikke begyndt at opsøge kommuner.

Den nye sundhedskoordina-tor er ansat i medicinsk afdeling og refererer til oversygeplejersken, og var på interviewtidspunktet (januar 2015) ved at danne sig et overblik over opgaven.

Hun er ved dataindsamlingens afslutning i gang med at genetablere en lokal styregruppe.

Hun forventer at skulle bruge sin faglighed som klinisk diætist i det regionale arbejde.

2.2.2 Slagelse

I Slagelse er sundhedskoordinatoren uddannet jordemoder og cand.scient.publ., og har en projektlederefteruddannelse. Den lokale projektbeskrivelse for Slagelses sygehus er ambitiøs og omfattende (Klinkeby & Steen 2013).

Sundhedskoordinatoren har besøgt alle afdelinger for at undervise i motiverende samtale og VBA. Hun har været synlig for plejepersonalet på afdelingerne med aktiviteter.

Hun giver udtryk for, at forsinkelsen af det elektroniske system for dokumentation samt for viderehenvielse i kommunerne har været en hindring for at arbejde med projektet blandt medarbejdere på hospitalet. Sygehuset afventer, at systemet kommer på plads, før hun vil sætte systematiske patientscreening for KRAM-interventioner yderligere i gang og viderehenvise patienter til kommunens forebyggelsestilbud. Det har gjort, at medarbejderne ikke er gået aktivt i gang med at bruge det materiale, der er udviklet regionalt i den regionale projektgruppe.

Sundhedskoordinatoren bakkes op i denne strategi af sin ledelse.

Medarbejderne siger tilsvarende, at det er irriterende, at der er sat noget i gang, som de ikke kan komme videre med: De har fået undervisning, men kan ikke bruge viderehenvielsessystemet.

Øvrige aktiviteter, der har været sat i gang, er fx KRAM-uge på et afsnit, der har været fælles KRAM-foredrag, og sundhedskoordinatoren haft kontakt med kommuner samt holdt en fælles kommunal hospitalstemadag.

Sundhedskoordinatoren har refereret til den medicinske afdelings oversygeplejerske. Fremadrettet (2015) ændres ledelsesansvaret til den ledende fysioterapeut, med den hensigt at integrere projektet i en større sundhedsprofil på sygehuset.

Sundhedskoordinatoren i Slagelse har ifølge sine ledere og sig selv været med til at løfte kvaliteten i det regionale projekt. Hun har lagt mange kræfter i det regionale arbejde, fx ved at ansøge om midler til formidlingsmateriale, udvikle dette materiale og skrive den fælles standard for forebyggelse (D4).

Det regionale arbejde er en opgave, som er prioriteret på Slagelse Sygehus.

2.2.3 Køge

I Køge er der modsat de øvrige sygehuse ansat to sundhedskoordinatorer, hver på halv tid, på én medicinsk afdeling. De refererer til deres daglige leder – afdelingssygeplejersken – og til en udviklingssygeplejerske. De er uddannede basissygeplejersker. Udviklingssygeplejersken er også ansat i projektet med få timer.

De to sundhedskoordinatorer beskriver, at de var overrasket over projektets udvikling, og at de skulle skrive en lokal projektbeskrivelse. Det brugte de mange ressourcer på (Willumsen, Holm & Lindeberg 2014). Deres ambition var at arbejde med KRAM-faktorerne lokalt sammen med kollegaer og patienter.

I Køge har det været et strategisk valg at placere sundhedskoordinatorerne så meget i front og i kontakt med den daglige praksis som muligt. De to sundhedskoordinatorer citerer deres vice-direktør for at sige, at det har været en aktiv strategi og et ønske om, at 'denne slags projekter ikke hører til i administrationen, men skal ud på gulvet'.

Sundhedskoordinatorerne arbejder 50 % af arbejdstiden med almindeligt sygeplejearbejde i det kliniske arbejde og 50 % som sundhedskoordinatorer i medicinsk område. De siger selv, at de er 'nået langt ud'. De foretager samtaler med patienterne såvel som, at de underviser kollegaer. Når de er rundt på de øvrige afdelinger, indtil videre kun medicinske, 'giver de en hånd med' om nødvendigt, for at deres kollegaer kan få tid til at gå fra til fx undervisning.

I Køge har man ledelsesmæssigt vurderet, at det tilgængelige materiale om KRAM var tilstrækkeligt. Det har man anvendt og på den måde været i gang med KRAM-screeningerne fra projektstart. De har dokumenteret patientscreening og viderehenvisninger inden for de muligheder, de allerede havde. Ligeså har sundhedskoordinatorerne integreret det nye materiale udviklet af de øvrige sundhedskoordinatorer i den regionale projektgruppe.

Lokalt har de igangsat en række lokale aktiviteter som fx KRAM-uge, KRAM-vogn, brug af lokalt materiale, afholdt KRAM-foredrag og besøgt alle medicinske afsnit.

De foretager selv motiverende samtale og VBA-samtaler i medicinsk afdeling med patienter og som sidemandsoplæring af kollegaer. De er i gang med at organisere arbejdet i de kirurgiske specialer. Der er ikke udvalgt KRAM-ambassadører eller -nøglepersoner. I Køge har sundhedskoordinatorerne ikke adresseret lægegruppen med særlig stor succes.

Den lokale udviklingssygeplejerske tager sig af det udadvendte arbejde som kontakt til styregruppe samt deltager i møder i KSS. I nogen grad varetager hun også kontakt med kommuner og ledere fra andre afdelinger.

Der har været udskiftning af én af sundhedskoordinatorerne i Køge.

Sundhedskoordinatorerne i Køge har ikke deltaget i udviklingen af regionalt materiale. Det har ikke været en del af deres stillingsbeskrivelse. De mener selv, at de ikke har haft kompetencer at byde ind med i den centrale projektgruppe, og det har heller ikke været deres ambition.

2.2.4 Holbæk

På Holbæk Sygehus er sundhedskoordinatoren uddannet sygeplejerske og har været med fra projektets begyndelse. Da hun blev udpeget, ønskede hun et projektlederkursus for at kunne varetage opgaven. Projektlederkompetence, erfaringer med andre forebyggelsesindsatser samt det personlige kendskab til sygehuset har været prioriteret af ledelsen ved ansættelsen.

Sundhedskoordinatoren har nedsat en lokal styregruppe, som hun mødes med hvert kvartal. Hun deltager i KSS, når det er relevant. Hun refererer til oversygeplejersken på medicinsk område.

Den lokale projektbeskrivelse lægger vægt på opsamling af viden, netværk og information samt integration af projektet i andre strategier (Therkildsen 2013).

Sundhedskoordinatoren har undervist kollegaer i motiverende samtale og VBA-samtale, samt ageret på strategisk niveau, ved hjælp af sparring med vicedirektør. Holbæk sygehus har ikke valgt at holde KRAM-foredrag, som de øvrige sygehuse.

På Holbæk Sygehus er der både udvalgt nøglepersoner og netværkspersoner. Nøglepersoner er sygeplejersker, som skal bære indsatsen ud af afdelingen og får særlige kompetencer og opmærksomhed. Netværksgruppen er læger, som får tilpasset kompetenceudvikling.

Sundhedskoordinatoren har observeret og opholdt sig på lokale afdelinger, tre dage hvert sted og én dag i ambulatorierne, for at undersøge, hvad der foregår af forebyggende aktivitet, og

hvad der vil være mulighed for at forbedre fremadrettet. Her har hun deltaget i samtaler sammen med personale og selv talt med patienter. Det har givet data til Holbæk sygehus' basline-måling.

Hun har besøgt kommunerne for at lære deres forebyggelsestiltag at kende og 'nedbryde fordomme' på sygehuset om deres kompetencer, fortæller hun. Hun siger, at det har givet hende viden til bedre at kunne anbefale og forebygge tilbud.

2.2.5 Nykøbing Falster

Sundhedskoordinatoren i Nykøbing Falster er sygeplejerske, cand.scient.publ. og tidligere afdelingssygeplejerske. Sundhedskoordinatoren fortæller, at det har skabt muligheder og barrierer for hendes virke, at hun selv har været leder. Mulighederne har været, at hun har et stort netværk blandt ledere, samt at hun kender hospitalet godt. Omvendt har det været en barriere, at hun har været kendt fortæller hun, fordi enkelte ledere har udtrykt, at 'hun ikke skulle komme og sige', som tidligere leder-kollega.

I Nykøbing Falster er der valgt et organisatorisk fokus på ledelseslaget som nøglen til at integrere patientrettet forebyggelse i sygehusets patientforløb. Det er beskrevet i den lokale projektbeskrivelse.

Sundhedskoordinatoren har etableret et stærkt netværk med kommuner og praktiserende læger. Det er primært foregået bilateralt på baggrund af personlige kontakter. Hun er for eksempel i gang med at planlægge et overvægtskursus samt et kursus i samarbejde med en praktiserende læge. Hun har med fordel knyttet projektet an til patientforløb og kvalitetsarbejde, fortæller hun. Hun har en særlig interesse for patientforløb og har skrevet speciale om forløbskoordination.

Denne sundhedskoordinator forestiller sig ikke, at hun selv skal tale med patienterne, men at hun skal motivere og kompetenceudvikle personalet hertil samt facilitere samarbejdet med kommuner. Måden at komme i gang med dette har været at gå igennem afdelingsledelserne, som hun har holdt møder med. Hun har derfor, modsat de øvrige sundhedskoordinatorer, næsten ikke været ude i personalegrupperne.

Hun er en fast del af KSS-samarbejdet og deltager i møder, når det er passende og relevant.

Hun har brugt meget tid på det tværsektorale samarbejde, fortæller hun. Hun har igangsat en pilotafprøvning af elektronisk henvisning i tre kommuner i hospitalets optageområde.

Hun har også brugt meget tid på det regionale samarbejde om D4 (den regionale standard for patientrettet forebyggelse) og udvikling af KRAM-materiale.

2.2.6 Roskilde

Tidligere har der været to ansatte i én stilling som sundhedskoordinator på Roskilde Sygehus. Disse to sundhedskoordinatorer forlod stillingen samtidigt.

Sundhedskoordinatorstillingen er ved dataindsamlingens afslutning blevet besat af én person. Den nuværende sundhedskoordinator er sygeplejerske. Hun siger, hun mangler overlevering fra de to tidligere personer, som dækkede stillingen, og fra den regionale projektleder.

Hun refererer til den ledende oversygeplejerske på medicinsk område. Roskilde og Køge sygehuse deler fælles hospitalsledelse. Én fælles vicedirektør er repræsenteret i KSS.

Hospitalsledelsen understøtter, at sundhedskordinatorerne skal være placeret så tæt på basis-sygeplejen som muligt.

Den foreliggende projektbeskrivelse ligger op ad den regionale og identificerer kun to metoder til at opfylde dette mål, nemlig at gennemføre en 'baseline-audit på journaler og personale-spørgeskema og antal henvisning til sundhedscenteret', samt 'screening i ESD og henvisningsværktøj (lokal projektbeskrivelse Roskilde 14. august 2013).

Der er tilsyneladende foretaget en baseline-måling, og et KRAM-foredrag er afholdt under de to første Sundhedskordinatorer samt en skridttæller-konkurrence i samarbejde med fysioterapeuterne på sygehuset.

Sundhedskordinatoren ser det derfor som sin opgave at 'starte fra scratch' og at 'finde ud af, hvor personalet er' ved at besøge de medicinske afdelinger. Hun siger, at hun er inspireret af sundhedskordinatoren i Holbæks arbejde.

Alle afdelingssygeplejersker og læger er informeret om den nye sundhedskordinator og om projektet. Der har været oplæg i de medicinske afdelinger, og der er nu udpeget KRAM-ressourcepersoner på involverede afsnit og ambulatorier.

2.3 Sammenfatning af den lokale organisering

Den formelle organisering er kort sammenfattet i tabel 2.2.

Tabel 2.2 Oversigt over lokal organisering af Projekt patientrettet forebyggelse

| | Næstved fælles ledelse med Nykøbing Falster | Slagelse | Køge fælles ledelse med Roskilde | Holbæk | Nykøbing Falster Fælles ledelse med Næstved | Roskilde Fælles ledelse med Køge |
|--------------------------|--|--|---|--|--|--|
| Sundheds-koordinator | 1 nyansat, kandidat i klinisk ernæring, efter at projektet har ligget stille (tidligere 1 sygeplejerske) | 1 jordemoder med projektlederuddannelse og cand.scient.publ. | 2 personer deler en stilling, basissygeplejersker samt en udviklingssygeplejerske | 1 sygeplejerske med projektlederuddannelse | 1 tidligere leder, sygeplejerske og cand.scient. | 1 nyansat sygeplejerske (tidligere delte 2 sygeplejersker én stilling) |
| Organisatorisk placering | Placeret i medicinsk område, deler kontor med andre projektfolk | Placeret i hospitalsadministration, tidligere medicinsk afdeling | Medicinsk afdeling | Placeret tæt på vicedirektør, formelt i medicinsk afdeling | Placeret i hospitalsadministration | Medicinsk område |
| Reference | Ledende oversygeplejerske, medicinsk afdeling | Ledende overfysioterapeut (tidligere ledende oversygeplejerske medicinsk afdeling) | Afdelingssygeplejerske, udviklingssygeplejerske | Ledende oversygeplejerske og Vicedirektør | Kvalitetschef | Ledende oversygeplejerske medicinsk område |

Tabellen er udarbejdet på baggrund af projektbeskrivelserne.

Fælles for de seks sygehuse er, at projektet i høj grad har været centreret omkring sundhedskoordinatoren. Hun har i høj grad defineret projekterne med sin faglighed og interesse. Derfor har hendes organisatoriske indplacering og daglige ledelse haft betydning for de aktiviteter og det samarbejde, som syghuset er indgået i.

De sundhedskoordinatorer, der i kraft af deres netværk har haft bedst kontakt med kommunerne, er også de sygehuse, som er kommet længst i samarbejdet om at lette overgangen mellem sygehus og kommune, med hensyn til at formidle forebyggelsestiltag.

Nedenfor drøftes fordele og ulemper ved de forskellige organiseringer, med hensyn til styrke og støtte patientrettet forebyggelse.

2.4 Drøftelse af de seks organiseringsmodeller

Det kom bag på de fleste sundhedskoordinatorer samt lokale ledere, at sundhedskoordinatorernes første opgave var at lave en lokal projektbeskrivelse. Det brugte de uforholdsmæssig meget energi på, fortæller de, og de manglede en regional opsamling. Det afspejles i projektbeskrivelsernes varierende omfang og varierende grad af operationaliserbarhed.

Opgaven er udgået fra den regionale projektledelse og afspejler et konflikt punkt i organiseringen af projektet, nemlig forholdet mellem regionale ambitioner og lokale ambitioner, samt forholdet mellem lokal ledelsesbeføjelse og regional projektledelse. Disse konflikt punkter beskrives af flere ledere.

Det udtrykkes også i forhold til to sygehuse, som valgte at ansætte to sundhedskoordinatorer i klinikken fremfor én. Det har været u hensigtsmæssigt for udviklingen af det fælles materiale, at ledelsesstrukturen ikke har været tydelig, samt at sundhedskoordinatorerne på de forskellige sygehuse har haft forskellige arbejdsvilkår. Det har skabt konflikter og irritation mellem sundhedskoordinatorerne. For eksempel beskriver en sundhedskordinator, der har deltaget meget i det regionale arbejde, om sundhedskoordinatorerne i Køge, at 'de har lukreret' på det fælles arbejde. Hun tilføjede imidlertid skyndsomt, 'og vi har lukreret på jer', i forhold til at teste materialet.

Ordvekslingen afspejler, at organisering og lokale prioriteringer på de lokale sygehuse har skabt ujævne processer, der i nogen grad også har ramt de enkelte sundhedskoordinatorer. Den mangfoldighed og fleksibilitet, projektet har haft lokalt, er ikke blevet understøttet tilstrækkeligt.

Det, der fælles kan iagttages på de to hospitaler, hvor sundhedskoordinatorerne helt er blevet udskiftet, er, at udskiftningen har givet et mærkbart afbræk i projektet. De nyansatte sundhedskoordinatorer har ikke fået den overlevering fra deres forgængere eller fra projektlederen, som gør, at de kan fortsætte, hvor de forrige slap, men må starte forfra. I Køge, hvor en sundhedskordinator også er blevet udskiftet, er forløbet sket mere glidende, da den anden sundhedskordinator kunne introducere den nye.

Der, hvor samme sundhedskordinator har været med fra begyndelsen, har organiseringen været mest stabil, og projektet har forløbet stabilt. Det viser også, hvorledes sundhedskordinatorrollen i høj grad er båret af personlighed.

Som beskrivelserne ovenfor indikerer, har aktivitetsniveauerne lokalt været svingende, jf. de lokale projektbeskrivelseres mål og sundhedskoordinatorens kompetencer og interesser. Det strategiske valg som lederne har truffet med hensyn til indplacering af sundhedskoordinatoren afspejles i aktiviteter og aktivitetsniveau. For eksempel hvis ledelsen vil understøtte strategisk arbejde direkte med frontpersonalet i en kollega-til-kollega-relation, ved at placere sund-

hedskoordinatoren i basissygeplejen, så vil aktiviteterne afspejle det kompetence- og organisatoriske niveau, som sundhedskoordinatoren opererer på (fx KRAM-vogn i kantinen). Vil en ledelse derimod arbejde strategisk oppefra og ned, gennem ledelseslinjen, så vil basispersonalet muligvis ikke opdage aktiviteterne, da sundhedskoordinatorens arbejde vil foregå i ledelseslagene (fx på afdelingsledelsesmøder). Organisering og prioritering af kompetencerne har betydning for aktiviteterne karakter.

Primært er aktiviteter og kompetenceudvikling i Projekt patientrettet forebyggelse rettet mod plejepersonalet. Fysioterapeut- og læge-grupper har i mindre grad været integrerede. Der, hvor rollerne mest tydeligt har været defineret for de forskellige aktører, er lægerne mest engagerede. Hvor rollefordelingen ikke har været tydelig, har hospitalslægerne typisk ikke forstået deres rolle eller er ikke blevet inkluderet. Kun én læge har været repræsenteret i medarbejderinterviewene. Hun påpeger, at læger er villige og vigtige at inddrage i forebyggelsesarbejdet, men at det er nødvendigt at tydeliggøre plejepersonale og lægers forskellige roller og forpligtelser.

Opsummerende kan man sige, at, der hvor sundhedskoordinatorerne har taget ledelse og for eksempel organiseret styregruppe og en projektorganisering, er projektet velfunderet i organisationerne. Sundhedskoordinatorens reference eller tætte samarbejde med en vicedirektør har givet mulighed for at udbygge et strategisk arbejde samt skabe kontakt til kommunerne.

De sundhedskoordinatorer, der har opfordret til at bruge tilstedeværende materiale, har skabt hurtige synlige KRAM-interventions-screeninger, hvilket har været et vigtigt succeskriterie. Der, hvor man har afventet det nyudviklede materiale samt planlagte it-systemer, er disse screeninger ikke kommet i gang eller er forsinkede. Det har været vanskeligt at holde gejsten for projektet, idet ventetiden kan være lang, fortæller medarbejdere.

Endelig afspejler beskrivelserne, at relationerne til alment praktiserende læger og kommunerne i høj grad er bygget på personligt kendskab.

3 Roller i organiseringen

De forskellige organisationsmåder på sygehusene fordrer en særlig rollefordeling. Disse roller beskrives nedenfor. Tabellen viser den formelle organisering

Tabel 3.1 Oversigt over formel organisering

| | Næstved | Slagelse | Køge | Holbæk | Nykøbing Falster | Roskilde |
|---|--|--|---|--|---|--|
| Regional projektleders rolle | Afholde og monitorere projektgruppemøder | Afholde og monitorere projektgruppemøder | Afholde og monitorere projektgruppemøder | Afholde og monitorere projektgruppemøder | Afholde og monitorere projektgruppemøder | Afholde og monitorere projektgruppemøder |
| Regional administrativ styregruppes rolle | | Vicedirektør repræsenteret (vakant fra 21.11.14) | Vicedirektør repræsenteret | Vicedirektør repræsenteret | Vicedirektør repræsenteret | Vicedirektør repræsenteret |
| Lokale styregruppes rolle | Etableret ved at genetablere | Etableret | Etableret sammen med Roskilde | Etableret | - | Etableret sammen med Køge |
| Lokale lederes rolle | Deltager i KSS | Deltager i KSS og daglig leder og sparringspartner | Deltager i KSS. Udviklings- og geplejerske er daglig sparringspartner | Deltager i KSS ad hoc. Vicedirektør er daglig sparringspartner. | Deltager i KSS | Deltager i KSS |
| Sundhedskoordinatorers rolle | Nyorganiserer projektet | Central projektleder med fokus på høj kvalitet og forbedring | Del af frontpersonale med fokus kollega til kollega | Projektleder og strategisk fokus på aktørers erfaringer og viden | Ledelsessparring med fokus på linjeledelsen | Nyorganiserer projektet |
| Medarbejder rolle | - | Ambassadører | - | Netværkspersoner Nøglepersoner | - | Ressourcepersoner udpeget |

I tabel 3.1 gives et overblik over den formelle organisering på de forskellige geografier og roller, som beskrives i det følgende. Tabellen er udarbejdet på baggrund af referater fra møder samt de kvalitative interview.

3.1.1 Projektleders styring og rolle

Central projektledelse er ikke indskrevet i den regionale projektbeskrivelse for Projekt patientrettet forebyggelse og har kun et ganske lille budget (e-mail-korrespondance med central projektleder) (Region Sjælland 2013).

Den Regionale projektleders rolle har været at koordinere de fælles aktiviteter samt monitorere fælles møder. En vigtig opgave har været at facilitere det fælles arbejde med D4-retningslinie for lokale livstilsinterventioner, som er beskrevet i den regionale projektbeskrivelse (Region Sjælland 2013).

Projektlederen har forsøgt at skabe ejerskab til det fælles regionale projekt. Fx beskriver hun, at målet med at sætte de lokale projektbeskrivelser i gang var skabe overblik og lokale rammer lokalt.

Sundhedskordinatorerne udtrykker en uklarhed om projektlederens rolle og beslutningskompetence, som ikke har været tydeligt kommunikeret. En oversygeplejerske, som deltager i en lokal styregruppe og er daglig leder for en sundhedskordinator, beskriver det forhold, at den regionale projektleder, såvel som de lokale sundhedskordinatorer, 'ikke ved, hvor de egentlig er ansat', og hvem de refererer til. Dermed beskriver hun den uklarhed om ledelseslagene, som flere medarbejdere og sundhedskordinatorer peger på. Det har skabt organisatorisk uro, mener hun.

3.1.2 Sundhedskordinatorrollen

Sundhedskordinatorerne har oplevet forskellige modeller, og deres forskellige arbejdsvilkår har givet forskellige muligheder for at udfolde deres rolle.

Sundhedskordinatorrollen udfyldes på de fem sygehuse af én person. På ét sygehus udfyldes rollen af to personer, som deler stillingen.

Sundhedskordinatorerne og flere ledere beklager den heterogenitet, som målsætningen om både at kunne ansætte én eller to sundhedskordinatorer har medført af forskellige arbejdsvilkår. Frustrationen er primært rettet mod Køge-modellen, hvor to basissygeplejersker varetager sundhedskordinator rollen sammen.

På alle sygehuse har sundhedskordinatorerne haft frie hænder til at forme rollen sammen med de lokale ledere. Det skaber ejerskab og forankring lokalt at få tildelt et sådan råderum, siger en ledende oversygeplejerske. Omvendt er der mindst to eksempler på, at den manglende styring og ledelse har gjort det umuligt for sundhedskordinatoren at agere og skabe forandring. Der har sundhedskordinatorerne sagt op. De øvrige sundhedskordinatorer forklarer i de individuelle interview, at de pågældende sundhedskordinatorer 'har givet op' på grund af manglende lokal ledelse.

Et andet aspekt af mangfoldighed mellem sundhedskordinatorerne er deres forskellige uddannelsesniveauer. Sundhedskordinatorernes profiler er forskellige. Dette betegnes som et problem af de fleste interviewede ledere og sundhedskordinatorer. Særligt konstruktionen med basis-sygeplejerskerne i Køge er blevet problematiseret af de øvrige, idet deres kompetencer er primært kliniske. De har ikke en akademisk overbygning, som tre ud af de øvrige fem sundhedskordinatorer har.

Et tredje aspekt af sundhedskordinatorrollen er, at projektet på godt og ondt er blevet personificeret af sundhedskordinatoren. Sundhedskordinatoren kaldes lokalt 'Kram-[navn]' på de tre af de fire hospitaler, hvor sundhedskordinatorerne har været med fra starten. Sundhedskordinatorerne har ihærdigt været ude på de medicinske afdelinger og haft møder med kommunerne og på den måde været synlige. Fordelen herved er, at denne personificering kan skabe motivation og ansvarsfølelse. Omvendt er der en risiko for, at engagementet forsvinder sammen med personen (sundhedskordinatoren), der bærer indsatsen.

Nogle steder er sundhedskordinatorerne modsat blevet glemt, både organisatorisk og synligt – indsatsen er gået i stå. Andre steder udtrykkes det, at 'de kan ikke se [navn] uden at tænke på KRAM'. Som ovenfor beskrevet er der kun et sted, nemlig Nykøbing Falster, hvor man bevidst har forsøgt at komme uden om denne tendens, ved at rette arbejdet mod ledelseslinjen, således at den patientrettede forebyggelse af denne vej bliver integreret i den administrative styregruppes rolle regionalt.

De forskellige sygehuse er repræsenteret ved vicedirektørerne i den administrative styregruppe. De mødes hvert halve år og drøfter en række projekter og sager vedrørende somatisk sundhed, herunder patientrettet forebyggelse. De har den endelige beslutningsmyndighed vedrørende projektet.

3.1.3 Styregruppernes roller lokalt

Styregrupperne består lokalt af ledende læger, sygeplejersker, ledende overfysioterapeut samt en vicedirektør. Kun i Holbæk deltager sundhedskoordinatorerne fast. Der har ikke været repræsentanter for kommunerne i de lokale styregrupper. Det kommunale samarbejde har været lagt i KSS, som har haft Projekt patientrettet forebyggelse på dagsordenen ad hoc.

Styregruppernes rolle lokalt har blandt andet været at tage lokale beslutninger og båret krav, forslag og ønsker frem til den administrative styregruppe og den regionale projektledelse.

Fire sygehuse har lokale styrregrupper, og på ét sygehus er en styregruppe under opbygning. Sygehuset har tidligere haft en styregruppe, indtil en ledende person forlod hospitalet til fordel for en stilling på et andet hospital. Det tyder på et engagement, som er personbåret. Et sygehus har valgt at springe dette led over, idet projektet her er forankret i eksisterende ledelsesfora.

3.1.4 Den lokale leders rolle

De lokale ledere for sundhedskoordinatorerne har virket som nærmeste faglige sparringspartnere samt beslutningsdygtige ledere. På en geografi har de også varetaget kontakt til kommuner samt deltaget i det tværsektorale samarbejdsudvalg KSS. De steder hvor sundhedskoordinatorerne har sparret med en vicedirektør, har der været mere opmærksomhed på at integrere indsatsen strategisk.

3.1.5 Medarbejdernes rolle

Medarbejderne på sygehuse har haft mulighed for at blive særlige KRAM-ambassadører, resourcepersoner eller nøglepersoner i indsatsen. På tre sygehuse har man udpeget plejepersonale til disse roller. Én sundhedskoordinator forklarer konstruktionen med, at *'nogen skal tale min sag, når jeg ikke er der'*.

Halvdelen af sygehuse har ikke udpeget særlige ansvarspersoner. Én sundhedskoordinator siger, det er fordi det skal være et fælles anliggende, som alle medarbejdere skal engageres i; én forklarer, at hun er nyansat og derfor ikke har nået det; og én siger, at det er fordi, strategien for projektet er at gå gennem ledelseslinjen.

Det er primært medarbejdere fra plejegruppen, som har fået disse roller. Kun på ét sygehus (Holbæk) har man etableret en særlig rolle til læger – netværkspersoner, som også tildeles særlig ansvar og viden.

De udpegede personer modtager fx undervisning og kurser og er kontaktpersoner i afsnit.

I det næste afsnit beskrives samarbejdet med kommuner og almen praksis i forbindelse med Projekt patientrettet forebyggelse.

4 Samarbejde med kommunerne og almen praksis

4.1 Varierende samarbejde

Et centralt spørgsmål i evalueringen er, om Projekt patientrettet forebyggelse styrker overgangen fra sygehusene til kommunale sundhedsfremme og kommunale forebyggelsestiltag, set fra sygehusenes perspektiv.

I den regionale projektbeskrivelsen er der ikke beskrevet en systematisk og operationaliserbar plan for, hvordan samarbejdet med kommuner og almen praksis skulle organiseres. De enkelte sundhedskoordinatorer har hver på deres måde opdyrket og forbedret relationer og samarbejde med kommunerne og i mindre grad med praktiserende læger.

Inddragelse af de praktiserende læger er generelt kun sket i mindre omfang, selvom de ses som en vigtig aktør i det forebyggende arbejde. Enkelte steder er der taget en aktiv beslutning om kun at arbejde med kommunerne (Roskilde). På et andet sygehus (Nykøbing F) planlægger en undervisningsseance i samarbejde med sygehusets praksiskonsulent. Andre steder er samarbejdet med de praktiserende læger bare aldrig kommet i gang. På den måde er erfaringerne med styrkelse af overgangene forskelligartede.

På baggrund af interview med sundhedskoordinatorerne kan man konstatere, at kontakter med kommuner og almen praksis ofte er initierede på baggrund af personlige kontakter. Der kunne med fordel have været en mere formaliseret kontakt. Omvendt er et stort netværksarbejde initieret, som på sigt kan systematiseres og formeldt vedligeholdes.

Sundhedskoordinatorerne har sammen med den regionale projektleder forsøgt at anvende allerede eksisterende netværk og projekter, fx Storrygerprojektet og Broen til bedre sundhed².

Tabel 4.1 Oversigt over de aktiviteter, som sygehusene har haft med henblik på at styrke samarbejdet mellem sygehuse og kommuner om forebyggelsestilbud

| | Næstved | Slagelse | Køge | Holbæk | Nykøbing Falster | Roskilde |
|-----------------------------------|---------|---|--|--|--|----------|
| Aktivitet med kommune | - | + | - | + | - | - |
| Aktivitet med praktiserende læger | - | - | - | - | + | - |
| Samarbejde med besøg i kommune | - | + | ? | + | + | ? |
| Dokumentation | - | Ønsker ikke at gå i gang, før EDS er på plads | Dokumenterer i journal og epikrise som før | Journal og sygepleje dokumentation som før | Udarbejdet pilot på applikation i EDS og fået feedback | - |
| Henvisningsmulighed | - | - | Bruger tidligere kontakt med telefonnummer | - | Pilotteste i 3 kommuner | - |

Tabellen er udarbejdet på baggrund af referater fra møder samt de kvalitative interview.

2 Broen til bedre sundhed er et partnerskab på tværs af offentlige og private sundhedsaktører, som gennem en koordineret indsats og et stærkt samarbejde med den lokale befolkning ønsker at fremme lighed i sundhed i befolkningen på Lolland-Falster.

Fokus på alle geografier har primært været at etablere indsatser på sygehuset. Brobygningen til de kommunale aktører har mange steder brug for at blive styrket, og i nogle tilfælde er de endnu ikke etableret eller systematiseret.

Det har været et gennemgående indtryk i interviewene, at sygehusets geografi og traditionelt lukkede system afspejles i projektet. Nogle sundhedskoordinatorer erkender denne tendens åbent og har set det nødvendigt at nedbryde fordomme på sygehusene ved at undersøge kommunale tilbud og formidle en viden til kollegaer, om de kvalificerede og relevante forebyggelsestilbud i kommunerne til patienter og borgere.

Imidlertid bygger de gode eksempler på bilaterale relationer, sådan som det er beskrevet i de seks geografiske cases. Derfor kunne en mere formel initiering af overgangene til kommunerne være en fordel.

Projekt patientrettet forebyggelse kunne være styrket ved et mere formaliseret samarbejde med de kommunale repræsentanter ved organisatorisk repræsentation af kommunerne og praktiserende læger i de lokale styregrupper. Ligeledes kunne der have været krav til sundhedskoordinatorerne om at besøge forebyggelsestiltag i kommunerne, sådan som sundhedskoordinatoren har gjort i Holbæk, eller formelt arrangere undervisning, sammen med sygehusets praksiskoordinator, ligesom det er tilfældet i Nykøbing Falster.

En styrket tværsektoral organisering, ville have understøttet den patientrettede forebyggelse. Se fx (Holm-Petersen, Buch & Jørgensen 2014).

4.2 It-værktøj

I et sygehusvæsen med øget fokus på målstyring får manglen på elektroniske systemer til dokumentation og kommunikation meget opmærksomhed. Sundhedskoordinatorerne beklager i varierende grad, at dokumentationsmuligheden i EDS endnu ikke er på plads med hensyn til den applikation i EDS, hvor KRAM-intervention skal dokumenteres. Det forekommer for nogle at være en uovervindelig barriere, som har sat projektprocessen i stå (Slagelse). På andre geografier er der lokale aftaler om, at dokumentere på trods af, at systemer mangler. Det ser her ud til, at *dokumentation* er blevet et så integreret værktøj for sygeplejerskerne, at de erkender, at det er det dokumenterede, som får første prioritet i rækken af opgaver. 'Det der kan dokumenteres, bliver der handlet på', siger en gruppe medarbejdere.

SOFT er portalen på Sundhed.dk, der giver en oversigt over kommunernes forebyggelsestilbud (www.sundhed.dk/sundhedstilbud), som det har været et mål at anvende i projektet.

MedCom anvendes til at sende epikriser, hvori forebyggelsesinterventioner i nogen grad er dokumenteret, men ikke systematisk. Til viderehenvielse skal der bruges en MedCom standard Ref01, som primo 2015 er blevet en del af sundhedsaftalen og derved implementeres i alle kommuner efter pilotafprøvning. Der er i foråret 2015 foreslået tre kommuner til pilotafprøvning i Nykøbing Falster sygehus' optageområde. Der er fra sundhedskoordinatorerne og fra flere interviewede medarbejders side store forventninger til, at MedCom standard Ref01 bliver implementeret og således styrker patientrettet forebyggelse.

5 Best Practice? – Fire scenarier

5.1 Best Practice?

De seks sygehuse har hver især anvendt en model tilpasset den lokale kontekst og derfor også opnået forskellige resultater. Denne evaluering er en evaluering af organiseringer fremfor en effekt evaluering. Derfor er det også vanskeligt at udpege én model, der klart overskygger de andre som den bedste til at opnå resultater inden for patientrettet forebyggelse. Evalueringen viser imidlertid, at valget af en organisationsmodel faciliterer særlige muligheder og barrierer fremfor andre. For eksempel har flere sygehuse endnu ikke opnået konkrete resultater, idet projektet er forsinket på grund af forsinkelsen af det it-baserede viderehenvi­ningssystem. Når man alligevel er gået i gang med at KRAM-screene patienter og foretage forebyggelsesinter­ventioner på andre sygehuse uden det it-baserede viderehenvi­ningssystem samt den elektroniske dokumentationsapplikation, skyldes det til dels en organisering, der har mere fokus på handlinger i praksis, end at systematikken er på plads. Fælles er, at sygehusene nu er vel­forberedte til at bruge det it-baserede viderehenvi­ningssystem.

Nedenfor beskrives derfor fire scenarier fremfor en Best Practice udkrystalliseret af de seks sygehuserfaringer. De er ikke fuldstændig identiske med erfaringerne fra specifikke sygehuse men trækker på fremtrædende karaktertræk ved hvert eksempel og kondenserer disse. Vi kalder det derfor scenarier fremfor model-Køge, model Roskilde osv. Der er på denne måde tale om analytiske kategorier.

Hver model har imidlertid sine fordele og ulemper, muligheder og barrierer, for at opnå gode resultater med hensyn til forebyggelse blandt patienterne. I tabel 5.1 nedenfor sammenfattes de fire scenarier med hensyn til organisatorisk placering, læring, sundhedskoordinatorens rolle, ledelse, formidling, muligheder, barrierer og mål. Scenarierne uddybes derefter i de følgende afsnit.

5.2 Fire scenarier

Tablet 5.1 Fire scenarier for organisering af patientrettet forebyggelse

| | Decentralt kollega-til-kollega | Ledelsesrettet | Centraliseret | Opsøgende kombi |
|--------------------------|---|---|--|--|
| Styring | Projekt-monitorering | Strategisk-ledelse | Projektledelse | Projektledelse |
| Organisatorisk placeret | Basissygeplejerske i afdeling | I administrationen, referer til kvalitetschef eller (vice)direktør | I administrationen, referer til kvalitetschef eller (vice)direktør | I udviklingsafdeling eller kvalitetsafdeling |
| Læring | Peer-to-peer | Ledelses-fokus, viden i kurser | Ekspertviden videregives afdelingsvis | Ekspertviden videregives og peer-to-peer |
| Sundhedskordinator-rolle | Ressourcekollega | Leder | Ekspert | Facilitator |
| Formidlingsstrategi | Integration i det daglige arbejde (i projektperiode) | Strategisk niveau | Projektorganisering | Strategisk niveau |
| Barrierer | Løsrevet af strategi Personbåret | Ikke synligt for medarbejdere Integrationen i den kliniske hverdag er mere langstrakt, hvorfor resultater kommer langsommere | Løsrevet af strategi Personbåret | Ressourcekrævende Resultater kommer langsommere |
| Muligheder | Hurtig integration i den kliniske hverdag Hurtig og synlige resultater (her screeningsniveau) Ressourcebesparende | Ledelsesfokus Organisationsbåret frem for personbåret | Højt vidensniveau hos sundhedskordinator, som formidles | Højt vidensniveau og spredning til afdelinger |
| Målsætning | Del af dagligt arbejde, opfylde screeningsmål i praksis her og nu | Bæredygtighed via ledelseslinjen | Højt ensartet niveau i vidensudbredelse | Del af strategi for patientinddragelse og ændring af praksis |

Tabellen er udarbejdet på baggrund af ovenstående beskrivelser og analyse.

5.2.1 Et decentralt kollega-til-kollega-scenarie

Formidlings- og læringsmodellen er peer-to-peer (kollega til kollega) med den målsætning, at viden og kompetence spredes løbende fra kollega til kollega så tæt på patienterne som muligt. Metoden er decentral og koordineres løst.

Det er i høj grad en bottom-up-tilgang, hvor de lokale sundhedskordinatorer har frit spil og skaber ejerskab på deres egen afdeling og naboafdelinger. De bruger de redskaber, der er til stede, samt er opsøgende og underviser, hvor behovet opstår. Sundhedskordinatoren referer til lokal afdelingsleder. Modellen er ressourcebesparende og bygger på kompetence og engagement hos den enkelte person og ude i afdelingerne. Her ses hurtigt aktivitet og resultater og personale engageres.

Risikoen ved denne model er, at afdelingerne bliver isolerede størrelser, og at sundhedskoordi-
natorerne ikke har en platform, hvorfra de kan facilitere samarbejde mellem afdelinger og med
kommuner eller i sammenhæng med andre strategier på sygehusene. Ligeledes er der fare for,
at der ikke tænkes nok nyt med hensyn til arbejdsgange og udvikling.

Der er samarbejde på tværs af afdelinger og sygehuse, men sygehussamarbejdet og det for-
melle kommunale samarbejde bør løftes til et højere niveau i organisationen, idet det vanske-
ligt rummes i den decentrale kollega-til-kollega-model.

5.2.2 Et ledelsesrettet scenarie

I ledesscenariet inkorporeres indsatsen i den eksisterende ledelseslinje. Projektet præsen-
teres som en indsats med særlig opmærksomhed, men også som ét blandt mange andre insat-
ser. At forankre den patientrettede forebyggelse i ledelseslinjen har den fordel, at opgaven
lægges i en allerede tilstedeværende struktur. Derved bliver opgaven fra begyndelsen integre-
ret og prioriteret i forhold til andre vigtige opgaver og strategier. Succes i denne model afhæn-
ger af sundhedskoordinatorens evne til at lede ledere til at formidle og lede indsatsen i afdelin-
gerne. Sundhedskoordinatoren refererer til eller er en del af central ledelse.

I et ledelsesrettet scenarie indlejres det kommunale samarbejde i formelle strukturer, der er
levedygtige.

Modellen virker langsommere, og synlige aktiviteter kommer kun langsomt og bliver måske slet
ikke opfattet som forandring. Der er ikke fokus på den enkelte medarbejder, som derfor heller
ikke giver projektet den særlige opmærksomhed, der er nødvendig for at ændre en kultur i
retning af 'patientrettet forebyggelse'.

5.2.3 Et centraliseret scenarie

En stærk projektleder sætter lokale mål og styrer efter disse. Der er en central figur i spidsen
af indsatsen eller projektet, som leder og aktiverer medarbejdere. Hun sætter aktiviteter i gang
decentralt og skaber synlige aktiviteter og resultater.

Ligeledes kan en stærk centraliseret projektleder med de rette kompetencer trække meget i
gang, hæve niveauet og på samme vis engagere kommuner til samarbejde. Det høje aktivi-
tetsniveau udgår fra et sekretariat på det enkelte sygehus, der udbyder kvalificeret kompeten-
ceudvikling. Der er ikke noget, der sættes i gang, før alt it og alle materialer er kvalitetssikret.

Risikoen ved denne model er, at opgaven bliver personificeret og bygger på den enkeltes bila-
terale forbindelser og goodwill, samt går i stå på grund af manglende dellerancer.

5.2.4 Et opsøgende kombi-scenarie

Dette scenarie bygger både på en projektleder (sundhedskoordinator), der er opsøgende både
med hensyn til de kommunale samarbejdspartnere og samarbejdspartnere fra sygehuset. Her
bruges den allerede eksisterende praksis som udgangspunkt for forandring.

Sundhedskoordinatoren fordeler sin tid mellem medarbejderaktiviteter, ledelseskoordinering og
de kommunale samarbejdspartnere. Den distance, som det tredobbelte blik giver, skaber over-
blik i forhold til timing af relevante insatser. Kommunerne integreres på alle niveauer i organi-
seringen af patientrettet forebyggelse. 'Ildsjælen' gløder men fordeler sin opmærksomhed sy-
stematisk.

Sundhedskoordinatoren samler de forskellige aktører til kompetenceudvikling og erfaringsudveksling og følger løbende op på aktiviteter. Det foregår i et miljø med plads til forskellighed afdeling til afdeling og samtidig med prioritering af tydelige mål og formål for indsatsen i sammenhæng med sygehusets og regionens strategi.

En central placering tæt på eller i ledelsen gør, at hun kan agere både lokalt på sygehuset og i forhold til kommuner og almen praksis med en vis legitimitet. Den lokale fundering giver også adgang til opsøgende arbejde i afdelinger samt mulighed for sparring kollega-til-kollega.

Resultaterne er synlige, og kommer lidt langsommere og ujævnt, idet de tilpasses lokalt og funderes i allerede tilstedeværende samarbejde og praksis.

6 Konklusioner og anbefalinger

Det er ikke entydigt, hvilken organisatorisk model, der overordnet bedst styrker den patientrettede forebyggelse.

Derfor er det vanskeligt at anbefale én organiseringsmodel fremfor en anden, idet de forskellige modeller giver forskellige muligheder og barrierer for at opnå resultater vedrørende patientrettet forebyggelse. Sygehusene er lokalt organiserede med én ledelse på én til tre geografiske lokaliteter. Såfremt man fra regional side ønsker at fastholde denne decentrale ledelse af et projekt som patientrettet forebyggelse, er det afgørende at tilpasse valget af organisatorisk model for implementeringen af mere patientrettet forebyggelse, til det enkelte sygehus' strategi og organisering. Valg af organisatorisk model skal indgå i en sammenhæng med øvrige organisatoriske og strategiske rammer på det enkelte sygehus.

Beskrivelserne af de seks sygehuses organisationsformer viser netop en sammenhæng mellem organisation, aktiviteter og resultater. Valget af organisationsmodel bør derfor bygge på strategiske overvejelser, der vurderer, i hvilken grad den overordnede regionale eller lokale strategi skal være dominerende.

Det har vist sig, at sundhedskoordinatorens organisatoriske indplacering og kompetencer har haft stor indflydelse på projektets udvikling. På baggrund heraf er et væsentligt strategisk valg, der skal overvejes, hvor en sundhedskoordinator skal indplaceres i organisationen: Blandt frontpersonalet eller tæt på hospitalsledelsen?

Projekt patientrettet forebyggelse har været præget af disharmoni og uenighed om denne balance, hvilket har gjort det mere besværligt end nødvendigt at arbejde sammen på tværs. Det er et væsentligt problem ved projektet, at der ikke har været overensstemmelse mellem de lokale ledelser (og sundhedskoordinatorer) med hensyn til i hvilken grad, der skulle være plads til mangfoldighed. Derfor bør balancen mellem det regionale projekt og de lokale projekter være tydelig, og den fælles ambition bør kommunikeres tydeligt.

Den formelle organisering af samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse er i projektet i høj grad blevet båret af personlige relationer. Disse kunne struktureres og systematiseres til gavn for en bæredygtig tværsektoral relation.

Evalueringen har præsenteret fire scenarier for Best Practice, som er udkrystalliserede stereotyper baseret på de seks cases.

De fire scenarier er

- Et decentralt kollega-til-kollega-scenarium, som har fokus på frontpersonalet fra dag ét og skaber grobund for forandring i klinikken og praksis. Det kan imidlertid være vanskeligt at integrere processer på strategisk niveau.
- Et ledelsesrettet scenarium integrerer projektet i organisatoriske ledelseslinje og sørger på den måde for en varig organisering og eventuel integration med andre strategier i organisationen. Omvendt er det svært at se resultater her og nu.
- Et centraliseret scenarium har en stærk lokal projektledelse, der fokuserer på at etablere et højt fælles vidensniveau gennem mange aktiviteter. Der er en risiko for en meget personbåret indsats, der er sårbar for personalemæssige ændringer.
- Et opsøgende kombi-scenarium tager udgangspunkt i eksisterende praksis og formidler viden til medarbejdere, samtidig med at der er et fokus på hospitalets samlede strategi. Her forankres indsatsen i tæt på central ledelse.

I forhold til Projekt patientrettet forebyggelses formål, at støtte og styrke patientrettet forebyggelse, voves det at anbefale et opsøgende kombi-scenarium, der vægter ledelsesstrategisk-niveau, kommunalt opsøgende samarbejde samt medarbejderaktiviteter ligeligt og tager udgangspunkt i de tilstedeværende praksisser og viden.

Når det er sagt, er der nedenfor en række generelle anbefalinger til en videreudvikling af organiseringen af patientrettet forebyggelse i Region Sjælland og fremtidige projekter. Anbefalingerne rettes mod en gennemtænkt og realistisk organisering. Uanset hvilken scenarie beslutningstagerne vælger, er følgende væsentlige opmærksomhedspunkter med hensyn til organisering:

- Organiseringen af projektet skal kunne integreres i organisationen
- Der er behov for løbende lokal daglig ledelse, sparring og opbakning af indsatsen
- En fælles ambition kommunikeres tydeligt
- De lokale dispositioner understøttes inden for denne ramme
- Jo mere forskellighed lokalt, jo større behov for en faciliterende central projektleder
- Projektorganisationen og referencer er tydelig for alle
- Der er tydelig rolleafklaring
- Kommunale aktører integreres organisatorisk, fx i en lokal styregruppe
- It-systemer til understøttelse af processen skal være til stede, velfungerende og driftssikre.

Litteratur

Enheden for Brugerundersøgelser 2013, *Patienters oplevelse i Region Sjælland 2012. En del af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2012*, Enheden for Brugerundersøgelser, København.

Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse 2014, *Patienternes oplevelser i Region Sjælland 2013. En del af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)*, Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse, København.

Holm-Petersen, C., Buck, M.S. & Jørgensen, O. 2014, *Ledelse over grænser. Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*, Væksthus for Ledelse, København.

IKAS 2012, *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2. version*, IKAS Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Aarhus.

Jensen, U. 2013, *Projektbeskrivelse, Nykøbing F sygehus. Patientrettet forebyggelse på somatiske sygehuse - med fokus på KRAM-faktorernes betydning for helbredet*.

Klinkeby, B. & Steen, B. 2013, *Projektbeskrivelse Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse: Patientrettet forebyggelse med fokus på KRAM-faktorernes betydning for helbredet*.

Region Sjælland 2013, *Tværsektorielle indsatser på sundhedsområdet*, Region Sjælland, Sorø.

Region Sjælland a, *Administrativ styregruppe for sundhedsaftaler*.

<http://www.regionsjælland.dk/Politik/udvalg-og-netvaerk/andre-udvalg-og-netvaerk/Sider/administrativ-styregruppe-for-sundhedsaftaler.aspx> [Set 23. jan. 2015].

Region Sjælland b, *Hjælp til et sundere liv (Sidst opdateret 18. 2. 2015)*.

<http://www.regionsjælland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/sundtliv/Sider/default.aspx> [Set 6. marts 2015].

Saks, M. & Allsop, J. (eds.) 2007, *Researching Health. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods*, 1st ed., Sage, London.

Sundhed.dk, *Sundhedstilbud (Oprettet: 13.01.2014)*.

<https://www.sundhed.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedstilbud/> [Set 20. april 2015].

Sundhedsstyrelsen 2014, *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013*, Sundhedsstyrelsen, København.

Therkildsen, L. 2013, *Projektbeskrivelse for tværsektoral indsats på sundhedsområdet. Lokal projektbeskrivelse for Holbæk Sygehus*.

Willumsen, P. m.fl. 2014, *Lokal projektbeskrivelse for Køge sygehus*.

Wolff, C., Heuser, E. & Borchersen, J. 2013, *Lokal projektbeskrivelse, Roskilde*.

Bilag 1 Fotos af regionalt materiale fra Projekt patientrettet forebyggelse



Foto: Roll-up på et sygehus i Region Sjælland



Foto: Fire kort om forebyggelse



Foto 3: Samlet materiale om KRAM



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00