



Forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi

Erfaringer fra to udviklingsprojekter

Martin Sandberg Buch

Else Olesen

Dansk Sundhedsinstitut

Februar 2009

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN: 978-87-7488-604-4 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Udvikling og implementering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme udgør en central del af Region Midtjyllands strategi for en forbedret indsats for patienter med kroniske lidelser. Derfor har regionen, i samarbejde med praksissektoren og den kommunale sektor, udformet tre tværsektorielle forløbsprogrammer, der beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (herefter KOL), diabetes type 2 og hjertekarsygdom.

Ønsket om en veltilrettelagt og sammenhængende kronikerindsats er en af de bærende visioner for indførelsen af forløbsprogrammer. Region Midtjyllands programmer indeholder derfor to komplementerende strategier, der skal medvirke til at realisere sammenhængende patientforløb i praksis: På den ene side opstilles en række nye standarder for opgavedeling, indholdet af den enkelte sektors opgaver samt kommunikation og overlevering imellem sektorer, alt sammen med henblik på at det skal blive enklere at planlægge tværgående patientforløb af høj kvalitet. På den anden side introducerer programmerne en række koordinator- og kontaktpersonfunktioner, der skal omsætte de nye og standardiserede rammer for behandlingssamarbejdet til konkrete og individuelt tilpassede patientforløb. Koordinatorerne introduceres med andre ord som et led, der skal administrere de enkelte patientforløb i samarbejde med patienterne.

Da sådanne forløbskoordinerende funktioner er relativt uafprøvede i en dansk kontekst, og eftersom kommunernes kronikerindsats fortsat er under udvikling, har det været centralt at forbedre den tilgængelige viden om, hvordan koordinatorfunktioner kan organiseres, hvordan de samarbejder med andre sundhedsfaglige aktører, og ikke mindst hvordan de i praksis koordinerer indsatsen for den enkelte patient.

Derfor har Dansk Sundhedsinstitut (DSI) understøttet og dokumenteret udviklingen af to kommunale koordinatorfunktioner som en del af det udredningsarbejde, der går forud for implementeringen af forløbsprogrammerne. Rapportens primære målgruppe er dermed de kommuner, der skal i gang med at implementere deres del af forløbsprogrammerne, og vi håber, at rapportens beskrivelser og konklusioner kan bidrage til de ledelsesmæssige beslutninger og prioriteringer i forbindelse med dette arbejde.

Projektet er finansieret af Region Midtjylland, Holstebro Kommune og Hospitalsenheden Vest samt Viborg Kommune, Skive Kommune og Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup.

Projektleder Martin Sandberg Buch (cand.scient.adm.) har været ansvarlig for at gennemføre projektet i samarbejde med forskningsassistent Else Olesen (stud.mag.ant.). En styregruppe sammensat af de parter, der har finansieret projektet, har løbende bidraget til kvalificering og kvalitetssikring af projektets leverancer. Herudover har DSI's vicedirektør Henrik Hauschildt Juhl stået for den afsluttende interne kvalitetssikring på DSI.

DSI ønsker at takke alle, der har medvirket i projektet, for stort engagement og et godt samarbejde.

Henrik Hauschildt Juhl
Vicedirektør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Formål og metode	7
2. KOL-forløbsprogrammet og de to lokale udviklingsprojekter	9
2.1 KOL-forløbsprogrammets anbefalinger til den kommunale indsats	9
2.2 KOL-konsulenten i Holstebro Kommune	10
2.3 KOL-koordinatorerne i Viborgklyngen	14
2.4 Opsamling	17
3. Erfaringer fra udviklingsarbejdet	19
3.1 Udvikling af den kommunale rehabiliteringsindsats	19
3.2 Koordinatorernes samarbejde med almen praksis	21
3.3 Koordinatorernes tværgående udviklingsopgaver	22
3.4 Opsamling	24
4. Projekternes bidrag til andre kommuners implementering af forløbsprogrammer	27
4.1 Ledelsesmæssig støtte	27
4.2 Koordinatorerne som forløbskoordinator og forløbsudvikler	28
4.3 Sammenhæng baseret på standardisering vs. sammenhæng skabt af nøglepersoner	29
4.4 Implementering af flere forløbsprogrammer i en kommune	29
4.5 Afhængighed på tværs af sektorer	30
Litteratur	31
Bilag A: Guide til forløbskoordination	33
Bilag B: Interessentanalyse til Holstebro Kommune	53
Bilag C: Interessentanalyse til Viborgklyngen	87
Bilag D: Procesevaluering af KOL-konsulentfunktionen i Holstebro Kommune	119
Bilag E: Procesevaluering af KOL-koordinatorfunktionen i Viborgklyngen	169

1. Formål og metode

Denne publikation sammenfatter erfaringerne fra Dansk Sundhedsinstituts projekt: "Forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi". Formålet med projektet har været at følge udviklingen af opgaver og samarbejdsrelationer for to KOL-koordinatorfunktioner, der er oprettet med henblik på at styrke den lokale KOL-indsats i henholdsvis Holstebro Kommune og i Viborg og Skive kommuner (herefter Viborgklyngen). På dette **lokale niveau** har DSI's rolle været at understøtte og dokumentere udviklingsarbejdet via:

1. Afholdelse af fem fælles projektdage for de lokale projektgrupper.
2. En analyse, der afdækker, hvilke muligheder og barrierer som er forbundet med at introducere forløbskoordinatorer i kronikerbehandlingen, og giver anvisninger til, hvordan man lokalt kan håndtere udviklingsarbejdet (1)¹.
3. En analyse der med udgangspunkt i interview med 12 nøglepersoner i KOL-behandlingen afdækker:
 - a. Hvordan den lokale KOL-indsats er organiseret, og hvor der efterlyses forbedringer af den eksisterende praksis.
 - b. Hvilke forhold fagpersonerne forbinder med henholdsvis manglende sammenhæng og skabelse af sammenhæng for dem selv og de KOL-patienter, de er i kontakt med.
 - c. Kommende samarbejdspartneres ønsker til koordinatorfunktionernes roller og opgaver i KOL-behandlingen, samt hvilke udfordringer og muligheder de ser i forhold til de planlagte initiativer (2; 3).
4. En udviklingsevaluering der:
 - a. Gør status for hver koordinatorfunktionens udvikling af opgaver og samarbejdsrelationer.
 - b. Gentager interviewundersøgelsen med de 12 nøglepersoner i KOL-behandlingen med henblik på at afdække deres samarbejdserfaringer og evt. ønsker til justering af koordinatorfunktionernes opgaver og samarbejdsrelationer (4; 5).

Ovenstående fem skriftlige leverancer er vedlagt som bilag A-E.

På **regionalt niveau** er det meningen, at erfaringerne fra de to udviklingsprojekter skal indgå i det videre arbejde med at udvikle og implementere egentlige forløbsprogrammer for hjertekarsygdom, diabetes type 2 og KOL i Region Midtjylland (6-11). Ideen er, at programmernes endemål for kronikerindsatsen og anbefalinger vedrørende koordinerende funktioner skal suppleres med viden om de udviklingsopgaver, der igangsættes, når programmets anbefalinger skal implementeres i kommunalt regi. Derfor denne publikation, som:

1. Sammenligner KOL-forløbsprogrammets anbefalinger vedrørende den kommunale indsats med den praksis, der er under udvikling i de to koordinatorprojekter.
2. Beskriver og diskuterer erfaringerne fra de væsentligste af de udviklingsopgaver, de fulgte KOL-koordinatorer har været involveret i.

¹ Udarbejdelsen af denne leverance er støttet økonomisk af FOKUS – Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig service. Analysen er desuden publiceret selvstændigt i samarbejde mellem FOKUS og Dansk Sundhedsinstitut, juni 2008.

3. Vurderer, hvilke generelle erfaringer fra de to udviklingsprojekter andre kommuner kan anvende til at understøtte deres arbejde med at implementere lignende koordinatorfunktioner og kommunal rehabilitering.

2. KOL-forløbsprogrammet og de to lokale udviklingsprojekter

I dette afsnit sammenlignes KOL-forløbsprogrammets anbefalinger vedrørende den kommunale indsats (9) med den lokale praksis, som er under udvikling i de to lokale projekter. Afsnittet er struktureret i følgende underoverskrifter:

1. KOL-forløbsprogrammets anbefalinger til den kommunale indsats.
2. KOL-konsulentens organisering, opgaver og samarbejdsrelationer i Holstebro Kommune.
3. KOL-koordinatorernes organisering, opgaver og samarbejdsrelationer i Viborgklyngen.
4. Opsamling.

2.1 KOL-forløbsprogrammets anbefalinger til den kommunale indsats

Kommunernes ansvarsområder

I KOL-forløbsprogrammet specificeres, at kommunerne har ansvaret for at tilbyde:

- ◆ Rådgivning, rehabilitering og rygestopvejledning til patienter med moderat KOL.
- ◆ Individuel rådgivning og rygestopvejledning til patienter med mild KOL.

Derfor anbefales, at den enkelte kommune tilvejebringer forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for let til moderat syge KOL-patienter, som de praktiserende læger og andre relevante aktører kan henvise til. Henvisningen bør foregå elektronisk, og der gøres opmærksom på, at det kræver en indsats fra den enkelte kommune at sikre, at de kommunale tilbud er synlige og tydelige for de aktører, der skal henvise såvel som de patienter, der er i målgruppen.

Sundhedsfaglig kontaktperson med fokus på samarbejdspartnere

I programmet gives ikke specifikke anvisninger til kommunernes opgave med at sikre ovenstående, men det anbefales, at den enkelte kommune sørger for, at der er en centralt placeret sundhedsprofessionel kontaktperson, som kan fungere som eksterne samarbejdspartners indgang til de kommunale tilbud. Specifikt lægges der op til, at personen a) skal modtage og behandle de henvisninger, der kommer til de kommunale rehabiliteringstilbud, b) skal kunne informere og rådgive relevante eksterne samarbejdspartnere om kommunens tilbud, henvisningskriterier og lignende.

Sundhedsfaglig kontaktperson for henviste patienter

I programmet anbefales også, at den enkelte kommune sørger for, at alle patienter, der henvises til kommunal udredning og rehabilitering, tilknyttes en sundhedsfaglig kontaktperson, der a) rådgiver om mulighederne for kommunale og ikke-kommunale rehabiliteringstilbud, b) støtter patienten i at udvikle kapacitet til at tage ansvar for egen situation, c) medvirker til at sammensætte den enkelte patients kommunale forløb, d) løbende koordinerer indsatser og kommunikation med relevante fagprofessionelle, e) varetager den løbende kontakt med patienten med henblik på at understøtte rehabiliteringen, og f) samler op på forløbet sammen med patienten og rådgiver om muligheder for opfølgende tiltag.

Anbefalinger til indhold og organisering af rehabiliteringsindsatsen

Overordnet anbefales kommunerne at organisere rehabiliteringsindsatsen, så der er mulighed for at sammensætte individuelt tilpassede forløb, som planlægges på baggrund af en helhedsorienteret vurdering af den enkelte patients situation. Til inspiration opstilles i programmet et katalog over de ydelser, der bør indgå i den kommunale indsats:

- ◆ Undervisning i mestring af KOL suppleret med generel uddannelse i at leve med en kronisk sygdom.
- ◆ Rygeafvænning.
- ◆ Fysisk træning.
- ◆ Ernæringsvejledning.
- ◆ Psykosocial støtte.
- ◆ Vejledning i brug af medicin.
- ◆ Information om selvhjælpsgrupper, patientforeninger og mulighed for fortsat fysisk træning mm.

Det anbefales, at ansvaret for ovenstående aktiviteter placeres hos et tværfagligt team, hvori der indgår sygeplejerske, fysio-/ergoterapeut og diætist med generel viden om kronisk sygdom, specifik viden om KOL samt sundhedspædagogiske kompetencer rettet mod at styrke patienternes egne resourcer.

Anbefalinger vedrørende dokumentation af den kommunale indsats

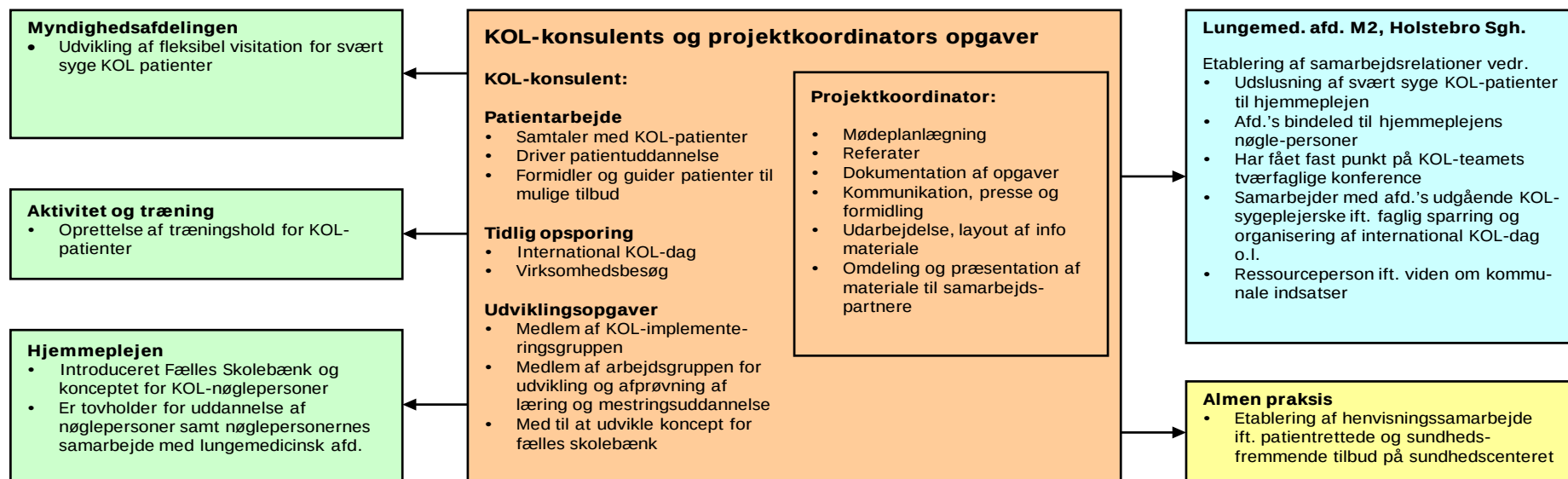
KOL-programmet anbefaler dels at dokumentere den kommunale indsats i forhold til en række procesindikatorer, som dokumenterer, i hvilket omfang de kommunale tilbud lever op til sine målsætninger, dels at dokumentere effekten af den kommunale indsats med udgangspunkt i den enkelte patients funktionsniveau og subjektive vurdering af forløb/evne til at mestre egen sygdom.

2.2 KOL-konsulenten i Holstebro Kommune

I dette afsnit sammenfattes KOL-funktionens udformning, samarbejdsrelationer, opgaver og dokumentationspraksis. Afsnittet er baseret på interview med KOL-konsulenten og projektets koordinator, gennemgang af referater, projektbeskrivelser og andet skriftligt materiale fra projektet (12-26) samt input fra de tre projektudviklingsdage, der har været afholdt i samarbejde med DSI (27-29) for udviklingen af hver enkelt relation og de dertil hørende opgaver. Afsnittet er struktureret med udgangspunkt i omstående figur 2.1, der illustrerer KOL-konsulentens organisering, opgaver og de væsentlige samarbejdsrelationer, som denne har arbejdet med at udvikle siden opstarten i marts 2008².

² For detaljeret gennemgang se bilag B.

Figur 2.1 Organisering, opgaver og samarbejdsrelationer for KOL-konsulent i Holstebro Kommune.



Organisering og ansvarsområder

KOL-konsulenten er sygeplejerske og tidligere kommunal leder. Hun er ansat i en toårig projektstilling oprettet i Holstebro Kommunes Sundhedscenter, hvor hun refererer direkte til sundhedschefen. Konsulenten har to komplementerende ansvarsområder:

- ◆ På organisationsniveau fungerer hun som tovholder for formulering og udvikling af kommunens KOL-indsats og det tværgående samarbejde omkring implementeringen af denne.
- ◆ På patient- og borgerniveau fungerer konsulenten som a) sundhedsfaglig kontaktperson for eksterne samarbejdspartnere, b) tovholder for tidlig opsporing af KOL, c) sundhedsfaglig kontaktperson for de KOL-patienter, der henvises/finder vej til sundhedscenterets tilbud, og d) underviser på en af sundhedscentrets tre patientuddannelser.

Som en del af KOL-indsatsen er der i et år ansat en AC-uddannet projektkoordinator, som hjælper KOL-konsulenten med projektstyring, dokumentation, formidling, udarbejdelse af referater og lignende. Erfaringerne fra udviklingsarbejdet viser, at de to ansatte har et tæt dagligt samarbejde, og at projektkoordinatoren har haft afgørende betydning for, at det er lykkedes at holde KOL-konsulentens mange opgaver på ret spor.

Udviklingsopgaver og etablering af samarbejdsrelationer

I sin egenskab af tovholder for formuleringen og implementeringen af Holstebro Kommunes KOL-indsats er KOL-konsulenten tovholder for følgende aktiviteter:

- ◆ Hun repræsenterer kommunen i den tværsektorielle KOL-implementeringsgruppe i Vestklyngen³. I regi af implementeringsgruppen er KOL-konsulenten med til at udvikle og afprøve:
 - *Lærings- og mestringsforløb for KOL-patienter*. Der er tale om en særskilt patientuddannelse, hvor KOL-patienter i alle faser af deres sygdomsforløb kan deltage (25; 30; 31)⁴.
 - *Fælles Skolebænk*: Et tværsektorielt uddannelsesforløb, hvor sygeplejersker og terapeuter fra et hospital og de kommuner, der ligger i hospitalets optageområde, undervises sammen. Formålet er, at personalet på tværs af sektorer opkvalificeres i forhold til pleje og behandling af KOL-patienter, samtidig med at deltagerne forbedrer kendskabet til hinandens opgaver og arbejdsvilkår.
- ◆ Hun har taget initiativ til, at der er etableret et træningsforløb, hvor KOL-patienter modtager fysisk træning med henblik på at komplementere de patientuddannelser, der er på sundhedscentret.
- ◆ Hun fungerer som ressourceperson for 12 hjemmesygeplejersker med særlige kompetencer og ansvarsområder i forhold til KOL-patienter (der er tale om de sygeplejersker, der har deltaget i Fælles Skolebænk).
- ◆ Hun er initiativtager – og tovholder – for etablering af et udskrivningssamarbejde mellem hjemmesygeplejens 12 nøglepersoner og lungemedicinsk afdeling M2 på Holstebro Hospital. Dels med henblik på at sikre, at patienterne er velinformerede og trygge, når de udskrives, dels med henblik på at forebygge (gen)indlæggelser.

³ Dækker geografisk Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Struer, Holstebro, Herning og Ikast-Brande kommuner.

⁴ Læring og mestring er inspireret af et norsk koncept for patientuddannelse. I uddannelsen indgår patienternes ressourcer og viden på lige fod med den sundhedsfaglige viden. Uddannelsesforløbet planlægges og udføres derfor i et samarbejde mellem en erfaren patient og en sundhedsfaglig, der har gennemgået en fælles uddannelse i principperne bag Læring og mestring. Undervisningen er baseret på sundhedspædagogiske principper, der tager udgangspunkt i deltagerens egne ressourcer og tilpasses den enkeltes forudsætninger og behov.

- ♦ Hun er initiativtager – og tovholder – for et samarbejdsprojekt mellem hjemmeplejen og den kommunale myndighedsafdeling. Projektet afprøver, om en stående bufferbevilling gør det muligt at mindske antallet af aflyste ydelser hos KOL-patienter, der skal have hjælp til at komme i bad.
- ♦ Som kontaktperson for eksterne samarbejdspartnere er det KOL-konsulenten, der har arbejdet med at etablere en henvisningsvej fra almen praksis til sundhedscentret.

Patient- og borgerrettede opgaver

På individniveau udfører KOL-konsulenten aktiviteter vedrørende tidlig opsporing og patientrettet forebyggelse indenfor følgende tre områder:

For det første har KOL-konsulenten, med hjælp fra personale fra lungemedicinsk afdeling M2, arrangeret International KOL dag på sundhedscentret, og hun har udført lungefunktionstest og rådgivning om rygestop på otte virksomheder i kommunen.

For det andet fungerer KOL-konsulenten som alle kroniske patienters indgang til de tre forskellige patientuddannelser, der er etableret i sundhedscentret. I denne funktion gennemfører konsulenten en afklarende samtale med alle patienter, der henvender sig eller henvises til sundhedscentret. Samtalens formål er at afdække patientens motivation, ønsker og kompetenceniveau i forhold til at håndtere sin sygdom, samt om der er andre tilbud end sundhedscentrets, der bedre dækker patientens behov.

For det tredje er KOL-konsulenten ansvarlig for at organisere og undervise på en af sundhedscentrets tre patientuddannelser: *"Lærings- og mestringsuddannelsen for KOL-patienter"*. Uddannelsen gennemføres to gange årligt; der optages op til 16 patienter på hvert hold, og hvert forløb består af otte undervisningsgange à to timer. Sideløbende med undervisningen har 12 deltagere mulighed for at følge et 12 ugers træningsforløb, der er målrettet KOL-patienter⁵. KOL-konsulenten fungerer igennem hele forløbet som den enkelte patients kontaktperson. Rollen er udmøntet i en individuel samtale før og efter forløbet og to opfølgende møder for deltagerne efter henholdsvis 3 og 12 måneder efter, at forløbet er gennemført. Fællesnævneren for de individuelle samtaler og opfølgende møder er, at de fokuserer på a) patientens vurdering af sit udbytte og identifikation af evt. problemområder, b) rådgivning om, hvordan forløbets resultater omsættes til varige ændringer i hverdagen, og c) rådgivning om hvilke muligheder der er for at deltage i sociale og fysiske aktiviteter, der kan medvirke til at fastholde effekten af rehabiliteringen.

Dokumentation og kommunikation med henvisere

KOL-funktionen dokumenterer løbende de patientrettede aktiviteter ved hjælp af skemaer, der er udviklet af Center for Folkesundhed i forbindelse med afprøvningen af Lærings- og mestringsuddannelsen. Skemaerne udfyldes af deltagerne før og efter forløbet samt ved det opfølgende møde efter 12 måneder. Desuden anvendes de afsluttende og opfølgende samtaler til at dokumentere den enkelte patients vurdering af sit samlede udbytte og tilfredshed med forløbet. Endelig anvendes møderne efter henholdsvis 3 og 12 måneder til at dokumentere, om rehabiliteringen har en længerevarende effekt på deltagerne.

Henvisning fra almen praksis til KOL-konsulenten sker via brev eller mail til KOL-konsulenten, mens KOL-konsulenten, der ikke har mulighed for elektronisk kontakt til almen praksis, altid sender et brev, der angiver hver enkelt KOL-patientes fremskridt og vurdering af forløbet, retur til patientens læge.

⁵ Træningsforløbet leveres som en særskilt ydelse af kommunens enhed for aktivitet og træning. Erfaringerne fra de første hold er, at de forskellige holdstørrelser passer godt sammen med, at ca. hver fjerde deltager ikke ønsker at deltage i den fysiske træning. Alle deltagere testes før og efter forløbet for at dokumentere effekten af træningen.

2.3 KOL-koordinatorerne i Viborgklyngen

I dette afsnit sammenfattes KOL-koordinatorernes udformning, samarbejdsrelationer, opgaver og dokumentationspraksis. Afsnittet er baseret på interview med koordinatorerne, gennemgang af referater, projektbeskrivelser og andet skriftligt materiale fra projektet (3; 32-39) samt input fra de tre projektudviklingsdage, der har været afholdt i samarbejde med DSI (27-29) og koordinatorernes eget datamateriale. Afsnittet er struktureret med udgangspunkt i hosstående figur 2.2, der illustrerer forløbskoordinatorernes organisering, opgaver og de væsentlige samarbejdsrelationer, som koordinatorerne har arbejdet med at udvikle siden opstarten i marts 2008.

Organisering og ansvarsområder

I Viborgklyngen er ansat to KOL-koordinatorer i delestillinger mellem hospital og kommune. Koordinator 1 – der er fysioterapeut med stor ekspertise fra mange års behandling af indlagte KOL-patienter samt har erfaring fra en udkørende KOL-funktion – er ansat i Viborg Kommune og i fysioterapien på Regionshospitalet Skive. Koordinator 2 – der er tidligere afdelingssygeplejerske med mange års ledelseserfaring og stor ekspertise i forhold til KOL – er ansat i Skive Kommune og på lungemedicinsk afdeling, Regionshospitalet i Skive.

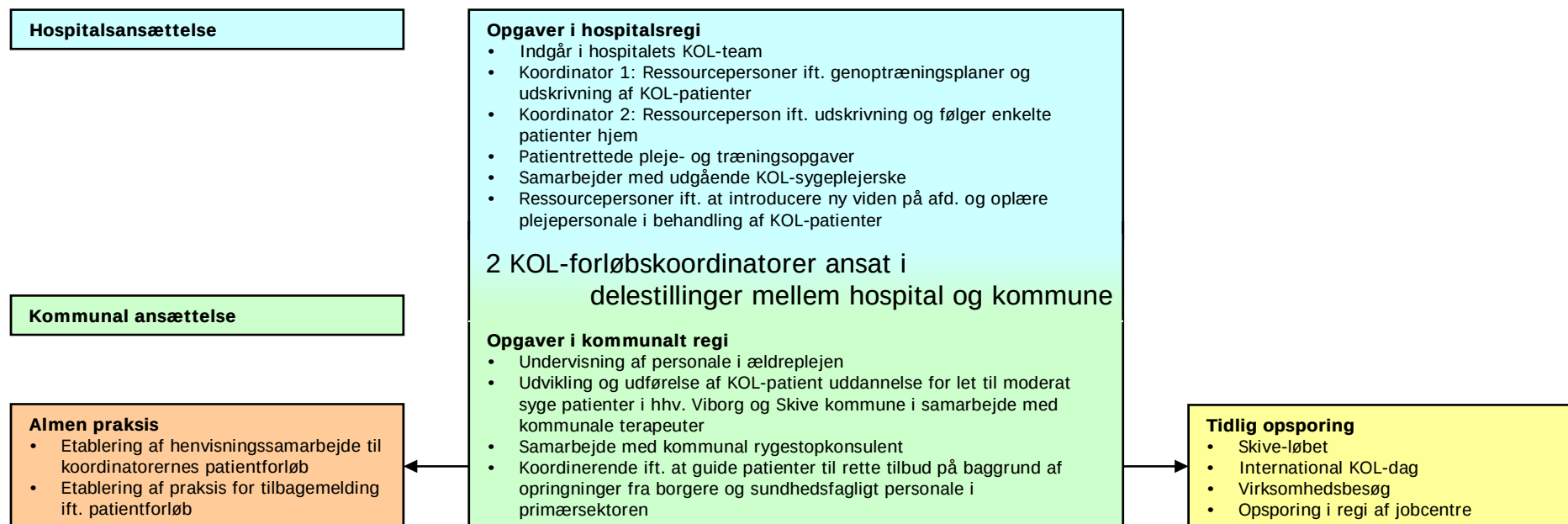
Den opdelte ledelse af koordinatorerne skyldes et ønske om, at de udover at skabe et tilbud om kommunal rehabilitering for let til moderat syge KOL-patienter skal medvirke til at styrke KOL-samarbejdet mellem regionshospitalet og hver af de to kommuner (34). Erfaringerne fra udviklingsarbejdet viser, at den lidt specielle organisering af koordinatorfunktionen har medført en del it-relaterede og administrative problemer. Både koordinatorerne og deres ledelser vurderer dog, at de fordele, som deres tværgående funktion giver i forhold til at skabe fælles viden og styrkede samarbejdsrelationer på tværs af hospital og kommune, på sigt vil opveje de ekstra omkostninger, der har været i udviklingsfasen.

Udviklingsopgaver og etablering af samarbejdsrelationer

KOL-koordinatorerne har tre overordnede udviklingsopgaver, som knytter sig til at:

- ◆ Udvikle og igangsætte et rehabiliteringsforløb for let til moderat syge KOL-patienter.
- ◆ Etablere en henvisningspraksis og et kommunikationssamarbejde med praktiserende læger i de to kommuner.
- ◆ Undervise ældreplejens personale i henholdsvis Viborg og Skive kommuner. Undervisningen fokuserer på at give personalet basisviden om KOL, instruktion i brug af medicin og inhalationsteknik, samt viden om hvordan man agerer hensigtsmæssigt overfor KOL-patienter, der fx får akut åndesnød.
- ◆ Bidrage til vidensdeling mellem kommunalt- og hospitalsansatte samt komme med input til justering af samarbejdet mellem hospital og hjemmepleje på baggrund af deres tværgående erfaringer.
- ◆ Fungere som KOL-ressourcepersoner for deres daglige samarbejdspartnere i hospitals- og kommunalt regi.

Figur 2.2 Organisering, opgaver og samarbejdsrelationer for KOL-forløbskoordinatorerne i Viborg og Skive.



Hospitalsopgaver

I deres hospitalsansættelse indgår koordinatorene i henholdsvis genoptræningsenhedens og lunge-medicinsk afdelings drift. Fysioterapeuten indgår i behandling og træning af KOL-patienter indlagt på lungemedicinsk afdeling og udarbejder genoptræningsplaner til bl.a. den kommunale genoptræning. Herudover varetager hun følge-hjem-funktioner med henblik på at understøtte fastholdelse af rygestop og motionsvaner, der er iværksat under indlæggelse. Sygeplejersken planlægger selv, hvornår hun er på lungemedicinsk afdeling. På afdelingen superviserer hun personale i pleje og behandling af KOL-patienter og er ansvarlig for at holde afdelingen opdateret med ny viden om KOL. Herudover aflaster sygeplejersken afdelingens udkørende KOL-sygeplejerske, når patienter har behov for at blive fulgt hjem med kort varsel, og endelig indgår hun i plejen af KOL-patienter, når der er behov for det.

Kommunale opgaver

Etableringen af det kommunale rehabiliteringsforløb for let til moderat syge KOL-patienter er en stor opgave, der sætter rammerne for koordinatorenes kommunale ansættelse. Rehabiliteringsforløbet, der består af otte undervisningsgange à to timer og otte træningsgange à to timer fordelt over otte uger, har koordinatorene selv sammensat med udgangspunkt i faglige retningslinjer. Det er også koordinatorene, der administrerer forløbet, leverer undervisningen og rådgivningen af den enkelte patient og er gennemgående kontaktperson for den enkelte patient. Den fysiske træning, der er indeholdt i rehabiliteringen, udføres i samarbejde med terapeuter fra træningsområdet i Viborg og Skive kommuner.

Forløbet starter med, at alle henviste patienter får en individuel samtale med en koordinator med henblik på a) at afklare om patienten matcher rehabiliteringsforløbets inklusionskriterier, b) at rådgive patienter, der ikke kan inkluderes i tilbuddet om alternativer (oftest deltagelse i hospitalets rehabiliteringsforløb for svært syge KOL-patienter), og c) afdække patientens ønsker og kompetenceniveau i forhold til at håndtere sygdommen. Opstartssamtalen indeholder også medicingennemgang og måling af patientens funktionsniveau med henblik på at dokumentere effekten af forløbet.

Efter de otte ugers træning og undervisning får alle patienter endnu en individuel samtale, hvor a) forløbet evalueres, b) patienten får en sidste rådgivning om, hvordan forløbets resultater omsættes til varige ændringer i hverdagen, og c) koordinatorene forsøger at guide patienten til sociale og fysiske aktiviteter, der kan medvirke til, at effekten af rehabiliteringen fastholdes. Som led i samtalen måles patientens funktionsniveau med henblik på at dokumentere effekt, og der aftales individuel opfølgning efter henholdsvis tre og 12 måneder med henblik på at fremme fastholdelse af effekt og dokumentere, om rehabiliteringen har en længerevarende effekt på deltagerne.

Koordinatorernes anden borgerrettede opgave består af tidlig opsporing af borgere, som har KOL uden at vide det. Aktiviteterne er udmøntet i virksomheds- og skolebesøg samt deltagelse i messer og arrangementer som International KOL dag mm. På disse arrangementer udfører koordinatorene lungefunktionstest og rådgiver de borgere, der viser tegn på nedsat lungefunktion.

Dokumentation og kommunikation med henvisere

Alle patientdata holdes samlet i et edb-modul, der hedder KOSMOS. Modulet er udviklet som et redskab, der understøtter KOL-indsatsen i almen praksis, men da det indeholder en kommunal del, har koordinatorene fået mulighed for at koble sig på. Modulet fungerer dels som journal og dokumentationsredskab for koordinatorene, dels som et enstrenget redskab for udveksling af informationer (her-

under henvisninger) til og fra de praktiserende læger, der er tilmeldt⁶. De læger, der ikke er koblet på modulet, henviser og kommunikerer via papir og telefon.

2.4 Opsamling

Nedenstående tabel 2.1 sammenligner KOL-programmets anbefalinger vedrørende kommunale kontaktpersoners opgaver med de to koordinatorfunktioner, der er beskrevet ovenfor.

Tabel 2.1 Sammenligning mellem KOL-program og koordinatorfunktionernes praksis

KOL-forløbsprogrammets anbefalinger til kommunale kontaktpersoners roller og opgaver	Holstebro Kommunes KOL-konsulent	Viborgklyngens KOL-koordinatorer
Kontaktpersonen skal fungere som eksterne henviseres entydige indgang til det kommunale tilbud om rehabilitering	Modtager og behandler alle henvisninger til sundhedscentrets patientuddannelser. Afholder endvidere afklarende samtaler for patienter, der selv henvender sig.	Modtager og behandler henvisninger fra almen praksis samt kolleger fra hospitalet. Patienter, der henvender sig selv, sendes retur til egen læge med henblik på henvisning.
Kontaktpersonen skal informere og rådgive eksterne samarbejdspartnere om de kommunale tilbud	Udsender nyhedsbreve til relevante samarbejdspartnere, fungerer som kommunal kontaktperson for personalet på lungemedicinsk afdeling. Forsøger at få taletid for praktiserende læger.	Deltager i informationsmøder for almen praksis, udsender nyhedsbreve til samarbejdspartnere. Relevante hospitalsansatte informeres ad hoc via koordinatorernes dobbelte ansættelse.
Kontaktpersonen skal koordinere indsatser og kommunikation mellem relevante fagprofessionelle i forhold til henviste patienter	Patientstatus sendes pr. brev til egen læge, efter at patienter har gennemført et forløb i regi af sundhedscentret.	Patientstatus sendes elektronisk eller pr. brev til egen læge efter endt forløb.
Henviste patienter skal have en gennemgående kontaktperson under rehabiliteringsforløbet	Fungerer som kontaktperson for de KOL-patienter, der tilknyttes et eller flere af sundhedscentrets tilbud om patientuddannelse.	Fungerer som kontaktperson for de patienter, der optages på koordinatorernes rehabiliteringsforløb.
Kontaktperson skal rådgive patienten om muligheder for rehabilitering	I henhold til anbefalinger i forløbsprogrammet.	I henhold til anbefalinger i forløbsprogrammet.
Kontaktpersonen skal støtte patienters udvikling af egenomsorg	Sker via afklarende samtaler med KOL-konsulenten og patientuddannelser på sundhedscentret.	Sker via afklarende samtaler og undervisningen på rehabiliteringsforløbet.
Kontaktpersonen bør være ansvarlig for at sammensætte hver enkelt patients forløb	Kan henvise til sundhedscentrets patientuddannelser og rygerådgivning. Herudover guider konsulenten til andre kommunale og ikke-kommunale tilbud.	Der er et fast forløb, som koordinatorerne visiterer til. Herudover henviser koordinatorerne til rehabilitering i sygehusregi og guider patienter til øvrige kommunale og ikke-kommunale tilbud.
Kontaktpersonen bør gennemføre en individuel samtale med henblik på rådgivning om opfølgende tiltag	Afholder afsluttende samtaler for alle KOL-patienter, der er tilknyttet et lærings- og mestringsforløb.	Afholder afsluttende samtaler for de patienter, der gennemgår rehabiliteringsforløbet
Rehabiliteringsindsatsen bør dokumenteres i forhold til effekt og proces	Følger anbefalingerne fra forløbsprogrammet.	Følger anbefalingerne fra forløbsprogrammet.
Rygestoprådgivning, patientuddannelse, fysisk træning, individuel rådgivning bør indgå i det kommunale forløb	Ydelserne findes, men ansvaret for at planlægge og levere de forskellige indsatser er delt imellem flere enheder.	Ydelserne findes, men ansvaret for at planlægge og levere de forskellige indsatser er delt imellem flere enheder.

⁶ Gennemgås i flere detaljer i afsnit 3.5.4: Almen praksis.

Som det ses af tabel 2.1, svarer de to koordinatorfunktioners opgaver, arbejdsmetoder og de mål, som er sat for deres arbejde, relativt præcist til anbefalingerne fra KOL-programmet, ligesom de ydelser, som anbefales i KOL-programmet, findes i det kommunale system.

Gennemgangen viser dog også, at begge funktioners ansvar og opgaver på en gang er bredere end det, der beskrives i programmet, og integrerer flere af programmets ydelser i de samme personer:

På den ene side er koordinatorerne a) ansvarlige for at udvikle og udføre flere af de borger- og patientrettede tilbud, der indgår i den kommunale rehabiliteringsindsats, b) ansvarlige for at være den enkelte patients tovholder under forløbet og c) eksterne samarbejdspartneres indgang til den kommunale KOL-indsats.

På den anden side fungerer koordinatorerne som tovholdere for kompetenceudvikling af personalet i kommunernes hjemmepleje, ligesom de i en række sammenhænge har et ansvar for at styrke mængden af fælles viden om KOL-patienters samlede behandlingsforløb.

At det forholder sig sådan skyldes først og fremmest, at begge koordinatorfunktioner – og den kommunale KOL-indsats de er en del af – befinder sig i en udviklingsfase, hvor mange aftaler og ydelser kører på forsøgsbasis, samt at koordinatorerne reelt er den eneste nye personaleressource, der er tilført med henblik på at drive de nye rehabiliteringsforløb. Årsagen til, at der er placeret en række organisatoriske udviklingsopgaver hos koordinatorerne, er dog også, at der hos deres ledelser og deres væsentlige samarbejdspartnere⁷ er en fælles erkendelse af, at det kræver meget andet end koordinatorer og isolerede kommunale rehabiliteringsforløb at styrke den samlede KOL-indsats i en grad, der medfører synlige resultater for patientgruppen som helhed.

⁷ I henhold til de udførte interviews med nøglepersoner i KOL-behandlingen.

3. Erfaringer fra udviklingsarbejdet

Som gennemgået i ovenstående afsnit, stilles nye koordinatorfunktioner overfor en række forskellige udviklingsopgaver, som går forud for det patientrelaterede arbejde, der er det egentlige formål med at introducere funktionerne. Overordnet drejer det sig om følgende opgaver:

- ♦ Koordinatorernes roller, opgaver og samspil med øvrige aktører i den kommunale KOL-indsats forhandles på plads, således at der er nogle klare rammer for det kommunale rehabiliteringsforløb, som koordinatorene er tilknyttet.
- ♦ Der skal aftales og etableres konkrete samarbejdsrelationer mellem de kommunale koordinators og almen praksis, med henblik på at der a) findes patienter til de kommunale tilbud, og b) at den viden om patienten, der skabes i det kommunale forløb, kommer den praktiserende læge til gode.
- ♦ Det skal afklares, hvilke samarbejdsrelationer og roller koordinatorene skal have i det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og relevante hospitalsafdelinger.

De to koordinatorfunktioners erfaringer med at håndtere disse opgaver gengives og diskuteres i de følgende afsnit.

3.1 Udvikling af den kommunale rehabiliteringsindsats

3.1.1 Holstebro Kommunes rehabiliteringstilbud

I Holstebro Kommune har KOL-konsulenten haft ansvaret for at skabe en ramme for den enkelte patients rehabiliteringsforløb, der kombinerer patientuddannelse, rådgivning og træning. Alle ydelser, som er relateret til patientuddannelse og rådgivning af KOL-patienter, er udviklet i regi af sundhedscentret, hvor konsulenten er ansat. Den fysiske træning, der indgår i det ønskede forløb, kan dog ikke leveres i regi af sundhedscentret, og i udgangspunktet var der heller ingen andre kommunale træningstilbud, som var målrettet KOL-patienter. Derfor har en af KOL-konsulentens væsentlige opgaver været at introducere KOL-indsatsen og forhandle den nye træningsydelse på plads med kommunens enhed for Aktivitet og Træning. Det har resulteret i, at der på forsøgsbasis er oprettet to særlige KOL-træningshold à 12 personer årligt, samt en aftale om at der ved projektets udløb tages stilling til, i hvilken form samarbejdet skal videreføres.

Hvor mange kroniske patienter, der på sigt får mulighed for at træne – og om det skal gøres diagnosespecifikt eller på tværs af diagnoser – er således ikke afklaret. Men da de involverede medarbejdere og deres ledelser oplever, at samarbejdet er godt, og at KOL-holdene udgør et godt udgangspunkt for fremadrettet at udvide samarbejdet⁸, forventer KOL-konsulenten, at det er det, der skal ske. De muligheder, der drøftes, knytter sig dels til at etablere et fælles udgangspunkt for opgaven med at udsluse og fastholde de patienter, der rehabiliteres i fysisk aktivitet, dels til at etablere et egentligt kroniker-samarbejde, som inkluderer gensidig henvisning imellem de to enheder.

3.1.2 Viborgklyngens rehabiliteringstilbud

I Viborgklyngen har koordinatorfunktionen i udgangspunktet været organiseret med henblik på, at den skulle kunne være selvkørende i forhold til at udvikle og udføre selve KOL-rehabiliteringsforløbet. Der har dog samtidig været en intention om, at forløbet skulle udføres på en måde, der indtænker delta-

⁸ I henhold til interview med konsulenten og ledelsen af enheden for Aktivitet og Træning.

gernes muligheder for at danne sociale netværk og blive udsluset til fortsat aktivitet og træning efter endt forløb. Derfor kontaktede koordinatorene som noget af det første rehabiliteringsenhederne i henholdsvis Skive og Viborg kommuner med henblik på at indgå et samarbejde om lokaler til udførelsen af rehabiliteringsforløbet, samt med henblik på at styrke koordinatorenes viden om, hvilke muligheder for opfølgning (dagcentre, vedligeholdende træning, selvkørende motionshold i kommunalt regi, motivationsgrupper og lignende) der findes i kommunerne.

Via kontakten viste det sig, at der i kommunerne allerede var terapeuter med særligt ansvar for og viden om KOL-patienter samt planer om at udvikle rehabiliteringsforløb for KOL-patienter. For at undgå en situation, hvor der var to konkurrerende kommunale KOL-forløb, valgte koordinatorene derfor, sammen med de relevante terapeuter og deres ledelse, at udvide samarbejdet. Udvidelsen indebærer, at de kommunale terapeuter er med til at levere den fysiske træning og en del af den løbende rådgivning, som deltagerne får via KOL-forløbet. Herudover drøfter koordinatorene og de kommunale terapeuter, de samarbejder med, hvilke muligheder der er for at afholde fælles sociale og faglige arrangementer for KOL-patienter med henblik på at styrke deres mulighed for at fastholde de fysiske effekter og livsstilsændringer, som opnås under forløbet. Dette er dog et fremtidigt samarbejde, som endnu er på idéstadiet.

Bagudrettet vurderer KOL-koordinatorene, at der er væsentlige fordele forbundet med det udvidede samarbejde mellem dem og rehabiliteringsenhederne. Bl.a. fremhæver de, at samarbejdet giver mere fleksibilitet i planlægningen af de enkelte forløb, frigiver ressourcer, således at der kan køres flere forløb, og gør deres funktion lidt mere robust, fordi den i mindre grad er afhængig af, at begge koordinatorene er på arbejde.

3.1.3 Diskussion

Den ovenstående opsummering af koordinatorenes samarbejde omkring etableringen af et kommunalt rehabiliteringsforløb illustrerer, hvorledes der i de fleste kommuner allerede findes forskellige kronikertilbud, som nye koordinatorfunktioner – og de forløbsprogrammer de er en del af – skal afstemmes med. Erfaringerne fra de to projekter eksemplificerer også, at de eksisterende kommunale rehabiliteringsydelser a) sjældent er diagnosespecifikke, b) ikke nødvendigvis udføres under den ledelse, der ansætter koordinatorene, og c) snarere består af enkeltstående ydelser end et forløb, der udføres indenfor en fast ramme.

I det omfang koordinatorene med ansvar for at koordinere indsatsen for en udvalgt patientgruppe introduceres i en kommunal organisation, vil det derfor være en væsentlig opgave at finde ud af, hvilke tilbud der findes i forvejen, hvilke der mangler – og ikke mindst at der ledelsesmæssigt tages stilling til, hvordan ydelserne forbindes, således at det bliver muligt for en koordinatorfunktion at tage ansvaret for at planlægge det ønskede forløb. Dette arbejde er gennemført i begge de fulgte projekter – med forskelligt udgangspunkt og forskelligt resultat:

I Viborgklyngen er der med succes skabt et integreret rehabiliteringsforløb for KOL-patienter, som udføres i et fast samarbejde mellem de to koordinatorene og terapeuter fra de kommunale rehabiliteringscentre. Selve forløbet er på plads, mens en række ønskede initiativer rettet imod henholdsvis fastholdelse og tidlig opsporing endnu ikke er realiseret.

I Holstebro Kommune er der ligeledes etableret et rehabiliteringsforløb, som er baseret på samarbejde og løbende kommunikation mellem KOL-konsulent og personale fra kommunens enhed for Aktivitet og Træning. Der er dog i højere grad tale om et foreløbigt forløb sammensat af separate ydelser, som leveres hvert sit sted i den kommunale organisation. I Holstebro er der et ønske om at samarbejde om at udsluse og fastholde kroniske patienter i fysisk og social aktivitet, men også her befinder de fælles drøftelser sig på idéstadiet.

3.2 Koordinatorernes samarbejde med almen praksis

Et fast henvisningsflow af KOL-patienter, der matcher inklusionskriterierne til de kommunale tilbud, er en grundlæggende forudsætning for, at rehabiliteringsindsatsen såvel som koordinatorfunktioner på sigt kan fungere efter hensigten. I KOL-programmet – og de to udviklingsprojekter DSI har fulgt – er det almen praksis, der er udset til at opspore og henvise patienter til de kommunale tilbud. Denne nye opgave stiller krav om, at lægerne skal:

1. Kende indholdet af henvisningskriterierne og henvisningsproceduren til de kommunale tilbud.
2. Indarbejde den nye henvisningspraksis i deres daglige rutiner.
3. Sætte øget fokus på tidlig opsporing af KOL-patienter (og kronisk sygdom generelt).
4. Afsætte ressourcer til at motivere let til moderat syge KOL-patienter (og andre kronikere) til at blive henvist til kommunens tilbud.

Etablering af et henvisningssamarbejde mellem nye kommunale tilbud og almen praksis indebærer derfor for den enkelte praksis meget andet end bare at sætte et kryds på en henvisningsblanket og sende den af sted. Erfaringen fra mange kommunale udviklingsprojekter er da også, at det er udfordrende og tidskrævende at få almen praksis til at henvise til kommunale tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse.

I dette afsnit introduceres koordinatorfunktionernes forsøg på at etablere et henvisningssamarbejde med almen praksis med udgangspunkt i ovenstående problemstillinger.

3.2.1 Holstebro Kommunes samarbejde med almen praksis

I Holstebro Kommune har der været et vanskeligt udgangspunkt for intentionen om at etablere et samarbejde med almen praksis. I forhold til implementeringen af selve henvisningssamarbejdet og kommunikationen mellem den enkelte praksis og koordinatorfunktionen udgør det en væsentlig barriere, at der ikke har været nogen form for it-mæssige rammer, der kan understøtte etableringen af en henvisningspraksis. Endvidere har det været en væsentlig barriere for opgaven med at informere om – og skabe opbakning til – den nye henvisningsmulighed, at kommunen ikke har haft adgang til nogen praktiserende læger/nøglepersoner, der kan medvirke til at "sælge" projektet. Endelig har det i projektets første år heller ikke været muligt for kommunen at få adgang til at præsentere rehabiliteringen på et af den lokale lægeforenings fælles møder.

De muligheder, KOL-funktionen har haft tilbage, har derfor været relativt begrænsede: KOL-funktionen har søgt at informere lægerne via informationsbreve, avisomtaler, og ved at KOL-konsulent og projektets koordinator personligt er mødt op med informations- og henvisningsmateriale til den enkelte praksis. Selvom der i projektets første halvår er anvendt mange ressourcer på at nå de praktiserende læger, begrænser resultatet sig til, at der er henvist fem patienter til de kommunale rehabiliterings-tilbud. Indtil videre har den manglende succes hos lægerne dog ikke betydet, at der har manglet patienter til det kommunale rehabiliteringsforløb, fordi mange patienter har henvendt sig direkte til sundhedscentret på baggrund af brochurer placeret på apoteker, i venteværelser, hos praktiserende læger samt efter omtale af rehabiliteringstilbuddene i lokale medier.

3.2.2 Viborgklyngens samarbejde med almen praksis

I Viborgklyngen har KOL-koordinatorerne haft et meget fordelagtigt udgangspunkt for at udvikle det ønskede samarbejde med almen praksis. Det skyldes for det første, at koordinatorerne under udviklingsarbejdet har været bakket aktivt op af sundhedsfaglige nøglepersoner fra hospital og almen praksis, som blandt de praktiserende læger er anerkendte for i lang tid at have gjort en særlig indsats for

at forbedre KOL-behandlingen. En anden væsentlig forudsætning for samarbejdet består i, at koordinatorene har haft mulighed for at koble sig på et nyudviklet datamodul (KOSMOS), der er udviklet i samarbejde mellem lokale praktiserende læger og Astra Zeneca. KOSMOS udgør først og fremmest et redskab, der skal være med til at styrke den enkelte praksis' KOL-behandling, men det giver også mulighed for at etablere en enstrenget elektronisk henvisningspraksis og kommunikation mellem koordinatorene og de læger, som anvender modulet. Endelig har KOL-koordinatorene haft lejlighed til at præsentere sig selv på de fælles møder for almen praksis, der er afholdt i forbindelse med lanceringen af KOSMOS⁹.

Koordinatorerne har derfor både haft opbakning, anledning og adgang til at koble sig i forlængelse af en igangværende udvikling af KOL-indsatsen i almen praksis. Det har betydet, at koordinatorene, selvom de sammenlignet med lignende kommunale projekter har brugt få ressourcer på at etablere et samarbejde med almen praksis, i alt modtog 63 henvisninger i løbet af de første tre måneder, der har været åbent for henvisning.

3.2.3 Diskussion

Koordinatorfunktionernes meget forskellige erfaringer med at skabe en samarbejdsrelation med almen praksis indeholder nyttig viden om såvel barrierer som forudsætninger for at etablere det opsporings- og henvisningssamarbejde, der forudsættes i forløbsprogrammet for KOL. På den positive side illustrerer succes fra Viborgklyngen, at det er muligt at etablere en fungerende henvisningsvej, når almen praksis' krav om elektroniske, standardiserede og integrerede kommunikationsveje imødekommes. På den negative side understreger den manglende succes fra Holstebro Kommune, hvor vanskeligt det er at udvikle en relation til almen praksis, hvis lægernes ønsker til et elektronisk samarbejde ikke kan imødekommes, og hvis ikke der findes fortalere med indflydelse blandt lægerne, der kan bakke samarbejdet op¹⁰.

3.3 Koordinatorernes tværgående udviklingsopgaver

Som nævnt i kapitel 2 udfører begge koordinatorfunktioner nogle udviklingsopgaver, der rækker ud over etableringen af et kommunalt rehabiliteringsforløb. For begge funktioner drejer det sig om, at de a) bidrager til kompetenceudvikling i hjemmeplejen, b) i forskellige sammenhænge har til opgave at forbedre udskrivningssamarbejdet mellem hospital og kommune, og c) fungerer som tovholdere for tværsektorielt samarbejde omkring tidlig opsporing af KOL. Indholdet af de tværgående opgaver og baggrunden for, at de varetages af koordinatorene, beskrives kortfattet i de følgende afsnit.

3.3.1 De tværgående opgaver i Holstebro Kommune

For KOL-konsulenten i Holstebro Kommune er de tværgående opgaver tæt forbundne. Det skyldes, at de alle er forankret i projekter, der har forbindelse til den lokale KOL-implementeringsgruppe og er igangsat via de personlige relationer, som KOL-konsulenten har fået til andre nøglepersoner i KOL-behandlingen. Konsulentens opgaver vedrørende kompetenceudvikling i hjemmeplejen tager således udgangspunkt i projektet Fælles Skolebænk, som 12 af kommunens hjemmesygeplejersker har deltaget i sammen med KOL-teamet fra Holstebro Regionshospital. I forlængelse af uddannelsesforløbet har KOL-konsulenten taget initiativ til at fungere som faglig sparringspartner samt facilitator for de 12

⁹ Da projektet endnu er under udvikling, findes der ikke resultater, som der kan henvises til. Ved ønske om yderligere information om projektet kan overlæge Michael Skov Jensen fra lungemedicinsk afdeling på Skive Sygehus kontaktes på: michael.skov.jensen@viborg.rm.dk

¹⁰ Det skal tilføjes, at KOL-konsulenten, efter DSI er stoppet med at følge projektet, har fået taletid på et fyraftensmøde for praksispersonale, samt at en praksiskonsulentordning er under etablering. Det forventes derfor, at der i løbet af foråret 2009 vil blive ansat en praksiskonsulent, som kan støtte udviklingen af et henvisningssamarbejde.

hjemmesygeplejersker i det første år efter uddannelsen. Årsagen er, at KOL-konsulenten ønsker at bidrage til, at sygeplejerskernes nye viden om KOL vedligeholdes og forankres så bredt som muligt blandt hjemmeplejens ansatte.

Rollen som tovholder for hjemmeplejens nøglepersoner skyldes også et ønske om at bruge Fælles Skolebænk-forløbet som afsæt for at forbedre udskrivningssamarbejdet mellem lungemedicinsk afdeling og hjemmeplejen. Derfor er KOL-konsulenten sammen med en afdelingssygeplejerske initiativtager og tovholder for et samarbejdsprojekt mellem lungemedicinsk afdeling og de 12 nøglepersoner fra hjemmesygeplejen. Projektets formål er først og fremmest at mindske antallet af genindlæggelser og sikre, at de indlæggelser, der foretages fra starten, planlægges hensigtsmæssigt, således at patienterne oplever et kontinuert og trygt indlæggelses- og udskrivningsforløb. Sekundært er det projektets formål at udbygge de personlige relationer og den fælles vidensdeling, der blev igangsat på Fælles Skolebænk-forløbet.

Endelig samarbejder KOL-konsulenten med hospitalets udgående funktioner og lungeteam om at arrangere forskellige arrangementer rettet imod tidlig opsporing af borgere med nedsat lungefunktion¹¹.

3.3.2 De tværgående opgaver i Viborgklyngen

I Viborgklyngen har koordinatorenes tværgående opgaver en anden og mere ad hoc præget karakter end i Holstebro. Dette skyldes først og fremmest koordinatorenes tværsektorielle forankring, der ifølge dem selv og nøglepersoner på det hospital, hvor de arbejder, betyder, at de løbende bidrager til at kvalitetssikre og i mindre omfang justere hospitalets opgavevaretagelse i forbindelse med udskrivning.

Koordinatorerne er derfor ikke på samme måde som i Holstebro involveret i en implementeringsgruppes arbejde med at udvikle tværgående kompetenceudvikling og koncepter for patientuddannelse. I stedet arbejder de relativt tæt sammen med nøgleaktører – og i forlængelse af initiativer, der allerede er på plads i KOL-behandlingen. Eksempelvis hjælper koordinatorene Skive Regionshospitals udgående KOL-sygeplejerske med at undervise de plejegrupper fra hjemmeplejen, der ønsker hjælp til at sætte fokus på KOL i hverdagen. Et sådant besøg varer 1-2 timer, hvilket ifølge koordinatorene rækker til at give personalet en grundlæggende indføring i behandling og pleje af KOL-patienter med udgangspunkt i eksempler fra personalets hverdag.

Herudover samarbejder koordinatorene med resten af KOL-teamet på Skive Regionshospital og de kommunale rygestopkonsulenter om forskellige arrangementer rettet imod at opspore borgere med nedsat lungefunktion samt motivere til rygestop¹².

3.3.3 Diskussion

Ingen af de ovenstående udviklingsopgaver er direkte beskrevet i forløbsprogrammet for KOL, da det er afgrænset til at beskrive rammen for det kommunale rehabiliteringsforløb. Årsagen til, at begge koordinatorfunktioner også arbejder med brede og langsigtede drifts- og udviklingsopgaver, er, at det i begge projektgrupper vurderes at være nødvendigt for at understøtte udnyttelsen af de kommunale tilbud, som anbefales i forløbsprogrammet. Dels fordi de fleste KOL-patienter diagnosticeres alt for sent i sygdomsforløbet, dels fordi der skal en aktiv indsats til, før almen praksis og patienterne bliver opmærksomme på de nye kommunale indsatser, og dels fordi hjemmeplejen vurderes at være en meget vigtig medspiller i forhold til pleje og behandling af moderat til svært syge KOL-patienter.

¹¹ Indtil videre er der samarbejdet omkring International KOL dag samt givet hjælp i forbindelse med virksomhedsbesøg.

¹² Eksempelvis Skiveløbet, lokale sundhedsmesser, International KOL dag, besøg på arbejdsmarkedsformidlingen og erhvervsuddannelser.

3.4 Opsamling

Tabel 3.1 Sammenligning af koordinatorfunktionernes udviklingsopgaver

Samarbejdsflade	KOL-konsulent i Holstebro	KOL-koordinatorerne i Viborgklyngen
Det kommunale trænings- og rehabiliteringsområde	Etablering af træningsforløb, der supplerer patientuddannelserne på sundhedscentret. Ressourcerne til træningsforløbet er taget fra den vedligeholdende træning, der i forvejen leveres i kommunalt regi.	KOL-koordinatorerne er integreret i den eksisterende rehabiliteringsindsats. En del af de ressourcer, der anvendes i træningsforløbet, er taget fra den vedligeholdende træning, der i forvejen leveres i kommunalt regi.
Hjemmeplejen	Tre sammenhængende udviklingsprojekter, der er rettet imod at styrke hjemmeplejens viden om KOL, introducerer nye rutiner for a) udførelsen af de daglige pleje- og behandlingsopgaver og b) samarbejdet på tværs af hospital og hjemmesygepleje. Initiativerne er initieret af KOL-konsulenten, og denne spiller en væsentlig rolle i forhold til at sikre aktiviteternes fremdrift.	KOL-koordinatorerne underviser på ad hoc basis de plejegrupper i hjemmeplejen, der ønsker det. Undervisningen fungerer som en selvstændig og afgrænset ydelse, der leveres uafhængigt af koordinatorernes øvrige opgaver. Der er tale om en praksis, som koordinatorerne har overtaget fra den udgående KOL-sygeplejerske på Skive Regionshospital.
Almen praksis	Henvissingssamarbejdet har skullet opbygges fra bunden, og der har ikke været nogle nøglepersoner at støtte sig til.	Henvissingssamarbejdet er opbygget med udgangspunkt i, at KOL udgør et særligt indsatsområde i mange praksis. Koordinatorfunktionerne har været bakket op af praksiskonsulenter og KOL-overlæger, og der har været et it-system, som samarbejdet har kunnet baseres på.
Lungemedicinsk afdeling	Der er etableret et formaliseret udskrivningssamarbejde, hvori KOL-konsulenten agerer bindeled mellem kommunens hjemmesygepleje og lungemedicinsk afdeling.	Er integreret i koordinatorernes daglige arbejde, hvor de bidrager til at kvalitetssikre hospitalets del af udskrivningssamarbejdet (genoptræningsplaner og overlevering til hjemmesygepleje).
Udgående hospitalsfunktioner	KOL-konsulenten sørger for at inddrage den udgående KOL-sygeplejerske, når der skal arrangeres International KOL dag og lignende arrangementer, der vedrører tidlig opsporing af KOL.	Koordinatorerne aflaster og supplerer på daglig basis den udgående KOL-sygeplejerske på Skive Regionshospital.

Som det ses, er der mange lighedspunkter imellem koordinatorernes overordnede udviklingsopgaver, men væsentlige forskelle på metoder såvel som på indholdet af de lokale løsninger, der er udviklet. Det er DSI's vurdering, at begge projekter fortsat er under udvikling, hvorfor det ikke er muligt at vurdere de igangsatte løsnings succes eller effekter. Det er dog muligt at udpege, hvilke muligheder og udfordringer koordinatorfunktionerne hver især står overfor i forhold til at konsolidere deres ansvarsområder og opgaver.

3.4.1 Muligheder og udfordringer for KOL-funktionen i Holstebro Kommune

Målene for Holstebro Kommunes KOL-indsats og KOL-konsulentens opgaver er nytænkende, ambitiøse og vidtfavnende – og bryder på flere måder med den kommunale organisations eksisterende rammer. For den enkelte patient kommer disse forhold klart til udtryk i Lærings- og mestringsforløbet, der sætter individet og sundhedspædagogiske metoder i centrum for rehabiliteringen på en helt ny måde

sammenlignet med traditionel patientuddannelse (jf. note 3). På organisationsniveau kommer forholdene til udtryk ved, at der arbejdes med at:

- ♦ Styrke KOL-indsatsen på tværs af alle de dele af den kommunale organisation, der i behandlings- eller plejøjemed er i kontakt med KOL-patienter.
- ♦ Øge mængden af fælles organisatorisk og faglig viden på tværs af kommune og hospital markant.

Målet med udviklingsopgaverne er dermed bredt funderet, og de potentielle gevinster er store – i det omfang det lykkes at opkvalificere indsatsen i ældreplejen og forebygge indlæggelser via et forbedret samarbejde mellem hospital og kommune. Til gengæld er det en udfordring, at de mange forskellige projekter gør udviklingsarbejdet relativt kompliceret og afhængigt af, at KOL-konsulenten og KOL-indsatsens koordinator holder projektets dele sammen. Et forhold, der forstærker personafhængigheden yderligere, er, at initiativet til næsten alle igangsatte projekter kommer fra – og i et vist omfang holdes i gang af – KOL-konsulenten. Derfor er det fremadrettet en væsentlig udfordring at omdanne de mange indbyrdes forbundne udviklingsprojekter til driftssamarbejder, der er baseret på faste aftaler og rutiner, der er motiveret og drevet af den enkelte samarbejdspartners egen ledelse og udførende medarbejdere.

En anden udfordring er, som det blev gennemgået i afsnittet om samarbejdet med almen praksis, at rekrutteringen af KOL-patienter til de kommunale tilbud endnu ikke er understøttet af faste aftaler, indlejrede rutiner eller it. Rekrutteringen af patienter er i stedet primært baseret på medieomtale, der arrangeres af projektets koordinator, og ustruktureret henvisning fra sundhedsfaglige, som har fået kendskab til projektet. Sammenlignet med en traditionel henvisningspraksis er patientrekrutteringen derfor ressourcetung (i og med at der er anvendt mange ressourcer på at organisere hvervekampanjer), upræcis (borgere henvender sig uselekteret) og kortsigtet (når nyhedsværdien/medieomtalen stopper, må det formodes, at antallet af patienter vil mindskes). Spørgsmålet om, hvordan der på sigt kan etableres en henvisningspraksis, der er baseret på en mere entydig henvisningsvej (almen praksis) samt enkle rutiner og skriftlige redskaber (elektroniske) er derfor helt centralt og højt prioriteret i Holstebro Kommune.

3.4.2 Muligheder og udfordringer for KOL-koordinatorerne i Viborgklyngen

KOL-koordinatorernes kommunale udviklingsopgaver og indholdet af Viborgklyngens KOL-rehabilitering deler mange træk med sundhedsvæsenets traditionelle kvalitetsudvikling og patientuddannelse. Udviklingsarbejdet og rehabiliteringen er forankret i driftssamarbejder og baseret på koordinatorernes sundhedsfaglige kompetencer. Samtidig er rehabiliteringsforløbet afgrænset, velorganiseret og solidt understøttet af nøglepersoner med indflydelse på de tiltag, der skal gennemføres. For samarbejdspartnere betyder det, at KOL-koordinatorerne fremstår som anerkendte sundhedsfaglige KOL-ressourcepersoner, som arbejder med udgangspunkt i anerkendte (standardiserede) arbejdsmetoder, der passer sammen med eksisterende tilbud og indsatser i KOL-behandlingen.

Endvidere står KOL-koordinatorernes patientrettede rehabiliteringstilbud, i kraft af KOSMOS og systematikken i de patientdata, der indsamles før, under og efter rehabiliteringsforløbet, stærkt i forhold til at udveksle information med almen praksis samt at dokumentere, om tilbuddet har en effekt på kort til mellemlang sigt. Endelig står det klart, at kombinationen af KOSMOS-modulet og almen praksis' eget fokus på at udvikle KOL-indsatsen indtil videre har gjort det muligt at skabe et henvisningssamarbejde, der fungerer i drift og lever op til anbefalingerne fra KOL-forløbsprogrammet. Koordinatorerne selv står derfor ikke umiddelbart overfor nogen væsentlige udfordringer i forhold til deres egne patient- og borgerrettede opgaver.

For de to kommuner, som koordinatorene er ansat i, udgør det til gengæld en udfordring, at koordinatorfunktionen og den rehabilitering, som koordinatorene er ansvarlige for at levere, er lille og isoleret set i forhold til den samlede kommunale KOL-indsats og de 140.000 borgere, der udgør rekrutteringsgrundlaget. I forhold til den fremadrettede udvikling af KOL-indsatsen er det derfor væsentligt at overveje, hvilke muligheder der er for, at koordinatorfunktionen, qua koordinatorenes faglige ekspertise og tværgående viden, kan bidrage til at supplere og støtte udviklingen af en bredere rehabiliteringsindsats i kommunen – frem for blot at overtage en afgrænset del af opgaven.

4. Projekternes bidrag til andre kommuners implementering af forløbsprogrammer

I dette afsnit vurderes, hvordan erfaringerne fra de to koordinatorprojekter kan avendes af andre kommuner, der skal i gang med at implementere forløbsprogrammernes anbefalinger.

For andre kommuner er den gode nyhed først og fremmest, at:

- ◆ Der i begge de fulgte udviklingsprojekter, ifølge koordinаторerne og deres samarbejdspartnere, er etableret koordinatorfunktioner, der understøtter udviklingen af en kommunal rehabiliteringsindsats, og som opleves som et nyttigt bidrag til KOL-samarbejdet i den kommunale organisation såvel som imellem sektorer.
- ◆ Det i begge kommuner er lykkedes at etablere et rehabiliteringsforløb, der i det store hele indeholder de tilbud og de kontaktfunktioner, som anbefales i KOL-forløbsprogrammet, om end kapaciteten endnu er lille.

De fulgte projekter giver dog også anledning til at pege på nogle generelle forhold, som andre kommuner bør forholde sig til forud for introduktionen af kommunale koordinatører og kontaktpersonordninger. Det drejer sig om behovet for at tage stilling til, hvordan:

1. De tværgående koordinatorfunktioner der oprettes skal støttes ledelsesmæssigt.
2. Forholdet mellem forløbskoordination og forløbsudvikling skal udnyttes.
3. De personlige relationer, som koordinatører bruger til at fremme tværgående sammenhæng for den enkelte patient, kan understøttes af klare og standardiserede arbejdsgange og procedurer med it-understøttelse.
4. Opgaven med at implementere flere forløbsprogrammer med hver deres koordinatører og kontaktpersoner skal gribes an.
5. Den gensidige afhængighed, der følger af opgavedelingen på tværs af sektorer, skal håndteres.

Disse fem forhold – som er indbyrdes forbundne og derved bør overvejes samlet – behandles kortfattet i de følgende afsnit.

4.1 Ledelsesmæssig støtte

Erfaringerne fra de to udviklingsprojekter illustrerer, at den kommunale rehabiliteringsindsats, der anbefales i forløbsprogrammerne, i mange tilfælde forudsætter samarbejde og aftaler imellem kommunale enheder, der i udgangspunktet fungerer uafhængigt af hinanden. I forhold til ønsket om at integrere forskellige tilbud til et sammenhængende forløb betyder dette, at det internt i den enkelte kommune forudsætter en væsentlig ledelsesmæssig prioritering at udvikle en sammenhængende kommunal rehabilitering – og ikke mindst rammerne for de koordinatører, der skal realisere den enkelte patients forløb. Etablering af tværgående forløbskoordination forudsætter med andre ord, at koordinatørerne tildeles de kompetencer og redskaber, der er nødvendige for at planlægge og effektuere de ønskede rehabiliteringsforløb på tværs af de ledelser og ydelser, som forløbet involverer.

Den enkelte kommune kan derfor lette introduktionen af forløbskoordinatorer betydeligt, hvis der fra starten foretages en tværgående og tydelig ledelsesmæssig prioritering af, hvilke roller og kompeten-

cer koordinatorene skal have, samt hvilke ressourcer der skal allokeres til rehabiliteringen. Generelt kan man sige, at jo mere fragmenteret en organisering af rehabiliteringsindsatsen, der vælges i den enkelte kommune, jo større krav stiller det til den ledelsesmæssige prioritering og de kompetencer, som koordinatorene tildeles.

4.2 Koordinatorerne som forløbskoordinator og forløbsudvikler

Som kommune er det væsentligt at forholde sig til, at forløbsprogrammerne beskriver de opgaver og den arbejdsdeling, der skal udføres, når programmet er overgået til drift. I forhold til disse mål fungerer koordinatorene som rådgivere og guider for den enkelte patient og som bindeled for informationsudveksling og planlægning indenfor de faste og standardiserede rammer, der forudsættes i forløbsprogrammet. Heroverfor står det faktum, at koordinatorene i begge de fulgte projekter er introduceret i den kommunale organisation, lang tid før forudsætningerne for de anbefalede rehabiliteringsforløb er på plads. Projektet har da også vist, at begge koordinatorfunktioner i højere grad har fungeret som bredtfavnende forandringsagenter med ansvar for at udvikle rammerne for de forløb, der skal realiseres, end som specifikke koordinatorene med ansvar for at udføre planlægnings- og rådgivningsopgaver med udgangspunkt i den enkelte patient.

Det er DSI's vurdering, at ovenstående fremgangsmåde er typisk for mange udviklingsprojekter, der involverer koordinatorene. Derfor er det væsentligt, at den enkelte kommune på forhånd gør sig klart, hvad det indebærer at bruge nøglepersoner, som er placeret på driftsniveau, til at skabe tværgående udvikling, hvordan de skal støttes i opgaven, og ikke mindst hvilke kvalifikationer der er gode at have i en ansættelse som forløbsudvikler. De to udviklingsprojekter indeholder følgende pointer, der kan anvendes som afsæt for sådanne overvejelser:

For det første er erfaringerne med eksplicit at give koordinatorene en udviklende rolle i de to projekter overvejende positive. De årsager til succes, som koordinatorene selv såvel som deres samarbejdspartnere og nærmeste ledelser peger på, er primært koordinatorenes ledelses- og projekterfaring – og den selvsikkerhed, selvstændighed og evne til at skabe holdbare personlige relationer, som disse erfaringer har givet. Sekundært henviser de nøglepersoner, der er interviewet i Viborgklyngen, til, at koordinatorenes store sundhedsfaglige ekspertise i forhold til KOL giver dem legitimitet og gør, at man tror på, at der er høj kvalitet i deres tilbud, når de er ude. Dette vurderes som en klar styrke i forhold til at skabe engagement og opbakning blandt de praktiserende læger.

For det andet viser erfaringerne, at koordinatorene, til dels fordi der har været få faste rammer for deres arbejde, bevidst har opsøgt og anvendt eksisterende tværsektorielle faglige netværk som afsæt for udviklingen af deres funktioner. I Viborgklyngen er netværket tværsektorielt og opbygget over flere år – men styrket via nøglepersoners deltagelse i formuleringen af KOL-programmet. I Holstebro er netværket også tværsektorielt, men nyt og knyttet specifikt til arbejdet med at udvikle og afprøve de delindsatser, der arbejdes med i forløbsprogrammerne.

Koordinatorerne har oplevet, at ovenstående faglige netværk og de personlige relationer, der er etableret i disse, i høj grad har understøttet udmøntningen af deres patientrettede opgaver og givet mulighed for at arbejde med vigtige tværgående udviklingsopgaver, der ikke er indeholdt i forløbsprogrammerne. Der er god grund til at forudsætte, at det samme vil være tilfældet i andre kommuner, hvis der er etableret lignende netværk, samt at forudsætningerne for at udnytte disse netværk vil forbedres, hvis der er etableret et fælles regionalt forløbsprogram at arbejde ud fra.

Brugen af selvstændige koordinatorfunktioner og faglige netværk som afsæt for udviklingsarbejdet har dog også nogle begrænsninger, som den enkelte kommune bør forholde sig til. For det første viser de to fulgte projekter, at fremgangsmåden er en væsentlig årsag til variation imellem de to fulgte projek-

ter, fordi de etablerede samarbejdsrelationer og udviklingsopgaver er baseret på koordinatorenes egne initiativer og lokale forhold frem for en fælles plan. For det andet repræsenterer nøglepersonerne i de aktuelle netværk kun en afgrænset del af de indsatser og aktører, som er indeholdt i forløbsprogrammerne. En tydelig overordnet ledelse (som gennemgås under afsnit 4.1) og standardisering af samarbejdsrelationer (som gennemgås i næste afsnit) er derfor vigtige elementer, som kan anvendes til at sikre helhed og sammenhæng imellem de forskellige initiativer, koordinatorene kan medvirke til at udvikle.

4.3 Sammenhæng baseret på standardisering vs. sammenhæng skabt af nøglepersoner

Forløbsprogrammerne opstiller overordnede rammer for, hvad det er for et kommunalt KOL-forløb, der skal sammensættes, hvordan borgerne bør henvises, og hvilke roller koordinatorfunktionerne bør varetage for patienter og samarbejdspartnere. De to fulgte projekter viser imidlertid tydeligt, at der er et stort rum for variation, når forløbsprogrammernes overordnede anbefalinger til den kommunale indsats omsættes til praksis. Der er ingen tvivl om, at der skal – og vil – være plads til lokal variation i forhold til måden, som de enkelte kommuner organiserer deres del af kronikerindsatsen på.

For målsætningen om at skabe sammenhæng og entydighed på tværs af kronikerindsatsen vil det imidlertid være vigtigt at undgå situationer, hvor en hospitalsafdeling eller praktiserende læge skal forholde sig til forskellige samarbejdsflader og henvisningsprocedurer afhængigt af, hvilken kommune eller sygdomsområde der er tale om. Derfor giver projektet anledning til at påpege, at de lokale aftaler, arbejdsgange og procedurer, der anvendes til at strukturere samarbejdet omkring de enkelte patientforløb, bør gøres ens på tværs af den lokale geografi, sektorer og forløbsprogrammer. Den enkelte kommunes udgangspunkt for et sådant samarbejde vil med fordel kunne være de lokale implementeringsgrupper, den er en del af.

I forlængelse af ovenstående er det DSI's vurdering, at det vil være en væsentlig fordel, hvis det lokale udviklingsarbejde suppleres med en relativt stærk regional forløbsledelse, der kan sætte retning på det lokale implementeringsarbejde – og være tovholder for udvikling af fælles it-redskaber, der kan anvendes til at strukturere kronikersamarbejdet.

4.4 Implementering af flere forløbsprogrammer i en kommune

I de to fulgte projekter har der kun været arbejdet med at etablere en koordinatorfunktion og rehabiliteringstilbud for en afgrænset patientgruppe. Samtidig er kapaciteten i de etablerede tilbud indtil videre meget begrænset sammenlignet med størrelsen af den patientgruppe, der potentielt kan have gavn af kommunal rehabilitering. Som gennemgangen af de to udviklingsprojekter viser, er kommunerne på kort tid kommet relativt langt i udviklingen af deres projekter. Der er imidlertid stor forskel på at drive et afgrænset udviklingsprojekt i forhold til at drive et etableret driftssamarbejde, som den langsigtede implementering af ikke bare et, men tre forløbsprogrammer, forudsætter. Fremadrettet vil kommunerne dermed stå over for en opgave, der er væsentligt mere ressourcekrævende og fordrer en væsentlig større kapacitet i de kommunale rehabiliteringsforløb. Derfor bør den enkelte kommune forholde sig til a) hvor mange og hvilke typer af patienter i den samlede population, der har gavn af at deltage i tilbuddene, b) hvor mange af disse patienter der realistisk set kan motiveres til at deltage, c) hvor mange ressourcer det kræver at levere de planlagte tilbud i et omfang, der giver målgruppen mulighed for at deltage, samt d) hvorfra ressourcerne skal tages.

Omfanget af de nye opgaver – og de store ligheder der er imellem indholdet af de kommunale indsatser og metoder, der anbefales på tværs af forløbsprogrammerne – giver også anledning til at overveje,

hvor mange adskilte koordinatorfunktioner det er nødvendigt at have i en kommune, og hvor opdelt den kommunale rehabiliteringsindsats bør være. Det er DSI's vurdering, at der i de fleste kommuner vil være gode muligheder for at opnå synergi – og stordriftsfordele – i rehabiliteringsindsatsen, hvis den fra starten organiseres som en helhed frem for i enkeltstående funktioner og forløb. En fordel ved en sådan tilgang er, at det bliver lettere at skabe et entydigt driftssamarbejde med faste rammer og ressourcer for rehabiliteringen. En anden fordel er, at det bliver muligt at etablere et fælles ydelseskatalog, som de koordinatore, der har ansvaret for at planlægge indsatsen, kan anvende til at sammensætte individuelle rehabiliteringsforløb. Fx kunne man forestille sig en model, der kombinerer fælles tilbud med mulighed for at vælge moduler med diagnosespecifik undervisning til, i det omfang det er nødvendigt for den enkelte patient.

I forhold til koordinatorernes ansvar for at kommunikere med eksterne samarbejdspartnere, behandling af henvisninger og planlægning af individuelle forløb vil en helhedsorienteret organisering af rehabiliteringen også give mulighed for at dele koordinationsopgaverne imellem forskellige medarbejdere. Dette ville dels gøre funktionen mindre sårbar overfor sygdom og medarbejderudskiftning, dels gøre det lettere at udvikle og opretholde en standardiseret og synlig praksis for henvisning og kommunikation på tværs af diagnoser.

4.5 Afhængighed på tværs af sektorer

Den sidste udfordring, som er illustreret via de to udviklingsprojekter, er, at der i implementeringen af forløbsprogrammer er en relativt stor indbyrdes afhængighed af, hvor langt udviklingen er kommet i de to sektorer, der skal samarbejdes med. Især (den manglende) relation mellem de kommunale tilbud, der etableres for KOL-patienter og almen praksis' rolle som henviser, illustrerer dette forhold. Selvom hver enkelt sektor – som det er angivet i forløbsprogrammerne – således kan arbejde med at udvikle sin indsats uafhængigt af de andre, betyder det ikke, at de også kan levere indsatsen uafhængigt af de eksterne samarbejdspartnere. Derfor er det vigtigt at holde fokus på, at der rykkes i samlet flok – især i forhold til udviklingen af de nye opgaver og samarbejdsflader imellem almen praksis og kommuner.

Litteratur

- 1) Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet: Hvad skal der til i praksis? København: FOKUS - FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service og Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 2) Buch MS, Olesen E. Notat til Holstebro Kommune - Afdækning af væsentlige samarbejdspartneres perspektiver på projektet: "Holstebro Kommunes indsats for borgere med KOL.". København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 3) Buch MS, Olesen E. Notat til Viborg Kommune, Skive Kommune og Viborg regionshospital - afdækning af væsentlige samarbejdspartneres perspektiver på projektet: "En forbedret indsats for KOL patienter i Viborg og Skive Kommuner i samarbejde med hospitalsenheden Viborg". Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 4) Buch MS, Olesen E. Notat til Holstebro Kommune - Status for KOL konsulentens udviklingsarbejde og perspektiver fra centrale samarbejdspartnere og interessenter. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 5) Buch MS, Olesen E. Notat til Viborg Kommune, Skive Kommune og Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup: Status for KOL forløbskoordinatorernes udviklingsarbejde og perspektiver fra centrale samarbejdspartnere og interessenter. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 6) Hjulman K, Mortensen J. Igangsætning af kronikerprogrammer i Region Midtjylland. <http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/kronikerområdet/Igangsætning%20af%20kronikerprogrammer%20i%20Region%20Midtjylland> PDF 2007 February 19;
- 7) Region Midtjylland. Mål og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. Viborg: 2007.
- 8) Region Midtjylland. Livet med en kronisk lidelse. Midt Liv 2007;1.
- 9) Region Midtjylland. Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - udkast 15.09.08. http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/kronikeromr%C3%A5det/KOL/Forl%C3%B8bsprogram%20for%20KOL_kliniske%20retningslinjer_h%C3%B8ringsversion.pdf 2008;
- 10) Region Midtjylland. Forløbsprogram for type 2 diabetes - udkast 15.09.08. 2008.
- 11) Region Midtjylland. Forløbsprogram for hjertekarsygdom - udkast 24.09.08. 2008.
- 12) Greve E, Bøge I. Holstebro kommunes indsats til borgere med KOL. Holstebro: Holstebro Sundhedscenter; 2007.
- 13) Bøge I, Greve E. Notat om Holstebro Kommunes KOL konsulents opgaver og arbejdsområder. Holstebro: 2008.
- 14) Bøge I. Referat fra møde med rehabiliteringschef i Holstebro Kommune 14.05.08. 2008.
- 15) Bøge I. Referat fra møde med afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling M2 Holstebro Sygehus d. 05.05.08. 2008.
- 16) Bøge I. Referat fra møde med arbejdsmarkedsafdelingen d. 13.05.08. 2008.
- 17) Bøge I. Referat fra møde med visitationschef Holstebro Kommune d. 13.05.08. 2008.
- 18) Bøge I. Referat af KOL samarbejdsrunde mellem Holstebro Kommune og Lungemedicinsk afdeling M2 Holstebro Sygehus d. 19.06.08. 2008.

- 19) Bøge I. Referat af samarbejds møde mellem Holstebro Sundhedscenter og Rehabiliteringsenheden i Holstebro Kommune d. 23.06.08. 2008.
- 20) Bøge I. Notat om udformning af bufferbevilling til KOL patienter der modtager bistand til bad. d. 09.07.08. Holstebro: 2008.
- 21) Bøge I. Revideret notat om udformning af bufferbevilling til KOL patienter der modtager bistand til bad. d. 07.08.08. Holstebro: 2008.
- 22) Andersen VJ. Referat af opsamlingsmøde for KOL projektet d. 22.10.08. 2008.
- 23) Andersen VJ. Referat af opfølgningsmøde for KOL nøglepersoner d. 10.10.08. 2008.
- 24) Andersen VJ. Referat fra arbejdsgruppemøde vedr. bufferbevilling d. 15.08.08. 2008.
- 25) Center for Folkesundhed. Pressemeddelelse fra Holstebro Kommune, Center for Folkesundhed og Region Midtjylland vedrørende oprettelsen af Lærings- og Mestringsuddannelse for kronisk syge. d. 18.08.08. 2008.
- 26) Bøge I. Information til praktiserende læger om ny henvisningsmulighed til Lærings- og mestringsforløb på Holstebro Sundhedscenter. Holstebro: 2008.
- 27) Buch MS. Referat af opstartsmøde for forløbskoordinatorprojektet 19.05.08. 2008.
- 28) Buch MS. Referat af 1. temadag for forløbskoordinatorernes projektgrupper 24.06.08. 2008.
- 29) Buch MS. Referat fra 2. temadag for KOL forløbskoordinatorprojektet 24.09.08. 2008.
- 30) Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. [http://www mestring no/](http://www.mestring.no/) 2009 March 15;
- 31) Center for Folkesundhed i region Midtjylland. [http://www rm dk/sundhed/folkesundhed/sundhedsfremme +og+forebyggelse/l%C3%A6rings+og+mestringsuddannelser](http://www.rm.dk/sundhed/folkesundhed/sundhedsfremme+og+forebyggelse/l%C3%A6rings+og+mestringsuddannelser) 2009 March 15;
- 32) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. KOL rehabilitering -uddannelses- og træningstilbud til patienter med let til moderat KOL. Viborg: Viborg og Skive Kommune, Region Midtjylland; 2008.
- 33) Holm E, Thomsen AM. Idekatalog til forløbskoordinatorernes opgaver i kommunalt regi - arbejdsrapport fra projektgruppen. 2008.
- 34) Skive Kommune, Viborg Kommune, Hospitalsenheden Viborg. Projektbeskrivelse: Indsats for KOL patienter i Viborg og Skive Kommuner i samarbejde med Hospitalsenheden Viborg. Viborg: 2008.
- 35) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 19.05.08. 2008.
- 36) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 04.04.08. 2008.
- 37) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 11.03.08. 2008.
- 38) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 19.02.08. 2008.
- 39) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet d. 17.11.08. 2008



Bilag A:

Guide til forløbskoordination

Martin Sandberg Buch

Dansk Sundhedsinstitut

April 2008

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	37
2. Hvorfor er forløbskoordination vigtig?	39
3. Hvordan udvikler man forløbskoordination?	41
3.1 Hvor er koordinationsproblemerne?	41
3.2 Hvad skal koordineres?	42
3.3 Hvilken rolle skal koordinatorene have?	44
3.4 Hvordan skal koordineres?	45
3.5 Hvordan evalueres forløbskoordination?.....	47
4. Afrunding.....	49
Litteratur	51

1. Indledning

Siden slutningen af 1970'erne har der været bred enighed om, at sundhedsvæsenet har problemer med levere en sammenhængende indsats på kronikerområdet, og der er i samme periode igangsat utallige større og mindre initiativer for at løse problemerne.

Indenfor de seneste år har indsatsen for at skabe sammenhæng imidlertid ændret karakter, og der er påbegyndt en egentlig reorganisering af den samlede kronikerindsats. Målet er, at der skal udvikles en kronikerindsats, som er mere proaktiv og forebyggende. For at nå dette mål skal der på tværs af sundhedsvæsenet udvikles nye samarbejdsformer, som gør det muligt at skabe en sammenhængende og systematisk indsats for de store sygdomsgrupper.

To centrale omdrejningspunkter i denne udvikling er Sundhedsstyrelsens udspil med nye anbefalinger om organiseringen af kronikerindsatsen (1-5) samt Kommunalreformen, der giver kommunerne et medansvar for forebyggelse og rehabilitering – begge centrale elementer i en mere proaktiv og forebyggende kronikerindsats.

Både Sundhedsstyrelsens anbefalinger samt mange kommuner og regioners samarbejdsaftaler opererer med, at der skal udvikles forskellige former for forløbskoordinerende funktioner, som skal fremme sammenhængende forløb på kronikerområdet for både patient og sundhedsvæsen.

Forhåbningen om, at nye koordinatore kan skabe sammenhæng på kronikerområdet, bakkes imidlertid hverken op af dokumentation for, at ordningerne har den ønskede effekt, eller viden om hvordan sådanne funktioner fungerer i praksis. Derudover findes der kun få og overordnede anvisninger til, hvordan udvikling af koordinerende funktioner kan gribes an i en dansk kontekst.

Formålet med denne guide er derfor at redegøre for de dilemmaer, der forbundet med at udvikle forløbskoordinerende funktioner og at give en praktiske anvisninger til det lokale arbejde med udvikling af forløbskoordinatorfunktioner på kronikerområdet.

Guiden henvender sig til de ledere og medarbejdere, der i kommunalt og regionalt regi er ansvarlige for at udvikle behandling og samarbejde omkring kronisk sygdom, samt de medarbejdere der er ansvarlige for at udvikle og bemande forløbskoordinerende funktioner.

Guiden er udarbejdet på baggrund af Dansk Sundhedsinstituts direkte og indirekte involvering i udvikling af koordinerende funktioner, herunder:

- ◆ Deltagelse i udvikling af et kommunalt sundhedscenter og en dertil hørende forløbskoordinerende funktion (6).
- ◆ Et afsluttende speciale på cand.scient.adm. uddannelsen på Roskilde Universitets Center, der undersøgte samarbejdet imellem samme forløbskoordinerende funktion og dennes vigtigste samarbejdspartnere (7).
- ◆ Deltagelse i udvikling af forløbskoordinatorer for KOL-patienter i Region Midtjylland.
- ◆ En litteraturbaseret gennemgang af udenlandske erfaringer med at udvikle og implementere forløbskoordination og forløbsledelse.

2. Hvorfor er forløbskoordination vigtig?

Ønsket om at skabe en sammenhængende kronikerindsats har været på den sundhedspolitiske dagsorden i rigtig mange år. Men indenfor de seneste år har der været en række udviklinger, som har ført til, at jagten på løsninger, der kan forbedre sammenhængen på kronikerområdet, er intensiveret:

1. **Flere danskere får kroniske sygdomme og lever længere med dem:** Kroniske patienters lange behandlingsforløb med regelmæssige kontroller, sektorskift, sygdommenes gradvise progression, som ofte er kombineret med konkurrerende lidelser, er vanskelige at håndtere for såvel patient som for sundhedsvæsenet. Ikke mindst fordi behandlingen i sundhedsvæsenet traditionelt er baseret på en reaktiv og akut indsats over for den enkelte patient frem for proaktiv indsats og forebyggelse.
2. **Sundhedsvæsenet bliver stadig mere specialiseret:** Afstandene i sundhedsvæsenet vokser, i takt med at enheder og organisationer bliver større og mere specialiserede. Det medfører udfordringer forbundet med større geografisk afstand imellem patient og sundhedsvæsen, samt at der er større afstande imellem de funktioner, der skal samarbejde. Forhold som på den ene side muliggør et mere systemiseret samarbejde, men samtidig svækker den personlige viden og de personlige relationer, som meget lokalt samarbejde og koordination er baseret på.
3. **Sundhedsvæsenet bliver stadig mere fragmenteret:** Sundhedsvæsenet fragmenteres i flere og mere specialiserede enheder, som er ansvarlige for hver deres indsats eller behandlingsområde. Ofte oprettes lokale sundhedstilbud, som skal udfylde det behov, der opstår, når udviklingen går imod færre og større enheder i det regionale sundhedsvæsen (8). Et eksempel er fremkomsten af specialiserede teams, der har til formål at højne kvaliteten, men på den anden side indebærer, at der er et voksende antal indsatser og dermed også samarbejdsrelationer, der indgår i et typisk patientforløb.

Med udgangspunkt i ovenstående problemstillinger har Sundhedsstyrelsen gennem de seneste år gennemført et omfattende analysearbejde af kronikerindsatsen og de udfordringer, den skaber for sundhedsvæsenet (1-5).

En helt central publikation, som mange kommuner og regioner i dag anvender i samarbejdet om kronikerindsatsen, er Sundhedsstyrelsens Kronikerrapport fra 2005 (2)¹. I rapporten skitseres en samlet kronikermode med en lang række anbefalinger til, hvordan den samlede indsats overfor kronisk sygdom kan reorganiseres for at skabe en bedre og mere sammenhængende indsats. De væsentligste anbefalinger er, at der skal udvikles en national ledelse af den samlede kronikerindsats, som skal udvikle forløbsprogrammer for hver enkelt af de store sygdomsgrupper. Målet er en klar opgavedeling mellem sundhedsvæsenets aktører, hvor ansvaret for behandling, pleje og ikke mindst koordinering af det enkelte forløb fordeles med udgangspunkt i, hvor fremskredent eller komplekst et stadie den kroniske sygdom er nået til.

Et væsentligt delelement i denne model er, at der skal oprettes forskellige former for forløbskoordinatorer med koordinationsansvar for forskellige dele af patientforløbet. Det anbefales, at den praktiserende læge fungerer som tovholder under hele forløbet. Men til understøttelse af koordinering ved særligt komplekse sygdomsforløb anbefales, at der herudover oprettes en casemanager-funktion, som

¹ Se fx (9-12).

er forankret i den sekundære sektor. Casemanagerens rolle er senere uddybet i andre publikationer om kronisk sygdom og Sundhedsstyrelsens aktuelle arbejde med at udarbejde et generisk forløbsprogram for kronisk sygdom (1) samt et specifikt program for diabetesområdet (13).

Et eksempel findes i Sundhedsstyrelsens rapport om Kronisk Obstruktiv Lungesygdom fra 2006, hvor funktionen som casemanager for patienter med *"supplerende behov for koordinering, fastholdelse og understøttelse"* er beskrevet varetaget af: *"Specialuddannet sundhedspersonale, typisk en sygeplejerske med såvel specialist som specialkompetence... der arbejder på tværs af afdelinger og sektorer (sygehus, almen praksis og kommunen)"* (3).

Senere i samme rapport specificeres det, at casemanagerens ansvar er:

"At have et godt overblik over og godt samarbejde med lokale rehabiliteringstilbud, netværk mm. i begge sektorer, og casemanageren planlægger i samarbejde med patienten og teamet omkring patienten, at patienten tilbydes/fortsætter rehabilitering, der matcher individuelle behov. Samtidig sikrer casemanageren, at en intensiv rehabiliteringsindsats kontinuerligt vedligeholdes og følges op så tæt på patientens hjemlige omgivelser som muligt".

Både i denne rapport og i de udkast til forløbsprogrammer, der i øjeblikket er til høring, understreges det, at opgaven med at konkretisere tovholder- og casemanager-funktioner er en udviklingsopgave, som bør aftales nærmere og evalueres i samarbejde mellem den enkelte kommune og region.

Sideløbende med Sundhedsstyrelsens arbejde har Kommunalreformen givet kommunerne nye opgaver omkring forebyggelse og rehabilitering, som er centrale elementer i kronikerindsatsen (14). Desuden er indført lovpligtige sundhedsaftaler, hvor den enkelte kommune og region sammen skal aftale, hvad de gør for at sikre en sammenhængende indsats på en række områder, hvor kroniske patienter udgør den største målgruppe (4). Endelig skal der som et led i reformen oprettes sundhedskoordinationsudvalg, hvor samarbejdet løbende skal drøftes og reguleres på ledelsesniveau (15).

I første generation af sundhedsaftaler findes mange eksempler på, at de nye kommuner og regioner har taget Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at udvikle forskellige former for forløbskoordinatorer til sig. Der arbejdes således med mange forskellige typer af koordinator- og kontaktpersonordninger, der skal skabe bedre sammenhæng, typisk for patienter med udvalgte kroniske diagnoser og svage medicinske patienter mere generelt². Ud over at koordinatorerne skal skabe sammenhæng for den enkelt patient, er det også et gennemgående ønske, at de ved at arbejde i grænsefladen mellem praktiserende læge, kommune og hospital skal fungere som løftestang for at forbedre det tværgående lokale samarbejde mellem organisationer og enheder på sundhedsområdet.

Der er imidlertid stadig mange uafklarede spørgsmål relateret til udformningen af sådanne forløbskoordinerende funktioner, hvilket afspejles i Sundhedsstyrelsens generelle svar til kommunernes sundhedsaftaler:

"Sundhedsstyrelsen har bemærket, at parterne flere steder i aftalen planlægger etablering af kontaktperson- og/eller koordinatorfunktioner for at sikre sammenhængende patientforløb. Funktionerne er ikke nærmere konkretiseret, og det fremgår ikke, hvordan de forskellige kontaktpersoner og koordinatorskaber omkring den enkelte patient skal samarbejde. Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse bemærke, at kontaktperson- og koordinatorfunktionerne skal konkretiseres i fremtidige versioner af aftalen" (5).

Det er denne konkretiseringsopgave – og en kritisk gennemgang af de udviklingsopgaver og udfordringer, der er forbundet med den – som er omdrejningspunktet for resten af denne piece.

² Eksempelvis: Sundhedsaftalerne imellem kommunerne og Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

3. Hvordan udvikler man forløbskoordination?

I dette afsnit diskuteres de opgaver, der er forbundet med at udvikle og implementere forløbskoordination i praksis. Diskussionen er struktureret omkring fem spørgsmål, som kan danne udgangspunkt for opgaven med at udvikle forløbskoordination i en lokal kontekst:

1. Hvor er koordinationsproblemerne?
2. Hvad skal koordineres?
3. Hvilken rolle skal koordinatorene have?
4. Hvordan skal koordineres?
5. Hvordan evalueres forløbskoordination?

3.1 Hvor er koordinationsproblemerne?

Koordination af kroniske patientforløb handler om at skabe processer, der går på tværs af forskellige ydelser, indsatser, aktører og sektorer. Når en koordinerende funktion skal udvikles, er det derfor nødvendigt, at de involverede parter har en fælles viden, om hvor og hvorfor der opstår koordinationsproblemer for kronikerne.

Første skridt til at opnå dette kan være en problemanalyse, der med udgangspunkt i den eksisterende praksis opsporer, beskriver og analyserer de problemer, som aktørerne på kronikerområdet oplever i praksis. Nedenfor er listet en række konkrete spørgsmål, der kan danne udgangspunkt for sådan en afdækning:

1. **Hvilke aktører er der på området?** Hvilke enheder er involveret i det område, hvor man vil arbejde med forløbskoordination (fx KOL, demens eller diabetes)?
2. **Hvilke indsatser er der i forløbene?** Hvilke opgaver, kapacitet, henvisningskriterier og ventetider har de forskellige enheder?
3. **Hvilke eksisterende koordinationsmekanismer er der?** Hvem eller hvad koordinerer i dag patientforløbene imellem aktørerne? "Hvem" kan fx være den kommunale visitationsenhed, hjemmesygeplejersker, udgående hospitalsfunktioner, patientvejledere, udskrivningssygeplejersker, ambulatorier eller praktiserende læger. "Hvad" kan fx være samarbejdsaftaler, it-systemer, udskrivningsbreve eller genoptræningsplaner.
4. **Hvad fungerer godt i det eksisterende samarbejde?** Det er meget væsentligt, at en ny funktion ikke kommer til at nedbryde eksisterende og velfungerende koordinationsmekanismer.
5. **Hvor er koordinationsproblemerne, og hvilke mulige løsninger er evt. i spil?** Det er væsentligt både at afdække, hvilke helt konkrete problemer de involverede aktører oplever, samt hvilke mulige løsninger aktørerne eventuelt selv foreslår.
6. **Hvem går mangelfuld koordination ud over?** Er det muligt at identificere undergrupper i den patientgruppe, der arbejdes med, som oplever særligt mange koordinationssvigt?

Metoderne til at få svar på spørgsmål som ovenstående kan være interview med repræsentanter fra relevante enheder, samt patientinterview. Gruppeinterview eller temadage, der samler medarbejdere eller ledere fra forskellige funktioner, kan også være meget frugtbare i forhold til at få afdækket pro-

blemer og mulige løsninger. Endelig kan spørgeskemaer anvendes, hvis der er behov for at teste, hvor udbredte de svar der afdækkes er.

Formålet med at gennemføre en problemanalyse er at få et fælles videnskæssigt grundlag for arbejdet med forløbskoordination. I denne proces er det væsentligt, at problemanalysen gør det muligt at tage stilling til, hvorvidt der overhovedet er behov for, at der oprettes en decideret forløbskoordinatorfunktion, eller om problemerne i virkeligheden bedst kan løses ved at styrke, ændre eller udvikle allerede eksisterende koordinationsmekanismer på kronikerområdet. Det er væsentligt at holde sig for øje, at forløbskoordination sker på mange andre måder end via forløbskoordinatorer.

Det er en vanskelig opgave at skabe et sådant fælles grundlag, da det indhold, der tillægges forløbskoordination, varierer ganske meget afhængigt af hierarkisk, opgavemæssigt, organisatorisk og fagligt udgangspunkt (7; 16). At opnå enighed om hvordan en problemanalyses resultater skal anvendes, kræver derfor en proces, hvor forventningerne imellem de parter, der er involveret i arbejdet med forløbskoordination på det valgte kronikerområde, bliver afstemt. Det kan fx ske ved, at resultaterne fremlægges og diskuteres på temadage for ledelsespersoner og nøglemedarbejdere, som tilsammen har de kompetencer, der skal til for at aftale en samlet strategi og plan for samarbejdet om forløbskoordination.

Hvis det besluttes at oprette en specifik koordinatorfunktion, er det nødvendigt, at der udføres en forventningsafstemning imellem de enheder, som i sidste ende skal samarbejde med funktionen. Denne opgave er vigtig, fordi uklarhed i udgangspunktet om de opgaver og kompetencer, en koordinatorfunktion tildeles, skaber problemer for dens senere arbejde: Fx ved at der ikke henvises de rigtige patienter, at der ikke henvises tilstrækkeligt med patienter, at der sker en uhensigtsmæssig opgaveglidning, eller at der opstår opgavemæssige overlap med andre funktioner (7). Konsekvenserne kan bl.a. være dobbeltarbejde, øgede omkostninger og frustration blandt medarbejdere og samarbejdspartnere.

3.2 Hvad skal koordineres?

En problemanalyse vil givet afdække mange forskellige problemer, som involverer mange forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Resultatet kan være, at det er svært at skelne imellem, hvilke koordinationsproblemer der bedst løses på ledelsesniveau (forløbsledelse), og hvilke der bedst løses via koordination på driftsniveau (forløbskoordination). En klar skelnen imellem disse to niveauer er dog vigtig, fordi løsningen af forskellige typer problemer kræver forskellig organisatorisk placering, forskellige arbejdsmetoder, redskaber, faglige kompetencer, ledelsesmæssige beføjelser og ikke mindst forskellige evalueringsformer.

Risikoen ved ikke at skelne klart, mellem hvilke koordinationsopgaver der skal løses hvor, er, at der i sidste ende ansættes forløbskoordinatorer i driften, som bliver sat til at arbejde med problemstillinger, der reelt kalder på forløbsledelse, og som de derfor hverken har kompetencer, ressourcer eller redskaber til at løse. Nedenstående eksempler fra faktiske udviklingsforløb illustrerer denne problemstilling:

Tværasektorielle KOL-koordinatorer

En koordinerende funktion med en medarbejder, der skal koordinere KOL-patienters forløb, får til opgave at sikre, at relevante informationer løbende overleveres imellem hospital, hjemmepleje og almen praksis, dvs. at funktionen gøres ansvarlig for et helt behandlingssystems daglige kommunikation omkring en patientgruppe. En umulig opgave, som det ikke er effektivt at give til et indskudt mellemled uden ledelsesmæssig kompetence frem for de ansvarlige driftsorganisationer.

Koordinatorer med ansvar for komplekse patientforløb

En kommunalt forankret koordinerende funktion får til opgave at monitorere og justere komplicerede patientforløb på tværs af hospital, kommune og almen praksis. Funktionen har dog ikke adgang til relevante informationer om patientforløbet, og medarbejderne har kun beføjelser til at anbefale justeringer. Medarbejderne er derfor tvunget til personligt at kontakte de mange samarbejdspartnere og patienten, når de skal monitorere og anbefale justeringer af forløbet. En opgave der er tidskrævende for funktionen såvel som dens samarbejdspartnere, og en arbejdsmetode der medfører, at ordningen ender med at fremstå som et forstyrrende element i en daglig praksis, der er indrettet på at undgå meget af den direkte kontakt, som ordningen er nødt til at basere sin koordination på.

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

1. **Forløbskoordination på patientniveau:** Koordination på dette niveau varetages på medarbejderniveau med udgangspunkt i indgåede aftaler og opbyggede samarbejdsrelationer. Der kan være mange forskellige typer koordinatorer, som opererer på dette niveau, men deres opgaver vil ligge imellem to yderpunkter: På den ene side kan koordination skabes ved at støtte patientens ressourcer til selv at koordinere sine kontakter med sundhedsvæsenet eller ved at repræsentere patienten i forhold til behandlingssystemet; på den anden side kan der være tale om en rent administrativ koordination, som fx visiterer patienten og administrerer sammensætningen af de ydelser, der skal indgå i patientens forløb.
2. **Forløbskoordination på enhedsniveau:** Også imellem enheder kan koordination foretages på medarbejderniveau med udgangspunkt i indgåede aftaler og opbyggede samarbejdsrelationer. Forløbskoordination er her holdt inden for rammerne af enheder, der på forhånd er koblet sammen, så de definerer et aftalt forløb. Koordinatorens rolle kan fx være at planlægge og følge et ambulant forløb sammen med patienten, eller koordinatoren kan fungere som indgang til de forskellige kronikertilbud, der er i et kommunalt sundhedscenter. Formålet med koordinationen er her at optimere en afgrænset del af det samlede patientforløb.
3. **Forløbskoordination og forløbsledelse på organisationsniveau:** Forløbskoordination på dette niveau er en hybrid, som både kan knytte sig til ledelse og koordination af patientforløb, der går på tværs af en organisations forskellige enheder. Ledelsesopgaven knytter sig til at indgå aftaler om det generelle driftssamarbejde, herunder hvilke aftaler og redskaber der skal regulere det, at løse kommunikationsproblemer og finde ud af, hvem der skal koordinere hvad. Koordinationsopgaverne på driftsniveau knytter sig til at anvende aftaler og redskaber i den daglige drift.
4. **Tværasektoriel forløbsledelse:** På dette niveau er der ikke længere tale om koordination, men forløbsledelse der kræver kompetence til at indgå tværasektorielle aftaler på vegne af de enheder

og medarbejdere, som i driften samarbejder om patienterne. Dvs. at der er tale om en ledelsesopgave, som skal løses på driftsledelses-, chef- eller direktionsniveau.

5. **Regional og national forløbsledelse:** Dette niveau af forløbsledelse handler om metodeudvikling og ressourcefordeling på et mere overordnet niveau, fx i regi af Sundhedsstyrelsen, ministerier, kommunale og regionale interesseorganisationer og faglige selskaber. På dette niveau kan der også arbejdes med overordnet koordination forstået som monitorering, justering og ledelse af behandlingssystemets samlede ressourcer og indsatser³.

En typologi som denne kan være en hjælp til at sortere, hvilke koordinationsopgaver der skal knyttes til lokal forløbskoordination, hvilke der skal forankres i lokale ledelser, og hvilke der skal håndteres i en tværsektoriel ledelse.

3.3 Hvilken rolle skal koordinatorene have?

Når det er besluttet at oprette en forløbskoordinerende funktion, og dens overordnede opgaver er forhandlet på plads, er næste opgave at finde ud af, hvordan koordinatorene skal arbejde i praksis. Skal de nye koordinatore fx skabe sammenhæng i den enkelte patients forløb via én eller flere af følgende roller:

- ♦ **Coach:** Styrker patienters egenomsorg via uddannelse, sociale kontakter til andre patienter og inddragelse af pårørende.
- ♦ **Blæksprutte:** Måltetter indsatsen mod særligt svage eller udsatte patientgrupper, der har brug for ekstra hjælp til at overholde og finde rundt i et behandlingsforløb.
- ♦ **Controller:** Monitorerer, følger og evt. justerer leveringen af aftalte ydelser.
- ♦ **Specialist:** Holder sammen på de mest komplicerede stadier af et patientforløb.
- ♦ **Guide:** Hjælper patienter med at finde rundt i behandlingssystemet ved informere og guide dem til de forskellige offentlige og private tilbud, der findes på et sygdomsområde.
- ♦ **Organisationsudvikler:** Er med til at skabe de fælles rammer, som sikrer kommunikation og vidensdeling imellem de sundhedsfaglige enheder, der er involveret i et givent forløb.

Rollerne repræsenterer forskellige tilgange til forløbskoordination, der har forskellige udgangspunkter, kræver forskellige metoder, snitflader og kompetencer for koordinatorene. Det vil i praksis være muligt at kombinere nogle af de forskellige roller, men ikke dem alle. Hvis man ønsker at kombinere forskellige roller, bør man tage også tage følgende forhold med i sine overvejelser:

- ♦ Jo mere *tværsektorielt* et forløb, der ønskes koordineret, jo vanskeligere bliver opgaven, fordi det er vanskeligt og tidskrævende at arbejde på tværs af organisationer og ledelser.
- ♦ Jo mere *patientorienteret* koordinering der ønskes, jo større bliver modsætningen mellem koordinatorenes arbejde og de organisationer, de skal samarbejde med. Det skyldes, at patientens ønsker om fleksibilitet og individuel tilpasning let bliver en modsætning til organisationers behov for standardisering og planlægning (20).

Igen er det begrænsningens kunst, der er væsentlig, hvis en koordinatorfunktion skal kunne løse sine opgaver tilfredsstillende.

³ Udarbejdet med inspiration fra (16-19).

3.4 Hvordan skal koordineres?

Når de opgavemæssige rammer og den rolle, man ønsker at koordinatorene skal spille, er på plads, er næste skridt at arbejde med indholdet af koordinatorenes daglige opgaver. En gennemgang af udenlandske erfaringer med forløbskoordination (16-23) viser, at de opgaver, som forløbskoordinatorer arbejder med, varierer meget, men at tre spørgsmål er centrale for alle forløbskoordinatorers arbejde:

1. Hvordan opspores de rigtige patienter?
2. Hvilke opgaver skal koordinatorene udføre?
3. Hvordan afsluttes koordinationsforløbet?

1. Hvordan opspores de rigtige patienter?

Oprettelsen af en ny koordinatorfunktion betyder ikke, at de patienter/borgere, der er i målgruppen, automatisk kommer i kontakt med den. Tværtimod kan det være hårdt arbejde at finde de rigtige patienter, når det indebærer, at der skal indføres en ny henvisningspraksis.

Det skal besluttes, *hvem* (fx den læge der er ansvarlig for behandlingen) der skal henvise til koordinatorene, og hvad *kriterierne* for henvisning skal være. En henvisning, der baseres på en helhedsvurdering, hvor objektive kriterier kombineres med en individuel vurdering af patientens behov for koordination, har den fordel, at den kan gøres mere præcis i forhold til koordinatorenes målgruppe. Til gengæld er en sådan henvisningspraksis mere ressourcekrævende for dem, der skal henvise, og derved vanskeligere at implementere end objektive kriterier: en henvisningspraksis, der ofte kan automatiseres på baggrund af fx indlæggelsesfrekvens, diagnose, alder eller lignende). Omvendt kan det være vanskeligt at få en præcis målgruppe på baggrund af objektive kriterier⁴.

Det kan således være relevant at overveje, om koordinatorene i en opstartsfas skal være aktivt op-søgende i forhold til samarbejdspartnere og patienter for at sikre opsporingen af den ønskede målgruppe. Det kræver dog, at koordinatoren selv har klarhed omkring de kriterier, der skal ligge til grund for henvisning, som kan være udgangspunkt for den aktive opsøgning.

En sidste metode til at opspore patienter er at åbne for selvhenvendelse. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at de patienter, der selv evner at finde vej til en koordinatorfunktion, ofte ikke vil være de svageste patienter med de største koordinationsproblemer.

2. Hvilke opgaver skal koordinatorene udføre?

Udfordringen er først og fremmest at skelne imellem den sammenhæng, som kan skabes via forløbskoordinatorer, og den sammenhæng der kan skabes via de eksisterende driftsenheder. Fx skal man være opmærksom på, at mange af de problemer, driftsenheder oplever – fx vanskeligheder med at komme i kontakt med hinanden eller uenighed om opgavedeling, sjældent egner sig til at blive løst af en koordinator, der arbejder med udgangspunkt i den enkelte patient og/eller befinder sig på medarbejderniveau.

Men der er også en række helt konkrete opgaver, der skal tages stilling til via det detaljerede udviklingsarbejde med at realisere et faktisk patientforløb, fx:

1. Hvad gør en koordinator ved første kontakt med patienten?
2. Hvordan dokumenterer koordinatoren sit arbejde?
3. Hvordan holder koordinatoren sine samarbejdspartner orienteret om det forløb, der skal realiseres?

⁴ Eksempler på overvejelser vedrørende de kriterier, der skal lægges til grund for henvisning, kan findes i (1; 13).

4. Hvordan følger koordinatoren patienten?
5. Hvordan monitorerer og justerer koordinatoren i det forløb, der skal realiseres?
6. Hvordan håndterer koordinatoren evt. interessekonflikter mellem involverede enheder eller mellem patient og behandlere?

Især når der er mange samarbejdspartnere med forskellige opgaver og koordinationsbehov, som den koordinerende funktion skal samarbejde med, vil det ikke være muligt at lægge sig endeligt fast på, hvordan sådanne opgaver skal indholdsudfyldes fra starten (16). Et alternativ kan være at oprette den koordinerende funktion og lade de medarbejdere, der ansættes, være med til at udvikle opgaver, samarbejde og snitflader med udgangspunkt i de rammer, der er aftalt i det fælles beslutningsgrundlag (jf. spørgsmål 1). Det svarer til, at koordinatorene bliver en løsning, der i et vist omfang selv skal være med til at konkretisere det endelige problem og derved også selv skal være med til at forme de endelige rammer for deres arbejde.

Denne fremgangsmåde, hvor grænserne for og indholdet i koordinatorenes arbejdsopgaver gradvist fastlægges, kan løse mange af de vanskeligheder, der i en opstartsfasen er forbundet med at overskue de forskellige opgaver og problemstillinger, som kan ligge bag et ønske om at koordinere et givent forløb, en overgang eller problemstilling. Der er dog to udfordringer, som den ansvarlige ledelse bør være særligt opmærksom på:

- ♦ Langvarig uklarhed om en koordinatorfunktionens kompetencer og opgaver indebærer en risiko for, at de interesseforskelle, der vil være indeholdt i en opgave, som indebærer koordination på tværs af indsatser og sektorer, forstærkes omkring den tværgående funktion (24). Herved kan koordinatorfunktionen risikere at ende i et modsætningsfyldt krydspres mellem de eksisterende enheder og organisationer (6; 7). Udfordringen består her i at sikre, at den gradvise fastlæggelse af opgaver og samarbejdsrelationer faktisk sker og ikke afløses af en permanent uklarhed.
- ♦ Før en koordinatorfunktionens ledelse og medarbejdere selv har et klart billede af formål, opgaver, metoder og kompetencer, er det vanskeligt at formidle, hvad funktionen kan hjælpe samarbejdspartnere og patienter med, samt vanskeligt at sortere i de forskellige krav funktionen vil blive mødt med. Udfordringen består her i, at sundhedsvæsenet ikke har for vane at udvikle, definere og afgrænse nye ydelser, *mens* de er i drift.

En beslutning om at udvikle en funktion via drift kræver derfor støtte og tæt involvering af relevante ledelser og løbende information og forhandling med de aktører, der skal samarbejdes med – samt ikke mindst tålmodighed og forståelse blandt alle de relevante aktører.

Forløbskoordinatorens opgaver vil indebære, at en patients forløb følges i en kortere eller længere periode. Det indebærer en praktisk udfordring, der består i, at koordinatoren (og patienten) løbende vil møde andre koordinatore⁵, som forløbskoordinationen så at sige skal koordineres med. Det er en stor udfordring, der er forbundet med at arbejde på tværs af et funktionelt opdelt system, hvor koordinationsarbejdet ofte er organiseret med henblik på at automatisere og minimere kontakten i forhold til fx en overgang imellem organisationer eller sektorer.

At arbejde ud fra et tværgående forløbsperspektiv stiller derfor store krav til den enkelte koordinators evner til at organisere forskellige typer af processer, skabe personlige relationer og kommunikere på tværs af opgavetyper, medarbejdere og organisationer. Forløbskoordination af denne type kræver

⁵ Fx den kommunale visitationsenhed, hjemmesygeplejersker, udgående hospitalsfunktioner, patientvejledere, udskrivningssygeplejersker, ambulatorieansatte, ansatte på genoptrænings- og rehabiliteringstilbud eller praktiserende læger.

derfor mere end klinisk kompetence, og det at være en erfaren og dygtig sundhedsfaglig medarbejder er ikke nogen garanti for, at man kan glide ubesværet ind i en forløbskoordinerende funktion i sundhedsvæsenet (22). Det er derfor vigtigt at tænke støtte og midler til efteruddannelse ind i ansættelsen, hvis der udelukkende ansættes medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund.

3. Hvornår afsluttes et koordinationsforløb?

I de fleste forløbskoordinators forløb er indeholdt en afsluttende evaluering sammen med patienten, hvor det fx drøftes, om målene nået, om der har været barrierer for forløbet, om der er behov for yderligere ydelser, samt hvad skal der ske med patienten fremover etc. (20; 22).

Hvordan kontakten mellem patient og koordinator konkret skal afsluttes, afhænger af, hvilken type af forløbskoordination der er tale om (jf. afsnit 3.2), og hvilken rolle koordinatoren har (jf. afsnit 3.3). Uanset hvilken type og hvilken rolle, der vælges, er det dog væsentligt, at der opstilles klare mål for koordinatorens arbejde i relation til enkeltforløb, da det ellers kan blive meget vanskeligt at afslutte forløb og dermed gøre plads til nyhenvisning.

Det er en helt åbenlys fare ved forløbskoordination uden klare mål, at patienterne vænner sig til at have en koordinator tilknyttet, som løser en mangfoldighed af løbende problemer og udfordringer. Der kan selvfølgelig være enkelte, særligt tunge og komplekse forløb hos særligt ressourcetsvage patienter, hvor det vurderes, at der er et permanent behov forløbskoordination, men for langt hovedparten af patienterne er det helt centralt at få defineret koordinatorens rolle og ansvar på en sådan måde, at det bliver muligt for koordinatoren at udfylde rollen, løse opgaverne og afslutte koordinationsforløbet, når målet er nået. Ligesom alle andre steder i sundhedsvæsenet skal rehenvisning være mulig, hvis behovet opstår.

3.5 Hvordan evalueres forløbskoordination?

Det er vigtigt, at arbejdet med forløbskoordination dokumenteres og evalueres med udgangspunkt i, at det på alle måder repræsenterer starten på en langvarig udviklingsproces, hvor der er mange flere spørgsmål end svar. Når en evaluering skal planlægges og udføres, bør det derfor ske med udgangspunkt i, at evalueringen skal understøtte *udvikling* af en ydelse, der er meget *anderledes* end sundhedsvæsenets traditionelle ydelser. Specielt følgende forhold er vigtige for denne del af udviklingsprocessen:

- ♦ **Forløbskoordination er anderledes:** Formålet med forløbskoordination er et andet end formålet med sundhedsvæsenets traditionelle sundhedsfaglige ydelser, som der findes kendte og velegnede metoder til at evaluere. Det har især betydning, at koordination ikke er en enkeltstående målelig ydelse, men snarere en *egenskab*, der kan kendetegne *relationen mellem* sundhedsfaglige ydelser. Hertil kommer at koordinatorene langt fra er alene om at yde eller skabe koordination i patientforløb.
- ♦ **Klare visioner, mål og valg er en forudsætning for evaluering:** Evaluering af en koordinatorfunktion må ske med udgangspunkt i de visioner, der ligger til grund for den enkelte ordning, den valgte type af forløbskoordination (jf. afsnit 3.2), og de(n) rolle(r) forløbskoordinatorene er tildelt (jf. afsnit 3.3). Som denne pjece har vist, er forløbskoordination langt fra en simpel eller entydig størrelse, og det er derfor væsentligt, at de kriterier, der evalueres ud fra, præcist understøtter den valgte model. En forudsætning for dette er, at der i udgangspunktet foreligger en klart defineret vision for forløbskoordination, og at der er truffet eksplicite valg med hensyn til, hvilken type forløbskoordination der ønskes, samt hvilke(n) rolle forløbskoordinatorene skal spille.

- ♦ **Evaluering skal understøtte en udviklingsproces:** Som denne pjece har beskrevet, eksisterer der ikke velprøvede og kendte roller og arbejdsmetoder til forløbskoordination. Det betyder, at den præcise funktion, rolle og arbejdsmetode må udvikles over en periode, hvor forløbskoordinationen er i drift. Derfor er det væsentligt at sikre, at en evaluering understøtter denne udviklingsproces og svarer på de uafklarede spørgsmål, som måtte eksistere. Et konkret udgangspunkt for en evaluering kan være at "måle" funktionen på, hvilke koordinationsproblemer den løser for patienter og samarbejdspartnere. Hvis der foreligger en indledende problemanalyse (jf. afsnit 3.1), kan man fx gentage dele af denne over for koordinatorfunktionens vigtigste samarbejdsparter.

4. Afrunding

Forløbskoordination og skabelse af sammenhæng i patientforløb er ikke et anliggende, som kan løses af forløbskoordinatorer alene. Tværtimod kan en sådan fejlslutning have den modsatte effekt: at koordinationen i patientforløb bliver endnu dårligere, fordi de mange aktører i en kronikers patientforløb fejlagtigt antager, at forløbskoordination ikke længere er noget, de skal tage sig af, men noget forløbskoordinatorerne sørger for. Endvidere tyder intet på, at der automatisk kommer mere sammenhæng i patientforløbet som følge af, at der oprettes forløbskoordinerende funktioner, hvis resten af sundhedsvæsenet fortsætter uændret.

Det er derfor vigtigt, at de fælles nationale og regionale forløbsprogrammer, der er ved at blive udviklet, bruges som udgangspunkt for at skabe en overordnet harmonisering af de modeller, indsatser og ressourcer, der anvendes på de store kronikerdiagnoser. Gennemprøvede forløbsprogrammer vil kunne gøre det lettere at afstemme de overordnede arbejdsdelinger mellem sektorer, således at der kommer mere tydelige rammer for det lokale arbejde med forløbskoordination. Endvidere vil en standardisering af samarbejdet på kronikerområdet kunne skabe basis for fælles erfaringsopsamling, sammenligning og dermed viden om hvilke kombinationer af forløbskoordinering og forløbsledelse, der virker bedst i praksis.

Forløbskoordinatorer kan imidlertid sikre et vedvarende fokus på sammenhæng i patientforløb, der er forankret i faktiske patienters forløb. Således vil koordinatorer via deres arbejde med at løse koordinationsproblemer have et potentiale til at fortsætte den problemanalyse, som var udgangspunktet for oprettelsen af koordinatorfunktionen (jf. afsnit 2.1). Men de generelle koordinationsproblemer, som løbende vil blive afdækket, vil ligge uden for koordinatorernes rækkevidde at løse. Derfor kræver succesfuld forløbskoordination, at de relevante ledelseslag er indstillet på at løse de koordinationsproblemer, som forløbskoordinatorernes daglige arbejde afdækker. Dermed kan forløbskoordinatorer på patientniveau facilitere en proces på ledelsesniveau, som vedvarende sikrer egentlig forløbskoordination.

Men selv hvis disse elementer kommer på plads, vil der stadig være behov for løbende lokal tilpasning og afklaring af, hvordan der arbejdes med forløbskoordination. En proces som denne pjece anvisninger og forslag forhåbentlig kan give inspiration til.

Litteratur

- 1) Enhed for planlægning Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for kronisk sygdom -udkast til høring. Sundhedsstyrelsen; 2007.
- 2) Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- 3) Sundhedsstyrelsen. KOL - Kronisk obstruktiv lungesygdom - Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 4) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 5) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler - oversigt. 2007.
- 6) Vinge S, Buch MS. Sundhedskoordination i Frederiksberg Kommune. Midtvejsrapport. 2006.
- 7) Buch MS. Arbejds- og videndeling i Kommunale sundhedsnetværk. Speciale i Offentlig Forvaltning indleveret på Roskilde Universitet marts 2007. 2007.
- 8) Lund Nielsen M, Vinge S. Lokale sundhedstilbud. Fire caseanalyser af lokale sundhedsnetværk. København: Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004.
- 9) Vejle amt, Kolding Kommune, Horsens Kommune. Tidlig opsporing og intervention ved borgere med let til moderat KOL - et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt i Vejle amt, Ny Horsens og Ny Kolding kommune. 2005.
- 10) Viborg Kommune, Skive Kommune. Sundhedsprofessionel kontaktperson (care/case manager). 2007.
- 11) Region Midtjylland. Mål og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. 2007.
- 12) Regionshospitalet Horsens Brædstrup og Odder, Horsens Kommune, Hedensted Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune. Kommissorium til implementeringsgruppen for KOL området i Horsensklyngen. 2007.
- 13) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for diabetes - udkast til høring 26. januar 2007. Sundhedsstyrelsen; 2007.
- 14) Sundhedsloven LOV nr. 546 af 24/06/2005, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005.
- 15) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler. Bekendtgørelse nr. 414 af 5/5/2006.
- 16) Lee DT, Mackenzie AE, Dudley-Brown S, Chin TM. Case management: a review of the definitions and practices. *J Adv.Nurs* 27 (5):933-939, 1998.
- 17) Huber DL. The diversity of case management models. *Lippincotts.Case.Manag.* 7 (6):212-220, 2002.
- 18) Lamb GS. Conceptual and methodological issues in nurse case management research. *ANS Adv.Nurs Sci.* 15 (2):16-24, 1992.

- 19) Hale C. Research issues in case management. *Nurs Stand.* 9 (44):29-32, 1995.
- 20) Flarey.D.L, Blancett SS. Handbook of Nursing Case Management - Health Care Delivery in a World of Managed Care. Aspen Publishers, Inc.; 1996.
- 21) Smith L, Newton R. Systematic review of case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41 (1):2-9, 2007.
- 22) Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR. Case management evolution: from basic to advanced practice role. *Lippincotts.Case Manag.* 10 (6):274-284; 2005.
- 23) Zander K. Nursing case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nurs Adm Q.* 26 (5):58-67, 2002.; 2002.
- 24) Seemann J, Antoft R. Shared care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis. FLOS, Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet; 2002.



Bilag B:

Interessentanalyse til Holstebro Kommune

Martin Sandberg Buch

Else Olesen

Dansk Sundhedsinstitut

Juni 2008

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	57
2. Metode	59
3. Organisering af KOL-forløb	63
3.1 Væsentlige aktører i KOL-indsatsen	63
3.2 Hvornår og hvordan optræder KOL-som problem	63
3.3 Behandling og forebyggelse af let til moderat KOL	65
4. Sammenhæng i KOL-forløb.....	67
4.1 Fagpersonernes perspektiver	67
4.2 Fagpersonernes vurdering af patienternes perspektiver	69
4.3 Diskussion	69
5. Feedback fra samarbejdspartnerne	71
5.1 Ønsker og forventninger til KOL-konsulenten	71
5.2 Overlappende opgaver	72
5.3 Muligheder og betingelser for samarbejde	73
5.4 Involvering af almen praksis	74
5.5 Samarbejdet med Lungemedicinsk afdeling	74
5.6 Perspektiver fra den erfarne patient	75
6. Opsummering.....	77
Litteratur	79
Bilag 1: Opsamling på gruppearbejde	81
Bilag 2: Tværgående temaer fra interviewguides Holstebro	83
Bilag 3: Interviewguide til interview med erfaren KOL-patient.....	85

1. Indledning

Dette notat er udarbejdet for at understøtte udviklingen af opgaver og samarbejdsrelationer for den stilling som KOL-konsulent, der den 1. juni 2008 er oprettet i regi af Holstebro Kommune¹.

KOL-konsulenten indgår som en af flere indsatser, der skal styrke Holstebro Kommunes opsøgende og forebyggende kommunale indsats over for borgere med KOL². KOL-konsulentens opgave er dels at fungere som borgerens indgang til kommunale og evt. regionale tilbud til borgere med KOL, dels fungere som ressourceperson i forhold til kontakten og samarbejdet mellem almen praksis, lungemedicinsk afdeling og kommunale indsatser til borgere med KOL. Endelig er KOL-konsulenten ansvarlig for at koordinere og planlægge kompetenceudvikling af kommunens sundhedsfaglige personale.

Udviklingen af disse opgaver, samt udviklingen af en tilsvarende funktion, oprettet i Viborg/Skive Kommune, følges af Dansk Sundhedsinstitut via projektet: *Forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi*. Der er tale om en procesevaluering, der har til formål at:

1. Bidrage til at der sker en afklaring og konkretisering af udviklingen og implementeringen af to forløbskoordinerende funktioner med ansvar for at udvikle en tidlig indsats på KOL-området.
2. Gøre status over udviklingsforløbet efter det første halve år, med henblik på at erfaringer, der indsamles i de to projekter, kan indgå i det videre arbejde med at udvikle forløbsprogrammer på områderne KOL, diabetes og hjerte-karsygdom i Region Midtjylland.

Projektet er finansieret ligeligt af de deltagende kommuner og Kontoret for kronikeromsorg og kommunesamarbejde i Region Midtjylland.

¹ Projektets anden projektgruppe udgøres af Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, Viborg Kommune og Skive Kommune.

² Se evt. (1) for uddybning.

2. Metode

Datagrundlag

Notatet er baseret på gennemgang af skriftligt materiale fra projektgruppen (1-3), samt interview med:

1. Afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling, Holstebro Hospital.
2. Praktiserende læge i Holstebro kommune.
3. Borger med KOL.
4. Rehabiliteringschefen i Holstebro kommune.
5. Distriktschef i hjemmeplejen i Holstebro kommune.
6. Hjemmesygeplejerske og kommende KOL-nøgleperson i Holstebro kommune.

Herudover indgår de seks tilsvarende interview, der er udført i Viborgklyngen, som en del af analysegrundlaget for notatet. Det drejer sig om interview med:

1. Udgående KOL-sygeplejerske fra Skive Hospital.
2. Overlæge på lungemedicinsk afdeling, Skive Hospital.
3. Praktiserende læge og praksiskonsulent ved lungemedicinsk afdeling, Viborg Hospital.
4. Leder af Aktivitet og Træning, Skive Kommune.
5. Distriktsleder i ældreplejen, Viborg Kommune.
6. Jobkonsulent i afdelingen for sygedagpenge, Viborg Kommune.

Udvælgelse af informanter

De to gange seks interviewpersoner/repræsentanter for KOL-behandlingen er udpeget på en temadag afholdt den 19. maj 2008. På temadagen udpegede projektgrupperne, på baggrund af et oplæg fra DSI, de vigtigste kommende samarbejdspartnere for KOL-konsulenten og kom med bud på emner, de gerne ville have belyst via interview med disse (se bilag 1 for oversigt).

Interviewpersonerne er udpeget som interessenter i KOL-behandlingen, der:

1. Varetager væsentlige opgaver i relation til den eksisterende KOL-behandling.
2. Har væsentlig viden om den eksisterende KOL-behandling og det lokale samarbejde vedrørende KOL-patienter.
3. Vurderes at være vigtige kommende eller potentielle samarbejdspartnere for KOL-konsulenten.

Udførelse af interview

De seks repræsentanter fra KOL-behandlingen i Holstebro Kommune er efterfølgende interviewet på baggrund af:

1. De temaer, som den lokale projektgruppe selv opstillede via gruppearbejde.

2. De opgaver og arbejdsmetoder, som er indeholdt i det lokale KOL-konsulentprojekt, jf. projektets projektbeskrivelse (1; 2).
3. De problemstillinger, som er beskrevet i DSI's første leverance til projektet: *Guide til kommunal forløbskoordination* (4).

Før interviewene er udarbejdet en generisk semistruktureret interviewguide (bilag 2), som forud for interview er tilpasset til det enkelte interview. Herudover er der udformet en særlig interviewguide til patientinterviewet (bilag 3).

Databehandling og analyse

Interviewene er udført i perioden den 28. maj til 13. juni 2008. Hvert interview er optaget, og der er samtidig skrevet et udførligt og videst muligt ordret referat. Referatet er efterfølgende gennemlæst og kategoriseret i temaer, der er anvendt som afsæt for analyse.

I notatet er temaerne samlet under fire hovedoverskrifter, og der er under hver enkelt udtrukket konkrete ønsker og anbefalinger på tværs af interviewene, i det omfang det har været muligt.

De 3 hovedoverskrifter, som er styrende for notatets struktur er:

Afsnit 3: Hvornår og hvordan optræder KOL som problemstilling

- a. Opsporing
- b. Behandling og forebyggelse.

Afsnit 4: Sammenhæng i KOL-forløb

- c. Fagpersonernes perspektiver
- d. Fagpersonernes vurdering af patienternes perspektiver.

Afsnit 5: Feedback til KOL-konsulent

- e. Ønsker og forventninger til KOL-konsulent
- f. Overlappende opgaver
- g. Muligheder og betingelser for samarbejde omkring udvikling af en tidlig kronikerindsats
- h. Involvering af almen praksis
- i. Samarbejdet med lungemedicinsk afdeling.

I afsnit 3 og 4 analyseres problemstillinger, der knytter sig til KOL-forløb på generelt niveau med udgangspunkt i interviewmaterialet fra både Holstebro Kommune og Viborgklyngen. Interviewpersonernes udsagn har været konsistente på tværs af de to undersøgte lokaliteter, og det vurderes derfor, at der er opnået relativt stor validitet i analyse og anbefalinger.

Afsnit 5 er forbeholdt de konkrete tilbagemeldinger, der er givet til planlagte initiativer i Holstebro Kommune. Afsnit 5 er derfor kun baseret på de interview, der er udført lokalt.

Notatet afsluttes med et kort afsnit 6, hvor de væsentligste konklusioner og anbefalinger sammenfattes.

Notatets og interviewenes status

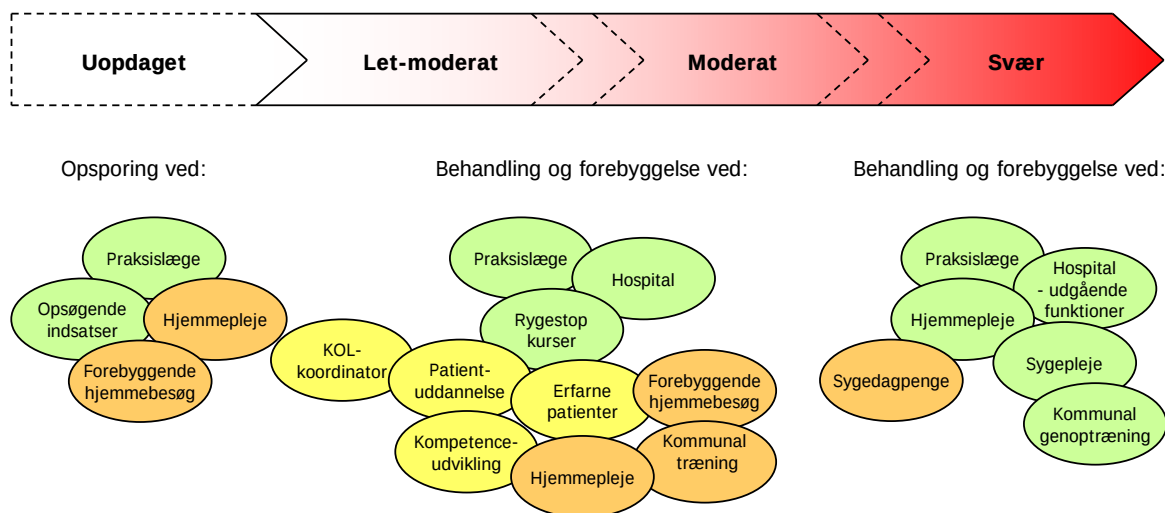
Det må forventes, at interviewpersonerne, der næsten alle har særlige opgaver og/eller en særlig interesse for KOL, ikke er repræsentative for de sundhedsfaglige, som KOL-konsulent fremover skal samarbejde med.

Det skal derfor understreges, at leverancen udgør et input til projektgruppernes udviklingsarbejde, der bør anvendes som afsæt for fortsat dialog om samarbejdet med de interviewede samarbejdspartnere og de driftsorganisationer, de repræsenterer. Der er tale om retningsangivelse for problemstillinger og muligheder, som bør udforskes og konkretiseres yderligere via projekternes udviklingsfase.

Det er indeholdt i DSI's dokumentation og evaluering af KOL-projektet, at interviewene gentages efter et halvt år med henblik på at dokumentere udviklingsprocessen og komme med et fornyet input til det videre udviklingsarbejde.

3. Organisering af KOL-forløb

Figur 3.1 Eksisterende, planlagte og potentielle aktører i KOL-forløb



3.1 Væsentlige aktører i KOL-indsatsen

Ovenstående figur viser de KOL-forløb, som er diskuteret via interview. Figuren illustrerer de væsentligste aktører, der i dag optræder i forbindelse med KOL-forløb (grønne bobler), de nye indsatser der er planlagt i regi af KOL-projektet (gule bobler), samt de aktører der via interview er identificeret til at have et uudnyttet potentiale i forhold til opsporing såvel som behandling af KOL (orange bobler).

Som det ses, omfatter KOL-forløbet i figuren (og notatets analyse) patienter, der endnu ikke er diagnosticeret. Dette er gjort med henblik på at illustrere de muligheder, som interviewpersonerne ser for at inddrage eksisterende aktører i opsporingsarbejdet. I faserne efter at diagnosen er stillet, gengiver figuren på samme måde de aktører, der i dag spiller en rolle i forebyggelse og behandling af diagnosticeret KOL, de nye tilbud der planlægges via Holstebro Kommunes KOL-projekt, samt de aktører hvis rolle i KOL-indsatsen der ønskes styrket.

Sammenhænge og problemstillinger relateret til det illustrerede KOL-forløb gennemgås og diskuteres løbende i de følgende afsnit.

3.2 Hvornår og hvordan optræder KOL som problem

Omdrejningspunktet for KOL-konsulentens opgaver er at sikre en tidlig diagnosticering af KOL-patienter og at skabe muligheder for, at den enkelte patient i samarbejde med sundhedsvæsenet kan handle aktivt på en tidlig diagnose. I interviewene har det derfor været diskuteret, hvor, hvornår og hvordan KOL-diagnosen opspores, samt hvordan der i dag handles på nyopdaget eller let KOL.

Fælles for interviewpersonernes erfaringer med KOL er, at de oplever det som et stort problem, at KOL opdages for sent, fordi borgere og sundhedsfaglige ikke er aktive nok i forhold til opsporing. Det fremgår også, at interviewpersonerne oplever, at de har særdeles vanskeligt ved at omsætte diagno-

sen let til moderat KOL til virksom handling sammen med de pågældende patienter – først og fremmest fordi begge parter oplever sundhedspædagogisk (sam)arbejde som vanskeligt og grænseoverskridende.

Det fremgår af interviewene, at det i dag oftest er den praktiserende læge, der først mistænker og efterfølgende diagnosticerer en patient med KOL, enkelte gange suppleret med en udredning på lunge medicinsk afdeling. Imidlertid fremgår det også, at KOL ganske ofte først diagnosticeres i forbindelse med en akut indlæggelse eller som et bifund i forbindelse med anden behandling på hospital.

Når KOL-patienter diagnosticeres på hospital, er der ifølge interviewpersonerne oftest tale om fremskreden KOL. Enkelte interviewpersoner fremhæver i forlængelse heraf, at det er særdeles væsentligt, at der også på hospitalet (fx på de medicinske afdelinger, der modtager mange ældre patienter med uopdaget KOL) fokuseres meget mere på at opspore KOL, end tilfældet er i dag.

På tværs af interviewene er der dog enighed om, at hospitalsbehandling og kommunale sundheds- og plejeydelser generelt først bør komme på tale i senere stadier af sygdomsforløbet, eller når der opstår en akut forværring i forbindelse med fx lungebetændelse. Derfor er der også enighed om, at den mest direkte vej til en tidlig opsporing er via almen praksis.

Af interviewene med de praktiserende læger fremgår det, at der, for den enkelte praktiserende læge, opleves en dobbelt problemstilling i forhold til opgaven med at opspore og diagnosticere KOL:

På den ene side fortæller lægerne, at der er mange patienter, som de ofte igennem længere tid har haft et godt øje til fx på grund af rygning, livsstil eller hyppige luftvejsproblemer. I disse tilfælde knytter lægens problem sig til at omsætte mistanken til konkret handling, dels hvis lægen ikke selv har opmærksomhed nok på symptomer og udførelse af spirometri, dels hvis patienten ikke ønsker at gå videre med resultatet af en spirometri, der viser nedsat lungefunktion.

På den anden side fortæller de interviewede læger, at der er en forholdsvis stor gruppe patienter, som lægen enten slet ikke har set i sin konsultation, eller hvor lægen ikke bliver opmærksom på KOL, før patienten har mistet halvdelen af sin lungekapacitet. Her er problemet altså, at det først er, når patienten føler sig decideret syg og selv henvender sig til lægen, at der er mulighed for at stille en aktionsdiagnose – et forhold der tydeliggør, at tidlig opsporing ikke er et indsatsområde, som knytter sig til almen praksis alene.

Interviewpersonernes bud på indsatsområder, der kan anvendes som afsæt for en forbedret opsporing, er i forlængelse heraf, at:

- ♦ Almen praksis' opmærksomhed på rygning og KOL skærpes og sættes i system, således at lægen selv eller hjælpepersonalet har procedurer, der sikrer en meget mere aktiv rolle i forhold til at tilbyde spirometri og motivation/viderehenvielse til rygestop.

Men også, at:

- ♦ Indsatsen for at få potentielle KOL-patienter til at søge læge skal intensiveres og sammentænkes. Eksempler på eksisterende indsatser, som nævnes under interviewene er: Den Internationale KOL dag, KRAM-busser, kampagner rettet imod primær forebyggelse og rygestopkurser.
- ♦ Aktører, som i forvejen er i kontakt med uopdagede KOL-patienter, søges inddraget i en mere aktivt i opsporing. Interviewpersonerne peger først og fremmest på den kommunale ældrepleje og forebyggende hjemmebesøg som oplagte aktører, mens sygedagpengeområdet fremhæves som en mulig aktør.

3.3 Behandling og forebyggelse af let til moderat KOL

Muligheden for hurtigt at kunne igangsætte behandling og sekundær forebyggelse, når der er stillet en diagnose, fremhæves af samtlige interviewpersoner som det andet væsentlige element, der i dag mangler i forhold til KOL. Diabetes og hjerte-karsygdom nævnes også under interviewene, men opfattes ikke som lige så svære at arbejde med som KOL. De fleste interviewpersoner understreger i forlængelse heraf, at de oplever eksisterende behandlingstilbud og den indsats, de selv leverer i forhold til at motivere patienten til at bruge dem som et område, hvor der er plads til væsentlige forbedringer:

Først og fremmest er der plads til forbedring, fordi opgaven med at motivere til livsstilsændringer, som tidligere nævnt, af mange fortsat opleves som grænseoverskridende og vanskelig. Samtidig er sygdommen, ifølge interviewpersonerne, tabubelagt og skamfuld for den enkelte patient, ligesom der blandt sundhedsfaglige fortsat er mange, der opfatter KOL-diagnosen som selvforskyldt frem for et samfundsskabt problem. Disse forhold udgør tilsammen en væsentlig barriere for at tage handling på en nyopdaget KOL. Flere interviewpersoner efterlyser i forlængelse heraf hjælp til at styrke sundhedsfremme såvel som anerkendelse af patienterne i deres/deres medarbejders daglige møde med KOL-patienter.

Sekundært peger interviewpersonerne på, at der er få tilbud, der henvender sig til lette KOL-patienter, samt at de tilbud, der findes,³ leveres spredt og usystematisk. I forhold til de eksisterende tilbud er det endvidere et stort problem, at ingen (på nær enkelte rygestop- og motionstilbud i foreningsregi) egner sig til erhvervsaktive patienter.

I forlængelse heraf mangler de fleste interviewpersoner overblik over, hvilke tilbud der er til såvel lette, moderate og svære KOL-patienter, hvor længe tilbuddene kører, og hvilke henvisningsprocedurer der er til det enkelte tilbud. To af interviewpersonerne vurderer i forlængelse heraf, at enhederne for forebyggende hjemmebesøg på nuværende tidspunkt har det bedste overblik over, hvilke eksisterende tilbud der findes af relevans for gruppen af let til moderate KOL-patienter.

Interviewpersonerne oplever dog, at der inden for de seneste år er sket en bevægelse i forhold til KOL. Dels vurderes det, at især almen praksis og lungemedicinsk afdeling er blevet mere opmærksomme på, at der er meget, der kan gøres for at forebygge (rygestop, motion, kost) og behandle KOL (korrekt ordinerings og brug af medicin). Og flere ser også tegn på ændringer i såvel henvendelses- som henvisningsmønsteret til eksisterende tilbud.

Fx oplever interviewpersonen fra Aktivitet og Træning, at antallet af moderate KOL-patienter, der henvises fra sygehuset til vedligeholdende træning i kommunalt regi eller genoptræning i kommunalt regi, er kraftigt stigende, ligesom der også er flere patienter, der selv henvender sig til enheden.

Et andet eksempel er, at stadigt flere praktiserende læger har eller har planer om at indføre en fast årlig kontrol for KOL-patienter og uddanner egne rygestopinstruktører blandt praksispersonalet.

Det anbefales på baggrund af interview at drøfte:

- ◆ Hvorledes den planlagte styrkelse af KOL-indsatsen og introduktionen af KOL-konsulent kan medvirke til at styrke almen praksis' opsporing af KOL-patienter.
- ◆ Hvorledes KOL-konsulent kan medvirke til, at ældreplejen og lignende aktører, der er i kontakt med uopdagede eller lette KOL-patienter, kan gøres til en aktiv del af opsporings- og henvisningsarbejdet.

³ Eksempler som nævnes er: Vedligeholdende træning i kommunalt regi, motion på recept, stavgangsklubber, træning hos privatpraktiserende fysioterapeut, kurser i regi af lungeforeningen, aftenskole for KOL-patienter, rygestopvejledning fra almen praksis, kommune, hospital og apotek, ældreidræt, samt patientskoler i hospitalsregi.

- ◆ Hvilke perspektiver der er for, at KOL-konsulenten kan skabe og formidle overblik over eksisterende tilbud på KOL-området.
- ◆ Hvilke muligheder der er for, at KOL-konsulenten kan være med til at koordinere og målrette eksisterende tilbud på KOL-området.

4. Sammenhæng i KOL-forløb

KOL-konsulentens skal medvirke til at skabe sammenhæng i KOL-indsatsen såvel som i det enkelte patientforløb. Derfor har det været centralt at afdække, hvilke forhold interviewpersonerne forbinder med henholdsvis skabelse af sammenhæng og manglende sammenhæng for dem selv og de KOL-patienter, de er i kontakt med.

Af interviewene fremgår det, at sen opsporing og vanskeligheder med at omsætte en tidlig diagnose til virksom handling opleves som væsentlige kilder til manglende sammenhæng i KOL-indsatsen. I forlængelse heraf er der en udbredt forventning om, at tidlig opsporing og behandling indirekte vil resultere i forbedret sammenhæng, i det omfang det lykkes at mindske behovet for behandlinger af fremskreden KOL.

Ingen interviewpersoner har dog egentlige erfaringer med opsporing og forebyggelse af let KOL. Det skyldes, at sygdommen på dette stadie ikke optræder som en betydende problemstilling i deres møde med borgeren eller patienten. Interviewpersonerne kan derfor ikke bidrage med konkrete eksempler på, hvordan tidlig opsporing og forebyggelse i praksis skaber sammenhæng. Derimod har de mange eksempler fra deres daglige arbejde med og omkring patienter med moderat til svær KOL, der gengives og diskuteres i dette afsnit.

4.1 Fagpersonernes perspektiver

I forhold til de KOL-patienter, hvor både ældreplejen og den praktiserende læge er involveret, fremhæves især mangelfuld kontakt imellem parterne og deraf følgende lille fælles viden om patienten og især dennes aktuelle medicinstatus som en barriere for sammenhæng. Såvel de praktiserende læger som repræsentanterne fra ældreplejen fremhæver, at der er tale om en snitflade, de gerne vil blive bedre til at prioritere.

Konkret vil interviewpersonerne gerne dyrke flere af de gode eksempler på løbende dialog mellem parterne. I forhold til dette ønske fremgår det fra begge parter, at initiativet til samarbejde primært ligger hos hjemmesygeplejen, og at begge parter oplever, at det er vanskeligt at *få sat ansigt på samarbejdet*. Derfor suppleres ønsket om et bedre personligt samarbejde også af et stort ønske om redskaber, der kan skabe en bedre automatisk og systematisk vidensdeling i forhold til medicin, komplikationer, behandlingsstatus og lignende.

På tværs af det samlede undersøgelsesmateriale fremgår det, at der er to komplementerende forhold, som interviewpersonerne forbinder med sammenhæng i deres daglige arbejde med KOL-patienter: Dels øges deres oplevelse af sammenhæng i takt med mængden af fælles faglig viden om KOL-diagnosen og de, problemstillinger den medfører, dels øges deres oplevelse af sammenhæng i takt med deres egen, men især den fælles viden om den enkelte patients sygdomsforløb og aktuelle behandlingsstatus.

Nedenfor gennemgås de konkrete eksempler, som interviewpersonerne bruger til at illustrere de to forhold. Eksemplerne er sorteret, alt efter om der primært skabes sammenhæng via personlig kontakt mellem fagpersoner, eller om de er baseret på en standardisering af arbejdet, som rækker ud over den personlige relation.

Sammenhæng baseret på personlige relationer

Interviewpersonerne fortæller på tværs af interviewene om en række enkeltelementer fra deres dagligdag, som de forbinder med ovenstående to sider af sammenhæng. Det drejer sig fx om, at der er:

- ♦ En kendt og tilgængelig ressourceperson med tværgående viden om det samlede ydelseskatalog på et område, som patient og sundhedsprofessionel kan inddrage (fx har sygedagpengeområdet i Viborg en ressourceperson, som for medarbejdere og klienter har en særlig rådgivningsfunktion i forhold til kræftområdet).
- ♦ En kendt og tilgængelig mulighed for at få rådgivning fra en faglig specialist i sygehusregi (fx at man ringer til KOL-sygeplejersken, fordi man kender hende, eller at der er et fast nummer med en faglig kompetent person i den anden ende).
- ♦ En udgående KOL- og iltsygeplejerske, der sørger for at fungere som konsulent for almen praksis og hjemmesygeplejen i forhold til den enkelte patient.
- ♦ En hjemmesygeplejerske, der agerer fleksibelt i forhold til telefontider og sørger for at viderebringe relevant information til patientens praktiserende læge.
- ♦ En praktiserende læge, som (nogen gange i kraft af sit klinikpersonale) er i stand til at samle og formidle den viden, der skabes i relation til en patients behandling (flere interviewpersoner fremhæver eksempler på sådanne lægepraksis, herunder den erfarne patient fra Holstebro).
- ♦ Når det lykkes den ansvarlige hjemmesygeplejerske og den praktiserende læge at opbygge en fælles viden om den enkelte patients forløb og aktuelle behandling.

Fællesnævneren for ovenstående eksempler er at de, for den enkelte interviewperson, skaber sammenhæng via direkte gensidig kontakt, der øger mængden af fælles viden blandt de aktører, som er tilknyttet den enkelte patient. Men der er også flere, der fremhæver, at ovenstående forhold er med til at facilitere sammenhæng, fordi der bliver *sat ansigt på samarbejdet*, og at der *skabes tillid på begge sider* af relationen.

Sammenhæng baseret på standardisering

Interviewpersonerne fremhæver også en række kilder til sammenhæng, som ikke er knyttet til samarbejdet omkring den enkelte patient, fx at der er:

- ♦ En udgående KOL- og iltsygeplejerske, der sørger for at bidrage aktivt til tværgående kompetenceudvikling af hjemmeplejens basispersonale.
- ♦ Hospitalsfunktioner/enkeltpersoner, der arbejder aktivt med at kontakte, uddanne og opdatere almen praksis om muligheder, behandling og metoder til at gå i dialog med KOL-patienter om forebyggelse og lignende.
- ♦ Udarbejdet fælles, enkle og faste procedurer om samarbejdet omkring udskrivning, genoptræning og henvisning til forskellige tilbud (fremhæves især af almen praksis og interviewpersoner fra hospitalssektoren).
- ♦ At der skabes fælles faglig viden på tværs af patienter og sundhedsfaglige via uddannelsesprogrammer (eksempelvis Fælles Skolebænk og Lærings- og mestringsprogrammet).

Fællesnævneren for ovenstående eksempler er, at de for den enkelte enhed og fagperson skaber sammenhæng via standardisering af systemer, redskaber og viden, dvs. sammenhæng med udgangspunkt i organiseringen af KOL-indsatsen og med udgangspunkt i en fælles generel faglig viden.

4.2 Fagpersonernes vurdering af patienternes perspektiver

Interviewpersonerne er under interviewene også blevet spurgt om deres vurdering af, hvilke forhold der skaber sammenhæng for den enkelte patient. Det skal understreges, at udsagnene ikke er systematisk valideret af patienter. Med dette forbehold in mente fremhæver interviewpersonerne tre kilder til manglende sammenhæng og utryghed, som de oplever i deres daglige kontakt med KOL-patienter:

- ◆ Når patienten er usikker på, hvad der skal ske, hvornår der sker noget, og hvorfor der skal ske noget, og når patienten fornemmer samme usikkerhed hos personalet.
- ◆ Når patienterne ikke kan finde ud af at tage deres medicin korrekt, når medicinen ikke er ordineret korrekt, eller når det personale, der skal hjælpe med at administrere medicinen, ikke er instrueret korrekt.
- ◆ Når patienten ikke oplever, at der er en gennemgående person, som kender patienten, inddrager denne og har overblik over aktuel behandling og medicin.

Interviewpersonernes udsagn, om hvordan patientoplevelen sammenhæng skabes, er i høj grad en forlængelse af de eksempler, der skaber sammenhæng for den enkelte fagperson. Fx fremhæves det igen og igen, at personale i ældreplejen, der er i stand til at observere og handle på tegn på forværring og i bedste fald også selv håndtere akut åndenød, bidrager til ro og kontinuitet for den enkelte patient – ikke mindst i det omfang akutte indlæggelser forebygges.

Et andet eksempel, som fremhæves mange gange er, at tovholdere, hvad enten det er i form af den praktiserende læge, en udgående KOL-sygeplejerske eller en ressourceperson i hjemmesygeplejen, kan medvirke til at skabe sammenhæng for patienten. Dels hvis de formår at blive et knudepunkt for information om patienten, og i særdeleshed hvis de formår at blive et knudepunkt af information og dialog for patienten.

Herudover er der på tværs af de udførte interview en konsistent fortælling om, hvor vigtigt det er at aktivere patienternes egne ressourcer så tidligt som muligt i forløbet. Interviewpersonerne fortæller således, at vidende patienter, der er i stand til at observere sig selv, tage deres medicin korrekt og foretage selvbehandling med PN-medicin, er en væsentlig kilde til sammenhæng.

Midler til at facilitere ovenstående "patientskabte" sammenhæng er ifølge interviewpersonerne først og fremmest en helhedsorienteret patientuddannelse, der kombinerer træning med faglig viden, men også mulighed for at dyrke sociale relationer med ligestillede (fx cafetilbud og åben træning). Især den læring og inspiration, som patienter, der er på det samme niveau i sygdommen, kan give hinanden, vurderer flere interviewpersoner som værdifuld.

4.3 Diskussion

En del af de eksempler, som interviewpersonerne fremhæver som kilde til sammenhæng, er relateret til at få sundhedsfremme til at spire i den daglige relation mellem medarbejder og borgere og patienter. Udgangspunktet er imidlertid først og fremmest, at den sundhedsprofessionelle selv skal have rammer for sit arbejde samt kompetencer, der fremmer muligheden for at agere sundhedsfremmende i samarbejde med den enkelte borger og patient.

Den personbårne sammenhæng, der fremhæves, giver mulighed for løbende dialog om patienten, men også mulighed for rådgivning i situationer, der adskiller sig fra det rutinemæssige arbejde. En sådan sammenhæng er stærk i forhold til enkelt problemstillinger, som kræver hurtig og koordineret handling (fx opgaven med at forebygge svære KOL-patienters akutte indlæggelser).

Set i et overordnet perspektiv medfører personbåren sammenhæng dog to udfordringer, som det er væsentligt at være opmærksom på: Dels er den fælles viden, der skabes, sårbar overfor udskiftning af personer, dels er den direkte kontakt, som den er baseret på, en ressource, som må koordineres og deles på.

Eksempelvis fremhæves manglende sammenhæng i ordination af medicin, instruktion i brug af medicin og i administration af medicin, som en tilbagevendende kilde til frustration og fejl. Her oplever flere interviewpersoner at der mangler systematik og fælles fodslag med henblik på at mindske behovet for gentagen personlig kontakt, i et samarbejde med mange forskellige personer.

Den sammenhæng, der skabes via standardisering kan til gengæld bruges som udgangspunkt for et effektivt dri forhold tilssamarbejde i kraft af at:

- ◆ Overlevering af patienter og relevant information kan sættes i system
- ◆ Arbejdsdelingen imellem forskellige aktører kan aftales på forhånd
- ◆ Fælles faglig viden om behandling af KOL, nedsætter risikoen for misforståelser og fejl i forhold til fx kommunikation og medicinering.

Set i forhold til KOL og til dels også sundhedsfremme er fordelene ved standardisering derfor, at samarbejde såvel som opgaven med at motivere til sundhedsfremme ensrettes, at behovet for personlig kontakt mellem involverede aktører mindskes, og at den sammenhæng, der skabes, er relativt robust overfor udskiftning af enkeltpersoner. I et system med mange aktører og/eller uforudsigelige sygdomsforløb vil der dog altid opstå problemer, som ikke kan løses ved hjælp af standarder.

I et forløbsperspektiv handler det derfor om løbende at vægte redskaber og metoder til at skabe sammenhæng. Set i forhold til oprettelsen af de nye funktioner kan ovenstående eksempler og diskussionen bruges som afsæt for en drøftelse af, hvordan der kan opnås en synergieffekt imellem patientrettet og organisatorisk arbejde med at fremme sundhedsfremme.

Det anbefales på baggrund af interview at:

- ◆ Drøfte hvornår og hvordan KOL-konsulenten skal facilitere sammenhæng via henholdsvis standardisering og personrelateret samarbejde.
- ◆ Drøfte på hvilke måder KOL-konsulenten kan medvirke til at øge mængden af fælles viden om KOL på tværs af funktionens samarbejdspartnere.
- ◆ Drøfte hvordan de forskellige specialiserede funktioner på KOL-området kan gøres robuste over for personaleudskiftning, sygdom og lignende.
- ◆ Opsøge og anvende den viden om at udvikle nye funktioner og om at arbejde på tværs, som de udgående KOL- og iltsygeplejersker har opbygget.

5. Feedback fra samarbejdspartnerne

Under dette tema er interviewpersonernes ønsker til udviklingen af en tidlig KOL-indsats diskuteret med udgangspunkt i de nye initiativer, der skal udvikles i regi af Holstebro Kommunes KOL-projekt. Som konsekvens af interviewpersonernes forskellige placeringer inden for sundhedsvæsenet har de forskellige forventninger til KOL-konsulenten, og de fremdrager ligeledes forskellige muligheder og udfordringer for det fremtidige samarbejde. I de følgende afsnit skitseres de konkrete tilbagemeldinger, der via interviews er givet til KOL-konsulenten og sundhedscentret.

5.1 Ønsker og forventninger til KOL-konsulenten

Alle interviewpersoner finder det nødvendigt at rykke opsporing og efterfølgende sekundær forebyggelse og behandling frem i KOL-forløbet. Næsten alle er dog også enige om at, der er mange og store udfordringer forbundet med at udvikle en sådan ny indsats – rettet imod en skjult patientgruppe, der dels er vanskelig at opspore, dels af mange opfattes som vanskelig at aktivere i forhold til den sundhedsfremmende indsats, der ønskes. En del interviewpersoner fremhæver også, at visionen om en tidlig KOL-indsats kommer til at konkurrere med mange andre igangværende initiativer samt ressourcemangel i form af personalemangel og økonomi.

På tværs af de udførte interview udtrykkes ønske om, at sundhedscentret og KOL-konsulenten husker, at samarbejde kræver inddragelse og medindflydelse. De interviewede samarbejdspartnere ønsker alle at blive taget med på råd, når der skal udvikles nye indsatser, som skal forankres i deres respektive driftsorganisationer. De ser derfor positivt på de møder, som KOL-konsulenten er startet på med henblik på at afstemme de gensidige forventninger til indsatser og samarbejde.

Den anden gennemgående tilbagemelding er, at interviewpersonerne ønsker, at KOL-konsulenten fremover bliver den ressourceperson i kommunen, der samler indsatsen omkring KOL. Som distriktslederen fra hjemmeplejen formulerer det:

"En person der er netværksskabende og dannende, en der indhenter ny viden og introducerer den til organisationen. En som kan sige 'det her, det er der brug for'... Med andre ord én der kan være med til at kvalificere indsatsen, men også dokumentere at det har hjulpet. Det er vigtigt at kunne se en effekt".

Hjemmeplejen og lungemedicinsk afdeling

Forventningerne til KOL-konsulenten fra disse to samarbejdspartnere er store. Til gengæld hænger de godt sammen: Begge parter opfatter nemlig KOL-konsulenten og de opgaver, denne skal arbejde med, som *et kærlighedsløft til KOL-indsatsen* og de *glæder sig til at komme i gang med den nye indsats*.

Begge interviewpersoner håber, at KOL-konsulentens og de kommunale nøglepersoners opsøgende virksomhed på lungemedicinsk afdeling kan give patienterne en personlig relation og et indblik i de tilbud, der findes i kommunen, som kan få flere til at tage imod den hjælp, der findes, som mange vælger ikke at tage imod.

Fra hjemmeplejens side ses der frem til at få etableret et netværk af nøglepersoner i relation til KOL for derigennem få mere ekspertise og handlekraft i plejens yderste led. I forhold til nøglepersonerne forventer distriktschefen, at KOL-konsulenten fungerer som tovholder for gennemførelsen af Fælles Skolebænk-uddannelsen og som den ressourceperson, der efterfølgende hjælper nyuddannede nøgle-

personer med at omsætte deres viden i praksis. Da Fælles Skolebænk er tænkt som et tilbagevendende uddannelsesstilbud, forventer distriktschefen også, at KOL-konsulentens skal være med til at vurdere behovet for at gentage samt arrangere fremtidige kurser.

Afdelingssygeplejersken fra lungemedicinsk afdeling vurderer, at KOL-indsatsen i øjeblikket har ekstra svære kår på grund af det skærpede fokus på cancerområdet. Hun håber derfor, at det nye samarbejde med kommunen og KOL-konsulentens kan være med til at skubbe lidt til denne skævvridning.

5.2 Overlappende opgaver

Lungemedicinsk afdeling på Holstebro Hospital har allerede en udgående KOL- og iltsygeplejerske. Afdelingssygeplejersken ser derfor mulige overlap mellem de udgående funktioner og KOL-konsulentens, som skal afklares. Hun påpeger dog også to væsentlige forskelle: For det første at afdelingens udgående sygeplejersker ikke har koordinerende opgaver, der rækker ud over mødet med den enkelte patient; for det andet at det stort set kun borgere med svær KOL, der får besøg af sygeplejerskerne, hvorimod KOL-konsulentens indsats rettes mod både let, moderat og svær KOL. Hun forventer derfor, at etableringen af en fornuftig arbejdsdeling bliver relativt uproblematisk.

Afdelingssygeplejersken ser det som en kommunal opgave at pleje borgere i deres eget hjem, og hun er derfor åben over for, at kommunen med tiden overtager de udgående sygeplejerskers opgaver. Efterhånden som kommunens tilbud udvides og bider sig fast, håber sygeplejersken i virkeligheden, at de udgående funktioner overflødiggøres. Afdelingssygeplejersken understreger flere gange, at hun bakker fuldstændigt op om projektet med KOL-konsulentens, og at hun vil gøre alt, hvad hun kan, for at understøtte den nye funktion.

Distriktslederen fra hjemmeplejen ser ikke umiddelbart noget overlap imellem KOL-konsulentens og hjemmesygeplejen. Hun vurderer, at det planlagte netværk af nøglepersoner og den opsøgende indsats på lungemedicinsk afdeling *bygger ovenpå en struktur og et ansvar, som allerede er defineret*. Derfor forventer hun, *at resultatet bliver en væsentlig styrkelse af hjemmeplejens indsats på KOL-området*.

Den praktiserende læge peger til gengæld på netop hjemmesygeplejen og de udgående hospitalsfunktioner som eksempler på mulige overlap, og han er ikke overbevist om nødvendigheden af at have en kommunal KOL-konsulent, dels fordi de udgående funktioner og hjemmesygeplejen allerede er på plads, og dels fordi der, ifølge lægen, *allerede er sket en markant styrkelse af KOL-indsatsen i almen praksis*.

Efter at have fået forklaret KOL-konsulentens opgaver og den henvisningsrolle, som almen praksis er tiltænkt, vurderer han dog, at samarbejdet kan være relevant, og at det vil være realistisk at få ham selv og hans kolleger til at henvise – selvom kommunen skal være forberedt på, at det ikke vil være muligt at få alle med.

Adspurgte om hvorfor ingen læger ønsker at besætte stillingen som praksiskonsulent for sundhedscentret, fortæller lægen, at det skyldes en kombination af, at der er sat for få timer af til opgaven, og at de praktiserende læger langt hellere ser en opprioritering af indsatser og samarbejde på henholdsvis børn- og ungeområdet og sygedagpengeområdet. På disse områder er der ifølge lægen massive problemer og et stort ønske om, at der oprettes praksiskonsulenter, som kan være med til at forbedre kommunikation og samarbejde.

Lederen for Aktivitet og Træning ser et overlap imellem sundhedscentrets kronikertilbud og de tilbud om holdtræning, der i dag tilbydes i regi af enheden. Endvidere er hun usikker på, præcis hvad det er for et fremtidigt samarbejde, sundhedscentret forestiller sig. Lederen tilføjer dog også at, der er ind-

ledt en god dialog, som hun forventer vil resultere i en bedre gensidig forståelse af hinandens roller og opgaver, og som fremadrettet vil blive til et egentligt samarbejde om en tidlig kronikerindsats.

5.3 Muligheder og betingelser for samarbejde

Flere informanter peger på, at den største udfordring for KOL-konsulenten er at få visionen om en forbedret KOL-indsats ud i yderste led. Dvs. at:

- ◆ Den enkelte praktiserende læge og dennes konsultationssygeplejersker kender og ønsker at gøre brug af muligheden for at henvise patienter til KOL-konsulenten.
- ◆ Nøglepersonerne i hjemmeplejen rent faktisk får brugt deres viden i samarbejde med borgere og hjælpere.
- ◆ Personalet på lungemedicinsk afdeling begynder at tænke KOL-konsulenten og nøglepersoner ind i afdelingens daglige rutiner.

Interviewpersonerne peger i den forbindelse på, at det er væsentligt, men ikke nok, at involvere ledelsen blandt samarbejdspartnerne. Indsatsen skal i sidste ende implementeres der hvor borgerne befinder sig, og det kræver, at KOL-konsulenten formår at få viden om indsatsen og KOL kanaliseret ud til de rigtige mennesker. Det er basispersonalet og den enkelte lægeklinik, der skal vide, hvad der foregår på sundhedscentret, hvem de skal kontakte, og hvordan de skal henvise.

Interviewpersonerne peger således på, at etablering af et nyt samarbejde med de store driftsorganisationer og især almen praksis kræver en langvarig informations- og fastholdelsesindsats fra sundhedscentrets og KOL-konsulentens side. Og de råder til, at der sættes tilstrækkeligt med ressourcer og opmærksomhed af til disse opgaver, samtidig med at samarbejdet gives den fornødne tid til at vokse frem.

I den forbindelse tilføjer flere, at strejken på sygeplejerskeområdet har sat udviklingen i stå. Derfor gør interviewpersonerne fra hjemmeplejen, lungemedicinsk afdeling og Aktivitet og Træning opmærksom på, at de nu er bagud i den planlagte proces, og at det må accepteres, at det vil kræve noget tid og arbejde at genvinde den fælles kadence omkring KOL-indsatsen.

Lederen fra rehabiliteringsafdelingen og den praktiserende læge efterlyser specifikt, at repræsentanter fra deres områder havde fået mulighed for at sidde med ved bordet, inden projektet med KOL-konsulenten blev søsat. De fortæller i forlængelse heraf, at det ville have været en fordel i forhold til at afstemme forventninger og sikre, at KOL-konsulenten fik de rette opgaver og fokus i sit fremtidige virke. De gør også opmærksom på, at det kan skabe problemer med at motivere andre afdelinger og samarbejdspartnere, at sundhedscentret alene har udviklet konceptet omkring KOL-konsulenten.

Fra Aktivitet og Trænings side gøres der endvidere opmærksom på at, der er en mulig konflikt mellem de ønsker, som KOL-konsulenten og sundhedscentret har til samarbejdet, og den begrænsede kapacitet enheden har. Lederen understreger, at enhedens opgaver og ressourcer er knappe, fordi antallet af patienter, der henvises til kommunal genoptræning, er stærkt stigende. Derfor forventer chefen, at der i løbet af de kommende måneder foretages en fælles forventningsafstemning imellem sundhedscentret og enheden i forhold til:

1. Kriterier for at kunne deltage i træning: Lederen vurderer, at der ikke kan bevilges tilbud om vedligeholdende træning til lette KOL-patienter inden for rammerne af serviceloven. Ligeledes vurderer hun, at der ikke er personale og lokaleressourcer til et sådant tilbud.
2. Hvad man kan gøre for at forankre indsatsen uden for offentligt regi: Lederen ønsker ikke at være med til at *patientgøre lette KOL-patienter, de bedst fungerende skal blive ude af det offentlige.*

Derfor vurderer hun, at det er *vigtigt at prøve at inddrage private motionscentre og fysioterapeuter... at det er privat, betyder ikke, at de ikke kan få en støttet og målrettet indsats.*

5.4 Involvering af almen praksis

Den praktiserende læge fortæller, at det for ham og hans kolleger er essentielt, at kommunen giver en enkel og grundig information om kommunens nye KOL-indsats, og hvordan de skal indgå. Endvidere forventer den praktiserende læge en enkel henvisningsblanket, som kan anvendes af både ham og hans klinikpersonale.

Den praktiserende læge ønsker, at henvisning og skriftlig kommunikation kan håndteres af lægernes edb-system. Herudover ønsker han, at KOL-konsulenten redegør for, hvordan det foregår, når den praktiserende læge skal henvise videre. Lægen foreslår en kombination af fælles information til lægerne, skriftligt materiale evt. suppleret med opsøgende arbejde i forhold til den enkelte praksis. Hvis disse ønsker imødekommes, forventer han til gengæld, at de praktiserende læger vil kunne forsyne KOL-konsulenten med rigeligt patienter.

For at starte henvisningssamarbejdet op foreslår den praktiserende læge, at KOL-konsulenten præsenterer sig selv på et af møderne i Holstebro Kommunes lægeforening. Lægerne holder deres næste møde i september, og KOL-konsulenten skal bare sige til, så får hun taletid. Lægen opfordrer KOL-konsulenten til at være opmærksom på, at det er ny situation for de praktiserende læger at kunne henvise til kommunen. Desuden spiller det stadig en rolle, at kommunen som følge af strukturreformen er blevet større, og der kan således *være langt fra udkanten af kommunen til sundhedscentret i Holstebro på andre planer end det rent geografiske.*

Det betyder, ifølge lægen, at der ligger en ekstra udfordring i at få lægerne engageret i arbejdet med opsporing af borgere med KOL. Derudover gør den praktiserende læge opmærksom på, at samarbejdet mellem almen praksis og kommunen generelt kunne være bedre og mere udbytterigt. Lægen oplever, at det ikke virker, som om kommunen lytter til lægernes tilbagemeldinger og forslag. Derfor oplever lægen en tendens til, at der graves grøfter på begge sider – et forhold som han opfordrer KOL-konsulenten til at være meget opmærksom på i sin kommunikation til almen praksis.

Endelig fortæller lægen, at han jævnligt møder patienter, kolleger fra andre kommuner eller regionale samarbejdspartnere, der har fået at vide, at almen praksis fra Holstebro er umulige at samarbejde med. Lægen vurderer, at dette er meget skadeligt for samarbejdet, og han opfordrer derfor ledelse og medarbejdere på sundhedscentret til at være mere strategiske med, hvor og hvordan samarbejdet med almen praksis omtales.

5.5 Samarbejdet med lungemedicinsk afdeling

Eftersom lungemedicinsk afdeling skal samarbejde med fire kommuner om KOL-patienter, opfordrer afdelingssygeplejersken til, at der allerede nu tænkes over, hvordan henvisningssedler og procedurer for samarbejdet kan ensrettes på tværs. Hvis hver kommune kommer med deres egen model for samarbejde og henvisning, vurderer sygeplejersken, at der vil være stor modstand fra afdelingens personale. Afdelingssygeplejersken fortæller også, at Holstebro Kommune nu har den fordel, det er at være den første, der aktivt opsøger afdelingen. Sygeplejersken forventer derfor, at samarbejdet med Holstebro vil fungere som skabelon for evt. udvidelser.

Afdelingssygeplejersken ønsker, at skriftlig kommunikation og henvisning foregår via fax. Afdelingen ønsker ikke at kommunikere via e-mail. Herudover er det vigtigt for afdelingssygeplejersken, at der aftales et entydigt samarbejde mellem hjemmeplejens nøglepersoner baseret på faste rutiner, således

at der ikke bliver uklarhed om opgavedelingen mellem afdeling, nøglepersoner, KOL-konsulent og den kommunale myndighedsafdeling. Endvidere forventes det, at KOL-konsulenten sørger for, at afdelingen er opdateret om, hvem der er nøglepersoner i hjemmeplejen.

I forbindelse med at styrke KOL-indsatsen i primærsektoren ønsker afdelingssygeplejersken at oprette en rådgivningsfunktion. I øjeblikket er der ikke ledige lægeressourcer til en sådan indsats, men afdelingssygeplejersken håber, at der til efteråret er en erfaren sygeplejerske, som kan knyttes til en åben telefonrådgivning af almen praksis og ansatte på plejehjem og i hjemmesygeplejen.

Endelig fortæller afdelingssygeplejersken, at afdelingens udgående KOL-sygeplejerske kun fungerer som ressourceperson i forhold til den enkelte patient. Derfor håber afdelingssygeplejersken, at den kommunale KOL-konsulent kan medvirke til, at der sker mere en mere generel og systematisk vidensdeling – i første omgang på tværs af hospital og kommune, men på længere sigt også i almen praksis.

5.6 Perspektiver fra den erfarne patient

Den erfarne patient er både hjerte, diabetes og KOL-patient. Den sidste diagnose, han har fået, er KOL. Diagnosen blev stillet i december 2007 på grund af, at der under en bypass operation opstod komplikationer, fordi hans lunger ikke kunne følge med. Sygdommen var derfor fremskreden, da diagnosen blev stillet.

Patienten har efterfølgende fulgt et ambulant genoptræningsforløb for hjertepatienter. Det er også aftalt, at han skal starte på KOL-skole til juni, samt at han til august som en af de første patienter skal uddannes til instruktør i regi af Læring og Mestring. Patienten fortæller i forlængelse heraf, at han har haft utrolig meget gavn af den træning og rådgivning, han har fået efter bypass operationen, og at han ville ønske, at han var kommet i gang noget tidligere. Det er det budskab, han gerne vil være med til at formidle som instruktør på Lærings- og mestringskurset.

Det, han forventer at kunne bidrage med, er sine egne erfaringer. For patienter er det, ifølge den erfarne patient:

"Vigtigt at møde ligestillede, der ikke ser alt for sort på tingene, men kan fortælle nogle positive oplevelser... En der kan vise, at det ikke er nogen leg, det er alvorligt, men man kan gøre meget selv for at få det bedre... Man skal gøre det selv".

Patienten fortæller endvidere, at det man først og fremmest har brug for som ny patient, *er nok at have nogen at snakke med*, og at få mulighed for at *indgå i et socialt sammenhold*.

For sig selv ser han også instruktørrollen som en mulighed for *at vende sygdommen til noget positivt*, samt *en måde at holde sig i gang på*. På nuværende tidspunkt ved han ikke noget om indholdet i kurset, men han glæder sig til at komme i gang og finde ud af noget mere.

På baggrund af interview anbefales, at:

- ◆ De enkelte tilbagemeldinger anvendes som udgangspunkt for fortsat og dialog om udformning af opgavedeling og samarbejde med hver enkelt samarbejdspartner.
- ◆ Være opmærksom på, at det er en udfordring at udvikle indsatser og samarbejde mellem en lille specialiseret og hurtigt arbejdende funktion og store driftsorganisationer, hvis arbejde i høj grad er baseret på standardisering.
- ◆ Det overvejes, hvordan nye patientrelaterede tilbud kan organiseres på en måde, der tager højde for de geografiske barrierer og erhvervsaktives behov for tilbud, der ikke ligger i dagtimerne.

- ♦ Det overvejes, hvordan foreningsliv og private aktører kan inddrages med henblik på at skabe en langsigtet effekt af de planlagte patienttilbud.
- ♦ Der på ledelsesniveau tages initiativer til at forbedre kontakten til almen praksis.

6. Opsummering

I de enkelte afsnit er givet en række anbefalinger vedrørende delelementer af KOL-konsulentens opgaver og samarbejdsrelationer. I dette afsnit samles de væsentligste tværgående anbefalinger som den samlede analyse giver anledning til:

I forhold til tidlig opsporing anbefales, at:

- ◆ Der opstilles en strategi for, hvordan den nyoprettede KOL-konsulent, sammen med eksisterende nøgleaktører, kan medvirke til at skabe et vidtfavnende fokus på tidlig opsporing af KOL.

I forhold til skabelse af sammenhæng anbefales, at:

- ◆ Der opstilles en strategi for, hvordan KOL-konsulenten kan medvirke til, at der skabes fælles kompetencer og mål for KOL-behandling på tværs af KOL-forløb.
- ◆ Der opstilles en strategi for, hvordan de sammenhænge, der aktuelt skabes, med udgangspunkt i specialiserede koordinatorfunktioner gøres mindre sårbare over for projektmidler, der løber ud, ildsjæle der brænder ud og personaleudskiftning.

I forhold til udvikling af konkrete samarbejdsrelationer og forebyggende tilbud anbefales, at:

- ◆ Udviklingen baseres på en åbenhed i forhold til problemer og løsninger, som giver relevante samarbejdspartnere indflydelse på udvikling af konkrete initiativer.
- ◆ Der sammen med relevante samarbejdspartnere lægges en strategi for udvikling af patientrettet forebyggelse, der adresserer problemer vedrørende geografi, erhvervsarbejde og udslusning til private og frivillige aktører med henblik på at rekruttere deltagere og fastholde en langsigtet effekt.
- ◆ Almen praksis og lungemedicinsk afdelings ønske om et formaliseret samarbejde med enkle og faste rutiner imødekommes.

Litteratur

- 1) Bøge I, Greve E. Notat om Holstebro Kommunes KOL-konsulents opgaver og arbejdsområder. 2008.
- 2) Greve E, Bøge I. Holstebro kommunes indsats til borgere med KOL 9. 2007.
- 3) Holstebro Kommune. Holstebro Kommunes Sundhedspolitik. Holstebro Kommune; 2007.
- 4) Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet: Hvad skal der til i praksis? In Press. FOKUS - FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service og Dansk Sundhedsinstitut; 2008.

Bilag 1: Opsamling på gruppearbejde

A. Opsamling på Viborg klyngens gruppearbejde

Sted:	Personer:	Kerneproblemer:
Lungemedicinsk afdeling	Overlæge fra lungemedicinsk afdeling, udgående KOL-sygeplejerske.	Placering og forventninger til samarbejde, sammenhængende patientforløb – gå op i en højere enhed, samarbejdsrelationer. Forventninger til synlighed og samarbejde.
Praktiserende læger	Praksiskonsulent, lunge- medicinsk afdeling, Viborg Sygehus (arbejder meget indenfor KOL, de sidste to har projekter med KOL i gang nu.)	Henvi- sning – hvordan – smidig og let anvendelig, feedback, sammenhængende patientforløb, nye tilbud til patienter med mild/moderat KOL. Forventninger til synlighed og samarbejde.
Aktivitet + træning + ældreplejen i kommunalt regi	Ledende fysioterapeut samt en repræsentant for distriktsledelsen i den kommunale hjemmepleje.	Udvikling af kompetencer (både aktivitet og på hjemmeplejeområdet), sammenhængende patientforløb. Forventninger til synlighed og samarbejde.
Jobcenter	En repræsentant for syge- dagpengeafdelingen, der behandler sager, hvor KOL-diagnosen er repræ- senteret.	Nye muligheder, samarbejdsrelationer. Forvent- ninger til synlighed og samarbejde.

B. Opsamling på Holstebros gruppearbejde

Sted:	Personer:	Kerneproblemer:
Almen praksis	En læge fra Færch-huset. Her vil man gerne det kommunale samarbejde.	At informere, at aftale og at anvende henvisnings- muligheden. Lægerne siger, hvad skal vi med KOL- konsulent, de er glade for hjemmesygeplejersken/ plejen, 'frygt' for at koordinatoren overtager deres tovholderrolle, hvordan får de tillid til KOL-konsulen- ten. Central problemstilling: få dem til at acceptere, at skulle lægge ansvar fra sig, mulig overlapspro- blemstilling.
Chefledelse/hjemmeplejen	Distriktschef.	Ressourcer, udpegning, anvende. Forankring på ledelsesniveau, lave aftaler om ressourcer – time- forbrug, møder, hvad er realistisk i forhold til nøgle- personer. Pege på nøglepersoner.
KOL- nøglepersoner/ hjemmefra	Erfaren hjemmesygeple- jerske, som underviser med i lærings-mestrings- forløb lige nu, og KOL kobles herpå, ildsjæl i forhold til KOL.	Ambassadører til borgerne og det øvrige personale og op til ledelsen – har kontakten til de praktiseren- de ledere, henvise til KOL-konsulenten, tage rollen som nøgleperson – skal på 3-dages kursus – skal kunne sparre med personalet.
Rehabilitering	Leder af træning og akti- vitet i kommunen.	Ressourcer, henvise til KOL-konsulenten (som laver indledende samtale med borgeren og får borgeren med), oprette KOL-forløb (lokaler mm.).

Sted:	Personer:	Kerneproblemer:
Læring/mestring	Erfaren bruger, der skal med til læring-mestring – erfaren patient, der skal i gang med at undervise andre patienter.	Hvad skal der til for at en KOL-konsulent er interessant at have i kommunen for patienten – hvad mangler der, er der et behov? Markedsføring, hvad skal der til, for at man henvender sig, hvor ser de KOL-konsulenten?
Lungemedicinsk afdeling/team	Afdelingssygeplejerske udkørende KOL-sygeplejerske, hun tænker at en KOL-konsulent i kommunen vil gøre hende overflødig, hun bliver en del af KOL-team på sygehuset, hun er med, de går vejen sammen.	Hvordan skal henvisningen se ud, for at man anvender dem, 1. besøg på afdeling M2, hvordan kan det tilrettelægges?

C. Opsamling fra den efterfølgende diskussion

Martin Buch, DSI: Den erfarne patient og jobcenter, to gode nye perspektiver. Projektets succes afhænger i høj grad af evnen til at fastholde opnåede gevinster og udsluse patienter til fortsat aktivitet – derfor er rehabilitering og træning også særdeles vigtige samarbejdspartnere.

Kan se at problemstillinger og emner er tolket i forhold til projektmålene, interessenterne skal også spørges ud om deres vinkler på problemstillingen – Hvilke koordinationsproblemer ser de generelt – det kan være, at der er noget, som er relevant for projektmålene, som vi ikke har tænkt over. Det er vigtigt at arbejde med en vis åbenhed i forhold til problemer og løsninger.

De handlingsorienterede perspektiver kan godt kombineres med de mere overordnede perspektiver, kan se at det er muligt at krydse lidt på de emner, I hver især har opstillet – god synergi.

Og så vil der være et handlingsorienteret element i undersøgelserne: Spørge alle: hvad skal det bruges til, er der behov for det (markedsføring, hvor skal det præsenteres for at det slår igennem)?

Birgitte Holm Andersen, Region Midt: Det er vigtigt at bibeholde en undren: For hvis skyld gør vi det her, hvorfor den her model – er det det her, som er den bedste/rigtige løsning?

Lone Grøn, DSI: Opsporing er centralt – Hvor finder vi de tidlige/nydiagnosticerede KOL-patienter henne? Det kræver aktiv opsporing og nyt henvisningssamarbejde, derfor er samarbejdspartnerne så vigtige.

Bilag 2: Tværgående temaer fra interviewguides Holstebro

Introduktion

- Formålet med undersøgelsen:
 - o Interessentanalyse
 - o Gensidig værdi
 - o Indhentning af perspektiver

Baggrund

Navn, stilling og opgaver.

Hvad er din/din enheds rolle i forhold til borgere med KOL

1. Beskriv hvad I gør for borgere med KOL?
2. Hvor meget fylder de, hvor involveret er I, i pleje og behandling?
 - i. Knytter der sig særlige problemstillinger til borgere med KOL?
 - ii. Let - moderat vs. svær KOL?
3. Hvem samarbejder du/I med – og hvordan?
 - i. Praktiserende læge?
 - ii. Lungemedicinsk afdeling / udgående KOL-sygeplejerske?
 - iii. Andre dele af kommunen?
 1. Dagcentre
 2. Socialforvaltning
 3. Sundhedscenter/rehabilitering
 4. Myndighedsafdeling
 5. aften/nat vs. daghold

Hvad virker godt på nuværende tidspunkt

1. Er der nogen knudepunkter som er væsentlige for indsatsen omkring KOL-patienter?
 - i. Personer eller enheder/funktioner?
 - ii. Hvilke løsninger ser du?

Hvad virker mindre godt/hvad er de største problemer du oplever relateret til KOL-

1. Samarbejde med andre?
2. Indsatser eller tilbud som mangler?
3. Visitation?

Tilbud til KOL-borgere med KOL

1. Har du kendskab til særlige tilbud for KOL-patienter?
 - i. Er der barrierer for at udnytte dem?
 - ii. Er der nogen tilbud som er specielt gode?
2. Mangler der tilbud til KOL-patienterne?
 - i. Hvilke? Og hvorfor?
 - ii. Er der nogen nye tilbud som er under udvikling?
 - iii. Er der nogen nye indsatsområder som er rettet imod KOL?
 1. I forhold til. borgere? i forhold til. personalets kompetencer?

Holstebro Kommunes KOL-indsats (KOL-konsulent, udskrivningssamarbejde, nøglepersoner, fleksibel visitation)

1. Hvad ved du om projektet?
2. Nøglepersoner i hjemmeplejen?
 - i. Formål?
 - ii. Opgaver? – udskrivningssamarbejde?
 - iii. Ressourcer?

Den nye KOL-konsulent

1. Hvad ved du om funktionen?/ hvad forventer du at vedkommende skal lave?
2. Hvad kunne du godt tænke dig at vedkommende kunne gøre for:
 - i. Borgerne?
 - ii. For dit personale personale?
3. Har i gjort nogen overvejelser om arbejdsdelingen mellem KOL-konsulenten og din enhed?
 - i. For personalet?
 - ii. Er KOL-koordinatorer, kombineret med øvrige initiativer en rigtig løsning?

Fremadrettet

1. Hvad kunne lette personalets samarbejde med KOL-konsulenten?
2. Nogen gode råd til konsulenten?

Aftaler for næste interview!

Bilag 3: Interviewguide til interview med erfaren KOL-patient

- der snart uddannes til Mestrings-Lærings instruktør

Introduktion

- Formålet med undersøgelsen:
 - o Interessentanalyse
 - o Gensidig værdi
 - o Indhentning af perspektiver

Baggrund

Navn, alder, erfaring med KOL

Sygdomshistorie

Diagnose og opstart

1. Hvordan oplevede du at få diagnosen KOL?

- a. Baggrund
- b. Hvad satte diagnosen i gang af tanker og spørgsmål
- c. Hvordan blev du hjulpet og rådgivet om disse spørgsmål?
 - i. Hvilke tilbud, information og behandling blev givet?
- d. Manglede der noget eller var der noget som burde være foregået anderledes?

2. Sygdomsforløbet – hvordan er det gået?

- a. Hvilken rolle har:
 - i. Din egen læge haft?
 - ii. Hospitalet – har de haft en rolle?
 - iii. Kommunale tilbud, hjemmepleje og lignende.?
- b. Ting der har været godt organiseret, gode tilbud, god kommunikation?
- c. Eksempler på ting der ikke er gået som de skulle?
- d. Tilbud der har manglet? – Hvad har du manglet i din hverdag?
- e. Andet

3. Nye indsatser

- a. Nye tilbud til KOL-patienter?
- b. Hvad er det der skal til og ske med Lærings- mestringsuddannelse?
 - i. Hvad er det for noget?
 - ii. Hvordan kom du på det?
 - iii. Hvad forventer du at der skal ske mht. uddannelsen og hvordan den skal bruges?

4. KOL-konsulent:

- a. Hvad er det (forklares evt.)
- b. Er det et af de tilbud der mangler? Er det en god ide?

- c. Hvad forventer du at en sådan skal kunne hjælpe dig og andre KOL-patienter med?
- d. Hvad kunne du godt tænke dig at en KOL-konsulent kunne have hjulpet dig med i dit forløb?
- e. Gode råd til KOL-konsulenten?

5. Gode råd til kommunen?

- a. Tre gode råd?
- b. Nogen særlige problemstillinger som kommunen bør være opmærksom på?

Aftaler for næste interview!



Bilag C:

Interessentanalyse til Viborgklyngen

Martin Sandberg Buch

Else Olesen

Dansk Sundhedsinstitut

Juni 2008

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	91
2. Metode	93
3. Organisering af KOL-forløb	97
3.1 Væsentlige aktører i KOL-indsatsen	97
3.2 Hvornår og hvordan optræder KOL som problem	97
3.3 Behandling og forebyggelse af let til moderat KOL	99
4. Sammenhæng i KOL-indsatsen	101
4.1 Fagpersonernes perspektiver	101
4.2 Fagpersonernes vurdering af patienternes perspektiver	103
4.3 Diskussion	103
5. Feedback fra samarbejdsparterne	105
5.1 Ønsker og forventninger til KOL-koordinatorerne	105
5.2 Overlappende opgaver	106
5.3 Involvering af almen praksis	107
5.4 Perspektiver fra sygedagpengeområdet	108
5.5 Perspektiver fra ældreplejen	108
5.6 Samarbejde med Aktivitet og Træning i Skive	109
6. Opsamling.....	111
Litteratur	113
Bilag 1: Opsamling på gruppearbejde	115
Bilag 2: Tværgående temaer fra interviewguides	117

1. Indledning

Dette notat er udarbejdet for at dokumentere og understøtte udviklingen af opgaver og samarbejdsrelationer for de to KOL-koordinatorstillinger, der den 1. marts 2008 er oprettet i snitfladen mellem Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, Viborg Kommune og Skive Kommune (herefter: Viborgklyngen)¹.

De to KOL-koordinatorers primære opgaver er at udvikle en tidlig forebyggende indsats for nydiagnosticerede KOL-patienter, at bidrage til kompetenceudvikling af personalet i de to kommuners ældrepleje, samt at styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommune og hospital for denne gruppe patienter (1).

Udviklingen af disse opgaver, samt udviklingen af en tilsvarende funktion, oprettet i Holstebro Kommune, følges af Dansk Sundhedsinstitut via projektet: *Forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi*. Der er tale om en procesevaluering der har til formål at:

1. Bidrage til at der sker en afklaring og konkretisering af udviklingen og implementeringen af to forløbskoordinerende funktioner med ansvar for at udvikle en tidlig indsats på KOL-området.
2. Gøre status over udviklingsforløbet efter det første halve år med henblik på at erfaringer, der indsamles i de to projekter, kan indgå i det videre arbejde med at udvikle forløbsprogrammer på områderne KOL, diabetes og hjerte-karsygdom i Region Midtjylland.

Projektet er finansieret ligeligt af de deltagende kommuner og Kontoret for kronikeromsorg og kommunesamarbejde i Region Midtjylland.

¹ Den anden projektgruppe består af Holstebro Kommune, der samarbejder med Holstebro Sygehus.

2. Metode

Datagrundlag

Notatet er baseret på gennemgang af skriftligt materiale fra projektgruppen (1-3), arbejdsrapporter fra KOL-koordinatorerne, samt interview med:

1. Udgående KOL-sygeplejerske fra Skive Hospital.
2. Overlæge på lungemedicinsk afdeling, Skive Hospital.
3. Praktiserende læge og praksiskonsulent ved lungemedicinsk afdeling på Viborg Hospital.
4. Leder af Aktivitet og Træning, Skive Kommune.
5. Distriktsleder i ældreplejen, Viborg Kommune.
6. Jobkonsulent i afdelingen for sygedagpenge, Viborg Kommune.

Herudover indgår de seks tilsvarende interview, der er udført i Holstebro Kommune, som en del af analysegrundlaget for notatet. Det drejer sig om interview med:

1. Afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling, Holstebro Hospital.
2. Praktiserende læge i Holstebro kommune.
3. Borger med KOL.
4. Rehabiliteringschefen i Holstebro kommune.
5. Distriktschef i hjemmeplejen i Holstebro kommune.
6. Hjemmesygeplejerske og kommende KOL-ressourceperson i Holstebro kommune.

Udvælgelse af interviewpersoner

De to gange seks interviewpersoner/repræsentanter for KOL-behandlingen er udpeget på en temadag afholdt den 19. maj 2008. På temadagen udpegede projektgrupperne, på baggrund af et oplæg fra DSI, de vigtigste kommende samarbejdspartnere for de to KOL-koordinatorfunktioner og kom med bud på emner, de gerne ville have belyst via interview med disse (se bilag 1 for oversigt).

Interviewpersonerne er alle udpeget som interessenter i KOL-behandlingen, der:

1. Varetager væsentlige opgaver i relation til den eksisterende KOL-behandling.
2. Har væsentlig viden om den eksisterende KOL-behandling og det lokale samarbejde vedrørende KOL-patienter.
3. Vurderes at være vigtige kommende eller potentielle samarbejdspartnere for KOL-koordinatorerne.

Udførelse af interview

De tolv repræsentanter fra KOL-behandlingen i Viborg, Skive og Holstebro Kommuner er efterfølgende interviewet om:

1. De temaer, de lokale projektgrupper selv opstillede via gruppearbejde.

2. De problemstillinger og løsninger, som interviewpersonerne selv peger på fra deres position i det lokale behandlingssystem.
3. De opgaver og arbejdsmetoder, som er indeholdt i det lokale KOL-kordinatorprojekter, jf. respektive projektbeskrivelser.
4. De problemstillinger, som er beskrevet i DSI's første leverance til projektet: *Guide til kommunal forløbskoordination* (4).

Før for interviewene er udarbejdet en generisk semistruktureret interviewguide (bilag 2) som forud for interview er tilpasset til det enkelte interview.

Databehandling og analyse

Interviewene er udført i perioden den 28. maj til 13. juni 2008. Hvert interview er optaget, og der er samtidig skrevet et udførligt og videst muligt ordret referat. Referatet er efterfølgende gennemlæst, kategoriseret i temaer og anvendt som afsæt for analyse. Kun i tilfælde, hvor der har været tvivl om ordlyd eller mening, er der lyttet til lydfiler.

I notatet er temaerne samlet under fire hovedoverskrifter, og under hver enkelt er der udtrukket konkrete ønsker og anbefalinger på tværs af interviewene i det omfang, det har været muligt.

De 3 hovedoverskrifter, som er styrende for notatets struktur, er:

Afsnit 3: Hvornår og hvordan optræder KOL som problemstilling

- a. Opsporing
- b. Behandling og forebyggelse

Afsnit 4: Sammenhæng i KOL-indsatsen

- c. Fagpersonernes perspektiver
- d. Fagpersonernes vurdering af patienternes perspektiver

Afsnit 5: Feedback til KOL-kordinatorerne

- e. Ønsker og forventninger til KOL-kordinatorerne
- f. Muligheder og betingelser for samarbejde om udvikling af en tidlig KOL-indsats.

I afsnit 3 og 4 analyseres problemstillinger, der knytter sig til KOL-forløb på generelt niveau, med udgangspunkt i interviewmaterialet fra både Viborgklyngen og Holstebro. Interviewpersonernes udsagn har været konsistente på tværs af de to undersøgte lokaliteter, og det vurderes derfor, at der er opnået relativt stor validitet i analyse og anbefalinger.

Afsnit 5 er forbeholdt de konkrete tilbagemeldinger, der er givet til planlagte initiativer i Viborg klyngen. Afsnit 5 er derfor kun baseret på de interview, der er udført lokalt.

Notatet afsluttes med et kort afsnit 6, hvor de væsentligste konklusioner og anbefalinger sammenfattes.

Notatets og interviewenes status

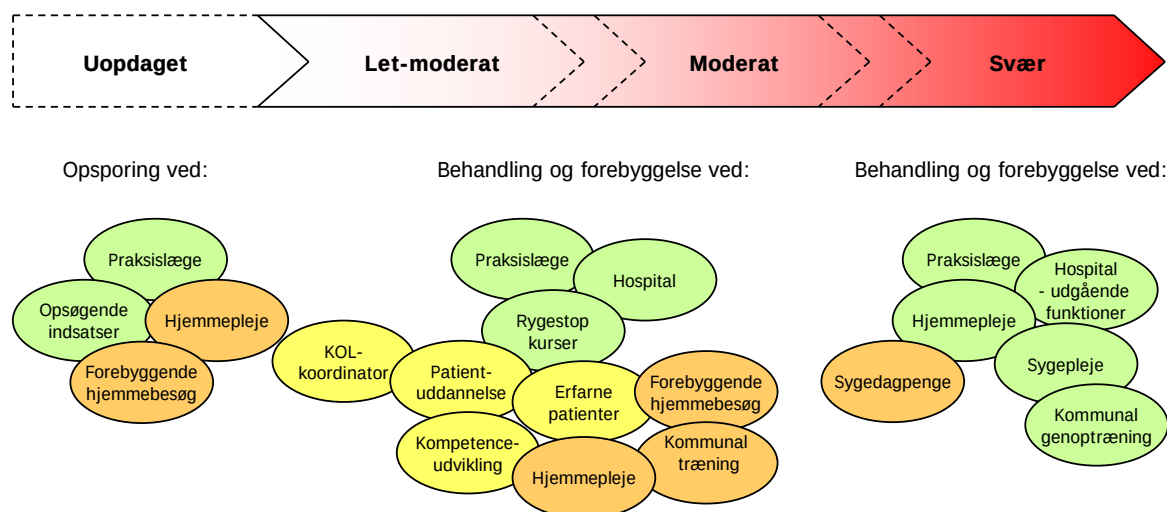
Det må forventes, at interviewpersonerne, der næsten alle har særlige opgaver og/eller en særlig interesse for KOL, ikke er repræsentative for de sundhedsfaglige, som KOL-kordinatorerne fremover skal samarbejde med.

Det skal derfor understreges, at leverancen udgør et input til projektgruppernes udviklingsarbejde, der skal anvendes som afsæt for samarbejdet med de interviewede samarbejdspartnere og de driftsorganisationer, de repræsenterer. Der er tale om retningsangivelse for problemstillinger og muligheder, som bør udforskes og konkretiseres yderligere via projekternes udviklingsfase.

Det er indeholdt i DSI's dokumentation og evaluering af KOL-projektet, at interviewene gentages efter et halvt år med henblik på at dokumentere udviklingsprocessen og komme med et fornyet input til det videre udviklingsarbejde.

3. Organisering af KOL-forløb

Figur 3.1 Eksisterende, planlagte og potentielle aktører i KOL-forløb



3.1 Væsentlige aktører i KOL-indsatsen

Ovenstående figur viser de KOL-forløb, som er diskuteret via interview. Figuren illustrerer de væsentligste aktører, der i dag optræder i forbindelse med KOL-forløb (grønne bobler), de nye indsatser der er planlagt i regi af KOL-projektet (gule bobler), samt de aktører der via interview er identificeret til at have et uudnyttet potentiale i forhold til opsporing såvel som behandling af KOL (orange bobler).

Som det ses, omfatter KOL-forløbet i figuren (og notatets analyse) patienter, der endnu ikke er diagnosticeret. Dette er gjort med henblik på at illustrere de muligheder, som interviewpersonerne ser for at inddrage eksisterende aktører i opsporingsarbejdet. I faserne efter at diagnosen er stillet, gengiver figuren på samme måde de aktører, der i dag spiller en rolle i forebyggelse og behandling af diagnosticeret KOL, de nye tilbud der planlægges via Viborgklyngens KOL-projekt, samt de aktører hvis rolle i KOL-indsatsen ønskes styrket.

Sammenhænge og problemstillinger relateret til det illustrerede KOL-forløb gennemgås og diskuteres løbende i de følgende afsnit.

3.2 Hvornår og hvordan optræder KOL som problem

Omdrejningspunktet for KOL-koordinatorernes opgaver er at sikre en tidlig diagnosticering af KOL-patienter og at skabe muligheder for, at den enkelte patient – i samarbejde med sundhedsvæsenet – kan handle aktivt på en tidlig diagnose. I interviewene har det derfor været diskuteret, hvor, hvornår og hvordan KOL-diagnosen opspores, samt hvordan der i dag handles på nyopdaget eller let KOL.

Fælles for interviewpersonerne erfaringer med KOL er, at de oplever det som et stort problem, at KOL opdages for sent, fordi borgere og sundhedsfaglige ikke er aktive nok i forhold til opsporing. Det fremgår også, at interviewpersonerne oplever, at de har særdeles vanskeligt ved at omsætte diagno-

sen let til moderat KOL til virksom handling sammen med de pågældende patienter – først og fremmest fordi begge parter oplever sundhedspædagogisk (sam)arbejde som vanskeligt og grænseoverskridende.

Det fremgår af interviewene, at det i dag oftest er den praktiserende læge, der først mistænker og efterfølgende diagnosticerer en patient med KOL, enkelte gange suppleret af en udredning på lunge-medicinsk afdeling. Imidlertid fremgår det også, at KOL ganske ofte først diagnosticeres i forbindelse med en akut indlæggelse eller som et bifund i forbindelse med anden behandling på hospital.

Når KOL-patienter diagnosticeres på et hospital, er der, ifølge interviewpersonerne, oftest tale frem-skreden KOL. Enkelte interviewpersoner fremhæver i forlængelse heraf, at det er særdeles væsentligt, at der også på hospitalet (fx på de medicinske afdelinger, der modtager mange ældre patienter med uopdaget KOL) fokuseres meget mere på at opspore KOL, end tilfældet er i dag.

På tværs af interviewene er der dog enighed om at hospitalsbehandling og kommunale sundheds- og plejeydelser generelt først bør komme på tale i senere stadier af sygdomsforløbet, eller når der opstår en akut forværring i forbindelse med fx lungebetændelse. Derfor er der også enighed om, at den mest direkte vej til en tidlig opsporing er via almen praksis.

Af interviewene med de praktiserende læger fremgår det, at der, for den enkelte praktiserende læge, opleves en dobbelt problemstilling i forhold til opgaven med at opspore og diagnosticere KOL:

På den ene side fortæller lægerne, at der er mange patienter, som de ofte igennem længere tid har haft et godt øje til fx på grund af rygning, livsstil eller hyppige luftvejsproblemer. I disse tilfælde knytter lægens problem sig til at omsætte mistanken til konkret handling, dels hvis lægen ikke selv har opmærksomhed nok på symptomer og udførelse af spirometri, dels hvis patienten ikke ønsker at gå videre med resultatet af en spirometri, der viser nedsat lungefunktion.

På den anden side fortæller de interviewede læger, at der er en forholdsvis stor gruppe patienter, som lægen enten slet ikke har set i sin konsultation, eller hvor lægen ikke bliver opmærksom på KOL, før patienten har mistet halvdelen af sin lungekapacitet. Her er problemet altså, at det først er, når patienten føler sig decideret syg og selv henvender sig til lægen, at der er mulighed for at stille en aktionsdiagnose – et forhold der tydeliggør, at tidlig opsporing ikke er et indsatsområde, der knytter sig til almen praksis alene.

Interviewpersonernes bud på indsatsområder, der kan anvendes som afsæt for en forbedret opsporing er i forlængelse heraf, at:

- ♦ Almen praksis' opmærksomhed på rygning og KOL skærpes og sættes i system, således at lægen selv eller hjælpepersonalet har procedurer, der sikrer en meget mere aktiv rolle i forhold til at tilbyde spirometri og motivation/viderehenvielse til rygestop.

Men også at:

- ♦ Indsatsen for at få potentielle KOL-patienter til at søge læge skal intensiveres og sammentænkes. Eksempler på eksisterende indsatser, som nævnes under interviewene, er: Den internationale KOL dag, KRAM-busser, kampagner rettet imod primær forebyggelse og rygestopkurser.
- ♦ Aktører, som i forvejen er i kontakt med uopdagede KOL-patienter, søges inddraget i en mere aktivt i opsporing. Interviewpersonerne peger først og fremmest på den kommunale ældrepleje og forebyggende hjemmebesøg som oplagte aktører, mens sygedagpengeområdet fremhæves som en mulig aktør.

3.3 Behandling og forebyggelse af let til moderat KOL

Muligheden for hurtigt at kunne igangsætte behandling og sekundær forebyggelse, når der er stillet en diagnose, fremhæves af samtlige interviewpersoner som det andet væsentlige element, der i dag mangler i forhold til KOL. Diabetes og hjerte- karsygdom nævnes også under interviewene, men opfattes ikke som lige så svære at arbejde med som KOL. De fleste interviewpersoner understreger i forlængelse heraf, at de oplever eksisterende behandlingstilbud og den indsats, de selv leverer i forhold til at motivere patienten til at bruge dem som et område, hvor der er plads til væsentlige forbedringer:

Først og fremmest er der plads til forbedring, fordi opgaven med at motivere til livsstilsændringer, som tidligere nævnt, af mange fortsat opleves som grænseoverskridende og vanskelig. Samtidig er sygdommen, ifølge interviewpersonerne, tabubelagt og skamfuld for den enkelte patient, ligesom der blandt sundhedsfaglige fortsat er mange, der opfatter KOL-diagnosen som selvforskyldt frem for et samfundsskabt problem. Disse forhold udgør tilsammen en væsentlig barriere for at tage handling på en nyopdaget KOL. Flere interviewpersoner efterlyser i forlængelse heraf hjælp til at styrke sundhedsfremme såvel som anerkendelse af patienterne i deres/deres medarbejders daglige møde med KOL-patienter.

Sekundært peger interviewpersonerne på, at der er få tilbud, der henvender sig til lette KOL-patienter, samt at de tilbud, der findes², leveres spredt og usystematisk. I forhold til de eksisterende tilbud er det endvidere et stort problem, at ingen (på nær enkelte rygestop- og motionstilbud i foreningsregi) egner sig til erhvervsaktive patienter.

I forlængelse heraf mangler de fleste interviewpersoner overblik over, hvilke tilbud der er til såvel lette, moderate og svære KOL-patienter, hvor længe tilbuddene kører, og hvilke henvisningsprocedurer der er til det enkelte tilbud. To af interviewpersonerne vurderer i forlængelse heraf, at enhederne for forebyggende hjemmebesøg på nuværende tidspunkt har det bedste overblik over, hvilke eksisterende tilbud der findes af relevans for gruppen af let til moderate KOL-patienter.

Interviewpersonerne oplever dog, at der inden for de seneste år er sket en bevægelse i forhold til KOL. Dels vurderes det, at især almen praksis og lungemedicinsk afdeling er blevet mere opmærksomme på, at der er meget der kan gøres for at forebygge (rygestop, motion, kost) og behandle KOL (korrekt ordinerings og brug af medicin), dels ser flere også tegn på ændringer i såvel henvendelses- som henvisningsmønstret til eksisterende tilbud.

Fx oplever interviewpersonen fra Aktivitet og Træning, at antallet af moderate KOL-patienter, der henvises fra sygehuset til vedligeholdende træning i kommunalt regi eller genoptræning i kommunalt regi, er kraftigt stigende, ligesom der også er flere patienter, der selv henvender sig til enheden.

Et andet eksempel er, at stadig flere praktiserende læger har eller har planer om at indføre en fast årlig kontrol for KOL-patienter og uddanner egne rygestopinstruktører blandt praksispersonalet.

Det anbefales på baggrund af interview at drøfte:

- ◆ Hvorledes den planlagte styrkelse af KOL-indsatsen og introduktionen af KOL-koordinatorer kan medvirke til at styrke almen praksis' opsporing af KOL-patienter.

² Eksempler som nævnes er: Vedligeholdende træning i kommunalt regi, motion på recept, stavgangsklubber, træning hos privatpraktiserende fysioterapeut, kurser i regi af lungeforeningen, aftenskole for KOL-patienter, rygestopvejledning fra almen praksis, kommune, hospital og apotek, ældreidræt, samt patientskoler i hospitalsregi.

- ◆ Hvorledes KOL-koordinatorerne kan medvirke til, at ældreplejen og lignende aktører, der er i kontakt med uopdagede eller lette KOL-patienter, kan gøres til en aktiv del af opsporings- og henvisningsarbejdet.
- ◆ Hvilke perspektiver der er, for at KOL-koordinatorerne kan skabe og formidle overblik over eksisterende tilbud på KOL-området.
- ◆ Hvilke muligheder der er, for at KOL-koordinatorerne kan være med til at koordinere og målrette eksisterende tilbud på KOL-området.

4. Sammenhæng i KOL-indsatsen

KOL-koordinatorerne skal medvirke til at skabe sammenhæng i KOL-indsatsen såvel som i det enkelte patientforløb. Det har derfor været centralt at afdække, hvilke forhold interviewpersonerne forbinder med henholdsvis skabelse af sammenhæng og manglende sammenhæng for dem selv og de KOL-patienter, de er i kontakt med.

Af interviewene fremgår det, at sen opsporing og vanskeligheder med at omsætte en tidlig diagnose til virksom handling opleves som væsentlige kilder til manglende sammenhæng i KOL-indsatsen. I forlængelse heraf er der en udbredt forventning om, at tidlig opsporing og behandling indirekte vil resultere i forbedret sammenhæng, i det omfang det lykkes at mindske behovet for behandlinger af fremskreden KOL.

Der er dog ingen interviewpersoner, der har egentlige erfaringer med opsporing og forebyggelse af let KOL. Det skyldes, at sygdommen på dette stadie ikke optræder som en betydende problemstilling i deres møde med borgeren eller patienten. Interviewpersonerne kan derfor ikke bidrage med konkrete eksempler på, hvordan tidlig opsporing og forebyggelse i praksis skaber sammenhæng. Derimod har de mange eksempler fra deres daglige arbejde med og omkring moderate til svære KOL-patienter, som gengives og diskuteres i dette afsnit.

4.1 Fagpersonernes perspektiver

I forhold til de KOL-patienter, hvor både ældreplejen og den praktiserende læge er involveret, fremhæves især mangelfuld kontakt imellem parterne og deraf følgende lille fælles viden om patienten og især dennes aktuelle medicinstatus som en barriere for sammenhæng. Såvel de praktiserende læger som repræsentanterne fra ældreplejen fremhæver, at der er tale om en snitflade, de gerne vil blive bedre til at prioritere.

Konkret vil interviewpersonerne gerne dyrke flere af de gode eksempler på løbende dialog mellem parterne. I forhold til dette ønske fremgår det fra begge parter, at initiativet til samarbejde primært ligger hos hjemmesygeplejen, og at begge parter oplever, at det er vanskeligt at *få sat ansigt på samarbejdet*. Derfor suppleres ønsket om et bedre personligt samarbejde også af et stort ønske om redskaber, der kan skabe en bedre automatisk og systematisk vidensdeling i forhold til medicin, komplikationer, behandlingsstatus og lignende.

På tværs af det samlede undersøgelsesmateriale fremgår det, at der er to komplementerende forhold, som interviewpersonerne forbinder med sammenhæng i deres daglige arbejde med KOL-patienter: Dels øges deres oplevelse af sammenhæng i takt med mængden af fælles faglig viden om KOL-diagnosen og de problemstillinger, den medfører, dels øges deres oplevelse af sammenhæng i takt med deres egen, men især den fælles viden om den enkelte patients sygdomsforløb og aktuelle behandlingsstatus.

Nedenfor gennemgås de konkrete eksempler, som interviewpersonerne bruger til at illustrere de to forhold. Eksemplerne er sorteret, alt efter om der primært skabes sammenhæng via personlig kontakt mellem fagpersoner, eller om de er baseret på en standardisering af arbejdet, som rækker ud over den personlige relation.

Sammenhæng baseret på personlige relationer

Interviewpersonerne fortæller på tværs af interviewene om en række enkeltelementer fra deres dagligdag, som de forbinder med ovenstående to sider af sammenhæng. Det drejer sig fx om, at der er:

- ♦ En kendt og tilgængelig ressourceperson med tværgående viden om det samlede ydelseskatalog på et område, som patient og sundhedsprofessionel kan inddrage (fx har sygedagpengeområdet i Viborg en ressourceperson, som for medarbejdere og klienter har en særlig rådgivningsfunktion i forhold til kræftområdet).
- ♦ En kendt og tilgængelig mulighed for at få rådgivning fra en faglig specialist i sygehusregi (fx at man ringer til KOL-sygeplejersken, fordi man kender hende, eller at der er et fast nummer med en faglig kompetent person i den anden ende).
- ♦ En udgående KOL- og iltsygeplejerske, der sørger for at fungere som konsulenter for almen praksis og hjemmesygeplejen i forhold til den enkelte patient.
- ♦ En hjemmesygeplejerske, der agerer fleksibelt i forhold til telefontider og sørger for at viderebringe relevant information til patientens praktiserende læge.
- ♦ En praktiserende læge, som (nogle gange i kraft af sit klinikpersonale) er i stand til at samle og formidle den viden, der skabes i relation til en patients behandling (flere interviewpersoner fremhæver eksempler på sådanne lægepraksis – herunder den erfarne patient fra Holstebro).
- ♦ Når det lykkes den ansvarlige hjemmesygeplejerske og den praktiserende læge at opbygge en fælles viden om den enkelte patients forløb og aktuelle behandling.

Fællesnævneren for ovenstående eksempler er, at de, for den enkelte interviewperson, skaber sammenhæng via direkte gensidig kontakt, der øger mængden af fælles viden blandt de aktører, som er tilknyttet den enkelte patient. Men der er også flere, der fremhæver, at ovenstående forhold er med til at facilitere sammenhæng, fordi der bliver *sat ansigt på samarbejdet*, og at der *skabes tillid på begge sider* af relationen.

Sammenhæng baseret på standardisering

Interviewpersonerne fremhæver også en række kilder til sammenhæng, som ikke er knyttet til samarbejdet omkring den enkelte patient, fx at der er:

- ♦ En udgående KOL- og iltsygeplejerske, som sørger for at bidrage aktivt til tværgående kompetenceudvikling af hjemmeplejens basispersonale.
- ♦ Hospitalsfunktioner/enkeltpersoner, der arbejder aktivt med at kontakte, uddanne og opdatere almen praksis om muligheder, behandling og metoder til at gå i dialog med KOL-patienter om forebyggelse og lignende.
- ♦ Udarbejdet fælles, enkle og faste procedurer om samarbejdet omkring udskrivning, genoptræning og henvisning til forskellige tilbud (fremhæves især af almen praksis og interviewpersoner fra hospitalssektoren).
- ♦ At der skabes fælles faglig viden på tværs af patienter og sundhedsfaglige via uddannelsesprogrammer (eksempelvis Fælles Skolebænk og Lærings- og mestringsprogrammet).

Fællesnævneren for ovenstående eksempler er, at de for den enkelte enhed og fagperson skaber sammenhæng via standardisering af systemer, redskaber og viden, dvs. sammenhæng med udgangspunkt i organiseringen af KOL-indsatsen og med udgangspunkt i en fælles generel faglig viden.

4.2 Fagpersonernes vurdering af patienternes perspektiver

Interviewpersonerne er under interviewene også blevet spurgt om deres vurdering af, hvilke forhold der skaber sammenhæng for den enkelte patient. Det skal understreges, at udsagnene ikke er systematisk valideret af patienter. Med dette forbehold in mente fremhæver interviewpersonerne tre kilder til manglende sammenhæng og utryghed, som de oplever i deres daglige kontakt med KOL-patienter:

- ◆ Når patienten er usikker på, hvad der skal ske, hvornår der sker noget, og hvorfor der skal ske noget, og når patienten fornemmer samme usikkerhed hos personalet.
- ◆ Når patienterne ikke kan finde ud af at tage deres medicin korrekt, når medicinen ikke er ordineret korrekt – eller når det personale, der skal hjælpe med at administrere medicinen, ikke er instrueret korrekt.
- ◆ Når patienten ikke oplever, at der er en gennemgående person, som kender patienten, inddrager denne og har overblik over aktuel behandling og medicin.

Interviewpersonernes udsagn, om hvordan patientoplevelen sammenhæng skabes, er i høj grad en forlængelse af de eksempler, der skaber sammenhæng for den enkelte fagperson. Fx fremhæves det igen og igen, at personale i ældreplejen, der er i stand til at observere og handle på tegn på forværring og i bedste fald også selv håndtere akut åndenød, bidrager til ro og kontinuitet for den enkelte patient – ikke mindst i det omfang akutte indlæggelser forebygges.

Et andet eksempel, som fremhæves mange gange, er at tovholdere, hvad enten det er i form af den praktiserende læge, en udgående KOL-sygeplejerske eller en ressourceperson i hjemmesygeplejen, kan medvirke til at skabe sammenhæng for patienten. Dels hvis de formår at blive et knudepunkt for information om patienten, og i særdeleshed hvis de formår at blive et knudepunkt af information og dialog for patienten.

Herudover er der på tværs af de udførte interview en konsistent fortælling om, hvor vigtigt det er at aktivere patienternes egne ressourcer så tidligt som muligt i forløbet. Interviewpersonerne fortæller således, at vidende patienter, der er i stand til at observere sig selv, tage deres medicin korrekt og foretage selvbehandling med PN-medicin, er en væsentlig kilde til sammenhæng.

Midler til at facilitere ovenstående "patientskabte" sammenhæng er ifølge interviewpersonerne først og fremmest en helhedsorienteret patientuddannelse, der kombinerer træning med faglig viden, men også mulighed for at dyrke sociale relationer med ligestillede (fx cafetilbud og åben træning). Især den læring og inspiration, som patienter, der er på det samme niveau i sygdommen, kan give hinanden, vurderer flere interviewpersoner som værdifuld.

4.3 Diskussion

En del af de eksempler, som interviewpersonerne fremhæver som en kilde til sammenhæng, er relateret til at få sundhedsfremme til at spire i den daglige relation mellem medarbejder, borgere og patienter. Udgangspunktet er imidlertid først og fremmest at den sundhedsprofessionelle selv skal have rammer for sit arbejde samt kompetencer, der fremmer muligheden for at agere sundhedsfremmende i samarbejde med den enkelte borger og patient.

Den personbårne sammenhæng, der fremhæves, giver mulighed for løbende dialog om patienten, men også mulighed for rådgivning i situationer, der adskiller sig fra det rutinemæssige arbejde. En sådan sammenhæng er stærk i forhold til enkelt problemstillinger, der kræver hurtig og koordineret handling (fx opgaven med at forebygge svære KOL-patienters akutte indlæggelser).

Set i et overordnet perspektiv medfører personbåren sammenhæng dog to udfordringer, som det er væsentligt at være opmærksom på: Dels er den fælles viden, der skabes, sårbar overfor udskiftning af personer, og dels er den direkte kontakt, som den er baseret på, en ressourcetung måde at koordinere og vidensdele på.

Eksempelvis fremhæves manglende sammenhæng i ordination af medicin, instruktion i brug af medicin og administration af medicin som en tilbagevendende kilde til frustration og fejl. Her oplever flere interviewpersoner, at der mangler systematik og fælles fodslag med henblik på at mindske behovet for gentagen personlig kontakt i et samarbejde med mange forskellige personer.

Den sammenhæng, der skabes via standardisering, kan til gengæld bruges som udgangspunkt for et effektivt driftssamarbejde i kraft af, at:

- ◆ Overlevering af patienter og relevant information kan sættes i system.
- ◆ Arbejdsdelingen imellem forskellige aktører kan aftales på forhånd.
- ◆ Fælles faglig viden om behandling af KOL nedsætter risikoen for misforståelser og fejl i forhold til fx kommunikation og medicinering.

Set i forhold til KOL og til dels også sundhedsfremme er fordelene ved standardisering derfor, at samarbejde såvel som opgaven med at motivere til sundhedsfremme ensrettes, at behovet for personlig kontakt mellem involverede aktører mindskes, og at den sammenhæng, der skabes, er relativt robust overfor udskiftning af enkeltpersoner. I et system med mange aktører og/eller uforudsigelige sygdomsforløb vil der dog altid opstå problemer, som ikke kan løses ved hjælp af standarder.

I et forløbsperspektiv handler det derfor om løbende at vægte redskaber og metoder til at skabe sammenhæng. Set i forhold til oprettelsen af de nye funktioner kan ovenstående eksempler og diskussionen bruges som afsæt for en drøftelse af, hvordan der kan opnås en synergieffekt imellem patientrettet og organisatorisk arbejde med at fremme sundhedsfremme.

Det anbefales på baggrund af interview at:

- ◆ Drøfte hvornår og hvordan KOL-koordinatorerne skal facilitere sammenhæng via henholdsvis standardisering og personrelateret samarbejde.
- ◆ Drøfte på hvilke måder KOL-koordinatorerne kan medvirke til at øge mængden af fælles viden om KOL på tværs af funktionens samarbejdspartnere.
- ◆ Drøfte hvordan de forskellige specialiserede funktioner på KOL-området kan gøres robuste over for personaleudskiftning, sygdom og lignende.
- ◆ Opsøge og anvende den viden om at udvikle nye funktioner og om at arbejde på tværs, som de udgående KOL- og iltsygeplejersker har opbygget.

5. Feedback fra samarbejdsparterne

Under dette tema er interviewpersonernes ønsker til udviklingen af en tidlig KOL-indsats diskuteret med udgangspunkt i de opgaver, som de nye KOL-koordinatore skal varetage. Som konsekvens af interviewpersonernes forskellige placeringer inden for sundhedsvæsenet har de forskellige forventninger til KOL-koordinatorene, og de fremdrager ligeledes forskellige muligheder og udfordringer for det fremtidige samarbejde. I de følgende afsnit skitseres de konkrete tilbagemeldinger, der via interviews er givet til KOL-koordinatorene.

5.1 Ønsker og forventninger til KOL-koordinatorene

Alle interviewpersoner finder det nødvendigt at rykke opsporin og efterfølgende sekundær forebyggelse og behandling frem i KOL-forløbet. Næsten alle er dog også enige om, at der er mange og store udfordringer forbundet med at udvikle en sådan ny indsats – rettet imod en skjult patientgruppe, der dels er vanskelig at opspore, dels af mange opfattes som vanskelig at aktivere i forhold til den sundhedsfremmende indsats, der ønskes. En del interviewpersoner fremhæver også visionen om, at en tidlig KOL-indsats kommer til at konkurrere med mange andre igangværende initiativer samt ressourcemangel i form af personalemangel og økonomi.

Herudover er det centralt, at de udførte interview deler sig i to grupper: Den første gruppe har enten været involveret i beslutningen om at oprette de to KOL-koordinatorstillinger og/eller arbejder på den samme lungemedicinske afdeling, som koordinatorene er tilknyttet. Til denne gruppe hørte praksiskonsulenten, KOL-overlægen og den udgående KOL-sygeplejerske. Den anden gruppe havde på interviewtidspunktet kun et overfladisk kendskab til KOL-koordinatorene og deres opgaver. Til denne gruppe hørte lederen af Aktivitet og Træning i Skive, distriktslederen fra Viborg Ældrepleje og konsulenten fra sygedagpengeområdet i Viborg Kommune.

Dette forhold afspejles i interviewene, hvor den første gruppes ønsker og forventninger til koordinatorene meget præcist matcher KOL-projektgruppens, mens den anden gruppes ønsker og forventninger på nogle områder afviger fra projektgruppens.

For den første gruppe gælder således, at interviewpersonerne forventer sig meget af KOL-koordinatorenes fokus på en tidlig opdagende indsats. Bl.a. håber de, at KOL-koordinatorene kan skabe opmærksomhed om sygdommen, som de oplever som overset. Alle understreger, at de ser sundhedsfremme i relation til rygning og motion som KOL-koordinatorenes vigtigste patientrettede indsatsområde. Selvom interviewpersonerne er klar over, at netop disse områder er svære at nå med sekundær forebyggelse, er de meget glade for, at nogen gør forsøget, og alle fortæller, at de vil gøre, hvad de kan for at bakke op om indsatsen. Det andet vigtige indsatsområde, som fremhæves af de tre interviewpersoner, er kompetenceudvikling af ældreplejens personale og – i det omfang det er muligt – også almen praksis.

For interviewpersonerne fra den anden gruppe gælder, at deres udsagn ikke er lige så homogene som den første gruppe: Dels er interviewpersonerne mere usikre på, hvad de kan forvente af KOL-koordinatorene, dels er deres ønsker og forventninger tænkt specifikt i forhold til den enkelte enheds position og behov.

Enheden for Aktivitet og Træning forestiller sig således et meget tæt og udbygget samarbejde med KOL-koordinatorene, mens distriktschefen i ældreplejen ønsker, at koordinatorene påtager sig en

ledelsesmæssig og strategisk rolle i forbindelse med udvikling af samarbejde og kompetenceudvikling på tværs af KOL såvel som det samlede kronikerområde. Heroverfor står jobkonsulenten fra sygedagpengeområdet, som har svært ved at se en egentlig forbindelse mellem enheden og udvikling af patientuddannelse, men som til gengæld ser muligheder for, at sygedagpengeområdet kan bidrage med generel rådgivning og vejledning om tilbud på kronikerområdet. Disse forhold gengives nærmere i afsnit 5.4-5.7.

5.2 Overlappende opgaver

Under interviewet fortæller KOL-sygeplejersken, at hun har været bekymret for, om der var for stort overlap imellem hendes og de to forløbskoordinatorers opgaver. På baggrund af den dialog, hun efterfølgende har haft med koordinatorene, er denne bekymring dog forsvundet. KOL-sygeplejersken vurderer således, at arbejdsdelingen imellem de to funktioner er klar: Hendes opgave er uændret at fokusere på moderate og svære KOL-patienter, der er tilknyttet lungemedicinsk afdeling, og KOL-koordinatorernes opgave er at fokusere på lette til moderate KOL-patienter, der opspores og henvises fra almen praksis.

KOL-sygeplejersken vurderer ligeledes, at de relevante samarbejdspartnere på afdelingen og i almen praksis) kan skelne mellem hende og KOL-koordinatorerne, hvis bare de får en ordentlig indføring i, hvem der gør hvad. Hun underbygger sin formodning med, at den eksisterende arbejdsdeling mellem hende og iltsygeplejersken (baseret på om der er ilt i hjemmet eller ej) stort set fungerer uproblematisk. I det omfang henvisere alligevel har svært ved at vurdere, hvor en patient ud fra objektive kriterier skal hen, forventer KOL-sygeplejersken, at hun og koordinatorene i hvert enkelt tilfælde finder ud af, hvem der gør hvad.

KOL-sygeplejersken fremhæver i forlængelse heraf, at det er en klar fordel, at hun og koordinatorene kender hinanden i forvejen og arbejder ud fra samme afdeling. Hun forventer derfor, at de vil have en løbende dialog om hinandens arbejdsområder, og ikke mindst hvordan de bruger hinanden. Specielt glæder hun sig til sammen med koordinatorene at styrke indsatsen for at markere KOL som et vigtigt indsatsområde over for praktiserende læger og ansatte i ældreplejen.

Derudover oplever KOL-sygeplejersken KOL-koordinatorernes delvise forankring i kommunerne som en fordel og styrke for deres samarbejde; på den måde har de flere steder at søge opbakning til de initiativer, de i fællesskab finder relevante. KOL-sygeplejersken har i flere år undervist basispersonale i den kommunale ældrepleje, hvilket er en opgave, KOL-koordinatorerne også er tiltænkt. I stedet for at se dette som et muligt overlap, understreger KOL-sygeplejersken, at hun ser det som en mulighed for sammen med koordinatorene at styrke dette vigtige indsatsområde.

Lederen af aktivitet og træning har en vis bekymring vedrørende overlap i forhold til:

1. Hvordan der skelnes mellem henholdsvis vedligeholdende træning, genoptræning og patientuddannelse. Lederen peger på, at det i den forbindelse er vigtigt at få afklaret, hvordan borgerne henvises til de enkelte tilbud, og hvilke ressourcemæssige rammer der opereres indenfor (medarbejdere og økonomi).
2. Hvor grænsen mellem koordinatorene og hendes medarbejdere skal gå – især i forhold til kontakter på patientniveau.
3. Hvordan det sikres, at de rigtige patienter ender i det rigtige tilbud, og hvordan de nye tilbud, som koordinatorene planlægger, samtænkes med eksisterende tilbud i kommunalt og regionalt regi.

Den praktiserende læge er overbevist om, at hans kolleger ikke vil have problemer med at skelne imellem hjemmesygeplejen, KOL-koordinatorerne og de eksisterende udgående KOL-funktioner fra

hospitalet. Som KOL-sygeplejersken betinger han dog denne forventning med, at der leveres en forståelig mundtlig såvel som skriftlig information til lægerne. Dels på fælles møder, dels som en opsøgende indsats, hvor i hvert fald flerlægepraksis opsøges med henblik på at informere om de nye tilbud.

Distriktslederen fra ældreplejen ser umiddelbart ingen overlap mellem indsatsen fra KOL-koordinatorerne, de forebyggende hjemmebesøg og hjemmesygeplejen. Heller ikke fra jobcentrets side peges der på direkte overlap i opgaver. Jobkonsulenten fortæller dog, at der på sygedagpengeområdet anvendes private firmaer til undervisning af sygemeldte borgere. Undervisningen fokuserer på motion, ergonomi, kost og ernæring. Men eftersom der er tale om generelle "kom i gang tilbud" og ikke tilbud rettet imod kroniske diagnoser, ser konsulenten ikke et egentligt overlap med den KOL-skole, som KOL-koordinatorerne planlægger.

5.3 Involvering af almen praksis

KOL-sygeplejersken, der har været ansat siden 2001, startede i en situation, der var præget af mange af de samme udfordringer, som koordinatorerne står overfor i dag. Hendes bedste råd i forhold til at skabe et samarbejde med almen praksis er:

"At blive ved! Det tager lang tid at opbygge patientklientel, det første år havde jeg meget få. At oprette en ny stilling og få det i gang er hårdt arbejde og frustrerende... De praktiserende læger skal vænne sig til, man er der. Man skal hele tiden gøre opmærksom på sig selv, fordi det er noget nyt, så er de ikke vant til, at man er der. Der går et vist stykke tid, lægerne skal have det i hovedet, at nå ja Lisbeth er der også".

Praksiskonsulenten tilslutter sig KOL-sygeplejerskens råd og tilføjer, at han ser det som en stor fordel, at der er to koordinatorer, dels fordi de kan støtte hinanden, dels fordi de kan dække for hinanden ved sygdom og ferie. Den anden fordel han fremhæver er, at koordinatorerne har en solid baggrundsgruppe, som kan bakke op om projektet. Fx vil KOL-overlægen og praksiskonsulenten involvere KOL-koordinatorerne i undervisning af almen praksis, afholdelse af International KOL dag og lignende.

Praksiskonsulenten tilføjer, at han egentlig ikke er så bekymret for henvisningssamarbejdet med almen praksis, som for ham at se bør blive en succes:

"Hvis koordinatorerne laver et tilbud, der er værd at komme til. Det skal ikke være noget man griner af, så kommer der ingen. Patienter og samarbejdspartnere skal have en fornemmelse af, at her er der noget at komme efter... det næstvigtigste er, at de skal være synlige. De skal ud og vise sig. Det skal man hele tiden – ud og få den op og koge en gang imellem".

På sigt håber praksiskonsulenten, at koordinatorerne kan være medvirkende til, at flere læger ændrer adfærd i deres arbejde med KOL, således at der kommer mere systematik i det og det løftes op på et niveau, hvor kontakt og samarbejde i mindre grad er baseret på personkendskab. Et vigtigt led i systematikken er ifølge praksiskonsulenten, at der på sigt udtænkes en model for henvisning, som:

1. Går på tværs af de forskellige kommunale tilbud, der findes, således at der ikke er mange forskellige henvisningsblanketter med forskellige kriterier, indhold osv.
2. Kan håndteres elektronisk i lægernes edb-system.
3. Sikrer at den enkelte læge får en kortfattet status om de resultater, der er nået.

5.4 Perspektiver fra sygedagpengeområdet

Den problemstilling, som absolut fylder mest på sygedagpengeområdet, er sygemeldinger på grund af stress og depression. Dels er sagerne vanskelige at udrede, dels er der fortsat mange tabuer forbundet med psykisk sygdom, og dels mangler der kvalificerede tilbud, som kan hjælpe disse klienter ud af deres sygdom og tilbage på arbejdsmarkedet.

I forhold til kronisk sygdom fortæller jobkonsulenten, at det er sjældent, at sygedagpengeområdet er i kontakt med borgere, hvor det primære fokus er en kronisk sygdom – der er næsten altid tale om sammensatte problemstillinger, hvor en diagnose indgår som et delelement. Når kronisk sygdom dukker op i konsulentens arbejde, er det normalt først, når hun læser papirer fra en klients læge, eller når klienten selv nævner diagnosen som en delproblemstilling.

Jobkonsulenten kan godt komme i tanke om et par klienter, hvor KOL var årsag til sygemelding, men i disse sager var der tale om svær KOL, som resulterede i hurtige pensionsafgørelser. Let til moderat KOL kan konsulenten ikke komme i tanke om som en betydende problemstilling, og det har de kolleger, hun har talt med, heller ikke.

I forhold til anden kronisk sygdom har sygedagpengeområdet en del sygemeldinger, som bunder i hjerte-karsygdom og diabetes. Konsulenten oplever dog ikke, at afdelingens opgaver består i at levere tilbud om patientuddannelse til disse klienter. Konsulenten ser derfor ikke sygedagpengeområdet som en oplagt medspiller i udviklingen af tilbud om sundhedsfremme og patientuddannelse.

Derimod ser konsulenten en mulighed for, at enheden bliver bedre til at indtænke eksisterende sundhedsfremmende tilbud i mødet med klienter, der har en kronisk baggrundsdiagnose. Fx vurderer jobkonsulenten, at henvisning til spirometri hos egen læge og efterfølgende henvisning til et tilbud som KOL-koordinatorene vil give god mening i sager, hvor alkohol og rygning har betydning for arbejdsevnen. Konsulenten ser derfor gerne, at enheden informeres og modtager materiale om nye kronikertilbud, som de kan give klienterne med hjem.

Konsulenten vurderer dog, at det vil være for stor en udfordring for den enkelte sagsbehandler at huske og finde rundt i alle de forskellige tilbud, der med tiden oprettes. I forlængelse heraf fortæller hun, at afdelingen har gode erfaringer med at have en ressourceperson, som har overblik over de tilbud, der findes på kræftområdet. En sådan model vurderer hun, at man muligvis vil kunne overføre til kronisk sygdom, i takt med at antallet af tilbud udbygges.

5.5 Perspektiver fra ældreplejen

For distriktslederen i ældreplejen er det absolut største problem i forhold til kronisk sygdom, at der mangler viden blandt alle personalegrupper. Hun fortæller derfor, at det, hun ønsker hjælp til, er at:

"Forankre viden om KOL og andre kroniske sygdomme sammen med fælles værktøjer til dokumentation og videndeling, som gør, at der er en vej at gå, som ikke er tilfældig og afhængig af, hvem der er på arbejde den enkelte dag".

Herudover ønsker distriktslederen hjælp til at: *"Give hele pleje- og omsorgssystemet skal mere viden og fokus på sundhedsfremme, således at pleje- og omsorgssystemet aktiverer frem for at servicere".*

Distriktslederne fortæller videre at:

"Lige nu kører vi et 18 ugers kursus om psykiske sygdomme på et niveau, der passer til hjælperne og assistenterne. Næste efterår planlægger vi et lignende forløb med fokus på livsstilssygdomme, og herunder også fokus på problemstillinger vedrørende KOL for hjælperne, for at de kan få en

bedre viden om, hvornår de skal gøre hvad... Det er det, det handler om, at give hjælperne en bred, men grundig indføring i kronisk sygdom og de muligheder der er for at agere sundhedsfremmende i det daglige arbejde”.

Endelig ønsker distriktslederen hjælp til: *”At opbygge et formaliseret og gensidigt forpligtende samarbejde mellem hjemmesygeplejen og almen praksis”.*

KOL-koordinatorerne bør derfor, ifølge distriktslederen, beskæftige sig med udvikling og koordinering af uddannelsesaktiviteter og samarbejdsrelationer på et overordnet niveau. Især opgaven med at være spydspids for at systematisere og udbrede viden om kronisk sygdom vurderer distriktschefen mangler i Viborg Kommune. Distriktschefen tilføjer også, at koordinatorerne set i lyset af, at der er tale om to halve stillinger, der arbejder på tværs af to geografisk store kommuner med et befolkningsgrundlag på 140.000:

”Næsten kun kan arbejde på strategisk niveau, hvis deres indsats skal give mening. Den patientuddannelse, som de kan levere, hvis de endelig lykkes med at opspore, er jo knap en dråbe i havet, og der vil være stor risiko for, at de drukner i samarbejdspartnere”.

Herudover efterlyser distriktschefen, at personalet i ældreplejen og de praktiserende læger inddrages fra starten, når det besluttet at gøre noget på et område. *”Det skal tage udgangspunkt i, hvad vi mangler, og fokusområder bør findes i et samarbejde. Der igangsættes alt for mange skrivebordsprojekter i øjeblikket”.*

5.6 Samarbejde med Aktivitet og Træning i Skive

Lederen af Aktivitet og Træning forventer, at KOL-koordinatorerne vil blive vigtige samarbejdspartnere for enhedens KOL-team. Teamet består på nuværende tidspunkt af en fysioterapeut og en ergoterapeut med særlig viden om KOL, og lederen forventer, at teamet kan udvides med endnu en stilling, hvis der er behov for det. Konkret forventer lederen, at hendes medarbejdere sammen med KOL-koordinatorerne skal udvikle og drive KOL-skole til borgere med let til moderat KOL.

I udgangspunktet forventer lederen en arbejdsdeling, hvori enhedens KOL-team står for den fysiske træning af borgere samt arbejdet med at sluse borgerne ud til lokale træningsmuligheder, mens KOL-koordinatorernes rolle er at uddanne borgerne i KOL, motivere til rygestop og lignende samt at støtte borgene til at opretholde deres aktivitetsniveau og dermed lungekapacitet. Herudover ser lederen af Aktivitet og Træning KOL-koordinatorernes styrke i, at de kan møde borgerne fra sygehuset og følge dem helt ud i lokalmiljøet.

KOL-koordinatorernes fokus på at opspore borgere med let til moderat KOL ser lederen af Aktivitet og Træning ikke et problem i. Hun har netop en oplevelse af, at der mangler tilbud til denne gruppe i det nuværende behandlingsudbud. Samtidig gør lederen opmærksom på, at det er nødvendigt at støtte svære og ressourcetsvage KOL-patienter, og hun forventer, at KOL-koordinatorerne også vil være aktive medspillere i at udvikle og forbedre indsatsen på dette område.

Lederen af Aktivitet og Træning råder først og fremmest KOL-koordinatorerne til at sætte tilstrækkelige ressourcer af til at skabe en god relation til kommunens praktiserende læger. Herefter råder hun koordinatorerne til at bruge ressourcer på at bygge et egentligt team om KOL-uddannelse sammen med enhedens to terapeuter. Vigtige spørgsmål som lederen i den forbindelse ønsker fokus på er: Hvordan der kan etableres kontakt til frivillige og private aktører med henblik på at få borgerne væk fra træning i offentligt regi.

Lederen vurderer i den forbindelse også, at man kan komme langt, hvis ressourcestærke KOL-patienter gøres ansvarlige for at opretholde vedligeholdende aktivitet i træningslokaler, som kommunen stil-

ler til rådighed. Denne løsning har enheden allerede stor glæde af i forhold til at fastholde både KOL- og rygpatienter i aktivitet efter endt genoptræning. Og statistikken viser, at fremmødeniveauet holder langt bedre, end hvis borgerne overlades til sig selv.

Rollen med at opspore, uddanne og motivere sådanne ildsjæle med udgangspunkt i de KOL-patienter, der henvises til koordinatorene, ser lederen meget gerne, at KOL-koordinatorene påtager sig.

På baggrund af interview anbefales, at:

- ◆ De enkelte tilbagemeldinger anvendes som udgangspunkt for fortsat og dialog om udformning af opgavedeling og samarbejde med hver enkelt samarbejdspartner.
- ◆ Vægtningen mellem udvikling af patientrelateret arbejde vs. kompetenceudvikling og samarbejde på organisationsniveau overvejes.
- ◆ Det overvejes, hvordan nye patientrelaterede tilbud kan organiseres på en måde, der tager højde for de geografiske barrierer og erhvervsaktives behov for tilbud, der ikke ligger i dagtimerne.
- ◆ Det overvejes, hvordan foreningsliv og private aktører kan inddrages med henblik på at skabe en langsigtet effekt af de planlagte patienttilbud.

6. Opsamling

I de enkelte afsnit er givet en række anbefalinger vedrørende delelementer af KOL-konsulentens opgaver og samarbejdsrelationer. I dette afsnit samles de væsentligste tværgående anbefalinger, som den samlede analyse giver anledning til.

I forhold til tidlig opsporing anbefales, at:

- ◆ Der opstilles en strategi for, hvordan den KOL-koordinatorerne, sammen med eksisterende nøgleaktører, kan medvirke til at skabe et vidtfavnende fokus på tidlig opsporing af KOL.

I forhold til skabelse af sammenhæng anbefales, at:

- ◆ Der opstilles en strategi for, hvordan KOL-koordinatorerne, sammen med eksisterende nøgleaktører, kan medvirke til at der skabes fælles kompetencer og mål for KOL-behandling på tværs af KOL-forløb.
- ◆ Der opstilles en strategi for, hvordan de sammenhænge, der aktuelt skabes med udgangspunkt i specialiserede koordinatorfunktioner, på sigt gøres mindre sårbare over for projektmidler, der løber ud, ildsjæle der brænder ud og personaleudskiftning.

I forhold til udvikling af konkrete samarbejdsrelationer og forebyggende tilbud anbefales, at:

- ◆ Udviklingen baseres på en åbenhed i forhold til problemer og løsninger, som giver relevante samarbejdspartnere indflydelse på udvikling af konkrete initiativer.
- ◆ Der sammen med relevante samarbejdspartnere lægges en strategi for udvikling af patientrettet sekundær forebyggelse, der adresserer problemer vedrørende geografi, erhvervsarbejde og udslusning til private og frivillige aktører med henblik på at rekruttere deltagere og fastholde en langsigtet effekt.

Litteratur

- 1) Skive Kommune, Viborg Kommune, Hospitalsenheden Viborg. Projektbeskrivelse: Indsats for KOL-patienter i Viborg og Skive Kommuner i samarbejde med Hospitalsenheden Viborg. 2008.
- 2) Viborg Kommune, Skive Kommune. Sundhedsprofessionel kontaktperson (care/case manager) 10. 2007.
- 3) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. KOL rehabilitering -uddannelses- og træningstilbud til patienter med let til moderat KOL. Viborg og Skive Kommune, Region Midtjylland; 2008.
- 4) Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet: Hvad skal der til i praksis? In Press. FOKUS - Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service og Dansk Sundhedsinstitut; 2008.

Bilag 1: Opsamling på gruppearbejde

A. Opsamling på Viborg klyngens gruppearbejde

Sted:	Personer:	Kerneproblemer:
Lungemedicinsk afdeling	Overlæge fra lungemedicinsk afdeling, udgående KOL-sygeplejerske	Placering og forventninger til samarbejde, sammenhængende patientforløb – gå op i en højere enhed, samarbejdsrelationer. Forventninger til synlighed og samarbejde.
Praktiserende læger	Praksiskonsulent, lunge- medicinsk afdeling, Viborg Sygehus (arbejder meget inden for KOL, de sidste to har gang i projekter med KOL i gang nu.)	Henvi- sing – hvordan – smidig og let anvendelig, feedback, sammenhængende patientforløb, nye tilbud til KOL-patienter med mild/moderat. Forventninger til synlighed og samarbejde.
Aktivitet + træning + ældreplejen i kommunalt regi	Ledende fysioterapeut samt en repræsentant for distriktsledelsen i den kommunale hjemmepleje	Udvikling af kompetencer (både aktivitet og på hjemmeplejeområdet), sammenhængende patientforløb. Forventninger til synlighed og samarbejde.
Jobcenter	En repræsentant for sygedagpengeafdelingen, der behandler sager, hvor KOL-diagnosen er repræsenteret	Nye muligheder, samarbejdsrelationer. Forventninger til synlighed og samarbejde.

B. Opsamling på Holstebros gruppearbejde

Sted:	Personer:	Kerneproblemer:
Almen praksis	En læge fra Færch-huset. Her vil man gerne det kommunale samarbejde.	At informere, at aftale og at anvende henvisningsmuligheden. Lægerne siger, hvad skal vi med KOL-konsulent, de er glade for hjemmesygeplejersken/plejen, 'frygt' for at koordinatoren overtager deres tovholderrolle, hvordan får de tillid til KOL-konsulent. Central problemstilling: få dem til at acceptere, at skulle lægge ansvar fra sig, mulig overlapsproblemstilling.
Chefledelse/hjemmeplejen	Distriktschef	Ressourcer, udpegning, anvende. Forankring på ledelsesniveau, lave aftaler om ressourcer – timeforbrug, møder, hvad er realistisk i forhold til nøglepersoner. Pege på nøglepersoner.
KOL-nøglepersoner/ hjemmefra	Erfaren hjemmesygeplejerske som underviser med i lærings-mestringsforløb lige nu, og KOL kobles herpå, ildsjæl i forhold til KOL	Ambassadører til borgerne og det øvrige personale og op til ledelsen – har kontakten til de praktiserende ledere, henvise til KOL-konsulent, tage rollen som nøgleperson – skal på 3-dages kursus – skal kunne spare med personalet.
Rehabilitering	Leder af træning og aktivitet i kommunen	Ressourcer, henvise til KOL-konsulent (som laver indledende samtale med borgeren og får borgeren med), oprette KOL-forløb (lokaler mm.).

Sted:	Personer:	Kerneproblemer:
Læring/mestring	Erfaren bruger der skal med til lærings/mestring – erfaren patient der skal i gang med at undervise andre patienter.	Hvad skal der til for at en KOL-konsulent er interessant at have i kommunen for patienten – hvad mangler der, er der et behov? Markedsføring, hvad skal der til, for at man henvender sig, hvor ser de KOL-konsulenten?
Lungemedicinsk afdeling/team	Afdelingssygeplejerske udkørende KOL-sygeplejerske, hun tænker, at ved en KOL-konsulent i kommunen vil hun blive overflødig, hun bliver en del af KOL-team på sygehuset, hun er med, de går vejen sammen.	Hvordan skal henvisningen se ud, for at man anvender dem, 1. besøg på afdeling M2, hvordan kan det tilrettelægges?

C. Opsamling fra den efterfølgende diskussion

Martin Buch, DSI: Den erfarne patient og jobcenter, to gode nye perspektiver. Projektets succes afhænger i høj grad af evnen til at fastholde opnåede gevinster og udsluse patienter til fortsat aktivitet – derfor er rehabilitering og træning også særdeles vigtige samarbejdspartnere.

Kan se at problemstillinger og emner er tolket i forhold til projektmålene, interessenterne skal også spørges ud om deres vinkler på problemstillingen – hvilke koordinationsproblemer ser de generelt – det kan være, at der er noget, som er relevant for projektmålene, som vi ikke har tænkt over. Det er vigtigt at arbejde med en vis åbenhed i forhold til problemer og løsninger.

De handlingsorienterede perspektiver kan godt kombineres med de mere overordnede perspektiver, kan se at det er muligt at krydse lidt på de emner, I hver især har opstillet – god synergi.

Og så vil der være et handlingsorienteret element i undersøgelserne: Spørg alle: hvad skal det bruges til, er der behov for det? (markedsføring, hvor skal det præsenteres for at det slår igennem).

Birgitte Holm Andersen, Region Midt: Det er vigtigt at bibeholde en undren: For hvis skyld gør vi det her, hvorfor den her model – er det det her, som er den bedste/rigtige løsning?

Lone Grøn, DSI: Opsporing er centralt – hvor finder vi de tidlige/nydiagnosticerede KOL-patienter henne? Det kræver aktiv opsporing og nyt henvisningssamarbejde, derfor er samarbejdspartnerne så vigtige.

Bilag 2: Tværgående temaer fra interviewguides

Introduktion

- Formålet med undersøgelsen:
 - o Interessentanalyse
 - o Gensidig værdi
 - o Indhentning af perspektiver

Baggrund

Navn, stilling og opgaver.

Hvad er din/din enheds rolle i forhold til borgere med KOL?

1. Beskriv hvad du/I gør for borgere med KOL?
2. Hvor meget fylder de, hvor involveret er I, i pleje og behandling?
 - i. Knytter der sig særlige problemstillinger til borgere med KOL?
 - ii. Let til moderat vs. svær KOL?
3. Hvem samarbejder du/I med – og hvordan?
 - i. Praktiserende læge?
 - ii. Lungemedicinsk afdeling/udgående KOL-sygeplejerske?
 - iii. Andre dele af kommunen?
 1. Dagcentre
 2. Socialforvaltning
 3. Sundhedscenter/rehabilitering
 4. Myndighedsafdeling
 5. Aften/nat vs. daghold
 - iv. Andet

Hvad virker godt i den nuværende indsats?

1. Er der nogen knudepunkter, som er væsentlige for indsatsen omkring KOL-patienter?
 - i. Personer eller enheder/funktioner?
 - ii. Hvilke løsninger ser du?

Hvad virker mindre godt/hvad er de største problemer, du oplever relateret til KOL?

1. Samarbejde med andre?
2. Indsatser eller tilbud som mangler?
3. Opsporing og visitation?

Tilbud til KOL-borgere/patienter med KOL

1. Har du kendskab til særlige tilbud for KOL-patienter?
 - i. Er der barrierer for at udnytte dem?
 - ii. Er der nogen tilbud som er specielt gode?
2. Mangler der tilbud til KOL-patienterne?
 - i. Hvilke? Og hvorfor?
 - ii. Er der nogen nye tilbud som er under udvikling?
 - iii. Er der nogen nye indsatsområder som er rettet imod KOL?

1. I forhold til borgere? I forhold til personalets kompetencer?

Kommunal oprustning af kronikerindsats/tilbud til borgere med KOL

- a. Er der planer om nye tilbud?
- b. Hvilke?

De nye KOL-koordinatorer

1. Hvad ved du om funktionen/hvad forventer du, at vedkommende skal lave?
2. Hvad kunne du godt tænke dig, at vedkommende kunne gøre for:
 - i. Borgerne/patienterne?
 - ii. Dig/personalet?
3. Har I gjort nogen overvejelser om arbejdsdelingen mellem KOL-konsulenten og din enhed?
 - a. For personalet? Mulige overlap?
 - b. Er KOL-koordinatorer kombineret med øvrige initiativer en rigtig løsning?

Fremadrettet

1. Hvad kunne lette samarbejdet med KOL-forløbskoordinatorerne?
2. Nogen gode råd?

Aftaler for næste interview!



Bilag D:

Procesevaluering af KOL-konsulentfunktionen i Holstebro Kommune

Martin Sandberg Buch
Else Olesen

Dansk Sundhedsinstitut
December 2008

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	123
2. Metode	125
2.1 Datagrundlag.....	125
2.2 Notatets opbygning	127
3. Status for KOL-konsulenten	129
3.1 Indledning	129
3.2 KOL-funktionens organisering	131
3.3 KOL-konsulentens patientrettede opgaver	131
3.4 Tværgående udviklingsopgaver	134
3.5 Udvikling af lokale samarbejdsrelationer	135
3.6 Data for KOL-konsulentens patientrelaterede (sam)arbejde.....	141
3.7 Opsamling	143
4. Feedback fra nøglepersoner	145
4.1 Holstebro Kommunes hjemmepleje	145
4.2 Chefen for Holstebro Kommunes rehabiliteringsenhed	147
4.3 Lungemedicinsk afdeling M2, Regionshospitalet Holstebro	148
4.4 Almen praksis	150
4.5 Den erfarne KOL-patient	150
4.6 Opsamling	151
5. Konklusioner og anbefalinger	153
5.1 Overordnede konklusioner	153
5.2 Diskussion af aktuelle udfordringer og anbefalinger	153
Litteratur	155
Bilag 1: KOL-konsulent interview 1. runde Holstebro.....	157
Bilag 2: KOL-konsulent interview 2. runde Holstebro.....	159
Bilag 3: Temaer for interview med nøglepersoner 1. runde.....	161
Bilag 4: Interviewguide 1 til erfaren KOL-patient.....	163
Bilag 5: Temaer for interview med nøglepersoner 2. runde.....	165
Bilag 6: Interviewguide 2 til erfaren KOL-patient.....	167

1. Indledning

Dette er nummer to af i alt to notater, som DSI har udarbejdet for at dokumentere og understøtte udviklingen af opgaver og samarbejdsrelationer for den stilling som KOL-konsulent¹, der i foråret 2008 er oprettet i regi af Holstebro Kommunes Sundhedscenter.

KOL-konsulenten indgår som én af flere indsatser, der skal styrke Holstebro Kommunes opsøgende og forebyggende kommunale indsats over for borgere med KOL². KOL-konsulentens opgave er dels at fungere som borgerens indgang til kommunale og evt. regionale tilbud til borgere med KOL, dels at fungere som ressourceperson i forhold til kontakt og samarbejde mellem almen praksis, lungemedicinsk afdeling og kommunale indsatser til borgere med KOL. Endelig er KOL-konsulenten ansvarlig for at koordinere og planlægge KOL-relateret kompetenceudvikling af kommunens sundhedsfaglige personale.

Udviklingen af KOL-konsulentens funktion og en tilsvarende funktion oprettet i Viborg/Skive Kommune følges af Dansk Sundhedsinstitut via projektet: *Forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi*. Der er tale om en procesevaluering, som har til formål, at:

- ♦ Bidrage til at der sker en afklaring og konkretisering af udviklingen og implementeringen af to forløbskoordinerende funktioner med ansvar for at udvikle en tidlig indsats på KOL-området.
- ♦ Gøre status over udviklingsforløbet efter det første halve år med henblik på, at erfaringer, der indsamles i de to projekter, kan indgå i det videre arbejde med at udvikle forløbsprogrammer på området KOL, diabetes og hjertekarsygdom i Region Midtjylland.

Projektet er finansieret ligeligt af de deltagende kommuner og Region Midtjylland repræsenteret ved Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde.

¹ Der er der ansat en projektkoordinator, som støtter KOL-konsulenten. De to medarbejdere, hvis opgaver er tæt integreret, udgør derfor tilsammen en KOL-funktion. For enkelhedens skyld beskrives indsatsen på KOL-området dog med udgangspunkt i KOL-konsulentens funktion og opgaver.

² Se evt. (1) for uddybning.

2. Metode

2.1 Datagrundlag

Notatet er baseret på i alt 14 interview fordelt på to interviewrunder, som er udført med et halvt års mellemrum.

2.1.1 Koordinatorinterview

To af de 14 interview er udført med KOL-konsulenten selv³. Det første interview blev udført den 2. juni 2008. Interviewet omhandlede KOL-konsulentens forventninger til det udviklingsarbejde, hun var ansat til at udføre, samt de muligheder, udfordringer og planer hun havde lagt for at udvikle sine samarbejdsrelationer og opgaver. Det andet interview blev udført den 28. oktober 2008, denne gang også med KOL-koordinatoren. Interviewet omhandlede KOL-konsulentens erfaringer fra udviklingsarbejdet, en afdækning af hvor langt de er nået med at fastlægge opgaver og samarbejdsrelationer, samt deres forventninger til fremtiden.

2.1.2 Nøglepersoninterview

De resterende 12 interview er udført med nøglepersoner blandt KOL-konsulentens samarbejdspartnere. Følgende samarbejdspartnere har deltaget i interview:

Tabel 2.1 Oversigt over nøglepersoninterview fra Holstebro.

Nøgleperson	Dato for første interview	Dato for andet interview
Afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling, Holstebro Hospital	Den 28. maj 2008	Den 28. oktober 2008
Praktiserende læge i Holstebro Kommune	Den 2. juni 2008	Den 28. oktober 2008
Erfaren patient fra Lærings- og mestringsforløb på Sundhedscentret	Den 28. maj 2008	Den 28. oktober 2008
Rehabiliteringschefen i Holstebro Kommune	Den 2. juni 2008	Den. 14. november 2008
Distriktschef og teamleder i hjemmeplejen i Holstebro Kommune	Den 28. maj 2008 ⁴	Den 28. oktober 2008
Hjemmesygeplejerske/KOL-nøgleperson i Holstebro Kommune	Den 9. juni 2008	Den 29. oktober 2008

2.1.3 Udvælgelse af interviewpersoner

Udvælgelsen af interviewpersoner er sket på en temadag afholdt den 19. maj 2008. På temadagen udpegede projektgrupperne, på baggrund af et oplæg fra DSI, de vigtigste kommende samarbejdspartnere for KOL-konsulenten og kom med bud på emner, de gerne ville have belyst via interview med disse⁵.

³ Det første interview blev gennemført med KOL-konsulenten alene, da projektkoordinatoren endnu ikke var ansat. Andet interview blev udført med begge medarbejdere.

⁴ Det første interview var kun med distriktschefen i hjemmeplejen; til det andet interview havde hun arrangeret, at der kom en teamleder med, som kunne supplere hende i interviewet.

⁵ Se evt. DSI's notat af juni 2008 for detaljer.

Interviewpersonerne er alle udpeget som interessenter i KOL-behandlingen, der:

1. Varetager væsentlige opgaver i relation til den eksisterende KOL-behandling.
2. Har væsentlig viden om den eksisterende KOL-behandling og det lokale samarbejde vedrørende KOL-patienter.
3. Vurderes at være vigtige kommende eller potentielle samarbejdspartnere for KOL-konsulenten.

2.1.4 Udførelse af interview

Ved første interviewrunde blev de seks repræsentanter fra KOL-behandlingen i Holstebro interviewet om:

1. De temaer, de lokale projektgrupper selv opstillede via gruppearbejde.
2. De problemstillinger og løsninger, som interviewpersonerne selv peger på fra deres position i det lokale behandlingssystem.
3. De opgaver og arbejdsmetoder, som er indeholdt i det lokale KOL-projekter, jf. respektive projektbeskrivelser.
4. De problemstillinger, som er beskrevet i DSI's første leverance til projektet: *Guide til kommunal forløbskoordination* (1).

Ved anden interviewrunde blev de samme seks nøglepersoner interviewet om:

1. Deres relation til KOL-konsulenten.
2. I hvilket omfang KOL-konsulentens projekter har levet op til deres forventninger.
3. Hvor og hvordan de oplever, at KOL-konsulentfunktionen er med til at forbedre behandling og sammenhæng for KOL-patienter.
4. Deres evt. ønsker til justering eller udbygning af KOL-konsulentfunktionens arbejdsområder.

Forud for begge interviewrunder er der udarbejdet en generisk semistruktureret interviewguide (bilag 2), som forud for interview er tilpasset til det enkelte interview.

2.1.5 Kvantitative data for konsulentfunktionens patientrettede aktiviteter

Som led i dokumentationen af KOL-funktionens udviklingsproces indeholder notatet en opgørelse af KOL-konsulentens patientrettede aktiviteter. Opgørelsen er baseret på KOL-funktionens egne data.

2.1.6 Databehandling og analyse

Alle interview er optaget digitalt, samtidig med at der er skrevet et udførligt og i videst muligt omfang ordret referat, som er anvendt som afsæt for citat og analyse. Kun i tilfælde af tvivl om interviewpersonernes udsagn, eller hvor referenten ikke har kunnet følge med, er der efterfølgende lyttet til lyd-filerne. Alle interviewpersoner er gjort opmærksom på, at de ikke er anonyme. Dette har ikke givet anledning til, at væsentlige emner har været behandlet uden for citat.

2.1.7 Notatets og interviewenes status

Det må forventes, at interviewpersonerne, hvoraf de fleste har særlige opgaver og/eller en særlig interesse for KOL, ikke er repræsentative for de sundhedsfaglige, som KOL-koordinatorerne fremover skal samarbejde med.

Det skal derfor understreges, at leverancen udgør et input til det fortsatte udviklingsarbejde, der skal anvendes som afsæt for samarbejdet med de interviewede samarbejdspartnere og de driftsorganisationer, de repræsenterer. Der er tale om retningsangivelse for problemstillinger og muligheder, som bør udforskes og konkretiseres yderligere via projekternes udviklingsfase.

2.2 Notatets opbygning

Resten af notatet består af følgende afsnit:

Afsnit 3 beskriver koordinatorfunktionen og udviklingsforløbet med udgangspunkt funktionens egne oplevelser og opgørelser.

Afsnit 4 formidler tilbagemeldinger og indtryk fra de interviewede nøglepersoner.

Afsnit 5 konkluderer og opstiller DSI's fremadrettede anbefalinger til KOL-funktionen/projektgruppen.

3. Status for KOL-konsulent

3.1 Indledning

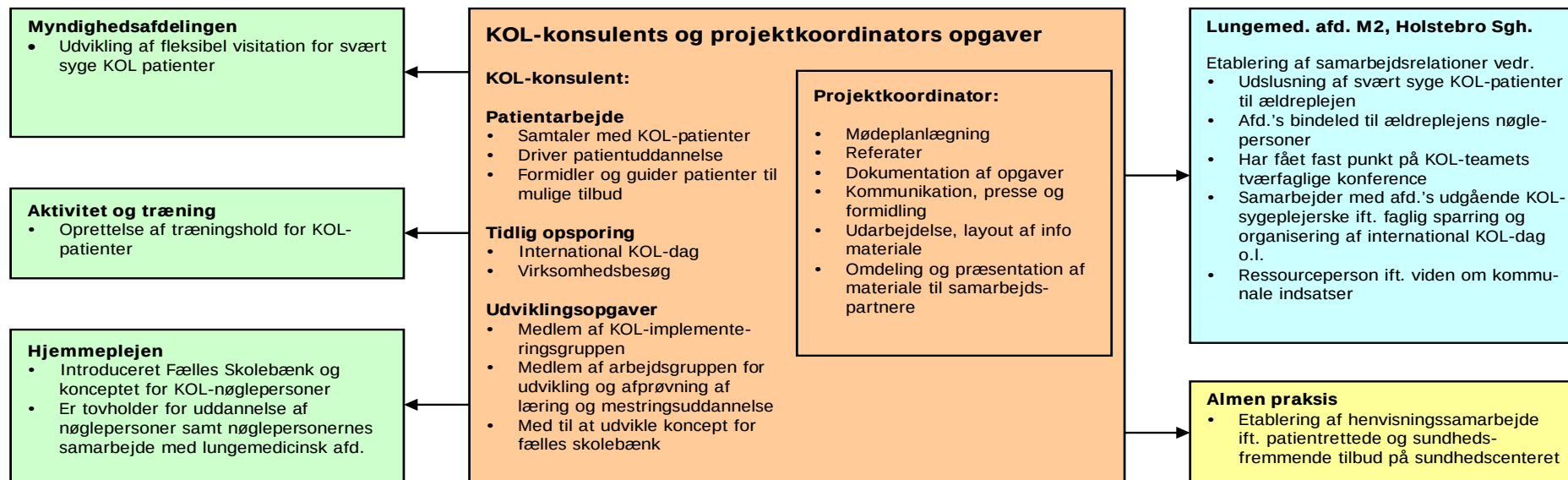
I dette afsnit redegøres for KOL-konsulentens udviklingsopgaver, samt de opgaver og samarbejdsrelationer funktionen aktuelt har. Afsnittet er baseret på de to interview med KOL-konsulenten og projekts koordinator, gennemgang af referater, projektbeskrivelser og andet skriftligt materiale fra projektet (2-16) samt input fra de tre projektudviklingsdage, der har været afholdt i samarbejde med DSI (17-19), for udviklingen af hver enkelt relation og de dertil hørende opgaver. Herudover indgår Else Olesens observationsdage hos KOL-konsulenten og dennes samarbejdspartnere i analysegrundlaget, hvor det er angivet.

Afsnittet er struktureret med udgangspunkt i omstående figur⁶, der illustrerer KOL-konsulentens organisering, opgaver og de væsentlige samarbejdsrelationer, som konsulenten har arbejdet med at udvikle siden opstarten i marts 2008.

Afslutningsvis henføres de indsamlede oplysninger med de formål og opgaver, der på forhånd var sat for udviklingen af funktionen. Dette sker dels med henblik på at dokumentere, i hvilket omfang udmøntningen af funktionen sker i henhold til de mål, der på forhånd var opstillet, dels med henblik på at diskutere evt. barrierer for udviklingen af funktionen, som har gjort det nødvendigt at justere målene undervejs.

⁶ Figuren er valideret af forløbskoordinatorerne de 24. november 2008.

Figur 3.1 Organisering, opgaver og samarbejdsrelationer for KOL-konsulent i Holstebro Kommune.



3.2 KOL-funktionens organisering

3.2.1 Ledelsesmæssig forankring og organisering af arbejdsopgaver

KOL-konsulenten er ansat i Holstebro Sundhedscenter og referer direkte til kommunens sundhedschef. I stillingen er indeholdt, at hun fungerer som forebyggelsesmedarbejder og underviser på kommunens generelle tilbud om patientuddannelse, men at hun har KOL som særligt indsatsområde. Formelt er hun ansat på halv tid som forebyggelseskonsulent og halv tid som KOL-konsulent. I praksis er overgangen imellem de to funktioner imidlertid flydende og baseret på, at konsulenten selv organiserer sine opgaver efter, hvad der er mest hensigtsmæssigt.

Konsulenten selv har tidligere været kommunal leder og er fortsat ansat på en lederoverenskomst. Adspurgt vurderer konsulenten, at hendes erfaringer med at arbejde selvstændigt og opbygge relationer til mange forskellige personer/enheder har været en stor fordel under udviklingsarbejdet – især i forhold til at skabe kontakt til de mange eksterne samarbejdspartnere, som ikke referer til sundhedscenterets ledelse.

Med henblik på at understøtte KOL-konsulentens mange udviklingsopgaver er der ansat en AC-uddannet projektkoordinator, som dagligt arbejder tæt sammen med konsulenten. Koordinatoren er ansvarlig for at styre projektet i henhold til gældende projekt- og funktionsbeskrivelse samt at udarbejde mødeplaner, referater og projektets skriftlige kommunikation mm. Under interviewene udtrykker begge ansatte stor tilfredshed med deres samarbejde og evne til at supplere hinandens kompetencer.

3.3 KOL-konsulentens patientrettede opgaver

KOL-konsulentens patientrettede opgaver består overordnet af fire dele, der ligger i forlængelse af hinanden:

1. Opsporing/diagnosticering af KOL-patienter.
2. Afholde afklarende samtaler med diagnosticerede patienter, der henvises til/henvender sig til sundhedscenteret, samt afsluttende samtaler med de patienter der har gennemført et forløb i sundhedscenteret.
3. Planlægge og undervise på de patientuddannelsesstilbud målrettet de patienter, der får afklarende samtaler.
4. Medvirke til at borgere med KOL, der udskrives fra lungemedicinsk afdeling på Regionshospitalet Holstebro, oplever sammenhæng mellem hospitalets og den kommunale indsats.

Erfaringerne fra disse opgaver gennemgås i de følgende afsnit.

3.3.1 Sundhedsfremme, opsporing og forebyggelse

Den tidlige opsporing - som består i at udføre lungefunktionstest og informere om KOL, rygestop og lignende – er en udadvendt opgave, som først for alvor er kommet i gang i løbet af efteråret 2008.

Indtil videre har KOL-konsulenten deltaget i International KOL dag, hvor sundhedscentret i samarbejde med Regionshospitalet Holstebro arrangerede åbent hus på sundhedscentret. I arrangementet deltog tre sygeplejersker og en læge fra lungemedicinsk afdeling, KOL-funktionen, patientforeninger og frivillige grupper. De borgere, der mødte op, fik mulighed for at få målt deres lungefunktion og blive informeret om de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, der findes i kommunen, samt deltage i socialt samvær og cafearrangement. I alt 100 borgere fik målt deres lungefunktion. Selvom der ikke kom så mange som håbet, betegner KOL-konsulenten arrangementet som en succes – for samarbej-

det mellem sundhedscenteret, lungemedicinsk afdeling og patientforeningerne. Men hun understreger også, at arrangementet var en succes for de deltagende borgere, der fik et arrangement af høj kvalitet, hvor der var mulighed for at få rådgivning og knytte sociale bånd med de andre deltagere.

Herudover har KOL-konsulenten i samarbejde med en reservelæge fra Regionshospitalet Holstebro gennemført virksomhedsbesøg på 8 arbejdspladser⁷. De deltagende virksomheder er "arvet" fra projektet "Trivsel og sundhed på arbejdspladsen", hvor de deltagende virksomheder enten har været i kontrolgruppen eller har haft for lav svarprocent i forhold til at kunne deltage. Udvælgelsen af virksomheder har således været tilfældig frem for overvejelser om, hvor koncentrationen af risici og udiagnosticerede KOL-patienter er størst. Fremadrettet er det dog meningen, at der skal lægges overvejelser om stratificering i forhold til risikofaktorer til grund for, hvilke firmaer der tilbydes besøg. De foreløbige overvejelser er rettet imod handels- og tekniske skoler, arbejdspladser med mange rygere og evt. erhvervsgrupper, hvor selve arbejdsopgaven indebærer øget risiko for at udvikle KOL.

Erfaringerne fra efteråret er først og fremmest, *"at det tager overraskende lang tid at organisere og udføre de opsporende aktiviteter"*, fordi der forud for arrangementerne har skullet udføres opgaver i forhold til at:

- ◆ Arrangere åbent hus-arrangementet på International KOL dag.
- ◆ Udforme plakater og informationsmateriale til de deltagende arbejdspladser.
- ◆ Der har skullet findes en læge, som havde mulighed for at udføre og tolke spirometrimålingerne på hver enkelt arbejdsplads.
- ◆ De ansatte, der var interesseret i at få målt lungefunktion, skulle på forhånd melde sig til for at kunne disponere lægens tid så effektivt som muligt.
- ◆ Funktionen har ikke sit eget udstyr til at måle lungefunktion – derfor har man skullet ud og låne forud for besøgene.

En del af opgaverne forventes at gå noget hurtigere fremadrettet, fordi infomateriale og arbejdsgange nu ligger klar. Erfaringerne fra efteråret har dog også givet anledning til forskellige overvejelser om hvordan det opsporende arbejde fremadrettet kan organiseres mere effektivt.

Blandt overvejelserne er at:

- ◆ KOL-konsulenten skal have sit eget spirometriapparat samt kompetence til selv at måle og tolke lungefunktionen, så aktiviteterne ikke afhænger af læger udefra.
- ◆ Organisere virksomhedsbesøg og lignende på en måde, der ikke kræver, at medarbejderne tilmelder sig på forhånd.

Blandt de positive erfaringer er at det ifølge medarbejderne i KOL-funktionen:

"Har virket rigtig godt at have en læge med ude, fordi folk lytter på en anden måde, når det er en læge, der taler, og fordi lægen og KOL-konsulenten har kunnet supplere hinanden med forskellig viden".

Medarbejderne vurderer derfor også, at de kvalitative aspekter, der er forbundet med at have den lægefaglige viden med i de opsøgende aktiviteter, bør tages med i overvejelserne om det fremtidige opsøgende arbejde.

⁷ 11 arbejdspladser indgik i planlægningen, men på grund af for få tilmeldte blev tre af virksomhedsbesøgene aflyst.

3.3.2 Afklarende samtaler

For diagnosticerede patienter med kronisk sygdom fungerer den afklarende samtale som indgang til sundhedscenterets tilbud om specifik og generel patientuddannelse. Herudover fungerer samtalen også som et personligt møde, der skal give den enkelte borger indsigt i de forhold, der har indflydelse på deres sygdomsforløb, samt forudsætninger for at træffe et kvalificeret valg imellem de kommunale, frivillige og regionale tilbud, der findes (3).

KOL-konsulenten varetager alle de afklarende samtaler, men i kraft af den indsats, der foregår på KOL-området, har der været en klar overvægt af KOL-patienter til samtalerne. På nuværende tidspunkt har KOL-konsulenten gennemført 31 afklarende samtaler med borgere med KOL. Heraf er 16 på nuværende tidspunkt på Lærings- og mestringsforløb, og 11 skal starte på et tilsvarende forløb til foråret.

Den afklarende samtale henvender sig både til borgere med let til moderat KOL og borgere med svær til meget svær KOL. I praksis har det dog vist sig, at det hovedsageligt er borgere med moderat til svær KOL, der henvender sig og i forbindelse med den afklarende samtale vælger at komme på det kommunale KOL-forløb. Det skyldes ifølge KOL-konsulenten, at mange borgere med let til moderat KOL ikke føler sig begrænset af sygdommen i deres hverdag.

Generelt oplever KOL-konsulenten samtalerne som meget positive både fra sit eget synspunkt og ud fra, hvad borgeren giver udtryk for:

"Jeg har kun fået positive tilbagemeldinger, der er mange, der siger tak, når de går herfra. Det de bliver mest glade for, er at de bliver lyttet til, de har nok været en lidt overset gruppe. Det kræver noget af mig at træde forsigtigt ind, når det fx handler om rygestop, og jeg skal kunne rumme deres barske fortællinger om sygdom... Der er flere, der kommer til at græde, når de sidder og fortæller deres historie. Jeg skal turde gøre folk kede af det for at finde ud af, hvad det handler om, og der skal være plads til, at det er i orden at græde".

Det betyder dog, at funktionen fortsat er langt fra at nå den lette patientgruppe, hvorfra der indtil videre kun har været to patienter. Om den lette patientgruppe fortæller konsulenten, at:

"Jeg oplever et dilemma i forhold til personer med let til moderat KOL. De efterspørger faktisk ikke de emner, som kurset omhandler. De oplever ikke store problemer i hverdagen. I samtalen snakke de vi derfor mere generelt om motion, kost, rygning og hvilke andre tilbud, der kunne være relevante for dem, men vi har faktisk ikke rigtig noget, der rammer gruppen i dag. Derfor overvejer vi, hvilke muligheder der er for at oprette og fylde et Lærings- og mestringsforløb, som er målrettet patienter med let til moderat KOL".⁸

3.3.3 Patientuddannelse

KOL-konsulenten står for at planlægge og gennemføre Lærings- og mestringsforløb for borgere med diagnosen KOL. Forløbet består som udgangspunkt af 8 undervisningsgange i 8 uger, og derudover er der i en forsøgsperiode mulighed for træning på det kommunale rehabiliteringscenter i 12 uger. Der er plads til 10 personer på hvert træningshold, mens der kan være 16 tilknyttet Lærings- og mestringsforløbet i sundhedscentret. Ifølge KOL-konsulenten gælder det for de fleste af de personer, der deltager i Lærings- og mestringsforløbet, men ikke træner på rehabiliteringscenteret, at de træner selv eller går på andre træningshold.

Planlægningen af forløbet og undervisningen foregår i samarbejde med en erfaren patient. Den erfarne patient og KOL-konsulenten mødes inden hvert møde for at planlægge dagens forløb. Kommer der andre faglige undervisere end KOL-konsulenten, eksempelvis en diætist, mødes KOL-konsulenten også

⁸ For uddybning af de barrierer, der er forbundet med tidlig opsporing og behandling af KOL-patienter, se (20).

med dem for at klæde dem på til at undervise ud fra Lærings- og mestringsprincipper og inddrage den erfarne patient i undervisningen. Efter de enkelte forløb evaluerer KOL-konsulenten og den erfarne patient dagens møde og taler om, hvad der virkede og ikke virkede.

KOL-konsulentens oplevelse af deltagernes udbytte af forløbet er god. Hun mener, de kommer ind på mange relevante emner, der rykker noget for borgerne i deres hverdag:

"Jeg oplever en opklaring for nogle af de mennesker, hvor sygdommen fylder meget. Vi kan måske fjerne noget af deres bekymring ved at snakke om tingene. Det er fascinerende at følge borgerne fra samtalen og igennem forløbet".

Som en form for opsamling og udslusning afsluttes KOL-Lærings- og mestringsforløbet med opfølgende samtaler mellem KOL-konsulenten og de enkelte deltager. Som ved den afklarende samtale er der sat en time af. Formålet med samtalen er at få afrundet forløbet på en god måde og tale om, hvordan borgeren kan fastholde træning og evt. livsstilsændringer. Da det første Lærings- og mestringsforløb for borgere med KOL endnu ikke er afsluttet, har KOL-konsulenten ingen erfaringer med udførelsen af disse samtaler.

Tilbuddet om at deltage i Lærings- og mestringsforløbet på sundhedscentret er fleksibelt sammensat i forhold til borgerens behov. Først og fremmest kan træningsdelen vælges fra og til, alt efter om borgeren har behov for denne form for træning. Derudover har borgerne mulighed for at komme med ideer til emner, der skal tages op i forløbet, for at sikre at forløbet dækker de emner, som borgerne finder relevante.

3.4 Tværgående udviklingsopgaver

3.4.1 KOL-implementeringsgruppen

KOL-konsulenten indgår i KOL-implementeringsgruppen, som er en af tre tværsektorielle arbejdsgrupper, der arbejder med at udvikle og afprøve de initiativer, der skal udmønte Region Midtjyllands overordnede KOL-forløbsprogram. Arbejdsgruppen danner geografisk ramme for et samarbejde mellem Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Struer, Holstebro, Herning og Ikast-Brande kommuner, men den er sammensat på tværs af kommuner, almen praksis og i hospitaler.

I regi af implementeringsgruppen har KOL-konsulenten været med til at:

1. Planlægge og afprøve en uddannelse kaldet Fælles Skolebænk. Fælles Skolebænk er et tredages 3-dages tværfagligt og tværsektorielt uddannelsesforløb om KOL, hvor sygeplejersker og terapeuter fra henholdsvis et hospital og de kommuner, der ligger i hospitalets optageområde, undervises sammen. I uddannelsen er det centralt, at personalet på tværs af sektorer opkvalificeres i forhold til pleje- og behandling af KOL-patienter, og at deltagerne forbedrer kendskabet til hinandens opgaver og arbejdsvilkår. Herudover indgår patientperspektivet fra Lærings- og mestringsuddannelsen (se punkt 3) som afsæt for undervisningen.
2. Planlægge og udføre et komprimeret eftermiddagsarrangement om KOL for praktiserende læger og deres klinikpersonale.
3. Udvikle konceptet for KOL-Lærings- og mestringsuddannelsen, uddanne de instruktører, der skal varetage patientuddannelsen, samt køre egne Lærings- og mestringshold for KOL-patienter. Det er et centralt aspekt i uddannelsen, at de instruktører, som uddannes og efterfølgende udfører selve patientuddannelsen, både er erfarne patienter og fagpersoner.

Den lokale forankring af ovenstående opgaver spiller en rolle i de fleste af de initiativer, der indgår i Holstebro Kommunes KOL-projekt (2) samt de fleste af KOL-konsulentens opgaver og lokale samarbejdsprojekter (3), som gennemgås i de følgende afsnit.

3.5 Udvikling af lokale samarbejdsrelationer

De fleste af KOL-konsulentens udviklingsopgaver har knyttet sig til at opbygge og vedligeholde de lokale samarbejdsrelationer, som kommunens satsning på KOL-området afhænger af. Det drejer sig om samarbejdsrelationer til det kommunale rehabiliteringsområde, den kommunale ældrepleje, visitationsenheden, almen praksis og lungemedicinsk afdeling M2 på Regionshospitalet Holstebro, som gennemgås i de følgende afsnit.

3.5.1 Det kommunale rehabiliteringsområde

En del af den nye kommunale indsats på KOL-området er, ifølge KOL-konsulenten, at KOL-patienter tilbydes træning i 12 uger for at forbedre deres fysiske funktionsniveau. Derfor er rehabiliteringsenheden, som i forvejen tilbyder vedligeholdelsestræning til svækkede ældre og borgere med kronisk sygdom, blevet inddraget i samarbejdet omkring det kommunale KOL-forløb.

KOL-konsulenten fortæller, at kontakten og samarbejdet med det kommunale rehabiliteringsområde er gået godt. Forsøgsvis er der oprettet et selvstændigt KOL-hold, hvor 10 patienter ad gangen gennemgår et 12 ugers træningsforløb. KOL-konsulenten opsporer relevante patienter via de afklarende samtaler og træffer afgørelse om, hvilke borgere der skal tilbydes træningsdelen. (Inklusionskriteriet til KOL-forløbet er en ny spirometrimåling, der dokumenterer, at patienten har KOL).

I efteråret 2008 har kørt et hold, som afsluttes i december, og KOL-konsulenten har lavet en aftale med sin kontaktperson på rehabiliteringscentret om at starte endnu et hold efter jul. Endvidere er der aftalt et evalueringsmøde efter afslutningen af det første forløb med henblik på at justere i forhold til indsamlede erfaringer og lave aftaler for evt. fremtidige hold. KOL-koordinatoren forventer, at der indtil videre kan køres to KOL-træningshold om året.

KOL-konsulenten håber, at de indledende samarbejdserfaringer om projektet – som er det første egentlige samarbejde mellem de to enheder – fremadrettet kan føre til et mere formaliseret samarbejde omkring kroniske patienter som helhed. Hun forventer ligeledes, at det på sigt vil være muligt at udvikle samarbejde på andre områder end den patientrettede træning, men disse overvejelser er ikke for alvor kommet i gang.

3.5.2 Den kommunale ældrepleje og den kommunale myndighedsafdeling

I løbet af det første halve år har KOL-konsulenten samarbejdet med hjemmeplejens distriktsledelse og 12 hjemmesygeplejersker fra det udførende niveau og den kommunale myndighedsafdeling.

I forhold til hjemmeplejens distriktsledelse og myndighedsafdelingen er der gennemført præsentation og forventningsafstemning med henblik på at:

1. Introducere sundhedscenterets satsning på KOL.
2. Finde ud af hvilke projekter og indsatser hjemmeplejen og myndighedsafdelingen har mulighed for at samarbejde om.

Disse indledende overvejelser, som er foregået mellem KOL-konsulenten og repræsentanter på distriktsledelsesniveau i hver af driftsenhederne, har ført til enighed om at gå videre med følgende projekter, hvortil det egentlige udviklingsarbejde har knyttet sig:

1. Uddannelse af KOL-nøglepersoner i hjemmesygeplejen i regi af Fælles Skolebænk⁹, herunder at KOL-konsulent i det første år efter kurset understøtter nøglepersonerne i at udvikle og fastholde deres nye kompetencer og opgaver.
2. Etablering af et styrket samarbejde mellem lungemedicinsk afdeling M2 og ældreplejens KOL-nøglepersoner med henblik på at forbedre overgangen fra hospital til eget hjem.
3. At hjemmeplejen og den kommunale myndighedsafdeling sammen med KOL-konsulent forsøger at udvikle mere fleksible tidsmæssige rammer for hjemmeplejens pleje af borgere med meget svær KOL.

Erfaringerne fra disse projekter gennemgås i de følgende afsnit.

Implementering af et netværk af KOL-nøglepersoner i ældreplejen

Efter at hjemmeplejens ledelse har givet tilsagn til projektet, har de lokale plejegrupper udpeget i alt 12 hjemmesygeplejersker¹⁰ til at deltage i Fælles Skolebænk og fungere som kommunale nøglepersoner i forhold til KOL.

Umiddelbart inden deltagelse i uddannelsesforløbet – som blev gennemført i september – gennemførte KOL-konsulent et forberedelsesmøde med de kommende nøglepersoner og repræsentanter for hjemmeplejens distriktsledelse. På mødet blev nøglepersonerne introduceret til **kursusforløbet**, forventningerne til nøglepersonernes opgaver i forhold til kolleger og patienter blev diskuteret/afstemt, og så blev de introduceret til **KOL-konsulentens understøttende rolle** i projektet.

Kursusforløbet og deltagernes udbytte

Fælles Skolebænk-forløbets sundhedsfaglige undervisning vekslede mellem medicin håndtering, fysiologi og rådgivning om hensigtsmæssig adfærd og dialog med KOL-patienter. Derudover var der problemorienteret gruppearbejde med udgangspunkt i cases, hvor deltagerne blev sat sammen på tværs af sektorer og fagligheder. KOL-konsulent fortæller, at hun oplevede erfaringsudvekslingen i gruppearbejdet som meget givende, fordi:

"Deltagerne fik virkelig øjnene op for hinanden, når de var sat sammen på tværs. Jeg kunne tydeligt høre at det satte gang i nogle diskussioner med god synergi, og jeg oplevede at interessen for hinanden blev skærpet. Hospitalspersonalet har jo en stor faglig viden om fx medicin, mens man i kommunen har en anden viden om det at gå ind i hverdagslivet".

Om deltagernes udbytte af kurset fortæller KOL-konsulent videre, at hun er imponeret over KOL-nøglepersonernes engagement og indsats. Ikke mindst fordi:

"Mange af KOL-nøglepersonerne har ikke meldt sig frivilligt, de er blevet prikket på skulderen. I løbet af den periode der er gået, synes jeg dog, at de har vist stor interesse og er begyndt at vende blikket mod de mange muligheder, de har for eksempelvis at tage ind på lungemedicinsk afdeling frem for at fokusere på begrænsninger".

Nøglepersonernes nye opgaver og KOL-konsulentens understøttende rolle

Med rollen som nøgleperson følger to delvist nye opgaver, som den enkelte sygeplejerske skal løse inden for de eksisterende rammer, der er for hjemmesygeplejens arbejde:

⁹ Jf. afsnit 3.4.1.

¹⁰ Fordelt på henholdsvis dag-, aften- og nattevagter med henblik på at sikre dækning af hele døgnet.

- ♦ Internt i hjemmeplejen skal nøglepersonerne fungere som ressourcepersoner med særlig viden om KOL. Dette indebærer bl.a., at de får ansvar for at holde kolleger opdateret i forhold til behandling og pleje af KOL, at de kan tilkaldes i forbindelse med akutte problemstillinger, samt at de får ansvar for at oplære og supervisere basispersonalet i forhold til pleje og behandling af KOL-patienter.
- ♦ Eksternt er det meningen, at nøglepersonerne – i samarbejde med KOL-konsulenten – skal styrke ældreplejens samarbejde med lungemedicinsk afdeling på Holstebro Hospital med henblik på at forebygge genindlæggelser¹¹.

Hjemmeplejens hverdag med mange eksisterende opgaver og rutiner medfører stor risiko for, at implementeringen af nøglepersonernes nye opgaver og roller nedprioriteres. Derfor er det aftalt, at KOL-konsulenten i det første år har en formel rolle i forhold til at understøtte implementeringsprocessen, dels ved at holde i alt fem temaeftermiddage¹² med henblik på at fastholde engagementet, dels give mulighed for erfaringsopsamling, sparring og løbende tilpasning af koncept og opgaver.

Herudover er det meningen, at KOL-konsulenten skal understøtte nøglepersonerne ved at fungere som bindeled imellem hjemmeplejen og den lungemedicinske afdeling i forhold til det udskrivningssamarbejde, der har til hensigt at forebygge genindlæggelser. Hun spiller med andre ord en central rolle i det tilsigtede driftssamarbejde.

KOL-konsulenten fortæller om sine understøttende roller, at de indeholder et element af faglig ledelse, som dels bidrager til at fastholde og opgradere nøglepersonernes viden om KOL, dels klæder dem på i forhold til at anvende og sprede deres viden til andre medarbejdere i ældreplejen. KOL-konsulenten vurderer i forlængelse heraf, at den uformelle ledelsesmæssige opbakning igennem hende – og den formelle ledelsesmæssige og økonomiske opbakning, som distriktsledelsen i hjemmeplejen giver projektet – er meget vigtig, hvis intentionen om at gøre en ekstra indsats for KOL-patienter for alvor skal slå igennem.

Dog er KOL-konsulenten opmærksom på, at nøglepersonerne oplever det som en barriere, at de selv skal finde tiden til de nye opgaver i en hverdag, de beskriver som travl.

Forsøg med bufferbevilling

Baggrunden for KOL-konsulentens sidste samarbejdsprojekt med ældreområdet, som også involverer den kommunale visitationsafdeling, er et forsøg på formelt at udvikle mere fleksible rammer for den daglige hjælp, der ydes til KOL-patienter. Baggrunden for projektet er ifølge KOL-konsulenten, at udsving i svært syge KOL-patienters funktionsniveau gør, at netop denne patientgruppe ofte har behov for at få flyttet det aftalte tidspunkt for bistand til personlig pleje og bad med kort varsel. Intentionen er, at hjemmehjælperen med bufferbevillingen vil få mulighed for at udskyde besøget til senere samme dag eller til næste dag, når patienten evt. har fået det bedre.

For at kunne få gavn af bufferbevillingen skal man være visiteret til den, og KOL-nøglepersonerne har derfor fået til opgave at finde frem til de borgere, der a) har svær KOL (dokumenteret ved en lungefunktionstest, som viser meget svær KOL), og b) er visiteret til bad.

Om udviklingsarbejdet fortæller projektets koordinator, at projektet er løbet ind i en række udfordringer, der dels knytter sig til, at lederen for visitationen, som har været den eneste involverede i udviklingen af projektet, er stoppet – tilsyneladende uden at overdrage ansvaret til en anden. Koordinatoren har kontaktet den midlertidige leder for at få en afgørelse, men har endnu ikke fået svar. Derfor er

¹¹ Indhold og formål gennemgås specifikt i afsnit 3.4.5: Lungemedicinsk afdeling.

¹² En som forberedelse og fire som opfølgning på Fælles Skolebænk.

udviklingsarbejdet indtil videre sat på stand by, men de aftalte aktiviteter i hjemmeplejen kører fortsat.

En anden og mere grundlæggende bekymring ved projektet, som udtrykkes af KOL-konsulenten, er om det overhovedet har været tiden værd at arbejde med bufferbevillingen. Dels fordi kriterierne for at komme i betragtning til bevillingen gør, at det kun er en ganske lille gruppe af borgere, der får gavn af den, dels fordi projektet har betydet meget ekstraarbejde for KOL-nøglepersonerne i hjemmeplejen i forhold til at opspore de rigtige borgere og sikre, at der foreligger en ny lungefunktionstest¹³.

KOL-konsulenten fortæller derfor, at:

"Hvis vi på forhånd havde vidst, hvor meget arbejde der var i at afprøve en bufferbevilling for os, for nøglepersonerne og visitationen i forhold til, hvor få patienter det har vist sig at handle om, havde vi nok ikke taget det op. Omvendt ligger der dog også en overordnet interesse i at finde ud af, om det overhovedet er praktisk muligt at operere med en bufferbevilling, som nok gør, at vi går videre med det alligevel".

3.5.3 Almen praksis

Almen praksis' rolle i forhold til KOL-konsulenten (og de øvrige patientrettede tilbud, der findes på sundhedscenteret) er, ifølge kommunens ønsker, at henvise patienter til den afklarende samtale, der fungerer som indgang til de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud.

Belært af at det kan være vanskeligt at opbygge et velfungerende henvisningssamarbejde med almen praksis, var KOL-konsulenten forberedt på, at ønsket om at have almen praksis som primær henviser til den afklarende samtale udgør en vanskelig opgave. Ikke mindst fordi der ikke findes nogen it-mæssige rammer, som kan understøtte et henvisningssamarbejde, og fordi det ikke har været muligt at finde en praktiserende læge, der ønsker at engagere sig som praksiskonsulent for samarbejdet mellem kommune og almen praksis¹⁴. Derfor har der været gennemført en række aktiviteter med henblik på at informere og forberede almen praksis på muligheden for at henvise til sundhedscenteret. Disse aktiviteter gennemgås i de følgende afsnit.

Opsøgende arbejde og informationsindsatser

Arbejdet med at nå almen praksis har kørt i en række sideløbende spor:

Første spor har handlet om at udarbejde et informations- og henvisningsmateriale, der enkelt og kortfattet beskriver sundhedscenterets tilbud om patientuddannelse, samt at forsøge på at gøre henvisningsproceduren fleksibel og enkel. I forhold til KOL-patienter vil det sige, at lægen kan henvise til en afklarende samtale via telefonisk kontakt, e-mail eller brev til KOL-konsulenten. Herudover skal lægen medsende dokumentation for, hvor fremskreden KOL-diagnosen er (16).

Andet spor i indsatsen for at nå almen praksis har, ifølge KOL-konsulenten og KOL-koordinatoren, været at besøge de fleste af kommunens lægepraksisser for at:

1. Fortælle om sundhedscenteret og de muligheder der er for at henvise kronikere til centrets forskellige tilbud om patientrettet forebyggelse.
2. Aflevere en samlet mappe med informationer om sundhedscentrets tilbud og henvisningsguides til den enkelte læge.
3. Udlevere patientmateriale til praksissens venteværelse.

¹³ Problemstillingen uddybes i afsnit 4.1.2: Feedback fra nøglepersoner.

¹⁴ Disse forhold er uddybet i (20).

Tredje spor har været en satsning på at få omtale af sundhedscenterets tilbud om patientuddannelse i lokale og regionale medier for at den vej at øge de almene praksis' opmærksomhed samt forsøge at skabe patientbåren efterspørgsel på sundhedscenterets tilbud.

Fjerde spor har bestået af forskellige forsøg på henholdsvis at involvere formanden for den lokale lægeforening i udviklingssamarbejdet og få taletid på et af lægeforeningens fælles møder. Begge dele har dog indtil videre været uden held, dels på grund af manglende ressourcer hos lægeformanden, dels fordi dagsordenerne for lægeforeningens efterårsmøder allerede var fyldte, da KOL-konsulenten henvendte sig.

Femte spor består i, at sundhedscenteret arbejder på at samle al relevant information for de praktiserende læger et sted på kommunens hjemmeside med henblik på at forenkle lægernes mulighed for at få overblik over de kommunale sundhedstilbud.

Resultater

På trods af de ressourcer, der er lagt i at opbygge en relation til almen praksis, er der skabt få synlige resultater. Pr. 10. november 2008 var der kun kommet fem henvisninger til den afklarende samtale, der er fortsat ingen praksiskonsulent, og KOL-konsulenten har fortsat ikke haft mulighed for at præsentere kommunens kronikertilbud for lægeforeningen. KOL-konsulenten er imidlertid forhåbningsfuld i forhold til et fremtidigt samarbejde. For det første fordi hun har oplevet, at:

"Lægehusene viser interesse for os – og de henviser da også nogen til os. Vi siger også til dem [KOL-patienter], der er med på forløbene, at de skal gå tilbage til deres læge og fortælle, at de har været på et forløb i kommunen og fortælle, hvordan det har været. Måske kan de praktiserende læger få øje på os på den måde og opdage, at vi laver et seriøst stykke arbejde".

Den anden grund til at være positiv er, at kommunen arbejder på at blive koblet på Edifact. Dette skulle, selvom det har lange udsigter, give mulighed for henholdsvis elektronisk henvisning fra almen praksis og elektronisk tilbagemelding til praksis om de resultater, der opnås via sundhedscenterets forebyggende tilbud.

Den tredje grund er, at KOL-konsulenten har fået foreløbig lovning på taletid ved lægeforeningens møde i januar, samt at der er inden for den sidste måned *"har været et par læger, som har vist interesse"* for den opslåede stilling som praksiskonsulent.

Den fjerde grund er, at der i regi af den tværsektorielle KOL-implementeringsgruppe har været arrangeret en fælles temaeftermiddag om KOL i almen praksis (Fælles Skolebænk for almen praksis). Her deltog praktiserende læger og praksispersonale fra 19 lægehuse, hvoraf de 7 var fra Holstebro by, hvilket for KOL-konsulenten viser, at *"der er en interesse for at gøre en indsats for patienter med KOL"*. Hun har derfor sikret sig en liste over de lægehuse, der deltog på dagen, med henblik på at kontakte de deltagende praksis fra Holstebro Kommune.

Endelig fortæller KOL-konsulenten, at satsningen på lokal medieomtale har gjort, at mange patienter med kendt KOL har henvendt sig direkte til sundhedscentret med henblik på at blive optaget på tilbuddet. Indtil videre er funktionen derfor ikke afhængig af henvisninger fra almen praksis.

3.5.4 Lungemedicinsk afdeling M2, Regionshospitalet Holstebro

I forhold til samarbejdet med M2 har KOL-konsulenten oplevet det som en stor fordel, at hun i løbet af det sidste halve år har opbygget en række gode samarbejdserfaringer med en af afdelingssygeplejerskerne på M2. Først og fremmest fordi de begge, i regi af KOL-implementeringsgruppen, har været med til at udvikle og undervise på Fælles Skolebænk-forløbet, men også fordi de har været enige om at bruge Fælles Skolebænk som løftestang for et tættere samarbejde mellem afdelingen og Holstebro

Kommunes hjemmesygepleje. Formålet med dette er på sigt dels at forebygge indlæggelser, der sker af ikke-somatiske årsager eller kunne være forebygget i kommunalt regi, dels at sikre at de indlæggelser, der er relevante, planlægges hensigtsmæssigt.

Det har derfor været muligt for KOL-konsulenten opbygge følgende samarbejdsrelationer til afdeling M2:

1. KOL-konsulenten fungerer som kommunal ressourceperson for afdelingens KOL-team.
2. KOL-konsulenten samarbejder med afdelingens udgående KOL-sygeplejerske.
3. KOL-konsulenten er tovholder for et samarbejde, hvor KOL-nøglepersoner fra hjemmeplejen tilbyder at aflægge besøg på afdeling M2 for at tale med indlagte KOL-patienter forud for deres udskrivelse. Det sker med henblik på at give patienten kendskab til hjemmeplejen og for at skabe tryghed i forhold til overgangen fra sygehus til eget hjem.

Erfaringer og resultater fra disse områder gennemgås i de følgende afsnit.

Samarbejdet mellem afdeling M2's KOL-team og de kommunale KOL-nøglepersoner

På lungemedicinsk afdeling er der i løbet af 2008 opbygget et tværfagligt KOL-team (sygeplejersker og overlæge med tilknyttede terapeuter), hvor medarbejderne har særlige kompetencer og ansvarsområder i forhold til indlagte KOL-patienter. Hver fredag afholder teamet en konference, hvor de gennemgår 2-3 indlagte KOL-patienters behandling, udskrivning og muligheder for at forebygge genindlæggelser¹⁵.

KOL-konsulenten fortæller, at hun/nøglepersonerne fra hjemmeplejen er på som et fast punkt ved den tværfaglige KOL-konference, såfremt der er tale om en patient fra Holstebro Kommune. Hun fornemmer, at de fra lungemedicinsk afdeling synes det er en god idé at få koblet hjemmeplejen på så tidligt som muligt for at skabe tryghed om det at komme hjem fra hospitalet – ikke mindst fordi KOL-nøglepersonerne interesserer sig for patientens liv derhjemme.

I de tilfælde, hvor KOL-nøglepersonerne ikke har mulighed for at tage ind på lungemedicinsk afdeling og besøge en KOL-patient, eksempelvis hvis patienten skal udskrives hurtigt, overtager KOL-konsulenten besøget. Dermed har KOL-konsulenten også engang imellem sin gang på afdelingen og fortæller om dette, at:

"De ved, hvem jeg er, når jeg kommer ind på afdelingen. Jeg var deroppe for at besøge en patient, og så er der fem ansatte, der siger: 'Hej Inga'. Det er en rar fornemmelse, og jeg føler mig velkommen, når jeg kommer".

KOL-konsulenten beskriver videre, hvordan hun anser det daglige samarbejde som en forudsættelse af den vidensdeling, der blev igangsat i Fælles Skolebænk-forløbet: På afdelingen har de den faglige ekspertise om sygdommen KOL, og hvordan man håndterer den medicinsk, mens KOL-konsulenten og KOL-nøglepersonerne har fokus på patienternes hjem og daglige liv.

KOL-nøglepersonernes besøg på lungemedicinsk afdeling er afhængig af, at de ansatte på lungemedicinsk afdeling i deres hverdag a) husker på muligheden, b) finder ud af hvilke patienter der er relevante for tilbuddet, c) gør patienten opmærksom på muligheden, og d) kontakter KOL-konsulenten, der fungerer som bindeled til nøglepersonerne. Set i lyset af den handlingskæde, der skal lykkes, er KOL-konsulenten lettet over de foreløbige resultater af samarbejdet:

¹⁵ Uddybes i afsnit 4.2: Feedback fra lungemedicinsk afdeling.

"Mandag i uge 38 var den første dag, de kunne ringe og booke en aftale, og mandag ringede de til mig. Derefter ringede de uafbrudt i to uger; så gik der halvanden uge uden henvendelser. Derfor har jeg haft kontakt til dem for at høre, hvad der sker. Det viste sig, at de havde mange kræftpatienter i den periode – så det er ikke noget, der bare kører af sig selv".

Den udgående KOL-sygeplejerske

KOL-konsulenten fortæller, at hun i løbet af det første halve år har fået en god relation til afdeling M2's udgående KOL-sygeplejerske; først og fremmest via arbejdet med at arrangere den Internationale KOL dag:

"Vi har planlagt International KOL dag sammen i år, det gjorde vi også sidste år. Men det har været på en helt anden måde i år. I år har vi virkelig givet hinanden noget, vi hver især kan bruge. Vi har fået øjnene op for hinandens kompetencer og dannet et godt makkerskab".

KOL-konsulenten fortæller videre om samarbejdet, at:

"KOL-sygeplejersken – og det øvrige personale fra M2 – har stor faglig kompetence i forhold til KOL, mens vi fra sundhedscentrets side er gode til at organisere arrangementer som International KOL dag og lægge lokaler til. På den måde bliver det en fælles opgave, hvor kompetencerne udnyttes bedre".

Ifølge KOL-konsulenten har de indledende overvejelser omkring uhensigtsmæssige overlap imellem hendes og KOL-sygeplejerskens opgaver derfor ikke holdt stik. KOL-konsulenten oplever derimod, at de to funktioner supplerer hinanden, og at KOL-sygeplejersken, som arbejder meget selvstændigt i patienternes hjem, har været glad for at få en kommunal samarbejdspartner.

3.6 Data for KOL-konsulentens patientrelaterede (sam)arbejde

I nedenstående afsnit præsenteres opgørelser for KOL-konsulentens afklarende samtaler, patientuddannelsen for KOL-patienter, nøglepersonernes besøg på lungemedicinsk afdeling på Holstebro Hospital og KOL-konsulentens opfølgende arbejde.

3.6.1 Data for afklarende samtaler, resultater af samtalerne og indgange til samtalen

Fra 1. august til 10. november 2008 har KOL-konsulenten afholdt 31 afklarende samtaler med borgere med KOL. Tabellen nedenfor viser, hvad resultatet af de enkelte samtaler har været.

Tabel 3.1 Resultater af afklarende samtaler.

	Antal
Optaget på KOL-forløb efterår 2008	16
Optaget på KOL-forløb forår 2009	11
Andre patientforløb 2008	0
Procent forløb	3
Udeblev	1

Som det ses af tabellen, er størstedelen af de KOL-patienter, der har haft en afklarende samtale med KOL-konsulenten, optaget på et Lærings- og mestringsforløb med specifikt fokus på KOL. Derudover er der en person, der ikke er mødt op til samtalen. De to eneste patienter med moderat til let KOL, som har været til den afklarende samtale, har valgt ikke at komme på KOL-forløbet, *"fordi de ikke har*

fundet tilbuddet relevant". Selvom der kun er tale om to personer, vurderer KOL-konsulenten, at det "vækker stof til eftertanke", fordi et af målene med indsatsen netop er få den lette til moderate gruppe af KOL-patienter til at handle på deres sygdom. Hvis det lykkes at finde denne patientgruppe i tilstrækkelig grad, mener hun derfor, at sundhedscentret bør overveje mulighederne for at oprette et tilbud, som er målrettet denne gruppe.

Nedenstående tabel illustrerer, hvordan de 31 patienter der har haft en afklarende samtale er kommet hen til samtalen:

Tabel 3.2 Hvor kommer patienterne fra.

	Antal
Henvist via egen læge	5
Henvist af praktiserende terapeuter	3
Selvhenvender på baggrund af medieomtale	16
Selvhenvender på baggrund af informationsmateriale	1
Infomøde for eksisterende KOL-gymnastikhold	3
Andet	3

KOL-konsulenten fortæller, at der generelt har været tilstrækkelig efterspørgsel efter den afklarende samtale, og at de patienter, der har fået den, alle har været relevante, selvom mange er sendt retur til egen læge for at få foretaget den spirometri, der er betingelsen for at blive optaget på et KOL-forløb (haft diagnosen). Som tabellen viser, kommer langt de fleste patienter ikke direkte fra almen praksis. Over halvdelen af patienterne har selv henvendt sig på baggrund af medieomtale eller annoncer i lokalaviser. Tallene understreger således, at der er lang vej til noget, der minder om en indlejret henvisningspraksis, som fremadrettet kan sikre en stabil strøm af henvendelser til den afklarende samtale.

3.6.2 Patientrelaterede kontakter med lungemedicinsk afdeling M2

Nedenstående tabel viser en oversigt over de 7 kontakter, der har været mellem lungemedicinsk afdeling på Holstebro Hospital til KOL-konsulenten i perioden fra 15. september til 10. november 2008, hvoraf de 6 har resulteret i besøg på afdelingen af en nøgleperson fra kommunen.

Tabel 3.3 Patientkontakter til lungemedicinsk afdeling.

	Antal
Besøg aflagt af KOL-konsulenten	2
Besøg aflagt af nøglepersoner	4
Anden kontakt fra afdeling M2	1

Der foreligger p.t. ikke yderligere data (herunder opgørelser over evt. efterfølgende besøg i patienternes hjem eller eksempler på, at kontakten har resulteret i, at patienter er blevet tilknyttet hjemmeplejen) for udskrivningssamarbejdet.

3.6.3 Opsøgende arbejde

Nedenstående tabel opgør resultaterne fra de 8 virksomhedsbesøg, som KOL-funktionen gennemførte i uge 47 og 48 som beskrevet i afsnit 3.3.1.

Tabel 3.4 Opgørelse over deltagere og resultater fra 8 virksomhedsbesøg.

	Normal	Nedsat/kendt astma eller lunget sygdom	Nedsat mild-moderat	Deltog i alt/ tilmeldt	Antal ansatte
Retten	11	2	0	13/10	61
Børn & Unge	8	1	2	11/10	77
Forsorgshjemmet Skovvang	8	0	1	9/5	80
Creative Company	11		3	14/15	90
Det Gode Køkken	9	1	0	10/10	43
Johansen Grafisk	6	2	0	8/8	12
Pro Tec	21	0	3	24/22	143
Ulfborg Skole	8	1	2	12/12	55
Vinderup Skole (aflyst)				0/1 ¹⁶	60
Vemb Børnehave (aflyst)	1			1/1 ¹⁷	10
Visitationenheden (aflyst)				0/1	11
I alt	83	7	11	101/95	642

Som det fremgår af tabellen, har i alt 101 medarbejdere, svarende til ca. 18 % af 561 mulige medarbejdere, fået målt deres lungefunktion på de 8 gennemførte virksomhedsbesøg. Endvidere ses, at 11 af de udførte målinger, svarende til at ca. 10 %, viste mild til moderat nedsat lungefunktion, som ikke tidligere var opdaget.

3.7 Opsamling

Som ovenstående afsnit dokumenterer, har KOL-funktionen i løbet af det første halve år arbejdet med alle de mange forskellige udviklingsprojekter, som er beskrevet i Holstebro Kommunes indsats for borgere med KOL (2). Det er kendetegnende, at de mange samarbejdsrelationer og patientrettede ydelser dels er integreret i hinanden, dels er bundet op på KOL-konsulentens personlige relationer og de initiativer, der er skabt i regi af den tværsektorielle KOL-implementeringsgruppe.

I forhold til funktionens **organisering og opgaver** oplever KOL-konsulentens sine tidligere ledererfaringer med at opbygge og vedligeholde personlige relationer som en stor fordel, der er med til at kompensere for, at hun ikke er ledelsesmæssigt forankret hos de mange eksterne samarbejdspartnere. Hun vurderer derfor, at evnen til at skabe relationer, der forpligter til samarbejde, har været medvirkende til, at der er igangsat samarbejdsprojekter med kommunens hjemmepleje, visitationsafdeling, rehabiliteringsenhed og afdeling M2 på Regionshospitalet Holstebro. KOL-konsulentens og projektkoordinatoren giver generelt udtryk for, at deres villighed til at arbejde meget, kombineret med deres meget tætte samarbejde har været en betingelse for, at de har kunnet få de mange opgaver og projekter til at hænge sammen.

KOL-konsulentens fortæller, at hendes **patientrettede opgaver** kører i tre spor, som alle er i gang:

1. Det opsøgende arbejde udføres primært i samarbejde med personale fra afdeling M2, men konsulentens er langt fremme med overvejelser om, hvordan hun fremadrettet kan blive mere selvstændig.
2. De afklarende samtaler og dermed konsulentens funktion som indgangsguide i forhold til lokale muligheder for KOL-patienter kører planmæssigt og går ifølge konsulentens godt.

¹⁶ Gik til egen læge og fik målt lungefunktionen.

¹⁷ Mødte op på International KOL dag.

3. Det første Lærings- og mestringsforløb for KOL-patienter er gennemført, og kurset har været understøttet af et sideløbende træningsforløb, som forsøgsvis er oprettet i samarbejde med den kommunale genoptræningsenhed.

Tværgående udviklingsopgaver er en integreret del af KOL-konsulentens stilling, som i løbet af de første seks måneder er blevet anvendt både i forbindelse med konsulentens patientrettede aktiviteter (Lærings- og mestringsforløbet) og i forhold til at skabe ændrede samarbejdsformer/muligheder i og imellem de aktører, der er i berøring med KOL-patienter.

Udviklingen af **lokale samarbejdsrelationer** er sket i fire spor, hvoraf nogen består af enkeltstående projekter, mens andre indeholder både selvstændige projekter og tværgående initiativer:

Første spor består i etablering af et samarbejde mellem sundhedscentret og rehabiliteringscentret i forhold til træning af KOL-patienter. Der er lavet aftaler for to hold, hvorefter samarbejdet skal evalueres. KOL-konsulenten har været glad for samarbejdet og vurderer, at det samme har været tilfældet for deltagerne og de terapeuter, der kører holdet. De evt. muligheder for at udvide samarbejdet forventer konsulenten, at der skal tage stilling til i løbet af 2009.

I det andet spor har KOL-konsulentens samarbejdet med ældreområdet om at udvikle et netværk af nøglepersoner med særlige kompetencer og opgaver i forhold til KOL-patienter. Konsulenten har både været initiativtager til netværket, medvirkende til at definere nøglepersonernes opgaver/roller og ansvarlig for at understøtte selve udviklingsarbejdet. Nøglepersonernes nye opgaver har medført to selvstændige udviklingsprojekter: Et projekt der afprøver, om det er muligt at arbejde med en fleksibel visitation i forhold til hjemmeplejens ydelser (bad til borgere med svær KOL), og et projekt der bygger på mødet mellem de kommunale nøglepersoner og personalet fra afdeling M2 i regi af Fælles Skolebænk-forløbet. KOL-konsulenten vurderer overordnet, at samarbejdet med ældreplejen er kommet godt fra start, selvom der har været meget arbejde forbundet med de forskellige dele.

Det tredje – og vanskeligste spor – knytter sig til den rolle som opsporer og henviser til sundhedscentret, som almen praksis er tiltænkt. Til trods for at KOL-funktionen tilsammen har lagt mange ressourcer i at skabe relationer til almen praksis via medier, informationskampagner, direkte kontakter mm., er der kun kommet få henvisninger fra almen praksis. Og selvom der er tegn på fremskridt, virker muligheden for et selvkvørende henvisningssamarbejde endnu langt væk.

Det fjerde spor, som består af samarbejdet med afdeling M2, betegner KOL-konsulentens som en succes. Dels oplever hun, at kommunens sundhedstilbud og nøglepersonerne har fået fodfæste på afdelingen, og dels oplever hun et meget velfungerende samarbejde med afdelingssygeplejersken og den udgående KOL-sygeplejerske. Endvidere vurderer KOL-konsulentens, at der med udgangspunkt i Fælles Skolebænk-forløbet er skabt en gensidigt forbedret forståelse for, hvordan afdelingen og nøglepersonerne kan supplere hinanden til gavn for patienterne.

KOL-konsulentens og projektkoordinatorens peger selv på **tre væsentlige afvigelser/udfordringer i forhold til de planlagte initiativer**, der fremadrettet skal fokuseres særligt på:

1. Vanskelighederne med at nå almen praksis.
2. Det er ikke lykkedes at nå den lette til moderate KOL-patientgruppe, som er et væsentligt element i målsætningerne for KOL-indsatsen, og en del af de moderat til svært syge KOL-patienter, der nås, er i forvejen aktive i forhold til deres diagnose.
3. En del af opgaverne har vist sig at være væsentligt mere tidskrævende end forventet (udvikling af bufferbevilling, virksomhedsbesøg, International KOL dag).

4. Feedback fra nøglepersoner

Dette afsnit er udført i forlængelse af den interessentanalyse, som DSI udførte med de seks nøglepersoner, der af KOL-funktionen var udpeget til interview i slutningen af maj 2008. Hvor første runde blev gennemført med henblik på at give input til udviklingen KOL-funktionens samarbejdsrelationer, gengiver denne interviewrunde nøglepersonernes erfaringer og vurderinger af det seneste års faktiske udviklingssamarbejde. Tilbagemeldingerne udgør et input til evalueringen af KOL-funktionens samarbejdsrelationer samt et pejlemærke for det fortsatte samarbejde.

4.1 Holstebro Kommunes hjemmepleje

4.1.1 Distriktschef og teamleder

Erfaringer fra samarbejde

Distriktschefen vurderer, at KOL-konsulenten indtil videre har fungeret som en god initiativtager, der har haft de fornødne ressourcer til at sætte en dagsorden og forfølge den, indtil den bliver til noget. Samtidig har hun i udviklingssamarbejdet oplevet en stor lydhørhed og fleksibilitet i forhold til hjemmeplejens behov for at være informeret og inddraget ligeværdigt i de nye initiativer. Derfor er hun også meget tilfreds med samarbejdet, der – udover at handle om nøglepersoner og KOL – har skærpet hendes forståelse for, hvad sundhedscentret er og kan som en ny enhed i kommunen.

Distriktschefen har primært spillet en rolle i forhold til at skabe de rammer og aftaler, der har gjort det muligt for KOL-konsulenten at gå i gang med de aftalte projekter i samarbejde med driften. Hun har derfor ikke specielt god føling med udviklingen af nøglepersonernes roller, nøglepersonernes opgaver internt i hjemmeplejen eller nøglepersonernes samarbejde med afdeling M2. For at få uddybet disse elementer havde distriktschefen inviteret en af hjemmeplejens teamledere til at deltage i interviewet.

Teamlederen, som havde været med til at finde 3 af i alt 12 nøglepersoner, kunne fortælle, at distriktet havde prioriteret at sende aftenvagter på Fælles Skolebænk:

"Fordi det ofte er om aftenen, der sker noget for de her patienter. Så er tanken, at det er godt at have et sted, hvor de kan ringe ind og få hjælp til nogle situationer. På den måde kan vi måske undgå nogle indlæggelser".

Teamlederen vurderer endvidere, at de tre KOL-nøglepersoner fra hendes område har oplevet Fælles Skolebænk som et godt kursus, men udover dette havde hun heller ikke kendskab til indhold eller fremdrift i nøglepersonernes KOL-relaterede aktiviteter eller KOL-konsulentens funktion som tovholder.

Adspurgte om deres forventninger til disse forhold fortalte de to ledere, at de regner med, at KOL-konsulenten står som garant for nøglepersonernes faglige niveau og som tovholder sikrer, at de aftalte initiativer i forhold til afdeling M2 implementeres.

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Det blev således klart, at de to ledere ikke var opdaterede i forhold til samarbejdet med KOL-konsulenten, og at de ikke havde haft noget ledelsesmæssigt fokus på netværket af nøglepersoner. Derfor blev de enige om, at de fremadrettet burde spille en mere aktiv rolle. Særligt i forhold til ledelsesmæssigt at skabe rammer, der *"sikrer at nøglepersonernes viden deles med andre medarbejdere, samt at deres kompetencer kommer i brug på rette tid og sted i forhold til den enkelte KOL-patient"*.

I forlængelse heraf pegede begge på, at KOL-konsulenten fremadrettet *"gerne må være opsøgende overfor nøglepersonernes ledelse, så de også husker at følge op på indsatsen og ved, hvad det er, der skal følges op på"*, da de vurderer, at *"det er uhensigtsmæssigt, hvis det hele hviler på KOL-konsulenten"*.

4.1.2 KOL-nøglepersoner

Den interviewede KOL-nøgleperson arbejder til daglig som hjemmesygeplejerske i dagvagt. Udover at have deltaget i Fælles Skolebænk-forløbet har hun også gennemgået Lærings- og mestringskurset for fagpersoner.

Erfaringer fra samarbejde

Om forberedelserne til projektet fortæller sygeplejersken, at alle kommunens KOL-nøglepersoner blev samlet til et formøde i september. Her mødte de for første gang hinanden på tværs af distrikter og diskuterede sammen med KOL-konsulenten, hvilke muligheder og begrænsninger de kunne pege på i forhold til KOL-indsatsen. Adspurgt vurderer nøglepersonen, at KOL-konsulenten *"var god til at lytte til deres overvejelser om de praktiske muligheder, fx i forhold til at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt, at der er en KOL-nøgleperson på vagt hele tiden"*.

Umiddelbart efter deltog nøglepersonerne i Fælles Skolebænk, og sygeplejersken fortæller om udbyttet, at:

"På Fælles Skolebænk havde vi nogle gode dage. Det fik jeg rigtigt meget ud af at deltage i, både fordi vi fik konkret viden fra den faglige undervisning, patienternes vinkler på deres daglige udfordringer og så det med, at vi var sammen på tværs af sektorer, det gav rigtigt meget".

De opgaver, det medfører at fungere som KOL-nøgleperson, er endnu ikke på plads, men til det første eftermiddagsmøde mellem KOL-nøglepersonerne og KOL-konsulenten kom de et godt stykke af vejen i forhold til at få det fastlagt. KOL-nøglepersonen mener, at de har følgende tre hovedopgaver:

"For det første har vi samtaler med patienter på lungemedicinsk afdeling og opfølgende samtaler i hjemmet. For det andet skal vi sprede viden om KOL i hjemmeplejen, og for det tredje skal vi finde de KOL-patienter, der kan have gavn af den fleksible visitation i forhold til bad".

Om arbejdet med bufferbevillingen fortæller nøglepersonen, at:

"Den sidste opgave har vist sig at være meget stor i forhold til den gruppe patienter, der får glæde af det. Vi har kun fundet frem til 3 personer i min gruppe, og det har været meget besværligt at få spirometrimålinger fra praktiserende læger".

Hun vurderer derfor, at ressourceforbruget til denne opgave ikke har stået mål med de mulige gevinster for patienterne, når der tages højde for, at ressourcerne er taget fra en presset hverdag – og dermed har betydet mindre tid til andre opgaver. Herudover vurderer sygeplejersken, at effekten af en bufferbevilling ikke vil være særligt stor, fordi:

"Plejepersonalet allerede i dag agerer meget fleksibelt i forhold til bad og borgere med KOL. Hvis patienten ikke er i stand til at komme i bad på det aftalte tidspunkt, finder plejerne oftest ud af at få det rykket, så de kan komme tilbage senere på dagen, selvom der ikke er en bufferbevilling".

Endelig mener KOL-nøglepersonen, at langt det væsentligste i forhold til at håndtere patienter med KOL, der skal i bad, er den måde, plejepersonalet agerer på i hjemmet. For det første fordi hun vurderer, at hjemmeplejen generelt allerede er meget fleksibel i forhold til, hvordan de arrangerer KOL-patienternes tider til bad. For det andet fordi personalets evne til at optræde roligt og gøre den enkel-

te borger tryk ved bad situationen ifølge sygeplejersken har lagt større betydning for, om borgeren kommer i bad end tidspunktet eller muligheden for at komme tilbage.

I forhold til undervisningsdelen har KOL-nøglepersonen i samarbejde med distriktets anden KOL-nøgleperson sørget for at bestille brochurer og devices hjem, som skal anvendes i undervisningen af deres kollegaer. De har også allerede startet processen med at sprede deres viden om KOL. De har i fællesskab undervist deres sygeplejekollegaer, og KOL-nøglepersonen har undervist den plejegruppe, hun er daglig leder for. KOL-nøglepersonen ser dog gerne, at de får undervisningen sat i system, så de kommer hele vejen rundt, og det ikke kun er en lille gruppe, der bliver observante på problematikker og løsninger omkring KOL. Man skal dog være opmærksom på, at det tager tid at få spredt deres viden til medarbejderne i hjemmeplejen.

KOL-nøglepersonen finder det meget relevant, at repræsentanter fra hjemmeplejen træder ind i hospitalsverden med henblik på at møde deres patienter tidligt i udskrivningsforløbet. Fra KOL-nøglepersonens distrikt har der været 3 besøg til patienter på lungemedicinsk afdeling, og KOL-nøglepersonen fortæller, at hun selv har været der en gang. De har endnu ikke haft nogen opfølgende møder i hjemmet, fordi:

"Det har været lidt dårlig timing med de samtaler, vi har været kaldt ind til på lungemedicinsk afdeling, for ingen af patienterne er udskrevet endnu. Det er mest relevant både for patienten og os, hvis patienterne er ved at være klar til at blive udskrevet, ellers synes jeg ikke det er så relevant. Der kan selvfølgelig ske noget uforudset med patienterne, men man bør nok sigte imod, at der skal være en tæt sammenhæng mellem vores besøg og udskrivelse".

Forventninger til fremtidigt samarbejde

KOL-nøglepersonen fortæller, at hun har oplevet det som meget positivt at få mere viden om kommunens sundhedscenter, og hun er glad for det tætte samarbejde med KOL-konsulenten. Nøglepersonen mener, at det er vigtigt, at KOL-konsulenten fortsat agerer som tovholder i forhold til KOL-nøglepersonerne, og i den forbindelse anser hun eftermiddagsmøderne som vigtige – ikke mindst fordi der er behov for at holde nøglepersonerne til ilden, hvis det skal lykkes at finde tid til de ekstra opgaver og at holde sig opdateret på KOL i hverdagen.

4.2 Chefen for Holstebro Kommunes rehabiliteringsenhed

Rehabiliteringschefen indledte interviewet med at fortælle, at hun havde forberedt sig ved at tale med den social- og sundhedsassistent, som organiserer det KOL-træningshold, der er oprettet i samarbejde med sundhedscenteret/KOL-konsulenten.

Erfaringer fra samarbejde

Ifølge rehabiliteringschefen har assistenten meldt tilbage, at samarbejdet med KOL-konsulenten har været godt, ligesom det har været uproblematisk at sammensætte træningsforløbet, så det kører parallelt med Lærings- og mestringsforløbet i sundhedscentret. Meldingen er endvidere, at der er planlagt opstart af endnu et hold til januar.

Rehabiliteringschefen selv er også tilfreds med det hidtidige samarbejde med KOL-konsulenten og fortæller, at de har haft nogle *"gode møder"*, hvor de har *"fået afklaret hvilke forskellige målgrupper, de hver især har, hvordan lovgivningen ser ud på de forskellige områder, hvordan de skal afgrænse sig for hinanden"*. Derfor vurderer hun, at de overordnede forventninger til samarbejdet efterhånden er godt afstemte.

Rehabiliteringschefen havde i det første interview et ønske om at være blevet inddraget mere fra starten af projektet. Under det andet interview vurderede hun dog, at informationsniveauet har været passende, og hun så frem til at blive inddraget i KOL-konsulentens samlede evaluering af forløbet.

Forventninger til det fremtidige samarbejde

Hun tilføjer dog, at rehabiliteringscentret ikke umiddelbart kan lægge sig fast på en aftale om at køre to specifikke KOL-træningshold om året, og hun har ikke kendskab til, at der skulle være indgået en fast aftale om dette, fordi:

"Vores overordnede rammer er jo § 86 i serviceloven, og det betyder at enhver borger, der henvender sig til os, er berettiget til at blive vurderet, der sker så en konkret individuel vurdering i hvert tilfælde. Derfor kan vi ikke på forhånd sige, at vi vil køre 2 KOL-hold om året, vores tilbud afspejler de borgere, der henvender sig til os".

Derfor forventer rehabiliteringschefen, at et af de områder, der fremadrettet løbende skal afstemmes med sundhedscentret, er forholdet mellem diagnosespecifikke hold og træningshold, der går på tværs af diagnoser. Hun understreger, at de fra rehabiliteringens side ser fordele ved begge typer hold, og at kapaciteten derfor løbende skal afstemmes med efterspørgslen og funktionsniveauet hos de patienter, der søger om at blive optaget på rehabiliteringens træningstilbud.

På mere overordnet niveau understreger rehabiliteringschefen, at hun ser en række muligheder for at videreudvikle samarbejdet med sundhedscenteret. Fx forestiller hun sig, at rehabiliteringscentret kan blive bedre til at informere de patienter, der kommer på centeret, om sundhedscenterets patientrettede tilbud. Her peger rehabiliteringschefen dog på, at de *"mangler brochurer og anden information"*, ligesom det fortsat er *"lidt uklart, hvilke tilbud der reelt findes, og hvordan den enkelte patient henvises til dem"*.

Der, hvor chefen især ser et behov for at sætte ind, er dog i forhold til at fastholde effekten hos de patienter, der deltager i et forløb det ene, det andet eller begge steder. Som hun fortæller, har begge steder en målsætning om, at patienterne ved endt forløb skal have hjælp til at finde en måde at fastholde træningen og resultaterne i deres hverdag – og begge steder har vanskeligt ved at få denne målsætning til at lykkes. Rehabiliteringschefen foreslår derfor et styrket samarbejde om udslusningsprocessen.

4.3 Lungemedicinsk afdeling M2, Regionshospitalet Holstebro

Erfaringer fra samarbejdet

Afdelingssygeplejersken fra afdeling M2 fortæller, at *"det virkelig har rykket på KOL-området"* i perioden fra første til andet interview – både internt på afdelingen og i samarbejdet med KOL-konsulenten og Holstebro Kommune, som hun fremhæver som *"en foregangskommune i forhold til KOL-indsatsen"*.

I forhold til afdelingssygeplejersken selv er der sket det, at hun *"selv er blevet meget klarere på sin, afdelingens og kommunens roller og opgaver i KOL-behandlingen"* og dermed mere opmærksom på at *"sikre, at afdelingen støtter op om KOL-projektet i Holstebro"*. Hun oplever derfor heller ikke uensigtsmæssige overlap imellem de nye KOL-indsatser/funktioner i kommunen og de eksisterende udgående funktioner fra sygehuset. Tværtimod vurderer hun, at der er opnået en relativt klar arbejdsdeling, hvor de forskellige funktioner understøtter hinandens opgaver på en hensigtsmæssig måde.

I forhold til afdelingen er der opbygget et KOL-team, hvortil der er knyttet en overlæge, 5 faste sygeplejersker samt den udgående iltsygeplejerske og udgående KOL-sygeplejerske. KOL-teamet arbejder tæt samarbejde med hospitalets terapeuter, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved, at terapeuterne invol-

veres i teamets ugentlige KOL-konference, ligesom en sygeplejerske fra KOL-teamet medvirker i fysioterapiens KOL-rehabiliteringsforløb. Afdelingssygeplejersken fortæller videre om det skifte, som hun oplever på afdelingen, og KOL-konsulentens rolle i forbindelse med dette:

"Vi mødes aldrig monofagligt om KOL-patienterne mere... I det hele taget har vi fået et mere helhedsorienteret perspektiv på behandlingen, fordi vi har blik for dem, der skal overtage ude i kommunen. KOL-konsulenten har ikke været med på konferencen endnu, men vi har taget kontakt til hende, når vi har ment, det var relevant. Vi er meget opmærksomme på hende, når der er brug for en kvalificeret nøgleperson i forhold til patienten".

Selvom KOL-konsulenten "endnu langt fra er 100 % inde i afdelingens rutiner i forhold til, hvornår og hvordan man kontakter hende", vurderer afdelingssygeplejersken, at samarbejdet er godt på vej i den rigtige retning, og at de indgåede aftaler er tilstrækkeligt enkle til at kunne fungere i praksis¹⁸. Afdelingssygeplejersken vurderer dog også, at der fortsat skal:

"... holdes ledelsesmæssigt fokus på KOL-konsulenten, da samarbejdet ellers let løber ud i sandet – fx er henvisninger til nøglepersonerne og den generelle viden om de muligheder, der er i kommunen, stadig meget afhængige af hvem der er på arbejde".

Som tidligere beskrevet sidder både afdelingssygeplejersken og KOL-konsulenten i KOL-implementeringsgruppen. Afdelingssygeplejersken er "stolt af de resultater gruppen har opnået" og fortæller om sine oplevelser med Fælles Skolebænk:

"Det fællesskab vi oplevede på Fælles Skolebænk, har været startskuddet til at se sig som en gruppe med et fælles ansvar for patienter med KOL... Der blev skabt mange kontakter, og der skete en erfaringsudveksling på Fælles Skolebænk, som var rigtig god. Mit indtryk er, at både deltagerne fra primær og sekundær sektor var tilfredse med forløbet".

Afdelingssygeplejersken vurderer også, at samarbejdet med KOL-konsulenten og Holstebro Kommunes nøglepersoner har smittet af på udskrivningssamarbejdet med de andre kommuner i afdelingens op-
tageområde, fordi personalet på afdelingen "er blevet mere opmærksomme på, hvilke problematikker der kan være forbundet med patienternes udskrivelser og selv tager kontakt til kommunerne for at handle på situationen".

Adspurgt, fortæller afdelingssygeplejersken, at hun er "meget imponeret over KOL-konsulentens indsats". Hun fortsætter med at beskrive KOL-konsulenten som "initiativrig", "positiv", "vedholdende på den gode måde" og "synlig". Hun tilskriver derfor "KOL-konsulenten et stort personligt ansvar for, at Holstebro Kommunes KOL-indsats rykker så meget", som hun oplever det fra sin position.

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Adspurgt om fremtiden for samarbejdet omkring Fælles Skolebænk fortæller afdelingssygeplejersken, at der er planlagt et opfølgingsmøde for deltagerne i maj 2009, ligesom man gerne vil køre et nyt forløb i 2009. Økonomien i dette ønske var dog ikke afklaret på interviewtidspunktet.

¹⁸ Afdelingen skal a) sikre at den enkelte KOL-patient er indforstået med at få besøg af en nøgleperson, b) give telefonisk besked til KOL-konsulent/en sekretær på sundhedscentret. Resten klares af KOL-konsulenten (21).

4.4 Almen praksis

Erfaringer fra samarbejde

Den praktiserende læge havde på interviewtidspunktet ingen erfaringer fra samarbejde med sundhedscentret eller KOL-konsulenten. Han fortalte under interviewet, at han ikke har været opmærksom på, at der er kommet information eller nye initiativer fra KOL-konsulenten eller sundhedscentret i perioden mellem de to interview. Han har dog været opmærksom på tilbuddet om at deltage i KOL for almen praksis (et eftermiddags- og aftenskursus for praksispersonale og praktiserende læger) og fortæller, at det var meningen, at praksissen skulle have været med.

Han understreger, at det ikke er, fordi de i praksissen ikke er interesserede i at forbedre indsatsen overfor KOL-patienter¹⁹, men vurderer at det skriftlige materiale fra kommunen formentlig er druknet i deres hverdag og de mange andre skriftlige henvendelser, praksissen får. Han fortæller videre at:

"Vores problem er jo, at vi har mange overtimer hver måned – alene vores 4 personaler har tilsammen 80 overtimer om måneden. I dag har jeg min sidste patient kl. 17, også er der papirarbejde oveni. Det er jo det, projekter som KOL-konsulenten skal konkurrere med, så de drukner nok lidt mellem alt det andet, vi skal. Så det overskud, vi skulle have til projekter, er svært at finde".

Under interviewet vendte vi de forskellige initiativer, som er igangsat af sundhedscentret, med lægen.

Lægen vurderede i den forbindelse, at det var *"et rigtig godt initiativ"* at oprette et sted på kommunens hjemmeside, hvor al relevant information fra sundhedsområdet til almen praksis var samlet. Derudover efterspurgte lægen, at siden udvides til at omfatte al relevant information til de praktiserende læger (ældreområdet, blanketsamarbejde, arbejdsmarkedsafdelingen, børneunge-området).

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Vi spurgte også, hvad der skal til for at få almen praksis til at udnytte de nye muligheder for at henvise til kommunale patientrelaterede forebyggelsestilbud. Som ved sidste interview pegede lægen på a) en praksiskonsulent, der kan være med til at forme de formelle rammer for et samarbejde, b) mulighed for et enstrengt elektronisk henvisningssamarbejde, og c) at kommune og almen praksis får gjort op med det af historiske årsager dårlige samarbejdsklima imellem parterne.

Derfor så lægen frem til det dialogmøde med deltagelse af almen praksis, relevante ledelser fra kommunen og byrådspolitikere, der skal afholdes d. 25. november, og han håbede, at mødet bliver starten på en proces, der gør, at parterne relativt hurtigt når hinanden.

4.5 Den erfarne KOL-patient

Erfaringer fra samarbejde

Ved første interviewrunde fortalte den erfarne patient, at han skulle indgå som instruktør på Sundhedscentrets Lærings- og mestringsforløb for borgere med KOL. Som planlagt har han i løbet af efteråret samarbejdet med KOL-konsulenten om at planlægge og undervise på forløbet. Forløbet har bekræftet hans forventninger om, at det sociale samvær med/mellem de øvrige deltagere i forløbet har stor betydning for udbyttet. Han fortæller således, at:

¹⁹ Eksempelvis fortæller lægen, at klinikken lige har købt nyt spirometriapparat, haft en sygeplejerske på rygestopuddannelse, og at klinikken i det hele taget er i gang med at omlægge og systematisere sin KOL-indsats.

"Man glæder sig bare til at snakke med dem igen, vi lærer hinanden at kende på en anden måde, vi har jo snakket om vores problemer... Det har hjulpet mig, jeg har fået noget socialt at kunne hjælpe andre og have noget at gå op i".

Udover sin medvirken i sundhedscenterets Lærings- og mestringsforløb har den erfarne patient siden sidst repræsenteret KOL-patienterne i Fælles Skolebænk-forløbet og fagpersonernes del af Lærings- og mestringsuddannelsen. Her vurderer han, at deltagerne var *"meget engagerede"*. På forhånd var han *"i tvivl om hvad det egentlig var, at jeg kunne bidrage med"*, men han blev efterfølgende *"meget positivt overrasket"* over, hvor interesserede fagpersonerne var i at høre om sygdommen fra hans vinkel som patient. Han vurderer derfor, at han har bidraget positivt med sine erfaringer som patient, og at de sundhedsfaglige havde glæde af dette supplement til deres sundhedsfagliges viden.

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Patienten understregede, at han – på baggrund af efterårets erfaringer – gerne stiller op til fremtidige forløb.

4.6 Opsamling

4.6.1 Erfaringer fra samarbejde

Som det fremgår af interviewene, er de interviewpersoner, der har faktiske erfaringer (fra samarbejde med KOL-konsulenten), generelt meget tilfredse med konsulenten, der på tværs af interview omtales som en *"god initiativtager"*, der – selvom det *"går hurtigt"* – udviser *"stor lydhørhed og fleksibilitet"* i forhold til samarbejdspartnerne, der oftest ikke kan rykke lige så hurtigt som KOL-funktionen.

Endvidere viser interviewene, at ingen af nøglepersonerne fra ældreplejen, rehabiliteringsafdelingen og afdeling M2 i dag er bekymrede for, om der er opstået uensigtsmæssige overlap mellem KOL-konsulentens og enhedernes egne ansvarsområder.

Endelig giver alle de ovennævnte nøglepersoner udtryk for, at KOL-konsulenten er med til at øge deres viden om sundhedscentrets opgaver og de muligheder, der ligger i at have centret som samlingspunkt og igangsætter af forebyggende aktiviteter.

4.6.2 Ønsker til fremtidigt samarbejde og anbefalinger

Af interviewene fremgår, at nøglepersonernes ønsker til fremtidigt samarbejde primært er konkrete og knyttet til de igangsatte fælles aktiviteter, som interviewpersonerne forventer at være med til at videreudvikle og justere. De projekter, hvor der umiddelbart er klar opbakning til den nuværende samarbejdsform og opgavedeling, er:

1. Nøglepersonerne i hjemmesygeplejen (hvor der dog blev identificeret et ønske om tættere kontakt til ledelsen i hjemmeplejen med henblik på at støtte op om initiativet).
2. Samarbejdet mellem KOL-konsulenten og afdeling M2.
3. Undervisningssamarbejdet med erfarne patienter i forbindelse med Lærings- og mestringsforløb.

På baggrund af interview anbefales det derfor at:

- ♦ Fortsætte udviklingen af ovenstående aktiviteter på baggrund af inputtene fra de interviewede nøglepersoner.
- ♦ Sætte fokus på at forankre de decentrale udviklingsaktiviteter hos den lokale ledelse med henblik på at skabe langsigtede aftaler og opbakning til samarbejdet.

Herudover er gennemgået to projekter, hvor der på forskellig vis er tilkendegivet ønsker om justering eller usikkerhed om rammen for et fremtidigt samarbejde. Det drejer sig om:

1. Bufferbevillingen for KOL-patienter i hjemmeplejen.
2. Træningsholdet for KOL-patienter i regi af den kommunale rehabiliteringsenhed.

På baggrund af interview anbefales det at:

- ♦ Vurdere om de ressourcer, der skal lægges i at udvikle og drive en bufferbevilling inden for de opstillede rammer, står mål med bevillingens realistiske bidrag til KOL-behandlingen.
- ♦ Hæve niveauet for udviklingssamarbejdet mellem sundhedscentret og rehabiliteringsenheden til at omfatte ledelsen af de to enheder.

Endelig er der gennemgået en række udfordringer for det ønskede samarbejde med almen praksis, som ikke adskiller sig væsentligt fra sidste interviewrunde. Af interviewet fremgår, at det ifølge lægen kun er en mindre del af problemerne, som KOL-konsulenten selv kan løse, samt at lægen principielt bakker op om de forskellige initiativer fra sundhedscentret, men i praksis har vanskeligt ved at se, hvordan de skal fæstne sig i praksissens hverdag. Det skal dog understreges, at lægens udsagn – på grund af manglende repræsentativitet i forhold til almen praksis som helhed – ikke kan tages til indtægt for, hvilke praktiske muligheder almen praksis som helhed ser for at implementere den ønskede nye henvisningspraksis. Disse adresseres som et selvstændigt punkt 5.2.2 i nedenstående samlede konklusion.

5. Konklusioner og anbefalinger

5.1 Overordnede konklusioner

På baggrund af det samlede udviklingsforløb og den dokumentation, der er samlet i dette notat, er det DSI's vurdering, at KOL-konsulenten og projektkoordinatoren har ydet et engageret og ekstraordinært bidrag til implementeringen af Holstebro Kommunes ambitiøse og vidtfavnende KOL-indsats. DSI finder det især relevant at fremhæve følgende delprojekter som eksempler, der på innovativ vis søger at forbedre KOL-indsatsen:

1. Samarbejdet omkring Fælles Skolebænk og de efterfølgende udviklingssamarbejder vurderes at være med til at:
 - a. Øge mængden af fælles viden om KOL.
 - b. Forbedre ældreplejens handlekompetence og fokus på KOL.
 - c. Skabe nye muligheder for samarbejde mellem regional og kommunal behandling.
2. Lærings- og mestringsforløbene har et potentiale for at forbedre den enkelte patients handlekompetencer, sociale relationer og mulighed for at skabe sammenhæng i sit eget forløb.
3. Opsporingssamarbejdet mellem sundhedscentret og afdeling M2 som gør tidlig opsporing til en fælles opgave.

Overordnet er udviklingen kommet langt i løbet af det første halve år, og DSI vurderer, at der er skabt et godt udgangspunkt for det kommende års opgaver med at færdigudvikle og forankre de igangsatte initiativer. Der er dog også flere centrale udfordringer for KOL-projektet, som gennemgås i det følgende afsnit.

5.2 Diskussion af aktuelle udfordringer og anbefalinger

På baggrund af omfanget af nye initiativer er det DSI's vurdering, at det vil kræve en stor indsats og en strammere fremadrettet prioritering af ressourcer og arbejdsmetoder, hvis projektet fra sommeren 2009 skal kunne klare sig uden en fuldtidsansat projektkoordinator. Derfor er DSI's overordnede anbefaling, at der sættes fokus på, hvordan udviklingsarbejdet i løbet af det næste år kan omdannes til et driftssamarbejde, der fortrinsvist er baseret på faste aftaler og rutiner. Anbefalingen diskuteres i dette afsnit under følgende overskrifter:

1. Hvem kan gøre hvad i KOL-indsatsen?
2. Hvilke aftaler, rutiner og redskaber kan understøtte KOL-indsatsen?

5.2.1 Hvem kan gøre hvad i KOL-indsatsen?

Som notatet dokumenterer, har KOL-konsulenten med succes fungeret som igangsætter og drivkraft for en række udviklingsprojekter, hvori eksterne samarbejdspartnere spiller en væsentlig rolle. Det er DSI's vurdering, at dette først og fremmest har kunnet lade sig gøre, fordi konsulenten – udover at være meget engageret i at forbedre indsatsen for KOL-patienter – er god til at skabe personlige relationer og engagement blandt de eksterne samarbejdspartnere. En anden væsentlig årsag til, at så meget har kunnet lade sig gøre, er dog også, at KOL-konsulenten og projektkoordinatoren har/anvender mange ressourcer på at lette arbejdet for de eksterne samarbejdspartnere. Eksempler på dette er:

- ◆ Opgaven med at fungere som indskudt og personligt bindeled mellem afdeling M2 og nøglepersonerne fra hjemmesygeplejen (jf. afsnit 3.5.4).
- ◆ Opgaven med at udvikle konceptet for en bufferbevilling til KOL-patienter (jf. afsnit 3.5.2).
- ◆ De mange opgaver der er forbundet med at organisere og udføre den opsøgende KOL-indsats (jf. afsnit 3.3.1).

KOL-funktionen kører med andre ord rigtig mange aktiviteter alene eller delvist på vegne af de samarbejdspartnere, der engageres. Det har den fordel, at mange ting er sat i gang, og der er også flere eksempler på, at indsatsen er ved at give resultater, som bider sig fast i dagligdagen – eksempelvis nøglepersonerne i hjemmesygeplejen²⁰. KOL-funktionens aktivitetsniveau giver dog også anledning til at pege på risikoen for, at der på sigt sker en u hensigtsmæssig opgaveglidning, samt spørgsmålet om hvordan de mange aktiviteter skal løses, når der ikke længere er en fuldtidsansat projektkoordinator til at hjælpe KOL-konsulenten.

Derfor anbefales det:

1. Kritisk at gennemgå KOL-funktionens projekter, opgaver og arbejdsgange med henblik på:
 - a. At vurdere, om den forventede effekt forventes at stå mål med de ressourcer (inkl. ressourcer hos samarbejdspartnere), der lægges hver enkelt opgave.
 - b. At få et billede af, hvilke opgaver der fremadrettet bør ligge hos KOL-konsulenten, og hvilke der bør ligge hos eksterne samarbejdspartnere.
 - c. At overveje, hvilke muligheder der er for at forenkle og effektivisere varetagelsen af KOL-konsulentens egne opgaver.

5.2.2 Hvilke aftaler, rutiner og redskaber kan understøtte den patientrettede KOL-indsats?

Rekrutteringen af KOL-patienter til den afklarende samtale er p.t. ikke understøttet af faste aftaler, indlejrede rutiner eller it. Endvidere står det klart, at rekrutteringen af patienter til begge de KOL-hold, der er kommet op at stå, næsten udelukkende er baseret på medieomtale, der arrangeres af projektkoordinatoren. Derved er rekrutteringen af patienter indtil videre både ressourcetung (i og med at der skal køres hvervekampanjer til hvert enkelt hold), upræcis (i og med at borgere henvender sig uselektet fra gaden) og kortsigtet (stopper medieomtalen må det formodes, at der kommer få patienter). DSI vurderer derfor, at det på sigt er helt afgørende at få en henvisningspraksis, der er baseret på entydige henvisningsveje (almen praksis) samt enkle rutiner og skriftlige redskaber (elektroniske).

DSI har indtryk af, at både KOL-funktionen og ledelsen i Holstebro Kommune har fokus på at skabe en relation til almen praksis, som på sigt lever op til disse krav. DSI er dog usikker på, i hvilket omfang der er opstillet klare mål for samarbejdet med almen praksis.

Udover de igangværende aktiviteter, der er rettet imod almen praksis, anbefales derfor, at:

- ◆ Sundhedscenterets ledelse medvirker til, at der i samarbejde med repræsentanter for almen praksis opstilles en klar plan for, hvornår og hvordan kommunens samarbejde med almen praksis kan gøres elektronisk.
- ◆ At arbejdet med at implementere planen gives høj prioritet.

²⁰ Jf. observationer udført af Else Olesen, uge 49.

Litteratur

- 1) Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet: Hvad skal der til i praksis? FOKUS - Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service og Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 2) Greve E, Bøge I. Holstebro kommunes indsats til borgere med KOL 9. 2007.
- 3) Bøge I, Greve E. Notat om Holstebro Kommunes KOL-konsulents opgaver og arbejdsområder. 2008.
- 4) Bøge I. Referat fra møde med rehabiliteringschef i Holstebro Kommune 14.05.08. 2008.
- 5) Bøge I. Referat fra møde med afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling M2 Regionshospitalet Holstebro d. 05.05.08. 2008.
- 6) Bøge I. Referat fra møde med arbejdsmarkedsafdelingen d. 13.05.08. 2008.
- 7) Bøge I. Referat fra møde med visitationschef Holstebro Kommune d. 13.05.08. 2008.
- 8) Bøge I. Referat af KOL-samarbejds møde mellem Holstebro Kommune og Lungemedicinsk afdeling M2 Regionshospitalet Holstebro d. 19.06.08. 2008.
- 9) Bøge I. Referat af samarbejds møde mellem Holstebro Sundhedscenter og Rehabiliteringsenheden i Holstebro Kommune d. 23.06.08. 2008.
- 10) Bøge I. Notat om udformning af bufferbevilling til KOL-patienter der modtager bistand til bad. d. 09.07.08. 2008.
- 11) Bøge I. Revideret notat om udformning af bufferbevilling til KOL-patienter der modtager bistand til bad. d. 07.08.08. 2008.
- 12) Andersen VJ. Referat af opsamlingsmøde for KOL-projektet d. 22.10.2008.
- 13) Andersen VJ. Referat af opfølgningsmøde for KOL-nøglepersoner d. 10.10.2008.
- 14) Andersen VJ. Referat fra arbejdsgruppemøde vedr. bufferbevilling d. 15.08.08. 2008.
- 15) Center for Folkesundhed. Pressemeddelelse fra Holstebro Kommune, Center for Folkesundhed og Region Midtjylland vedrørende oprettelsen af Lærings- og Mestringsuddannelse for kronisk syge. d. 18.08.08. 2008.
- 16) Bøge I. Information til praktiserende læger om ny henvisningsmulighed til Lærings- og mestringsforløb på Holstebro Sundhedscenter. 2008.
- 17) Buch MS. Referat af opstartsmøde for forløbskoordinatorprojektet 19.05.08. 2008.
- 18) Buch MS. Referat af 1. temadag for forløbskoordinatorernes projektgrupper 24.06.08. 2008.
- 19) Buch MS. Referat fra 2. temadag for KOL-forløbskoordinatorprojektet 24.09.08. 2008.
- 20) Buch MS, Olesen E. Notat til Holstebro Kommune - Afdækning af væsentlige samarbejdspartneres perspektiver på projektet: "Holstebro Kommunes indsats for borgere med KOL.". Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 21) Bøge I. Struktur for samarbejdet mellem M2 og Holstebro Kommune. 2008.

Bilag 1: KOL-konsulent interview 1. runde Holstebro

1. Præsentation af interviewet

- Del af dokumentationen
 - o Hvordan gjorde man, hvilke udfordringer og løsninger fandt man osv.

2. Præsentation af dig

- Hvem er du, baggrund for at du nu er KOL-konsulent?

3. Ansættelse og opstart

- Hvornår startede du og hvordan foregik det?
- Hvordan var din ansættelse forberedt?
- Hvad lå klar til dig, da du startede?
- Introduktionsprogram
- Organisering – ansættelsesforhold, IT, telefoner, ledelse andet?

4. Udviklingsarbejde

- Hvad har du gjort, med hvem, hvorfor og hvordan?
 - o Har du fået nogen tilbagemeldinger fra dine samarbejdspartnere?
- Hvor konkrete er dine opgaver på nuværende tidspunkt?
 - o Hvilke opgaver drejer det sig om?
 - o Er de opgaver der er stillet realistiske?
 - o Oplever du nogen udfordringer eller dilemmaer i forhold til dine opgaver og samarbejdspartnere?
 - o Har du haft patientkontakt?
 - o Har du oplevet overlap eller uklarhed i forhold til samarbejdspartnere?
 - Hvad er gjort for at håndtere dette?

5. Hvad er gået godt og mindre godt

- Er der noget som har manglet?
- Noget der skal rettes op på fremadrettet?

6. Afslutning

- Hvad ønsker du sparring til?
- Aftaler for næste interview

Bilag 2: KOL-konsulent interview 2. runde Holstebro

Præsentation af interviewet

- Del af dokumentationen
 - o Hvordan gjorde man, hvilke udfordringer og løsninger fandt man osv.

1. Hvad er der sket siden sidst

- Nye tilbud om patientuddannelse? Før mig lige ind i hvad der foregår, og hvad der er sket siden sidst?
- Rehabiliteringsenheden – aftaler – nye tilbud – hvordan går det - er der pladser, patienter?
- Kontakter og samarbejde med hjemmeplejen?
 - o Muligheder, barrierer, erfaringer?
- Almen praksis – hvad har I gjort for at få kontakt?
 - o Hvad er der kommet ud af kontakten til praksiskonsulenterne?
 - o Hvad er der kommet ud af kontakten med praksissygeplejerskerne?
- Opsporing af patienter – udgående arbejde?
- Snitflade til udgående KOL-sygeplejerske – relation til KOL-teamet på sygehuset?

2. Hvordan tager jeres samarbejdspartnere imod jer?

- Erfaringer med forventningsafstemning?
- Tilpasning til driftens behov?
- Komplexitet i implementeringen – kan I følge med de mange samarbejdspartnere og processer – kan de følge med jer?

3. Hvilke succeser har I haft?

- Hvorfor, hvem, hvordan osv.?

4. Er der nogen aktuelle problemområder hvor I er gået i stå?

- Hvad mangler evt. for at komme videre?
- Trusler – noget der skal ændres/tages højde for?
- Er der nogen områder, hvor I aktuelt er overbelastede?
- Er de fremtidige opgaver, I har stillet jer selv, realistiske?

5. Patientkontakten

- Hvordan går det med den?
- For mange/for lidt – hvad gør I med dem?
- Eksempler på gode/mindre gode oplevelser?

6. Organisering

- Fordele og ulemper forbundet med den måde, I er organiseret på:
- Muligheder i forhold til den kommunale organisation?
- Muligheder i forhold til hospitalssektoren?

7. Roller i forhold til at skabe sammenhæng?

- Hvor/hvorfor gør I en forskel?
- Hvorfor kan I gøre en forskel?
 - o Udvikling vs. ledelse vs. koordinering vs. patientrettede indsatser og kompetenceudvikling?
- Hvad bør man lære af jeres bidrag til KOL-indsatsen, når man skal arbejde med at forbedre KOL/kronikerbehandlingen andre steder?

8. Afslutning

- Er der noget, I aktuelt ønsker sparring til?
- Noget vi har glemt?

Bilag 3: Temaer for interview med nøglepersoner 1. runde

1. Introduktion

- Formålet med undersøgelsen:
 - o Interessentanalyse
 - o Gensidig værdi
 - o Indhentning af perspektiver

2. Baggrund

- Navn, stilling og opgaver

3. Hvad er din/din enheds rolle i forhold til borgere med KOL

- Beskriv hvad I gør for borgere med KOL?
- Hvor meget fylder de, hvor involveret er I, i pleje og behandling?
 - Knytter der sig særlige problemstillinger til borgere med KOL?
 - Let - moderat vs. svær KOL?
- Hvem samarbejder du/I med – og hvordan?
 - Praktiserende læge?
 - Lungemedicinsk afdeling/udgående KOL-sygeplejerske?
 - Andre dele af kommunen?
 - Dagcentre
 - Socialforvaltning
 - Sundhedscenter/rehabilitering
 - Myndighedsafdeling
 - aften/nat vs. daghold

4. Hvad virker godt på nuværende tidspunkt

- Er der nogen knudepunkter, som er væsentlige for indsatsen omkring KOL-patienter?
 - Personer eller enheder/funktioner?
 - Hvilke løsninger ser du?

5. Hvad virker mindre godt/er de største problemer, du oplever relateret til KOL

- Samarbejde med andre?
- Indsatser eller tilbud som mangler?
- Visitation?

6. Tilbud til borgere med KOL

- Har du kendskab til særlige tilbud for KOL-patienter?
 - Er der barrierer for at udnytte dem?
 - Er der nogen tilbud, som er specielt gode?
- Mangler der tilbud til KOL-patienterne?
 - Hvilke? Og hvorfor?
 - Er der nogen nye tilbud som er under udvikling?
 - Er der nogen nye indsatsområder som er rettet imod KOL?
 - I forhold til borgere? i forhold til personalets kompetencer?

7. Holstebro Kommunes KOL-indsats (KOL-konsulent, udskrivningssamarbejde, nøglepersoner, fleksibel visitation).

- Hvad ved du om projektet?
- Nøglepersoner i hjemmeplejen?
 - Formål?
 - Opgaver? – udskrivningssamarbejde?
 - Ressourcer?

8. Den nye KOL-konsulent

- Hvad ved du om funktionen?/ hvad forventer du at vedkommende skal lave?
- Hvad kunne du godt tænke dig at vedkommende kunne gøre for:
 - Borgerne?
 - For dit personale?
- Har i gjort nogen overvejelser om arbejdsdelingen mellem KOL-konsulenten og din enhed?
 - For personalet?
 - Er KOL-koordinatorer, kombineret med øvrige initiativer en rigtig løsning?

9. Fremadrettet

- Hvad kunne lette personalets samarbejde med KOL-konsulenten?
- Nogen gode råd til konsulenten?

10. Afrunding

- Noget vi har glemt?
- Aftaler for næste interview!

Bilag 4: Interviewguide 1 til erfaren KOL-patient

1. Introduktion:

- Formålet med undersøgelsen:
 - o Interessentanalyse
 - o Gensidig værdi
 - o Indhentning af perspektiver

2. Baggrund:

- Navn, alder, erfaring med KOL

3. Sygdomshistorie:

- Hvordan oplevede du at få diagnosen KOL?
 - o Baggrund
 - o Hvad satte diagnosen i gang af tanker og spørgsmål
 - o Hvordan blev du hjulpet og rådgivet om disse spørgsmål?
 - Hvilke tilbud, information og behandling blev givet?
 - o Manglede der noget eller var der noget som burde være foregået anderledes?
- Sygdomsforløbet – relationer til sundhedsvæsenet?
 - o Hvilken rolle har:
 - Din egen læge haft?
 - Hospitalet – har de haft en rolle?
 - Kommunale tilbud, hjemmepleje o.l.?
 - o Ting der har været godt organiseret, gode tilbud, god kommunikation?
 - o Eksempler på ting der ikke er gået som de skulle?
 - o Tilbud der har manglet? – Hvad har du manglet i din hverdag?
 - o Andet
- Nye indsatser
 - o Nye tilbud til KOL-patienter?
 - o Hvad er det der skal til og ske med Lærings- mestringsuddannelse?
 - Hvad er det for noget?
 - Hvordan kom du på det?
 - Hvad forventer du at der skal ske mht. uddannelsen og hvordan den skal bruges?

4. KOL-konsulent/de ting der skal ske i Holstebro

- Hvad er det (forklares evt.)
- Er det et af de tilbud der mangler? Er det en god ide?
- Hvad forventer du at en sådan skal kunne hjælpe dig og andre KOL-patienter med?
- Hvad kunne du godt tænke dig at en KOL-konsulent kunne have hjulpet dig med i dit forløb?
- Gode råd til KOL-konsulenten?
- Gode råd til kommunen?
 - Tre gode råd?
 - Nogen særlige problemstillinger som kommunen bør være opmærksom på?

5. Afrunding

- Noget vi har glemt?
- Aftaler for næste interview!

Bilag 5: Temaer for interview med nøglepersoner 2. runde

Introduktion: Fra problemafklaring og oversigt over hvad der skulle ske – til at

- Gøre status over det første halve års udviklingsarbejde – godt vs. mindre godt – forslag til forbedringer.
- Stadigvæk - Gensidig værdi og indhentning af perspektiver med henblik på udvikling og samarbejde.
- Vi prøver at snakke hvert enkelt område igennem også prøver vi at brede det lidt ud til sidst.
- Noget at spørge om?

1. Hvad er der sket siden vi var her sidst?

- Er der noget I selv har ændret/nogen problemstillinger du ser anderledes end sidst vi var her?
- Hvorfor?

2. Relationer til koordinatorene?

- Har du/din enhed haft nogen kontakt til koordinatorene – hvordan?
 - o Præsentationer af koordinatorene og deres opgaver?
 - Hvordan har kommunikationen været?
 - o Er der udviklet nye tilbud/nye samarbejdsrelationer/nye henvisningsmuligheder etc.?
 - Samarbejde om patientuddannelse/patientrettede ydelser/ henvisningssamarbejde o.l.?
 - Organisering? – forberedelse? – nye opgaver? – opfølgning?
 - Hvordan har samarbejdet været?
 - Har der været nogen overlap eller uklarheder i forhold til samarbejde og opgavedeling?
- Har koordinatorfunktionen betydet noget for jeres:
 - o Organisering af egne opgaver i KOL-behandlingen?
 - o Rolle i KOL-behandlingen?
 - Hvilke potentialer for samspil er der?
 - Udnyttes de?
 - o Samarbejdet med andre enheder/ aktører?

3. Vurdering af samarbejdet med koordinatorene

- Hvilke roller har du oplevet at koordinatorene spiller?
 - o Hvor/hvorfor tror du at de gør en forskel?
- Har I håndteret de udfordringer du forventede tilfredsstillende – f.eks. at gøre opmærksom på KOL som en overset sygdom?
- Er der ved at fremkomme nogen nye knudepunkter som er væsentlige for behandlingen af KOL-patienter?

4. Fremadrettede ønsker og forventninger

- Muligheder, ønsker, trusler for KOL-indsatsen
- Er der noget vi kan lære af projektet?
- Forslag til forbedringer/ ønsker om ændringer/ udfordringer/dilemmaer for koordinatorene?
- Hvad tror du der sker hvis der kommer forløbskoordinatorfunktioner for alle de store diagnoser?

5. Noget vi har glemt?

Bilag 6: Interviewguide 2 til erfaren KOL-patient

1. Formål

- Sidst snakkede vi om hvad der skulle ske – og vi snakkede om hvordan det er at være KOL-patient. I dag skal så samle op på hvad der er sket siden sidst.
 - o Gøre status over det første halve års udviklingsarbejde – godt mindre godt – forslag til forbedringer.
 - o Stadigvæk - Gensidig værdi og indhentning af perspektiver med henblik på udvikling og samarbejde.
 - o Vi prøver at snakke hvert enkelt område igennem også prøver vi at brede det lidt ud til sidst.

2. Hvad er der sket siden sidst i forhold til

- Læring – og mestringsuddannelsen
 - o Hvordan har det været?
 - o Hvor mange var I?
 - o Hvem var I?
 - o Hvad gjorde I – hvordan var undervisningen lagt an?
 - o Hvad var godt? Hvad var mindre godt?
 - o Hvad lærte du?
 - o Hvad kunne du bidrage med?
 - o Har du haft mulighed for at bruge det du lærte?
 - o Hvordan – hvordan gik det? Til patienter – til de andre kursusedtagere?
 - o Levede det op til dine forventninger om at vende sygdommen til noget positivt for dig/ for andre kursusedtagere?
 - o Har du kunnet følge med/nåede du at komme på ferie?
 - o Ville du anbefale tilbuddet til andre?
- Dit eget forløb
 - o Er der sket noget siden sidst?
 - o Har du været på nogen nye tilbud siden sidst?
 - o Går det stadig godt hos din læge?

3. Samarbejdet/ kontakten med KOL-konsulent:

- Hvad har I gjort sammen siden sidst?
- Hvad har du brugt Inga til?
- Hvad har hun brugt dig til?
- Hvad har været godt – er der noget som skal gøres anderledes?
- Gode råd til KOL-konsulent?

4. Noget vi har glemt?



Bilag E:

Procesevaluering af KOL-koordinator-funktionen i Viborgklyngen

Martin Sandberg Buch
Else Olesen

Dansk Sundhedsinstitut
December 2008

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	173
2. Metode	175
2.1 Datagrundlag.....	175
2.2 Notatets opbygning	177
3. Status for koordinatorfunktionen.....	179
3.1 Indledning	179
3.2 Koordinatorfunktionens organisering	181
3.3 Koordinatorernes patientrettede opgaver	182
3.4 Koordinatorernes undervisningsopgaver	184
3.5 Udvikling af samarbejdsrelationer.....	185
3.6 Data for det patientrelaterede samarbejde.....	188
3.7 Opsamling	189
4. Feedback fra nøglepersoner	191
4.1 Distriktschef fra hjemmeplejen i Bjerringbro	191
4.2 Leder af aktivitet og træning Skive Kommune	192
4.3 Konsulent fra sygedagpengeområdet Viborg	193
4.4 Lungemedicinsk afdeling, Regionshospitalet Viborg	193
4.5 Praktiserende læge/praksiskonsulent fra Stoholm.....	195
4.6 Opsamling	197
5. Konklusioner og anbefalinger.....	199
5.1 Overordnede konklusioner	199
5.2 Diskussion af aktuelle udfordringer og anbefalinger	199
Litteratur	201
Bilag 1: Forløbskoordinatorer interview 1. runde Viborg/Skive	203
Bilag 2: Forløbskoordinator interview 2. runde Viborg/Skive	205
Bilag 3: Temaer for interview med nøglepersoner 1. runde.....	207
Bilag 4: Temaer for interview med nøglepersoner 2. runde.....	209

1. Indledning

Dette er nummer to af i alt to notater, som DSI har udarbejdet for at dokumentere og understøtte udviklingen af opgaver og samarbejdsrelationer for de to stillinger som KOL-forløbskoordinatorer, der den 1. marts 2008 er oprettet i snitfladen mellem Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, Viborg Kommune og Skive Kommune (herefter: Viborgklyngen)¹.

De to KOL-koordinatorers primære opgaver er at udvikle en tidlig forebyggende indsats for nydiagnosticerede KOL-patienter, at bidrage til kompetenceudvikling af personalet i de to kommuners ældrepleje samt at styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommune og hospital for denne gruppe patienter (1).

Udviklingen af disse opgaver og udviklingen af en tilsvarende funktion, oprettet i Holstebro Kommune, følges af Dansk Sundhedsinstitut via projektet: *Forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi*. Der er tale om en procesevaluering, som har til formål at:

- ◆ Bidrage til at der sker en afklaring og konkretisering af udviklingen og implementeringen af to forløbskoordinerende funktioner med ansvar for at udvikle en tidlig indsats på KOL-området.
- ◆ Gøre status over udviklingsforløbet efter det første halve år med henblik på, at de erfaringer, der indsamles i de to projekter, kan indgå i det videre arbejde med at udvikle forløbsprogrammer på områderne KOL, diabetes og hjertekarsygdom i Region Midtjylland.

Projektet er finansieret ligeligt af de deltagende kommuner og Region Midtjylland, repræsenteret ved Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde.

¹ Den anden projektgruppe består af Holstebro Kommune, der samarbejder med Holstebro Sygehus.

2. Metode

2.1 Datagrundlag

Notatet er baseret på i alt 14 interview fordelt på to interviewrunder, som er udført med et halvt års mellemrum.

2.1.1 Koordinatorinterview

To af de 14 interview er udført med forløbskoordinatorerne selv. Det første interview blev udført den 29. maj 2008. Interviewet omhandlede koordinatorernes forventninger til det udviklingsarbejde, de var ansat til at udføre, samt de muligheder, udfordringer og planer de havde lagt for at udvikle deres samarbejdsrelationer og opgaver.

Det andet interview blev udført den 12. november 2008. Denne gang omhandlede interviewet koordinatorernes erfaringer fra udviklingsarbejdet, en afdækning af hvor langt de er nået med at fastlægge opgaver og samarbejdsrelationer, samt deres forventninger til fremtiden².

2.1.2 Nøglepersoninterview

De resterende 12 interview er udført med nøglepersoner blandt af koordinatorernes samarbejdspartnere. Følgende samarbejdspartnere har deltaget i interview med et halvt års mellemrum:

Tabel 2.1 Oversigt over nøglepersoninterview fra Viborg og Skive

Nøgleperson	Dato for første interview	Dato for andet interview
Udgående KOL-sygeplejerske fra Skive Hospital	Den 29. maj 2008	Den 12. november 2008
Overlæge på lungemedicinsk afdeling, Skive Hospital	Den 13. juni 2008	Den 12. november 2008
Praktiserende læge i og praksiskonsulent ved lungemedicinsk afdeling på Viborg Hospital	Den 2. juni 2008	Den 21. november 2008
Leder af Aktivitet og Træning, Skive Kommune	Den 29. maj 2008	Den. 11. november 2008
Distriktsleder i ældreplejen, Viborg Kommune	Den 3. juni 2008	Den 11. november 2008
Jobkonsulent i afdelingen for sygedagpenge, Viborg Kommune	Den 3. juni 2008	Den 11. november 2008

2.1.3 Udvælgelse af interviewpersoner

Udvælgelsen af interviewpersoner er sket på en temadag afholdt den 19. maj 2008. På temadagen udpegede projektgrupperne, på baggrund af et oplæg fra DSI, de vigtigste kommende samarbejds-

² Interviewguides er vedlagt som bilag 1 og 2.

partnere for forløbskoordinatorfunktioner og kom med bud på emner, de gerne ville have belyst via interview med disse³.

Interviewpersonerne er alle udpeget som interessenter i KOL-behandlingen, der:

1. Varetager væsentlige opgaver i relation til den eksisterende KOL behandling.
2. Har væsentlig viden om den eksisterende KOL behandling og det lokale samarbejde vedrørende KOL patienter.
3. Vurderes at være vigtige kommende eller potentielle samarbejdspartnere for KOL koordinatorerne.

2.1.4 Udførelse af interview

Ved første interviewrunde blev de seks repræsentanter fra KOL-behandlingen i Viborg og Skive interviewet om:

1. De temaer, som de lokale projektgruppe selv opstillede via gruppearbejde.
2. De problemstillinger og løsninger, som interviewpersonerne selv peger på fra deres position i det lokale behandlingssystem.
3. De opgaver og arbejdsmetoder, som er indeholdt i det lokale KOL-koordinatorprojekter jf. respektive projektbeskrivelser.
4. De problemstillinger, som er beskrevet i DSI's første leverance til projektet: *Guide til kommunal forløbskoordination* (3).

Ved anden interviewrunde blev de samme seks nøglepersoner interviewet om:

1. Deres relation til KOL-forløbskoordinatorerne.
2. I hvilket omfang funktionen har levet op til deres forventninger.
3. Hvor og hvordan de oplever, at koordinatorfunktionen er med til at forbedre behandling og sammenhæng for KOL-patienter.
4. Deres evt. ønsker til justering eller udbygning af funktionens arbejdsområder.

Forud for begge interviewrunder er der udarbejdet en generisk semistruktureret interviewguide⁴, som løbende er tilpasset det enkelte interview.

2.1.5 Kvantitative data for koordinatorfunktionens patientrettede aktiviteter

Som led i dokumentationen af forløbskoordinatorernes udviklingsproces indeholder notatet en opgørelse af koordinatorernes patientrettede aktiviteter. Opgørelsen er baseret på koordinatorernes egne data.

2.1.6 Databehandling og analyse

Alle interview er optaget digitalt, samtidig med at der er skrevet et udførligt og i videst muligt omfang ordret referat, som er anvendt som afsæt for citat og analyse. Kun i tilfælde af tvivl om interviewpersonernes udsagn, eller hvor referenten ikke har kunnet følge med, er der efterfølgende lyttet til lydfilene. Alle interviewpersoner er gjort opmærksomme på, at de ikke er anonyme. Dette har ikke givet anledning til, at væsentlige emner har været behandlet uden for citat.

³ Se evt. (2) for detaljer.

⁴ Interviewguides er vedlagt som bilag 3 og 4.

2.1.7 Notatets og interviewenes status

Det må forventes, at interviewpersonerne, der næsten alle har særlige opgaver og/eller en særlig interesse for KOL, ikke er repræsentative for de sundhedsfaglige, som KOL-koordinatorerne fremover skal samarbejde med.

Det skal derfor understreges, at leverancen udgør et input til projektgruppernes udviklingsarbejde, der skal anvendes som afsæt for samarbejdet med de interviewede samarbejdspartnere og de driftsorganisationer, de repræsenterer. Der er tale om retningsangivelse for problemstillinger og muligheder, som bør udforskes og konkretiseres yderligere via projekternes udviklingsfase.

2.2 Notatets opbygning

Resten af notatet består af følgende afsnit:

Afsnit 3 beskriver koordinatorfunktionen og udviklingsforløbet med udgangspunkt forløbskoordinatorernes egne oplevelser og opgørelser.

Afsnit 4 formidler tilbagemeldinger og indtryk fra de interviewede nøglepersoner.

Afsnit 5 konkluderer og opstiller DSI's fremadrettede anbefalinger til koordinatorerne/projektgruppen.

3. Status for koordinatorfunktionen

3.1 Indledning

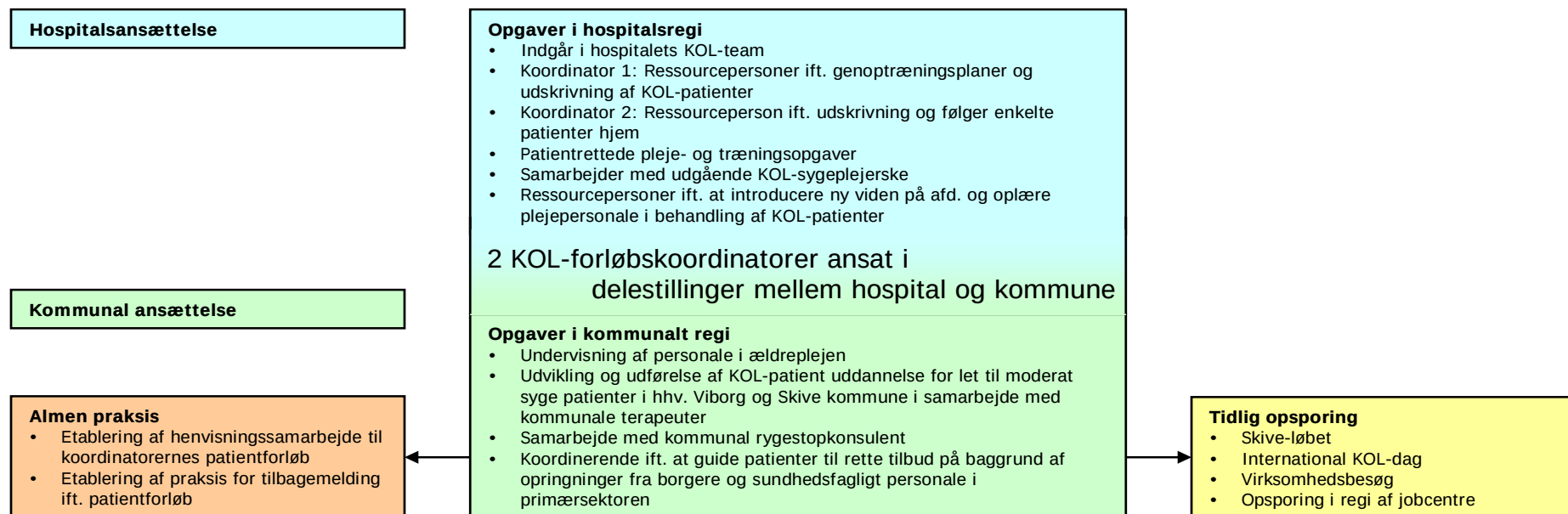
I dette afsnit redegøres for forløbskoordinatorernes udviklingsopgaver og de opgaver og samarbejdsrelationer, funktionen aktuelt har. Afsnittet opsummerer og kommenterer også de tilgængelige data for koordinatorfunktionens patientrettede opgaver og deres funktion som underviser af personale i de kommunale ældreplejer.

Afsnittet er baseret på de to interview med koordinatorerne, gennemgang af referater, projektbeskrivelser og andet skriftligt materiale fra projektet (1; 2; 4-10) input fra de tre projektudviklingsdage, der har været afholdt i samarbejde med DSI (11-13) og koordinatorernes eget datamateriale.

Afsnittet er struktureret med udgangspunkt i omstående figur⁵, der illustrerer forløbskoordinatorernes organisering, opgaver og de væsentlige samarbejdsrelationer, som forløbskoordinatorerne har arbejdet med at udvikle siden opstarten i marts 2008.

⁵ Figuren er valideret af forløbskoordinatorerne den 24. november 2008.

Figur 3.1 Organisering, opgaver og samarbejdsrelationer for KOL-forløbskoordinatorerne i Viborg og Skive



3.2 Koordinatorfunktionens organisering

3.2.1 Ledelsesmæssig forankring og organisering af arbejdsopgaver

De to forløbskoordinatorer, der er ansat i hver sin delestilling, er ledelsesmæssigt forankret fire forskellige steder:

1. Koordinator 1, der er fysioterapeut, er formelt ansat i og finansieret af Viborg Kommune⁶. I praksis refererer hun imidlertid til henholdsvis lederen af genoptræningsenheden på Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, en leder i Viborg Kommunes sundhedsafdeling og en leder i Skive Kommunes ældreområde.
2. Koordinator 2, der er sygeplejerske, er formelt ansat og finansieret af Hospitalsenheden Viborg, Skive og Kjellerup. I praksis refererer imidlertid til henholdsvis afdelingsledelsen for lungemedicinsk afdeling på Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup og de to samme kommunale ledere som fysioterapeuten.

Den opdelte ledelse af koordinatorerne skyldes et ønske om at funktionen skal være et samarbejdsprojekt der styrker relationerne i KOL-samarbejdet mellem regionshospitalet og hver af de to kommuner (1). Eftersom organiseringen af koordinatorerne er så speciel, har deres ansættelsesforhold og de administrative problemstillinger, som det har skabt under opstarten af funktionen, været behandlet som et emne i begge koordinatorinterview.

3.2.2 Fordeling af tid og opgaver i kommunen

Af interviewene fremgår, at koordinatorerne i dag oplever den ledelsesmæssige forankring i hver sin kommune og deres indbyrdes fordeling af arbejdsopgaver som uproblematisk. Koordinatorerne angiver, at det for det første skyldes, at deres kommunale ansættelse er baseret på tillid til, at de selv sørger for at fordele deres arbejdsindsats i henhold til de aftaler, der er indgået imellem de to kommuner. For det andet at de i hverdagen fungerer som et selvstyrede team, der på alle måder arbejder på tværs af kommunernes geografi uden at skelne mellem, hvor de er ansat. Koordinatorerne er også tilfredse med deres ledelsesmæssige opbakning, som har været der, når de har haft brug for den i forhold til at udvikle samarbejdsrelationer, og i øvrigt givet dem stor frihed i forhold til at definere og udføre deres faglige opgaver.

Adspurgte om hvordan det er at arbejde og samarbejde med forskellige kommunale organisationer, fortæller koordinatorerne, at de *"oplever klare forskelle imellem, hvad der kan lade sig gøre – og hvor hurtigt tingene går i de to kommuner"*. Koordinatorernes samarbejde med hver enkelt kommunes ældrepleje, genoptræningsområde og forebyggelseskonsulenter i forhold til undervisning, opsporing og patientrettet forebyggelse er derfor baseret på, hvad der lokalt kan lade sig gøre.

På sigt regner koordinatorerne dog med at kunne bruge henholdsvis gode og mindre gode erfaringer som en løftestang for at udvikle mere ens og evt. tværgående samarbejdsrelationer i forhold til deres aktiviteter i de to kommuner.

3.2.3 Fordeling af tid og opgaver på hospitalet

I deres hospitalsansættelse fortsætter koordinatorerne i et kendt system med kendte opgaver. I forhold til hospitalsansættelsen er der til gengæld forskel på koordinatorernes opgaver og oplevelse af muligheden for at skabe sammenhæng imellem deres kommune- og hospitalsopgaver:

⁶ Skive Kommune betaler hvert år en tredjedel af omkostningerne til stillingen til Viborg Kommune.

Fysioterapeuten referer til en ledende terapeut i hospitalets træningsenhed og indgår i et *"fast vagt-lag med faste tider og faste opgaver i forhold til træning af KOL-patienter og udarbejdelse af genoptræningsplaner, når patienterne skal udskrives til kommunal træning"*.

Sygeplejersken refererer til afdelingsledelsen på lungemedicinsk afdeling og er *"relativt selvstyrende i forhold til at planlægge og fordele sin tid imellem kommune og hospital"*. Om sine opgaver fortæller sygeplejersken, at hun:

"På afdelingen har en række specialistopgaver i forhold til at oplære afdelingens personale i pleje og behandling af KOL-patienter, at holde afdelingen opdateret med ny viden om KOL og i forhold til at videregive sin viden om det kommunale system afdelingen samarbejder med".

Herudover er hun så småt begyndt at supplere den udkørende KOL-sygeplejerske, når patienter har behov for at blive fulgt hjem med kort varsel, og endelig indgår hun i afdelingens almindelige drift, når hun kan se, at det er nødvendigt.

I forlængelse af ovenstående er koordinatorene enige om, at det er væsentligt nemmere for sygeplejersken end fysioterapeuten at håndtere den delte ansættelse, fordi den begge steder er baseret på, at hun selv fleksibelt organiserer sine arbejdsopgaver. Og de ønsker begge mulighed for, at fysioterapeuten på en eller anden måde kan få den samme fleksibilitet i hospitalsansættelsen som sygeplejersken.

3.2.4 Håndtering af IT problemer

"It kan være en verden i sig selv", og det har ikke været uproblematisk at integrere en ny funktions arbejde i tre forskelle organisationer med forskellige it-systemer, der dels ikke er kompatible, og dels af hensyn til datasikkerhed helst skal holdes adskilt. Der er, ifølge koordinatorene, *"brugt uforholdsmæssigt meget af både deres og de forskellige it-afdelingers tid under opstarten"*, og de *"håber at erfaringerne fra projektet vil gøre det lettere at håndtere delestillinger en anden gang"*.

Løsningen på it-spørgsmålet er indtil videre at holde arbejdsopgaver og systemer helt adskilt fra hinanden. Koordinatorerne har således ens adgang til sygehusets it-system, mens kun én af koordinatorene har adgang til det kommunale system i den kommune, hvor de formelt er ansat. I praksis arbejder koordinatorene derfor på fire forskellige computere i tre forskellige systemer og er nødt til fysisk eller via internettet at udveksle filer og dokumenter til hinanden, når det er nødvendigt. Denne fremgangsmåde *"fungerer"*, men koordinatorene understreger, at den *"ikke er optimal"*.

3.2.5 Aktuell status

Koordinatorerne vurderer, ikke overraskende, at opstartsfasen og organiseringen af deres arbejdsopgaver ville have været langt lettere, hvis de kun havde skullet referere til en samlet ledelse og organisation på henholdsvis en hospitalsafdeling og en kommune.

Selve ideen om delestillinger, der er finansieret og arbejder på tværs af det kommunale og det regionale sundhedsvæsen, er koordinatorene dog meget positive over for. Og de vurderer fortsat, at de fordele, som deres tværgående funktion giver i forhold til at skabe mere fælles viden og forbedrede relationer til fordel for det fremtidige KOL-samarbejde, på sigt vil opveje de ekstra omkostninger, der har været forbundet med at udvikle funktionen.

3.3 Koordinatorernes patientrettede opgaver

I deres kommunale ansættelse har koordinatorene en række patientrettede kerneopgaver, som handler om henholdsvis at få KOL-patienter diagnosticeret tidligere og gøre noget aktivt i forhold til at fore-

bygge progressionen af sygdommen tidligere i forløbet. I kraft af deres faglige viden om KOL har de herudover en opgave, der består i at undervise og supervisere kommunalt og hospitalsansat personale i behandling og pleje af KOL-patienter. Disse opgaver beskrives kortfattet i dette afsnit.

3.3.1 Rehabiliteringsforløb⁷

Rehabilitering af let til moderat syge KOL-patienter er den store kerneopgave, som sætter rammerne for de fleste af koordinatorenes aktiviteter i primærsektoren. Koordinatorerne har med udgangspunkt i faglige retningslinjer selv udarbejdet et koncept for patientuddannelse, der består i 8 trænings- og 8 undervisningsgange fordelt over 8 uger. Træningsdelen har til formål at hjælpe deltagerne i gang, mens undervisningsdelen har til formål at give deltagerne redskaber til at håndtere deres sygdom og fastholde effekten af træningen.

Koordinatorerne fortæller, at den omtale af deres projekt, der har været i lokale medier, har betydet, at en del patienter selv har henvendt sig til funktionen eller er blevet guidet hen til den af sundhedsfaglige, som egentlig ikke kan henvise til forløbet. De fleste af disse patienter sendes tilbage til egen læge med henblik på at få en henvisning eller guides til andre mulige tilbud efter en kort rådgivende samtale. Koordinatorerne fortæller i den forbindelse, at de nu har fået et *"godt overblik over de muligheder for KOL-patienter, der er på tværs af sundhedssystemet"* og gør dem i stand til at rådgive og guide patienterne på en hensigtsmæssig måde.

Før optagelse på et hold gennemgår alle deltagere en individuel samtale med henblik på at screene i forhold til kursets inklusionskriterier (patienten skal have let til moderat KOL), at rådgive de patienter, der ikke kan inkluderes i tilbuddet, om alternativer, og afdække patientens ønsker og kompetence-niveau i forhold til at håndtere sygdommen. Opstartssamtalen indeholder også medicingennemgang og måling af patientens funktionsniveau for at kunne dokumentere effekten af forløbet.

Efter endt kursus måles patientens funktionsniveau igen, og forløbet indeholder opfølgning efter henholdsvis tre og 12 måneder med henblik på at dokumentere, hvilken længerevarende effekt interventionen har på patienterne. Alle patientdata holdes samlet i et edb-modul, der hedder KOSMOS. Modulet fungerer dels som journal og dokumentationsredskab for koordinatorene, dels som et enstrengt redskab for udveksling af informationer (herunder henvisninger) til og fra almen praksis⁸.

De foreløbige erfaringer viser, at de patienter, der henvises til ordningen, næsten alle er så syge, at de falder udenfor den oprindelige målgruppe ($+FEV1 \geq 80\%$ af forventet)⁹. I praksis har koordinatorene derfor været nødt til at slække på optagelseskriterierne, således at deltagersammensætningen på deres hold er kommet til at minde om de eksisterende kommunale hold for vedligeholdende træning ($50\% \leq FEV1 < 80\%$ af forventet). Koordinatorerne fortæller dog, at de svageste patienter sorteres fra, fordi der er grænser for, hvor forskellige patienter det er hensigtsmæssigt at have på holdet. Disse patienter henvises primært til den specialiserede KOL-træning i sygehusregi, og enkelte har (i den periode hvor koordinatorene havde god tid) fået 1-2 timers individuel træning og vejledning af koordinatorene.

3.3.2 Sundhedsfremme, opsporing og forebyggelse

Koordinatorernes tilbud om patientuddannelse er et nyt tilbud, der udvider det kommunale serviceniveau for KOL-patienter. Tilbuddet er endvidere rettet imod en del af KOL-patientgruppen, hvor mange slet ikke er diagnosticeret eller endnu ikke oplever sig selv som specielt syge.

⁷ Baseret på beskrivelse fra (14).

⁸ Gennemgås i flere detaljer i afsnit 3.5.4 Almen praksis.

⁹ Jf. (6).

Fremskyndelse af diagnosetidspunktet og øget opmærksomhed blandt patienter og sundhedsfaglige om nødvendigheden af at sætte tidligt ind over for KOL er derfor en vigtig betingelse for, at patientuddannelsen på sigt kan lykkes i henhold til målsætningen for projektet. Både fordi det i udgangspunktet langt fra er sikkert, at der kommer nok henvisninger til den nye patientuddannelse, men også fordi det langsigtede mål med at sætte fokus på KOL er, at færre borgere på sigt udvikler sygdommen.

Med henblik på at nå målet udfører koordinatorene derfor også en borgerrettet opsøgende indsats, der består i at tilbyde lungefunktionstest, kuliitemålinger og oplysning om rygestoptilbud mm. Opgaverne udføres dels som aftalte virksomheds- og skolebesøg, dels i forbindelse med deltagelse i særlige arrangementer som Skiveløbet og International KOL dag. Effekten af disse tiltag kan endnu ikke ses i de henvisninger, der kommer til koordinatorene, men de håber, at det opsøgende arbejde på længere sigt vil resultere i ændringer.

3.4 Koordinatorernes undervisningsopgaver

3.4.1 Kommunale opgaver

Tabel 3.1 Gennemførte og planlagte undervisningsaktiviteter i forhold til primærsektor pr. 1. december 2008

Gennemførte aktiviteter		Planlagte aktiviteter	
Hjemmeplejegruppe ¹⁰ Bjerringbro Syd	12 personer	Terapeuter Marienlyst	
Hjemmeplejegruppe Bjerringbro Midt	10 personer	Distrikt Møllegården	
Hjemmeplejegruppe Bjerringbro Nord	12 personer	Distrikt 6 – tre arrangementer i løbet af februar	
Hjemmesygeplejen Bjerringbro	18 personer		
Visitatorgruppe	22 personer		
Klosterhaven	8 personer		
Kliniksyegeplejersker fra 5 lægepraksis	11 personer		
Distrikt Marienlyst	20 personer		
I alt undervist	113 personer		

Som det ses af tabellen, er næsten alle koordinatorernes undervisningsopgaver rettet imod ansatte i de kommunale ældreplejer, mens et enkelt undervisningsarrangement har været gennemført med klinikpersonale fra almen praksis. Den udgående KOL-sygeplejerske har igennem et par år gennemført lignende undervisningsarrangementer i hjemmeplejen. Koordinatorerne fortæller, at de ikke har koordineret deres besøg med KOL-sygeplejersken, og de ikke har oplevet overlap indtil videre. Fremadrettet ser de dog et muligt overlap, som bør afstemmes.

Selve undervisningen består indtil videre i et møde på ca. en time (oftest i forbindelse med et personalemøde), hvor koordinatorene giver en kort introduktion til KOL som diagnose, hensigtsmæssig adfærd overfor KOL-patienter og instruktion i brug af medicin og devices. Ifølge koordinatorene til-

¹⁰ At ældreplejen i Bjerringbro er så godt repræsenteret, kan henføres ti, at distriktschefen herfra indgik i de gennemførte nøglepersoninterview, hvori hun kraftigt opfordrede koordinatorene til at bruge ressourcer på undervisning af ældreplejens personale. Koordinatorerne har derfor udnyttet den åbne invitation til at starte deres undervisning i samarbejde med distriktschefen.

passes undervisningen fleksibelt til det faglige niveau blandt deltagerne og tager ofte udgangspunkt i eksempler fra plejepersonalets hverdag.

Adspurgt om erfaringerne fra undervisningen fortæller koordinatorene, at *"en time er i underkanten til at nå det hele ordentligt"*, men at formen til gengæld tillader dem at ramme bredt, samtidig med at det er let at få adgang til plejepersonalet, når undervisningen kan holdes inden for de eksisterende møderammer. Adspurgt om mulighederne for at gennemføre mere dybdegående uddannelsesaktiviteter fortæller koordinatorene, at de *"reklamerer for ideen"*, når de er ude, og at de *"meget gerne vil være med til at uddanne egentlig KOL-nøglepersoner i ældreplejen – f.eks. med udgangspunkt i erfaringerne fra Holstebro"*.

3.4.2 Undervisningsopgaver i hospitalsregi

Om deres hospitalsansættelse fortæller koordinatorene, at især sygeplejersken har en tilsvarende funktion som instruktør og ressourceperson i forhold til KOL-teamet/lungemedicinsk afdeling på Regionshospitalet Viborg. På grund af hendes daglige kontakt med personalet på afdelingen er denne funktion dog langt mere integreret i det daglige arbejde og koncentreret omkring den medicinske behandling end i kommunerne.

3.5 Udvikling af samarbejdsrelationer

Løsningen af koordinatorenes kerneopgaver, som er beskrevet ovenfor, afhænger af en række samarbejdsrelationer i både almen praksis, kommuner og hospital. Under opstarten er en stor del af koordinatorenes ressourcer derfor brugt på at:

- ◆ Skabe et kendskab til funktionen
- ◆ Udvikle samarbejdsrelationer med relevante aktører
- ◆ Afstemme koordinatorenes arbejde med eksisterende indsatser på KOL-området.

Resultater og erfaringer fra disse opgaver gennemgås i dette afsnit i forhold til hver enkelt af de centrale samarbejdspartnere.

3.5.1 Det kommunale rehabiliteringsområde

Koordinatorernes samarbejde med genoptræningsområdet i henholdsvis Skive og Viborg er ikke kommet lige langt. I Skive er der oprettet et fælles forløb, hvor kommunale terapeuter leverer det meste af den træning, der indgår i tilbuddet, og i Viborg kører koordinatorene indtil videre hele forløbet selv, fordi *"der har været så mange omstruktureringer og besparelser, at genoptræningsområdet ikke har haft ressourcer til at starte et egentligt samarbejde"*.

Om udviklingsarbejdet fortæller koordinatorene, at det fra starten ikke var fastlagt, hvor og sammen med hvem koordinatorenes rehabiliteringstilbud skulle udføres i de to kommuner. Der var dog en målsætning om, at opgaven skulle organiseres og udføres på en måde, der indtænker patienternes mulighed for at danne sociale netværk og udslusning til aktivitet og træning i offentligt eller privat regi. Herudover var der fra starten en klar forventning om, at koordinatorene skulle arbejde tæt sammen med de medarbejdere og tilbud, der i forvejen var i kontakt med KOL-patienter (jf. (1)).

Derfor var noget af det første, koordinatorene gjorde, at tage kontakt til genoptræningsområdet i begge kommuner for at starte en forventningsafstemning i forhold til, hvem der skulle gøre hvad i koordinatorenes KOL-forløb. Koordinatorene forventede, i udgangspunktet, at de selv skulle stå for hele forløbet i lokaler, som blev stillet til rådighed af den enkelte kommune.

I mødet med genoptræningsenheden i Skive blev koordinatorene dog hurtigt klogere, *"fordi det viste sig, at vi selv havde kompetencer i forhold til KOL, som de gerne ville have i spil i forbindelse med forløbet – der skulle vi lige snakke os ind på hinanden"*.

Om de formelle dele af samarbejdet fortæller koordinatorene, at der *"generelt er taget godt imod os"*, men også at *"der har været en del forhold, som skulle snakkes igennem, inden vi kunne komme i gang"* (fx forskellen på vedligeholdende træning og genoptræning, paragraffer, arbejdsdeling, økonomi og lokaler).

3.5.2 Den kommunale ældrepleje

Samarbejdet med den kommunale ældrepleje knytter sig, ifølge koordinatorene, indtil videre kun til de uddannelsesopgaver, der er beskrevet i afsnit 3.3.3.

3.5.3 De kommunale jobcentre

Fra starten af projektet var der en intention om, at koordinatorene kunne samarbejde med de kommunale jobcentre i forhold til opsporing og henvisning af KOL-patienter ud fra en formodning om, at kendt såvel som ukendt KOL spiller en rolle for mange af de borgere, der er tilknyttet centrene. Jf. de problemstillinger, der er beskrevet i DSI's juninotat (2), har det dog vist sig, at (især let til moderat) KOL ikke udgør en synlig problemstilling i sygedagpenge eller på kontanthjælpsområdet. Indtil videre har samarbejdet derfor været begrænset til et kombineret virksomhedsbesøg og 'walk in' tilbud, hvor medarbejderne på Jobcenteret i Skive – og de klienter, der kom forbi – fik mulighed for at få målt deres lungefunktion.

Resultaterne viste, at 25 % af de 28 personer, der fik målt deres lungefunktion, viste sig at være påvirkede. Koordinatorene fortæller, at dette er en *"høj hit rate, som underbygger formodningen om, at der er meget at komme efter på jobcentrene"*. Derfor forventer de, at en del af deres opsøgende indsats fremover skal koncentreres her.

3.5.4 Almen praksis

Koordinatorene fortæller, at de fra starten har satset på at få en enstrengt henvisningspraksis, som går fra almen praksis til deres rehabiliteringsforløb. Koordinatorene har derfor kun optaget patienter, som er henvist direkte til dem fra egen læge¹¹. Derfor er koordinatorene meget afhængige af et vel-fungerende henvisningssamarbejde, hvis de skal kunne rekruttere patienter til det tilbud, som udgør deres største kommunale kerneopgave.

Forudsætninger for at udvikle henvisningssamarbejdet

Umiddelbart står koordinatorene i en risikabel situation, da nye projekter (især kommunale forebyggelsestilbud), der kræver henvisning fra egen læge, oftest har mere end vanskeligt ved at slå igennem overfor lægerne. I forhold til lignende projekter, som DSI har kendskab til, har koordinatorene haft et godt udgangspunkt for at nå almen praksis af to årsager:

For det første har koordinatorene og den satsning på tidlig opsporing af KOL-patienter, som de repræsenterer, fra starten og under udviklingsprocessen været bakket op af en række nøglepersoner, som inkluderede anerkendte profiler blandt de praktiserende læger. Det har bl.a. betydet, at koordinatorene løbende har kunnet holde møder med praksiskonsulenter fra begge kommuner, som har ydet sparring til koordinatorene og hjulpet med at informere deres kolleger om projektet.

¹¹ Patienter der selv har henvendt sig, er primært sendt til egen læge for at få en henvisning, men en del patienter har også fået individuel rådgivning om de andre kommunale og regionale tilbud, de har mulighed for at henvende sig til. Dette gennemgås mere detaljeret i afsnit XXX

For det andet har koordinatorene haft mulighed for at koble sig på et nyudviklet datamodul (KOSMOS), som er udviklet i samarbejde mellem lokale praktiserende læger og Astra Zeneca. Modulet udgør først og fremmest et redskab til at systematisere den enkelte patients behandling og derved forbedre sygdomsforløbet. Det er dog også forbundet til en sikker hjemmeside, hvor de kommuner, som lægens patienter bor i, har mulighed for at få adgang til patientens oplysninger. Adgangen opnås ved, at lægerne sender en elektronisk henvisning til en kommunal postkasse, hvorefter koordinatorene får adgang til patientoplysningerne og selv sørger for den videre kontakt til patienten. Da systemet virker begge veje, har koordinatorene siden 1. oktober 2008 haft et direkte elektronisk samarbejde med de i alt 16 praktiserende læger, som indtil videre er tilmeldt KOSMOS.

Som det ses af nedenstående tabel, har kombinationen af nøglepersoner og det elektroniske henvisningssamarbejde, der altid efterlyses fra almen praksis' side¹², resulteret i 29 henvisninger fra 8 læger i løbet af de første 6 uger, hvor muligheden har eksisteret.

Tabel 3.2 De praktiserende lægers brug af KOSMOS.¹³

	Viborg	Skive	I alt
Læger koblet på kosmos	10	6	16
Læger anvendt kosmos	4	4	8
Kosmoshenvisninger fra 01.10.-15.11.2008	14	15	29

Opsøgende aktiviteter i forhold til almen praksis

Koordinatorernes opsøgende aktiviteter har været relativt små sammenlignet med lignende projekter. Indsatsen har for det første bestået af møder med praksiskonsulenten fra Stoholm og den kommunale praksiskonsulent fra henholdsvis Skive og Viborg. På møderne har koordinatorene haft lejlighed til at præsentere/diskutere deres planer for samarbejdet med almen praksis og få feedback på informationsmateriale og lignende. Herudover har koordinatorene præsenteret dem selv og deres tilbud i forbindelse med lanceringen af KOSMOS, ligesom de har sendt informationsmateriale rundt til samtlige lægehuse i Viborg og Skive kommuner.

3.5.5 KOL-teamet på Skive Hospital

Selvom konceptet med delestillinger er nyt på hospitalet, har overgangen, ifølge koordinatorene, slet ikke stillet samme krav til udvikling af nye opgaver og samarbejdsrelationer som opgaverne i kommunen. Ifølge koordinatorene har følgende faktorer gjort overgangen fra fuldtids- til delestilling relativt ukompliceret:

1. Koordinatorernes opgaver og faglighed i forhold til KOL er velkendte i hospitalssystemet, og de "passer" derfor umiddelbart ind i driften på deres respektive afdelinger.
2. Koordinatorerne arbejder under en ledelse, der har formel kompetence til at definere deres roller og opgaver i forhold til resten af afdelingen.
3. Koordinatorerne arbejder sammen med tidligere kolleger og det, der af mange beskrives som et "fagligt stærkt KOL-team", som har været med til at tage initiativ til oprettelsen af stillingerne og gerne vil være med til at udvikle sygehusets egen såvel som den fælles indsats på tværs af hospital og kommune for patientgruppen.

¹² I hvert fald alle de læger vi har talt med.

¹³ Udmeldinger fra nøglepersoner blandt koordinatorenes samarbejdspartnere er, at ca. halvdelen af de praktiserende læger i Viborg og Skive nu er tilmeldt KOSMOS. Disse tal er dog ikke valideret.

Koordinatorerne fortæller derfor, at det i forhold til afdelingen primært har handlet om at finde sin plads i det eksisterende KOL-team og afstemme opgaverne med den udgående KOL-sygeplejerske, der var der i forvejen. Om processen fortæller koordinatorerne, at den har *"været ukompliceret"*, og at det ikke har været svært at adskille deres kommunale opgaver fra fx den udgående KOL-sygeplejerskes.

I forhold til den udgående KOL-sygeplejerske fortæller koordinatorerne, at den bekymring, der indledningsvis var i forhold til overlappende opgaver og forvirring blandt samarbejdspartnerne i primærsektoren, har vist sig at være ubegrundet. Tværtimod oplever især sygeplejersken, at hun har et godt samarbejde med KOL-sygeplejersken, hvor de har *"mulighed for at supplere og aflaste hinanden i forhold til både uddannelsesopgaver og opgaven med at følge patienter hjem fra hospitalet"*.

3.6 Data for det patientrelaterede samarbejde¹⁴

Tabel 3.3 Samlede antal henvendelser fordelt pr. 15. november 2008.

Kommer fra	Antal
Egen læge, inklusiv KOSMOS	63
Patient	22
Andet (fx sygehus, kommune, fysioterapeut, ilt-/KOL-sygeplejersker)	6
I alt	91

Som det ses af tabel 3.3, er ca. 2/3 af de i alt 91 patienter henvist direkte fra almen praksis. 22 patienter har selv henvendt sig på baggrund af medieomtale, og 6 patienter er henvist af andre sundhedsfaglige, fx fra sygehuslæge eller med udgangspunkt i en genoptræningsplan.

Tabel 3.4 Hvad har koordinatorerne gjort ved henvendelserne pr. 15. november 2008.

Henvendelsen har resulteret i	Antal
Optaget	40
Under udredning til forløb	23
Afsluttet efter indledende samtale	28

Som det fremgår af tabel 3.4, har koordinatorerne til og med 15. november 2008 haft indledende samtaler med alle 91 patienter, der har fundet frem til funktionen. 63 af samtalerne har resulteret i, at patienten enten er tilmeldt et rehabiliteringsforløb eller er ved at blive udredt med henblik på at finde ud af, om de kan/er interesserede i at følge et forløb.

28 af patienterne er afsluttet efter en indledende samtale, enten fordi de falder udenfor inklusionskriterierne til forløbet, eller fordi de ikke har været interesserede eller er guidet til andre tilbud. Koordinatorerne har oplyst, at 7 af de 28 afsluttede patienter enten er guidet videre til andre relevante tilbud eller har fået 1-2 timers individuel træning/rådgivning. Blandt de tilbud, som patienterne guides videre til, er vedligeholdende hjemmetræning ved kommunal terapeut og rehabilitering i hospitalsregi. Fire af de 28 patienter, der ikke er optaget på forløb, er sendt retur til egen læge med henblik på udredning og evt. henvisning.

¹⁴ Det patientrettede arbejde gik i gang i starten af juli, men kom i praksis først i gang i løbet af august på grund af sommerferie og efterdønninger fra forårets sygeplejerskekonflikt.

Koordinatorerne tilføjer, at de forsøger at tage sig tid til at tage en ordentlig snak med alle patienter, der henvender sig. Dels fordi koordinatorerne oplever, at patienterne har gavn af at få lidt rådgivning, og dels fordi koordinatorerne efterhånden har fået så godt overblik over, hvad der findes af alternativer for KOL-patienter, at de nogle gange kan hjælpe patienten videre.

Tabel 3.5 Data for opsøgende spirometri pr. 15. november 2008.

Opsøgende spirometri	149
Påvirkede tal	25

Tabel 3.5 viser, at koordinatorerne via deltagelse i to dagsarrangementer og tre virksomheds-/skolebesøg har udført 149 spirometrier og fundet 25 personer (17 %), der viste påvirkning. Alle personer, der viser påvirkning, er anbefalet at søge læge, og alle rygere, der har fået målt deres lungefunktion, har fået tilbudt informationsmateriale om muligheder for hjælp til rygestop.

3.7 Opsamling

Af ovenstående afsnit fremgår, at udviklingen af koordinatorfunktionen ifølge koordinatorerne selv stort set er sket i henhold til de planer, der fra starten har været for projektet.

I forhold til **organisering og opgaver** har koordinatorerne erfaret, at deres tværgående ledelsesmæssige forankring og de tværgående opgaver har givet dem en helhedsforståelse for KOL-behandlingen. De fremhæver i forlængelse heraf, at deres nye viden både gør dem i stand til at agere koordinerende i forhold til den enkelte patient (der skal rådgives og guides) og i stand til at virke korrigerende i de forskellige professionelle sammenhænge, de indgår i (fx i forhold til hvilke oplysninger om patienten der sendes videre til kommunen, når patienten udskrives). Koordinatorerne har også oplevet, at deres forskellige opgaver supplerer hinanden godt, fordi de giver mulighed for at *"skrue op og ned i forhold til, hvor meget der er at lave på de enkelte områder"*. Derved vurderer de, at funktionen er godt sikret i forhold til at minimere spildtid, hvor der ikke er noget at lave.

Efter en langsom start kører **patientforløbet** i begge kommuner, og koordinatorerne ser gode perspektiver for at videreudvikle samarbejdet fremadrettet med henblik på at styrke opbygningen af sociale relationer mellem patienterne samt udslusning til fortsat aktivitet. Koordinatorerne vurderer også – på grund af de gode erfaringer med KOSMOS og den generelle opbakning til projektet fra de praktiserende læger, at der er skabt en fremtidssikret henvisningspraksis, som er baseret på standardiserede redskaber og rutiner. Det foreløbige henvisningsmønster tyder også på, at det fremadrettet vil være realistisk at fylde de 8 rehabiliteringshold à 10 personer om året, som er målet for koordinatorfunktionen.

I forhold til **det opsøgende arbejde**, som er en vigtig forudsætning for at nå KOL-projektets strategiske målsætning om at rykke tidspunktet for opsporing og behandling frem i patientforløbet, har koordinatorerne deltaget i forskellige arrangementer¹⁵, hvor de dels har udført spirometrier, dels informeret om muligheder for forebyggelse og behandling.

Endelig fortæller koordinatorerne, at de er kommet godt fra start med undervisning i **hjemmeplejereg**i, og at de i forhold til denne undervisning har et godt samarbejde/arbejdsdeling med den udgående KOL-sygeplejerske. De forventer endvidere, at det vil være muligt at indgå i planlægning og udførelse af en egentlig nøglepersonsuddannelse i forhold til ældreplejen, hvis en sådan skulle blive besluttet.

¹⁵ Fx Skiveløbet og International KOL dag.

Koordinatorerne peger selv på **tre afvigelser i forhold til det planlagte projekt**, der knytter sig til, at:

1. Tidsplanen har været forskubbet af forårets strejke
2. Det har taget længere tid end forventet at få kontakt/henvisninger fra de praktiserende læger
3. Patientgruppen er sygere, end det i udgangspunktet var tænkt.

Af disse afvigelser er det primært forskubningen af patientgruppen/inklusionskriterierne, der vækker bekymring hos koordinatorerne, fordi den viser, at funktionen fortsat er langt fra at nå den patientgruppe, den egentlig er tiltænkt.

4. Feedback fra nøglepersoner

Dette afsnit er udført i forlængelse af den interessentanalyse, som DSI gennemførte med de seks nøglepersoner, som KOL-funktionen havde udpeget til interview i slutningen af maj 2008. Hvor første runde blev gennemført med henblik på at give input til udviklingen i KOL-funktionens samarbejdsrelationer, gengiver denne interviewrunde nøglepersonernes erfaringer og vurderinger af det seneste års faktiske udviklingssamarbejde. Tilbagemeldingerne udgør et input til evalueringen af KOL-funktionens samarbejdsrelationer samt et pejlemærke for det fortsatte samarbejde.

4.1 Distriktschef fra hjemmeplejen i Bjerringbro

Erfaringer fra samarbejde

Distriktslederen fortæller, at hun umiddelbart efter sidste interview *"fik fat i en udsendt mail fra koordinatorene, der skrev, at de havde god tid"*. Umiddelbart efter kontaktede hun koordinatorene for at aftale undervisning af hendes personale. Efterfølgende har koordinatorene på personalemøder undervist hele personalegruppen fra hendes distrikt – inkl. aftenvagter og sygeplejen – som del af personalemøder.

Hun var selv med på det første møde og fortæller, at hun oplevede koordinatorene som *"gode formidlere"*, der *"leverer en god undervisning, som især giver plejepersonalet nye handlekompetencer til deres omgang med KOL-patienter"*. Samtidig oplevede hun koordinatorene som *"eksperter på KOL, der er så godt inde i deres stof, at de har mulighed for at improvisere og tilpasse det faglige niveau til deltagerne"*.

Hun fortæller derfor, at hun har været meget glad for undervisningen, og at hun (jf. sin efterlysning fra sidste interview) har oplevet koordinatorene som synlige og fleksible i forhold til hendes lokalområde.

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Adspurgte om sine forventninger til koordinatorenes fremtidige roller og opgaver fortæller distriktslederen, at hun først og fremmest ønsker, at de skal fortsætte og udvide deres uddannelsesaktiviteter i forhold til hjemmeplejen. Dels fordi der fortsat er et *"stort behov for at løfte den brede basisviden, der bør være om KOL blandt ældreplejens personale"*, dels fordi hun vurderer, at der på sigt vil være behov for at få nogle ansatte i hjemmeplejen med særlige kompetencer i forhold til KOL som supplement til den brede basisviden. Hun vil selv arbejde på at tages initiativ til uddannelse af egentlige nøglepersoner – fx som man har gjort det i Holstebro og omegn i regi af fælles skolebænk. Og hvis det bliver til noget, ser hun meget gerne, at koordinatorene får en aktiv rolle i uddannelsen.

Mere konkret ønsker distriktslederen også at kunne inddrage koordinatorene som tovholdere for et fælles møde om behandlingen i de tilfælde, hvor hjemmeplejen passer en meget syg borger med KOL og oplever, at den praktiserende læge ikke er opdateret i forhold til behandlingen af KOL. I sådanne tilfælde – som ifølge distriktslederen ikke er ualmindelige – håber hun at kunne bruge koordinatorene som et middel til at få opdateret behandlingen og lagt en ramme for samarbejdet mellem læge og sygepleje.

4.2 Leder af aktivitet og træning Skive Kommune

Erfaringer fra samarbejde

Rehabiliteringschefen fortæller, at hun siden sidst er blevet *"meget klarere på hvad det er, koordinatorene skulle lave"*, og at de sammen har:

"...gennemført en god forventningsafstemning, som sikrer, at der ikke udføres dobbeltarbejde [...], det kom nemlig lidt for et chok for os, da vi fandt ud af, at vi slet ikke var nævnt som en aktiv part i rehabiliteringsforløbet og fandt ud af, at vi var på vej ud af hver sit spor, hvor koordinatorene og vores terapeuter havde planlagt hvert sit forløb".

Chefen vurderer, at der efterfølgende *"er skabt et godt forløb, hvor der er et godt samarbejde mellem de kommunale terapeuter og koordinatorene"*, samt *"en klar arbejdsdeling i forhold til hvem der gør hvad"*. Alt i alt mener hun derfor, at koordinatorene er kommet godt fra opstartsfasen, og at de tilbagemeldinger, hun har fået fra sine medarbejdere, ligeledes har været positive. Hun understreger dog også, at forløbet illustrerer vigtigheden af at inddrage samarbejdspartnere i tværgående projekter tidligt i forløbet.

Adspurg om koordinatorenes tværgående roller og faglighed fortæller chefen, at hun oplever koordinatorene som *"meget kompetente"* og som:

"Et godt bindeled i dialogen mellem rehabiliteringsområdet og lungemedicinsk afdeling – hvor dialogen godt kan blive temmelig kompliceret, når det kommer til paragraffer og økonomi".

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Rehabiliteringschefen fortæller, at der er enighed om, at målet for patientuddannelsen hedder fire forløb om året af 8 ugers varighed. Hvor og hvornår holdende skal køres, er ikke endelig afklaret, fordi det afhænger af, hvilke lokalområder deltagerne kommer fra, samt hvor stabilt henvisningsflowet viser sig at være. Hvis der er mulighed for det, og det kan minimere patienternes transport, ser chefen gerne, at enkelte af holdene køres lokalt – fx på kommunegrænsen, så der er mulighed for at samle deltagere fra begge kommuner.

Udslusning til fortsat fysisk aktivitet og fastholdelse af de livsstilsændringer og fysiske forbedringer er også et emne, som rehabiliteringschefen forventer, at koordinatorene og hendes medarbejdere skal samarbejde omkring fremover. Indtil videre har de haft indledende drøftelser af muligheden for at planlægge forskellige aktiviteter strategisk med henblik på at samle tilstrækkeligt med patienter til en KOL cafe og lignende sociale/faglige arrangementer, der kan understøtte de enkelte aktiviteter og det sociale netværk imellem patienterne.

Hun fortæller videre, at koordinatorene i forholdt til deres patientrettede opgaver efter hendes mening er *"for fagligt kompetente, fordi der er så mange svage KOL-patienter, som ikke udskrives ordentligt og ikke medicineres ordentligt"*. Hun undrer sig derfor over, hvorfor de – efter hendes vurdering – mest kompetente fagpersoner bruges til at undervise og træne den forholdsvis lette patientgruppe, som kommunerne i forvejen har ansvar for og relativt gode kompetencer til at arbejde med. Derfor ser hun gerne, at koordinatorene fremadrettet får en mere aktiv rolle i forbindelse med udslusningen af svært syge KOL-patienter fra hospital til eget hjem. Og hun efterlyser specifikt genindførelse af den stilling som udkørende fysioterapeut, den ene af koordinatorene tidligere var ansat i.

4.3 Konsulent fra sygedagpengeområdet Viborg

Erfaringer fra samarbejde

Under interviewet fortalte konsulenten, at hun ikke havde set eller hørt noget om koordinatorfunktionen siden sidst i regi af sit arbejde. Derimod har hun som privatperson lagt mærke til, at der har været omtale af projektet i lokale aviser. Hun har derfor ingen konkrete erfaringer omkring samarbejde at bidrage med og understreger som ved sidste interview, at hun har svært ved at se en direkte kobling mellem jobcentrets og koordinatorernes arbejdsområder.

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Adspurgte om koordinatorernes opsøgende arbejde vurderer hun, at dette giver rigtig god mening i forhold til jobcentrenes brugere – som hun formoder er kraftigt overrepræsenteret i forhold til rygning og erhvervsrelaterede risici forbundet med KOL. Derfor ser hun gode muligheder for et samarbejde, der handler om at få så mange som muligt af jobcentrets brugere til at få målt deres lungefunktion for at den vej at skabe efterspørgsel på koordinatorernes patientuddannelse.

4.4 Lungemedicinsk afdeling, Regionshospitalet Viborg

4.4.1 Den udgående KOL-sygeplejerske

Erfaringer fra samarbejde

KOL-sygeplejersken fortæller, at hun i kraft af deres fælles gang på afdelingen og den *"store fordel"* der lå i, at hun *"kendte koordinatorerne i forvejen"*, har fået en *"tæt tilknytning til koordinatorerne"*. Især arbejder hun en del sammen med den tidligere afdelingssygeplejerske, der bl.a. aflaster hende i forbindelse med undervisning af hjemmeplejen og ved at følge KOL-patienter hjem ved udskrivning – to steder hvor hun *"godt kan have svært ved at følge med"*. Fysioterapeuten har også hjulpet hende bl.a. ved at instruere i, hvordan en pepfløjte bruges ude hos patienterne.

Sygeplejersken beskriver overordnet samarbejdet som velfungerende, og hun fortæller, at der ikke har været nogle af de problemer med uhensigtsmæssige overlap i opgaverne, som hun havde forudset, da hun første gang hørte om koordinatorerne. Tværtimod har det været *"dejligt at få og kunne trække på kolleger, som lidt arbejder på samme måde"* som hende selv. Dog fortæller hun, at det har vist sig, at de praktiserende læger har svært ved at skelne mellem det rehabiliteringstilbud for svært syge KOL-patienter, som hun selv kører i hospitalsregi, og koordinatorernes nye tilbud. Problemerne er dog ikke større, end at de løbende kan overdrage patienterne til hinanden, og de har selv ingen problemer med at se forskel på patienterne.

På afdelingen oplever hun koordinatorerne som ressourcepersoner, der f.eks. holder "lungebogen" opdateret med nyeste faglig viden, sørger for at der er de rigtige brochurer, og underviser personalet – eksempelvis i ernæring.

Endelig fortæller sygeplejersken, at koordinatorerne *"har været gode til at komme i avisen"* og generelt er *"åbne omkring deres funktion og opgaver"*, så det ikke er svært at følge med i, hvad de laver.

Forventninger til fremtidigt samarbejde

KOL-sygeplejersken har kun positive forventninger til sit fremtidige samarbejde med koordinatorerne, og hun har også flere ideer til, hvilke indsatser der bør sættes i gang. Først og fremmest peger hun på behovet for at styrke KOL-patienters mulighed for at skabe og vedligeholde sociale relationer til hinanden som en del af KOL-indsatsen – eksempelvis ved at støtte op om selvhjælpsgrupper, selvtrænende

hold for de KOL-patienter, der gennemfører rehabiliteringsforløb, og sociale/faglige arrangementer som KOL cafeer og lignende lagt på strategiske tidspunkter, hvor KOL-patienterne er samlet i forvejen.

Sekundært har hun et stort ønske om, at der uddannes nøglepersoner med særlig viden om KOL i hjemmeplejen, da *"kompetencerne på det niveau, vi kan videregive dem i dag, nok kan hjælpe i hverdagen, men ikke rækker til de svære tilfælde, hvor der er brug for en dybere funderet viden for fx at kunne forebygge en indlæggelse"*.

KOL-sygeplejersken understreger endvidere, at funktionerne bør blive ved med at være adskilte, men at hun ser en stor fordel i, at koordinatorene er så tæt på hendes faglighed, at de reelt har mulighed for at overtage hinandens opgaver, hvis det er nødvendigt.

4.4.2 KOL-overlægen

Erfaringer fra samarbejde

KOL-overlægen fortæller, at han ikke har meget direkte samarbejde med koordinatorene, men at han følger dem og er med til at hjælpe dem på strategisk niveau. Adspurgt hvordan dette foregår, fortæller overlægen, at han:

1. Repræsenterer dem i forhold til almen praksis, når han har mulighed for det.
2. Sparrer med dem om deres samarbejde med praktiserende læger.
3. Forsøger at stille sin faglige autoritet bag koordinatorfunktionen ved at bakke op om deres faglige dygtighed og ved at lobbye for dem ledelsesmæssigt.
4. Stiller op til PR-arbejde i forhold til at skabe bred opmærksom på funktionen og de potentialer, han ser forbundet med den.

Herudover fortæller overlægen, at han har deltaget i udvikling og præsentation af KOSMOS til almen praksis. Han fortæller videre, at KOSMOS repræsenterer et meget stort fremskridt for KOL behandlingen fordi det:

"Giver en fantastisk og hidtil uset mulighed for at fremme systematik i almen praksis' KOL-behandling samt samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. [...] KOSMOS har helt sikker også betydet meget for koordinatorenes mulighed for at nå almen praksis – pludselig har vi jo et konkret produkt, som lægerne har gavn af i deres hverdag".

Med henblik på at få uddybet overlægens syn på koordinatorenes opgaver og potentialet ved at have deres funktion bad vi overlægen uddybe, hvor han oplever, at koordinatorene indtil videre har løftet KOL-behandlingen. De områder, hvor overlægen oplever, at koordinatorene gør gavn på afdelingen, er:

1. I forhold til deres følgehjemfunktion, som han dels oplever som en aflastning af KOL-sygeplejersken, dels som en forbedring af behandlingen, fordi flere patienter får mulighed for at blive fulgt ordentligt hjem. Derfor forventer han også, at koordinatorene skal bruges mere aktivt i den rolle fremadrettet.
2. At der er tale om to dygtige fagpersoner, der har interessen for KOL-patienter og medvirker til at holde afdelingen fagligt opdateret.
3. At koordinatorene spiller en central rolle i forhold til udskrivning.

Overlægen vurderer dog, at dem, der klart har mest gavn af koordinatorene, er henholdsvis de to kommuner og området praktiserende læger, fordi:

1. Koordinatorerne, ifølge overlægen, er *"udfarende"* og er *"lykkedes med at fange de praktiserende lægers opmærksomhed"*, og de praktiserende læger har et telefonnummer og en henvisningsmulighed til to fagligt dygtige personer.
2. Koordinatorernes kommunale ansættelse repræsenterer, for overlægen, et af de første skridt i retning af, at kommunerne styrker deres fokus på tidlig opsporing og handling i forhold til KOL, hvilket ifølge overlægen er det allervigtigste indsatsområde i forhold til KOL.
3. Koordinatorernes undervisningsopgaver over for hjemmeplejen er, ifølge overlægen, meget vigtig i forhold til at kunne forbedre dagligdagen for især de svære KOL-patienter på lidt længere sigt.

Under interviewet konfronterede vi endvidere overlægen med rehabiliteringschefens undren, som gik på, hvorfor nogen af de mest kompetente fagpersoner skal arbejde med de letteste KOL-patienter. Til det svarede overlægen, at det:

"Netop er dér, der skal gøres en særlig indsats; de svære patienters behandling kan vi andre godt tage os af. Det store potentiale for at bryde den onde cirkel og skabe et bedre forløb ligger i den tidlige opsporing".

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Overlægen fremhæver, at han ikke forventer, at koordinatorerne har fundet deres endelige arbejdsform endnu, og at det efter hans vurdering er vigtigt, at projektet får den tid, det tager, for at opgaver og roller falder helt på plads. Men han har dog også en række bud på, hvor koordinatorerne kan sætte ind fremadrettet, og hvor han ser deres langsigtede potentiale:

1. Først og fremmest opfordrer overlægen til at holde fast i de gode rehabiliteringsforløb, som han vurderer, at koordinatorerne har skabt – og fortsætte med at være opsøgende over for almen praksis.
2. På afdelingen forventer overlægen, at man på sigt kan anvende koordinatorernes viden til at forbedre rammerne for udskrivningsprocedurerne.
3. Undervisningen af hjemmeplejen har høj prioritet, og på sigt ser overlægen meget gerne, at der kommer flere kommunale ressourcepersoner i forhold til KOL.
4. Det opsøgende arbejde, opgaverne med at skabe fokus på rygning og KOL som overset sygdom bør ifølge overlægen have højeste prioritet.

4.5 Praktiserende læge/praksiskonsulent fra Stoholm

Erfaringer fra samarbejde

Den praktiserende læge fortæller, at hans relation til KOL-koordinatorerne, på samme måde som overlægens, primært knytter sig til det strategiske udviklingsarbejde, der er forankret i den lokale tværsektorielle KOL-implementeringsgruppe.

I den egenskab, mødte han første gang koordinatorerne, umiddelbart efter de var blevet ansat:

"I forbindelse med at de startede med at gennemføre en forventningsafstemning, hvor de holdt møder med alle dem, der havde været med til at definere indholdet i deres stillinger".

Lægen fortæller videre, at koordinatorerne på baggrund af forventningsafstemningen *"lavede et fint oplæg til, hvad der kunne stykkes sammen i samarbejde med kommunerne, og som de efterfølgende har implementeret"*. I det hele taget vurderer lægen, at *"koordinatorerne har gjort det godt"*, og at

projektet har *"fået to fagpersoner med erfaring, faglig kompetence og den gennemslagskraft, der skal til for at fungere som en bærende kraft i KOL-behandlingen"*.

Den praktiserende læge fremhæver KOSMOS som et redskab, der muliggør et *"markant fagligt løft"* af KOL-behandlingen i almen praksis og har været en:

"...meget stor hjælp for koordinatorenes mulighed for at skabe et henvisningssamarbejde med almen praksis, der er baseret på enstrengt og enkel henvisning på en måde, der er kendt og indebærer systematisk tilbagemelding [...], og dermed ikke indebærer det normale tunge arbejde med papirhenvisninger – der hele tiden afhænger af, at der er en ildsjæl til at bakke op om projektet".

Adspurgt om koordinatorenes samarbejde med almen praksis og de udfordringer, der fx kan være forbundet med at blande sig i den enkelte læges medicinering af en patient, vurderer lægen:

"De har helt givet større erfaring og specifik viden om KOL end den gennemsnitlige praktiserende læge, men de har ikke det samme blik for helheden i patientens sygdomsbillede – det skal de være opmærksomme på, når de henvender sig om ting, der ser mærkelige ud i behandlingen".

Generelt vurderer lægen, at den bedste måde at håndtere evt. behov for at få den enkelte læge til at ændre i behandlingen er, at:

"...sende patienten til sin læge med en lille seddel om, hvad det er for et behov, man ser – det tror jeg ikke, der er nogen, der tager anstød af. Det man ikke skal gøre, er at sende patienterne andre steder hen eller justere i behandlingen uden at involvere os. Så mister vi overblikket – og det er ikke hensigtsmæssigt".

Vi spurgte også lægen, om han så nogen muligheder for, at der kan opstå u hensigtsmæssige overlap imellem KOL-koordinatorenes og de praktiserende læger i løbet af det år, hvor koordinatorene følger patienterne. Til det svarede lægen, at:

"Opfølgningen skal ikke erstatte konsultationer hos os. Det er selvfølgelig smart, hvis vi får resultaterne af de målinger, de laver, så vi kan tage udgangspunkt i dem i konsultationen, men det er vigtigt at holde fast i, at vi er det samlende punkt for patienten".

Forventninger til fremtidigt samarbejde

Adspurgt om sine forventninger til det fremtidige samarbejde mellem koordinatorene og almen praksis, samt hvilke ambitioner for KOL-behandlingen koordinatorene kan være med til at fremme, fortæller lægen:

"I vores implementeringsgruppe har vi med vilje valgt at lægge ambitionsniveauet lavt; til gengæld satser vi på, at det, vi sætter i gang, bliver en institution, der kan overleve selvom ildsjælene skulle forsvinde".

Lægens ønsker til fremtiden er således primært bundet op på, at det rehabiliteringsforløb, der er udviklet, holdes i gang, og at man med udgangspunkt i det arbejder videre med at sætte fokus på den tidlige opsporing samt styrke patienternes sociale netværk og muligheder for at være fysisk aktive. I den forbindelse ønsker lægen, at koordinatorene satser på at:

"Finde de initiativrige mennesker – som også findes blandt KOL-patienter – og hjælpe dem på vej i forhold til at få frivillige og selvkørende tilbud op at stå".

4.6 Opsamling

4.6.1 Erfaringer fra samarbejde

Som ved første interviewrunde bærer interviewene på lungemedicinsk afdeling og interviewet med den praktiserende læge præg af, at interviewpersonerne enten praktisk eller strategisk befinder sig relativt tæt på koordinatorene. Som sidst er der derfor stort kendskab og opbakning til – men nu også tilfredshed – med koordinatorenes faktiske indsats. Det fremgår ligeledes, at distriktschefen og rehabiliteringschefen, som har været i kontakt med koordinatorene, er tilfredse med samarbejdet og er frafaldet deres tidligere bekymringer omkring manglende inddragelse og risiko for uhensigtsmæssige opgaveoverlap.

Fælles for de interviewpersoner, der har været i berøring med koordinatorfunktionen, er en vurdering af, at koordinatorenes baggrund og faglige viden har haft en positiv betydning under opstarten af projektet såvel som i mødet med samarbejdspartnere. I forhold til baggrunden fremhæver flere, at *”projektet har været heldigt at få så kompetente medarbejdere”* med henvisning til koordinatorenes erfaring som henholdsvis udkørende fysioterapeut og afdelingssygeplejerske med ledelseserfaring. Med hensyn til faglighed fremgår det, at interviewpersonerne lægger mærke til den, *”fordi den gør koordinatorene i stand til at formidle deres viden på en klar og overskuelig måde”*, hvilket fremhæves som en klar styrke, når de skal a) undervise i hjemmeplejens personale, b) informere og samarbejde med praktiserende læger, c) møde enkelte patienter og d) fungere som ressourcer og driftspersoner på sygehuset.

Det patientrettede rehabiliteringsforløb, som koordinatorene har udviklet, opfattes ifølge praksiskon-sulenten generelt som et godt tilbud, der er værd at henvise til blandt de læger, han taler med. Og både han og KOL-overlægen lægger fortsat vægt på, at kvaliteten i patienttilbuddet og muligheden for tilbagemeldinger om resultaterne er vigtige faktorer for det fremadrettede samarbejde mellem almen praksis og koordinatorene, *”fordi når man tror på, at henvisningen gavner patienten, så gør man det også igen”*.

4.6.2 Ønsker til fremtidigt samarbejde og anbefalinger

Interviewpersonernes opfattelse af, hvad der udgør de væsentligste udfordringer set fra deres respektive positioner, har ikke ændret sig i perioden mellem de to interviewrunder. Der peges således uændret på behovet for at:

1. Øge den fælles mængde af faglig viden om KOL på tværs af behandlingssystemet – især løfte vidensniveauet og opmærksomheden på KOL i almen praksis og i ældreplejen.
2. Fremskynde diagnosticering og behandling af KOL-patienter, hvilket indebærer stillingtagen til de barrierer, der kan være forbundet med geografisk afstand og erhvervsarbejde.
3. Arbejde målrettet med at styrke sociale netværk mellem patienter og helbredsmæssige effekter af de rehabiliteringstilbud, der ydes.

Det er DSI's vurdering, at der er god sammenhæng mellem de interviewede nøglepersoners ønsker til fremtiden for koordinatorfunktionen og koordinatorenes egne ønsker. Det anbefales derfor, at koordinatorenes fortsatte samarbejde og dialog med hver enkelt samarbejdspartner tager udgangspunkt i ovenstående tre ønsker.

5. Konklusioner og anbefalinger

5.1 Overordnede konklusioner

På baggrund af det samlede udviklingsforløb og den dokumentation, der er samlet i dette notat, er det DSI's overordnede vurdering, at KOL-koordinatorerne har skabt et projekt, der har gode forudsætninger for at kunne overgå til drift inden for den planlagte projektperiode.

Dokumentationen giver endvidere anledning til at konkludere, at projektet er velorganiseret, solidt understøttet af nøglepersoner med indflydelse på de tiltag, der skal gennemføres, og baseret på anerkendte (standardiserede) arbejdsmetoder, der passer sammen med eksisterende tilbud og indsatser i KOL-behandlingen. DSI vurderer også, at de konkrete aktiviteter og samarbejdsrelationer, som er under udvikling, er organiseret på en enkel og gennemskuelig måde, og der er ikke identificeret uhenigtsmæssig opgaveglidning eller opgavemæssige overlap imellem koordinatorerne og deres samarbejdspartnere.

Projektets patientrettede rehabiliteringstilbud står – i kraft af KOSMOS og systematikken i de patientdata, der indsamles før, under og efter rehabiliteringsforløbet – stærkt i forhold til at dokumentere, om tilbuddet har en effekt på kort til mellemlang sigt. Endvidere kan det konkluderes, at KOSMOS med stor sandsynlighed gør det muligt skabe og opretholde målsætningen om et henvisningssamarbejde med almen praksis. Projektets styregruppe anbefales i forlængelse heraf at drøfte, hvilke perspektiver KOSMOS-projektet indeholder i forhold til at udvikle lignende samarbejde mellem almen praksis og kommune på andre sygdomsområder end KOL.

5.2 Diskussion af aktuelle udfordringer og anbefalinger

Der er en grundlæggende udfordring for KOL-koordinatorprojektet, som knytter sig til, at koordinatorernes patientrettede tilbud ikke når den lette gruppe af KOL-patienter, som oprettelsen af tilbuddet er begrundet i. Indtil videre er årsagen, ifølge de sundhedsfaglige som DSI har været i kontakt med, at der stort set ikke findes lette KOL-patienter, der har en diagnose – så der er simpelthen ikke nogen, der kan henvises til tilbuddet.

Anbefaling 1 er derfor, at:

- ♦ Projektgruppen, hvis den ønsker at holde fast i intentionen om, at koordinatorernes rehabiliteringstilbud skal være for lette til moderate KOL-patienter, bør intensivere den opsøgende indsats over for både patienter og almen praksis.

Det er dog også DSI's vurdering, at det nye rehabiliteringstilbud er organiseret som en afgrænset og "traditionel" patientuddannelse, der ikke umiddelbart imødekommer de barrierer¹⁶, der er forbundet med a) at mange lette KOL-patienter er erhvervsaktive, b) at lette KOL-patienter ikke føler sig specielt syge og derfor formentlig ikke er motiverede til at deltage i deciderede rehabiliteringstilbud¹⁷, og c) at der er bred enighed om, at det er uhenigtsmæssigt at blande lette og moderat til svært syge KOL-patienter.

¹⁶ Jf. DSI's juninotat (2)

¹⁷ Underbygges af foreløbige erfaringer fra Holstebro, hvor de to eneste lette KOL-patienter, som KOL-koordinatoren har været i kontakt med, ikke har ønsket at deltage i sundhedscenterets tilbud om patientuddannelse og træning, fordi de ikke havde problemer i hverdagen.

Anbefaling 2 og 3 er derfor, at:

- ♦ Projektgruppen overvejer, om det – selvom det lykkes at diagnosticere målgruppen – er realistisk at få lette KOL-patienter til at deltage i rehabiliteringstilbuddet i den nuværende form.
- ♦ Projektgruppen, hvis det ikke vurderes realistisk at rekruttere til det eksisterende tilbud, overvejer, hvordan tilbud, som er målrettet lette KOL-patienter, kan se ud, samt med hvem de kan skabes.

Litteratur

- 1) Skive Kommune, Viborg Kommune, Hospitalsenheden Viborg. Projektbeskrivelse: Indsats for KOL patienter i Viborg og Skive Kommuner i samarbejde med Hospitalsenheden Viborg. 2008.
- 2) Buch MS, Olesen E. Notat til Viborg Kommune, Skive Kommune og Viborg regionshospital - af-dækning af væsentlige samarbejdspartneres perspektiver på projektet: "En forbedret indsats for KOL patienter i Viborg og Skive Kommuner i samarbejde med hospitalsenheden Viborg". Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 3) Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet: Hvad skal der til i praksis? In Press. FOKUS - FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service og Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 4) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. KOL rehabilitering - uddannelses- og træningstilbud til patienter med let til moderat KOL. Viborg og Skive Kommune, Region Midtjylland; 2008.
- 5) Holm E, Thomsen AM. Idekatalog til forløbskoordinatorernes opgaver i kommunalt regi. 2008.
- 6) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 19.05.2008.
- 7) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 04.04.2008.
- 8) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 11.03.2008.
- 9) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet 19.02.2008.
- 10) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. Referat fra møde i kommunal/regional styregruppe for KOL forløbskoordinatorprojektet d. 17.11.2008.
- 11) Buch MS. Referat af opstartsmøde for forløbskoordinatorprojektet 19.05.2008.
- 12) Buch MS. Referat af 1. temadag for forløbskoordinatorernes projektgrupper 24.06.2008.
- 13) Buch MS. Referat fra 2. temadag for KOL forløbskoordinatorprojektet 24.09.2008.
- 14) Viborg Kommune, Skive Kommune, Region Midtjylland. KOL rehabilitering - uddannelses- og træningstilbud til patienter med let til moderat KOL. 2008.

Bilag 1: Forløbskoordinatorer interview 1. runde Viborg/Skive

1. Præsentation af interviewet

- Del af dokumentationen
 - o Hvordan gjorde man, hvilke udfordringer og løsninger fandt man osv.

2. Præsentation af jer

- Hvem er I, baggrund for at I nu er KOL-forløbskoordinatorer?

3. Ansættelse og opstart

- Hvornår startede I, og hvordan foregik det?
- Hvordan var jeres ansættelse forberedt?
- Hvad lå klar til jer, da I startede?
- Introduktionsprogram
- Organisering – ansættelsesforhold, IT, telefoner, ledelse andet?

4. Udviklingsarbejde

- Hvad har I gjort med hvem, hvorfor og hvordan?
 - o Har I fået nogen tilbagemeldinger fra jeres samarbejdspartnere?
- Hvor konkrete er jeres opgaver på nuværende tidspunkt?
 - o Hvilke opgaver drejer det sig om?
 - o Er de opgaver, der er stillet, realistiske?
 - o Oplever I nogen udfordringer eller dilemmaer i forhold til jeres opgaver og samarbejdspartnere?
 - o Har I haft patientkontakt?
 - o Har I oplevet overlap eller uklarhed i forhold til samarbejdspartnere?
 - Hvad er gjort for at håndtere dette?

5. Delestillinger og delte opgaver

- Hvordan fungerer det i praksis?
 - o Kan I få det til at hænge sammen?
 - o Hvilke udfordringer giver det?

6. Hvad er gået godt og mindre godt?

- Er der noget, som har manglet?
- Noget der skal rettes op på fremadrettet?

7. Afslutning

- Hvad ønsker I sparring til?
- Aftaler for næste interview

Bilag 2: Forløbskoordinator interview 2. runde Viborg/Skive

Præsentation af interviewet

- Del af dokumentationen
 - o Hvordan gjorde man, hvilke udfordringer og løsninger fandt man osv.

1. Hvad er der sket siden sidst

- Nye tilbud om patientuddannelse? Før mig lige ind i, hvad der foregår, og hvad der er sket siden sidst?
- Rehabiliteringsenheden – aftaler – nye tilbud – hvordan går det, er der pladser, patienter?
- Kontakter og samarbejde med Hjemmeplejen?
 - o Muligheder, barrierer, erfaringer?
- Netværksgruppemøde – uddyb – med hvem – hvad er der kommet ud af det?
- Almen praksis – hvad har I gjort for at få kontakt?
 - o Hvad er der kommet ud af kontakten til praksiskonsulenterne?
 - o Hvad er der kommet ud af kontakten med praksissygeplejerskerne?
- KOSMOS?
- Opsporing af patienter – udgående arbejde?
- Snitflade til udgående KOL-sygeplejerske – relation til KOL teamet? – relation til afdelingen.

2. Hvordan tager jeres samarbejdspartnere imod jer?

- Erfaringer med forventningsafstemning?
- Tilpasning til driftens behov?
- Komplexitet i implementeringen – kan I følge med de mange samarbejdspartnere og processer – kan de følge med jer?

3. Hvilke succeser har I haft?

- Hvorfor, hvem, hvordan osv.?

4. Er der nogen aktuelle problemområder, hvor I er gået i stå?

- Hvad mangler evt. for at komme videre?
- Trusler – noget der skal ændres/tages højde for?
- Er der nogen områder, hvor I aktuelt er overbelastede?
- Er de fremtidige opgaver, I har stillet jer selv, realistiske?

5. Patientkontakten

- Hvordan går det med den?
- For mange/for lidt – hvad gør I med dem?
- Eksempler på gode/mindre gode oplevelser?

6. Organisering

- Fordele og ulemper forbundet med den måde, I er organiseret på:
- Muligheder i forhold til den kommunale organisation?
- Muligheder i forhold til hospitalssektoren?

7. Roller i forhold til at skabe sammenhæng?

- Hvor/hvorfor gør I en forskel?
- Hvorfor kan I gøre en forskel?
 - o Udvikling vs. ledelse vs. koordinering vs. patientrettede indsatser og kompetenceudvikling?
- Hvad bør man lære af jeres bidrag til KOL-indsatsen, når man skal arbejde med at forbedre KOL-/kronikerbehandlingen andre steder?

8. Afslutning

- Er der noget, I aktuelt ønsker sparring til?
- Noget vi har glemt?

Bilag 3: Temaer for interview med nøglepersoner 1. runde

Introduktion

- Formålet med undersøgelsen:
 - o Interessentanalyse
 - o Gensidig værdi
 - o Indhentning af perspektiver

1. Baggrund

Navn, stilling og opgaver

2. Hvad er din/din enheds rolle i forhold til borgere med KOL?

- Beskriv hvad du/I gør for borgere med KOL?
- Hvor meget fylder de, hvor involveret er I i pleje og behandling?
 - o Knytter der sig særlige problemstillinger til borgere med KOL?
 - o Let-moderat vs. svær KOL?
- Hvem samarbejder du/I med – og hvordan?
 - o Praktiserende læger?
 - o Lungemedicinsk afdeling/udgående KOL-sygeplejerske?
 - o Andre dele af kommunen?
 - Dagcentre
 - Socialforvaltning
 - Sundhedscenter/rehabilitering
 - Myndighedsafdeling
 - Aften/nat vs. daghold
 - o Andet

3. Hvad virker godt i den nuværende indsats?

- Er der nogen knudepunkter, som er væsentlige for indsatsen omkring KOL-patienter?
 - o Personer eller enheder/funktioner?
 - o Hvilke løsninger ser du?

4. Hvad virker mindre godt/hvad er de største problemer, du oplever relateret til KOL?

- Samarbejde med andre?
- Indsatser eller tilbud som mangler?
- Opsporing og visitation?

5. Tilbud til KOL-borgere/patienter med KOL?

- Har du kendskab til særlige tilbud for KOL-patienter?
 - o Er der barrierer for at udnytte dem?
 - o Er der noget tilbud, som er specielt gode?
- Mangler der tilbud til KOL-patienterne?
 - o Hvilke? Og hvorfor?
 - o Er der nogen nye tilbud, som er under udvikling?

- o Er der nogen nye indsatsområder, som er rettet imod KOL?
 - I forhold til borgere? I forhold til personalets kompetencer?

6. Kommunal oprustning af kronikerindsats/tilbud til borgere med KOL?

- Er der planer om nye tilbud?
- Hvilke?
- På hvilken måde er I involveret i dette arbejde?

7. De nye KOL koordinatore

- Hvad ved du om funktionen? Hvad forventer du at vedkommende skal lave?
- Hvad kunne du godt tænke dig, at vedkommende kunne gøre for:
 - o Borgerne/patienterne?
 - o For dig/personalet?
- Har I gjort nogen overvejelser om arbejdsdelingen mellem KOL-konsulenten og din enhed?
 - o For personalet? Mulige overlap?
 - o Er KOL-koordinatorer kombineret med øvrige initiativer en rigtig løsning?

8. Perspektiver for det kommende udviklingsarbejde

- Hvad kunne lette samarbejdet med KOL-forløbskoordinatorerne?
- Nogle gode råd?

9. Aftaler for næste interview!

Bilag 4: Temaer for interview med nøglepersoner 2. runde

Introduktion: Fra problemafklaring og oversigt over hvad der skulle ske – til at

- Gøre status over det første halve års udviklingsarbejde – godt vs. mindre godt – forslag til forbedringer.
- Stadigvæk – Gensidig værdi og indhentning af perspektiver med henblik på udvikling og samarbejde.
- Vi prøver at snakke hvert enkelt område igennem, og så prøver vi at brede det lidt ud til sidst.
- Noget at spørge om?

1. Hvad er der sket, siden vi var her sidst?

- Er der noget, I selv har ændret/nogen problemstillinger du ser anderledes, end sidst vi var her?
- Hvorfor?

2. Relationer til koordinatorene?

- Har du/din enhed haft nogen kontakt til koordinatorene – hvordan?
 - o Præsentationer af koordinatorene og deres opgaver?
 - Hvordan har kommunikationen været?
 - o Er der udviklet nye tilbud/nye samarbejdsrelationer/nye henvisningsmuligheder etc.?
 - Samarbejde om patientuddannelse/patientrettede ydelser/henvisningssamarbejde o.l.?
 - Organisering? – forberedelse? – nye opgaver? – opfølgning?
 - Hvordan har samarbejdet været?
 - Her der været nogle overlap eller uklarheder i forhold til samarbejde og opgavefordeling?
- Har koordinatorfunktionen betydet noget for jeres:
 - o Organisering af egne opgaver i KOL-behandlingen?
 - o Rolle i KOL-behandlingen?
 - Hvilke potentialer for samspil er der?
 - Udnyttes de?
 - o Samarbejdet med andre enheder/aktører?

3. Vurdering af samarbejdet med koordinatorene

- Hvilke roller har du oplevet, at koordinatorene spiller?
 - o Hvor/hvorfor tror du, at de gør en forskel?
- Har I håndteret de udfordringer du forventede tilfredsstillende – fx at gøre opmærksom på KOL som en overset sygdom?
- Er der ved at fremkomme nogen nye knudepunkter, som er væsentlige for behandlingen af KOL-patienter?

4. Fremadrettede ønsker og forventninger

- Muligheder, ønsker, trusler for KOL-indsatsen
- Er der noget vi kan lære af projektet?
- Forslag til forbedringer/ønsker om ændringer/udfordringer/dilemmaer for koordinatorene?

- Hvad tror du der sker, hvis der kommer forløbskoordinatorfunktioner for alle de store diagnoser?

5. Noget vi har glemt?