

# Forløbskoordinering i regioner og kommuner

---

Indsamling af erfaringer  
Sundhedsstyrelsen

28. september, 2011

Implement Consulting Group P/S  
Slotsmarken 16  
2970 Hørsholm

Tel +45 4586 7900  
Email [info@implement.dk](mailto:info@implement.dk)  
[www.implement.dk](http://www.implement.dk)

CVR 32767788  
Bank 4845-3450018236  
SWIFT DABADKKK  
Iban DK3030003450018238

# Indhold

---

|                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Baggrund.....</b>                                       | <b>3</b>  |
| <b>2. Design og metode.....</b>                               | <b>3</b>  |
| 2.1 Proces.....                                               | 3         |
| 2.2 Planlægning og desk research .....                        | 4         |
| 2.3 Kortlægning .....                                         | 4         |
| 2.4 Kvalificering og afrapportering .....                     | 6         |
| 2.5 Struktur for afrapportering af indsamlede erfaringer..... | 6         |
| <b>3. Indsamlede erfaringer.....</b>                          | <b>7</b>  |
| 3.1 Grundlæggende principper for forløbskoordinering.....     | 7         |
| 3.2 Formaliserede koordinatorfunktioner og opgaver.....       | 10        |
| 3.3 Status for implementering af forløbsprogrammer .....      | 11        |
| 3.4 Stratificering .....                                      | 12        |
| 3.5 Ledelsesmæssig forankring.....                            | 14        |
| <b>4. Gennemgående udfordringer.....</b>                      | <b>16</b> |
| <b>5. Perspektiver .....</b>                                  | <b>18</b> |
| 5.1 Skandinavisk inspiration .....                            | 18        |

## 1. Baggrund

Sundhedsstyrelsen skal som led i en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdomme videreudvikle den generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Den kommende version af den generiske model skal omfatte en uddybende beskrivelse af, hvordan patienter og borgeres forløb indenfor et forløbsprogram kan koordineres i kommuner og regioner, herunder praksissektoren.

Der arbejdes landet over målrettet med at udvikle forløbskoordinering i forhold til forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Det sker blandt andet i relation til implementeringen af forløbsprogrammet for diabetes og udarbejdelsen og implementeringen af nye forløbsprogrammer for fx KOL, hjertekarsygdom, demens og muskel-skeletsygdomme. Sundhedsstyrelsens indtryk er, at der indtil videre arbejdes med flere modeller for forløbskoordinering, der søges tilpasset forskellige lokale forhold.

Sundhedsstyrelsen har ønsket at beskrive de foreløbige erfaringer med de samlede koordineringsopgaver internt i regioner og kommuner samt tværsektorielt mellem regioner, kommuner og praksissektor.

I erfaringsopsamlingen har der været fokus på forløbskoordinering i forhold til voksne borgere med somatisk sygdom, ofte med komplekse sygdomsforløb eller særligt sårbare borgere, der eventuelt kan have samtidig psykiatrisk sygdom.

Derudover har beskrivelse af tiltag til løbende opfølgning og justering af forløbskoordineringsfunktioner og –rutiner været prioriteret.

Det har ikke været ambitionen med indsamlingen af erfaringer at etablere en fuldt dækkende kortlægning af arbejdet med forløbskoordinering i Danmark. Ambitionen har derimod været at give et billede af variationer og generelle udfordringer, med henblik på at skærpe og konkretisere grundlaget for Sundhedsstyrelsens videre arbejde med den generiske model for forløbsprogrammer, med indsatserne over for patienter med kroniske lidelser og generelt med det arbejde, der følger af styrelsens rolle som vejledende myndighed på området, fx i relation til at etablere en mere fælles og gennemgående terminologianvendelse.

## 2. Design og metode

### 2.1 Proces

Implement Consulting Group har på vegne af Sundhedsstyrelsen gennemført erfaringsindsamlingen i et komprimeret forløb fra august til september 2011.

Følgende regioner og kommuner har været inviteret til at deltage i indsamlingen.

|                                                                  | Region<br>Nordjylland                            | Region<br>Midtjylland              | Region<br>Syddanmark                    | Region Sjælland                              | Region<br>Hovedstaden                                  |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Kommuner<br>inviteret til<br>deltagelse i<br>workshop-<br>forløb | Frederikshavn<br>Rebild<br>Mariagerfjord         | Herning<br>Holstebro<br>Silkeborg  | Sønderborg<br>Nyborg<br>Kerteminde      | Stevns<br>Ringsted<br>Kerteminde             | Frederiksberg<br>Halsnæs<br>Hillerød                   |
| Kommuner<br>inviteret til<br>deltagelse i<br>mini-survey         | Aalborg<br>Thisted<br>Vesthimmerland<br>Hjørring | Århus<br>Viborg<br>Struer<br>Odder | Vejle<br>Odense<br>Langeland<br>Esbjerg | Guldborgsund<br>Næstved<br>Køge<br>Odsherred | Lyngby-Taarbæk<br>Høje Taastrup<br>København<br>Herlev |

De involverede regioner og kommuner er udvalgt i dialog mellem Sundhedsstyrelsen og Implement. Samtlige regioner har været inviteret og har deltaget i indsamlingen, mens følgende kriterier har været lagt til grund for udvælgelsen af kommunerne:

- Repræsentation fra både de største og de mindste kommuner
- Repræsentation fra kommuner med henholdsvis lang og kort vej til højt specialiseret sygehustilbud
- Repræsentation fra kommuner med tyndt befolkede landområder og fra tæt befolkede bykommuner
- Repræsentation fra kommuner i alle regioner

Herunder har det fra Sundhedsstyrelsens side været ønsket, at der som minimum skulle være repræsentation fra almen praksis på mindst én workshop.

Det overordnede design af erfaringsindsamlingen fremgår af nedenstående figur.



## 2.2 Planlægning og desk research

Som afsæt for kortlægningen er der gennemført en generel desk research med inddragelse af publikationer fra Sundhedsstyrelsen, regioner og kommuner, herunder retningslinjer, sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og forskningsrelaterede publikationer fra forskellige sektorforskningsinstitutter og universiteter.

Implement har desuden inddraget andre opgaveløsninger som fundament for og bidrag til planlægning og facilitering af erfaringsindsamlingen. Det gælder fx arbejde udført i relation til evaluering af sundhedsaftalerne, udvikling af nye kommunale sundhedsløsninger, evaluering af Geriatriloftet i Drammen og 1½ linje tjenesten i Bergen – ligesom også en aktuel opgave omkring integrerede forløb for sindslidende samt en række opgaver i relation til effektivisering af patientforløb i både somatik og psykiatri, hvor koordineringsopgaven både internt på sygehuse og på tværs af sektorer er i fokus, har været inddraget.

Indledningsvis er der desuden afholdt en planlægningsworkshop med deltagelse af Sundhedsstyrelsen og Implement med henblik på konkret planlægning. Her blev midtvejsrapportering blandt andet konkret aftalt med henblik på at sikre, at Sundhedsstyrelsens behov i videst mulige omfang kan tilgodeses.

## 2.3 Kortlægning

Selve kortlægningen eller indsamlingen af erfaringer bestod af to dele, som er nærmere beskrevet nedenfor.

## Mini-survey – erfaringsindsamling

For at styrke indsamlingens empiriske grundlag og dermed kommunal repræsentativitet er gennemført en mini-survey, hvor 20 kommuner blev inviteret til at svare.

Survey'et tog sigte på at indsamle korte, faktuelle beskrivelser af elementerne i kommunes indsats for sammenhæng i forløbene og en egenvurdering af styrker og svagheder.

I enkelte tilfælde blev den skriftlige besvarelse fulgt op af en telefonisk kontakt med henblik på nærmere afklaring.

Resultaterne fra survey'en er til dels anvendt direkte i denne afrapportering, men er primært anvendt som grundlag for planlægning og tilrettelæggelse af den efterfølgende workshoprunde I.

14 ud af de 20 kommuner svarede på survey'en. I figuren til højre ses, hvilke kommuner som har henholdsvis svaret og ikke svaret på mini-survey'en. Svarprocenten vurderes at være tilfredsstillende taget den korte tidsfrist i betragtning.

| Svaret         | Har ikke svaret |
|----------------|-----------------|
| København      | Guldborgsund    |
| Viborg         | Langeland       |
| Køge           | Odense          |
| Vejle          | Høje Taastrup   |
| Hjørring       | Herlev          |
| Århus          | Lyngby-Taarbæk  |
| Odder          |                 |
| Odsherred      |                 |
| Næstved        |                 |
| Struer         |                 |
| Aalborg        |                 |
| Thisted        |                 |
| Esbjerg        |                 |
| Vesthimmerland |                 |

## Workshop-runde I

Der er gennemført fem workshops – én i hver region med deltagelse af i alt 13 kommuner. Repræsentanterne har dækket både praktisk og administrativt niveau. I en enkelt workshop deltog repræsentant fra almen praksis.

Trods den stramme tidsplan har langt de fleste inviterede kommuner og alle regioner udvist stort engagement og stillet med repræsentanter til de to workshoprunder. Tilbage meldingerne fra flere deltager tyder samtidig på, at forløbet har været givtigt både for deltagerne og som dataindsamlingsmetode i denne kontekst.

Workshoppen blev tilrettelagt således, at deltagerne blandt andet arbejdede i to mindre grupper med hvert sin patientcase/forløb. I hver case har deltagerne kortlagt dels koordineringsbehov og dels faktiske oplevede koordineringsindsatser på sygehusene, i kommunerne og i almen praksis.

Kortlægningen er blevet suppleret med oplysninger om de konkrete forbedringsprojekter som de deltagende regioner og kommuner har i gang, i det omfang de har haft direkte relevans til kortlægningen af udfordringer i nu-situationen.

De to patientcases fungerede således som en central metode til kortlægning af forskellige tilgange til koordinering, og som metode til at synliggøre styrker og svagheder i det praktiske arbejde med koordinering af patienter og borgers forløb.

De to patientcases fremgår af figuren nedenfor:

Den ældre medicinske patient  
"Koordinering uden forløbsprogram"

Ældre patient indlægges akut  
– og hurtig udredning viser, at der er tale om apopleksi.  
Patienten er kendt af både kommune og praksislæge  
fra enkelte tidligere TCI-hændelser,  
som har kunnet håndteres  
af praksislægen.  
Kommunen yder hjemmehjælp.

Den kronisk syge patient med KOL  
"Koordinering med forløbsprogram"

Kronisk syg KOL patient går regelmæssigt til ambulant  
kontrol og rehabilitering i sygehusregi.  
Kommunen støtter med hjemmehjælp og  
forebyggelsesprogram.  
Patienten har tidligere været igennem et psykiatrisk  
forløb (angstpræget depression) – og bruger sin  
praksislæge til samtaler og monitorering af medicin.  
Patienten indlægges akut med åndenød og svær hoste.

Implements opsamling fra de fem workshops er tidligere afreporteret til Sundhedsstyrelsen i overordnet form. Herunder er der peget på oplevede udfordringer, som relaterer sig til begrebsanvendelsen på området.

Det samlede resultatet fra desk research, mini-survey og workshoprunde I er anvendt som grundlag for workshoprunde II, som er nærmere beskrevet i næste afsnit.

## 2.4 Kvalificering og afreportering

Alle deltagere fra workshoprunde I blev inviteret til at bidrage til kvalificering og validering af de indsamlede erfaringer for at sikre, at afreporteringen rent faktisk afspejler respondenternes forståelse og vurdering af styrker og svagheder, samt mere overordnede betragtninger i relation til forløbskoordinering, forløbsprogrammer og sammenhæng i forløb på tværs af og indenfor den enkelte sektor.

### Workshop-runde II

Der blev således gennemført to workshops i runde II. Én i øst med deltagelse af repræsentanter fra Region Sjælland og Region Hovedstaden samt tilhørende kommuner og en i vest med deltagelse af repræsentanter fra Region Midtjylland og Region Syddanmark samt tilhørende kommuner fra begge regioner samt kommuner fra Region Nordjylland.

Fokus på workshoprunde II var således at få deltagernes kommentarer til de hovedpointer, som Implement har indsamlet og formuleret på baggrund af aktiviteterne i kortlægningsfasen.

Implement afreporterer afslutningsvis de indsamlede erfaringer og vurderinger i nærværende notat til Sundhedsstyrelsen i september 2011.

## 2.5 Struktur for afreportering af indsamlede erfaringer

I det følgende præsenteres de erfaringer, som Implement har indsamlet i forbindelse med gennemførelse af workshop og mini-survey efter nedenstående struktur.

- Indledningsvis formidles erfaringer vedrørende anvendte principper for forløbskoordinering, og herunder de konturer af egentlige modeller, som er indsamlet.
- Derefter præsenteres variationen i organisering og konkret udmøntning af koordineringsopgaverne i kommuner og regioner efterfulgt af beskrivelse af bredden i anvendelsen af begreber som forløbskoordinator og tovholder.
- Dernæst ses på erfaringer med udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammer,
- inden de forskellige erfaringer med anvendelse af stratificering i praksis præsenteres. Erfaringsafsnittet afrundes med en gennemgang af den ledelsesmæssige forankring af forløbskoordineringen.

Erfaringskapitlet efterfølges af en diskussion af gennemgående udfordringer og til slut gennemgås skandinaviske perspektiver for det fremadrettede arbejde med forløbskoordinering.

## 3. Indsamlede erfaringer

### 3.1 Grundlæggende principper for forløbskoordinering

I forhold den lokale udmøntning af forløbskoordinering, afdækker indsamlingen af erfaringer, at der lokalt tages udgangspunkt i forskellige principper for organisering og tilrettelæggelse af forløbskoordineringsopgaven.

Nogle steder har det grundlæggende princip for koordineringsopgaven været, at der skal være en **entydig indgang** for borgere og samarbejdspartnere. Andre steder har man lagt vægt på, at det skal være en **nemt at finde** den givne forløbskoordinatorfunktion for borgere og samarbejdspartnere. Andre steder igen har haft fokus på **specialisering**, hvorved der er etableret en række koordineringsfunktioner med udgangspunkt i den enkelte sygdom, fx demenskoordinator, rehabiliteringskoordinator, KOL koordinator osv. De tre forskellige principper afspejler samtidig, hvordan de konkrete koordinatorroller er udmøntet forskelligt i praksis.

De kommuner, som har valgt at fokusere på en entydig indgang, påpeger, at det er særlig vigtigt for patienter med flere sygdomme og for særligt sårbare grupper. Ulempen ved at organisere sig med en entydig indgang er, at det kan være svært at efterleve i praksis netop på grund af områdets kompleksitet og øgede specialiseringsgrad. Nogle kommuner vælger i den forbindelse, at en entydig indgang er vigtig, og at det derefter skal være let at finde en forløbskoordinator, når en sådan findes. De finder det væsentligt, at en forløbskoordinatorfunktion er synlig og tilgængelig, da koordinationsbehov kan vise sig på mange forskellige tidspunkter – ikke kun i overgange mellem sektorer.

Flere kommuner peger på, at **kompleksiteten i det samlede system** gør, at det ikke er enkelt at gennemskue vejene gennem systemet, og jo bedre borgerne selv kan, jo mindre behov er der for en særlig koordinationsindsats. Flere har således peget på behovet for at "oplære" borgerne i at finde vej i sundhedssystemet. Der er dog kommuner, som påpeger, at det ikke er borgernes opgave at lære vejene i sundhedssystemet at kende, men at det er sundhedssystemets ansvar at være tilgængelig overfor borgerne på en overskuelig måde.

Helt grundlæggende er det indtrykket, at der fortsat – og helt bevidst – arbejdes med **"stafetmodellen", som det bærende princip for forløbskoordinering**. Den, der har stafetten, skal give oplysninger videre, samle op og undgå at noget tabes på vej til næste trin i forløbet. Dette kobles med, at der i praksis arbejdes intensivt på at parallelisere indsatserne, så der ikke ventes på hinanden. Målet er at undgå nødvendig ventetid pga. manglende "aflevering" til næste led i borgerens forløb.

Flere af deltagerne i erfaringsindsamlingen har peget på, at der i praksis gøres brug af en form for "GPS-model" eller "koordineringsmodel", som supplerer den traditionelle "stafetmodel", så det er let for både borgere og ansatte i sundhedsvæsenet at navigere og finde næste led i forløbet.

**Forløbsprogrammer, sundhedsaftaler og samarbejdsaftaler** bidrager her til at skabe overblikket og beskrive de overordnede forløb.

Både kommuner og regioner peger på, at der også internt i systemer ofte er fokus på "stafetten" i form af overleveringer mellem funktioner, nøglepersoner, koordinatore, forvaltninger, sengeafsnit mv.

Deltagerne peger i det hele taget på, at det grundlæggende princip for koordineringsindsatsen er, at almindelig sund fornuft og en menneskelig faktor er nødvendig i sundhedssystemet. Uanset love og regler skal frontpersonalet lytte til borgeren og være åbne overfor kommunikation, ud over den vej "stafetten" er beregnet til at skulle gå.



Et konkret eksempel på, hvor langt arbejdet med at skabe en egentlig model for forløbskoordinering er, ses i boksen nedenfor.

**Et konkret kommunalt eksempel på en forløbskoordineringsmodel: "Visiterende koordination"**

*Grundlag/Idé*

- Koordineringsopgaven koncentreret på færrest mulige personer, som borgeren skal forholde sig til.
- Koordinator skal kunne "gå ind og ud af sagen" afhængigt af, hvor borgeren er i sit forløb
- Koordinator skal guide borger videre til rette sted/tilbud/indsats – og understøtte borgeren i selv at kunne

*Konkrete funktioner og roller*

- Borgerkonsulenter med koordinerende funktioner og visitationsret til forskellige ydelser (sygepleje, pleje, træning m.m.). Borgerkonsulenten har bl.a. en vigtig rolle i forbindelse med overgangen fra hospital til eget hjem (og samarbejde med praktiserende læge) - Borgerkonsulent har således konkrete og praktiske opgaver i relation til samarbejdet f.eks. i forbindelse med udskrivelse af en borger eks. at få indhentet de relevante oplysninger til brug for afgørelse/visitation af ydelser til borger efter udskrivelse
- Derudover koordinører for specifikke forløb
- Hjemmesygeplejersker udfylder en koordinerende rolle i komplekse forløb – fx i terminale forløb
- Kommunen har desuden nøglepersoner (sygeplejersker med særlig viden) i forhold til palliation, sårpleje, inkontinens og demens.

*Udfordring*

- Der afprøves forskellige modeller – det kan være svært at finde en model, der kan dække alle forløb. Nogle forløb kræver et meget tæt samarbejde mellem forvaltningsafdelinger, mens andre forløb primært kan koordineres indenfor egen afdeling.

Kilde: Aarhus Kommune

Et andet eksempel på en anden type model, ses i boksen nedenfor.

**Et konkret kommunalt eksempel på en forløbskoordineringsmodel: "Samarbejdende koordination"**

*Grundlag/Idé*

- Forløbskoordinatoren skal sikre en høj grad af sammenhæng mellem sundheds initiativerne såvel internt i kommunen som med eksterne samarbejdspartnere fx sygehuse og almen praksis. En indsats der skal medvirke til at sikre høj faglig kvalitet til gavn for den enkelte borger.
- Det er vigtigt at koordinationen af forløb er så tæt på borgerens hverdag som muligt

*Konkrete funktioner og roller*

- Forløbskoordinator er en funktion, der bl.a. indeholder:
  - Afholdelse af tværfaglige møder i forhold til planlægning af gruppeforløbet
  - Opstilling af mål i samarbejde med borgeren for rehabiliteringsforløbet
  - Planlægning af rehabiliteringsforløb i tæt samarbejde med borgeren
  - Guider/coacher borgeren til et sammenhængende forløb, såvel internt i kommunen som i forhold til eksterne aktører
  - Varetagelse af opfølgning efter endt intensivt rehabiliteringsforløb
  - Tæt samarbejde med kommunens egen visitation på sundhedsområdet
  - Afholdelse af tværfaglige teammøder (sygeplejerske/fysioterapeut/diætist)
  - Kontakt til arbejdsmarkedsområdet/jobkonsulent, borgerens sagsbehandler, hjælpemiddelområdet
  - Klinisk kompetenceudvikling til kommunens frontpersonale på ældreområdet (fx den kommunale sygepleje)
  - Årlige møder med sygehuspersonale og almen praksis

*Udfordring*

- At der ved at arbejde ud fra et meget individuelt perspektiv må afsættes flere resurser, end ved udelukkende at have formaliserede standardforløb

Kilde: Hjørring Kommune



Eksemplerne illustrerer, at der endnu er et stykke vej, før der er tilstrækkeligt med erfaringer til, at der kan tegnes definitoriske modeller for forløbskoordination.

Efter Implements opfattelse er der dog en række elementer, som synes at være naturligt sammenhængende. Der er næppe tale om en egentlig modelstruktur, men erfaringsindsamlingen giver et billede af en række arketyperiske træk, som er illustreret i nedenstående model. I praksis vil man sandsynligvis kunne finde "hybrider", men erfaringsindsamlingen giver ikke tilstrækkeligt grundlag for at være præcise herom.

|                                                 | Samarbejdende<br>koordination                                                       | Visiterende<br>koordination                                                                                       |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Formelt ansvar<br>og kompetence                 | Nej                                                                                 | Ja                                                                                                                |
| Grundlag for<br>udførelsen af<br>rolle/funktion | Uformelle netværk og<br>personlige relationer                                       | Formelle aftaler, fx sundheds-<br>og samarbejdsaftaler<br>visitationsretningslinjer og<br>kliniske retningslinjer |
| Sektor-<br>tværgående                           | Ja, men alene<br>samarbejdende med øvrige<br>sektorer                               | Typisk ikke, primært fokus<br>internt og derudover alene på<br>overlevering til andre sektorer                    |
| Titel (fx)                                      | Forløbskoordinator,<br>kontaktperson,<br>patientrådgiver                            | Borgerkonsulent, visitator,<br>forløbskoordinator,<br>visiterende sygeplejerske                                   |
| Forløbs-<br>programmernes<br>rolle              | Begrænset betydning – mere<br>fokus på individuelle behov<br>især i kommunal sektor | Retningsgivende for indsatser<br>og forventninger/viden om<br>konkrete indsatser i øvrige<br>sektorer             |
| Relation til<br>almen praksis                   | Væsentlig samarbejdspart                                                            | (Elektronisk) udveksling af<br>informationer ifm. sektor<br>overgange                                             |

For så vidt angår den **samarbejdende koordination** ses det i praksis udført af en (eller flere) enkeltpersoner sekventielt) eller af et team, som gennem et stærkt netværk og personlige relationer søger at understøtte borgerens/patientens overgange mellem funktioner og sektorer ved at sikre, at ansvaret overdrages optimalt. Typisk for denne type forløbskoordination er, at regler og retningslinjer spiller en beskeden rolle i praksis, mens den individuelle vurdering af borgerens/patientens konkrete behov spiller den største rolle.

Den **visiterende koordination** udføres primært inden for den enkelte sektor. Det betyder, at koordineringen sker gennem visitation til konkrete ydelser og tilbud som oftest jf. visitationsretningslinjer, forløbsprogrammer og andre retningslinjer. Det typiske er, at visitation sker inden for et specifikt område fx en sygehusafdeling/et speciale eller et forvaltningsområde i en kommune. Eksemplet fra Århus Kommune, som er beskrevet i tekstboksen ovenfor, viser, at der også findes "visiterende koordinering" på tværs af forvaltningsområder, men det er indtrykket, at det er undtagelsen mere end reglen. Den visiterende koordinering udføres derfor som oftest af en række parallelle funktioner inden for den enkelte sektor, hvor fokus er at sikre, at retningslinjer mv. overholdes, og aftaler mellem parterne (både inden for og på tværs af sektorer) følges. Sundhedsaftalerne og samarbejdsaftalerne spiller derfor også en betydningsfuld rolle i den tværsektorielle koordinering.

Der ses pt. ingen eksempler på forløbskoordinerende funktioner eller roller, som deles af flere sektorer. De forsøg eller projekter, som har været med et sådan udgangspunkt, er ikke blevet videreført.

### 3.2 Formaliserede koordinatorfunktioner og opgaver

Kortlægningen afdækker en stor variation i både organiseringen af koordinationsopgaverne og i terminologien omkring funktioner og roller. Opsummerende kan det konkluderes, at forløbskoordineringen kan organiseres på mange måder og samtidig opnå formålet med forløbsprogrammerne. Det vigtigste er, at der er klarhed og tydelighed, samt at processer og ansvar er beskrevet.

Nogle steder er etableret stillinger, der har som **eneste opgave at koordinere**. Her er der mulighed for at få overblik og fordybe sig i koordineringsfunktionen. Ulempen kan være, at man mister "følingen" med praksis. Flere af deltagerne peger på, at koordinering ikke kan være den eneste opgave, hvis der samtidig er borgerkontakt. Med borgerkontakt vil der helt naturligt følge en del vejledning med.

Andre steder er defineret en koordineringsopgave, som er **tillagt allerede eksisterende stillinger/funktioner**, som parallelt hermed har andre hovedarbejdsopgaver. Således kan der være præciseret koordinationsopgaver indenfor visitering, hjemmesygepleje, demensteam, udskrivningskoordinator, rehabiliteringsteam, sygedagpengeområdet m.v. Fordelen ved denne form for organisering er, at koordinatoren kan opretholde en god "føling" med praksis i mange sammenhænge. En ulempe er, at koordineringsopgaven kommer til at konkurrere med mange andre og forskelligartede opgaver, og at overblikket og fokus på koordineringen derfor kan mistes.

Nogle af deltagerne har haft det synspunkt, at **koordinering ligger implicit i alle stillinger i sundhedsvæsenet**, og at koordinering er del af kerneopgaven for enhver. Samtidig bliver det understreget, at det er godt at gøre koordineringsopgaven eksplicit, fordi det særligt i overgangene er med til at skabe fokus.

I forhold til **terminologi** bruges der forskellige betegnelser, fx forløbskoordinator, teamkoordinator og borgerkonsulent. Der er samtidig ikke nogen entydighed i forhold til hvilken terminologi, de enkelte sektorer benytter. Deltagerne peger på, at det er nødvendigt at skabe klarhed over, hvad den enkelte organisation tillægger begrebet "koordinator", således at ansvar og processer er beskrevet. Over tid er terminologien i forløbsprogrammerne desuden flere steder ændret fra forløbskoordinator til forløbskoordinering.

#### Forløbskoordinator

Forløbskoordinatorfunktionen varetages i praksis af mange enkeltpersoner og ofte af et team indenfor den enkelte sektor. I relation til specifikke sygdomme er der mange steder etableret koordinatorfunktioner for fx demens, KOL og erhvervet hjertesygdom. I praksis er udmøntningen heraf lige så forskellig som varetagelsen af de generelle forløbskoordinerende opgaver. Typisk er dog, at forløbskoordinatoropgaverne uanset sygdomsforløb i kommunalt regi samles hos en eller få personer fx én forløbskoordinator.

Jf. forrige afsnit er det helt gennemgående, at der i forbindelse med denne indsamling alene er identificeret eksempler på praktisk koordinering internt i den enkelte sektor.

Den faktiske ansvar, der er koblet til funktionen, svinger i praksis fra, at funktionen kan tildele borger/patient de ydelser, som vurderes nødvendige på tværs af myndighedsområder – til, at funktionen indebærer viden om, hvor i de respektive organisationer, det er relevant at henvende sig på et givent tidspunkt i patientforløbet.

I forhold til definition af ansvar og opgaver er der blandt deltagerne forskellige syn på sammenhængen mellem koordination og myndighed. I nogle er de eksisterende koordinatorfunktioner der lagt vægt på, at koordineringsopgaven skal være adskilt fra myndighedsopgaven for at holde fokus på forløb. I andre koordinatorfunktioner er der lagt vægt på det modsatte argument, nemlig at det er væsentligt, at koordineringsansvar og myndighedsansvar er lagt sammen, så borgeren kan få visiteret ydelser samtidig med, at forløbet koordineres.

## Tovholder

I forhold til hvad tovholder begrebet indeholder, beskriver deltagerne, at tovholderen er borgerens egen læge, og at denne har overblikket på "den lange bane", hvilket vil sige overblik over sygehistorie og eventuelle undersøgelses-, behandlings- og rehabiliteringsmuligheder. Koordinatoren derimod har en mere specifik funktion med at koordinere de forskellige indsatser.

Der synes at være grundlag for at blive mere skarp på tovholder-rollen. Der er generel enighed om, at almen praksis - og oftest mere specifikt den praktiserende læge - er den oplagte tovholder (i sundhedsvæsenet) for langt de fleste borgere. I forbindelse med de fleste indlæggelsesforløb har almen praksis kun meget begrænset mulighed for at bidrage, hvorimod almen praksis typisk vil have løbende kontakt til patienter, som går i langvarige ambulante forløb.

Der efterspørges dog generelt bedre indsigt i almen praksis' data om borgere/patient – og en fælles/åben journal. Det Fælles Medicinkort mv. efterspørges i relation til at sikre bedre sammenhæng og øget patientsikkerhed samt ikke mindst patientoplevelsen af ét sundhedsvæsen – og ikke to til tre forskellige.

Det er herunder indtrykket, at det er vigtigt at sikre adskillelse af koordinatorbegrebet fra tovholder-begrebet. Fx kan det muligvis være en fordel at ændre definitionen af en tovholder i Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer, således at koordinationsrollen ikke fremgår. I praksis skaber det mere forvirring end klarhed, og det vil desuden være mere i overensstemmelse med virkeligheden og det praktisk mulige, hvis almen praksis som tovholder ikke forventes reelt at koordinere (indsatserne i) konkrete forløb.

Omvendt er der næppe tvivl om, at almen praksis som tovholder spiller en meget væsentlig rolle i relation til sammenhæng på tværs af forløb over tid, men det er for Implement at se væsentligt at holde disse to ting adskilt i kommunikationen omkring forløbskoordinering – særligt i relation til kronisk sygdom. Ellers er der risiko for, at der opstår urimelige og urealistiske forventninger til tovholderens (og dermed almen praksis') ansvar for sammenhæng i forløbet, fra såvel samarbejdspartnere i kommuner og på sygehuse som hos patienter og pårørende.

## 3.3 Status for implementering af forløbsprogrammer

I forhold til implementering af forløbsprogrammer, oplever kommuner og regioner, at de er kommet langt med implementeringen, når det gælder KOL og type II diabetes. Derudover peger deltagerne på, at arbejdet med implementering af forløbsprogrammer i øvrigt mange steder er i de indledende faser.

Flere af deltagerne pegede på, at man bør være varsom med at lave for mange forskellige specifikke forløbsprogrammer, da der så skabes **en ny koordineringsudfordring i relation til programmerne** og deres anvendelse. Denne betragtning leder hen til spørgsmålet, om det er muligt at kondensere, hvornår der er tale om helt generiske koordineringsbehov, som gælder alle sygdomsforløb, og hvornår der er tale om helt sygdomsspecifikke koordineringsbehov, som kun gælder for den specifikke sygdom. På baggrund af kortlægningen af koordineringsbehov og faktiske koordineringsindsatser tyder meget på, at det er de samme koordineringsbehov, som i vid udstrækning præger borgerens forløb uanset sygdomsbillede og borgers behov for ydelser.

Det kan måske derfor være hensigtsmæssigt, at der efter udarbejdelse af de første sygdomsspecifikke forløbsprogrammer laves en opfølgning på (eller evaluering af), om der i praksis er tale om de samme og helt generiske koordineringsbehov og de samme koordineringsopgaver, og at det fremadrettede arbejde derfor mere skal fokusere på at implementere koordineringsindsatserne end på at implementere mange forskellige forløbsprogrammer.

Samtidig peger deltagerne på, at der er behov for sygdomsspecifikke forløbsprogrammer. Det behov forløbsprogrammerne skal dække er at få præciseret ansvarsdelingen mellem sektorerne og hvilke indsatser et forløb skal indeholde. Forløbsprogrammerne har således en effekt i forhold til at få

defineret en fælles faglig standard for hvad et forløb indeholder indsatser på tværs af sektorer. Det kan tyde på, at forløbsprogrammerne i lige så høj grad fungerer som en form for fælles sundhedsfaglig eller klinisk retningslinje på tværs af sektorer, som har fokus på koordinering.

Workshopforløbet tyder også på, at der er forskel på, om deltagerne kommer fra kommunalt regi eller regionalt regi, når der tages stilling til, hvad der er afgørende for, om der skal udarbejdes (flere) forløbsprogrammer.

De kommunale deltagere har den oplevelse, at den sociale profil og heraf afledte evne til egenomsorg har mere betydning for behovet for forløbskoordinering, end om der er tale om bestemte sygdomsgrupper. Det afspejler naturligt den kommunale ramme for sundhedsopgaven, som udspringer af borgernes egenomsorgsevne og ikke af diagnoser og sygdomme som sådan.

De regionale deltagere har den oplevelse, at koordineringsbehovet er sygdomsspecifikt, herunder særligt i forhold til almen praksis og sygehusene, hvor der er behov for at definere klare snitflader i forhold til det sygdomsspecifikke.

Opsummerende kan det siges, at de **sygdomsspecifikke forløbsprogrammer er særligt relevante i sygehusregi**, mens der i kommunalt regi er mere behov for at fokusere på de tværgående indsatser, som afledes af borgerens evne til at tage vare på sig selv generelt set.

Selv for en stor sygdomsgruppe som type II diabetes, kan en mellemstor kommune være nede på at have relativt få borgere, som er målgruppe for forløbsprogrammet. Hvis der fremadrettet udarbejdes et større antal sygdomsspecifikke forløbsprogrammer, vil det øge behovet for samarbejde mellem kommuner for at kunne sikre paletten af ydelser og tilbud til alle specifikke patienter/borgere. En anden - eller supplerende - vej kunne være at arbejde med **større grupper af patienter med fælles karakteristika** i behovet for tværsektoriel koordinering frem for specifikke sygdomme.

I den sammenhæng nævnes specifikt ydelser som patientuddannelse, hvor der i et kommunalt perspektiv vil være en høj grad af overlap i tilbuddene på tværs af sygdomsgrupper – specielt de kroniske sygdomme.

### 3.4 Stratificering

Det er ikke fuldkomment entydigt, hvad der regionalt og lokalt lægges i begrebet stratificering. Begrebet anvendes således både isoleret om håndtering af behov hos borgeren/patienten ud fra en vurdering af funktionsevne/egenomsorgsniveau og isoleret i relation til sygdommens karakter eller stadie. Et eksempel på det sidste ses i forbindelse med KOL, hvor inddelingen efter "svær, middelsvær og let" anvendes.

Deltagere i erfaringsindsamlingen peger på, at der i forbindelse med arbejdet med stratificeringsbegrebet er behov for at holde fokus på, hvad det er, der stratificeres i forhold til. Der ses stratificering i forhold til behandling, sygdom, risiko, behandlingsansvar, funktionsevne og/eller egenomsorgsevne.

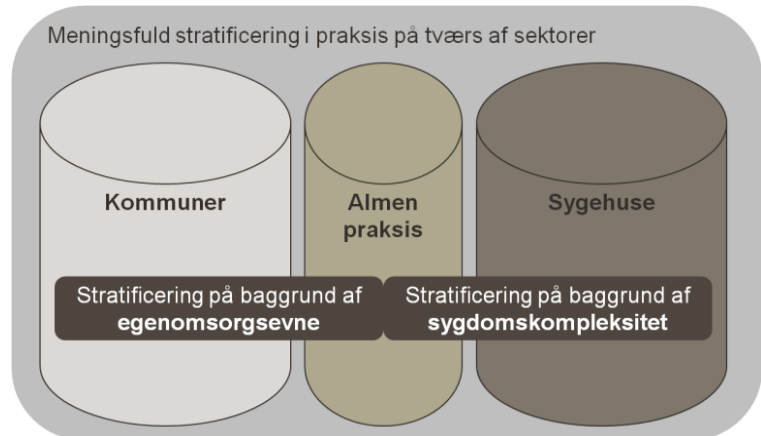
Deltagerne efterlyser desuden mere viden om, hvordan og hvorvidt stratificering har en positiv effekt. Fx peges der på, at det er en udfordring, at der **ikke er udbredt viden, om stratificering "virker"** på diabetesområdet. Der efterlyses mere erfaring og evaluering, og det er indtrykket, at det er begrænset, hvor mange borgere, som faktisk undergår en fælles, sektor-tværgående stratificering, som fører til bestemte tilbud og ydelser i dag.

Derudover peger flere deltagere på, at stratificering ikke alle steder anvendes til vurdering af behov for en særlig indsats i relation til forløbskoordination, men har andre primære formål. På sygehusene har den praktiske anvendelse af stratificering mere fokus på opdeling af patienterne i forhold til, hvilken sektor som bør have behandlingsansvaret for patienten alt efter sygdommens kompleksitet eller sværhedsgrad.

Tilbagemeldingerne peger på, at det i kommunalt regi er mest meningsfuldt at arbejde med stratificering med udgangspunkt i egenomsorgsevne – specifikt i relation til visitering af kommunale ydelser, herunder også indsatser inden for forløbskoordinering.

Der er generelt enighed om, at **forløbskoordinering er og bør være en visiteret ydelse til de svageste borger-/patientgrupper**. Der er også enighed om, at det rent faktisk er velbeskrevet, at stratificering både bør stå på en vurdering af sygdomskompleksitet/sygdommes sværhedsgrad og på egenomsorgsevne/funktionsevne.

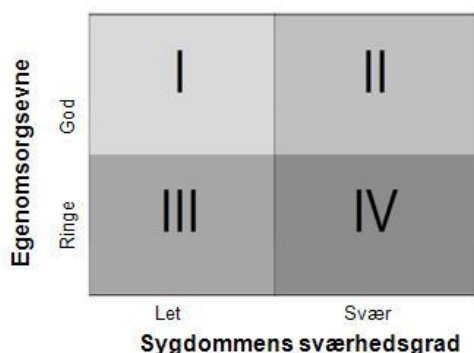
Figuren til højre illustrerer, hvordan stratificering meningsfuldt anvendes på tværs af sektorer: Som figuren viser, er det i almen praksis, at stratificering på baggrund både af egenomsorgsevne og sygdomskompleksitet, er mest meningsfuld og retningsgivende for den konkrete indsats, som almen praksis kan (og skal) bidrage med i relation til den enkelte patients/borgers behov.



Der er således helt grundlæggende enighed om, at stratificering af borger/patient i forhold til en særlig indsats inden for forløbskoordinering bør tage hensyn både til sygdomskompleksitet og egenomsorgsevne, men det er samtidig tydeligt, at der **i et anvendelsesorienteret perspektiv er forskellige behov på tværs af sektorerne**.

Flere steder arbejdes med udvikling af stratificeringsmodeller – og andre steder med implementering. I Region Syddanmark arbejdes fx med en model, som er illustreret nedenfor, og som netop tager udgangspunkt i de to perspektiver – eller dimensioner, som det kaldes i det konkrete tilfælde:

Stratificering i to dimensioner  
(egenomsorg og sygdommens sværhedsgrad)  
i Region Syddanmarks forløbsprogrammer



## Stratificering, fortsat

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Let sygdom</li> <li>- God egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ egen læge + patient</p>                             | <p>II. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Svær sygdom</li> <li>- God egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ egen læge + patient + koordination i sygehus</p>                                                    |
| <p>III. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Let sygdom</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ egen læge + patient + kommunal koordination</p> | <p>IV. Særligt sårbare patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Svær sygdom</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ egen læge + patient + koordination i kommune og sygehus, afhængig af forløbet</p> |

**Let sygdom** kan f.eks. være mild eller moderat KOL, stabil hjertesygdom m.v. lav risiko for kronificering af rygpatienter

**Svær sygdom** kan f.eks. være svær KOL, akut behandlingskrævende hjertesygdom og/eller comorbiditet, høj risiko for kronificering af rygpatienter.

Et andet eksempel på en stratificeringsmodel ses i Region Hovedstadens forløbsprogram for demens, hvor der lægges stor vægt på sygdomskompleksiteten eller sygdommens udviklingsstadiet, mens den sociale status og egenomsorgsniveauet spiller en mindre rolle, men dog er omfattet af modellen. Her



er det væsentligt at bemærke, at det er selve den sundhedsfaglige indsats, som stratificeringen tilkendegiver, og ikke (kun) behovet for en særlig indsats i relation til forløbskoordinering.<sup>1</sup>

I forhold til den praktiske anvendelse af stratificering af borgere og patienter er det tankevækkende, at flere deltagere i workshopforløbene, som selv udfylder rollen som forløbskoordinatorer i kommunalt regi, bemærker, at det **ikke er en formel stratificering, som lægges til grund** for vurderingen af den enkelte borgers behov for en (kommunal)forløbskoordinerende indsats.

Det bemærkes hertil, at det i langt højere grad er en individuel vurdering af borgerens behov, og at initieringen af en forløbskoordinerende indsats ofte sker på baggrund af den enkelte borgers ønske herom.

### 3.5 Ledelsesmæssig forankring

De ledelsesmæssige rammer om forløbskoordinationsopgaverne skal ifølge deltagerne i indsamlingen primært findes i sundhedsaftalerne og de underliggende specifikke samarbejdsaftaler, hvor ansvars- og opgavefordeling er aftalt mellem sektorerne. Det gælder ikke mindst varslingsregler og –frister, aftaler om kommunikation og indhold i kommunikation.

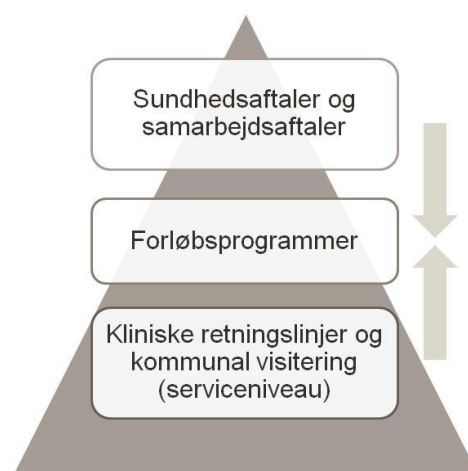
Oplevelsen er, at **sundhedsaftaler og underliggende samarbejdsaftaler** har bidraget betydeligt til at sikre entydighed og klare aftaler om, hvem der har ansvaret i hvilke situationer, når det gælder sektorovergange.

**Forløbsprogrammerne** spiller – ofte – også en styrende rolle, idet der her er en specificering af de indsatser, som er relateret til de forskellige sygdomsforløb og en konkretisering af reglerne for udveksling af informationer i forbindelse med sektorovergange. Erfaringsindsamlingen viser entydigt, at den lokale bearbejdelse og udarbejdelse af forløbsprogrammer sker indenfor rammerne af sundhedsaftalerne og med udgangspunkt i de aftaler, som er indgået i forbindelse hermed.

Efter som en lang række patientforløb ikke er omfattet af forløbsprogrammer – fx den ældre medicinske patient – er forløbsprogrammerne samtidig ikke en forudsætning for, at der udføres en forløbskoordinerende indsats i praksis.

**De kliniske retningslinjer**, som i vid udstrækning anvendes som grundlag for standardisering af indsatserne i sygehusvæsenet, spiller både med og uden forløbsprogrammer en væsentlig styrende rolle. Samtidig er det også udtryk for en væsentlig udfordring i samarbejdet mellem sektorer, at der i kommunalt regi ikke er samme tradition for arbejdet med et fagligt, som oftest evidensbaseret grundlag for indsatserne. Dette skyldes, at der er i begrænset omfang er dokumentation for de indsatser, som ydes i kommunalt regi, men i endnu højere grad fordi de kommunale ydelser leveres på baggrund af en delvist budgetmæssig/økonomisk vurdering relateret til et kommunalt serviceniveau, der er politisk vedtaget.

Figuren til højre illustrerer **hierarkiet i aftalekomplekset** mellem sektorerne, og pilene yderst til højre viser, at der internt i de enkelte sektorer nødvendigvis vil være et pres for at på den ene side fastholde de aftaler, som er indgået på sundhedsaftaleniveau og på den anden side lægge kliniske retningslinjer (i sygehusvæsenet) og visitationsretningslinjer og serviceniveau (i kommunerne) til grund for den faktiske udmøntning af patientforløbene - uanset nationale eller regionale forløbsprogrammer, hvis



<sup>1</sup> <http://www.regionh.dk/NR/ronlyres/A14C8CD6-ADFC-44E0-BEEB-F695B34D5E37/0/Stratificeringstabeldemens.pdf>

der ikke skulle være fuldstændigt overensstemmelse eller rum for fortolkning.

Af samme årsag opstår der - og vil der med stor sandsynlighed også fremover opstå - udfordringer for de sammenhængende forløb uanset fælles forløbsprogrammer, da **rationalerne bag beslutningerne i de to sektorer er forskellige**. Som nævnt ovenfor under afsnit 3.3. kan forløbsprogrammerne måske netop i denne sammenhæng komme til at fungere som den fælles faglige standard på tværs af sektorer, fordi det er i forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne, at regioner og kommuner definerer indholdet i programmerne og dermed de ydelser og serviceniveauer, borgerne skal tilbydes.

Så længe, der er to (tre med almen praksis) sektorer, opleves det desuden ikke realistisk at have én koordinatorfunktion, som på det formelle niveau binder systemerne sammen. Derimod synes den organisatoriske virkelighed i sundhedsvæsenet at diktere, at der holdes et **vedvarende fokus på aflevering, overlevering og modtagelse af ansvaret for borger/patient**.

På den baggrund er det måske ikke overraskende, at de fleste eksempler på forløbskoordinering i praksis ved fx forløbskoordinatorer og lignende funktioner har **primært fokus på koordinering internt i egen sektor** som advokat for de svagest stillede patienter og borgere - og på at sikre, at overleveringerne til samarbejdspartnere i de øvrige sektorer sker, uden at patienten/borgeren "tabes" på vejen.



## 4. Gennemgående udfordringer

En række af de udfordringer, som er kortlagt i forbindelse med erfaringsopsamlingen, kan siges at være mere generelle, idet de bunder i rammer og vilkår i sundhedsvæsenet. Det vil sige, at de ikke udelukkende retter sig mod implementering af forløbsprogrammer og forløbskoordinationsfunktionen, men er af mere generel og gennemgående karakter:

1. En udfordring, som går igen blandt de deltagende regioner og kommuner er, at det tager tid at implementere nye løsninger og skabe udbredt viden om fx forløbsprogrammerne og deres anvendelsesmuligheder. Der er gået meget tid med at udvikle programmerne, og **omsætning til praksis er vanskelig**. Det viser, at specifikke forløbsprogrammer kun er meningsfulde for store patientgrupper, hvor den store arbejdsindsats vil have effekt for store grupper af borgere.
2. En anden generel udfordring er fortsat **mangel på it-understøttelse** af den tværsektorielle kommunikation, som fremhæves de fleste steder som en væsentlig udfordring i dagligdagen i relation til forløbskoordinering. Igen er der tale om en udfordring, som præger hele det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet, og ikke kun arbejdet med forløbskoordinering for særligt udsatte borgere og borgere med komplicerede sygdomsforløb.
3. En tredje generel udfordring, der peges på, er, at der er en risiko for, at indsatserne ikke i praksis koordineres på tværs af de tre sektorer, fordi der ikke er en reel mulighed for at foretage "fælles visitation" af ydelser. Det gælder fx i forhold til levering af **for mange ydelser, som er overlappende**: udgående geriatrisk team, opfølgende hjemmebesøg og status v. hjemmesygeplejerske.

Erfaringsopsamlingen peger også på en række udfordringer, som udspringer specifikt af arbejdet med forløbsprogrammer og forløbskoordinering i rammerne heraf. Der ligger således en udfordring i at afbalancere behovet for **specialisering i forhold til omkostningseffektivitet**. Forløbsprogrammerne og de deraf følgende koordinationsfunktioner kan været målrettet en meget lille befolkningsgruppe i den enkelte kommune - fx få diabetikere.

Deltagerne i erfaringsopsamlingen peger generelt på, at spørgsmålet om omkostningseffektivitet er meget vigtigt, og at arbejdet med udarbejdelse af programmer skal stå mål med resultatet. Flere peger på, at omkostningerne kan reduceres, hvis Sundhedsstyrelsen i større omfang vil udarbejde nationale forløbsprogrammer, hvorefter den lokale opgave vil bestå i at implementere programmerne.

Der er derudover ikke en entydig opfattelse af, om forløbsprogrammer er udtryk for en minimumsmodel, og det ses som en udfordring i relation til at opfylde borgernes konkrete behov.

Den sygdomsspecifikke tilgang, som forløbsprogrammerne repræsenterer, har til en vis grad en **iboende udfordring i forhold til comorbiditet** og dermed den store del af borgerne/patienterne, som lider af flere forskellige sygdomme, hvilket er særligt kendetegnet for kronikere. Der peges i relation hertil på, at der er **behov for mere generelle løsninger og programmer**, som ikke er relateret til specifikke sygdomme, herunder fx vedrørende patientuddannelse. En fortsat udarbejdelse af specifikke forløbsprogrammer indebærer således en risiko for atomisering af indsatserne frem for en forbedring af sammenhængende forløb for patienter, der ikke passer i "kasserne".

Forløbsprogrammerne kommer ifølge en del af deltagerne i et vist omfang til fokusere for meget på det sektor-tværgående og **for lidt på det internt-tværgående**. En forklaring, som nævnes er, at det er svært at lave generelle beskrivelser for kommuner med forskellig organisering og budget/serviceniveau. Særligt de kommunale repræsentanter oplever ligeledes, at forløbsprogrammerne ikke afhjælper manglende koordinering internt mellem afdelinger på sygehusene.

I det kommunale system er det en konkret udfordring, at der på tværs af forvaltningsområder **tales vidt forskelligt sprog og anvendes forskellig lovgivning**.. Forløbsprogrammerne kan måske fremadrettet søge at tage højde for dette, når der er tale om forløb, som typisk vil omfatte en bredere kommunal indsats.

## 5. Perspektiver

I dette afsnit kigges ud over landet grænser med henblik på at finde inspiration til arbejdet med forløbskoordinering og sammenhængende forløb.

### 5.1 Skandinavisk inspiration

#### Norge

I Norge har man i henseende til forløbskoordinering taget to former for "hovedveje". En del af tankegodset bag disse to "hovedveje" ligger helt tilbage fra den norske helsereform fra 2002, idet der senere er arbejdet meget videre i begge sammenhænge, der udgøres af:

- Individuel Plan
- Patientflow og patientlogistik

Langt hen ad vejen konstateres i Norge de samme problemer som i Danmark med koordinering af indsatser på tværs af sektorer og funktioner m.v. og dermed behovet for at sikre optimal koordination mellem de mange aktiviteter i f.eks. kroniske forløb eller forløb med svær sygdom og efterfølgende behov for rehabilitering m.v.

#### *Individuel Plan*

"Individuel plan" (i Norge kendt som blot IP) fremstår imidlertid som en konceptuel ramme, der i højere grad end de danske, specifikke og diagnose-/sygdomsrelaterede forløbskoordineringsprogrammer, vedrører en bestemt type af borgere/patienter – hvor der er tale om længerevarende, sammensatte forløb med involvering af såvel sundhedsmæssige som sociale og såvel fysiologiske som kognitive problemstillinger.

Trukket skarpt op vedrører Individuel Plan dermed et segment af den samlede borger-/patientpopulation, hvor der er tale om kendetegn (for borgeren/patienten), der i udgangspunktet ikke er baseret på diagnose eller type af sygdom, men snarere på et relativt svagere segment, der har ekstraordinært behov for forløbskoordination, fordi konkrete sundhedsproblemer kommer på toppen af andre problemer – eksemplificerende: En mand, der er arbejdsløs, og som indlægges med akut blodprop, som i forvejen er kendt af kommunalt system og sygehussystem via tidligere indlæggelse og pleje-/omsorgsbehov, og hvor konen er kronisk syg med KOL).

Igen, trukket skarpt op, kan man sige, at IP, der er en *rettighed* – det er altså en ret for et bestemt segment af borger-/patientpopulationen at få en individuel plan – prioriterer forløbskoordination for bestemte, ud fra praktik efterhånden ret fast afgrænsede typer af borgere/patienter, på bekostning af andre typer af patienter (den 35 år gamle specialkonsulent, der spiller fodbold og brækker en ankel, og som lever et almindeligt familieliv med 2 børn).

Værdigrundlaget for Individuel Plan er således også orienteret mod differentierede indsatser og social lighed i adgang til og anvendelse af sundhedstjenester – forstået således, at man i særlig grad bistår borgere/patienter med klare behov, fordi dette segment ellers ikke vil få adgang til eller få udnyttet den kapacitet for udredning, behandling, rehabilitering m.v., der i udgangspunktet stilles til rådighed som en lige ret for alle.

I Norge anvendes i driftsmiljøerne ofte vendingen, "omfattende og sammensatte støttebehov", om det perspektiv og den praktik, der har at gøre med Individuel Plan.

Retten til Individuel Plan er heller ikke betinget af et forløb, der er sektoroverskridende, idet også bistand og omsorg indenfor alene det kommunale og primærsektorielle system og/eller alene indenfor sygehussystemet kan give anledning til, at der udarbejdes en individuel plan.

Den individuelle plan skal omfatte en oversigt over de mål, ressourcer og behov for tjenester, der er nødvendige og aktuelle – og den enkelte patient/borger har ret til og tilskyndes til selv at gå ind i arbejdet med at fastlægge og konkretisere planens dele.

I den senest udarbejdede "populær vejledning" om Individuel Plan anføres det, at

*"Planen skal være et verktøy for samarbeid mellom deg og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal styrke samhandlingen for at du skal få dekket dine behov for bistand. Det kan for eksempel være tiltak innenfor helsetjenester, sosialtjenester, tjenester fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV) eller innen utdanning."*

Konceptet omkring Individuel Plan er således bredt orienteret mod behov – og ikke blot sundhedsbehovet i snæver forstand. Svarende lidt til en tendens, man også finder i flere danske kommuner, hvor der synes at være øget fokus på, hvordan f.eks. rehabiliteringsindsatser kan være gunstige for beskæftigelsesniveauer eller sikre bedre funktionsniveauer (og dermed reducerede udgifter til hjemmepleje og hjemmehjælp m.v.).

Man bruger i Norge også betegnelsen "koordinator" (i sammenhæng med IP), nemlig som den medarbejder i kommune eller på sygehus, der er tillagt hovedansvaret for opfølgning af den individuelle plan og for alle de former for kommunikation og information, vedligeholdelse af planen forudsætter.

Initiativet til at få udarbejdet en individuel plan kan godt tages af borgeren/patienten selv eller af de pårørende. Men hovedansvaret ligger hos leveranceapparatet i kommuner og regioner – og den indgang, en patient/borger anvender har pligt til at være opmærksom på, om der kan være grund til at udarbejde en individuel plan – det vil sige om retten til individuel plan bør aktiveres. Ofte vil dette initiativ blive taget eller overvejet i et samspil mellem "fast lege" (alment praktiserende læge), der i Norge er forankret i det kommunal system, og relevant part i leveranceapparatet, f.eks. en akut modtagelse, en socialpsykiatrisk enhed, en speciallæge etc.

Det er symptomatisk, at tankegangen bag individuel plan: at der ikke skal være tale om noget diagnose- eller sygdomsspecifikt, men om en hjælp til de grupper, der er ramt af sammensatte og/eller omfattende indsatsforløb – også i flere tilfælde spiller over på det organisatoriske plan.

Eksempelvis har en del kommuner og tværkommunale samarbejdskonstruktioner i de senere år ofte i tæt og gensidigt forpligtende samspil med det regionale niveau etableret såkaldte "storbruger enheder", der varetager støtte og omsorgsbehov for et segment af borgere/patienter med netop sammensatte problemer, der ofte kræver kontinuerlig kontakt i hvert fald over en længere periode med leveranceapparaterne i regionalt og kommunalt regi.

Patientflow og patientlogistik

Ligesom i Danmark er der i Norge arbejdet meget med Lean og Lean-baserede metoder samt med varianter af denne metodik (patient orientert redesign m.v.) – og hvor hensyn til de tværgående processer og samarbejdet på tværs af sektorer og funktioner har været fokusfelt.

Måske lidt i modsætning til Danmark er der i Norge i meget udpræget grad – bl.a. via evalueringer, samlet systematisk op på erfaringer med henblik på at sikre dokumentation for sammenhænge mellem indsatser og effekter og med henblik på at sikre mere generel indførelse af fremgangsmåder, som ud fra pilotprojekter eller forsøg har vist sig effektfulde.

I sammenhæng med forløbskoordination har der været gennemført konkrete tiltag ud fra arbejdet med flow og logistik.

Eksempelvis således:

- at man indenfor psykiatrien og distriktpsykiatrien er gået over til en ordning, hvor det første ambulante besøg i distriktpsykiatrien efter en psykiatrisk indlæggelse i sygehusregi afholdes sammen med relevant kommunal leder-/medarbejder og styres af den behandlingsansvarlige læge (fra regionalt regi), der har overdraget patienten/borgeren til distriktpsykiatrien

- at man generelt har indført et "vandfaldsprincip", hvor de mest specialiserede enheder altid har pligt til at sende patienter/borgere "nedad" i systemet – og hvor de specialiserede enheder derfor *skal* udskrive en patient/borger i det øjeblik, vedkommende er "klarmeldt" – og den næste instans i "kæden" (det mindre specialiserede, hovedfunktionsniveauet, kommunen etc.) altid har pligt til at modtage
- at man har etableret konstruktioner, hvor regionsniveau og kommunalt niveau sammen ejer kapacitet - fx akutmodtagelsen ved Buskerud Helseforetak, der er ejet af sygehuset og af kommunerne Asker og Bærum i fællesskab.
- at man har været fælles om at dele personaleressourcer på tværs af regionsniveau og kommunalt niveau, således at medarbejdere og mellemledere kan arbejde 50% i "begge lejre"
- at man har inddraget "fast legerne" i arbejdet med tilsyn på plejehjem, i akut udgående geriatriske teams, i lægevagt betjening osv.

Norge er samtidig et eksempel på, hvordan IT-understøttelsen spiller helt afgørende ind.

Det er ikke de samme koordinationsopgaver og nok heller ikke det samme omfang af koordinationsindsatser, der er nødvendigt, når man – som i Norge – har ét fælles patientadministrativt og patientjournal-system, og når man har telemedicinske og teknologiske løsninger, der giver meget velfungerende kommunikationsløsninger mellem sygehussystemet og kommunerne samt praksislægerne.

Norges geografi, der i nogle sammenhæng kan vurderes som en hæmsko, har i disse sammenhænge formentlig været et plus.

## Sverige

I Sverige er det lidt som i Norge en del af lovgivningen og spektret af "rettigheder", at der tages hånd om patientens behov for "samverkan", men her er regelsættet i højere grad (lidt svarende til udskrivnings- og plejeplaner i Danmark), rettet mod planlægningen af, hvordan patientens behov håndteres i overgangen fra udskrivning fra sygehussystem "till den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten" samt fra primær sektorielt system til sygehussystem.

De svenske bestemmelser tager udgangspunkt i regelsættene omkring kvalitetsudvikling i sundhedssystemet og det sociale system.

Landsting og kommuner er forpligtet til sammen at udarbejde formaliserede rutiner og arbejdsgange vedrørende overgange og forløb. Der er principielt intet til hinder for, at det enkelte län (den enkelte region) og dette läns kommuner har et regelsæt, der divergerer fra andre läns. Men regelsættet skal være enslydende og ens gældende for alle sygehusindsatser, sundhedsindsatser i øvrigt og sociale indsatser indenfor det enkelte län.

På mange måder er der tale om en art sundhedsaftale, der er rettet mod forløb og koordinering mere end mod det funktions- eller sygdoms-/diagnosemæssige. Ligesom det svenske system også har elementer, der kendes fra de danske genoptræningsplaner samt fra den norske Individuel Plan.

I forhold til det norske system er der dog ingen afgrænsning ud fra karakteren af den enkelte patients/borgers samlede situation, men snarere tale om et generelt set up, gældende for alle kategorier af forløb og alle patienter/borgere.

Regelsættet skal udfylde en bestemt ramme, fastlagt af det nationale niveau, og som er forholdsvis detaljeret – hvad der i sig selv modvirker alt for heterogene tendenser på tværs af län. Hvor der tages hånd om bl.a. ind- og udskrivningsfaserne, hvem der skal deltage i forløbsplanlægningen, hvordan den behandlings-ansvarlige læge skal involveres i og håndtere ansvaret for planlægning og styring af

forløb, samt hvordan selve forløbsplanlægningen skal justeres og holdes ved lige – og hvem der har ansvaret for dette.

Forløbsplanlægningen omfatter dokumentation og begrundelse for, hvilke videre indsatser der skal til, fra patienten/borgeren udskrives fra sygehussystemet, såvel i det primære sundhedssystem som i det sociale system. Og planlægning med udgangspunkt i sygehussystemet skal integreres med eventuelle eksisterende planer for den enkelte patient/borger.

I Sverige er der, udover det rent lovgivningsmæssige, forskellige forhold og tendenser, der i sig selv kan medvirke til at forstærke koordination af indsatser på tværs af funktioner og sektorer:

- For det første er der gennem de senere år taget initiativer, der indebærer fælles fysisk placering af sygehusindsatser og primær sektorielle samt sociale indsatser – eksempelvis indenfor psykiatrien og inden for det medicinske felt med kronisk sygdom m.v.
- For det andet giver Vårdcentral systemet i Sverige måske i sig selv et forholdsvis solidt fundament for forløbskoordinering, fordi mange funktioner uden for det specialiserede sygehussystem – herunder også svarende til almen praksis – er placeret fysisk og organisatorisk sammen (i Vårdcentraler), og fordi sygehussystem og Vårdcentraler ofte (men ikke undtagelsesfrit på tværs af län) anvender samme dokumentationssystem.