Martin Sandberg Buch, Christina Holm-Petersen og Eigil Boll Hansen

Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes

Evaluering af programmernes implementering i udførende led

Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Publikationen *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes* kan downloades 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: 978-87-7488-758-4
Projekt 3649
Januar 2013

Omslagsfoto: Colourbox

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, 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

Formålet med Region Hovedstadens Kronikerprogram er at skabe et bedre og mere sammenhængende tilbud til borgere med kroniske sygdomme. Dette skal opnås ved at udvikle og implementere forløbsprogrammer.

Denne rapport evaluerer de foreløbige erfaringer med at implementere forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes. Rapporten belyser, i hvilket omfang forløbsprogrammerne er implementeret i de udførende led, og analyserer styrker og svagheder ved den valgte implementeringsorganisation. Evalueringen er finansieret af Region Hovedstaden via midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til en styrket kronikerindsats.

Evalueringen er gennemført af senior projektleder, cand.scient.adm. Martin Sandberg Buch, senior projektleder, cand.scient.adm., ph.d. Christina Holm-Petersen, og docent, cand.oecon. Eigil Boll Hansen. Forskningschef Olaf Rieper har forestået internt review på rapporten.

Rapporten henvender sig til beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen og fagfolk på kronikerområdet.

KORA ønsker at takke de mange ledere og medarbejdere, der har deltaget i interviews og workshop, og engageret har bidraget med deres erfaringer.

Indhold

Forord 3

Sammenfatning af evalueringens resultater 6

1. Evalueringens formål og design 9
   1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål 9
   1.2 Evalueringens gennemførelse 10
   1.3 Læsevejledning 14

2. Status på forløbsprogrammernes implementering i daglig praksis 15
   2.1 Fagpersoner og lederes kendskab til forløbsprogrammer 15
   2.2 Vigtigheden af at have forløbsprogrammer 19
   2.3 Forløbsprogrammernes anvendelighed i daglig praksis 20
   2.4 Anvendelse af centrale delelementer fra forløbsprogrammerne 22
   2.5 Forløbsprogrammernes betydning for behandlings- og rehabiliteringsforløb 27
   2.6 Forløbsprogrammernes betydning for arbejdet med patientinddragelse 28
   2.7 Social ulighed i hvem der får tilbud og nytte af forløbsprogrammerne 29
   2.8 Opsamling 30

3. Status på udviklingen af det tværsektorielle samarbejde 33
   3.1 Respekt og tillid på tværs af aktører og sektorer 33
   3.2 Fagpersonernes viden om hinandens opgaver og det fælles patientforløb 34
   3.3 Variation i tilbud og indhold udgør en barriere for tværsektorielt samarbejde 35
   3.4 Forløbsprogrammernes betydning for kommunikation og tværgående samarbejde 36
   3.5 Den praktiserende læges rolle som patientens tovholder 38
   3.6 Opsamling på udvikling af det tværsektorielle samarbejde 41

4. Forløbsprogrammernes implementeringsorganisation 43
   4.1 Implementeringsorganisationens opbygning 43
   4.2 Ledelsens fokus og opbakning 47
   4.3 Den tværgående understøttelse af implementeringen 49
   4.4 Status på målopfyldelse og fortsatte udfordringer 54
   4.5 Fortsatte implementeringsudfordringer 56
   4.6 Strukturelle udfordringer 58
   4.7 Opsamling 61

5. Evalueringens konklusioner og anbefalinger 63
   5.1 Konklusioner vedrørende forløbsprogrammernes implementering i udførende led 63
   5.2 Konklusioner vedrørende betydningen for det tværsektorielle samarbejde 64
   5.3 Konklusioner vedrørende forløbsprogrammernes implementeringsorganisation 65
   5.4 Anbefalinger til fremadrettet implementering af forløbsprogrammer i Region Hovedstaden 65

Bilag 1: Surveyundersøgelsen 68
Surveyens indhold 69
1. Formål og gennemførelse 70
2. Kendskab til og vurdering af forløbsprogrammerne 73
3. Vurdering af behov og muligheder for tværsektorielt samarbejde 85
4. Stratificering af patienter 93
5. Tværsektorielt samarbejde i det daglige arbejde 95
6. Vurdering af patientforløb 102
7. Opsamling af kommentarer om forløbsprogrammerne 109
8. Sammenfatning af resultater 110
Referencer til surveyundersøgelsen 114
Bilag 2: Eksempler på anvendte interviewguides 115
Litteratur 122

Sammenfatning af evalueringens resultater

Evalueringens formål og baggrund

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har i perioden 2010-2012 fået midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til at styrke kronikerbehandlingen. Midlerne er brugt til at understøtte implementeringen af tværsektorielle forløbsprogrammer for KOL og type 2-diabetes. Den grundlæggende ambition med forløbsprogrammerne er at få regionens 11 hospitaler, 29 kommuner og 800 lægepraksis til at arbejde mere og bedre sammen om patientforløbene. Dette indebærer en stor og kompleks implementeringsopgave. Derfor har regionen udbudt en evaluering med fokus på at få en:

- Status på forløbsprogrammernes implementering i de udførende led og programmernes betydning for tværsektorielt samarbejde og kommunikation
- Analyse af styrker og svagheder ved den etablerede implementeringsorganisation og de strategier, der ligger bag denne.

Evalueringens formål er at skabe viden, som Region Hovedstaden, almen praksis og kommunerne i regionen kan bruge til at styrke den organisation og implementeringsstrategi, der ligger bag de nuværende – og fremtidige – forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

Hovedkonklusioner

Evalueringens hovedkonklusion er, at forløbsprogrammerne har øget relevante fagpersoners opmærksomhed på patientrettet forebyggelse. Samtidig er der oprettet en række nye tilbud om patientuddannelse, træning, rygestop og diætistrådgivning, som især har styrket den kommunale indsats på kronikerområdet. Mange steder er der også etableret lokale netværk af fagpersoner, som i højere grad end tidligere har fælles viden om – og respekt for – hinandens ansvar, arbejdsvilkår og relevans i patienternes behandlingsforløb. Endelig kan det konkluderes, at den valgte implementeringsstrategi og organisation i overvejende grad har virket efter hensigten, og der er et udbredt ønske om at fortsætte implementeringen i de spor, der er lagt.

Det er dog også en central konklusion, at implementeringen af forløbsprogrammer er godt begyndt, men langt fra at være i mål: Det detaljerede kendskab og anvendelsen af forløbsprogrammer sker fortrinsvist i lokale netværk af særligt engagerede fagpersoner. Antalsmæssigt ser det ud til at dreje sig om ca. 3-5 ansatte i hvert hospitalsambulatorium og et sammenligneligt antal fagpersoner fra det kommunale sundhedsområde. Det brede kendskab til – og anvendelse af – forløbsprogrammerne er således ikke til stede. Evalueringens informanter vurderer derfor heller ikke, at programmerne har ændret afgørende på kommunikation og samarbejde på de områder, der rækker ud over samarbejdet om patientrettet forebyggelse.

De barrierer, som udpeges for forløbsprogrammernes videre implementering og fastholdelse, er overordnet set: Almen praksis manglende kendskab til og varierende implementering af forløbsprogrammerne, manglen på tekniske løsninger der understøtter målrettet og rettidig kommunikation, samt at der er en variation i indhold og kvalitet af de kommunale og regionale tilbud, som vanskeliggør det ønskede samarbejde.

Anbefalinger

Rapporten afrundes med en række anbefalinger.

KORA anbefaler at tydeliggøre arbejdsdelingen mellem de fagpersoner, som er i kontakt med patienter. Det drejer sig eksempelvis om:

Større klarhed over, hvem der skal opspore og henvise patienter til tilbud om patientrettet forebyggelse.

KORA anbefaler, at disse spørgsmål tages op i regionens sundhedsfaglige råd, og at de beslutninger, der træffes, bliver tydeliggjort i næste version af forløbsprogrammerne.

Kommunernes tilbud bør organiseres mere ens på tværs af regionens geografi

Forløbsprogrammerne beskriver i dag, hvilke tilbud der som minimum skal være til stede i kommunalt regi. Beskrivelserne er imidlertid på overskriftsniveau, og ifølge informanterne er der en stor variation i de kommunale tilbud, som hæmmer henvisningssamarbejdet. KORA anbefaler derfor, at der arbejdes hen imod mere forpligtende aftaler, som kan bidrage til ensartet kvalitet og organisering af de tilbud, der er aftalt som minimumsstandard i forløbsprogrammerne. Samtidig bør der være ens henvisningsveje og -kriterier på tværs af hele regionen. Sundhedsaftalerne fremstår i den forbindelse som et oplagt redskab for disse drøftelser.

Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser

Intentionerne i forløbsprogrammerne udfordres af, at nogle kommuners befolkningsgrundlag og økonomi er for lille til, at det er hensigtsmæssigt at etablere fuldt udbyggede patientuddannelses- og træningstilbud. Dette udgør en barriere for ønsket om at aftale indsatser, der er mere ens og forpligtende på tværs af kommuner. KORA anbefaler derfor, at der i arbejdet med næste generation af sundhedsaftaler sættes yderligere fokus på mulighederne for at samarbejde om tilbud på tværs af kommunegrænser.

Ibrugtagning af teknologi, der understøtter rettidig og målrettet kommunikation

I skrivende stund er der en række redskaber under udvikling og udbredelse, som har et potentiale for at styrke fagpersonernes udveksling af information om patienterne. Fagpersoner og ledere har store forhåbninger til, at disse redskaber vil forbedre mulighederne for at arbejde i overensstemmelse med forløbsprogrammerne. Der er også opmærksomhed på, at kendskab og korrekt brug af de nye muligheder ikke kommer af sig selv. Informanterne – og KORA – anbefaler derfor, at der fortsat sættes ressourcer af til at oplære nøglepersoner i at bruge nye redskaber, efterhånden som de bliver tilgængelige, samt at den lokale ledelse får et eksplicit ansvar for at følge op på denne opgave.

Revision af stratificeringsmodeller og vejledninger, som er målrettet specifikke funktioner

Beskrivelserne af forløbsprogrammerne og stratificeringsprincipperne for diabetes fremstår ikke særligt anvendelige for de fagpersoner og ledere, der skal implementere og anvende dem. Samtidig fremstår det som en udfordring at formidle formål og principper for stratificering til en bredere kreds af fagpersoner – bl.a. fordi de opstillede principper let kommer til at fremstå som firkantede og rigide – over for de forskellige kliniske og sociale hensyn, der ligger til grund for lægernes vurdering af, hvor patienterne skal ses. KORA anbefaler på den baggrund at:

- De overordnede forløbsbeskrivelser fremadrettet oversættes til mere konkrete vejledninger og procesbeskrivelser, som er målrettet specifikke funktioner og situationer. Disse skal gerne være laminerede og i et lommeformat, der understøtter, at fagpersonerne kan have dem let tilgængelige.
- Der igangsættes en proces for at gøre stratificeringsmodellen for diabetes mere anvendelig i daglig praksis.

- Der sættes fokus på at formidle formål og anvendelse af stratificering som et vejledende og dynamisk redskab for arbejdsdelingen mellem almen praksis, kommune og hospital.

Særlige implementeringsagenter og nøglepersoner i det lokale kronikersamarbejde

Evalueringen viser, at der generelt har været stor tilfredshed med de frikøbte udviklingsmedarbejdere og projektansatte implementeringsagenter. Mange af evalueringens informanter er i den forbindelse bekymrede for, hvordan implementeringen af forløbsprogrammer holdes i gang efter 1. januar 2013, hvor der ikke længere er puljemidler til at understøtte arbejdet.

I forlængelse heraf anbefaler KORA, at der også efter 1. januar 2013 er afsat ledelses- og medarbejderressourcer, som er dedikeret til implementering af forløbsprogrammer, deltagelse i samarbejdsmøder og vedligeholdelse af faglige netværk m.m. på tværs af lokale opgavefællesskaber. Yderligere involvering af afdelingssygeplejersker, overlæger, oversygeplejersker og ledende overlæger bliver i denne forbindelse fremhævet som afgørende af evalueringens informanter.

Fokus på almen praksis involvering i forløbsprogrammerne

Evalueringen peger på, at der er mange barrierer for at implementere forløbsprogrammerne i almen praksis. Det fremstår dog også positivt, at en del læger er godt med og henviser mange patienter til kommunale tilbud. KORA anbefaler, at:

- Der udarbejdes kortfattet og målrettet materiale om forløbsprogrammet, som kort og præcist beskriver almen praksis' rolle og opgaver og giver konkrete anvisninger til varetagelsen af disse.
- Der fortsat gøres en særlig indsats for at understøtte brugen af datafangst, stratificering, henvisning til kommunale tilbud og organiseringen af praksis' kronikerbehandling.
- Der sættes ekstra fokus på at opsøge og støtte solopraksis, som – i henhold til evalueringens informanter – i særlig grad er udfordret af forløbsprogrammerne og de krav, disse stiller til den kliniske kvalitet og den organisatoriske og tekniske standard.

Anvendte metoder

Evalueringen er baseret på gruppeinterviews med 94 fagpersoner, ledere og projektansatte, fem tværsektorielle workshops med ledere og nøglepersoner og et survey, der er udsendt til 473 repræsentativt udvalgte fagpersoner.

1. Evalueringens formål og design

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har i perioden 2010-2012 fået midler til at styrke kronikerindsatsen. Regionen har anvendt midlerne til at understøtte implementeringen af tværsektorielle forløbsprogrammer for KOL og type 2-diabetes. Den grundlæggende ambition med forløbsprogrammerne er at få regionens 11 hospitaler, 29 kommuner og 800 lægepraksis til at arbejde mere og bedre sammen om patientforløbene. Dette indebærer en stor og kompleks implementeringsopgave. Derfor har Region Hovedstaden ønsket at gennemføre en evaluering med fokus på at få en:

- Status på forløbsprogrammernes implementering i de udførende led
- Analyse af styrker og svagheder ved den etablerede implementeringsorganisation og de strategier, der ligger bag denne.

Evalueringens formål er at skabe viden, som Region Hovedstaden, almen praksis og kommunerne i regionen kan bruge til at styrke den organisation og implementeringsstrategi, der ligger bag de nuværende – og fremtidige – forløbsprogrammer for kroniske sygdomme[1].

Med afsæt i regionens opdrag har KORA designet en evaluering, der går tæt på forløbsprogrammernes betydning og status i den kliniske praksis og undersøger og analyserer den valgte implementeringsstrategi og -organisation. Koblingen mellem erfaringer fra de udførende led og det strategiske ledelsesniveau er således et centralt omdrejningspunkt for evalueringen. Evalueringsdesignet trækker på KORAs tidligere erfaringer fra evalueringer af tværsektorielle udviklings- og implementeringsprojekter (1, 2) samt på indsigter fra litteratur om implementering og tværsektorielt samarbejde (3-5).

1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål

Evalueringen vurderer forløbsprogrammernes status og implementeringsorganisation i den kliniske praksis ud fra nedenstående undersøgelsesspørgsmål:

1.1.1 Status på implementering af forløbsprogrammerne

Forløbsprogrammernes betydning i de udførende led er undersøgt via gruppeinterviews og en spørgeskemaundersøgelse, der afdækker, i hvilket omfang relevante fagpersoner og ledere:

- Kender til forløbsprogrammet
- Har omsat forløbsprogrammerne nye rutiner og nye patientrettede tilbud
- Oplever at aftaler for stratificering og kommunikation er meningsfulde og anvendelige i den kliniske hverdag
- Oplever at lokale ledelser og nøglepersoner tager et aktivt ansvar for at forankre forløbsprogrammerne i den kliniske hverdag
- Oplever at arbejdet med forløbsprogrammerne har øget fagpersonernes viden om indsatsen i de 'andre' sektorer, samt om denne viden har fremmet lokale opgavefællesskaber og nøglefunktioner, der samarbejder på tværs af sektorer
- Oplever at forløbsprogrammerne har øget fagpersoners fokus på patientinddragelse

[1] Region Hovedstaden har også igangsat en selvstændig undersøgelse af patienternes perspektiver på forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes. Denne undersøgelse publiceres selvstændigt af KORA i foråret 2013.

- Vurderer at forløbsprogrammerne har øget fagpersonernes oplevelse af at være en del af et forløbsorienteret samarbejde
- Vurderer at er skabt bedre patientoverleveringer, individuelle forløb og en styrket indsats, hvor der er 'færre huller'.

1.1.2 Analyse af forløbsprogrammernes implementeringsorganisation

Styrker og svagheder ved den etablerede implementeringsorganisation er undersøgt via interviews, workshops og skriftligt materiale, der giver et billede af, i hvilket omfang:

- Der er etableret tværsektorielle ledelsesfora, hvor der er ejerskab og ledelsesmæssig opfølgning på implementering af forløbsprogrammerne
- Der etableret en lokal implementeringsorganisation, som formår at implementere ændringer, der når udførende medarbejdere og patienter
- De involverede har en oplevelse af, at de regionale it-, metodeudviklings- og kompetenceudviklingsprojekter understøtter lokal implementering af forløbsprogrammerne.

1.2 Evalueringens gennemførelse

Kronikerprogrammet har en koordinerende funktion (KOORFU), som har til opgave at koordinere og understøtte de i alt 18 projekter, der er igangsat under Kronikerprogrammet. KOORFU er opdragsgiver på evalueringen, og den er gennemført med hjælp fra repræsentanter for funktionen. Evalueringen består af to hovedopgaver:

- Forløbsprogrammernes implementering og betydning i udførende led
- Analyse af forløbsprogrammernes implementeringsorganisation.

De næste to afsnit præsenterer gennemførelsen af disse to hovedopgaver og de metodiske bemærkninger, som dette giver anledning til.

1.2.1 Hovedopgave 1: Forløbsprogrammernes implementering og betydning i udførende led

Outputtet fra hovedopgave 1 er en status på forløbsprogrammernes implementering og status i de udførende led samt en analyse af fagpersoner og lederes forslag til fremadrettede forbedringer. Disse forhold er afdækket via et survey og en interviewundersøgelse, hvis gennemførelse præsenteres i dette afsnit.

Elektronisk survey

Under denne hovedopgave er der udsendt et elektronisk survey til 473 repræsentativt udvalgte fagpersoner fra hospitaler, almen praksis og kommuner på tværs af hele regionen[2]. Surveyet har en samlet svarprocent på 59 %, hvilket overordnet set er tilfredsstillende[3]. Dette indbefatter både de, der har færdiggjort spørgeskemaet, samt 24 personer der har indsendt delvise besvarelser.

Den laveste besvarelsesprocent ses hos de praktiserende læger (39 %) og hospitalslæger (50 %). Den lave besvarelsesprocent for disse grupper betyder, at resultaterne skal tolkes med varsomhed.

[2] Afrapporteringen af surveyet er vedlagt som et selvstændigt bilag 1, og her redegøres detaljeret for udvælgelseskriterier, pilottestning og gennemførelse af surveyet.
[3] I udregningen af besvarelsesprocenten udelades sundhedsuddannet personale i almen praksis, da vi ikke kender populationsstørrelsen på denne respondentgruppe. Det skyldes, at vi ikke har haft adgang til kontaktoplysninger på det sundhedsuddannede personale i almen praksis. De praktiserende læger, som er inviteret til surveyet, er derfor blevet bedt om at videregive surveyet til relevant praksispersonale.

Surveyet har afdækket fagpersonernes parathed til forandring og deres oplevelse af faktiske forbedringer, som de vurderer skyldes implementering af forløbsprogrammerne. Nedenfor er vist en oversigt over antal udtrukne fra de forskellige personalekategorier og antallet af indkomne besvarelser.

Tabel 1: Oversigt over antal udtrukne til undersøgelsen og antal besvarelser

	Antal udtrukne	**Antal besvarelser**	**Svarprocent**
Praktiserende læger	124	48	39 %
Sundhedsuddannet personale i almen praksis[4]		13	-
Hospitalslæger	62	31	50 %
Hospitalssygeplejersker	73	51	70 %
Regionalt ansatte terapeuter og diætister	40	31	78 %
Kommunalt ansatte	159	108	68 %
Uidentificeret hospital[5]	15	8	53 %
I alt	**473**	**290**	**59 %**

Interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere på udførende niveau

Sideløbende med surveyet er der gennemført en interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere fra – og omkring – fire hospitaler. Interviewene giver et detaljeret indblik i erfaringerne med at implementere forløbsprogrammerne i de udførende led. Herunder hvilken rolle programmerne spiller i den kliniske hverdag og det tværsektorielle samarbejde, samt hvilke forhold i praksis der gør det meningsfuldt henholdsvis ikke-meningsfuldt at arbejde i henhold til forløbsprogrammernes principper.

På hvert hospital er der gennemført tre gruppeinterviews med fagpersoner og ledere fra alle relevante parter i det tværsektorielle kronikersamarbejde. Oprindelig var det meningen, at interviewene skulle gennemføres med 'almindelige' fagpersoner og ledere, som ikke havde særlige implementeringsopgaver. Imidlertid viste det sig, at det i høj grad var fagpersoner med særlige implementeringsopgaver og nøglefunktioner, som er rekrutteret. Det betyder, at den indsamlede empiri ikke adskiller sig væsentligt fra de nøglepersoninterviews, der er gennemført under hovedopgave 2 (beskrives i næste afsnit). I afrapporteringen trækker vi derfor både på interviews fra hovedopgave 1 og 2.

[4] Da vi ikke har kendskab til, hvor mange af de udtrukne praksis, der har sundhedsuddannet personale ansat, giver det ikke mening at angive et antal udtrukne.
[5] I et antal tilfælde fremgik det ikke af udsendelseslisten, hvilken personalegruppe en person tilhører. Blandt de 8 besvarede er der 3 kommunalt ansatte, 3 hospitalssygeplejersker, 1 hospitalslæge og 1 i gruppen terapeuter/diætister.

Tabel 2: Oversigt over evalueringens informanter fra udførende niveau.

Interviews med fagpersoner og ledere	**Planlagt antal deltagere**	**Faktisk antal deltagere**	**Bemærkninger**
Bispebjerg Hospital, kommuner og almen praksis	25	12	Særlige forudsætninger som følge af erfaringer fra SIKS projektet, som ligger tæt op af de besluttede forløbsprogrammer
Glostrup Hospital, kommuner og almen praksis	25	13	Særlige forudsætninger som følge af vestegnsprojektet og andre udviklingsprojekter, som har standardiseret og styrket det tværsektorielle kronikersamarbejde
Hillerød Hospital, kommuner og almen praksis	25	16	Ingen særlige forudsætninger
Herlev Hospital, kommuner og almen praksis	25	19	Ingen særlige forudsætninger
4 gruppeinterview med hospitalsansatte fagpersoner og ledere, der har haft særligt implementeringsansvar[6]. Grupperne er sammensat på tværs af alle regionens hospitaler.	32	24	Der er gennemført to interviews med fagpersoner og to interviews med ledere.
I alt	**132**	**84**	

Som det fremgår af Tabel 2, er der valgt to hospitaler, som på grund af tidligere samarbejder om den tværsektorielle kronikerindsats formodes at have særlige forudsætninger for at implementere forløbsprogrammerne. Bispebjerg Hospital er valgt, fordi man inden for det medicinske område i en årrække har samarbejdet med Københavns Kommune om 'SIKS projektet'7. Glostrup Hospital er valgt på grund af samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg og de efterfølgende erfaringer fra 'Vestegnsprojektet'8.

Herlev og Hillerød Hospital er udvalgt, fordi de ikke i samme grad har haft særlige samarbejdsprojekter, som implementeringen af forløbsprogrammer kunne tage afsæt i. Formålet med opdelingen er at indhente erfaringer fra hospitaler, der har forskellige forudsætninger for at implementere forløbsprogrammer, samt at kunne opstille anbefalinger, der er målrettet forskellige lokale kontekster.

1.2.2 Hovedopgave 2: Analyse af forløbsprogrammernes implementeringsorganisation

Outputtet fra hovedopgave 2 er en analyse af implementeringsorganisationens styrker og svagheder samt anbefalinger til den fremtidige organisering[9]. Outputtet er baseret på interviews og workshops med fagpersoner og ledere, som har haft et særligt ansvar for lokal implementering. Interviews og workshops er gennemført med afsæt i resultaterne fra hovedopgave 1 og viden fra den status på lokal implementering af forløbsprogrammerne, som hvert hospital har udarbejdet i august 2012. Nedenstående tabel viser det inviterede og det faktiske antal informanter fra interviews og workshops:

[6] Disse interviews indgår også i hovedopgave 2.
[7] SIKS projektets formål var at forbedre den samlede indsats for patienter med kroniske sygdomme og var et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune. For yderligere information se: http://www.bispebjerghospital.dk/menu/Afdelinger/Tvaergaaende+afdelinger/ASP/SIKS+Samarbejdet/Om+SIKS-projektet/
[8] Vestegnsprojektets overordnede formål er at etablere en organisation og et samarbejde, der støtter de alment praktiserende læger, kommuner og hospitaler i at samarbejde om de kronisk syge patienter med KOL og type 2-diabetes. For yderligere information se: http://www.glostruphospital.dk/Vestegnsprojektet/Menu/
[9] Implementeringsorganisationen og de strategier, der ligger bag denne, præsenteres i kapitel 5.

Tabel 3: Oversigt over evalueringens informanter fra hovedopgave 2

Interview/workshop med	Planlagt antal deltagere	Faktiske antal deltagere
Projekt 1 projektledere[10]	10	10
Ledere og fagpersoner med implementeringsansvar	32	25
Repræsentanter fra samordningsudvalg	28	15
Repræsentanter fra Kronikerprogrammets ledelses- og beslutningsfora	24	20
I alt	**94**	**70**

Formålet er at få en dialog om, hvor langt implementeringen er kommet (jf. hovedopgave 1), samt at få viden om de styrker og svagheder omkring forløbsprogrammerne og implementeringsorganisationen, som opleves af de ansvarlige ledere og nøglepersoner. Empirien er indsamlet i tre trin, der bygger oven på hinanden:

1. Første trin er baseret på gruppeinterviews med de projektledere, som er ansat under regionens implementeringsprojekt, samt en række af de sundhedsfaglige fagpersoner og ledere, der har siddet i diagnosespecifikke arbejds- og implementeringsgrupper. Interviewene giver indsigt i udviklings- og implementeringsarbejdet, samt hvilke effekter de formelle deltagere oplever, der er kommet ud af indsatsen.
2. Andet trin er baseret på workshops med repræsentanter fra de otte samordningsudvalg, som i de to første år af Kronikerprogrammet har været øverste ansvarlige samarbejdsfora for forløbsprogrammernes implementering i hvert hospitals optageområde[11]. Workshopsene giver indsigt i samordningsudvalgenes funktion, styrker og svagheder for implementering i udførende led.
3. Tredje trin er baseret på workshops med repræsentanter fra Den Administrative Styregruppe (DAS), programstyregruppen for Kronikerprogrammet, vicedirektørerne fra regionens hospitaler, repræsentanter fra Region Hovedstadens koncerndirektion samt repræsentanter fra almen praksis, PLO Hovedstaden og Udviklingsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse. Workshopsene er brugt til at præsentere og drøfte evalueringens foreløbige resultater.

1.2.3 Om de anvendte metoder

Behandling og præsentation af data

Alle interviews og workshops er optaget elektronisk, samtidig med at der er skrevet et udførligt referat. Referaterne er efterfølgende tematiseret i henhold til evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvorefter de er anvendt som afsæt for analyse. Gennem rapporten anvender vi citater, der illustrerer de temaer, problemstillinger og forslag, der er drøftet via interviews og workshops. Citaterne bliver anvendt uden angivelse af konkret informant for at sikre anonymitet og et fokus på problemer og løsninger frem for personer. Til gengæld angiver vi, hvilken sektor og/eller faggruppe informanterne kommer fra.

[10] På hvert hospital har der været ansat en erfaren projektleder, som har haft til opgave at hjælpe fagpersoner og ledere med deres implementeringsopgaver.
[11] De otte gamle samordningsudvalg blev ved udgangen af 2011 erstattet af fire overordnede planområder, som går på tværs af hospitalsmatrikler. Vurdering af styrker og svagheder ved overgangen til den nye og mere overordnede organisation er derfor en central del af analysen.

Overvejelser om frafald og manglende fremmøde

Det fremgik af Tabel 2 og Tabel 3, at det ikke har været muligt at inkludere det ønskede antal informanter i en del af de gennemførte interviews og workshops. Det har været særligt svært at træffe interviewaftaler med praktiserende læger, hospitalslæger og hospitalsansatte ledere på afdelingsniveau (ledende terapeuter, oversygeplejersker og ledende overlæger). Der har også været frafald blandt de tilmeldte deltagere. Der kan ikke drages konklusioner om årsagerne, men vurderingen på baggrund af de gennemførte interviews er:

- Det er et relativt afgrænset antal fagpersoner, som er involveret i implementeringen af forløbsprogrammerne.
- De få hospitalsansatte medarbejdere uden særlige implementeringsopgaver, som er dukket op til interview, gav udtryk for, at de ikke oplevede, det var relevant at deltage. Begrundelsen for dette var, at deres kendskab til forløbsprogrammerne var lille, hvorfor informanterne følte sig uforberedte på, hvad der skulle ske.

Ovenstående forhold betyder, at interviewdelen af evalueringen hovedsagelig er baseret på informanter med særlig viden og engagement i forløbsprogrammerne. I resten af rapporten benævner vi disse informanter som nøglepersoner.

Datamæthed og lokal variation

De sidste interview og workshops afdækkede ikke væsentlige nye indsigter i forhold til evalueringens undersøgelsesspørgsmål, og der er konsistens i resultaterne på tværs af interviews og survey. Samtidig var der til de afsluttende workshops genkendelse i forhold til de foreløbige konklusioner og anbefalinger.

Der er identificeret variation på tværs af lokalområder. Variationen knytter sig bl.a. til, hvor lang tid der er arbejdet med kronikersamarbejdet, hvordan implementeringen er grebet an, hvor aktivt parterne er gået ind i samarbejdet, og hvor meget de samarbejdende parter har været berørt af omorganisering.

1.3 Læsevejledning

Kapitel 2-4 præsenterer den indsamlede empiri om forløbsprogrammernes status og anvendelse i det patientrettede arbejde samt styrker og svagheder ved den etablerede implementeringsorganisation. Kapitlerne kombinerer løbende resultaterne fra det gennemførte survey med den empiri, der er indsamlet via kvalitative gruppeinterviews. Analyse og anbefalinger bygger således bro mellem interviewenes detaljerede indsigter i lokal implementering og den oversigt, der følger af surveyets bredde. Kapitlerne er opdelt i temaer således, at:

Kapitel 2 giver en status på forløbsprogrammernes implementering i daglig praksis. Kapitlet sætter særligt fokus på fagpersoners kendskab, opbakning til og anvendelse af forløbsprogrammer i den kliniske hverdag.

Kapitel 3 omhandler forløbsprogrammernes betydning for udvikling af det tværsektorielle samarbejde. Kapitlet fokuserer særligt på tilstedeværelsen af fælles viden og respekt, muligheden for rettidig og målrettet udveksling af information, samt muligheden for dialog og fælles problemløsning.

Kapitel 4 analyserer forløbsprogrammernes implementeringsorganisation med vægt på de styrker, svagheder og forbedringspotentialer, der er identificeret.

Kapitel 5 præsenterer evalueringens konklusioner og anbefalinger.

2. Status på forløbsprogrammernes implementering i daglig praksis

En af de grundlæggende forudsætninger for at implementere nye tiltag er, at tiltagene – og de tilhørende implementeringsopgaver – er kendte, accepterede og anvendelige, så der er en grundlæggende parathed til forandring (6, 7). For at vurdere om dette er tilfældet blandt relevante ledere og fagpersoner, har vi i survey[12] og interviews afdækket kendskab og opbakning til forløbsprogrammerne. Herunder hvor der er huller, og hvilke ønsker der er til fremadrettet formidling. Derfor undersøger vi i dette kapitel relevante ledere og fagpersoners kendskab, opbakning og anvendelse af forløbsprogrammerne i det det kliniske arbejde. Kapitlet er opbygget, således at:

- Hovedafsnit 2.1 og 2.2 sætter fokus på, om relevante ledere og fagpersoner kender og bakker op om forløbsprogrammerne samt de nye opgaver, der følger af disse.
- Hovedafsnit 2.3 og 2.4 sætter fokus på om implementeringen og om de nye rutiner er håndterbare og understøttet på en måde, der gør, at målgruppen anvender dem.
- Hovedafsnit 2.5 og 2.6 sætter fokus på forløbsprogrammernes betydning for patienternes rehabiliteringsforløb og graden af patientinddragelse.
- Hovedafsnit 2.7 sætter fokus på intentionen om, at forløbsprogrammerne også skal styrke indsatsen over for sårbare patienter.
- Hovedafsnit 2.8 sammenfatter kapitlets væsentligste konklusioner med vægt på, hvilke barrierer der fremstår for fremadrettet implementering af forløbsprogrammerne.

2.1 Fagpersoner og lederes kendskab til forløbsprogrammer

2.1.1 Surveyet viser, at næsten alle er informeret om forløbsprogrammerne og mere end halvdelen har et detaljeret kendskab til programmerne

Surveyet viser, at næsten alle fagpersoner er informeret om forløbsprogrammerne. Samtidig ses (jf. Tabel 4), at den største andel af fagpersoner har fået information om forløbsprogrammerne ved at læse beskrivelserne af de to forløbsprogrammer samt ved at deltage i konferencer og møder. En stor del har også deltaget i Fælles Skolebænk eller modtaget anden undervisning og introduktion til forløbsprogrammerne.

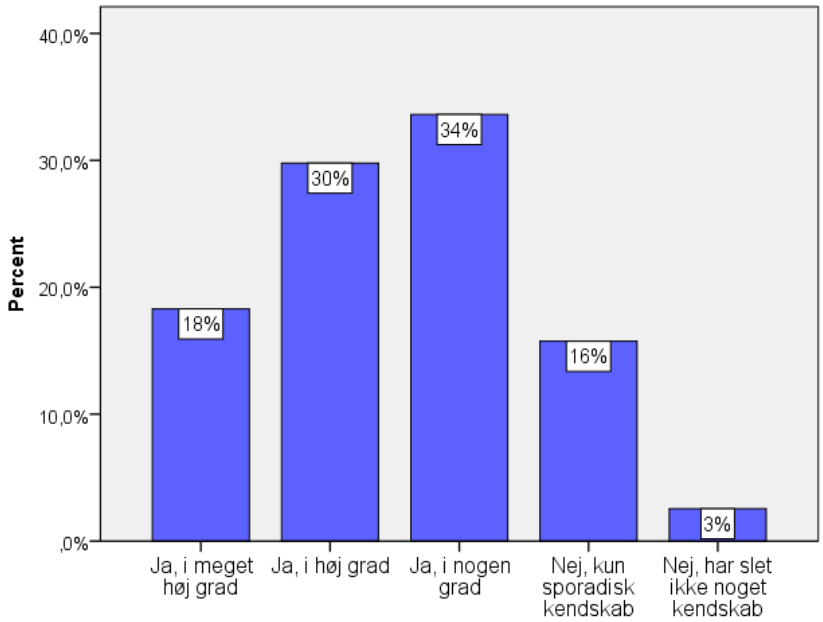
[12] Se bilag 1 for en uddybende gennemgang af spørgeskemaundersøgelsens resultater.

Tabel 4: Fagpersonerne opgjort efter hvordan de er blevet informeret om forløbsprogrammerne.

	Procentandel[13]
Har læst beskrivelsen af forløbsprogrammet for KOL	41 %
Har læst beskrivelsen af forløbsprogrammet for type 2-diabetes	59 %
Gennem Kronikerprogrammets hjemmeside	11 %
Gennem deltagelse i Fælles Skolebænk	39 %
Gennem anden undervisning/introduktion til forløbsprogrammet	39 %
Gennem deltagelse i konference, møder e.l.	43 %
Gennem Kronikerprogrammets facilitatorordning	8 %
På anden måde	12 %
Er ikke blevet informeret	3 %

Det overordnede kendskab til programmerne er således til stede. Spørgsmålet er dog også, hvor fortrolige fagpersonerne er med de opgaver og arbejdsdelinger, som er beskrevet for forløbsprogrammerne. Dette er afdækket i Figur 1 og Figur 2, der viser, hvordan fagpersonerne vurderer deres detaljerede kendskab.

Figur 1: Fagpersoner, der har kontakt med patienter med KOL, procentvis fordelt efter, om de vurderer, at de har detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for KOL (N =235)



Næsten halvdelen, angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for KOL. Surveyet viser også, at fagpersoner inden for almen praksis – selvom de kun udgør ca. 20 % af respondenterne – udgør mere end halvdelen af de personer, der svarer, at de kun har sporadisk kendskab til forløbsprogrammet. Endvidere svarer ca. 40 % fra almen praksis, at de kun i nogen grad har kendskab til forløbsprogrammet. Surveyet indikerer således, at der mangler kendskab til forløbsprogrammet for KOL i almen praksis.

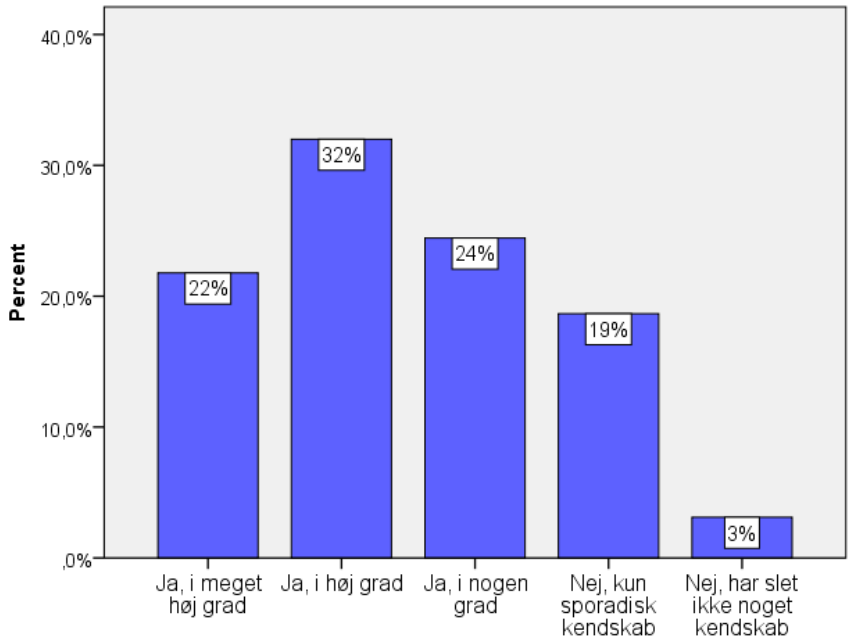
For fagpersoner i kommunen svarer mere end 60 %, at de i meget høj grad eller i høj grad har kendskab til forløbsprogrammet for KOL. Inden for gruppen af sygeplejersker og andet personale på hospital er det størstedelen, der svarer, at de i høj grad eller i nogen grad har kendskab til forløbsprogrammet. Hovedparten af de hospitalsansatte læger angiver, at de i nogen grad har detaljeret kendskab til

[13] Der har været mulighed for at angive flere svar.

forløbsprogrammet for KOL. Der er kun 18 hospitalslæger, der har besvaret dette spørgsmål, hvorfor resultatet skal tolkes med forsigtighed.

Som det fremgår af Figur 2, tegner der sig et lignende mønster i forhold til forløbsprogrammet for diabetes.

Figur 2: Fagpersoner, der har kontakt med patienter med type 2-diabetes, procentvis fordelt efter, om de vurderer, at de har detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for type 2-diabetes (N = 225)



Lidt over halvdelen af fagpersonerne angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad har kendskab til forløbsprogrammet for diabetes. Fagpersonerne i almen praksis har kontakt med både KOL og diabetespatienter, men hvor kun knap 20 % fra almen praksis svarede, at de i høj grad har kendskab til forløbsprogrammet for KOL, er det 38 %, der angiver, at de i høj grad har kendskab til forløbsprogrammet for type 2-diabetes. For fagpersoner i kommunen har mere end halvdelen et godt kendskab til forløbsprogrammet, men der er også et stort mindretal, som angiver, at de kun har et sporadisk kendskab til diabetesprogrammet. Det kan således udledes af surveyet, at praktiserende læger kender forløbsprogrammet for diabetes bedre end programmet for KOL, mens det omvendte er tilfældet i kommunerne.

Flertallet af hospitalslægerne svarer, at de i høj grad har kendskab til forløbsprogrammerne, men igen er der kun 16, der har besvaret spørgsmålet. Dette betyder, at resultatet skal tolkes med varsomhed. For sygeplejersker og andet personale på hospital ses nogenlunde samme mønster i besvarelsen for type 2-diabetes-programmet som for KOL-programmet.

2.1.2 Interviewene viser, at der er etableret et netværk af fagpersoner med særlig viden om forløbsprogrammerne

Kendskabet hos hospitalsansatte fagpersoner og ledere

I de gennemførte interviews havde næsten alle hospitalsansatte informanter et godt kendskab til forløbsprogrammerne og de nye opgaver, som de medfører internt på hospitalet. Det fremgik også, at forløbsprogrammernes relevans og praktiske betydning i høj grad er afgrænset til de fastansatte læger og sygeplejersker, der bemander ambulatorier og patientskoler, samt terapeuter og diætister med relation til disse. At der er en fastansat (over)læge, der tager ansvar for at indarbejde forløbspro-

grammet i ambulatoriets arbejdsgange og behandlingsregime, fremhæves som altafgørende for implementering. Forløbsprogrammerne fremstår som mindre kendte – og mindre relevante – for personale på akutmodtagelser og sengeafdelinger. Dette forklares med, at disse medarbejdere har andre arbejdsvilkår og et andet møde med de akut indlagte patienter sammenlignet med ambulatoriemedarbejdere, der møder patienter med udgangspunkt i planlagte aftaler:

> *"Man kan ikke forlange oppe i en travl sengeafdeling, at de kan tænke i det. Men vi går nogle gange op på sengeafdelingen og ser, om der er diabetespatienter, som er relevante for os i ambulatoriet og patientundervisningen." (Hospitalsansat ambulatoriesygeplejerske)*

> *"Patienterne har heller ikke mulighed for at overskue de tilbud, vi har til dem, når de er indlagt i et akut forløb." (Hospitalsansat fysioterapeut)*

Der er dog – fx på Glostrup og Bornholms hospital – givet eksempler på sengeafdelinger, der har indført nye rutiner ved udskrivningen for at understøtte patienternes videre forløb. De nye opgaver knytter sig bl.a. til at afdække indlagte patienters rehabiliteringspotentiale og viderehenvise til relevante tilbud, at undersøge om patienterne bliver fulgt i et fast kontrolforløb, og henvise til opfølgende kontrol hvis ikke dette er tilfældet.

Informanterne er delte i spørgsmålet om, hvor bred en kreds af fagpersoner, der bør kende forløbsprogrammerne, samt hvor indgående kendskabet bør være. Mange argumenterer for, at man, da ressourcerne er begrænsede, bør satse på netværk af nøglepersoner. I den forbindelse efterlyses også en afklaring af, hvor grænserne går for, hvem der skal kende forløbsprogrammerne, samt hvad der fx skal gøres for at involvere relevante parter i opsporing af patienter til relevante tilbud. Nøglepersonerne er særligt i tvivl, om hvilken rolle personalet på akutte modtageafdelinger og medicinske sengeafdelinger skal spille i forløbsprogrammet.

Kendskabet hos kommunalt ansatte og ledere

De kommunale informanter omtaler konsekvent deres kommunale tilbud om patientuddannelse og træning som 'forløbsprogrammet'. Samtidig har flertallet af informanter haft ledelsesansvar eller praktisk ansvar for at udvikle det kommunale tilbud fra bunden. I forhold til denne opgave pointerede flere informanter, at oversættelsesarbejdet var ekstra krævende, fordi beskrivelserne i forløbsprogrammet ikke har givet klare anvisninger for, hvad det er for et kommunalt forløb, der skal etableres. Informanterne kender derfor den kommunale del af programmerne særdeles godt, samtidig med at de tildelte puljemidler i mange tilfælde har været afgørende for, at man er kommet i gang.

De kommunale informanter fortæller, at forløbsprogrammerne overvejende har relevans for en mindre kreds af fagpersoner – det team på 2-4 personer, som varetager patientuddannelse og andre rehabiliterende tilbud i den enkelte kommune. Dog giver også de kommunale informanter flere eksempler på, at der er lavet opsøgende aktiviteter for at engagere sygeplejersker og plejepersonale fra ældreplejen og forebyggelsesområdet i at opspore relevante borgere til de kommunale tilbud. I forhold til generel information om forløbsprogrammerne fremhæver de kommunale informanter – i tråd med resultaterne fra Tabel 4– de skriftlige beskrivelser, deltagelse i møder og Fælles Skolebænk som de vigtigste kilder til information.

Kendskabet i almen praksis

Informanterne fra almen praksis kender forløbsprogrammerne og deres ansvar for at henvise til kommunale tilbud. Til gengæld er informanterne enige om, at de fremmødte læger og sygeplejersker kun er repræsentative for den del af almen praksis, som er godt med – anslået til højest at udgøre halvdelen af regionens lægepraksis. Lægerne fortæller, at alle praksis har fået tilsendt rigelige mængder af

information og invitationer til at få viden om forløbsprogrammerne. Derfor vurderer de også, at de læger der vil – og har overskud til det – kender programmerne og lever op til de opgaver, der er beskrevet. Til gengæld peges der fra alle sektorer på, at mange praktiserende læger endnu ikke har taget forløbsprogrammerne til sig. Der peges på, at de kliniske vejledninger fra Dansk Almen Medicinsk Selskab (DSAM) er mere vedkommende.

2.2 Vigtigheden af at have forløbsprogrammer

2.2.1 Fagpersoner og ledere bakker i stort omfang op om det at have forløbsprogrammer

Surveyet viser overordnet, at ca. 85 % af de adspurgte fagpersoner og ledere finder det vigtigt at have nedskrevne forløbsprogrammer, som beskriver den samlede indsats for de mest udbredte kroniske sygdomme. Samtidig er der kun ca. 5 %, som slet ikke finder det vigtigt. Opbakningen til det at have forløbsprogrammer er således stor.

Der er dog – for både KOL og diabetes – forskelle på besvarelserne alt efter faggruppe og sektortilhørsforhold. Det er særligt to forhold, der skiller sig ud:

- Kommunalt ansatte og 'andre end læger fra hospital' er mest positive, og her har mere end to tredjedele svaret, at det er meget vigtigt at have et fælles forløbsprogram.
- Fagpersoner fra almen praksis er den gruppe, der finder det mindst vigtigt at have beskrevne forløbsprogrammer – for KOL tegner de sig for 75 % af de laveste scoringer og for diabetes 66 %.

Det fremstår således som en væsentlig pointe, at fagpersoner fra almen praksis er den gruppe, som finder det mindst vigtigt at have forløbsprogrammer, mens 'ikke-læger' fra hospital og kommuner er de mest positive.

2.2.2 Opbakningen til forløbsprogrammer begrundes med oplevede forbedringer

De gennemførte interviews viser også, at der blandt informanter med særlige implementeringsopgaver er stor opbakning til at have nedskrevne forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme. Samtidig er der en tydelig tendens til, at læger og informanter, der ikke karakteriserer sig selv som nøglepersoner, i mindre grad bakker op om de udmeldte forløbsprogrammer. Blandt de informanter, der bakker op om forløbsprogrammerne, fremhæves især at:

- Forløbsprogrammerne er med til at sætte fokus på områder (særligt træning og patientuddannelse) og samarbejdsrelationer (arbejdsdeling mellem almen praksis og hospital, samt henvisningssamarbejde mellem almen praksis og kommunale kronikertilbud), som har brug for et løft.
- Mange steder var parterne allerede godt i gang med at strukturere det lokale kronikersamarbejde, og Kronikerprogrammet har understøttet denne udvikling.
- Kronikerprogrammets indsatser har løftet kompetenceniveauet i primærsektoren og øget antallet af relevante kommunale tilbud i projektperioden (2010-2012).
- Der er kommet mere systematik i arbejdet med patientuddannelse og rehabilitering.
- Der er kommet bedre netværk mellem nøglepersoner på tværs af sektorgrænser, som medvirker til øget sammenhæng og udnyttelse af de tilgængelige tilbud om patientrettet forebyggelse.

Der er ingen interviewdeltagere, som helt er imod tanken om forløbsprogrammer. Enkelte argumenterer dog for, at sundhedsområdets sektoropdelinger, forskellig styring og modsatrettede økonomiske incitamenter gør det så svært at efterleve forløbsprogrammerne, at indsatsen, efter deres vurdering, ikke står mål med de opnåede resultater.

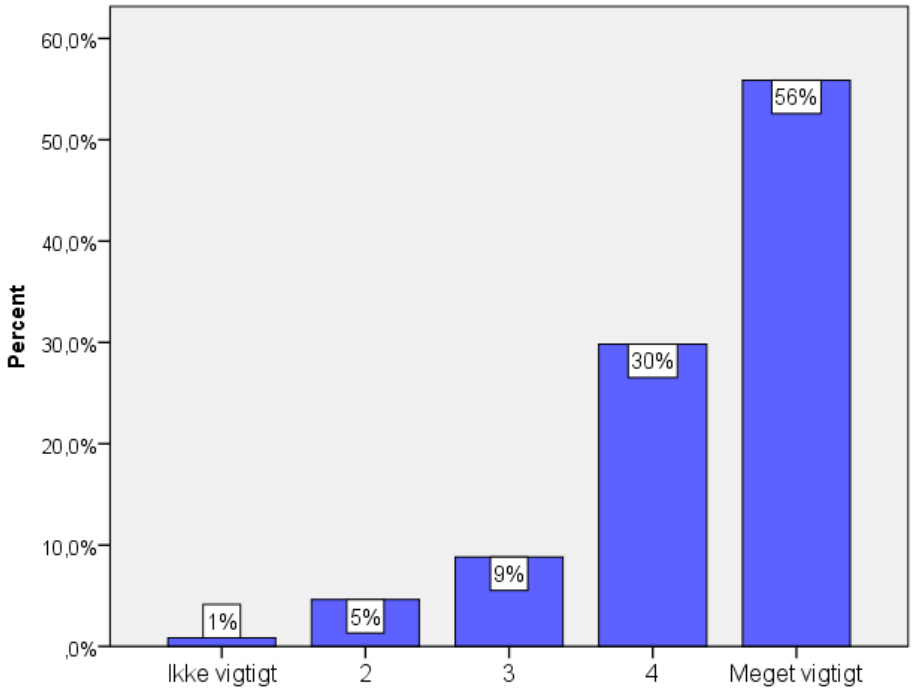
2.3 Forløbsprogrammernes anvendelighed i daglig praksis

Indtil videre har vi set på fagpersonernes kendskab og opbakning til forløbsprogrammerne. Vi vender os nu mod deres vurdering af, hvorvidt programmerne – og de konkrete opgaver i disse – er anvendelige i det daglige arbejde.

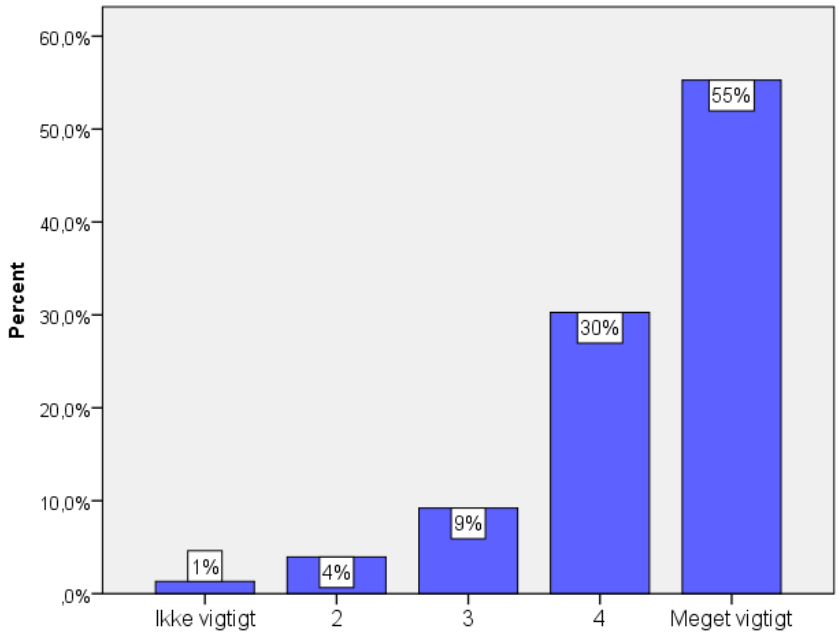
2.3.1 Godt halvdelen af fagpersonerne finder forløbsprogrammerne anvendelige i det daglige arbejde

I spørgeskemaet er fagpersonerne bedt om at vurdere, hvor brugbare på en skala fra 1-5 de finder forløbsprogrammerne. Besvarelserne viser (jf. Figur 3 og Figur 4), at der er stor lighed mellem vurderingen af brugbarheden af forløbsprogrammet for KOL og forløbsprogrammet for type 2-diabetes:

Figur 3: Fagpersoners vurdering af, hvor brugbart forløbsprogrammet for KOL er for deres indsats (N=238)



Figur 4: Fagpersoners vurdering af hvor brugbart forløbsprogrammet for type 2-diabetes er for deres indsats (N = 228)



Det er således mere end halvdelen af de fagpersoner, der har kontakt med henholdsvis KOL- og diabetes patienter, der angiver en værdi over middel (4 eller 5), når de skal vurdere forløbsprogrammernes brugbarhed i deres daglige arbejde. Ca. 30 % svarer neutralt, mens ca. 10 % for KOL og 15 % for diabetes angiver en værdi under middel.

Respondenter fra almen praksis angiver hyppigst svaret 3, og de er dermed den faggruppe, som er mest kritiske over for forløbsprogrammernes anvendelighed. Der er en ikke signifikant tendens til, at fagpersonerne fra almen praksis finder forløbsprogrammerne for type 2-diabetes mere brugbare end forløbsprogrammerne for KOL[14]. Omvendt svarer de resterende faggrupper generelt lavere på skalaen om brugbarhed af forløbsprogrammet for type 2-diabetes, end de gjorde i forhold til brugbarheden af forløbsprogrammet for KOL.

De fagpersoner, der ikke ser forløbsprogrammerne som brugbare, peger især på, at programmerne er for uoverskuelige og uspecifikke – fx omkring stratificering. Konkretisering og præcisering i forhold til specifikke funktioner og situationer efterlyses derfor i kommentarerne til spørgeskemaet. Samtidig er der mange, som mener, at man ikke har forholdt sig godt nok til de udfordringer, der ligger i at arbejde tværsektorielt, og at der er brug for større koordination mellem sektorerne.

2.3.2 Fagpersonerne ønsker at forløbsprogrammerne oversættes til daglig praksis på en mere konkret og forpligtende måde

"Der er rigtig få 'skal' ord, rigtig mange 'bør' og hensigter. Næste gang kunne man skrive, hvad man skal." (Overlæge)

Interviewene med udvalgte fagpersoner og ledere bekræfter kommentarerne fra surveyet. Blandt informanterne er der således bred enighed om, at de udsendte beskrivelser af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes (8, 9) ikke er særligt anvendelige i den kliniske hverdag. Det begrundes bl.a. i at:

[14] Dette skyldes formentlig at diabetesbehandlingen er det kronikerområde, som er bedst udviklet i almen praksis, mens den systematiske KOL-behandling i højere grad er ny.

- Det for den enkelte fagperson og leder er vanskeligt at forholde sig til den samlede indsats på tværs af sektorer og behandlingsforløb. Derfor fokuserer fagpersonerne typisk på de få sider eller anvisninger, som omfatter deres specifikke arbejde, mens resten springes over.
- Forløbsprogrammerne er for lange og præget af gentagelser og upræcist DJØF-sprog, som er fremmed for klinikerne.
- Forløbsprogrammerne beskriver en række procedurer for henvisning og overlevering af information i patientforløb, som endnu ikke er teknisk understøttet.
- Beskrivelserne er udtryk for en række kompromisser mellem de ansvarlige beslutningstagere, hvorfor en række anbefalinger og arbejdsdelinger fremstår upræcise.
- Forløbsprogrammerne indeholder mange anbefalinger, men ikke så meget skal. Informanterne oplever, at denne frivillighed skaber uhensigtsmæssig variation og hæmmer implementering.

Af ovenstående forhold er det især de tekniske udfordringer og programmernes uklarhed i forhold til fx indhold og kvalitet af de kommunale og regionale tilbud, som frustrerer informanterne. Samtidig er der mange, som efterlyser korte versioner med flowcharts og konkrete arbejdsredskaber, som er målrettet de klinikere og ledere, der skal arbejde efter programmerne.

2.4 Anvendelse af centrale delelementer fra forløbsprogrammerne

Forløbsprogrammerne beskriver principper for en række centrale elementer i det kliniske arbejde, som skal bidrage til en styrket behandling og samarbejde. Det drejer sig særligt om:

- Stratificering og udarbejdelse af behandlingsplaner
- Indkaldelse til systematisk kontrol og opfølgning på behandlingsmål
- Henvisning til tilbud om patientuddannelse og rehabilitering.

I dette afsnit undersøger vi, i hvilket omfang fagpersoner og ledere oplever, at ovenstående elementer er implementeret – og overholdes – i det kliniske arbejde.

2.4.1 Brug af stratificering og behandlingsplaner

Forløbsprogrammerne er bygget op om en stratificering af borgere med KOL eller type 2-diabetes. Stratificeringen skal udgøre et pejlemærke for arbejdsdelingen mellem almen praksis, hospital og kommune og bidrage til at differentiere behandlings- og rehabiliteringsforløbene, alt efter hvor fremskreden sygdommen er. Borgere med KOL stratificeres – primært på baggrund af FEV_1 og MRC[15] – i tre grupper fra mild til meget svær KOL. Borgere med type 2-diabetes risiko- og behandlingsstratificeres i tre niveauer ud fra en kombination af 11 forskellige kliniske og sociale kriterier.

Ifølge informanterne er det først og fremmest behandlingsansvarlige læger i almen praksis og fast tilknyttede læger i hospitalsambulatorier, der kender og anvender stratificeringen og lægger behandlingsplaner for patienterne. Dette vurderes at være i overensstemmelse med forløbsprogrammerne, men informanterne peger på, at det er en udfordring at udbrede kendskab og brug af stratificering til alle relevante læger på hospitalerne. Dels fordi en del læger i uddannelsesstillinger passerer for hurtigt igennem afdelingen og har for meget andet at tænke på end stratificering. Dels fordi en del meget erfarne læger er kritiske over for tanken om at sætte patienterne i kasser. Endelig er der enkelte in-

[15] FEV_1 er det volumen luft, man kan udånde på 1 sekund, når man puster af al kraft. For KOL-patienter angives, hvor meget den faktiske udåndingskapacitet ligger under det forventede i forhold til køn og alder. MRC er en vurdering af graden af åndenød på en skala fra 1-5.

formanter, der efterlyser mere opmærksomhed på stratificering og behandlingsplaner ved udskrivelse fra de medicinske sengeafdelinger.

Surveyet viser, (jf. tabel 4.2 i bilag 1), at det, både når det gælder KOL og type 2-diabetes, kun er mellem 35-40 % af de praktiserende læger, der vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad er fortrolige med stratificeringskriterierne. Stratificeringskriterierne for KOL er flertallet af hospitalslæger i meget høj grad eller høj grad fortrolige med. Derimod er det kun halvdelen af hospitalslægerne, der vurderer, at de i meget høj grad eller høj grad er fortrolige med stratificeringskriterierne for type 2-diabetes.

Hensigten med stratificeringen af patienter med KOL eller type 2-diabetes er, at den skal være vejledende i forhold til bl.a. hvilke behandlings- og rehabiliteringstiltag, patienterne skal tilbydes – og i hvilken sektor de skal gives. Det er således et centralt spørgsmål, i hvilken udstrækning kriterierne anvendes af lægerne i det daglige arbejde. Her viser surveyet, at der er væsentlig forskel på, hvor ofte hospitalslæger anvender stratificeringskriterierne for henholdsvis KOL og diabetes: 61 % af de læger, som har kontakt med KOL-patienter, angiver således, at de i alle eller i de fleste tilfælde anvender kriterierne, mens 49 % af de læger, der arbejder med type 2-diabetes, stratificerer i de fleste tilfælde. Samtidig angiver et stort mindretal af sidstnævnte læger, at de (stort set) aldrig bruger kriterierne, når de diagnosticerer patienter med type 2-diabetes.

Blandt praktiserende læger er det i forhold til begge diagnoser ca. halvdelen, der bruger kriterierne i alle eller de fleste tilfælde. Surveyet indikerer således, at mange læger i både hospitalsregi og almen praksis ikke kender og bruger de stratificeringskriterier, der er opstillet i forløbsprogrammet. Dette kan hænge sammen med, i hvilket omfang de opstillede kriterier opleves anvendelige – fx når de skal vurdere, hvilke tilbud patienten skal tilbydes.

Surveyet afdækker en betydelig forskel i hospitalslægernes vurdering af stratificeringens anvendelighed (jf. tabel 4.1 i bilag 1): Mens langt de fleste hospitalslæger vurderer, at stratificeringen i meget høj grad eller høj grad er anvendelig ved henvisning af KOL-patienter, så er det kun 13 % af hospitalslægerne, der vurderer det samme med hensyn til patienter med type 2-diabetes. Endvidere vurderer en tredjedel, at kriterierne kun i beskeden grad eller slet ikke er anvendelige ved henvisning af patienter med type 2-diabetes.

Det fremstår i den forbindelse som en vigtig pointe fra de gennemførte interview, at der – når man går ud over kredsen af særlige nøglepersoner – fortsat er usikkerhed omkring stratificeringsredskaberne og arbejdsdelingen mellem ambulatorier og almen praksis, samt at dette i højere grad gælder for diabetes end KOL. Først og fremmest fordi KOL-kriterierne generelt opleves som anvendelige og relevante for patientens funktionsniveau, mens kriterierne for stratificering af diabetespatienter opleves som kompliceret og vag. Interviewene bekræfter således resultaterne fra surveyet, og informanterne anbefaler, at stratificeringen for type 2-diabetes fremadrettet revideres for at gøre den mere enkel og anvendelig.

I forlængelse af ovenstående skal det understreges, at de fleste læger i interviewundersøgelsen bakker op om at anvende stratificering som pejlemærke for, hvilket forløb patienten skal tilbydes, samt arbejdsdelingen mellem hospital og almen praksis. Samtidig vurderer lægerne, at stratificering – når det bruges som et fleksibelt og dynamisk redskab potentielt – er nyttigt, ikke mindst fordi en stor del af patienterne over tid flytter frem og tilbage imellem kategorierne. Stratificeringen kan i den forbindelse fungere som en reminder på, om patienten går det rigtige sted, samt om der skal indgås særlige aftaler mellem de behandlingsansvarlige læger på hospital og i almen praksis.

På denne baggrund anbefaler nøglepersonerne, at der fremadrettet arbejdes med skabe forståelse for at bruge stratificering som et pejlemærke, der skærper den enkelte fagpersons opmærksomhed på,

om patienten går det rigtige sted, hvilke tilbud og undersøgelser der skal gives m.m. Det ligger således informanterne på sinde, at stratificeringen ikke skal bruges som et rigidt værktøj, samt at der altid skal inddrages hensyn til patientens sygehistorie, ønsker og evne til at tage vare på sin sygdom.

2.4.2 Mange fagpersoner er usikre på om stratificering og behandlingsplaner overholdes

Vi har spurgt fagpersonerne, hvor ofte de vurderer, at lagte behandlingsplaner bliver efterlevet i praksis. Besvarelserne viser, at 55 % af fagpersonerne (jf. tabel 6.1 i bilag 1) vurderer, at udarbejdede behandlingsplaner for KOL-patienter efterleves i alle eller de fleste tilfælde, mens den tilsvarende andel for diabetes er 41 % (jf. tabel 6.2 i bilag 1). Samtidig ses det, at store andele af fagpersonerne – især i almen praksis – ikke kan vurdere, om planerne følges. Dette forhold er endvidere mere udtalt i forhold til diabetes forløb end KOL. Surveyet har ikke afdækket geografisk variation af betydning i svarene på tværs af de fire planområder i Region Hovedstaden med hensyn til, hvordan faggrupperne samlet vurderer, at sundhedsfaglige planer efterleves.

2.4.3 Indkaldelse til anbefalede kontroller

KOL patienters kontroller

Praktiserende læger og hospitalsansatte læger og sygeplejersker er i surveyet blevet spurgt, om borgere med KOL eller type 2-diabetes efter deres vurdering bliver indkaldt til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammerne[16]. Resultaterne viser overordnet, at der både blandt hospitalsansatte og praktiserende læger er mange (ca. en tredjedel), som er i tvivl om, hvorvidt patienter med mild og moderat KOL indkaldes til de anbefalede kontroller. Denne patientgruppe hører i følge forløbsprogrammet hjemme i almen praksis. Besvarelserne kan derfor ses som indikation på, at arbejdsdelingen efterleves, men også som et udtryk for, at de hospitalsansatte ikke har fuld tillid til, at almen praksis løser opgaven som anbefalet. De gennemførte interview giver indtryk af, at begge tolkninger gør sig gældende.

Til gengæld vurderer stort set alle, at patienter med svær og meget svær KOL altid eller næsten altid indkaldes til de anbefalede kontroller. Dette hænger formentlig sammen med, at sygdommen på disse stadier er stærkt invaliderende og behandlingskrævende for de fleste patienter.

Diabetespatienters kontroller

Patienter med *type 2-diabetes på niveau 1* og *niveau 2* behandles i henhold til forløbsprogrammet i almen praksis. Disse patienter indkaldes ifølge knap 75 % af de praktiserende læger i alle eller de fleste tilfælde til regelmæssig kontrol. En stor del af hospitalslægerne og de hospitalsansatte sygeplejersker er ikke i stand til at tage stilling til spørgsmålet, når det drejer sig om niveau 1- og niveau 2-patienter. Svarene indikerer således, at forløbsprogrammernes foreskrevne arbejdsdeling har betydning for den faktiske arbejdsdeling. Samtidig kan dog også ses som en indikation på, at de hospitalsansatte er usikre på, om almen praksis lever op til forpligtelsen om regelmæssig kontrol. De gennemførte interviews giver igen indtryk af, at begge tolkninger er gældende.

Patienter med *type 2-diabetes på niveau 3* bliver ifølge 70 % af de praktiserende læger i alle eller de fleste tilfælde indkaldt til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammet. Hvis der ses bort fra dem, der ikke har taget stilling, er det knap 90 %, der angiver dette. Omkring en tredjedel af læger og sygeplejersker på hospital kan ikke tage stilling til spørgsmålet, men blandt dem, som har taget

[16] Kommunalt ansatte og andet personale end læger og sygeplejersker på hospital blev også spurgt, men en meget stor del af disse grupper ikke har været i stand til at tage stilling til spørgsmålet. I erkendelse af, at spørgsmålet er stillet forkert, har vi derfor valgt at udelukke dem fra analysen.

stilling, har stort set alle svaret, at patienter med type 2-diabetes på niveau 3 i alle eller de fleste tilfælde indkaldes til regelmæssig kontrol.

2.4.4 Flere patienter henvises til tilbud om rehabilitering[17]

Dette afsnit undersøger, i hvilken udstrækning fagpersonerne vurderer, at borgere med KOL eller type 2-diabetes i større udstrækning henvises til rehabiliterende tilbud, efter forløbsprogrammerne er blevet indført. Det drejer sig om træningstilbud, rygeafvænning for begge patientgrupper og diætbehandling af borgere med type 2-diabetes.

Henvisning til træningstilbud

På tværs af alle faggrupper angiver et flertal, at borgere med KOL eller type 2-diabetes i større omfang henvises til træningstilbud i en kommune. Der er ingen markant forskel mellem planområderne med hensyn til, hvor stor en andel af fagpersoner, der angiver, at borgere med KOL eller type 2-diabetes henvises til træningstilbud i større omfang.

Henvisning til rygeafvænning

På tværs af alle fagpersoner vurderer et flertal af dem, som har kunnet tage stilling til spørgsmålet, at rygere med KOL eller type 2-diabetes i større omfang bliver henvist til rygeafvænning efter indførelse af forløbsprogrammer. Der er 41 %, der vurderer, at rygere med KOL henvises i større omfang, mens 36 % vurderer, at rygere med type 2-diabetes henvises i større omfang.

Det er først og fremmest kommunalt ansatte, der vurderer, at rygere med KOL eller type 2-diabetes henvises til rygeafvænning i større omfang, hvilket formentlig hænger sammen med, at opgaven i de seneste år er flyttet til kommunalt regi. De fleste fra almen praksis vurderer, at det sker i uændret omfang. Det er iøjnefaldende, at et flertal af læger på hospital vurderer, at rygere med KOL i mindre omfang henvises til rygeafvænning, og at der blandt sygeplejersker på hospital er lige mange, der svarer 'i større omfang' og 'i mindre omfang'. Når det drejer sig om rygere med type 2-diabetes, er det et flertal blandt læger og sygeplejersker på hospital, der vurderer, at patienterne henvises til rygeafvænning i mindre omfang. Dette skyldes formentlig, at ansvaret for rygeafvænning i de seneste år i stort omfang er flyttet fra hospitals- til kommunalt regi.

Henvisning til diætist

Diætistrådgivning indgår alene som et tilbud i forløbsprogrammet for type 2-diabetes. Blandt de, som har kunnet tage stilling, er der på tværs af alle fagpersoner et flertal, som vurderer, at borgere med type 2-diabetes i større omfang henvises til diætbehandling efter indførelse af forløbsprogrammet. I alt har 41 % angivet, at det sker i større omfang. Der er imidlertid 15 %, som har vurderet, at det sker i mindre omfang. De respondenter, der vurderer, at det sker i mindre omfang, er fortrinsvis hospitalsansatte sygeplejersker og læger. Igen kan dette skyldes, at dele af diætistbehandlingen er overgået til kommunalt regi.

Henvisning til sygdomsspecifik patientuddannelse

Denne henvisningsmulighed fandtes mange steder ikke før indførelse af forløbsprogrammer. Derfor har vi ikke kunnet se udviklingen. I stedet er lægerne blevet spurgt om, hvor mange patienter de henviser til sygdomsspecifik patientuddannelse (data er præsenteret i tabel 6.5 i bilag 1).

---

[17] Der findes p.t. ikke løbende monitorering af antallet af henvisninger til rehabilitering. To målinger gennemført i projektperioden viser dog, at antallet af henvisninger er stigende, jf.:
http://www.regionh.dk/kronikerprogram/menu/Projekter/Evaluering/Evaluerings-+og+analysemodellen/Status+på+implementering+af+forløbsprogrammerne+2010.htm

Praktiserende læger har på et år typisk henvist 1-5 KOL-patienter til sygdomsspecifik patientuddannelse, mens hospitalslæger typisk har henvist mere end 10. Forskellen kan dels skyldes, at der er forskel på, hvor mange patienter med KOL hospitalslæger og praktiserende læger møder, dels at der er forskel på sværhedsgraden af KOL.

Når det drejer sig om patienter med type 2-diabetes, har praktiserende læger på et år typisk henvist 1-5 patienter til sygdomsspecifik patientuddannelse, men en relativt stor andel har henvist mellem 6-10. Blandt hospitalslæger er det typiske ikke at henvise patienter med type 2-diabetes til sygdomsspecifik patientuddannelse. to tredjedele af hospitalslægerne har således højst henvist 5 patienter. Interviewene indikerer, at dette kan hænge sammen med, at opgaven ofte er udlagt til ambulatoriesygeplejersker.

Opgørelsen viser, at der – for både KOL og diabetes – er få læger, der slet ikke har henvist patienter med KOL til sygdomsspecifik patientuddannelse. Dette indikerer, at de læger, der har svaret på surveyet, er opmærksomme på at henvise patienter til tilbuddet. Dette står i modsætning til indtrykket fra de gennemførte interviews, hvor informanterne vurderer, at mange læger ikke henviser til de kommunale tilbud. Evalueringen giver ikke mulighed for at dokumentere de faktiske forhold, men den lave svarprocent fra lægerne giver mulighed for bias, hvis det først og fremmest er særligt interesserede læger, der har svaret på surveyet.

Henvisning til kommunale tilbud

De kommunale informanter fortæller, at antallet af henvisninger til kommunernes patientskoler er steget i perioden med forløbsprogrammer. Enkelte kommuner har så meget succes, at de kører med fulde hold og har ventelister på op til et halvt år. Endelig er det i stigende grad nydiagnosticerede, der henvises. Dette ses som en stor succes, fordi det netop er den målgruppe, det er vigtigst at nå med de kommunale tilbud.

Det er dog langt fra alle kommuner, der kører med fulde hold. Mange steder (først og fremmest kommuner med tilbud, der er startet i perioden med forløbsprogrammer) mangler der henvisninger fra almen praksis og hospital. Der er således en del kommunale informanter, som ikke forstår, at der ikke henvises flere patienter fra hospitalerne – hvilket enkelte steder leder til en oplevelse af, at hospitalet bevidst holder på patienterne.

De hospitalsansatte informanter påpeger i den forbindelse, at deres patienter generelt er for dårlige til at profitere af kommunale tilbud. Samtidig ser de hospitalsansatte det som almen praksis' opgave at henvise til kommunale tilbud, og kommunerne opfordres til at satse på almen praksis, i det omfang der henvises for få patienter. I forlængelse af ovenstående anbefaler flere informanter, at studiebesøg og møder mellem fagpersoner og ledere er en god metode til at få en fælles forståelse for arbejdsdelingen – og den mulige synergi – mellem de forskellige tilbud.

En stor del af de kommunale informanter oplever også, at henvisningerne fra almen praksis er for upræcise, fx i forhold til patientens funktionsniveau og sygehistorie. Dette har i sær betydning for den holdbaserede træning, hvor nogle informanter jævnligt oplever, at der er så stor forskel på patienternes funktionsniveau, at det samlede udbytte for deltagerne trækkes ned. Omvendt er der også kommunale informanter, der syntes, det er fint med forskellige typer borgere, fordi dette netop understøtter dynamikken i den holdbaserede undervisning.

Informanterne fra kommuner, der modtager mange henvisninger, fortæller endvidere, at udvikling af henvisningssamarbejdet med almen praksis er et langt og sejt træk. Deres oplevelse er således at:

- Det tager 1-2 års permanent drift, før de praktiserende læger for alvor husker tilbuddene og bruger dem som en del af deres faste rutiner.
- Mulighed for enkel og elektronisk henvisning, samt tovejs kommunikation mellem almen praksis og kommune, er afgørende for henvisningssamarbejdet.
- En god praksiskonsulent har afgørende betydning for formidling af viden om kommunens tilbud til almen praksis.
- Annoncering i lokalavisen (for at skabe en efterspørgsel fra patienterne) er et af de mest virkningsfulde redskaber til få almen praksis til at henvise til kommunale tilbud.
- I den frase fra datafangst, som guider årskontrollen for diabetespatienter, skal lægerne aktivt begrunde, hvis de ikke har drøftet muligheden for patientuddannelse med patienten. I den forbindelse er der enkelte informanter, som har oplevet en markant stigning i antallet af henvisninger, i takt med at almen praksis kommer på datafangst.

Overordnet indikerer interviewene, at der er en klar sammenhæng mellem de kommuner, der har investeret i ovennævnte aktiviteter, og de kommuner der oplever at få nok henvisninger til deres tilbud. Samtidig vurderer fagpersoner med relation til regionale undervisningstilbud, at antallet af henvisninger er faldet i perioden med forløbsprogrammer. Informanterne forventer, at begge udviklinger vil fortsætte i takt med, at forløbsprogrammerne og tilhørende elektroniske henvisningsprocedurer bliver en fast del af hverdagen i almen praksis og kommuner.

De fleste informanter ser ovenstående udvikling som ønskværdig. Enkelte hospitalsansatte ser dog en risiko for, at afdelingerne over tid tømmes så meget for patienter og dermed ressourcer, at det bliver svært at opretholde tilstrækkelig ekspertise og bredde i ambulatorieteamet.

2.5 Forløbsprogrammernes betydning for behandlings- og rehabiliteringsforløb

2.5.1 Surveyets fagpersonerne vurderer, at patientforløbene er blevet bedre

Fagpersonerne er blevet bedt om at vurdere, hvilken betydning forløbsprogrammerne har haft for behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb for borgere med KOL eller type 2-diabetes (data er præsenteret i tabel 6.6 i bilag 1). Overordnet vurderer to tredjedele af de adspurgte, at forløbsprogrammerne har betydet bedre forløb for både borgere med KOL og borgere med type 2-diabetes.

Der er ikke afdækket signifikante forskelle i fagpersonernes vurderinger på tværs af planområder, men der er afdækket diagnoserelaterede forskelle: Blandt fagpersoner på hospital er det en større andel for KOL end for type 2-diabetes, der vurderer, at forløbene er blevet bedre. Dette forklares i de gennemførte interviews med, at KOL i højere grad end diabetes har været et 'nødlidende' område, som er løftet via arbejdet med forløbsprogrammer.

Blandt fagpersoner i almen praksis er det omvendt. Her vurderer en større andel, at forløbene er blevet bedre for type 2-patienter. Dette forklares i interviewene med, at diabetesbehandlingen i højere grad er kendt af de praktiserende læger, hvorfor implementeringen er kommet længere.

2.5.2 Fagpersonerne vurderer, at sammenhængen i patienternes forløb er forbedret

Vi har også spurgt, om forløbsprogrammerne har bidraget til at skabe bedre sammenhæng i forløbene for borgere med KOL eller type 2-diabetes. Det fremgår af tabel 6.7 i bilag 1, at to tredjedele af fagpersonerne vurderer, at forløbsprogrammerne i det mindste har bidraget til bedre sammenhæng i nogen grad. Samtidig ses, at svarenes fordeling er meget ens for KOL og type 2-diabetes. Til gengæld er der mindre forskelle i vurderingen, alt efter hvilken sektor man kommer fra: Fagpersoner i almen praksis og i kommunerne vurderer, at forløbsprogrammerne har bidraget i samme grad for KOL og

type 2-diabetes. Blandt fagpersoner på hospital er der flere, som vurderer, at forløbsprogrammerne i det mindste i nogen grad har bidraget til bedre forløb større for KOL end for type 2-diabetes. Igen matcher dette resultaterne fra de gennemførte interviews.

2.5.3 Det er uklart, om patienter med KOL og diabetes får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammerne

En stor andel har i surveyet haft svært ved at vurdere, om patienter med KOL eller type 2-diabetes alt i alt får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammerne. Andelen varierer imidlertid efter patientgruppe og sværhedsgrad af sygdommen:

Mere end halvdelen af alle fagpersoner er ikke i stand til at vurdere, om borgere med *mild KOL* får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammet. Heroverfor er der 26 %, der angiver, at det sker i alle eller de fleste tilfælde. De praktiserende læger er de mest skeptiske, og her er der ca. 25 %, der angiver, at patienter med mild KOL i de færreste tilfælde eller sjældent eller aldrig får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet.

Patienter med *moderat KOL* vurderes i højere grad at få de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet, idet 38 % vurderer, at det sker i alle eller de fleste tilfælde. Igen adskiller praktiserende læger sig fra det samlede billede ved, at en lidt mindre andel (31 %) angiver, at patienter med moderat KOL i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet.

Halvdelen af alle vurderer, at patienter med *svær eller meget svær KOL* i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet. Hvis vi ser bort fra dem, der ikke har taget stilling, er det næsten 80 % af alle, der vurderer dette. Blandt sygeplejersker og læger på hospital vurderer stort set alle, at denne patientgruppe i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet.

Også når det gælder patienter med type 2-diabetes, er der en stor andel (42-47 % afhængig af sygdommens niveau) af de adspurgte, der ikke er i stand til at tage stilling til, om patienterne får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet. Blandt dem, der har taget stilling, vurderer henholdsvis 76 % (niveau 1), 81 % (niveau 2) og 84 % (niveau 3), at patienter med type 2-diabetes i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammet.

Datamaterialet giver ikke anledning til at konkludere, at der er væsentlig forskel mellem planområderne med hensyn til, om patienter med KOL eller type 2-diabetes får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammerne.

2.6 Forløbsprogrammernes betydning for arbejdet med patientinddragelse

Det er et mål i forløbsprogrammerne, at patienter skal inddrages i planlægningen af deres forløb. Derfor er fagpersonerne i surveyet blevet spurgt, om perioden med forløbsprogrammer har ledt til større inddragelse. Blandt dem, der vurderer, at de kan tage stilling, er der på tværs af faggrupperne et flertal, der vurderer, at borgere med KOL eller type 2-diabetes i større grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb efter indførelse af forløbsprogrammer. Det fremgår af Tabel 5.

Tabel 5: Fagpersoners vurdering af, hvorvidt borgere med KOL eller type 2-diabetes inddrages i større, uændret eller mindre grad i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb efter indførelse af forløbsprogrammer

	Almen praksis	**Hospitals-læge**	**Sygeple-jerske hospital**	**Andet personale hospital**	**Kommunal ansat**	**Alle**
I større grad	48	45	53	27	44	45
I mindre grad	-	-	-	-	3	1
Uændret	27	32	31	23	7	20
Ved ikke	25	23	16	50	47	34
I alt **Antal**	**100** **52**	**100** **31**	**100** **51**	**100** **30**	**100** **101**	**100** **265**

Forholdet mellem andelen, der har angivet større inddragelse, og andelen, der har angivet uændret inddragelse, er særlig stor blandt kommunalt ansatte, men i alle faggrupperne – bortset fra andet personale på hospital – er der en klar overvægt af dem, som vurderer, at borgernes inddragelse er blevet større.

Interviewundersøgelsen medvirker til at nuancere resultaterne fra surveyet. Her vurderer informanterne nemlig, at patientinddragelsen først og fremmest er øget i patientundervisningen, fordi denne er løftet af ny viden og nye kompetencer hos de undervisningsansvarlige. Endvidere er der en del, som oplever, at de – i de lokale netværk af nøglepersoner, som arbejder med patientrettet forebyggelse – er blevet mere bevidste om det behandlingsforløb/opgavefællesskab, de indgår i. Dette betyder, at fagpersonerne i højere grad informerer patienterne om de tilbud, der er mulige, samt at fagpersonerne gør sig mere umage for at forberede patienterne på, hvad der fx skal ske, når de kommer ud i et kommunalt tilbud.

Til gengæld vurderer fagpersonerne ikke, at forløbsprogrammerne har haft nævneværdig betydning for den individuelle kontakt med læger og sygeplejersker i ambulatorier eller almen praksis. Informanterne understreger, at dette først og fremmest skyldes, at de allerede inden forløbsprogrammerne arbejdede professionelt med behandlingsplaner og inddragelse af patienterne i de behandlingsmål og lignende, der opstilles.

En mere indirekte patientinddragelse er dog ifølge flere kommunale interviewede sket som en konsekvens af, at de har manglet henvisninger til deres tilbud. Opslag i lokalpressen har nemlig vist sig at være en effektiv måde at få patienterne til at efterspørge tilbud hos deres praktiserende læge.

2.7 Social ulighed i hvem der får tilbud og nytte af forløbsprogrammerne

Intentionen om at nå sårbare patienter er central i forløbsprogrammerne. Samtidig er det en af de intentioner, i forhold til de etablerede tilbud om patientuddannelse m.m., der mest konsekvent fremhæves som en udfordring på tværs af de gennemførte interviews:

> *"Problemet er, om vi får fat i dem, der har allermest behov. Dem, vi har, klarer sig relativt godt. Det er ikke dem, der er langt ude i forhold til livsstil". (Hospitalsansat patientunderviser)*

Udfordringerne knytter sig bl.a. til, at de eksisterende undervisningstilbud næsten udelukkende er holdbaserede, samt at der mangler ressourcer til at differentiere indsatsen og tilbyde individuel rådgivning. Enkelte informanter ser dog den systematisering af kronikerindsatsen, som forløbsprogrammerne repræsenterer, som et godt udgangspunkt for også at styrke indsatsen over for sårbare patienter, fx når almen praksis leverer en struktureret indsats og anvender datafangst til at følge op på pati-

enternes fremmøde. Endvidere er der enkelt kommuner og hospitaler, der har gode erfaringer med at afholde patientuddannelse, som er målrettet etniske minoriteter. Sådanne tilbud ses dog som en specialiseret opgave – eller som en opgave, som kræver et stort befolkningsunderlag.

Der er således bred enighed om, at de igangsatte tilbud og de diagnosespecifikke forløbsprogrammer i langt højere grad gavner de patienter, der ikke er specielt sårbare og/eller multisyge. Derfor efterlyses udrednings- og behandlingsforløb, der i højere grad tilgodeser disse gruppers behov.

2.8 Opsamling

De interviewede fagpersoner og ledere har generelt et godt kendskab til forløbsprogrammerne og de opgaver, som disse medfører for den enkelte. Samtidig er der stor opbakning til, at der udarbejdes samlede beskrivelser og aftaler, som strukturerer behandling og samarbejdet omkring de store kronikerdiagnoser.

Interviewene afdækker et bedre kendskab til forløbsprogrammerne end surveyet, formentlig fordi langt de fleste interviewdeltagere karakteriserer sig selv som nøglepersoner med særligt ansvar for at implementere forløbsprogrammerne i de teams og lignende, de indgår i. Flertallet har også siddet i arbejdsgrupper og deltaget i udviklingsarbejde, der rækker ud over deres almindelige ledelsesforpligtelser og kliniske opgaver. Informanternes generelle vurdering er, at forløbsprogrammernes først og fremmest kendes og anvendes af en afgrænset kreds af fagpersoner fra hospitalets ambulatorier, det kommunale sundhedsområde og særlige ressourcepersoner i almen praksis.

Mange anbefaler i den forbindelse, at man, da ressourcerne er begrænsede, bør satse på de eksisterende netværk af særligt indviede fagpersoner i forhold til den fremadrettede forankring af forløbsprogrammerne. Det fremstår dog uafklaret, hvordan relevante nøglepersoner afgrænses og der efterlyses en afklaring af dette, samt hvad der evt. skal gøres for at udbrede kendskabet til en bredere kreds af fagpersoner.

Forløbsprogrammernes anvendelighed i dagligt arbejde

På overordnet niveau oplever de fleste deltagere i evalueringen, at forløbsprogrammerne er et anvendeligt redskab i det daglige arbejde. Dette begrundes først og fremmest med, at arbejdet med patientrettet forebyggelse er styrket i perioden med forløbsprogrammer. Det virker derfor sandsynligt, at det i et vist omfang er Kronikerprogrammet og de mange puljemidler, informanterne finder anvendelige. En indikation på, at dette er tilfældet, er, at der er en udpræget oplevelse af, at de udarbejdede forløbsbeskrivelser ikke er særligt anvendelige som vejledninger for patientrettet arbejde og tværgående samarbejde. Derfor er der et ønske om, at programmerne oversættes, så de bliver lettere tilgængelige for medarbejdere og ledere på udførende niveau. Fx i form af konkrete vejledninger og procesbeskrivelser, som er målrettet specifikke fagpersoner og situationer.

Anvendelse af stratificering og behandlingsplaner

Ca. halvdelen af de relevante deltagere i evalueringen kender og anvender principperne for behandlingsplaner og stratificering. Blandt nøglepersonerne er der opbakning til at have redskaber, som giver et pejlemærke for arbejdsdeling og behandling. Der skal dog være plads til fleksibilitet i samspillet med patienten og samarbejdsparter fra andre sektorer. I den forbindelse udpeger informanterne følgende fokuspunkter for det fremadrettede arbejde:

- Blandt læger er der en del modstand mod de opstillede vejledninger, fordi de opfattes som et forsøg på at sætte patienterne i kasser.

- Der er både hospitalslæger og praktiserende læger, som fortsat ønsker, at hospitalerne skal have hovedansvaret for behandlingen af diabetes og KOL-patienter.
- Forenkling af stratificeringskriterierne for diabetespatienter og fokus på at håndtere de patienter, der befinder sig i en gråzone mellem almen praksis og hospitalsambulatorier.

Ca. halvdelen af fagpersonerne (flest fra KOL-behandlingen) vurderer, at lagte behandlingsplaner følges i alle eller de fleste tilfælde. Desuden er der mange fagpersoner, som ikke er i stand til at tage stilling til spørgsmålet. Det skal understreges, at der kan være mange årsager til, at behandlingsplaner ikke følges – bl.a. fordi de lægges sammen med patienten, som selv er en aktiv part i at realisere planen. Samtidig kan den store andel af læger, som ikke er i stand til at svare på spørgsmålet, ses som udtryk for, at der ikke er kendskab til indsatsen i andre sektorer, samt at der ikke er en generel tillid til, at de øvrige parter i behandlingen lever op til sine forpligtelser. Dette forhold belyses nærmere i kapitel 3.

Forløbsprogrammernes betydning for rehabilitering og behandling

Fagpersonernes generelle oplevelse er, at forløbsprogrammerne har øget andelen af patienter, der henvises til tilbud om rehabilitering, samt at forløbene er blevet bedre og mere sammenhængende. Stadig flere undervisningsopgaver overgår fra hospital til kommune, og langt de fleste læger svarer, at de inden for det seneste år har henvist patienter til tilbud om patientuddannelse.

Der er (især på diabetesområdet) usikkerhed om, hvem der skal fungere som primær henviser til kommunale patientuddannelsestilbud, og usikkerhed omkring arbejdsdelingen mellem kommunale og regionale undervisningstilbud. Mange kommunale fagpersoner og ledere nævner, at der kommer for få henvisninger fra hospital og almen praksis. I den forbindelse ser de hospitalsansatte informanter det som almen praksis' opgave at henvise til kommunale tilbud. Kommunerne opfordres derfor til at satse på denne henvisningsrelation.

Endelig fremstår det som en selvstændig pointe, at fagpersonerne – især for patienter i tidlige sygdomsstadier – har svært ved at vurdere, om patienterne får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammerne. Igen kan dette ses som en indikation på, at der mangler viden om og tillid til, at aktørerne i patienternes forløb som helhed lever op til det ansvar, de er givet i forløbsprogrammerne.

Patientinddragelse og ønsket om en styrket indsats over for sårbare patienter

Lidt under halvdelen af fagpersonerne svarer i spørgeskemaet, at patienterne inddrages mere i tilrettelæggelsen af behandlingen som følge af arbejdet med forløbsprogrammer. Ca. 20 % vurderer, at inddragelsen er uændret, og ca. en tredjedel er ikke i stand til at tage stilling til spørgsmålet. Interviewene indikerer, at den øgede inddragelse først og fremmest finder sted i forbindelse med nye tilbud om rehabilitering og patientundervisning. Til gengæld vurderer informanterne, at forløbsprogrammerne ikke har haft nævneværdig betydning for graden af patientinddragelse i de individuelle møder mellem patient og behandlingsansvarlig fagperson.

De mest konkrete forandringer, som er fulgt med forløbsprogrammerne, er, at der oprettet nye tilbud om patientuddannelse og rehabilitering. Disse er langt overvejende holdbaserede, og der er få tilbud, som fx er målrettet minoriteter eller særligt sårbare patienter. Samtidig har forløbsprogrammerne den indbyggede svaghed, at de ikke er designet til at rumme multisyge patienter, hvis diagnoser går på tværs af forløbsprogrammer og medicinske specialer.

Det betyder, at forløbsprogrammerne – ifølge mange af evalueringens fagpersoner – først og fremmest styrker indsatsen over for de patienter, der i forvejen er velfungerende. Derfor er der et ønske

om, at hensynet til sårbare patienter i højere grad tænkes ind i den fremadrettede udvikling af udrednings- og behandlingsforløb.

Almen praksis' rolle i forløbsprogrammerne virker uafklaret

Den indsamlede empiri peger entydigt på, at kendskabet, opbakningen og den konkrete implementering af forløbsprogrammerne halter efter i almen praksis på alle de områder, som er i fokus i evalueringen. Indsatsen for implementering i almen praksis fremstår således som et væsentligt fremadrettet indsatsområde. Dette forhold belyses nærmere i kapitel 3 og 4.

3. Status på udviklingen af det tværsektorielle samarbejde

En forudsætning for hensigtsmæssige behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgerne er bl.a., at de involverede faggrupper er informeret om, hvad der er deres eget ansvar i forløbet, og hvad andre faggrupper eller borgeren selv har ansvaret for, samt at der er teknik og rutiner, der understøtter udveksling af patienter og information. Et godt samarbejde kræver samtidig, at der er en professionel tillid og respekt mellem aktørerne, som gør, at de udnytter de muligheder for henvisning, kommunikation og samarbejde, der er (4).

Det er veldokumenteret, at manglen på ovenstående forudsætninger udgør væsentlige barrierer for tværsektorielt samarbejde i det danske sundhedsvæsen, og en af forløbsprogrammernes primære målsætninger er at ændre på dette. Derfor har vi i survey og interviews undersøgt, hvilke udviklinger, muligheder og udfordringer der ses i forhold til det tværsektorielle samarbejde på baggrund af perioden med forløbsprogrammer.

Resultaterne præsenteres i dette kapitel, hvor:

- Afsnit 4.1 undersøger den gensidige tillid og respekt på tværs af sektorer
- Afsnit 4.2 sætter fokus på fagpersonernes viden om hinandens opgaver og patienternes forløb
- Afsnit 4.3 sammenfatter de væsentligste barrierer for styrket kommunikation og samarbejde
- Afsnit 4.4 undersøger, om kommunikation er forbedret i perioden med forløbsprogrammer
- Afsnit 4.5 sætter fokus på de praktiserende lægers rolle som koordinerende tovholder.

3.1 Respekt og tillid på tværs af aktører og sektorer

> *"Forløbsprogrammet er ikke en markant anden måde at arbejde på. Man flytter heller ikke bjerge på tre år. Vi har heller ikke ændret så meget på arbejdsgangene [internt på hospitalet] – der hvor det har rykket er på det tværsektorielle". (Hospitalsansat leder)*

Interviewene indikerer tydeligt, at arbejdet med forløbsprogrammer har øget den gensidige respekt og forståelse for hinandens forskellige arbejdsvilkår og opgaver på tværs af de nøglepersoner, der er engageret i implementeringsarbejdet. Adspurgt om den gensidige respekt vurderer nøglepersonerne, at den – for de fagpersoner der kender og forstår hinanden – ligger mellem 7-10 på en skala fra 1-10 (hvor 10 er højest). Der, hvor det fungerer godt, oplever mange nøglepersoner, at den øgede forståelse og tillid er med til at danne afsæt for et mere forløbsorienteret samarbejde, hvor man i højere grad er opmærksom på hinanden og på at forberede patienterne på, hvad der skal ske i næste led af kæden:

> *"Det er rigtigt vigtigt at kende hinanden – når jeg ringer til forebyggelsescenteret i kommunen er det til Sofie – ikke sundhedskonsulenten. Jeg tror også, det giver noget, når patienterne hører om os på en positiv måde". (Hospitalsansat patientunderviser)*

Samtidig er der givet mange eksempler på, hvordan lokale arbejdsgrupper under Kronikerprogrammet har resulteret i blivende samarbejdsfora, hvor ledere og fagpersoner på tværs af hospitaler og kommuner løbende drøfter snitflader, faglige emner og samarbejde. Disse muligheder for dialog fremhæves som en vigtig forudsætning for at udvikle og vedligeholde et respektfuldt samarbejde.

Nøglepersonerne understreger dog, at graden af tillid og respekt fortsat varierer, afhængig af om det fx er en kommune eller almen praksis, som er godt med eller ej. I forhold til fagpersoner, man ikke

kender, eller samarbejdspartnere hvor man har dårlige erfaringer, ligger tilliden generelt ikke højere end 2-4. Variationen, som er beskrevet i afsnit 3.3, spiller altså også en væsentlig rolle for graden af tillid og respekt, og den er i højere grad personbåret end baseret på end en generel professionel tillid.

Nøglepersonerne peger også på, at udviklingen fortrinsvis er afgrænset til afgrænsede netværk af nøglepersoner. At mange kommuner leverer en professionel og relevant indsats fremhæves som en succes i denne sammenhæng. I forhold til den brede kreds af fagpersoner, der arbejder med diabetes- og KOL-patienter, vurderer informanterne imidlertid ikke, at forløbsprogrammerne har haft afgørende betydning for den gensidige respekt og tillid. Der gives således mange eksempler på forestillinger om, at ambulatorier holder unødigt længe på ukomplicerede patienter, eller at lægerne ikke har tillid til den kommunale indsats og derfor ikke henviser.

3.2 Fagpersonernes viden om hinandens opgaver og det fælles patientforløb

3.2.1 Viden om hinandens tilbud

Interviewene viser, at nøglepersonernes kendskab til samarbejdsparternes patientrettede tilbud er forbedret væsentligt i perioden med forløbsprogrammer. Det fremgår dog også af surveyet, at dette ikke i helt samme grad er tilfældet blandt den bredere kreds af fagpersoner. Her er det 'kun' ca. halvdelen, som har oplevet at få mere viden om tilbuddene i andre sektorer.

Surveyet viser også, at det først og fremmest er fagpersoner fra almen praksis og hospital, der oplever at have fået mere viden om de kommunale tilbud, samt at det først og fremmest er kommunale fagpersoner, der har fået mere viden om indsatsen på hospital og almen praksis. Heroverfor er der ikke ændret væsentligt på mængden af fælles viden i samarbejdsrelationen mellem almen praksis og hospitaler. Denne udvikling er delvist forventelig, da det er kommunerne, der er ny aktør med nye tilbud i kronikerbehandlingen. Samtidig matcher det interviewundersøgelsens resultater om, at det først og fremmest er i kommunerne, der er sket væsentlige ændringer som følge af forløbsprogrammerne.

3.2.2 Viden om det enkelte patientforløb

Et af forløbsprogrammernes væsentlige formål er at medvirke til større sikkerhed omkring opgave- og ansvarsfordelingen mellem de forskellige fagpersoner og sektorer i kronikerbehandlingen. I surveyet har vi spurgt, om dette er tilfældet, og resultatet er gengivet i Tabel 6:

Tabel 6: Fagpersoners vurdering af om der er en klar ansvarsfordeling i de behandlingsforløb, de er involveret i

	KOL	**Type 2-diabetes**
I alle eller de fleste tilfælde	67 %	68 %
I nogle tilfælde	20 %	16 %
I de færreste tilfælde eller (stort set) aldrig	6 %	6 %
Ved ikke/kender ikke forløbsprogrammet	7 %	10 %
I alt **Antal**	**100 %** **226**	**100 %** **219**

Det fremgår, at to tredjedele af fagpersonerne, som er involveret i behandling eller rehabilitering af borgere med KOL eller type 2-diabetes, vurderer, at de i alle eller de fleste tilfælde er tilstrækkeligt informeret om, hvad der er deres eget ansvar og dermed også, hvad der er andres ansvar. Der er imidlertid også et stort mindretal, som i en del tilfælde er i tvivl om ansvarsfordelingen. Som beskrevet i kapitel 2 er det først og fremmest usikkerhed om arbejdsdelingen mellem kommunale og hospitals-

baserede tilbud om patientuddannelse samt fordelingen af behandlingsansvaret mellem almen praksis og hospital, der giver udfordringer.

3.3 Variation i tilbud og indhold udgør en barriere for tværsektorielt samarbejde

Den varierende implementering af forløbsprogrammerne fremstår som en udfordring for det tværsektorielle samarbejde om henvisning samt arbejdsdelingen mellem almen praksis og hospitalsambulatorier. Variationen fremhæves først og fremmest som et problem i forhold til almen praksis og kommuner[18]. Pointerne præsenteres sektoropdelt i nedenstående afsnit.

3.3.1 Variation i den kommunale indsats

> *"… Men for personalet at finde ud af, hvor tilbuddene er og hvornår – de bliver helt tomme i blikket. Kommunerne er helt forskellige. Intet kan lade sig gøre i [X Kommune]. Alt kan i [Y Kommune]. Hvis jeg siger noget til Fru Jensen på en tresengsstue, tror de to andre, at de skal det samme. Men de bor i en anden kommune." (Hospitalsansat leder)*

På tværs af evalueringen fremhæves variation i de kommunale tilbuds indhold, kvalitet og henvisningskriterier som en stor udfordring. Det understreges, at nogle kommuner laver tilbud af god kvalitet, mens andre har tilbud, der langt fra lever op til intentionerne i forløbsprogrammerne. Standardisering af henvisningsveje, henvisningskriterier og indhold af de kommunale tilbud samt opfølgning på kvaliteten fremstår derfor som et gennemgående ønske blandt evalueringens informanter – også de kommunalt ansatte. Samtidig opfordres til, at kommuner, der ikke har økonomi og/eller befolkningsgrundlag til at leve op til forløbsprogrammet, i langt højere grad samarbejder om at tilvejebringe tilbud på tværs af kommunegrænser.

Informanterne i alle sektorer ønsker således, at forløbsprogrammerne i langt højere grad bliver forpligtende for kommunernes indsats. Flere henviser i den forbindelse til næste generation af sundhedsaftaler som en mulighed for at præcisere kommunernes opgaver – selvom informanterne er opmærksomme på, at kommunernes økonomi gør yderligere konkretisering til en udfordring.

3.3.2 Barrierer for implementering af forløbsprogrammerne i almen praksis

En af hovedkonklusionerne fra kapitel 2 var, at implementeringen af forløbsprogrammer halter efter i almen praksis sammenlignet med hospitaler og kommuner. De interviewede læger fra almen praksispeger selv på nedenstående barrierer for almen praksis tiltænkte rolle i forløbsprogrammerne:

- Mange læger oplever, at de mangler tid og overskud til at udvikle kronikerbehandlingen.
- Lægerne oplever, at det er blevet økonomisk ikke-attraktivt at investere i praksispersonale efter at forebyggelsesydelsen er afskaffet.
- En del sololæger har for få patienter til, at det kan betale sig at investere i personale og nyt udstyr til fx at tage EKG og lungefunktionstest.
- Der er fortsat en del læger, der er uenige i de opgaver, forløbsprogrammerne har givet dem på kronikerområdet.
- Forløbsprogrammerne er for lange og beskrivelsen af almen praksis' opgaver og ansvar er uklart beskrevet og gemt i lange tekstpassager.

[18] Det skal dog understreges, at der også er informanter, som oplever, at tilgangen til forløbsprogrammer varierer på en uhensigtsmæssig måde på tværs af hospitaler og på tværs af forskellige afdelinger på det enkelte hospital.

- Mange praksis mangler egnede lokaler og laboratoriefaciliteter. For disse praksis nævnes det som en særlig udfordring, hvis der ikke er let adgang til at få udført ekkokardiogrammer, lungefunktionstest og lignende i Københavns praktiserende lægers ambulatorium[19].

Ovenstående forhold udpeges som en væsentlig barriere for implementeringen af forløbsprogrammer, fordi alle praktiserende læger og alt praksispersonale med selvstændig kronikeropfølgning er nøglepersoner i forløbsprogrammerne. Den generelle holdning blandt informanterne er, at alle læger og ansatte i almen praksis bør arbejde i overensstemmelse med forløbsprogrammerne – som i øvrigt vurderes at være i overensstemmelse med DSAMs kliniske vejledninger for almen praksis og understøttet af de fraser, som er indbygget i datafangstmodulet. Informanterne fremhæver i den forbindelse den regionale facilitator-ordning og fortsat ibrugtagning af datafangst som de mest konkrete og brugbare måder at støtte forløbsprogrammernes vej ind i almen praksis.

3.4 Forløbsprogrammernes betydning for kommunikation og tværgående samarbejde

3.4.1 Forudsætninger for kommunikation og samarbejde opleves mangelfulde

I survey og interviews udpeges manglen på målrettet og rettidig information, mangelfuld it-understøttelse og mangel på tid/ressourcer som de væsentligste udfordringer for, at forløbsprogrammerne kan fungere optimalt i det daglige samarbejde. Svarfordelingen fra surveyet ses i nedenstående tabel.

Tabel 7: Barrierer for at forløbsprogrammerne kan fungere optimalt i det daglige samarbejde[20]

	Procentandel
Savner information fra andre sektorer	58
Savner it-understøttelse	55
Mangler tid	39
De faglige kompetencer er ikke til stede på alle niveauer	38
De rigtige tilbud er ikke til stede	32
Ved ikke hvilke tilbud der findes i andre sektorer	18
Borgernes hverdag eller forventninger giver afbræk i de forudsatte forløb	15
Andet	29

Information fra andre sektorer og it-understøttelse er det, som flest peger på som en mangel, og her synes der at være bred enighed blandt de forskellige faggrupper. Det er især fagpersonerne fra almen praksis, der har svaret "manglende tid", mens størstedelen af de, der har svaret "andet", er fra kommunen. Inden for sidstnævnte kategori er det faktorer som manglende samarbejdsrelationer på tværs af sektorerne, der nævnes. Her er der en håndfuld fagpersoner, der mener, at de praktiserende læger ikke lever op til deres ansvar med at henvise patienterne, hvilket matcher resultaterne fra interviewundersøgelsen.

Alle fagpersoner er også blevet bedt om at vurdere, om forudsætningerne er til stede, for at der på tværs af de tre sektorer kan samarbejdes tæt om de to patientgrupper. Fordelingen af denne vurdering ses nedenfor.

[19] Informanter fra almen praksis oplyste, at der i øjeblikket forhandles om væsentlige ændringer af laboratoriets funktioner.
[20] Der har været mulighed for at afgive flere svar.

Tabel 8: Fagpersoner procentvis fordelt efter, om de vurderer, at forudsætningerne er til stede for et tæt samarbejde om borgere med KOL eller type 2-diabetes

	Ja (stort set)	**Nej**	**Ved ikke**	**I alt**	**Antal**
Mellem almen praksis og hospital	39 %	41 %	20 %	100 %	170
Mellem kommune og almen praksis	50 %	34 %	16 %	100 %	160
Mellem hospital og kommune	47 %	37 %	17 %	100 %	218

Som det fremgår, er det i alle faggrupper og samarbejdsrelationer mindst halvdelen, som ikke ved eller ikke vurderer, at forudsætningerne for et tæt samarbejde er til stede. Nedenstående tabel viser de barrierer, som fagpersonerne ser for et tæt samarbejde om borgeren:

Tabel 9: Den procentvise andel af fagpersoner, der har begrundet manglende forudsætninger for et tæt samarbejde med nedenstående barrierer[21]

	Procentandel
Muligheden for elektronisk kommunikation er utilstrækkelig	60
Manglende fælles information om borger	54
Brug af it til fx henvisning er besværlig	35
Manglende tid	33
Forskellig faglighed	28
Forskellig vurdering af borgernes behov	26
Andet	14

Igen er det mangel på fælles information om borgeren og utilstrækkelig mulighed for elektronisk kommunikation, der i flest tilfælde udpeges af fagpersoner fra alle sektorer. Det er fortrinsvis fagpersoner inden for kommuner, der ser manglende fælles information om borger som en barriere. Dette hænger formentlig hænger sammen med, at de i stort omfang ikke oplever at få korrekt udfyldte henvisninger til de kommunale tilbud om patientuddannelse.

Vi vender tilbage til ovenstående barrierer i kapitel og ser i nedenstående afsnit på om, der er sket en udvikling af den tværsektorielle kommunikation i perioden med forløbsprogrammer.

3.4.2 Udviklingen i kommunikation og samarbejde i perioden med forløbsprogrammer

Interviews og survey viser, at relativt få fagpersoner (andelen varierer mellem 10-20 % afhængig af sektortilhørsforhold og undersøgt samarbejdsrelation) oplever, at perioden med forløbsprogrammer har ført til, at der a) udveksles mere information, b) at den udvekslede information er mere relevant, og c) at den udvekslede information er mere rettidig.

Mange steder anvendes der fortsat fax og ikke-krypterede mails til henvisninger og kommunikation om patienter. Informanterne ser derfor frem til, at den elektroniske henvisning (ref. 01) er klar til brug, men de påpeger, at der også efter udløbet af Kronikerprogrammet skal gøres en målrettet indsats for at udbrede kendskabet og brugen af den elektroniske henvisning.

Surveyet viser, at en relativt stor andel af fagpersonerne ikke oplever, at den information om patienter, de modtager fra andre sektorer, er fyldestgørende og præcis. Dette er mest markant blandt hospitalsansatte, hvor knap halvdelen oplever, at de får for lidt eller ingen information fra almen praksis, mens 43 % oplever, at det samme er tilfældet i fra kommuner. Interviewene tyder på, at dette først og fremmest er knyttet til den information, der modtages i forbindelse med indlæggelser og henvisninger.

[21] Der har været mulighed for at afgive flere svar på spørgsmålet.

I almen praksis er det 'kun' knap en tredjedel af fagpersonerne, der oplever, at de ikke får information i passende omfang fra hospitaler og kommuner.

I kommunerne er det også ca. en tredjedel af fagpersonerne, der vurderer, at de får for lidt eller slet ingen information fra hospitaler og almen praksis.

Endelig fremstår det som en væsentlig pointe, at meget få fagpersoner fra surveyet oplever at få for meget information fra deres samarbejdspartnere. Sidstnævnte er ellers en del gange – især af praktiserende læger – blevet nævnt som et problem i de gennemførte interviews.

Samtidig fortæller informanterne, at personlig kontakt – både før og efter perioden med forløbsprogrammer – er relativt sjælden, fordi den er tidskrævende og besværlig. Derfor er denne kontaktform forbeholdt særlige tilfælde. Manglende tilgængelighed fremhæves som en væsentlig barriere for den personlige dialog om komplicerede patienter, som mange fagpersoner efterspørger.

3.5 Den praktiserende læges rolle som patientens tovholder

Den praktiserende læges funktion som tovholder er et centralt element i forløbsprogrammernes beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde. I forløbsprogrammerne for diabetes og KOL (8, 9) fremgår det, at den praktiserende læge som patientens tovholder har ansvaret for at:

- Sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Følge systematisk op og sikre en proaktiv indsats
- Bidrage til fastholdelse af behandlingsmål.

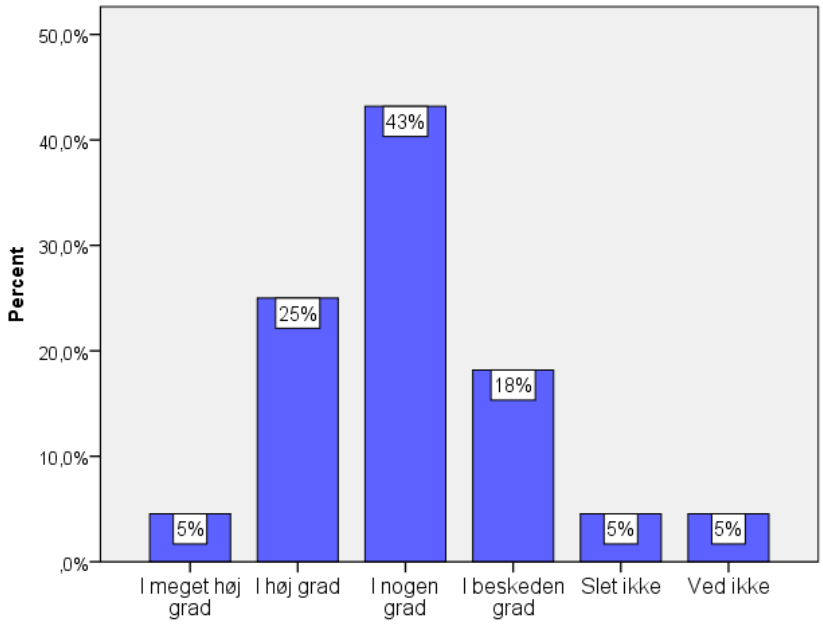
Det fremgår også, at dele af tovholderrollen kan uddelegeres til praksispersonale, samt at opgaven i komplicerede tilfælde – som aftales fra gang til gang – kan deles med den behandlingsansvarlige læge på hospital.

Det fremgår af ovenstående elementer i tovholderrollen, at den både indebærer et ansvar for organisatorisk og faglig koordination samt en mere traditionel patientrettet relation, hvor der følges op på behandlingen. Vi ved fra tidligere undersøgelser (11-13), at den organisatoriske tovholderrolle i høj grad udfordrer praktiserende læger – både i forhold til det udvidede ansvar for at koordinere patienternes kontakter og i forhold til at uddelegere ansvaret for dele af tovholderrollen til fx praksispersonale. Samtidig beskriver Region Hovedstadens forløbsprogrammer tovholderrollen i overordnede termer, hvorfor funktionen potentielt kan tillægges meget forskelligt indhold. Derfor har vi i survey og interviews sat fokus på de praktiserende lægers kendskab til forløbsprogrammets tovholder, deres vurdering af hvilke opgaver tovholderrollen indebærer, samt i hvilket omfang de vurderer, at forudsætningerne for at løfte opgaven er til stede.

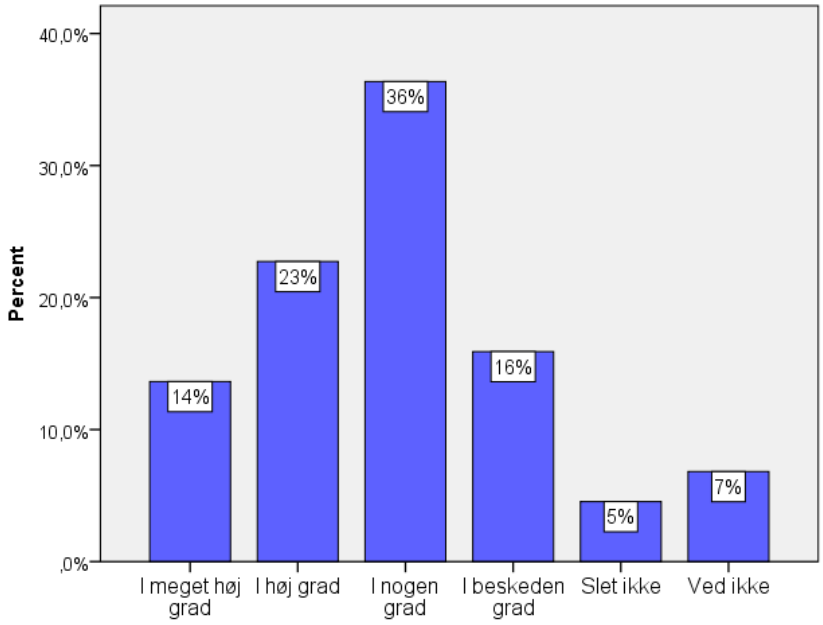
3.5.1 Kendskab til hvad funktionen som tovholder indebærer

Nedenstående figur 5 og 6 viser, i hvilket omfang de praktiserende læger vurderer at være informeret om, hvad denne funktion indebærer i forhold til henholdsvis forløbsprogrammet for KOL og type 2-diabetes.

Figur 5: Praktiserende lægers vurdering af om de er informeret om, hvad det indebærer at være tovholder for forløbsprogrammet for KOL (N = 44)



Figur 6: Praktiserende lægers vurdering af om de er informeret om, hvad det indebærer at være tovholder for forløbsprogrammet for type 2-diabetes (N = 44)



Det fremgår, at et mindretal angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad er informeret om, hvad det indebærer at være tovholder (30 % for KOL og 36 % for type 2-diabetes). Der er således et flertal, der angiver, at de kun i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke er informeret. Samtidig ses en lille tendens til, at de praktiserende læger vurderer, at de er bedre informeret om tovholderfunktionen i forhold til type 2-diabetes end i forhold til KOL[22]. De praktiserende lægers vurdering understøttes af

[22] Sidstnævnte skyldes formentlig, at type 2-diabetes er den kronikerdiagnose, der har været mest fokus på i almen praksis, siden DSAM i 2005 udsendte den første vejledning for diabetesbehandlingen i almen praksis.

resultaterne fra interviewundersøgelsen, hvor mange på såvel hospitalerne som i kommunerne havde en oplevelse af, at de praktiserende lægers rolle som tovholder er uklar.

3.5.2 Opgaver forbundet med tovholderfunktionen

De praktiserende læger er også blevet bedt om at udspecificere, hvilke opgaver, de vurderer, der er forbundet med tovholderfunktionen[23].

Tabel 10: Praktiserende lægers vurdering af, hvilke af nedenstående opgaver der hører til tovholderrollen

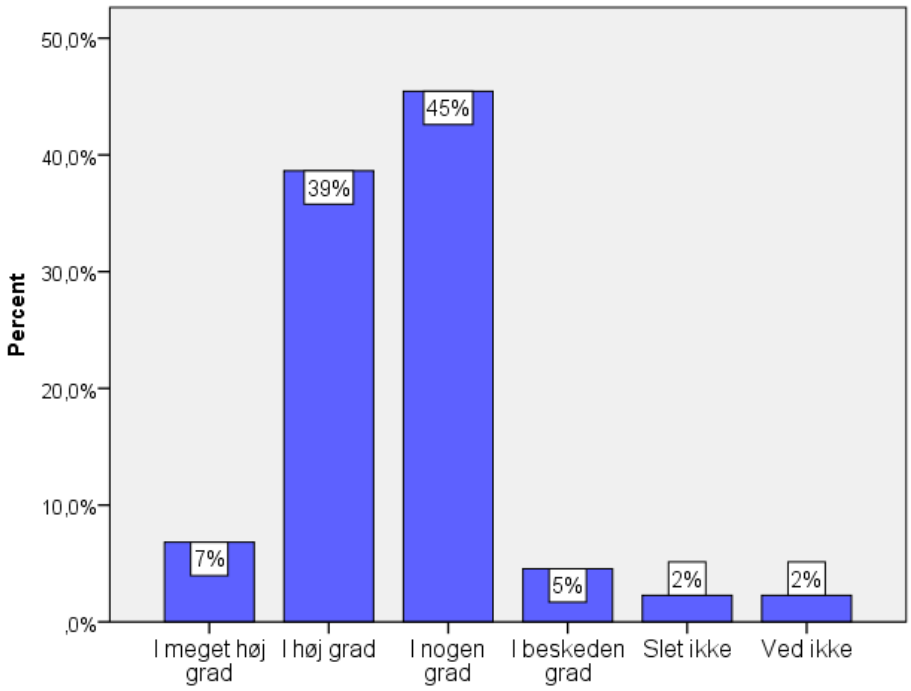
	Procentandel
Rådgive borgeren om livsstil (kost, rygning, motion mv.)	81
Tidlig opsporing	79
Udredning/diagnostik	75
Opfølgning på behandling eller indsats i andre dele af sundhedsvæsenet	75
Henvisning til behandling eller indsats i andre dele af sundhedsvæsenet	73
Rådgive borgeren om at håndtere den kroniske sygdom	73
Kommunikere med borgeren om behandlingsforløbet	67
Indkalde til periodevis kontrol	54
Sikre fremdrift i behandlingsforløbet	52
Støtte borgeren i at koordinere hans/hendes kontakter i behandlingsforløbet	46
Kommunikere med eventuelle pårørende om behandlingsforløbet	23
Andet	4

Tidlig opsporing, udredning/diagnostik, henvisning til behandling og opfølgning samt rådgivning peger de fleste på at indgå i funktionen som tovholder. Samtidig er det kun ca. halvdelen af lægerne, der ser det som tovholderens opgave at sikre fremdrift i behandlingsforløbet. Under halvdelen ser det som tovholderens opgave at støtte borgeren i at koordinere kontakterne i behandlingsforløbet. Endelig er det under en fjerdedel, der ser det som tovholderens rolle at kommunikere med pårørende om behandlingsforløbet. Surveyet bekræfter således, at de opgaver, som er forbundet med den direkte patientkontakt, fylder mest i lægernes vurdering af tovholderrollen sammenlignet med de opgaver, der er forbundet med den faglige og organisatoriske funktion.

I surveyet bad vi også lægerne om at vurdere, i hvilket omfang forudsætningerne for at udfylde rollen som tovholder er til stede. Resultatet fremgår af Figur 7.

[23] Opgaverne er fundet ved at gennemgå, hvilke opgaver der nævnes i forbindelse med tovholderrollen på tværs af teksten i de opstillede forløbsprogrammer for KOL og diabetes.

Figur 7: Praktiserende lægers vurdering af om forudsætningerne for at udfylde tovholderrollen er til stede (N = 44)



Mere end halvdelen af de praktiserende læger vurderer, at forudsætningerne for at udfylde rollen som tovholder kun er til stede i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke. En del af dem, der vurderer, at forudsætningerne ikke fuldt ud er til stede, påpeger i overensstemmelse med interviewundersøgelsen, at tid, økonomiske ressourcer og uddannelse er det, der mangler. Enkelte efterlyser endvidere en bedre samarbejdskultur og lige adgang til en fælles journal som elementer, der kan forbedre forudsætningerne for at løfte tovholderfunktionen. I interviewundersøgelsen er det endvidere meget markant, at manglen på fælles it og enkle elektroniske henvisningsprocedurer og korrespondance fremstår som væsentlige udfordringer for almen praksis tovholderrolle. Endelig påpeger flere, at det er uklart, hvad tovholderfunktionen dækker – særligt når det drejer sig om patienter, der er psykisk syge, økonomisk trængte, analfabeter eller patienter, der har brug for tolk.

3.6 Opsamling på udvikling af det tværsektorielle samarbejde

Udvikling af gensidig tillid, respekt og fælles viden om patientforløbet

Fagpersoner og ledere fra de netværk af nøglepersoner, som er etableret i forbindelse med forløbsprogrammernes implementering, oplever, at den gensidige respekt og tillid er styrket i projektperioden. Der er givet eksempler på lokale samarbejdsfora, som understøtter faglig dialog og problemløsning vedrørende det tværsektorielle samarbejde. Det fremgår dog også, at den gensidige tillid i relativt høj grad er baseret på personlige relationer, samt at forløbsprogrammerne ikke har haft nævneværdig betydning for den bredere kreds af fagpersoners samarbejde.

Det samme forhold er gældende i forhold til mængden af fælles viden om opgavevaretagelse og informationsudveksling i de konkrete patientforløb, som fagpersonerne er involveret i. Det er dog ca. halvdelen af respondenterne i surveyet, som angiver, at de har fået mere viden om tilbuddene i andre sektorer. Det er først og fremmest de kommunale fagpersoner, som har fået mere viden om indsatsen på hospitaler og i almen praksis og vice versa.

Barrierer for at udvikle tværsektoriel kommunikation og samarbejde

Forløbsprogrammerne er endnu ikke forpligtende i forhold til indhold, udformning af samarbejdsprocesser og kvalitetssikring af de kommunale tilbud. Dette medfører en variation i den kommunale indsats, som frustrerer samarbejdsparter i almen praksis og på hospitaler. Derfor er der på tværs af informanter og sektorer et fælles ønske om standardisering og kvalitetssikring af den kommunale indsats.

Samme forhold gør sig gældende i almen praksis, hvis opgaver – og især efterlevelsen af disse – opleves uklar og som værende præget af en høj grad af variation. Dette gælder særligt i forhold til den tovholderrolle, som er beskrevet i forløbsprogrammerne. Evalueringen viser, at rollen og de opgaver, der er forbundet med denne, fremstår uklart for mange praktiserende læger. Samtidig vurderer mere end halvdelen af lægerne, at forudsætningerne for at udfylde tovholderrollen er mangelfulde.

Endelig er der også en del informanter, som oplever uhensigtsmæssig variation i hospitaler og individuelle hospitalsafdelingers implementering af forløbsprogrammer.

Forløbsprogrammernes betydning for tværsektoriel kommunikation

Evalueringen viser, at det tværsektorielle samarbejde bindes sammen af skriftlig kommunikation i form af henvisninger, statusnotater og epikriser. Manglende kvalitet og rettidighed i den skriftlige kommunikation udpeges som en væsentlig barriere for at få forløbsprogrammerne til at fungere optimalt. Selvom der er problemer med den skriftlige kommunikation, tegner evalueringen et entydigt billede af, at det er denne, som binder det tværsektorielle samarbejde sammen. Personlig kontakt forekommer således forholdsvis sjældent, da den er besværlig og ressourcekrævende og dermed forbeholdt særlige tilfælde.

Evalueringens informanter er enige om, at det videre arbejde med at sikre rettidig og målrettet udveksling af information om patienterne udgør et vigtigt indsatsområde, dels i forhold til at få de rigtige værktøjer på plads, dels så de bruges på en måde, der imødekommer samarbejdsparternes behov.

4. Forløbsprogrammernes implementeringsorganisation

En af udfordringerne med at implementere forløbsprogrammer er, at disse er tværorganisatoriske og tværsektorielle. Der er således ikke én ledelse, der har ansvaret for implementeringen af det fulde forløb. For at imødekomme denne udfordring og understøtte det tværgående samarbejde og perspektiv, er der som led i Region Hovedstadens Kronikerprogram igangsat en række projekter og opbygget en implementeringsorganisation for at understøtte implementeringen. Dette kapitel handler om denne organisation og er opbygget, således at:

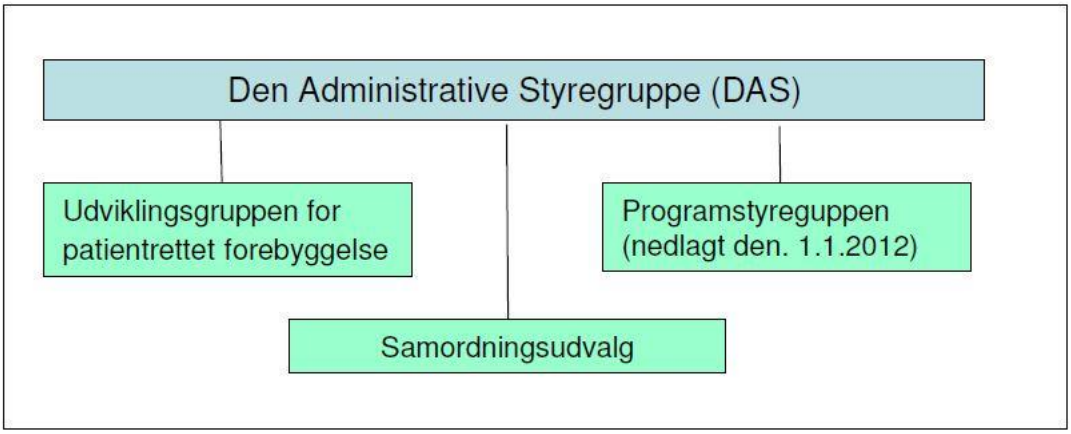
- Hovedafsnit 4.1 og 4.2 sætter fokus på implementeringsorganisationens opbygning og ledelsen af denne.
- Hovedafsnit 4.3 og 4.4 sætter fokus på de formidlings- og undervisningsaktiviteter m.m., som skal understøtte implementeringen.
- Hovedafsnit 4.5 og 4.6 omhandler en række praktiske og strukturelle udfordringer for implementering, som er afdækket via evalueringen.
- Hovedafsnit 4.7 samler op på resultaterne på tværs af kapitlet.

4.1 Implementeringsorganisationens opbygning

"Noget, vi har lært af programmet, er, at der ikke er noget, der kommer af sig selv – undtagen lommeuld. Det koster noget at gøre noget, og vi skal have nogen, der gør noget, når vi fx skal implementere en sundhedsplatform." (Workshop med ledere)

Der har i Region Hovedstaden været en overordnet plan for, hvordan forløbsprogrammerne skulle implementeres. Et væsentligt element i planen for implementering har været opbygningen af en implementeringsorganisation som illustreret i nedenstående figur.

Figur 8: Kronikerprogrammets implementeringsorganisation



Som det fremgår, er det overordnede ansvar for Kronikerprogrammet placeret i Den Administrative Styregruppe (DAS). DAS fungerer som samarbejdsfora på det administrative ledelsesniveau og samler repræsentanter fra Region Hovedstaden, kommuner og almen praksis. DAS understøtter det arbejde, som er igangsat i regi af sundhedsaftalerne, herunder implementeringen af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes. DAS har nedsat en række arbejds- og følgegrupper, herunder Udviklingsgrup-

pen for patientrettet forebyggelse. Udviklingen af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes er placeret her.

Grundet den daværende sammensætning af DAS (ingen repræsentation af hospitalsdirektioner) blev der ved opstart af Kronikerprogrammet nedsat en Programstyregruppe. Da hospitalsdirektionerne blev repræsenteret i DAS medio 2011, nedlagde man Programstyregruppen pr. 1. januar 2012, hvorefter det samlede ansvar for implementering blev placeret i DAS.

På lokalt niveau er oprettet tværsektorielle samordningsudvalg, lokale implementerings- og samarbejdsprojekter relateret til de 11 hospitaler[24] og deres samarbejdspartnere i kommunerne og almen praksis samt en række tværgående projekter. Ledelsesmæssig opbakning og involvering i implementeringsarbejdet er en central faktor i implementeringslitteraturen (3, 5, 14) og i Region Hovedstadens lokale implementeringsstrategi. Kerneelementerne i den strategi, der skal sikre lokal ledelsesinvolvering, er at:

- De lokale tværsektorielle samordningsudvalg mellem hospitaler, kommuner og almen praksis har det ledelsesmæssige ansvar for tværsektoriel implementering af forløbsprogrammer.
- Der på hvert hospital er igangsat et selvstændigt implementeringsprojekt med udspecificerede implementeringsopgaver og en fuldtidsansat[25] projektleder til at facilitere implementeringen.
- Der på hvert hospital er oprettet faglige arbejdsgrupper, hvor klinikere og faglige ledere har det operationelle ansvar for implementering og overholdelse af forløbsprogrammernes principper.

De følgende afsnit sammenfatter erfaringerne med de elementer, der indgår i den lokale implementeringsorganisation.

4.1.1 Lokale tværsektorielle samordningsudvalg

Som en måde at styrke det tværsektorielle fokus i forløbsprogrammerne for type 2-diabetes og KOL har de lokale samordningsudvalg[26] været tiltænkt en helt central rolle i implementeringsorganisationen. Intentionen har således været, at disse skulle sikre det tværsektorielle fokus på implementeringen af forløbsprogrammer.

Ifølge de interviewede har de lokale samordningsudvalg også spillet en rolle for implementeringen, og samordningsudvalget opfattes som det oplagte sted at forankre arbejdet med lokal implementering. Nogle interviewede peger på, at det netop var dér, forbindelserne blev skabt, og at de er med til at fremme fælles viden og respekt for hinanden på ledelsesniveau. Der peges også på, at det tog tid at tale sig ind på hinanden og skabe gode relationer. Der peges på, at der blev oprettet implementeringsansvarlige underarbejdsgrupper og udvalg, som fungerede godt. Samarbejdet om kronikerbehandlingen har flere steder også ført til, at arbejdsgrupperne er fortsat som samarbejdsfora, hvor fagpersoner på tværs af patientforløbet mødes til fælles faglig opdatering og dialog om samarbejdet.

Et enkelt sted peges der på, at det ikke var gennem samordningsudvalget, at implementeringen blev faciliteret, fordi der i forvejen eksisterede en stærk samarbejdsorganisation. På Vestegenen foregik hovedparten af faciliteringsarbejdet således gennem Vestegnsprojektets styregruppe, der refererer til samordningsudvalgene for Glostrup og Hvidovre Hospitaler. Et andet eksempel på, hvordan samordningsudvalget har taget ansvar for fælles standarder, er planområde Nord, hvor der er nedsat en arbejdsgruppe "Fælles Gods".

---

[24] Der er 12 hospitaler i regionen, men Rigshospitalet har ikke et samordningsudvalg, da de ikke har lokalt optageområde inden for KOL og type 2-diabetes.
[25] Langt de fleste steder er der tale om fuldtidsstillinger.
[26] De lokale samordningsudvalg er samarbejdsfora, der samler ledelsesrepræsentanter fra kommuner og hospitaler samt repræsentanter fra almen praksis.

I Region Hovedstaden har der indtil 1. januar 2012 været 8 samordningsudvalg knyttet til de 11 hospitaler i regionen. I dag er der et samordningsudvalg pr. planområde. Dette giver blandt en del af de interviewede anledning til bekymring, fordi de oplever, at det betyder, at der er blevet længere til implementering. De oplever, at de nye samordningsudvalg i planområderne er mere politiske – at deres størrelse og medlemmer, der sidder højere i hierarkiet, medfører, at det er sværere at fastholde fokus på implementeringen af forløbsprogrammerne. Blandt workshopdeltagerne var det dog ikke alle, der delte opfattelsen af, at de nye samordningsudvalg er blevet mere politiske. Dem, der var uenige, pegede på, at der med samordningsudvalgenes tilknytning til planområderne er skabt en bedre platform i forhold til at arbejde for en mere tværgående standardisering. Der skal så blot arbejdes med at sikre den lokale implementering.

4.1.2 De lokale implementerings- og samarbejdsprojekter

Til hvert af de 11 hospitaler er der formuleret implementerings- og samarbejdsprojekter mellem hospitalet, kommunerne i det primære optageområde og almen praksis. Disse projekter kaldes også projekt 1. Oprettelsen af projekt 1 lederstillinger har her udgjort en central del af implementeringsstrategien.

Som led i implementeringen har projekt 1 lederne og relevante fagpersoner gennemført GAP-analyser med det formål at identificere implementeringsudfordringer. Nogle steder er der gennemført tværsektorielle audits. Hospitalerne og deres kommunale og almen praksis-samarbejdspartnere har haft forskellige udgangspunkter for at gå ind i dette arbejde. I Glostrup og Hvidovre er der således bygget videre på det allerede eksisterende samarbejde i "Vestegnsprojektet", og i Hillerød er der bygget videre på et lokalt samarbejdsprojekt mellem Hillerød Hospital, Hillerød, Allerød og Gribskov kommuner samt almen praksis.

Erfaringerne fra de lokale implementerings- og samarbejdsprojekter er, at det tager tid at oparbejde gode samarbejdsrelationer. Det var under de gennemførte interviews tydeligt, at der er forskelle på, hvor udbygget samarbejdsrelationen er – også inden for samme optageområder. Et hospital kan således have et meget stærkt samarbejde med en eller flere kommuner og samtidig et meget svagt udviklet samarbejde med andre kommuner, der fx ikke har samme veludviklede tilbud til borgerne. Også blandt de praktiserende læger er der meget store variationer i, i hvor høj grad de indgår i implementeringsorganisationen. Relativt få praktiserende læger har valgt at indtage en aktiv position. Samtidig er det en udfordring for samarbejdet, at almen praksis kan have patienter i flere forskellige kommuner og hospitalsoptageområder.

Som led i at understøtte det tværsektorielle samarbejde og kompetenceudvikling er der fx specialiserede hospitalsmedarbejdere, som har undervist kommunalt ansatte medarbejdere. Studiebesøg har i nogen udstrækning også været anvendt.

4.1.3 Særlige ressourcepersoner og implementeringsagenter

Implementeringsorganisationen har ud over den ledelsesmæssige forankring bygget på en række forskellige aktører og funktioner. Det drejer sig fx om projekt 1-ledere, praksiskonsulenter, almen praksis-facilitatorer og særlige implementeringsansvarlige i kommunerne. På nogle af hospitalerne har der derudover været tale om delvis frikøb af kliniske medarbejdere[27] (fx overlæger og diabetes- og KOL-sygeplejersker), ligesom der nogle steder også har været tale om et ugentligt frikøb på nogle timer af almen praksis. Nogle af de frikøbte medarbejdere har arbejdet for sammenhæng på tværs, fx ved at en hospitalsansat sygeplejerske har taget rundt i almen praksis, og en overlæge har fortalt om KOL i lægelaug. Hertil kommer det interne arbejde med at systematisere indsatsen i fx ambulatorierne og

[27] Da midlerne fra kronikerpuljen er fordelt imellem hospitalerne på baggrund af størrelsen af det medicinske optageområde, er der stor forskel på, hvor mange midler det enkelte hospital har haft til rådighed til frikøb af klinisk personale.

være nøglepersoner, som kolleger kunne henvende sig til. Specialeansvarlige sygeplejersker – og evt. andre frikøbte sygeplejersker – har flere steder haft ansvar for, at der findes patienter til hospitalets patientundervisning samt for at etablere et samspil mellem hospitalets og de kommunale tilbud.

Ansvaret for at indarbejde stratificeringsprincipper, behandlingsplaner, ændrede epikriser og lignende har typisk været placeret hos en overlæge. De interviewede overlæger fortæller i den forbindelse, at de selv har omsat forløbsprogrammets anbefalinger til nye rutiner i 'deres' ambulatorium. Lægerne understreger, at de nye rutiner hverken er vanskelige at indarbejde eller ændrer væsentligt på den eksisterende praksis.

Der har også været særligt engagerede praktiserende læger, herunder praksiskonsulenter, der har spillet en stor rolle, samt ildsjæle i kommunernes forebyggelsescentre. Det er fremgået ved interviewene, at der er mange ildsjæle blandt disse nøglepersoner, og at de har båret en stor del af implementeringen.

4.1.4 Projekt 1-lederne

Som en central del af implementeringsorganisationen er der på hvert af regionens hospitaler tilgået ressourcer til oprettelsen af en "projekt 1 leder"-stilling[28]. Formålet med stillingen har været at understøtte den lokale implementering af forløbsprogrammerne for KOL og diabetes. Det er forskelligt, hvilken leder projekt leder 1'eren refererer til (eksempler er direktionen, HR-chefen, kvalitetschefen og chefen for patientforløbsenheden).

Udmøntningen af indholdet i stillingen har også varieret på de forskellige hospitaler. Nogle steder har projektlederen primært haft fokus indad på hospitalet. Andre steder har fokus primært været på at understøtte samarbejde udad, mens de andre steder både har fokuseret på at understøtte internt og relationen mellem hospital, optageområdets kommuner og praktiserende læger. Særlig når begge roller opfyldes, opleves det samlede bidrag at være størst blandt de interviewede. Udover at holde fokus og have tid til opgaven har projektlederne generelt haft den force, at de havde viden om organisation og processtyring.

Interviewene viser en tydelig tendens til, at jo tættere man kommer på personalet i klinikken, jo større opleves bidraget fra projekt 1-lederne. De kliniske nøglepersoner, overlæger og afdelingssygeplejersker er således generelt meget positive. De oplevede, at projektlederne var ganske nødvendige som facilitatorer for udvikling. Som en hjælp og støtte for nøglepersonerne; nogle der driver på og dermed får ting til at ske.

> *"Hun har samlet en masse. Ellers flyder tingene og alle skal ud og opfinde den dybe tallerken." (Hospitalsansat medarbejder)*
>
> *"Hun har betydet alt. Hun har været min røde tråd. Ellers var vi aldrig kommet videre." (Hospitalsansat medarbejder)*

Også lederne på de gennemførte workshops peger på, at projektleder 1'erne har spillet en meget vigtig rolle i forhold til at slå døre ind, holde fokus og få ting til at ske. Andet ledelseslag (ledende overlæger, terapeuter og oversygeplejersker) på hospitalerne er til gengæld mere forbeholdne. De så i højere grad projektlederne som forløbsprogrammernes/regionernes repræsentant:

> *"Vi har følt, at det var en person, der sad derovre i administrationen." (Hospitalsansat leder)*
>
> *"Jeg ville hellere have brugt pengene lokalt. Der bliver brugt penge på et hav af konsulenter i en kæmpe organisation." (Hospitalsansat leder)*

[28] Titlen refererer til, at projektlederne er en del af det tværgående projekt 1. Der er i alt 18 tværgående projekter.

Nogle af de lægelige ledere ville hellere have anvendt midler på at skabe kliniske forskningsresultater om, hvad der kommer ud af forløbsprogrammerne. De mener, at der er et stort og vigtigt behov for at styrke evidensen for indsatserne. Og nogle af de sygeplejefaglige ledere ville hellere have haft mulighed for at anvende midlerne i deres kliniske afdelinger. Det største bidrag opleves fra de projekt 1'ere, som i udgangspunktet havde en god viden om, hvordan fx et hospital er bygget op, hvilke dørkarme det er vigtigt at stå i, samt hvilke arbejdsvilkår ledelsen har. Samtidig understreger lederne, at det er mindre hensigtsmæssigt at ansætte implementeringsansvarlige, som ikke besidder ovenstående kompetencer.

Mange af de interviewede har haft en bekymring om, hvordan fremadrettet fastholdelse og forankring sikres efter 1. januar 2013, hvor projektledermidlerne udløber. Den primære oplevelse er, at der fortsat er behov for at have særlige ressourcepersoner, der driver på udviklingen og kan holde implementeringen i gang. Derfor fremgik det allerede under interviewene, at næsten alle regionens hospitaler var i gang med at finde midler til at videreføre stillingerne eller tænke i andre former for understøttende stillinger.

4.1.5 Facilitatorer i almen praksis

Almen praksis bliver af de interviewede ikke anset for på samme måde som fx kommunerne at være gearet til at samarbejde med hospitalerne som en ligestillet organisation. De praktiserende læger er private erhvervsdrivende og har ingen medarbejdere ansat med det formål at implementere forløbsprogrammerne og andre projekter. De er heller ikke ansat i en hierarkisk struktur med en overordnet ledelse. En praksiskonsulent kan således ikke indgå aftaler på vegne af de andre praktiserende læger. For at nå bredere ud blandt de praktiserende læger er der som led i Kronikerprogrammet blevet ansat og uddannet en række praktiserende læger, der har arbejdet i en konsulentordning.

Facilitator-ordningen er et tværgående projekt under Kronikerprogrammet som evalueres selvstændigt[29]. Derfor går KORAs evaluering ikke i detaljer med erfaringerne fra facilitator-ordningen. Det skal dog understreges, at alle evalueringens informanter fra almen praksis kender til ordningen og oplever den som et meget nyttigt tiltag til at understøtte forløbsprogrammernes vej ind i almen praksis. Informanterne fra almen praksis anbefaler derfor, at støtten – i en eller anden form – videreføres og videreudvikles efter udgangen af 2012.

4.2 Ledelsens fokus og opbakning

Ifølge projektleder 1'erne har det flere steder været helt afgørende for implementeringsorganisationens gennemslagskraft på hospitalet, at der har været en vicedirektør, som synligt har bakket op. Dette gælder ifølge de interviewede særligt på de store hospitaler, der er præget af bureaukrati og officielle kommandoveje, mens det i de mindre huse er muligt at få ting til at ske ved "bare at hænge i en dørkam".

I surveyet er de hospitalsansatte og de ansatte i kommunen blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever, at ledelsen er opmærksom på, at retningslinjerne for forløbsprogrammerne bliver efterlevet. Der er ingen signifikant forskel mellem planlægningsområderne med hensyn til, i hvilken grad det vurderes, at ledelsen er opmærksom på, om retningslinjerne for forløbsprogrammerne efterleves.

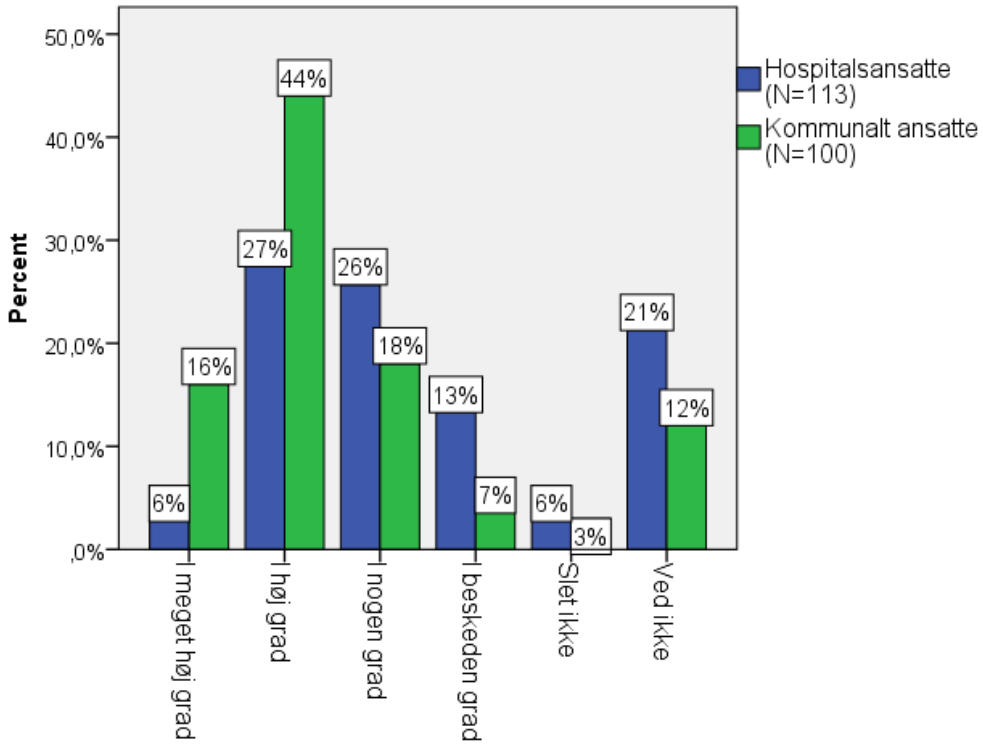
Samlet set i forhold til de to forløbsprogrammer mener 46 % af de hospitalsansatte og kommunalt ansatte, at ledelsen i meget høj grad eller i høj grad er opmærksom på, at retningslinjerne bliver efterlevet. 22 % svarer "i nogen grad", mens 15 % svarer "i beskeden grad" eller "slet ikke". En relativ

[29] Under facilitatorordningen er der uddannet et korps af praksiskonsulenter, som besøger deres kolleger for at rådgive om udvikling af kronikerbehandlingen. Mere information om facilitator-projektet kan ses her: http://www.regionh.dk/Kronikerprogram/menu/Projekter/Kompetenceudvikling/Facilitatorbesoeg/Facilitatorbesøg.htm

stor andel, 17 %, svarer "ved ikke", hvilket må være et udtryk for, at de er usikre på, om ledelsen er opmærksom, da fagpersonerne ydermere har haft mulighed for at svare "irrelevant", hvis spørgsmålet ikke vedrørte dem.

I nedenstående Figur 9 ses det, at det især er de kommunalt ansatte, der oplever, at deres nærmeste leder er opmærksom på, om de efterlever retningslinjerne for forløbsprogrammerne. Her er det næsten to tredjedele, der afgiver svaret "i meget høj grad" eller "i høj grad", mens det for de hospitalsansatte kun er godt en tredjedel. Derimod svarer de hospitalsansatte hyppigere "i nogen grad", "i beskeden grad" eller "slet ikke" sammenlignet med de kommunalt ansatte.

Figur 9: Ledelsens opmærksomhed på, at retningslinjerne i forløbsprogrammet for KOL og type 2-diabetes efterleves



Ledelsens rolle i hospitalsregi

I hospitalsregi oplever fagpersoner og ledere fra de udførende enheder generelt, at sygehusledelsen – repræsenteret via vicedirektørerne – har haft et tydeligt fokus på, at implementeringen er en "skal"-opgave. Samtidig understreger informanterne, at denne prioritering er vigtig, fordi den fremmer implementeringen. Blandt de gode eksempler, der er fremhævet via interviews, er:

- At der på flere hospitaler har været månedlige møder, hvor de ansvarlige ledere fra det medicinske optageområde skulle aflægge status for direktionen.
- Flere steder hvor direktionen i perioder meget aktivt har involveret sig i arbejdet med forløbsprogrammer – fx for at sikre ensartethed på tværs af hospitaler og kommuner.

Nogle nøglepersoner efterlyser tydeligere ledelsesopbakning fra afdelingsledelse og ansvarlige overlæger. Et flertal oplever dog, at deres nærmeste ledelse bakker op om nøglepersonernes implementeringsopgaver. En del sygeplejersker og terapeuter fortæller endvidere, at de har haft et godt samarbejde med deres nærmeste leder og/eller den lokale projekt 1-leder.

I forhold til at udbrede forløbsprogrammer på tværs af specialerne og på tværs af ambulatorier og sengeafsnit i medicinske afdelinger oplever de hospitalsansatte informanter, at opgaven er uklar, og mange efterlyser større ledelsesmæssig opbakning og afklaring i forhold til denne opgave. En udbredt vurdering er, at mange ledere på niveau 2 (dvs. ledende overlæger og oversygeplejersker) har været fraværende i implementeringen. Derfor ønsker informanterne, at der fremadrettet kommer fokus på, hvordan og hvor bredt forløbsprogrammerne skal udbredes på hospitalet, samt at relevante ledere i højere grad engagerer sig i denne opgave. En pointe fra interviews med afdelingssygeplejersker og oversygeplejersker er, at afdelingssygeplejerskerne ikke i tilstrækkelig grad har været inddraget i implementeringsorganisationen.

Ledelsens rolle i kommunalt regi

Ca. halvdelen af de kommunale informanter har brugt projektperioden til at udvikle og igangsætte de tilbud om patientuddannelse, der er aftalt i forløbsprogrammet. Fagpersonerne fra disse kommuner oplever god opbakning og ofte et tæt samarbejde med deres nærmeste leder. Den anden halvdel af de kommunale informanter fortæller, at de allerede havde de anbefalede tilbud, da projektperioden startede. For disse informanter er projektperioden først og fremmest brugt på at styrke henvisningssamarbejdet med almen praksis. I forhold til den interne organisering af 'det kommunale forløbsprogram' er der således ikke afdækket betydende efterspørgsel på mere involvering af fagpersonernes ledere.

Til gengæld efterlyser enkelte informanter, at ledelserne på overordnet niveau engagerer sig i at udvikle det tværsektorielle samarbejde, således at relevante samarbejdsparter i højere grad kender kommunernes opgaver og ansvar og gør brug af de muligheder, der er. Ønsket om ledelsesinvolvering er koblet til, at der mange steder kommer for få henvisninger fra almen praksis, samt til at der nogen steder især på KOL-området er uklarhed om arbejdsdelingen mellem hospitalets og kommunens patientskoler.

Ledelsens rolle i almen praksis

Almen praksis består af mange små enheder, som ikke har en samlet ledelse eller en honorarstruktur der reelt kan forpligte den enkelte læge til at implementere forløbsprogrammerne. De manglende incitamenter og den manglende ledelse anses jf. de forudgående kapitler – og som vi senere vil komme ind på – som en væsentlig barriere for forløbsprogrammernes udbredelse i almen praksis.

4.3 Den tværgående understøttelse af implementeringen

Selvom der har været en implementeringsorganisation, er det ikke alle informanter, der er enige i, dels at alle relevante aktører er blevet involveret, dels at midlerne er anvendt mest hensigtsmæssigt for at sikre implementering. Dette er ikke overraskende, i og med at der mange organisationer, aktører og faggrupper er involverede i behandling og forebyggelse for patienter og borgere med KOL og type 2-diabetes. Der er i tråd hermed flere forskellige perspektiver på, hvad der er vigtigt, og hvem det er vigtigt at involvere.

Hvad angår den overordnede styring af implementeringen af forløbsprogrammerne er det på den ene side en udbredt oplevelse, at denne er et udtryk for regional top down-ledelse styret af regionsgården. På den anden side er der informanter, der peger på, at regionen (forstået som regionsgården) ikke har optrådt som en samlet aktør. Sidstnævnte informanter efterlyser, at der i højere grad havde været en overordnet ledelse og koordination af forløbsprogrammerne og de tilhørende projekter. Oplevelsen er, at den samlede koordination og ledelse af de mange tværgående projekter i for høj grad har været præget af, at de organisatorisk har hørt hjemme i forskellige regionale enheder. Informanternes ople-

velse er således, at projekterne ikke i tilstrækkelig grad har været koordineret. Oplevelsen er også, at mange aktiviteter har kæmpet om nøglepersonernes tid, samt at det har været svært at få overblik over, hvad der egentlig er foregået. De tværgående projekter har ifølge flere i for høj grad levet deres eget liv, og de har ikke nået praksis hurtigt nok, men flere projektresultater (fx SOFT-databasen og elektroniske henvisninger) har samtidig været meget populære, når de når ud til nøglepersonernes praksis. De tværgående projekter anses således som vigtige, om end præget af udfordringer relateret til timing.

4.3.1 Den koordinerende funktion

Den koordinerende funktion (KORFU) er sekretariat for Kronikerprogrammet. Funktionen blev oprettet med det formål at støtte op om programmets 30 projektledere som er fordelt på i alt 18 projekter. Funktionen har varetaget sparring og rådgivning til de enkelte projektledere og løbende fulgt op på fremdriften i projekterne. KORFU har således skulle udøve en aktiv støtte til den praktiske implementering af forløbsprogrammerne lokalt i såvel hospitaler og kommuner som i almen praksis og i det lokale samarbejde. KORFU har faciliteret videndeling og netværksmøder for programmets mange deltagere. Derudover har det været KORFUs opgave løbende at opsamle erfaringer fra arbejdet med at implementere forløbsprogrammerne og sikre, at disse erfaringer blev udnyttet på tværs af regionen. Endelig har det været KORFUs opgave løbende at formidle til og drøfte status og resultater i diverse centrale ledelsesfora og politiske udvalg.

Hvor flere af de interviewede primært ser regionen som en stor organisation bestående af mange enheder, fremstår KORFU hovedsagelig for de lokale projektledere (projekt 1-ledere) som en helt central aktør. KORFU har fungeret som et fælles holdepunkt for projektlederne og skabt en platform for dialog og inspiration på tværs.

Samtidig efterspørges det, at den koordinerende funktion havde fået en mere synlig opbakning fra andre dele af regionsgården, ligesom det fremadrettet efterspørges, at funktioner som KORFU kommer hurtigere på banen, når der defineres projekter til ministerielle puljer, således at mulighederne for at koordinere og styre den samlede projektportefølje maksimeres.

4.3.2 It-understøttelse

Særlig it-understøttelsen bliver af informanterne set som vigtig, men for sen i forhold til behovet og timingen i de andre dele af implementeringen af forløbsprogrammerne.

> *"Der var flere, der fra starten sagde: Hvorfor går vi i gang inden vi har en elektronisk henvisningsmulighed?" (Projektleder)*

SOFT-portalen[30]

Et af de initiativer, der skal bidrage til et overblik for især almen praksis, er en fælles platform på sundhed.dk, hvor al information om kommuner og regioners tilgængelige tilbud og henvisningskriterier er samlet. Surveyet viser, at ca. en tredjedel del af respondenterne fra almen praksis og hospital har benyttet SOFT-portalen i forløbsprogramperioden. De resterende to tredjedele af respondenterne svarer, at de ikke kender portalen, eller at den ikke er relevant for dem.

Det samme billede gør sig gældende i interviewundersøgelsen, hvor det er et mindretal af informanterne, der kender og bruger SOFT-portalen. Flere informanter fortæller, at det langt hen ad vejen er en rodebutik at overskue junglen af tilbud til patienter på tværs af diagnoser og sektorer. Derfor er det interessant, at de informanter, der kender og bruger SOFT-portalen, vurderer, at den giver et fint over-

[30] Den fælles regionale og kommunale portal for sundheds- og forebyggelsestilbud under sundhed.dk

blik. SOFT giver således mere kendskab til hinandens tilbud. Samtidig fortæller flere, at portalen – hvis man tager sig lidt tid til at sætte sig ind i den - er relativt nem at bruge. Informanterne vurderer således, at portalen er en god kilde til mere viden og overblik for især den praktiserende læge.

Den største udfordring ser således ud til at knytte sig til manglende kendskab til og brug af portalen – ikke dens nytteværdi for målgruppen. Der er dog fremkommet enkelte forslag til forbedringer, som præsenteres nedenfor:

- Portalen skal være opdateret[31].
- Informanter fra almen praksis efterlyser, at man kan komme mere direkte ind på portalen, da det tager tid at logge på sundhed.dk og klikke sig ind igennem menuerne, før man når oversigten.
- Informanter fra almen praksis efterlyser, at de elektroniske henvisningsredskaber er integreret i SOFT-portalen – så det er let at henvise, når man alligevel er inde.

Ud over det vigtige arbejde med at understøtte kommunikationen på tværs ved hjælp af it, er der også arbejdet med at styrke de ansattes faglige kompetencer til at løfte opgaverne i Kronikerprogrammet samt med at udvikle netværk på tværs af sektorer.

4.3.3 De nødvendige faglige kompetencer

Forløbsprogrammerne indebærer, at opgaver flyttes fra sekundær til primær sektor. Derfor er der især i kommuner og almen praksis behov for at styrke de faglige kompetencer. Endvidere kræver forløbsprogrammerne, at fagpersoner i alle sektorer er opmærksomme på, hvordan de lever op til programmerne. Vi har i survey og interviews undersøgt, om fagpersoner og ledere vurderer, at de nødvendige faglige kompetencer er til stede, samt i hvilket omfang de tværgående projekter under Kronikerprogrammet har bidraget til dette.

Resultater fra surveyet

Fagpersonerne vurderer gennemsnitligt i højere grad, at de besidder de nødvendige faglige kompetencer i forhold til forløbsprogrammet for type 2-diabetes, end de gør i forhold til forløbsprogrammet for KOL (for figurerne, se bilag 1).

En uddybning af de forskellige gruppers besvarelser viser dog nogle variationer. I gruppen af hospitalslæger angiver alle fx, at de enten i meget høj eller i høj grad besidder den nødvendige faglige kompetence i forhold til forløbsprogrammet for KOL. I forhold til de andre faggrupper er der inden for kommunegruppen en relativ stor andel, ca. hver tredje, der svarer, at de "i nogen grad", "i beskeden grad" eller "slet ikke" besidder de faglige kompetencer.

I forhold til type 2-diabetes er der kun 13 hospitalslæger, der har svaret, men alle disse angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad besidder den nødvendige faglige kompetence. Hos fagpersonerne i kommunen er der en større tendens til at vurdere, at man besidder de nødvendige faglige kompetencer til forløbsprogrammet for KOL end for forløbsprogrammet for type 2-diabetes. Dette ses med en forskel på 17 procentpoint på, hvor mange der svarer, at de i meget høj eller i høj grad besidder de nødvendige faglige kompetencer for KOL-forløbsprogrammet i forhold til samme svar for forløbsprogrammet for type 2-diabetes.

[31] Dette har betydning for, om man vælger at bruge den igen. Flere informanter har haft store frustrationer ud af at henvise til tilbud, som ikke længere eksisterer, eller tilbud som har ændret henvisningskriterier. Derfor ses det som en stor fordel, at flere og flere af de kommunale tilbud får permanent status. Der er informanter, som har oplevet, at det tager for lang tid eller helt glipper med at opdatere portalen, efter at ansvaret for dette er flyttet fra den enkelte kommune til en central funktion på sundhed.dk.

De resterende faggruppers svarmønster minder om hinanden i forhold til de to forløbsprogrammer, hvor der som nævnt er en lille tendens til at vurdere en højere grad af faglig kompetence i forhold til type 2-diabetes-programmet end i forhold til KOL-programmet.

Vi finder desuden en stærk positiv sammenhæng mellem, at de fagpersoner, der svarer, at de har et godt kendskab til forløbsprogrammerne, også vurderer, at de i høj grad besidder den nødvendige faglige kompetence.

Ved de gennemførte interviews vurderede næsten alle fagpersoner, at de selv og deres kolleger har de nødvendige kompetencer til at løfte de opgaver, som de er tilskrevet i forløbsprogrammerne[32]. Enkelte ledere pegede dog på, at dette var et område, de arbejdede med at løfte.

4.3.4 Tværgående kompetence- og netværksudviklingstiltag under Kronikerprogrammet

Fagpersoner og ledere oplever, at der er sket et kompetenceløft i kommunerne i perioden med forløbsprogrammer. Det er især de kommunale fagpersoner, der fortæller, at de har deltaget i kompetenceudviklingstiltag under Kronikerprogrammet og fået et godt fagligt udbytte samt nyttige relationer til terapeuter og sygeplejersker fra hospital. Samlet set fremgår det dog, at erfaringerne fra de igangsatte tilbud om kompetenceudvikling og netværksdannelse er noget blandede.

Informanternes væsentligste pointer og gode råd er sammenfattet i de følgende afsnit, der omhandler Fælles Skolebænk, kurser om sundhedspædagogik og patientundervisning, studiebesøg og etablering af lokale faglige samarbejdsfora.

Fælles Skolebænk

Fælles Skolebænk er et af de store projekter i Region Hovedstadens Kronikerprogram. Fælles Skolebænk har egen styregruppe, ansatte projektledere og en selvstændig evaluering[33]. Det er tænkt som et tværsektorielt og tværfagligt tilbud om kompetenceudvikling, som har til formål at:

- Give kendskab til forløbsprogrammernes arbejdsdelinger og betydning for fagpersoner i de enkelte enheder og sektorer.
- Give en diagnosespecifik faglig opdatering til relevant sundhedsfagligt personale.
- Fremme samarbejde og videndeling om patientforløb mellem sektorer og faggrupper.

Et centralt element i Fælles Skolebænk er, at undervisningen sker på tværs af sektorer og faggrupper for at øge andelen af fælles viden og relationer mellem relevante nøglepersoner i kronikerbehandlingen. Målet er således både at skabe mere tværgående viden og at skabe koordinationsfremmende netværk. Fælles Skolebænk har altså været et initiativ, hvor aktørerne kunne møde hinanden tværsektorielt, og hvor medarbejdere kunne kompetenceudvikles.

Det var ifølge de interviewede projekt 1-ledere en meget svær opgave at udvikle Fælles Skolebænk, da de forskellige aktører havde forskellige ønsker. I første omgang blev en model med 3,5 dage på Fælles Skolebænk testet. Den anvendte model endte på 1,5 dag.

Ca. halvdelen af de interviewede fagpersoner har deltaget i Fælles Skolebænk. Flertallet af de kommunale fagpersoner, der havde været på Fælles Skolebænk, forbandt positive oplevelser med det. De fortalte, at kurset havde givet et godt fagligt udbytte og bedre kendskab til forløbsprogrammet, mere

[32] En leder ansat i det kommunale fortalte, at øvelsen for kommunerne også netop handlede om at vise sig som værdige samarbejdspartnere.
[33] Yderligere information om Fælles Skolebænk kan ses her:
http://www.regionh.dk/Kronikerprogram/menu/Projekter/Kompetenceudvikling/F%C3%A6lles+Skoleb%C3%A6nk/

viden om hinandens opgaver samt ansigter på primære samarbejdsparter i hospitalsregi. De oplever altså at have fået et fagligt udbytte, som de efterfølgende kunne bruge i det borgerrettede arbejde.

Flertallet af de hospitalsansatte havde omvendt haft mere negative oplevelser. Kritikken gik bl.a. på, at deltagerne ikke var sammensat på en måde, der fremmede det lokale og naturlige samarbejde; at kvaliteten af kompetenceudviklingen ikke var høj nok (særligt de hospitalsansattes synspunkt), og at Fælles Skolebænk kom for sent i forhold til behovet. *"Det tog halvandet år at udvikle, selvom vi havde haft brug for det halvandet år før". (Projektleder).* Informanterne er altså kritiske over for organiseringen, gennemførelsen og udbyttet af Fælles Skolebænk.

På Bornholm havde de en særlig model med et meget højt deltagerantal. Andre steder var det svært at rekruttere til Fælles Skolebænk, særligt i almen praksis og blandt de hospitalsansatte. Nogle planlagte hold måtte i tråd hermed aflyses.

Interviewene giver anledning til at fremhæve følgende problemstillinger og anbefalinger:

- Mange vurderer, at konceptet skulle have været klar i starten af projektperioden, hvor det var vigtigt at udbygge kendskabet og relationerne til hinanden. I dag vurderer informanterne, at de relevante nøglepersoner har lært hinanden at kende via udviklingsarbejde og daglige samarbejdsrelationer. Derfor anbefales regionen at tænke i andre baner end Fælles Skolebænk fremadrettet på diabetes- og KOL-området. Ved opstart af nye programmer kan elementer fra Fælles Skolebænk dog anvendes som kick off.
- Intentionen om at samle fagpersoner på tværs af fag og sektorer har været svær at realisere, og der har særligt været problemer med at rekruttere læger[34].
- Der har været diskrepans mellem Fælles Skolebænks brede målgruppe og de faktiske deltagere. Interviewene indikerer, at det først og fremmest er de mest engagerede og vidende nøglepersoner, der har tilmeldt sig kurset. Mange af disse har oplevet, at niveauet i undervisningen var for lavt, hvorfor de er faldet fra efter den første dag.
- En del af de kommunale deltagere ønsker mere faglig undervisning i sundhedspædagogisk metode og lignende, da det er der, deres primære behov for kompetenceudvikling er.
- En del informanter fortæller, at det er svært at sætte fokus på det tværsektorielle, når der endnu ikke er styr på organisering og opgaver internt i den enkelte sektor.
- I mange tilfælde er det ikke lykkedes at samle de nøglepersoner på tværs af fag og sektorer, som har et reelt opgavefælleskab. Når det lykkes (fx på Bornholm[35]), oplever informanterne til gengæld et stort udbytte.
- Mange deltagere har svært ved at finde rundt i formålene for Fælles Skolebænk. Samtidig vurderer flere, at materialet, der beskriver kursets indhold, er for upræcist, og kurserne er for lange. Informanterne anbefaler derfor at adskille kompetenceudvikling og netværksdannelse i fremadrettede tilbud, samt at netværksdannelse organiseres i en form, der ikke tager mere end en halv dag (lagt sidst på dagen, så der ikke går for meget tid fra det patientrettede arbejde).

[34] KORA har i den forbindelse udarbejdet en interviewundersøgelse, som afdækker lægers perspektiver på Fælles Skolebænk til de evalueringsansvarlige (15). Undersøgelsen viser bl.a., at informationen om Fælles Skolebænk i lille grad har nået lægerne, og at konceptet ikke tiltaler de læger, der er interviewet.

[35] Bornholm fremstår som en markant undtagelse i forhold til deltagelse og udbytte af Fælles Skolebænk. På Bornholm er det nemlig lykkedes at gennemføre Fælles Skolebænk på en måde, der lever op til intentionerne, samtidig med at stort set alle relevante fagpersoner fra hospital, almen praksis og kommune har deltaget. Interviewdeltagerne fortæller i den forbindelse, at de har haft stort udbytte af Fælles Skolebænk, samt at der efterfølgende er etableret tværsektorielle faglige netværk som, mødes 3-4 gange om året.

Ovenfor er fremhævet mange udfordringer for Fælles Skolebænk. Det ser ud til, at konceptet – grundet kravene til deltagersammensætning og de forskellige formål – let bliver fanget mellem forskelligartede ønsker og forventninger fra forskellige faggrupper og sektorer. Samtidig kræver Fælles Skolebænk, sammenlignet med almindelig kompetenceudvikling, en stor indsats for at sætte det rigtige hold på den netværksskabende del. KORA er opmærksom på, at der er en kraftigt revideret version af Fælles Skolebænk på vej, som forsøger at tage højde for ovenstående udfordringer og anbefalinger.

Kurser om sundhedspædagogik for patientundervisere

Region Hovedstaden har i forbindelse med Kronikerprogrammet udbudt en række kurser om sundhedspædagogik, som er målrettet fagpersoner, der vejleder og underviser patienter med kronisk sygdom. De informanter, der har deltaget på disse kurser, er meget tilfredse med gennemførelsen og udbyttet, dels i forhold til at lære om, hvordan man skaber motivation til livsstilsændringer, dels i forhold til at få inspiration til opbygning og gennemførelse af holdbaseret undervisning.

Studiebesøg hos samarbejdsparter

> *"Studiebesøgene er nok det, der rykker os allermest – når vi får mulighed for at opleve hinandens dagligdag. Hold da op hvor er de [KOL-patienter] dårlige, når de bliver indlagt. Det giver forståelse for, hvorfor de ikke lige svarer, når man ringer." (Kommunal leder).*

Som citatet illustrerer, fremhæver flere informanter gensidige studiebesøg som et godt middel til at fremme forståelse for hinandens arbejdsvilkår og fælles viden, der kan fremme et forløbsorienteret samarbejde, fx når patientundervisere fra hospitaler deltager i kommunens undervisning, eller når hjemmesygeplejersker har en dag på en lungemedicinsk afdeling. Generelt er der stor opbakning til at sætte sådanne initiativer i system. Informanterne understreger dog, at det skal være relevante fagpersoner, der besøger hinanden, samt at der skal være lagt et ordentligt program, som sikrer den enkeltes udbytte. Endelig bliver der peget på, at det kan være en udfordring at finde ressourcer til studiebesøg.

Samlet set er der en oplevelse af, at der har været både kompetence- og netværksudviklingstiltag i forbindelse med Kronikerprogrammets implementering af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes. Det er forskelligt, i hvor høj grad de forskellige grupper oplever at have fået forøget deres faglige kompetencer, ligesom det er forskelligt, hvorvidt oplevelsen er, om det er de tværgående tiltag eller snarere de lokale samarbejdsflader i forbindelse med forløbsprogrammerne, der har ført til mere kendskab til hinanden og bedre samarbejde.

Som afrunding på dette kapitel perspektiveres, hvor langt implementeringsorganisationen er nået med at implementere forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes, ligesom de fortsatte udfordringer diskuteres.

4.4 Status på målopfyldelse og fortsatte udfordringer

> *"Det er jo i virkeligheden et 10-årigt projekt." (Projektleder)*

> *"Det kommunale sundhedsvæsen var i sin vorden. Der er sket vildt meget. Den største opgave var at sluse de patienter ud, der ikke skulle gå hos os. Vi fik pludselig papir på, hvem der hørte til hvor. Og vi skulle erkende, at almen praksis skal tage sig af dem." (Hospitalsansat leder)*

> *"Der er meget mere accept af, at vi er en del af ét sundhedsvæsen, og tiltro til hinanden." (Hospitalsansat leder)*

Som det er fremgået, er en række af de mål, som implementeringen sigtede efter, blevet indfriet. Der er opnået et bedre tværsektorielt samarbejde, og der er opnået bedre forløb for patienten eller borgeren med kronisk sygdom. Om ressourceudnyttelsen er effektiv, er også ved at blive undersøgt.

Om målopfyldelsen udelukkende er et resultat af det konkrete implementeringsarbejde, der er gennemført som led i Kronikerprogrammet, er det ikke muligt med 100 % sikkerhed at konkludere. Dertil er konteksten alt for kompleks. Nogle af evalueringens informanter har fx peget på, at sundhedsaftalerne også har bidraget i samme retning, ligesom det generelt er oppe i tiden at forholde sig til sammenhænge i sundhedsvæsenet. Når det er sagt, har det også været meget tydeligt, at det har gjort en stor forskel, at der har været en implementeringsorganisation. At der er blevet arbejdet fokuseret med at skabe resultater – også på trods af de barrierer, der er dukket op.

4.4.1 Hvor langt er implementeringen nået?

Under interviewene har alle informanter vurderet, hvor langt implementeringen af forløbsprogrammer er kommet på en skala fra 1-10. Svarene viser, at det er nødvendigt at skelne mellem et snævert og et bredt perspektiv på implementering af forløbsprogrammerne.

Det snævre perspektiv knytter sig til den enkelte enheds implementering af de rutiner og tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammet. Fx at den behandlingsansvarlige læge mindst en gang om året skal stratificere patienten og lægge en behandlingsplan sammen med denne, eller anbefalingen om hvilke undervisningstilbud hospitalsafdelinger og kommuner skal have. På dette niveau vurderer nøglepersonerne fra de enkelte lokalområder gennemsnitligt, at implementeringen er nået mellem 6-8, hvilket ses som en succes, om end der fortsat er plads til forbedring (10 er fuldt implementeret).

Det brede perspektiv er knyttet til visionen om, at forløbsprogrammerne skal bidrage til bedre behandling og mere sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sektorer, fx ved at der kommunikeres rettidigt og målrettet mellem aktører, eller ved at arbejdsdelingen mellem almen praksis og hospitaler optimeres. På dette niveau varierer nøglepersonernes bud på, hvor langt implementeringen kommet, til mellem 3-6.

Informanterne fortæller, at det tager rigtig lang tid at komme fra 0-3 på skalaen, bl.a. fordi man skal lære hinanden at kende, mobilisere ressourcer og starte nye henvisningssamarbejder op. Disse aktiviteter er ofte komplicerede og ressourcetunge sammenlignet med udvikling internt i egen organisation. Når man er kommet til 3 og har opnået et grundlæggende kendskab til hinanden begynder tingene til gengæld at gå lettere, *"… fordi bilen er skubbet i gang" (Projektleder).*

I surveyet vurderer 56 % af fagpersonerne, at forudsætningerne for, at forløbsprogrammerne kan fungere er – eller stort set er – til stede (se evt. kapitel 3 i bilag 1). 24 % vurderer, at de ikke er til stede, mens en relativt stor andel på 20 % svarer "ved ikke". Det virker, som om respondenterne i surveyet er en smule mere positive over for de grundlæggende forudsætninger for at få forløbsprogrammerne til at fungere optimalt end informanterne fra interviewundersøgelsen. I den forbindelse skal det dog bemærkes, at surveyet ikke inkluderer ledere, samt at en stor overvægt af de fagpersoner, som vurderer, at de rette forudsætninger er til stede, kommer fra kommunerne (68 %). Dette kan hænge sammen med det afgrænsede forløb vedrørende patientuddannelse og træning, der arbejdes med i kommunerne, jf. afsnit 3.1.

I de næste afsnit vil vi beskæftige os med nogle af de centrale implementeringsudfordringer, der gør, at ikke samtlige mål endnu er opfyldt. Det vil fremgå, at der i høj grad er tale om strukturelle barrierer, som udfordrer målet om sammenhæng.

4.5 Fortsatte implementeringsudfordringer

"Det er kendskabet til hinanden, der er det primære. Man tog 50 % af midlerne og forankrede dem i centrale ting. Det er helt paradoksalt." (Projektleder)

Der peges i litteraturen på flere væsentlige forhold for en succesfuld implementering. Disse er eksempelvis tilstedeværelsen af fælles mål, ledelsesopbakning, it-systemer der understøtter informationsudveksling, klare rollefordelinger og anledninger til at mødes fx gennem fælles lokalisering. Samtidig peges der på følgende klassiske barrierer: Forskelle i fagidentitet, manglende tillid og respekt, økonomiske incitamentsstrukturer og konstante omorganiseringer (3-5). De klassiske barrierer har været genkendelige i forhold til implementeringen af forløbsprogrammerne. Samtidig har de forhold, som litteraturen peger på som væsentlige for succes, kun delvis været til stede.

Forløbsprogrammer kan ses som teknologier, der har til formål at bygge bro over de "*gaps*", der nødvendigvis må opstå, når forskellige aktører (afdelinger, sektorer og individer) samarbejder og arbejdsdeler om forløb. Der er altså tale om tiltag, som i sin grundform er kompenserende for mangel på "naturlig" kontinuitet og koordination. Som udgangspunkt er det ikke muligt at skabe arbejdsdeling uden samtidig at skabe koordinationsudfordringer. Dette er en grundlæggende præmis – ikke bare imellem organisationer, men også inden for de samme organisationer.

For at kompensere herfor kan der anvendes tre arketypiske koordinationsmekanismer: Standardisering, formalisering og gensidig tilpasning (16). Anvendelsen af fælles stratificeringer, it-løsninger til at understøtte koordinationen kan ligesom opbyggelsen af mere fælles kompetencer ses som tiltag, der fremmer standardisering og formaliserede aftaler om arbejdsdeling. Netværksdannelse kan derimod ses som tiltag, der fremmer gensidig tilpasning som koordinationsværktøj. Samtidig er det under interviewene ofte blevet påpeget, at det ikke er muligt for alle i systemet at lære hinanden at kende. Hertil er antallet af mulige relationer alt for stort. Derfor har flere været inde på, at det er vigtigt, at udvalgte nøglepersoner med "naturlige" samarbejdsflader lærer hinanden at kende. Det er altså ikke realistisk at sætte ansatte sammen på tværs af sektorer bare for bredt at lære hinanden at kende, jf. erfaringerne fra Fælles Skolebænk.

Der er under interviewene blevet peget på flere udfordringer for at komme videre med implementeringen af forløbsprogrammerne. Nogle af disse relaterer sig til koordinationstiltag, andre relaterer sig til de strukturelle betingelser, forløbsprogrammerne støder ind i:

- Det er svært at komme videre, før de understøttende it-systemer og aftaler om rettidig og målrettet kommunikation er på plads.
- Det fremstår som en væsentlig udfordring, at flertallet af fagpersoner kun ser og taler implementering af forløbsprogrammet i et snævert perspektiv, jf. afsnit 4.4.1.
- Fagpersonerne i kronikerbehandlingen giver i høj grad udtryk for, at deres hverdag er presset af krav om stigende effektivitet, hvilket er med til at vende fokus indad på interne forhold frem for tværgående samarbejde.
- Om lidt slutter projektperioden og de særlige projektmidler. Derfor er der en bekymring om, hvordan fokus og fremdrift fastholdes. *"Hvordan sikrer man, bilen ikke kører baglæns igen?" (Projektleder).*
- Der er også peget på udfordringer relateret til arbejdsdeling. Fx udpeges det som et problem, at mange praktiserende læger ikke ønsker at være ansvarlige for opstart af insulinbehandling til diabetespatienter. Derfor oplever hospitalerne fortsat, at de får mange patienter henvist, som burde være klaret i almen praksis.

- Endelig udgør den økonomiske incitamentsstruktur en barriere.

I de følgende afsnit vil vi se nærmere på en række af de nævnte barrierer.

4.5.1 Adskilte verdener

> *"Man har ganske travlt i de tre sektorer. Derfor nemmest at gøre, som man plejer. Og derfor nødvendigt med nogle, der står og bliver ved med at trække til truget." (Praktiserende læge)*

> *"Problemet er, at der ikke har været en tværsektoriel samarbejdskultur. I hver organisation skal man have det til at køre, og så skal man tage stilling til samarbejdet." (Hospitalsansat leder)*

Selv om forløbsprogrammerne har spillet en betydningsfuld rolle i det vedvarende arbejde med at danne relationer og indsigter på tværs af sektorerne, så er der ifølge de interviewede stadig langt at gå. En af årsagerne hertil er, at der stadig i høj grad er tale om adskilte verdener. Samt at viden om, hvad der foregår, ikke altid er tilgængelig på tværs af verdenerne. Ud over de kontakter og relationer, nogle af nøglepersonerne har, er der ikke så meget, der skaber en konkret oplevelse af sammenhæng.

Som nogle af de interviewede var inde på, så handler det derfor i høj grad om at skabe kompenserende tiltag. Koordination bliver et stykke hen ad vejen nødt til at være kompenserende i og med, at der er tale om geografisk, arbejdsdelingsmæssigt, aflønningsmæssigt og traditionsmæssigt adskilte organisationer og aktører.

4.5.2 Rolleklarhed og arbejdsdeling

> *"Det var ikke meningen, de først skulle have et tilbud på hospitalet og så ude hos os. De var meningen, de kun skulle have de meget syge – og at primærsektoren skulle forebygge." (Kommunal leder)*

Af forløbsprogrammerne for type 2-diabetes og KOL fremgår det, at den praktiserende læge skal fungere som tovholder for patienterne og dermed have en fremtrædende og proaktiv rolle. Kommunens rolle er at varetage den borgerrettede sundhedsfremme og dele af den patientrettede forebyggelse, mens det er hospitalernes rolle at tage sig af de mest syge og komplekse. På papiret er de tre forskellige aktører så at sige specialiserede i hver deres funktion. Der er en klar arbejdsdeling.

I hverdagen fremstår disse roller ikke altid helt så entydige i måden, de omsættes på. Der er ikke altid tillid til, at hinandens specialiseringsgrad er tilstrækkelig. Og arbejdsdelingen anses ikke altid for at være klar. Der ligger fortsat en opgave i at opbygge tillid til hinandens måder at håndhæve arbejdsdeling. Datafangst i almen praksis vil fremadrettet sandsynligvis bidrage til at synliggøre de praktiserende lægers rolle.

4.5.3 Er der mening med det/evidens for det?

I såvel interviewene i denne evaluering og på arbejdsgruppemøder har der været en tendens til forfald blandt lægerne. Flere interviewede har derudover påpeget, at forløbsprogrammerne i højere grad har været båret af sygeplejersker og terapeuter end af læger. Der peges på, at lægerne har sværere ved at se meningen med det. Ifølge sygeplejerskerne handler det også om, at lægerne er individualister, og at det er svært at få dem til at arbejde efter et skema. Der peges også på, at lægerne ikke synes, der er evidens nok for dele af indholdet.

> *"Hvem siger, man skal have holdtræning på diabetes? Det er der ikke evidens for." (Overlæge)*

> *"Måske er der ikke evidens for træning til KOL patienter." (Terapeut)*

"At vi bruger så mange penge på noget, vi ikke har viden om. Det er til at græde over." (Hospitalsansat leder)

Skal lægerne i højere grad inddrages i aktiviteterne, er det derfor måske på nogle områder nødvendigt med en stærkere faglig argumentation for, at det virker. Også i kommunerne er der et behov for at kunne se, at udkommet står mål med indsatsen.

"Jeg oplever, at jeg som kommunerepræsentant optræder som statist i et regionalt stykke. Vi arbejder med tilbud. Om vi gør en forskel for borgerne? Ja, det ved vi ikke." (Kommunal leder)

"Evidensen er et problem. Hvis ikke det begynder at give afkast, og vi får sværere ved at rekruttere de her borgere, så er det et kæmpe problem." (Kommunal leder)

Evidensen er en udfordring, der ikke er en simpel løsning på, i og med at effekten af forebyggelsestiltag er kompleks at vurdere. Hertil kommer, at effekten skal vurderes over lang tid.

4.6 Strukturelle udfordringer

"De strukturer, du vil bygge forandringen på, er ikke til stede. IT, ledelsen og økonomien er ikke til stede." (Projektleder)

"Klinikerne ville have phd'er, almen praksis havde deres pressede hverdag og kommunerne deres selvstyre. Der var lagt i ovnen til en vanskelig opgave. Man kunne have lavet strukturen først." (Kommunal leder)

Uagtet hvor godt et program er, afhænger dets implementering ud over implementeringsstrategien og -organisationen også af eksterne forhold såsom sociale, økonomiske og politiske faktorer (3). At der også er overordnede strukturelle betingelser i spil ved implementering af forløbssprogrammer, var tydeligt i de gennemførte interviews samt i nogle af survey-respondenternes fritekstkommentarer. Der peges i særlig grad på: 1) det kommunale selvstyre, 2) almen praksis som selvstændige erhvervsdrivende, 3) økonomiske incitamenter, 4) it-infrastruktur og 5) politisk styret udvikling gennem puljemidler.

4.6.1 Det kommunale selvstyre

Det kommunale selvstyre er meget entydigt i de gennemførte interviews blevet udpeget som en udfordring i forhold til at opnå en fuld og ensartet implementering af forløbsprogrammerne. Oplevelsen er, at der for kommunerne er tale om en "kan"-opgave og ikke en "skal"-opgave. Det betyder, at der er forskelle på, i hvor høj grad kommunerne prioriterer at udvikle tilbud.

"I al beskedenhed var det ikke det, der lå på hospitalet, der var et problem. Vores krav kunne vi i forvejen. Den store opgave var det tværsektorielle samarbejde. Vi havde tre kommuner, der vil meget – men de vil noget forskelligt. En mente, der ikke var KOL-patienter, en anden havde vi fuldt implementerede projekter med, og de kendte os godt allerede. Jeg respekterer kommunernes demokrati, men det var en "kan"-opgave." (Hospitalsansat leder)

"Man behandler en strukturudfordring, som om det var et samarbejdsproblem. Det er ikke en god måde at bruge midlerne på. Man anerkender ikke, at vi har kommunalt selvstyre. Man tænker, at man kan bruge forløbsprogrammerne som brækjern." (Kommunal leder)

Der peges også på at der er variationer i, hvilket indhold tilbuddene har, samt relateret hertil at nogle kommuner ikke har de tilstrækkelige faglige kompetencer til at løfte opgaverne.

4.6.2 Almen praksis som selvstændige erhvervsdrivende

Et andet tilbagevendende tema har været den måde, som praktiserende læger er organiseret og honoreret på som små selvstændige erhvervsdrivende. Oplevelsen er, at almen praksis løfter mange forskellige opgaver under et ofte stort arbejdspres. Det er også oplevelsen, at det er svært at koordinere på tværs af almen praksis. Igen er oplevelsen, at der for høj grad er tale om et "kan" og ikke et "skal", og at det kan være svært at mobilisere de praktiserende lægers tid og interesse.

> *"Facilitatoren har været ude ved ca. 60 % af almen praksis. Resten var det ikke nødvendigt at være ude til, for de ville ikke være med." (Projektleder)*

Flere interviewede har været inde på, at forløbsprogrammerne særlig er en udfordring at implementere i solopraksisser. "Det taler ikke til dem". Igen er der tale om en udfordring, der er svær at ændre på, i og med at den rører ved fundamentale sider i den måde, praktiserende lægers arbejde er struktureret på. Evalueringen – og KORAs øvrige viden om almen praksis – viser, at der p.t. er mange og reelle barrierer for, at almen praksis som helhed lever op til de ønskede forpligtelser i forløbsprogrammerne. At tage hånd om disse udfordringer – som bl.a. bunder i overenskomster, faglige traditioner og strukturelle forhold – rækker langt ud over opgaven med at implementere forløbsprogrammer. Det fremstår dog positivt, at der er tilfredshed med facilitator-ordningen, samt at ibrugtagningen af datafangst ser ud til at understøtte den ønskede implementering.

4.6.3 Den økonomiske incitamentsstruktur

> *"Der er ingen økonomiske incitamenter til at leve op til forløbsprogrammerne. Der er mange incitamenter til ikke at gøre det." (Hospitalsansat leder)*

Et relateret tema har været den økonomiske incitamentsstruktur. Der peges især på, at det kan være et problem at "afgive" sine patienter, når dette medfører en nedgang i indtjening. Oplevelsen er, at der både for praktiserende læger og ambulatorielæger er økonomiske incitamenter til at holde fast i særligt diabetespatienter. Fx at de praktiserende læger ikke henviser til ambulatorier, fordi de er bange for at miste penge, eller omvendt, som nogle hospitalsansatte forestiller sig, at de praktiserende læger henviser alt, der er besværligt, for at koncentrere sig om de enkle opgaver de kan tjene penge på. Almen praksis har også fortsat forestillinger om hospitalerne i forhold til, at de beholder de nemme patienter i ambulatoriet for lette DRG-kroner, og lette patienter til de læger der er i uddannelsesforløb. En hospitalsansat informant udtaler i den forbindelse at:

> *"Her på hospitalerne har vi haft den fejl, at vi ikke har været så gode til at sætte patienterne i forløb og så ud igen. Så praktiserende lægers oplevelse har nok været rigtig nok."*

Der peges også af hospitalsansatte ledere på, at det kan være et økonomisk problem, at de når færre patienter i ambulatoriet, når patienterne er mere syge, ligesom arbejdet anses for tungere, hvis der ikke er "flere succeshistorier" imellem.

De kommunale og hospitalsansatte informanter vurderer også, at den økonomiske incitamentsstruktur modvirker, at ansatte på hospitalet underviser i kommunerne. Arbejdet er ifølge de interviewede enten ikke eller dårligt betalt. I almen praksis anses afskaffelsen af "forebyggelsesydelsen" for at hæmme implementeringen af ideerne i forløbsprogrammerne. Afskaffelsen gør ifølge de interviewede, at det er mindre attraktivt at ansætte praksispersonale, samt at praksispersonale anvender for lang tid på de kroniske patienter i forhold til den nuværende økonomiske afregning.

4.6.4 Timing dikteret af puljemidler

Puljemidler udgør et særlig økonomisk incitament til at sætte særlig fokus på udpegede områder. Om end puljemidlerne har været afgørende for, at Kronikerprogrammerne er igangsat, knytter der sig to udfordringer til denne måde at initiere forandringer på.

1) Et udviklingsprojekt – ikke relateret til driften!

En udpræget holdning blandt de interviewede har været, at det fænomen, der ofte beskrives som projekt- og puljetyranni, betyder, at fokus og arbejdsindsats omkring udvikling ofte bliver fragmenteret og ufuldstændig. Der efterspørges mere tid og ro til at føre tingene til dørs og i drift.

> *"Det er en god proces, vi vil gerne have lov til at arbejde videre i fred." (Kommunal leder)*

Det udprægede fokus på projekter og puljemidler har også den konsekvens, at det bliver sværere ledelsesmæssigt at holde styr på alle boldene. Driften risikerer dermed en fortsat dekobling fra udviklingsprojekterne, som primært lever gennem særligt udpegede udviklingspersoner. En del efterlyser, at fremtidig udvikling i højere grad integreres i eksisterende enheder og kvalitetsarbejde. Og frem for alt ønsker informanterne, at de får fred til at videreføre implementeringen – uden nye ændringer i samarbejdsstrukturerne.

2) Puljemidlerne dikterer timing og anvendelsen af ressourcerne

> *"Arbejdet med forløbsprogrammerne har været ligesom at løbe, mens man prøver at tage bukserne på." (Projektleder)*

Flere interviewede har været inde på, at timingen mellem de forskellige projekter i Kronikerprogrammet ikke har været optimal. Oplevelsen var også, at det gik for hurtigt og var for kaotisk.

> *"Man gik i gang, inden vi havde redskaberne, som skal få det hele til at hænge sammen." (Kommunal leder)*

Udsagnet knytter an til timingen i Kronikerprogrammet, hvor en lang række implementeringsaktiviteter er sat i gang, uden de nødvendige kommunikationsredskaber, henvisningsveje, tilbud og medarbejdere er på plads. Derfor er der mange informanter, som ønsker, at timingen havde været anderledes, og de håber, at Kronikerprogrammets udviklingsprojekter og erfaringer giver et bedre grundlag for at implementere nye forløbsprogrammer.

Endelig peges der på, at den store mængde af projekter i sig selv kan være et problem for implementering. *"For mange projekter på én gang fremmer heller ikke chancerne for, at det lykkes" (Hospitalsansat leder).*

4.6.5 It-infrastrukturen

At it-infrastrukturen ikke i tilstrækkelig grad understøtter udveksling af informationer og henvisninger mellem sektorerne, udgør en væsentlig strukturel barriere. Barrieren vanskeliggør standardisering på tværs i måder at kommunikere med hinanden på (barrieren er nærmere beskrevet i afsnit 2.4.4 og 3.4.1).

4.7 Opsamling

Der har i de gennemførte interviews været mange udsagn om, at der har været en beslutnings- og arbejdsdygtig implementeringsorganisation. Det har i tråd hermed været kendetegnende, at der har været en overordnet plan for, hvordan forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes skulle implementeres. Dette er dog ikke ensbetydende med, at der ikke er forhold, de interviewede oplever kunne have været styrket. Et af disse forhold er, at implementeringsorganisationen på godt og ondt er præget af, at der er tale om et projekt, der er finansieret af puljemidler. Det har ifølge flere interviewede de afledte konsekvenser, at timingen mellem delprojekterne ikke har været optimal, og at de kliniske afdelingsledelser på hospitalerne i højere grad kunne have været inddraget i implementeringsorganisationen.

Der skal nogen til at drive implementeringen

Implementeringsorganisationen er, udover en central koordinerende funktion i regionsregi, bygget op omkring dels ledelsesforankring via de lokale samordningsudvalg, dels midler til forandringsagenter i form af fx projekt 1-ledere, frikøbte klinikere og almen praksis-facilitatorer. Baseret på de gennemførte interviews ser det ud til, at implementeringen har fungeret bedst, hvor der både har været en aktiv projekt 1-leder og aktive klinikere. Erfaringen er, at det er vigtigt med midler til begge dele.

Ledelsesopbakning er meget vigtig

Surveyundersøgelsen viser, at det især er de kommunalt ansatte, der oplever, at der er en høj grad af ledelsesmæssig opmærksomhed på, at retningslinjerne for KOL og diabetes efterleves. Interviewene understøtter oplevelsen af ledelsesfokus og -opbakning i mange af kommunerne. På hospitalerne peges der i interviewene på, at det har haft en afgørende betydning for implementeringen de steder, hvor der har været en aktiv vicedirektør. Involveringen af andet ledelsesniveau i form af ledende overlæger, oversygeplejersker og ledende terapeuter har været lidt svingende. Frontlinjeledere som afdelingssygeplejersker har ifølge de interviewede ikke i tilstrækkelig grad været involveret.

Tværgående projekter præget af timingsudfordringer

Som led i implementeringsarbejdet er der gennemført 17 tværgående projekter. Flere af disse har haft til formål at højne kvaliteten og forbedre koordinationen ved at standardisere viden og kompetencer, eksempelvis gennem kurser og Fælles Skolebænk. Survey-undersøgelsen viser, at de kommunalt ansatte i højere grad vurderer at have de nødvendige faglige kompetencer indenfor KOL end indenfor type 2-diabetes. Fælles Skolebænk har sammen med studiebesøg også haft til formål at øge netværksskabelse og den gensidige tilpasning, som personligt kendskab til hinanden giver.

Arbejdet med at øge vidensdeling og standardisere henvisningspraksisser gennem elektronisk understøttelse har også været helt central. Både it-understøttelsen og Fælles Skolebænk har ifølge de interviewede dog haft det tydelige problem, at de er kommet for sent i projektet. Fælles Skolebænk har derudover ikke i tilstrækkelig grad fokuseret på at skabe netværk i naturlige samarbejdsflader.

Status og fortsatte barrierer

På en skala fra 1-10, hvor 10 er det højeste, vurderer de interviewede nøglepersoner, at implementeringen af de konkrete tiltag og tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes gennemsnitligt er på 7. Hvad angår den bredere målsætning om bedre og rettidig tværgående kommunikation og en ny arbejdsdeling vurderer de interviewede nøglepersoner, at implementeringen gennemsnitligt er nået til 4.

Barriererne i forhold til at være kommet længere handler ifølge de interviewede om, at der er tale om adskilte verdener mellem programmer og drift, hvor det er nemmere at gøre, som man plejer. Der er heller ikke 100 % klarhed og enighed om "den rigtige arbejdsdeling" samt tiltro til hinandens kompetencer. Oplevelsen af uklarhed handler også om, at der ikke er enighed om, at der er evidens for de foreslåede tilbud. Af strukturelle barrierer peges der på det kommunale selvstyre, almen praksis som selvstændige erhvervsdrivende, mangel på økonomiske incitamenter, herunder uhensigtsmæssige konsekvenser af puljemiddeldrevet udvikling samt it.

5. Evalueringens konklusioner og anbefalinger

Formålet med evalueringen har været at skabe viden om implementeringen af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes, som Region Hovedstaden og kommunerne i denne kan bruge til at understøtte det fortsatte arbejde med forløbsprogrammer. Dette er sket via en undersøgelse af forløbsprogrammernes betydning og anvendelse i den kliniske praksis samt analyse af den valgte implementeringsstrategi og tilhørende implementeringsorganisation. Evalueringens hovedkonklusioner er at:

- Forløbsprogrammerne har øget relevante fagpersoners opmærksomhed på patientrettet forebyggelse.
- Der er oprettet en række nye tilbud om patientuddannelse, som især har styrket den kommunale indsats på kronikerområdet.
- Der mange steder er etableret lokale netværk af nøglepersoner, som i højere grad end tidligere har fælles viden om – og respekt for – hinandens opgaver, arbejdsvilkår og relevans i patienternes behandlingsforløb.
- Den valgte implementeringsstrategi og organisation har i overvejende grad virket efter hensigten, særligt når der tages hensyn til, at Kronikerprogrammet er defineret og udmøntet via projekt- og puljemidler.

Evalueringen viser dog også, at det deltaljerede kendskab til og anvendelse af forløbsprogrammer er afgrænset til lokale netværk af særligt engagerede nøglepersoner. Antalsmæssigt ser det ud til at dreje sig om ca. 3-5 nøglepersoner i hvert hospitalsambulatorium og et sammenligneligt antal fagpersoner fra det kommunale sundhedsområde. Samtidig er der udpeget en række væsentlige strukturelle, tekniske og praktiske udfordringer, som står i vejen for forløbsprogrammernes implementering.

Disse konklusioner og udfordringer uddybes i de følgende afsnit, hvorefter vi opstiller KORAs anbefalinger til det fremadrettede arbejde med at udvikle og implementere forløbsprogrammer.

5.1 Konklusioner vedrørende forløbsprogrammernes implementering i udførende led

I de udførende led sættes der i høj grad lighedstegn mellem forløbsprogrammerne og patientrettet forebyggelse. Det vurderes, at forløbsprogrammerne har haft en positiv indflydelse på området. Der er således en klar opfattelse af, at forløbsprogrammerne har øget antallet af tilbud om patientrettet forebyggelse og – især i kommunerne – har styrket det faglige niveau i undervisningen. Det udpeges også som en succes, at fagpersonernes kendskab til og accept af patientuddannelse og rehabilitering som en selvstændig og vigtig del af behandlingen af mennesker med kronisk sygdom er øget. I følge fagpersonerne betyder dette, at flere patienter end tidligere modtager bedre tilbud om patientrettet forebyggelse. Der nævnes også en række eksempler på, at patienternes forløb er forbedret. På hospitalerne har arbejdet med forløbsprogrammerne nogle steder ført til en mere struktureret indsats.

Der er stort set ingen af de fagpersoner og ledere, som indgår i evalueringen, der ikke kender til forløbsprogrammerne. Blandt relevante nøglepersoner er også afdækket stor opbakning til det at have forløbsprogrammer, som beskriver behandling og organisering af den samlede indsats for de store kroniske sygdomme såvel som til de mere specifikke anbefalinger om tovholdere, stratificering og behandlingsplaner. Dog med det forbehold, at der – især for diabetes – skal arbejdes videre med at udvikle enkle og anvendelige stratificeringsredskaber. I almen praksis og hospitalsregi er der desuden en udbredt opfattelse af, at forløbsprogrammernes beskrivelser matcher de behandlingsregimer, som i

forvejen var gældende. Derfor er den generelle vurdering, at forløbsprogrammerne ikke har ændret væsentligt på det patientrettede arbejde eller arbejdsdelingen mellem sektorerne.

Endvidere er der afdækket enkelte eksempler på:

- Sengeafdelinger der arbejder med et øget fokus på rehabilitering og overlevering til primær sektor ved udskrivelse.
- Kommuner der arbejder med at udbrede kendskabet til forløbsprogrammer bredt på det kommunale sundheds- og ældreområde for at styrke opmærksomheden på kronisk syge borgeres sundhedstilstand, samt opsporing til kommunale tilbud om patientuddannelse og træning.

Evalueringen indikerer, at det kun er en del af de praktiserende læger – anslået til højest 50 %, som har taget forløbsprogrammerne til sig. Den store andel af praktiserende læger, som ifølge informanterne ikke agerer i overensstemmelse med forløbsprogrammerne, udpeges som en væsentlig barriere for implementering. Først og fremmest fordi alle praktiserende læger og deres kliniske personale indgår som nøglepersoner i forløbsprogrammerne. Det fremstår dog også positivt, at en del læger er godt med og henviser mange patienter til kommunale tilbud.

Hvad angår forløbsprogrammernes udformning, mener de fleste, at beskrivelserne er for lange og præget af kompromisser og upræcise formuleringer. Det betyder bl.a., at den lokale implementering af forløbsprogrammerne i høj grad har handlet om at "oversætte" de dele, der er relevante for de forskellige organisatoriske enheder, eksempelvis ambulatorier, kommunale træningsenheder og praktiserende læger. Flere steder peges der på, at det særligt er i det kommunale sundhedsvæsen, at der er brugt megen tid og ressourcer på dette "oversættelsesarbejde", mens hospitaler og almen praksis i langt højere grad har arbejdet, som de plejer. Den store frihed/nødvendighed af lokal oversættelse har medvirket til en væsentlig lokal variation, der på mange måder udfordrer ideen om kontinuitet og sammenhæng.

Endelig fremstår det som en væsentlig pointe, at de monodiagnostiske forløbsprogrammer og holdbaserede tilbud om patientrettet forebyggelse først og fremmest giver forbedringer for de patienter, der i forvejen er velfungerende. Derfor er der et ønske om supplerende indsatser, der styrker udredning og behandling for multisyge, etniske minoriteter og sårbare patienter.

5.2 Konklusioner vedrørende betydningen for det tværsektorielle samarbejde

Overordnet set har forløbsprogrammerne ikke ændret afgørende på kommunikation og samarbejde mellem sektorerne. Det skyldes først og fremmest, at der fortsat mangler velfungerende redskaber og teknologi, som understøtter den ønskede kommunikation om patientforløb. Derfor er der fortsat et udbredt ønske om, at den skriftlige kommunikation imellem sektorerne bliver mere rettidig, målrettet og hyppig. Timingen af forløbsprogrammerne, hvor mange initiativer er igangsat uden at være understøttet af fungerende informationsteknologi, fremstår i den forbindelse som en meget væsentlig frustration på tværs af alle sektorer og faggrupper.

Til gengæld er der inden for de etablerede netværk af nøglepersoner skabt væsentligt mere tværgående viden og forståelse for de andre sektorers tilbud. Det er først og fremmest almen praksis og hospitalsansatte, der har fået viden om de nye samarbejdsparter i kommunerne, samt kommunerne der har fået ny viden om deres samarbejdsparter i det regionale sundhedsvæsen.

Det kan også konkluderes, at der regionalt – såvel som lokalt – er stor variation i, hvor velfungerende et tværsektorielt samarbejde, der er etableret. Nogle kommuner og hospitaler var godt i gang i forvejen og har fået ekstra momentum i udviklingen. Andre er startet mere fra bunden og har via puljemidlerne fået afgørende hjælp til at tage de indledende og ofte svære skridt i at udvikle samarbejdet. Der

peges også på, at der i enkelte kommuner endnu ikke er sket så meget. Det betyder, at der er forskel på, hvor langt implementeringen er kommet fra lokalområde til lokalområde.

De steder, hvor det går bedst, oplever de nøglepersoner, som arbejder med patientrettet forebyggelse, at det mere forløbsorienterede samarbejde kommer patienterne til gode. Det fremgår dog også, at den gensidige tillid og respekt fortsat er personbunden og relativt sårbar i samarbejdsrelationer, hvor man ikke kender hinanden, eller hvor tingene går skævt.

Det er en selvstændig konklusion, at fagpersoner og ledere fra alle sektorer er usikre og utilfredse med indholdet og den konkrete varetagelse af den tovholderrolle, som almen praksis – i komplicerede tilfælde sammen med læger fra de specialiserede afdelinger – er tillagt i forløbsprogrammet.

5.3 Konklusioner vedrørende forløbsprogrammernes implementeringsorganisation

Region Hovedstaden har arbejdet med en samlet implementeringsstrategi, og der er i hvert enkelt hospitals optageområde etableret en selvstændig implementeringsorganisation. Evalueringen viser, at strategien og de lokale implementeringsorganisationer har bidraget positivt til lokal implementering af forløbsprogrammerne. Der er gennem samordningsfora og implementeringsgrupper til en vis grad etableret tværsektorielle ledelsesfora, hvor der er ejerskab og ledelsesmæssig opfølgning på implementering af forløbsprogrammerne. Lokalt er der også etableret implementeringsorganisationer, som (om end i forskelligt omfang) har formået at implementere ændringer, der når udførende medarbejdere og patienter. De medarbejdere, der nås med implementeringsorganisationen, er dog mest nøglemedarbejdere, ligesom det ikke er alle ledelsesniveauer, der i lige høj grad har været inddraget. På hospitalerne efterlyser de fx mere inddragelse af afdelingssygeplejerskeniveauet. På en række hospitaler efterlyses også en mere aktiv involvering fra speciallægernes side.

Der har været en del tværgående projekter til at understøtte implementeringen. Det har her været en udfordring, at disse ikke i tilstrækkelig grad har været timet og koordineret i forhold til praktikernes behov. Dette fremstår dog i høj grad som en konsekvens af, at de mange puljemidler, som skulle bruges på projekter inden for en treårig periode, i opstarten gav flaskehalsproblemer og vanskelige arbejdsvilkår.

It-understøttelsen af henvisninger mellem sektorerne anses for helt central, men også som kommende for sent i forhold til det øvrige implementeringsarbejde. Der har været tilfredshed med de tværgående kompetenceudviklingstiltag, dog er Fælles Skolebænk kommet for sent, og indholdet har ikke i tilstrækkelig grad været målrettet de forskellige aktørers behov. Der har fx manglet netværksskabende aktiviteter for dem med samarbejdsflader.

Der er fortsat en række implementeringsudfordringer. Flere af disse handler om strukturelle barrierer, eksempelvis økonomiske incitamenter, det kommunale selvstyre, måden almen praksis er organiseret på, styring gennem puljer og it. Hertil kommer barrierer knyttet til oplevelsen af manglende evidens.

5.4 Anbefalinger til fremadrettet implementering af forløbsprogrammer i Region Hovedstaden

Hvad angår den fremadrettede implementering har KORA følgende anbefalinger:

5.4.1 Det bør prioriteres at skabe klarhed over, hvem der skal opspore og henvise patienter til tilbud om patientrettet forebyggelse.

KORA anbefaler at tydeliggøre arbejdsdelingen mellem de fagpersoner, som er i kontakt med patienterne. Evalueringen peger i retning af, at det først og fremmest bør være almen praksis og ansatte i ambulatorier, der har ansvar for at opspore og henvise patienter til kommunale og regionale tilbud om patientuddannelse m m. Heroverfor indikerer evalueringen, at ansatte i hjemmesygepleje, hjemmeple-

je, sengeafdelinger og lignende bør informeres bedre om, at forløbsprogrammerne findes og være opmærksomme på at sende patienter og borgere til egen læge eller sygehusets ambulatorium.

KORA anbefaler, at disse spørgsmål tages op i regionens sundhedsfaglige råd, og at de beslutninger, der træffes, bliver tydeliggjort i næste version af forløbsprogrammerne.

5.4.2 Kommunernes tilbud bør organiseres mere ens på tværs af regionens geografi

Forløbsprogrammerne beskriver i dag, hvilke tilbud der som minimum skal være til stede i kommunalt regi. Beskrivelserne er imidlertid på overskriftsniveau, og anbefalinger til konkret organisering, indhold, tilknyttede faglige kompetencer og kvalitetssikring er ikke beskrevet. Dette medfører stor variation i de kommunale tilbud, og ifølge informanterne er der kommuner, der stort set ikke er kommet i gang. Dette frustrerer fagpersoner og ledere i alle sektorer og mindsker – især lægers – respekt for kommunernes indsats og dermed også motivationen til at henvise til de kommunale tilbud. Evalueringens fagpersoner og ledere understreger også, at variationen er uhensigtsmæssig, fordi den stiller patienterne forskelligt, alt efter hvilken kommune de bor i, og fordi samarbejdet mellem sektorerne kompliceres.

KORA anbefaler, at der arbejdes hen imod mere forpligtende aftaler, som kan bidrage til ensartet kvalitet og organisering af de tilbud, der er aftalt som minimumsstandard i forløbsprogrammerne. Samtidig bør der være ens henvisningsveje og henvisningskriterier på tværs af hele regionen. Sundhedsaftalekomplekset fremstår i den forbindelse som et oplagt sted for disse drøftelser.

5.4.3 Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser

Intentionerne i forløbsprogrammerne udfordres af, at nogle kommuners befolkningsgrundlag og økonomi er for lille til, at det er hensigtsmæssigt at etablere fuldt udbyggede patientuddannelses- og træningstilbud. Dette udgør en barriere for ønsket om at aftale indsatser, der er mere ens og forpligtende på tværs af kommuner.

KORA anbefaler derfor, at der i arbejdet med næste generation af sundhedsaftaler sættes fokus på mulighederne for at samarbejde om tilbud på tværs af kommunegrænser.

5.4.4 Ibrugtagning af teknologi der understøtter rettidig og målrettet kommunikation

I skrivende stund er der en række redskaber under udvikling og udbredelse, som har potentiale for at styrke fagpersonernes udveksling af information om patienterne. Det drejer sig bl.a. om implementering af MedCom-standarder for henvisning, korrespondancer, fælles plan- og koordinationsmoduler for de patienter, der deles mellem almen praksis og hospital, datafangst i almen praksis og Det Fælles Medicinkort. Fagpersoner og ledere har store forhåbninger til, at disse redskaber vil forbedre mulighederne for at arbejde i overensstemmelse med forløbsprogrammerne. Der er dog også opmærksomhed på, at kendskab til og korrekt brug af de nye muligheder ikke kommer af sig selv. Samtidig viser erfaringerne – fx fra Fælles medicinkort – at det er ressourcekrævende at få de nye redskaber til at fungere i praksis.

Informanterne – og KORA – anbefaler derfor, at der sættes ressourcer af til at oplære nøglepersoner i at bruge nye redskaber, efterhånden som de bliver tilgængelige, samt at den lokale ledelse får et eksplicit ansvar for at følge op på denne opgave.

5.4.5 Revision af stratificeringsmodeller og vejledninger, som er målrettet specifikke funktioner

Beskrivelserne af forløbsprogrammerne og stratificeringsprincipperne for diabetes fremstår ikke særligt anvendelige for de fagpersoner og ledere, der skal implementere og anvende dem. Samtidig fremstår det som en udfordring at formidle formål og principper for stratificering til en bredere kreds af fagper-

soner, bl.a. fordi de opstillede principper let kommer til at fremstå som firkantede og rigide over for de forskellige kliniske og sociale hensyn, der ligger til grund for lægernes vurdering af, hvor patienterne skal ses. Dette giver anledning til at anbefale, at:

- De overordnede forløbsbeskrivelser fremadrettet oversættes til mere konkrete vejledninger og procesbeskrivelser, som er målrettet specifikke funktioner og situationer. Disse skal gerne være laminerede og i et format, der understøtter, at fagpersonerne kan have dem let tilgængelige.
- Der igangsættes en proces for at gøre stratificeringsmodellen for diabetes mere anvendelig i daglig praksis.
- Der sættes fokus på at formidle formål og anvendelse af stratificering som et vejledende og dynamisk redskab for arbejdsdelingen mellem almen praksis, kommune og hospital.

5.4.6 SOFT-portalens funktion og udbredelse

SOFT-portalen er kun kendt og anvendt af en snæver kreds af fagpersoner. De fagpersoner, der har gjort brug af den, er imidlertid tilfredse med det overblik, den giver. Derfor anbefales det at arbejde videre med at udbrede kendskabet til portalen. Samtidig kan det være relevant at sikre, at:

- Opdateringen af portalen sker rettidigt og korrekt.
- Der kan laves vejledninger eller genveje, som letter adgangen til de relevante oplysninger.
- Der er mulighed for at skabe integration mellem portalen og henvisninger til tilgængelige tilbud om patientrettet forebyggelse.

5.4.7 Særlige implementeringsagenter og nøglepersoner i det lokale kronikersamarbejde

Evalueringen viser, at der generelt har været stor tilfredshed med de frikøbte udviklingsmedarbejdere og projekt 1-ledere. Dette gælder særligt i klinikken, og særligt når projekt 1'erne både har været aktive internt på hospitalet og har faciliteret møder og aktiviteter i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde. Implementeringen af forløbsprogrammer er godt i gang, men langt fra færdig. Mange af evalueringens informanter er i den forbindelse bekymrede for, hvordan implementeringen holdes i gang efter 1. januar 2013, hvor der ikke længere er puljemidler til at understøtte arbejdet.

I forlængelse heraf anbefaler KORA, at der også efter 1. januar 2013 er afsat leder- og medarbejderressourcer, som er dedikeret til implementering af forløbsprogrammer, deltagelse i samarbejdsmøder og vedligeholdelse af faglige netværk m.m. på tværs af lokale opgavefællesskaber. Mange informanter peger i den forbindelse på, at involveringen af relevante afdelingssygeplejersker, overlæger, oversygeplejersker og ledende overlæger med fordel kan styrkes fremadrettet.

5.4.8 Fokus på almen praksis involvering i forløbsprogrammerne

Evalueringen peger på, at der er mange barrierer for at implementere forløbsprogrammerne i almen praksis. KORA anbefaler, at:

- Der udarbejdes kortfattet og målrettet materiale om forløbsprogrammet, som kort og præcist beskriver almen praksis rolle og opgaver og giver konkrete anvisninger til varetagelsen af disse.
- Der fortsat gøres en særlig indsats for at understøtte brugen af datafangst, stratificering, henvisning til kommunale tilbud og organiseringen af praksis' kronikerbehandling
- Der sættes ekstra fokus på at opsøge og støtte solopraksis, som – i henhold til evalueringens informanter – i særlig grad er udfordret af forløbsprogrammerne og de krav, disse stiller til den kliniske kvalitet og den organisatoriske og tekniske standard.

Bilag 1: Surveyundersøgelsen

Fagpersoners vurdering af forløbsprogrammernes implementering i Region Hovedstaden – en spørgeskemaundersøgelse

Eigil Boll Hansen og Tine Fuglsang

Januar 2013

Surveyens indhold

1. Formål og gennemførelse 70
2. Kendskab til og vurdering af forløbsprogrammerne 73
3. Vurdering af behov og muligheder for tværsektorielt samarbejde 85
4. Stratificering af patienter 93
5. Tværsektorielt samarbejde i det daglige arbejde 95
6. Vurdering af patientforløb 102
7. Opsamling af kommentarer om forløbsprogrammerne 109
8. Sammenfatning af resultater 110
Referencer 114

1. Formål og gennemførelse

Der blev som en del af evalueringen af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes i Region Hovedstaden gennemført en netbaseret survey blandt et stratificeret udvalg af praktiserende læger og deres eventuelle sundhedsuddannede personale samt blandt et udvalg af relevante personalegrupper på hospital og i kommune. Formålet med den netbaserede survey har været at give et bredt billede af, hvordan forløbsprogrammerne for KOL- og diabetes 2-patienter er blevet implementeret i de forskellige sektorer og de forskellige dele af Region Hovedstaden.

Surveyen har skullet afdække implementering på to overordnede niveauer: Et niveau har skullet afdække kendskab til, opbakning til, forståelse for og ejerskab til forløbsprogrammerne. Vi har kaldt det *parathed til forandring* og har her taget udgangspunkt i litteratur om fornyelse og forandring (fx Manz m.fl. 2000; May og Winter 2007). Et andet niveau har skullet afdække, i hvilken udstrækning forløbsprogrammerne har ført til faktiske handlemønstre i forhold til de to patientgrupper og i det tværsektorielle samarbejde, som er i overensstemmelse med beskrivelserne i forløbsprogrammerne. Heri indgår også en afdækning af eventuelle barrierer for at leve op til forløbsprogrammets anvisninger. Vi taler her om rapporteret *faktisk forandring*.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål inden for følgende overordnede temaer:

- Information om og kendskab til forløbsprogrammerne
- Vurdering af behov og muligheder for tværsektorielt samarbejde
- Stratificering af patienter (vedrører alene læger)
- Tværsektorielt samarbejde i det daglige arbejde
- Vurdering af patientforløb.

Spørgeskemaet var opbygget, så dem, der alene havde kontakt med KOL-patienter, kun besvarede spørgsmål om KOL. Tilsvarende besvarede dem, som alene har kontakt med patienter med type 2-diabetes, kun spørgsmål om type 2-diabetes.

Surveyen blev gennemført som en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse, og introduktion til undersøgelsen og opfordring til at deltage blev sendt ud via e-mail, hvor der var et link til spørgeskemaet. De praktiserende læger fik endvidere tilsendt et fælles brev fra Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden med opfordring til at deltage i undersøgelsen. Det fremgik endvidere af dette brev, at deltagelsen i undersøgelsen ville blive honoreret. Dataindsamlingen blev gennemført i perioden medio september-primo oktober 2012. Forinden var spørgeskemaet blevet afprøvet gennem en repræsentant for de forskellige respondentgrupper.

Der blev ad to omgange udsendt påmindelser til dem, som ikke havde besvaret spørgeskemaet, og samtidig med 2. påmindelse opfordrede vicedirektørerne for hospitalerne de udvalgte ansatte, som ikke havde svaret, til at besvare spørgeskemaet.

Udtræk af praktiserende læger til undersøgelsen blev foretaget af Region Hovedstaden, og der blev ved udtrækket bl.a. taget hensyn til praksisstørrelse. Der blev i alt udtrukket 132 praktiserende læger til undersøgelsen. PLO-Hovedstaden forsynede de udtrukne med en e-mailadresse, som herefter blev sendt til KORA. I alt otte måtte udelades på grund af bl.a. manglende e-mailadresse, således at bruttostikprøven af praktiserende læger var på 124. Der blev til de udtrukne lægepraksis også sendt en mail med adgang til spørgeskemaet for eventuelt sundhedsuddannet personale ud over læger. Vi havde ikke ved udsendelsen information om, i hvilke lægepraksis der faktisk var ansat sundhedsuddannet personale.

Udvælgelse af hospitalsansatte og kommunalt ansatte, som har berøring med forløbsprogrammerne, blev foretaget af projektlederne for implementerings- og samarbejdsprojektet under forløbsprogrammerne. Projektlederne skal bidrage til at sikre, at beløbsprogrammerne bliver bragt i anvendelse lokalt, og der er en projektleder ansat på alle regionens hospitaler. Der skulle udvælges blandt følgende grupper:

Hospitalslæger
Udtrækket skulle omfatte fastansatte læger fra medicinske ambulatorier, medicinske sengeafdelinger og akutmodtageafdelinger, som har ansvar for KOL- og diabetespatienter.

Hospitalssygeplejersker
Udtrækket skulle omfatte sygeplejersker fra medicinske ambulatorier, medicinske sengeafdelinger og akutmodtageafdelinger, som har ansvar for KOL- og diabetespatienter.

Regionalt ansatte terapeuter og diætister
Udtrækket skulle indeholde regionalt ansatte terapeuter og diætister, som arbejder med genoptræning og patientrettet forebyggelse, og som er i berøring med KOL- og diabetespatienter.

Kommunalt ansatte
Udtrækket skulle omfatte terapeuter, forebyggelseskonsulenter, diætister, sygeplejersker, patientvejledere mv., som arbejder med genoptræning, patientrettet forebyggelse og livsstilsrådgivning osv. på det kommunale sundhedsområde.

Nedenfor er vist en oversigt over antal udtrukne fra de forskellige personalekategorier og antal besvarelser.

Tabel 1.1
Oversigt over antal udtrukne til undersøgelsen og antal besvarelser

	Antal udtrukne	Antal besvarelser	Svarprocent
Praktiserende læger	124	48	39
Sundhedsuddannet personale i almen praksis[1)]		13	
Hospitalslæger	62	31	50
Hospitalssygeplejersker	73	51	70
Regionalt ansatte terapeuter og diætister	40	31	78
Kommunalt ansatte	159	108	68
Uidentificeret hospital[2)]	15	8	
I alt	473	290	59

1) Da vi ikke har kendskab til, hvor mange af de udtrukne praksis, der har sundhedsuddannet personale ansat, giver det ikke mening at angive et antal udtrukne.
2) I et antal tilfælde fremgik det ikke af udsendelseslisten, hvilken personalegruppe en person tilhører. Blandt de 8 besvarede er der 3 kommunalt ansatte, 3 hospitalssygeplejersker, 1 hospitalslæge og 1 i gruppen terapeuter/diætister.

I udregningen af besvarelsesprocenten udelades sundhedsuddannet personale i almen praksis, idet der er stor usikkerhedsfaktor forbundet med populationsstørrelsen på denne respondentgruppe, der desuden kun er indirekte kontaktet. Der fås således en samlet besvarelsesprocent på $\frac{(290-13)}{473} * 100 = 59$ %. Dette indbefatter både de, der har færdiggjort spørgeskemaet, samt 24 personer der kun delvist har besvaret. Den laveste besvarelsesprocent på 39 % ses hos de praktiserende læger, der samtidig er den gruppe med størst andel af delvise besvarelser, da 7 personer kun har angivet nogen svar. Hvis der ses bort fra almen

praksis, er svarprocenten for de øvrige på 65. Der må tages forbehold for, at besvarelserne fra de praktiserende læger, som indgår i undersøgelsen, er repræsentative for alle praktiserende læger. Resultater på baggrund af disse besvarelser må således tolkes med forsigtighed.

Fagpersoner i almen praksis og i kommuner har kontakt med begge patientgrupper, mens de hospitalsansatte i spørgeskemaet er spurgt, om de har kontakt med patienter med KOL, type 2-diabetes eller begge dele. Her ses hvordan svarene fordeler sig i forhold til dette.

Tabel 1.2
Hospitalsansatte procentvis fordelt efter hvilken patientgruppe de har kontakt med

	Procentandel
Patienter med KOL	47
Patienter med type 2-diabetes	39
Både patienter med KOL og type 2-diabetes	14
I alt Antal	100 117

Den største andel af de hospitalsansatte i undersøgelsen beskæftiger sig specifikt med enten den ene eller den anden patientgruppe. Læger og sygeplejersker er nogenlunde ligeligt fordelt på KOL og type 2-diabetes med en lille overvægt på KOL. Fysioterapeuterne beskæftiger sig hyppigst kun med patienter med KOL. Den største andel af diætisterne beskæftiger sig med både KOL og type 2-diabetes.

Fagpersoner fra kommune, hospital og almen praksis er inddelt i Region Hovedstadens fire planlægningsområder, og fagpersonernes fordeling på planlægningsområde er vist i tabel 1.3.

Tabel 1.3
Den procentvise andel af fagpersoner fordelt på de fire forskellige planlægningsområder

	Procent
Nord	25
Midt	32
Byen	20
Syd	23
I alt Antal	100 287

Da vi ikke har kunnet fordele praktiserende læger i Københavns Kommune på Byen og Syd, er alle indplaceret i planlægningsområde Byen. Der indgår i materialet flest besvarelser fra område Midt og færrest fra område Byen.

Når besvarelser fra forskellige faggrupper og forskellige planlægningsområder sammenlignes i analyserne, er der gennemført statistiske test for at afgøre, om der er statistisk signifikante forskelle. I teksten omtales alene forskelle mellem faggrupper og planlægningsområder, som er statistiske signifikante. Der er ikke gennemført test af forskelle i besvarelser i forhold til KOL og type 2-diabetes. Beskrevne forskelle beror her på en vurdering af forskellenes størrelse.

2. Kendskab til og vurdering af forløbsprogrammerne

Information om forløbsprogrammerne
Fagpersonerne i undersøgelsen er alle spurgt om, hvordan de er blevet informeret om forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes. Nedenstående tabel giver et overblik over dette.

Tabel 2.1
Fagpersonerne opgjort efter hvordan de er blevet informeret om forløbsprogrammerne. Procentandele.

	Procentandel
Har læst beskrivelsen af forløbsprogrammet for KOL	41
Har læst beskrivelsen af forløbsprogrammet for type 2-diabetes	59
Gennem kronikerprogrammets hjemmeside	11
Gennem deltagelse i Fælles skolebænk	39
Gennem anden undervisning/introduktion til forløbsprogrammet	39
Gennem deltagelse i konference, møder e.l.	43
Gennem kronikerprogrammets facilitatorordning	8
På anden måde	12
Er ikke blevet informeret	3

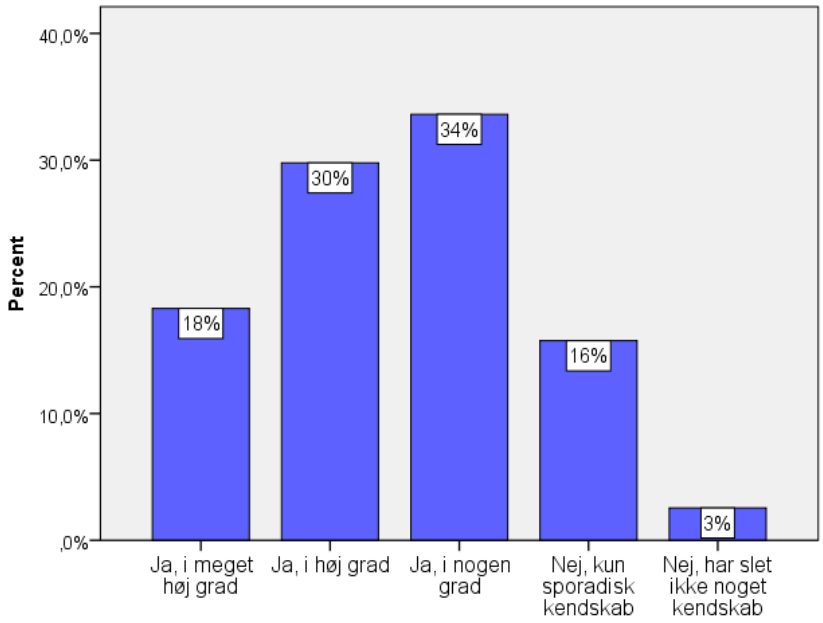
Den største andel af fagpersonerne har fået information om forløbsprogrammerne ved at læse beskrivelserne af de to forløbsprogrammer samt ved at deltage i konferencer eller møder. En stor del har også deltaget i Fælles Skolebænk eller modtaget anden undervisning eller introduktion til forløbsprogrammerne. En meget beskeden andel har ikke fået nogen information.

For fagpersoner i almen praksis er læsning af beskrivelserne af forløbsprogrammerne den klart hyppigste kilde til information, og 66 % af denne gruppe angiver at have læst beskrivelserne for både KOL og type 2-diabetes. Derudover er 31 % af fagpersonerne fra almen praksis blevet informeret gennem kronikerprogrammets facilitatorordning og udgør 83 % af alle fagpersoner, der har angivet dette svar. Hospitalslægernes svar fordeler sig mere jævnt over svarmulighederne, men de angiver hyppigst at have fået information gennem deltagelse i konferencer samt læsning af beskrivelserne af de to forløbsprogrammer. For sygeplejerskerne på hospital svarer omkring halvdelen, at de har læst beskrivelserne af de to forløbsprogrammer, deltaget i Fælles skolebænk/anden undervisning eller deltaget i konferencer og møder. Blandt fagpersoner i kommunerne har omkring halvdelen angivet at have læst beskrivelserne for forløbsprogrammerne for både KOL og type 2-diabetes. Inden for denne gruppe er der desuden en relativt stor andel, der har fået information på anden måde. Dette er hovedsageligt gennem kollegaer/ledere, eller ved at fagpersonerne selv på den ene eller anden måde har været involveret i beskrivelsen, udarbejdelsen eller implementeringen af forløbsprogrammerne.

Kendskab til forløbsprogrammerne
Spørgsmålet omkring kendskabet til forløbsprogrammerne er opdelt, således at de, der kun arbejder med KOL, kun er blevet spurgt til deres kendskab til forløbsprogrammet for KOL, og ligeledes er de, der kun arbejder med type 2-diabetes, kun blevet spurgt til deres kendskab til forløbsprogrammet for type 2-diabetes.

Der er i alt 235 fagpersoner, som har besvaret spørgsmålet, om de vurderer at have et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for KOL, og svarenes fordeling er vist i figur 2.1.

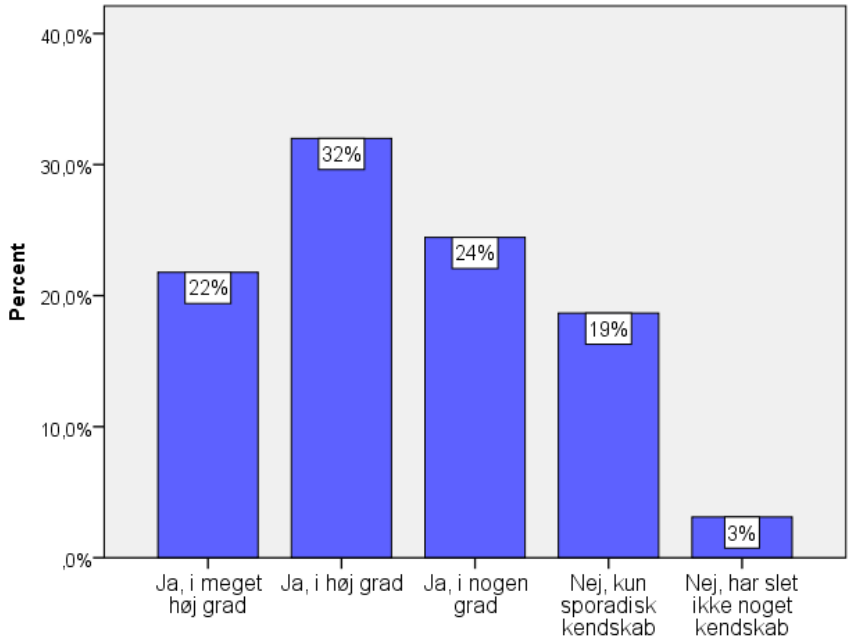
Figur 2.1
Fagpersoner, der har kontakt med patienter med KOL, procentvis fordelt efter, om de vurderer, at de har detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for KOL (N=235)



I forhold til de fagpersoner, der beskæftiger sig med KOL, er det næsten halvdelen, der angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet. Fagpersoner inden for almen praksis udgør mere end halvdelen af de personer, der svarer, at de kun har sporadisk kendskab til forløbsprogrammet. Inden for gruppen af fagpersoner i almen praksis, er det den største andel - ca. 40 % - der svarer, at de i nogen grad har kendskab til forløbsprogrammet. For fagpersoner i kommunen svarer mere end 60 %, at de i meget høj grad eller i høj grad har kendskab til forløbsprogrammerne. Inden for gruppen af sygeplejersker og andet personale på hospital er det størstedelen, der svarer, at de i høj grad eller i nogen grad har kendskab til forløbsprogrammet. Der er kun 18 hospitalslæger, der har besvaret dette spørgsmål, men af de, der har, er det den største andel, der angiver, at de i nogen grad har detaljeret kendskab til forløbsprogrammerne.

Der er 225 fagpersoner, som har besvaret spørgsmålet om, hvorvidt de mener at have et detaljeret kendskab til forløbsprogrammerne for type 2-diabetes, og fordelingen af deres svar er vist i figur 2.2.

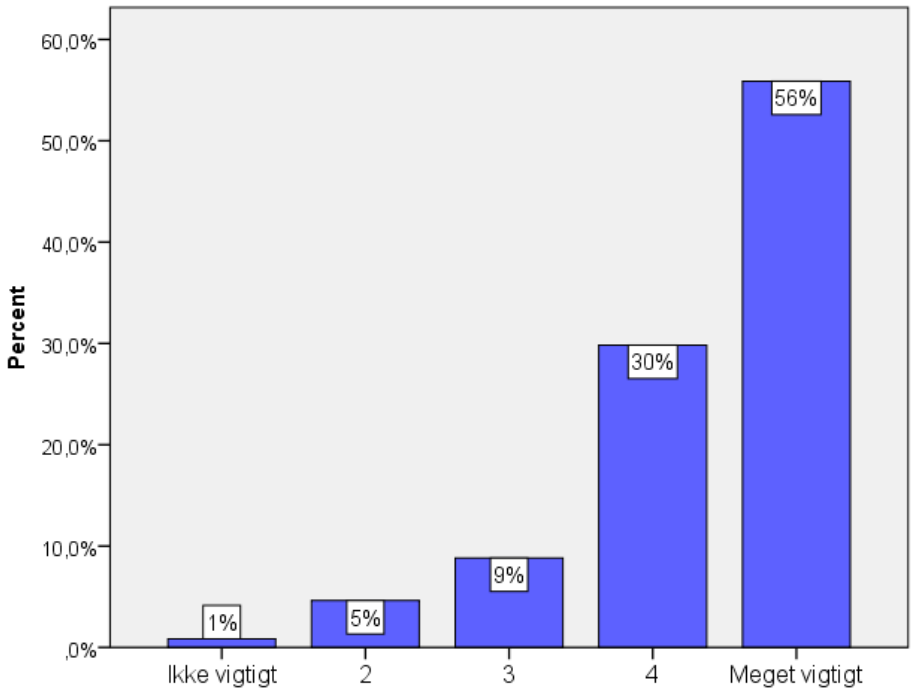
Figur 2.2
Fagpersoner, der har kontakt med patienter med type 2-diabetes, procentvis fordelt efter, om de vurderer, at de har detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for type 2-diabetes (N=225)



Her er det samlet set 54 %, der angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad har et deltaljeret kendskab til forløbsprogrammet. Fagpersonerne i almen praksis har kontakt med begge patientgrupper, men hvor kun 18 % fra almen praksis svarede, at de i høj grad har kendskab til forløbsprogrammet for KOL, er det hele 38 %, der angiver, at de i høj grad har kendskab til forløbsprogrammet for type 2-diabetes. For fagpersoner i kommunen er svarmønstret det samme som med forløbsprogrammet for KOL i forhold til angivelsen af i meget høj grad eller i høj grad at have kendskab til forløbsprogrammet. Der er dog 9 procentpoint flere i kommunen, der svarer, at de kun har sporadisk eller slet ikke kendskab til forløbsprogrammet for type 2-diabetes i forhold til forløbsprogrammet for KOL. For hospitalslægerne er det kun 16, der har besvaret dette spørgsmål, men den største andel af dem svarer, at de i høj grad har kendskab til forløbsprogrammerne. For sygeplejersker og andet personale på hospital ses nogenlunde samme mønster i besvarelsen for type 2-diabetes-programmet som for KOL-programmet.

Vigtighed af forløbsprogrammerne
Fagpersonerne er alle blevet spurgt, hvordan de på en skala fra 1-5 vurderer vigtigheden af at have et beskrevet forløbsprogram for henholdsvis KOL og type 2-diabetes. I forhold til KOL er der 238 fagpersoner, der har afgivet svar, og over halvdelen finder det meget vigtigt at have et beskrevet forløbsprogram for KOL (figur 2.3).

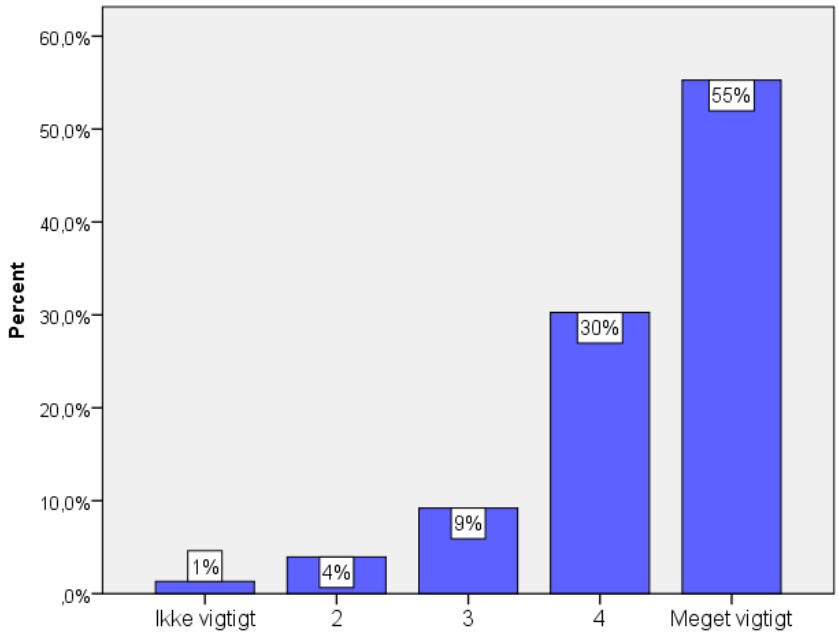
Figur 2.3
Fagpersoner, der har kontakt med patienter med KOL, procentvis fordelt efter, hvor vigtigt de vurderer, at det er, at have et beskrevet forløbsprogram for KOL (N=238)



Blandt fagpersoner fra kommunen samt sygeplejersker og andet fra hospital har mindst to tredjedele svaret, at det er meget vigtigt at have et beskrevet forløbsprogram for KOL. For hospitalslæger samt fagpersoner i almen praksis er det begge steder den største andel - henholdsvis 50 % og 38 % - der har afgivet svaret 4 på skalaen fra 1-5. Det skal dog nævnes, at hospitalslæger også her består af en meget lille gruppe på kun 16 personer. Fagpersoner fra almen praksis er den gruppe, der finder det mindst vigtigt at have et beskrevet forløbsprogram for KOL, da næsten tre fjerdedele af dem, der har svaret 1, 2 eller 3, består af fagpersoner fra almen praksis. Den gennemsnitlige score for besvarelserne fra almen praksis ligger næsten 1 point under den gennemsnitlige score for alle besvarelser.

I forhold til spørgsmålet om vigtighed af et beskrevet forløbsprogram for type 2-diabetes er der 228 fagpersoner, der har svaret. Her er det også mere end halvdelen, der finder det meget vigtigt med et beskrevet forløbsprogram for type 2-diabetes (figur 2.4).

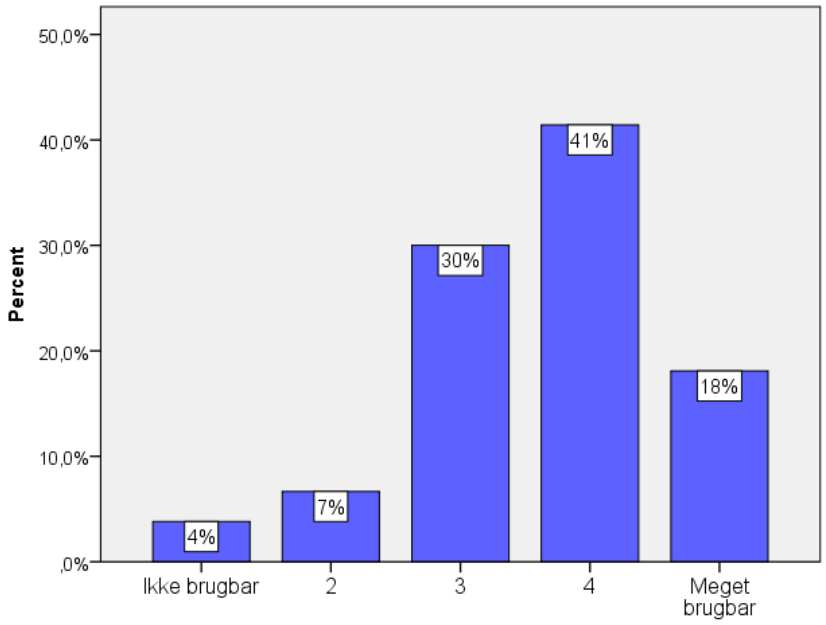
Figur 2.4
Fagpersoner, der har kontakt med type 2-diabetes, procentvis fordelt efter, hvor vigtigt de vurderer, at det er at have et beskrevet forløbsprogram for type 2-diabetes (N=228)



Her gør det samme svarmønster sig gældende inden for de forskellige faggrupper. Fagpersoner fra kommunen samt sygeplejersker og andet personale fra hospital vurderer hyppigst, at det meget vigtigt at have et beskrevet forløbsprogram for type 2-diabetes. Fagpersoner fra almen praksis er igen den gruppe, der finder forløbsprogrammet mindst vigtigt, da to tredjedele af de personer, der har svaret 1, 2 eller 3, udgøres af fagpersoner fra almen praksis.

Brugbarhed af forløbsprogrammerne
Fagpersonerne er i spørgeskemaet blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de på en skala fra 1-5 finder forløbsprogrammerne brugbare for deres indsats. Som det ses af de to nedenstående figurer, er der generelt meget stor lighed mellem vurderingen af brugbarheden af forløbsprogrammet for KOL og forløbsprogrammet for type 2-diabetes.

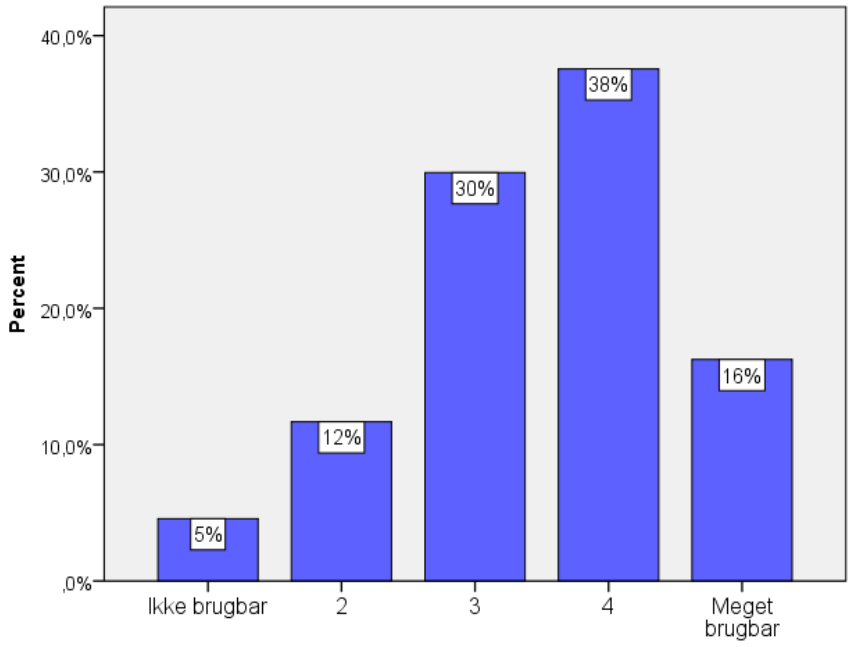
Figur 2.5
Fagpersoner, der har kontakt med patienter med KOL, procentvis fordelt efter, hvor brugbart de vurderer, at forløbsprogrammet for KOL er for deres indsats (N=210)



Inden for hver faggruppe angives hyppigst svaret 4. Dette med undtagelse af fagpersoner fra almen praksis hvor størstedelen - 43 % - angiver svaret 3. Sygeplejersker på hospital er den gruppe, der relativt set finder forløbsprogrammet for KOL mest brugbart, idet mere end hver fjerde fra denne gruppe svarer, at forløbsprogrammet er meget brugbart.

I forhold til vurderingen af brugbarheden af forløbsprogrammet for type 2-diabetes er det stort set samme billede, der gør sig gældende.

Figur 2.6
Fagpersoner, der har kontakt med patienter med type 2-diabetes, procentvis fordelt efter, hvor brugbart de vurderer, at forløbsprogrammet for type 2-diabetes er for deres indsats (N=197)



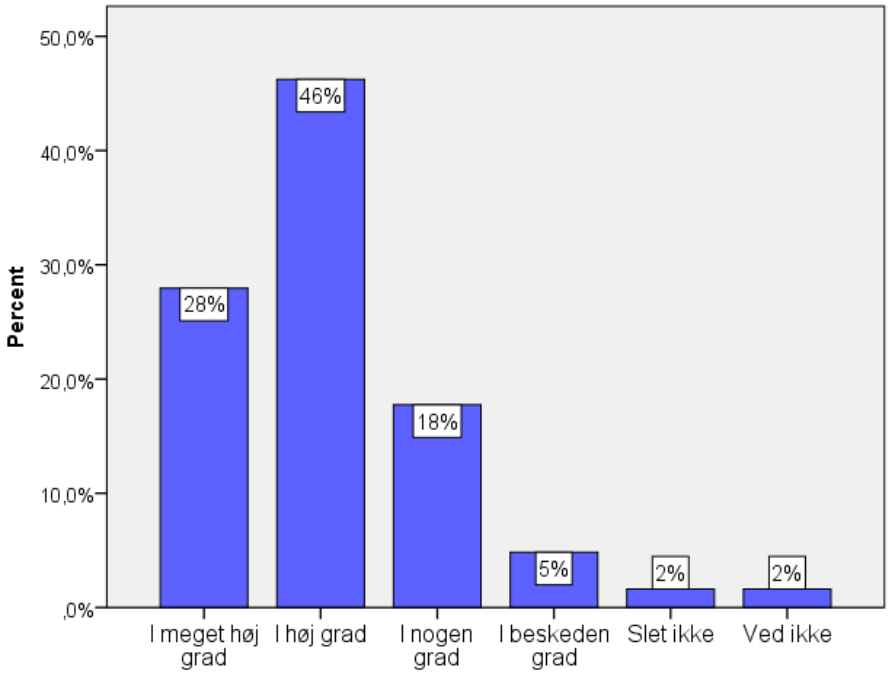
Der ses dog en lille tendens til, at fagpersonerne fra almen praksis finder forløbsprogrammerne for type 2-diabetes mere brugbare end forløbsprogrammerne for KOL. Der er således en forskel på 14 procentpoint for de, der svarer 4 eller 5 på spørgsmålet om brugbarheden af type 2-diabetes-programmet, i forhold til de samme svar for KOL-programmet. Omvendt svarer de resterende faggrupper generelt lavere på skalaen om brugbarhed af forløbsprogrammet for type 2-diabetes, end de gjorde i forhold til brugbarheden af forløbsprogrammet for KOL.

De fagpersoner, der ikke ser forløbsprogrammerne som brugbare, peger i høj grad på, at programmerne er for uoverskuelige og uspecifikke. En stor del mener, at det er for bredt beskrevet til alle behandlere, og savner at programmerne er mere konkrete og præcise, for eksempel omkring henvisningskriterier. Flere mener desuden, at man ikke har forholdt sig godt nok til de udfordringer, der ligger i at arbejde tværsektorielt, og at der er brug for større koordination mellem sektorerne. En foreslår at oprette et fagligt team på tværs af sektorerne, der kunne vidensdele og undervise hos hinanden. En anden mener, det kunne være fordelagtigt med en elektronisk skabelon til et skema, hvor alle spørgsmål om alle ønskede data fremgik. Et par stykker påpeger nødvendigheden af mere målrettede implementeringsaktiviteter for at få behandlerne til at tage ejerskab over programmerne. En foreslår, at forløbsprogrammerne, i stedet for at tage udgangspunkt i en diagnose, skal tage udgangspunkt i borgerens situation. Der er mange borgere, der gerne vil behandles i nærmiljøet, og så skal der være mere fokus på det psykiske aspekt ved en kronisk sygdom, end der er nu.

Faglig kompetence
Fagpersonerne er blevet spurgt, i hvilken grad de vurderer, at de besidder den faglige kompetence, som er nødvendig for deres indsats i forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes. Andelen, der vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad er i besiddelse af de faglige kompetencer, er en anelse højere for de besvarelser, der relaterer sig til type 2-diabetes end KOL. Det vil sige, at fagpersonerne generelt i højere grad vurderer, at de be-

sidder den nødvendige faglige kompetence i forhold til forløbsprogrammet for type 2-diabetes, end de gør i forhold til forløbsprogrammet for KOL (figur 2.7 og 2.8).

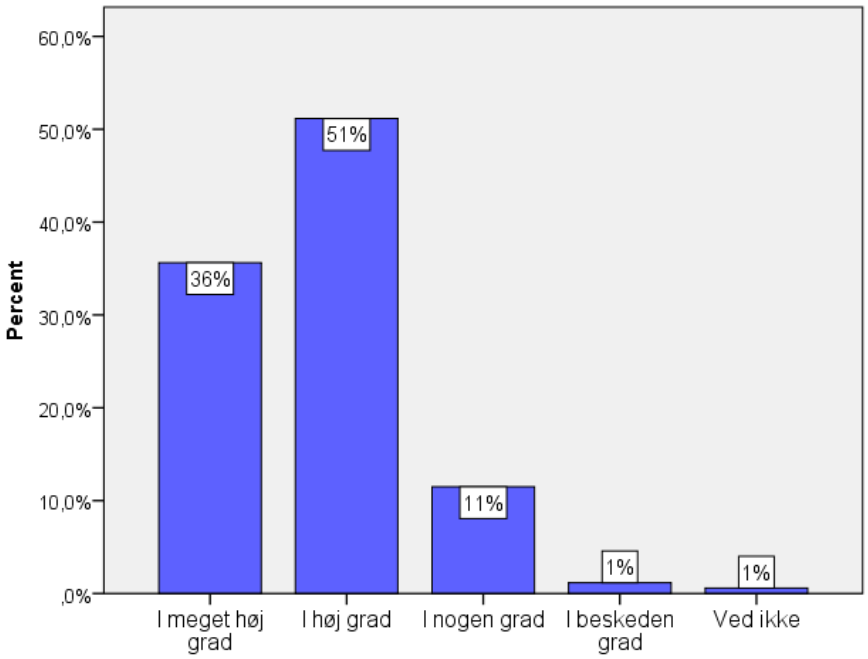
Figur 2.7
Fagpersoner, der har kontakt med patienter med KOL, procentvis fordelt efter, i hvilken grad de vurderer, at de besidder den faglige kompetence, som er nødvendig for deres indsats i forløbsprogrammet for KOL (N=186)



I gruppen af hospitalslæger angiver alle, at de enten i meget høj eller i høj grad besidder den nødvendige faglige kompetence i forhold til forløbsprogrammet for KOL. Materialet giver i øvrigt ikke grundlag for at konkludere, at der er forskel på de forskellige faggruppers vurdering af deres faglige kompetence i forhold til forløbsprogrammet for KOL.

I forhold til type 2-diabetes er der kun 13 hospitalslæger, der har svaret, men alle disse angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad besidder den nødvendige faglige kompetence. Hos fagpersonerne i kommunen er der en større tendens til at vurdere, at man besidder de nødvendige faglige kompetencer til forløbsprogrammet for KOL end for forløbsprogrammet for type 2-diabetes. Dette ses med en forskel på 17 procentpoint på, hvor mange der svarer, at de i meget høj eller i høj grad besidder de nødvendige faglige kompetencer for KOL-forløbsprogrammet i forhold til samme svar for forløbsprogrammet for type 2-diabetes.

Figur 2.8
Fagpersoner, der har kontakt med patienter med type 2-diabetes, procentvis fordelt efter, i hvilken grad de vurderer, at de besidder den faglige kompetence, som er nødvendig for deres indsats i forløbsprogrammet for type 2-diabetes (N=174)

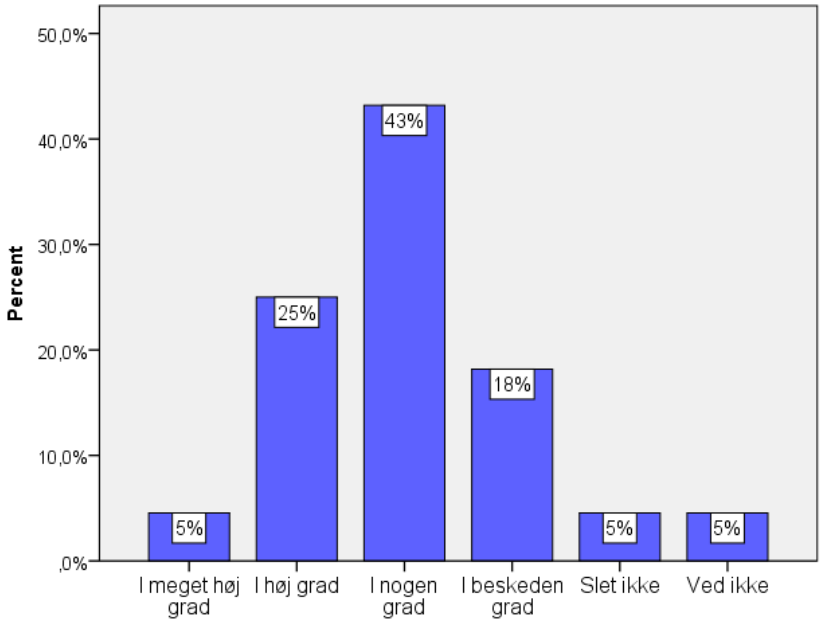


De resterende faggruppers svarmønster minder om hinanden i forhold til de to forløbsprogrammer, hvor der som nævnt er en lille tendens til at vurdere en højere grad af faglig kompetence i forhold til type 2-diabetes-programmet end i forhold til KOL-programmet.

Vi finder desuden en stærk positiv sammenhæng mellem, at de fagpersoner, der svarer, at de har et godt kendskab til forløbsprogrammerne, også vurderer, at de i høj grad besidder den nødvendige faglige kompetence.

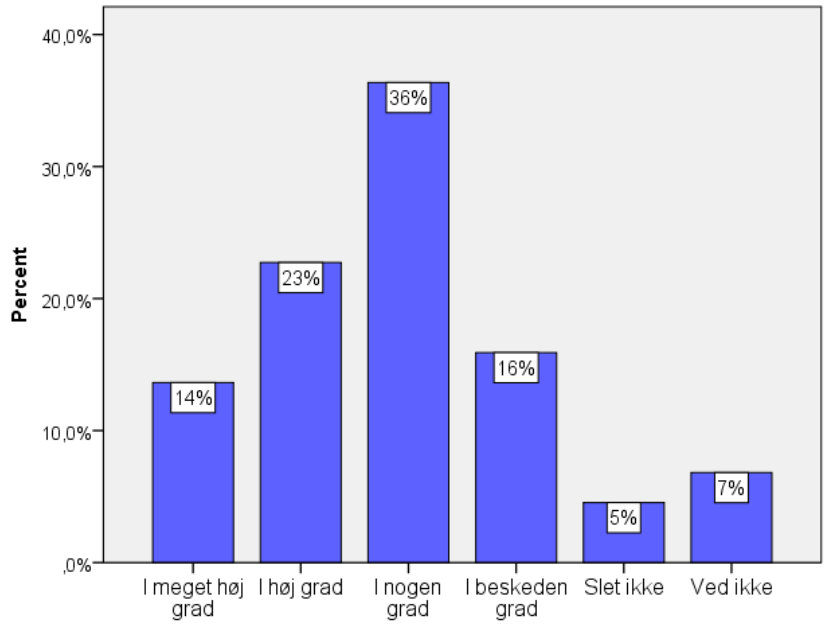
Tovholderfunktion
De praktiserende læger varetager en funktion som tovholder i forløbsprogrammerne og er derfor blevet adspurgt, i hvilken grad de vurderer at være informeret om, hvad denne funktion indebærer. Svarenes fordeling er vist i figur 2.9 og 2.10.

Figur 2.9
Praktiserende læger procentvis fordelt efter, i hvilken grad de vurderer at være informeret om, hvad det indebærer at være tovholder for forløbsprogrammet for KOL (N=44)



Det er et mindretal, der angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad er informeret om, hvad det indebærer at være tovholder (30 % for KOL og 36 % for type 2-diabetes). Der er således et flertal, der angiver, at de kun i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke er informeret.

Figur 2.10
Praktiserende læger fordelt efter, i hvilken grad de vurderer at være blevet informeret om, hvad det indebærer at være tovholder for forløbsprogrammet for type 2-diabetes (N=44)



Der er en lille tendens til, at de praktiserende læger vurderer, at de er bedre informeret om tovholderfunktionen i forhold til type 2-diabetes end i forhold til KOL.

Nedenstående tabel 2.2 giver et overblik over, hvilke opgaver de praktiserende læger vurderer at være forbundet med tovholderfunktionen.

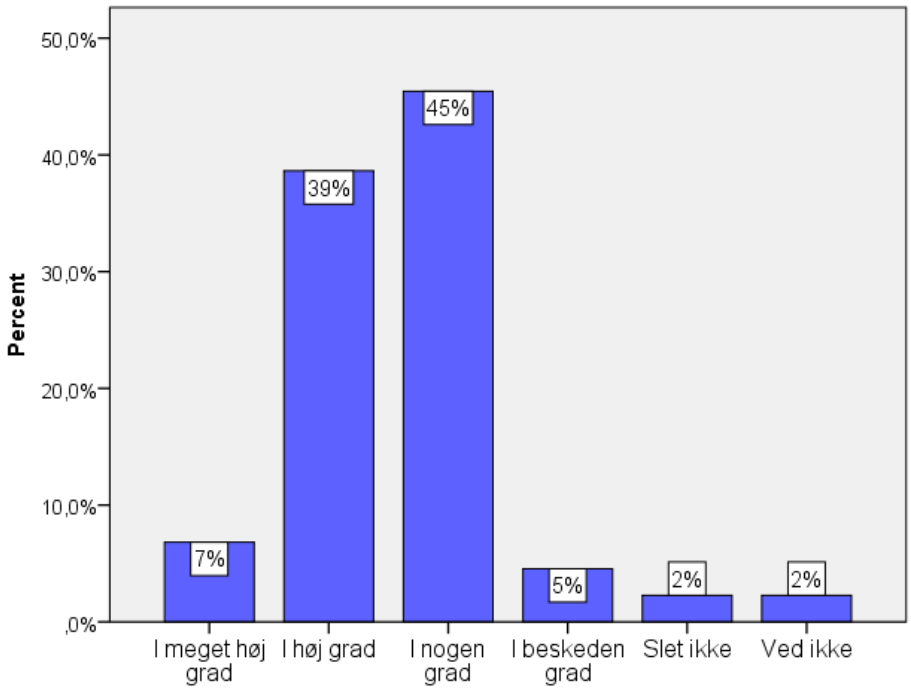
Tabel 2.2
Den procentvise andel af praktiserende læger, der har bekræftet, at nedenstående opgaver er forbundet med at være tovholder

	Procentandel
Rådgive borgeren om livsstil (kost, rygning, motion mv.)	81
Tidlig opsporing	79
Udredning/diagnostik	75
Opfølgning på behandling eller indsats i andre dele af sundhedsvæsenet	75
Henvisning til behandling eller indsats i andre dele af sundhedsvæsenet	73
Rådgive borgeren om at håndtere den kroniske sygdom	73
Kommunikere med borgeren om behandlingsforløbet	67
Indkalde til periodevis kontrol	54
Sikre fremdrift i behandlingsforløbet	52
Støtte borgeren i at koordinere hans/hendes kontakter i behandlingsforløbet	46
Kommunikere med eventuelle pårørende om behandlingsforløbet	23
Andet	4
Procentgrundlag	48

Tidlig opsporing, udredning/diagnostik, henvisning til behandling og opfølgning samt rådgivning peger de fleste på at indgå i funktionen som tovholder. Kun hver fjerde betragter kommunikation med pårørende som en del af deres opgave, mens omkring halvdelen vurderer, at det er tovholderens opgave at sikre fremdrift i behandlingsforløbet og støtte borgeren i at koordinere kontakterne i behandlingsforløbet.

Nedenfor ses i figur 2.11 praktiserende lægers vurdering af, hvorvidt forudsætningerne for at udfylde rollen som tovholder er til stede.

Figur 2.11
Praktiserende læger fordelt efter, i hvilken grad de vurderer, at forudsætningerne for at udfylde rollen som tovholder er til stede (N=44)



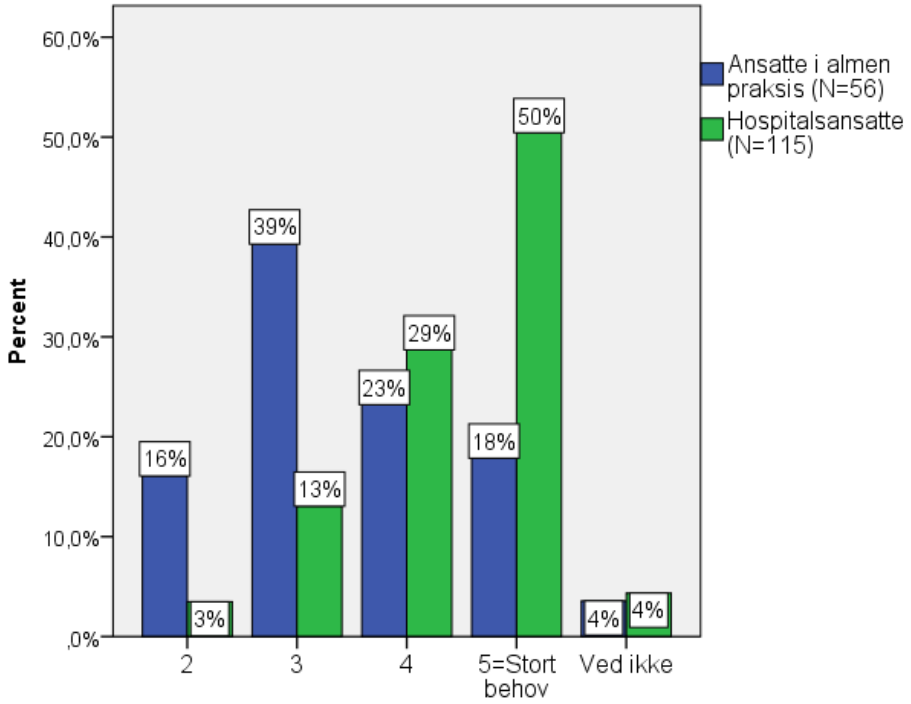
Mere end halvdelen af de praktiserende læger vurderer, at forudsætningerne for at udfylde rollen som tovholder kun er til stede i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke. En del af dem, der vurderer, at forudsætningerne ikke er fuldt ud til stede, peger på, at tid, økonomiske ressourcer og uddannelse er det, der mangler. Et par stykker peger desuden på manglende samarbejde på tværs af de forskellige sektorer, der både kan sikres gennem bedre samarbejdskultur og lige adgang til en fælles journal. En praktiserende læge giver desuden udtryk for, at det ikke er klart, hvad tovholderfunktionen dækker, særligt når det drejer sig om patienter, der falder uden for de specialiserede pakkeforløb, fordi de eksempelvis er psykisk syge, økonomisk trængte, analfabeter eller har brug for tolk.

3. Vurdering af behov og muligheder for tværsektorielt samarbejde

Behov for øget samarbejde
Alle fagpersonerne er spurgt om, hvordan de vurderer behovet for en indsats for at øge samarbejdet om borgere med KOL eller type 2-diabetes på tværs af de tre sektorer. Fordelingen af svarene på dette spørgsmål ses i figurerne 3.1-3.3.

I forhold til samarbejde mellem almen praksis og hospital er det samlet set 40 %, der vurderer, at der er et stort behov for øget samarbejde.

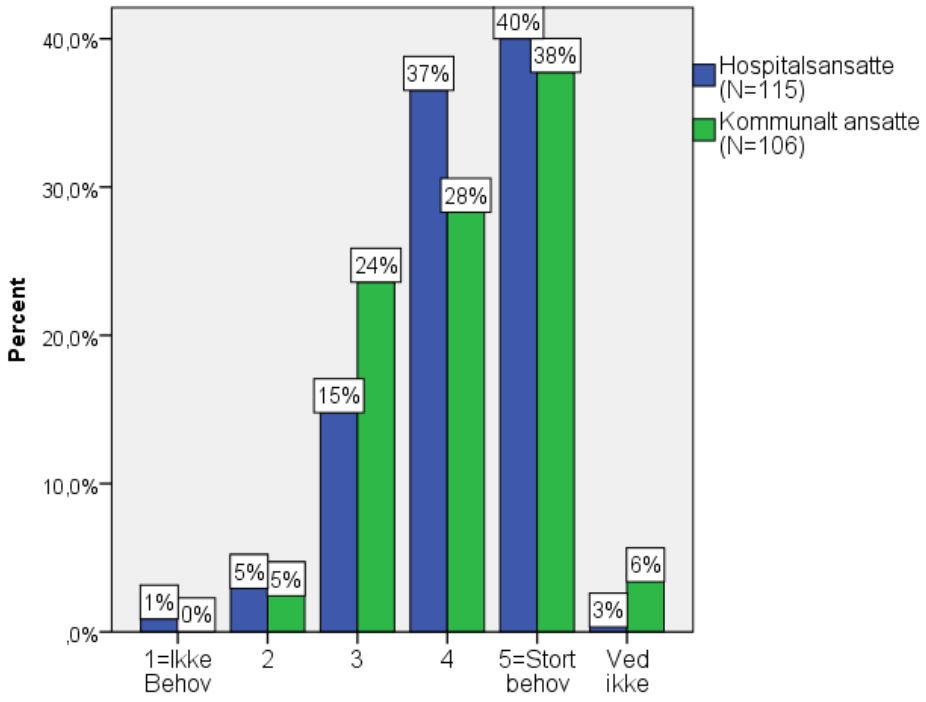
Figur 3.1
Fagpersoner i almen praksis og på hospital procentvis fordelt efter, hvordan de vurderer behovet for en indsats for at øge samarbejdet mellem almen praksis og hospital



Den samlede faggruppe fra hospital vurderer i højere grad, at der er brug for øget samarbejde end fagpersoner fra almen praksis. Fra almen praksis er det flest - næsten 40 % - der afgiver svaret 3 på skalaen. For de tre faggrupper fra hospital er det omkring halvdelen fra hver gruppe, der mener, at der er et stort behov for øget samarbejde.

I forhold til behovet for øget samarbejde mellem hospital og kommune er det samme tendens, der gør sig gældende. Her er det også samlet set næsten 40 %, der vurderer, at der et stort behov for øget samarbejde.

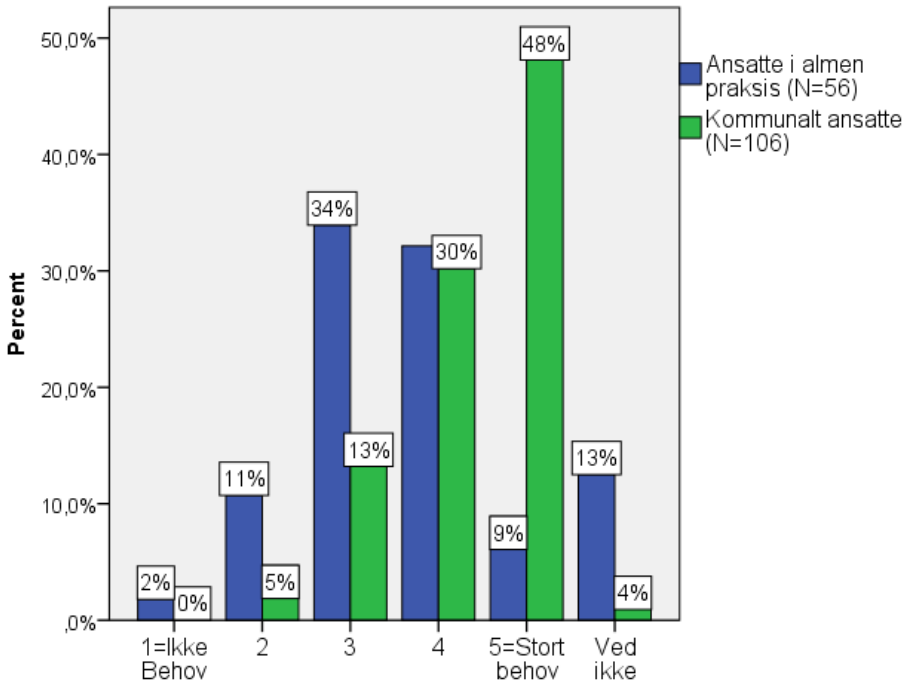
Figur 3.2
Fagpersoner på hospital og i kommune procentvis fordelt efter, hvordan de vurderer behovet for en indsats for at øge samarbejde mellem hospital og kommune



Der meget stor overensstemmelse mellem fagpersonerne fra kommunen og de tre faggrupper på hospital, der alle hyppigst afgiver svaret 4 eller 5. Samlet set vurderer de tre faggrupper fra hospitalet, at der er næsten lige så stort behov for øget samarbejde med almen praksis, som der er for øget samarbejde med kommunen.

Behovet for øget samarbejde mellem almen praksis og kommune følger samme mønster som for de to foregående kombinationer. Her er det samlet set 35 %, der vurderer et stort behov for øget samarbejde.

Figur 3.3
Fagpersoner i almen praksis og kommune procentvis fordelt efter, hvordan de vurderer behovet for en indsats for at øge samarbejde mellem almen praksis og kommune



Det er igen fagpersoner fra almen praksis, der synes at vurdere, at der ikke er så stort behov for øget samarbejde mellem almen praksis og kommunen. Hver tredje fra denne gruppe svarer 3 på skalaen. Næsten halvdelen af fagpersonerne fra kommunen vurderer derimod, at der er stort behov for øget samarbejde. Der er desuden 12 procentpoint flere fra kommunen, der afgiver svaret 4 eller 5 på spørgsmålet om samarbejde med almen praksis end på spørgsmålet om samarbejde med hospital. Fagpersoner fra kommunen vurderer altså, at der i højere grad er behov for øget samarbejde med almen praksis, end der er med hospital.

I forhold til almen praksis er det et mere broget billede der tegner sig. Dobbelt så mange vurderer, at der er stort behov for øget samarbejde med hospitalet, end der er med kommunen. Samtidig er der 10 procentpoint flere, der afgiver svar på de tre nederste skalatrin, når det drejer sig om samarbejdet med hospital, i forhold til når det drejer sig om samarbejdet med kommune.

Forudsætninger for at forløbsprogrammerne kan fungere optimalt
Fagpersonerne er blevet bedt om at vurdere, om de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammerne kan fungere i det daglige arbejde. Samlet set har 56 % vurderet, at forudsætningerne er eller stort set er til stede, mens 24 % vurderer, at de ikke er til stede. Der er en relativt stor andel, der ikke ved, om de rette forudsætninger er til stede, da 20 % af fagpersonerne svarer ”ved ikke”.

I planlægningsområde Nord mener 66 % af fagpersonerne, at de rette forudsætninger er til stede, mens det i de tre andre planlægningsområder er lidt mere end halvdelen, der mener dette. I planlægningsområde Midt ses den største skepsis, da næsten hver tredje svarer nej til spørgsmålet. Forskellene er dog ikke statistisk signifikante.

Der er ingen signifikant forskel på de forskellige faggruppers vurdering af, om de rette forudsætninger er til stede, for at forløbsprogrammerne kan fungere i det daglige arbejde.

De fagpersoner, der vurderer, at de rette forudsætninger ikke er til stede, er efterfølgende blevet bedt om at angive, hvilke forudsætninger der mangler, for at forløbsprogrammerne kan fungere i det daglige arbejde. Et overblik over svarene ses i tabel 3.1.

Tabel 3.1
Fagpersoner, der vurderer, at de rette forudsætninger ikke er til stede for forløbsprogrammerne, opgjort efter, hvad de vurderer mangler. Procentandele.

	Procentandel
Savner information fra andre sektorer	58
Savner it-understøttelse	55
Mangler tid	39
De faglige kompetencer er ikke til stede på alle niveauer	38
De rigtige tilbud er ikke til stede	32
Ved ikke hvilke tilbud der findes i andre sektorer	18
Borgernes hverdag eller forventninger giver afbræk i de forudsatte forløb	15
Andet	29
Procentgrundlag	66

Information fra andre sektorer og it-understøttelse er det, som flest peger på som en mangel, og her synes der at være bred enighed blandt de forskellige faggrupper. Det er især fagpersonerne fra almen praksis, der har svaret ”manglende tid”, mens størstedelen af de, der har svaret ”andet”, er fra kommunen. Inden for sidstnævnte kategori er det faktorer som manglende samarbejdsrelationer på tværs af sektorerne, der nævnes. Her er der en håndfuld fagpersoner, der mener, at de praktiserende læger ikke lever op til deres ansvar med at henvise patienterne.

Forudsætninger for tæt samarbejde
Alle fagpersoner er blevet bedt om at vurdere, om forudsætningerne er til stede, for at der på tværs af de tre sektorer kan samarbejdes tæt om de to patientgrupper. Fordelingen af denne vurdering ses i nedenstående tabel 3.2.

I forhold til samarbejdet mellem almen praksis og hospital er det en nogenlunde lige stor andel, der svarer henholdsvis ’ja’ og ’nej’ til, at forudsætningerne er til stede. Der er ingen signifikant forskel på besvarelsen fra faggrupperne på hospital og i almen praksisfag

Tabel 3.2
Fagpersoner procentvis fordelt efter, om de vurderer, at forudsætningerne er til stede for et tæt samarbejde om borgere med KOL eller type 2-diabetes

	Ja (stort set)	Nej	Ved ikke	I alt	Antal
Mellem almen praksis og hospital	39 %	41 %	20 %	100 %	170
Mellem kommune og almen praksis	50 %	34 %	16 %	100 %	160
Mellem hospital og kommune	47 %	37 %	17 %	100 %	218

Ser vi på samarbejdet mellem almen praksis og kommune, er der en mere positiv tendens. Her svarer omkring halvdelen både fra kommune og almen praksis, at de mener, at forudsætningerne for et tæt samarbejde er til stede. Blandt fagpersoner i kommunen er der næsten 40 %, der svarer ”nej”, mens fagpersoner fra almen praksis fordeler sig ligeligt mellem at svare ”nej” og ”ved ikke”. Fagpersonerne fra almen praksis vurderer således ikke, at der er den store forskel på forudsætningerne for et tæt samarbejde med kommunen i forhold til

hospital. Der er dog 7 procentpoint flere, der ikke ved, om forudsætningerne er til stede, når det gælder kommunen, i forhold til når det gælder hospital.

I forhold til samarbejdet mellem hospital og kommune svarer begge faggrupper hyppigst, at de vurderer, at forudsætningerne for et tæt samarbejde om borgeren er til stede. Kommunalt ansatte vurderer lidt hyppigere, at forudsætningerne er til stede for et tæt samarbejde med almen praksis end med hospital. Der er dog samtidig flere, der svarer ”nej”, når det gælder samarbejdet med almen praksis end samarbejdet med hospital. Der ses således en tendens til, at de kommunalt ansatte er mere usikre på samarbejdet med hospital, hvor de i højere grad svarer ”ved ikke”. For de hospitalsansatte er der større optimisme at spore med hensyn til forudsætningerne for samarbejdet med kommunen end samarbejdet med almen praksis. Her er der 13 procentpoint flere, der svarer ”ja”, når det drejer sig om kommunen, i forhold til når det drejer sig om almen praksis.

I nedenstående tabel ses de barrierer der udpeges i forhold til manglende forudsætninger for et tæt samarbejde om borgeren.

Tabel 3.3
Den procentvise andel af fagpersoner, der har begrundet manglende forudsætninger for et tæt samarbejde med nedenstående barrierer

	Procentandel
Muligheden for elektronisk kommunikation er utilstrækkelig	60
Manglende fælles information om borger	54
Brug af it til f.eks. henvisning er besværlig	35
Manglende tid	33
Forskellig faglighed	28
Forskellig vurdering af borgernes behov	26
Andet	14
Procentgrundlag	162

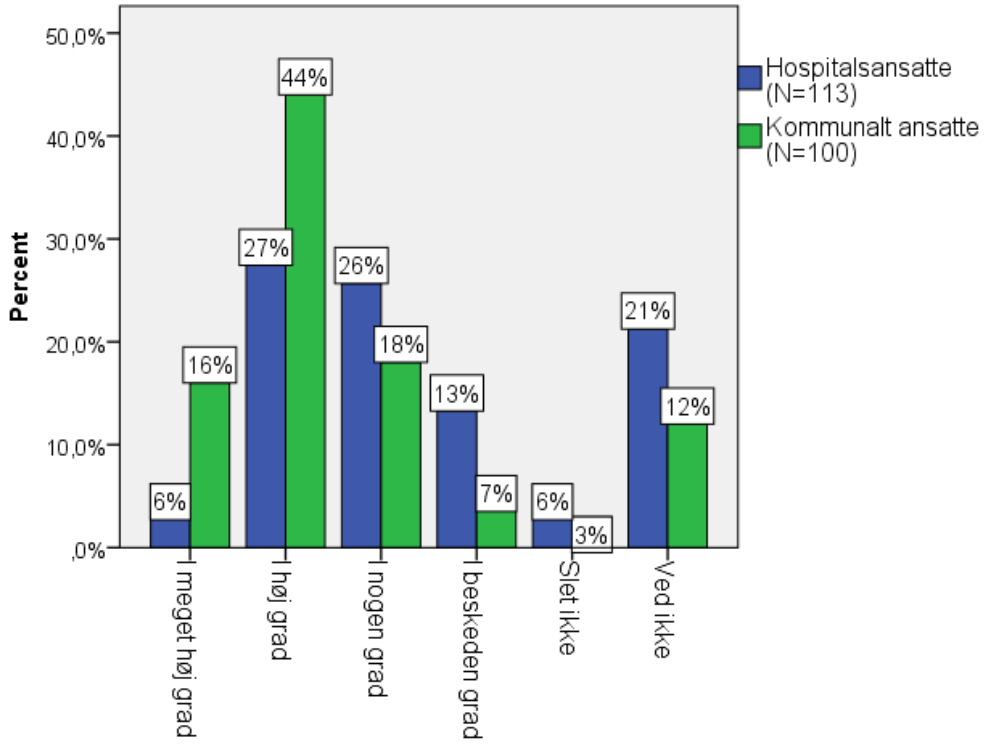
Manglende fælles information om borgeren og utilstrækkelig mulighed for elektronisk kommunikation er de barrierer, der i flest tilfælde udpeges. Dette er der bred enighed om inden for alle tre sektorer. Det er fortrinsvis fagpersoner inden for kommune, der ser manglende fælles information om borger som en barriere. I kategorien ”andet” peger et par stykker på, at der eksisterer fordomme og mangel på tillid på tværs af sektorerne. Ti personer beskriver manglende viden om tilbud og muligheder i de andre sektorer som en barriere. Det er primært fagpersoner fra kommunen, der påpeger dette.

Ledelsens opbakning
De hospitalsansatte og de ansatte i kommunen er blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever, at ledelsen er opmærksom på, at retningslinjerne for forløbsprogrammerne bliver efterlevet. Samlet set i forhold til de to forløbsprogrammer mener 46 % af de hospitalsansatte og kommunalt ansatte, at ledelsen i meget høj grad eller i høj grad er opmærksom på, at retningslinjerne bliver efterlevet. 22 % svarer ”i nogen grad”, mens 15 % svarer ”i beskeden grad” eller ”slet ikke”. En relativ stor andel, 17 %, svarer ”ved ikke”, hvilket må være et udtryk for, at de er usikre på, om ledelsen er opmærksom, da fagpersonerne ydermere har haft mulighed for at svare ”irrelevant”, hvis spørgsmålet ikke vedrørte dem.

I nedenstående figur 3.7 ses det, at det især er de kommunalt ansatte, der oplever, at ledelsen er opmærksom på, at de efterlever retningslinjerne for forløbsprogrammerne. Her er det næsten to tredjedele, der afgiver svaret ”i meget høj grad” eller ”i høj grad”, mens det for de

hospitalsansatte kun er godt en tredjedel. Derimod svarer de hospitalsansatte hyppigere ”i nogen grad”, ”i beskeden grad” eller ”slet ikke” i forhold til de kommunalt ansatte.

Figur 3.4
Hospitalsansatte og kommunalt ansatte procentvis fordelt efter, i hvilken grad de oplever, at ledelsen er opmærksom på, at de og deres kollegaer efterlever retningslinjerne i forløbsprogrammet for KOL og type 2-diabetes



Der er ingen signifikant forskel mellem planlægningsområderne med hensyn til, i hvilken grad det vurderes, at ledelsen er opmærksom på, at retningslinjerne for forløbsprogrammerne efterleves.

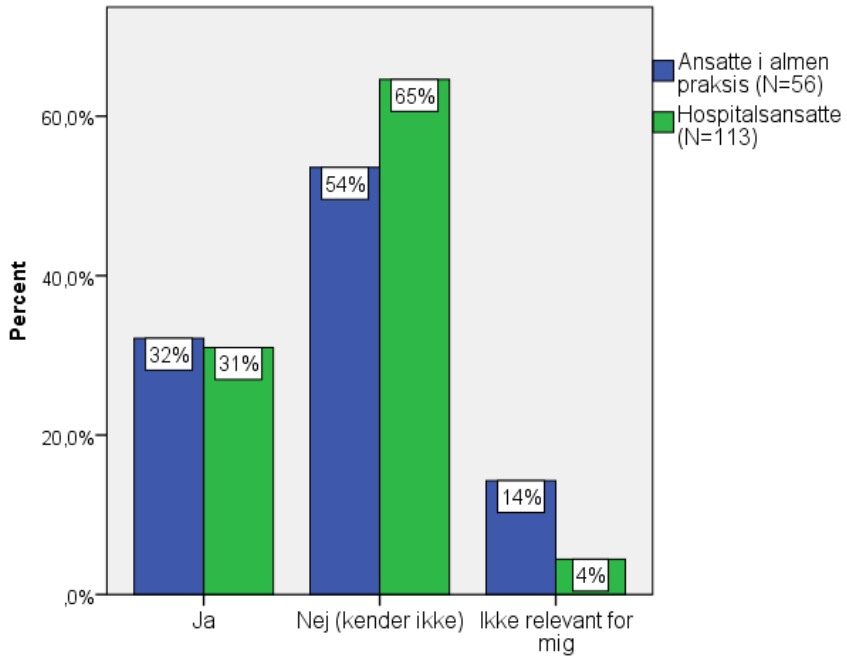
Viden om tilbud i andre sektorer
Omkring 80 % af både fagpersonerne i almen praksis og de hospitalsansatte vurderer at have fået større viden om kommunernes tilbud til patienter med KOL eller type 2-diabetes.

Tabel 3.4
Hospitalsansatte og ansatte i almen praksis procentvis fordelt efter, om de inden for de seneste par år har fået større viden om kommunernes tilbud til patienter med KOL og type 2-diabetes

	KOL		Type 2-diabetes	
	Ansatte i almen praksis	Hospitalsansatte	Ansatte i almen praksis	Hospitalsansatte
Ja	79	82	79	77
Nej	21	18	21	23
I alt	100	100	100	100
Antal	52	88	52	82

Disse to faggrupper er desuden adspurgt, om de har benyttet SOFT-portalen på sundhed.dk til at søge information om kommunale tilbud. Samlet set svarer 31 %, at de har benyttet denne portal. 61 % svarer, at de ikke har benyttet SOFT-portalen. I figur 3.9 ses, hvordan de to faggruppers svar fordeler sig.

Figur 3.5
Hospitalsansatte og ansatte i almen praksis procentvis fordelt efter, om de har benyttet SOFT-portalen til at søge information om kommunale tilbud



Både blandt fagpersoner på hospital og i almen praksis er det næsten hver tredje, der har benyttet sig af SOFT-portalen. Flertallet inden for begge faggrupper har dog ikke benyttet sig af portalen.

I forhold til viden om tilbuddene i almen praksis svarer de kommunalt ansatte og hospitalsansatte som angivet i tabel 3.10.

Tabel 3.5
Hospitalsansatte og kommunalt ansatte procentvis fordelt efter, om de inden for de seneste par år har fået større viden om tilbuddene i almen praksis til borgere med KOL og type 2-diabetes

	KOL		Type 2-diabetes	
	Kommunalt ansatte	Hospitals-ansatte	Kommunalt ansatte	Hospitals-ansatte
Ja	52	39	56	40
Nej	48	61	44	60
I alt	100	100	100	100
Antal	90	84	90	82

Mere end 50 % af de kommunalt ansatte har fået større viden, mens omkring 40 % af hospitalsansatte har fået større viden inden for de seneste par år. Det er dog kun, når det drejer

sig om tilbud i almen praksis til patienter med type 2-diabetes, at der er signifikant forskel mellem kommunalt ansatte og hospitalsansatte. Fagpersonerne fra hospital vurderer i langt højere grad at have fået større viden om tilbuddene i kommunen, end de har fået om tilbuddene i almen praksis.

I tabel 3.6 ses fordelingen af, om fagpersoner i almen praksis og kommune vurderer, at de inden for de seneste par år har fået større viden om tilbuddene på hospital.

Tabel 3.6
Kommunalt ansatte og ansatte i almen praksis procentvis fordelt efter, om de inden for de seneste par år har fået større viden om hospitalernes tilbud til borgere med KOL og type 2-diabetes

	KOL		Type 2-diabetes	
	Kommunalt ansatte	Ansatte i almen praksis	Kommunalt ansatte	Ansatte i almen praksis
Ja	61	21	62	19
Nej	39	79	38	81
I alt	100	100	100	100
Antal	94	52	95	52

Omkring 60 % af fagpersonerne i kommunen vurderer, at de inden for de seneste par år har fået større viden om hospitalernes tilbud til borgere med KOL eller type 2-diabetes. Her er det et helt andet billede, der tegner sig for fagpersoner i almen praksis, idet kun er omkring en femtedel, der svarer ”ja” til at have fået større viden om hospitalernes tilbud.

Samlet set ser det først og fremmest ud til, at kommunalt ansatte har fået større viden om tilbuddene i almen praksis og på hospital, og at fagpersoner på hospital og i almen praksis har fået større viden om tilbuddene i kommunerne.

4. Stratificering af patienter

Forløbsprogrammerne er bygget op om en stratificering af borgere med KOL eller type 2-diabetes, som skal bidrage til at differentiere behandlings- og rehabiliteringsforløbene i forhold til, hvor fremskreden sygdommen er. Borgere med KOL er i forløbsprogrammet stratificeret i fire grupper efter sværhedsgrad fra mild til meget svær KOL, og borgere med type 2-diabetes er stratificeret i tre niveauer. Vi har spurgt hospitalslæger og praktiserende læger om deres kendskab til stratificeringskriterierne og deres anvendelse af dem i den daglige praksis.

I tabel 4.1 nedenfor er vist, i hvilken udstrækning læger på hospital og praktiserede læger vurderer, at de er fortrolige med kriterierne for at stratificere patienter med KOL eller type 2-diabetes. Hospitalslæger er opdelt efter, om de har kontakt med patienter med KOL eller type 2-diabetes.

Tabel 4.1
Hospitalslæger og praktiserende læger procentvis fordelt efter, om de vurderer, at de er fortrolige med stratificeringskriterierne for KOL og type 2-diabetes

	KOL			Type 2-diabetes		
	Almen praksis	Hospitals-læger	Alle læger	Almen praksis	Hospitals-læger	Alle læger
I meget høj grad eller i høj grad	36	72	47	39	50	42
I nogen grad	43	22	37	44	31	41
Kun i beskeden grad	18	6	15	14	6	12
Slet ikke	-	-	-	-	6	2
Ved ikke	2	-	2	2	6	2
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	44	18	62	43	16	59

Både når det gælder KOL og type 2-diabetes er det mellem 35-40 % af de praktiserende læger, der vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad er fortrolige med stratificeringskriterierne. Stratificeringskriterierne for KOL er flertallet af hospitalslæger i meget høj grad eller høj grad fortrolige med. Derimod er det alene halvdelen af hospitalslægerne, der vurderer, at de i meget høj grad eller høj grad er fortrolige med stratificeringskriterierne for type 2-diabetes.

Hensigten med stratificeringen af patienter med KOL eller type 2-diabetes er, at den skal være vejledende, bl.a. i forhold til hvilke behandlings- og rehabiliteringstiltag patienterne skal tilbydes. Det er således et spørgsmål, i hvilken udstrækning kriterierne anvendes af lægerne i praksis. Det er belyst i tabel 4.2.

Tabel 4.2
Hospitalslæger og praktiserende læger procentvis fordelt efter, om de anvender stratificeringskriterierne, som beskrevet i forløbsprogrammerne, når de diagnosticerer patienter med KOL og type 2-diabetes

	KOL			Type 2-diabetes		
	Almen praksis	Hospitals-læger	Alle læger	Almen praksis	Hospitals-læger	Alle læger
I alle eller de fleste tilfælde	52	83	61	51	44	49
I nogle tilfælde	34	6	26	28	19	25
I de færreste tilfælde	5	-	3	14	-	10
(Stort set) aldrig	7	6	7	5	25	10
Ved ikke/kender ikke forløbsprogrammet	2	6	3	2	13	5
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	44	18	62	43	16	59

Det fremgår af tabellen, at der synes at være forskel mellem KOL og type 2-diabetes med hensyn til, hvor ofte hospitalslæger anvender stratificeringskriterierne, når de diagnosticerer. Et stort flertal af læger, som har kontakt med KOL-patienter, angiver, at de i alle eller i de fleste tilfælde anvender kriterierne. Blandt læger, som har kontakt med patienter med type 2-diabetes, er det alene omkring halvdelen. Et stort mindretal angiver, at de (stort set) aldrig bruger kriterierne, når de diagnosticerer patienter med type 2-diabetes. Blandt praktiserende læger er det i forhold til begge diagnoser ca. halvdelen, der bruger kriterierne i alle eller de fleste tilfælde.

I tabel 4.3 er vist lægernes vurdering af, i hvilken grad de finder stratificeringen anvendelig ved henvisning til tilbud.

Tabel 4.3
Hospitalslæger og praktiserende læger procentvis fordelt efter, i hvilken grad de finder stratificeringen anvendelig ved henvisning af patienter med KOL og type 2-diabetes til tilbud

	KOL			Type 2-diabetes		
	Almen praksis	Hospitals-læger	Alle læger	Almen praksis	Hospitals-læger	Alle læger
I meget høj grad eller i høj grad	34	78	47	37	13	31
I nogen grad	41	17	34	33	38	34
Kun i beskeden grad	9	6	8	21	31	24
Slet ikke	5	-	3	2	6	3
Ved ikke	11	-	8	7	13	9
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	44	18	62	43	16	59

Der er også i dette tilfælde en betydelig forskel i hospitalslægernes vurdering af anvendelighed. Mens et stort flertal af hospitalslæger vurderer, at stratificeringen i meget høj grad eller høj grad er anvendelig ved henvisning af KOL-patienter til tilbud, så er det absolut et mindretal, der vurderer det samme med hensyn til patienter med type 2-diabetes. En tredjedel vurderer, at kriterierne kun i beskeden grad eller slet ikke er anvendelige ved henvisning af patienter med type 2-diabetes til tilbud.

5. Tværsektorielt samarbejde i det daglige arbejde

En forudsætning for hensigtsmæssige behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgerne er bl.a., at de involverede faggrupper er informeret om, hvad der er deres eget ansvar i forløbet, og hvad andre faggrupper eller borgeren selv har ansvaret for. Vi har derfor spurgt, om de forskellige faggrupper føler sig tilstrækkeligt orienteret om dette, og svarenes fordeling er vist i tabel 5.1.

Tabel 5.1
Fagpersoner procentvis fordelt efter, i hvilken udstrækning de vurderer, at de har tilstrækkelig information om, hvad der er eget, anden fagpersons eller borgerens ansvar i et behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb. Opgjort for borgere med henholdsvis KOL og type 2-diabetes

	KOL	Type 2-diabetes
I alle eller de fleste tilfælde	67	68
I nogle tilfælde	20	16
I de færreste tilfælde eller (stort set) aldrig	6	6
Ved ikke/kender ikke forløbsprogrammet	7	10
I alt	100	100
Antal	226	219

Det fremgår, at to tredjedele af fagpersonerne, som er involveret i behandling eller rehabilitering af borgere med KOL eller type 2-diabetes, vurderer, at de i alle eller de fleste tilfælde er tilstrækkeligt informeret om, hvad der er deres eget ansvar og dermed også, hvad der er andres ansvar. Der er imidlertid også et stort mindretal, som i en del tilfælde er i tvivl om ansvarsfordelingen. Der er ingen af de spurgte faggrupper, hvor besvarelserne afviger markant fra den gennemsnitlige fordeling.

Personlig kontakt
I det følgende giver vi et billede af samarbejdet mellem de tre sektorer: almen praksis, hospital og kommune i forbindelse med behandling og rehabilitering af borgere med KOL eller type 2-diabetes. I første omgang belyses, i hvilken udstrækning man taler sammen på tværs af sektorer. I tabel 5.2 er vist, i hvilken udstrækning fagpersoner fra almen praksis og kommune taler med læge, plejepersonale eller terapeut på hospital.

Tabel 5.2
Fagpersoner i almen praksis og i kommuner procentvis fordelt efter, i hvilken udstrækning de taler med henholdsvis læge, plejepersonale eller terapeut på hospital i relation til en borger med KOL eller type 2-diabetes.

	Taler med læge		Taler med plejepersonale		Taler med terapeut	
	Almen praksis	Kommune	Almen praksis	Kommune	Almen praksis	Kommune
I alle/de fleste forløb	-	-	-	2	-	-
I nogle forløb	20	7	15	23	2	7
Sjældent	46	40	36	31	24	44
Forekommer ikke	35	53	49	44	75	50
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	55	103	55	103	55	103

Som det fremgår af tabellen, angiver fagpersoner i almen praksis og i kommuner, at det mest almindelige er, at man ikke taler med læge, plejepersonale eller terapeut i relation til borgere med KOL eller type 2-diabetes. Det samme billede tegner sig med hensyn til 'anden faggruppe på hospital'. Personlig kontakt med personale på hospital er altså ikke en udbredt kommunikationsform ifølge fagpersoner i almen praksis og kommune. Det skal dog også tages i betragtning, at en del sygdomsforløb med KOL eller type 2-diabetes ikke omfatter indlæggelse på hospital.

I tabel 5.3 er vist, hvor ofte personale på hospital og fagpersoner i kommune taler med praktiserende læge.

Tabel 5.3
Læger, sygeplejersker og andet personale på hospital samt fagpersoner i kommune procentvis fordelt efter, i hvilken udstrækning de taler med en praktiserende læge i relation til en borger med KOL eller type 2-diabetes

	Hospitals-læge	Sygeplejerske på hospital	Andet personale på hospital	Fagperson i kommune
I alle/de fleste forløb	6	2	-	14
I nogle forløb	31	14	3	40
Sjældent	53	53	27	34
Forekommer ikke	9	31	70	13
I alt	100	100	100	100
Antal	32	51	30	103

Set fra hospitalernes side synes den personlige kontakt med praktiserende læger relativt beskeden. Knap to tredjedele af hospitalslægerne angiver, at de sjældent eller aldrig taler med en praktiserende læge i relation til en borger med KOL eller type 2-diabetes. Den personlige kommunikation mellem hospitalslæger og praktiserende læger synes dog hyppigere end den personlige kommunikation mellem andre personalegrupper på hospital og praktiserende læger, idet 85 % af sygeplejerskerne på hospital og næsten alle i gruppen 'andet personale på hospital' har angivet, at de sjældent eller aldrig taler med en praktiserende læge i relation til borgere med KOL eller type 2-diabetes. Set fra kommunens side er personlig kommunikation med praktiserende læge ikke så usædvanlig, idet godt halvdelen af fagpersonerne i kommunen har angivet, at de i nogle eller alle/de fleste forløb taler med en praktiserende læge. Men det er godt halvdelen, der oplever, at det sjældent eller aldrig sker. For alle faggrupperne tegner der sig det samme billede, når der spørges til, i hvilken udstrækning man taler med en praksissygeplejerske i relation til en borger med KOL eller type 2-diabetes.

Set fra hospital og almen praksis er personlig kommunikation med sundhedskonsulent/forebyggelseskonsulent eller terapeut i kommune sjældent forekommende. 75 % eller mere af de forskellige faggrupper angiver, at de sjældent eller aldrig taler med konsulent, terapeut eller person fra anden faggruppe i en kommune.

Alt i alt er der tegnet et billede af, at faggrupperne sjældent taler sammen på tværs af sektorerne, og at der er tale om særlige tilfælde, når det sker.

I det følgende uddybes, hvordan samarbejdet mellem sektorerne foregår i det daglige arbejde samt udviklingen siden forløbsprogrammernes indførelse.

Samarbejde mellem hospital og almen praksis
Samarbejdet mellem hospital og almen praksis beskrives ud fra, hvilken samarbejdsform hospitalsansatte samt praktiserende læger og andet sundhedsuddannet praksispersonale

har angivet, at der benyttes. Hospitalsansatte er både læger, sygeplejersker, terapeuter og diætister. I tabel 5.4 er vist de angivne samarbejdsformer.

Tabel 5.4
Samarbejdet mellem hospital og almen praksis opgjort efter, hvilken samarbejdsform hospitalsansatte og almen praksis har angivet om borgere med KOL og type 2-diabetes (procentandele)

	KOL		Type 2-diabetes	
	Hospitals-ansatte	Almen praksis	Hospitals-ansatte	Almen praksis
Modtager skriftlig information om patienter	25	54	38	53
Sender skriftlig information om patienter	51	30	43	30
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	4	21	8	23
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	14	7	25	10
Holder regelmæssigt møder om behandling/forløb	3	2	5	2
Anden samarbejdsform	11	2	10	2
Intet eller stort set intet samarbejde	38	25	38	21
Procentgrundlag	72	61	61	61

Hospitalsansatte og almen praksis er enige om, at den hyppigste samarbejdsform består i at sende skriftlig information om patienter med KOL eller type 2-diabetes. Der synes også at være enighed om, at det hyppigst er hospitalet, der sender information. Det fremgår også her, at den personlige kontakt via telefon eller møder er begrænset. Det er dog en fjerdedel af de hospitalsansatte, som har kontakt med borgere med KOL, der angiver, at de har telefonisk kontakt med almen praksis om behandling og/eller forløb. Det kan virke overraskende, at op mod 25 % fra almen praksis har angivet, at de intet eller stort intet samarbejde har med hospitalet om patienter med KOL eller type 2-diabetes. Blandt hospitalsansatte er det primært sygeplejersker, terapeuter og diætister, der har angivet, at de ikke har noget samarbejde med almen praksis.

Flertallet (63 %) af de hospitalsansatte vurderer, at der siden forløbsprogrammernes indførelse ikke er sket ændringer i, hvor ofte de taler med, korresponderer med eller mødes med læge eller sygeplejerske fra almen praksis. Mindre end 10 % vurderer, at det sker oftere, mens nogle få vurderer, at der sker sjældnere. Omkring en fjerdedel kan ikke vurdere, om der er sket ændringer i omfanget. Praktiserende læger og andet personale fra lægepraksis er på linje med de hospitalsansatte, idet 72 % vurderer, at der ikke er sket ændringer i kontakten. Også i dette tilfælde kan omkring en fjerdedel ikke vurdere, om der er sket ændringer.

Mere end halvdelen (59 %) af de hospitalsansatte har den opfattelse, at der ikke siden forløbsprogrammernes indførelse er sket ændringer i den information, som de modtager fra almen praksis, og kun et mindretal (13 %) har angivet, at de modtager mere relevant information. Ligeledes en beskeden andel (7 %) vurderer, at de modtager information hurtigere fra almen praksis. Et flertal (henholdsvis 53 % (KOL) og 55 % (type 2-diabetes)) fra lægepraksis er enig i, at der ikke er sket ændringer i den information, som de sender til hospital, men omkring en fjerdedel vurderer, at de sender flere oplysninger, og henholdsvis 11 % (KOL) og 15 % (type 2-diabetes) at de sender oplysninger hurtigere.

Godt halvdelen fra lægepraksis (henholdsvis 55 % for KOL og 53 % for type 2-diabetes) vurderer, at der ikke er sket ændringer i den information, de modtager fra hospital om patienter med KOL eller type 2-diabetes. Henholdsvis 13 % (KOL) og 11 % (type 2-diabetes) vurderer, at de modtager mere relevant information, mens henholdsvis 11 % og 9 % vurderer, at de modtager information hurtigere. Næsten halvdelen (46 %) blandt hospitalsansatte er enige i, at der ikke er sket ændringer i den information, der sendes til almen praksis om patienter

med KOL eller type 2-diabetes. Der er imidlertid 30 %, som vurderer, at de sender flere informationer, mens 18 % vurderer, at de sender informationer hurtigere. En femtedel ved ikke, om der er sket ændringer.

Spørgsmålet er, i hvilken udstrækning det vurderes, at den information, som modtages fra samarbejdspartneren, har et passende omfang. Det er vist i tabel 5.5.

Tabel 5.5
Hospitalsansatte og personer fra almen praksis procentvis fordelt efter, om de vurderer, at den information, de modtager om patienter med KOL eller type 2-diabetes, har et passende omfang

	Hospitalsansatte (information fra almen praksis)	Almen praksis (information fra hospital)	
		KOL	Type 2-diabetes
Omfanget er passende og brugbart	21	46	49
For lidt eller ingen information	49	27	27
For meget og ikke brugbar information	-	4	4
Ved ikke	30	24	20
I alt Antal	100 112	100 55	10 55

Omkring halvdelen af de hospitalsansatte vurderer, at de modtager for lidt eller slet ingen information fra almen praksis om patienter med KOL eller type 2-diabetes, mens omkring en femtedel vurderer informationen for passende og brugbar. I almen praksis vurderer omvendt knap halvdelen, at den information, de modtager fra hospital om patienter med KOL eller type 2-diabetes, er passende og brugbar. Omkring en fjerdedel vurderer, at de får for lidt eller slet ingen information. Der er blandt både hospitalsansatte og personer fra almen praksis en stor andel, som ikke har kunnet bedømme omfanget af information, der modtages.

Samarbejde mellem hospital og kommune
Samarbejdet mellem hospital og kommune beskrives ligeledes ud fra, hvilke samarbejdsformer hospitalsansatte og kommunalt ansatte har angivet, at der forekommer. De angivne samarbejdsformer mellem hospital og kommune er vist i tabel 5.6.

Tabel 5.6
Samarbejdet mellem hospital og kommune opgjort efter, hvilken samarbejdsform hospitalsansatte og almen praksis har angivet om borgere med KOL og type 2-diabetes (procentandele)

	KOL		Type 2-diabetes	
	Hospitals-ansatte	Kommune	Hospitals-ansatte	Kommune
Modtager skriftlig information om patienter	13	43	18	34
Sender skriftlig information om patienter	50	10	36	10
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	10	8	5	7
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	29	22	34	22
Holder regelmæssigt møder om behandling/ forløb	11	-	8	1
Anden samarbejdsform	11	12	11	15
Intet eller stort set intet samarbejde	31	26	38	33
Procentgrundlag	72	111	61	111

Det mest udbredte samarbejde mellem hospital og kommuner er, at der sendes skriftlig information fra hospitalet til kommunen om patienter med KOL eller type 2-diabetes. Det er derimod ikke almindeligt, at kommunen sender information til hospital. Både hospitalsansatte og kommunalt ansatte angiver relativt hyppigt, at der er telefonisk kontakt om behandling og eller forløb. Der er endvidere enighed mellem hospitalsansatte og kommunalt ansatte om, at der oftere samarbejdes om patienter med KOL end om patienter med type 2-diabetes.

Godt 60 % af de hospitalsansatte vurderer, at der siden indførelse af forløbsprogrammer ikke er sket ændringer i, hvor ofte de taler med, korresponderer med eller mødes med terapeut, sundhedskonsulent eller anden faggruppe i kommune, mens 17 % vurderer, at det sker oftere. Mere end halvdelen af de kommunalt ansatte kan ikke vurdere, om der er sket ændringer i kontakten med læge, sygeplejerske eller anden faggruppe på hospital, men en tredjedel vurderer, at omfanget er uændret. Godt 10 % vurderer, at de oftere har kontakt.

Flertallet af hospitalsansatte (63 %) vurderer, at der siden indførelse af forløbsprogrammer ikke er sket ændringer i den information, som de modtager fra kommuner om patienter med KOL eller type 2-diabetes. 13 % vurderer, at de modtager mere relevant information. Blandt kommunalt ansatte, der har kunnet tage stilling, er den overvejende vurdering, at der ikke er sket ændringer i den information, der sendes til hospital om borgere med KOL eller type 2-diabetes. Ved KOL drejer det sig om 50 % af alle, og ved type 2-diabetes godt en tredjedel af alle. Der er henholdsvis 42 % og 53 % blandt kommunalt ansatte, som ikke har kunnet tage stilling til, om der sendes mere information.

Henholdsvis godt en tredjedel (KOL) og 29 % (type 2-diabetes) af de kommunale ansatte vurderer, at der ikke er sket ændringer i den information, de modtager fra hospital om borgere med KOL eller type 2-diabetes. Imidlertid vurderer henholdsvis knap 25 % (KOL) og 20 % (type 2-diabetes), at de modtager mere relevant information. Henholdsvis godt en tredjedel og knap halvdelen er ikke i stand til at vurdere, om der er sket ændringer. Halvdelen af de hospitalsansatte vurderer, at der ikke er sket ændringer i den information, de sender til kommuner om patienter med KOL eller type 2-diabetes, men 30 % vurderer, at de sender flere oplysninger.

I tabel 5.7 er vist, i hvilken udstrækning hospitalsansatte og kommunalt ansatte vurderer, at den information, de modtager fra samarbejdspartneren, er passende.

Tabel 5.7
Hospitalsansatte og kommunalt ansatte procentvis fordelt efter, om de vurderer, at den information, de modtager om patienter med KOL eller type 2-diabetes, har et passende omfang

	Hospitalsansatte (information fra kommune)	Kommunalt ansatte (information fra hospital)	
		KOL	Type 2-diabetes
Omfanget er passende og brugbart	17	30	22
For lidt eller ingen information	43	34	29
For meget og ikke brugbart information	1	-	1
Ved ikke	39	35	48
I alt Antal	100 112	100 102	100 100

Når der ses bort fra dem, der har svaret ”ved ikke”, er der et flertal blandt både hospitalsansatte og kommunalt ansatte, som vurderer, at de modtager for lidt eller ingen information fra samarbejdspartneren. Dette er særligt udtalt blandt hospitalsansatte.

Samarbejde mellem almen praksis og kommune
Dette afsnit indledes ligeledes med at beskrive, hvilke former for samarbejde mellem almen praksis og kommune, som kommunalt ansatte og fagpersoner i almen praksis har angivet. Det fremgår af tabel 5.8.

Tabel 5.8
Samarbejdet mellem almen praksis og kommune opgjort efter, hvilken samarbejdsform hospitalsansatte og almen praksis har angivet om borgere med KOL og type 2-diabetes (procentandele)

	KOL		Type 2-diabetes	
	Almen praksis	Kommune	Almen praksis	Kommune
Modtager skriftlig information om patienter	20	53	21	52
Sender skriftlig information om patienter	33	44	33	44
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	31	24	34	27
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	15	32	18	28
Holder regelmæssigt møder om behandling/forløb	-	3	-	3
Anden samarbejdsform	2	12	2	14
Intet eller stort set intet samarbejde	28	15	25	15
Procentgrundlag	61	111	61	111

Den mest udbredte samarbejdsform mellem almen praksis og kommune er, at der udveksles skriftlig information om patienter med KOL eller type 2-diabetes. E-mailkorrespondance og telefonisk kontakt om behandling og/eller forløb er dog også relativt udbredt. Omkring en fjerdedel af fagpersonerne fra almen praksis angiver, at de intet eller stort set intet samarbejde har med kommuner. Blandt kommunalt ansatte er det 15 %, som angiver, at de ikke eller stort set ikke har et samarbejde med almen praksis.

Godt halvdelen af fagpersonerne fra almen praksis har angivet, at der efter forløbsprogrammernes indførelse ikke er sket ændringer i, hvor ofte de taler med, korresponderer med eller mødes med terapeut, sundhedskonsulent eller anden faggruppe i kommune. Knap 20 % vurderer, at det sker oftere, mens godt en fjerdedel ikke kan vurdere udviklingen i kontakterne. Godt en tredjedel af de kommunale ansatte vurderer, at omfanget af deres kontakt med almen praksis har været uændret siden forløbsprogrammernes indførelse, mens en femtedel vurderer, at de oftere har kontakt med almen praksis. 44 % af de kommunalt ansatte har ikke kunnet vurdere, om der er sket ændringer i omfanget af kontakter.

Knap halvdelen af personer fra almen praksis angiver, at der ikke er sket ændringer i den information, de modtager fra kommuner om patienter med KOL eller type 2-diabetes, mens godt 20 % angiver, at de modtager mere relevant information. 15 % angiver, at de modtager information hurtigere fra kommunen. Godt 25 % af de kommunale ansatte vurderer, at de efter forløbsprogrammernes indførelse sender flere oplysninger til almen praksis om borgere med KOL og type 2-diabetes, og 17 % angiver, at de sender oplysninger hurtigere. Godt en femtedel vurderer, at der ikke har været nogen ændringer, mens 48 % ikke kan vurdere, om der er sket ændringer.

Den største andel af de kommunale ansatte (48 %) ved ikke, om der er sket ændringer i den information, de modtager fra almen praksis om borgere med KOL eller type 2-diabetes, men 29 % vurderer, at de modtager mere relevant information. Knap 20 % vurderer, at der ikke er

sket ændringer, mens knap 10 % vurderer, at de modtager information hurtigere. 45 % af personerne fra almen praksis vurderer, at der ikke er sket ændringer i den information, de sender til kommunerne om patienter med KOL eller type 2-diabetes, mens 34 % vurderer, at de sender flere oplysninger, og en stor del vurderer samtidig, at det sker hurtigere. Der er godt 20 %, som ikke ved, om der er sket ændringer.

Uanset om der er sket ændringer i omfanget af information, der udveksles om borgere med KOL eller type 2-diabetes, er det et spørgsmål, om informationen vurderes som brugbart og i et passende omfang. Det er vist i tabel 5.9.

Tabel 5.9
Personer i almen praksis og kommunalt ansatte procentvis fordelt efter, om de vurderer, at den information, de modtager om patienter med KOL eller type 2-diabetes, har et passende omfang

	Almen praksis (information fra kommune)	Kommunalt ansatte (information fra almen praksis)
Omfanget er passende og brugbart	25	25
For lidt eller ingen information	34	31
For meget og ikke brugbart information	6	1
Ved ikke	36	43
I alt Antal	100 53	100 103

Hvis vi blandt både fagpersoner i almen praksis og i kommuner ser bort fra dem, som har svaret ”ved ikke”, er det et flertal, som vurderer, at de modtager for lidt eller ingen informations fra samarbejdspartneren.

6. Vurdering af patientforløb

I dette afsnit analyseres, i hvilken udstrækning de adspurgte faggrupper vurderer, at de retningslinjer for indsats i forhold til patienter med KOL eller type 2-diabetes, der er beskrevet i forløbsprogrammerne, har udmøntet sig i praksis. I afsnittet analyseres endvidere, hvilken betydning faggrupperne vurderer, at forløbsprogrammerne har haft for patienterne.

I en række først og fremmest mere komplekse tilfælde kan det være relevant at udarbejde egentlige planer for den sundhedsfaglige indsats. Det kan dreje sig om planer for behandlingen eller for et rehabiliteringsforløb. Vi har spurgt fagpersonerne, hvor ofte de vurderer, at sådanne planer bliver efterlevet i praksis, og svarene med hensyn til borgere med KOL er vist i tabel 6.1.

Tabel 6.1
Fagpersoner procentvis fordelt efter deres vurdering af, i hvilken udstrækning planer for den sundhedsfaglig indsats for patienter med KOL efterleves

	Almen praksis	Hospitalslæge	Sygepl. hospital	Andet personale hospital	Kommunal ansat	Alle
I alle eller de fleste tilfælde	31	53	54	64	66	55
I nogle eller de færreste tilfælde	21	24	21	9	8	14
Ved ikke	48	24	25	27	27	31
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	52	17	28	22	101	220

Alt i alt er det godt halvdelen af fagpersonerne, der vurderer, at planer for den sundhedsfaglige indsats i alle eller de fleste relevante tilfælde efterleves. Ganske få har vurderet, at det kun sker i de færreste tilfælde, og ingen har angivet, at det aldrig sker. Personerne i almen praksis adskiller sig fra øvrige ved, at en stor andel ikke har kunnet tage stilling, mens de kommunalt ansatte adskiller sig ved, at to tredjedele vurderer, at planerne altid eller i de fleste tilfælde efterleves.

I tabel 6.2 er vist, i hvilken udstrækning fagpersonerne vurderer, at sundhedsfaglige planer for borgere med type 2-diabetes efterleves.

Tabel 6.2
Fagpersoner procentvis fordelt efter deres vurdering af, i hvilken udstrækning planer for den sundhedsfaglig indsats for patienter med type 2-diabetes efterleves

	Almen praksis	Hospitalslæge	Sygepl. hospital	Andet personale hospital	Kommunal ansat	Alle
I alle eller de fleste tilfælde	33	19	35	21	54	41
I nogle tilfælde, de færreste tilfælde eller aldrig	23	50	31	26	8	19
Ved ikke	44	31	35	53	39	40
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	52	16	26	19	101	214

Det springer her i øjnene, at en stor andel af samtlige ikke er i stand til at vurdere, om planer for den sundhedsfaglige indsats over for borgere med type 2-diabetes efterleves. Kommunalt ansatte skiller sig ud ved, at en relativt stor andel vurderer, at planerne i alle eller i de fleste tilfælde efterleves. Kun hver femte af hospitalslægerne og af terapeuter og diætister på hospital vurderer, at det sker i alle eller de fleste tilfælde.

Der er, hverken når det gælder KOL eller type 2-diabetes, nogen væsentlig forskel mellem de fire planområder i Region Hovedstaden med hensyn til, hvordan faggrupperne samlet vurderer, at sundhedsfaglige planer efterleves.

Fagpersonerne i alle tre sektor er blevet spurgt, hvordan borgere med KOL eller type 2-diabetes normalt inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb. En reel inddragelse vil forudsætte, at borgeren har lejlighed til at fremsætte sine egne ønsker og mål i forhold til, hvad der skal opnås med en indsats (Jacobsen m.fl. 2008). Det betyder ikke, at borgerens ønsker og mål skal være bestemmende for indsatsen, idet disse kan være urealistiske, men at de indgår i beslutningsprocessen. Det kan også handle om at afstemme borgerens ønsker og mål til det realiserbare. Fagpersonernes angivelse af, hvordan borgerne normalt inddrages, er vist i tabel 6.3.

Tabel 6.3
Fagpersoners angivelse af, hvordan borgere med KOL eller type 2-diabetes normalt inddrages i tilrettelæggelses af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb. Procentandele.

	Almen praksis	Hospitalslæge	Sygepl. hospital	Andet personale hospital	Kommunal ansat	Alle
Borgeren bliver informeret mundtligt om valg af indsats	54	75	74	47	58	61
Borgerens ønsker og mål indgår i samtale om valg af indsats	46	53	52	53	68	57
Borgeren får skriftlig information om valg af indsats	15	34	52	28	42	36
Borgeren deltager i tværfagligt møde om valg af indsats	2	13	17	3	9	9
Anden fremgangsmåde	5	13	6	13	14	10
Procentgrundlag	61	32	54	32	111	290

De forskellige former kan supplere hinanden, men på tværs af alle faggrupper angiver en nogenlunde lige stor andel, at borgere med KOL eller type 2-diabetes bliver informeret mundtligt om valg af indsats, eller at deres ønsker og mål indgår i samtale om valg af indsats. Ifølge fagpersonerne inddrages borgerne således i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb i de fleste tilfælde.

Mundtlig information om valg af indsats er mest almindelig på hospital, mens skriftlig information til borgerne om valg af indsats er mest udbredt på hospital og i kommuner. Der er derimod ingen signifikant forskel mellem faggrupperne med hensyn til, hvorvidt borgernes ønsker og mål indgår i en samtale om valg af indsats.

Nogle få har angivet, at der anvendes en anden fremgangsmåde end de på forhånd beskrevne. I flere tilfælde dækker det dog over, at man har svaret 'ved ikke' til spørgsmålet. I de øvrige tilfælde er der beskrevet fremgangsmåder, hvor borgerens ønsker og mål indgår i tilrettelæggelsen af forløb.

Blandt dem, der vurderer, at de kan tage stilling, er der på tværs af faggrupperne et flertal, der vurderer, at borgere med KOL eller type 2-diabetes i større grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb efter indførelse af forløbsprogrammer. Det fremgår af tabel 6.4.

Tabel 6.4
Fagpersoner procentvis fordelt efter deres vurdering af, hvorvidt borgere med KOL eller type 2-diabetes inddrages i større, uændret eller mindre grad i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb efter indførelse af forløbsprogrammer

	Almen praksis	Hospitals-læge	Sygeple-jerske hospital	Andet personale hospital	Kommunal ansat	Alle
I større grad	48	45	53	27	44	45
I mindre grad	-	-	-	-	3	1
Uændret	27	32	31	23	7	20
Ved ikke	25	23	16	50	47	34
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	52	31	51	30	101	265

Forholdet mellem andelen, der har angivet større inddragelse, og andelen, der har angivet uændret inddragelse, er særlig stor blandt kommunalt ansatte, men i alle faggrupperne – bortset fra andet personale på hospital – er der en klar overvægt af dem, som vurderer, at borgernes inddragelse er blevet større.

Henvisning til tilbud
I dette afsnit analyserer vi, i hvilken udstrækning borgere med KOL eller type 2-diabetes i større udstrækning henvises til rehabiliterende tilbud, som indgår i forløbsprogrammerne, efter at forløbsprogrammerne er blevet indført. Det drejer sig om træningstilbud, rygeafvænning for begge patientgrupper og diætbehandling af borgere med type 2-diabetes. Sygdomsspecifik patientuddannelse fandtes mange steder ikke før indførelse af forløbsprogrammer, og her har vi derfor ikke kunnet spørge til udviklingen. I stedet er læger spurgt, hvor mange patienter de henviser til sygdomsspecifik patientuddannelse.

På tværs af alle faggrupper angiver et flertal, at borgere med KOL eller type 2-diabetes i større omfang henvises til træningstilbud i en kommune. For borgere med KOL har 61 % af alle fagpersonerne angivet større omfang, og for borgere med type 2-diabetes har 57 % ligeledes angivet større omfang. Det skal ses i forhold til, at henholdsvis 24 % og 28 % ikke har kunnet tage stilling til, om omfanget er ændret. Mens et stort flertal af læger og sygeplejersker på hospital, som har kontakt med patienter med KOL, vurderer, at patienterne henvises til kommunale træningstilbud i større omfang, så er der blandt læger på hospital, som har kontakt med patienter med type 2-diabetes, lige mange, der vurderer, at patienter med type 2-diabetes henvises i større og mindre omfang.

Der er ingen markant forskel mellem planområderne med hensyn til, hvor stor en andel af fagpersoner, der angiver, at borgere med KOL eller type 2-diabetes henvises til træningstilbud i større omfang.

På tværs af alle fagpersoner vurderer et flertal af dem, som har kunnet tage stilling til spørgsmålet, at rygere med KOL eller type 2-diabetes i større omfang bliver henvist til rygeafvænning efter indførelse af forløbsprogrammer. Alt i alt vurderer 41 %, at rygere med KOL henvises i større omfang, mens 36 % vurderer, at rygere med type 2-diabetes henvises i større omfang. Det skal ses i forhold til, at henholdsvis 29 % og 32 % har svaret ved ikke. Tendensen er ikke så markant som med hensyn til træningstilbud, hvilket selvfølgelig kan

skyldes, at det også før indførelse af forløbsprogrammer har været en udbredt praksis at henvise til rygeafvænning.

Det er først og fremmest kommunalt ansatte, der vurderer, at rygere med KOL eller type 2-diabetes henvises til rygeafvænning i større omfang. De fleste fra almen praksis vurderer, at det sker i uændret omfang. Det er iøjnefaldende, at et flertal af læger på hospital vurderer, at rygere med KOL i mindre omfang henvises til rygeafvænning, og at der blandt sygeplejersker på hospital er lige mange, der svarer 'i større omfang' og 'i mindre omfang'. Når det drejer sig om rygere med type 2-diabetes, er det et flertal blandt læger og sygeplejersker på hospital, der vurderer, at patienterne henvises til rygeafvænning i mindre omfang. Når vi sammenligner de fire planområder, finder vi ingen forskel i fordelingen af besvarelserne.

Diætbehandling indgår alene som et tilbud i forløbsprogrammet for type 2-diabetes. Blandt de, som har kunnet tage stilling, er der på tværs af alle fagpersoner et flertal, som vurderer, at borgere med type 2-diabetes i større omfang henvises til diætbehandling efter indførelse af forløbsprogrammet. I alt har 41 % angivet, at det sker i større omfang. 15 % har imidlertid vurderet, at det sker i mindre omfang. Det er først og fremmest kommunalt ansatte, praktiserende læger og sygeplejersker på hospital, der vurderer, at der sker i større omfang. Blandt personer i almen praksis er der imidlertid lige så mange, der vurderer, at omfanget er uændret, og blandt sygeplejersker på hospital er der lige så mange, der vurderer, at det sker i mindre omfang. Blandt hospitalslæger er det et flertal, der vurderer, at patienter med type 2-diabetes henvises til diætbehandling i mindre omfang. Der er ingen statistisk signifikant forskel i besvarelsernes fordeling imellem planlægningsområderne.

Læger på hospital og praktiserende læger er blevet spurgt, hvor ofte de vil tro, at de inden for de seneste år har henvist patienter med KOL eller type 2-diabetes til sygdomsspecifik patientuddannelse i en kommune. Svarfordelingen er vist i tabel 6.5.

Tabel 6.5
Hospitalslæger og praktiserende læger procentvis fordelt efter, hvor ofte de mener, at de inden for det seneste år har henvist patienter med KOL eller type -2 diabetes til sygdomsspecifik uddannelse i en kommune

	KOL		Type 2-diabetes	
	Praktiserende læge	Hospitals-læge	Praktiserende læge	Hospitals-læge
Ingen gange	12	12	5	44
1-5 gange	63	12	49	25
6-10 gange	15	6	27	19
Mere end 10 gange	2	53	10	6
Tilbuddet findes ikke	2	12	2	6
Ved ikke	5	6	7	-
I alt	100	100	100	100
Antal	41	17	41	16

Praktiserende læger har på et år typisk henvist 1-5 patienter med KOL til sygdomsspecifik patientuddannelse, mens hospitalslæger typisk har henvist mere end 10. Forskellen kan dels skyldes, at der er forskel på, hvor mange patienter med KOL hospitalslæger og praktiserende læger møder, dels at der er forskel på sværhedsgraden af KOL. Det er et mindretal af læger, der ikke har henvist patienter med KOL til sygdomsspecifik patientuddannelse, hvilket indikerer, at lægerne er opmærksomme på at henvise patienter til tilbuddet.

Når det drejer sig om patienter med type 2-diabetes, har praktiserende læger på et år typisk henvist 1-5 patienter til sygdomsspecifik patientuddannelse, men en relativt stor andel har henvist mellem 6-10. Blandt hospitalslæger er det typiske ikke at henvise patienter med type

2-diabetes til sygdomsspecifik patientuddannelse, og to tredjedele af hospitalslægerne har højst henvist 5 patienter. Forskellen mellem praktiserende læger og hospitalslæger kan skyldes, at der er forskel på, hvor mange patienter med type 2-diabetes, der kommer i almen praksis og på en hospitalsafdeling.

Kontrol og tilbud som beskrevet i forløbsprogrammerne
Alle fagpersoner er blevet spurgt, om borgere med KOL eller type 2-diabetes efter deres vurdering bliver indkaldt til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammerne. Kommunalt ansatte og andet personale end læger og sygeplejersker på hospital har generelt haft vanskeligt ved at tage stilling til spørgsmålene. En meget stor andel af disse grupper har svaret 'ved ikke', og de udelades derfor af denne analyse.

En fjerdedel af de praktiserende læger kan ikke vurdere, om patienter med *mild KOL* indkaldes til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammet. Godt en tredjedel af alle praktiserende læger angiver, at det sker i alle eller de fleste tilfælde, mens 40 % angiver, at det højst sker i halvdelen af tilfældene. Et flertal af læger og sygeplejersker på hospital tager ikke stilling til dette spørgsmål, som dog også er mest relevant for almen praksis.

Når det drejer sig om patienter med *moderat KOL*, angiver 40 % af praktiserende læger, hospitalslæger og sygeplejersker på hospital, at patienterne i alle eller de fleste tilfælde indkaldes til regelmæssig kontrol. Knap 30 % vurderer, at det højst sker i halvdelen af tilfældene, mens også knap 30 % ikke er i stand til at vurdere omfanget.

I alt 70 % vurderer, at patienter med *svær KOL* eller *meget svær KOL* i alle eller de fleste tilfælde indkaldes til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammet. Blandt hospitalslæger og sygeplejersker på hospital har alle dem, der har kunnet tage stilling, angivet, at det sker i alle eller de fleste tilfælde. Der er praktiserende læger, der angiver, at patienter med svær eller meget svær KOL kun i de færreste tilfælde, sjældent eller aldrig indkaldes til regelmæssig kontrol. De har muligvis svaret på, om de selv gør, men kontrollen ligger for denne patientgruppe på hospital.

Patienter med *type 2-diabetes på niveau 1* indkaldes ifølge knap 75 % af de praktiserende læger i alle eller de fleste tilfælde til regelmæssig kontrol. Hvis vi ser bort fra dem, der ikke har kunnet tage stilling, drejer det sig om 85 % af de praktiserende læger. Der tegner sig et tilsvarende billede med hensyn til patienter med type 2-diabetes på niveau 2. Svarene fra hospitalslæger og -sygeplejersker er mere blandede. En stor andel kan ikke tage stilling, når det drejer sig om niveau 1 (halvdelen af lægerne og 60 % af sygeplejerskerne), og omkring en tredjedel kan ikke tage stilling i forhold til niveau 2. Blandt dem, der har taget stilling, er det dog et klart flertal, der vurderer, at patienter med type 2-diabetes på niveau 2 indkaldes regelmæssigt til kontrol som beskrevet i forløbsprogrammet.

Patienter med *type 2-diabetes på niveau 3* bliver ifølge 70 % af de praktiserende læger i alle eller de fleste tilfælde indkaldt til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammet. Hvis der ses bort fra dem, der ikke har taget stilling, er det knap 90 %, der angiver dette. Omkring en tredjedel af læger og sygeplejersker på hospital kan ikke tage stilling til spørgsmålet, men blandt dem, som har taget stilling, har stort set alle svaret, at patienter med type 2-diabetes på niveau i alle eller de fleste tilfælde indkaldes til regelmæssig kontrol.

En stor andel af de forskellige faggrupper grupper har haft svært ved at tage stilling til, om patienter med KOL eller type 2-diabetes alt i alt får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammerne. Andelen varierer imidlertid efter patientgruppe og sværhedsgrad af sygdommen, og alle faggrupper indgår således i den efterfølgende analyse.

Mere end halvdelen (54 %) af alle fagpersoner er ikke i stand til at vurdere, om borgere med *mild KOL* alt i alt får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammet. Det er 26 % af samtlige,

der angiver, at det sker i alle eller de fleste tilfælde. Det svarer til mere end halvdelen af dem, der har taget stilling. Blandt praktiserende læger er det en fjerdedel, der angiver, at patienter med mild KOL i de færreste tilfælde eller sjældent eller aldrig får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet.

Patienter med *moderat KOL* vurderes i højere grad at få de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet, idet 38 % af alle vurderer, at det sker i alle eller de fleste tilfælde. Praktiserende læger adskiller sig fra det samlede billede ved, at en lidt mindre andel (31 %) angiver, at patienter med moderat KOL i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet.

Halvdelen af alle vurderer, at patienter med *svær eller meget svær KOL* i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet. Hvis vi ser bort fra dem, der ikke har taget stilling, er det næste 80 % af alle, der vurderer dette. Blandt sygeplejersker og læger på hospital vurderer stort set alle, at denne patientgruppe i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet.

Også når det gælder patienter med type 2-diabetes er der en stor andel (42-47 % afhængig af niveau) af de adspurgte, der ikke er i stand til at tage stilling til, om patienterne får de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet. Blandt dem, der har taget stilling, vurderer henholdsvis 76 % (niveau 1), 81 % (niveau 2) og 84 % (niveau 3), at patienter med type 2-diabetes i alle eller de fleste tilfælde får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammet.

Datamaterialet giver ikke anledning til at konkludere, at der er væsentlig forskel mellem planområderne med hensyn til, om patienter med KOL eller type 2-diabetes får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammerne.

Vurderinger af behandlings- og rehabiliteringsforløb
Fagpersonerne er i undersøgelsen blevet bedt om at vurdere, hvilken betydning forløbsprogrammerne alt i alt har haft for behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb for borgere med KOL eller type 2-diabetes. I hvilken udstrækning vurderes det, at forløbene er blevet bedre, og har forløbsprogrammerne ifølge fagpersonernes vurdering skabt bedre sammenhæng i forløbene?

Tabel 6.6 viser, hvilken betydning fagpersoner i de tre sektorer vurderer, at forløbsprogrammet for KOL og type 2-diabetes har haft for behandlings- og/eller rehabiliteringsforløbene.

Tabel 6.6
Fagpersoner i almen praksis, på hospital og i kommuner procentvis fordelt efter, hvilken betydning de vurderer, at forløbsprogrammerne har for behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb for borgere med KOL eller type 2-diabetes

	Lægepraksis		Hospital		Kommune		Alle	
	KOL	Type 2-diabetes	KOL	Type 2-diabetes	KOL	Type 2-diabetes	KOL	Type 2-diabetes
Bedre forløb	48	60	75	56	70	70	66	64
Uændrede forløb	29	19	8	25	10	7	14	15
Dårligere forløb	-	-	-	-	-	-	-	-
Ved ikke	23	21	18	20	20	23	20	22
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal	52	52	67	61	101	101	220	214

På tværs af sektorer vurderer to tredjedele af fagpersonerne, at forløbsprogrammerne har betydet bedre forløb for både borgere med KOL og borgere med type 2-diabetes. Andelen af fagpersoner, der vurderer, at forløbene er blevet bedre, er lige stor for KOL og type 2-diabe-

tes. Blandt fagpersoner på hospital er det en større andel for KOL end for type 2-diabetes, der vurderer, at forløbene er blevet bedre. Blandt fagpersoner i almen praksis er det omvendt. Her vurderer en større andel, at forløbene er blevet bedre for type 2-patienter. Der er ingen forskel i vurderingerne, når vi sammenligner planlægningsområderne.

Fagpersonernes svar på, om forløbsprogrammerne har bidraget til at skabe bedre sammenhæng i forløbene for borgere med KOL eller type 2-diabetes, fremgår af tabel 6.7.

Tabel 6.7
Fagpersoner i almen praksis, på hospital og i kommuner procentvis fordelt efter, i hvilken grad de vurderer, at forløbsprogrammerne har bidraget til at skabe bedre sammenhæng i forløbene for borgere med KOL eller type 2-diabetes

	Lægepraksis		Hospital		Kommune		Alle	
	KOL	Type 2-diabetes	KOL	Type 2-diabetes	KOL	Type 2-diabetes	KOL	Type 2-diabetes
I meget høj eller høj grad	29	31	43	30	44	44	40	37
I nogen grad	25	33	30	30	28	26	28	29
I beskeden grad eller slet ikke	19	13	8	16	7	8	10	12
Ved ikke	27	23	19	25	21	22	22	23
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal	52	52	67	61	100	100	219	213

Samlet set er svarenes fordeling meget ens for KOL og type 2-diabetes med hensyn til fagpersonernes vurdering af, i hvilken grad forløbsprogrammerne har bidraget til at skabe bedre sammenhæng i patienternes forløb, og to tredjedele vurderer, at forløbsprogrammerne i det mindste har bidraget i nogen grad. Fagpersoner i almen praksis og i kommunerne vurderer, at forløbsprogrammerne har bidraget i samme grad for KOL og type 2-diabetes. Derimod er andelen blandt fagpersoner på hospital, der vurderer, at forløbsprogrammerne i det mindste i nogen grad har bidraget til bedre forløb, større for KOL end for type 2-diabetes.

7. Opsamling af kommentarer om forløbsprogrammerne

Omkring 50 fagpersoner har slutteligt kommenteret, hvad de vurderer, der er positivt ved forløbsprogrammerne, og hvad der kunne gøres bedre. Som udgangspunkt er der omkring 17 fagpersoner, der angiver, at det er positivt, at forløbsprogrammerne eksisterer som en fælles referenceramme, og at de kroniske patienters forløb er blevet sat mere i system. Ti angiver, at det har givet forbedrede forløb for borgerne, der har mulighed for at modtage bedre tilbud, som kan højne deres livskvalitet. Det har sat borgeren mere i centrum og tilvejebragt en mere ensartet behandling af borgere med KOL eller type 2-diabetes, selvom der dog også er et par stykker, der nævner, at der kan være store forskelle på tilbuddene fra kommune til kommune.

Der er tillige ti fagpersoner, som påpeger, at det er positivt, at der er blevet sat mere fokus på det tværsektorielle samarbejde. Forløbsprogrammerne har skabt øget dialog mellem sektorerne, men der er også plads til store forbedringer. Der savnes eksempelvis mere erfaringsudveksling, klarere deling mellem hvem, der gør hvad, it-systemer på tværs af alle sektorerne eller fælles elektronisk platform, mere information om tilbud i andre sektorer samt flere oplysninger om borgerne, når de kommer fra en sektor til en anden. Der er omkring 15 fagpersoner, der mener, at der stadig er meget, der mangler at blive implementeret fuldt ud. Fra kommunens side er der en håndfuld, der retter kritik mod almen praksis og mener, at de praktiserende læger ikke udfylder deres funktion som tovholdere. De påpeger, at nogle praktiserende læger stadig ikke ved, hvad forløbsprogrammer er, de ønsker ikke at samarbejde, de henviser ikke tilstrækkeligt og følger ikke op på borgerne efterfølgende.

Der er desuden en håndfuld fagpersoner, der ønsker sig muligheden for mere individualisering af tilbuddene til den enkelte borger. De mener, at de ”pakkeløsninger”, der eksisterer nu, er for de mest ressourcestærke, mens ikke alle borgere kan puttes i standardiserede kasser – det være sig borgere med sprogproblemer eller de dårligste KOL-patienter, som ikke kan forlade deres hjem.

8. Sammenfatning af resultater

Parathed over for anvendelse af forløbsprogrammer
Som forudsætninger for forløbsprogrammernes vellykkede implementering i det daglige arbejde har vi taget udgangspunkt i, at de relevante fagpersoner må have den fornødne viden om forløbsprogrammerne og forventningerne til deres egen indsats i behandlings- og rehabiliteringsforløbene. Vi har endvidere forudsat, at de relevante fagpersoner må besidde en faglig forståelse for, at forløbsprogrammer indebærer fordele i relation til udførelsen af egne opgaver og/eller i relation til patienterne. I kommunerne og på hospital er det endelig en væsentlig forudsætning, at implementering af forløbsprogrammerne tilkendegives som vigtigt af ledelsen. Surveyen har bl.a. haft til formål at afdække, i hvilket omfang disse forudsætninger er til stede.

Der er blandt fagpersonerne samlet set stor tilslutning til, at det er vigtigt at have beskrevne forløbsprogrammer for KOL og type 2-diabetes. Mindretallet, der vurderer, at det ikke er så vigtigt, består især af praktiserende læger. Knap halvdelen af alle fagpersoner angiver endvidere, at de i meget høj grad eller i høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammerne for KOL eller type 2-diabetes. Det betyder imidlertid samtidig, at halvdelen vurderer, at de højst i nogen grad har et detaljeret kendskab. Dette er særligt udbredt blandt praktiserende læger.

Et flertal af de praktiserende læger angiver endvidere, at de slet ikke, i beskeden grad eller kun i nogen grad er informeret om, hvad det indebærer at være tovholder. Mere end halvdelen af de praktiserende læger vurderer, at forudsætningerne for at udfylde rollen som tovholder kun er til stede i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke. En del af dem, der vurderer, at forudsætningerne ikke er fuldt ud til stede, påpeger at tid, økonomiske ressourcer og uddannelse er det, der mangler.

Der er en overvejende tendens til, at fagpersonerne vurderer forløbsprogrammerne som brugbare for deres indsats. Der er dog også et stort mindretal, som udtrykker forbehold gennem deres besvarelse. Forbeholdet er mest udbredt blandt praktiserende læger. De fagpersoner, som ikke ser forløbsprogrammerne som brugbare, peger i høj grad på, at programmerne er for uoverskuelige og uspecifikke. En stor del mener, at det er for bredt beskrevet til alle behandlere og savner, at programmerne er mere konkrete og præcise, for eksempel omkring henvisningskriterier. Flere mener desuden, at man ikke har forholdt sig godt nok til de udfordringer, der ligger i at arbejde tværsektorielt, og at der er brug for større koordination mellem sektorerne.

Langt hovedparten af alle vurderer, at de besidder den faglige kompetence, der er nødvendig for deres indsats i forløbsprogrammet.

Forløbsprogrammerne forudsætter et relativt tæt samarbejde på tværs af de tre sektorer (almen praksis, hospital og kommune), og der gives blandt fagpersonerne på hospital og i kommune generelt udtryk for, at der er et stort behov for en indsats til at øge samarbejdet mellem sektorerne. Det kan tages som udtryk for en støtte til et øget samarbejde, men også for at mange anser det nuværende samarbejde for utilstrækkeligt. Blandt praktiserende læger er det et mindretal, der ser et stort behov for en indsats for øget samarbejde. Det er generelt set et lille flertal af fagpersonerne, som vurderer, at forudsætningerne for et tæt samarbejde mellem sektorerne er til stede. Der er således også et stort mindretal, der vurderer, at dette ikke er tilfældet.

De, som vurderer, at de rette forudsætninger for et tæt samarbejde ikke er til stede, peger først og fremmest på utilstrækkelig mulighed for elektronisk kommunikation, manglende fælles information om patienterne og forskellig faglighed.

Generelt vurderer et flertal af fagpersoner, at de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammerne kan fungere i det daglige arbejde. De, som vurderer, at de rette forudsætninger ikke er til stede, peger især på, at de savner information fra de andre sektorer og it-understøttelse.

Kendskabet til de kommunale tilbud til patienter med KOL eller type 2-diabetes er blevet større blandt en stor andel af fagpersonerne på hospital og i almen praksis. Undersøgelsen har ikke belyst, hvad der er kilden til det større kendskab. SOFT-portalen på sundhed.dk er en mulighed, men flertallet har dog ikke benyttet denne portal. Et flertal af kommunalt ansatte har fået større viden om tilbuddene på hospital og i almen praksis.

Samlet set vurderer flertallet af hospitalsansatte og kommunalt ansatte, at ledelsen i meget høj grad eller i høj grad er opmærksom på, at retningslinjerne for forløbsprogrammerne bliver efterlevet. Denne vurdering er imidlertid mest udbredt blandt kommunalt ansatte, og blandt hospitalsansatte er det et flertal af dem, der har taget stilling, der svarer, at ledelsen slet ikke, i beskeden grad eller kun i nogen grad er opmærksom på, at retningslinjerne for forløbsprogrammerne følges.

Stratificering
Et stort flertal af hospitalslæger, som har kontakt med patienter med *KOL,* vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad er fortrolige med stratificeringskriterierne. De anvender også i alle eller de fleste tilfælde kriterierne, når de diagnosticerer patienterne. Blandt hospitalslægerne, der har kontakt med patienter med *type 2-diabetes,* er det halvdelen, og blandt praktiserende læger er det under halvdelen, der angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad er fortrolige med stratificeringskriterierne. Blandt hospitalslæger og praktiserende læger bruger op mod halvdelen højst i nogle tilfælde kriterierne, når de skal diagnosticere type 2-diabetes. Dette mønster falder sammen med lægernes vurdering af kriteriernes anvendelighed ved henvisning til tilbud, og bortset fra hospitalslæger, som har kontakt med patienter med KOL, så vurderer et flertal af lægerne, at kriterierne kun i nogen grad er anvendelige ved henvisning til tilbud.

Tværsektorielt samarbejde
De fleste fagpersoner føler sig i alle eller de fleste tilfælde tilstrækkelig informeret om, hvad der er deres ansvar i et behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Faggrupperne taler sjældent sammen på tværs af sektorerne, og der er tale om særlige tilfælde, når det sker. Den mest udbredte samarbejdsform er skriftlig information om patienterne. Telefonisk kontakt bruges også af en del, men tilsyneladende ikke så hyppigt, jf. ovenfor. Mellem almen praksis og kommune er e-mailkommunikation ikke helt ualmindeligt.

Kontakten og informationen, der sendes mellem hospital og almen praksis, synes i de fleste tilfælde at være uændret siden indførelse af forløbsprogrammer. Fagpersoner i almen praksis vurderer i de fleste tilfælde, at den information, de modtager fra hospital, er passende og brugbar. Fagpersoner på hospital vurderer til gengæld i de fleste tilfælde, at de får for lidt eller ingen information fra almen praksis.

Kontakterne mellem kommune og hospital synes i de fleste tilfælde ikke øget, og de fleste ansatte på hospital vurderer, at der ikke er sket ændringer i den information, de får fra kommunerne. Blandt kommunalt ansatte vurderer en lige stor andel uændret og mere relevant information fra hospital. Blandt hospitalsansatte vurderer de fleste, at de får for lidt eller ingen

information fra kommunerne, mens lige store andele blandt kommunalt ansatte vurderer henholdsvis for lidt eller ingen og passende og brugbart.

De fleste i almen praksis og kommunerne vurderer, at der ikke er sket ændringer i kontakten mellem de to parter. Blandt kommunalt ansatte er der et lille flertal, der vurderer, at de får mere relevant information fra almen praksis, mens et flertal blandt fagpersoner i almen praksis vurderer, at informationen fra kommunerne er uændret. Et flertal hos begge parter angiver, at de modtager for lidt eller ingen information fra den anden part.

Vurderinger af forløb
Alt i alt er det godt halvdelen af fagpersonerne, der vurderer, at planer for den sundhedsfaglige indsats over for patienter med KOL i alle eller de fleste relevante tilfælde efterleves. Ganske få har vurderet, at det kun sker i de færreste tilfælde, og ingen har angivet, at det aldrig sker. Når det drejer sig om patienter med type 2-diabetes, er der en stor andel af fagpersoner, der ikke kan tage stilling til, om planer bliver fulgt, men blandt dem, der har taget stilling, er der et flertal, som angiver, at det sker i alle eller de fleste tilfælde.

Patientinddragelse
Ifølge fagpersonerne inddrages borgerne i de fleste tilfælde i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb. Blandt dem, der har taget stilling, er der på tværs af faggrupperne et flertal, som vurderer, at borgere med KOL eller type 2-diabetes i større grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb efter indførelse af forløbsprogrammer.

Henvisning til tilbud
Et flertal af fagpersonerne vurderer, at patienter med KOL eller type 2-diabetes i større omfang bliver henvist til et *træningstilbud* i en kommune. Et flertal af dem, der har taget stilling, vurderer, at henvisning til *rygeafvænning* har fået et større omfang. Det er først og fremmest kommunalt ansatte, der vurderer, at rygere med KOL eller type 2-diabetes i større omfang henvises til rygeafvænning. Det er iøjnefaldende, at et flertal af læger på hospital vurderer, at rygere med KOL i mindre omfang henvises til rygeafvænning, og at der blandt sygeplejersker på hospital er lige mange, der svarer 'i større omfang' og 'i mindre omfang'. Når det drejer sig om rygere med type 2-diabetes, er det et flertal blandt læger og sygeplejersker på hospital, der vurderer, at patienterne henvises til rygeafvænning i mindre omfang. Blandt de, som har kunnet tage stilling, er der på tværs af alle fagpersoner et flertal, som vurderer, at borgere med type 2-diabetes i større omfang henvises til *diætbehandling* efter indførelse af forløbsprogrammet.

Næsten alle praktiserende læger og relevante hospitalslæger har inden for det seneste år henvist patienter med KOL til *sygdomsspecifik patientuddannelse*. Ligeledes har næsten alle praktiserende læger henvist patienter med type 2-diabetes til sygdomsspecifik patientuddannelse. Knap halvdelen af de relevante hospitalslæger har imidlertid ikke henvist patienter med type 2-diabetes til sygdomsspecifik patientuddannelse inden for det seneste år.

Indkaldelse til kontrol og henvisning til tilbud
Patienter med svær eller meget svær KOL indkaldes angiveligt i langt de fleste tilfælde til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammet. Ifølge fagpersonerne synes de i langt de fleste tilfælde at få de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet. Der tegner sig derimod et mere uklart billede, når det drejer sig om patienter med mild eller moderat KOL. Patienter med type 2-diabetes synes i langt de fleste tilfælde at blive indkaldt til regelmæssig kontrol som beskrevet i forløbsprogrammet, og de får ifølge fagpersonerne i langt de fleste tilfælde de tilbud, der er beskrevet.

Overordnede vurderinger
På tværs af sektorer vurderer to tredjedele af fagpersonerne, at forløbsprogrammerne har betydet bedre forløb for både borgere med KOL og borgere med type 2-diabetes. Blandt fagpersoner på hospital er det en større andel for KOL end for type 2-diabetes, der vurderer, at forløbene er blevet bedre. Blandt fagpersoner i almen praksis er det omvendt en større andel, der vurderer, at forløbene er blevet bedre for patienter med type 2-diabetes. To tredjedele af alle fagpersoner vurderer, at forløbsprogrammerne i det mindste i nogen grad har bidraget til at skabe bedre sammenhæng i patienternes forløb.

Referencer til surveyundersøgelsen

Jacobsen, C.B., V.H. Pedersen og K. Albeck (2008): Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. Sundhedsstyrelsen. København.

Manz, C.C., D.T. Bastien, T.J. Hostager and G.L. Shapiro (2000): Leadership and Innovation: A Longitudinal Process View. I A.H. Van de Ven, H.L. Angle & M.S. Poole, eds. (2000): *Research on the management of innovation, Minnesota Studies*. Oxford University Press.

May, P.J. and S.C. Winter (2007): Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory. Advance Access Publication*. October 25.

Bilag 2: Eksempler på anvendte interviewguides

Hovedopgave 1: Interviewguide anvendt til gruppeinterviews med hospitalsansatte medarbejdere

- Introduktion til interviewform (anonymitet eller tilstræbt, optages på digital optager).
- Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af projektet.
- Midtvejsevaluering af forløbsprogrammerne – fokus på hvordan forløbsprogrammerne er søgt omsat til praksis og meningsfuldhed/relevans i jeres hverdag.
- Spillereglen er, at vi beder jer om ikke at referere hinandens synspunkter uden for dette rum.
- Mange punkter vi gerne vil igennem, derfor kan vi blive nødt til at afbryde. Hvis det sker, er det på grund af formen for interviewet – ikke fordi det, der bliver sagt, er uinteressant.
- Præsentation af informanter (fornavn, alder, antal år uddannet og antal år på afdeling) – særlige opgaver og ansvarsområder med relevans for forløbsprogrammerne.

Kendskab til forløbsprogrammerne

Hvor godt kender jeres ledere, relevante kolleger og samarbejdspartnere til indholdet i forløbsprogrammerne for KOL og diabetes?

Hvor godt kender I forløbsprogrammerne for KOL og diabetes?

- (fx læst beskrivelsen, deltaget i Fælles Skolebænk og lignende)
- Er kendskabet detaljeret/ikke detaljeret?

Hvordan er I blevet informeret om forløbsprogrammerne for KOL og diabetes?

Ledelse og implementering

Spiller nærmeste leder en rolle i forhold til implementering af forløbsprogrammerne?

- Forklar og uddyb

I hvilken grad oplever I, at jeres ledelse er opmærksom på, om I efterlever retningslinjerne i forløbsprogrammerne for KOL og diabetes?

Faglige kompetencer i forhold til forløbsprogrammet

Har I, jeres kolleger og jeres nærmeste samarbejdsparter de rette faglige kompetencer til leve op til forløbsprogrammets anbefalinger?

Har forløbsprogrammerne haft betydning for hvilke tilbud om kompetenceudvikling I tilbydes?

Kender I Fælles Skolebænk/deltaget?

Er det lykkedes at bære viden fra kursusdeltagelse i Fælles Skolebænk (jeres egen eller kollegaers) ind i dagligdagen?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Anvendelighed og anvendelse

Hvad har forløbsprogrammerne betydet for jeres daglige arbejde med KOL/diabetes?

På en skala fra 1 (ikke vigtigt) til 5 (meget vigtigt), hvor vigtigt vurderer I, at det er at have forløbsprogrammer for KOL og diabetes?

Er der elementer i forløbsprogrammet som er overflødigt/irrelevant?

Er der elementer som er særligt vigtige?

Får patienterne efter jeres vurdering de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammerne?

- Forklar og uddyb
- Hvor er de potentielle udfordringer?
- Hvad lykkes?
- Er der mønstre i hvem der får tilbuddene, er der nogle grupper der overses?

Udvikling i det tværsektorielle samarbejde

Er der ting, der har ændret sig i forhold til jeres samarbejde med kommunerne/almen praksis om diabetes/KOL i de seneste par år?

- Forklar og uddyb

Er der skabt et øget kendskab til hinandens tilbud på tværs af sektorerne?

- Forklar og uddyb

Oplever I, at der er skabt øget forståelse – accept/imødekommenhed over for andre samarbejdsparters arbejdsvilkår?

Er der opstået nye fora/redskaber/anledninger til fælles løsning af koordinations- og samarbejdsproblemer?

Er der opnået en øget tillid til kvaliteten af hinandens tilbud/arbejde på tværs af sektorerne?

På en skala fra 1 (lav) til 10 (høj), hvor høj er den gensidige respekt for hinanden på tværs af sektorerne?

Elektronisk kommunikation – elektroniske henvisninger + SOFT-portal

Er der opnået bedre samarbejde omkring henvisninger?

- Får I relevante informationer – hvad mangler typisk?
- Følger der de relevante informationer med rettidigt – hvad mangler typisk, og hvad gør I, når der mangler oplysninger?
- (Ikke så centralt, men hvis informanter finder det relevant, skal vi også lige omkring – indlæggelser og udskrivninger)

Ændringer og nye redskaber/standarder, der har lettet kommunikation og samarbejde i projektperioden/redskaber som fremmer målrettet og rettidig kommunikation? (de har arbejdet med MedCom-standarder og brug af elektroniske korrespondancemeddelelser)

- Forventninger og ønsker?

Kender I/jeres kolleger kommunernes tilbud for KOL og diabetespatienter?

- Kender SOFT-portal, brugt – anvendelighed?
- Hvad ser I som henholdsvis fremmere og barrierer for henvisningen til de kommunale tilbud (træningstilbud, patientuddannelse, andre)?

Udviklingen i det patientrettede samarbejde

I hvor høj grad er der efter jeres vurdering tale om bedre forløb for patienten/borgeren med kronisk sygdom? – kan I give eksempler?

Er der opnået bedre samarbejde omkring henvisninger – rehabilitering – terapeuter osv. Hvor får I relevante informationer osv.? Hvordan får I indlæggelser og udskrivninger?

- Oplever kommuner og ambulatorier at få de rigtige patienter – for lette/svære?
- Følger der de relevante informationer med?
- Følger informationer rettidigt med?

Har det nogen betydning for jer, at forløbsprogrammerne er knyttet til en enkelt diagnose?

- Forklar og uddyb

Har I en oplevelse af, at I taler oftere sammen på tværs om KOL- eller diabetespatienter efter forløbsprogrammerne?

- Hvis ja: Hvordan?
- Tilgængelighed når man har behov for at kontakte hinanden? Udvikling i perioden med FP?

Er der forskel på graden af patientinddragelse i dag frem for tidligere?

Er der efter jeres oplevelse i højere grad fokus på at fortælle patienterne om deres forløb – hvor de skal hen, hvad der skal ske, hvem de kommer til at møde osv.?

Stratificering og tovholderfunktion – primært til almen praksis og hospitalsansatte læger, men det kan også godt være, at sygeplejerskerne har en mening/en rolle

I hvilken udstrækning anvendes stratificeringen efter sværhedsgrad, når en borger/patient diagnosticeres med KOL?

I hvilken udstrækning anvendes stratificeringen efter risikogruppe, når en borger/patient diagnosticeres med diabetes?

I hvilken grad finder I stratificeringen anvendelig?

Lægges der behandlingsplaner for patienterne?

- Hvis ja - I hvor høj grad bliver behandlingsplanerne efter jeres vurdering efterlevet?

Er forudsætningerne for at kunne udfylde rollen som tovholder efter jeres mening tilstede?

Hvad ser I som henholdsvis fremmere og barrierer for henvisningen til de kommunale tilbud (træningstilbud, patientuddannelse, andre)?

Det fremadrettede samarbejde

Er der noget i specielt mangler i jeres hverdag, som kan hjælpe til at få et bedre samarbejde om kronisk syge diabetes/KOL-patienter?

Kan I komme med eksempler på særlige indsatser, initiativer eller løsninger, som hjælper jer/kan hjælpe andre i samarbejdet om de kronisk syge diabetes/KOL-patienter?

Hvad er jeres bedste råd til dem, der skal videreføre arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammer (hvis nu I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

Synes I, der er noget vi mangler at spørge om?

Har I spørgsmål til os?

Hovedopgave 2: interviewguide anvend til gruppeinterviews med hospitalsansatte ledere om implementering af forløbsprogrammer for diabetes og KOL

- Introduktion til interviewform (tilstræbt anonymitet, optages på digital optager).
- Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af projektet.
- Fokus på jeres rolle som forandringsagenter, hvordan jeres arbejde har været organiseret og understøttet. Hvilke udfordringer og succeser I har oplevet i udviklingsarbejdet, samt hvordan I oplever at relevante fagpersoner tager imod forløbsprogrammerne.
- Mange punkter vi gerne vil igennem, derfor kan vi blive nødt til at afbryde. Hvis det sker, er det på grund af formen for interviewet – ikke fordi det, der bliver sagt, er uinteressant.
- Præsentation af informanter (fornavn, titel – antal år i nuværende stilling).

Rolle og opgaver

Prøv at beskrive jeres rolle og opgaver i forhold til implementeringen af forløbsprogrammer…

- Hvordan har I grebet opgaven an? (informeret, engageret, omsat program til lokale arbejdsgange osv.).
- Har opgaverne matchet de ressourcer, I har haft mulighed for at lægge i implementeringen? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har opgaverne matchet jeres ledelsesmæssige kompetencer? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvordan bliver jeres rolle/ansvar i implementeringsarbejdet understøttet? Fx lokale projektledere – projekt 1'ere, frikøbte kliniske medarbejdere, Fælles Skolebænk, lokale implementeringsgrupper eller lignelse og sygehusets ledelse og lignende

Hvor meget har arbejdet med forløbsprogrammer fyldt i jeres hverdag/er der andre og udviklingsaktiviteter der kræver mere opmærksomhed/er prioriteret højere?

Organisatorisk forankring

Implementeringsarbejdet er forankret i lokale samordningsudvalg – med jer som ansvarlige for egentlig implementering – prøv at beskrive fordele og ulemper ved denne konstruktion…

Forløbsprogrammernes møde med praksis

Hvordan har jeres personale og samarbejdspartnere taget i mod forløbsprogrammet?

Hvor godt kender jeres personale, relevante kolleger og samarbejdspartnere til indholdet i forløbsprogrammerne for KOL og diabetes?

- I hvilket omfang står indsats og ressourceforbrug mål med de opnåede resultater?

Har jeres medarbejdere de rette faglige kompetencer til leve op til forløbsprogrammets anbefalinger?

Har jeres samarbejdspartnere i kommuner og almen praksis de rette faglige kompetencer til at leve op til forløbsprogrammets anbefalinger?

- Har forløbsprogrammerne haft betydning for jeres faglige ledelsesstrategi, fx i forhold til rekruttering og opkvalificering af medarbejdere på afdelingen?

- Er det lykkedes at bære viden fra kursusdeltagelse i Fælles Skolebænk ind i dagligdagen?

Anvendelighed og anvendelse

Hvad har forløbsprogrammerne betydet for jer/jeres medarbejderes daglige arbejde med KOL/diabetes?

- Er der elementer i forløbsprogrammet, som er overflødigt/irrelevant?
- Er der elementer, som er særligt vigtige?

Har det nogen betydning for jer, at forløbsprogrammerne er knyttet til en enkelt diagnose?

- Forklar og uddyb

På en skala fra 1 (ikke vigtigt) til 5 (meget vigtigt), hvor vigtigt vurderer I, at det er at have forløbsprogrammer for KOL og diabetes?

Udvikling i det tværsektorielle samarbejde

Er der ting, der har ændret sig i forhold til jeres samarbejde med kommunerne/sygehuse/almen praksis om diabetes/KOL i de seneste par år?

- Bidrag til kommunikation og samarbejde?
- Syn på kommunikation og samarbejde?

Er der opstået nye fora/redskaber/anledninger til fælles løsning af koordinations- og samarbejdsproblemer?

Har I en oplevelse af, at medarbejdere og ledere taler oftere sammen på tværs om KOL- eller diabetes-patienter efter forløbsprogrammerne?

- Hvis ja: Hvordan og hvorfor?
- Tilgængelighed når man har behov for at kontakte hinanden? Udvikling i perioden med FP?

Er der skabt et øget kendskab til hinandens tilbud på tværs af sektorerne?

- Forklar og uddyb
- Er der opnået en øget tillid til kvaliteten af hinandens tilbud/arbejde på tværs af sektorerne?
- På en skala fra 1 (lav) til 10 (høj), hvor høj er den gensidige respekt for hinanden på tværs af sektorerne?

Patientrettet arbejde

Er der sket ændringer i, hvor meget opmærksomhed der er på rehabilitering/er I blevet bedre til at udnytte tilbud om patientuddannelse og livsstilsvejledning?

Hvordan har læger og sygeplejersker taget imod opgaven med stratificering af patienter?

- I hvilken udstrækning anvendes stratificeringen som udgangspunkt for arbejdsdeling mellem hospital og almen praksis?
- I hvilken grad finder I/jeres medarbejdere stratificeringen anvendelig?

Elektronisk kommunikation og konkrete vejledninger

Hvilke muligheder og barrierer har der været for at fremme målrettet og rettidig udveksling af information?

- Hvad har mulighederne betyder for implementering af FP?
- Forventninger og ønsker?

Er der opnået bedre samarbejde omkring henvisninger?

- Får I relevante informationer – hvad mangler typisk?
- Følger der de relevante informationer med rettidigt – hvad mangler typisk, og hvad gør I, når der mangler oplysninger?

Standardisering – hvor ville det have været en hjælp? Hvor/hvorfor har det været en fordel, at der var plads til variation?

- Fagpersoner efterspørger konkretisering og forenkling af FP (korte og konkrete opskrifter helt nede på funktionsniveau) – hvad tænker I om det?

Fremadrettet implementering

På en skala fra 1-10, hvor langt vil I vurdere, at implementeringen af forløbsprogrammer er nået?

- Hvilke opgaver mangler at blive løftet?

Hvordan understøtter man bedst fremadrettet implementering af forløbsprogrammer?

- Lokalt – planområde – regionalt – nationalt…

Hvad har fungeret særligt godt i den nuværende organisering af forløbsprogrammernes implementering?

Hvad har været særligt problematisk/hvad skal man undgå at gøre igen?

Hvordan/hvor bør fremtidige midler udmøntes, så de gør mest muligt gavn?

Hvad er jeres øvrige bedste råd til dem, der skal videreføre arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammer i VD kredsen og derover (hvis I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

Synes I, der er noget vi mangler at spørge om?

Har I spørgsmål til os?

Litteratur

(1) Holm-Petersen C, Buch MS. Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. Status på den foreløbige implementering. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

(2) Buch MS. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

(3) Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa: University of South Florida; 2005.

(4) Gittell JH. High Performance Healthcare. New York: McGraw-Hill; 2009.

(5) Cameron A, Lart R. Factors promoting and obstacles hindering joint working: a systematic review of the research evidence. Journal of Integrated Care 2003;11(2):9-17.

(6) Manz CC, Bastien TJ, Shapiro GL. Leadership and innovation: A Longitudinal Process View. Oxford University Press; 2000.

(7) May PJ, Winther SC. Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on policy Implementation. Journal of Public Administration Research and theory 2007; oktober 25.

(8) Region Hovedstaden. Forløbsprogram for Type 2 Diabetes. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden. Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 23. marts 2009. [U. st.]: Region Hovedstaden; 2009.

(9) Region Hovedstaden. Forløbsprogram for KOL. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden. Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 23. marts 2009. [U. st.]: Region Hovedstaden; 2009.

(10) Jakobsen CB, Pedersen VH, Albeck K. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagen og dagligdagens møder mellem patient og behandler. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.

(11) Grøn L:O,J, Bræmer MH. Tovholder i praksis - en antropologisk undersøgelse af praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.

(12) Buch MS, Hauge-Helgestad A, Fredslund EF, Tybring CD. Proaktive lægehuse anno 2010. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

(13) Kjellberg J, Buch MS editors. Kapcitet i fremtidens almen praksis - Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.

(14) Degeling P, Erskine J. New models of long-term care and implications for service redesign. In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. Investing in hospitals of the future United Kingdom: World Health Organization; 2009. p. 27.

(15) Jansbøl K, Buch MS. Afdækning af lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2012.

(16) Mintzberg H. The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; 1979.