God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats

Et idékatalog

DANSKE REGIONER

KL

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Juli 2011

Indhold

1. INDLEDNING 6

1.1. Fokus på tværsektoriel teamorganisering 7
1.2. Fokus på særlige målgrupper 7
1.3. Fokus på borgersamarbejde og samarbejde med patientforeninger 8
1.4. Evidens for tværfagligt teamsamarbejde i rehabilitering 8

2. EKSEMPLER PÅ GOD PRAKSIS 11

2.1. Hvad viser eksemplerne? 11

3. EKSEMPLER PÅ TVÆRSEKTORIELT TEAMSAMARBEJDE 13

3.1. Den cirkulære samarbejdsmodel 13
3.2. Samarbejdsaftale mellem gerontopsykiatrien og Vejle Kommune 15
3.3. Det tværsektorielle møde 16
3.4. Tværsektoriel kompetenceudvikling i kommunikationsredskab og ICF 18
3.5. Tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling mellem hospital og kommune 20
3.6. Tidlig opsporing og samarbejde med almen praksis om KOL- Forløb 22

4. EKSEMPLER PÅ ORGANISERING AF TVÆRGÅENDE REHABILITERINGSFORLØB FOR PATIENTER MED PSYKISK SYGDOM 25

4.1. Fællesteam – tværsektoriel indsats til patienter/borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug 25
4.2. Retspsykiatrisk opsøgende team 28
4.3. Socialpsykiatrisk Forebyggelsesteam 29
4.4. Forløbskoordination 31

5. EKSEMPLER PÅ TVÆRGÅENDE REHABILITERINGSFORLØB FOR SYGEMELDTE 33

5.1. Hospitalsbaseret rehabilitering 33
5.2. Specialistteamet 34
5.3. Koordinering af sygedagpengeopfølgning og genoptræning 36
5.4. Gode rammer for social differentieret hjerterehabilitering 36
5.5. Medarbejder med brugere – MB projektet 39

6. BORGERSAMARBEJDE OG SAMARBEJDE MED PATIENTFORENINGER I REHABILITERINGSFORLØB 40

6.1. Pårørende og samarbejde 40
6.2. Brugerinvolvering i Café/værested 41
6.3. Tværsektoriel diabetesskole 42
6.4. Understøtte det gode rehabiliteringsforløb for kræftramte borgere 44

7. ØVRIGE EKSEMPLER PÅ ANDRE INITIATIVER 46

BILAG: LITTERATURSTUDIE UDARBEJDET AF SYDDANSK UNIVERSITET 47

1. indledning

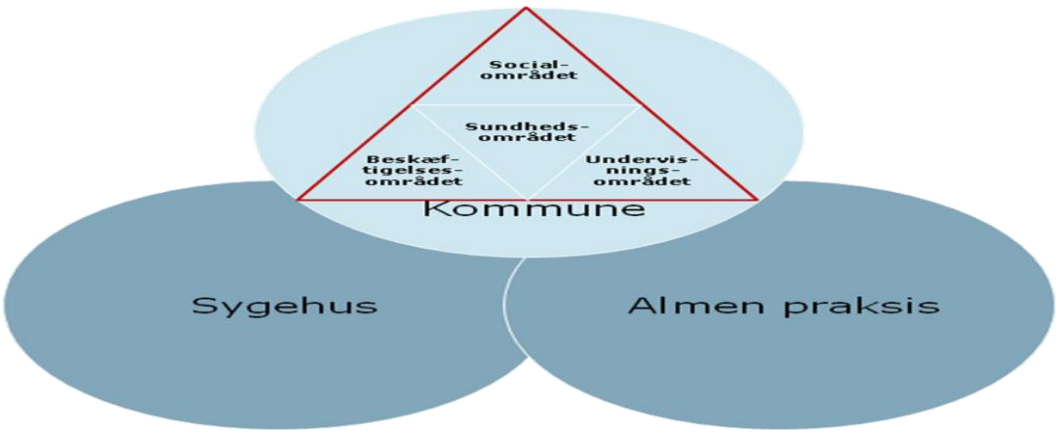
Rehabilitering er i dag en øget udfordring for sundheds- og socialvæsenet og de fagfolk, som er ansat der. Det skyldes både udviklingen i sygdomme i befolkningen f.eks. et øget antal patienter med kronisk sygdom, der skal lære at leve med deres sygdom, og udviklingen i behandlingsmuligheder, hvor der på f.eks. kræftområdet ses et stigende antal patienter, der overlever deres sygdom, og som skal genfinde en normal hverdag. Også forandringer i sundhedsvæsenet med en øget centralisering og specialisering og accelererede patientforløb med fokus på tidlig udskrivning giver øget behov for en tidlig og koordineret rehabiliteringsindsats på sygehuse, i almen praksis og i kommunerne. Samtidig oplever vi, at der er mere fokus på rehabilitering end nogensinde.

Rehabilitering handler om, at give borgere med nedsat funktionsevne, herunder nedsat arbejdsevne, mulighed for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere, dvs. den bedst mulige funktionsevne fysisk, psykisk, kognitivt og socialt samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv.

Rehabilitering har derfor til formål at bedre den samlede funktionsevne og at understøtte borgerens ressourcer, personlige autonomi og muligheder for f.eks. at være forælder, ægtefælle, for at have en hel eller delvis tilknytning til arbejdsmarkedet, for at være aktiv deltager i en fritidsaktivitet eller for at være aktiv i andre sociale sammenhænge.

Rehabiliteringsprocessen er en tværfaglig proces, som kræver sammenhæng og koordination mellem flere sektorer og faggrupper. Det indebærer, at alle faggrupper fra læger over sygeplejersker, psykologer og socialrådgivere til ergo- og fysioterapeuter m.fl., og sektorer kan være involveret i at sammensætte det rette rehabiliteringstilbud til den enkelte. Samarbejde er derfor centralt indenfor rehabilitering, hvor flere faggrupper og sektorer ofte vil have et ansvar for at identificere, at visitere og følge op på hver sin del af borgerens behov.

Figur 1. Centrale aktører i en rehabiliteringskontekst



Det er i denne sammenhæng en udfordring at sikre koordinering af patientforløbet, f.eks. når patienten overgår fra sygehus til kommune og almen praksis eller at sikre koordinering i samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om f.eks. sygemeldte borgere.

Derfor vil Danske Regioner, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet sætte fokus på en forbedret tværfaglig og tværsektoriel indsats for borgere med behov for rehabilitering gennem formidling af eksempler på god praksis i organiseringen af rehabiliteringsindsatsen i regioner og kommuner. Fælles for eksemplerne er, at de er udpeget af regioner og kommuner samt foreninger som god praksis, der har gjort en forskel i forhold til samarbejdet mellem sygehus, almen praksis og kommunen og en forskel for borgerens oplevelse af sammenhæng i indsatsen.

Idékataloget er en udløber af den politiske aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL maj 2009. Eksemplerne bidrager med inspiration til, hvordan man kan skabe lokale forandringer til gavn for borgere og pårørende samt sundhedspersonalet. Idékataloget kan ses som et supplement til den fælles vejledning om kommunal rehabilitering udarbejdet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet.

Der blev som afsæt for arbejdet med at lave en vejledning og et idékatalog afholdt et dialogmøde med en række foreninger, myndigheder og interessenter på området. På mødet fik aktører lejlighed til at præsentere udfordringer og løsningsforslag i forhold til at sikre en bedre rehabilitering.

Der var blandt interessenterne enighed om, at tværsektoriel koordinering er en udfordring, og at der er behov for et tættere og smidigere samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunen. Der blev især peget på behovet for mere viden i forhold til rehabilitering af borgere med psykiske lidelser, sygemeldte og socialt udsatte grupper og inddragelse af borgerne i forløbet. Derfor er der i idékataloget sat fokus på:

1.1. Fokus på tværsektoriel teamorganisering

Idékataloget sætter fokus på det tværsektorielle samarbejde, der foregår mellem kommuner og regioner. Samarbejde på tværs af sektorer er en udfordring, som er under konstant udvikling og som regioner og kommuner allerede arbejder aktivt med i sundhedsaftalerne og det organisatoriske set up omkring dette.

En præcis formel på det gode tværsektorielle samarbejde findes ikke. Løsningerne på udfordringerne opstår lokalt med afsæt i dialog og fælles værdigrundlag. Eksemplerne skal bidrage med viden om, hvordan disse løsninger er opstået nogen steder og give inspiration til, hvordan man lokalt kan forbedre samarbejdet mellem sektorerne.

1.2. Fokus på særlige målgrupper

Der er mere sparsom viden om praksis i forhold til rehabilitering af borgere med psykiske lidelser og socialt udsatte grupper. Det er borgere, som ofte har behov for støtte til f.eks. at generhverve basale livsfunktioner eller til at få dagligdagen til at hænge sammen.

Idékataloget vil derfor sætte fokus på tværfaglig og tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med funktionsnedsættelse som følge af psykisk sygdom og socialt udsatte grupper. Derudover sætter kataloget fokus på rehabilitering af sygemeldte borgere. Tæt kobling mellem indsatser fra sundheds- og socialområdet kan være afgørende for, om målgruppen får eller bevarer en tilknytning til arbejdsmarkedet.

1.3. Fokus på borgersamarbejde og samarbejde med patientforeninger

Mennesker med behov for rehabilitering kan befinde sig forskellige steder i deres liv, har forskellige erfaringer, forudsætninger, forventninger og mål med deres liv. Det er derfor afgørende, at rehabiliteringsindsatsen tager udgangspunkt i borgerens egne beslutninger og ønsker til eget liv. Borgersamarbejde er en forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb.

Der er i dag en sparsom viden om, hvordan man i rehabiliteringsindsatsen får et vellykket samarbejde med borgeren. Idékataloget sætter derfor fokus på borgersamarbejdet.

Frivillige foreninger herunder patientforeninger spiller en vigtig rolle i det gode rehabiliteringsforløb. Derfor indeholder idékataloget eksempler på, hvordan man kan samarbejde med frivillige foreninger i rehabiliteringsindsatsen.

1.4. Evidens for tværfagligt teamsamarbejde i rehabilitering

Danske Regioner, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet indledte i sommeren 2010 et samarbejde med Syddansk Universitet for at få belyst evidensen for organisering af indsatsen i et tværfagligt teamsamarbejde til skabe sammenhængende rehabiliteringsforløb af høj kvalitet.

Syddansk Universitet har derfor udarbejdet et litteraturstudie, hvor det er undersøgt, om tværfagligt teamsamarbejde (TIDS) vil fremme effekten af rehabilitering i sammenligning med en kontrol eller standardindsats uden fokus på samarbejde. Litteraturstudiet er vedlagt som bilag i idékateloget.

Syddansk Universitet konkluderer i sit studie, at gennemgangen af litteraturen entydigt viser, at tværfagligt teamsamarbejde på en lang række områder fremmer effekten af rehabilitering i sammenligning med en kontrol eller standardindsats uden fokus på teamsamarbejde. I litteraturstudiet er der fundet effekt af teamsamarbejde på 12 indikatorer. Det drejer sig bl.a. om bedre effekt på funktionsevne, kortere hospitalsindlæggelse, færre hospitalsindlæggelser, bedre overlevelse, færre post-operative komplikationer, mindre afhængighed af hjælp, hurtigere tilbagevenden på arbejdsmarkedet og mindre sygefravær.

Studiet viser, at det imidlertid ikke er enkelt at pege på, hvilke former for tværfagligt teamsamarbejde, der synes at have bedst effekt for en optimal rehabiliteringsindsats, da der ikke er beskrevet nogen entydige typer heraf. Der er dog en række karakteristika, som er fælles for alle de forskellige typer af tværfagligt samarbejde, som optræder i den anvendte litteratur, hvilket fremgår af tekstboks 1.

Tekstboks 1. Karakteristika ved tværfaglige teams:

Borgeren i centrum / Individuel tilpasset indsats	
	Færre borgere pr. medarbejdere, hvilket giver mulighed for mere intensiv kontakt til den enkelte
	Tilbud i lokalområdet, som giver en direkte kontakt frem for en formidling via en mellemorganisation
	24-timers dækning
	Borgeren i centrum for indsatsen
Alle relevante parter involveret	
	En trans- og/eller interdisciplinær indsats
	Rutinemæssig involvering af plejen i rehabiliteringsprocessen
	Arbejdsgiver involveret ved tilbagevenden til arbejde-rehabilitering
Fælles målsætning og fælles effektvurdering	
	Dokumenter med fælles aftaler, fælles mål og klare retningslinjer for teamets arbejde
	Opfølgning er vigtig
Jævnlige kontakter mellem alle implicerede	
	En ærlig og kontinuerlig kommunikation omkring planlægning og målsætning
	Tætte samarbejdsrelationer, opmærksomhed på kommunikationen og vidensdeling inden for teamet
	Koordineret trans- og/eller interdisciplinær rehabilitation med fælles konferencer mindst en gang om ugen
Høj faglig standard	
	Regelmæssige uddannelses- og træningsprogrammer for personalet
	Kilde: Syddansk Universitet, oktober 2010, ”tværfaglige teams i rehabilitering”

Syddansk Universitet uddyber i litteraturstudiet, hvordan et team bør arbejde sammen, og hvilke forudsætninger der er for et vellykket teamsamarbejde:

- At der i et team bør være enighed om, hvem der har behov for rehabilitering.
- At der skal være enighed om, efter hvilke kriterier et team skal nedsættes - hvem der skal være med, hvem koordinerer, og om borgeren skal deltage
- At der er fastsat fælles mål - også hvilke typer af mål
- At der fastlægges en fælles plan, inden for rammerne af ICF, som indeholder svar på spørgsmål som f.eks.: Hvem gør hvad og hvornår og i hvilken rækkefølge.
- At der er enighed indikatorer/effektmål
- At der er enighed om, hvorvidt målet er nået eller ikke, og dermed om en ny rehabilite-ringsproces skal iværksættes eller ikke.

Syddansk Universitet peger på ICF [1]som en metodisk tilgang til at identificere alle relevante funk-tionsevnetab. ICF modellen giver mulighed for en helhedsbetragtning ved, at funktionsevnen også beskrives i forhold til relation til andre og omgivelserne. ICF giver desuden fagpersoner mulighed for at anvende et fælles sprog, som forbedrer kommunikationen og optimerer dokumentation mel-lem fagpersoner og sektorer.

[1] *Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning i brug af ICF og eksempler fra praksis, 2005*

Syddansk Universitet konkluderer, at ikke alle borgere med funktionsnedsættelse har behov for en tværfaglig teamorganisering. Det er graden og karakteren af funktionsnedsættelsen, der er afgørende.

Eksempelsamlingen præsenterer en række eksempler på tværfagligt teamarbejde som ramme for det sammenhængende rehabiliteringsforløb.

2. Eksempler på god praksis

Danske Regioner og KL har bedt regioner og kommuner om at udpege eksempler på god praksis, som har forbedret samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunen samt frivillige organisationer og forbedret sammenhængen i rehabiliteringsforløbet inden for bestemte målgrupper. Samtlige regioner og KommuneKontaktRåd (KKR) er blevet hørt. Eksemplerne er således regioners og kommuners bud på, hvad de opfatter som gode eksempler på god praksis i organisering af rehabiliteringsindsatsen.

Der er udsendt en skabelon, som fagfolk, der har været involveret i initiativer har udfyldt.
Selvom initiativerne er beskrevet ud fra samme skabelon, har der været stor forskel på, hvordan de enkelte initiativer er beskrevet. Nogen initiativer er beskrevet kort, mens andre er beskrevet mere udførligt. Eksemplerne i idékataloget er således i høj grad beskrevet og udarbejdet af fagpersoner, der har været tilknyttet projektet.

Til denne samling er initiativerne udvalgt med tanke på, at initiativerne tilsammen skal repræsentere spændevidden i de eksempler på god praksis, der foregår i regionerne og kommuner.

2.1. Hvad viser eksemplerne?

Eksemplerne viser, at der er igangsat mange initiativer omkring rehabiliteringsindsatsen i kommuner og regioner. Udfordringen i forhold til at sikre bedre sammenhæng er ikke ny, og fokus på at sikre sammenhæng er med reformen i 2007 blevet større med sundhedsaftalerne som omdrejningspunkt. Mange af initiativerne involverer tværsektorielt samarbejde f.eks. gennem tværsektorielle teams og initiativerne viser, at samarbejdet er til gavn for borgeren, og personalet oplever at opnå en højere kvalitet i rehabiliteringsindsatsen. Litteraturstudiet udarbejdet af Syddansk Universitet bidrager med at vise, at der er evidens for den positive effekt af teamsamarbejde på tværs af sektorer. Der er dermed på baggrund af eksemplerne og litteraturstudiet grundlag for at arbejde videre med at optimere samarbejde på tværs af kommune og region.

Initiativerne viser også, at det nødvendigvis ikke koster penge at skabe mærkbare forandringer for patienter og pårørende. De viser samtidig, at samarbejde på tværs af sektorer er med til at skabe viden og respekt for hinandens handlemuligheder og vilkår, hvilket i højere grad gør det muligt at sætte borgeren i centrum for rehabiliteringsindsatsen.

Tekstboks 2. Citater for involverede i projekterne

- *Patienter spottes nu på et tidligere tidspunkt i forløbet af primært behandlingspsykiatrien, hvorefter den cirkulære samarbejdsmodel iværksættes i forhold til den enkelte patient*

- *Erfaring fra initiativet viser, at faglige, behandlingsmæssige og kulturelle barrierer, kan håndteres ved hjælp af gensidig viden om og forståelse for de to sektorers behandlingspraksisser og regelsæt.*

- *At indgå i en fælles proces gør det fælles arbejde omkring patienterne væsentligt nemmere og af højere kvalitet.*

- *Det er vores indtryk, at mange af de eksterne samarbejdsparter efterhånden er blevet fortrolige med vores arbejde, og at det giver forudsigelighed, tryghed og arbejdsro. Det er samtidigt vores opfattelse, at den forudsigelighed og tryghed har en afsmittende effekt på både patienterne og deres pårørende.*

- *Patienter med både misbrug og psykisk sygdom har typisk været en patientgruppe, som har haft tendens til at lande mellem to stole/for at blive udstødt af de eksisterende tilbud. Med fællesteamene prøver vi at introducere en tilgang hvor, når det bliver for svært med behandling af en patient med både misbrug og psykisk sygdom, at invitere andre kompetencer ind i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejdet – i stedet for at patienten/klienten viderehenvises.*

3. Eksempler på tværsektorielt teamsamarbejde

Litteraturstudiet har vist en række gavnlige effekter ved tværsektorielt teamarbejde. I det følgende præsenteres en række eksempler fra regioner og kommuner, der viser hvordan man i praksis kan arbejde på tværs af sygehus, almen praksis og kommune om sammenhængende rehabiliterings-forløb.

3.1. Den cirkulære samarbejdsmodel

Eksemplet er udpeget af Region Midtjylland. Initiativet er et samarbejde mellem Region Midtjylland og Vejle Kommune.

For mere information: Asger Bjerre, Region Midtjylland, e-mail: **Asger.bjerre@ps.rm.dk**

Udgangspunkt for initiativet

Personer med svær personlighedsforstyrrelse kombineret med svært selvskadende adfærd er en patient/borgergruppe, som udgør en stor faglig og personalemæssig udfordring såvel behandlings- som samarbejdsmæssigt mellem de forskellige sektorer og i forhold til medpatienter og pårørende. Samtidig er behandlingen og støtten til disse personer meget omkostningstung og ressourcekrævende for sundhedspersonalet.

Den cirkulære samarbejdsmodel udgør et forsøg på i samarbejde mellem region og kommune at skabe gode rammer for at løfte og effektivisere behandlingen af denne gruppe patienter til gavn for såvel patienter og pårørende som behandlings- og plejepersonale i regionalt og kommunalt regi. Indsatsen skal på længere sigt forebygge og mindske omfanget af genindlæggelser hos denne patientgruppe.

Beskrivelse af initiativet

Den cirkulære samarbejdsmodel er en model for et formaliseret samarbejde mellem region og kommune omkring personer med svær personlighedsforstyrrelse og selvskadende adfærd. Formålet er at optimere behandlings- og plejeforløbet for målgruppen og derved på sigt forebygge genindlæggelse.

Målgruppen for initiativet var personer med personlighedsforstyrrelse, hvor comorbiditet med depressive og skizofreniforme symptomer jævnligt optræder samt patienter, der har svært og repetitivt selvskadende adfærd, herunder suicidalt. Ambitionen med den cirkulære samarbejdsmodel er, at den bedrer behandlingsudsigterne for denne gruppe patienter, og samtidig fremadrettet forebygger, at nye patienter fastholdes i deres sygdomsopfattelse.

Den cirkulære samarbejdsmodel indebærer:

- Et kommunalt-regionalt samarbejde om indsatsen i forhold til den enkelte patient
- Et kommunalt-regionalt fællesskab i tilrettelæggelsen af samarbejdet med de pårørende
- Fælles supervision af medarbejderne

Der etableres et team omkring den enkelte patient bestående af patientens kontaktperson i behandlingspsykiatrien, patientens kontaktperson i socialpsykiatrien (bostøtte eller medarbejder fra boform) samt psykiatrirådgiveren (myndighedsfunktionen). Teamets opgave er at tilrettelægge og koordinere forløbet med henblik på at tilgodese patientens behov for sammenhængende forløb på tværs af sektorer, og med henblik på at varsle og tilrettelægge indsatsen i henholdsvis regionalt og kommunalt regi. Blandt teamets medlemmer udpeges en koordinerende person, som har det overordnede ansvar for koordineringen af indsatsen.

Teamet udarbejder en plan for afholdelse af samarbejdsmøder. Mødernes hyppighed afhænger af det aktuelle behov, dog afholdes der som minimum månedlige møder. Teamet skal kunne træde sammen med kort varsel. Psykiatrirådgiveren holdes løbende orienteret, og inviteres altid til samarbejdsmøder, hvor ændringer i den bevilgede indsats i forhold til den enkelte patient drøftes.
Ændring i den bevilgede indsats kan på tilsvarende vis dagsordenssættes af psykiatrirådgiveren.
Patienten er selvskrevet medlem af teamet og inviteres til at deltage i alle samarbejdsmøder.
Teamet har også til opgave at synliggøre den valgte behandlingsstrategi i henholdsvis kommunalt og regionalt regi.

Der udformes en aftale om samarbejde, der synliggør behandlingens formål og indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang fra såvel det socialpsykiatriske tilbud som hospitalsafdelingen. Aftale om samarbejde er et velegnet og nødvendigt redskab, der giver mulighed for synlighed og dialog om behandlingsindsats og -strategi samt sikrer tydelig fastlæggelse af, hvem der er ansvarlig for hvad. Brugen af aftale om samarbejde muliggør koordinering af den kommunale og regionale indsats og kompetence både under indlæggelse og efter udskrivning.

Udarbejdelse af aftale om samarbejde sker i et samarbejde mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og myndighedsfunktionen. Aftale om samarbejde indeholder plan for evaluering samt fastlæggelse af, hvem der har initiativet i forhold til de beskrevne opgaver.

Den cirkulære samarbejdsmodel anerkender, at den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri fungerer indenfor forskellige lovgivningsmæssige rammer og anvender parallelle tilgange i samarbejdet med borgeren. Som konsekvens heraf er ambitionen om en fælles behandlingsstrategi i kommunalt og regionalt regi fravalgt. Udfordringen er at synliggøre de valgte behandlingsstrategier, og som samarbejdsparter anerkende retten og kompetencen til at tilrettelægge indsatsen i eget regi i samarbejde med borgeren.

Tilrettelæggelse af samarbejdet med de pårørende
I den cirkulære samarbejdsmodel er der ikke alene fokus på indsatsen i eget regi og overgange mellem den kommunale og regionale indsats. Den cirkulære samarbejdsmodel arbejder aktivt og tidligt i forløbet med at tydeliggøre samarbejdet mellem region og kommune i forhold til patient og pårørende. Det er centralt, at der i et samarbejde mellem patienten, de pårørende, kommune og region udformes en fælles strategi for, hvad der skal ske fremadrettet.

Den cirkulære samarbejdsmodel indebærer, at de kommunale og regionale medarbejdere er sammen om at støtte de pårørende f.eks. i form af fælles deltagelse i møder med de pårørende, kommunal regional undervisning af pårørende mv.

Den cirkulære samarbejdsmodel kan udnytte mulighederne i ”åben dialog modellen” i samarbejdet med patienten og de pårørende. Metoden tilbyder en formel ramme for dialog, der er velegnet til at tydeliggøre og italesætte det fælles kommunale/regionale samarbejde.

Fælles supervision af medarbejderne
Den cirkulære samarbejdsmodel tilbyder fælles supervisionsforløb for medarbejdere i kommunalt og regionalt regi. Medarbejderne skal besidde egenindsigt og faglighed for at indgå i samarbejdet med den aktuelle målgruppe. Der er behov for løbende understøttelse af medarbejdernes personlige og faglige kompetencer.

De parallelle behandlingsstrategier forventes at udfordre samarbejdet
Aftale om samarbejde udgør grundlaget for bevidstgørelse af dilemmaerne i de parallelle tilgange. Gennem fælles supervision får medarbejdere et forum for dialog om valg og fravalg i samarbejdet med patienten. Der er en forventning om, at et gensidigt kendskab til de anvendte behandlingsstrategier kan styrke samarbejdet og understøtte indsatsen i forhold til patienten.

Iværksættelse af den cirkulære samarbejdsmodel
Et kontaktudvalg, som består af ledelsespersoner fra henholdsvis den regionale behandlingspykiatri og den

kommunale socialpsykiatri afgør hvilke konkrete patienter, den cirkulære samarbejdsmodel skal iværksættes. Kontaktudvalget mødes jævnligt, og har som fast punkt på dagsordenen orientering om omfanget samt kortfattet status i forhold til de enkelte sager, iværksat i overensstemmelse med den cirkulære samarbejdsmodel.

Patienter spottes nu på et tidligere tidspunkt i forløbet af primært behandlingspsykiatrien, hvorefter den cirkulære samarbejdsmodel iværksættes i forhold til den enkelte patient, når det er godkendt i kontaktudvalget.

Tids- og ressourceforbrug
Der har ikke været afsat særligt øremærkede midler til udvikling eller realisering af den cirkulære samarbejdsmodel. Initiativet er blevet til inden for de eksisterende rammer i begge sektorer.
Ledelsespersoner fra den regionale behandlingspsykiatri, den kommunale socialpsykiatri og det regionale somatiske sygehusvæsen har været centrale aktører i forbindelse med initaitivet. Herudover er kommunalt- og regionalt behandlings- og plejepersonale samt patienter og pårørende, som til daglig arbejder med den cirkulære samarbejdsmodel.

Implementering og forandringspotentiale
I kraft af den cirkulære samarbejdsmodel er der skabt en tættere kontakt mellem region og kommune i forhold til målgruppen. Derudover er kendskabet til og den gensidige forståelse for, at der arbejdes under to forskellige regelsæt øget. Dermed er koordineringen omkring parallelle behandlingsstrategier blevet smidiggjort, ligesom færre misforståelser opstår. Omvendt er der en indbygget og vedvarende udfordring forbundet med samarbejdet i forhold til netop de parallelle behandlingsstrategier og de forskellige regelsæt. Det gensidige kendskab til hinandens på samme tid ens og forskellige forudsætninger medvirker på den anden side til, at samarbejdet fungerer.

Erfaring fra initiativet viser, at faglige, behandlingsmæssige og kulturelle barrierer, kan håndteres ved hjælp af gensidig viden om og forståelse for de to sektorers behandlingspraksisser og regelsæt.

Læring, evaluering og erfaring
Initiativet er endnu ikke blevet evalueret, men ud fra de foreløbige gode erfaringer forventes det, at den cirkulære samarbejdsmodel bliver en permanent model for tværsektorielt samarbejde med og omkring personer med svær personlighedsforstyrrelse og selvskadende adfærd.

3.2. Samarbejdsaftale mellem gerontopsykiatrien og Vejle Kommune

Dette eksempel er udpeget af Region Midtjylland og der er tale om et samarbejde mellem Region Midtjylland og Vejle Kommune.

For mere information: Susanne Rasmussen, Region Midtjylland, e-mail: **susanne.rasmussen5@ps.rm.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Initiativet blev startet op i et samarbejde mellem amt og kommune, med senere inddragelse af sundhedsvæsnet. Baggrunden var at medvirke til en sikring af et patientforløb, hvor den samlede indsats kunne medvirke til så god en rehabilitering som muligt for den enkelte patient.

Beskrivelse af initiativet
Målgruppen for initiativet er den måske begyndende demente borger, eller den begyndende demente borger. Initiativet går ud på, at der afholdes fastlagte møder mellem gerontopsykiatrien og geriatrien, desuden fastlagte møder mellem gerontopsykiatrien og demenskonsulenterne i kommunerne. Herudover afholdes ad-hoc møder med eksempelvis neurologien ved behov.

Målet har klart været at medvirke til, at patienterne fik en kvalificeret behandling, hvor der var sammenhæng i forløbet mellem sektorerne. Og at denne sammenhæng kunne medvirke til størst mulig effekt af rehabiliterin-

gen for den enkelte patient. Det har medført, at vi nu i væsentligt højere grad også uden for de planlagte møder tager kontakt til hinanden for at afklare akutte problemstillinger i forhold til den enkelte patient.

Aktørerne er de praktiserende læger, kommunernes demenskoordinatorer, neurologien og geriatrien.

Læring, evaluering og erfaring
I 2005 blev der evalueret. Der blev udtrykt stor tilfredshed med samarbejdsaftalen. Det er yderst vigtigt, at der er et tæt samarbejde sektorerne imellem, der skal være tydelige rammer og aftaler for samarbejdet til gavn for patienterne. At indgå i en fælles proces gør det fælles arbejde omkring patienterne væsentligt nemmere og af højere kvalitet.

3.3. Det tværsektorielle møde

Eksemplet er udpeget af Region Sjælland og er et samarbejde mellem Vordingborg Sygehus og flere kommuner i Region Sjælland.

For mere information: Jeanette Liljegren, Region Sjælland, e- mail: **jli@regionsjaelland.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Baggrunden for initiativet er at forbedre kommunikation og koordination mellem sektorerne tillige med at sikre kontinuitet gennem rehabiliteringsforløbet. Formålet hermed er at optimere kvalitet og brugertilfredshed i rehabiliteringsforløbet.

Beskrivelse af initiativet
Det konkrete initiativ har bestået i at indføre standardiserede tværsektorielle møder på Hjerneskadeafsnittet på Vordingborg Sygehus. Det skal gavne de indlagte voksne patienter med følger af senhjerneskade samt deres nærmeste pårørende.

Under hvert rehabiliteringsforløb på afsnittet afholdes et til to tværsektorielle møder. Det drejer sig om, at det tværfaglige personale knyttet til patienten samt relevante samarbejdsparter fra kommunen indgår i et tæt samarbejde med den ramte familie. Det sker i bestræbelserne på at finde konstruktive og bæredygtige løsninger for fremtiden.

Målet har således været at tilbyde et højt specialiseret rehabiliteringstilbud, som er præget af koordination og kontinuitet for alle involverede. Samtidig har målet været at skabe gode og nære samarbejdsrelationer med alle involverede parter.

Aktuelt er den gennemsnitlige indlæggelsestid på Hjerneskadeafsnittet 2 – 2 1/2 måned. Der træffes beslutning om udskrivningstidspunktet på basis af dels lang klinisk erfaring og fagspecifik viden, dels når der foreligger en for patienterne og pårørende relevant rehabiliteringsplan for fase III. Oftest baseres timing for udskrivelsen på en enig teambeslutning. Ambitionen på Hjerneskadeafsnittet var at etablere og dernæst at bevare en høj faglig standard baseret på evidente og målstyrende rehabiliteringsprincipper. Principper som ville gøre tilbuddet attraktivt, såvel kommunalt og regionalt, som udenfor Region Sjælland.

Selve møderne
Ved første lægekonference berammes tid til dels en forventningssamtale med den ramte familie (inden for første uge af indlæggelsesforløbet) dels et tværsektorielt møde (inden for første måned). Som fast punkt på forventningssamtalen orienteres familien om rammerne for det tværsektorielle møde (tid, sted, indhold, form og formål). Under forventningssamtalen orienteres familien endvidere kortfattet om ansvarsfordeling i forhold til de regionale og kommunale rehabiliteringsopgaver, hvor det understreges, at personalet på Hjerneskadeafsnittet ikke har hjemmel til at afgøre, hvilke konkrete rehabiliteringsforanstaltninger kommunen skal tilbyde patienten efter udskrivelsen.

Selve det tværsektorielle møde tager ca. 1 time. Ved mødet deltager udover patienten og dennes pårørende, eksterne samarbejdsparter og patientens fast tilknyttede team. Der er ofte tale om følgende fra afsnittet: en neuropsykolog, en neurologisk speciallæge, en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent samt en socialrådgiver. Herudover deltager henholdsvis en fysio- og ergoterapeut. Ved behov deltager talepædagog og værkstedsmedarbejder.

Ved et tværsektorielt møde er følgende punkter som oftest på dagsordenen:

- Orientering om sygeforløb og aktuelt funktionsniveau.
- Fremtidig bo-, støtte- og træningsbehov.
- Hjælpemidler og boligændringer.
- Transport.
- Forventet udskrivelse.
- Tovholder efter udskrivelse.

Efterhånden er opbygget en hel fast mødestruktur, hvor roller og retningslinje er meget veldefinerede. Eksempelvis er det som regel altid neuropsykologen, der varetager mødelederfunktionen. Det sker bl.a. med henblik på at sikre klar kommunikation og professionel konfliktløsning, når/hvis vanskeligheder opstår.

Målene med projektet
Et mål har, udover det tidligere nævnte, været at etablere en velfungerende kommunikationsstrategi på såvel tværsektorielt plan som i forhold til familien. Et andet mål har været at sikre, at den ramte familie i høj grad inddrages, samt at de ikke unødigt belastes. Det sker bl.a. ved at etablere klar og god kommunikation, hvor familiens ønsker og behov kan komme til udtryk samt ved at skabe forudsigelige og strukturerede rammer. Et væsentligt mål er endvidere, at ingen patienter er indlagt i unødig lang tid. Det vil sige, at patienterne udskrives, når de somatisk, psykisk og træningsmæssigt er parate til de rehabiliteringsudfordringer, som findes i fase III.

Tids- og ressourceforbrug
I takt med at procedurer, roller og opgavefordelinger er blevet veldefinerede og velintegrerede er tidsforbruget dalet. Det gælder for de fleste rehabiliteringsforløb på afsnittet, at der kun er behov for et enkelt tværsektorielt møde. På grund af de afkortede patientforløb har der været økonomiske besparelser. I et etisk regnskab indebærer strukturændringerne, at flere patienter nu har mulighed for at drage nytte af et relevant neurorehabiliteringsforløb på Hjerneskadeafsnittet, Vordingborg.

Implementering og forandringspotentiale
Der er opnået et bedre samarbejde og samklang med samarbejdsparterne fra kommunerne. Det er sygehusets indtryk, at mange af de eksterne samarbejdsparter efterhånden er blevet fortrolige med vores arbejde, og at det giver forudsigelighed, tryghed og arbejdsro. Det er samtidigt sygehusets opfattelse, at den forudsigelighed og tryghed har en afsmittende effekt på både patienterne og deres pårørende.

Overordnet betragtet har det været rimeligt let at implementere ”det tværsektorielle møde”, idet processen har givet umiddelbar god mening, bidraget til hurtigere og bedre sagsbehandling med mere smidige overgange mellem sektorerne, medført tryghed og dermed medvirket til tilfredshed hos mange.

Det er sygehusets erfaring, at det er særdeles vigtigt på tværsektorielle møder at indgå klare aftaler, således at planer omsættes til konkret handling. Eksempelvis indgår sygehuset klare aftaler om hurtig tilbagemelding fra kommunens visitatorer i henseende til igangsættelse af tiltag i fase III. Det er vores erfaring, at nogle patienters funktionsniveau midlertidigt kan dykke i tilknytning til psykosociale belastninger, eksempelvis i tilknytning til uafklaret sagsbehandling. Det er samtidigt vores indtryk, at familiens psykosociale situation bedres, når der foreligger klare og overensstemmende planer, og når aftaler hurtigst muligt omsættes til handling. Samti-

digt er det afgørende vigtig, at man ikke forcerer processen i forhold til familien. Det er væsentligt at finde balancen mellem på den ene side at tilgodese familiens behov for tid til at forholde sig til de foreslåede rehabiliteringstilbud i fase III, og på den anden side at sikre at processen er målrettet og handlingsorienteret.

Læring, evaluering og erfaring
På afsnittet har man ved personalemøder jævnligt evalueret og også revideret standarder for de ovennævnte initiativer. Evalueringer sker samtidigt på baggrund af tilbagemeldinger fra patienters pårørende og samarbejdsparter.

Som nævnt har sygehuset tilpasset deres standarder i takt med vores erfaringer og evalueringer. Den proces har været lærerig.

Det er afgørende, at sygehuset kender familiens ønsker, behov, holdninger og forventninger både før og efter det tværsektorielle møde. Herved skabes bedre forudsætninger for, at der etableres konsensus om, motivation for samt tryghed i forhold til det videre forløb.
Det er meget betydningsfuldt at:

- Skabe forudsigelighed, kontinuitet og koordination gennem hele rehabiliteringsforløbet.
- Etablere en velfungerende kommunikationsstrategi på såvel tværsektorielt plan som i forhold til familien.
- Familien og andre nære samarbejdsrelationer informeres og inddrages gennem hele rehabiliteringsprocessen.
- At standardisere tværsektorielle møder (inkl. rehabiliteringsnoten/anamnesearket).

Hertil kommer, at ressourceforbruget mindskes og udbyttet øges ved indførelsen af ovennævnte tiltag. Forhåbentlig vil Hjerneskadeafsnittets "tværsektorielle mødestruktur", inkl. deres anamneseark (rehabiliteringsnote) – i revideret udgave - kunne drages i anvendelse på lignende steder. Erfaringsmæssigt synes at være mange fordele, når en kommune sender en hjerneskadekoordinator til de tværsektorielle møder. Fordelene kan være, at hjerneskadekoordinatoren kan arbejde på tværs af kommunale afdelinger og dermed lette sagsgangen.

3.4. Tværsektoriel kompetenceudvikling i kommunikationsredskab og ICF

Eksemplet er udpeget af Region Syddanmark og KKR Syddanmark. Projektet omfatter alle specialer på Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Odense universitetshospital Odense og Svendborg og alle kommuner i Region Syddanmark.

For mere information: Rolf B. H. Jakobsen, Esbjerg Kommune, e-mail: **Rbhj@esbjergkommune.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Den tværsektorielle følgegruppe for genoptræning, som er nedsat i regi af samarbejdet om sundhedsaftaler i Region Syddanmark besluttede sig i 2008 at udarbejde regionale retningslinjer for genoptræningsplaner samt en sygehusspecifik instruks om udarbejdelse af genoptræningsplaner, som er implementeret på sygehusene. Af sidstnævnte fremgår, at funktionsevnen og genoptræningsbehovet beskrives i ICF termer.

Beskrivelse af initiativet
Formålet er at sikre, at genoptræningsplanerne lever op til kravene i bekendtgørelsen og har en høj faglig standard. For at sikre, at sundhedspersonerne i kommunerne og på sygehusene, som skal udarbejde genoptræningsplaner, kan anvende ICF som fælles referenceramme, blev der udviklet et tværsektorielt koncept for kompetenceudvikling i ICF. Ovennævnte krav er indarbejdet i MedComs kommunikationsstandard for den elektroniske genoptræningsplan. Heri skal funktionsevnen beskrives med udgangspunkt i ICF, ved at beskrive

kroppens funktioner og anatomi under kropdimension samtidig med at patientens aktivitet og deltagelse samt fysiske og sociale omgivelser beskrives.

Af MedComs kommunikationsstandard for genoptræningsplaner fremgår, at funktionsevnen skal beskrives ud fra ICF. Derfor er det vigtigt, at sundhedspersonen, som udarbejder genoptræningsplanen, mestrer ICF samt at modtageren af genoptræningsplanen kan forstå funktionsevnebeskrivelsen, som er beskrevet i ICF termer.

Målgruppe
Målgruppen er personale, som udarbejder og modtager genoptræningsplaner. Ift. kompetenceudviklingen bliver nyuddannede fysioterapeuter og ergoterapeuter undervist i ICF på grunduddannelsen. Der var behov for at uddanne øvrige sundhedspersonaler i ICF. Derfor blev der iværksat kompetenceudvikling i ICF.

Tids- og ressourceforbrug
Der blev udarbejdet en overordnet ramme og program for undervisningen. Undervisningen foregår lokalt og har fokus på det tværsektorielle og tværfaglige. Underviseren er gennemgående. Der har været udbudt fem undervisningsseancer – fordelt på de fem sygehusenheder i regionen. Medlemmer af følgegruppen for genoptræning har udviklet et fælles koncept. Terapiafdelingerne på de enkelte sygehuse i Region Syddanmark har haft tovholderopgaven med det praktiske arbejde omkring afviklingen af undervisningen. Deltagergebyr var ca. kr. 200,- pr. person.

Implementering og forandringspotentiale
Hensigten med indsatsen var følgende:

- At gøre sundhedspersoner på sygehusene, som udarbejder genoptræningsplaner i stand til at beskrive patienternes funktionsevne ud fra ICF
- At sundhedspersoner i kommuner og praksissektoren er bekendt med ICF
- At ergoterapeuterne og fysioterapeuterne på sygehusene og i kommunerne får et fælles sprog, såvel verbalt som skriftligt, i form af ICF. Lægerne har ikke deltaget i ICF undervisningen, sygeplejerskerne har deltaget i begrænset antal
- At opnå en fælles referenceramme for udveksling af informationer mellem sygehuset, kommunen og praksissektoren, således at informationerne er korte, klare og præcise.

Den tværsektorielle følgegruppe for genoptræning udviklede konceptet. De lokale samordningsfora varetog det praktiske arbejde med at afvikle undervisningen. Implementeringen af ICF skete via de lokale samordningsfora.

Læring, evaluering og erfaring
Opfølgningen sker via regionale og lokale audits. Resultatet af de første kvalitative audits, som løber af stablen på sygehusene i november og december 2010, viser, at ICF anvendes af terapeuterne i forbindelse med beskrivelsen af patienternes funktionsevne.

Erfaringerne viser, at man via tværsektoriel kompetenceudvikling opnår en stor forståelse for forskellene i sektorerne, det være sig kulturelt, organisatorisk og fagligt. Erfaringen er også, at det er vigtigt at inddrage alle relevante parter i ideen hen over processen, til implementeringen er fuldført, således at der bliver skabt en fælles forståelse for, hvorfor indsatsen afvikles og dermed opnå forandring i praksis.

Det er hensigtsmæssigt at udarbejde et overordnet fælles koncept (høj faglig standard, samme underviser, samme undervisning, bedre pris m.v.), som kan være model for et lokalt projekt.

3.5. Tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling mellem hospital og kommune

Eksemplet er udpeget af Region Hovedstaden og er et samarbejde mellem Frederiksberg Sygehus og Københavns og Frederiksberg Kommuner.

For mere information: Karsten Garder, Region Hovedstaden, e-mail: **karsten.garder@frh.regionh.dk**

Udgangspunkt for initiativet

Projektet bygger på et samarbejde om kompetenceudvikling i forbindelse med udgående hospitalsfunktioner (rapport af juni 2005).

Der er behov for kompetenceudvikling, der kan tilføre medarbejderne i de to sektorer ny viden og redskaber til at håndtere de forventninger og udfordringer, som det tværsektorielle samarbejde fordrer, og som skal komme borgeren/patienten til gavn. Denne kompetenceudvikling skal sikre:

- At medarbejderne har den fornødne faglige viden i forhold til de krav, forventninger og behov, som borgerens/patientens situation indebærer.

- At medarbejdere, der skal samarbejde i konkrete patientforløb, har en fælles teoretisk forståelsesramme og viden om aktuelle udviklingstendenser og ny faglige tiltag, herunder udviklingen i love, regler og aftaler.

- At medarbejdere, på tværs af fag- og sektorgrænser, får et kendskab til hinandens vilkår, tilbud og funktioner, samt kan drøfte fælles problemstillinger og opnå ny viden og erkendelser.

Kurset skal derfor ses som et konkret bud på, hvordan læring via formaliseret efteruddannelse kan etableres parallelt med hverdagslæringen, når sundhedsvæsenets daglige aktører skal implementere både de radikale og de løbende ændringer og udfordringer fra et sundhedsvæsen i stadig udvikling. Kurset er en naturlig forlængelse af Region Hovedstadens strategier for kronisk syge patienter og ældre medicinske patienter,

Beskrivelse af initiativet

Kursets fokus er den kroniske syge patient/borger og den ældre medicinske patient. Kursets særkende er den tværfaglige og tværsektorielle tilgang til det hele patientforløb, især overgangs- og gråzoneproblematikkerne oplevet af praktikere fra begge sektorer.

Såvel projektorganisationen som den daglige kursusledelse er etableret fra start og har fungeret i den samlede periode. Den har bestået af medarbejdere fra HR & Udviklingsafdeling, Frederiksberg Hospital (konsulenter og sekretariat) og fra Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune. Siden er teamet blevet udvidet med repræsentanter fra Frederiksberg Kommune. Dette team har vist sig at være nødvendigt for at kunne etablere et så komplekst kursusforløb.

Det er foreslået, at gruppen udvides med en konsulent/repræsentant for et af de yderligere deltagende hospitaler.

Deltagergruppen har været sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og andre med tilsvarende uddannelser (mellemlange, videregående uddannelser) og funktioner, samt enkelte deltagere fra interesseorganisationer i sundhedssektoren. Deres respektive arbejdspladser har godkendt deres deltagelse.

Deltagersammensætningen på de tre hold har været meget repræsentativ, mht. tværfaglighed, ansættelse i hospital/kommune og i funktioner.

Rekruttering af kursister er et ansvar, som har ligget ude lokalt. Kursustilbuddet kanaliseres til decentrale ledere og medarbejdere, der sammen indstiller ønsket om x antal kursuspladser. Denne procedure har den sidegevinst, at der etableres lokal interesse for implementering af de erhvervede kompetencer og for organisatoriske ændringer. Kursusledelsen foretager den endelige kursistudvælgelse, således at sammensætningen for holdet lever op til formålet.

Tids- og ressourceforbrug
Projektet er blevet finansieret af puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (KOL-puljen).
Fra puljemidlerne er der i alt modtaget et beløb, der når det omregnes, svarer til at det enkelte kursistforløb har kostet ca. 8.500 kr. for et kursus på ti hele og tre halve dage, samt en opfølgningsdag. I denne pris indgår kursusmateriale, lønninger til fagligt velkvalificerede undervisere, forplejning m.v. og delvist til kursusledere og sekretariat. Der er ikke udbetalt kompensation til vikar til arbejdspladsen. Der har ikke og det har ikke været intentionen, at der skulle ske indtjening fra kurset.

Implementering og forandringspotentiale
Kommunikationen mellem parterne og de enkelte medarbejdere involveret i et konkret sagsforløb er blevet personlig, smidig og løsningsorienteret. Konfliktstoffet er blevet reduceret.

Kursister har udnyttet deres eget råderum til at indføre mindre, men nok så betydningsfulde forandringer i praksis, men større organisatoriske ændringer kan ikke påvises efter projektet. Dels pga. en nedtonet ledelsesinvolvering og dels fordi deltagelsen fra lægeside, både fra hospital og fra især almen praksis ikke var prioriteret.

Læring, evaluering og erfaring
Projektet blev evalueret, afrapporteret og formelt afsluttet overfor ministeriet i vinteren 2008 - 09. Der er foretaget skriftlige evalueringer af kursisttilfredshed efter såvel basis uge som temadage/hele kurset. Disse er opgjort og brugt til løbende justeringer i kursuskonceptet.

Fra kursistside har der generelt været stor opbakning til indholdets relevans og aktualitet vedrørende formål og anvendelse i praksis. Stor entusiasme hos kursisterne kan derudover aflæses i deres store arbejde med de afsluttende praktiske opgaver, der sidenhen er forsøgt implementeret i deltagernes hverdag i form af nye handlemåder.

Der har været stort personalemæssigt udbytte i at bringe det personale, som er involveret i patientforløbene sammen på tværs af fagligheder og sektorer.

Der opnås organisatorisk udbytte ved konkret at kompetenceudvikle personale i de to sektorer til et bedret samarbejde, der opleves som et sammenhængende behandlings- og rehabiliterende forløb af høj kvalitet for patienten.

Endeligt præges systemerne til bedre organisatoriske former, relationer og kommunikation, herunder den læring som alle involverede parter har af kursuskonfrontationerne etc. og de konkrete aftaler kursister selv kan indgå indbyrdes som samarbejdende parter. Det giver personligt kendskab og kontakt til den samarbejdende part, inkl. dialog om samarbejdets optimering. Det giver udviklings- og innovationsgenerering og ikke mindst tiltag i retning af, at kommunikationen forbedres og bestræbelser på at tale samme sprog.

Sigtet med dette er at opnå et patientudbytte, hvor patienten (og pårørende m.fl.)

- Oplever bedre sammenhæng og kontinuitet i sine kontakter
- Oplever en mindskning af fejl
- Oplever ikke at falde ind under en eller flere gråzoneproblematikker

- Oplever inddragelse af sig selv i (med)ansvaret for forløbet

Erfaring
Projektet vurderer, at der stabilt fremover vil være en efterspørgsel i den hidtidige, primære fokusgruppe (mellemlange, videregående uddannelser og erfarne sosu-assistenter o.lign.) med de funktioner, de varetager i begge sektorer. Især vurderes det, at både de patientnære, frontlinje-praktikere og de mere administrative, koordinerende funktioner skal deltage sammen.

Men der er iagttaget andre målgrupper, som kunne have gavn at få tilbudt kompetenceudvikling, som alternative varianter af kurset (konceptet og det faglige niveau og indhold tilpasses herefter):

- Kursus for korttidsuddannede; her tænkes mest på hjemmehjælperne. Det vurderes, at der er et udtalt behov for, at hjemmehjælpen får udvidet deres kompetencer til at håndtere deres meget centrale rolle i kontakten til debuterende og kroniske patienter. Et sådant kursus bør forankres i kommunalt regi.

- Kursus for ledere; her tænkes både på førstelinjelederne (frontlinjemedarbejdernes ledere i kommune, institutioner og hospital m.v.) og på disses ledelser (afdelings-, enheds-, forvaltnings- og institutions- etc. ledere). Der er iagttaget en stor interesse i og behov for, hos de hidtidige kursister for at ledere på flere niveauer tilsvarende bliver udfordret på kursets problemstillinger for at højne implementeringen af påkrævede forandringer.

- Kursus for læger. Det har vist sig, at det aktuelle kursus ikke kan tiltrække læger. Det skyldes nok meget traditionelle årsager (kursets længde, kursets primære målgruppe, det faglige fokus og niveau m.m.). Det vurderes, at der er et udtalt behov i lægegruppen (fra hospitalerne) og at dette kunne dækkes ved f.eks. koncentrerede og/eller modulopdelte kursusperioder.

- En udfordring er også at få de praktiserende læger til at deltage. Argumentationen herfor er deres centrale rolle i patientforløbet. Det ville være fantastisk for alle kursusvarianter, hvis der kunne skabes vilkår for denne målgruppes deltagelse, eller der på andre måder kunne skabes kontakt til denne gruppe.

Opfølgning og det videre arbejde
Kursuskonceptet kan, hvis det ønskes, kopieres/tilpasses andre af regionens hospitaler og kommuner. Der er erfaring for, at der skal være sammenfald mellem et hospitals optageområde og kommunes social- og sundhedsforvaltning for optimal udbytte af dialog og aftaler mellem kursister.

Kursuskonceptet – korrigeret og tilpasset de lokale behov og ønsker og prioriteringer – er sidenhen med stor succes udrullet i løbet af 2010 fire steder i Region Hovedstaden bl.a. på baggrund af puljemidler fra regionen til rekruttering og fastholdelse og forankring i en central uddannelsesenhed.
Den overordnede lære herfra er, at det kan lade sig gøre at flytte det udviklede kursuskoncept ud til interesserede lokalområder, hvor en lokal forankret planlægningsgruppe varetager kursusplanlægningen tilpasset de lokale behov.

3.6. Tidlig opsporing og samarbejde med almen praksis om KOL- Forløb

Initiativet er udpeget af Esbjerg Kommune. Det skal bemærkes, at eksemplet har fokus på tidlig opsporing og behandling. Eksemplet er medtaget, da det illustrerer, hvordan man i indsatsen kan etablere et samarbejde mellem mange aktører herunder et godt samarbejde med almen praksis.

For mere information: Esbjerg Kommune, Rolf B. H. Jakobsen, e-mail: **Rbhj@esbjergkommune.dk**

Udgangspunkt for initiativet
En af bevæggrundene for at Esbjerg Kommune besluttede at iværksætte en indsats på KOL var, at der i kommunen er en relativ stor andel af rygere (29 %) sammenlignet med landsgennemsnittet. Fra forskningen ved man, at mellem 35 og 40 % af alle rygere før eller siden udvikler KOL i mild til svær grad. I betragtning af den store andel af rygere i Esbjerg Kommune kunne det derfor forventes, at andelen af borgere med KOL også er særlig stor, eller på vej til at blive større. Kommunen ønskede derfor ved at opspore KOL i et tidligt stadie at forsøge at stoppe sygdommens udvikling. Dette forudsætter dog, at borgeren stopper med at ryge og kommer i den rette behandling og/eller rehabilitering.
Esbjerg Kommunens afsæt var også, at det udover at mange borgere med KOL får meget ringe livskvalitet, også rent samfundsmæssigt er en meget omkostningsfuld sygdom.

Beskrivelse af initiativet
Formål og metode
Projektets konkrete udførelse foregik i første omgang udenom de praktiserende læger. Der blev annonceret i de lokale ugeaviser, hvor inklusionskriterierne blev opstillet i et let forståeligt sprog, så det var til at forstå for borgeren.
Esbjerg Kommune valgte at følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra "KOL – anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering" fra Sundhedsstyrelsen 2007. Dog valgte Esbjerg Kommune alene at lade rygere og eksrygere indgå som målgruppe for projektet, idet det netop er i denne gruppe den største del af de udiagnosticerede tilfælde findes.

Borgeren tog herefter selv henvendelse til kommunen og fik en aftale om måling. Målingen blev foretaget af en af Esbjerg Kommunes Sundhedscoaches, som er trænet i brugen af apparaturet samt i fortolkning af resultaterne. Udover selve målingen blev den efterfølgende samtale mellem Sundhedscoach og borgeren vægtet højt. Samtalen tog udgangspunkt i målingen, men også i rygevaner, hvis borgeren stadig tilhørte rygergruppen. Udgangspunktet for samtalerne var den motiverende samtale og anerkendelse af borgerens oplevelse af barrierer og muligheder.

Alle borgere med indikation på obstruktion, restriktion eller både og, blev opfordret til at søge egen læge for at få en yderligere udredning og evt. diagnosticering. I løbet af ca. 4 måneder henvendte 152 borgere sig for at få målt deres lungefunktion. 70 % af disse borgere fulgte denne opfordring og søgte egen læge.

Projektet havde flere mål, hvoraf nogle er kortsigtede og andre langsigtede. Nogle fokuserer på borgerens nytte af tilbuddet og andre på det mere samfundsmæssige, herunder kommunale forebyggelses potentiale.

Ét af målene med projektet var at opspore borgere med KOL i et tidligt stadie, så borgeren kunne få den nødvendige hjælp og dermed stoppe sygdommens udvikling, før den bliver hæmmende for dem og deres livsførelse. Ligeledes ønskede man igennem en opsporing at skabe et billede af en sammenhæng i tilbuddene for borgerne. Et andet mål med projektet var at skabe et positivt samarbejde mellem de praktiserende læger og Esbjerg Kommune med henblik på en forbedret understøttelse af hinanden virke i forhold til såvel forebyggelse og rehabilitering.

Tids- og ressourceforbrug
Aktørerne i projektet har været Esbjerg Kommune, Pfizer, den kommunale praksiskonsulent og det lægelige kommunale kontaktudvalg. Alle aktører har bidraget med deres vinkel, deres erfaringer og deres viden til projektet, hvilket har været med til at bidrage med større faglighed samt konkrete praksis-forudsætninger for projektets udførelse.

Ligeledes har der internt i Esbjerg Kommune været et samarbejde mellem rehabiliterings- og forebyggelsesafdelingen. Det betød, at borgeren ikke blot blev diagnosticeret med en sygdom uden at få tilbudt relevante tilbud i forhold til den givne sygdom. Esbjerg Kommune fandt, at et efterfølgende tilbud til borgerne var afgø-

rende for borgerens oplevelse af forløbet som helhed og til at kunne lære at leve med den sygdom. Der er afsat de nødvendige ressourcer fra starten af projektet. Pfizer og Boehringer Ingelheim har stået for databasen og analysen af resultaterne og Esbjerg Kommune stod for den praktiske udførsel af projektet.

Implementering og forandringspotentiale

Initiativet har vist, at kommunen med fordel kan gå proaktivt ind i samarbejdet med de praktiserende læger og i samarbejde lave et sammenhængende opsporings-, udrednings- og rehabiliteringsforløb. Ligeledes har projektets banet vejen for flere samarbejdspotentialer mellem Esbjerg Kommune og de praktiserende læger. Der er igangsat lignende tiltag på hjerte-kar, kræftområdet og parterne skal i gang med et projekt på diabetesområdet.

Projektet omkring tidlig opsporing af KOL har været med til, at der nu er en igangværende dialog mellem repræsentanterne fra de praktiserende læger og Esbjerg Kommune om at lave endnu et opsporingsprojekt. Det nye opsporingsprojekt der er under udvikling har fokus på diabetes og prædiabetes. Den endelige form er endnu ikke på plads, men under udvikling i dialogen mellem de praktiserende læger og Esbjerg Kommune.

Læring, evaluering og erfaring

Opfølgning og det videre arbejde

Projektet blev udført som et pilotprojekt med 152 borgere og er efterfølgende blevet evalueret. Evalueringen viser, at 80 % af de borgere, der opsøgte lægerne for yderligere udredning fik en KOL diagnose. Samlet var det knap hver tredje (29 %) af alle de borgere, der fik målt deres lungefunktion, hvilket viser det store potentiale i projektet.

Ligeledes blev rygestop-paratheden målt såvel ved opsporingsaftalen og igen efter 3 måneder

Dette viste, at en relativ stor andel af rygerne ved opfølgningen var ikke-rygere, samt at andelen af de rygere, der var i gang med et rygestop var steget fra 8 til 39 %. Der er ikke målt på, hvad der er afgørende for denne ændring, men det formodes, at opsporingen med den efterfølgende samtale, samt diagnosticeringen kan have stor betydning for motivationen for rygestop.

Der blev også udtrykt meget stor tilfredshed med selve samtalen og tilbuddet fra Esbjerg Kommune, hvor hele 98 % tilkendegav, at de var tilfredse, eller meget tilfredse med tilbuddets og dets udformning.

Evalueringen viste også, at mange borgere ikke vidste, at denne måling kunne blive foretaget hos den alment praktiserende læge. Den viste også, at der lå andre barrierer i at opsøge lægen end ved at kunne benytte tilbuddet hos kommunen i og med det føltes mere anonymt og ufarligt.

Der kan således være nogle fordele i, at kommunen udfører et sådant tilbud frem for alene at lade de praktiserende læger foretage lungefunktionsmålinger. Ligeledes beskrev rigtig mange af borgerne i projektet, at netop annonceringen i avisen, hvor symptomerne på KOL blev beskrevet, medførte, at de kunne identificere sig selv, og dermed følte et behov for at få undersøgt deres lungefunktion.

Esbjerg Kommune vurderer også, at synligheden har haft en afgørende betydning for rekrutteringen.

4. Eksempler på organisering af tværgående rehabiliteringsforløb for patienter med psykisk sygdom

Mennesker med psykiske sygdomme er særligt udsatte, hvad angår f.eks. kriminalitet, stofmisbrug, selvmord, svær overvægt. Konsekvensen heraf kan være, at borgeren får forringet livskvalitet, får svært ved at varetage et arbejde, selvstændigt liv, nære sociale relationer samt basale fysiske og psykiske behov.

Tekstboks 3.

10-20 pct. af den danske befolkning skønnes på et givet tidspunkt at lide af en psykisk sygdom og ca. 10 pct. er derudover i større eller mindre grad præget af psykisk sårbarhed. Nogle psykiske sygdomme udvikler sig til kroniske forløb.

Disse mennesker vil således ofte have behov for en længerevarende, tværfaglig- og tværsektoriel indsats. Rehabilitering ved psykisk sygdom kan således indeholde akut hjælp og behandling, smertelindring, rådgivning, tiltag der fremmer empowerment, vejledning, information, fysisk, psykisk og social behandling, træning og genoptræning, uddannelse, specialundervisning, støtte til personlig udvikling, socialpædagogisk støtte, sociale indsatser, hjælpemidler, personlig hjælp, økonomisk hjælp, erhvervstræning og – uddannelse.

Det er i sig selv en udfordring ift. rehabilitering af psykisk syge, at den psykisk syge ofte isolerer sig og undgår sociale kontakter, og derved får sværere ved at opnå adgang til behandling, sociale netværk og eventuel tilknytning til arbejdsmarkedet.

Et godt rehabiliteringsforløb for borgere med psykiske lidelser vil ofte forudsætte et tæt samarbejde med praktiserende læge, praktiserende psykolog, distriktspsykiatrien og de kommunale forvaltninger. I følgende præsenteres en række initiativer til, hvordan dette samarbejde kan organiseres i praksis.

4.1. Fællesteam – tværsektoriel indsats til patienter/borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug

Eksemplet er udpeget af Region Midtjylland.

Kontaktperson: Carsten Lund, Region Midtjylland, e-mail: **carsten.lund@ps.rm.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Udgangspunktet for initiativet var den nye opgavefordeling med strukturreformen mellem regioner og kommuner i forhold til misbrugsområdet og psykiatrien.

Patienter med dobbeltdiagnose har ofte brug for både psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling samtidigt. Udover den behandlingsmæssige indsats har dobbeltdiagnosepatienter også ofte brug for en betydelig social indsats.

Derudover er det et krav i sundhedsaftalerne, at den nærmere arbejdsdeling mellem region og kommuner beskrives i forhold til indsatsen for mennesker med en kendt sindslidelse, som tillige har et misbrugsproblem.

Beskrivelse af initiativet
Formålet har været at sikre patienten som både har en behandlingskrævende psykisk lidelse, et behandlingskrævende misbrug og behov for social støtte, får tilbud om relevant støtte og behandling, at indsatsen er koordineret, og at det er navngivne medarbejdere, der har ansvar for den konkrete og aftalte indsats.

Konkret handler initiativet om, at man på tværs af region og kommune i Region Midtjylland har nedsat et fællesteam, der udarbejder en fælles koordineret handleplan for de psykiatriske patienter med et misbrugsproblem.

Målgruppen for initiativet er patienter / klienter / borgere med - eller hvor der er mistanke om en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse af en vis sværhedsgrad og med et misbrugsproblem, der ligeledes er behandlingskrævende. Målgruppen omfatter både alkohol-, og stof- og blandingsmisbrug.

Fællesteamet er implementeret i 6 kommunerne omkring Regionspsykiatrien Vest. Der er også etableret fællesteams i andre kommuner i Region Midtjylland

Der er etableret ét fast fællesteam for hver af de 6 kommuner Herning, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern, Lemvig, Struer og Holstebro. Fællesteamene er sammensat således, at der er

- 1 – 2 repræsentanter fra hver kommune med myndighedsansvar både i forhold til sociale tilbud og socialpsykiatrien
- 1 repræsentant fra regionspsykiatriens Team for Misbrug og Psykiatri i hvert team.
- repræsentanter fra misbrugsbehandlingen: stof, alkohol og evt. Skovvang (forsorgshjemmet)

Teamet har kompetence og er forpligtiget til at udarbejde en fælles koordineret handleplan for patienter med behandlingskrævende psykisk lidelse og misbrug.

Team for Misbrug og Psykiatri (TMP) er et team bestående af psykiatriske sygeplejersker, med særlig viden om samtidig misbrug og psykiatrisk sygdom. TMP yder vejledning til samarbejdsparter (egen læge og medarbejdere i kommunerne og regionspsykiatrien), samt tilbyder psykiatrisk vurdering eller motiverende samtaler med brugere med et misbrug, der vurderes at have brug for psykiatrisk behandling.

Opgaver for fællesteamet
Teamet skal være bindeled mellem misbrugsbehandling, den sociale myndighed og regional psykiatri.

- Teamet drøfter komplicerede sager, herunder afklarer, om der overordnet vurderes at være behov for etablering af forpligtende samarbejde i sagen.
- Teamets repræsentanter skal bringe sagen frem til relevante aktører i egen afdeling (misbrug, regionspsykiatri, social myndighed).
- Teamet skal invitere relevante aktører til de faste møder for at etablere et konkret forpligtende samarbejde (der kan være behov for at afholde ad hoc møder i konkrete akutte sager). Når aktørerne i det konkrete samarbejde er fundet, er det deres ansvar at udarbejde en koordineret handleplan. Den videre udredning og behandling samt sociale indsats varetages af de respektive lokale behandlingsenheder og sociale tilbud.
- Teamets medlemmer skal gensidig informere om behandlingstilbud i misbrug og psykiatri.

- Teamet skal udføre erfaringsopsamling og dokumentation af fællesteamets aktiviteter og resultater.

- Ved behov for faglig bistand til udredning og behandling kan aktørerne trække på fællesteams eller ydelser fra Team for Misbrug og Psykiatri (Regionspsykiatri Vest) samt ydelser fra Team for Misbrugspsykiatri i Århus (f.eks. via videokonference).

Patienter med både misbrug og psykisk sygdom har typisk været en patientgruppe, som har haft tendens til at lande mellem to stole/for at blive udstødt af de eksisterende tilbud. Med fællesteamene prøver man at introducere en tilgang hvor man, når det bliver for svært med behandling af en patient med både misbrug og psykisk sygdom, inviterer andre kompetencer ind i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejdet i stedet for at patienten/klienten viderehenvises.

Det er nyt, at der er et formelt samarbejdsforum på tværs af sektorer med en forpligtende og koordinerende opgaver i forhold til målgruppen dobbeltdiagnosepatienter. Det har været afgørende i etableringsfasen at sikre at fællesteamet har de fornødne kompetencer til at handle med henblik på at kunne sikre en koordineret indsats, samt at sikre fællesteamet kan medvirke til at sikre et gensidigt kendskab til hinanden og et afstemt gensidigt forventningsniveau.

Tids- og ressourceforbrug
Team for Misbrug og Psykiatri har eksisteret i ca. 3 år og er etableret som en konsekvens af psykiatriplanen nogenlunde samtidig med, at man begyndte udmøntningen af fællesteams i samarbejde med kommunerne. TMP består af 3 sygeplejersker, der dækker 8 kommuner. Der har ikke været afsat konkrete ressourcer til etablering af fællesteams. Fællesteamene er etableret inden for rammerne af de eksisterende ressourcer.

Implementering og forandringspotentiale
Der er etableret et tættere samarbejde mellem regional psykiatri, kommunale misbrugsbehandling og social indsats i omkring målgruppen dobbeltdiagnosepatienter.

Det har helt klart været en udfordring at få de forskellige involverede områder/kulturer til at få et fælles billede af, hvad et fællesteam er, og fællesteamets opgave skal være. En proces, der kræver tid og dialog.

Der har især været barrierer i forhold til dokumentation og kommunikation af indsatsen på tværs af sektorer. En udfordring som endnu ikke er løst.

Læring, evaluering og erfaring
Fællesteamet er en lille del af den samlede indsats. Fællesteamet bidrager til at samarbejdet omkring borgere med psykiske lidelser og misbrug prioriteres højre, glider nemmere og at indsatsen koordineres ud fra en samlet vurdering af borgerens problemer. Bl.a. øges kendskabet til hinanden på tværs af sektorer og institutioner. Informationen fremmes og samarbejdet glider nemmere. Det er en fordel, at man kan samles og forpligtes til en koordineret indsats. Døren til psykiatrien er blevet nemmere at åbne, samtidig med at den fremskudte tidlige indsats medfører, at den psykiatriske indsats bliver mere fokuseret på forebyggelse. Det giver større overblik over enkeltsager og sammenhænge og bidrager på den måde til at fokusere indsatsen.

Understøttelse af det tværsektorielle samarbejde i sundhedsaftaler, og samarbejdsorganer som den administrative styregruppe, klynger, kontaktgrupper m.m. har været og er vigtige forudsætninger for, at det lykkes.

Der er mange erfaringer at give videre. Projektet skal evalueres i foråret 2011 og denne evaluering sker i samarbejde med andre projekter og som en del af projektet ”Sammenhæng i indsatsen for sindslidende” underledelse af Center for Kvalitet Region Midtjylland.

4.2. Retspsykiatrisk opsøgende team

Dette eksempel er udpeget af Region Sjælland.

For mere information: Pia Bøgh, Region Sjælland, e-mail**: pibo@regionsjaelland.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Psykiatrien i Region Sjælland søgte og fik på baggrund af en stigning i antallet af idømte behandlingsdomme i regionen bevilget SATS puljemidler 2007-2010 til projekt *Retspsykiatrisk Kompetencecenter*. En af opgaverne var at etablere et *retspsykiatrisk opsøgende team*, som dækkede hele regionen. Kompetencecentret hører under Retspsykiatrisk afdeling i Psykiatrien.

Beskrivelse af initiativet
Målet var at forebygge, at antallet af retspsykiatriske patienter i regionen fortsat steg. Dette skulle ske ved en særlig opsøgende og vedholdende behandlingsindsats i forhold til patienter og ved at fremme/styrke koordinationen af de forskellige sektorers indsats i den samlede ambulante behandling af behandlingsdømte patienter. Målet var at minimere risiko for recidiv både i forhold til sygdom og kriminalitet.

Projektet er et *metodeudviklingsprojekt* med det formål at etablere et koordineret tværsektorielt og tværfagligt samarbejde omkring målgruppen.

Målgruppen er ambulante psykiatriske patienter med behandlingsdomme, som det er vanskeligt at behandle og etablere konkret samarbejde omkring på grund af komplicerende misbrug, voldsom udadrettet adfærd, manglende sygdomsindsigt, manglende fremmøde o.a.

Der indføres en *koordinerende handleplan* som fælles tværsektorielt samarbejdsredskab. Den retspsykiatriske teammedarbejder er tovholder i planen og samtidig psykiatriens kontaktperson for patienten. Teammedarbejderen står sammen med den behandlingsansvarlige overlæge for den medicinske del af behandlingen. Teammedarbejderen er i tæt daglig kontakt til teamets behandlingsansvarlige overlæge, så der hurtigt kan reageres på afvigelser fra den fælles plan, og patienten evt. kan indlægges i henhold til dommen/behandling.

Den koordinerende handleplan udarbejdes på et *koordinerende handleplansmøde* med deltagelse af alle relevante parter inklusiv patient (efter samtykke med patienten). Der holdes jævnlige opfølgningsmøder (ca. hver 2.- 4. mdr.), hvor planen tilpasses evt. nye behov. Der sikres således kommunikation, opgave- og rollefordeling i en konkret periode mellem sektorerne (retspsykiatrien, kommuner, misbrugscentre, bosteder og Kriminalforsorg).

I projektet arbejdes ud fra en tillempet ACT-model (opsøgende psykoseteam-model). Projektet skaber et fælles samarbejdsforum for alle tværgående involverede parter. Dette er det koordinerende handleplansmøde, som der indkaldes til og laves referat fra i form af den koordinerende handleplan, som alle efterfølgende modtager kopi af. Kommunikationen mellem parterne i behandlingsperioden sikres, og samtidig inddrages patienten gennem løbende behandlingskontakt. Patienten forholder sig hovedsaligt til teamets kontaktperson, og behandlingsforløbet (sammenhængen i behandlingsindsatserne) bliver mere overskueligt for patienten.

Teammedarbejderen er opsøgende og insisterende i kontakten til patienterne, hvor risikoen ofte er stor for fravalg af den medicinske del af behandlingen og udeblivelse fra aftaler.

Der har været afholdt informationsmøder i forbindelse med opstart i alle kommuner og kriminalforsorgsafdelinger og i det løbende samarbejde deltager man på sagsbehandlerniveau omkring de konkrete sager.

Tids- og ressourceforbrug
Initiativet er startet som et projekt finansieret af SATS-puljemidler. Der blev ansat seks udkørende sundhedsfagligt personale, én behandlingsansvarlig overlæge/teamleder, én sekretær og én socialrådgiver/projektleder ved projektstart.

Teamets opgaver/arbejde dækker hele regionen geografisk, og der indregnes en del kørsel i forbindelse med patientbesøg og koordinerende møder. 60 patienter er tilknyttet teamet.

Teamet samles en gang ugentlig til tværfaglig patientkonference og mødes en gang ugentligt til kort møde i en nord og en syd gruppe. Ellers tilrettelægges tiden/dagene individuelt af den enkelte teammedarbejder.

Implementering og forandringspotentiale
Der har ikke været tale om ændringer, men en ny arbejdsform, som supplerer den almene distriktspsykiatri i forhold til at varetage behandlingsansvar overfor de ambulante behandlingsdømte patienter.

Der er i hele projektperioden blevet arbejdet med en ny metode for det tværsektorielle samarbejde, hvor koordination af indsatsen og prioritering af kommunikation og formidling af den retspsykiatriske viden har været i højsædet.

Som tovholder og garant for en sammenhængende indsats har teammedarbejderne skulle være initiativtagende, tydelige og insisterende både i den behandlingsmæssige kontakt til patienten og i forhold til at samle alle relevante tværgående samarbejdspartnere. Teammedarbejderen har haft ansvar for at lede og sikre gennemførelse af det koordinerende handleplansmøde. For teamets medarbejdere har det været en faglig udfordring, som man har fundet meget tilfredsstillende for arbejdet.

Læring, evaluering og erfaring
Projektet blev evalueret i juli 2010 og der er skrevet en evalueringsrapport, der er tilgængelig på Region Sjællands hjemmeside:

http://www.regionsjaelland.dk/regionens-opgaver/Psykiatrien2/finddinpsykiatri/DistrikterAfdelinger/retspsykiatriskafdeling/Sider/Evalueringafprojektet.aspx

Der henvises i ovenstående link til Retspsykiatrisk Kompetencecenters hjemmeside. Efter projektets afslutning bliver funktionen videreført i Region Sjælland, som en del af Retspsykiatrisk afdelings behandlingstilbud for ambulante patienter.

4.3. Socialpsykiatrisk Forebyggelsesteam

Eksemplet er udpeget af Region Syddanmark og KKR i Region Syddanmark. Tiltaget er iværksat i et samarbejde mellem Vejle Kommune / Almenpsykiatrisk Afdeling, Vejle Sygehus, Region Syddanmark.

For mere information: Birgit Holm, Vejle Kommune, e-mail: **BIRHO@vejle.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Socialpsykiatrisk Forebyggelsesteam er et samarbejdsprojekt mellem Vejle Kommune og Psykiatriafdelingen på Vejle Sygehus. Formålet med projektet er at reducere antallet af uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Projektet bygger på en formodning om, at de mange uhensigtsmæssige genindlæggelser skyldes overgange mellem eget hjem og psykiatrisk sygehus eller omvendt. Det er overgange, hvor borgeren udsættes for et rolleskift og et skift af relationer. Når borgeren udsættes for en overgang, er der en potentiel risiko for tab af færdigheder og funktioner, som kan forværre borgerens tilstand. Antagelsen var, at borgeren ikke fik den nød-

vendige støtte i forbindelse med udskrivningen, og at der ikke blev koordineret i tilstrækkelig grad mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Beskrivelse af initiativet
Projektet bygger på udvikling og afprøvning af en metode, hvor medarbejdere fra henholdsvis kommune og sygehuse samarbejder med borgeren på hinandens "arenaer".

Projektet skal ses i sammenhæng med Vejle Kommunes sundhedspolitik, Psykiatriplan og netværkspolitik.

Målgruppen er borgere mellem 18 og 65 år, som forventes at være indlagt på psykiatrisk afdeling i mere end 30 dage, som skal udskrives til egen bolig og som på udskrivningstidspunktet har behov for socialpsykiatrisk støtte efter endt behandling. Projektet er normeret til ca. 40 borgere årligt.

Projektet har endvidere det formål at sikre medinddragelse af og skabe tryghed for pårørende/netværket til borgere med sindslidelse. Tilgangen er, at de pårørende er betydningsfulde samarbejdspartnere i forhold til at skabe trygge overgange, ikke mindst fordi de er centrale ressourcepersoner i forhold til den sindslidendes borgers hverdag. Derfor indgår de pårørende/netværket som en vigtig del-målgruppe i projektet.

Såfremt Almenpsykiatrisk Afdeling vurderer, at borgeren skal være indlagt mere end 30 dage kontaktes Forebyggelsesteamets medarbejder i Myndighedsafdelingen. Den indlagte borger og dennes netværk orienteres om projektet. En medarbejder fra Almenpsykiatrisk Afdeling indkalder borgeren, netværket, medarbejderen fra Myndighedsafdelingen, den fremtidige støtteperson og en behandler fra Almenpsykiatrisk Afdeling. I det første møde og de efterfølgende møder afstemmes forventningerne, den fremtidige indsats koordineres, handleplanen (§ 141 i Serviceloven) udarbejdes eller justeres.

Tids- og ressourceforbrug
Socialpsykiatrisk Forebyggelsesteam er et puljefinansieret projekt. Teamet er bemandet med 3,5 støttemedarbejder og 0,5 sagsbehandler. Der er midler til frikøb af medarbejdere fra Almenpsykiatrisk afdeling svarende til 10 timer ugentligt.

Såvel kommunen som regionen har i initiativfasen brugt ressourcer i forbindelse med idéudveksling, udarbejdelse af puljeansøgning, samarbejdsaftale m.v. Disse ressourcer er taget fra den daglige drift.

Fra socialpsykiatrien har ledere og medarbejdere fra såvel myndighed som udfører været involveret i initiativfasen. I projektforløbet / implementeringen er der ligeledes både medarbejdere og ledere fra myndighed og udfører involveret. I behandlingspsykiatrien har også ledere og medarbejdere været involveret i både initiativfase og i implementeringen.

Implementering og forandringspotentiale
I forbindelse med den forestående udskrivning sikres det, at der er en klar fordeling af ansvar og roller. Når borgeren udskrives til eget hjem starter en træningsperiode, hvor indsatsen fra Forebyggelsesteamet er mere massiv i en periode, som kan vare op til 2 måneder. Støttepersonen trækker sig gradvist ud, men står stadig stand-by i en periode på 3 måneder. Medarbejdere fra behandlingspsykiatrien deltager i fastlagte samarbejdsmøder.

Forskellen for tidligere er, at indsatsen mellem den diagnosebaserede behandlingspsykiatri og den socialpsykiatriske indsats samtænkes bevidst til gavn for borgeren. Der er således tale om en fælles indsats fra de to systemer – en fælles indsats, som betyder, at den socialpsykiatriske kontakt til borgeren sker på et tidligt tidspunkt. Forventningerne er tydelige. Der arbejdes målrettet med borgerens ressourcer med henblik på, at borgeren skal kunne vende tilbage til en dagligdag som tidligere dvs. i egen bolig, evt. beskæftigelse ol. Resultatet er en bevidst og målrettet indsats for at medinddrage pårørende/ netværket, som kan give tryghed for såvel borger som netværk.

Læring, evaluering og erfaring

Socialpsykiatrisk Forebyggelsesteam er midt i en projektperiode, som varer til marts 2012. Der er ikke på nuværende tidspunkt foretaget nogen egentlig evaluering af projektet. Der er opstillet en række succeskriterier ift. antallet af uhensigtsmæssige genindlæggelser og borgerens oplevelse af inddragelse.

De foreløbige erfaringer er:

- En konsekvent tidlig indsats, ingen ventelister, korte, tidsbegrænsede intensive forløb, mere samarbejde med de pårørende/netværket og indføring af en stand-by periode
- Støttemedarbejderen giver støtte og bidrager samtidig til udredning af borgerens situation
- Projektets medarbejdere arbejder smidigt og fleksibelt
- Samarbejdet giver en bedre overdragelse og dermed en betydelig mere sammenhængende indsats.

4.4. Forløbskoordination

Eksemplet er udpeget af Region Syddanmark og KKR i Region Syddanmark. Initiativet er iværksat i et samarbejde mellem Odense Kommunes Handicap- og Psykiatriafdelingen, Social og Arbejdsforvaltningen og behandlingspsykiatrien på Odense Universitetshospital (OUH).

For mere information: Projektleder Heidi Hansen, Odense Kommune, e-mail: **heih@odense.dk**

Udgangspunkt for initiativet

Odense Kommune igangsatte i oktober 2009 et projekt om forløbskoordination. Projektet er forankret i sundhedsafdelingen og involverer Handicap- og Psykiatriafdelingen, Social- og arbejdsforvaltningen og behandlingspsykiatrien på Odense Universitetshospital (OUH).

Både borgere og pårørende samt ledere og medarbejdere oplever, at der er brug for faglig specialviden og ekspertise, som rækker ind i og ud over den enkelte forvaltning og behandlingsenheder (både ambulante – og sengeafdelinger). Dette gør sig gældende både i forhold til samarbejdet på tværs af forvaltninger, og i samarbejdet med behandlingspsykiatrien. Det er også vigtigt, at ingen borgere oplever sig ”tabt i systemet” på grund af manglende koordinering og samarbejde.

Derfor besluttede Odense Kommune at sætte fokus på koordineringen af indsatserne i forhold til borgere med en sindslidelse. Forløbskoordinatorerne skal ud fra borgerens mål og behov samarbejde med denne og relevante personer fra de ovennævnte tre områder omkring de ydelser borgerne modtager, herunder samarbejde med praktiserende læger og behandlingspsykiatri.

Beskrivelse af initiativet

Formål med projektet er at skabe en sammenhæng og koordinering af indsatserne, så borgere med sindslidelser får en kvalificeret, helhedsorienteret og helhedsoplevet indsats, som gør det muligt for dem at mestre de problemstillinger, som sygdommen medfører og dermed få større mulighed for at forfølge og opnå egne mål i tilværelsen.

Borgeren skal gerne opleve gennemskuelige og sammenhængende forløb i forhold til de ydelser, der efterspørges, f.eks. socialpsykiatriske ydelser, støtte i forhold til job og uddannelse samt kontakt til praktiserende læge og behandlingspsykiatrien. Borgeren skal endvidere opleve, at der er en rehabiliterende, sammenhængende og koordineret tilgang på tværs af forvaltninger og sektorer.

Målgruppe er borgere med en sindslidelse, eller med ringe eller ingen egenomsorgsevne, som er tilknyttet en af forvaltningerne. Projektet omfatter ledere og medarbejdere i forvaltningernes tilbud, der arbejder med oven-

stående målgruppe, ledere og medarbejdere i behandlingspsykiatrien og praktiserende læger, der indgår i samarbejdet med Odense Kommune omkring målgruppen.

Tilbuddet om intensiveret støtte fra en forløbskoordinator gives på baggrund af en individuel vurdering, når borgeren har behov for støtte i komplekse forhold vedr. behandling, rehabilitering, egenomsorg og sociale forhold mm. Henvisningen til forløbskoordinering kan foretages af almen praktiserende læge, behandlingspsykiatrien, sagsbehandlere og visitatorer i det kommunale system.

Tids- og ressourceforbrug
Projektet er fuldt finansieret af midler fra Socialministeriet. Disse midler går hovedsageligt til aflønning af en projektleder og tre forløbskoordinatorer – alle ansat på fuld tid. Projektet kører over en treårig periode.

Implementering og forandringspotentiale
Før projektets start havde medarbejdere, som havde kontakt med målgruppen koordinerende opgaver, men i forløbskoordinationsprojektet er opgaverne bredere. Der tages udgangspunkt i borgerens udtrykte behov og ønske, og opgaverne er ikke funderet i et bestemt lovområde. Målet er også at kunne metodeudvikle samt evt. at se på organisatoriske forhold, som kan gøre det lettere for borgerne at gebærde sig i systemet.

Projektet arbejder tæt sammen med Sundhedscenter Vollsmose og især i forbindelse med udvidelsen af aktiviteterne i Højstrupområdet, hvor man bl.a. arbejder med forløbskoordinatorer. Projektlederne for de to projekter skal give hinanden gensidig sparring, og de skal koordinere med de respektive styregrupper, som orienterer Odense Kommunes strategiske sundhedsgruppe. Den strategiske styregruppe har ansvaret for koordineringen af sundhedsopgaverne på tværs af forvaltningerne i Odense Kommune.

Læring, evaluering og erfaring
Projektet er halvvejs, og der er derfor ikke foretaget en endelig evaluering. Styregruppen skal efter slutevalueringen tage stilling til, om erfaringerne skal medføre ændringer i organisering, arbejdsgange osv.

Der vil i den sidste del af projektperioden være en større fokus på metodeudvikling. Der er kontakt til lignende projekter/initiativer i Odense Kommune. Der er foretaget to selvevalueringer, som er sendt til Rambøll. Derudover har medarbejderne i projektet løbende foretaget evaluering/opsamling, som refereres videre til styregruppen. De foreløbige erfaringer viser, at der er en stor interesse og efterspørgsel fra borgerne, og stor interesse fra alle samarbejdspartnere. Samarbejdspartnerne har ud fra borgerperspektivet også stort behov og ønske om at få faglig sparring ift. netop denne målgruppe. Projektet har været meget velforberedt fra starten, og det vurderes derfor ikke, at der evt. ved en ”ommer” skal ændres ved noget.

5. Eksempler på tværgående rehabiliteringsforløb for sygemeldte

Langvarigt sygemeldte har en særlig risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Generelt for målgruppen af langvarigt sygemeldte gælder, at hovedparten har muskel-skeletlidelser eller psykiske lidelser som f.eks. depression, angst, personlighedsforstyrrelser mv. F.eks. fik mere end halvdelen af de personer, der fik tilkendt førtidspension i 2009, tildelt den på baggrund af en psykisk lidelse.

Kommunerne har beslutningskompetencen, når der er tale om støtte til tilbagevenden til arbejdsmarkedet og varige forsørgelsesforanstaltninger. Se evt. Vejledning om rehabilitering kapitel 2. Ikke desto mindre involverer indsatsen overfor sygemeldte mange andre aktører, som også har et ansvar: den sygemeldte, arbejdspladsen, familien, de praktiserende sundhedsprofessionelle (læger, fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl.) og sygehuset.

I det følgende vises eksempler på, hvordan et samarbejde om sygemeldtes rehabiliteringsforløb kan organiseres mellem region og kommune.

5.1. Hospitalsbaseret rehabilitering

Dette eksempel er udpeget af Region Midtjylland.

For mere information: Region Midtjylland, Ole Kudsk Jensen, e-mail: **kontakt@regionmidtjylland.dk**

Udgangspunkt for initiativet

I 2004 blev Center for Bevægeapparatlidelser (CfB) etableret på Regionshospitalet i Silkeborg for at øge fokus på tidligere koordinerede og sammenhængende tværfaglige og tværsektorielle indsatser overfor sygemeldte med subakutte lænderygsmerter. Centret blev etableret på baggrund af en beslutning i Århus Amtsråd. Ideen blev født i dialog med de involverede kommuner. Et væsentligt udgangspunkt først i dette årti var kommunernes bekymring over, at lænderygsmerter efterhånden var begrundelsen for op imod 1/8 af alle sygemeldinger, og sygehusvæsenets oplevelse af manglende muligheder for at skabe hurtige og sammenhængende indsatser.

Beskrivelse af initiativet

Formål og metode

Den hospitalsbaserede rehabilitering koordineres fra det tidspunkt, hvor den sygemeldte henvender sig hos egen læge første gang til vedkommende er tilbage i arbejde. Egen læge henviser efter fire ugers sygemelding til CfB, som herefter har ansvar for udrednings- og arbejdsfastholdelsesprocessen. Den individualiserede indsats er tværfaglig og uden ventetid. Indsatsen ender med aftaler på arbejdspladsen om, hvorledes kravene kan tilpasses den aktuelle funktionsevne og siden øges, så patienten fastholdes i arbejde. Nyt er også den gennemgående kontaktperson, som ved behov og efter aftale koordinerer samarbejdet med relevante parter omkring den sygemeldte.

De nye metoder bygger primært på erfaringer fra udlandet, hvor tværfaglige og tværsektorielle indsatser har vist sig effektive. Ligeledes bygger indsatsen på teorier om sammenhæng mellem det biologiske, psykologiske og sociale, og hvordan den professionelle kontakt ved undersøgelse og dialog kan anvendes til at ændre tanke og handling hos alle involverede aktører til gavn for den sygemeldte. Endelig anvendelse af procedurer for smidigt samarbejde mellem professionelle, hvor der lægges vægt på respekt for hinandens opgaver og handlemuligheder – ligeledes til gavn for den sygemeldte.

I initiativet indgår Center for Folkesundhed samt fire kommuner.

Tids- og ressourceforbrug

Da det har været et forskningsprojekt, har der været afsat midler/ressourcer hertil.
For mere præcise oplysninger kan Center for Folkesundhed, Region Midtjylland kontaktes.

Implementering og forandringspotentiale
Projektet har vist positive resultater og er overgået til drift. Dette projekt er, udover denne rapport, beskrevet i følgende to rapporter:

- Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte: ”Det tværfaglige arbejde”
- Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte: ”Beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats”. Se mere på www.centerforfolkesundhed.dk

5.2. Specialistteamet

Dette eksempel er udpeget af Region Midtjylland. Initiativet involverer alle kommuner i Region Midtjylland.

For mere information: Ulrik Steen, Region Midtjylland, e- mail: **ulrik.steen@stab.rm.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Specialistteamet er et tilbud til de kommunale jobcentre i Region Midtjylland om tværfaglig afklaring og intervention i forhold til uarbejdsdygtige borgere med komplicerede, uklare fysiske og psykiske helbredsproblemer. Teamet består af sociallæger, psykologer, socialrådgivere, reumatologer og psykiatere. Undervejs i forløbet koordineres med egen læge og kommunal sagsbehandler. Ved afslutning tilbydes overleveringsmøde med relevante parter for at skabe sammenhæng i forløbet og mellem sundheds- og socialsektor.

Hensigten er at reducere sygefraværet, at muliggøre tilbagevenden til arbejdsmarkedet, at reducere og koordinere forbruget af speciallægeerklæringer og at tilbyde et aktivt forløb over 4-10 uger uden ventetid. Kommunerne henviser borgerne og betaler en pris pr. forløb hos Specialistteamet.

Målgruppe
Specialistteamets målgruppe er sygemeldte og andre med betydelig risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Målgruppen er karakteriseret ved komplekse fysiske og psykiske tilstande med kontakt til såvel egen praktiserende læge, sygehusvæsenet og kommunens sygedagpengeafdeling. Specialistteamet er velegnet til tidlig indsats, så borgeren undgår fastlåshed og udstødelse fra arbejdsmarkedet, men kan også med fordel anvendes til borgere med langvarige tilstande, hvor der er brug for en målrettet og koordineret indsats.

Et forløb hos Specialistteamet varer maksimalt 12 uger, men kan dog forlænges efter aftale med sagsbehandleren, når det er relevant efter sagens omstændigheder.

Beskrivelse af initiativet
Kommunerne henviser til Specialistteamet med henblik på udredning, afklaring, støtte til patientens bedre sygdomsforståelse og coping i hverdagen, koordinering med egen læge samt forslag til kommunal handleplan.

Et typisk forløb i Specialistteamet
På baggrund af henvisningsmaterialet får borgeren tid til en første samtale og undersøgelse hos sociallæge eller psykolog. Det skriftlige materiale fra denne undersøgelse sendes til kommunens sagsbehandler med de indledende overvejelser om problemstilling. Herefter drøftes sagen på Specialistteammøde, hvor alle specialisterne er samlet. Teamet vurderer, hvilke af vores specialister der yderligere skal involveres. I nogle sager arbejdes der med borgeren i et mini-team, hvor socialmedicinsk læge og psykolog samarbejder om den første del af udredningen, hvorefter sagen forelægges på det store teammøde.

Typisk vil borgeren møde den enkelte specialist flere gange under forløbet. Ved behov gendrøftes sagen på specialisternes teammøde. Ved afslutning af forløbet sendes en samlet tilbagemelding til kommunen. Undervejs koordinerer de enkelte specialister efter behov med borgerens egen læge, eventuelle andre speciallæger og kommunen. Den samlede tilbagemelding kan danne udgangspunkt for et afsluttende møde i kommunen med deltagelse af sagsbehandler og borgeren, sociallæge eller psykolog fra Specialistteamet, jobkonsulent, egen læge, pårørende eller andre for at sikre den gode overgang og sammenhæng for borgeren.

Tids- og ressourceforbrug
Specialistteamet baserer sig på, at de henvisende kommuner betaler for ydelsen, og prisen skal gerne dække det faktiske forbrug af personaleressourcer. I 2010 kostede tilbuddet 32.000 kr. pr. forløb, der efter skønnet beregning dækker udgifterne til de involverede sociallæger, psykologer, øvrige specialister mv.

Implementering og forandringspotentiale
Borgeren inddrages i en helhedsorienteret og samlet udredning med udgangspunkt i en bio-psyko-social tankegang. Samtidig med udredningen skabes koordinering og sammenhæng i specialisternes vurderinger, således at borgeren oplever forløbet som sammenhængende og meningsfuldt. Borgeren får bedre indsigt i egen situation og handlemuligheder.

Fordelen ved Specialistteamet er, at udredningen tager kortere tid end, hvis borgeren eksempelvis skulle til forskellige speciallæger, psykolog m.v. i forlængelse af hinanden. Ved overlevering til kommunen beskrives et forslag til handleplan, som gør det muligt for kommunen at arbejde videre. Der tilbydes overleveringsmøde i de sager, hvor den sammenhængende indsats er særlig væsentlig eller kompliceret.

Læring, evaluering og erfaring
Erfaringen er, at en tværfaglig, koordineret indsats skaber sammenhæng for borgeren og for systemerne. Derfor bør overleveringsmøder implementeres for at give størst mulig sammenhæng i indsatsen.

Det er muligt at koordinere og samordne indsatsen omkring en patient, således at egen læge, eventuel speciallæge, kommune og patienten selv arbejder med en sammenhængende plan.
En metodisk tilgang med høj grad af borgerinddragelse giver borgeren en oplevelse af at blive hørt og forstået og have indflydelse på sin situation. Erfaringen er, at en tværfaglig indsats bør iværksættes så tidligt som muligt for at undgå borgerens fastlåshed.

Udfordringer og barrierer
På enkeltsagsniveau er det tydeligt, at jo længere tid borgeren har været sygemeldt, jo mere fastlåst er den samlede situation. Borgeren er kommet langt væk fra arbejdsmarkedet og har måske helt opgivet at komme tilbage, hvilket kræver en særlig indsats og proces, hvis dette perspektiv skal ændres. Samtidig bliver kommunen presset på tid, da sygedagpengene som udgangspunkt ikke kan udbetales længere end 52 uger, medmindre borgeren opfylder en af forlængelsesmulighederne. Det er derfor mest hensigtsmæssigt, at borgeren henvises til en tværfaglig indsats så tidligt som muligt. I handleplaner, hvor teamet peger på yderligere behandlingsforløb, især psykiatriske, kan mulighederne være begrænsede i praksis.

Evaluering
Evalueringer fra hhv. 2006 og 2010 viser gode resultater for Specialistteamet. MarselisborgCentret foretog en undersøgelse i december 2006 af 118 borgere. Der kan henvises til hjemmesiden www.socialmedicin.rm.dk under Specialistteamet, hvor undersøgelserne kan hentes. Der er lavet en follow-up undersøgelse ved A.M. Ravn Nielsen: Prædiktorer for langtidssygemeldtes Forsørgelsesgrundlag, Specialistteamet, Socialmedicinsk tværfagligt samarbejde, 2009. Endnu ikke publiceret. Fra denne kan refereres:

Af 109 personer, som gennemgik et forløb i perioden 2001 til 2006 viser, at 2 år efter forløbet var 13 % i ordinært arbejde, 24 % i fleksjob, 19 % i anden støttet beskæftigelse og 25 % var blevet tilkendt førtidspension. Undersøgelsen påpeger, at de vigtigste prædiktorer for, om et forløb ender med førtidspension er alder, selvvurderet helbred og egne forventninger i forhold til arbejdsmarkedet.

5.3. Koordinering af sygedagpengeopfølgning og genoptræning

Eksemplet er udvalgt af Århus Kommune. Initiativet er iværksat af Århus Kommune i samarbejde med Region Midtjylland.

For mere information: Jes Bak Sørensen, Sundhedsstaben, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Århus kommune, e-mail: **jbs@aarhus.dk**

Beskrivelse af initiativet

Projektets formål er at iværksætte en rehabiliteringsindsats på tværs af Århus Kommunes beskæftigelses- og sundhedsopgaver ved tidligt at gribe ind i sygdomsforløb og tilstande, hvor borgeren er i risiko for at miste sin tilknytning til arbejdsmarkedet.

Målgruppen er borgere mellem 18 og 65 år i Århus Kommune, som har fået en genoptræningsplan, som skal løses ved Ortopædkirurgisk Genoptræningscenter, Århus Kommune.

Projektet er fysisk placeret på ortopædisk genoptræningscenter, Marselisborgcentret. Projektet omfatter fysioterapeuter ved kommunens genoptræningscenter i Magistratsafdelingen for sundhed og omsorg og sygedagpengesagsbehandlere i Beskæftigelsesforvaltningen.

Det ledelsesmæssige ansvar er forankret for projektet er forankret i en styregruppe bestående af en medarbejder fra Sundhedsstaben, lederen af genoptræningscentret og mellemleder fra Jobcentret.

Tids- og ressourceforbrug

Helt konkret er to sagsbehandlere fra Beskæftigelsesforvaltningen udstationeret på Ortopædkirurgisk Genoptræningscenter. Her foretager de sygedagpengeopfølgning og samtaler med sygemeldte borgere, som er henvist til genoptræning efter ortopædkirurgisk behandling, som foregår på genoptræningscentret.

Læring, evaluering og erfaring

Samarbejdet er efter projektperioden i 2007 og 2008 fortsat og permanentgjort. Erfaringerne med projektet er, at sygedagpengeforløbet er blevet afkortet og projektdeltagernes funktions- og arbejdsevne er blevet forbedret.

5.4. Gode rammer for social differentieret hjerterehabilitering

Eksemplet er indsendt af KKR Syddanmark og Region Syddanmark. Initiativet er iværksat af Faaborg-Midtfyn Kommune, Nyborg Kommune og Region Midtjylland.

For mere information: Tove Somme, Faaborg- Midtfyn Kommune, e-mail: **tso@faaborgmidtfyn.dk**

Udgangspunkt for initiativet

I sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og Faaborg-Midtfyn Kommune og Nyborg Kommune har man aftalt at samarbejde om udvikling af sammenhængende patientforløb for kronisk syge patienter, herunder hjertepatienter i rehabiliteringsforløb.

Beskrivelse af initiativet

Faaborg-Midtfyn Kommune, Nyborg Kommune, Sygehus Fyn, de praktiserende læger i Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommune, Afdelingen for Kommunesamarbejde i Region Syddanmark og Hjerteforeningen har indgået et partnerskab omkring social differentieret hjerterehabilitering.
Partnerskabet gennemføre et modelprojekt, der indenfor rammerne af eksisterende kliniske retningslinjer, udvikler og evaluerer et samlet koncept for socialt differentieret hjerterehabilitering, der baseres på følgende kerneelementer:

- En personlig hjerterehabiliteringsplan (”hjerteplan”), der følger patienten og skal sikre sammenhæng mellem systemer.

- En kommunal forløbskoordinator, der skal fungere som ressource for (især ressourcesvage) hjertepatienter og skabe sammenhæng mellem systemer.
- Lokale selvkørende hjertegrupper, der skal styrke et for hjertepatienten relevant lokalt netværk, også efter at det formelle rehabiliteringstilbud ophører.
- Målrettet involvering af Hjerteforeningen i arbejdet med hjerterehabilitering for at sikre sammenhæng og patientcentrering.
- En fælles kommunikationsplatform, der effektivt kan sikre den nødvendige kommunikation mellem relevante aktører.

Projektet skal danne udgangspunkt for udvikling af en skabelon for individuelt tilrettelagte, sammenhængende og forbedrede patientforløb for patienter med kroniske sygdomme, der kan anvendes i andre regioner/kommuner og inden for andre kroniske sygdomsgrupper.

Rehabilitering integreres systematisk i efterbehandlingen af patienter med iskæmisk hjertesygdom. Tilbuddet tilrettelægges individuelt i et tværsektorielt koordineret samarbejde og er socialt differentieret ud fra borgerens/patientens egenomsorgsevne. Stratificeringen af patienterne/borgerne sker ud fra fastlagte kriterier.

Indholdsmæssigt omfatter rehabiliteringsforløbet:

- Individuel tilrettelæggelse af behandlingen i et tværsektorielt koordineret samarbejde.
- Patientinformation- og undervisning
- Fysisk træning
- Støtte til rygestop
- Støtte til kostomlægning
- Psykosocial støtte
- Optimeret medikamentel behandling
- Risikofaktorkontrol, klinisk opfølgning og vedligeholdelse
- En kommunal forankret forløbskoordinator, der tilbydes uafhængig af faserne, det vil sige som supplement til forløb i sygehus eller kommune eller efter endt standardtilbud.

Både fagpersoner og ledere fra de respektive parter har været involveret hele vejen gennem projektet – understøttet af en fælles projektleder i projektperioden.

Den personlige hjerterehabiliteringsplan
Hjerteplanen er et fysisk dokument, som ledsager patienten gennem hele hjerterehabiliteringsforløbet, giver overblik over forløbets elementer, målsætninger og målopfyldelsesgrad, og som kan tjene som udgangspunkt for dialog mellem patient og behandlere.

Hjerteplanen omfatter:

- Specifikke mål for hjerterehabiliteringen (kolesterolværdier, blodtryk, blodsukker, BMI, rygning, fysisk aktivitet og kost),
- En liste over de hjerterehabiliteringstilbud, som det er aftalt med patienten, at vedkommende deltager i (fysisk træning, kostvejledning, rygestop, patientundervisning, psykosocial støtte, hjertegruppe),
- Aftaler om klinisk kontrol på sygehus og/eller ved praktiserende læge efter eksempelvis 1 måned, 3 måneder og 12 måneder3,
- Øvrige emner af relevans for den enkelte patient.

Hjerteplanen er undervejs blevet revideret med henblik på at gøre den mere målrettet understøttelse af borgerens handlekompetence.

Den kommunale forløbskoordinator
Den kommunale forløbskoordinator uddannes, så pågældende kan fungere som ressourceperson for de hjertepatienter, der indgår i projektet, og herunder særligt patienter med særlige behov (f.eks. patienter med svær kronisk sygdom, flere krævende kroniske sygdomme og/eller svage ressourcer). Den kommunale forløbskoordinator skal fungere som et centralt omdrejningspunkt for samarbejdet, som pågældende løbende tænkes at facilitere ved at besøge almen praksis, kommune og sygehus, samt ved at holde fokus på at skabe sammenhængende patientforløb for patienten.

Målrettet involvering af Hjerteforeningen
Hjerteforeningen er involveret i projektet i forhold til kompetenceudvikling og rådgivning af personale i kommune og almen praksis og eventuelt sygehus. Foreningen indgår i etablering og drift af hjertegrupper (netværksgrupper), eventuel patientuddannelse, kostvejledningshold samt evt. individuel vejledning med rådgivning og psykosocial støtte.

Hjertegrupper
Hjertegrupper er grupper af patienter med hjertesygdomme, der mødes, udveksler erfaringer og danner stabile lokale netværk.

Fælles kommunikationsplatform
Den fælles kommunikationsplatform kan sikre effektiv udveksling af information om den enkelte patient mellem sygehus, kommune og praktiserende læge. Det omfatter aftaler om én fast og navngiven kontaktperson i hhv. kommune, sygehus og almen praksis, som de øvrige parter kan henvende sig til vedrørende de enkelte hjertepatienter og en elektronisk kommunikationsplatform for udveksling af patientinformation.

Realiteten blev korrespondance via edifakts, da andet ikke var muligt i projektperioden. Her blev genoptræningsplan brugt som platform, da der her er ”hul igennem” mellem kommune, almen praksis og sygehuset, dette blev suppleret med korrespondancemeddelelser.

Tids- og ressourceforbrug
Projektet var i projektperioden delvist finansieret af midler fra Forebyggelsesfonden (ca. 3 mio. kr.). Hertil har alle parter i projektet bidraget med både personalemæssige og økonomiske ressourcer. Rehabiliteringsindsatsen er nu overgået til drift hos sygehus og de to kommuner.

Implementering og forandringspotentiale
Der er kommet viden om parternes muligheder og vilkår, og udviklet fælles redskaber. Efterfølgende er der lavet aftale om totimers møde fire gange om året til justering og optimering af de fælles aftaler.

Læring, evaluering og erfaring
Den endelige evaluering fra DSI foreligger ved udgangen af 2011.
Læringen kan kort siges at være:

- It-understøttelse af registrering på tværs af sektorer
- Fælles fundament og fælles redskaber på tværs af sektorer
- Kompetenceudvikling på tværs af sektorer
- Erfaringsudveksling og koordination tværfagligt i kommunen og i det tværsektorielle felt

Anbefalingen for andre projekter er, at man ser til erfaringerne fra projektet, så man kan forgribe og klæde folk på til at forstå og supplere hinanden. Man skulle klæde involverede på ud fra ovenstående læringspunkter. Ud fra erfaringerne med projektet kan partnerskabsprojekter anbefales.

5.5. Medarbejder med brugere – MB projektet

Initiativet er indsendt af Videnscenter for Socialpsykiatri, Servicestyrelsen.

For mere information: Jytte Rotbol, E-mail: **jytte.rotbol@nettetlyngby.dk**

Udgangspunkt for initiativet

Uddannelsesafdelingen i Region Midtjylland tog initiativ til projektet efter inspiration fra USA/UK. Det daværende Videnscenter for socialpsykiatri (i dag Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri) indgik som partner i et landdækkende projekt med midler fra Socialministeriet og Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Problemstillingen er, at sundhedsfagligt/socialfagligt personale inden for hospitalspsykiatri/socialpsykiatri, som selv rammes af psykiatriske problemstillinger og under sygdomsforløbet mister arbejdsmarkedstilknytning, har efterfølgende svært ved at genetablere fodfæstet på arbejdsmarkedet. For den enkelte MB'er som rammes af psykiatrisk problemstilling ofte langtidsparkeres på passiv forsørgelse.

Beskrivelse af initiativet

MB-ordningen har to ben: En arbejdsmarkedsdel og en efteruddannelsesdel.
Arbejdsmarkedsdelen består af en arbejdspraktik på typisk et år. Parallelt hermed gennemgår MB'erne et uddannelsesforløb, hvor de får opdateret deres viden om psykiatrien og socialpsykiatrien, udvikler og styrker personlige og sociale og lærings- og udviklingskompetencer og lærer at anvende levede erfaringer. Begge ben skal i samspil udvikle, støtte og fastholde MB'ernes tilknytning til praktikarbejdspladsen.

MB-jobskabelsesmodel består af fem komponenter i samspil:

- Kombination af efteruddannelse og arbejdspraktik.
- Individuel opfølgning ved særlig jobkonsulent.
- MB'ernes netværksdannelse under efteruddannelse/arbejdspraktik.
- Den særlige jobkonsulent "masserer" samarbejdet mellem jobcenter, socialcenter og hospitalspsykiatri/socialpsykiatri.
- Den særlige jobkonsulent skaber medejerskab til MB-projektet i praksis hos MB'erens kommende kolleger. Kollegerne tages med på råd inden MB'eren starter på arbejdspladsen. Kollegernes eventuelle bekymring ved at have MB'er som kollega tages alvorligt. Kollegerne kan sige ja eller nej til at ville have MB'er som kollega på arbejdspladsen.

Denne jobskabelsesmodel og særlige jobkonsulentordning tilbydes interesserede kommuner.

Læring, evaluering og erfaring

Patienter og brugere i hospitalspsykiatrien/socialpsykiatrien som med MB'eren møder en professionel som har brugerperspektivet med sig.

En evalueringsrapport dokumenterer MB-projektets succes med ikke kun at sende fagfolk, som har erfaret sindslidelse ud på arbejdsmarkedet, men især med at disse fastholder og styrker deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Den selvejende organisation Nettet i Kongens Lyngby, har med stort held gennemført (og gennemfører) succesfulde MB-forløb i Storkøbenhavn og på Frederiksberg.

En MB'er koster kommunen en mindre udgift (blandt andet til aflønning af særlig jobkonsulent). Denne udgift er meget lav i forhold til det, det koster at have en faguddannet permanent sat udenfor arbejdsmarkedet.

6. Borgersamarbejde og samarbejde med patientforeninger i rehabiliterings-forløb

Rehabiliteringsindsatsen skal sigte imod, at borgeren kan udføre sine daglige aktiviteter og deltage i samfundslivet, hvor f.eks. borgerens beslutninger og deltagelse er afgørende, og hvor samarbejde mellem borger og fagpersoner er ligeværdigt. Rehabilitering omfatter både brugerinddragelse i form af, at borgeren bliver orienteret om beslutninger og giver sit samtykke, og brugerindflydelse ved at borgeren bliver hørt.

Inddragelsen af pårørende i rehabiliteringsindsatsen kan i mange tilfælde være relevant og nødvendig, da disse personer kan være ressourcer i rehabiliteringsprocessen ved at bidrage med viden og støtte til både borgere og fagfolk. For borgere, som ikke selv kan indgå i og bidrage aktivt til tilrettelæggelsen af rehabiliteringsindsatsen, kan pårørende varetage borgerens interesser og være med til at sikre kvaliteten i indsatsen.

Frivillige foreninger som patientforeninger er også en central aktør.

6.1. Pårørende og samarbejde

Dette eksempel er udpeget af Region Nordjylland.

For mere information: Helle Abildgård Bæk, Region Nordjylland, e-mail: **heabb@rn.dk**

Udgangspunkt for initiativet

Den tværfaglige samarbejdsgruppe blev dannet, fordi der var en stigende efterspørgsel efter viden og information til de pårørende om, hvad der sker med den sygdomsramte med blodprop, blødning eller et traume i hjernen. Den pårørende havde brug for støtte, information og undervisning for at klare fremtiden med en hjerneskadet bedst muligt.

Beskrivelse af initiativet

Målgruppen for dette initiativ er de pårørende og formålet er at vejlede, rådgive, undervise og give støtte i rehabiliteringsforløbet, således at familierne er bedre rustet til fremtiden. Konkret er der lavet en folder, der henvender sig til den pårørende om, hvordan der er at være pårørende til vores kategori af patienter. Der holdes informations aftener 12 gange om året med to aftener hver anden måned.

- Én aften med konkrete oplysninger om, hvad der sker når man bliver ramt.
- Én aften med fokus på de ændrede roller i familien, og de mere følelsesmæssige sider.

Delmålet er at give de pårørende den information, de har brug for og fortsat søger. At gøre dem mere rustet til at møde den hverdag, der kommer efter udskrivelsen, både i hjemmet, på arbejdet og til at være bedre klædt på til at søge mulighederne i det kommunale regi.

Det afgørende er at ruste de pårørende ved at møde dem, hvor de er i forløbet med empati, indsigt, tålmodighed og give dem den støtte og viden, som de har brug for. På informationsaftener bliver der stillet mange spørgsmål, og gruppen sørger for en bred tværfaglig repræsentation, så den pårørende kan få besvaret så mange spørgsmål som muligt.

Den tværfaglige gruppe består af en leder repræsentant, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter, neuropsykolog, talepædagoger og socialrådgivere.
Der afholdes seks møder om året, hvor gruppen evaluerer, giver supervision og kommer med bidrag til forbedringer eller andre tiltag.

Implementering og forandringspotentiale
Selve arbejdsgangen er ikke ændret, men i stedet er medarbejderne på Brønderslev Neurorehabiliterings Center i deres daglige arbejdet blevet meget mere bevidst om de pårørendes behov. Det sværeste har været at begrænse de forskellige tiltag, da man gerne vil kunne kræve noget for alle grupper, men det har ikke kunnet lade sig gøre på grund af økonomi og manglende ressourcer/tid. Derudover er en del børn også pårørende, og de har ikke været med til de ”voksnes” informationsaftner. Det har ikke været muligt at skabe initiativer for disse endnu.

Projektet bliver evalueret løbende, og der er fra ledelses side enighed om, at vi kan fortsætte, fordi alle kan se, at det nytter. Vores pårørende er mindre krisepræget og kan se muligheder i stedet for begrænsninger på grund af en bedre forståelse for den ramte, dem selv og den virkelighed, de befinder dem i nu, der er således positiv tilbagemeldinger fra vores pårørendeaftner. Ligeledes har vi hørt fra samarbejdspartnere i kommunen, at de kan mærke på de pårørende, at de er blevet informeret, og derfor nemmere kan indgå i den gode tværfaglige rehabilitering. Konkret har initiativet medført at:

- Der er højere informationsniveau medarbejderne imellem til gavn for patienter og pårørende
- Vi giver flere muligheder for patienterne og deres pårørende
- At de pårørende er mere positive

Vi arbejder videre med det koncept, vi har nu men vil gerne lave nye tiltag, blandt andet information/samtaler med de yngre børn. Derudover vil vi gerne udbygge samarbejdet med de kommunale instanser og andre tværfaglige samarbejdspartnere. Derudover vil vi gerne udbrede konceptet.

6.2. Brugerinvolvering i Café/værested

For mere information: Birthe Rasmussen**,** e-mail: **birtr@ikast-brande.dk**

Beskrivelse af initiativet
Værestedet i Ikast-Brande Kommune tog i september 2010 initiativ til at udvikle et nyt tilbud. Afsættet hertil var, at tilbuddet til specialundervisning for sindslidende faldt bort. Lederen besluttede sig til at udvikle en ugentlig højskoledag som en aktivitetsdag i værestedet for psykisk sårbare og sindslidende brugere af værestedet. Formålet er at fastholde håb, livskvalitet og glæde for brugere af tilbuddet.

Underviserne er personale og brugere, som også planlægger og står for aktiviteterne. Princippet er, at de, der kan noget, hjælper dem, der kan mindre. Det kan f.eks. dreje sig om indkøb til og fremstilling af fælles frokost, it-aktiviteter, ture ud i det blå eller "kulturelle" udflugter med tidligere brugere på skånejob som chauffør, diverse brætspil og øvrigt socialt samvær.

Tids- og ressourceforbrug
Projektet blev implementeret meget hurtigt, og der gik kun ca. 1 uge fra ideen blev født, og man havde drøftet behovet hos brugerne til den var en realitet.
Økonomisk var der ingen ekstra omkostninger.

Implementering og forandringspotentiale
Læring, evaluering og erfaring
Brugerne har været stabile i fremmøde, hvilket må tages som udtryk for, at initiativet er lykkedes. Recoverytanken er god, både for den psykisk sårbare og os som personale. Et gode råd og erfaring ind til videre er, at tro på, at mennesker kan meget, blot der er nogen, der tror på det sammen med dem og giver den støtte, der er brug for i processen. Recoveryprocessen fortsætter som planlagt, og der er gode kræfter til at bære processen videre.

Brugerne af tilbuddet har været meget villige til at tage ansvar for aktiviteterne.

Opfølgning og det videre arbejde
Der arbejdes med en fortsat implementering af recovery/brugerindflydelse og -involvering. Der planlægges en udvidelse fra en til to aktivitetsdag. Aktivitetsdagene skal være så brugerstyrede som muligt med støttende/styrkende "backup personale der kan deltage med relevant støtte af "skrøbelige" brugere.

Den største udfordring er at gøre processen til en fortsat succes for brugerne, som gerne, og sandsynligvis vil få en oplevelse af at vokse personligt i processen.

6.3. Tværsektoriel diabetesskole

Eksemplet er udpeget af KKR i region Syddanmark og initiativet foregår i samarbejde mellem Region Syddanmark og Kolding Kommune, alment praktiserende læger og lokale diabetes- og idrætsforeninger i regionen.

Det skal bemærkes, at eksemplet ikke illustrerer et rehabiliteringsforløb jf. den tværministerielle vejledning om rehabilitering, da eksemplet har fokus på behandling of patientrettet forebyggelse af diabetes. Eksemplet er medtaget alligevel, da det illustrerer, hvordan man i indsatsen kan etablere et samarbejde mellem mange aktører, herunder patientforeninger i indsatsen med henblik på at få et sammenhægende forløb for borgeren.

For mere information: Lisbeth Gertrud Østerlund, Kolding Kommune, e-mail: **lioe@kolding.dk**

Udgangspunkt for initiativet
Med afsæt i sundhedslovens anvisninger om opgavefordeling udviklede og implementerede Kolding Kommune en model for holdundervisning af type 2 diabetikere.

Projektets to formål er:

- At udvikle sammenhængende, meningsfulde og socialt differentierede forløb i sundhedssystemet for type 2 diabetikere.
- At skabe rammer for høj kvalitet i tilbuddet og effektiv ressourceudnyttelse

Kommunens patientuddannelsesmodel tog afsæt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for diabetes, anbefalinger for patientskoler og gruppebaseret undervisning, herunder den seneste MTV. Indholdet blev tilrettelagt tværfagligt, inden for områderne sygdomsforståelse/-behandling samt udvikling af health-skills. Sideløbende og uafhængigt heraf udarbejdede Region Syddanmark et forløbsprogram for voksne patienter med type-diabetes 2009.

Der er tale om et samarbejde mellem afdeling for Sundhedsfremme og Forebyggelse, Kolding Kommune og Region Syddanmark i samarbejde med alment praktiserende læger og lokal diabetes- og idrætsforening.

Kolding Kommune tog initiativ til samarbejde med tilskud fra Ministeriet for Sundhedsfremme og Forebyggelse. Det skete samtidigt med, at diabetesambulatoriet på Kolding Sygehus udmeldte visioner om en kommende diabetesskole. I september 2010 påbegyndtes ibrugtagning af forløbsmodellen.

Beskrivelse af initiativet
Målet er at sikre patienter lige adgang til diabetesbehandling med fokus på forløbskoordination samt særligt udsatte/sårbare diabetikere, herunder etniske minoritetsgrupper.

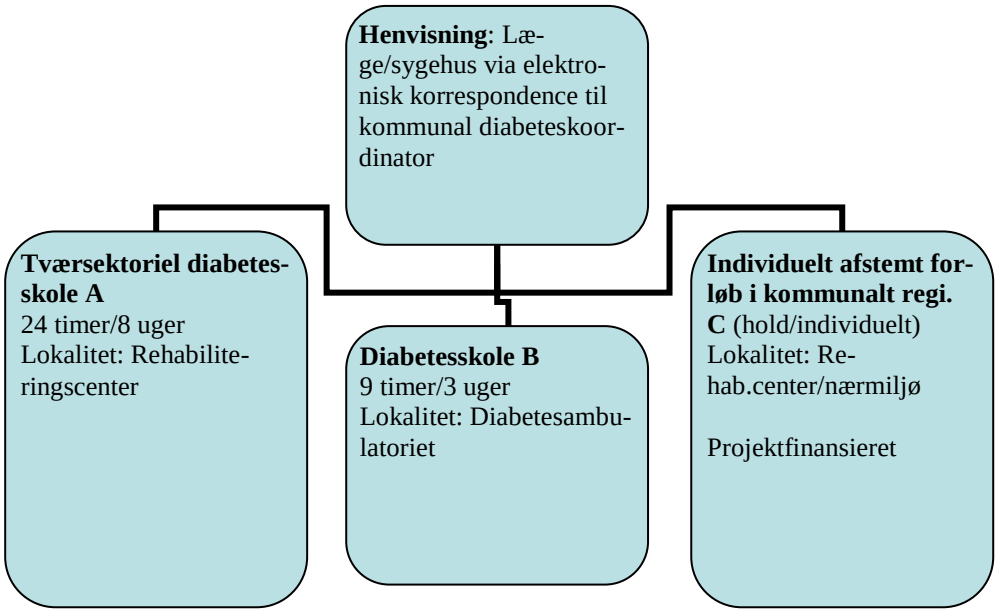
Der blev nedsat en styregruppe og tilhørende arbejdsgrupper inddrog samarbejdsparter/interessenter såsom repræsentanter fra de alment praktiserende læger, foreningen Idræt for Alle og lokale diabetesforening samt it-system administratorer.

Med sigte på, at målgruppen kan have forskelligt støttebehov opstod der to skoler med hver deres forankring i henholdsvis ambulatorieregi og kommunalt regi. Sidstnævnte model med særligt fokus på det borgernære aspekt. Eksempelvis indtænkes mulighederne for hvordan kommunens fritidstilbud kan fremme integration af behandlingsmål og hverdagsliv. Ligeledes rummer modellen flere sessioner omhandlende mestringsstrategier.

De sundhedsprofessionelle udøvere består af overlæge, diabetessygeplejersker, kliniske diætister, fysioterapeut og fodterapeut. På den tværsektorielle diabetesskole fordeles undervisningsopgaverne med 30 % til sundhedsudøvere fra diabetesambulatoriet og 70 % til sundhedsudøvere fra kommunen.

Der er udarbejdet tværfaglige indholdsbeskrivelser for undervisning, foretaget markedsføring og udarbejdet evalueringsredskaber.

Det færdige produkt består af tre forskellige forløbsmodeller:



Implementering og forandringspotentiale

For diabetikere med behov for koncentreret og kort forløb videresendes lægens henvisning til diabetesambulatoriet. Personalet *der*, opretter venteliste til Diabetesskole B og forventes at indkalde til første hold ved årsskiftet.

De individuelle forløb planlægges i samråd med den enkelte diabetiker og med udgangspunkt i dennes behov. Der har indtil videre været etableret kontakt til alkoholrådgivning, jobcenter, hjemmesygeplejen og dennes sårklinik, Kolding Selvhjælp, kommunal fysioterapeut og klinisk diætist samt diabetikernes egne læger. Endvidere er der hentet sparring og sygdomsspecifik rådgivning fra sygehusets diabetessygeplejersker og overlæge.

Med inddragelse af boligsociale medarbejdere, sundhedsambassadører, sprogskole, projekt målrettet jobsøgende borgere med anden etnisk baggrund og forskellige kulturforeninger, er der ved at blive etableret tilbud til diabetikere med forskellige nationaliteter. Sidstnævnte støttes af projektmidler fra Ministeriet for Sundhedsfremme og Forebyggelse.

Læring, evaluering og erfaring

Styrken ved forløbets opbygning er:

- at den tilgodeser type 2- diabetikeres forskellige behov for støtte til mobilisering af egenindsats.
- At både patienter og sundhedsudøvere sikres nem tilgang til tilbuddet gennem *en* indgang til systemet.
- At relevante samarbejdsparter kan medinddrages ad hoc, i rette forløbssammenhæng og på tværs af fag- og sektorgrænser.
- At videndeling sker på tværs af fag- og sektorgrænser.
- At diabeteskoordinatoren kan fremme meningsfulde og effektive sammenhænge og overgange for patienter og sundhedsudøvere.

Svagheder ved forløbets opbygning er:

- Forskellige it-systemer hos de involverede vanskeliggør henvisningsproceduren og øvrige korrespondance. Dette er en barriere ift rekruttering af kursister.
- De overordnede strukturelle økonomiske rammer vanskeliggør samarbejde på tværs af sektorgrænser. Kommuner skal medfinansiere borgeres kontakt til diabetesambulatoriet, mens der mangles retningslinjer for hvordan kommunens ydelser skal honoreres i den fælles indsats.

6.4. Understøtte det gode rehabiliteringsforløb for kræftramte borgere

Eksemplet er indsendt af Bornholms Regionkommune.

For mere information: Dorthe Fink, koordinator, Social- og Sundhedssekretariatet, Bornholms Regionskommune, e-mail: **dorthe.fink@brk.dk**

Udgangspunkt for initiativet

På initiativ af Kræftens Bekæmpelse på Bornholm blev der i efteråret 2008 igangsat et arbejde med at udvikle et rehabiliteringstilbud til kræftramte borgere. Aktørerne var Kræftens Bekæmpelse - Bornholm, Bornholms Hospital og Social- og Sundhedssekretariatet i Bornholms Regionskommune. Man ville gerne se, om der med en koordineret indsats fra de involverede parter kunne skabes et godt tilbud til borgere behandlet for kræft ved at udnytte de eksisterende personalemæssige ressourcer.

Beskrivelse af initiativet

Målgruppen var kræftpatienter, som havde behov for et rehabiliteringsforløb. ”I gang igen” er et tilbud til borgere, som har fået en kræftdiagnose, og har behov for støtte til at komme videre i livet. Der kan være store kropslige, følelsesmæssige og sociale belastninger forbundet med sygdommen, og kursets formål er at ruste borgeren til bedre til at takle disse problemer.

Projektgruppen fastlagde følgende mål for kursisternes udbytte af kursusforløbet:

- Med kursusforløbet tilstræbes, at personen lærer at forholde sig til det at have fået en kræftdiagnose, og sammen med pårørende finde en måde at takle situationen på.

- Der vil under kurset blive givet vejledning og informationer om de muligheder der er i en sådan situation. Samtidig afprøves forskellige teknikker til håndtering af fysisk og psykisk ubehag samt stress.

- Der vil være hjælp til jobmæssig afklaring og belysning af de sociale tilbud

- Det er et ønske, at der opbygges et netværk mellem kursusdeltagerne.

- Det tilstræbes at afholde fire til fem kurser årligt for 10 – 15 borgere behandlet for kræft.

Tids- og ressourceforbrug

Tidsforbruget er ikke blevet registreret, men ud over de tre kursusdage, bruger de forskellige undervisere undervisningstimer, forberedelsestid, mødetid i koordinatorgruppen og tid på korrespondance om projektet.

Implementering og forandringspotentiale
Kurset er en vekslen mellem oplæg og samtale, ikke mindst med andre kursusdeltagere. Kurset forsøger at skabe en ramme, som kan inspirere borgeren til at komme videre efter at have fået en kræftdiagnose og tager afsæt i, at dette bedst sker gennem kontakt til andre kræftpatienter, ved at opbygge netværk, udveksle erfaringer og hente inspiration.

Læring, evaluering og erfaring
Opfølgning og det videre arbejde
Der skal arbejdes på markedsføring af tilbuddet, så man i højere grad sikrer, at kræftramte borgere ser tilbuddet. Det har været vanskeligt at få den fornødne interesse for kurset hos målgruppen.
Kurset har været en succes. Deltagertilfredsheden har været meget stor. Deltagerne har efterlyst mere undervisning fra kræftpsykologen. Erfaringen er også, at det er nødvendigt at være mere offensiv i forhold til jobcentret med information om mulighederne. Evalueringsskemaet har voldt lidt problemer.

Kræftens Bekæmpelses lokalafdeling har oprettet en netværksgruppe.
Der er etableret et godt samarbejde mellem de involverede aktører på Bornholms Hospital, lægepraksis/praksiskoordinator, og Bornholms Regionskommune.

7. Øvrige eksempler på andre initiativer

Der henvises i øvrigt til en række øvrige eksempler indsendt af regioner og kommuner.

Tekstboks 4. øvrige projekter og kontaktoplysninger

- *Brystkræftskolen*, Region Syddanmark, Astrid Mogensen, Brystcentret i Aabenraa, e-mail: astrid.mogensen@shs.regionsyddanmark.dk
- *Hjemmerehabilitering- rehabiliteringsteam – Sygehus Himmerland*, Region Nordjylland, Belinda Lauanni, e-mail belinda.pedersen@rn.dk
- *Udvidet specialiseret rehabiliteringstilbud til traumepatienter på Aalborg Sygehus,* Region Nordjylland, Peter Larsen, e-mail: peter.larsen@rn.dk
- *Sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade og sundhedsaftale om børn og unge med hjerneskade,* Region Midtjylland, Charlotte Jensen, e-mail: Charlotte.jensen@stab.rm.dk
- *Forum for genoptræning,* Region Nordjylland, Helle Yding Kooij, e-mail: hyk@rn.dk
- *Fælles ergoterapeutisk og fysioterapeutisk undersøgelse af børn,* Region Nordjylland, Berit Roed, e-mail: berit.roed@rn.dk, Hanne Agerholm, e-mail: haa@rn.dk
- *Projekt hjemmetræning af apopleksipatienter,* Region Nordjylland, Mette C. Lauritzen, e-mail mecl@rn.dk
- *Rehabilitering af geriatisk afdeling (tilbage til et værdigt liv),* Region Nordjylland, e-mail: Jette Boilesen
- *Kronikerindsatsen: Patientuddannelse på tværs af diagnoser,* Region Syddanmark, Charlotte Nyborg Kristensen, e-mail kristensen@regionsyddanmark.dk
- *Tilbud til borgere med kræft i Sorø Kommune,* Sorø Kommune, Anne Paduan, e-mail: an-pa@soroe.dk
- *Udslusning der understøtter fortsat rehabilitering i egen hverdag,* Greve kommune, Centerchef Hanne Staanum, e-mail: hns@greve.dk
- *Udvikling af en elektronisk rehabiliteringsplan/notat som sikrer sammenhæng og koordination i rehabiliteringsforløbet, Region Syddanmark og Odense Kommune*, Asger Kudahl, Annette Lunde Stougaard, e-mai:l annette.stougaard@regionsyddanmark.dk
- *Rehabiliteringsindsats rettet mod borgere med KOL og Type 2 diabetes, forløbsbeskrivelser for kræftramte i Københavns Kommune*, København Kommune, Mette Ryle, e-mail: bf4@suf.kk.dk.
- *Rehabilitering af borgere med kræft*, Ringkjøbing-Skjern Kommune, Kirsten Bune, e-mail: kirsten.s.bune@rksk.dk
- *3-kommunalt samarbejde vedr. genoptræning efter endt sygehusbehandling på baggrund af sundhedsloven*, Gentofte Kommune, Mikael Kristensen, e-mail: mikr@gentofte.dk

Bilag: Litteraturstudie udarbejdet af Syddansk Universitet

Tværfaglige teams i rehabilitering

- overblik på basis af et litteraturstudie

Titel
Tværfaglige teams i rehabilitering - overblik på basis af et litteraturstudie

Udarbejdet af:
Hans Lund, Syddansk Universitet, Odense
Jens Ole Rasmussen, Odense
Anne-Mette Momsen, MarselisborgCentret, Region Midtjylland og Aarhus Universitet
Claus Vinther Nielsen, MarselisborgCentret, Region Midtjylland og Aarhus Universitet Maura Daly Iversen, Northeastern University & Harvard University, Boston, USA

Indholdsfortegnelse

Baggrund for rapporten	4
Indledning	5
Metode	8
Resultater	9
Sammenfatning af resultater	18
Diskussion	22
Referencer	25
Bilag	27

Baggrund for rapporten

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner indgik den 12. maj 2009 en politisk aftale om en fælles strategi for at sikre udbredelse af initiativer, der kan sikre målrettede, veltilrettelagte og sammenhængende forløb for patienter med behov for rehabilitering.
Det fremgår af denne aftale, at parterne er enige om i fællesskab at udarbejde et idékatalog, der beskriver organisatoriske tiltag, der lokalt kan skabe en mere effektiv organisering af den samlede rehabiliteringsindsats på tværs af sektorer og de kommunale tilbud, herunder navnlig tiltag til at afdække behov og sikre koordinering og samarbejde i patientens rehabiliteringsforløb. Med henblik på at understøtte dette arbejde ønskedes der udarbejdet et litteraturstudie om hensigtsmæssige måder at organisere rehabiliteringsindsatsen på nationalt og internationalt, så patientens behov afdækkes og patienten tilbydes et sammenhængende forløb.
Formålet var således at få belyst, hvordan man har organiseret rehabiliteringsindsatsen i de lande, vi normalt sammenligner os med, og hvilken evidens er der for effekt af organisering af rehabiliteringsindsatsen.

Indledning

Rehabilitering har som overordnet mål at genindsætte (re-habilitere) en person i et ligeværdigt, selvstændigt og meningsfuldt liv, efter at personen på grund af fysiske, psykiske og/eller sociale årsager har mistet sin ligestilling og selvstændighed og dermed risikerer at miste meningen med sit liv. Behovet for rehabilitering vil således optræde i alle aspekter af et menneskes liv, men da fysiske og psykiske handicap og/eller alvorlige sygdomme ofte medfører tydelige tab af en patients ligeværdighed og selvstændighed, knyttes begrebet rehabilitering ofte til sundhedsområdet. Denne snævre forståelse af rehabiliteringsbegrebet skaber imidlertid store problemer for gennemførelse og organisering af en optimal rehabilitering, eftersom et sundhedsfokus alt andet lige vil skabe et for snævert perspektiv på den ramte persons behov. WHO's internationale klassifikation af funktionsevne understreger således, at fokus i rehabilitering er på konsekvenserne og ikke på årsagen til funktionsevnetabet (1). Dermed vurderes en persons fulde funktionsevne ud fra ligeværdige kriterier, uanset hvilken type sygdom(me) personen har været ramt af (2).

Ved undersøgelse af, hvilken organisering af rehabilitering der vil være den bedste, må udgangspunktet være en definition af rehabilitering, der omfatter alle aspekter af et menneskes liv. Den danske hvidbog om rehabilitering definerer da også rehabilitering som "en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats." (3). For at markere, at rehabilitering går ud over det sundhedsmæssige område, kalder man således den person, der har behov for rehabilitering, for borgeren og ikke for patienten. Hertil hører, at rehabilitering bør rettes mod funktionsevne og derved ikke er diagnoserettet.

Der forventes i dag en større grad af dokumentation for såvel den konkrete indsats over for den enkelte borger (borger med behov for rehabilitering) som for den mere almene organisering og styring af rehabiliteringsindsatsen i såvel den primære som sekundære sundhedssektor og ikke mindst i snitfladerne mellem sektorer (socialsektor, arbejdsmarkedssektor, uddannelsessektor) og forvaltninger og afdelinger inden for de enkelte sektorer. Den store udfordring for et sammenhængende forløb er således at erkende, at den optimale rehabilitering typisk vil omfatte flere sektorer og flere forvaltninger i region og kommuner.

For at opnå en fuldstændig rehabilitering inkluderende alle aspekter af borgerens liv og på alle niveauer kræves det, at borgeren står i fokus i rehabiliteringen, at der er sammenhæng i forløbet imellem de enkelte sektorer og forvaltninger, og at det konkrete rehabiliteringsarbejde foregår i et tværfagligt samarbejde for at sikre en effektiv og rationel rehabiliteringsindsats. Begrebet tværfagligt samarbejde, på engelsk 'team care' eller 'multidisciplinary teams', dækker i vid udstrækning over disse tre perspektiver på god rehabilitering.

Formålet med et trans- og/eller interdisciplinært samarbejde (herefter: TIDS, se nærmere nedenfor) er at optimere rehabiliteringsindsatsen på alle niveauer i forhold til WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) i kraft af, at alle implicerede parter arbejder sammen på en struktureret måde og med et fælles mål (4, 5). Rehabilitering baseret på WHO's ICF betyder, at man tager fokus væk fra årsagen til sygdommen og stiller alle sygdomme lige, idet fokus i stedet er på sygdommens indflydelse på den enkelte persons funktionsevne (2).

Et sådant tværfagligt samarbejde kan imidlertid gennemføres på mange forskellige måder. TIDS som koncept udvikledes allerede for mere end 50 år siden, hvor den farmakologiske og/eller kirurgiske behandling ikke var så veludviklet (6). Ideen var at udnytte alle relevante faggruppers færdigheder for at kunne imødekomme borgernes behov, og især Sverige og Finland var førende i denne udvikling (6). Det er klart, at flere kroniske patientgrupper har haft gavn af udviklingen inden for både farmakologien og kirurgien igennem de seneste 50 år, men faktum er, at på trods af denne udvikling kan hverken medicin eller kirurgi alene løse de multifacetterede udfordringer, kronisk syge og/eller handicappede står med i deres dagligdag. Der er ingen tvivl om, at karakteren af rehabiliteringsbehovet er bestemt af typen og graden af helbredelse, som medicin og/eller kirurgi kan tilbyde. På den anden side er det klart for alle, at alt ikke kan løses med en pille eller en "simpel opera-

tion" (7). En borgers livssituation er langt mere kompleks, hvorfor behovet for at udnytte alle relevante faggruppers ekspertise på en struktureret og effektiv måde synes at være den indlysende løsning i tilknytning til medicinsk og/eller kirurgisk behandling.

TIDS kan defineres som "a group of diverse clinicians who communicate with each other regularly about the care of a defined group of patients and participate in that care." (8).
TIDS kan finde sted på hospitalet/rehabiliteringsinstitutionen, i en ambulant funktion på hospital/institution, på et dagcenter lokalt i kommunalt regi eller i borgerens eget hjem.

Det multidisciplinære samarbejde kan inddeles i grader af samarbejde:
A. Transdisciplinær - Højeste grad af samarbejde
B. Interdisciplinær - Borger-centreret indfaldsvinkel
C. Multidisciplinær - Mange forskellige faggrupper arbejder med samme borger, men inden for deres egne faglige rammer - ofte uden kendskab til, hvad de andre gør
D. Unidisciplinær / Intradisciplinær - Kun fokus på egen faggruppe.

Det karakteristiske ved tværfagligt samarbejde i relation til rehabilitering er samarbejde med henblik på et fælles mål med rehabiliteringen, udvikling af individualiserede planer for at opnå målene og en evaluering af rehabiliteringsprocessen på vej mod målene (9).

Arbejdsgruppen valgte, på baggrund af aftalen med ministeriet, at fokusere søgningen på 3 områder:
1. Tværfagligt samarbejde (TIDS, 'team care')
2. Ledelsemæssige aspekter af rehabilitering
3. Effektmål / indikatorer for rehabiliteringseffekten.

Idet den højeste grad af evidens findes i systematiske oversigtsartikler, begrænsedes søgningen hertil, dog uden nogen begrænsninger i forhold til patientgrupper. For at være sikker på at have de nyeste kontrollerede studier med begrænsedes søgningen yderligere til de nyeste oversigtsartikler.

Formålet med nærværende litteraturstudie var således at undersøge, om trans- og/eller interdisciplinært samarbejde (TIDS) vil fremme effekten af rehabilitering i sammenligning med en kontrol eller standard indsats uden fokus på TIDS, hvilke former for trans- og/eller interdisciplinært samarbejde der synes at have bedst effekt for en optimal rehabiliteringsindsats, hvilke former for ledelse der bedst kan anvendes i relation til rehabilitering, og hvilke effektmål/indikatorer der bør anvendes ved vurdering af rehabiliteringseffekt.

Metode
Følgende var inklusionskriterierne for valg af artikler:

Type af studier
Systematiske oversigtsartikler.
Type af population
Ingen restriktioner med hensyn til type population.
Type af effektmål
Ingen restriktioner med hensyn til effektmål.
Type af intervention
1. Team care / multidisciplinary team
2. Ledelse.

Litteratursøgning
Trans- og/eller interdisciplinært samarbejde
Der er søgt i Cochrane, DARE, Pubmed, Cinahl og EMBASE. Søgningen er tilpasset de enkelte databaser mht. til søgemuligheder og de termer, som anvendes. Der er søgt primært med "rehabilitation" i kombinationer med forskellige udtryk for teamwork og tværfaglighed med engelske termer (se tabel 1). Søgeresultatet blev begrænset til human, meta-analyser og systematiske reviews publiceret mellem 2000 og 2010.
Samtlige titler blev læst igennem af to undersøgere (Jens Ole Rasmussen og Anne-Mette Momsen). Hvis titelteksten indikerede, at reviewet omhandlede noget om tværfaglighed i rehabilitering eller effekten af rehabilitering, blev abstract gennemlæst, og potentielle reviews blev anskaffet elektronisk eller via biblioteket på SDU.

Ledelsesmæssig organisering
Der er søgt i Cochrane, DARE, Pubmed, Cinahl og EMBASE. Søgningen er tilpasset de enkelte databaser mht. til søgemuligheder og de termer, som anvendes. Der er søgt primært med "rehabilitation" i kombinationer med forskellige udtryk for teamwork og tværfaglighed med engelske termer (se tabel 2). Søgeresultatet blev begrænset til human, meta-analyser, systematiske reviews og måtte ikke være ældre end år 2000.
Samtlige titler blev læst igennem af to undersøgere (Jens Ole Rasmussen og Anne-Mette Momsen). Hvis titelteksten indikerede, at reviewet omhandlede ledelsesmæssig organisering eller ledelse i almindelighed i rehabilitering, blev abstract gennemlæst, og potentielle reviews blev anskaffet elektronisk eller via biblioteket på SDU. Ingen yderligere reviews blev inkluderet efter at have gennemlæst 5 potentielle reviews.
Da der ikke fandtes nogen oversigtsartikler, der relaterede sig til ledelse, blev der foretaget en ny og mere uspecifik søgning i Cochrane, DARE, Pubmed og CINAHL d. 14.7.2010. (Søgeprofilerne findes i bilag 1).

Resultater

Trans- og/eller interdisciplinært samarbejde (TIDS)

Hits i de forskellige databaser:

Cochrane	=	22
DARE	=	8
Pubmed	=	1372
Cinahl	=	53
EMBASE	=	437

14 reviews (inkluderende i alt 182 originale studier og 26.819 deltagere) blev inkluderet efter gennemlæsning af ca. 40 reviews. Hyppigste årsag til eksklusion var, at reviewet ikke entydigt omhandlede effekten af en tværfaglig rehabilitering versus en eller anden for form for kontrolgruppe eller ingen rehabilitering. Andre årsager til eksklusion var, at reviewet ikke beskrev, om der var foretaget en systematisk litteratursøgning, eller at der fandtes et review af nyere dato.

Ledelsesmæssig organisering

Hits i de forskellige databaser:

Cochrane	=	125
DARE	=	59
Pubmed	=	1883
Cinahl	=	57
EMBASE	=	2414

Resultat af yderligere mere uspecifik søgning
Cochrane:
Rehab* [Title/abstract/keyword] (limiteret til Cochrane Reviews og fra 2000) = 250 hits
DARE:
Rehab* [Title/abstract/keyword] (limiteret til OTHER Reviews og fra 2000) = 489 hits
Pubmed:
Rehab* [MESH Terms] OR Rehab* [Title/abstract] : 178.994 hits
Limiteret til Meta-analyse/Reviews og 01.01.2009 (2000: 12.205 hits) = 1.812 hits
CINAHL:
Rehab* [Word in Subject Heading] OR Rehab* [Title/abstract]: 75.368 hits
Limiteret til Systematic Review og 01.01.2000 = 1.181 hits.

Samtlige titler blev læst igennem af Jens Ole Rasmussen. Hvis titelteksten antydede, at reviewet omhandlede ledelsesmæssig organisering eller ledelse i almindelighed inden for rehabilitering, blev abstract gennemlæst. Ingen abstact indikerede at omhandle en eller anden form for ledelsesmæssig organisering. Søgningen gav således ikke nogle brugbare studier om ledelsesmæssig organisering, hvorfor dette måtte opgives.

Effektmål

Ved gennemgang af den fundne litteratur i forhold til TIDS, fandt arbejdsgruppen så mange forskellige effektmål/indikatorer at den givne tidsramme ikke tillod en nærmere redegørelse for dette. I det efterfølgende er det derfor TIDS der er i fokus.

Opsummering af resultater

I resultater præsenteres for hver af de fundne oversigtsartikler de konkrete resultater og deres implikationer for praksis. Derefter præsenteres en samlet oversigt over de ændringer der kan observeres i praksis i forbindelse med anvendelse af TIDS. Disse ændringer er inddelt i to grupper opdelt efter evidensgrad. Det vil sige ændringer A) baseret på kvantitative analyser (meta-analyser) på basis af randomiserede studier og B) ændringer baseret på kvalitative analyser på basis af både randomiserede, kontrollerede eller observationelle studier.
Endelig præsenteres det som karakteriserer TIDS baseret på de fundne oversigtsartikler suppleret med to til tre konkrete eksempler.

Overblik over de inkluderede oversigtsartikler ses af tabel 3.

Tabel 1. Oversigt med patientgrupper, der indgår i fundne reviews

	Patientgruppe	Antal studier (k)	Antal deltagere (n)
Studie 1	Geriatriske borgere (10)	37	ikke oplyst
Studie 2	Hoftefrakturoperede (11)	13	2.498
Studie 3	Amyotrofisk lateral sclerose eller 'motor neuron disease' (12)	0	0
Studie 4	Hofte- eller knæalloplastik (13)	5	619
Studie 5	Kronisk smerte (14)	35	2.407
Studie 6	Erhvervet hjerneskade (15)	16	3.089
Studie 7	Multibel sklerose (16)	8	747
Studie 8	Apopleksi (17)	31	6.936
Studie 9	Mentalt syge hjemløse (18)	10	5.775
Studie 10	Fibromyalgi (19)	10	1.340
Studie 11	Kroniske nakke- og/eller skulder-smerter (20)	0	0
Studie 12	Kronisk lænderygbesvær (21)	7	1.450
Studie 13	Kronisk lænderygbesvær (22)	10	1.958
Studie 14	Kronisk lænderygbesvær (23)	0	0

Studie 1

Team Care for geriatriske borgere (10)

Resultater

TIDS udført på hospital opfulgt med intervention i hjemmet (6 randomiserede studier, RCT):
Bedre effekt på funktionsevne (3 RCT), mental status (1 RCT), selvopfattet sundhed og livstilfredshed (selfperceived health and life satisfaction) (1 RCT), færre fald (2 RCT), kortere hospitalsindlæggelse og senere genindlæggelse eller placering på plejehjem (3 RCT).

TIDS udført i primærsektoren (5 RCT):
Forringelse af både sundhedstilstand og funktionsevne (3 RCT), forbedring af daglige færdigheder (2 RCT), forbedret social deltagelse (2 RCT), forbedret velbefindende og tilfredshed med livet (3 RCT). Fire studier understregede, at den vedvarende opfølgning og varetagelse af den ældres situation havde en positiv indflydelse på den ældres evne til at bevare sundheden og opfattelsen af egen sundhedstilstand (4 RCT).

TIDS udført i kommunalt regi (community care):
Bedre effekt mht. daglige færdigheder, mere tilpasningsdygtig, bedre tiltro til egne evner ("self-efficacy"), mindre frygt for at falde og bedre overlevelse (1 RCT).

Samlet viser denne oversigtsartikel, at der vha TIDS er et potentiale for:
- at forbedre den ældres daglige færdigheder
- at fremme færre fald
- at livstilfredsheden kan forbedres
- at hospitalsindlæggelser kan forkortes
- at indlæggelser og genindlæggelser kan reduceres.

Resultaterne viste således, at ved at sætte fælles mål, være bevidst om kommunikationen og ved at dele viden kan teamets indsats forbedres.

Implikationer for praksis
- En multidisciplinær indsats har vist sig at være gavnlig, idet det forbedrer de ældres ydeevne.
- En ærlig (dvs. den ældres reelle situation blev gjort klar for både den ældre selv og de pårørende) og kontinuerlig kommunikation omkring planlægningen og målsætning forøger de ældres deltagelse.
- Dokumenter med fælles aftaler, fælles mål og klare retningslinjer for teamets arbejde fremmede det interdisciplinære arbejde.

- Tætte samarbejdsrelationer, opmærksomhed på kommunikationen og vidensdeling inden for teamet vil forbedre temaets præstationer.

Studie 2
Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures (11)

Resultater
Den systematiske oversigtsartikel inkluderede 13 studier med i alt 2.498 ældre (hyppigst kvinder), som havde gennemgået en hoftefraktur-operation. Der var meget stor variation i både interventionerne og patientgrupperne imellem studierne. TIDS blev primært tilbudt til indlagte patienter (11 studier). Det primære effektmål var "poor outcome", som dækker over enten død eller så stor forværring af funktionsevne, at det fører til større afhængighed af hjælp og/eller institutionalisering. Der var ingen effekt af TIDS på dette effektmål (relativ risiko 0,89, 95% CI: 0,78 til 1,01), død (relativ risiko 0.90, 95% CI: 0.76 til 1.07) eller genindlæggelse (relativ risiko 0.89; 95% CI: 0.78 til 1.01). Tre studier, som analyserede belastning af personalet, viste ingen forværring af belastningen ved anvendelse af TIDS. Med andre ord: TIDS er ikke skadelig. I tillæg fandt man i et studie, som sammenlignede hjemmebaseret TIDS med standard indlæggelsesbehandling, at både borgerens funktionsevne forbedredes, og at personalets belastning faktisk formindskedes, samt at borgerne havde kortere indlæggelsestid, men et længere rehabiliteringsforløb. Endelig fandt et studie ingen effekt af at fordoble antallet af teamets ugentlige hjemmebesøg.

Implikationer for praksis
På baggrund af stor variation mellem studier kan der ikke drages endelige konklusioner. Imidlertid var der på alle væsentlige effektmål en tendens til effekt af TIDS. Det er vigtigt at notere sig, at TIDS ikke forværrer borgernes situation eller forøger de overordnede omkostninger. Så selvom der er behov for yderligere forskning, er der intet, der taler imod allerede nu at implementere TIDS over for denne patientgruppe. Den optimale måde at strukturere team care på, stedet, hvor det bør foregå, eller graden af intensitet er ikke kendt. Da de fleste af studierne (k=11) foregik blandt indlagte borgere, er der ikke evidens nok til at udtale sig om effekten af TIDS som ambulant funktion.

Studie 3
Multidisciplinary care for adults with amyotrophic lateral sclerosis or motor neuron disease (12)

Resultater
Hverkend randomiserede eller blot kontrollerede studier blev fundet ved søgningen. Nogen endelig konklusion kan derfor ikke drages, men der kan derimod peges på et stort behov for yderligere studier.

Implikationer for praksis
De manglende studier må dog ikke tages som indtægt for, at der ikke er effekt af TIDS over for amyotrophic lateral sclerosis eller motor neuron disease. Forfatterne peger således på, at der er flere veldefinerede interventioner (som fx støtte til kost og respiration, fysioterapi, ergoterapi og talepædagogisk indsats), som hver for sig har vist sig at have god effekt.

Studie 4
Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy (13)

Resultater
Fem studier opfyldte inklusionskriterierne (n=619)[2], hvor TIDS foregik blandt indlagte i to studier (n=261) og blandt hjemmeboende i 3 studier (n=358). På grund af forskelle i studiedesign og anvendte effektmål var det ikke muligt at gennemføre en meta-analyse.
Blandt indlagte medførte en tidlig igangsættelse af rehabiliteringen hurtigere opnåelse af funktionsevne (Functional Independence Measure (FIM) transfer WMD 0.5, 95% CI 0.15, 0.85, number needed to treat to benefit (NNTB) = 6, FIM ambulation WMD 1.55 (95%CI 0.96, 2.14), NNTB = 3),

[2] *n anvendes for antal personer, medens k anvendes for antal studier*

kortere hospitalsindlæggelse, færre post-operative komplikationer og reduceret omkostningsniveau i de første 3-4 måneder. TIDS udført i eget hjem medførte en generel forbedring af funktionsevne (Oxford Hip Score (OHS)WMD at 6 months -7.00 (95%CI -10.36, -3.64), NNT = 2 and quality of life (QoL) og forkortet hospitalsindlæggelse ved 6 måneder. Der mangler studier, der ser på langtidseffekten.

Implikationer for praksis
TIDS opfattes som uundværlig for at opnå den ønskede effekt af indsættelse af et nyt hofteled. Der er evidens for, at TIDS umiddelbart efter indsættelse af det nye knæ- eller hofteled kan forbedre funktionen på aktivitets- og deltagelsesniveau (jvf ICF modellen). Men det er endnu ikke muligt at sige noget om den optimale intensitet og frekvens af rehabiliteringen, ligesom det heller ikke endnu er muligt at sige noget om langtidseffekten og økonomiske konsekvenser af rehabiliteringen.

Studie 5
Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes (14)

Resultater
Der inkluderedes 27 studier samt 6 follow-up studier og 2 studier med yderligere analyser. Lænderygsmerter blev behandlet i 21, fibromyalgi i 9 studier, og 5 studier inkluderede en blanding af forskellige kroniske smertepatienter. Totalt inkluderedes 2.407 patienter i alle studier. De fleste studier vurderede ambulant/dagcenter multidisciplinær indsats (k=18), fem med indlagte og fire studier sammenlignede en multidisciplinær indsats på hospitalet med en ambulant multidisciplinær indsats. På grund af for stor forskel på studierne, når det gjaldt sted for rehabilitering, interventioner og kontrolgrupper, blev der ikke foretaget en meta-analyse.
Som primære effektmål valgte forfatterne følgende:
1. Psykologisk belastning
2. Tab af funktionsevne i forhold til almindelige daglige færdigheder
3. Sundhedsrelaterede livskvalitet og smerte
4. Mere passende mestringsstrategier

Som sekundære effektmål:
1. Fysisk kapacitet
2. Tilbage til arbejde ratio
3. Sygemelding
4. Anvendelse af sundhedsvæsnents tilbud
5. Medicinforbrug
6. Smerteadfærd
7. Søvnkvalitet.

Resultatet af den enkelte undersøgelse blev opfattet som signifikant, hvis to ud af fire primære effektmål var nået, eller hvis et primært og to sekundære mål var opnået.

En sammenligning af MDC med venteliste eller standard behandling (k=15) viste en stærk evidens for, at TIDS er bedre end både venteliste og standardbehandling. Ved sammenligning af MDC og andre kontrolgruppebehandlinger (k=15) fandtes der en moderat evidens for anvendelse af TIDS. Effekten kunne fastholdes, også på lang sigt. TIDS interventionen blandt de indlagte var langt mere intensiv, og der var derfor en moderat effekt af TIDS blandt de indlagte i forhold til ambulante (k=4). Denne effekt kunne også fastholdes på lang sigt, men ved en sammenligning af forskellige typer af TIDS programmer (k=4) kunne man ikke påvise, at et bestemt koncept var bedre end et andet.

Implikationer for praksis
Der var stor variation imellem de enkelte TIDS programmer, som bl.a. kan ses ved, at de varede fra 4 til 15 uger for ambulante programmer og 3 til 8 uger for indlagte. Forfatterne opstiller en minimumstandard for TIDS til kroniske smertepatienter:
1. Specifik individuel træning
2. Regelmæssig afspænding
3. Gruppeterapi ledet af en psykolog (1,5 timer/uge)
4. Patientundervisning en gang om ugen
5. To fysioterapi seancer per uge mhp "pacing strategies"
6. Træning

7. Neurofysiologisk information ved en speciallæge.

Effekten af sådanne TIDS programmer er ikke bare bedre end standardbehandling til denne patientgruppe, men også bedre, end hvis den enkelte patient gik til alle disse faggrupper, uden at de havde indbyrdes kontakt. Kroniske smertepatienter bør derfor sendes til sådanne TIDS organiserede tilbud fremfor til en lang række forskellige faggrupper.

På trods af de mange studier ved man endnu ikke, hvilke komponenter der er de vigtigste, og hvorvidt alle kroniske smertepatienter vil have effekt af et TIDS tilbud.

Studie 6

Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age (15)

Resultater

Resultaterne blev ikke opgjort ved hjælp af en meta-analyse, men via en ’best evidence synthesis' ved at basere grad af evidens ud fra kvaliteten af de inkluderede studier (van Tulder 2003): kategoriseret som 'stærk', 'moderat' og 'svag' evidens. Elleve studier blev kategoriseret som stærk evidens og fem af lavere kvalitet. For patienter med moderat til svær ABI (aquired brain injury), som allerede var i rehabilitering, var der 'stærk evidens' for, at mere intensive rehabiliteringsprogrammer medførte tidligere genvinding af funktionsevne, og 'moderat evidens' for, at fortsat rehabilitering i en ambulant form bevarede de opnåede funktioner genvundet i den tidlige rehabilitering. Der var kun 'svag evidens' for, at både specialist rehabilitering blandt indlagte og specialist TIDS i primær sektoren medførte bedre funktionsevne for personer med erhvervet hjerneskade. Dette var primært betinget af metodiske problemer med at gennemføre randomiserede studier for sådanne komplekse interventioner og patienter så svært ramte som disse, hvor der ikke var andre alternativer end specialist rehabiliteringen.

Implikationer for praksis

Selvom det er klart, at patienter med erhvervet hjerneskade skal have information og kontaktmuligheder i tilfælde af forværring, ser det ud til, at en rutineopfølgning bør reserveres til de svært ramte hjerneskadede med fortsatte funktionstab.

Rehabiliteringen bør være intensiv, selvom balancen mellem intensivitetsniveau og omkostningsniveau endnu ikke er kendt.

For patienter, der udskrives fra rehabiliteringsinstitutioner, og som fortsat har rehabiliteringsbehov / endnu ikke opfyldte rehabiliteringsmål, bør disse have mulighed for ambulant eller kommunalt baseret rehabilitering

Studie 7

Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis (16)

Resultater

Resultaterne blev ikke opgjort ved hjælp af en meta-analyse, men via en ’best evidence synthesis' ved at basere grad af evidens ud fra kvaliteten af de inkluderede studier (24): kategoriseret som 'stærk', 'moderat' og 'svag' evidens. Forfatterne identificerede 8 studier (n=747).

Der var 'stærk evidens' for TIDS for indlagte patienter, som havde god effekt på funktionsevne på aktivitet- og deltagelsesniveau, selvom der ikke kunne observeres ændringer på kropsfunktionsniveau. Der var imidlertid kun 'svag evidens' for, at høj-intensive programmer i hjemmet eller i kommunen medførte effekt på funktionsevne på deltagelsesniveau og på livskvalitet. Der var dog 'stærk evidens' for, at mindre intensive rehabiliteringsprogrammer, som strakte sig over længere tid, forbedrede livskvaliteten. Det var ikke muligt på baggrund af den foreliggende evidens at sige noget om bedste dosis, eller hvilke specifikke tiltag der var bedst sammenlignet med andre tiltag.

Som i flere andre oversigtsartikler påpeger forfatterne problemerne med at applicere RCT-designet til vurdering af TIDS i en rehabiliteringssammenhæng.

Implikationer for praksis

For at sikre bedre funktionsevne på deltagelsesniveau og større selvstændighed viser denne oversigtsartikel, at MS patienter regelmæssigt bør vurderes af specialister med henblik på vurdering af rehabiliteringsbehov og sikres den nødvendlige vedligeholdelsestræning. Valg af type og placering af rehabiliteringstilbuddet (institution eller kommunalt) skal være individuelt bestemt ud fra den enkelte borgers konkrete behov.

Studie 8
Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Langhorne 2006)

Resultater
Oversigtsartiklen inkluderede 31 studier, i alt 6.936 patienter. Overordnet var mere organiseret rehabilitering associeret med forbedret effekt. 26 studier sammenlignede 'stroke units' med almindelige medicinske afdelinger. På 'stroke units' var der en reduktion af odds for død registeret ved afsluttende follow-up (median: 1 år)(odds ratio (OR) 0.86; 95% konfidens interval (CI) 0.76 to 0.98; P = 0.02), odds for institutionalisering eller død (OR 0.82; 95% CI 0.73 to 0.92; P = 0.0006) og død og afhængighed (OR 0.82; 95% CI 0.73 to 0.92; P = 0.001). Sensitivitetsanalyser viste, at den opnåede effekt bibeholdtes selvom analyserne blev begrænset til de studier, som anvendte optimal randomisering og blinding af effektmålingen. Effekten var uafhængig af patientens alder, køn eller sygdomssværhedsgrad, men blev bedre, hvis 'stroke unit' var placeret i en separat afdeling. Der var ingen indikationer af, at patienterne indlagt på et 'stroke unit' havde længere hospitalsophold. Konklusionen var, at patienter med 'stroke', som rehabiliteres i en 'stroke unit', har større chance for at være i live, uafhængige og bo hjemme et år efter slagtilfældet.

Implikationer for praksis
Et 'STROKE UNIT' er karakteriseret ved:
1. multidisciplinær personalegruppe
1. koordineret multidisciplinær rehabilitation med fælles konferencer mindst en gang om ugen.
2. personale med særlig interesse for apopleksi eller rehabilitering
3. rutinemæssig involvering af plejen i rehabiliteringsprocessen
4. regelmæssige uddannelses- og træningsprogrammer for personalet.

Der er intet grundlag for at begrænse indlæggelse på en 'stroke unit' på basis af alder, køn eller sygdomssværhedsgrad. Effekten af stroke units' er så stor, at det retfærdiggør en omlægning til rehabiliteringstilbud med sådanne muligheder.
Den overbevisende effekt af 'stroke unit' rehabilitering skyldes sandsynligvis ikke alene struktur, placering af afdelingen, det blandede personale eller mængden af personale, men nok primært **organiseringen**, dvs. TIDS og integrering af plejepersonalet i rehabiliteringen, specialisering og uddannelse og træning af personalet og patienterne (25, 26).

Studie 9
The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis (18)

Resultater
Oversigtsartiklen inkluderede seks RCT'ere, som sammenlignede 'assertive community treatment' med standard behandling, og fire observationsstudier, der sammenlignede før og efter 'assertive community treatment'. I 8 ud af de 10 studier medførte 'assertive community treatment' mindre hjemløshed. På tværs af studierne opnåedes således 37% større reduktion af hjemløshed (95% CI=18%–55%, Z=3.85, p=0.0001) sammenlignet med stadard rehabilitering. Observationsstudierne viste en markant forbedring fra før til efter ([104%] 95% CI=67%–141%, Z=5.50, p<0.0001). Der var ingen forskel mellem 'assertive community treatment' og standard, når det gjaldt antal indlæggelser, men et af de randomiserede studier viste dog en signifikant effekt. Til gengæld sås en reduktion af psykiatriske symptomer i forhold til kontrollerne med en forbedring af symptomerne på 26% (95% CI=7%–44%, Z=2.76, p=0.006).

Implikationer for praksis
'Assertive community treatment' er karateriseret ved:
- et multidisciplinært team,
- færre borgere per medarbejdere, hvilket giver mulighed for en mere intensiv kontakt til den enkelte
- tilbud i lokalområdet, som giver en direkte kontakt fremfor en formidling via en mellemorganisation og 24-timers dækning (27-30).

Studie 10
Multidisciplinary Approaches for Management of Fibromyalgia (19)

Resultater
Oversigtartiklen inkluderede 10 kontrollerede studier, hvoraf 8 var randomiserede studier. Rehabiliteringen varede fra 4 til 24 uger, og 8 ud af de 10 fandt en signifikant bedre effekt i rehabiliteringsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Seks af de otte studier, som fulgte op på effekten i op til 3 år efter, fandt, at effekten bibeholdtes.
'Self-efficacy' (tiltro til egne evner) var signifikant bedre i fire af de fem grupper, som målte dette. FIQ scoren (specifik målemetode til undersøgelse af funktionsevne blandt personer med fibromylagi) var signifikant forbedret i fire af de fem studier, hvor FIQ blev anvendt. Smertereduktion, målt på en visuel analog skala (VAS), var signifikant forbedret i fire ud af de otte, der målte smerte. Effekten var signifikant, både når man sammenlignede rehabiliteringen med en ventelistekontrol og med en kontrolgruppe, der modtog 'attention control' i en eller anden form.

Implikationer for praksis
Indsatsen over for borgere med fibromyalgi kan deles op i en gruppe, der hovedsagligt var selvadministrerende (opøvelse i mestringsevner [cognitive coping skills], fysisk træning, sundhedsfremmende adfærd og information) og tiltag, der var styret af professionelle, fx medicinkontrol og fysioterapi. Borgeren anses for at være den vigtigste partner i indsatsen, ikke mindst fordi fibromyalgi og relaterede lidelser er stærkt præget af den enkelte patients subjektive oplevelse af situationen. Den multidisciplinære indfaldsvinkel er derfor en afgørende faktor, som kan danne grundlag for, at borgeren, efter grundig undervisning og instruktion af erfarne professionelle, selv kan tage ansvar for de ændringer i livsførelse og adfærd, som kan føre til en forbedring af funktionsevnen. Langtidseffekten af den multidisciplinære indsats afhænger af borgerens evne og muligheder for at monitorere egne symptomer, gennemføre de forskellige mestringsstrategier, de har lært, og mulighed for at opsøge de fagprofessionelle, som måtte være nødvendige.
Varigheden af TIDS til borgere med fibromyalgi kan være så kort som halvanden dags undervisning med opfølgning 1 måned senere, men den gennemsnitlige rehabiliteringstid var 12 uger. Hvis man vælger et kort og intensivt program, er det vigtigt med opfølgning.
Indholdet i rehabiliteringen bør, ud fra resultaterne af denne oversigtsartikel, bestå af undervisning og træning med fokus på både information og 'cognitive behavioral strategies' i en TIDS ramme og gerne med patientgrupper. Da den bedste effekt sås på 'self-efficacy', bør målene for TIDS rehabiliteringen være at fremme en ændring af borgerens opfattelse fra hjælpeløshed, frustration og somme tider vrede til en positiv oplevelse af selv at kunne tage hånd om situationen.

Studie 11
Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults (20)

Resultater
Kun et metodisk dårligt randomiseret studie og et metodisk dårligt kontrolleret studie blev fundet efter en grundig søgning. Der mangler således forskning inden for dette område til at belyse effekten af TIDS rehabilitering til patienter med kronisk nakke- og skuldersmerter.

Studie 12
Multidisciplinary Interventions: Review Of Studies Of Return To Work After Rehabilitation For Low Back Pain (21)

Resultater
Oversigtsartiklen inkluderede syv RCT studier (n=1450) med fokus på tilbagevenden til arbejde som primært effektmål i forbindelse med rehabilitering af personer med lænderygbesvær. Den samlede meta-analyse indikerede ikke nogen klinisk relevant effekt, men dette kunne skyldes en publikations bias. Endnu en meta-analyse reserveret for studier gennemført i Skandinavien, hvor arbejdsmarkedet, det sociale system og arbejdsløshedsraten er nogenlunde ens, viste en klinisk relevant effekt af TIDS rehabilitering med 21% (Relativ Risiko [RR] på 1,21, 95% CI:1,13-1,31) flere i arbejde efter indsatsen. Muligheden for at lave denne subgruppe-analyse bekræftedes af, at der ikke fandtes nogen heterogeneitet, og at et Funnel plot ikke viste tegn på publikations bias.

Implikationer for praksis
For borgere med et sygefravær på mellem 5 og 11 uger anvendtes en gruppebaseret (4-8 i hver gruppe) intervention på 4 uger og inkluderede en medicinsk vurdering. Forløbet inkluderede 6 informationsmøder og arbejdspladsbesøg. Arbejdsgiver var inviteret til udskrivelseskonferencen, hvor rehabiliteringsplanen blev besluttet.

Studie 13
The Long-term Effect of Multidisciplinary Back Training (22).

Resultater
Oversigtsartiklen inkluderede 10 studier og fandt en signifikant effekt af TIDS rehabilitering både på tilbagevenden til arbejde og livskvalitet blandt borgere med kronisk lænderygbesvær.

Implikationer for praksis
TIDS rehabiliteringen involverer faggrupper som psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og/eller forskellige medicinske specialer og er baseret på en bio-psyko-social indfaldsvinkel. Hovedmålet med TIDS rehabiliteringen er at sikre, at borgeren genvinder sin daglige funktionsevne på lang sigt. Hovedindholdet er fysisk træning og 'behavioral cognitive training'. Den fysiske træning bygger på 'the graded activity' princip, og hele indsatsen finder typisk sted i grupper.

Studie 14
Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults (23)

Resultater
På trods af en intensiv litteratursøgning fandt forfatterne kun randomiserede studier af metodisk lav kvalitet. Ikke desto indre var der moderat evidens for, at TIDS rehabilitering fremmer tilbagevenden til arbejde, giver færre sygefraværsdage og lindrer den subjektive opfattelse af forringet funktionsevne.

Sammenfatning af resultater fra oversigtsartiklerne
De samlede resultater er opdelt i A) resultater baseret på kvantitative analyser (meta-analyser) på basis af randomiserede studier og B) resultater baseret på kvalitative analyser på basis af både randomiserede, kontrollerede eller observationelle studier.

<u>A) Resultater baseret på meta-analyser på basis af randomiserede studier. Trans- og/eller interdisciplinært samarbejde vil føre til:</u>
1. bedre effekt på funktionsevne (Studie 4)
2. kortere hospitalsindlæggelse (Studie 4)
3. senere genindlæggelse eller placering på plejehjem (Studie 8)
4. færre hospitalsindlæggelser (studie 9)
5. bedre tiltro til egne evner (“self-efficacy”)(Studie 10)
6. bedre overlevelse (Studie 8).
7. hurtigere opnåelse af funktionsevne (Studie 4)
8. færre post-operative komplikationer (Studie 4)
9. mindre afhængig af hjælp (Studie 8)
10. færre psykiatriske symptomer (Studie 9)
11. hurtigere tilbagevenden til arbejde (Studie 12, 14)
12. mindre sygefravær (studie 14).

<u>B) Resultater baseret på kvalitative analyser på basis af både randomiserede, kontrollerede eller observationelle studier. Trans- og/eller interdisciplinært samarbejde vil føre til:</u>
1. bedre effekt på funktionsevne (Studie 1)
2. bedre mental status (Studie 1)
3. forbedret velbefindende og tilfredshed med livet (Studie 1, 10)
4. færre fald (Studie 1)
5. kortere hospitalsindlæggelse (Studie 1)

6. senere genindlæggelse eller placering på plejehjem (Studie 1)
7. reduceret forringelse af sundhedstilstand (Studie 1)
8. reduceret forringelse af funktionsevne (Studie 1)
9. forbedring af daglige færdigheder (Studie 1)
10. forbedret social deltagelse (Studie 1)
11. bedre til at udføre daglige færdigheder (Studie 1)
12. mere tilpasningsdygtig (Studie 1)
13. bedre tiltro til egne evner ("self-efficacy")(Studie 1)
14. mindre frygt for at falde (Studie 1)
15. bedre overlevelse (Studie 1)
16. mindre afhængig af hjælp (Studie 10)
17. hurtigere tilbagevenden til arbejde (Studie 13).

Tabel 2. Angiver en række karakteristika af TIDS med henvisning til oversigtsartiklerne:

Borgeren i centrum / Individuel tilpasset indsats	
	Færre borgere per medarbejdere, hvilket giver mulighed for mere intensiv kontakt til den enkelte (Studie 9) Tilbud i lokalområdet, som giver en direkte kontakt frem for en formidling via en mellemorganisation (Studie 9) 24-timers dækning (Studie 9) Borgeren i centrum for indsatsen (Studie 10).
Alle relevante parter involveret	
	En trans- og/eller interdisciplinær indsats (Studie 1, 8) Rutinemæssig involvering af plejen i rehabiliteringsprocessen (studie 8) Arbejdsgiver involveret ved tilbagevenden til arbejde-rehabilitering (Studie 12).
Fælles målsætning og fælles effektvurdering	
	Dokumenter med fælles aftaler, fælles mål og klare retningslinjer for teamets arbejde (Studie 1). Opfølgning vigtig (Studie 6).
Jævnlige kontakter mellem alle implicerede	
	En ærlig og kontinuerlig kommunikation omkring planlægning og målsætning (Studie 1) Tætte samarbejdsrelationer, opmærksomhed på kommunikationen og vidensdeling inden for teamet (Studie 1) Koordineret trans- og/eller interdisciplinær rehabilitation med fælles konferencer mindst en gang om ugen (studie 8).
Høj faglig standard	
	Regelmæssige uddannelses- og træningsprogrammer for personalet (studie 8).

Eksempler på sådanne TIDS programmer kunne være:

Eksempel 1:
Assertive Community Treatment (ACT) - et rehabiliteringsprogram for psykisk syge hjemløse:
"The ACT team's long-term commitment was to promote continuity of care, and the team was available 24 hours every day. The ACT team consisted of 12 full-time equivalent staff, including a program director with a masters' degree in social work, a full-time psychiatrist and medical director, 6 clinical case managers (social workers, psychiatric nurses, and rehabilitation counselors), 2 consumer advocates, a secretary-receptionist, a part-time family outreach worker from the Alliance for the Mentally Ill of metropolitan Baltimore, and a part-time nurse practitioner to treat chronic medical problems. Each patient was assigned to a "mini-team" consisting of a clinical case manager (case load, 10-12 patients), an attending psychiatrist, and a consumer advocate. The entire ACT team, including the consumer advocates, worked together in decision making and each staff member was knowledgeable about most of the patients. Teamwork was fostered through daily sign-out rounds and twice-weekly treatment planning meetings"(29).

Eksempel 2:
Uddannelses- og træningsprogram for personer med fibromyalgi.
"The program was 6 weeks long and consisted of 2 exercise classes and 2 multidisciplinary educational sessions per week. Exercise classes were conducted in a warm, therapeutic pool and were 30 minutes long. Each class consisted of 20 minutes of walking/jogging/side-stepping/arm exercises against water resistance and 5 minutes of stretching at the beginning and end of each class. (We have subsequently shown [unpublished data] that these exercise classes are moderately intense for patients with fibromyalgia and produce heart rates at 60–75% of age-adjusted maximum, defined as 220 2 age [years]). Educational sessions were one hour long and were run in a group setting, immediately prior to pool classes. During educational sessions, patients were provided with information on exercise, postural correction, activities of daily living, sleep, relaxation, medication, nutrition, and psychosocial coping strategies. The format for the educational sessions varied but included didactic lectures, interactive discussions, and hands-on learning (e.g., relaxation techniques)." (31).

Eksempel 3:
TIDS rehabilitering versus standard behandling
"The purpose of this study was to compare an education-oriented single session treatment (SS) for mild traumatic brain injury (MTBI) to a more extensive assessment, education, and treatment-as-needed intervention (TAN).
Standard care (SS)
Persons in the SS group met with the principal investigator and discussed any concerns they had about their injury. They also read the National Head Injury Foundation' s Minor Head Injury brochure [28], chosen because of its reported helpfulness in a previous MTBI treatment study [17], and discussed any comments or questions about it with the principal investigator. Overall, the aim of SS treatment was to: (1) legitimize the participants' post-MTBI experience as being `real' , and not brush aside their concerns or tell them that there was nothing wrong with them, (2) educate them about common complaints after MTBI, (3) provide themwith suggestions about how to cope with common problems [29], especially by encouraging rest as needed and gradual reintegration into activities, and (4) provide reassurance of a good outcome. Persons in this group were told that no further MTBI treatment would be provided as part of the study and that any further concerns should be addressed by their family physician.

TAN treatment
Persons in the TAN group received the same treatment as those in the SS group, but also had a 3± 4 hour neuropsychological and personality assessment, consultation with a physical therapist who specializes in post-concussion problems (e.g. dizziness), a feedback session on the psychological test results, and thereafter treatment-as-needed for MTBI complaints. The treatment available included further psychological and physical therapy interventions for MTBI complaints and access as needed to the Glenrose Rehabilitation Hospital' s full multi-disciplinary outpatient brain injury treatment programme. Treatment for non-MTBI issues (e.g.musculo-skeletal injuries) was directed by the patient' s family physician and provided by the usual community-based services for such non-MTB problems. In short, the TAN intervention was an abbreviated model of treatment commonly used, in this setting, with more severe TBI and with MTBI survivors who have persisting, significant complaints." (32).

Diskussion

I en leder i Clinical Rehabilitation beskriver redaktøren DT Wade følgende elementer i rehabiliteringsprocessen (33):

1. Identifikation af et rehabiliteringsbehov
2. Ud fra det erkendte behov etableres det multidisciplinære team, hvor borgeren er en central aktør (for så vidt borgeren er i stand til det)
3. I teamet aftales både det overordnede mål og de mere specifikke delmål med hele rehabiliteringsindsatsen. Ligeledes aftales, hvilke effektmål der anvendes til at vurdere om målet er nået.
4. Alle rehabiliteringstiltag bør foregå i en tæt kontakt mellem alle implicerede (borgeren, pårørende og de professionelle)
5. På det aftalte tidspunkt vurderes det, om rehabiliteringsindsatsen har nået de mål, som var opstillet. Hvis ikke, bør en ny rehabiliteringsproces iværksættes, hvor teamet justerer de oprindelige mål.

I denne proces er de nævnte karakteristika ved TIDS vigtige faktorer, men det er næppe muligt at opstille een metode. Evidensen synes tydeligt at indikere nogle klare fælles træk, men afhængigt af de ydre omstændigheder[3] og det konkrete rehabiliteringsbehov må de karakteristika, som er beskrevet i tabel 4 iagtages. Uanset hvilken sygdomsgruppe eller problemstilling der er tale om, er fokus i rehabilitering på funktionsevnen og ikke på diagnosen. Dette primært, fordi der ikke er nogen lineær sammenhæng mellem en medicinsk diagnose og funktionsevnenedsættelser. Dette er i øvrigt en af grundene til, at man i WHO gik fra ICIDH klassifikationen (som udvikledes i 80'erne) til den nuværende funktionsevne-klassifikation ICF (International Klassifikation af Funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand)(1). Som eksempel kan nævnes, at mobilitet selvfølgelig hænger nøje sammen med muskelstyrken, når personen har en meget lav muskelstyrke, men når man når et vist punkt, vil mobilitetsevnen (evnen til at bevæge sig omkring) være uafhængig af, om man bliver muskulært stærkere eller ej. I stedet vil andre sociale og psykologiske faktorer være bestemmende for grad af mobilitet.

Fokus i denne rapport har været på det trans- og interdisciplinære samarbejde, men qua definitionen af rehabilitering er det tværfaglige aspekt ikke konstituerende for rehabilitering. Det er i nogle tilfælde ikke blot muligt, men anbefalelsværdigt, at funktionsevnenedsættelsen kun fordrer en indsats fra en faggruppe (fx muskuloskeletal rehabilitering), i hvert fald for en periode. På længere sigt vil de fleste af sådanne tilfælde også kræve opmærksomhed fra flere forskellige professionelle, for at rehabiliteringsmålene nås.

De nævnte resultater er opnået ved videnskabelige undersøgelser, hvor man har begrænset borgergruppen til en gruppe personer med samme diagnose (hoftefrakturer, fibromyalgi, hjemløse, apopleksi osv). Man kan derfor med rette spørge, om de opnåede resultater for fx apopleksigruppen også kan gælde for de hjemløse eller fibromyalgigruppen. Det er ikke muligt at give et endeligt svar på dette spørgsmål, men det umiddelbare svar må være ja - resultaterne kan overføres til andre sygdomsgrupper. Overførbarheden gælder selvfølgelig kun forsåvidt, at de implicerede borgere har den samme funktionsevnenedsættelse, som det konkrete studie har gennemført tiltag imod.

Overførbarheden fra sygdomsgruppe til sygdomsgruppe er mulig, primært fordi den indsats, man har sammenlignet med standard indsatsen (kontrollen), ikke har fokus på diagnoserelaterede elementer, men derimod mod fælles problemstillinger uanset diagnose. Dette fremgår bl.a. af tabel 4, hvor karakteristika ved interventionerne er listet, og hvoraf det ses, at de i udpræget grad går på tværs af specifikke diagnoserettede indsatser. Når det er sagt, bør man under ingen omstændigheder underkende behovet for og betydningen af specialeviden inden for specifikke sygdomsgrupper i rehabiliteringen, da alle grupper har særlige problemstillinger. Men erfaringer tyder på, at det betyder forbavsende meget mindre, end det sundhedsprofessionelle normalt ville forvente.

I et TIDS team bør der være enighed om, hvem der har behov for rehabilitering. Her spiller ICF en vigtig rolle til på udtømmende vis at identificere alle relevante funktionsevnetab. ICF modellen giver

---

[3] *fx om det er i kommunalt regi, på institution eller hospital eller type af funktionsevnenedsættelse. ICF beskriver 3 hovedkategorier: kropsfunktion, aktivitet og deltagelse og igen flere undergrupper under hver af disse 3.*

mulighed for en helhedsbetragtning, ved at funktionsevnen også beskrives i forhold til relation til andre og omgivelserne. ICF giver desuden fagpersoner mulighed for at anvende et fælles sprog, der bedrer kommunikationen og optimerer dokumentation mellem fagpersoner og sektorer. Der er enighed om, efter hvilke kriterier et team skal nedsættes - hvem der skal være med, hvem der koordinerer, og om borgeren skal være med eller ej. Der fastsættes fælles mål - også hvilke typer af mål (også her er ICF vigtig til at sikre overblik). Der fastsættes en fælles plan, inden for rammerne af ICF, indeholdende svar på spørgsmål som fx: Hvem gør hvad og hvornår og i hvilken rækkefølge. Der er yderligere enighed om, hvilke indikatorer/effektmål der bestemmer, om målet er nået eller ikke, ligesom der endeligt er enighed om, hvorvidt målet er nået eller ikke, og dermed om en ny rehabiliteringsproces skal iværksættes eller ikke. Disse overordnede karakteristika dækker over en række sociale, psykologiske og faglige faktorer, som det vil føre for vidt at gennemgå her.

Ovenstående gennemgang viser, at der næppe er tvivl om gevinsten ved at organisere rehabiliteringen i formelle tværfagligt arbejdende grupper (Multidisciplinære arbejdsgrupper) med borgeren i centrum. Som allerede nævnt kan der være tilfælde, hvor der ikke er behov for et TIDS team, men pga kompleksiteten hos de fleste med et rehabiliteringsbehov vil det være nødvendigt at oprette og/eller anvende et eksisterende team for at imødegå de fundne funktionsevnenedsættelser. Det er således ikke sygdommen / diagnosen, der afgør, om der er et behov for tværfagligt samarbejde, men graden og karakteren af funktionsevnetabet.

På trods af, at vi i litteratursøgningen fandt en række relevante oversigtsartikler, viser listen over de involverede problemstillinger (Tabel 3), at der stadig mangler rigtig mange randomiserede studier inden for mange andre sygdomsgrupper/problemstillinger og dermed også oversigtsartikler (34). Men på trods af den store variation i de inkluderede oversigtsartikler synes konklusionen klart og entydigt at pege på gevinsten ved anvendelse af TIDS i rehabilitering.

Konklusion

Gennemgangen af litteraturen viser entydigt, at trans- og/eller interdisciplinært samarbejde (TIDS) på en lang række områder fremmer effekten af rehabilitering i sammenligning med en kontrol eller standard indsats uden fokus på TIDS. Det er imidlertid ikke enkelt at pege på, hvilke former for trans- og/eller interdisciplinært samarbejde der synes at have bedst effekt for en optimal rehabiliteringsindsats, da der ikke er beskrevet nogle entydige typer af TIDS. Der er dog en række karakteristika, som er fælles for alle de forskellige typer af TIDS, som har været anvendt, hvilket fremgår af TABEL 4.

Da søgningen viste, at der ikke fandtes noget brugbart til at svare på spørgsmål om ledelsesmæssige aspekter ved rehabilitering, var det ikke muligt at svare på dette delspørgsmål.

Ved gennemgang af den fundne litteratur identificeres så mange forskellige effektmål/indikatorer, at den givne tidsramme ikke tillod en nærmere redegørelse for dette. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der vil være et stort behov for en nærmere undersøgelse af, hvilke effektmål/indikatorer der vil være anbefalelsesværdige at anvende i relation til en mere struktureret rehabiliteringsindsats i Danmark.

Referencer

1. Schiøler GD, T. ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. 1 ed: WHO, Sundhedsstyrelsen, MarselisborgCentret, Munksgaard Danmark; 2003.
2. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010;340:c1718.
3. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: Marselisborgcentret; 2004.
4. Vliet Vlieland TP. Multidisciplinary team care and outcomes in rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2004 Mar;16(2):153-6.
5. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions--a misguided enterprise? Clinical Rehabilitation, 9(3):204-12, 1995 Aug. 2005 01;19(1):1-3.
6. Petersson IF. Evolution of team care and evaluation of effectiveness. Curr Opin Rheumatol. 2005 Mar;17(2):160-3.
7. Petersson IFB, A. Klareskog, L. Stenström C.H. Who cares about Team Care? Conference report from CARE II. [Report]. 2003.
8. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ. 2000 Feb 26;320(7234):569-72.
9. Sander AM, Constantinidou F. The interdisciplinary team. J Head Trauma Rehabil. 2008 Sep-Oct;23(5):271-2.
10. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedstrom G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. Scand J Occup Ther. 2010;17(2):101-16.
11. Handoll HH, Cameron ID, Mak JC, Finnegan TP. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. Cochrane Database Syst Rev. 2009(4):CD007125.
12. Ng L, Khan F, Mathers S. Multidisciplinary care for adults with amyotrophic lateral sclerosis or motor neuron disease. Cochrane Database Syst Rev. 2009(4):CD007425.
13. Khan F NL, Gonzalez S, Hale T, Turner-Stokes L. Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint
14. replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. Cochrane Database Syst Rev. 2008(Art. No.: CD004957. DOI: 10.1002/14651858.CD004957.pub3.).
15. Scascighini L, Toma V. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic
16. review of interventions and outcomes. Rheumatology. 2008;47:670-8.
17. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. Cochrane Database Syst Rev. 2005(3):CD004170.
18. Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD006036.
19. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD000197.
20. Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. Am J Psychiatry. 2007 Mar;164(3):393-9.
21. Burckhardt CS. Multidisciplinary approaches for management of fibromyalgia. Curr Pharm Des. 2006;12(1):59-66.
22. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):CD002194.
23. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. J Rehabil Med. 2009 Feb;41(3):115-21.
24. van Geen JW, Edelaar MJ, Janssen M, van Eijk JT. The long-term effect of multidisciplinary back training: a systematic review. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Jan 15;32(2):249-55.
25. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):CD002193.
26. van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L. Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group. Spine (Phila Pa 1976). 2003 Jun 15;28(12):1290-9.

27. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. BMJ. 1997 Apr 19;314(7088):1151-9.
28. Dennis M, Langhorne P. So stroke units save lives: where do we go from here? BMJ. 1994 Nov 12;309(6964):1273-7.
29. Drake RE, Mueser KT, Torrey WC, Miller AL, Lehman AF, Bond GR, et al. Evidence-based treatment of schizophrenia. Curr Psychiatry Rep. 2000 Oct;2(5):393-7.
30. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980 Apr;37(4):392-7.
31. Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry. 1997 Nov;54(11):1038-43.
32. Gilbody SM, Petticrew M. Rational decision-making in mental health: the role of systematic reviews. J Ment Health Policy Econ. 1999 Sep 1;2(3):99-106.
33. Gowans SE, deHueck A, Voss S, Richardson M. A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. Arthritis Care & Research. 1999 04;12(2):120-8.
34. Paniak C, Toller-Lobe G, Durand A, Nagy J. A randomized trial of two treatments for mild traumatic brain injury. Brain Inj. 1998 Dec;12(12):1011-23.
35. Wade DT. Describing rehabilitation interventions. Clin Rehabil. 2005 Dec;19(8):811-8.
36. Prvu Bettger JA, Stineman MG. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: state-of-the-science. A review. Arch Phys Med Rehabil. 2007 Nov;88(11):1526-34.

BILAG 1

Litteratursøgning til ORGANISERING AF REHABILITERING

Database: PubMed Medline
Foretaget af: Jens Ole Rasmussen
Dato: 5. juli 2010
Søgeord

1. Rehabilitation[tiab] OR rehabilita*[tiab]
2. Habilitation[tiab] OR habilita*[tiab]
3. Rehabilitation[MESH]
4. #1 OR #2 OR #3
5. Care Team[tiab] OR Team Care[tiab] OR Care Teams[tiab]
6. Patient care team [MESH]
7. Interdisciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab]
8. Inter-disciplinary[tiab] OR multi-disciplinary[tiab]
9. multidisciplinary[MESH]
10. Health Team[tiab] OR health teams[tiab]
11. Healthcare Team[tiab] OR healthcare teams[tiab]
12. #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
13. #4 AND #12
14. #13, limits to 01.01.2000 – 05.07.2010, human, review and meta-analysis
15. Leadership[tiab] OR Leadership[MESH]
16. Administration[tiab] OR organization[tiab]
17. Organization and administration[MESH],
18. practice management [tiab]
19. # 15 OR #16 OR #17 OR #18
20. #4 AND #19
21. #20, limits to 01.01.2000 – 05.07.2010, human, review and meta-analysis

Litteratursøgning til ORGANISERING AF REHABILITERING
Database: Cinahl
Foretaget af: Jens Ole Rasmussen
Dato: 5. juli 2010
Søgeord

1. Rehabilitation[ab] OR rehabilita*[ab]
2. Habilitation[ab] OR habilita*[ab]
3. Rehabilitation [MH]
4. #1 OR #2 OR #3
5. Care Team[ab] OR Team Care[ab] OR Care Teams[ab]
6. Interdisciplinary[ab] OR multidisciplinary[ab]
7. Inter-disciplinary[ab] OR multi-disciplinary[ab]
8. Multidisciplinary Care Team [MH]
9. Health Team[ab] OR health teams[ab]
10. Healthcare Team[ab] OR healthcare teams[ab]
11. #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
12. #4 AND #11
13. #12, limits to 01.01.2000 – 05.07.2010, Human og systematic review
14. Leadership[ab]
15. Administration[ab] OR organization[ab]
16. organization [MW]
17. management styles[MH]
18. patient care management[ab]
19. disease management[ab]
20. disease management [MH]
21. #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20
22. #4 AND #21
23. #24, limits to 01.01.2000 – 05.07.2010, human and systematic review

Litteratursøgning til ORGANISERING AF REHABILITERING

Database: Cochrane Reviews and DARE
Foretaget af: Jens Ole Rasmussen
Dato: 5.7.2010
Søgeord

1. Rehabilitation[tiabkw] OR rehabilita*[tiabkw]
2. Habilitation[tiabkw] OR habilita*[tiabkw]
3. #1 OR #2
4. Care Team[tiabkw] OR Team Care[tiabkw] OR Care Teams[tiabkw]
5. Interdisciplinary[tiabkw] OR
6. multidisciplinary[tiabkw]
7. Inter-disciplinary[tiabkw] OR
8. multi-disciplinary[tiabkw]
9. Health Team[tiabkw] OR health teams[tiabkw]
10. Healthcare Team[tiabkw] OR
11. healthcare teams[tiabkw]
12. #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
13. #3 AND #8
14. #10, limits to 2000-2010 AND Cochrane Reviews
15. #10, limits to 2000-2010 AND Other Reviews
16. Administration and organization [MESH]
17. Administration[tiabkw] OR organization[tiabkw]
18. practice management[tiabkw]
19. patient care management[tiabkw]
20. disease management[tiabkw]
21. #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16
22. #3 AND #17
23. #22, limits to to 2000-2010 AND Cochrane Reviews
24. #22, limits to 2000-2010 Other Reviews

Litteratursøgning til ORGANISERING AF REHABILITERING

Database: EMBASE

Foretaget af: Anne-Mette Momsen og Jens Ole Rasmussen
Dato: 2. juli 2010
Søgeord

1. exp Rehabilitation/
2. Habilitation.mp.
3. 1 OR 2 OR
4. Patient care team.mp.
5. Health care team.mp.
6. Interdisciplinary.mp.
7. Multidisciplinary.mp.
8. 4 OR 5 OR 6 OR 7
9. 4 AND 8
10. 9, limits to 01.01.2000 – 02.07.2010, human AND review

Litteratursøgning til ORGANISERING AF REHABILITERING
Database: EMBASE
Foretaget af Herdis Foverskov, Videncentret, OUH - Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus
Søgeord:

1 clinical trial

2 meta analysis
3 "review"
4 randomized controlled trial
5 1 or 2 or 3 or 4
6 habilitation.mp
7 rehabilitation.mp. or exp rehabilitation
8 6 or 7
9 leadership.mp. or exp leadership
10 practice management.mp
11 patient care management.mp
12 exp "organization and management"
13 exp disease management
14 9 or 10 or 11 or 12 or 13
15 5 and 8 and 14
16 limit 15 to (human and (Danish or English or German or Norwegian or Swedish) and yr="2000 -Current")
17 "Rehabilitation and Physical Medicine".ec.
18 16 and 17

www.im.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Tlf. 72 26 90 00
Fax 72 26 90 01