

Område: Sundhedsområdet  
Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet  
Journal nr.: 10/1253  
Dato: 24. maj 2012  
Udarbejdet af: Janne Horsbøl  
E-mail: Janne.Horsboel@regionsyddanmark.dk  
Telefon: 2155 3076



## Notat

# Projekt Forløbskoordination

Som led i udmøntningen af kronikerpuljerne har Region Syddanmark gennemført projektet "Udvikling af modeller for Forløbskoordination", der har til formål at bidrage med praktisk viden og erfaring om implementering af nye koordinerende funktioner på sygehuse. Formålet er overordnet at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb.

Projektaktiviteterne er gennemført i 2010-2011, og arbejdet er løbende evalueret og herefter afrapporteret i april 2012. Slutrapporten vidner om, at der i projektet er genereret konkrete erfaringer med etablering af koordinerende funktioner på sygehuse. Som en væsentlig sidegevinst har projektet imidlertid også bidraget med praktiske erfaringer om udvikling af det tværsektorielle samarbejde omkring patientforløbene, herunder hvordan implementeringen af patientforløbsprogrammerne i praksis kan forløbe og understøttes.

Nedenfor skitseres kort projektet med fokus på deltagere og aktiviteter. Herefter følger konklusioner og anbefalinger fra Dansk Sundhedsinstituts evalueringsrapport fra april 2012.

## Projektet

Der er på fire af regionens sygehusafdelinger arbejdet med udvikling og implementering af forløbskoordinerende funktioner i samarbejde med lokale kommuner:

- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg Sygehus, i samarbejde med Esbjerg, Varde og Vejen Kommuner (hjerterområdet)
- Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus, i samarbejde med Vejle Kommune (hjerterområdet)
- Odense Universitetshospital, Odense, i samarbejde med Odense Kommune (KOL-området)
- Sygehus Lillebælt, Fredericia Sygehus, i samarbejde med Fredericia og Middelfart Kommuner (diabetes-området).

Almen praksis har på forskellig vis været involveret og repræsenteret i de fire projektgrupper.

Dansk Sundhedsinstitut fulgte og understøttede sammen med Sundhedsstaben arbejdet i de fire delprojekter fra september 2010 til oktober 2011. Der blev bl.a. gennemført temadage, udviklingsdage, interviews og observationsstudier. Herefter har DSI dokumenteret og evalueret organisering, proces og udvikling. Rapporten blev offentliggjort i april 2012 under titlen "*Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom – Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet*".

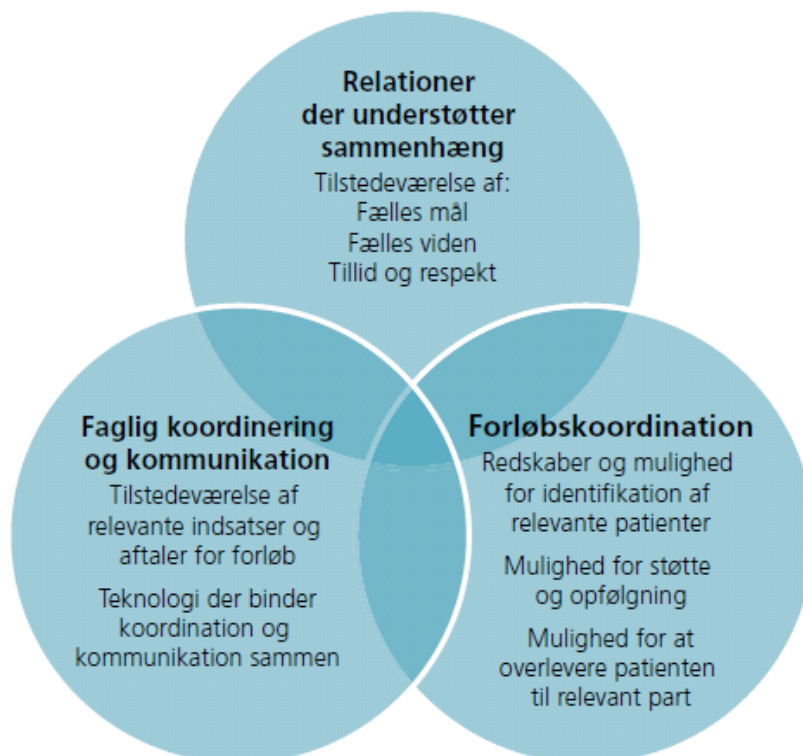
### Resultater, konklusioner og anbefalinger jf. Dansk Sundhedsinstituts rapport

DSI konkluderer indledningsvist i rapporten, at

- Forløbskoordination på kronikerområdet kan introduceres og organiseres på en måde, der gør at funktionen fungerer som løftestang for tværsektorielt samarbejde og implementering af forløbsprogrammer.
- De involverede fagpersoner oplever, at arbejdet med forløbskoordination er relevant, og at det forbedrer muligheden for at tage hånd om sårbare patienter.
- Der er fortsat udfordringer i form af mangel på
  - fælles it
  - fælles viden
  - gensidig respekt og
  - målrettet kommunikation

Ifølge DSI lanceres forløbskoordination ofte som løsningen på manglende tværsektorielt samarbejde, men evalueringen konkluderer, at en række andre faktorer er afgørende for at få dette samarbejde til at fungere godt. At introducere forløbskoordination i kronikerbehandlingen handler om meget andet end indsættelse af koordinatore:

**Figur 1: Faktorer i velfungerende og effektiv forløbskoordination**



Nedenfor gennemgås i resumeret form Dansk Sundhedsinstituts overordnede resultater, konklusioner og anbefalinger:

Resultater og konklusioner	DSI's anbefalinger
<p><b>Forløbskoordination bør være forankret i en tværsektoriel lokal forløbsledelse</b></p> <p>Involveringen af relevante ledere og nøglepersoner i alle sektorer har haft afgørende betydning for forløbskoordinatorernes handlemuligheder.</p> <p>Herudover har de involverede ledere medvirket til at de lokale udviklingsaktiviteter løbende er afstemt med de overordnede målsætninger fra de regionale forløbsprogrammer og til at erfaringerne fra det udførende niveau har kvalificeret beslutninger i de lokale samordningsfora.</p>	<p>De kommunale og regionale ledere, der har ansvaret for implementering af forløbskoordination omkring de enkelte sygehusenheder, tildeles et eksplicit og fælles ansvar for at udarbejde konkrete aftaler for samarbejdet, inden der ansættes koordinatore.</p> <p>Hvis det kan ske på tværs af diagnoser og kommuner i sygehusets optageområde, så der kommer ensartethed og struktur i samarbejdet vil det være en stor fordel. Ligeledes vil det være en fordel, hvis der kan udvikles fælles regionale vejledninger og principper som sætter en ramme for den lokale implementering, mhp. at fremme en ensartet udvikling.</p>
<p><b>Gode relationer har afgørende betydning for et forløbsorienteret samarbejde</b></p> <p>Projektet er gennemført med et eksplicit fokus på at øge graden af fælles mål, viden og gensidig respekt på tværs af de relevante indsatser. Opgaven har været ressourcekrævende, men investeringen i det tværsektorielle samarbejde har resulteret i en række robuste netværk af fagpersoner og ledere, som på forskellige vis har et forløbsorienteret samarbejde på tværs af sektorer.</p> <p>Evalueringen viser, at de gennemførte projekter om forløbskoordination har nedbrudt barrierer mellem sektorer og fagfolk, således at både de formelle og uformelle samarbejdsrelationer er forbedret i det lokale kronikersamarbejde.</p>	<p>Det anbefales at bruge en tilpasset udgave af fælles skolebænkconceptet til at understøtte implementeringen af forløbsprogrammer.</p> <p>Den modificerede udgave bør være målrettet ledere og nøglepersoner på kronikerområdet, og indholdet bør eksplicit have fokus på relationsopbygning, indføring i forløbsprogrammernes principper, samt hvordan der lokalt skabes en lokal forløbsledelse, der i sidste ende tager ansvar for forløbsprogrammernes implementering.</p> <p>Det anbefales, at der indhentes ekstern bistand til at facilitere de indledende forventningsafstemninger mellem parterne under opstarten af konkrete implementeringsprojekter relateret til forløbskoordination og forløbsprogrammer, hvis der ikke allerede i forvejen er et positivt, veletableret samarbejde mellem parterne.</p>



<p><b>Sygehusansatte forløbskoordinatorer har et snævert ansvar for patientens forløb</b></p> <p>Evalueringen viser, at sygehusansatte koordinators handlemuligheder er begrænset til at omfatte diagnose-specifikke problemstillinger, overlevering til næste part i behandlingsforløbet og forskellige former for psykisk støtte. Patienter med misbrug, sociale eller økonomiske problemstillinger som ofte hænger sammen med manglende ressourcer til at håndtere en kronisk sygdom optimalt, kan således <i>ikke</i> forvente at få hjælp til deres grundlæggende problemer via sygehusansatte forløbskoordinatorer.</p> <p>Dette understreger vigtigheden af at styrke det social- og sundhedsfaglige samarbejde mellem de tre sektorer. Samtidig er det vigtigt, at de sygehusansatte koordinators har mulighed for at aflevere deres patienter - og den viden der opbygges om disse - til kompetente aktører i primærsektoren.</p>	<p>Anbefaling:</p> <p>Region Syddanmark og regionens kommuner tydeliggør hvor til og hvordan sygehusansatte forløbskoordinatorer, kontaktpersoner o.l. kan guide patienter hen/aflevere viden om patienter, der har behov for kommunal støtte og vejledning.</p>
<p><b>Patientrettet forløbskoordination bør forankres i en teamstruktur</b></p> <p>Der er mange udviklingsopgaver forbundet med at introducere forløbskoordination i det lokale kronikersamarbejde. I opstarts- og udviklingsfaserne har det været en fordel at have en specialiseret koordinatorfunktion der kunne tage ansvar for udviklingsarbejdet. I takt med at udviklingsopgaverne løses, bør koordineringsopgaverne forankres i et ansvarligt team, der er integreret den daglige drift.</p> <p>Teamet bør på den ene side være afgrænset nok til at fremme personkontinuitet overfor de patienter der er i forløb, men samtidig stort nok til ikke at være personafhængigt og dermed sårbart. Tre-fire personer har vist sig at fungere i hjerterehabiliteringen.</p> <p>Sammenlignet med en personbåren og specialiseret koordinatorfunktion har teamorganiseringen følgende fordele:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bedre mulighed for at sikre personkontinuitet</li><li>• Robusthed overfor personaleudskiftning, sygdom og ferie</li><li>• Arbejdet med koordination, stratificering, støtte og overlevering kan indlejres som faste driftsrutiner.</li></ul>	<p>Sygehusets opgaver med forløbskoordination bør defineres med udgangspunkt i funktioner og team, frem for individuelle specialister.</p> <p>De samme principper kan formentlig adopteres i de kommunale enheder som spiller en central rolle i kronikerindsatsen (fx hjemmesygepleje, genoptræningscentre og patientuddannelses tilbud mm.).</p>



***Der bør udvikles konkrete metoder og værktøjer der understøtter stratificering***

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

Af hensyn til det fortsatte arbejde med stratificering, er det vigtigt at redskaber og vejledninger hertil udarbejdes, valideres og evalueres systematisk, og at de herefter indtænkes i en systematisk implementeringsplan.

Dansk Sundhedsinstituts rapport, kan findes i sin fulde længde på hjemmesiden: [www.regionsyddanmark.dk/forløbskoordination](http://www.regionsyddanmark.dk/forløbskoordination) ved at følge linket til 'afrapportering'.