



# Midtvejsstatus

## Projekt Genvej til Overblik

29.08.2011

*Udarbejdet af:  
Annebeth Lindved, Studentermedhjælper*



**FAABORG-MIDTFYN**  
**KOMMUNE**

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>DEFINITION OG KVALIFIKATION AF CENTRALE BEGREBER</b> .....	<b>3</b>
2.1	SÆRLIGT SÅRBAR - MÅLGRUPPEN.....	3
2.2	SÆRLIG OPMÆRKSOMHED .....	4
2.3	TIDLIG OPSPORING .....	5
2.4	REHABILITERING .....	5
<b>3</b>	<b>TVÆRFAGLIG FORSTÅELSE OG EJERSKAB FOR BEGREBER OG REDSKABER</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>TVÆRFAGLIG UDVIKLING OG AFPRØVNING AF REDSKABER OG METODER</b> .....	<b>6</b>
4.1	UDVIKLING.....	6
4.1.1	<i>Guiden</i> .....	6
4.1.2	<i>Flyer</i> .....	6
4.1.3	<i>Borgerens plan</i> .....	7
4.1.4	<i>Henvisningsskema</i> .....	7
4.1.5	<i>Oversigtsbillede</i> .....	8
4.1.6	<i>Stratificering</i> .....	8
4.1.7	<i>SOC-skema</i> .....	9
4.2	AFPRØVNING .....	10
<b>5</b>	<b>TVÆRFAGLIG UDVIKLING OG AFPRØVNING AF MODEL FOR FORLØBSKOORDINATION</b> ....	<b>10</b>
5.1	SAMARBEJDSAFTALEN .....	10
5.1.1	<i>Organisationsstruktur</i> .....	11
5.1.2	<i>Tværfaglige møder</i> .....	12
<b>6</b>	<b>UDDANNELSE AF FORLØBSKOORDINATORER</b> .....	<b>13</b>
<b>7</b>	<b>MANUAL FOR DOKUMENTATION OG EVALUERING</b> .....	<b>14</b>
7.1	PROCESSER.....	15
<b>8</b>	<b>TIDS- OG HANDLEPLAN</b> .....	<b>15</b>
<b>9</b>	<b>KONKLUSION</b> .....	<b>15</b>
<b>10</b>	<b>BILAG</b> .....	<b>16</b>
10.1	BILAG 1: BEGREBSAFKLARING .....	16
10.2	BILAG 2: GUIDEN .....	21
10.3	BILAG 3: FLYER.....	25
10.4	BILAG 4: HENVISNINGSSKEMA .....	26
10.5	BILAG 5: §81 OG §82 .....	27
10.6	BILAG 6: OVERSIGTSBILLEDE .....	28
10.7	BILAG 7: STRATIFICERING .....	29
10.8	BILAG 8: SOC-SKEMA .....	32
10.9	BILAG 9: SAMARBEJDSAFTALE .....	34
10.10	BILAG 10: KVALITETSSTANDARD FOR FORLØBSKOORDINATION .....	37
10.11	BILAG 11: TIDS- OG HANDLEPLAN .....	41

# 1 Indledning

Ultimo december 2009 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bevilget 1.6 millioner fordelt over 3 år til projekt: *”Særligt sårbare kræver særlig opmærksomhed”* i Faaborg-Midtfyn Kommune.

Projektet bygger på læringen fra to afsluttede projekter samt Sundhedsaftalen for Region Syddanmark 2011-14<sup>1</sup> med en vægtning af den særligt sårbare borger. Fra 2008-2010 var Faaborg-Midtfyn Kommune involveret i to projekter, der havde fokus på ”den særligt sårbare” og ”forløbskoordination”.

- ”Gode Rammer for hjerterehabilitering – Et Partnerskabsprojekt”.
- ”Patientrettet forebyggelse”.

Den særligt sårbare defineres i projektansøgningen som værende en patient med en eller flere kroniske sygdomme og samtidig ringe egenomsorg begrundet i eksempelvis nedsat psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

Ansøgningen er bredt formuleret, så inden nedsættelse af en projektgruppe var der behov for præcisering og afgrænsning.

Derfor blev en ideudviklingsdag afholdt i marts 2010 med det formål at definere begreberne: ”særligt sårbare” og ”særlig opmærksomhed”. 30 personer deltog fordelt over forskellige fagsekretariater, almen praksis, sygehus og anden kommune samt frivillige organisationer og patientforeninger.

Fra ideudviklingsdagen blev formuleret følgende mulige retninger for projektet:

- 1) Udvikling og afprøvning af et specifikt stratificeringsværktøj mellem almen praksis og kommune
- 2) Udvikling af model for afprøvning af forløbsprogrammerne i det tværsektorielle felt.
- 3) Kompetenceudvikling af organisationen med tydelige aftaler for koordinationsrollen.
- 4) Udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller med frivillige og patientforeninger.

Maj 2010 valgte Styregruppen retning for projektet, en projektgruppe blev nedsat og den endelige projektbeskrivelse udarbejdet med valg af følgende overskrift:

***Kompetenceudvikling af organisationen med tydelige aftaler for koordinationsrollen.***

Projektets navn er undervejs ændret til *”Genvej til overblik”*, da denne overskrift vurderes mere mundret og mindre stigmatiserende.

---

<sup>1</sup> <http://www.regionsyddanmark.dk/wm318137>

Formålet med projektet er at udvikle organisationen til at kunne støtte den sårbare til øget egenomsorg og dermed evnen til og muligheden for at håndtere livet med kronisk sygdom samt udvikle rammer og aftaler for forløbskoordination

Målet med projektet er at udvikle og afprøve en model for forløbskoordination for borgere med kronisk sygdom på tværs i kommunen og med almen praksis.

Modellen tager afsæt i begreberne i sundhedsaftalen 2011-14 og omfatter:

- opsporing og rehabilitering
- kompetenceudvikling af organisationen
- uddannelse af personale med forløbskoordinerende opgaver blandt sygeplejersker, trænende terapeuter og sagsbehandlere i handicap- og psykiatriområdet.

Redskaber og samarbejdsaftale til projektet er udarbejdet. Fra den 1. maj 2011 til 1. marts 2012 afprøves en model for forløbskoordination. Modellen forventes at give et billede af forløbskoordination på forskellige niveauer. Ud fra læring og erfaring i modelafprøvningen udarbejdes en anbefaling for forløbskoordination fremadrettet i Faaborg-Midtfyn Kommune.

I projektbeskrivelsen er opstillet følgende delmål:

- a. At definere og kvalificere centrale begreber
- b. At udvikle tværfaglig forståelse og ejerskab for begreber og redskaber
- c. Tværfaglig udvikling og afprøvning af redskaber og metoder i et afgrænset geografisk område
- d. Tværfaglig udvikling og afprøvning af model for forløbskoordination
- e. At uddanne forløbskoordinatorer blandt sagsbehandlere i handicap og psykiatri, sygeplejersker og trænende terapeuter
- f. At udvikle manual for dokumentation af forløb jf. målgruppen i Care og intranet/infolet med henblik på dataindsamling og evaluering

I projektperioden arbejdes der målrettet på at opnå disse delmål.

Dette gøres gennem en række leverancer:

1. Afholde en ideudviklingsdag der definerer ”særligt sårbare” og ”særlig opmærksomhed”
2. Udvikle redskaber og aftaler for model for forløbskoordination
3. Afholde en tværfaglig følgegruppetag til kvalificering af redskaber og aftaler inden pilotprojekt
4. Afprøve samarbejdsaftale for forløbskoordination i et afgrænset geografisk område
5. Afholde kompetenceudvikling i samarbejde med UCL for forløbskoordinerende funktion
6. Udvikle redskab til dokumentation og evaluering
7. Afholde en opsamlingsdag på læring af pilotprojektet inden evaluering

I denne midtvejsstatus gennemgås status på de forskellige delmål, hvilke tiltag der er taget for at opnå målene, samt en evaluering af de brugte metoder og effekten af disse. Samtidig evalueres på de brugte leverancer under de enkelte delmål.

## 2 Definition og kvalifikation af centrale begreber

Projektet havde ved opstart titlen ”Særligt sårbare kræver særlig opmærksomhed”. Denne blev senere i samarbejde med kommunikationsbureauet Arkitekst ændret til ”Genvej til Overblik”, for at få en mere mundret titel, der ikke havde en stigmatiserende effekt på de borgere der har behov for forløbskoordination.

Ved opstart af projektet blev der udarbejdet en fælles definition af begreberne ”Særligt sårbar” og ”Særlig opmærksomhed”. Dette blev gjort ved leverance 1, Ideudviklingsdagen i marts 2010 med bred deltagelse fra almen praksis, sygehus, forskellige afdelinger i kommunen samt frivillige organisationer og patientforeninger.

### 2.1 Særligt sårbar - målgruppen

Ved diskussionen af definitionen på ”Særligt sårbar” blev det klart, at mange borgere i perioder kan være særligt sårbare, men at det oftest er borgere med svagt eller intet netværk, samt borgere med komplekse problemstillinger og forløb, der bliver sårbare og mister overblikket. Ofte vil det være borgere med kroniske sygdomme, psykisk syge, sindslidende, arbejdsløse, flygtninge, enlige, misbrugere med flere. Jo flere af disse problemstillinger borgeren har, jo mere kompleks er situationen.

Fra ideudviklingsdagen kom der ingen klar definition på begrebet særligt sårbar, men projektgruppen arbejdede videre med forslagene og definerede målgruppen som borgere med en eller flere kroniske sygdomme som er stratificeret til gruppe 3 eller 4 efter stratificeringsmodellen<sup>2</sup> (fodnote eller beskrivelse) med særlig vægt på egenomsorg.

Ved følgegruppedagen i februar 2011 blev denne målgruppe taget op til debat blandt deltagerne. På baggrund af diskussionerne blev målgruppen defineret således:

- Borgere over 18 år
- Borgere med en eller flere sygdomme med en varighed på mere end et halvt år
- Borgere, der har svært ved at overskue og håndtere konsekvenserne af sygdommen og få hverdagen til at fungere
- Borgere, der bor i den nordøstlige del af kommunen

Målgruppen omfatter ikke:

- Borgere, der lider af demens, som har en hjerneskade eller en ren psykiatrisk lidelse
- Borgere, der bor på institution / plejehjem

Målgruppen er afgrænset til kun at være voksne borgere. Der er igangsat et lignende projekt i Børne-Unge Rådgivningen, hvor sårbare børn er målgruppen. Derfor bruges der ikke ressourcer fra projektet til dette område.

I projektet skal der skabes en tilstrækkelig bred involvering af de forskellige fagområder til at skabe et realistisk læringsrum, men uden at målgruppen og personalegrupperne bliver for brede og dermed ikke konkrete nok til at kunne evaluere på.

---

<sup>2</sup> Stratificeringsmodellen efter Sundhedsaftalen 2011-2014. Forklares nærmere i afsnit 4.1.6.

Kronisk sygdom er i projektets begrebsafklaring<sup>3</sup> defineret som sygdom med varighed over et halvt år. Målgruppen i projektet omfatter derfor borgere med længerevarende sygdom bredt, i stedet for kun borgere med kroniske sygdomme. Dette er valgt da længerevarende sygdom kan give en ligeså kompliceret hverdag og have ligeså uoverskuelige konsekvenser for borgeren, som kronisk sygdom.

Borgere med demens, hjerneskade eller psykiatrisk lidelse ekskluderes fra projektet, da der allerede eksisterer kommunale koordinatore på områderne. Projektet skal ikke overtage fra andre men udelukkende dække hvor der ikke i forvejen er etableret indsatser. Ved den planlagte status i september 2011 vurderes det, hvorvidt det kan være fordelagtigt at medtage flere borgergrupper.

Borgere der bor på institution eller plejehjem ekskluderes, da de igennem institutionerne har støttepersoner til at koordinere indsatserne.

Målgruppen er afgrænset til at være borgere fra den nordøstlige del af kommunen, tidligere Ringe, Ryslinge og Årslev kommune. I første omgang var afgrænsningen, at borgeren skulle være tilknyttet et af de tre lægehuse i Ringe, da lægerne jævnfør sundhedsaftalen skulle stratificere borgere til projektet. Lægerne fravalgte at stå for stratificeringen og derfor var det ikke længere relevant at afgrænse borgerne efter lægehuse, og målgruppen blev ændret til den nordøstlige del af kommunen. Projektet kunne have inkluderet hele kommunen, men da projektet stadig kræver involvering af lægerne var det en afbalancering af ressourcer i projektet der afgjorde den geografiske afgrænsning.

I forbindelse med den geografiske afgrænsning har der været flere kommentarer om, at borgere i kommunen forskelsbehandles. For at imødegå dette afsættes der supplerende timer til forløbskoordination til borgere, der ekskluderes fra modelafprøvningen, men har et behov for forløbskoordination. Dermed sikres det at der tages hånd om alle borgere på trods af at de ikke kan inkluderes i projektet. Alle forløb registreres, så der ved slutevalueringen kan måles på, hvor mange borgere der i alt fik forløbskoordination i forbindelse med projektet.

## **2.2 Særlig opmærksomhed**

På ideudviklingsdagen blev ”særlig opmærksomhed til borgeren”, af mange foreslået som en tovholder funktion, der hjælper borgeren med at finde rundt i kommunen og de mange tilbud. Både for borgere og medarbejdere er det svært at overskue kommunens opbygning. Forløbskoordination i projektet skal derfor hjælpe borgeren til at få fat i de rigtige personer alt efter borgerens situation, og gøre opmærksom på de relevante tilbud i kommunen, som borgeren ofte selv har svært ved at finde information om.

Den særlige opmærksomhed er videreudviklet i form af de forløbskoordinerendes rolle. Borgeren skal fortsat have støtte til at finde rundt i kommunen, men projektet skal støtte borgerens egenomsorg. Derfor er det vigtigt at den forløbskoordinerende ikke overtager for borgeren, men at der i samarbejde med borgeren lægges en plan for forløbet, og at borgeren derigennem selv har en aktiv rolle i at forbedre sin egen situation. Dermed håbes det at borgeren støttes til at få bedre egenomsorg, bliver i stand til at få overblik over sin problemstilling og evnen til at håndtere den.

---

<sup>3</sup> Bilag 1.

Dette giver også projektet en forebyggende effekt, da borgere, der har været inkluderet i projektet, senere hen forhåbentlig bliver bedre i stand til at håndtere eventuelle nye udfordringer.

### **2.3 Tidlig opsporing**

Tidlig opsporing er af Sundhedsstyrelsen defineret som tidligst mulig identifikation af risikofaktorer hos borgere med henblik på intervention, for eksempel behandling eller risikoafgrænsning. Tidlig opsporing henviser til opmærksomhed på en række faktorer i mødet med borgeren. Det henviser **ikke** til at personalet skal ud og opspore mulige borgere med muligt behov for forløbskoordination.

I projektet betyder dette rent praktisk at de henvisende afdelinger i mødet med borgeren skal have opmærksomhed på risikofaktorerne, for derigennem at gennemføre tidlig opsporing af sårbare borgere.

### **2.4 Rehabilitering**

I projektet defineres rehabilitering som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en *borger*, pårørende og fagfolk. Formålet er, at *borgeren*, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på *borgernes* hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats.

Yderligere definitioner af centrale begreber i projektet er defineret i begrebsafklaringen, som er vedlagt som bilag 1.

## **3 Tværfaglig forståelse og ejerskab for begreber og redskaber**

Igennem hele projektet er det væsentligt at alle involverede parter føler et ejerskab for projektet og derigennem kan se relevansen for deres egen afdeling og arbejde. Dette ejerskab blev understøttet gennem den tværfaglige følgegruppetag, leverance 3, hvor medarbejdere og ledere fra alle afdelinger med en funktion i projektet deltog. Deltagerne har fortsat en rolle i arbejdet med udvikling af projektet. De deltagende repræsenterede Borgerservice, Jobcenteret og Fagsekretariatet for Pleje og Omsorg som områder med ansvar for opsporing af særligt sårbare borgere. Hjemmesygeplejerskerne, Handicap og Psykiatri enheden samt de trænende terapeuter repræsenterede de områder som varetager forløbskoordinerende opgaver.

På følgegruppetagen blev projektgruppens oplæg til redskaberne præsenteret og debatteret, og deltageres kommentarer blev brugt til forbedringer af redskaberne. Dermed vil det være muligt for alle medarbejderne at genkende deres egne forslag til redskabernes udformning, hvilket vil give en følelse af ejerskab. Samtidig vil de også have en fælles forståelse af redskaber og begreber. Både ejerskab og forståelse udbygges yderligere i en løbende proces, hvor især fast planlagte tværfaglige møder har en vigtig plads. På møderne vil der være fokus på redskaberne og erfaringsudveksling omkring brugen af dem. Dermed udbygges ejerskab og forståelse.

Den konkrete udvikling af redskaberne gennemgås under delmål c – Tværfaglig udvikling og afprøvning af redskaber og metoder.

## **4 Tværfaglig udvikling og afprøvning af redskaber og metoder**

I projektet har ansvaret for udviklingen af redskaber og samarbejdsaftalen, leverance 2, som udgangspunkt ligget hos projektgruppen, men i forbindelse med følgegruppetagen blev de medvirkende afdelinger inkluderet i udviklingen. Her havde de mulighed for at komme med forslag til forbedringer af redskaberne samt give input til hvordan en samarbejdsaftale bedst kunne fungere.

Herunder følger en gennemgang af udviklingen af de enkelte redskaber og metoder, samt en evaluering af den tilhørende proces.

### **4.1 Udvikling**

#### **4.1.1 Guiden**

Guiden blev i første omgang udarbejdet af projektgruppen, og var tiltænkt at indeholde alle informationer, man som opsporer eller forløbskoordinerende kunne få behov for. Den blev fremlagt til følgegruppetagen, hvor de deltagende afdelinger kommenterede på den med henblik på forbedringer for at gøre den brugbar for alle. Her stod det klart at guiden skulle udformes så enkelt som muligt og helst i punktform, der let kan overskues og huskes, så man ikke i mødet med borgeren skal støtte sig for meget op ad guiden. Den skulle kort og godt indeholde: Hvad projektet er, Hvem det henvender sig til og Hvordan det skal gøres, og kun de mest nødvendige oplysninger. Hvordan-delen skulle indeholde en beskrivelse af, hvilke opgaver man som medarbejder skal udføre og hvordan. Den endelige guide er vedlagt som bilag 2.

Ved siden af guiden laves derudover en baggrundsmappe med yderligere informationer som for eksempel en uddybning af projektets mål og formål, samarbejdsaftalen, en uddybning af guiden og de andre redskaber samt stratificeringen, og begrebsafklaringen.

Foreløbig har guiden vist sig at indeholde tilstrækkelige informationer til opsporerne, mens de personer der har forløbskoordinerende roller har behov for en yderligere præcisering af deres arbejdsopgaver. Derfor er der lavet en checkliste til forløbskoordinatorerne, der grundigt forklarer hvornår der gøres hvad, og hvordan dette registreres i omsorgsjournalen Care. Dermed understøttes personalets mulighed for ensartet registrering, og efterfølgende mulighed for en samlet ensartet evaluering.

#### **4.1.2 Flyer**

I den første version var guiden også tænkt som informationer til borgeren. Altså skulle borgeren i guiden kunne finde informationer om projektet og dermed en mulighed for at vurdere om tilbudet var relevant. Det blev dog klart at når guiden skulle informere medarbejderne om deres arbejdsopgaver i projektet, så kunne den ikke samtidig også henvende sig til borgeren. Desuden blev der gjort opmærksom på at borgerne ikke skal henvise sig selv til projektet, men skal henvises gennem kontakt i en af kommunens afdelinger jævnfør kvalitetsstandard for forløbskoordination.

I stedet blev der udarbejdet en flyer, der udleveres til borgeren efter kontakt med en opsører, der henviser til forløbskoordination. I flyeren står der kort fortalt hvad projektet er og hvad det betyder for borgeren at have sagt ja til dette tilbud. Samtidig står der hvilke tiltag der vil blive igangsat sammen med borgeren, og hvem vedkomne har haft kontakt med, samt en hjemmesideadresse, hvor borgeren kan finde yderligere information. Flyeren er vedlagt som bilag 3.

### 4.1.3 Borgerens plan

I de to tidligere projekter omtalt i indledning har det været et gennemgående læringspunkt at det er nødvendigt med en skriftlig handleplan til borgeren, for at understøtte borgerens mulighed for kendskab til - og overblik over sit eget forløb. På baggrund af dette er der i projekt Genvej til Overblik udviklet Borgerens Plan. Den er blevet udviklet løbende fra at være forholdsvis omfattende og inkludere stratificering og SOC-skema<sup>4</sup>, til nu blot at indeholde: en kort beskrivelse af borgerens egen situation, målet med at være en del af projektet, en handleplan, egne notater og plan efter afsluttet forløb. Den meget enkle opbygning skal hjælpe til at skabe overblik for borgeren, der kunne blive forstyrret af for mange sider i planen. I Borgerens plan skal borgeren sammen med den forløbskoordinerende beskrive hvilke problemer der gør hverdagen vanskelig og foretage en prioritering af opgaverne. Planen forventes at kunne hjælpe borgeren til at få et bedre overblik over sin egen situation, og dermed understøtter redskabet formålet med projektet.

Borgerens plan har endnu ikke været taget i brug i sit fulde omfang, da forløbene med borgere først er startet op, og ingen borgere endnu er afsluttet. Derfor kan der ikke evalueres på funktionen af Borgerens plan endnu.

I forbindelse med de tre redskaber, guiden, flyeren og borgerens plan, har der været problematisk at redskaberne ikke var færdige, da modelafprøvningsfasen startede. Dette skyldes blandt andet at det internt i projektgruppen blev udarbejdet flere udkast, inden en endelig model kunne sættes i trykken. Blandt andet gav tilbagemeldinger på følgegruppedagen anledning til rettelser. Derudover var processen med kommunikationsbureauet længere end forventet, og opsætning samt tryk af redskaberne tog længere tid end planlagt. Da redskaberne ikke var klar ved projektets opstart var det svært at introducere arbejdsgangene i projektet i de enkelte afdelinger. Samtidig blev de planlagte tværfaglige møder i to af de henvisende afdelinger aflyst i maj, og disse afdelinger er derfor først blevet introduceret til projektet i juni, mens et par af afdelingerne med forløbskoordinerende funktioner også manglede en grundigere introduktion. Dette betyder at projektet er kommet lidt langsommere i gang end forventet, da den første måned primært gik med introduktion og præsentation af projektet. Til gengæld er det blevet modtaget med åbent sind, og projektet er nu godt i gang.

### 4.1.4 Henvisningsskema

Til projektet er udarbejdet et henvisningsskema, hvor henviseren udfylder borgerens personlige data, samt de diagnoser og problemstillinger, som borgeren står overfor i sin hverdag. Dette skal udfyldes så fyldestgørende, at det er muligt at tildele den relevante forløbskoordinerende medarbejder til borgeren. Samtidig skal henvisningsskemaet registrere alle de nødvendige oplysninger til at muliggøre dokumentation og evaluering af projektets indsatser. Skemaet er vedlagt som bilag 4.

---

<sup>4</sup> Gennemgås i afsnit 4.1.7.

I guiden er der opstillet fire spørgsmål der kan benyttes til at opklare hvorvidt borgeren skal inkluderes i projektet. Borgerens svar til disse spørgsmål noteres i henvisningsskemaet. Derudover skal der registreres om borgeren har givet tilsagn til forløbskoordination. Hvis borgeren svarer nej, skal henvisningen stadig udfyldes og indsendes for at muliggøre evaluering af hvilke borgere der eventuelt fravælger tilbudet. Dette skal registreres, da §82 om omsorgspligt her kan træde i kraft. Denne pålægger kommunen at yde hjælp til en borger, der ikke kan tage vare på egne interesser, trods manglende samtykke fra borgeren. §81 om kommunens særlig indsats til voksne med nedsat funktionsevne, samt §82 om omsorgsplikten er vedlagt som bilag 5.

Henvisningsskemaet er tilgængeligt for opsporere på infolet og i det elektronisk journalsystem, Care. På henvisningsskemaet registreres også hvem der henviser, så det er muligt at måle på hvor borgerne primært opspores, og dermed hvor der eventuelt skal sættes fokus i fremtiden. Foreløbig har henvisningsskemaerne vist sig at være tilstrækkelige til at registrere de oplysninger der er nødvendige for at kunne opstarte forløbskoordination. Ved de tværfaglige møder i september gøres der status på anvendeligheden af skemaet, og skemaet eller henvisningsproceduren kan efter behov tilrettes.

#### **4.1.5 Oversigtsbillede**

For at opsamle dokumentation fra projektet til brug i evaluering udvikles et redskab, leverance 6. Dette redskab er udarbejdet som et oversigtsbillede, hvor alt relevant data om de enkelte borgere registreres, så som cpr-nummer, forløbets længde og mængden af kontakt til den enkelte borger. Samtidig registreres også henvisergruppen, den forløbskoordinerende samt hvilke andre parter der har været involveret i forløbet. Dette skal bruges til evaluering af ressourcer der skal bruges i forhold til forløbskoordination sammenholdt med de ressourcer der bruges uden koordination. Derudover giver det et overblik over hvor mange borgere der på det pågældende tidspunkt er i gang med et forløb, både samlet set, men også i de enkelte afdelinger.

Oversigtsbilledet er opbygget efter hvilke data der er nødvendige i forhold til både at skabe et overblik, men også til brug i den endelige evaluering. Oversigtsbilledet bliver tilgængeligt med adgangskode via intranettet. De forløbskoordinerende kan logge ind på oversigtsbilledet og indtaste data om de enkelte borgere og deres forløb. Blandt andet registreres antal møder og telefonkontakter med borgeren, og andre relevante parter. På denne måde sikres et opdateret oversigtsbillede der giver et aktuelt billede af borgerne i projektet på det pågældende tidspunkt.

Oversigtsbilledet er ikke oppe at køre på intranettet endnu, men da der på grund af modelafprøvningens korte løbetid indtil videre heller ikke er afsluttet nogen borgere, registreres borgernes stamdata og forløbets starttidspunkt foreløbig blot i et elektronisk regneark. Det er ikke en holdbar løsning, blandt andet fordi der ikke tages højde for lov om registrering af personhenførbare oplysninger. Overskrifterne fra skemaet, og hvilke oplysninger der registreres, er vedlagt som bilag 6.

#### **4.1.6 Stratificering**

I forbindelse med projektet stratificeres borgerne i forhold til stratificeringsmodellen vedlagt som bilag 7.

*Efter kronikerstrategien for Faaborg Midtyn Kommune, 2008 er fortolkningen af kategorierne:*

I. Borgere med: <ul style="list-style-type: none"><li>• Enkel sygdom</li><li>• God egenomsorgsevne</li></ul> → patient + egen læge	II. Borgere med: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kompleks sygdom</li><li>• God egenomsorgsevne</li></ul> → patient + egen læge + sygehus
III. Borgere med: <ul style="list-style-type: none"><li>• Enkel sygdom</li><li>• Ringe egenomsorgsevne</li></ul> → patient + egen læge + kommunal koordinator	IV. Borgere med: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kompleks sygdom</li><li>• Ringe egenomsorgsevne</li></ul> → patient + egen læge + kommunal koordinator + sygehus

Forløbskoordination i dette projekt vil være rettet mod gruppe III og IV og dermed mod borgere med ringe egenomsorg, da projektet netop har som mål at hjælpe borgeren til bedre overblik over sin egen situation.

Udgangspunktet er i følge Sundhedsaftalen 2011-14, at borgerens egen læge som livslang tovholder stratificerer borgeren og sender en henvisning til kommunen om en særlig opmærksomhed, som i dette projekt er forløbskoordination. Sundhedsaftalen er endnu ikke omsat til aftaler om stratificering for almen praksis, hvorfor det i dette projekt bliver de forløbskoordinerende, der afprøver model for stratificering og tilbyder forløbskoordination.

Stratificeringsredskabet er opdelt i en faglig vurdering af borgeren (**S1**) og borgerens egen vurdering af helbred samt bekymringsniveau (**S2**). **S1** og **S2** er stratificeringsredskabet, der anvendes sammen med borgeren i afklaring af behovet for forløbskoordination.

**S1:** Den faglige vurdering går på social differentiering kombineret med en faglig vurdering af belastning. Modellen er taget med fra projekt: ”Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt”. Modellen er evidensbaseret

**S2:** Er et egenvurderingsredskab, der afdækker selvvalueret helbred og bekymringsniveau. De første 4 spørgsmål og helbredsbedømmelsen er inspireret af Eva Pernille Due og Bjørn Holsteins forskning i sammenhæng mellem socialgruppe og helbred. De sidste 4 spørgsmål er taget fra Monica Hassenbrings arbejde med at afdække bekymringsniveau hos borgeren. Det betyder at de første 4 spørgsmål samt de sidste 4 spørgsmål hver for sig isoleret set er evidensbaseret, hvilket ikke gælder det samlede spørgeskema.

#### 4.1.7 SOC-skema

SOC-skemaet er et evidensbaseret spørgeskema ud fra Aaron Antonowskis begreb: Sense of Coherence(SOC) og hans 13-item SOC-skala. Skemaet er vedlagt som bilag 8. Skemaet afdækker borgerens oplevelse af sammenhæng, og supplerer derfor bekymringskemaet i stratificeringsredskabet til forståelse af sammenhæng. Samtidig giver det den forløbskoordinerende og borgeren selv et mål på kompleksiteten af borgerens situation.

SOC-skemaet udfyldes af borgeren i samarbejde med den forløbskoordinerende ved forløbets start, og igen 3 måneder efter endt forløb. Dermed kan data fra SOC-skemaerne blive anvendt til analyse af målgruppen og effekten af projektet på borgerens oplevelse af sammenhæng. SOC-skemaet

vurderes anvendeligt i en kvantitativ evaluering, da det er i stand til at måle kvalitative følelser på en kvantitativ måde.

Der har undervejs i udviklingen af redskaberne været en diskussion af SOC-skemaet's negative formulering. Det kan være hårdt for en borger, der i forvejen er meget sårbar, at sætte tal på hvor dårligt man egentlig har det. Derfor er det også vigtigt at skemaet udfyldes i dialog med den forløbskoordinerende, og ikke nødvendigvis med fokus på at skulle vælge et tal. Derimod kan der i samtalen laves en faglig vurdering af hvilket tal borgeren lander på. På denne måde forventes det at fokus kan flyttes fra den negative formulering.

Det er besluttet at skemaet anvendes i modelafprøvningsfasen, og ved den endelige evaluering må fordele og ulemper ved skemaet belyses. En af fordelene ved skemaet og den primære grund for valget, er at det til en vis grad er evidensbaseret. Dermed er det et brugbart redskab til en evaluering, men betyder også at der ikke kan ændres på de oplevede negative formuleringer i skemaet.

## **4.2 Afprøvning**

De redskaber og metoder der er udviklet til projektet bliver afprøvet i løbet af modelafprøvningsfasen. Her får de forløbskoordinerende konkrete erfaringer i arbejdet med redskaberne, og kan efter afprøvningsens afslutning evaluere på funktionaliteten . Dermed kan det efterfølgende vurderes hvorvidt redskaberne er brugbare videre frem. Foreløbig har primært guiden og henvisningsskemaet, samt indledningsvist Borgerens plan været taget i brug, da modelafprøvningen først lige er kommet i gang. Derfor kan der endnu ikke evalueres på redskabernes anvendelighed.

Som foreløbig status kan der dog nævnes at per 1/7 2011 er 15 borgere blevet henvist til projektet. 8 af disse er blevet inkluderet og er blevet tildelt en forløbskoordinerende medarbejder, som har opstartet et forløb. De resterende 7 er blevet ekskluderet fra projektet, enten på grund af deres bopæl, eller fordi de er henvist i henhold til § 82 vedrørende omsorgspligten. De ekskluderede borgere er blevet tilbudt den forløbskoordination, som er en del af kommunens normale tilbud.

## **5 Tværfaglig udvikling og afprøvning af model for forløbskoordination**

For at skabe gode rammer om projektet skal der defineres en klar model, som modelafprøvningen skal køre efter. Dette er leverance 4 fra projektbeskrivelsen. Denne model indeholder retningslinjer for hvilken opbygning af organisationen der benyttes, samt hvordan der samarbejdes i projektet, og hvem der tager sig af de forskellige opgaver i projektet.

### **5.1 Samarbejdsaftalen**

Projektets samarbejdsaftale indeholder retningslinjer for hvordan man, som opsporer, skal henvise borgere til projektet, samt hvordan der kommunikeres og gives sparring. Endvidere indgår en beskrevet organisationsstruktur. Samarbejdsaftalen er vedlagt som bilag 9.

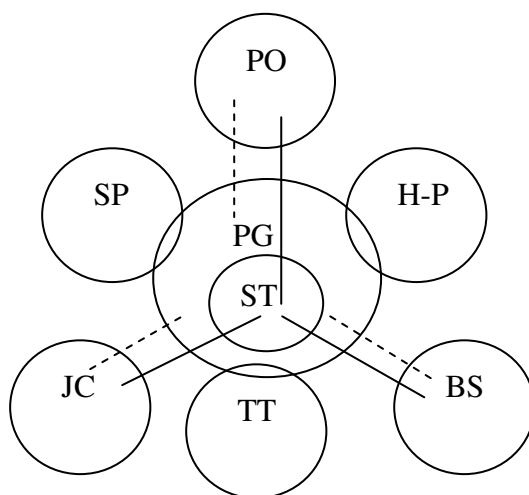
### 5.1.1 Organisationsstruktur

De involverede parter i projektet er delt op i forskellige ansvars niveauer.

- Niveau 1** Egen læge: Er **livslang tovholder** for borgeren med kronisk lidelse og **hovedansvarlig** for tidlig opsporing.
- Niveau 2** Forløbskoordinering hos hjemmesygeplejersker, trænende terapeuter og sagsbehandlere i handicap og psykiatri: Har **ansvar for tidlig opsporing** samt forløbskoordinerende opgaver.
- Niveau 3** Sagsbehandlere i Jobcenter, visitatorer, ældrekonsulenter, forebyggende terapeuter og demenskoordinator, sagsbehandlende ergoterapeuter og hjælpemiddelteamet: Har i mødet med borgeren ansvar for tidlig opsporing med **opmærksomhed** på risikofaktorer og henvisning til forløbskoordination
- Niveau 4** Borgerservice, distriktsleder og SOSU-personale møder borgeren med en kompleks problemstilling og/eller borgeren der har svært ved at navigere i organisationen. Har i mødet med borgeren ansvar for tidlig opsporing med **opmærksomhed** på kompleksitet i borgerens situation samt henvisning til forløbskoordination.

Samarbejdsaftalen definerer dermed, hvem der har ansvar for opsporing, hvem der har ansvar for forløbskoordination og hvem der har ansvar for tidlig opmærksomhed.

I samarbejdsaftalen er der også defineret kontaktpersoner imellem de forskellige afdelinger. Generelt ser strukturen i projektet således ud:



Inderst i strukturen er styregruppen (ST). Her er opbygningen af projektet startet, og de er centrum for projektet. Ud fra denne er projektgruppen (PG) dannet med repræsentanter fra hver af de tre grupper med forløbskoordinerende opgaver, Sygeplejerskerne (SP), Handicap og Psykiatri (HP) samt de trænende terapeuter (TT). Derudover er der de tre afdelinger med opgaver som opsporere, Pleje og Omsorg (PO), Jobcenteret (JC) samt Borgerservice (BS). I styregruppen sidder en repræsentant fra hver af disse tre afdelinger, mens en person fra projektgruppen sammen med projektlederen er udpeget som kontaktperson til afdelingerne med opsporere. Derudover er der i alle de berørte

afdelinger udpeget en ansvarlig der står for at viderelede informationer til resten af afdelingen. Dette skal understøtte at der skabes opmærksomhed omkring projektet, så det kan blive så udbredt som muligt.

Projektlederen har en plads og funktion i alle disse grupper. Projektlederen er med i både styregruppe og projektgruppe med et overordnet ansvar for projektets udvikling og afprøvning. Samtidig har projektlederen en plads som kontaktperson til de opsporende afdelinger, og som sparringspartner med de forløbskoordinerende medarbejdere fra afdelingerne med forløbskoordinerende opgaver. Projektlederen deltager på de tværfaglige møder og har dermed direkte kontakt til alle involverede afdelinger.

Samlet set giver denne struktur en klar kommunikationsvej mellem de forskellige dele af organisationen. Dette sikrer at nødvendige informationer bliver delt blandt de relevante parter. Samtidig har alle de berørte afdelinger en plads i beslutningsprocessen enten i styregruppen eller projektgruppen.

Udover de timer der bruges på forløbskoordination i de direkte involverede afdelinger har kommunen i forvejen 26 timer til forløbskoordination fordelt på to forløbskoordinatorer, Niels-Peter Skovsgaard og projektleder Tove Sommer. Tove Sommer har ugentligt 10 timer til forløbskoordination, mens Niels-Peter Skovsgaard oprindeligt havde 8 timer ugentligt. Han frikøbes for projektmidler fra projekt Genvej til Overblik med yderligere 8 timer ugentligt. Dermed er der samlet set 26 timer ugentligt til forløbskoordination af borgere, der ekskluderes fra projektet, enten på grund af geografi eller §82. Derudover kan timerne også bruges til sparring i en konkret sag for projektets forløbskoordinerende medarbejdere samt til særlig komplekse sager. Dermed sikres det, at der tages hånd om alle borgere ud fra den eksisterende kvalitetsstandard for forløbskoordination, og ikke skabes falske forhåbninger hos en borger med et reelt behov for forløbskoordination.

### **5.1.2 Tværfaglige møder**

En anden del af samarbejdsaftalen er de ugentlige tværfaglige møder. Disse går på omgang mellem de tre henvisende afdelinger. Her deltager de forløbskoordinerende samt repræsentanter fra de enkelte afdelinger, og møderne bruges til direkte kontakt til de henvisende afdelinger samt vidensdeling blandt de forløbskoordinerende. På møderne er der mulighed for at diskutere konkrete borgersager, eksempelvis for at få klarlagt hvorvidt en borger skal henvises eller ej. Møderne bruges også til at opsamle læring på baggrund af de udfordringer der opstår undervejs, og til at vende mulige metoder til at forbedre projektet. Dette er en meget væsentlig del af møderne, da projektet er et udviklingsprojekt, og derfor skal udvikles løbende for at give det bedste slutresultat.

Foreløbig har møderne i de henvisende afdelinger udfordret personalets perspektiver ved at skabe debat om afgrænsningen og målgruppen, på baggrund af borgere der kunne have behov for forløbskoordination men som falder udenfor målgruppen. Dette gør den ekstra forløbskoordinator til ekskluderede sager nødvendig, da det dermed sikres at der tages hånd om alle borgere jævnfør kvalitetsstandard for forløbskoordination, som er vedlagt som bilag 10.

Hver fjerde uge er det tværfaglige møde internt i gruppen af de forløbskoordinerende. Her diskuteres konkrete sager, samt deles erfaringer omkring metoderne der benyttes i kontakten med borgere. Her er det blevet tydeligt at medarbejderne fra de forskellige afdelinger har forskellige behov i forbindelse med projektet. Eksempelvis havde sygeplejerskerne ved opstart af projektet et

konkret behov for yderligere introduktion til den motiverende samtale og Karl Tomms spørgsmålstyper, mens andre har haft behov for et større kendskab til omsorgsjournalen Care. Efterhånden som de forskellige behov opdages, sættes der gang i passende tiltag, så de forløbskoordinerende bliver bedre rustet til mødet med borgeren.

Foreløbig har behovet for de tværfaglige møder været meget tydeligt. Der er et stort behov for sparring i de konkrete sager, da de forløbskoordinerende ikke har tidligere erfaring med forløbskoordination. Derfor bruges den sidste del af møderne i de henvisende afdelinger også til sparring blandt de forløbskoordinerende uden deltagelse af den henvisende afdeling. Denne sparring fortsætter gennem hele modelafprøvningsfasen, som en væsentlig del af læringen i projektet.

I modelafprøvningsfasen er det målet, at et forløb med en borger afsluttes i løbet af 2 måneder. Dette er en meget kort periode for en kompleks problemstilling, men da hele modelafprøvningsfasen kun er 10 måneder lang, er det nødvendigt at de enkelte forløb ikke strækkes for langt. 3 måneder efter forløbet med en borger er afsluttet laves der en opfølgning på borgerens nuværende situation. Hvis det vurderes nødvendigt, kan borgeren gennemgå endnu et 2 måneders forløb. Især i de henvisende afdelinger har der været en meget skeptisk modtagelse af dette, da det vurderes at 2 måneder er for kort en periode til at nå at igangsætte en ændring hos borgeren. Perioden fastholdes og det revurderes ved status i september om tidsafgrænsningen skal ændres.

## **6 Uddannelse af forløbskoordinatorer**

Kompetenceudvikling for gruppen af de forløbskoordinerende, leverance 5, har primært været i form af tre uddannelsesdage på UCL med en fjerde opfølgende dag i efteråret. På disse dage blev de forløbskoordinerende introduceret til sundhedsaftaler, sundhedsloven, serviceloven og loven om aktiv beskæftigelsesindsats, samt om læring fra de tidligere projekter vedrørende forløbskoordination. Dette gav de forløbskoordinerende en baggrundsviden omkring formålet med projektet. Derudover blev de forløbskoordinerende introduceret til redskaberne og samarbejdsaftalen. Der blev brugt tid på anvendelsen af stratificeringsmodellen og SOC-skemaet, så de er i stand til at bruge dem i modelafprøvningsfasen. Dagene indeholdt også læring omkring sundhedspædagogik, hvor der blev introduceret flere kommunikationsformer, heriblandt Karl Tomms, supervisionsmetoden, reflekterende teams og den motiverende samtale. Dermed blev de forløbskoordinerende udstyret med konkrete redskaber til at bruge i den direkte kontakt med borgere i projektet.

Kompetenceudviklingsdagene på UCL har suppleret de forløbskoordinerende med konkrete redskaber til arbejdet med de sårbare borgere i projektet, samt gjort dem i stand til at benytte dem. Ved de tværfaglige møder i modelafprøvningsfasen arbejdes der løbende videre med redskaberne. De konkrete erfaringer som de forløbskoordinerende efterhånden får ved at arbejde med redskaberne deles internt i gruppen af forløbskoordinatorer, og dermed udvikles en fælles enighed og forståelse om hvordan redskaberne konkret benyttes.

Ved modelafprøvningsfasens afslutning råder kommunen derfor over kompetente personaler, der kan give feedback på metoderne valgt og benyttet i projektet. Da de forløbskoordinerende gennem projektet har fået øvelse i anvendelse af redskaberne og dermed har konkrete erfaringer at trække

på, er det håbet, at de kan være med til at skabe en fælles forståelse for hvilke redskaber der er brugbare og kan anvendes fremover, og hvilke der skal videreudvikles og forbedres.

## **7 Manual for dokumentation og evaluering**

For at sikre dokumentation af forløb til dokumentation og evaluering bruges oversigtsbilledet, leverance 6. Her registreres alle de nødvendige informationer om borgeren, der skal benyttes til at give de forløbskoordinerende overblik og til evaluering af projektets indsats. Samtidig benyttes journalsystemet Care, så der altid kan hentes yderligere informationer efter behov. Som en del af samarbejdsaftalen og de forløbskoordinerendes checkliste er beskrevet hvilke ting der skal registreres.

Den endelige evaluering af projektet kommer til at bestå af en kvalitativ, en kvantitativ og en økonomisk evaluering. Der foreligger endnu ikke nogen konkret evalueringmanual for nogle af delene, da fokus indtil videre har været på at få sat projektet godt i gang, men i alle tre dele er der påbegyndt ideudvikling og udformning af en model. Den endelige evalueringmanual udarbejdes i sensommer og efteråret 2011.

I forhold til den kvalitative evaluering er der foreløbig udarbejdet et oplæg til udformningen. Her arbejdes blandt andet med fokusgruppeinterviews af de medarbejdere, der har været involveret i projektet. Disse interviews skal bruges til at evaluere på funktionaliteten af projektets helhed, samarbejdsaftale og redskaber, samt hele processen omkring projektet. Da projektet er et læringsprojekt med fokus på kompetenceudvikling af organisationen er den kvalitative evaluering af medarbejdernes oplevelse af projektet aldeles væsentlig og den kvalitative evaluering skal derfor klarlægge hvorvidt medarbejderne har opnået nye kompetencer. Fokus i den kvalitative evaluering bliver desuden på hvorvidt projektbeskrivelsens delmål er opfyldt og processen ved dette.

Derudover skal de forløbskoordinerende ved den opfølgende samtale med borgeren også samle op på borgerens oplevelse af projektet, og effekten af dette.

Det påtænkes at ansætte en kandidatstuderende pr. 1. september til varetagelse af den kvalitative evaluering.

Den kvantitative evaluering foretages af projektets studentermedhjælper. Her bliver blandt andet stratificeringsredskaberne S1 og S2 samt SOC-skemaet en væsentlig del. S1 bruges i høj grad til at evaluere på hvilke grupper af borgere der oftest har behov for forløbskoordination, så indsatsen fremover bedre kan målrettes. S2 bruges til at evaluere på eventuelle forbedringer i borgerens egenvurdering af helbred. SOC-skemaet udfyldes af borgeren både ved opstart og ved opfølgning 3 måneder efter forløbets afslutning, og der kan dermed måles på hvorvidt borgerens fornemmelse af egenomsorg er ændret efter forløbet i projektet. Der måles direkte på effekten af projektet på borgerens meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed, og der kan evalueres kvantitativt på borgerens kvalitative følelser.

Derudover kommer den kvantitative evaluering til at tage afsæt i oversigtsbilledet. Der skal evalueres på antallet af borgere i projektet, om de forløbskoordinerende fik den nødvendige mængde erfaringer, om der blev henvist borgere fra et bredt fagligt område og så videre. Samtidig skal der kigges på hvorvidt omfanget af kontakt til borgeren har en effekt på borgerens samlede

oplevelse af projektet. Da opbygningen af evalueringsmanualen er på et meget tidligt stadie er der fortsat ingen fastlagte emner i evalueringen og de nævnte emner er derfor blot et oplæg.

Den økonomiske evaluering består af en sundhedsøkonomisk konsekvensanalyse. Her skal der laves en økonomisk evaluering af hvorvidt udgifterne til borgerne gennem sygesikringen i gennemsnit kan nedbringes efter borgerens inkludering i projektet. Denne evaluering udføres i samarbejde med økonomikonsulent Kim Juhl Skivild og kommunens praksiskonsulent Carsten Henriksen.

Den samlede evaluering sættes sammen og udformes af projektets studentermedhjælper.

## **7.1 Processer**

For at muliggøre en grundigere evaluering af kompetenceudviklingen af organisation samles der løbende op på de forskellige processer. Dette gælder både selve processen med udvikling af projektet, men i særdeleshed også den proces der gennemgås med de enkelte involverede afdelinger. Løbende skrives ned hvilke tiltag der tages i forhold til afdelingerne, blandt andet hvem der blev valgt som afdelingens forløbskoordinatorer, hvem der er kontaktperson og så videre. Ved løbende at samle op på hvad der sker hvornår, bliver det nemmere at evaluere på om der blev gjort de rigtige ting for at få projektet til at blive en succes. Samtidig samles der også på de enkelte perspektiver der kan udfordres i de enkelte afdelinger.

## **8 Tids- og handleplan**

I bilag 11 er vedlagt projektets Tids- og handleplan med oversigt over hvilke dele af projektet der påbegyndes og afsluttes hvornår.

Indtil videre overholdes tidsplanen nogenlunde. Den største afvigelse er i april 2011, hvor redskaberne skulle have været færdigudviklet, hvilket de var i grove træk, men design og tryk fra kommunikationsbureauet Arkitekst blev først færdiggjort i maj/juni som beskrevet under punkt 4.1, redskaber. Samtidig var rammen for registrering også færdig, men digitaliseringsdelen af registrering mangler fortsat et oversigtsbillede. Det elektroniske henvisningsskema er på plads. Det forventes at tidsplanen fremover kan overholdes.

## **9 Konklusion**

Generelt er projektet kommet rigtig godt i gang. Tidsplanen overholdes og efter en femtedel af modelafprøvningsfasen er 15 borgere blevet henvist til projektet, hvilket giver de forløbskoordinerende en mulighed for rent praktisk at afprøve modellen.

I forhold til delmålene er de alle enten fuldført eller godt i gang. De centrale begreber er defineret, der er skabt fora for udvikling af tværfaglig forståelse for begreber og redskaber, og der er udviklet redskaber og metoder samt en model for forløbskoordination. Disse er ved at blive afprøvet gennem modelafprøvningsfasen. Der er uddannet medarbejdere med forløbskoordinerende funktioner, og disse er i gang med at udvikle praktisk erfaring. Der er påbegyndt en udvikling af en manual for evaluering, og registrering af data er godt i gang.

## 10 Bilag

### 10.1 Bilag 1: Begrebsafklaring

I det følgende defineres de centrale begreber som indgår i projektet. Hvor det er relevant vil der være uddybende bemærkninger. Hvor intet andet er anført som kilde, er definitionen formuleret af medlemmerne i Projektgruppen. Begrebsgrundlaget kan bruges som opslagsværk, når man i arbejdet med "Genvej til Overblik", støder på begreber man ønsker forklaret. Derfor er dette begrebsgrundlag en blanding af generelle begreber og begreber der specifikt vedrører projektet. Når et ord er skrevet med *kursiv*, betyder det, at begrebet er defineret selvstændigt.

Til slut er der en forklaring af "Almen praksis som tovholder" og "Forløbskoordinerende opgaver gældende for kommune" som er en del af Sundhedsaftalen 2011-2014.

#### **Borgeren**

I "Genvej til Overblik" har deltagerne på den ene eller anden måde en sygdomsdiagnose. Da projektet har til formål at hjælpe deltagerne ud fra et helhedsorienteret perspektiv og ikke kun ud fra det medicinske, vælger vi at kalde dem borgeren og ikke patient.

#### **Borger- og Patientrettet forebyggelse**

I arbejdet med "Genvej til Overblik" vil begrebet Borger- og Patientrettet forebyggelse ofte optræde, både skriftligt og mundtligt. Som udgangspunkt ligger der i dette begreb, at det handler om at forebygge at sygdom opstår eller forværres. Derudover kan man anskue begrebet ved at sige, at den Borgerrettede Forebyggelse er at sammenligne med *primær forebyggelse*, hvor målgruppen er raske borgere, man ønsker forbliver raske. Den Patientrettede Forebyggelse kan sammenlignes med enten *sekundær* eller *tertiær forebyggelse* hvor man ønsker enten at begrænse udviklingen i sygdommen eller hindre tilbagefald. Man skal være opmærksom på at selvom man bruger dette begreb, vil man kunne støde på de tilsvarende begreber: *primær, sekundær og terciær forebyggelse*.

#### **Borgerens plan**

En plan hvori der nedskrives de aftaler der indgås mellem *forløbskoordinatoren* og *borgeren*.

#### **Flyer**

En lille seddel der gives til *borgeren*, som kort fortæller om "Genvej til Overblik".

#### **Forløbskoordination**

Alt tilsigtet arbejde med at skabe optimalt sammenhængende behandlingsforløb for kronisk syge (Wulff et. al., Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter, Ugeskrift for Læger, marts 2010).

**Bemærkninger:** Formålet med Forløbskoordination er at give *borgeren* den rette hjælp, så vedkommende på sigt bliver i stand til at kunne overskue sin livssituation.

#### **Forløbskoordinator**

Fagperson, der har den forløbskoordinerende rolle overfor *borgeren*. Forløbskoordinatoren kan være en sygeplejerske, fysioterapeut eller socialrådgiver.

## **Genoptræning**

En målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en *borger*, eventuelt pårørende og personale (Sundhedsloven).

**Bemærkninger:** Formålet med genoptræning er, at *borgeren* opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. (Kilde: Vejledning om træning i kommuner og regioner, december 2009)

## **Guiden**

Dokument der guider *opsporeren* til at afklare om ”Genvej til Overblik” er det rette tilbud og hvordan *borgeren* videre henvises.

## **Kompleksitet**

En situation eller tilstand der har flere forskellige aspekter og som gør det kompliceret at over- og gennemskue.

**Bemærkninger:** I ”Genvej til Overblik” kan kompleksiteten komme til udtryk i f.eks. et sygdomsbillede præget af flere forskellige diagnoser, eller en livssituation der er præget af mange forskellige stressende elementer som f.eks. skilsmisse, sygdom og arbejdsløshed. Det er *borgerens* kompleksitet som *opsporeren* bliver opmærksom på og som giver anledning til at henviser til ”Genvej til Overblik”.

## **Kronisk Sygdom**

En sygdom der varer mere end seks måneder.

## **Opsporeren**

Den person der har den første kontakt med *borgeren* og som skal være opmærksom på *kompleksiteten* og *risikofaktorer* i vedkommendes livssituation. Det kan være Borgerservice, SOSU-personale, Jobcentret, visitatorer og praktiserende læger.

## **Patientforløbsprogram**

Et patientforløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given *kronisk* tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

**Bemærkninger:** Målet med forløbsprogrammer er bl.a. at sikre bedre sammenhæng mellem de enkelte tiltag i den samlede indsats og dermed bedre sammenhæng på tværs i sundhedsvæsenet (Sundhedsaftalen 2011-14).

### **Patientuddannelse**

Struktureret undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom. Rettet mod individer eller grupper af patienter og eventuelt pårørende.

**Bemærkninger:** Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel rettet til patienter med forskellige sygdomme. Patientuddannelse indgår i den *patientrettede forebyggelse*.

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom – selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog.

### **Primær forebyggelse**

Forebyggelse der har til formål at hindre at sygdom, psykosociale problemer eller ulykker opstår (Sundhedsstyrelsen).

### **Rehabilitering**

En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en *borger*, pårørende og fagfolk. Formålet er, at *borgeren*, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på *borgernes* hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats (Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Marselisborg Centret, 2004).

### **Risikofaktor**

Faktor, der øger sandsynligheden for sygdomme, psykosociale problemer og ulykker (Sundhedsstyrelsen).

**Bemærkninger:** Ansvar for at identificere risikofaktorer ligger både hos fagpersoner i kommuner, på sygehusene og i almen praksis – men også hos *borgeren* selv. Fagpersoner skal være opmærksomme på risikofaktorer i borgerkontakten – også selv om kontakten måske handler om noget helt andet. Eksempler på risikofaktorer er lav uddannelse, lille socialt netværk, lav indkomst, rygning, fysisk inaktivitet og luftforurening.

### **Sekundær forebyggelse**

Forebyggelse, der har til formål at opspore og begrænse sygdom eller risikofaktorer tidligst muligt (Sundhedsstyrelsen).

## Stratificering

At inddele noget eller nogen i grupper efter specifikke kriterier.

### **Bemærkninger**

I ”Genvej til Overblik” er *borgerne* opdelt i følgende fire grupper:

I. Borgere med:

- Enkel sygdom
- God egenomsorgsevne  
→ patient + egen læge

II. Borgere med:

- Komplex sygdom
- God egenomsorgsevne  
→ patient + egen læge + sygehus

III. Borgere med:

- Enkel sygdom
- Ringe egenomsorgsevne  
→ patient + egen læge + kommunal koordinator

IV. Borgere med:

- Komplex sygdom
- Ringe egenomsorgsevne  
→ patient + egen læge + kommunal koordinator + sygehus

Det er *borgere* i gruppe tre og fire, der kan henvises til ”Genvej til Overblik” (Kronikerstrategien for Region Syddanmark)

### **Særlig Sårbar Borger**

En *borger* med en eller flere *kroniske sygdomme* og samtidig ringe egenomsorg begrundet i eksempelvis nedsat psykisk funktionsevne eller sociale problemer.

### **Tertiær forebyggelse**

Forebyggelse der har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse (Sundhedsstyrelsen).

### **Tidlig opsporing**

Fagpersoner i social- og sundhedsvæsenet identificerer personer med *risikofaktorer* eller sygdom tidligst muligt med henblik på intervention, fx behandling eller risikoafgrænsning (Sundhedsstyrelsen).

**Bemærkninger:** *Kronisk sygdom* er i høj grad et resultat af vores livsstil. Med en tidlig og systematisk indsats kan risiko for sygdom mindskes, hvilket vil kunne beskytte den enkelte og/eller samfundet mod sygdom og sygdommens konsekvenser. Derfor er identificering af modificerbare *risikofaktorer* og tidlig opsporing af personer med øget risiko vigtig. Tidlig opsporing er en del af den *sekundære forebyggelse*

## Elementer af projektet

### Almen praksis som tovholder

I såvel Sundhedsstyrelsens publikationer som kronikerstrategi for Region Syddanmark anbefales det, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op
- at planlægge patientforløbet
- at bidrage til fastlæggelse og løbende revision af behandlingsmål

Tovholderfunktionen indebærer, at almen praksis guider patienten gennem sundhedsvæsenet. Egen læge har kendskab til patientens andre sygdomme, egenomsorgsevne, netværk og viden om hvilke andre forløb patienten gennemgår. Almen praksis arbejder for, at patienten ikke "tabes" mellem sektorer, og at patienten får et hensigtsmæssigt forløb gennem sundhedsvæsenet og henvises til kommunen ved behov.

### Forløbskoordinerende opgaver gældende for kommuner

Nogle borgere/patienter kan have et særligt behov for støtte til gennemførelse og fastholdelse af rehabilitering.

Følgende opgaver er centrale især i relation til patienter i stratificeringsgruppe med ringe egenomsorg:

- koordinere ydelser fra flere kommunale social- og sundhedspersoner
- sikre støtte til evt. selvmonitorering og egenbehandling i hjemmet
- afdække patientens behov og formidle viden om muligheder for at deltage i kommunale tilbud som f.eks. generel patientuddannelse
- koordinere indsats og kommunikation med almen praksis, patientens tovholder
- visitere borgere til forebyggelsestilbud på baggrund af almen praksis' henvisning
- medvirke i udarbejdelsen af behandlingsplanen for patienter med behov for en udvidet indsats
- følge op på patientens arbejde med behandlingsplanen
- koordinere indsats og informationer med sygehuset, når kontakten ikke naturligt er koordineret via patientens tovholder
- inddrage pårørende og netværk.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge, hvordan opgaverne med koordinering af kronikerforløb mest hensigtsmæssigt indpasses i den kommunale organisation.

## 10.2 Bilag 2: Guiden



FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE

# Genvej til overblik

## Guide til tilbuddet om forløbs- koordination



# Genvej til overblik

Fra 1. maj 2011 til 1. marts 2012 afprøver Faaborg-Midtfyn Kommune en model for forløbskoordination i den nordøstlige del af kommunen. Det svarer til de tidligere Ringe, Årslev og Ryslinge kommuner. Modellen indbefatter tidlig opsporing og tilbud om forløbskoordination fra hjemmesygeplejersker, sagsbehandler i handicap og psykiatri samt de trænende terapeuter.



## Formålet

Forløbskoordination er et tilbud til borgere, der har behov for en særlig støtte til at opnå en god hverdag med en kronisk lidelse.

Målet er at yde hjælp til selvhjælp, så disse borgere bliver bedre i stand til at finde det overblik og overskud, der skal til for at håndtere de problemer, de kæmper med.

Støtten i forbindelse med forløbskoordinationen omfatter tilbud om samtaler, guidning samt hjælp til kontakt rundt i det kommunale system, til frivillige organisationer eller andre.

Forløbskoordination tilrettelægges individuelt ved, at borgeren og forløbskoordinatoren i samarbejde opstiller mål for indsatsen og fastlægger en plan for, hvad der skal ske, hvornår og hvem der gør hvad. Under et to måneders forløb er der samtaler mellem borger og forløbskoordinator for at følge op på realiseringen af planen.

## Målgruppen

- Borgere over 18 år.
- Borgere med en eller flere sygdomme, der har en varighed på mere end et halvt år.
- Borgere, der har svært ved at overskue og håndtere konsekvenserne af sygdommen og at få hverdagen til at fungere.
- Borgere, der bor i den nordøstlige del af kommunen.

### Målgruppen omfatter ikke

- Borgere, der lider af demens, som har en hjerneskade eller en ren psykiatrisk lidelse.
- Borgere, der bor på institution/plejehjem.



## Sådan finder vi de borgere, der skal have tilbuddet

Kommunale medarbejdere med direkte borgerkontakt skal være opmærksomme på tilbuddet om forløbskoordinering, når de er i kontakt med borgere fra målgruppen.

Følgende fire spørgsmål kan bruges til en afklaring – måske ved at stille spørgsmålene direkte til den pågældende:

- Har han eller hun en længerevarende sygdom, der giver problemer i dagligdagen?
- Har den pågældende brug for støtte til at overskue og håndtere dagligdagen?
- Har han eller hun andre problemer, der komplicerer livet, for eksempel økonomi, familie, bolig eller arbejde?
- Udtrykker borgeren interesse for kontakt med en forløbskoordinator?

Hvis borgeren svarer ja til disse spørgsmål, udfylder medarbejderen et elektronisk henvisningsskema på Infolet under Gør-det-selv, eller skemaet printes, udfyldes og sendes til forløbskoordinatorerne. Se herunder.

## Samarbejdet om forløbskoordineringen

Forløbet starter typisk på denne måde:

- a) Medarbejdere med borgerkontakt bliver opmærksomme på en særligt sårbar borger og vurderer, at vedkommende kan have gavn af forløbskoordineringen.
- b) Medarbejderen stiller borgeren de fire spørgsmål. Hvis han eller hun svarer ja til dem alle fire, udfylder medarbejderen et henvisningsskema.
- c) Borgeren bliver tilbudt en samtale med forløbskoordinatoren. Denne kontakter derefter borgeren inden 10 hverdage efter, at henvisningen er modtaget. I fællesskab fastlægger borgeren og forløbskoordinatoren mål og handleplan for et forløb, der strækker sig over to måneder.

### OBS

Hvis forløbskoordinering ikke er det rigtige tilbud til borgeren, får han eller hun tilbudt rådgivning om, hvor og hvordan der i øvrigt er hjælp at hente.

### Forløbskoordinatorer:

**Tove Sommer**  
Graabjergvej 3a, 5856 Ryslinge  
genvejtiloverblik@faaborgmidtfyn.dk  
Telefon 7253 6009

**Niels-Peter Skovsgaard**  
Graabjergvej 3a, 5856 Ryslinge  
genvejtiloverblik@faaborgmidtfyn.dk  
Telefon 7253 6013



## GENVEJ TIL OVERBLIK

Forløbskoordination er et tilbud om en særlig støtte til at håndtere en hverdag med en kronisk sygdom.

Tilbuddet retter sig til borgere, der mangler overblik over deres situation og overskud til at finde gode løsninger på de problemer, de kæmper med.

Mere at vide om projektet på:

[www.faaborgmidtfyn.dk/  
genvejtiloverblik](http://www.faaborgmidtfyn.dk/genvejtiloverblik)



**FAABORG-MIDTFYN**  
KOMMUNE

## 10.3 Bilag 3: Flyer



# Du skal have en plan

Du har talt med

.....  
.....

Du har svaret ja til:

- at du har en længerevarende sygdom, der giver dig problemer i dagligdagen.
- at du har brug for støtte til at overskue og håndtere dagligdagen.
- at du har problemer, der komplicerer dit liv. Det kan for eksempel handle om økonomi, familie, bolig eller arbejde.

– og du har sagt ja til tilbuddet om **Genvej til overblik**. Det handler om, at du skal have det overblik og overskud, der skal til for at håndtere de problemer, du kæmper med.

Vi skal mødes til en samtale, og hvis vi mener, at vores støtte er den rigtige for dig, laver vi i fællesskab en handleplan. Vi kalder det **Borgerens Plan**.

**Borgerens Plan** beskriver, hvad der skal ske, for at du kan komme ud af den situation, du er i, og hvad vi i fællesskab kan gøre for, at det sker. Vi kalder det **forløbskoordination**.

Inden for de nærmeste 10 hverdage bliver du kontaktet af en forløbskoordinator.



Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte **Tove Sommer** på tlf. 7253 6009 eller **Niels-Peter Skovsgaard** på tlf. 7253 6013.

Du kan finde mere information om **Genvej til overblik** på [www.faaborgmidtfyn.dk/genvejtiloverblik](http://www.faaborgmidtfyn.dk/genvejtiloverblik)



## 10.4 Bilag 4: Henvisningsskema

### Henvisningsskema til projekt: Genvej til overblik

Dato: \_\_\_ / \_\_\_ - 20\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### Diagnoser:

#### Problemstilling:

Ønsker kontakt med forløbskoordinator: Ja \_\_\_ Nej \_\_\_

Hvis nej, begrundelse: \_\_\_\_\_

---

---

#### Henviser:

Navn: \_\_\_\_\_

Afdeling: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 10.5 Bilag 5: §81 og §82

### Lov om social service

#### Kapitel 15

##### *Formål*

**§ 81.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med indsatsen er

- 1) at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres,
- 2) at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder,
- 3) at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og
- 4) at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

**§ 82.** Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp efter denne lov i overensstemmelse med formålet, jf. § 81, til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen skal påse, om der er pårørende eller andre, der kan inddrages i varetagelsen af interesserne for en person med betydelig nedsat psykisk funktionsevne. Kommunalbestyrelsen skal være opmærksom på, om der er behov for at bede statsforvaltningen om at beskikke en værge efter værgemålsloven.

## 10.6 Bilag 6: Oversigtsbillede

### DOKUMENTATION AF BORGERFLOW

Nummer	CPR nr	Navn	Diagnoser	Henvi sning dato	Koordinator	Inkluderet/Ekskluderet

Henvi sende gruppe	Praktiserende læge	Forløb start	Forløb slut	Antal møder med borger

Antal tværfaglige møder	Tlf. kontakt med borger på mere end 5 minutter	Relevante involverede parter

Mængden af kontakt til sam.parter	Plan efter afsluttet forløb	Kommentarer

## 10.7 Bilag 7: Stratificering

### Stratificering af borgere i projekt Genvej til Overblik

<p>I. Borgere med:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enkel sygdom</li><li>• God egenomsorgsevne</li></ul> <p>→ patient + egen læge</p>	<p>II. Borgere med:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Komplex sygdom</li><li>• God egenomsorgsevne</li></ul> <p>→ patient + egen læge + sygehus</p>
<p>III. Borgere med:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enkel sygdom</li><li>• Ringe egenomsorgsevne</li></ul> <p>→ patient + egen læge + kommunal koordinator</p>	<p>IV. Borgere med:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Komplex sygdom</li><li>• Ringe egenomsorgsevne</li></ul> <p>→ patient + egen læge + kommunal koordinator + sygehus</p>

Borgerens navn: \_\_\_\_\_ Alder: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

**Konklusion og begrundelse for tilbud om forløbskoordination ud fra S1 og S2**

**Aftale om opstart af forløbskoordination ud fra borgerens vurdering og ønske:**

**S1: Den faglige vurdering:**

**Hvis en eller flere af følgende udsagn er opfyldt, afkrydses den tilhørende boks og borgeren kan have behov for forløbskoordination.**

**Erhvervsuddannelse:**

- Borger med faglært eller mindre uddannelse
- eller

**Socialt netværk:**

- Borger uden samlever
  - Svag relation til partner
  - Svag relation til familie eller børn
- eller

**Borger med lavt niveau af social støtte i kombination med subjektivt vurderet høj belastning i livet:**

- Økonomi
  - Boligproblemer
  - Arbejdsproblemer
  - Anden sygdom
  - Sygdom i nær familie
- eller

- Etnisk baggrund

*S2: Egenvurderingen skaber synlighed af borgerens bekymringsniveau ud fra et pointsystem:*

*Hvis der i spørgsmål 1-9 scores point, kan borgeren have behov for forløbskoordination.*

*Spørgeskema anvendes ved start af forløbskoordination og gentages ved opfølgning 3 måneder efter afsluttet forløb.*

Borgerens navn: \_\_\_\_\_ Alder: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Hvordan vurderer du generelt dit helbred?

særdeles godt

rimeligt

godt

mindre godt

dårligt

Tænk tilbage på de sidste 3 måneder og marker dit svar på følgende spørgsmål:

	Nej 0	Ja 1
1 I løbet af de seneste 3 måneder er <b>mit helbred</b> blevet forværret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jeg har <b>mistet overblik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jeg har været <b>mindre aktiv</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jeg har trukket mig mere væk fra <b>samvær med andre</b> mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uenig 0	Enig 1
5 Det er egentligt ikke <b>sikkert</b> for en person i min tilstand at være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Jeg har været <b>bekymret</b> meget af tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Jeg føler mine gener er <b>forfærdelige</b> og de bliver <b>aldrig bedre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Generelt har jeg ikke <b>nydt</b> alle de ting, som jeg plejede at nyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Overordnet set, hvordan har du fungeret, de sidste 3 måneder sammenholdt med tidligere?

betydelig bedre

0

lidt bedre

0

uændret

0

noget dårligere

1

meget dårligere

1

Selvurderet helbred og spørgsmål 1-9 opgøres adskilt og udvikling ses ved at sammenligne resultatet fra opstart med målingen 3 måneder efter afsluttet forløb.

Total score (alle 9): \_\_\_\_\_ Sub Score (spr. 5-9): \_\_\_\_\_

## 10.8 Bilag 8: SOC-skema

Ud for hvert spørgsmål skal du sætte et kryds ud for det tal der passer på hvordan du har det i dag<sup>5</sup>.

1) Oplever du at du er ligeglad med det, der sker omkring dig? (M)

Meget sjældent/  
aldrig

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ofte

2) Er det sket for dig at du er blevet overrasket over opførslen hos personer, du kendte godt? (B)

Det er sket  
mange gange

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det er aldrig sket

3) Er det sket at mennesker, du stolede på, har skuffet dig? (B)

Det er sket  
mange gange

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det er aldrig sket

4) Indtil nu har dit liv: (M)

Helt savnet mål  
og mening

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haft både mål og mening

5) Føler du dig uretfærdigt behandlet? (H)

Meget ofte

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meget sjældent/ aldrig

6) Oplever du, at du er i en uvant situation og ikke ved, hvad du skal gøre? (B)

Meget ofte

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meget sjældent/ aldrig

7) Er din dagligdag en kilde til: (M)

Glæde og dyb  
tilfredsstillelse

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smerte og kedsomhed

8) Har du meget modstridende tanker og følelser? (B)

Meget ofte

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meget sjældent/ aldrig

<sup>5</sup> For hvert spørgsmål er angivet hvilket begreb det måler: M meningsfuldhed, B begribelighed, H håndterbarhed.

**9) Sker det, at du har følelser, som du helst ikke vil føle? (B)**

Meget ofte      1 2 3 4 5 6 7  
            Meget sjældent/ aldrig

**10) Selv mennesker med en stærk personlighed føler sig indimellem som tabere. Hvor ofte har du følt dig sådan? (H)**

Aldrig      1 2 3 4 5 6 7  
            Meget ofte

**11) Hvor tit oplever du, at du over- eller undervurderer betydningen af noget, der sker? (B)**

Du over eller undervurderer betydningen      1 2 3 4 5 6 7      Du ser sagen i det rette forhold

**12) Hvor ofte føler du, at de ting du foretager dig i din hverdag, er uden mening? (M)**

Meget ofte      1 2 3 4 5 6 7  
            Meget sjældent/ aldrig

**13) Hvor ofte har du følelser, som du ikke er sikker på at du kan kontrollere? (H)**

Meget ofte      1 2 3 4 5 6 7  
            Meget sjældent/ aldrig

## 10.9 Bilag 9: Samarbejdsaftale

Målet med samarbejdsaftalen er at skabe rammer for at udvikle fælles forståelse og udfordre nuværende perspektiv og arbejdsgange. Dette gøres ved følgende punkter:

- Mødes ansigt til ansigt med henviser
- Skabe et sparringsrum for helhedsorienteret forløbskoordination
- Skabe tværfaglig og monofaglig refleksion over emnet
- Opsamle data med henblik på evaluering / implementering / optimering

### Ansvarsfordeling

**Niveau 1** Egen læge: **Er livslang tovholder** for borgeren med kronisk lidelse og **hovedansvarlig** for tidlig opsporing.

**Niveau 2** **Forløbskoordination:**

Hjemmesygeplejersker, trænende terapeuter og sagsbehandlere i handicap-, psykiatri- og hjælpemiddelteamet.

Har **ansvar** for tidlig opsporing samt forløbskoordinerende opgaver.

**Niveau 3** Sagsbehandlere i Jobcenter, visitatorer, ældrekonsulenter, forebyggende terapeuter og demenskoordinator.

Har i mødet med borgeren ansvar for tidlig opsporing med **opmærksomhed** på risikofaktorer og henvisning til forløbskoordination

**Niveau 4** Borgerservice, distriktsleder og SOSU-personale møder borgeren med en kompleks problemstilling og/eller borgeren der har svært ved at navigere i organisationen.

Har i mødet med borgeren ansvar for tidlig opsporing med **opmærksomhed** på kompleksitet i borgerens situation samt henvisning til forløbskoordination.

I hver afdeling udpeges en eller flere kontaktpersoner, der er ansvarlig for projektet i den pågældende afdeling. Denne person sørger dermed også for at samle op på eventuelle spørgsmål, sætte projektet på dagsordenen til personalemøder og lignende. Derudover udpeges også kontaktpersoner fra projektgruppen til den enkelte afdeling. Dermed har hver afdeling en person fra projektgruppen, der sammen med projektleder er gennemgående i modelafprøvningen.

Disse personer er:

Afdeling	Ansvarlig	Kontakt i projektgruppen
Borgerservice	Kirsten Rasmussen	Gitte Knudsen Tove Sommer
Jobcenteret	Eva Therkelsen Pia Gerdes	Susanne Valbjørn Nielsen Tove Sommer
Pleje og Omsorg	Rikke Pelle Hansen Birgitte Lange Hanne Christensen Anna Lise Christensen Ulla Klitgaard Johansen	Margit Skov Grethe Hansen Tove Sommer

Desuden samarbejdes der i projektet også med de praktiserende læger i område nordøst. Alle lægehuse kan henvise borgere til projektet på korrespondancemeddelelse eller på LÆ 165 til Det Mobile Sundhedscenter. Derudover får de tre lægehuse i Ringe en særlig introduktion til henvisning, og dermed også en plads i opsamling og læring i projektet. De øvrige lægehuse orienteres via nyhedsbrevet fra praksiskonsulenten.

### **Henvisning**

Når man som opsporer har identificeret en borger, der hører under målgruppen, skal borgeren henvises til forløbskoordination. Dette gøres ved at udfylde det elektroniske henvisningsskema i Rambøll Care/højreklik i klientbjælke/ wordskabelon/forløbskoordination/henvisning udfyldt eller fra infolet/gør det selv/genvej til overblik/henvisningsskema eller ved at printe fra care eller infolet og sende skemaet til:

Tove Sommer  
Graabjergvej 3a  
5856 Ryslinge  
72536009

Niels-Peter Skovsgaard  
Graabjergvej 3a  
5856 Ryslinge  
72536013

Eller til mailadressen: [genvejtilverblik@faaborgmidtfyn.dk](mailto:genvejtilverblik@faaborgmidtfyn.dk)

Alle henvisninger fra opsporer sendes med edifakt til ”forløbskoordinator” i Care eller via virksomhedspostkassen til ” [genvejtilverblik@faaborgmidtfyn.dk](mailto:genvejtilverblik@faaborgmidtfyn.dk)”. Niels-Peter og Tove vurderer herefter hvorvidt den pågældende borger skal inkluderes i projektet, og tager herefter sagen med videre til først følgende torsdagsmøde. Borgere, der ikke inkluderes i projektet, tages hånd om af Niels-Peter Skovsgård.

Hvis man som medarbejder med forløbskoordinerende opgaver opsporer en borger i målgruppen, kan man godt påbegynde forløbskoordination. Henvisningsskema skal dog stadig udfyldes og sendes for at sikre at alle borgere, der inkluderes i projektet, bliver registreret. Det samme gælder hvis forløbskoordination er tilbudt en borger, men denne har afslået tilbudet.

Der oprettes desuden et projektrum, som alle der er involveret i projektet får adgang til. Dette projektrum kan bruges til vidensdeling internt i gruppen.

## **Møder på tværs**

På møderne i de enkelte afdelinger deltager medarbejdere og leder fra den afdeling, der er vært for mødet, samt to medarbejdere fra hver af de forløbskoordinerende grupper og projektlederen. Mødet i Pleje og Omsorg inkluderer også visitatorer, samt kontaktpersoner fra hjælpergruppen og sektionslederne.

Hver fjerde uge er mødet for de forløbskoordinerende medarbejdere. Mødestedet er fast, men værtsrollen går på skift mellem afdelingerne. Desuden kan lederne fra de enkelte afdelinger og andre inviteres med efter behov.

Den ansvarlige fra værtsafdelingen har desuden ansvar for dagsorden og referat fra mødet.

## **Dagsorden på de tværfaglige møder**

- 1. time: Behandling af borgersager
  - Give sparring i konkrete sager
  - Diskussion af tvivlsager
  - Tilbage melding fra forløbskoordinator til opsporer
- 2. time: Vidensdeling
  - Oplæg fra eller til afdelingen
  - Udvikling af fælles forståelse af projektet
  - Udfordring af perspektiver

Efter hvert møde opsamles læring på to plan:

- De ansvarlige fra hver afdeling opsamler læring fra den enkelte afdelings proces i samarbejde med kontaktpersonen fra projektgruppen.
- Studentermedhjælper og projektleder opsamler læring på et overordnet plan, hvor der fokuseres på den generelle læring for hele projektet.

Aftalen vil være gældende til møderne i september 2011, hvor der vil blive gjort status på samarbejdsaftalen og redskaberne, og plan og ressourcer rettes til for resten af afprøvningsperioden.

## **Dato og sted for tværfaglige møder**

De tværfaglige møder ligger torsdag fra 13-15 med undtagelse af møderne hos Borgerservice, der ligger fra 8.15-10.

Der køres følgende turnus mellem afdelingerne og tilhørende mødested:

1. torsdag i måneden: Borgerservice Tinghøj Alle 2, Ringe
2. torsdag i måneden: Pleje og Omsorg Floravej Ringe, Guldhøjsskolen i kælderen
3. torsdag i måneden: Jobcenteret Bygmestervej 23A, Ringe
4. torsdag i måneden: Forløbskoordinatorer Floravej, Guldhøjsskolen i kælderen

Som undtagelse for dette er juni måned, hvor 1. torsdag er Kristi Himmelfart. Da der er 5 torsdage i juni måned rykkes møderne derfor en uge. Samtidig er det første møde i Jobcenteret rykket fra den 19. maj til den 9. juni. Denne dag er der derfor både møde i Borgerservice fra 8.15-10 og i Jobcenteret fra 13-15.

I september er der 5 torsdage i måneden. Derfor er der som udgangspunkt ikke planlagt møde den 29. september, men mødetiden kan benyttes efter behov.

Ved andre mødedatoer der giver problemer grundet ferie aftales til foregående møde hvorvidt mødet rykkes eller aflyses.

**10.10 Bilag 10: Kvalitetsstandard for forløbskoordination**

# Kvalitetsstandard for forløbs Koordination

Sten Dokkedahl

29-07-2008

4031

1

## Kvalitetsstandard for forløbskoordination

<b>Område</b>	Sekretariatet Sundhed og Handicap Patientrettet forebyggelse i Det Mobile Sundhedscenter
<b>Ydelsens lovgrundlag</b>	Sundhedslovens § 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis. Stk. 2 Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.
<b>Målgruppe</b>	Den særligt sårbare patient / borger, hvor situationen kompliceres af en eller flere kroniske lidelser eksempelvis hjertesygdomme, KOL, diabetes, væsentlige gener i bevægeapparatet, autoimmune sygdomme og forskellige kræftformer og hvor patientens evne til at håndtere sin kroniske sygdom er ringe/nedsat.
<b>Henvisnings – bevillingsgrundlag</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvor det vurderes, at der vil blive et behov for et tilbud ud over, hvad kommunen traditionelt tilbyder (hjemmehjælp, sygepleje, træning etc.).</li><li>• Hvor situationen kompliceres af at patienten lider af en eller flere invaliderende kroniske sygdomme</li><li>• Hvor situationen kompliceres af, at patienten og dennes netværk har få ressourcer.</li><li>• Hvor patienten giver udtryk for manglende overblik med behov for særlig støtte.</li><li>• Hvor der vurderes et behov for at koordinere indsatsen omkring patienten.</li></ul>

<b>Procedure for et vejledningsforløb</b>	<p>Henvisning til forløbskoordinatoren foregår gennem praktiserende læge, behandlende sygehusafdeling eller kommunale sagsbehandlere samt sundhedspersonale, men kan også komme gennem henvendelse fra patienten eller dennes pårørende (opsøgende funktion).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efter telefonisk eller elektronisk henvisning kontakter forløbskoordinatoren patienten/borgeren med henblik på en afklaring og en eventuel aftale om et videre forløb.</li> <li>• Ved første besøg lægges en individuel plan i samarbejde med patienten/borgeren.</li> <li>• Aftalen dokumenteres i kommunens omsorgssystem og formidles elektronisk efter aftale til henvisende instans med forventelig mål og varighed på indsats fra forløbskoordinator (under hensyntagen til: ”Lov om patienters retstilling” ).</li> <li>• Ved afslutning udarbejdes i samarbejde med patienten/borgeren en kort evaluering/status med aftalte videre anbefalinger og. Disse formidles efter aftale ligeledes elektronisk til henvisende instans (jf. ”Lov om patienters retstilling”).</li> </ul>
<b>Formål med støtten fra forløbskoordinatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At indsatserne integreres og koordineres på tværs.</li> <li>• At der sættes fokus på de sundhedsmæssige problemstillinger, der særlig har betydning for den pågældende patient.</li> <li>• At patientens og dennes netværkets egen evne støttes til at mestre situationen.</li> <li>• At patientens selvstændige livsførelse og deltagelse i samfundet understøttes.</li> </ul>
<b>Hvilke opgaver indgår i støtten eller bevillingen</b>	<p>Forløbskoordinatoren udarbejder i samarbejde med borgeren en plan med udgangspunkt i dennes situation, behov, ønsker og mål. Vejledning vil tilrettelægges individuelt efter denne plan.</p> <p>Med fokus på den særligt sårbare patient vil forløbskoordinatoren støtte borgeren i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakten til den kommunale forvaltning, det involverede sundhedspersonale og praktiserende/behandlende læge.</li> <li>• Handleplan udarbejdet af den behandlende læge.</li> <li>• Vejen gennem systemet/sundhedsvæsenet.</li> <li>• Koordinering af forløb internt og eksternt.</li> <li>• Patientens evne til at klare sig selv understøttes - selvmonitorering og selvbehandling.</li> <li>• Konkrete og uoverskuelige problemstillinger – herunder angst og depression</li> </ul>
<b>Hvilke opgaver/forhold indgår ikke i støtten/bevillingen</b>	<p>Ydelser bevilget efter Serviceloven eller ordineret i henhold til Sundhedsloven – således yder forløbskoordinatoren ikke hjemmehjælp, træning eller behandling.</p>

<b>Normeringsforhold og leverandør</b>	Faaborg-Midtfyn Kommune har en forløbskoordinator ansat i 37 timer ugentligt.
<b>Støttens omfang</b>	Støttens omfang vurderes individuelt jf. patientens plan.
<b>Er der mulighed for valg af leverandør</b>	Ingen
<b>Omkostning for borgeren</b>	Ingen
<b>Kvalitetsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At patienten senest 1 uge efter henvisning bliver kontaktet af forløbskoordinatoren med henblik på aftale om plan og vejledning.</li> <li>• At patienten modtager vejledning hurtigst muligt og senest fra 2 uger efter henvisning.</li> <li>• At min. 85 % af patienterne er tilfredse med vejledningsforløbet.</li> <li>• At patienten bliver mere bevidst om sin egen evne til at mestre en situation (egenomsorgskapacitet).</li> <li>• At patienten bliver mere opmærksom på de faktorer/symptomer, der har en betydning for at kunne leve godt med sin kroniske lidelse. (selvmonitorering og behandling)</li> <li>• Faaborg-Midtfyn Kommune vil frem til medio 2009 vurdere, hvor mange patienter ordningen kan rumme.</li> </ul>
<b>Kvalitetsopfølgning/ opfølgning af kvalitetsmål</b>	Kvalitetsmålene følges op via statistikker og brugertilfredshedsundersøgelse. Der arbejdes løbende med kvalitetssikring i form af indhentning af status fra praktiserende læge. Kvalitetssikring af den enkelte vejledning: Anvendelse af COPM til egenmonitorering/evaluering.
<b>Særlige forhold</b>	<p>Forløbs koordinationen er startet den 1. september 2008.</p> <p>Henvisning sendes til: Forebyggelse og Sundhed, Graabjergvej 3a, 5856 Ryslinge.</p> <p>Forløbskoordinatoren er organiseret i Det mobile Sundhedscenter.</p>

## 10.11 Bilag 11: Tids- og Handleplan

ST: Styregruppemøder

PG: Projektgruppemøder

Rød farve: Milepæle

2010

	ST			ST		ST	PG	PG	PG		ST	PG
jan	februar	marts	april	maj	juni	juli	august	september	oktober	november	december	
		Ideudviklingsdag	Dialog med Kolding og Vejle Kommune	Sammenskrivning af ideudviklingsdag		Projektbeskrivelse klar	Dialog med regionen Nedsættelse af projektgruppe	Opstarte projektgruppe <b>Afklar samarbejdet med RSD</b>	16.9.: 1. projektgruppedag	Evalueringsmanual overvejes Redskaber udvikles Metoder udvælges 6.10.: 2. projektgruppedag	Projektleder shopper ved interessenter <b>Jesper Eriksen og Kim Kolby</b>	Manual for evaluering udarbejdes sideløbende <b>Projektgruppe mødes med Hanne Møller, UCL</b>

2011

ST	PG		PG ST		PG			ST			ST	
Januar		feb.	marts	april	maj	juni	juli	august	september	oktober	Nov.	december
Student ansættes	Oplæg til manual for kompetenceudvikling og Organisation for særlig opmærksomhed ligger klar	Følgegruppedag	Kompetenceudvikling af deltagere i modelafprøvning – 3 dage på UCL	Færdigudvikling af redskaber - Arkitektet Plan for registrering – Peter Bach Nielsen	Involvering af interessenter	Manual for sundhedsøkonomisk konsekvensanalyse udarbejdes – Kim Skevild Pressestrategi	Manual for den kvalitative evaluering udarbejdes <b>Midtvejsevaluering</b>		Status på samarbejdsaftale Opslag til kandidatstud. Ideudviklingsdag for frivillige	Opfølgingsdag på UCL		Begyndende planlægning af 2. følgegruppedag

2012

		ST			ST				ST		ST
jan	februar	marts	april	maj	juni	juli	august	september	oktober	november	december
Dialog med Kolding og Vejle Kommune		Afslut modelafprøvning Bearbejde data Kvantitativ og kvalitativ evaluering	Efterfølgende tilretning af redskaber	2. følgegruppemøde inkl. Styregruppen, Kim Skevild og Peter Bach Nielsen				Involvering af interessenter	Slutevaluering	Manual for generel kompetenceudvikling	Anbefaling af forløbskoordination i Faaborg-Midtfyn Kommune

4. udgave  
23. maj 2011