



SIKS

Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge

Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem
Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro

Sammenfatning

Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge

Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro
Sammenfatning

Projektets hovedpublikation udsendes som

Sammenhængende indsats for Kronisk Syge
Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro
(Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune 2008)

Udgivere

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse
Bispebjerg Hospital
Region Hovedstaden
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Københavns Kommune
Sjællandsgade 40
2200 København N

Forfattere

Eva Borg, Sundhedscenter Østerbro og Nørrebro
Jens Egsgaard, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune
Anne Frølich, Bispebjerg Hospital
Carsten Hendriksen, Bispebjerg Hospital
Dorte Høst, Bispebjerg Hospital
Cecilia Ravn Jensen, SIKS-projektet
Birgitte Gade Koefoed, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune
Helle Schnor, Bispebjerg Hospital

Ekstern redaktør

Ninna Falkesgaard

Lay-out: Bjørn Rasmussen
Fotos: Anne-Li Engstrøm
Tryk: Rosendahls Bogtrykkeri, Esbjerg

ISBN: 87-89863-66-6

Rapporten kan bestilles

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse
Bispebjerg Hospital
Telefon: 35 31 24 41
Mail: forebyggelse@bbh.regionh.dk
og hentes elektronisk på: www.siks-kbh.dk

Forord

Udviklingsprojektet *Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge* (SIKS-projektet) startede i 2004 som et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, herunder Sundhedscenter Østerbro, og de praktiserende læger på Østerbro. Frem til sin afslutning i 2007 har projektet arbejdet med at udvikle indsatsen for mennesker med kroniske sygdomme. Arbejdet har koncentreret sig om rehabiliteringsindsatser for fire patientgrupper: mennesker med hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) eller type 2 diabetes samt ældre med fald- og balanceproblemer.

Projektet blev igangsat, inden Kommunalreformen og den nye Sundhedslov trådte i kraft, og det var således på daværende tidspunkt nyt at arbejde med kommunal rehabilitering og et tæt tværsektorielt samarbejde. Kommunalreformen har virket som en fremmede faktor i forhold til implementeringen af SIKS-projektet.

Denne publikation er en sammenfatning af de væsentligste resultater og konklusioner fra den samlede afrapportering af SIKS-projektet [1]. Begge publikationer findes både i en trykt og en elektronisk udgave. Den elektroniske udgave kan

findes på SIKS-projektets hjemmeside: www.siks-kbh.dk og på Sundhedscenter Østerbro's hjemmeside: www.sco.kk.dk.

Styregruppen for projektet håber, at denne sammenfatning kan give kommuner og regioner inspiration til at videreudvikle et samarbejde, der understøtter Sundhedsloven og giver sundhedspersonale bedre mulighed for at tænke og handle i overensstemmelse med grundtanken, at borgeren skal opleve en kvalificeret og sammenhængende indsats i sygdomsforløbet.

Et tæt samarbejde mellem projektgruppen og sundhedspersonale på Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune, herunder Sundhedscenter Østerbro, og praktiserende læger har muliggjort projektets gennemførelse. Det involverede personale på Bispebjerg Hospital og i Københavns Kommune takkes for deres indsats, og medlemmerne af de fire arbejdsgrupper takkes for samarbejde og inspiration. Bac.scient.san.publ Anette Vesterskov Pedersen takkes for hjælpen med at indsamle og analysere data i forbindelse med spørgeskemaundersøgelser. Laila Peitersen takkes for hendes hjælp med at indtaste data i Sundhedscenter Østerbro. Udviklingskonsulent Bjørn Hesselbo,

Bispebjerg Hospital takkes for arbejdet med at udvikle databaserne og bistand ved de statistiske analyser. Charlotte Ørsted Hougaard, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, takkes for bistand ved databearbejdning. Gitte Mogensen og Mette

Vestergaard, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, takkes for deres hjælp i redaktionsprocessen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen takkes for økonomisk støtte til projektet.

Juni 2008

Steen Werner Hansen
Vicedirektør, dr. med.
Bispebjerg Hospital

Anne Mette Fugleholm
Direktør, phd.
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

Medlemmer af projektledelsen

JENS EGSGAARD, sundhedschef,
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

ANNE FRØLICH, overlæge,
Bispebjerg Hospital

CARSTEN HENDRIKSEN, overlæge dr. med.,
Bispebjerg Hospital

Medlemmer af projektgruppen

EVA BORG, sundhedscenterchef, MPH,
Sundhedscenter Østerbro og Nørrebro

ANNE FRØLICH, overlæge,
Bispebjerg Hospital

CARSTEN HENDRIKSEN, overlæge dr. med.,
Bispebjerg Hospital

DORTE HØST, fysioterapeut,
Bispebjerg Hospital

CECILIA RAVN JENSEN, cand.scient.san.publ.,
SIKS-projektet

HELLE SCHNOR, sygeplejerske, cand.cur.,
Bispebjerg Hospital

INDHOLD

SIKS-projektet 5

- Opgave og fokus 5
- Et tværsektorielt initiativ 5
- Projektets formål 6
- Projektets organisering 6
- Evaluering af projektet 6

SIKS-projektets hovedkonklusioner 7

- Sammenhængende rehabilitering 7
 - Kommunal rehabilitering i Sundhedscenter Østerbro 7*
 - Styrket rehabilitering på Bispebjerg Hospital 8*
- Ledelsesinvolvering og tværsektorielt samarbejde 9
 - Ledelsesinvolvering er helt afgørende 9*
 - Tværsektorielt samarbejde giver ejerskab 9*
- Redskaber til at skabe sammenhæng 10
 - Tværsektorielle forløbsbeskrivelser 10*
 - Tværsektoriel kompetenceudvikling 10*
 - Tværsektoriel videndeling og delestillinger 11*
- Effekten af rehabiliteringsindsatsen 11
 - Kommunal rehabilitering virker 12*
 - Effekten af rehabilitering på hospital 12*
- Udgifter og efterspørgsel ved kommunal rehabilitering 13

Model for sammenhængende indsats for mennesker med kroniske sygdomme 15

Perspektivering og anbefalinger 18

Anbefalinger til den videre udvikling af SIKS-projektet 19

Sammenhængende indsats 19

Sundhedscentre 19

Hospitalet 20

Praktiserende læger 20

Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle 20

Kvalitetsudvikling 20

Kommunikation 20

Anbefalinger til udviklingen af den tværsektorielle indsats i relation til hele Københavns Kommune 20

Anbefalinger til andre kommuner og regioner 21

Referencer 22



SIKS-projektet

Opgave og fokus

Projektet *Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge* (SIKS-projektet) er et udviklings- og samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning – herunder Sundhedscenter Østerbro – og de praktiserende læger på Østerbro. Projektet startede i 2004 og blev afsluttet i 2007.

Den primære opgave i SIKS-projektet har været at udvikle sammenhængende tværsektorielle rehabiliteringstilbud til patienter med type 2 diabetes, KOL eller kronisk hjertesygdom (iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt) samt ældre med fald- og balanceproblemer i henholdsvis hospitalsregi og kommunalt regi. Som led i denne proces har SIKS-projektet været med til at udvikle en række organisatoriske tiltag og redskaber, der alle bidrager til at skabe sammenhængende patientforløb.

Det sammenhængende patientforløb, der er opnået i SIKS-projektet, kan beskrives som en faglig og organisatorisk sammenhæng i det samlede rehabiliteringstilbud i henholdsvis kommunalt regi og hospitalsregi. Projektet adskiller sig herved afgørende fra mange projekter ved ikke at tage udgangspunkt i borgerens/patientens *oplevelse af*

sammenhæng, men i de sundhedsprofessionelles *faglige indsats*. Øget patienttilfredshed er derfor ikke projektets primære succeskriterium, men den organisatoriske sammenhæng vil på sigt give patienten en oplevelse af sammenhæng i sit eget forløb.

Et tværsektorielt initiativ

I 2003 indgik Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning et formaliseret samarbejde med Bispebjerg Hospital om projektet, og i forbindelse hermed blev Sundhedscenter Østerbro oprettet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet tildelte i 2003 en 3-årig bevilling på 5 millioner kroner, og Sundhedsstyrelsen bevilligede 850.000 kroner fra Diabetespuljen 2004. Disse bevillinger blev suppleret med finansiering fra Bispebjerg Hospital og Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, herunder midler til etablering og drift af Sundhedscenter Østerbro. SIKS-projektets populationsgrundlag er lokalområde Østerbro, Københavns Kommune.

Projektets formål

Projektets formål var:

- 1 at styrke indsatsen over for patienter med kroniske sygdomme ved at skabe sammenhængende patientforløb, herunder
 - at skabe et velfungerende samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer
 - at sikre, at patienterne modtager den relevante indsats
 - at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen
 - at udarbejde metoder, der understøtter en koordineret indsats
 - at udvikle nye samarbejdsformer mellem hospital og primær sektor, herunder udvikling af nye jobfunktioner for sundhedsprofessionelle
- 2 at udvikle en dansk model for den sundhedsfaglige indsats for mennesker med kronisk sygdom, der kan generaliseres til andre sygdomme end dem, der er fokus på i dette projekt, og anvendes både lokalt og i andre områder i landet

Projektets organisering

Projektet blev organiseret med en tværsektoriel sammensat *styregruppe*. *Projektledelsen* bestod af tre personer – sundhedschefen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og to overlæger fra Bispebjerg Hospital.

En sygeplejerske, en fysioterapeut (begge med akademisk kompetence), en akademisk medarbejder og de to overlæger har sammen med chefen for Sundhedscenter Østerbro dannet *projektgrup-*

pen, der har varetaget udvikling, implementering, evaluering og formidling af projektet i samarbejde med personale i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Sundhedscenter Østerbro samt fem medicinske afdelinger og Fysioterapien på Bispebjerg Hospital.

Der blev fra projektets start nedsat fire tværfaglige og tværsektorielle *arbejdsgrupper*, svarende til én for hver af de fire sygdomsområder. Medlemmerne repræsenterede almen praksis, kommune og hospital. Medlemmerne af arbejdsgrupperne har været med til at sikre projektets faglige kvalitet gennem diskussion og godkendelse af forløbsbeskrivelser, kliniske retningslinjer m.m.

De praktiserende læger i SIKS-projektet indgik i arbejdsgrupperne fra starten. Det har været en gevinst og forudsætning for, at projektet er lykkedes. Projektet har endvidere involveret en lang række fagpersoner, hvis engagement har haft betydning for projektets fremdrift.

Evaluering af projektet

Evalueringen af SIKS-projektet består af en ekstern evaluering foretaget af Statens Institut for Folkesundhed og en intern evaluering foretaget af projektgruppen. Den eksterne evaluering har undersøgt de organisatoriske rammer for samarbejde og sammenhæng. Den interne evaluering beskriver effekterne af rehabiliteringsindsatsen i sundhedscentret og på Bispebjerg Hospital. Den interne evaluering omfatter tillige en spørgeskemaundersøgelse og et fokusgruppeinterview med praktiserende læger samt en spørgeskemaundersøgelse blandt arbejdsgruppernes medlemmer.

SIKS-projektets hovedkonklusioner

Fra den samlede afrapportering bringes hovedkonklusionerne for følgende temaer:

- 1 Sammenhængende rehabilitering
- 2 Ledelsesinvolvering og tværsektorielt samarbejde
- 3 Redskaber til at skabe sammenhæng
- 4 Effekten af rehabiliteringsindsatsen
- 5 Udgifter og efterspørgsel ved kommunal rehabilitering

Sammenhængende rehabilitering

Et centralt element i SIKS-projektet har været at få bygget bro mellem rehabiliteringsindsatsen i sundhedscentret og på hospitalet både i forhold til det faglige indhold i rehabiliteringstilbuddet og i forhold til at skabe samarbejde mellem sektorerne. Som led i at skabe en ramme for rehabiliteringstilbuddet i henholdsvis kommunalt regi og hospitalsregi er der udviklet en række værktøjer. Det drejer sig om forløbsbeskrivelser, stratificeringsværktøjer, monitoreringsredskaber, opfølgningstilbud til fastholdelse af opnået effekt, videndelingsmøder samt fælles kommunikations- og informationssystemer over sektorgrænser.

Kommunal rehabilitering i Sundhedscenter Østerbro

Oprettelsen af det første kommunale sundhedscenter for kronisk syge er et af SIKS-projektets største nyskabelser. Sundhedscenter Østerbro åbnede 1. april 2005 og modtager borgere fra Østerbro med KOL, hjertesygdom eller type 2 diabetes samt ældre med fald- og balanceproblemer – og fra 2006 også borgere med metabolisk syndrom. Det er de praktiserende læger og speciallæger på hospitalet, der henviser patienter til rehabilitering i sundhedscentret ud fra vedtagne henvisningskriterier.

Rehabiliteringens indhold er tilrettelagt i samarbejde med specialister på hospitalet og almen praksis og supplerer hospitalets tilbud ved både at bygge på den specialiserede viden, der findes i hospitalsregi, og samtidig lægge vægt på at inddrage borgernes hverdagsliv.

Rehabiliteringsforløbet i sundhedscentret består af fire elementer – en indledende samtale, et rehabiliteringsprogram indeholdende undervisning, fysisk træning, diætvejledning og evt. rygestop, en afsluttende samtale og opfølgning efter 1, 3, 6 og 12 måneder.

Rehabiliteringen har fokus på, at den enkelte opnår handlekompetence til at leve med en kro-

nisk sygdom. Dette er en langvarig proces, hvor det er vigtigt, at der er sammenhæng i den tværfaglige indsats. Personalets anerkendende tilgang og fleksibilitet er medvirkende til, at processen forløber på en for borgeren tilfredsstillende og meningsfuld måde.

De praktiserende læger på Østerbro ser sundhedscentret som en ressource, og de har så godt som alle henvist borgere dertil. I evalueringen peger flere dog på, at udredningsprogrammet forud for henvisning til rehabilitering er for omfattende, og at visitationskravene er uklare. De ønsker mere information om sundhedscentrets rehabiliterings-tilbud og de kommunale sundhedstilbud i øvrigt. Det er måske forklaringen på, at efterspørgslen til Sundhedscenter Østerbro har været mindre end forventet.

Styrket rehabilitering på Bispebjerg Hospital

For at understøtte etablering og videreudvikling af rehabiliteringstilbuddene på Bispebjerg Hospital blev medarbejdere fra de relevante afdelinger og Fysioterapien med specialistkompetencer frikøbt til, i samarbejde med projektmedarbejdere, at beskrive den kliniske evidens for rehabilitering inden for de enkelte specialer.

Den faglige indsats var og er organiseret forskelligt for de fire sygdomsområder som en følge af de enkelte afdelingers struktur og kultur. De enkelte afdelinger har kun haft lidt kendskab til hinandens indsats.

Den eksterne evaluering peger på, at en „øget integration af rehabiliteringen på hospitalet i forhold til de respektive klinikker (afdelinger) og på tværs af sygdomsområder samt håndteringen af komorbiditet er områder, hvor der synes at være behov for fremtidige overvejelser“.

Type 2 diabetes

Før SIKS-projektet fandtes et undervisningsprogram for patienter med type 2 diabetes. Videreudviklingen af rehabiliteringsindsatsen for patienter med type 2 diabetes er på Bispebjerg Hospital organiseret som en videnskabelig randomiseret, kontrolleret undersøgelse. Formålet er at sammenligne effekten af non-farmakologisk rehabilitering af type 2 diabetikere i Sundhedscenter Østerbro over for non-farmakologisk individuel livsstilsrådgivning i diabetesambulatoriet på Bispebjerg Hospital.

KOL

Den specialiserede rehabiliteringsindsats for KOL-patienter på Bispebjerg Hospital er etableret i forbindelse med SIKS-projektet. Rehabiliteringen koordineres i Lungemedicinsk Ambulatorium af en sygeplejerske, en fysioterapeut og en afdelingslæge. En diætist er tilknyttet programmet få timer pr. uge. Indsatsen indeholder de samme elementer som i Sundhedscenter Østerbro.

Hjertesygdom

På Bispebjerg Hospital fandtes før SIKS-projektet et fuldt udbygget tværfagligt rehabiliteringsprogram til patienter med iskæmisk hjertesygdom, der følges i Hjerterehabileringen. Rehabiliteringsprogrammer til patienter med hjertesvigt er etableret og videreudviklet i projektperioden. Patienter med kronisk hjertesvigt følges primært på Kardiologisk Afdelings sengeafsnit og ambulatorium. Indsatsen for disse patienter består af optitrering af den medicinske behandling, ligesom sygeplejersker rådgiver patienterne. Fra 2006 blev der mulighed for fysisk træning via Hjerterehabileringen.

Ældre med fald- og balanceproblemer

Bispebjerg Hospital havde allerede før SIKS-projektet et tværfagligt rehabiliteringsprogram til ældre patienter med fald- og balanceproblemer. I projektperioden er rehabiliteringen af denne gruppe videreudviklet i et samarbejde mellem Geriatrisk Afdeling og Reumatologisk Afdeling. Indsatsen på sengeafsnittene er forestået af en sygeplejerske og to fysioterapeuter i et samarbejde med lægerne. Målet har været at forbedre udredningen af årsager til fald og iværksætte tidlig rehabilitering. Hjemmeplejen og træningscentret på Østerbro har været vigtige samarbejdspartnere i forbindelse med beskrivelse og optimering af det samlede patientforløb.

Ledelsesinvolvering og tværsektorielt samarbejde

Ledelsesinvolvering og tværsektorielt samarbejde har været vigtigt for udviklingen af SIKS-projektet. Derfor har det været en central opgave for projektledelsen at understøtte dette i udviklingen af rehabiliteringstilbud i hospitalsregi og kommunalt regi.

Ledelsesinvolvering er helt afgørende

Implementering af projektet har stillet store krav til ledelsen på alle niveauer, både på styregruppe-, projektledelses- og afdelingsledelsesniveau. Den ledelsesmæssige forankring af styregruppen på direktionsniveau og den tværsektorielle organisering af projektledelsen har været af afgørende betydning for, at det er lykkedes at skabe et velfungerende samarbejde på tværs af sektorerne og udvikle en effektiv rehabiliteringsindsats. Styregruppen har givet tydelig ledelsesmæssig opbakning og aktivt vist, at de har troet på projektet og set mulighederne i udviklingsarbejdet, ligesom der

er stillet økonomiske midler til rådighed til etablering af rehabilitering både i sundhedscentret og på hospitalet. Samtidig har praksisudvalgsformandens deltagelse haft stor betydning for at skabe engagement blandt de praktiserende læger.

I evalueringen beskrives afdelingsledelsernes rolle og opbakning på hospitalet som varierende. Deltagerne i arbejdsgrupperne har ønsket en større opbakning fra deres nærmeste ledere. Evalueringen viser også, at der mangler viden om projektet blandt medarbejderne i sengeafsnittene og i de ambulatorier, der ikke var direkte involveret i projektet.

Tværsektorielt samarbejde giver ejerskab

Det tværsektorielle samarbejde viste sin styrke i arbejdsgrupperne, der stod for udviklingen af forløbsbeskrivelserne. Arbejdsgrupperne har været en væsentlig drivkraft bag skabelsen af det sammenhængende patientforløb i projektet. Den tværfaglige og tværsektorielle sammensætning af grupperne har givet faglig vægt til løsningen og indsigt i hinandens tankegang.

Evalueringen viser, at samarbejdsparterne finder det centralt for udvikling af ejerskab, at projektet er udviklet på tværs af sektorerne. Den generelle holdning er, at de etablerede samarbejdsfora i form af videndelingsmøder og studiebesøg er nyskabende og unikke. Disse fora befordrer dialog, debat om fremtidige udviklingsområder, udveksling af faglig viden og ensartethed i tilbuddene.

Deltagerne i arbejdsgrupperne har oplevet det positivt at deltage i projektet, og mange barrierer og fordomme er blevet diskuteret og nedbrudt. Den eksterne evaluering fra Statens Institut for Folkesundhed beskriver, at der er „etableret nye og velfungerende samarbejdsrelationer mellem primær og sekundær sektor, og at der er etableret rehabiliteringstilbud, som opleves at have forbedret kvaliteten i behandling af kronisk syge. Der

har også været udfordringer undervejs, og der er fortsat områder, hvor projektet kan forbedres, men i forhold til den komplekse organisatoriske kontekst, projektet er placeret i, hvor der skal samarbejdes på tværs af faggrænser mellem fire hospitalsklinikker, praktiserende læger, sundhedsforvaltningen og sundhedscentret, er der med SIKS-projektet sket en mærkbar udvikling“.

Redskaber til at skabe sammenhæng

SIKS-projektet har været med til at udvikle en række redskaber, som bidrager til sammenhæng i patientforløbet for personer med kronisk sygdom. Rehabiliteringsforløb er tilrettelagt i et tæt samarbejde mellem arbejdsgrupperne og projektgruppen.

Tværsæktorielle forløbsbeskrivelser

Forløbsbeskrivelserne er udviklet af de tværsæktorielle arbejdsgrupper og beskriver indholdet i rehabiliteringstilbuddet i henholdsvis hospitalsregi og kommunalt regi, samt henvisningskriterier. Forløbsbeskrivelserne er i vid udstrækning evidensbaserede, og de lægger op til et ensartet vurderingsgrundlag for visitation til rehabilitering både på hospitalet og i sundhedscenteret. Heri indgår bl.a. et stratificeringsværktøj til vurdering af, hvor det er mest hensigtsmæssigt, at den enkelte borger rehabiliteres.

Forløbsbeskrivelserne beskriver den enkelte patientgruppes vej gennem sundhedsvæsenet i forhold til rehabilitering tværsæktorielt og tværfagligt, mål for forløbet, planlagte sundhedsfaglige handlinger, samarbejde og information. Forløbsbeskrivelserne er opbygget efter den samme skabelon for de fire sygdomsområder for at sikre overskuelighed og anvendelighed. Forløbsbeskri-

velserne beskriver formål med rehabiliteringen, lægefaglig indsats, visitationskriterier, interventioner fra fysioterapeuter, sygeplejersker og diætister, relationer og tilgang til patienterne, opfølgning, personalets kompetencer, samarbejde og videndeling samt evaluering.

Forløbsbeskrivelserne har bidraget til at skabe klarhed over opgaver og rollefordelinger i SIKS-projektet og danner således fundamentet for den sundhedsfaglige indsats.

Der foreligger ikke resultater, som til fulde kan dokumentere implementeringsgraden af de enkelte elementer i forløbsbeskrivelserne.

Tværsæktoriel kompetenceudvikling

Centralt for projektet har været, at de sundhedsprofessionelles kompetencer på rehabiliteringsområdet blev styrket. Derfor har medarbejderne i SIKS-projektet også arbejdet med kompetenceudvikling på flere områder. Erfaringerne med tværsæktorielle og tværfaglige uddannelses- og undervisningstilbud har været meget tilfredsstillende, og det er et område, der med fordel kan arbejdes videre med.

Hospitalets specialister og de praktiserende læger stillede sig ved projektets start skeptisk til, om personalet i sundhedscentret besad de nødvendige kompetencer til at kunne varetage rehabiliteringen af mennesker med kronisk sygdom. Evalueringen af effekten af sundhedscentrets rehabiliteringsindsats har vist, at denne skepsis var grundløs. Dette understøttes af patienternes positive vurdering af deres forløb i sundhedscentret. De beskriver tilbuddet som både effektivt, fleksibelt og tryghedsskabende. Sundhedscentrets personale har i løbet af projektperioden tilegnet sig en stor viden og erfaring om rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom og om forskellige sundhedspædagogiske tilgange, og samarbejdet mellem persona-

let på hospital og i sundhedscentret udvikler sig løbende med hensyn til videndeling samt sparring og gensidig undervisning.

Tværasektoriel videndeling og delestillinger

Det var intentionen, at patientforløbene skulle styrkes ved hjælp af kontinuerlig videndeling og delestillinger. Specielt videndelingsmøder har givet et væsentligt bidrag til kompetenceudviklingen. Videndelingsmøder afholdes ca. fem gange årligt for hver sygdomsgruppe. Formålet er:

- At øge de sundhedsprofessionelles faglige kompetencer såvel i Sundhedscenter Østerbro som på Bispebjerg Hospital for at kunne varetage en kvalificeret rehabilitering
- At sikre at det sundhedsfaglige personale både i Sundhedscenter Østerbro og på Bispebjerg Hospital kontinuerligt bliver opdateret med sidste nye viden
- At øge de praktiserende lægers viden om rehabilitering

Til møderne inviteres personale fra Sundhedscenter Østerbro og Bispebjerg Hospital samt praktiserende læger. Mødernes tidsmæssige placering har medført, at de praktiserende læger har haft svært ved at deltage.

Videndelingsmøderne er en nyskabelse i det tværfaglige og tværasektorielle samarbejde. De har udviklet sig fra at være stedet, hvor primærsektoren søgte råd og information hos specialisterne, til en mere ligeværdig udveksling af viden og erfaringer og opleves som en stor succes.

I den eksterne evaluering beskrives det, at: „Interviewpersonerne fandt det centralt for udvikling af ejerskab, at projektet var udviklet på tværs af sektorerne, og den generelle holdning var, at de etablerede samarbejdsfora... var nyskabende og unikke og befordrende for dialog, debat om

fremtidige udviklingsområder, udveksling af faglig viden og ensartethed i tilbuddene. Videndelingsmøderne oplevedes som projektets mest succesfulde samarbejdsredskab...“

Delestillinger, hvor medarbejdere ansættes på delebasis mellem hospitalet og sundhedscentret blev forsøgt oprettet, men måtte opgives af forskellige grunde, og det har endnu ikke været muligt at etablere dem igen. Det vil være et udviklingsområde at arbejde på at få velfungerende delestillinger og jobrotation mellem hospital og sundhedscenter.

Effekten af rehabiliteringsindsatsen

For alle personer, der er indgået i rehabiliteringsforløb enten i Sundhedscenter Østerbro eller på Bispebjerg Hospital, er der indsamlet data om generelle patientkarakteristika (alder, køn etc.), ernæringstilstand (vægt, BMI, taljemål) og objektive mål for helbredstilstand før og efter indsatsen. Desuden har deltagerne besvaret spørgeskemaer vedrørende livskvalitet og selv vurderet funktions-evne. Dataregistrering i forbindelse med evalueringen stoppede i september 2007. Borgernes oplevelse af Sundhedscenter Østerbro er evalueret vha. et spørgeskema, der blev udviklet og valideret af SIKS-projektgruppen.

Alle data blev indtastet i databaser oprettet specielt til formålet. Analyser blev foretaget i SPSS 13.0. Der blev anvendt Student's t-test og χ^2 -test med et signifikansniveau på 0,05. Inden de statistiske analyser blev datamaterialet gennemgået grundigt for at sikre, at det ikke indeholdt afvigende værdier.

Borgerne i sundhedscentret var karakteriseret ved:

40% var mænd. Gennemsnitsalderen var 68 år og 62% var over 65 år. I alt 24% modtog hjemmepleje. I alt 93% var af dansk oprindelse. Andelen af nuværende rygere var 25%. Med hensyn til fysisk aktivitetsniveau var godt 20% næsten helt passive, mens knap 40% var meget fysisk aktive. Det gennemsnitlige BMI var 29 kg/m², og 64% var overvægtige eller fede, da de blev henvist til sundhedscentret.

Kommunal rehabilitering virker

I projektperioden fik 564 personer tilbud om rehabiliteringsforløb i Sundhedscenter Østerbro. På opgørelsestidspunktet i juni 2007 havde 53% af disse gennemført forløbet, og 16% var fortsat i gang med et forløb. De primære årsager til ophør var manglende tid eller motivation samt forværring af sygdommen. Der var ikke væsentlige signifikante forskelle på personer der hhv. gennemførte og ikke gennemførte forløbet i sundhedscentret.

Det er lykkedes at etablere effektive rehabiliteringstilbud i kommunalt regi, som borgerne er meget tilfredse med. Størrelsen af effekten af rehabilitering er sammenlignelig med resultater opnået i andre studier i hospitalsregi.

Borgere, der gennemførte et rehabiliteringsforløb i Sundhedscenter Østerbro, opnåede signifikant forbedret fysisk funktionsevne.

Blandt borgere med type 2 diabetes og KOL afspejledes de objektivt målte forbedringer i den subjektive vurdering af funktionsevne. I alle patientgrupper blev livskvaliteten ligeledes forbedret på parametre som fysisk funktion, alment helbred og energi.

For borgere med type 2 diabetes sås endvidere en signifikant forbedring i glykæmisk kontrol og lipidprofil, svarende til risikoreduktion på 20% for udvikling af alvorlige komplikationer til diabetes sygdommen. Evalueringen har ikke afdækket, hvorvidt disse ændringer kan tilskrives rehabiliteringsindsatsen eller forbedringer i den medicinske behandling. Deltagerne opnåede endvidere en signifikant forbedring i ernæringstilstanden. Borgere med KOL opnåede i gennemsnit mere end en fordobling af gangdistancen. For borgere med hjertesygdom fandtes også signifikant forbedring i gangdistancen. Ældre med fald- og balanceproblemer havde en gennemsnitsalder på 80 år, og 78% boede alene. De opnåede signifikante forbedringer i både balanceevne og muskelstyrke.

Borgerne er glade for Sundhedscenter Østerbro

Stort set alle borgere havde en positiv vurdering af deres forløb. Desuden angav de fleste, at rehabiliteringsforløbet havde medført livsstilsændringer. Borgerne oplevede, at indsatsen havde effekt og de var trygge ved at gå der. De oplevede stor fleksibilitet i forløbet, og der var gode muligheder for at skabe netværk i form af samvær med ligestillede. Der ønskedes forbedringer i forhold til afslutningen af rehabiliteringsforløbet og overgangen til tiden efter, bl.a. efterlystes netværksgrupper og mulighed for at kunne træne i centret efter forløbet. Desuden var der en oplevelse af, at borgerens egen læge manglede viden om centret.

Effekten af rehabilitering på hospital

KOL

I projektperioden påbegyndte 90 KOL-patienter et rehabiliteringsprogram på Bispebjerg Hospital og heraf gennemførte 73%. Årsagerne til frafaldet var de samme som i sundhedscentret.

Patienterne opnåede en forbedring af ernærings-tilstanden samt bedre funktionsevne målt både vha. objektive og subjektive mål. Vurdering af livskvaliteten viste, at patienterne ved rehabiliteringsforløbets afslutning havde mere energi og bedre generelt psykisk helbred.

Type 2 diabetes

Indsatsen i diabetesambulatoriet på Bispebjerg Hospital var organiseret som en randomiseret kontrolleret undersøgelse. Resultaterne herfra foreligger endnu ikke. De forventes publiceret i 2009. I perioden 1. september 2006 til 31. maj 2007 var 40 patienter blevet randomiseret til individuel livsstilsrådgivning i diabetesambulatoriet. Heraf havde 18 patienter gennemført og 9 patienter var stadig i gang med interventionen på opgørelsestidspunktet.

For de 18 patienter, der gennemførte 6 måneders individuel ambulans livsstilsrådgivning sås en tendens til forbedring i både de kliniske parametre og de fysiske funktionstest. Patienternes livskvalitet ændrede sig ligeledes positivt.

Hjertesygdom

Samarbejdet mellem Kardiologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og SIKS har ikke medført udvikling af projektdatabase tilhørende SIKS.

Ældre med fald- og balanceproblemer

I et samarbejde mellem Reumatologisk Afdeling og Geriatrik Afdeling om patienter indlagt efter fald, blev der udviklet et struktureret samarbejde med Københavns Kommune, bl.a. en udgående funktion fokuseret på sammenhængende forløb. De deltagende patienter opnåede en signifikant forbedring af funktionsevnen i perioden fra indlæggelse til udskrivelse.

En journalaudit på ni patientforløb viste, at det tværsektorielle samarbejde fungerede tilfreds-

stillende i seks forløb, mens det i tre forløb ikke var tilfredsstillende. Specielt blev der registreret problemer med overdragelse af relevante informationer såvel internt i kommunen og på hospitalet som mellem kommune og hospital.

Udgifter og efterspørgsel ved kommunal rehabilitering

De økonomiske omkostninger ved et rehabiliteringsforløb i sundhedscentret er estimeret for henholdsvis et kort 7-ugers rehabiliteringsforløb (KOL) og et længere 12-ugers forløb (type 2 diabetes).

Ved et 7-ugers fuldt rehabiliteringsforløb for KOL modtager borgeren i alt 49 timer i form af holdtræning, vejledning mv. Forløbet koster kr. 8.300 pr. borger ved en maksimal holdstørrelse på 12 personer. Ved et 12-ugers fuldt rehabiliteringsforløb for type 2 diabetes modtager borgeren i alt 62,5 timer i form af holdtræning, vejledning mv., og forløbet koster kr. 9.406 pr. borger ved en maksimal holdstørrelse på 12 personer. Begge forløb omfatter indledende samtale, træning, undervisning, diætvejledning (initial og opfølgende), madlavning, indkøb, rygestopvejledning, afsluttende samtale og opfølgning.

Priserne på forløbene indeholder alene udgifter til personale i form af både direkte og indirekte borgerrettede opgaver, men ikke udgifter til husleje, el, varme, leder- og sekretærløn, træningsudstyr o.l. Prisen på et rehabiliteringsforløb afhænger i høj grad af forholdet mellem de indirekte og direkte borgerrettede opgaver.

De beregnede udgifter til rehabiliteringsforløb i sundhedscentret i projektperioden 1. april 2005 til 31. maj 2007 skal vurderes i lyset af, at der har været tale om en udviklingsopgave. Der er foregået en lang række udviklingsprocesser i perioden

i forbindelse med etableringen af sundhedscentret, og de beregnede udgifter kan derfor ikke umiddelbart overføres som forventede udgifter i en driftsfase.

På baggrund af data om forekomsten af KOL, type 2 diabetes og iskæmisk hjertesygdom i befolkningen må det antages, at mange Østerbro borgere med kronisk sygdom, ikke har fået et relevant tilbud om rehabilitering i Sundhedscenter Østerbro. Opgaven er derfor at øge efterspørgslen efter sundhedscentrets ydelser, således at antallet af gennemførte rehabiliteringsforløb afspejler det reelle behov for rehabilitering.

Det er ikke i Danmark undersøgt, om kommunal rehabilitering til patienter med KOL, type 2 diabetes og iskæmisk hjertesygdom medfører en reduktion i forbruget af regionale sundhedsydelser.

På baggrund af den positive effekt af rehabilitering i sundhedscentret må det imidlertid formodes, at tilbuddet vil medføre et reduceret forbrug af regionale sundhedsydelser, dels ved at medføre andre ydelser her og nu hos den praktiserende læge, dels ved på længere sigt at forebygge progression af sygdommen og dermed hospitalsindlæggelser. Dette forudsætter dog, at de opnåede livsstilsændringer fastholdes.

Samlet set er der med den tilbudte kommunale rehabilitering tale om et serviceløft. Dette skyldes, at hospitalerne tidligere kun i meget begrænset omfang har tilbudt de kronisk syge systematiske rehabiliteringsforløb. Kommunerne har således ikke fået overført en rehabiliteringsopgave fra hospitalerne, men har snarere igangsat en indsats, som ikke tidligere fandtes i det danske sundhedsvæsen.

Model for sammenhængende indsats for mennesker med kroniske sygdomme

Ved oprettelsen af Sundhedscenter Østerbro og styrkelsen af rehabiliteringsindsatsen på Bispebjerg Hospital er der skabt en model for en organisatorisk ramme for tilbuddet om rehabilitering til borgere/patienter med kronisk sygdom. Modellen kan tjene som inspiration ved fremtidigt tværsektorielt samarbejde mellem specialister på hospitalet, de praktiserende læger og det kommunale rehabiliteringstilbud.

Modellen er blandt andet inspireret af The Chronic Care Model samt The Expanded Chronic Care Model [2].

Modellen beskriver, hvorledes de sundhedsfaglige ydelser i patientforløbet organiseres i en sammenhængende indsats (figur 1). Tilbuddet dækker både den kliniske indsats, rehabiliteringen og den efterfølgende fastholdelse af opnået effekt. Modellen indeholder en række centrale elementer, der alle er nødvendige og som virker i et samspil med hinanden. Elementerne omfatter patient/borger, tværsektoriel ledelse, organisationer og en række

værktøjer, samlet i en 'værktøjskasse', der understøtter sammenhænge, fagligheden og personalet. For at opnå en effektiv sundhedsfaglig indsats for patienten/borgeren og et tilfredsstillende forløb af høj kvalitet er det et krav, at alle modellens elementer er til stede.

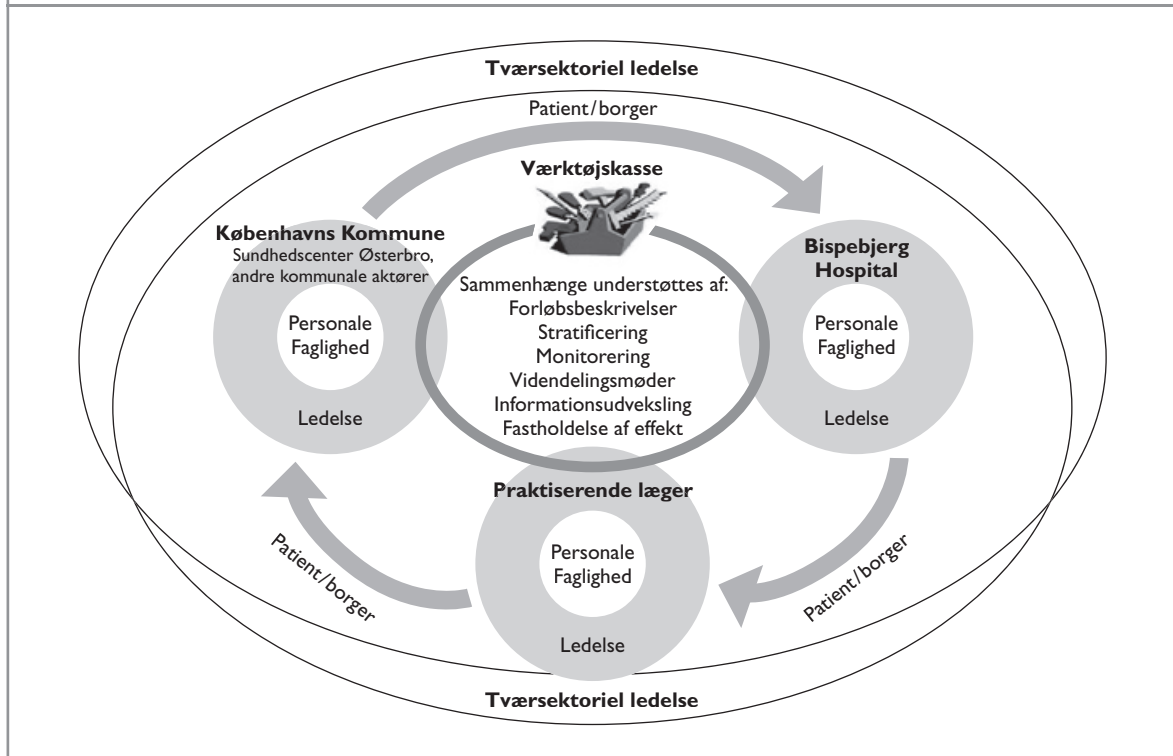
Patient eller borger

Patienten/borgeren er den centrale figur i modellen. Inddragelse af patienten/borgeren i forbindelse med varetagelse af sin egen sygdom vil blive styrket i samarbejde med de sundhedsprofessionelle.

Tværsektoriel ledelse

Ledelsen i modellen skal være tværsektorielt sammensat på alle niveauer i de involverede organisationer. Ledelsen skal arbejde horisontalt, det vil sige lede over sektorgrænser og arbejde mod de samme mål inden for de forskellige organisationer. Ledelserne skal sikre sammenhæng mellem orga-

Figur 1. Model for sammenhængende indsats (SIKS-modellen)



nisationer inden for modellens arbejds- og udviklingsområder. Projektledelsen skal kommunikere 'opad' i organisationen til de øverste ledelser og også 'nedad' til eksempelvis afdelingsledelser og arbejdsgrupper. Denne vertikale kommunikation sikrer sammenhæng mellem ledelsesniveauerne.

Organisationer

Organisationerne omfatter de praktiserende læger, hospitalet og rehabiliteringsindsatsen i kommunen. I modellen tilbydes kommunens rehabiliteringsindsats i et sundhedscenter. Sundhedscentret er en ny organisatorisk enhed, der er skabt for at kunne tilbyde rehabilitering i patienternes nær-

miljø. Lægerne på hospitalet og i almen praksis skal have mulighed for at henvise deres patienter til rehabilitering enten på hospitalet eller i sundhedscentret afhængig af sygdommens sværhedsgrad.

Sammenhænge

Styrkelse af sammenhænge mellem organisationerne er centralt i modellen. De indsatser, der findes i 'værktøjskassen', styrker og udvikler sammenhænge. *Forløbsbeskrivelserne* er med til at understøtte sammenhængende patientforløb. *Forløbsbeskrivelserne* tydeliggør *stratificering* af patienterne og beskriver derudover *monitorering*

af indsatsen. *Videndelingsmøder* er en nyskabelse i modellen og er med til at sikre videndeling over fag- og sektorgrænser og understøtter en tilnærmelse mellem de forskellige kulturer i organisationerne. *Informationsudveksling* og sikring af sammenhæng sker bl.a. ved udarbejdelse af en epikrise til patientens læge ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. Der skal arbejdes med *fastholdelse af rehabiliteringens effekt*, bl.a. ved at patienter anvender lokale motionscentre, idrætsforeninger, idrætsfaciliteter etc.

Personale

Personalets kliniske, pædagogiske og kommunikative kompetencer er centrale for at sikre et tilbud af høj faglig kvalitet til patienten. Forløbsbeskrivelserne beskriver de faglige kompetencer og indsatser. Derudover skal der udvikles tværfaglige og tværsektorielle kompetencer for relevante personalegrupper.

Faglighed

Fagligheden beskrives i de tværsektorielle forløbsbeskrivelser. Forløbsbeskrivelserne sikrer, at personalet i de forskellige organisationer arbejder mod ens mål og anvender ens monitoreringsmetoder. Desuden understøtter de forståelsen af de forskellige organisationskulturer. Vejledninger til praktiserende læger beskriver henvisningsmåde, kriterier for henvisning og hvilke oplysninger, der skal følge patienten ved henvisning til rehabilitering. I beskrivelserne fremstilles en række evidensbaserede faglige relevante ydelser såsom den motiverende samtale, det fysiske træningsprogram med tilhørende funktionstest, patientundervisning, rygestop- og diætvejledning. Desuden beskrives den pædagogiske tilgang til patienten, og relevante helbredsrelaterede tests gennemgås, herunder også sygdomsspecifikke tests, tillige med forskellige livskvalitetsmålinger med henblik på løbende monitorering i sektorerne.

Perspektivering og anbefalinger

SIKS-projektet blev gennemført i en periode, hvor det danske sundhedsvæsen har været under betydelig omstilling. Sideløbende med at projektet blev gennemført, blev Kommunalreformen og den nye Sundhedslov vedtaget med ikrafttrædelse 1. januar 2007. Projektet blev tilrettelagt i forventning om, at kommunerne med den nye Sundhedslov ville få tillagt et betydeligt ansvar i forhold til rehabilitering af borgere med kronisk sygdom, og at dette ville kunne medføre betydelige substitutionsgevinster i det kommunale sundhedsregnskab. Undervejs blev det klart, at kommunernes ansvar i forhold til rehabilitering af borgere med kronisk sygdom ikke ville blive så tydeligt artikuleret i Sundhedsloven.

SIKS-projektet er indskrevet i første generation af sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune med en forventning om, at resultaterne af SIKS-projektet kan danne grundlag for en samfinansieringsmodel mellem region og kommune af sundhedscentre for kronisk syge. Kommunernes rolle i forhold til rehabilitering af patienter med kronisk sygdom drøftes stadig, ligesom den praktiserende læges rolle som tovholder.

Resultaterne af SIKS-projektet viser, at det er muligt at tilbyde effektiv rehabilitering i kommunalt regi, når der etableres et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om opgaven. Væsentlige dele af SIKS-projektet er ved projektets afslutning

overgået til drift – blandt andet rehabiliteringstilbuddene i Sundhedscenter Østerbro.

SIKS-projektets styrke har været det tætte samarbejde mellem de tre aktører: hospital, praktiserende læger og sundhedscenter – både på direktionsniveau, mellemederniveau og medarbejderniveau. Det er projektledelsens klare vurdering, at det ikke havde været muligt at udvikle og tilbyde et så velunderbygget rehabiliteringstilbud, hvis der ikke havde været samarbejde om udviklingen af forløbsbeskrivelser og videndeling på tværs af sektorerne. Fremover er der behov for et mere fokuseret samarbejde med praktiserende læger for at udvikle den sammenhængende indsats til mennesker med kronisk sygdom.

SIKS-projektet har været et foregangsprojekt i forhold til at skabe det sammenhængende patientforløb til patienter med kronisk sygdom på Østerbro, og der er i projektet skabt mange erfaringer, der kan anvendes i andre dele af København og i andre kommuner og regioner.

I efteråret 2007 åbnede et sundhedscenter på Nørrebro, der arbejder ud fra de samme forløbsbeskrivelser. I allonge til sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune beskrives at „Region Hovedstaden og Københavns Kommune er enige om at udbygge indsatsen for kronisk syge i de kommende år, blandt andet ved involvering af Amager Hospital og Hvidovre Hospital“. Implementeringen af SIKS-modellen på

Amager begyndte i efteråret 2007 i et samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Amager Hospital og de praktiserende læger på Amager og i tæt samarbejde med to overlæger fra projektledelsen. Der vil blive åbnet et nyt kommunalt sundhedscenter på Amager ultimo 2008/primio 2009. Det forventes, at der vil åbne endnu 1–2 sundhedscentre i Københavns Kommune, hvorefter sundhedscentrenes tilbud vil dække hele byen.

Udnyttelse af den viden og ekspertise, der er opnået i SIKS-projektet, kalder på, at der udvikles en organisation omkring implementeringen af SIKS-modellen i hele Københavns Kommune. Der kunne f.eks. etableres en fælles styregruppe for hele København og en fælles udviklingsorganisation, suppleret af en lokal driftsforankring i de enkelte områder med reference til de lokale samordningsudvalg.

Modellen for sammenhængende indsats, der er udviklet i forbindelse med SIKS-projektet, tager udgangspunkt i en stor kommunes lokalområde med ca. 67.000 indbyggere. Hvis andre kommuner skal anvende modellen til implementering af tværsektoriel rehabilitering til mennesker med kronisk sygdom, kan der være behov for, at modellen tillempes lokale forhold, så der bl.a. tages højde for infrastrukturen og kompetencerne det pågældende sted.

Anbefalinger til den videre udvikling af SIKS-projektet

I forbindelse med den videre udvikling af SIKS-projektet vil det være oplagt at fokusere på nogle af de områder, hvor der fortsat er behov for implementering og udvikling. I det følgende anføres de vigtigste anbefalinger.

Sammenhængende indsats

- Implementering og videreudvikling af patientforløbsbeskrivelserne og sikring af samspillet til de kommende regionale forløbsprogrammer
- Videreudvikling af sammenhængen i de forløb, der starter på hospitalet og fortsætter i sundhedscentret, så indsatsen opleves som sammenhængende for borgerne
- Videreudvikling af sammenhængen i indsatsen for den enkelte patient med fokus på kommunikation mellem faggrupper
- Videreudvikling af stratificeringen til rehabilitering, dvs. den rette patient til det rette sted og den rette tid
- Udvikling af systematiske rehabiliteringstilbud til borgere med nydiagnosticeret kronisk sygdom
- Udvikling af sammenhængende indsats for nye sygdomsgrupper
- Iværksættelse af forskningsbaseret undersøgelse med henblik på at vurdere i hvilket omfang rehabiliteringsindsatsen begrænser forbruget af regionale sundhedsydelser

Sundhedscentre

- Effektivisering af henvisning til sundhedscentre, f.eks. ved at udskrive patienter med relevante diagnoser tilbydes rehabiliteringsforløb i sundhedscentre
- Sikring af et tættere samspil mellem sundhedscentret og praktiserende læger i samarbejdet om den enkelte patient, herunder udvikling af den praktiserende læges funktion
- Systematisk opfølgning af tilbud til borgerne efter endt rehabilitering i sundhedscentret
- Udvikling af nye samarbejdsrelationer særligt om den sårbare patient/borger, herunder et struktureret samarbejde med f.eks. psykolog og socialrådgiver

- Øget samarbejde mellem sundhedscentre og træningscentre og mellem sundhedscentre og kommunens myndigheds- og udførerområde bl.a. med henblik på opkvalificering af hjemmeplejens personale
- Etablering af en samlet indgang til genoptræning/rehabilitering i kommunalt regi
- Kvalificering af den medikamentelle behandling specielt i relation til sikring af compliance og forbedret kommunikation ved sektorovergang
- Systematisk tilbud om rehabilitering på sundhedscenter til nydiagnosticerede patienter fra almen praksis med de relevante diagnoser, - enten i form af en kortvarig tidlig livsstilsintervention eller som et egentligt rehabiliteringsforløb

Hospitalet

- Integrere og udvikle rehabiliteringen yderligere i de respektive afdelinger
- Udvikle samarbejde om rehabilitering på tværs af afdelinger

Praktiserende læger

- Arbejde videre med at praktiserende læger tilbyder borgere med kronisk sygdom tidlig udredning, behandling og rehabilitering
- Forenkler henvisningsprocedurer til sundhedscentre
- Sikre relevant information om rehabiliterings-tilbud på sundhedscentre og hospital, blandt andet med henblik på at øge henvisningsraten
- Understøtte igangsætning af diagnoseregistrering hos praktiserende læger

Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle

- Udvikle den kliniske og sundhedspædagogiske kompetence yderligere

- Etablere delestillinger og jobrotation mellem hospital og sundhedscentre

Kvalitetsudvikling

- Beslutte hvilke evalueringsparametre der fremover skal benyttes i sundhedscentre og på hospitalet og igangsætte regelmæssig kvalitetsmonitorering
- Monitorere patienternes/borgernes tilfredshed med indsatsen
- Skabe sammenhæng med den danske kvalitetsmodel
- Udvikle et evalueringsredskab til vurdering af graden af sammenhæng

Kommunikation

- Forbedring af kommunikationen både internt og på tværs om den enkelte borger/patient.
- Udvikling af fælles elektronisk kommunikation mellem borger, almen praksis, kommune og hospital

Anbefalinger til udviklingen af den tværsektorielle indsats i relation til hele Københavns Kommune

- Udarbejdelse af tværsektoriel bydækkende udviklingsplan for indsatsen over for borgere med kronisk sygdom i hele Københavns Kommune
- Etablering af tværsektoriel udviklingsorganisation suppleret med lokal driftsforankring i de enkelte lokalområder

Anbefalinger til andre kommuner og regioner

På baggrund af erfaringerne fra SIKS-projektet er det muligt at opliste en række anbefalinger til andre kommuner og regioner, der har planer om at tilbyde sammenhængende indsats til mennesker med kronisk sygdom i et tværsektorielt samarbejde:

- 1 Etablere rehabiliteringstilbud i begge sektorer, der understøtter hinanden
- 2 Sikre tværsektoriel ledelsesmæssig opbakning og involvering på alle niveauer
- 3 Sikre organisatoriske rammer der styrker frem for hæmmer sammenhænge både internt i organisationerne og over sektorgrænser
- 4 Etablere et struktureret forpligtende samarbejde over sektorgrænser, der af de involverede opleves forståeligt, håndterbart og meningsfuldt
- 5 Styrke sammenhænge gennem udvikling og implementering af en fælles ”værktøjskasse” bestående af: forløbsbeskrivelser med bl.a. stratificeringsværktøjer, fælles kvalitetsstandarder, fælles monitoreringsredskaber, opfølgningstilbud med henblik på fastholdelse af livsstileændringer, fælles kommunikations- og informations-systemer over sektorgrænser, tværsektoriel og tværfaglig kompetenceudvikling, videndelmøder og pædagogisk tilgang
- 6 Sikre at den enkelte patient/borger oplever sammenhæng i sit forløb
- 7 Afsætte ressourcer til etablering af det tværsektorielle samarbejde

Referencer

1. Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune.
Sammenhængende Indsats for Kronisk syge. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro.
København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune 2008
– eller: www.siks-kbh.dk
2. Improving Chronic Illness Care.
The Chronic Care Model.
http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
Marts 2008.





Bispebjerg Hospital og
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune 2008