Halsnæs
Kommune

Sammenhæng i livet med kræft

Et model- og udviklingsprojekt om rehabilitering i Halsnæs Kommune 2007-2009

Natur og Udvikling

Redelighed
Helhed
Mulighed

Rapport fra projektet

Sammenhæng i livet med kræft
Et model- og udviklingsprojekt om rehabilitering i Halsnæs Kommune 2007 - 2009.
Projektet er gennemført i et samarbejde med Metropol, Center for Sammenhængende Forløb.

Udgiver
Halsnæs Kommune, Forebyggelse og Sundhed

Forfattere
Dorte Helving Rasmussen, Marie Paldam Folker, Jette Thuesen, Shila Samuelsen, Anne Prip og Karna Vinther (se også under projektdeltagere nedenfor).

Grafisk tilrettelæggelse
Fænø Design 4414 - 0110

Produktion
Nofoprint, Helsingør

Rekvirering
Rapporten og bilag kan downloades på www.forloeb.dk og www.halsnaes.dk, se under Sundhed ▪ Pleje.

Projektdeltagere
Halsnæs Kommune:
- Birte Carøe, projektleder og leder af Sundhedsservice
- Karna Vinter, forløbs- og projektkoordinator, sygeplejerske og stud. Master i Rehabilitering

Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol:
- Helle Timm, centerchef og projektleder frem til november 2008
- Helle Krogh Hansen, centerchef og projektleder januar 2009 – december 2009
- Jette Thuesen, tidl. udviklingskonsulent og projektkoordinator frem til august 2009, nu ph.d. studerende på RUC
- Dorte Helving Rasmussen, lektor, cand.scient.san., Sygeplejerskeuddannelsen Metropol
- Shila Samuelsen, adjunkt, MVO og fysioterapeut, Fysioterapeutuddannelsen Metropol
- Anne Prip, adjunkt, cand.mag.pæd.psyk. og sygeplejerske, Sygeplejerskeuddannelsen Metropol
- Marie Paldam Folker, konsulent, cand. scient. anth., Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol, efteråret 09

Styregruppen 2009
- Projektleder Birte Carøe, leder af Sundhedsservice, Halsnæs Kommune
- Else Carlstedt, leder af Kræftens Bekæmpelses rådgivning i Hillerød
- Eva Lundberg, ledende overfysioterapeut Hillerød Hospital
- Projektkoordinator Karna Vinther, forløbskoordinator Halsnæs Kommune
- Projektkoordinator Jette Thuesen, Center for Sammenhængende Forløb
- Praksiskonsulent Liselotte Rønne Jørgensen
- Projektleder Helle Krogh Hansen, centerchef, Center for Sammenhængende Forløb

Forord

I perioden fra 1. oktober 2007 til 31. december 2009 er projekt Sammenhæng i livet med kræft blevet gennemført i Halsnæs Kommune.

At få en kræftsygdom indebærer både fysiske, psykiske og sociale brud og forandringer i den kræftramtes hverdagsliv. De erhvervsaktive har en øget risiko for at miste deres job og dermed blive marginaliseret på arbejdsmarkedet. Mange patienter lever med senfølger af sygdom og behandling i form af træthed, vægttab, smerter, nedsat livsmod m.v. Mange kræftpatienter får ikke tilbudt den genoptræning og rehabilitering, de har behov for.

Fra dansk side antages det, at to tredjedele af alle nydiagnosticerede kræftpatienter har et rehabiliteringsbehov, og i den internationale litteratur er der konsensus om, at ca. 1/3 af alle nydiagnosticerede kræftpatienter har et stort og længerevarende behov.

Kommunalreformen og den nye sundhedslov, som trådte i kraft 1. januar 2007 har medført, at indsatsen over for borgere med rehabiliteringsbehov samles i kommunerne, og at kommunerne får medansvar for den patientrettede forebyggelse. Der er tale om nye opgave- og indsatsområder for kommunerne, og om en ændring i opgavefordelingen mellem kommune og sygehus. Der er derfor behov for at afprøve nye faglige metoder og samarbejdsformer.

Det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium udloddede en pulje til kræftrehabiliteringsprojekter. Halsnæs Kommune og Videncenter for Sammenhængende Forløb, nu Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol, ansøgte i fællesskab og fik bevilget ca. 2 mio. kr. til projektet. Der blev bevilget puljemidler til 11 projekter i alt med deltagelse af 15 kommuner.

Projektet er et model- og udviklingsprojekt. Det betyder, at erfaringer fra projektet med bl.a. rehabiliteringsplaner og koordination af forløb forventes at kunne overføres dels til gavn for kræftpatienter i andre kommuner, dels til gavn for andre målgrupper i Halsnæs Kommune – specielt i forhold til borgere med kroniske sygdomme. Med udgangspunkt i udvikling af praksis på et udvalgt og afgrænset område har det været målet at afdække barrierer og muligheder for at realisere de nye rehabiliteringsopgaver, der påhviler kommunerne.

Sammenfattende må det konstateres, at der er brug for at sikre, at mennesker med kræft tilbydes en sammenhængende, koordineret og helhedsorienteret rehabilitering, der starter, når diagnosen er stillet. I tilknytning til dette er der brug for overordnet at beskrive, hvori en helhedsorienteret indsats overfor mennesker med kræft består og hvilke aktører, der er involveret i indsatsen. Der er behov for dynamiske redskaber og strukturer for at sikre fleksibilitet i viden- og opgavedelingen internt i kommunen og mellem sygehus og kommune, og for at sikre kvalitet og sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen, uanset hvem der løser opgaverne.

I projektet er anvendt formativ evaluering, som bl.a. har bestået af forløbsaudit, borgerinterviews, telefoninterviews af fagpersoner, ledere og andre involverede i projektet.

Som det fremgår af rapporten, har den interne koordinering i Halsnæs Kommune været den største udfordring for projektet, hvilket har været en øjenåbner for kommunen og en god erfaring at have med fremadrettet i rehabiliteringsindsatsen overfor borgere i Halsnæs Kommune.

Det har været meget givtigt for Halsnæs Kommune at arbejde sammen med Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol. Den gensidige forståelse af og respekt for hinandens arbejdsområde har været et vigtigt element i processen. Samarbejdet har blandt andet betydet, at Metropols undervisere og studerende har fået værdifuld viden om vilkår og rammer i praksisfeltet, mens Videncentret har givet kommunen indsigt i spændende teoretiske vinkler på rehabiliteringsfeltet. Dette projekt er et eksempel på, at det kan lykkes af få teori og praksisfeltet til at spille sammen.

Videncentret har været gode sparringspartnere under hele projektforløbet og samarbejdet har medført gensidig læring, udforskning og eksperimenteren med teoretisk og praktisk viden om rehabilitering.

I projektet er der gennemført kompetenceudviklingsforløb på tre forskellige niveauer for medarbejdere i kommunen, som sammen med erfaringerne fra det samlede arbejde i projektet har bevirket, at Halsnæs Kommune vidensmæssigt vil være godt rustet til at kunne løfte rehabiliteringsopgaver i fremtiden.

Erfaringerne fra projektet og de fremtidige opgaver i kommunen vedr. rehabilitering har resulteret i, at projektets forløbskoordinator er blevet ansat som rehabiliteringskoordinator. Der arbejdes således målrettet og struktureret videre i kommunen med at implementere rehabiliteringstankegangen.

Tak til medlemmer af styregruppen, medlemmer af projektgruppen, medlemmer i det lokale rehabiliteringsteam, projekt- og forløbskoordinator, involverede medarbejdere og ledere, de praktiserende læger og privatpraktiserende fysioterapeuter i Halsnæs Kommune, medarbejdere på hospitalerne i Regionen, Halsnæs Lokalforening af Kræftens Bekæmpelse samt Videncenter for Sammenhængende forløb for bidrag og for konstruktivt og udviklende samarbejde i hele projektfasen.

Birte Carøe
Leder af Sundhedsservice
Halsnæs Kommune

Indhold

Forord ***3***

Resumé og hovedresultater ***7***

Læsevejledning ***10***

Kapitel 1: Introduktion til projektet ***11***
1.1 Projektets baggrund og formål 11
1.2 Projektdesign og forløb 11
1.3 Projektorganisering og -samarbejde 12
1.4 Evaluering 14
1.5 Implementeringsovervejelser 14

Kapitel 2: Projektets grundlag og valg af interventioner ***15***
2.1 Rehabiliteringsbegrebet og teoriafsæt 15
2.2 Grundlagsarbejdet i projektet (fase 1) 15
2.3 Beskrivelse af interventioner i projektet (fase 2) 16
2.3.1 Forløbsbeskrivelse for den koordinerede kræftrehabiliteringsindsats 16
2.3.2 Forløbskoordinator og det lokale rehabiliteringsteam 17
2.3.3 Henvisning 18
2.3.4 Afklarende samtale (screening) 18
2.3.5 Individuel rehabiliteringsplan (IRP) 18
2.3.6 Mål og planmøder 18
2.3.7 Opfølgende møder og samtaler 18
2.3.8 Evalueringssamtale 18
2.3.9 Tilbud og indsatser der kan indgå i kommunalt koordineret kræftrehabiliteringsforløb 18
2.3.10 Justeret tilbud om fysisk træning og aktivitet 19
2.4 Kompetenceudviklingsforløb 19
2.5 Kommunikation i projektet 19
2.6 Formativ evaluering og projektjusteringer undervejs 20

Kapitel 3: Evaluering ***21***
3.1 Evalueringsplan og design 21
3.1.1 Dataindsamling og analyse 21
3.2 Individuelle koordinerede rehabiliteringsforløb – beskrivelser og pointer 22
3.2.1 Henvisning og kønsfordeling 22
3.2.2 Diagnoser og diagnosetidspunkt i rehabiliteringsforløbet 23
3.2.3 Beskæftigelse 24
3.2.4 Samtaler/besøg 25
3.2.5 Afklarende og opfølgende besøg 25
3.2.6 Mål og planmøder (MPM) 26
3.2.7 Evalueringsmøder 28
3.2.8 Kategorisering af forløbene 18
3.2.9 Projektets betydning 28
3.2.10 Overgange og timing 30
3.2.11 Individuelle rehabiliteringsforløb – tilstrækkelige tilbud? 30
3.2.12 Individuelle rehabiliteringsplaner 32

3.2.13 Forløbsbeskrivelse 33
3.2.14 Koordinering gennem udvikling af tværfagligt samarbejde 33
3.2.15 Det lokale rehabiliteringsteam 34
3.3. Evaluering af forløbskoordinatorfunktionen 35
3.3.1 Beskrivelse af forløbskoordinators opgaver i de individuelle forløb 36
3.3.2 Koordinering, skabe helheder og sikre borgerrettethed 38
3.3.3 Krydsfelter, snitflader og tværfagligt samarbejde 39
3.3.4 Forløbskoordinators kompetencer 40
3.4 Evaluering af kompetenceudviklingsforløb 40

Kapitel 4: Konklusioner ***42***

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 Forløbsaudit
Bilag 2 Borgerinterviews
Bilag 3 Interviews med centrale faglige aktører
Bilag 4 Projektbeskrivelse
Bilag 5 Evalueringsplan
Bilag 6 Afdækning af viden om best practice vedrørende kommunal kræftrehabilitering
Bilag 7 Forløbsbeskrivelse
Bilag 8 Materiale vedrørende kompetenceudvikling
Bilag 9 Informationspjecer
Bilag 10 Skabelon til individuel rehabiliteringsplan

Bilagene findes sammen med denne rapport som pdf'er på CD'en bagest i rapporten.

Resumé og hovedresultater

Denne rapport redegør for erfaringer og resultater fra projektet Sammenhæng i livet med kræft. Et model- og udviklingsprojekt om rehabilitering i Halsnæs Kommune 2007-2009. Projektet er gennemført som et samarbejdsprojekt mellem Halsnæs Kommune og Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol i perioden 1. oktober 2007 – 31. december 2009. Projektet er ét af 11 kommunale kræftrehabiliteringsprojekter gennemført med støtte fra en pulje udmøntet af et partnerskab mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse), Kommunernes Landsforening og Kræftens Bekæmpelse.

Projektets omdrejningspunkt har været koordinering med henblik på udvikling af sammenhæng og helhedsorientering i rehabiliteringsforløb for borgere med kræft. Projektets aktiviteter har været tilrettelagt med udgangspunkt i allerede eksisterende rehabiliteringsaktiviteter på tværs af det offentlige sundhedsvæsen og private/frivillige organisationer.

Formålet med projektet har været at udvikle, afprøve og evaluere en kommunalt forankret forløbskoordinatorfunktion. Projektet har desuden haft til formål at udvikle, afprøve og evaluere anvendelse af forløbsbeskrivelse og individuelle rehabiliteringsplaner for mennesker med kræft i tværfaglige og tværsektorielle forløb.

Indsatsområder i projektet har omfattet:

- Forløbskoordinering ved en kommunalt forankret forløbskoordinator
- Anvendelsen af en forløbsbeskrivelse for rehabiliteringsindsatsen
- Helhedsorienterede rehabiliteringstilbud med vurdering af borgernes behov i WHO's ICF ramme
- Brug af individuelle rehabiliteringsplaner
- Kompetenceudvikling af relevante faggrupper

Projektets indsatser har skullet bidrage til at styrke den brugeroplevede, faglige og organisatoriske kvalitet i kræftrehabiliteringen med henblik på at opnå:

- Sammenhængende og koordinerede forløb
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Deling af erfaring og viden på tværs af fag- og sektorgrænser

Dermed har der været fokus på at undersøge og udvikle en model for den fremtidige rehabiliteringsindsats i Halsnæs Kommune på kræft- og andre diagnoseområder.

Antal inkluderede borgere og omfang af aktiviteter: 85 borgere har været i kontakt med projektet. Der er gennemført 56 afklarende samtaler, 10 mål- og planmøder med udarbejdelse af en individuel rehabiliteringsplan, 3 individuelle rehabiliteringsplaner uden forudgående mål- og planmøde samt 11 formaliserede evalueringssamtaler. Derudover er der gennemført en række opfølgende besøg. I alt er der i projektet gennemført 135 samtaler/besøg af forløbskoordinator.

Evalueringen af projektet har været tilrettelagt som en formativ evaluering, der har fundet sted gennem hele projektforløbet for at opsamle og sprede viden og erfaring i organisationen og for at kunne sikre gode forløb for borgerne og løbende kvalitetssikring af indsatserne i projektet.
Evalueringsmetoder har omfattet interviews, observationer og forløbsaudit. Det formative evalueringsperspektiv har understøttet projektets fokus på at skabe læring i og af projektet samt udvikling af rehabiliteringspraksis i kommunen. Udviklingen af projektets indsatser er således sket samtidig med evaluering og justering af projektets indsatsområder.

Erfaringer og resultater

Projektet har givet erfaringer med en koordineringsform og forskellige koordineringsredskaber i kræftrehabilitering, og har vist, at indsatsen har styrket den brugeroplevede, den faglige og den organisatoriske kvalitet.

Projektets har afdækket et behov og har utvivlsomt gjort en forskel for de involverede borgere og deres tilbagevenden til hverdagslivet. Ifølge evalueringen har projektet skabt et tiltrængt fokus på kræftområdet og har sat fokus på en gruppe borgere, som tilsyneladende har været overset. De involverede borgere har været positive overfor tilbudene i kræftrehabiliteringen, og projektet har vist, at det er vigtigt at sikre borgerne mulighed for støtte før, under og efter den egentlige rehabiliteringsperiode.

Det er blevet påpeget, at projektet har bidraget til ny tænkning og nye handlemåder i kommunen, herunder at der er skabt ny viden om og erfaringer med tværsektorielt samarbejde. Der synes således at være et afsæt for, at kommunen finder veje til at fastholde og videreføre projektets tværgående initiativer fremover. Projektet har vist et stort behov for at finde samarbejdsveje og -former internt i kommunen i forhold til at sikre sammenhæng i borgernes forløb, ligesom projektet har vist, at det er en udfordring af få etableret tilstrækkeligt samarbejde mellem 'Forebyggelse og Sundhed' og ´Job og Arbejdsmarked'. Desuden har projektet vist, at der bør sættes større fokus på koordinerende indsatser i overgange mellem hospital og kommunale indsatser.

I projektet har der været relativ stor fokus på fysiske rehabiliteringsbehov og den sygdomsorienterede praksis. Ifølge evalueringen hænger dette antageligt sammen med, at den fysiske dimension af rehabiliteringen er presserende, og med karakteren af de tilbud, der er tilgængelige i kommunen. Men forløbskoordinator har dog oplevet, at psykosocial støtte har været helt centralt i hendes arbejde.

Et helt centralt aspekt af projektet var ansættelsen af en **kommunalt forankret forløbskoordinator.** Projektet har vist, at borgerne værdsætter kontakten med forløbskoordinator og at den pågældendes faglige baggrund har været en særlig ressource. Det har vist sig, at jo mere komplicerede forløb, jo større betydning har forløbskoordinator haft for borgerne. Ligeledes har projektet vist, at en forløbskoordinator kan sikre tryghed for borgerne, et overblik og en sammenhæng, som værdsættes af alle deltagere i projektet.

Blandt forløbskoordinators faglige samarbejdspartnere i og uden for Halsnæs Kommune har man også positive erfaringer med forløbskoordineringen i projektet. Flere fagpersoner fremfører dog den generelle betænkelighed, at indsatsen med en forløbskoordinator kan være en barriere for, at professionelle nær borgeren varetager koordinering og sikrer sammenhæng og helhed for borgeren. Det påpeges ligeledes, at der bør tages højde for den mulighed, at tværfaglige teams og professionelle med forskellige faglige baggrunde og funktioner har opgaven som forløbskoordinator, og der advares mod det mulige problem, at viden i for høj grad samles og forbliver hos forløbskoordinator.

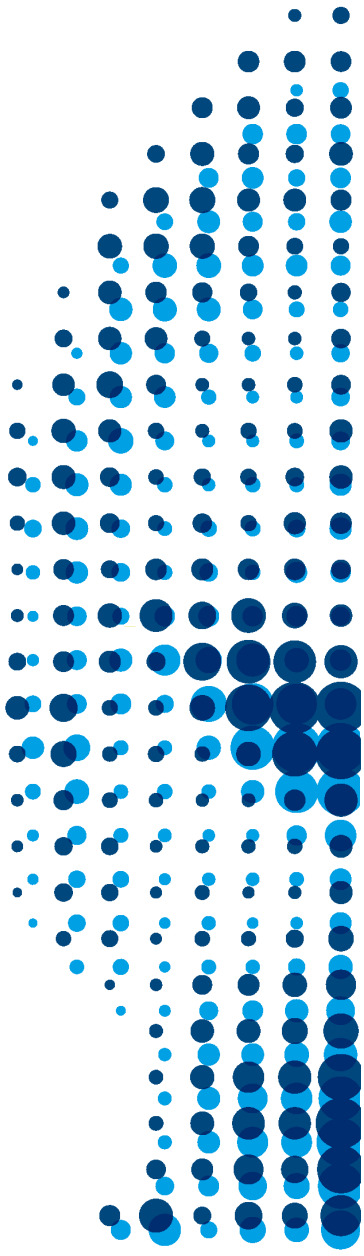
Det har været en del af forløbskoordinatorens opgave at gennemføre **afklarende, screenende samtaler** med de borgere, som var med i projektet. I disse samtaler søgte forløbskoordinator at kategorisere borgernes behov for koordinering med henblik på det følgende rehabiliteringsforløb. Projektet har dog vist, at en sådan kategorisering ikke var mulig eller hensigtsmæssig, idet forløbskoordinator ikke alene på baggrund af den afklarende samtale kunne vurdere borgernes behov, der netop forandrer sig i løbet af rehabiliteringsforløbet. Projektet har afdækket, at borgere med kræft kan have behov for rehabilitering i flere omgange pga. blivende senfølger, som giver funktionsevnetab. Projektet viser således, at det er vigtigt at sikre borgeren støtte til og muligheder for at fortsætte vedligeholdende indsatser efter afsluttet rehabiliteringsforløb for således at sikre, at rehabiliteringsindsatser får varig betydning.

En vigtig erfaring i projektet er, at rehabiliteringsforløbenes kompleksitet og omfanget af kommunens rehabiliterings- og koordineringsindsats hænger sammen med det forhold at mange af projektets borgere har andre kroniske lidelser (f.eks. KOL, diabetes eller hjertesygdom). Derudover er det erfaringen, at kompleksiteten af koordineringsindsats og rehabiliteringsforløbet hænger sammen med kompleksiteten af kræftsygdom og behandlingsforløb, samt af borgerens sociale netværk og uddannelsesniveau.

Kræftrehabiliteringsforløbene indeholdt desuden mål- og planmøder. Projektet har vist, at disse møder er et vigtigt og anvendeligt redskab til at sikre borgerinddragelse, flerfaglige perspektiver og en koordineret helhedsorienteret rehabilitering, men der er tale om en relativ ressourcekrævende indsats. Hertil kommer det problem, at møderne kan være svære at få planlagt med den rette afvejning af indhold, form, deltagere og tidspunkt. Det er fx en særlig organisatorisk udfordring at få involveret de rette aktører (forskellige professionelle) på de tidspunkter, hvor deres indsats er aktuel. Afholdelse af mål- og planmøder gav ikke i sig selv anledning til flere eller færre besøg af forløbskoordinator.
Der er blevet afholdt evalueringsmøder i en del af forløbene. Disse møder blev af forløbskoordinator vurderet som vigtige, men der var en tendens til, at evalueringsmøderne blev prioriteret lavere end mål- og planmøderne.

Projektet har udviklet den individuelle rehabiliteringsplan som et centralt redskab. Dette redskab er udviklet som et dokumentations- og planlægningsredskab med det formål at etablere en enkel ramme, der understøtter koordineringen og skaber forudsigelighed og håndterbarhed for borgeren. Den individuelle rehabiliteringsplan var tænkt som borgerens plan, men flertallet af de interviewede borgere har dog ikke oplevet den specielt som deres plan. Alligevel ser det ud til, at den individuelle rehabiliteringsplan generelt set har været et anvendeligt redskab, og projektet har vist, at den individuelle rehabiliteringsplan kan være ressourcebesparende ved at resultere i færre besøg og mere målrettede indsatser. Den positive vurdering af de individuelle rehabiliteringsplaner skal dog tages med det forbehold, at der er tale om at indføre et nyt dokumentationssystem i hjemmene, hvor der i forvejen er en række aktører og dokumentationsformer i spil. Hertil kommer den erfaring, at den individuelle rehabiliteringsplan bør gøres endnu mere helhedsorienteret og samkøres med kommunens fælles IT dokumentationssystem.

Som en del af projektet har der været gennemført kompetenceudviklingsforløb for medarbejdere i kommunen. Disse forløb har dels kvalificeret til det tværfaglige rehabiliteringsarbejde dels givet mulighed for deling af viden og erfaring mellem kommunens ansatte. Der har gennemgående været et godt fagligt udbytte af disse kompetenceudviklingsforløb og tiltaget har bekræftet, at der skabes nye forståelser for andres praksis, når kolleger mødes i tværfaglige fora.



Læsevejledning

Kapitel 1 beskriver baggrunden for projektet samt projekts organisering.

Kapitel 2 beskriver projektets indhold og forløb.

Kapitel 3 præsenterer projektets evalueringsdesign og – metode. Dernæst redegør kapitlet for de individuelle koordinerede rehabiliteringsforløb og projektets samlede sæt af interventioner. Endelig sammenfatter kapitlet borgernes og de faglige aktørers erfaringer med projektet i form af opsamling på pointer og resultater fra den samlede dataindhentning i forbindelse med af evalueringen af projektet.

Kapitel 4 konkluderer og opsummerer de vigtigste resultater af projektet.

Rapporten indeholder 10 bilag, som kan downloades i selvstændige filer på www.forloeb.dk.

Bilag 1 indeholder en bearbejdning af den tværfaglige forløbsaudit, gennemført som led i evalueringen af projektet.

Bilag 2 indeholder interviewundersøgelsen af borgere i projektet.

Bilag 3 indeholder den telefoniske interviewundersøgelse af synspunkter fra centrale faglige aktører i og uden for Halsnæs Kommune samt interview med forløbskoordinator og projektleder i Halsnæs Kommune.

Bilag 4 er projektbeskrivelsen.

Bilag 5 er evalueringsplanen.

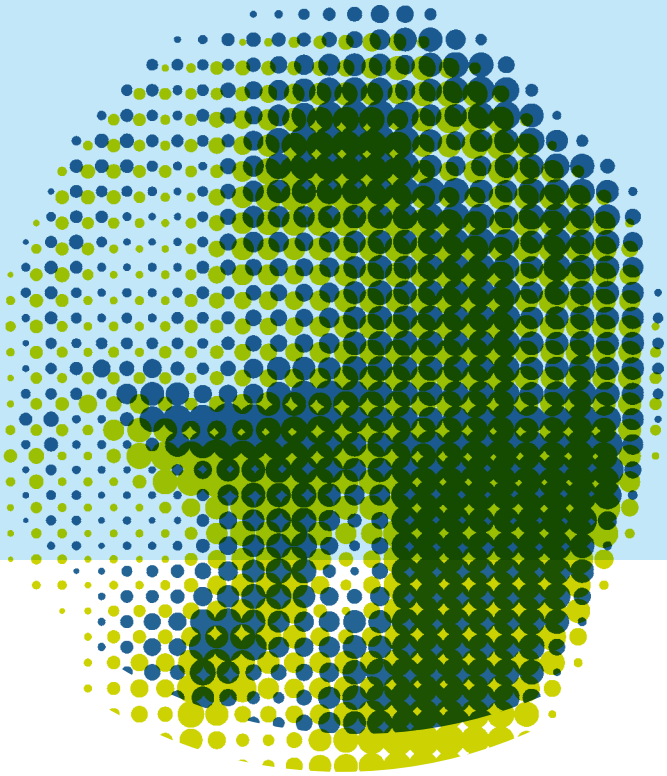
Bilag 6 udgøres af undersøgelsen 'Afdækning af viden om best practice vedrørende kræftrehabilitering i kommunalt regi'.

Bilag 7 er forløbsbeskrivelsen.

Bilag 8 indeholder materiale vedrørende kompetenceudviklingen i projektet.

Bilag 9 består af projektets informationspjecer.

Bilag 10 er skabelonen til den individuelle rehabiliteringsplan.



Kapitel 1: Introduktion til projektet

1.1 Projektets baggrund og formål

Behovet for koordinering og sammenhæng i rehabiliteringsforløb for mennesker med kræft er omfattende og dokumenteret. Tilbud om sammenhængende rehabiliteringsforløb er én af de nye opgave- og indsatsområder for kommunerne. Kommunalreformen og Sundhedsloven har betydet ændring i opgavefordelingen mellem kommuner og regioner og resulteret i store organisatoriske og faglige udfordringer. En central udfordring i at skabe sammenhængende forløb for borgerne ligger i at få koordineret indsatsen på tværs af sektor- og faggrænser og samtidig få koordineret med og inddraget de ressourcer, der ligger i frivillige netværk og i borgerens egen indsats. Halsnæs Kommune, området Forebyggelse og Sundhed og Videncenter for Sammenhængende Forløb, CVU Øresund (nu Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol) gik i 2007 sammen om udviklingsprojektet Helhedsorienteret rehabilitering og kommunal forløbs koordinator funktion for mennesker med kræft. Et modelprojekt. Projektet er en del af et landsdækkende samarbejde med 10 andre selvstændige kommunale projekter, der blev støttet af det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium og gennemført i partnerskab med Kræftens Bekæmpelse og Kommunernes Landsforening[1].

Projektets formål er at udvikle, afprøve og evaluere en kommunalt forankret forløbskoordinatorfunktion, som skal sikre koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb med høj grad af brugerinddragelse. Projektet har desuden til formål at udvikle, afprøve og evaluere anvendelse af forløbsbeskrivelse og individuelle rehabiliteringsplaner for mennesker med kræft i tværfaglige og tværsektorielle forløb. Dermed er der fokus på at undersøge og udvikle en model for den fremtidige rehabiliteringsindsats i Halsnæs Kommune på kræft- og andre diagnoseområder.

Projektets mål er, at interventionerne bidrager til at styrke den brugeroplevede, faglige og organisatoriske kvalitet i kræftrehabiliteringen med henblik på at opnå:

a. Sammenhængende og koordinerede forløb
b. Effektiv ressourceudnyttelse
c. Deling af erfaring og viden på tværs af fag- og sektorgrænser

1.2 Projektdesign og forløb

Projektet er et interventions- og udviklingsprojekt. Projektet er gennemført af Halsnæs Kommune, området Forebyggelse og Sundhed og Center for Sammenhængende Forløb i tæt samarbejde over en periode på ca. 2½ år.

Projektets omdrejningspunkt er koordinering af sammenhængende helhedsorienterede rehabiliteringsforløb tilrettelagt med udgangspunkt i allerede eksisterende rehabiliteringsaktiviteter på tværs af det offentlige sundhedsvæsen og private/frivillige organisationer. Intentionen er, at projektet er baseret på eksisterende viden om "best practice" på kræftrehabiliteringsområder og viden om forløbskoordination.

Projektets første halve år var en opstartsfase med afdækning af viden om best practice og kortlægning af eksisterende tilbud i kommunen samt planlægning af intervention og evaluering. Dernæst fulgte et års interventionsperiode med afprøvning af en kommunalt forankret koordinatorfunktion og redskaber til individuel koordinerede rehabiliteringsforløb samt målrettede kompetenceudviklingsforløb.

Under projektets interventionsperiode kom 85 borgere, der havde eller havde haft kræft, i kontakt med projektet. Borgerne fik tilbud om kontakt til forløbskoordinator og 56 deltog i en afklarende samtale. På baggrund af forløbskoordinators vurdering og borgernes behov var der yderligere tilbud om støtte til at sikre relevante indsatser og støtte til koordinering af deres rehabiliteringsforløb.

Projektet er afsluttet med et halvt års afviklingsperiode med afslutning af borgerforløb, slutevaluering, implementeringsovervejelser, formidling og afrapportering. Nedenfor er fremstillet projektets forløb og de vigtigste aktiviteter i figur 1.

1) Se bilag 4: Projektbeskrivelse. Se mere om det landsdækkende samarbejde på www.kræftrehabilitering.dk

Figur 1: Projektforløb og -aktiviteter

FASE 0 FORBEREDELSE — **FORÅR 2007 - 1. OKTOBER 2007**

- Projektorganisationen beskrives og etableres
- Rammerne om den særlige samarbejdskonstruktion mellem kommune og videncenter sættes
- Ansættelsesforløb for en forløbs- og projektkoordinator i Halsnæs kommune gennemføres
- Planlægning af projektopstarten

FASE 1 GRUNDLAGSARBEJDET — **1. OKTOBER 2007 – 1. APRIL 2008**

- Ansættelse af forløbs- og projektkoordinator for en 2-årig periode i Halsnæs kommune d.1.10.07
- Kick-off-heldagsseminar med projektinvolverede aktører i videncenter og kommune d. 4.10.07
- Arbejdsgrupper med deltagelse fra hhv. kommune og videncenter for at skabe overblik over best practise, nuværende praksis og tilbud i kommunen og udvikle anvendelige redskaber til at sikre individuelle gode rehabiliteringsforløb
- Kick-off nr. 2 med præsentation af projektets interventioner og idéer for interne og eksterne aktører d. 31.3.08

FASE 2 INTERVENTIONSPERIODEN — **1.JULI 2008 – 1. JULI 2009**

- Afprøvning og formning af forløbskoordinatorfunktionen
- Lokalt rehabiliteringsteam etableret og mødes hver 14. dag
- Afprøvning af afklarende samtale, dokumentationsramme, individuel rehabiliteringsplan, mål- og planmøder
- Indsamling af data om forløb mm.
- Formative evalueringstiltag vedr. LRT, samtaler og møder, IRP mm.
- Kompetenceudviklingsforløb

FASE 3 AFSLUTNING — **1. JULI 2009 – 31. DECEMBER 2009**

- Afslutnings-, evaluerings-, implementerings- og afrapporteringsaktiviteter

Projektet lå stille i overgangen mellem fase 1 og 2 under sygeplejerskernes strejke i foråret 2008 og blev derfor forlænget med 3 måneder efter aftale med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

1.3 Projektorganisering og -samarbejde

Projektet er gennemført i en projektorganisation, der afspejler at projektet er et samarbejdsprojekt. Som det fremgår af figur 2 indeholder projektorganisationen to parallelle organiseringer i henholdsvis kommune og videncenter.

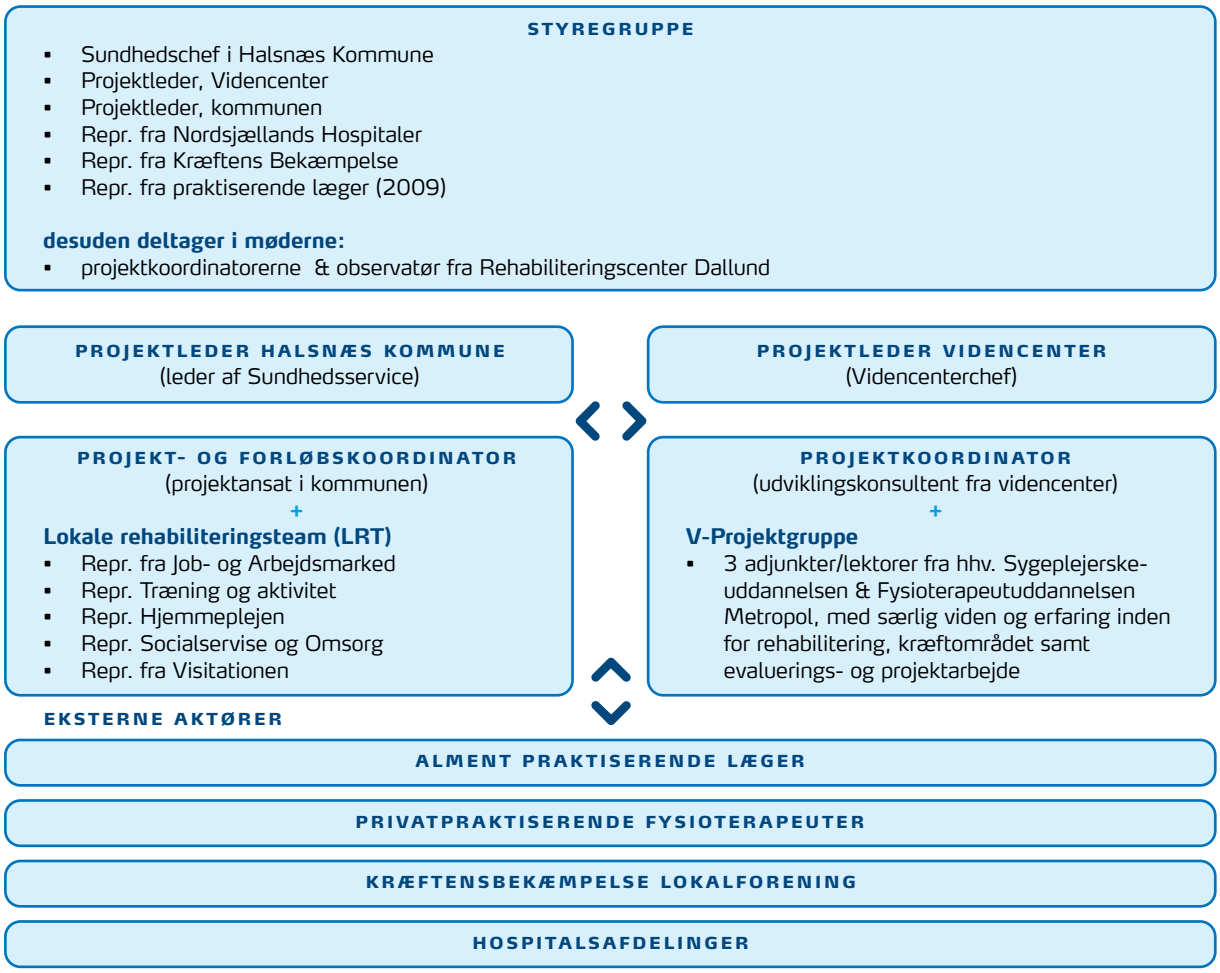
Styregruppen er sammensat således, at den afspejler samarbejdsrelationer og vidensområder, der er centrale i projektet.

Der bor ca. 30.000 mennesker i Halsnæs Kommune i Nordsjælland. Kommunen ligger omgivet af Roskilde- og Isefjord, Kattegat og Danmarks største sø Arresø. Kommunens to større byer er Frederiksværk, der ligger 45 min. kørsel fra København, og Hundested, der ligger i den vestligste del af kommunen.

Den kommunale forvaltning er delt op i to sekretariater og syv områder: Miljø og Teknik, Job og Arbejdsmarked, Forebyggelse og Sundhed, Velfærdsservice, Skole og Undervisning, Familie og Børn, Kultur og Fritid. Projektet har været forankret i området Forebyggelse og Sundhed i afdelingen Sundhedsservice[2].

2) Se mere på www.halsnaes.dk

Figur 2: Projektorganisation



Halsnæs Kommune, Forebyggelse og Sundhed indgik i begyndelsen af 2007 i et samarbejde med Center for Sammenhængende Forløb i det daværende CVU Øresund om at søge puljemidler til et udviklingsprojekt med fokus på koordinering af sammenhængende rehabiliteringsforløb for mennesker med kræft. Videncentret er nu en del af Professionshøjskolen Metropol og har til formål at producere og formidle forsknings- og praksisbaseret viden om koordination og tværfagligt samarbejde om patient- og borgerforløb på sundheds-, psykiatri og socialområdet. Centret gennemfører forsknings-, udviklings- og evalueringsprojekter i uddannelser og professionernes arbejdsfelter i samarbejde med kommuner, styrelser, institutioner, brugerorganisationer, faglige organisationer, andre forsknings- og uddannelsesinstitutioner samt interne samarbejdspartnere i Metropols forskellige uddannelser.

Centrets indsatsområder er sundhedsprofessionernes bidrag til organisering af samarbejde mellem borgere og sundhedsprofessionelle som fx forløbskoordination, forløbsprogrammer, patientuddannelse, egenomsorg og selvmonitorering i hjemmet samt kompetenceudvikling af de professionelle, der arbejder omkring patienten/borgeren i hjemmet eller i velfærdsinstitutionerne. Centret arbejder også med at skabe viden om, hvordan borgeres oplevelse af sammenhæng og koordination i pleje-, behandlings- og rehabiliteringsforløb kan styrkes – i overgange

mellem hospital, almen praksis og kommune og på tværs af faggrupper, institutioner og hverdagsliv i hjemmet[3].

På initiativ og fagligt oplæg fra videncentret blev der udarbejdet en projektbeskrivelse og ansøgt om puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet[4]. I foråret 2007 blev der bevilliget knapt 2 mio. Kr. til projektet i Halsnæs Kommune. Det var godt 400.000 kr. mindre end det ansøgte beløb, hvorfor der skete enkelte tilpasninger og justeringer i projektgennemførslen i forhold til den oprindelige projektbeskrivelse.

1.4 Evaluering

Evalueringen har været en integreret del af projektforløbet og har været gennemført som en intern evaluering. Ansvar for design og gennemførsel af evaluering har ligget hos Center for Sammenhængende Forløb, men er udført i tæt samarbejde med projektdeltagere fra Halsnæs Kommune.

Evalueringen er gennemført med et formativt design og med brug af kvalitative metoder som interviews, observationer og forløbsaudit. Projektet og evalueringen er tilrettelagt og gennemført løbende, og gennem hele projektforløbet har der været særligt fokus på at skabe læring i og af projektet samt udvikling af rehabiliteringspraksis i kommunen[5].

1.5 Implementeringsovervejelser

Et centralt mål med projektet er at facilitere deling af viden og erfaringer på tværs af fag, områder og sektorer med henblik på at udvikle sammenhæng og kvalitet i kommunens indsatser på kræftrehabiliteringsområdet. Ambitionen er, at projektet skal række ud over projektets interventioner og projektperioden og have betydning på længere sigt og i andre relevante sammenhænge i kommunen. I alle projektets elementer har der derfor været inkluderet overvejelser om at facilitere denne viden- og erfaringsdeling på tværs af fag-, område og sektorgrænser. Det er sket gennem formidling af viden om kræft, rehabilitering, koordinering, borgerperspektiver m.m. til en bred kreds af interne og eksterne aktører. Formidlingen er sket gennem kick-off møder, temadagsarrangementer, kompetenceudviklingsforløb og en lang række møder og andre formidlingstiltag som f.eks. nyhedsbreve og artikler i lokalavisen.

Projektet undersøger en model for den fremtidige kommunale rehabiliteringsindsats i Halsnæs Kommune. Implementeringsovervejelser i projektet har derfor også været rettet mod at få afdækket relevante organisatoriske og strukturelle forhold omkring koordinering og organisering af rehabiliteringsindsatser i kommunen mhp. at frembringe et kvalificeret diskussions- og beslutningsgrundlag i forhold til en fremtidig organisering af rehabiliteringsindsatser på såvel kræftområdet som på andre rehabiliteringsområder i kommunen.

3) Se mere på www.forloeb.dk.dk.
4) Bilag 4: Projektbeskrivelse.
5) Bilag 5: Evalueringsplan.

Kapitel 2: Projektets grundlag og valg af interventioner

I dette kapitel præsenteres projektets grundlag, forløb og indhold.

2.1 Rehabiliteringsbegrebet og teoriafsæt

Projektet opererer med en helhedsorienteret tilgang til rehabilitering, som bl.a. bygger på definitionen i Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet:

"Rehabilitering er 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 borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats". (Rehabiliteringsforum Danmark, 2004, s.4).

Rehabilitering er således ikke alene specialiserede enkeltindsatser, men består også i at målrette, tidsbestemme, koordinere og skabe sammenhæng mellem de forskellige social- og sundhedsmæssige indsatser med udgangspunkt i borgerens hele livssituation. Samarbejdsaspektet i rehabilitering er således væsentligt[6].

Projektets tilgang bygger endvidere på rapporten Rehabilitering af kræftpatienter fra 2003[7]. Her beskrives rehabilitering på et somatisk niveau, et psykologisk niveau, et socialt niveau og et erhvervsmæssigt niveau. Rehabilitering omfatter således indsatser efter flere lovgivninger. Det drejer sig bl.a. om Sundhedsloven og Serviceloven, hvor forskellige dele administreres af forskellige områder og afdelinger i kommunen samt om lovgivningen på beskæftigelsesområdet.

2.2 Grundlagsarbejdet i projektet (fase 1)

Der er i projektet lagt vægt på, at interventionerne blev tilrettelagt på det bedst mulige videngrundlag og nøje afpasset de lokale forhold. På et kick-off-seminar i oktober 2007 blev der nedsat arbejdsgrupper med repræsentanter fra kommune og videncenter. Arbejdsgrupperne skulle konkretisere et lokalt og fagligt forankret udgangspunkt for projektets interventioner.

Med det afsæt blev der på baggrund af arbejdsgruppernes arbejde gennemført følgende undersøgelser :

1) Afdækning af best practice på kræftrehabiliteringsområdet. Der blev i projektets første fase gennemført en afdækning af litteratur og eksisterende udviklingsarbejde om kræftrehabilitering i Danmark[8]. Systematik og indhold fra denne afdækning blev anvendt i diskussioner, i udarbejdelse af forløbsbeskrivelsen og i kompetenceudviklingstiltag.

2) Kortlægning af lokale indsatser, der kan indgå i rehabilitering af mennesker med kræft.

Forløbskoordinator fra kommunen og projektkoordinator fra videncentret gennemførte en kortlægning med det formål at undersøge de lokale forudsætninger for etablering af rehabiliteringstilbud til mennesker med kræft. Herunder blev det undersøgt:

- Hvilke aktiviteter der fandtes i sekundær og primær sektor, herunder praksissektor, og i privat regi, som kunne bidrage til rehabilitering af mennesker med kræft.
- Hvordan de forskellige faglige aktører indgik i borgerens rehabiliteringsforløb i samarbejde med andre.
- Hvilke forestillinger de forskellige faglige aktører gjorde sig om, hvad der vil kunne bidrage til mere sammenhængende patientforløb.

6) For understøttelse af dette, se f.eks. Høegh, S.M. (2008): Rehabilitering – forudsætter screening og teamarbejde. I: Fokus på Kræft & Sygepleje, 28(2), s. 28-31. 3)
7) Amtsrådsforeningen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003). Rehabilitering af kræftpatienter. Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af kræftpatienter.
8) Bilag 6: Afdækning af viden om best practice vedrørende kræftrehabilitering i kommunalt regi.

Samtaler og interviews med ca. 30 aktører var værdifulde bidrag til overblik og forståelse af muligheder og barrierer for rehabiliteringsindsatser i kommunen. Datamaterialet indgik i det videre planlægningsarbejde og i arbejdet med at udarbejde forløbsbeskrivelse. Samtidig var kortlægningen et værdifuldt bidrag for forløbskoordinatoren og projektet i at skabe kontakter og bane vejen for projektets interventioner.

Projektkoordinatoren i kommunen med flere har løbende holdt sig orienteret om nye initiativer og tilbud, som kunne indgå i de kommunale rehabiliteringstilbud.

3) Udarbejdelse af ramme for arbejdet med individuelle rehabiliteringsplaner og beskrivelse af organisering af opgaven at koordinere rehabiliteringsforløb for borgere med kræft.

På baggrund af den teoretiske ramme og beskrevne erfaringer fra andre områder blev der i arbejdsgrupper diskuteret og arbejdet med at udforme en model for et dokumentationsredskab for individuelle rehabiliteringsplaner og for koordinering af rehabiliteringsforløb.

Ovenstående grundlagsarbejder bidrog til udarbejdelsen af en forløbsbeskrivelse (bilag 7) for den koordinerede kræftrehabiliteringsindsats i Halsnæs Kommune.

2.3 Beskrivelse af interventioner i projektet (fase 2)

I det følgende beskrives de centrale elementer i projektets intervention.

2.3.1 Forløbsbeskrivelse for den koordinerede kræftrehabiliteringsindsats

Forløbsbeskrivelsen beskriver den organisatoriske og faglige ramme for individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb i Halsnæs Kommune[9]. Forløbsbeskrivelsen fungerede desuden som et dynamisk planlægningsværktøj for projektets fase 2. Dynamisk forstået på den måde, at forløbsbeskrivelsen undervejs var åben for nødvendige justeringer efterhånden som videns- og erfaringsgrundlaget blev større.

Forløbsbeskrivelsen viser, hvilke særlige indsatser rettet mod koordination, kvalitet og sammenhæng i borgerens forløb, der er i projektet. Centralt i forløbsbeskrivelsen er et flowdiagram der gengiver det koordinerede kræftrehabiliteringsforløb, som projektet har arbejdet hen i mod.

2.3.2 Forløbskoordinator og det lokale rehabiliteringsteam

Indkredsning af, hvad forløbskoordinering og koordinatorens funktion skulle være i projektet, blev dels gjort i projektets første fase og dels gennem justeringer i afprøvningen af funktionen i fase 2.

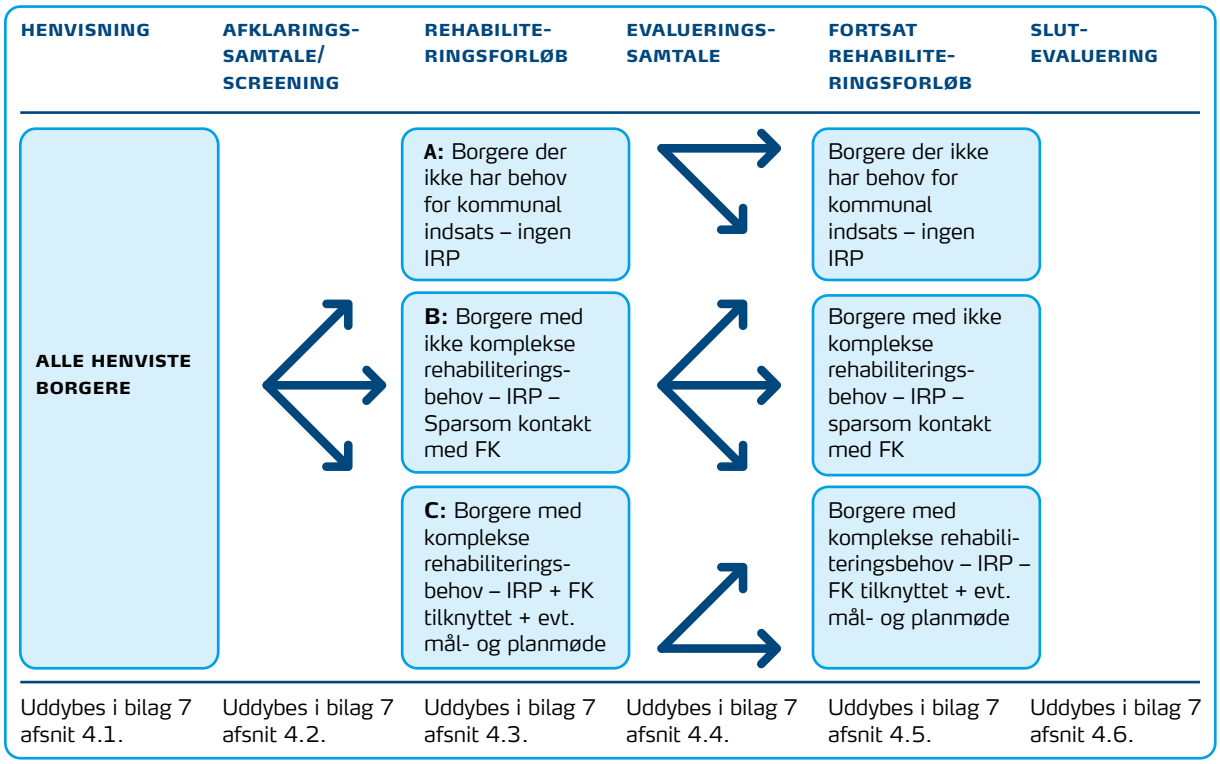
Forløbskoordinering kan ske på såvel systemniveau som på individuelt niveau. Forløbsbeskrivelsen i projektet omhandler alene koordinering på individniveau og understøtter såvel forløbskoordinering som tværfaglig koordinering. Forløbskoordinatoren har også varetaget opgaver på systemniveau.

Projektet opererer begrebsmæssigt med to forskellige typer af rehabiliteringsteams:
Det **borgerrettede rehabiliteringsteam** der omfatter de aktører, der er involveret i den konkrete borgers rehabilitering på et givet tidspunkt.

Det **lokale rehabiliteringsteam** som er en del af projektorganisationen består af repræsentanter fra visitationen og hjemmeplejen, træningsområdet, Velfærdsservice, Job og Arbejdsmarked samt forløbskoordinator. Det lokale rehabiliteringsteam fungerer som bindeled mellem projekt og de kommunale virksomheder og som sparringspartnere for forløbskoordinatoren. Medlemmerne af det lokale rehabiliteringsteam er nøglepersoner for projektet.

9) Bilag 7: Forløbsbeskrivelse

Figur 3: Forløbsbeskrivelse. Flowdiagram fra bilag 7, s. 5



Forløbskoordinators funktioner og ansvarsområder har i projektets borgerforløb omfattet:

1. At der gennemføres en afklarende samtale med borgeren
2. At borgeren henvises til relevante tilbud
3. At forløbet dokumenteres
4. At der for kategori B og C borgere udarbejdes en individuel rehabiliteringsplan i samarbejde med borger og pårørende, det lokale rehabiliterings-team og/eller det borgerrettede rehabiliterings-team
5. At der afholdes mål- og planmøder ved behov
6. At forløbet evalueres iht. aftaler
7. At forløbet gennemføres og afsluttes
8. At borgerens, pårørendes og det borgerrettede teams/frontpersonalets muligheder for selv at koordinere understøttes
9. At frontpersonalet har adgang til faglig sparring

2.3.3 Henvisning

Alle borgere med kræft og med muligt behov for rehabiliteringsindsatser har haft mulighed for at deltage i projektet. Intentioner fra projektbeskrivelsen om at fokusere på bestemte diagnosegrupper blev ændret i fase 1, dels fordi projektets fokus er forløbskoordinering og ikke specifikke kræftdiagnoser og dels for at sikre, at et tilstrækkeligt antal borgere blev inkluderet i projektet[10].

Borgerne kunne henvende sig selv eller henvises af sundheds- eller socialfaglige medarbejdere i og uden for kommunen. Der blev udarbejdet introduktion-spjecer til såvel professionelle som til borgerne om projektet.

Der blev inden projektopstart desuden indgået aftale med et dagafsnit på Frederikssund Hospital, som udredte patienter for lungekræft, at de skulle henvise disse til projektet. Af uforklarlige grunde havde de

10) Bilag 9: Informationspjecer.

i starten af projektperioden næsten ingen borgere fra Halsnæs Kommune og senere i projektperioden blev udredningsfunktionen flyttet til et andet hospital.

2.3.4 Afklarende samtale (screening)

Der blev tilbudt en indledende samtale. Samtalen fungerede som en screening i forhold til koordinations- og rehabiliteringsbehov hos borgeren og var forløbskoordinatorens mulighed for at samle vigtige data til det videre forløb. Samtalerne tog afsæt i en ramme inspireret af WHO's klassifikation af funktionsevne (ICF)[11]. Samtalen skulle ifølge forløbsbeskrivelsen kunne munde ud i en kategorisering af rehabiliteringsforløbene i kategorierne A, B eller og C, jævnfør figur 3.

2.3.5 Individuel rehabiliteringsplan (IRP)

For borgere med mange eller komplekse koordinationsbehov blev der udarbejdet en individuel rehabiliteringsplan. Intentionen med planen var, at det skulle være borgerens plan udformet med og evt. af borgeren. Der blev udarbejdet en særlig skabelon til planen. Forløbsbeskrivelsen udstikker rammer for udformningen og anvendelsen af den individuelle rehabiliteringsplan[12]. Skabelon og anvendelse af IRP er videreudviklet undervejs i projektets interventionsperiode. De social- og sundhedsfagliges behov for egen dokumentation er sket ved sædvanlige dokumentationsrammer.

2.3.6 Mål og planmøder

Mål- og planmøder er afholdt, når det er vurderet nødvendigt eller hensigtsmæssigt i forhold til borgerens forløb, særligt ved behov for at samle flere aktører og fagligheder sammen med borgeren om at planlægge, justere og koordinere rehabiliteringsforløbet. Forløbsbeskrivelsen indeholder en angivelse af formål, timing og deltagere i disse møder[13].

2.3.7 Opfølgende møder og samtaler

Der blev gennemført en række opfølgende møder og telefonsamtaler med en del af borgere i projektet. Det er sket hvor borgeren, forløbskoordinatoren eller andre aktører har fundet det nødvendigt eller hensigtsmæssigt.

2.3.8 Evalueringssamtale

Der blev desuden tilbudt en eller flere evalueringssamtaler i forløbet. Denne kan være afsluttende eller planlæggende, men forholder sig til de mål og planer, der er lagt tidligere i forløbet evt. i forbindelse med udarbejdelsen af den individuelle rehabiliteringsplan og ved mål- og planmøder.

2.3.9 Tilbud og indsatser der kan indgå i kommunalt koordineret kræftrehabiliteringsforløb

Udover forløbskoordinatorens funktion og tilbud er der i projektet ikke udviklet nye indsatser som led i kommunens kræftrehabiliteringstilbud, men der er henvist til, vejledt om og samarbejdet med eksisterende tilbud. Det drejer sig om tilbud både i og udenfor kommunen samt om tilbud målrettet borgere med kræft og tilbud, som ikke er diagnosespecifikke. I afsnit 3.4.1 tabel 4 ses, at denne opgave af forløbskoordinatoren er vurderet til at være 3. væsentligst for gruppen af borgere, som har modtaget 2 besøg eller mere. Erfaringen er endvidere at netop denne opgave har været meget væsentlig i de forløb, hvor forløbskoordinatoren kun har haft den afklarende samtale med borgeren.

I forløbsbeskrivelsen (bilag 7 afsnit 4.3.d) indgår en oversigt over eksisterende relevante lokale rehabiliteringstilbud, der kan indgå i kommunalt koordineret kræftrehabiliteringsforløb. Denne oversigt er udarbejdet på baggrund af den kortlægning, som blev udført i projektets fase 1, hvor relevante og potentielle rehabiliteringsaktører blev interviewet. Oversigten er struktureret i forhold til de delområder i kræftrehabilitering, der er udpeget gennem afdækning af viden og litteratur på området og som fremgår af afsnit 2.1: somatisk niveau, psykologisk niveau, socialt niveau og et erhvervsmæssigt niveau. Oversigten fungerer som en huskeliste i projektet og til overvejelser i kommunen om behov for yderligere eller ændrede tilbud. Forløbskoordinatoren har desuden i nogen udstrækning varetaget behov for vejledning indenfor de tre niveauer.

11) International classification of function (ICF) er en bio-psyko-social begrebsramme for vurdering af funktionsevne.
12) Bilag 7: Forløbsbeskrivelse og bilag 10: Skabelon til individuel rehabiliteringsplan.
13) Bilag 7: Forløbsbeskrivelse s. 10.

2.3.10 Justeret tilbud om fysisk træning og aktivitet

Der er to adresser i kommunen, hvor træning almindeligvis foregår. Men i forbindelse med projektopstart valgte virksomheden Træning og Aktivitet, at træning af borgere med kræft tilknyttet projektet, skulle tilbydes træning på samme adresse i kommunen og at det primært var den fysioterapeut, der var tilknyttet det lokale rehabiliteringsteam, som skulle træne med borgerne. Dette gav mulighed for dannelse af små hold, når der var borgere, som havde behov og som havde tilsvarende fysisk og social funktionsevne.

2.4 Kompetenceudviklingsforløb

Kompetenceudviklingsaspektet var et centralt indsatsområde i projektet. Formen og omfanget af de gennemførte kompetenceudviklingsforløb er dog nedjusteret på baggrund af, at bevillingen til projektet blev mindre end det ansøgte beløb.

Formålet med kompetenceudviklingsforløbet var gennem kvalificering af social- og sundhedspersonale, der er beskæftiget med rehabilitering at bidrage til udvikling af en sammenhængende rehabiliteringsindsats i Halsnæs Kommune.

Kompetenceudviklingen blev planlagt og gennemført i tilknytning til projektet og rettede sig i øvrigt bredt mod kommunens satsning i forhold til rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom. Eksterne samarbejdspartnere blev inviteret med på dele af forløbene.

Kompetenceudviklingen afvikles i delvist opdelte forløb for tre forskellige målgrupper:

1. Kommunalt ansatte social- og sundhedshjælpere og – assistenter
2. Kommunalt ansatte sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere
3. Kommunalt ansatte sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere, som fremover forventes at fungere som videnpersoner i relation til rehabilitering

Der var tale om målrettede forløb, hvor målene for de enkelte forløb afspejler forskellige typer af opgaver i tilknytning til borgernes rehabilitering. Kompetenceudviklingen startede med en fælles temadag, der indgik i samtlige forløb.

Der redegøres nærmere for komptenceudviklingskonceptets indhold og forløb i bilag 8.

2.5 Kommunikation i projektet

Som optakt til interventionsperioden blev der udarbejdet informationspjecer til henholdsvis borgere og deres pårørende samt fagpersoner i og uden for kommunen, der er i kontakt med borgere, der har eller har haft kræft[14]. Der blev gjort en ekstra indsats for at informere praktiserende læger og samarbejdspartnere på hospitaler.

Som opstart på interventionsperioden ultimo marts 2008 blev der desuden afholdt et Kick-off II-møde, hvor relevante samarbejdspartnere i og uden for kommunen blev inviteret til information og dialog om det kommende projektforløb.

På Halsnæs Kommunes hjemmeside[15] blev der oprettet en særlig side, hvor al information og grundlagspapirer m.m. er tilgængeligt.

Forløbskoordinator fra kommunen og i nogle tilfælde medlemmer af det lokale rehabiliteringsteam var i opstarten af interventionsperioden ude i en række virksomheder og områder i kommunen og informere om projektet og de muligheder, det gav borgerne og fagpersoner for en ekstra indsats. Der har yderligere løbende i projektperioden været kommunikation og dialog om projektet med interne og eksterne samarbejdspartnere og det har været en væsentlig opgave for forløbs- og projektkoordinator at informere og formidle om projektet.

14) Bilag 9: Informationspjecer
15) www.halsnaes.dk

2.6 Formativ evaluering og projektjusteringer undervejs

Interventionsfasen blev planlagt og gennemført i et formativt evalueringsperspektiv for at opsamle og sprede viden og erfaring i organisationen og for at kunne sikre gode forløb for borgerne og kvalitetssikring af indsatserne i projektet[16].

Dette er sket på baggrund af:

- Observation, sparring og refleksionssamtaler mellem forløbskoordinator og videncenter-konsulenter i forhold til funktionen, afklarende samtaler, mål- og planmøder, samarbejdet i det lokale rehabiliteringsteam mm.
- Tværfaglig dokumentaudit på 10 afklarende samtaler med henblik på justering af dokumentationsramme og anvendelse af ICF
- Erfaringsopsamling og diskussion i det lokale rehabiliteringsteam
- Møder mellem forløbskoordinator og projektleder i kommunen
- Teoretisk videnopsamling og – deling og evaluering af kompetenceudviklingsforløb
- Diskussioner på projektgruppemøder mellem kommune og videncenter
- Møder i det lokale rehabiliteringsteam med og uden konsulentbistand fra videncentret
- Møder i styregruppen

Dette har resulteret i en række mindre justeringer undervejs. Både i forhold til beskrivelser og intentioner i projektbeskrivelsen og i forhold til forløbsbeskrivelse. Nogle af de beskrevne interventioner er blevet tilpasset i forhold til, hvad der rent praktisk kunne lade sig gøre eller blev skønnet mere hensigtsmæssige og hvad der viste sig at give bedre kvalitet i forløb og borgerkontakt. Desuden skulle forløbskoordinatorfunktionen finde en form afpasset efter borgernes behov, forløbskoordinators kompetencer og omverdens krav og behov.

Blandt andet viste det sig ikke muligt at gennemføre en screening og kategorisering af rehabiliteringsbehovene ved første afklarende samtale. Ofte viste det sig nødvendigt med gentagne kontakter før kompleksiteten af koordinationsbehovet stod klart. Kategoriseringen er derfor først foretaget retrospektivt i forbindelse med evalueringen.

Der opstod til gengæld et uforudset stort behov for at forløbskoordinatoren gennemførte en lang række opfølgende besøg og telefonkontakter. Og det blev en central erfaring, at en afklarende samtale ikke alene er en screeningsamtale, men også kan være en koordineringsindsats eller i sig selv være et ekstra tilbud i et rehabiliteringsforløb.

Disse og flere erfaringer og justeringer i projektets interventioner vil fremgå af kapitel 3.

16) Formativ bruges her om evalueringstiltag, der primært har til formål at identificere muligheder for forbedringer og hvor der er et udviklingssigte (se f.eks. Quist, P. (2005) Formativ evaluering. Kvalitetsudvikling af læring og undervisning via selvevaluering.

Kapitel 3: Evaluering

I kapitel 3 præsenteres design og metoder i evalueringsarbejdet, beskrivelser af borgere og forløb, der har indgået i projektet samt de vigtigste pointer, resultater og erfaringer fra projektet.

3.1 Evalueringsplan og design

Overordnet er projektevalueringen tilrettelagt som en formativ evaluering med et værdiskabende og anerkendende afsæt. Formativt bruges her om evalueringstiltag, der primært har til formål at identificere muligheder for forbedringer og hvor der er et udviklingssigte gennem ønske om løbende at bidrage til at justere og forbedre indsatsen. Evalueringen er således med til at forme projektets forløb og indsats med fokus på at lære, udvikle og kvalitetssikre, og evalueringen er derfor foregået løbende i projektperioden[17].

Desuden er der løbende og afsluttende foretaget en videns- og erfaringsopsamling med henblik på at vurdere, hvorvidt og hvordan erfaringer i projektet kan bruges i den fremtidige organisering af kræftrehabilitering i Halsnæs Kommune. Evalueringen er bl.a. gennemført på baggrund af kvalitative data i form af interviews med borgere og fagpersoner samt forløbsaudit.

Projektet har haft fokus på at give erfaringer med en koordineringsform og forskellige koordineringsredskaber. Evalueringen har derfor ikke fokus på de enkelte indsatser, der indgår i kræftrehabiliteringen eller kræftrehabiliteringens målbare effekt for borgeren. Evalueringen har derimod særlig opmærksomhed på tre udviklings- og kvalitetsperspektiver i forhold til projektets mål om at bidrage til at styrke den brugeroplevede, den faglige og den organisatoriske kvalitet i kræftrehabilitering med henblik på sammenhængende og koordinerede forløb, effektiv ressourceudnyttelse og deling af erfaring og viden på tværs af fag- og sektorgrænser.

Kapitlet indeholder en kort opsummering af de vigtigste pointer, erfaringer og resultater af denne evaluering. I bilag 1-3 er metoder, datagrundlag og bearbejdning af materialet uddybet med henblik på fremtidig videndeling.

3.1.1 Dataindsamling og analyse

Der er anvendt en række forskellige metoder til at indsamle og analysere data i interventionsperioden (august 2008 – juli 2009) og ved den afsluttende evalueringsproces (efterår 2009):

Under interventionsperioden:

- **Tværfaglig dokumentaudit** på 10 afklarende samtaler i starten af interventionsperioden og opsamling og justering af rammen for dokumentation
- **Dataregistrering** v. forløbskoordinator i forhold til en række parametre knyttet til de enkelte borgere og deres rehabiliteringsforløb
- **Refleksionssamtaler** med forløbskoordinator på baggrund af tre konsulentobservation af en afklarende samtale, et mål- og planmøde og et evalueringsmøde m. opsamling og justeringer
- **Evalueringsmøder** med forskelligt fokus i det lokale rehabiliteringsteam med opsamlinger og justeringer – blandt andet én gang med inddragelse af aktører fra det borgerrettede team

Evaluering af kompetenceudviklingsforløb:

- **Refleksionsspørgsmål** i grupperne, hvor der er taget noter, som er kondenseret og tematiseret
- **Dialog** med tilbagemelding fra deltagerne i forhold til læringsmålene, med hensyn til indhold, metode og overførbarhed mellem teori og praksis
- **Simultan survey** som evalueringsmetode[18]

17) Evalueringsplanlægningen tager afsæt i blandt andet Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter (Sundhedsstyrelsen 2007) og Vejviser til evaluering – til projekterne under lighed i sundhed" (Sundhedsstyrelsen 2006) og Evalueringsredskab– online håndbog med tips og anbefalinger (Sundhedsstyrelsen: www.sst./subsites/evaluering.aspx).

18) Særlig evalueringsmetode, hvor på forhånd definerede evalueringsspørgsmål nedskrevet på små sedler stilles af kursister til medkursister, mens de går rundt mellem hinanden. Flere er flere kort med samme spørgsmål. Der foregår struktureret opsamling. Meget aktiv, effektiv, fyldestgørende metode.

Efter afsluttet interventionsperiode:

- **Tværfaglig forløbsaudit** af 5 afsluttede borgerforløb
- **7 interviews med borgere**
- **16 telefoninterviews med kommunale ledere og andre interne og eksterne aktører**
- **Interview med forløbskoordinator og projektlederen i kommunen**

Dataindsamlingen efter afsluttet interventionsperiode er udførligt beskrevet i Bilag 1: Forløbsaudit, Bilag 2: Borgerinterviews og Bilag 3: Interviews med fagpersoner. De følgende afsnit præsenterer sammenstillinger af udvalgte essenser og pointer fra disse bilag samt andre erfaringer fra projektforløbet sammen med de indsamlede deskriptive data.

3.2 Individuelle koordinerede rehabiliteringsforløb – beskrivelser og pointer

Projektet omfatter 56 koordinerede individuelle rehabiliteringsforløb for borgere i Halsnæs Kommune, der har eller har haft kræft. Borgerne er inkluderet i projektet i perioden fra d. 1. april 2008 frem til 1. juli 2009. De sidste forløb afsluttes i efteråret 2009. I dette afsnit beskrives centrale karakteristika ved borgerne og deres rehabiliteringsforløb. På baggrund af synspunkter fra borgere og de faglige aktører omkring forløbene samt andre centrale aktører i projektet fremhæves særlige pointer og erfaringer fra projektet.

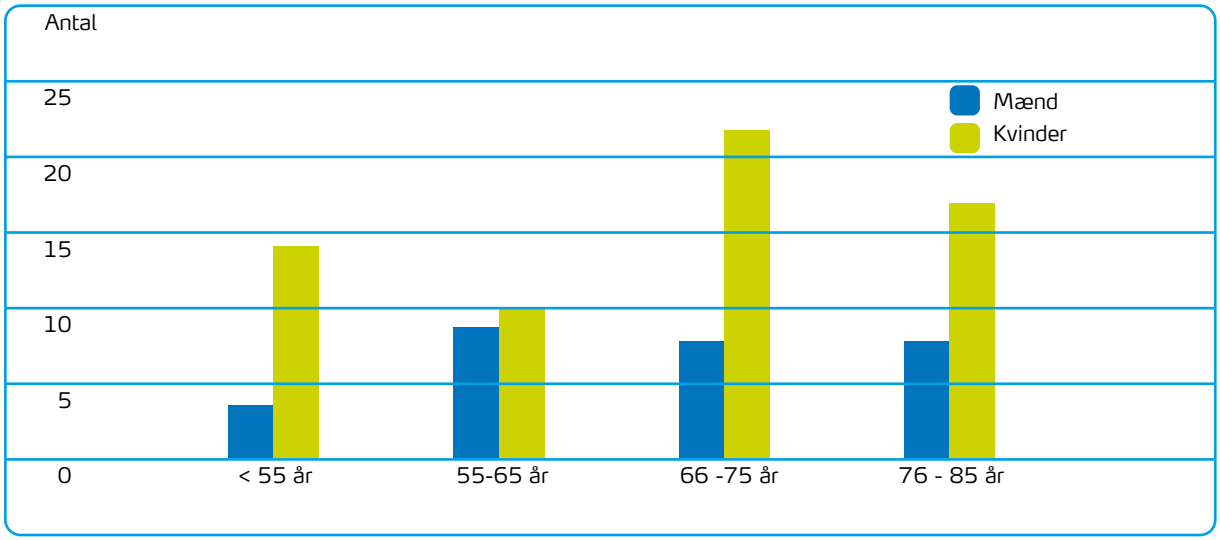
3.2.1 Henvisning og kønsfordeling

I alt kom 85 borgere med kræft i Halsnæs Kommune i kontakt med projektet. 56 modtog besøg[19]. Der var en aldersspredning fra 31 år til 85 år med en gennemsnitsalder i gruppen på 63,9 år (se figur 4).

I den samlede gruppe af 85 borgere havde 29 borgere alene telefonisk kontakt med forløbskoordinatoren. Ud af disse døde 7 inden der blev etableret besøg. I alt 56 fik besøg af forløbskoordinatoren én eller flere gange[20] af disse døde 12 i løbet af interventionsperioden.

Det er en erfaring i projektet, at det for aktørerne i borgerens forløb kan være ganske vanskeligt ved opstarten af kontakten at vurdere, om et forløb er rehabilitering eller nærmere et palliativt forløb. Endnu mere komplekst er det undervejs i forløbet at vurdere, hvornår et forløb skifter fra rehabilitering

Figur 4: Aldersfordeling og køn



19) Nogle af de beskrivende data er kun indsamlet for 53 borgere, idet data er samlet til det landsdækkende samarbejde, som blev afsluttet inden afslutning af projektforløbet i Halsnæs.

20) 14 borgere blev set af en anden forløbskoordinator (FK2), som blev ansat nogle få timer om ugen, da det på et tidspunkt ikke længere var muligt for forløbskoordinator at nå alle samtaler inden for en tilfredsstillende tidshorisont. FK2 har sygeplejefaglig baggrund og lokalkendskab og har på anden måde været involveret i projektet fra starten af fase 2.

til palliation og hvordan tiltag og evt. aktører skal ændres. Borgere hvor forløbet under vejs ændrede karakter fra rehabilitering til palliation blev af etiske grunde fulgt i en tid og i relevante situationer henvist til f.eks. hjemmeplejen, hospice m.m. Snitfladerne mellem rehabilitering og palliation er ikke belyst i litteraturen og må bero på et fagligt skøn. Det er således en erfaring fra projektet, at snitflader i forhold til det palliative område er en udfordring i den kommunale kræftrehabiliteringsindsats.

Borgerne blev henvist til projektet fra en række kommunale og ikke kommunale aktører og på eget eller pårørendes initiativ på baggrund af mund til mund metoden eller omtale i lokale medier (se tabel 1).

Ud af den samlede gruppe på 85 var 29 (34%) mænd. 14 af disse blev dog afsluttet uden besøg af forløbskoordinator. Af de 56 borgere der fik besøg var 15 (27%) mænd. Der er ikke gjort særlige foranstaltninger for at rekruttere mænd til projektet, selv om disse erfaringsmæssigt ikke opsøger kræftrehabiliteringstilbud i samme grad som kvinder. At andelen af mænd nærmer sig 1/3 kan i dette lys siges at være relativt højt og det skyldes formodentligt, at en række borgere er henvist til projektet på baggrund af eksisterende kontakt med kommunen f.eks. via hjemmepleje eller træning og aktivitet og ikke alene på baggrund af borgernes eget initiativ.

En relativt stor gruppe af kvinder med brystkræft blev henvist til projektet i forbindelse med at ansvaret for genoptræningen af de brystkræftoperede kvinder, flyttede fra region til kommune midt i projektperioden. Mange af disse blev henvist til projektet af den kommunale fysioterapeut. Fysisk træning har været et centralt element i en stor del af rehabiliteringsforløbene. 29 borgere ud af 56 modtog tilbud om træning i kommunalt regi.

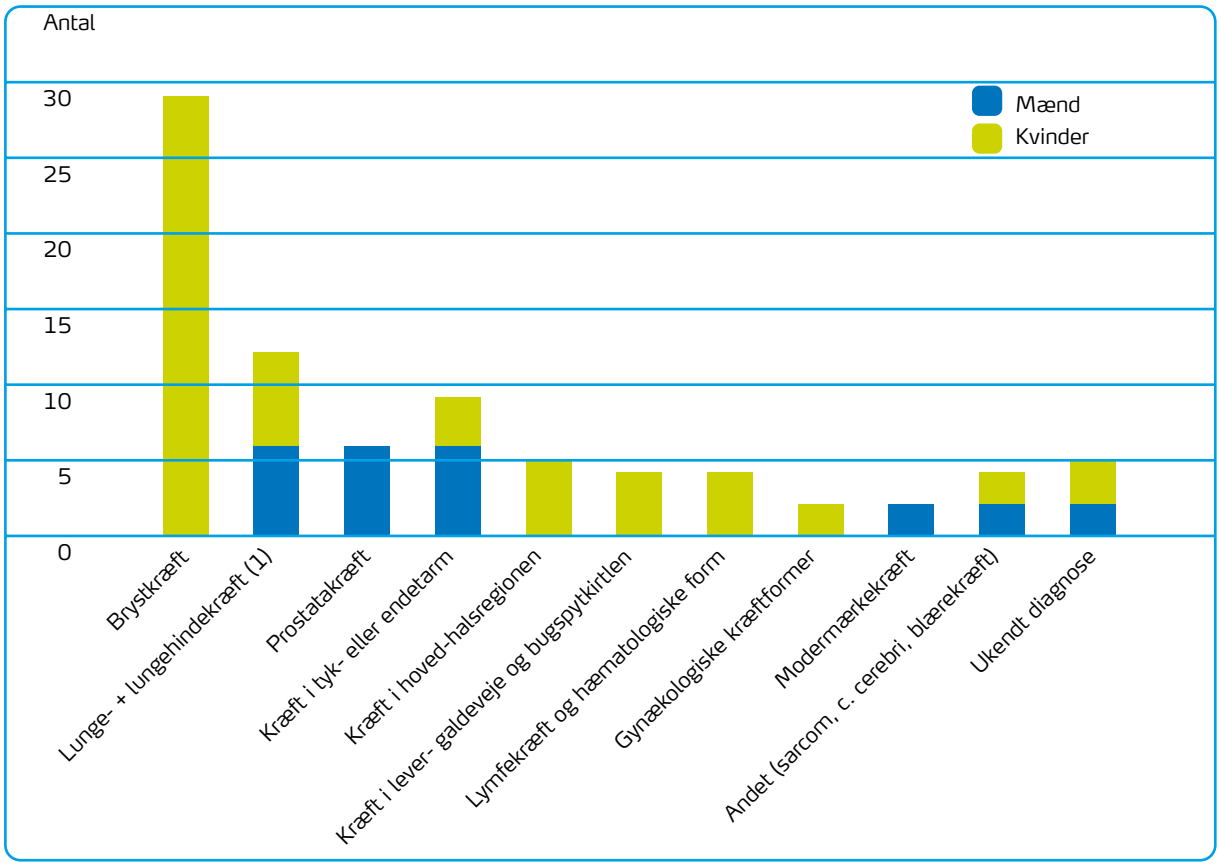
3.2.2 Diagnoser og diagnosetidspunkt i rehabiliteringsforløbet

Borgerne, der kom i kontakt med projektet, havde en række forskellige kræftdiagnoser (se figur 5). Der var stor spredning i forhold til, hvornår kontakten blev etableret til forløbskoordinator set i forhold til diagnosetidspunkt. For flere lå diagnosetidspunktet relativt langt tilbage. Kun i få tilfælde blev kontakten etableret direkte i forbindelse med diagnose og behandling i hospitalsregi.

Tabel 1: Henvisning og rekruttering til projekt

BORGERNE ER HENVIST AF:	ANTAL	BEMÆRKNING
	(heraf antal mænd i parentes)	
Trænings- og aktivitetsområdet	26 (7)	21 af disse via fysioterapeut tilknyttet projektet
Visitation	21 (6)	
Borgeren henvender sig på eget initiativ	13 (2)	efter at have hørt om tilbuddet i lokalsamfundet
Hjemmepleje/hjemmesygepleje	8 (7)	inkluderet via hjemmesygeplejerske tilknyttet projektet
Sygehus afdeling	4 (1)	Herlev(2), Frederikssund, Hillerød Hospital
Job- & arbejdsmarkedsafdelingen	4 (0)	
Pårørende	3 (1)	Efter at have hørt om tilbuddet i lokalsamfundet
Forebyggende medarbejder i kommunen	4 (2)	
Egen praktiserende læge	2 (1)	
I alt	**85**	

Figur 5: Diagnoseoversigt



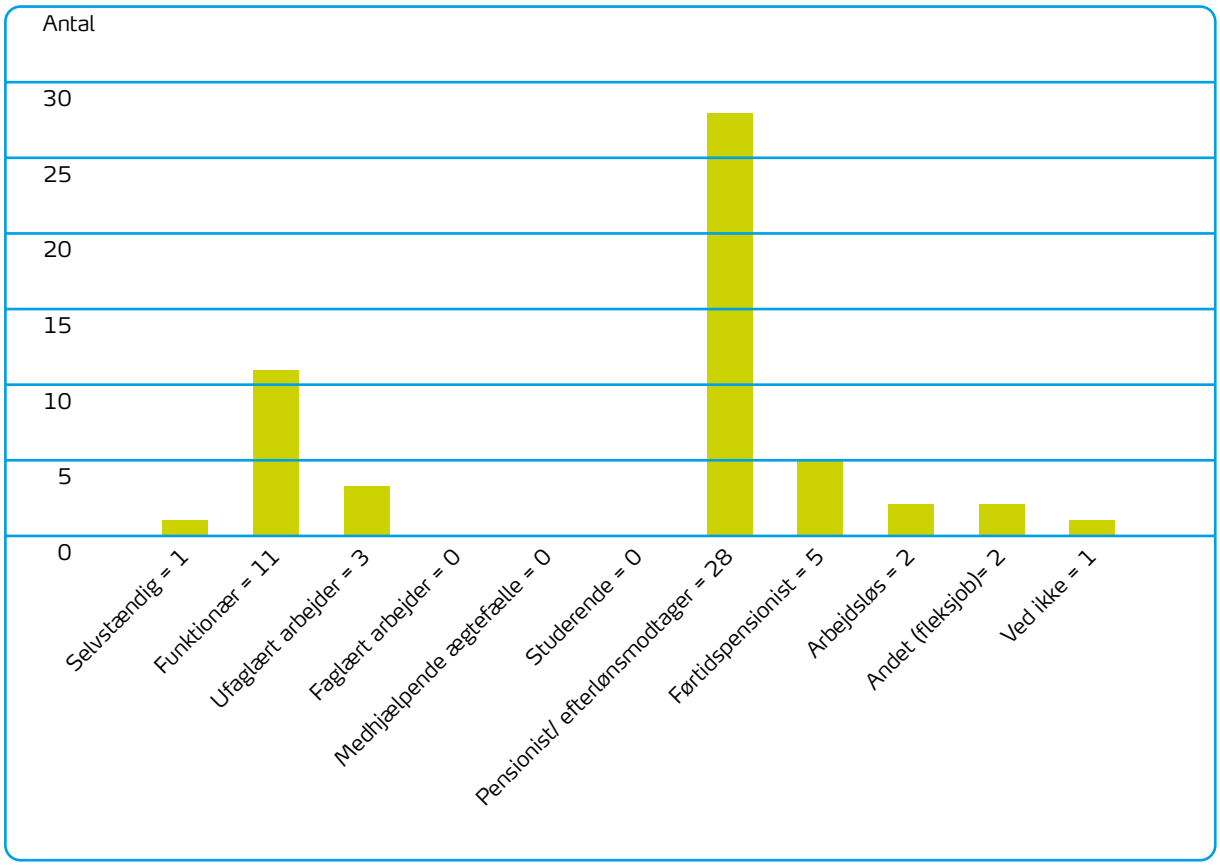
Noget tyder på, at projektet har "samlet gamle sager op". Der er eksempler i projektet på, at borgere med kræft kan have behov for rehabilitering i flere omgange pga. blivende senfølger, som giver funktionsevnetab. Det er på den baggrund også en erfaring i projektet, at det er helt centralt at sikre borgeren støtte til og muligheder for at fortsætte vedligeholdende indsatser efter afsluttet rehabiliteringsforløb og således bidrage til at sikre, at rehabiliteringsindsatser får varig betydning.

I den gruppe, der modtog besøg, var det for 42 ud af 53 borgere første gang, de havde fået en kræftdiagnose. En borger var ikke påbegyndt behandling, 20 var under behandling og 30 havde fået afsluttet behandling. To er uoplyst. 25 ud af 53 borgere havde andre alvorlige helbredsproblemer, hvilket ofte har betydning for kompleksiteten af rehabiliteringsforløbene. Erfaringerne i projektet er, at et rehabiliteringsforløbs kompleksitet og omfanget af kommunens rehabiliterings- og koordinerings indsats blandt andet afhænger af om borgerne har andre og evt. kroniske lidelser (f.eks. Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL), Diabetes eller hjertesygdom). Derudover er det erfaringen at kompleksiteten af koordineringsindsats og rehabiliteringsforløbet hænger sammen med kompleksiteten af kræftsygdom og behandlingsforløb, samt af omfanget af socialt netværk og uddannelsesniveau.

3.2.3 Beskæftigelse

For 53 borgere af de 56 der modtog besøg, var der i forbindelse med dataindsamling til det landsdækkende samarbejde indsamlet information om deres beskæftigelsessituation. 14 ud af 53 borgere angav at være sygemeldt fra arbejdet ved opstart af rehabiliteringsforløbet. Som det ses nedenfor var der en relativt stor gruppe af pensionister eller efterlønsmodtagere. Det hænger formodentlig sammen med, at der i høj grad har været kontakt til de borgere,

Figur 6: Beskæftigelse



som i forvejen var i kontakt med kommunen og visiteret til ydelser i hjemmeplejen eller Træning og Aktivitet.

Projektet har inkluderet få erhvervsaktive borgere og har fået henvist få borgere fra jobcentret. Det var en udfordring i et projekt etableret og forankret i Forebyggelse og Sundhed at formidle og sikre tilstrækkelig relevans for ledelse og medarbejdere i Job og Arbejdsmarked og det tog lang tid at etablere et samarbejde. Det lykkedes sidst i projektperioden og det er en fælles udfordring at finde vej for opsporing af de erhvervsaktive borgere, der endnu ikke er set så mange af i kommunal rehabiliteringsregi og at fastholde det nye samarbejde mellem Forebyggelse og Sundhed og job og arbejdsmarked.

3.2.4 Samtaler/besøg

Der blev gennemført 56 afklarende samtaler, 10 mål- og planmøder med udarbejdelse af IRP, 3 IRP uden forudgående mål- og planmøde samt 11 formaliserede evalueringssamtaler. Derudover blev der gennemført en lang række opfølgende besøg. I alt blev der i projektet gennemført 135 samtaler/besøg af forløbskoordinator. Besøgene fordelte sig således:

3.2.5 Afklarende og opfølgende besøg

Den afklarende samtale var på forhånd skitseret som en målrettet form for screenings- og afklaringssamtale, hvor borgeren og forløbskoordinatoren fik klarlagt borgerens overordnede behov og potentiale for rehabilitering med udgangspunkt i ICF. Ifølge forløbsbeskrivelsen skulle det afgøres, hvilken kategori borgeren tilhørte. Den afklarende samtale viste sig i praksis ofte vanskeligt at kunne rumme denne helhedsorienterede screening til kategorier. Ligeledes viste det sig vanskeligt meget konkret at udarbejde mål for rehabiliteringsforløbet ved den første og afklarende samtale.

Tabel 2: Antal besøg pr. borger

ANTAL BESØG PR. BORGER	ANTAL BORGERE	
0 besøg	29 borgere	
1 besøg	26 borgere	(som stod for i alt 26 besøg)
2 besøg	9 borgere	(som stod for i alt 18 besøg)
3 besøg	7 borgere	(som stod for i alt 21 besøg)
4 besøg	6 borgere	(som stod for i alt 24 besøg)
5 besøg	5 borgere	(som stod for i alt 25 besøg)
7 besøg	3 borgere	(som stod for i alt 21 besøg)
I alt 56 borgere fik i alt 135 besøg		

Samtidig var det erfaringen, at samtalen kunne vise sig, evt. med enkelte opfølgende FK aktiviteter f.eks. telefonhenvendelser og tilbagemeldinger til borgeren, at være en selvstændig koordineringsindsats i forhold til at styrke sammenhæng og kvalitet i borgerens forløb. Dette underbygges blandt andet af de interviewede borgere, som kun havde haft ét besøg, der fremhæver indsatsen som betydningsfuld. De afklarende samtaler kan i sig selv være et tilbud i rehabiliteringsindsatsen.

Med udgangspunkt i borgerens ressourcer, behov, sygdom- og behandlingsforløb afgjorde forløbskoordinator og borger i samarbejde, om der var behov for opfølgende besøg. Ved den første afklarende samtale skulle borgerne også have information om projektet og underskrive samtykkeerklæring, hvilket også har haft betydning for hvorvidt, samtalerne kunne rumme konkret målsætning og kategorisering.

3.2.6 Mål og planmøder (MPM)

Der blev afhold i alt 10 mål- og planmøder, hvor borger, FK, pårørende og relevante faglige aktører deltog. Hvor mange og hvilke aktører, der var tale om, var individuelt bestemt. Deltagere i mål- og planmøder har udover borgeren og forløbskoordinatoren omfattet praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, social- og sundhedshjælper, kommunal fysioterapeut, privat praktiserende fysioterapeut, sygedagepengerådgiver og arbejdsgiver.

Møderne blev afholdt efter borgerens ønske enten i eget hjem, på rådhuset eller hos egen læge.
Der blev udarbejdet en individuel rehabiliteringsplan på baggrund af disse møder. Disse forløb blev afsluttet eller foreløbigt evalueret ved et evalueringsmøde senere i forløbet. Forløbskoordinatoren har haft den helt centrale rolle på disse møder.

Flere aktører giver i dataindsamlingen udtryk for, at MPM har været med til at sikre borgerinddragelse i planlægning og målsætninger og særligt praktiserende læger fremhæver, at deres oplevelse af at disse møder er helhedsorienterede.

FK´ s erfaring er, at indhold og form af møderne er forskelligt alt efter, hvornår i forløbet at møderne ligger. Netop timing af mål- og planmøderne har været kilde til diskussion i projektet og i det lokale rehabiliteringsteam og er et område, hvor der kan arbejdes videre med at finde de relevante og individuelle løsninger for borgeren. Det ses af interviewene, at der er forskellige faglige og organisatoriske perspektiver på, hvornår timingen synes at være rigtig i forhold til at understøtte det gode rehabiliteringsforløb.

Timingen handler blandt andet om en afvejning af forskellige indsatsers betydning på forskellige tidspunkter i forløbet, set i forhold til det samlede forløb. For nogle aktører er tilknytningen til forløbet tidsmæssigt afgrænset til, når den specifikke indsats/aktivitet er henholdsvis påbegyndt (visiteret) og afsluttet. Dette fører til en oplevelse af at mål- og planmøderne kommer for sent i forløbene til, at de fagligt kan komme ordentlig på banen. Et andet element af betydning er i hvilken grad de enkelte aktører i forløbet har vilje og rammer til at kunne bidrage og videregive værdifulde informationer til andre aktører, selv om deres egen faglige indsats er tæt på afslutning. Der ligger således organisatoriske barrierer for den optimale timing af MPM.

FK fremhæver den komplekse vurdering der ligger forud for MPM. Det er en individuel afvejning af, hvor mange og hvem der deltager i disse møder. MPM er en ressourcekrævende indsats, hvor afvejningen blandt andet skal sikre, at de involveredes tid er godt prioriteret til gavn for borgeren, ved at de deltager i mødet. Det har ind i mellem også vist sig vanskeligt rent praktisk at få alle relevante aktører samlet til møderne. Det bør også indgå i overvejelserne, hvem møderne skal være relevante og væsentlige for. Der kan være forskel på de fagpersoners vurdering og prioritering i forhold, til hvad borgeren finder væsentligt.

I ingen af de fem auditerede forløb deltog plejepersonale i MPM, hvilket auditpanelet vurderede, ville have været relevant især i forløb med sektorovergang med direkte udskrivelse fra hospital. I et tilfælde var hjemmesygeplejen inviteret, men prioriterede ikke at deltage, idet denne indsats var tæt på afslutning. FK pointerer, at MPM altid bør foregå efter udskrivelse, idet borgerens mål og fornemmelse for rehabiliteringsforløbet ændres efter hjemkomst. FK vurderer, at der vil være særlige situationer, hvor der vil være behov for, at en koordinator mødes med hospitalspersonale og borger på hospitalet før udskrivelse.

Mål- og planmøder synes således at være et vigtigt og anvendeligt redskab til at bidrage til sikre borgerinddragelse, flerfaglige perspektiver og bidrage til koordinerede helhedsorienterede rehabiliteringsforløb. Individuel timing og tilpasning af indhold, form og deltagere i møderne er med til at sikre, at det bliver en individuel indsats. Samtidig er der tale om en ressourcekrævende og logistisk udfordrende indsats i kommunal praksis, hvorfor det kræver nøje afvejning af behov, ressourceanvendelse set i forhold til forventet udbytte for borgeren. I projektet var det ca. en femtedel af borgerne som blev vurderet til at have forløb af så kompleks karakter, at et MPM var relevant. Det er således en mindre del af borgerne, der har behov for denne indsats i rehabiliteringsforløb. Udfordringen er at finde de forløb, hvor det er ressourcerationelt og relevant at anvende denne indsats. Tallene for antal forløb af kompleks karakter kan siges at stemme overens med, at ca. 1/3 af nydiagnosticerede borgere med kræft har behov for regelret rehabilitering defineret ud fra Hvidbogens definition.

3.2.7 Evalueringsmøder

I syv ud af de 10 forløb, hvor der blev afholdt MPM, blev der afholdt evalueringsmøder. Af disse syv var fire med deltagelse af flere aktører og tre er afholdt alene med borger og forløbskoordinator og evt. pårørende. FK´s erfaringerne med disse møder var, at de var lige så vigtige og lige så tidskrævende som mål- og planmøde også i forhold til den opfølgende dokumentation og koordinering. Det blev i de fleste tilfælde på MPM aftalt, hvordan, hvornår og med hvem evaluering skulle foregår. De samme barrierer som ved afholdelse af MPM gør sig gældende for afholdes af evalueringsmøder og FK har oplevet en tendens til, at evalueringsmøder ikke prioriteres så højt som MPM.

I forløb med afholdelse af MPM blev der ikke nødvendigvis afholdt mange eller flere besøg end i forløb, hvor der ikke blev afholdt MPM. MPM gav således ikke i sig selv anledning til flere besøg og MPM er talt med som besøg. Erfaringen i projektet er, at MPM i forløb, hvor der var behov for meget koordinering, kunne give anledning til færre besøg i det samlede forløb. I forløb, hvor der var stort behov for individuel psykosocial og sundhedsfaglig vejledning gav MPM ikke nødvendigvis anledning til færre besøg i forløbet.

Antal besøg kan således siges at afhænge af behovene hos borgeren i forløbet og de typer af opgaver, som forløbskoordinatoren varetog og MPM løser ikke alle de mangeartede behov hos borgeren. Der henvises til afsnit 3.4.1 og tabel 4 for beskrivelse af forløbskoordinatorens opgaver og opgavetyper.

3.2.8 Kategorisering af forløbene

Det var intentionen at borgernes rehabiliteringsbehov efter den afklarende (screenende) samtale skulle kunne kategoriseres i forhold til behovenes kompleksitet og rehabiliteringsindsatsens forventede omfang. Denne kategorisering viste sig ikke praktisk gennemførlig, idet det ikke var muligt på baggrund af første besøg at have overblik over rehabiliteringsbehovet. Nedenfor i tabel 3 er der retrospektiv lavet en beskrivende kategorisering efter forløbsbeskrivelsens intentioner sammen med oversigt over udfyldte IRP og gennemførte mål- og planmøder.

De 56 borgere, der har modtaget et eller flere besøg, har været tilknyttet projektet i op til 14 måneder. Der er en klar tendens til, at forløbene, efterhånden som projektet og interventionerne har fundet deres form, er blevet kortere og besøgene færre. Det er erfaringen i projektet, at afholdelse af MPM og udførelse af IRP ikke nødvendigvis betyder mange besøg eller længere forløb, men at disse indsatser også kan være ressourcebesparende og resultere i færre besøg, færre henvendelser til andre instanser og mere målrettede indsatser.

En række borgere har haft noget ventetid for at få afklarende besøg undervejs pga. en stigning i antallet af henviste borgere, da projektets tilbud blev kendt. Denne stigning var også medvirkende til, at der ikke blev udført opsøgende arbejde for at få henvist flere borgere direkte fra hospitalet eller fra job- og arbejdsmarked. Stigningen i antal henviste borgere og arbejspres for forløbskoordinator har formentlig også haft indflydelse på, at der ikke er udarbejdet flere IRP f.eks. for de borgere, som har fået 3-4 besøg.

3.2.9 Projektets betydning

Generelt er de faglige aktører og borgerne enige om, at projektets indsatser har gjort en forskel for de involverede borgere og deres tilbagevenden til hverdagslivet. Flere peger på, at projektet sætter fokus på en særlig gruppe borgere, som tidligere har været en overset, og har skabt et tiltrængt fokus på kræftområdet. F.eks. var der flere nøglepersoner i projektet, der ved opstarten tvivlede på, hvorvidt denne gruppe patienter overhovedet fandtes i deres område og havde behov for en ekstra indsats. Projektet har afdækket, at borgerne og behovet for indsatsen er der. Samtidig er der dog fortsat flere fagpersoner, der ser projektet som en særlig indsats for en mindre gruppe borgere og stiller spørgsmål til, hvilke grupper der skal prioriteres fremover. Det bør huskes, at rehabilitering er for borgere med betydelige funktionsevnenedsættelser.

Der peges fra flere sider på, at projektets generelle fokus på samarbejde og tværgående indsatser har haft særlig betydning for deres forståelse og handlinger som fagpersoner i forhold til denne gruppe borgeres særlige behov. Det anføres, at det ses som

Tabel 3: Kategorisering efter behov for koordinationsindsats

RETROSPEKTIV KATEGORISERING	ANTAL BESØG	ANTAL BORGERE	ANTAL UDFØRTE IRP	GENNEMFØRTE MÅL OG PLANMØDER (MPM)	BEMÆRKNINGER
Kategori A: **22 borgere** Borgere der ikke har behov for kommunal koordinationsindsats, ingen IRP	0 Kun telefonisk kontakt	29 borgere	0	0	Enten ikke behov for rehab. indsats/koordinering eller det kan klares pr. telefon / borgeren ønsker alligevel ikke koordinerende indsats. 7 af de 29 døde før besøg
Kategori B: **35 borgere** Borgere med ikke komplekse rehabiliterings-behov, evt. IRP og sparsom kontakt med FK	1	26 borgere	0	0	Afklarende samtale, få eller ingen koordinationsopgaver
	2	9 borgere	1	1*	Afklarende samtale + opfølgning *Borger død efter mål – og planmøde, derfor ikke flere møder, trods kompleksitet....
Kategori C : **21 borgere** Borgere med komplekse rehabiliteringsbehov – der udarbejdes IRP, der er kontakt til FK og der afholdes evt. Mål og planmøde.	3 -4	13 borgere	5	4	Afklarende samtale + opfølgnings samtaler + evt. mål og planmøde + IRP og evalueringsmøde/ afslutningsmøder?
	5 -7	8 borgere	7	5	
I alt	**135**	**85**	**13**	**10**	

første skridt i et nødvendigt arbejde med at tænke og handle på nye måder i kommunen, når det handler om rehabilitering.

Ved audit efterlyste auditdeltagerne i alle de auditerede forløb mere viden om og opmærksomhed på borgernes hverdagsliv, når der sættes mål for rehabiliteringen. Omvendt ses også en række eksempler på, at den tilknyttede fysioterapeut, FK og det særlige fokus projektet har givet denne gruppe borgere, har haft konkret betydning for hverdagslivet. En borger tilkendegiver: "Egentlig føler jeg mig ualmindelig heldig, at der har været det her [...]... altså jeg er bange for, at hvis jeg ikke havde haft det her, så havde jeg været sådan en, der ikke rigtig kunne gå eller nogen ting".

Det fremgår af interviews med fagpersoner og audit, at det ligeledes er deres oplevelse, at borgerne er meget glade for de tilbud om støtte til koordinering, de har fået og det har haft direkte betydning for borgernes tilbagevenden til hverdagslivet, ligesom det er deres faglige vurdering, at jo mere kompliceret forløbene er, jo større betydning får FK for borgerne.

Alt dette tyder på, at det har haft reel betydning, at projektet gennem de forskellige indsatser og ved kompetenceudviklingsforløbene har sat særlig fokus på borgerperspektiver og betydning af hverdagslivet og dets mange facetter for rehabiliteringsforløbet. Det er i sig selv måske ikke overraskende, at en særlig indsats vurderes til at have haft betydning, men det understreger, at der er afsæt for at kommunen finder veje til at fastholde og videreføre projektets tværgående initiativer fremover.

3.2.10 Overgange og timing

I projektperioden viste der sig et stort behov for at fokusere på at finde samarbejdsveje og -former internt i kommunen i forhold til at sikre sammenhæng i borgernes forløb. Der blev derfor mindre fokus på sektorovergange end først planlagt.

For mange borgere i projektet er der er gået noget tid, siden de fik stillet deres kræftdiagnose. Derfor fik forløbskoordinatoren og projektet ikke den store betydning for overgangen mellem hospital og hjemmet.

Behovet for koordinering i overgange bekræftes dog af de interviewede borgere. En borger giver f.eks. udtryk for, at behovet for hjælp og støtte er stort særligt lige efter behandlingen er afsluttet: "... jeg manglede sådan en som [forløbskoordinator], der sad på sengekanten, inden jeg kom hjem. Der sagde: Hvad har du brug for? Fire af de syv interviewede borgere oplevede overgangen fra behandlingen stoppede på hospitalet til udskrivelsen til hverdagen derhjemme som vanskelig og ville gerne have haft, at projektet var til stede dengang, at de blev udskrevet. Flere borgere ytrer, at behovet for støtte er der "...i det øjeblik du kommer hjem". I det tilfælde, hvor forløbskoordinatoren var direkte involveret fra udskrivelsen, var der enighed blandt såvel fagpersoner, som borgeren om, at det fik afgørende positiv betydning for forløbet.

Dette peger på, at der et behov for fremover at have større fokus på koordinerende indsatser i overgange mellem hospital og kommunale indsatser for at sikre høj kvalitet og sammenhæng i forløbene. Dette fokusområde påpeges ligeledes af flere af de interviewede fagpersoner både i og uden for kommunen. Det er en erfaring fra flere sider i projektet, at der fremover skal arbejdes med i højere grad at informations- og dokumentationsdele på tværs af sektorgrænser og flere mener, at der er potentiale i fremover aktivt at inddrage en kommunal forløbskoordinator eller en lignende funktion i udskrivelse og planlægning af rehabilitering i komplekse forløb.

3.2.11 Individuelle rehabiliteringsforløb – tilstrækkelige tilbud?

Ved audit blev der peget på, at nogle faglige aktører ikke var repræsenteret i rehabiliteringsforløbet, selvom deres deltagelse umiddelbart synes vigtig. På baggrund af supplerende oplysninger viste det sig dog, at det nærmere var udtryk for velbegrundede og aktive fravalg fra borgeren og forløbskoordinatorens side. Dette understreger behovet for borgerinddragelse og individualitet i rehabiliteringsforløbet, og at det i disse tilfælde var fremherskende.

Både audit og borgerinterviews viser, at der, trods intentioner om helhedsorientering, er meget fokus på de fysiske rehabiliteringsbehov både hos borgerne selv og hos fagpersonerne. Dette afspejles

blandt andet i, at det ved audit konstateres, at IRP har mange mål på kropsfunktionsniveau. I projektet er WHO´s Internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) valgt som model til at sikre en helhedsorienteret målsætning[21].

I auditeringen blev den høje grad af fokus på den sygdomsorienterede praksis, diskuteret. Både audit og borgerinterviews peger desuden på, at den fysiske dimension af rehabiliteringsforløbet er den mest presserende, f. eks. illustreret ved denne borgers udsagn: "jeg havde ikke kræfter i benene. [...] da jeg startede, da jeg første gang kom til [forløbskoordinator], da kunne jeg ikke rejse mig fra en stol, jeg måtte have hænderne til hjælp, [...] mine benmuskler var totalt væk". Det synes naturligt, at behovet for fysisk genoptræning er det, der umiddelbart fylder mest i disse borgeres hverdagsliv og at rehabiliteringstiltag derfor i første omgang går på kropsniveau mere end på aktivitets- og deltagelsesniveau. Dog er det nødvendigt at være opmærksom på, at fokus og behov kan ændres efterhånden som mål nås. Derfor skal borgerens individuelle rehabiliteringsplan revurderes løbende. Flere borgere får også mod på at sætte sig nye mål undervejs i forløbet, eksempelvis ønskede en borger at kunne komme til at løbe igen, efter han var blevet genoptrænet i sådan en grad, at han kunne gå: "... hvis jeg havde fortsat lidt længere med hende [fysioterapeuten], så havde, så havde jeg også kommet til at løbe rigtigt".

Interview og andre informationer fra projektet underbygger, at der er store individuelle forskelle i hvilke rehabiliteringsbehov den enkelte borger oplever at have – ikke mindst i forhold til den psykologiske dimension af rehabiliteringen. Samtidig kan det bemærkes, at fokuseringen på den fysiske dimension også kan være et udtryk for hvilke rehabiliteringstilbud, der er tilgængelige i kommunen.

Flere af borgerne berører under interviewet angsten for at sygdommen skal vende tilbage, hvilket kan betragtes som en psykisk/eksistentiel (sen)følge af at have haft en kræftsygdom tæt inde på livet. Kræftpatientens Verden, som er den største danske undersøgelse af kræftpatienters behov under hele deres forløb, peger netop på, at mange kræftpatienter har et stort behov for at mødes med ligestillede[22]. Dette er ikke et tilbud, man har i Halsnæs Kommune, men noget borgerne selv kan opsøge, f.eks. ved at tage kontakt til Kræftens Bekæmpelse. FK har informeret om denne mulighed, når hun har vurderet behov for det. Samtidig vurderer FK, at psykosocial støtte har været en af hendes helt centrale indsatser i forløbene (se senere i tabel 4).

Flere borgere giver udtryk for, at det har været rart, at der kommer en og fortæller dem, om de rehabiliteringstilbud og -muligheder der var, da de ikke selv havde overskuddet til at være opsøgende. Det fremgår desuden af interviewene med både Kræftens Bekæmpelse lokalforening og flere faglige aktører, at der er potentiale for et større samarbejde mellem kommunen og frivillige organisationer om at udvikle paletten af tilbud til borgere med kræft i Halsnæs kommune.

Nogle borgere giver i interviewene udtryk for, at de er taknemmelige over at være kommet med i projektet og oplever ikke umiddelbart, at der er tilbud, de har savnet. Alligevel giver flere udtryk for, at de kunne have ønsket sig, at særlig den fysiske genoptræning var fortsat lidt længere tid, samt at der var større grad af kontinuitet i træningen. Dette gjaldt både i forhold til at kunne bevare/vedligeholde sin funktionsevne, men også i forhold til, at kunne opnå et højere funktionsevneniveau. Endelig peges der på, at der er behov for, at behandlinger som lymfeødem-drænage, som er en hospitalsopgave, kan fortsætte i længere tid, idet de oplevede at behovet fortsat var til stede efter endt behandlingsforløb.

21) International Classification of Function (ICF) indeholder et antal komponenter, der har betydning for menneskets liv og helbredstilstand og som interagerer indbyrdes. Komponenterne er: Kroppens funktioner og anatomi (KFA) som omhandler kroppens funktioner og strukturer. Aktiviteter (A) som omhandler borgerens individuelle udførelse af en opgave eller handling. Deltagelse (D) som omhandler borgerens involvering i hverdagslivet. Omgivelsesfaktorer som dels omhandler fysisk, social og holdningsmæssig baggrund for, hvordan borgeren lever og tilrettelægger sit liv. Personlige faktorer som omhandler borgerens personlige og individuelle baggrund, der gør at borgeren lever og handler individuelt.

22) Grønvold, M., Pedersen, C., Jensen, R.C., Faber, T.M., Johnsen, T.A. (2006). Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. Forskningsenheden Palliativ medicinsk afdeling, H:S/Bispebjerg Hospital.

Dette er i øvrigt i tråd med projektets erfaringer om, at tilrettelæggelse af en vedligeholdende indsats ved afslutning af rehabiliteringsforløbet kan have afgørende betydning for borgernes videre hverdagsliv og for hvilke ressourcer kommunen fremover skal anvende på nye intensive rehabiliteringsforløb. I projektperioden har kommunen taget initiativ til og understøttet oprettelsen af hold for borgere med kræft under den hensyntagende aftenskoleundervisning. Dette er holdtræning i varmtvandsbassin og træning i sal.

3.2.12 Individuelle rehabiliteringsplaner

Den individuelle rehabiliteringsplan er udviklet som et dokumentations- og planlægningsredskab i projektet (se bilag 10: Skabelon til individuel rehabiliteringsplan). Formålet med IRP er at etablere en enkelt ramme, der understøtter koordineringen og skaber forudsigelighed og håndterbarhed for borgeren. Ved hjælp af planen fastsættes borgerens overordnede mål og delmål for rehabiliteringsforløbet. Planen skal give et overblik over borgerens situation, forløb og ansvarsfordeling mellem borger og de involverede faglige aktører.

Der har i projektforløbet vist sig en række udfordringer i udformningen af selve planen. Dette gælder både indholdet og formen. Planen afspejler således en pragmatisk kobling mellem et teoriafsæt med fokus på helhedsorientering og en ICF ramme. Andre udfordringer er de IT-mæssige muligheder for anvendelse og samspil med eksisterende dokumentationssystemer i kommunen og det at finde en hensigtsmæssig måde at indføre (endnu) et dokumentationspapir, der både skal være let tilgængeligt for alle aktører i forløbet – og være borgerens egen plan.

På forhånd var der desuden et vist forbehold i forhold til at indføre et nyt dokumentationssystem i hjemmene, hvor der i forvejen er en række aktører og dokumentationsformer i spil. Disse interne og eksterne barrierer har FK arbejdet med fra starten af projektet og det har forsinket anvendelsen af dem. Som led i udviklingen af redskabet IRP blev der i første halvdel af projektet derfor kun udfærdiget egentlige IRP i den udarbejde skabelon i forbindelse med mål- og planmøder. Ved midtvejs evaluering december 2008 stod det dog klart, at det var nødvendigt med en øget fokus på netop udarbejdelse og afprøvning af IRP for at leve op til projektets intentioner om at afprøve disse som koordineringsredskab. Efterfølgende blev der udarbejdet tre IRP tidligere i rehabiliteringsforløbet og i mindre komplekse forløb. I alt blev der udarbejdet 13 IRP.

Det begrænsede antal IRP, der er udarbejdet i skabelonen, er dog ikke et udtryk for, at der ikke er lagt, fulgt og fulgt op på planer for rehabiliteringsforløbene. De bliver formodentlig udarbejdet implicit eller eksplicit i alle forløb i samarbejde med borgerne og dokumenteres antageligt i de øvrige dokumentationsredskaber, der anvendes. Blandt andet viste journalaudit af dokumentationen efter de første 10 afklarende samtaler i 2008, at de var veldokumenterede og indeholdt en række målsætninger i samarbejde med borgeren. Papiret IRP er et redskab til at samle oplysninger i en overskuelig plan for borgeren og ikke en forudsætning eller en sikkerhed for, at der koordineres målrettede rehabiliteringsforløb.

Forløbsaudit viste, at IRP set fra et fagligt og tværgående perspektiv kan udvikles til at være et godt tværgående fagligt redskab til at skaffe sig overblik over borgerens situation samt ønsker, mål og prioriteringer. På den ene side fremhævede flere fagpersoner, at IRP er med til at sikre såvel borgerinddragelsen som helhedsorienteringen og samtidig er med til at fastholde en systematik og fokus på ansvarsplacering hos alle aktører. På den anden side sættes der fra Job & Arbejdsmarked spørgsmålstegn ved om den er helhedsorienteret nok ud fra deres perspektiv.

Ved audit blev der også sat spørgsmålstegn ved om anvendelsen af IRP fremstår helhedsorienteret. Audit peger på, at der skal være fokus på at gøre IRP endnu mere helhedsorienteret, således at hverdagsliv og roller i forhold til job, familie og kontekst belyses mere tydeligt.

Audit pegede desuden på, at tanken om, at opbygge et redskab ud fra en ICF tilgang og med afsæt i beskrivelse af borgerens vigtighedsområder og egne

mål, er værd at bygge videre på (se note 21). Det påpeges, at hvis FK-funktionen skal fortsætte ud over projektperioden, så skal der arbejdes med at gøre IRP til et let tilgængeligt redskab for kommunens medarbejdere på tværs af afdelinger, områder og fag.

I projektets forløbsbeskrivelse står, at den individuelle rehabiliteringsplan (IRP) er brugerens plan, og han/hun skal kunne identificere sig med den. En af borgerne har brugt IRP aktivt i sit forløb og blandt andet sendt den med ansøgning til ophold på Dallund. Omvendt fremgår det tydeligt af interviewene, at de fleste af de interviewede borgere ikke havde oplevet det som deres skriftlige plan, og ikke lagt vægt på IRP under deres rehabiliteringsforløb. Noget tyder på, at de snarere har oplevet det som et redskab til gavn for forløbskoordinator og/eller andre rehabiliteringsaktører. Det betyder dog ikke, at de ikke oplever sig medinddraget i deres rehabiliteringsforløb, og at rehabiliteringstiltagene har taget udgangspunkt i deres individuelle rehabiliteringsbehov.

Flere af de interviewede borgere fortæller, at deres IRP er udformet senere i deres rehabiliteringsforløb, hvilket er konsistent med at de fleste IRP er udarbejdet i forbindelse med mål- og planmøde, der i mange tilfælde har ligget længere inde i forløbet. Fordelen ved at udarbejde IRP til mål- og planmøde er, at flere faglige perspektiver i højere grad kan komme i spil. På den anden side kan det synes hensigtsmæssigt i forhold til at skabe et målrettet rehabiliteringsforløb, at der tidligt lægges en plan, der så undervejs kan suppleres og justeres og som borgeren kan have et medansvar for.

Noget tyder på at der, trods institutionelle og praktiske barrierer er potentiale for, at IRP kan udvikles til et nyt og tværgående redskab til koordinering af individuelle rehabiliteringsforløb og være med til at sikre helhedsorienteret og tværgående perspektiver fastholdes. Evalueringen peger dog på, at der ligger en række udfordringer i at gøre det til borgerens redskab og, at redskabet skal udvikles yderligere for at virke optimalt som et tværfagligt tværgående redskab til at skabe helhedsorienterede rehabiliteringsforløb.

Spørgsmålet er, om der reelt kan skabes en løsning, der tilgodeser begge krav, eller om erfaringerne med IRP skal bruges til at udvikle de eksisterende faglige kommunikations- og dokumentationssystemer således, at der bliver mulighed for helhedsorienterede tværgående overblikskabende informationssøgning på den ene side og udvikling af et tilbud om en "borgerens plan", der i højere grad fokuserer på borgerens rolle, planlægning, hverdagsliv i rehabiliteringen og den borgeroplevede kvalitet på den anden?

3.2.13 Forløbsbeskrivelse

Forløbsbeskrivelsen blev den fælles forhandlede platform for gennemførsel af projektets interventioner. Forløbsbeskrivelsen har bidraget til en fælles forståelse af projektet i samarbejde mellem videncenter og kommune samt internt i den kommunale projektorganisation. Forløbsbeskrivelsen har været en guideline og et dynamisk papir, der har måttet tilpasses praksis undervejs. Det har som sådan vist sig anvendeligt og hensigtsmæssigt, som et planlægnings-, samarbejds- og styringsredskab i projektet. På den måde har det understøttet, at der er sket en kommunal indsats for koordinerede kræftrehabiliteringsindsatser.

Til gengæld har forløbsbeskrivelsen ikke fået den store betydning som redskab i FK´s arbejde i de enkelte forløb. Flowdiagram og den planlagte kategorisering af forløbene er ikke eksplicit anvendt i forløbskoordineringen. Ligesom oversigt over tilbud og indsatsområder i kræftrehabiliteringen nok har været underliggende viden, men ikke er anvendt eksplicit i FKs arbejde med de enkelte forløb. Erfaringerne med forløbsbeskrivelsen kan fremover bidrage til udarbejdelse og målretning af lignende planlægningspapirer i kommunen, der muligvis i højere grad kan være en støtte i planlægningen og koordineringen af de enkelte forløb.

3.2.14 Koordinering gennem udvikling af tværfagligt samarbejde

Den model for forløbskoordination i projektet, som Halsnæs kommune har valgt, lægger stor vægt på FK´s koordinerende rolle i forløbet både i forhold til det tætte samarbejde med borgeren og i forhold til at koordinere tværfagligt samarbejde. Nogle aktører

har bemærket, at denne model ikke efterlader mulighed for, at koordineringen kan ske tættere på borgeren i et tværfagligt team eller, hvor faglige aktører i forløbet er forløbskoordinator. Der peges på, at det i nogle tilfælde vil være mere hensigtsmæssigt at koordinering sker tæt på borgeren og at tværfaglighed i løsningerne nogen gange opstår bedst i samarbejdet tæt på borgeren. Det er FK´s vurdering, at der, udover den overordnede koordinerende rolle, kan være behov for løbende indbyrdes faglig og tværfaglig koordinering, som FK-funktionen ikke må bremse. Desuden peger FK på de forløb, hvor FK kun har afholdt et besøg og hvor der er tale om mindre komplekse koordinationsbehov. I disse tilfælde vil der efterfølgende ofte ske koordinering tæt på borgeren af de involverede faglige aktører og uden om FK.

Audit peger også på, at det er en svaghed ved modellen, at det opleves, at mange informationer forbliver hos de enkelte aktører og FK, således at der ikke sker tilstrækkelig videndeling på tværs.

Omvendt peger auditdeltagerne på, at koordinering af rehabiliteringsforløb stiller store krav til aktørernes viden om rammer og regler ud over eget område. Det stiller også krav om stor viden om andre aktørers arbejdsområder og kompetencer – ligesom det stiller krav om at bruge tid på at løse denne opgave ved siden af den faglige indsats. Der sættes fra flere sider spørgsmålstegn ved, om såvel kompetencer, som tiden, er tilstrækkelig hos andre aktører end den specialiserede koordinator.

Der er således i projektet erfaringer, der peger på en af de helt centrale problematikker i forløbskoordinering, hvor specialisering af koordinator funktionen har nogle klare fordele, men samtidig kan sætte barrierer for indbyrdes faglig koordinering mellem aktørerne. Det er en erfaring, at der kan være mange forventninger i spil i forhold til den specialiserede koordinator. Det er derfor helt centralt løbende at arbejde med at klarlægge forventninger og have klare aftaler aktørerne i mellem og i forhold til, hvornår koordinatoren er en del af et forløb samt procedurer for informationsudveksling.

3.2.15 Det lokale rehabiliteringsteam

Medlemmerne af det lokale Rehabiliteringsteam er nøglepersoner i projektet og skal fungere som sparringspartnere for FK og sikre en vis tværfaglig vurdering af rehabiliteringsbehov på såvel det konkrete, som det mere generelle niveau. Der har været mødeaktivitet ca. 2 timer hver 14. dag. Nøglepersonerne har deltaget i forskellig intern og ekstern kompetenceudvikling med fokus på øget viden om rehabiliteringsbehov hos borgere med kræft med henblik på at kunne varetage denne rolle.

Nogle nøglepersoner fremhæver det som problematisk, at teamet gennem projektperioden har haft stor udskiftning, og der er brugt en del ressourcer på at rekruttere og introducere nye medlemmer.

Mange oplever, at det har været spændende og lærerigt at deltage i teamet og været glad for det faglige input og den sparring, de har fået. Det har givet større forståelse for hinandens arbejdsopgaver. Der er foregået videndeling og nogle teammedlemmer oplever, at der er blevet optimeret processer til fordel for borgerne som følge af denne videndeling. Der er også på møderne indgået konkret aftaler om fordeling af opgaver i konkrete forløb.

Samtidig er der dog flere medlemmer af teamet, der oplever, at der er uklarheder i forhold til, hvilket formål og funktion teamet har skullet varetage og på hvilket niveau. Det har givet udfordringer for teamets medlemmer, at de nogle gange forventedes at bidrage konkret i et forløb og andre gange, når

de ikke kendte borgerens forløb, kunne give meget relevante input på det generelle og mere overordnede faglige eller strukturelle niveau. Blandt andet beklager et medlem, at gennemgangen af enkelt forløb blev nedprioriteret til fordel for mere overordnede eller generelle projektanliggender.

Det påpeges også af medlemmer af teamet og af andre aktører, at der er en tendens til, at viden begrænses inden for teamet og at det er vanskeligt for teammedlemmerne at finde en form, hvor viden føres tilbage i det faglige bagland. Derfor er det foreslået, at teamet bliver bredere forankret end i forløbskoordinatorfunktionen.

Det lokale rehabiliteringsteam opfattes både som værende et relativt ressourcetungt, men også givtigt forum for tværfaglighed og som katalysator for mere tværgående praksis. Erfaringen med det lokale rehabiliteringsteam som en projektkonstruktion er, at et sådan tværfagligt team kan skabe ny viden og ny praksis. Erfaringen er samtidig, at der er en række organisatoriske forhold, der bør genovervejes i evt. fremtidig implementering. Blandt andet bør fokus på forventningsafstemning, arbejdsform, bred forankring og formål med teamet skærpes. Både teamet og ledere fra alle rehabiliteringens områder bør være klar over og enige om teamets formål og vægtning af disse.

3.3 Evaluering af forløbskoordinatorfunktionen

I dette afsnit sættes der fokus på de erfaringer og pointer, der er knyttet til den specialiserede forløbskoordinatorfunktion, der er afprøvet i projektet. Afprøvning af forløbskoordinator-funktionen har været et helt centralt omdrejningspunkt i projektet, og evalueringsdata viser, at alle aktører fremhæver FK´s indsatser som vigtige, værdsatte og centrale opgaver, både når det handler om individuelle borger-/individrettede koordinerede rehabiliteringsindsatser, og når det handler om udviklingen af tværgående kræftrehabiliteringsindsatser i kommunen. Samtlige af de interviewede borgere udtrykker meget stor tilfredshed med forløbskoordinatorens indsats og betydning for deres forløb, uanset om borgeren har haft én eller flere samtaler eller, hvornår de indtrådte i projektet. De interviewede praktiserende læger fremhæver, at de har oplevet tilbuddet om FK som en væsentlig kvalitetsforbedring for den deltagende gruppe borgere.

Forløbskoordinator har overordnet varetaget to roller i projektet: projektkoordinator og forløbskoordinator. Som projektkoordinator har hun i samarbejde med projektlederen i kommunen samarbejdet med videncentret samt med forskellige ledelsesniveauer og udførergrupper internt i kommunen samt med eksterne samarbejdsparter på f.eks. hospitaler og private aktører bl.a. lokalforeningen af Kræftens bekæmpelse. FK har desuden bidraget i samarbejdet i det nationale kræftrehabiliteringsprojekt. Som FK har hun haft ansvaret borgerkontakten og for koordinering i forhold til andre fagpersoner i og uden for Halsnæs Kommune i forhold til at tilbyde og udvikle sammenhængende individuelle rehabiliteringsforløb.

FK betegnes af samarbejdspartnere som ressourceperson og tovholder og konsulent både for borgerne og for de tværfaglige samarbejdspartnere i forløbene. Rollen kan være ganske vanskelig at afgrænse både for FK og samarbejdsparterne, idet der i funktionen har været opgaver i relationen til den enkelte borger og i forhold til at sikre og koordinere tværfaglighed i de enkelte forløb. Fra audit konkluderes det, at jo mere komplekse borgernes forløb er, jo større er FK´s betydning for borgeren, forløbet og resultaterne.

FK har desuden haft en række opgaver, der har været knyttet til ønsket om at udvikle rehabiliteringspraksis i kommunen og finde nye veje for samarbejde og kommunikation på tværs, ligesom der har været en lang række undervisnings-, kommunikations- og informationsopgaver, hvor FK har været en central part i udvikling og gennemførelse af kompetenceudviklingsforløbene.

3.3.1 Beskrivelse af forløbskoordinators opgaver i de individuelle forløb

Forløbskoordinatoren har gennemført en vurdering af, hvilke type opgaver, der har været vigtigst i forløb med to besøg eller mere. I alt er det vurderet på 30 forløb. Dette har dels givet et overordnet billede af de typer opgaver, der kendetegner forløbskoordinatorens funktion relateret til de konkret rehabiliteringsforløb og dels giver det et billede af, hvordan FK individuelt har vægtet de forskellige opgaver hos borgerne.

Selv om vurderingen varierer fra forløb til forløb og dermed afspejler de individuelle behov for FK´s indsats, så tegner der sig alligevel et ret klart samlet billede af, hvilke opgaver der ifølge FK har været vigtigst i indsatsen, som det ses af rangeringen i tabel 4.

Det er således FK´s vurdering, at den individrettede indsats, i form af samtale og psykosocial og sundhedsfaglig vejledning og støtte, er den mest betydningsfulde af hendes indsatser. Dette er også, hvad de interviewede borgerne giver udtryk for. Flere har især oplevet forløbskoordinator som en samtalepartner, fordi hun har haft kendskab til både kommunen og kræftbehandling: "hun kendte jo til det hele". Også flere fagpersoner har set FK som en samtalepartner for borgerne, der samtidig er med til at sikre målopfyldelse og opfølgning. Denne vægtning af opgaverne kan formodentlig hænge sammen med forløbskoordinators kompetenceprofil, som er nærmere beskrevet nedenfor. Der kunne også være en sammenhæng mellem at forløbskoordinator og borgerne netop lægger vægt på denne kategori af opgaver og at det, som tidligere beskrevet, ikke i forvejen er let og naturlig adgang til psykosocial støtte og vejledning i Halsnæs Kommune og at FK-funktionen på den måde udfylder et behov.

Borgerne vægter dog også de andre opgaver, der har mere karakter af koordinering. Flere beskriver forløbskoordinator som en, der har haft overblik over deres forløb, og en borger problematiserer netop, at en manglende koordinering i sundhedsvæsnet og en ofte dårlig kommunikation betyder, at man som kræftpatient kan have brug for en, der har overblikket over ens forløb "en knage man kunne hænge alle sine problemer på".

De faglige samarbejdspartnere peger på, at FK sørger for at afdække ressourcer og sikre borgerinddragelse i planlægning og forløb. De ser, at hun har en vigtig funktion i at oplyse borger om tilbud og optræder som tovholder for såvel patientforløb som for det tværfaglige samarbejde. Flere ser, at det lykkes for forløbskoordinatoren at sørge for at trække andre professioner ind i forløbene og skabe helhed for borgerne.

Forløbskoordinator skildres af borgerne således både som en 'bagstopper'; "sådan en baggrund man har" og som en slags døråbner. Sidstnævnte betegnelse skyldes især to borgeres oplevelse af, at hun har virket som en katalysator for, at deres pension gik igennem. En af disse borgere fortæller, at forløbskoordinator har været bisidder ved samtalerne omkring afklaringen af arbejdssituationen, hvilket borgeren har oplevet som en stor støtte: "så jeg ikke følte mig alene. Så det var rigtig godt, at hun var med, også dér". Et andet sted i interviewet fortæller borgeren, at forløbskoordinatoren har hjulpet med at holde styr på samt fast ved borgerens aktiviteter, som en ledetråd for mig.

En vigtig funktion, som forløbskoordinatoren har haft, er, ifølge flertallet af de interviewede borgere, at hun har hjulpet dem med at få øje på hvilke muligheder, de har som kræftpatient. Herudover skildres det, at forløbskoordinator har virket som et bindeled mellem dem og kommunen, som kan opleves som 'truende'. Endelig fremgå det af interviewene, at forløbskoordinatoren har kontaktet relevante rehabiliteringsaktører, når dette har været aktuelt.

Tabel 4: Forløbskoordinatoropgaver

RANGERING	OPGAVETYPE[23]
1	**Yde individuel psykosocial og sundhedsfaglig vejledning og støtte.** Samtale og styrkelse af mestringsevne og egenomsorg
2	**Koordinere faglige indsatser** (mål- og planmøde, udarbejdelse af planer, anden formidling af samarbejde mellem aktører), herunder at etablere kontakter, så der indgås aftaler om genoptræningsplaner med hospitalet.
3	**Informere og rådgive borger om sundhedsmæssige og sociale indsatser** og støttemuligheder, herunder om muligheden for støtte fra forløbskoordinator
4	**Vejlede andre aktører** Faglig vejledning og vejledning om borgernes tilstand og forhold i øvrigt, der har betydning for andre aktørers indsats.
5	**Andre aktiviteter** F.eks: Etablere kontakt til hjemmehjælp, hjælpemidler mm. i kommunen, fagforening, pension, arbejdsgiver, kontakt til forsikringsselskab vedr. udbetaling af sum ved kritisk sygdom, hjælp til hospiceansøgninger, ansøgning til Dallund, VISO – sag, foranlediget af at egen læge søger diagnosekomitéen om vederlagsfri fysioterapi og lign.

23) Typologien over opgaver i funktionen knyttet til rehabiliteringsforløbene er udarbejdet af Jette Thuesen på baggrund af erfaringer i projektet sammenholdt med følgende litteratur: Bergen, A. (1992): Case management in community care: concepts, practices and implications for nursing. I: Journal of Advanced Nursing, 17, 1106 – 1113. Buch, M.S. (2008): Forløbskoordination på kronikerområdet. Hvad skal der til i praksis? Fokus-analyse nr. 23. Lee, D.T., Mackenzie, A.E., Dudbey-Brown, S., Chin, T.M. (1998): Case management: a review of definitions and practices. I: Journal of Advanced Nursing, 27(5):933-999. Pollock, K., Wilson, E., Porock, D., Cox, K. (2007): Evaluating the impact of a cancer supportive care project in the community: Patient and professional configurations of need I: Health and Social Care in the Community 15(6):520-529. Rangeringen er lavet ganske pragmatisk ud fra en simpel vægtning på en skala far 1 til 5 i hvert enkelt forløb og via middeltal overført til samlet vægtning.

Det fremgår tydeligt af interviewene, at det har givet borgerne tryghed, at have en forløbskoordinator, de kan ringe til, hvis de har behov for dette. Flere benytter fortsat dette tilbud, selvom deres rehabiliteringsforløb er afsluttet. Den borger, som kun har haft én samtale med forløbskoordinatoren, oplever også denne tryghed og udtaler i den forbindelse: Det er rart, at have sådan et telefonnummer [...] selvom man bare siger nej til det hele, så tænker hun [forløbskoordinator] ikke "lade hende passe sig selv".

FK's tryghedsskabende betydning er også fremhævet af flere af de faglige aktører der er interviewet, blandt andet fremhæves netop af de praktiserende læger, at de oplever, at FK er tryghedsskabende og dermed ressourcebesparende og en aflastning for lægerne. Flere af de interviewede borgere ytrer ved interviewet desuden bekymring for, hvem de nu skal kontakte, hvis forløbskoordinatorfunktionen forsvinder i kommunen.

I forløbskoordinatorens indsats for at bidrage til sammenhængende individuelle rehabiliteringsforløb, har der således været tale om opgaver i forhold til at støtte borgeren i dennes rehabiliteringsproces samt opgaver i forhold til at sikre borgerens rehabiliteringsproces som et tværfagligt og sammenhængende forløb.

3.3.2 Koordinering, skabe helheder og sikre borgerrettethed

FK´s rolle, i forhold til at binde enkeltdele i rehabiliteringsprocessen sammen, er fremhævet som en konklusion på audit og de interviewede praktiserede læger fremhæver, at FK "står for det helhedsorienterende" og én mener i øvrigt, at det ikke blot er borgerne, der profiterer i den konkrete situation, men at også den praktiserende læge lærer af denne tilgang iforhold til andre patienter.

I forhold til mål- og planmøder er FK helt central og står som den, der får det fulde koordinationsansvar, hvem der indkaldes, at de indkaldes og planlægning af mødet sammen med borger og opsamling og opfølgning efter. IRP i projektet har været FK's ansvar og flere peger dels på, at det er meget ressourcekrævende opgaver, som næppe fremover vil kunne varetages af én FK alene. Dels peger de på, at det kunne være hensigtsmæssigt at disse koordinerende opgaver fremover kunne varetages af fagpersoner, der i forvejen er knyttet til borgerens forløb.

Hjemmeplejen mener, at selv om det har lange udsigter, så kan man anskue FK, som en art overgangsfunktion indtil tankegange og kommunikationsveje var omstillet til tværgående og helhedsorienterede tilgange og man selv i virksomhederne kunne varetage funktionen. Her finder man, at det i nogen tilfælde kan det være en ulempe, at FK er endnu én fagperson ind i borgernes hjem.

Både medarbejdere fra visitationen og en praktiserende læge peger på, at der i FK-funktionen kan være en risiko for, at der gives unødig meget hjælp eller at koordineringen bliver taget fra personen selv eller personer i familien, der med fordel kunne varetage opgaven. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvor ressourcerne er givet bedst ud. Samtidig pointeres dog også, at FK har haft fokus på borgerne og borgernes medansvar i samarbejdet.

Flere peger på, at indsatsen kan ses som en luksusindsats for en lille gruppe borgere, hvor mange flere har brug for det. Flere inklusive FK selv peger på muligheden af, at tilbuddene kan afgrænses til at gælde de få, der har meget komplekse rehabiliterings- og koordinationsbehov.

Omvendt har projektet tydeliggjort, for blandt andet Kræftens Bekæmpelses lokalforening, FK og Job & Arbejdsmarked, at der er et stort behov for at opspore kræftpatienter, der har brug for hjælp til at vende tilbage til hverdagslivet.

3.3.3 Krydsfelter, snitflader og tværfagligt samarbejde

De interviewede samarbejdsparter påpeger, at det har været FK´s rolle at stå for at skabe tværgående indsatser. Det fremhæves, at FK "…. er en udefra", der kan se muligheder og bygge bro i en kommunal praksis af faste samarbejdssystemer. Selv fremhæver FK, at når hun kommer udefra og ikke er en aktør med et fagligt ansvar eller tæt involveret med borgerne i forvejen, så kan hun løfte sig lidt op i helikopterperspektiv og søge at sikre forståelse alle parter imellem. En leder foreslår i interviewene, at man bør overveje om FK skal have myndighedsbeføjelser til at vurdere tildeling af ydelser. FK mener selv, at det er en fordel, at hun ikke har myndighedsfunktion blandt andet fordi, det er med til at sikre, at der holdes samme serviceniveau for alle. FK kan gå i dialog og faglig argumentation ved uenighed i afgørelser. Netop myndighedsfunktionen er også med til at sondre mellem visitator-funktion og forløbskoordinatorfunktion.

I komptenceudviklingsforløbene kom det frem, at visitatorerne også oplever at have en koordinerende rolle. Visitationen er netop et af krydsfelterne for forløbskoordinator-funktionen. Lederen af visitationen vurderer, at projektet har bidraget med viden om og fokus på opgaver, der ikke er blevet løst tidligere, og som tit er blevet oplevet som en arbejdsbelastning for de medarbejdere, der kunne se opgaverne, men ikke havde tid til at gøre noget dem. Samtidig oplever hun, at visitationen er blevet styrket i fokuseringen på borgeren og at "dyrke mål".

Det påpeges dog af en visitator, at FK i dette projekt alene har vurderet, hvordan hendes ressourcer skulle prioriteres og derfor har brugt mange ressourcer på at gå i detaljer med enkelte borgers problemer på en måde, det ikke er muligt i det daglige. Samtidig pointeres, at FK har vist, at der er en anden måde at gøre tingene på. Blandt andet mener lederen af visitationen, at projektet har sat fokus på det at kende og diskutere egne muligheder frem for begrænsninger og har gjort det lettere at dele information og at handle hurtige og mere effektivt.

Fra flere perspektiver er det blevet tydeligt, hvordan den koordinerende indsats har gjort en forskel for en lille gruppe borgere, der har fået særlig fokus og ressourcer. Dels fører det til, at man ønsker sig tilbuddet udbredt til andre gruppe, ligesom det sætter fokus på prioriteringen af ressourcer og hvilket serviceniveau, der skal tilbydes borgerne i kommunen.

Job og arbejdsmarked siger i interviewet, at afprøvning af forløbskoordinatorfunktionen har været med til at skabe klarhed over arbejdsgange i samarbejdet med deres afdeling. Og der siges blandt andet, at der overordnet er skabt et forum for samarbejde " så man hurtige kan vende borgeren i døren og få dem hurtige tilbage i job". Samtidig efterlyser de dog, både i interview og i auditsammenhæng, en større aktiv inddragelse af netop deres område. De mener, at der på flere områder har vist sig uudnyttet potentiale for samarbejde på tværs i kommunen. Fra Job- og Arbejdsmarked peges der på lovgivningsmæssige uklarheder og at Jobcentrets IT brugerflade ikke er koblet på kommunens øvrige systemer, som væsentlige barrierer for udvikling af reelt tværfagligt samarbejde, der inkluderer Job og Arbejdsmarked.

Overordnet oplever borgerne, at der har været få rehabiliteringsaktører involveret i deres rehabiliteringsforløb og oplever derfor ikke, at det har været svært at holde styr på, hvem man har skullet ringe til, hvem der tog sig af hvad m.m. En borger giver dog udtryk for, at han i begyndelsen manglede overblik over sit rehabiliteringsforløb, og samme borger oplevede, at det var hans praktiserende læge der koordinerede hans rehabiliteringsforløb efter MPM : "….og hende [egen læge] der har kørt med klatten og ligesom giver det videre til mig. Jeg har talt betydelig mere med [egen læge] end med [forløbskoordinator]".

Også på træningsområdet opleves det, at projektet har sat fokus på en gruppe borgere, man ikke tidligere har haft kontakt til. På den ene side opleves det, at forløbskoordinering har gjort en stor forskel for borgerne, men samtidig er det oplevet som en helt ny udfordring at skulle koordinere sin indsats med flere eksterne personer. Det opleves derfor også ind

imellem tungt, at der er en forløbskoordinator som ikke "er i huset" og kender deres arbejdsbetingelser. Især timing af mål- og planmøder i det tværfaglige samarbejde fremhæves som problematisk. Herfra spørges der til, hvor tæt på borgeren koordinering bør foregå, og det anføres, at kompetencen til at løfte koordineringen nok bør udvikles hos de medarbejdere, der indgår i borgerens forløb i forvejen.

Der er i interviewene flere bud på hvordan en fremtidig FK-funktion kan se ud, og organisatorisk indplaceres. F.eks. er der forslag om at FK i fremtiden tilknyttes en tværgående uddannelsesfunktion for at understrege uddannelsesperspektivet i at udbrede og udvikle den tværfaglige og tværgående rehabiliteringsindsats.

3.3.4 Forløbskoordinators kompetencer

I udsagn fra samarbejdspartnere fremhæves det, at FK-funktionen er meget personafhængig og at funktionen formes efter kompetencer, faglighed og interesser. I dette projekt er forløbskoordinatoren en meget erfaren sygeplejerske med projekterfaring og efteruddannelse inden for onkologi og det palliative felt. Derudover er hun i projektperioden studerende ved Master i Rehabilitering på Syddansk Universitet. Denne profil, har uden tvivl haft væsentlig indflydelse på udviklingen af forløbskoordinatorfunktionen og hvilke opgaver, der er varetaget og hvordan, samt hvilke vægtning de forskellige opgaveområder har fået.

Projektets udgangspunkt var fokus på koordinering af rehabiliteringsindsatser. I princippet kunne FK have haft en helt anden faglig profil med mere vægt på kompetencer rettet mod koordinerende opgaver. Når borgere og flere faglige aktører vurderer FK´s kompetenceprofil er det dog ikke overraskende, at de netop fremhæver FK's stærke kompetencer på det diagnoserelaterede områder. Havde FK haft en stærk faglig profil på andre områder ville det formodentlig også været fremhævet som en force.

Såvel borgere som fagpersonale ser det som vigtigt, at de hos FK har kunnet henvende sig og hente viden og inspiration i forhold til at forstå og håndtere kræftsygdom eller følger af kræft. F.eks. fremhæver praktiserende læger viden om smerte- og kvalmebehandling samt forståelsen for hele det onkologiske sygdoms- og behandlingsfelt som særligt fordelagtigt i samarbejde og i forhold til tilbuddet til borgerne. Borgerne fremhæver det som helt centralt, at de får en samtalepartner med stor viden om kræft og den særlige situation, de er i som kræftpatienter.

Af andre kompetencer fremhæves det at have et fagligt netværk og overblik, ligesom samarbejdskompetencer, vilje og evne til at finde nye løsninger samt tilbud i kommunen, som værdifulde kompetencer.

Erfaringen i projektet er, at FK´s komptenceprofil har stor betydning for udviklingen af FK-funktionen.

3.4 Evaluering af kompetenceudviklingsforløb

Kompetenceudviklingsforløbene er blevet evalueret særskilt (se bilag 8). I alt 70 social- og sundhedsfaglige medarbejdere fra kommunen[24] og et antal eksterne samarbejdspartnere[25] deltog i de to enslydende temadage, 34 deltog desuden i de forskellige videre undervisningsforløb.

Evalueringen af kompetenceudviklingsforløbene viser, at der, ud over fagligt udbytte ved at deltage i undervisningsforløb, der afholdes i tæt forbindelse med arbejdspladsen, er en særlig gevinst ved at kolleger mødes på tværs i faglig sammenhæng. Dermed kan der skabes nye forståelser for andres praksis på tværs af fag-, afdelings-, område- og sektorskel.

På nogle af kursusdagene blev der med stor succes arbejdet med praksisrefleksion. Der var på forskellig vis fokus på patientperspektivet i kræftrehabilitering blandt andet på baggrund af en borgers fortælling om eget forløb, hvilket blev fremhævet som særligt inspirerende.

24) Social- og Sundhedshjælpere (SSH), social- og sundhedsassistenter(SSA), fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker, visitatorer, ledere, socialrådgivere, sundhedskonsulenter, demenskonsulenter.
25) Terapeuter fra Hillerød Hospital, projektmedarbejder på SDU og repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelse.

Der viser sig dog også en ekstra udfordring i undervisningstilrettelæggelsen, når deltagerne har meget forskellige forudsætninger for undervisningen. Det afspejler sig også i evalueringen og blandt andet var der deltagere, der fandt, at der var for højt teoretisk abstraktionsniveau i en del af undervisningen.

Kompetenceudviklingsforløbene har bidraget til at skabe større fokus og grobund for rehabiliteringspraksis i kommunen ved at ruste de enkelte medarbejdere til udfordringen. Samtidig har kompetenceudviklingsforløbene bidraget til projektet og den kommende indsats i kommunen ved at deltagerne har bidraget med deres perspektiver og faglige input på projektinterventioner og rehabiliteringstanker.

Der blev udtrykt stort ønske om opfølgende undervisningstilbud. Opfølgningen er sket i november 2009, hvor kommunen, uden videncentrets medvirken, har afholdt endnu en temadag om rehabilitering. Der deltog i alt ca. 25 (terapeuter, sygedagpengerådgivere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker). Temadagen tog afsæt i evalueringen af tidligere kurser og indeholdt blandt andet igen praksisreflektion. Der blev arbejdet videre med borgerinddragelse blandt andet på baggrund af et foredrag om empowerment.

Kapitel 4: Konklusioner

Projektet Sammenhæng i livet med kræft er gennemført som samarbejdsprojekt mellem Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol og Halsnæs Kommune, Sundhed og Forebyggelse i perioden 2007 – 2009. Rehabiliteringsprojektet har haft til formål at udvikle, afprøve og evaluere en kommunalt forankret forløbskoordinatorfunktion, som skulle bidrage til at sikre koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb med høj grad af brugerinddragelse. Der er desuden afprøvet og evalueret afklarende samtaler, individuelle rehabiliteringsplaner og mål og planmøder som redskaber til at sikre sammenhængende koordinerede rehabiliteringsforløb for borgere med kræft i Halsnæs Kommune. Der er yderligere gennemført kompetenceudviklingsforløb for medarbejdere i Halsnæs Kommune, hvor også eksterne samarbejdspartnere har været inviteret.

Evalueringer og justeringer er løbende gennemført i projektforløbet. Dataindsamlingen er primært baseret på interviews med en række samarbejdspartnere, tværfaglig forløbsaudit og interviews med en række borgere og sammenholdt i en række erfaringer, resultater og pointer i denne rapport.

I den model for forløbskoordinering, som Halsnæs Kommune har valgt at afprøve, er koordinering af individuelle rehabiliteringsforløb primært sket gennem forløbskoordinators kontakt med borgerne gennem afklarende samtaler, opfølgende samtaler samt i komplekse forløb desuden gennem mål- og planmøder med flere faglige aktører og individuelle rehabiliteringsplaner. Der har generelt været meget fokus på koordinering gennem forløbskoordinators individrettede indsats og enkelte koordinationsredskaber. Koordinering gennem udvikling af samarbejde mellem faglige aktører har været mindre i fokus og er mindre belyst, men der er tegn på, at der via det lokale rehabiliteringsteam samt FK´s koordinerende, informerende og formidlende indsatser er udviklet et styrket tværfagligt samarbejde mellem faglige aktører i og uden for kommunen.

I tråd med det fokus på læring og formativ evaluering, der har været i projektet, er der gennem projektperioden udviklet en praksis for koordinatorfunktion og anvendelse af redskaber til koordinering, der er en justering i forhold til de på forhånd beskrevne former og mål. Der er på den baggrund skabt en række erfaringer om redskaber og koordinering, der kan bruges fremadrettet i den fortsatte udvikling af sammenhængende koordinerede rehabiliteringsindsatser i kommunen.

Den løbende og afsluttende evaluering af projektet viser, at tilbuddet om koordinerede individuelle rehabiliteringsindsatser i Halsnæs kommune i løbet af projektperioden har fundet en form, der har haft stor faglig, organisatorisk og brugeroplevet betydning. Afprøvningen af forskellige redskaber til at understøtte koordineringsarbejdet har både vist nye mulige veje, samt organisatoriske og praktiske barrierer. Det gælder både i forhold til udvikling af kommunale rehabiliteringsindsatser specifikt over for borgere med kræft såvel som i et bredere rehabiliteringsperspektiv. Dette f.eks. i forhold til borgere med andre diagnoser, borgere som får tværfaglige rehabiliteringstilbud og i andre kommuner.

Generelt er oplevelsen fra forskellige faglige perspektiver, at de anvendte redskaber og FK har været med til at sikre borgerinddragelse, og individualitet og koordinering. Samtidig er der afdækket en række udviklingsmuligheder og områder, der skal diskuteres og afklares før en endelig model for forløbskoordinering og rehabiliteringsindsatser i kommunen er klar.

Projektet har samlet set givet mange og meget vigtige erfaringer til de videre arbejde og samtidig er der klare indikationer for at projektet allerede har fået betydning for viden, handlinger og holdninger i forhold til rehabiliteringspraksis i kommunen.

Denne rapport redegør for erfaringer og resultater fra projektet Sammenhæng i livet med kræft. Et model- og udviklingsprojekt om rehabilitering i Halsnæs Kommune 2007 - 2009. Projektet er gennemført som et samarbejdsprojekt mellem Halsnæs Kommune og Center for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol i perioden 1. oktober 2007 - 31. december 2009. Projektet er ét af 11 kommunale kræftrehabiliteringsprojekter gennemført med støtte fra en pulje udmøntet af et partnerskab mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse), Kommunernes Landsforening og Kræftens Bekæmpelse.

Projektets omdrejningspunkt har været koordinering med henblik på udvikling af sammenhæng og helhedsorientering i rehabiliteringsforløb for borgere med kræft. Projektets aktiviteter har været tilrettelagt med udgangspunkt i allerede eksisterende rehabiliteringsaktiviteter på tværs af det offentlige sundhedsvæsen og private/frivillige organisationer.

Formålet med projektet har været at udvikle, afprøve og evaluere en kommunalt forankret forløbskoordinatorfunktion. Projektet har desuden haft til formål at udvikle, afprøve og evaluere anvendelse af forløbsbeskrivelse og individuelle rehabiliteringsplaner for mennesker med kræft i tværfaglige og tværsektorielle forløb.

Halsnæs Kommune
Rådhuspladsen 1
3300 Frederiksværk
Telefon 4778 4000
Fax 4778 4099
mail@halsnaes.dk
www.halsnaes.dk