

FORLØBSKOORDINATORER – TIL HVEM OG HVORDAN?

Regeringen offentliggjorde i december 2011 en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Med planen har man afsat 97,4 millioner kroner til implementering af forløbskoordinatorer til særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Danske Patienter bidrager her med en række anbefalinger til, hvilke kriterier der bør være for implementeringen af forløbskoordinatorer både i forhold til den ældre medicinske patient og til en bredere gruppe af patienter med særligt komplekse forløb, som Danske Patienter anbefaler på sigt også får mulighed for at få tildelt en forløbskoordinator – ud fra målet om at sikre bedst mulig faglig, organisatorisk og patientoplevelse kvalitet i sundhedsvæsenet.

Danske Patienter anbefaler,

At forløbskoordinatorer bliver forankret i fælles koordinationsenheder, der rummer forløbskoordinatorer ansat i forskellige specialer og sektorer.

At forløbskoordinatorer skal have et bredt kendskab til social-, sundheds- og/eller beskæftigelsessektorens opbygning og funktion, gode kommunikations- og samarbejdsevner samt en sundhedsfaglig baggrund.

At gruppen af forløbskoordinatorer dækker feltet af sygdomsgrupper i overensstemmelse med den nuværende og kommende generiske model for kronisk sygdom.

At Sundhedsstyrelsen sætter sig i spidsen for at udvikle visitationskriterier, som kan understøtte konkrete vurderinger af patienters behov for forløbskoordination.

At den institution, der modtager – eller har det løbende behandlingsansvar for – patienten, sikrer, at der bliver foretaget en vurdering af patientens behov for forløbsstøtte, og at patienten ved behov for støtte får tilknyttet en relevant forløbskoordinator.

At implementering af forløbskoordinatorer indgår som forpligtigende aftalestof under sundhedsaftalerne, og at de statslige midler til forløbskoordinatorer – i forlængelse heraf – øremærkes til udmøntning mellem sundhedsaftaltparterne.

At ordningen med forløbskoordinatorer evalueres efter implementering, så man sikrer et solidt grundlag for en fremtidig kvalitetsudvikling af forløbskoordinatorernes funktion og effekt.

At man på sigt breder ordningen med forløbskoordinatorer til ældre medicinske patienter ud, så den kommer til at dække *alle* patienter med særligt behov for koordination.

BAGGRUND FOR ANBEFALINGERNE

Flere patienter gennemgår i dag komplekse forløb med behov for sammenhængende ydelser på tværs af specialer og sektorgrænser, men samtidig er sundhedsvæsenet opdelt i afgrænsede enheder, som mange patienter og deres pårørende oplever som fragmenterede enheder, de selv skal skabe sammenhæng imellem.

Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet skaber ikke alene frustrationer hos patienter og pårørende, men forringer også kvaliteten af sundhedsvæsenets samlede ydelser og øger risikoen for fejl og utilsigtede hændelser.

Både nationale og internationale erfaringer peger på, at én navngiven forløbskoordinator kan sikre patienter med komplekse sygdomsforløb – fx patienter med flere kroniske sygdomme, alvorlig langvarig sygdom og ulykkesramte – en bedre sammenhæng på tværs af afdelinger, sygehuse og sektorer og dermed et bedre behandlingsresultat.

Variierende behov for koordination

Patienter er forskellige og har grundet deres diagnose og sygdomsforløb forskellige behov for koordination. Der kan således være forskel på, hvor i systemet, og hvornår i sygdomsforløbet, den enkelte patient har særligt brug for en forløbskoordinator.

Nogle patienter vil have en kronisk og/eller progredierende sygdom, der stiller krav om løbende koordination – en koordination, der typisk vil udspille sig mellem kommunale instanser og almen praksis eller på tværs af kommune, almen praksis og hospital. Andre patienter med alvorlig og langvarig sygdom – dog hverken af progredierende eller

kronisk natur – vil typisk have et behov for koordination i udredningsfasen og i selve behandlingsforløbet, der primært foregår på tværs af hospitaler og på tværs af forskellige hospitalsafdelinger.

En ordning med forløbskoordinatorer bør derfor være fleksibel i forhold til den enkelte patients behov.

Eksempler på forskellige behov

Her følger fire konkrete eksempler, der illustrerer de forskellige behov for koordination, som patienter kan have i deres forløb.

1. Ældre medicinsk patient med multimorbiditet

En ældre medicinsk patient er indlagt i kort tid på grund af lungesygdommen KOL. Patienten har sideløbende diabetes, som følges i almen praksis. Patienten bliver udskrevet, men har brug for opfølgning i form af pleje og behandling i kommunen. Her kan det være relevant med en forløbskoordinator, der har særlige kompetencer i forhold til koordination mellem kommune og almen praksis, og som desuden kan sikre en god sammenhæng mellem forløbet på hospitalet og det videre forløb i patientens hjem.

2. Patient med livstruende & langvarig sygdom

En ung patient med kræft skal gennem en langvarig udredning og behandling med kirurgi og

strålebehandling, som finder sted på flere afdelinger og forskellige hospitaler. Derefter har patienten behov for et specialiseret rehabiliteringstilbud. Her kan det være relevant med en forløbskoordinator, der har en særlig kompetence i forhold til koordination mellem forskellige specialer og forskellige hospitaler, da denne kan sikre, at den specialiserede viden følger patienten gennem hele forløbet, og at der ikke sker forsinkelser undervejs.

3. Patient med progredierende sygdom

En patient med sclerose gennemgår et livslangt progredierende forløb. Patientens forløb kan ikke forudsiges, og der opstår skiftende behov på grund af sygdommens udvikling – bl.a. i forhold til patientens rehabilitering, vedligeholdelsestræning, tilbud vedr. sundhedsfremme og forebyggelse samt behov for hjælpemidler. Her kan det være en fordel med en forløbskoordinator, der har særlige kompetencer i forhold til koordinering mellem forskellige kommunale indsatser, så koordinatoren kan sikre sammenhæng og adgang til relevante tilbud.

4. Patient med kronisk & ikke-livstruende sygdom

En patient har periodevis rygmerter, der over tid bliver til kroniske smerter. Patienten bliver henvist til et regionalt rygcenter, hvor en tværfaglig indsats bliver sat i gang. Denne følges op med en kommunal sundhedsfaglig, social og beskæftigelsesmæssig indsats, der skal sikre, at patienten bliver genoptrænet og fortsat kan fungere på arbejdsmarkedet. Her vil det være relevant med en forløbskoordinator, der har særlige kompetencer i forhold til koordinationen i feltet mellem beskæftigelses-, sundheds- og socialområdet.

Positive erfaringer fra ind- og udland

Siden 2001 har norske patienter med behov for en langsigtet, koordineret indsats på tværs af sundhedsvæsenets institutioner haft ret til en forløbskoordinator som en del af en individuel plan, jf. Lov om patientrettigheder (1). De positive erfaringer med ordningen førte til, at Norge i 2011 vedtog en lov, der sikrer alle patienter i komplekse forløb og med behov for koordination ret til en navngiven koordinator, som har ansvaret for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer og specialer (4).

Foruden de positive erfaringer fra Norge eksisterer der også viden om brug af forløbskoordination fra nationale og internationale undersøgelser (2, 3, 8 m.fl.). Desuden har man i Danmark erfaringer fra nationale forløbskoordinations-ordninger, som er etableret for enkelte diagnosegrupper (13).

Hvorfor skal vi have forløbskoordinatorer?

Et stigende antal mennesker har i dag en kronisk eller alvorlig og langvarig sygdom, og mange lider af flere sygdomme på samme tid. Mange har brug for pleje, behandling og rehabilitering (herunder bl.a. genoptræning, sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser) – ofte inden for flere specialer, på tværs af sektorer samt i hjemmet.

De krydser derfor mange sektor- og specialegrænser, og det er netop i disse overgange, at der sker kvalitets- og kontinuitetsbrist (5, 7). Det kan fx være i form af fejl i behandlingen, utilstrækkelig kommunikation samt patientoplevelset mangel på sammenhæng (10, 11), hvilket forringer kvaliteten af den samlede behandlingsindsats. Den manglende sammenhæng i patientforløbene er derfor en af de største udfordringer i sundhedsvæsenet.

Hidtidige forsøg på at skabe sammenhæng – bl.a. gennem kontaktpersonordningen (sundhedsloven § 90a) – har ikke skabt den nødvendige sammenhæng i patienternes forløb.

Både danske og internationale erfaringer peger på, at forløbskoordinatorer kan være en løsning på en del af sammenhængsproblemerne (8).

Hvordan tildeler man en forløbskoordinator?

Alle patienter med behov for koordination gennem deres forløb bør have en lovforankret ret til en koordinator.

Derfor anbefaler Danske Patienter, at regeringen udvider ordningen med forløbskoordinatorer, så den ikke alene kommer til at omfatte ældre medicinske patienter, men på sigt alle patientgrupper med særligt behov for koordination af deres forløb.

Danske Patienter anbefaler desuden, at Sundhedsstyrelsen sætter sig i spidsen for at udvikle visitationskriterier, som kan understøtte de konkrete vurderinger af en patients behov for en forløbskoordinator.

Den enkelte patients behov for en koordinator skal vurderes af den behandlingsansvarlige i samarbejde med patienten – og med de pårørende, hvis patienten ønsker det. Den behandlingsansvarlige beslutter sammen med patienten – og på baggrund af en tværfaglig vurdering – om patienten skal tildeles en forløbskoordinator.

Det er den institution, der modtager eller har det løbende behandlingsansvar for patienten, som skal sikre en vurdering af patientens behov for forløbsstøtte – og samtidigt sikre, at patienten ved

behov for støtte får tilknyttet en relevant forløbskoordinator.

Den behandlingsansvarlige skal i den individuelle vurdering af en patients behov for koordination støtte sig til de overordnede visitationskriterier, som Sundhedsstyrelsen udarbejder.

Hvad skal forløbskoordinatoren?

En forløbskoordinator skal sikre sammenhæng og fremdrift i patientens forløb ud fra den udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsplan, som er lagt af de behandlingsansvarlige.

Samtidig skal forløbskoordinatoren være patientens ankermand gennem det samlede sygdomsforløb, således at patienten har én navngiven person, som han eller hun kan kontakte med spørgsmål, som ikke kan afklares på den afdeling eller institution, som patienten er tilknyttet.

Forløbskoordinatoren har en primær rolle, når patienten overgår fra én afdeling eller institution til en anden - fx når patienten udskrives fra hospitalet og overgår til kommunal hjemmesygepleje eller til et rehabiliteringstilbud.

Forløbskoordinatoren skal ikke vide alt om baggrunden for en patients behandling og har ikke ansvaret for de faglige vurderinger af behandlingsbehovet – men det er vigtigt, at koordinatoren har adgang til alle relevante oplysninger i patientens forløb. Koordinatoren skal have en proaktiv rolle og som eksempel følge, hvorvidt patientens forløbsplan bliver overholdt.

Forløbskoordinatoren skal koordinere på tværs af specialer, sektorer og forvaltninger – herunder mellem den sundhedsfaglige, beskæftigelsesmæssige og sociale indsats (12).

Hvilke kompetencer har forløbskoordinatoren?

Et patientforløb vil altid tage afsæt i et sygdomsforløb, hvorfor en forløbskoordinator som udgangspunkt skal have en sundhedsfaglig grunduddannelse og erfaring inden for et sygdomsfelt.

Danske Patienter foreslår, at man ved etablering af en ordning med forløbskoordinatorer sikrer de forskellige sundhedsfaglige kompetencer ved at inddele koordinatorerne i sygdomsgrupper i overensstemmelse med den nuværende og kommende generiske model for kronisk sygdom. Således vil der være forløbskoordinatorer med viden om og erfaring inden for sygdomsgrupper som fx: Psykiatri, lungesygdomme, muskel- og skeletsygdomme, livstruende sygdomme, stofskiftesygdomme, progredierende neurologiske sygdomme, multitraumepatienter og sjældne diagnoser.

Mange patienter har behov for en kombineret sundhedsfaglig, social og beskæftigelsesmæssig indsats – med forskellig vægtning på de enkelte dele. Derfor skal den samlede gruppe af forløbskoordinatorer foruden sundhedsfaglige kompetencer rumme et solidt kendskab til social-, beskæftigelses- og sundhedssektorens opbygning og funktion.

Dertil skal forløbskoordinatorerne have gode kommunikations- og samarbejdsevner i relation til både patienter, pårørende og behandlere samt sagsbehandlere og øvrige sundhedsprofessionelle, som kan være relevante at kontakte i patientens forløb. Herunder gode evner til facilitering og koordinering af processer samt evnen til at tænke helhedsorienteret.

Forskellige personalegrupper vil være i stand til at udfylde denne funktion, så længe det sikres, at de pågældende har de relevante kompetencer.

I gældende forløbsprogrammer beskriver man ofte den alment praktiserende læge som tovholder for patienten (14).

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på de mulige begrænsninger, der kan være for almen praksis i forhold til at udfylde rollen som forløbskoordinatorer. Dels fordi almen praksis for en lang række patienter ikke fungerer som primærbehandlere, dels fordi almen praksis ikke er pålagt den proaktive indsats og tværgående kommunikation, som forløbskoordinator-funktionen kræver.

Koordinatorernes organisatoriske forankring

Danske Patienter foreslår, at der bliver etableret fælles koordinationsenheder mellem regioner og kommuner. Koordinationsenhederne opbygges som netværk mellem de sundhedsprofessionelle, som har rollen som forløbskoordinatorer. En koordinationsenhed skal rumme forløbskoordinatorer med tilknytning til – og viden om – de forskellige specialer og sektorer. Etablering af en fælles enhed vil skabe gode rammer for samarbejde på tværs af specialer og sektorer – samt gode rammer for udvikling af koordinatorfunktionen.

En forløbskoordinator skal have den organisatoriske tilknytning, som bedst understøtter funktionen som koordinator – set ud fra den enkelte patients behov. Det er centralt, at forløbskoordinatoren har mulighed for at koordinere på tværs af specialer og sektorer.

Økonomi & styringsramme

Implementering af forløbskoordinatorer bør indgå som forpligtigende aftalestof under sundhedsaftalerne og skal tænkes inden for en økonomisk styringsramme, som fremmer samarbejde frem for kassetækning.

Danske Patienter anbefaler i forlængelse heraf, at de statslige midler til forløbskoordinatorer øremærkes til udmøntning mellem sundhedsaftaleparterne.

Der er vigtigt at pointere, at der ikke alene er individuelle gevinster ved koordinering af den sundhedsfaglige, beskæftigelsesmæssige og sociale indsats – men også et stort potentiale for et samfundsøkonomisk udbytte. Det gælder fx i forhold til sygemeldte, der ved bedre koordinering kan komme hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet.

Evaluering

Danske Patienter opfordrer til, at der i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdes indikatorer for – og planlægges en evaluering af – de ordninger, som skal igangsættes. På den måde kan man sikre et tilstrækkeligt videngrundlag for en fremtidig kvalitetsudvikling af forløbskoordinatorernes funktion og effekt.

Udarbejdet af Danske Patienters Arbejdsgruppe om sammenhæng og forløbskoordination

© Danske Patienter, marts 2012

Kan downloades fra:

www.danskepatienter.dk

REFERENCER

- 1.** Patientrettighedsloven § 2-5. Ret til individuellplan. Hentet 20. juni 2011:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00288/Forskrift_om_IP_med_288159a.pdf
- 2.** Helsedirektoratet (2009): Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuellplan. Hentet 5. maj 2011:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00111/Jeg_har_en_plan_111339a.pdf
- 3.** Rambøll (2011): Kortlegging af individuelle planer i landets kommuner 2011. Hentet 27. juni 2011:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00334/Kartlegging_av_indi_334569a.pdf
- 4.** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2010–2011). Hentet 7. september 2011:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/1.html?id=638732>
- 5.** DSPS, 2010: Utsigtede hendelser i sektorovergange – Eksempler, april 2010. Hentet 6. marts 2012:
http://patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/primaersector_01/Utsigtede_haendelser_i_sektorovergange_hjemmeside.pdf
- 6.** Enheden for Brugerundersøgelser (2009). Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Hentet 6. marts 2012:
http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2009/National_rapport/LUP_2009.pdf
- 7.** Hvordan sikrer vi kvaliteten i sektorovergange? Danske regioner, 2010. Hentet 1. november 2011:
http://www.patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/Publikationer/Danske/Utsigtede_haendelser_ved_sektorskifte.pdf
- 8.** Christian Wulff, 2010: Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter. Ugeskrift for Læger 172/10, 801-5.
- 9.** Enheden for Brugerundersøgelser (2007). Patienters oplevelser i overgange mellem primær og sekundær sektor. Hentet 6. marts 2012:
http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/POPS_rapport.pdf
- 10.** Draborg E., Kjær T., Bech M., Møllerup M. (2009). Dokumentationsrapport. Spørgeskemaundersøgelse. PaRIS – Patientens Rejse i Sundhedssektoren. Health Economics Papers 2009:5. University of Southern Denmark, Odense.
- 11.** Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters vurdering af landets sygehuse (2007, 2009, 2011). Hentet 16. juni 2011:
<http://www.patientoplevelser.dk/index.asp?id=309&sub1=21>
- 12.** Ørtenblad L., Balleby M. (2010): Perspektiv på den faglige indsats blandt borgere med lænderygsmærter – et bidrag til udvikling af forløbsprogram for lænderygsmærter i Region Midtjylland. Region Midtjylland, Center for Kvalitetsudvikling.

13. Finansministeriet (2010): Aftaler om Finanslov for 2011, Kræftplan III. Hentet 6. marts 2012:
http://www.fm.dk/Publikationer/2010/~media/Publikationer/Imported/2010/Aftaler%20om%20finansloven%20for%202011/Aftaler%20om%20finansloven%20for%202011_web.ashx

14. Sundhedsstyrelsen (2008): Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen. Hentet 6. marts 2012:
http://www.sst.dk/publ/publ2008/Plan/Kronisk/kronisk_forloebprogrammer2008.pdf

Anden baggrundslitteratur

Dagens Medicin, red. (2009): Skammekrogen – en debatbog om medicinske patienter, Dagens Medicin

Martin, H.M. (2010): Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. Dansk Sundhedsinstitut. Hentet 6. marts 2012:
http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4d072e6213029.pdf

