

Forløbskoordination på kronikerområdet

– Hvad skal der til i praksis?

"Forløbskoordination på kronikerområdet. Hvad skal der til?" er udarbejdet for FOKUS af Martin Sandberg Buch.

Redaktion: Mikkel Kaels og Mette Grevsen Møller, FOKUS-sekretariatet.

FOKUS- Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service – er et initiativ, som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i regioner og kommuner.

Copyright: 2008 FOKUS og forfatterne

Juli 2008

Layout: I ♥ SISTERBRANDT

ISBN nr. 87-90837-52-5

Pjecen kan downloades på FOKUS' hjemmeside: www.fokus-net.dk

Parterne bag FOKUS er:

KL

Danske Regioner

AKF – Anvendt KommunalForskning

Dansk Sundhedsinstitut

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte

Kommunaldirektørkredsen

Regionsdirektørkredsen

FOKUS-udgivelserne er skrifter om kvalitetsudvikling, som henvender sig til ledere og medarbejdere, som i praksis arbejder med kvalitetsudvikling. Med de vil også være af interesse for politikere i regioner og kommuner. De synspunkter, der bliver fremsat i udgivelserne, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS.

FOKUS støtter udgivelsen af pjecerne gennem bevilling fra Det Kommunale Momsfond

Forord

Det danske sundhedsvæsen har igennem mange år haft problemer med at yde en sammenhængende indsats overfor kronisk syge patienter. Imidlertid er der indenfor de senere år, igangsat en grundlæggende reorganisering af kronikerindsatsen mhp. at øge systematik og sammenhæng i behandling såvel som i det enkelte forløb. Et centralt element i denne udvikling er, at der oprettes forskellige former for forløbskoordinatorer med koordinationsansvar for forskellige dele af patientforløbet.

Det er i denne sammenhæng, at denne FOKUS publikation skal ses.

Med "Forløbskoordination på kronikerområdet" belyser cand. scient. adm. Martin Sandberg Buch fra Dansk Sundhedsinstitut, en række muligheder og barrierer, som

er forbundet med at udvikle og forbedre kronikerbehandlingen, ved at indsætte forløbskoordinatorer.

I pjecen opstilles konkrete anvisninger til: Hvordan koordinationsproblemer findes, hvordan man finder ud af hvilke aktører de vedrører og hvilke opgaver der egner sig til at blive løst via forløbskoordinatorer. Pjecen indeholder således væsentlige anvisninger som kan lette sundhedsvæsenets arbejde med at inkorporere forløbskoordinatorer som et proaktivt element i den fremtidige kronikerbehandling.

Publikationen er blevet til på baggrund af en fælles finansiering mellem FOKUS (Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service) og Dansk Sundhedsinstitut. God Læselyst!

Indhold

1.	Indledning	5
2.	Hvorfor er forløbskoordination så vigtigt?	7
3.	Hvordan udvikler man forløbskoordination?	10
4.	Afrunding	19
	Litteratur	20

1. Indledning

Der har i mange år været bred enighed om at Sundhedsvæsenet har problemer med at levere en sammenhængende indsats på kronikerområdet og der er i samme periode igangsat mange 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 der 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 både for pa-

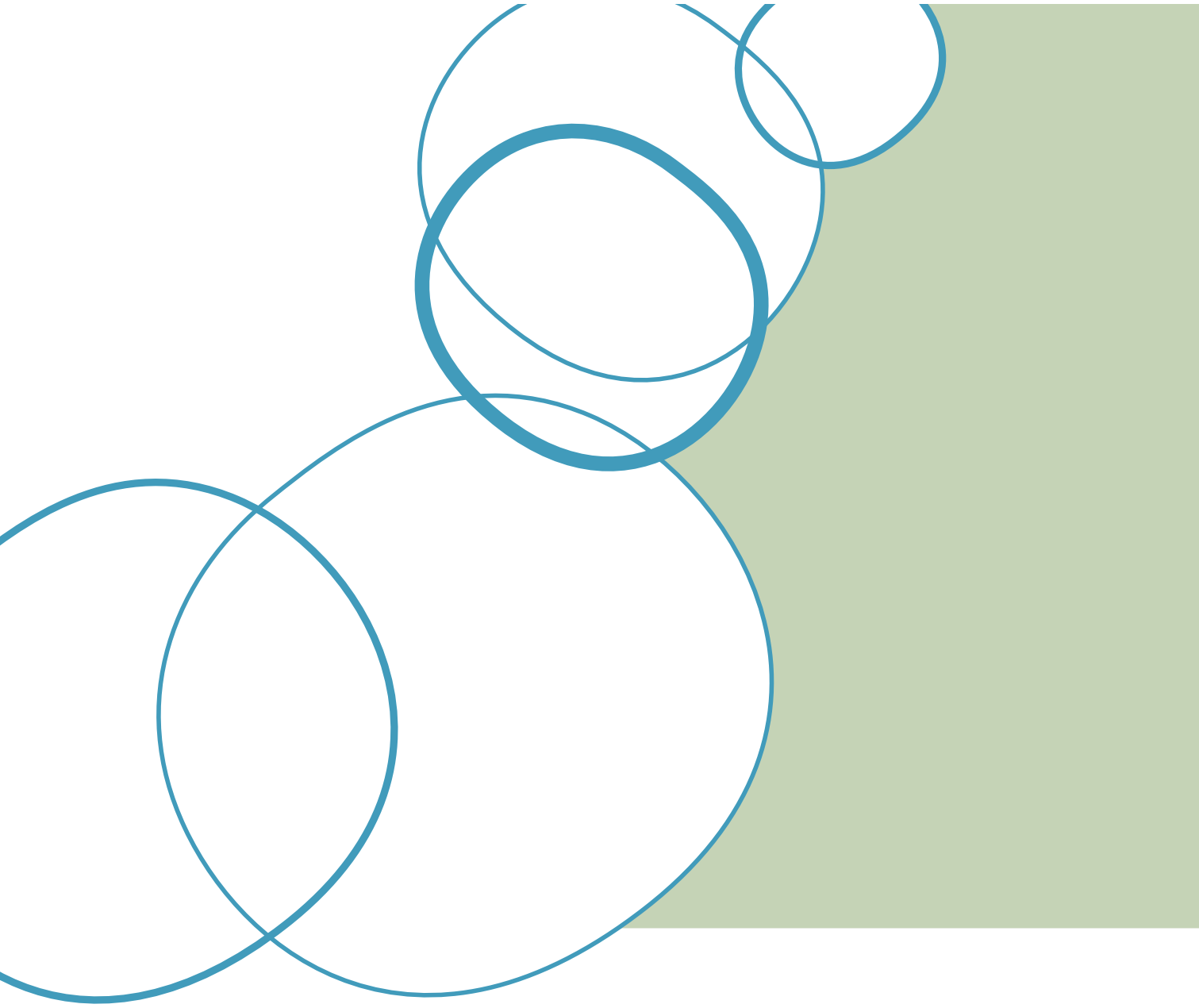
tient og sundhedsvæsen skal fremme sammenhængende forløb på kronikerområdet.

Forhåbningen om at 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.

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

Pjecen 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.

Pjecen 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 vigtigt?

Ønsket om at skabe en sammenhængende kronikerindsats har været på den sundhedspolitiske dagsorden i mange år. Men udviklingen indenfor de seneste år har ført til en intensiveret jagt på løsninger, der kan forbedre sammenhængen på kronikerområdet, fordi:

- **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 overfor den enkelte patient – frem for proaktiv indsats og forebyggelse.
- **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 en 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 systematiseret samarbejde, men samtidig indebærer en risiko for svækkelse af den personlige viden

som meget lokalt samarbejde og koordination er baseret på.

- **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.

Igennem de seneste år har Sundhedsstyrelsen gennemført et omfattende analysearbejde af kronikerindsatsen og de udfordringer den skaber for sundhedsvæsenet (1-5).

En helt central publikation, som mange kommuner og regioner anvender i samarbejdet om kronikerindsatsen er, Sundhedsstyrelsens Kronikerrapport fra 2005 (2)¹. I rapporten skitseres en samlet kronikermodel med en lang række anbefalinger til, hvordan den samlede indsats overfor kronisk sygdom kan reorganiseres, for at ska-

1) Se fx (9-12)

be 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 element i denne model er, at der 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 case manager-funktion som er forankret i sekundærsektoren. Case managerens rolle er uddybet i andre publikationer om kronisk sygdom og Sundhedsstyrelsens aktuelle arbejde med at udarbejde et generisk forløbsprogram for kronisk sygdom, samt et specifikt program for diabetesområdet (1).

Et eksempel findes i Sundhedsstyrelsens rapport om Kronisk Obstruktiv Lungesygdom fra 2006, hvor funktionen som case-manager 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 case managerens ansvar er:

"At have et godt overblik over og godt samarbejde med lokale rehabiliterings-tilbud, netværk mm. i begge sektorer og case manageren planlægger i samarbejde med patienten og teamet omkring patienten, at patienten tilbydes/fortsætter rehabilitering der matcher individuelle behov. Samtidig sikrer case manageren, 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 casemanagerfunktioner 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 (13). Desuden er der indført lovpligtige sundhedsaftaler hvori 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 (14).

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 koordinatorordninger 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 koordinatore 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 denne – som er omdrejningspunktet for resten af denne pjece.

2) Eksempelvis: Sundhedsaftalerne imellem kommuner 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 der 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 der 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 forløbs-

koordination? (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 koordinationsproblemer?

Metoderne til at få svar på spørgsmål som ovenstående kan være interview med re-

præsentanter fra relevante enheder, samt patient interview. Gruppeinterview eller temadage, der samler medarbejdere eller ledere fra forskellige funktioner kan også være meget frugtbare både i forhold til at få afdækket problemer 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 videnskabsmæssigt 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 ikke nogen let 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;15). 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 afstemmes. Det kan for eksempel ske ved at resultaterne fremlægges og diskuteres på temadage for ledelsespersoner og nøglemedarbejdere, der tilsammen har de kompetencer, der skal til for at aftale en samlet strategi og plan for samarbejdet om forløbskoordination.

Hvis det besluttet at oprette en specifik koordinatorfunktion, er det nødvendigt at der udføres en forventningsafstemning imellem de enheder der 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 nok 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 imellem 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 ikke har kompetencer, ressourcer

eller redskaber til at løse. Nedenstående eksempler fra faktiske udviklingsforløb illustrerer denne problemstilling:

Tværsektorielle KOL koordinators:

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. Det vil sige 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 medlem 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. Derfor er medarbejderne 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 arbejds metode 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 der er typiske for det enkelte niveau:

- 1. Forløbskoordination på patientniveau:**
Koordination på dette niveau varetages på medarbejderniveau med udgangs-

punkt indgåede aftaler og opbyggede samarbejdsrelationer. Der kan være mange forskellige typer koordinators som opererer på dette niveau, men deres opgaver vil ligge imellem to yderpunkter: På den ene side kan koordination skabes ved at støtte patientens ressourcer til selv at koordinere sine kontakter med sundhedsvæsenet eller ved at repræsentere patienten i forhold til behandlingssystemet. På den anden side kan der være tale om en rent

administrativ koordination der fx visiter patienten og administrerer sammenlægningen 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 indenfor rammerne af enheder der på forhånd er koblet sammen, så de definerer et aftalt forløb. Koordinatorens rolle kan fx være sammen med patienten at planlægge og følge et ambulant forløb eller koordinatoren kan fungere som en indgang til de forskellige kronikertilbud, der er i et kommunalt sundhedscenter. Formålet med koordineringen er her at optimere en afgrænset del af det samlede patientforløb.

3. Forløbskoordination og forløbsledelse på organisationsniveau:

Forløbskoordination på dette niveau er en hybrid der både kan knytte sig til ledelse og koordination af patientforløb, 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. Tværsektoriel forløbsledelse: På dette niveau er der ikke længere tale om koordination, men forløbsledelse der

kræver kompetence til at indgå tværsektorielle aftaler på vegne af de enheder og medarbejdere, der i driften samarbejder om patienterne. Det vil sige at der er tale om en ledelsesopgave der 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 og 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:

3) Udarbejdet med inspiration fra: (15-18)

- › **Coach:** Styrker patienters egenomsorg via uddannelse, sociale kontakter til andre patienter og inddragelse af pårørende.
- › **Blæksprutte:** Måletter 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 patienterne 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 videndeling 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. (19).

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

3.4 Hvordan skal der koordineres?

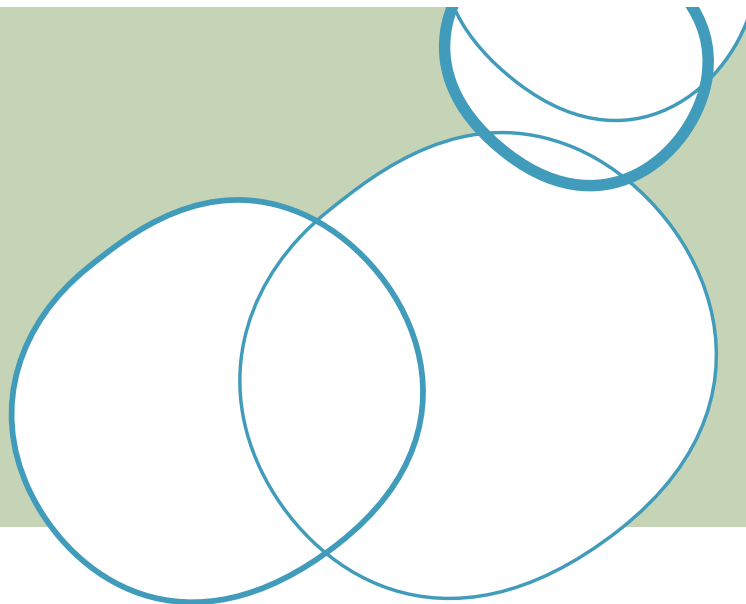
Når de opgavemæssige rammer og den rolle man ønsker at koordinatorene skal spille er på plads, er næste skridt at arbejde med indholdet af koordinatorenes daglige opgaver. En gennemgang af udenlandske erfaringer med forløbskoordination (15-22) viser, at de opgaver forløbskoordinatorer arbejder med, varierer meget, men at der er tre spørgsmål som er centrale for alle forløbskoordinators 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 beslutes *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 ressourcerelevende 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 el. lign.). Omvendt kan det være svært at få en præcis målgruppe på baggrund af objektive kriterier⁴.

Det kan således være relevant at overveje, om koordinatorene i en opstartsfase skal være aktivt opsøgende 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.

⁴) Eksempler på overvejelser vedr. de kriterier der skal lægges til grund for henvisning kan findes i (1;23)

Men der er også en række helt konkrete opgaver som 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 samarbejdsparter orienteret om det forløb der skal realiseres?
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 (15). 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, overgang eller problemstilling. Der er dog to udfordringer, som den ansvarlige ledelse bør være særligt opmærksom på:

- Langvarig uklarhed om en koordinatorfunktions kompetencer og opgaver indebærer en risiko for, at de interesseforskelle, der vil være indeholdt i en opgave, der indebærer koordination på tværs af indsatser og sektorer, forstærkes omkring den tværgående funktion (24). Herved kan koordinatorfunktionen risikere at ende i et modsætningsfyldt krydspres imellem 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 koordinatorfunktions 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 f.eks. 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 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(21). Derfor er det vigtigt at der tænkes støtte og midler til efteruddannelse ind i ansættelsen, hvis der ansættes medarbejdere udelukkende med en sundhedsfaglig baggrund.

3. Hvornår afsluttes et koordinationsforløb?

I de fleste forløbskoordinators forløb er der indeholdt en afsluttende evaluering

sammen med patienten hvor det f.eks. 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. (19;21)

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 ressourcensvage 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.

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

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 der især har betydning, er, 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 type af forløbs-

koordination som er valgt (jf. afsnit 3.2) og de(n) rolle(r) forløbskoordinatorerne er tiltænkt (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 eksplicitte valg mht. hvilke type forløbskoordination der ønskes, samt hvilke(n) rolle forløbskoordinatorerne skal spille.

Evalueringsproces 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 arbejdsmetoder 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 problem-analyse (jf. afsnit 3.1) kan man f.eks. gentage dele af denne overfor koordinatorfunktionens vigtigste samarbejdspartnere.

3. 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 er der intet der tyder på, at der automatisk kommer mere sammenhæng i patientforløbet som følge af at der oprettes forløbskoordinerende funktioner, hvis resten af sundhedsvæsenet fortsætter uændret.

Derfor er det 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. Men de generelle koordinationsproblemer, som løbende vil blive afdækket, vil ligge udenfor 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 pjeces anvisninger og forslag forhåbentlig kan give inspiration til.

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-Brandø Kommune, Odder Kommune. Kommissorium til implementeringsgruppen for KOL området i Horsensklyngen. 2007.
13. Sundhedsloven LOV nr. 546 af 24/06/2005., Indenrigs- og Sundhedsministeriet, (2005).
14. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler. Bekendtgørelse nr. 414 af 5/5/2006. 2006.
15. 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.; 1998.

16. Huber DL. The diversity of case management models. *Lippincotts.Case. Manag.* 7 (6):212-220, 2002.
17. Lamb GS. Conceptual and methodological issues in nurse case management research. *ANS Adv.Nurs Sci.* 15 (2):16-24, 1992.
18. Hale C. Research issues in case management. *Nurs Stand.* 9 (44):29-32, 1995.
19. Flarey.D.L, Blancett SS. Handbook of Nursing Case Management – Health Care Delivery in a World of Managed Care. Aspen Publishers, Inc.; 1996.
20. Smith L, Newton R. Systematic review of case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41 (1):2-9, 2007.; 2007.
21. 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.
22. Zander K. Nursing case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nurs Adm Q.* 26 (5):58-67, 2002.; 2002.
23. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for diabetes -udkast til høring 26 januar 2007. Sundhedsstyrelsen; 2007.
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.

