

**Forløbspartner:
Koordinering og sammenhæng for borgere med kræft
En midtvejsevaluering**

af

Thorkil Thorsen

September 2008

SYNTHESE

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| INDLEDNING | 3 |
| FORLØBSPARTNERPROJEKTET | 3 |
| EVALUERINGSPROJEKTET | 3 |
| EVALUERINGENS METODE OG MATERIALE | 3 |
| <i>Log-skemaer</i> | 3 |
| <i>Interviews</i> | 4 |
| OM DENNE RAPPORT | 4 |
| PROJEKTETS GENNEMFØRTE AKTIVITETER | 4 |
| BORGERKONTAKTER | 4 |
| KONTAKTER FRA KRÆFTRAMTE BORGERE I OG UDEN FOR MÅLGRUPPEN | 7 |
| HENVISNING ELLER KENDSKAB TIL PROJEKTET | 7 |
| SAGSBEHANDLENDE AKTIVITETER | 7 |
| VIDENSCENTERFUNKTIONER | 8 |
| PROMOVERING OG ORGANISERING AF PROJEKTET | 8 |
| INTERNETTET SOM MARKEDSFØRINGSMEDIE | 10 |
| FORLØBSPARTNERNE OG DERES BIDRAG | 11 |
| ØVRIGE AKTØRER I FELTET | 12 |
| PROJEKTETS IDENTITET OG LEGITIMITET | 15 |
| PROJEKTETS SIDSTE HALVDEL | 17 |
| ANBEFALINGER | 18 |
| <i>Dokumentation og formidling</i> | 18 |
| <i>Udvikling af en samarbejdsmodel</i> | 19 |
| <i>Fysisk nærhed til samarbejdspartnere eller et fast samarbejdskorps</i> | 19 |
| <i>Mellemed mellem borger og arbejdsgiver</i> | 20 |
| <i>Markedsføring og information</i> | 20 |
| ENDNU EN PRÆMIS | 20 |
| KONKLUSION | 21 |

Denne evaluering er gennemført af kultursociolog Thorkil Thorsen, konsulentfirmaet SYNTHESE (www.synthese.dk). Rapporten er afsluttet og afleveret den 30. september 2008.

Indledning

Forløbspartnerprojektet

Projektets formål er ”at udvikle et sammenhængende og koordineret sygdoms- og rehabiliteringsforløb for borgere med kræft, fra diagnosen er stillet til tilbagevenden til arbejdsmarkedet” (citeret fra den oprindelige projektbeskrivelse).

Projektet skal:

- tilbyde forløbspartner til borgere med kræft med henblik på et sammenhængende og koordineret rehabiliteringsforløb, herunder støtte til egenomsorg
- udvikle metoder til organisering og samarbejde om forløb for kræftramte (mellem sygehuse og kommuner, internt i kommunerne, tværkommunalt og mellem kommunerne og frivilligrådgivningen i Kræftens Bekæmpelse)
- udnytte og udvikle viden til forbedret rehabilitering
- skabe bedre rammer for fastholdelse og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Forløbspartnerprojektet, som startede i august 2007 og slutter i sommeren/efteråret 2009, er et fælleskommunalt projekt mellem Svendborg og Langeland kommuner. Det er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som er indgået i et partnerskab med Kræftens Bekæmpelse og Kommunernes Landsforening.

Projektet er bemandet med tre medarbejdere, kaldet forløbspartnere. En forløbspartner er defineret som ”en professionel fagperson, som er ansat i kommunen til at koordinere og skabe sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløbet for borgere med kræft. Forløbspartneren hjælper, med udgangspunkt i den enkelte borger og dennes familie, med både fysiske, psykiske og sociale behov for rehabilitering. Der er bl.a. fokus på tilbud om fysisk aktivitet, og at skabe metoder for samarbejde med arbejdsmarkedet, for at sikre en bedre tilbagevenden for den kræftramte”.

Evalueringsprojektet

Projektet har ønsket at få evalueret sin virksomhed og sine resultater. I den forbindelse er det aftalt med mig, at jeg skulle stille et redskab til rådighed for projektets egen, løbende registrering af aktiviteter, samt følge projektet undervejs og udarbejde en midtvejsevaluering. Denne skal bl.a. ”gennemføre en analyse af det hidtidige projektførløb mhp. at karakterisere eventuelle problemer og opstille anbefalinger til løsning af disse i projektets 2. halvdel” (citeret fra kontrakten).

Den her foreliggende evaluering beskriver ikke de inkluderede borgeres vurderinger eller tilfredshed med forløbspartnerens ydelser (en sådan borgertilfredshedsundersøgelse gennemføres af Kræftens Bekæmpelse, men den er først færdig ved projektets afslutning).

Evaluerings metode og materiale

Log-skemaer

Evaluator aftalte ved et indledende møde i september 2007 med de 3 forløbspartnere i projektet, at de skulle registrere deres aktiviteter i et log-skema. Skemaet udarbejdedes af evaluator i samarbejde

med forløbspartnerne, som afprøvede det på de første borger-kontakter og formidlingsaktiviteter, og vi udvekslede i de første måneder erfaringer og synspunkter på skemaet for derigennem at kvalitets-sikre udfyldelsen. (Skema med tilhørende vejledning er optrykt som bilag til denne rapport).

Log-skemaet har to formål: Dels skal det fungere som et direkte dataindsamlingsinstrument til evalueringen; dels skal det være et værktøj til at skærpe forløbspartnerenes refleksion over de enkelte besøg og aktiviteter (med det formål at holde fokus og fremme kvaliteten i aktiviteterne). Samtidig har udfyldte log-skemaer også fungeret som journalnotater for forløbspartnerne.

Log-skemaer til brug for denne evaluering dækker perioden oktober 2007 – september 2008.

Interviews

Som supplement til den viden og de problemstillinger, som ses af log-skemaerne, er der gennemført to 2-timers gruppeinterviews med forløbspartnerne i henholdsvis februar og august 2008.

Om denne rapport

Dette er en midtvejsevaluering, og som sådan er den både tilbageskuende og fremadrettet. Første del af rapporten beskæftiger sig derfor med projektets hidtidige forløb. Mens anden halvdel kigger fremad ved at påpege muligheder for forbedringer.

Den primære målgruppe for rapporten er Forløbspartner-projektets styregruppe og dets forløbspartnerne. For at gøre rapporten tilgængelig for en bredere kreds er der dog medtaget oplysninger og beskrivende afsnit, som er styregruppen og forløbspartnerne bekendt, men som kan være nødvendig oplysning for andre til at forstå sammenhænge og vurderinger.

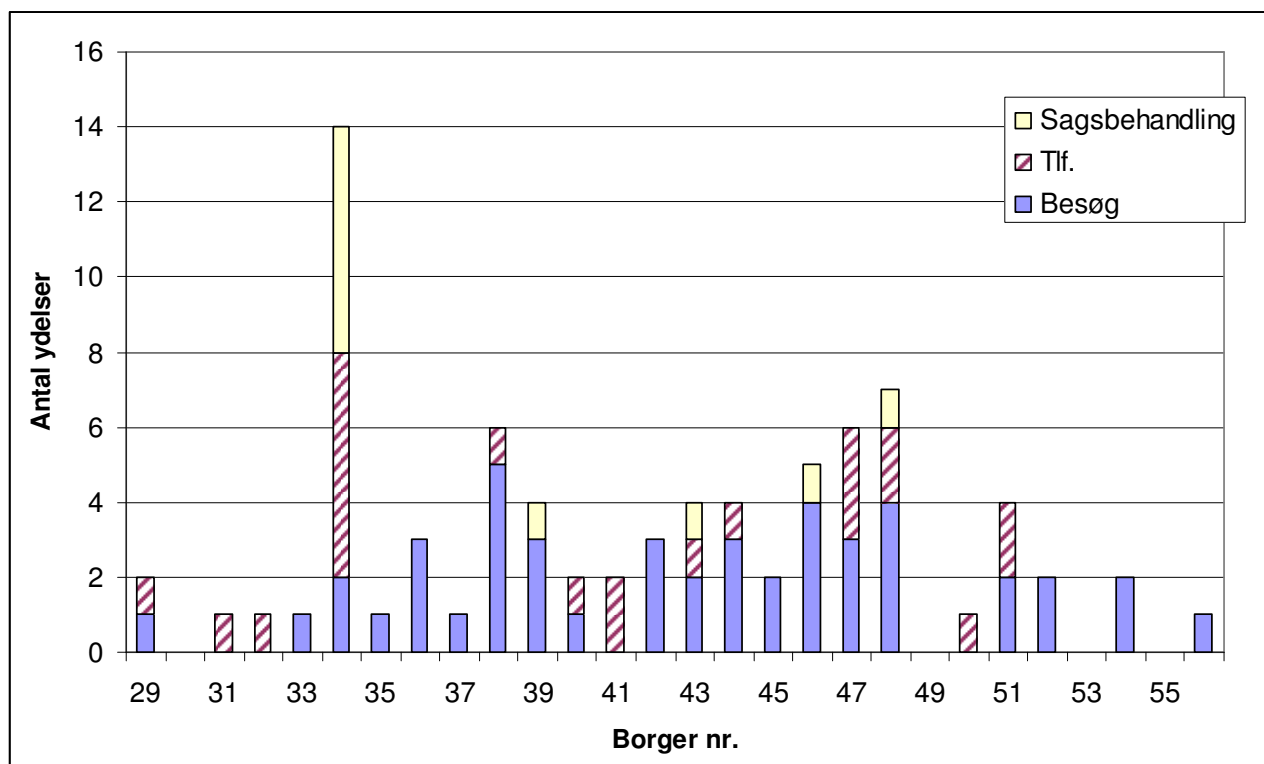
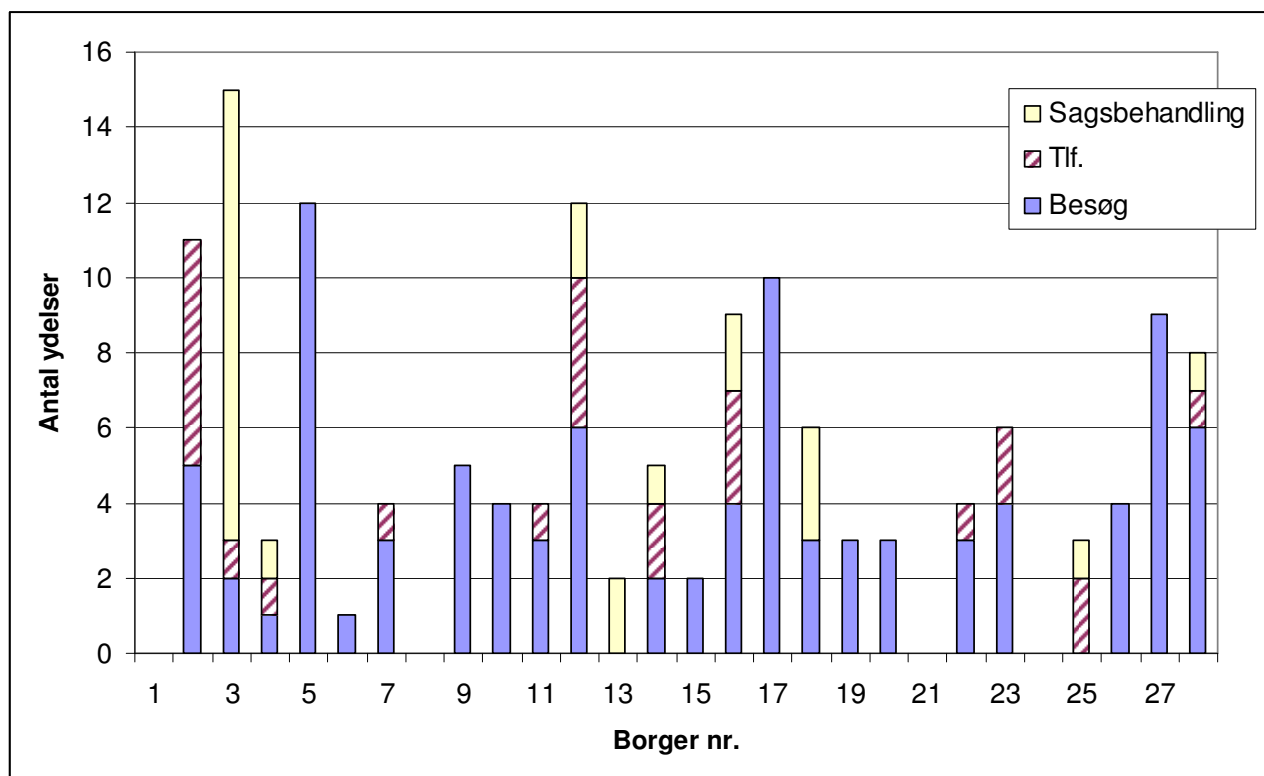
Projektets gennemførte aktiviteter

Forløbspartnerenes ydelser i dette projekt inkluderer kontakter til kræfttramte borgere, samt kontakter til en lang række myndighedsinstanser, behandlere og frivillige. Forløbspartnerne har også i enkelte tilfælde fungeret som et videnscenter, hvor borgere, sagsbehandlere og behandlere har søgt oplysninger.

Borgerkontakter

Det fremgår af loggen, at forløbspartnerne i projektets første halvdel har haft kontakt til 56 kræft-ramte borgere. Borgerne er oftest besøgt i deres eget hjem. Knap 2/3 af alle ydelser, som kan læses ud af log-udskrifterne, har været besøg i borgernes hjem, mens ca. 1/5 af ydelserne har været telefoniske kontakter med borgeren (eller i meget få tilfælde med dennes pårørende) ud over den første kontakt, hvor en borger har henvendt sig. Ca. 15% af ydelserne kan kaldes sagsbehandling og møder med inddragelse af tredjeperson på foranledning af forløbspartnerne (eller i få tilfælde på foranledning af tredjepart).

Af de følgende diagrammer ses fordelingen på de forskellige aktivitetstyper. Nogle borgere har kun haft telefoniske kontakter med forløbspartneren, mens andre kun har haft besøg i hjemmet. I ganske få tilfælde har borgeren ønsket ”hjemmebesøget” henlagt til et neutralt sted eller på en forløbspartnerens kontor.



Der kan ses en tendens til færre kontakter/ydelse hos borgerne med de højere numre. Dette afspejler for en dels vedkommende, at disse borgere er indgået på et så sent tidspunkt i projektet, at de endnu ikke alle er afsluttede (borgerne tildeles fortløbende numre). Heller ikke alle fra projektets tidlige periode er dog afsluttet, fx borger nr. 3.

Nogle af borgernumrene har ingen markering, fordi der ikke har været yderligere kontakt efter den første telefoniske henvendelse. I nogle af disse tilfælde har borgeren været for gammel (over 65 år) til at måtte indgå i projektet. Men ellers er variationen stor: Fx har borger 5 haft 12 besøg af en forløbspartner, mens borger nr. 6 kun har haft ét.

Der opereres ikke med et fast maksimums-antal kontakter eller besøg. Men projektet har sine begrænsninger. Forløbspartnerne bestræber sig derfor på at aktivere det netværk, som borgeren måtte have. Men ofte er der dog tale om små eller svage netværk. Og i en kræftram familie kan alle medlemmer være i krise. Projektet har flere gange oplevet, at selv om et forløb er afsluttet efter gensidig overenskomst, så sker det, at borgeren ringer uger eller måneder senere, fordi der er opstået nye problemstillinger (ikke nødvendigvis sygdomsrecidiv). Rehabilitering er en langvarig proces.

Ellers bør det anmærkes, at de talmæssige opgørelser ikke helt yder fuld retfærdighed til de mange og forskelligartede aktiviteter, som forsøgspartnerne har gennemført. I mange tilfælde har en forsøgspartner under og umiddelbart efter et besøg i borgernes hjem kontaktet myndigheder og samarbejdspartnere (fx hjælpemiddelafdeling, læge, fysioterapeut, hjerneskadespecialist, jobcenter, kontaktsygeplejerske), undersøgt en lovgivning, anmodet om tilsendelse af et skema, koordineret osv. Den megen telefontrafik mellem forløbspartner og tredjepart og efterfølgende telefonisk orientering til borgeren om resultatet af kontakterne til tredjepart indgår ikke i ovenstående diagrammer.

Det fremgår heller ikke af diagrammerne, hvor mange arbejdstimer, der har været lagt i de enkelte aktiviteter og aktivitetstyper. Det første besøg i borgernes hjem har dog været stipuleret til 2 timer, mens de efterfølgende i princippet har været planlagt til 1½ time. Tidsforbruget til de afledte opgaver fra besøgene (kontakter til og samtaler med andre, brevskrivning, journalskrivning mv.) er ikke registreret i log-skemaerne.

Indholdet i borgerkontakterne er rigt varieret. Nogle har været jævnlige besøg med det formål at motionere med borgeren. I andre tilfælde har forløbspartneren haft mere eksistentiale samtaler samtidig med forklaringer på symptomer, behandlingsresultater mv. I nogle tilfælde er forløbspartneren blevet bedt af borgeren om at hjælpe med at udfylde skemaer, fortolke et brev fra fx Jobcenteret, skrive en ansøgning om tilskud, eller skrive en anke på en afgørelse. I andre tilfælde har forløbspartneren hjulpet en borger med at finde en ny bolig. I mange tilfælde indeholder samtalerne krisebearbejdning. Ofte skaber forløbspartneren kontakt mellem borgerne og en behandler. Andre hyppige temaer: medicinering; bivirkninger; depression; fordele ved fysisk aktivitet; valg af type fysisk aktivitet; økonomi; hjælp til ansøgning om plejeorlov; manglende appetit; hvordan skal jeg

fortælle mine børn det? Nogle gange har borgeren ringet til forløbspartneren for at få luft for sin harme over et afslag på en ansøgning.

Antallet af emner er nærmest legio. Det tjener ikke her noget formål at kategorisere og tælle. Der er tale om psykiske, sociale og fysiske emner af betydning for det samlede rehabiliteringsforløb.

Kontakter fra kræftramte borgere i og uden for målgruppen

Projektets målgruppe har fra starten været defineret som 18-65-årige, bosiddende i Svendborg eller Langeland kommuner, og med en nydiagnosticeret kræft. (Nydiagnosticeret vil sige, at borgeren kan være i venteposition til behandling, i gang med behandling/efterbehandling eller lige være blevet færdig med efterbehandling). Forløbspartnerne har i flere tilfælde registreret i loggen, at de har været kontaktet af en borger eller en pårørende til en borger, som var ældre end 65 år. Borgerne har været utilfredse med denne udelukkelse og antydte, at det er en negativ forskelsbehandling. Bl.a. var der en borger, som var 68 år og stadig erhvervsaktiv.

Ved et arrangement på medicinsk lungeafdeling på Sygehus Fyn, hvor forløbspartnerne orienterede om projektet, kritiserede lægerne dér, at aldersgrænsen i projektet er 65 år. Forløbspartnerne skriver i loggen, at de også tidligere har mødt en sådan kritik fra lægeside.

Forløbspartnerne er enige i kritikken og finder den forhåndsbesluttede aldersafgrænsning uheldig, og de har da også været indforståede med at udvise en vis kulance over for ældre borgere. De tre forløbspartnerne ønsker da også denne afgrænsning afskaffet, hvis projektet senere forlænges eller går over i en driftsfase.

Aldersfordelingen for de log-førte kræftramte borgere er 19-69 år (hvoraf nogle af de ældste altså er blevet afvist). Kønsfordelingen er påfaldende skæv, idet over 80% af de registrerede henvendelser er fra kvinder.

Henvisning eller kendskab til projektet

For de fleste henvendelsers vedkommende er der i loggen anført, hvordan borgeren har fået kendskab til projektet, eller hvem der har henvist ham til det. Mere end 20% har angivet at have hørt om forløbsvejlederne via sygehuset, ambulatorium eller kommunal fysioterapeut, 12-13% har læst om projektet i avisen, et lignende antal har fået kendskab til muligheden gennem sundhedsplejerske, hjemmesygeplejerske eller hjemmevejleder, egen læge nævnes af fire. I mindre udstrækning nævnes visitator, lærer på sprogskole, sundhedsafdelingen, handicapafdelingen, pårørende. I mange af alle disse tilfælde har de kræftramte fået udleveret en pjece om projektet.

Sagsbehandlende aktiviteter

Af diagrammerne ovenfor fremgår det også, at forløbspartnerne har udført en slags sagsbehandling vedrørende deres ”klienter”. Dette har været tilfældet for 14 af de kræftramte borgere i projektet. ”Sagsbehandling” dækker her over aktiviteter, hvor forløbspartneren har taget initiativ til et møde

med flere af de aktører, som kan løse et specifikt problem for en af projektets kræftramte borgere. Desuden inkluderer kategorien sagsbehandling her også de tilfælde, hvor en forløbspartner er taget med en borger til et møde med en anden fagprofessionel, fx praktiserende læge eller læge på et sygehus, møde på Jobcenteret el. lign. For særligt to af borgernes sager har der været et stort antal kontakter til eller direkte møder med tredjemand.

Videnscenterfunktioner

I de ovenstående diagrammer er ikke medtaget de aktiviteter, som kan kaldes videnscenterfunktioner. Disse aktiviteter er kendetegnet ved, at tredjeperson kontakter forløbspartnerne for at få konkrete råd og oplysninger til brug fores deres behandling eller hjælp til kræftramte. Et par eksempler:

- En skolelærer ringer for at få vejledning om, hvordan de på skolen bedst kan støtte to af deres elever, hvis far har fået kræft. Forløbspartneren undersøger mulighederne for, at Kræftrådgivningen i Odense kan give skolen støtte og supervision. Det bekræftende svar meddeles derefter til skolelæreren
- En borger ringer og undrer sig over, at hun endnu ikke er blevet indkaldt til genoptræning. Forløbspartneren undersøger (med borgernes samtykke) sagen og udreder trådene
- Visitator kontakter forløbspartner for at drøfte muligheden for, at en ægtefælle til en borger i kræftbehandling kan få bevilget plejeorlov efter ansøgning
- En fysioterapeut e-mailer til forløbspartner og vil vide, om projektet eller andre kan tage sig af gåture med en 68-årig kræftramt
- En sygeplejerske fra OUH ringer og vil vide, hvad Svendborg Kommune kan tilbyde af genoptræning til en brystkræftopereret
- En socialrådgiver fra Børne-unge-afdelingen vil vide, om det er muligt, at børn kan få to forløb i børnegruppen i Kræftens Bekæmpelse. Forløbspartner kontakter rådgivningen i Odense desangående.

Forløbspartnerne har i projektets første halvdel haft under 10 af den slags henvendelser. Desuden er der under betegnelsen "videnscenter" i loggen anført nogle få henvendelser fra borgere, som har ønsket forløbspartnerhjælp, men som ikke har kunnet komme i betragtning hertil, fordi de har været ældre end den på forhånd fastsatte øvre aldersgrænse.

Promovering og organisering af projektet

Forløbspartnerne har brugt mange ressourcer på at formidle kendskabet til projektet over for borgere og over for de instanser, behandlere og frivillige, som kan være relevante for kræftramte borgers rehabilitering. De har produceret og udleveret pjecer til borgere og til fagpersoner, som kommer i kontakt med kræftramte borgere. Og de har gentagne gange inviteret til møder med det formål at udbrede kendskabet til projektet og at initiere eller forbedre samarbejde. Her er et udpluk af promoveringsaktiviteterne i henhold til log-notaterne:

December 2007:

- personlig aflevering af pjecer til fagforeninger i Svendborg og på Langeland
- personlig aflevering af pjecer til ledende sekretærer på alle afsnit på Svendborg Sygehus
- information om projektet til sygeplejersker på 6 afdelinger på sygehuset
- besøg på Rådgivningscenteret for Kræftens Bekæmpelse, Odense (gensidig orientering)
- information om projektet til afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling, Svendborg Sygehus
- information om projektet til socialrådgivere på børneområdet og sundhedsplejersker i Langeland Kommune
- orienteringsmøde med skoleledere og daginstitutionsledere på Langeland
- orientering om projektet til hjemmesygeplejerskerne i område Vest, Svendborg
- informationsmøde om projektet for sundhedsplejersker i Svendborg Kommune

Januar 2008

- besøg i smerte- og palliationsklinikken, gensidig orientering
- møde med frivillige i Kræftens Bekæmpelse, Svendborg
- besøg hos gruppen "Kraftspring" i Kræftens Bekæmpelse
- orientering om projektet til medarbejder i psykiatrigruppen, Svendborg Kommune
- orientering om projektet til hjemmesygeplejersker i Langeland Kommune
- orientering om projektet til visitator
- fotografering til landsdækkende kræftblad
- møde med to repræsentanter fra lokalafdelingen af Kræftens Bekæmpelse, Langeland

Februar 2008

- orienteringsmøde på Dagkirurgisk afd., Svendborg Sygehus
- orienteringsmøde på Børn- og ungeafdelingen i Svendborg Kommune
- orienteringsmøde på medicinsk lungeafdeling på Sygehus Fyn (2 gange)

September 2008

- orienteringsmøde for læger på Kirurgisk afdeling, Svendborg Sygehus, om projektet
- to temamøder om "Når en medarbejder får kræft" for ledere, tillidsrepræsentanter og sikkerhedsrepræsentanter i kommunerne
- orienteringsmøde på Jobcenteret, Sygedagpenge-afdelingen, om forløbspartnerprojektet.

Det fremgår af log-optegnelserne, at forløbspartnerne har mødt stor interesse på deres orienteringsmøder og modtaget hensigtserklæringer fra de respektive målgrupper om, at de vil benytte sig af forløbspartnerprojektet ved at fortælle om det til deres kræftramte patienter og borgere.

Ved siden af de orienterende møder, som har skullet udbrede kendskabet til forløbspartnerprojektet, har projektet også afholdt eller deltaget i møder med den primære hensigt at indsamle viden om eventuelle samarbejdspartneres tilbud til kræftramte, eller for at drøfte projektets samordning og samarbejde med andre projekter for kræftramte:

Januar 2008

- møde med sundhedsplejerske og pædagog i Langeland Kommune

Februar 2008

- møde med frivillige fra Kræftens Bekæmpelse, Svendborg, om et tiltag om Fysisk aktivitet
- samtale med leder af fysioterapien i Langeland Kommune om fysisk træning, tilbud og samarbejdsmuligheder for brystkræftopererede

April 2008

- møde på OUH vedrørende onkologisk afdelings rehabiliteringsprojekt og muligheden for at forbedre kræftpatienters overgang fra sygehus til kommune

Internettet som markedsføringsmedie

Formidling af kendskab til Forløbspartnerprojektet og dets muligheder sker også via henvisninger fra andre organisationers hjemmesider på Internettet. Det kan derfor være vigtigt at sikre sig, at de hjemmesider, som kræftramte borgere opsøger i deres jagt på hjælp til rehabilitering mv., også rent faktisk har henvisninger i form af omtale, telefonnumre eller links til Forløbspartnerprojektet. Her vil man imidlertid ikke i alle tilfælde være godt hjulpet.

Hvis en kræftramt som første tanke klikker sig ind på Kræftens Bekæmpelses rådgivningscentre, finder han ikke nogen henvisning til Forløbspartnerprojektet.

Hvis en kræftramt på Langeland opsøger Kræftens Bekæmpelses lokalafdeling på Langeland, finder han ingen henvisning og intet link til Forløbspartnerprojektet. Hvis han i stedet klikker sig ind på Kræftens Bekæmpelses oversigt over kommunale rehabiliteringstilbud og klikker på Langeland Kommune, så findes der et hyperlink til informationspjece om Forløbspartnerprojektet. Der er derudover også et telefonnummer angiveligt til projektets kontaktperson, Vivi Brandt Rasmussen. Men ringer man dette nummer op, kommer man i kontakt med en ansat i Søfartsstyrelsen!

Det kan selvsagt være svært at kontrollere og bestemme, hvad andre organisationer lægger på deres hjemmesider. Men i de nævnte tilfælde er der tale om nære samarbejdspartnere (fx har projektet jævnlige møder med frivillige i Kræftens Bekæmpelses lokalafdelinger i Svendborg og Langeland kommuner).

Forløbspartnerprojektet har ikke sin egen hjemmeside, men borgeren kan se en beskrivelse af projektet og dets tilbud via den pjece, som er udarbejdet i november 2007, og som ud over at ligge som hyperlink i pdf-format på visse andre beslægtede hjemmesider, også uddeles i papirudgave til patienter på sygehuse, hos praktiserende læger, hos fysioterapeuter m.fl. Pjecen sendes også til personer, som aktivt henvender sig til projektet. Pjecen fortæller kort og oversigtligt, hvad projektet kan give den kræftramte. Men de, som derudover vil vide mere, henvises til en webadresse (www.cancer.dk/kkr), som – i hvert fald i skrivende stund (september 2008) – kun kan åbnes, hvis

man har et brugernavn og et password. Og det fremgår ikke, hvordan man kan skaffe sig disse kredentiale.

Forløbspartnerne og deres bidrag

Det er mit indtryk fra samtaler og interviews med de tre forløbspartnerne og fra at have læst de mere end 200 sider log-notater, de har skrevet, at der har været tilstræbt – og ikke mindst *er opnået* – en høj professionel standard, hvor det egentlige mål ikke er tabt af syne. Tværtimod har der til stadighed været arbejdet med at udbrede kendskabet til projektet, med indholdet i selve kontakterne med borgerne, med ansproing af relevante tredjeparter, samt med opdatering og udvikling af forløbspartnerenes egen viden til gavn for de inkluderede borgere.

De tre forløbspartneres engagement og gå-på-mod forekommer mig rosværdigt. Denne vurdering bygger jeg igen på samtaler, interviews og log-notater. Og forløbspartnerne reflekterer konstruktivt over, om de i konkrete sager burde have gjort noget anderledes, om de til fremtidige, lignende sager har brug for yderligere viden osv. osv.

I samværet med de kræftramte borgere har de ikke blot lagt øre til klager og genvordigheder og fungeret som empatiske samtalepartnere, men de har tilstræbt at følge løsningen af identificerede problemer til dørs gennem kontakter til tredjepart, gennem opsøgning af oplysninger, gennem informationsudveksling frem og tilbage. De har ikke selv accepteret at levere halve svar eller halve løsninger.

De inkluderede borgeres vurdering af – og tilfredshed med – forløbspartnerenes indsats er som nævnt ikke en del af denne midtvejsevaluering, og det kan derfor ikke på nuværende tidspunkt dokumenteres, hvad modtagerne af ydelserne selv synes, de har fået ud af det. Men det forekommer mig dog tydeligt fra loggen, at mange har fået den støtte og de tjenesteydelser, de gennem deres henvendelse har ønsket at få. I flere tilfælde har forløbspartnerne selv noteret positive tilkendegivelser fra borgerne, fx at ”borgeren udtrykte stor taknemmelighed”. En sagsbehandler fortalte forløbspartnerne, at hun var blevet meget overrasket over, hvor meget en borger havde forvandlet sig efter at have fået en forløbspartner: ”Jeg kunne næsten ikke genkende borgeren, troede ikke det var den samme person. Hun var blomstret helt op og havde fået ny energi”. (Citeret fra loggen). En indikator på, at forløbspartnerenes indsats er meningsfuld, er vel også, at borgerne gerne ser dem igen og igen, og at de ringer og beder om hjælp.

De tre forløbspartnerne er sygeplejerskeuddannede (og to af dem kommer fra stillinger som hjemme-sygeplejersker, mens projektkoordinatoren kommer fra sygehusvæsenet). Denne faglighed har tydeligvis været velanbragt i dette projekt, forstået på den måde, at de har været i stand til at vurdere, forstå og besvare en lang række sygdoms- og behandlingsrelaterede spørgsmål fra borgerne, ligesom de har kunnet tolke symptomer, forklare bivirkninger, drøfte medicinering, anwise fysiske øvelser for lettere genoptræning eller lindring af smerter, give massage o.lign. Den udgående funk-

tion – besøgene i hjemmet – har klart profiteret af den sundhedsfaglige baggrund. Det samme har en række andre funktioner, fx kontakten til sygehusafdelinger, fysioterapien, praktiserende læger.

Alligevel kan man måske stille spørgsmålstejn ved, om den *identiske* faglige baggrund hos de tre forløbspartnere har været optimal for projektet. Ser man forløbspartnerprojektet som et tilbud, der skal betjene borgere med ret forskelligartede problemer og behov, så ville en flerfaglighed i forløbspartnergruppen have givet mulighed for en hurtigere og mere adækvat håndtering af nogle af problemerne. Ud fra log-notaterne at dømme kunne fx en socialrådgiverbaggrund i flere tilfælde have været befordrende for en endnu bedre og hurtigere problemhåndtering og umiddelbar hjælp til borgeren.

Forløbspartnerne har dog selv taget hånd om dette problem, så langt det har været muligt ved kurser og ”selvstudier”, ved at søge vejledning hos andre faggrupper, og ved at bede andre faggrupper engagere sig i de konkrete problemer.

Som et alternativ til flerfaglighed i forløbspartnerkollektivet kunne flerfaglighed måske fremmes via meget tætte samarbejdsrelationer med andre fagpersoner, og understøttet gennem fælles lokalisering.

I det hele taget har forløbspartnerne som nævnt reflekteret over deres egen kunnen og viden. De har noteret i loggen, når de er stødt på problemstillinger, som de ikke umiddelbart kunne håndtere og derfor ville undersøge nærmere, eller hvor de tænkte, at her havde en anden faglighed været på sin plads. Ligeledes har de lavet et katalog, hvori de løbende har noteret de nyopdagelser, de har gjort om lokale og regionale aktører på dette område med angivelse af deres funktion, adresse, kontaktnavne osv.

Øvrige aktører i feltet

På trods af forløbspartnerernes engagement og dygtighed, så hæmmes de i visse tilfælde i at udføre kerneydelserne – og projektet begrænses i at opfylde sin mission – fordi andre aktører, som kunne levere relevante, supplerende ydelser til løsning af akutte problemer, ikke har givet det ønskede medspil. Dette er tydeligvis frustrerende for forløbspartnerne, fordi de derved ikke kan hjælpe deres kræftramte borgere på den bedste måde, og det er selvsagt problemforstærkende for den egentlige målgruppe, de kræftramte borgere i projektet.

Forløbspartnerne føler, at det ikke i alle tilfælde har været nemt at vinde gehør og opnå samarbejde med myndigheder, Jobcenter m.fl. til gavn for *Sagen*: at sikre sammenhæng og koordinering i kræftramte borgeres rehabilitering. De mener selv, at det skyldes tidspres hos de andre, hyppig personaleudskiftning, en atomisering eller specialisering i sagsbehandlingernes arbejdsfelter (fra helheds-tænkning omkring den enkelte borger organiseret efter personnummer til organisering efter sagstype), økonomiske begrænsninger. Der bliver ikke plads til meget andet end snævre myndighedsbe-

slutninger uden et menneskeligt ansigt. Den gode hensigt kommer til kort under disse strukturelle forhold, som hverken sagsbehandlerne eller forløbspartnerne egentlig kan gøre ret meget ved.

Forløbspartnerne siger, at det største problem for dem i deres arbejde for de kræftramte er, at tilgængeligheden til disse samarbejdspartnere er voldsomt besværlig. Under interviewet ultimo august 2008 fortalte de tre forløbspartnerne mig, at de først på det tidspunkt – halvvejs igennem projektet – havde fået mulighed for at komme og fortælle om projektet hos Børn og Unge; og at det samme var tilfældet med Jobcenteret. I begge tilfælde er det først lykkedes efter mange anmodninger.¹

Tilgængeligheden er ikke kun svær for forløbspartnerne, siger de, men også for borgerne. Disse har ofte svært ved at finde ind til den rette sagsbehandler. Og kommer de så langt, oplever de ofte en langsommelig sagsgang.

Det fremgår af log-notaterne – og det er blevet bekræftet og uddybet i mine interviews med forløbspartnerne – at de kræftramte borgere i projektet i mange tilfælde har haft betydelige problemer med nogle af de sagsbehandlende institutioner og kontorer, som de kommer i kontakt med. Borgerne har følt sig dårligt behandlet; eller de har ofte ikke kunnet forstå, hvad der egentlig foregår; eller de synes ikke, de bliver ordentligt informeret osv. Det giver anledning til misforståelser og bekymringer, som yderligere belaster de kræftramte, som i forvejen ofte er i en dyb, alvorlig krise.

En del af de ovenfor nævnte promoveringsaktiviteter fra forløbspartnerens side er netop udsprunget af, at de har observeret uhensigtsmæssige forhold for projektets kræftramte, når disse har haft kontakt med eller fået henvendelser fra myndigheder og sagsbehandlere.

En af de problemstillinger, som er blevet tydelig igennem projektperioden, vedrører borgernes manglende kendskab til arbejdsmarkedslovgivning og deres kendskab til Jobcenteret og TUC-job. Det fremgår af log og interviews, at det har været særligt belastende for nogle af de kræftramte borgere, at de også har skullet forholde sig til TUC-job, som stort set ingen har haft kendskab til på forhånd. Nogle af dem har haft svært ved at forstå, hvem de er; og i hvert fald har det været oplevet som træls, hvis man først har skullet fortælle om sin situation to gange til to forskellige medarbejdere på TUC-job for derefter at skulle gentage det hele til to andre medarbejdere i Jobcenteret umiddelbart efter.

Som nævnt havde forløbspartnerne igennem mange henvendelser forsøgt at få lov til at orientere Jobcenteret om deres virke. Det lykkedes så i september 2008. Log-optegnelserne fra det møde er meget illustrative for, dels hvilken uvidenhed borgerne har om centeret, dels hvordan forløbspartnerne gennem denne og anden information opnåede opmærksomhed og fik løfter om et fremtidigt samarbejde. Jeg tillader mig derfor at citere en ganske lang passage fra loggen den 10. september 2008:

¹ Nogle af de institutioner, der omtales her og i resten af rapporten, har afdelinger eller findes i både Svendborg og Langeland kommuner. Forløbspartnerne fortæller, at procedurer og adfærd ikke nødvendigvis er ens i de to kommuner.

”Vi fortalte om borgernes oplevelse med ordet ”Jobcentret”, som udløste forestillinger som ”er jeg nu fyret”, ”jeg er da syg, ikke arbejdsledig”, ”hvor ved de fra at jeg er syg, jeg får jo mine penge fra mit firma”, ”får jeg nu ikke flere penge” osv. Vi fortalte at rigtig mange borgere ikke vidste noget om reglerne/lovgivningen vedrørende syge-dagpenge, og ikke kendte til opfølgningssamtaler og kompensation til arbejdsgiver. Vi opfordrede til at de gav sig tid til at forklare den enkelte borger som var kræftsyg om dette, og gentage det, fordi de ofte var i krise og havde store hukommelses- og koncentrationsproblemer. Vi opfordrede også til at de så på det brev som de sendte ud til borgeren og henviste til et eksempel i Kræftens Bekæmpelses pjeces ” Tilbage til livet – efter en kræftsygdom. – En vejledning til sagsbehandlere og lægekonsulent om bivirkninger og senfølger efter en kræftsygdom.” (Pjecen havde vi uddelt til alle ved mødet). Vi fortalte at borgerne ofte oplevede ansøgningskemaer og breve som meget svære at forstå og udfylde, og at de mange sider med henvisning til diverse lovgivning var uforståelige.

Vi fortalte også om hvordan borgerne havde det – at de reelt var svækkede af senfølger og dårlig fysisk tilstand, selvom de måske var blevet færdigbehandlet. Vi kom med små casehistorier om dette fra vores møde med borgerne, så de kunne få nogle billeder på deres situation fra hverdagen. Vi diskuterede med dem om dilemmaet mellem at være raskmeldt/sygdomsfri og endnu ikke have kræfter nok til at arbejde. Vi opfordrede til at vi arbejdede sammen om at nuancere billedet af borgerens situation, når deres ressourceprofil skulle afklares, og at vi gerne deltog i møderne. Hanne kunne fortælle om eksempler fra deltagelse i møder, med positive resultater.

Vi fortalte også om borgernes uvidenhed om TUC-job og hvilken rolle de spillede. Vi fortalte at borgerne var kede af, at skulle fortælle deres sygdomshistorie igen og igen til en ny sagsbehandler hver gang. Der blev grinet genkendende da vi fortalte dette. Lederen af syge-dagpenge afdelingen kunne fortælle os, at de nu arbejdede mod at hver borger skulle have én sagsbehandler...

(...)

Meget positivt møde, hvor vi fik en god dialog med afdelingen og de var meget positive for at henvise til forløbspartner og samarbejde med os.

(...)

Det ser ud til at vi nu har fået påbegyndt en dialog med afdelingen, og fremtiden vil vise hvordan samarbejdet kan udvikle sig.”

Der er som sagt mange eksempler i projektet på, at kræftramte borgere er frustrerede over manglende respons fra myndigheder (fx hjælpemiddelafdelingen, Jobcenteret, handicapafdelingen), som de synes burde være dem behjælpelige. Når den kræftramte ikke selv har energien og gå-på-modet til at gøre noget i sagen, har forløbspartneren taget affære og søgt at bringe orden i kaos ved at ”trække i trådene” og få rette vedkommende til at agere aktivt. Men det har i mange tilfælde været en lang og sej kamp.

Én type aktører er ikke fremtrædende i log-optegnelserne, nemlig arbejdsgiverne. Forløbspartnerne siger selv, at de fleste af deres inkluderede borgere har et godt forhold til arbejdsgiveren og kollega-

erne, og at spørgsmålet om, hvordan den sygemeldte vender tilbage til jobbet er rimeligt uproblematisk. På den anden side siger forløbspartnerne dog også, at mange genoptager arbejdet for hurtigt eller i for stort omfang, hvilket giver dem fysiske og psykiske problemer, fordi de simpelthen ikke kan magte det. Fornyet sygemelding, psykisk nedtur, førtidspensionering kan være nogle af de uønskede konsekvenser. I mange af de tilfælde kunne det have været en hjælp, hvis arbejdstageren var startet på et lavere timetal og/eller med mere skånsomme arbejdsfunktioner. Forløbspartnerne har været tilbageholdende med at inddrage denne problemstilling i deres arbejdsopgaver, fordi de ikke føler sig tilstrækkeligt rustet til det.

Log og interviews viser en række andre strategiske punkter, hvor forløbspartnerne har arbejdet for et bedre samarbejde mellem faggrupper. Fx besøgte projektet i september i år en kirurgisk afdeling. Forløbspartneren fokuserede på genoptræningsplaner for kræftopererede. Lægerne var usikre i forhold til, hvordan de skulle beskrive genoptræningsbehovet og udfylde genoptræningsplanerne, og i forhold til hvad kommunerne reelt kan tilbyde af træningstilbud. Lægerne syntes umiddelbart, at fysioterapeuterne eller sygeplejerskerne vidste mere om patienternes fysiske formåen og deres behov for genoptræning. Forløbspartneren skriver i sin logbog: *”Godt møde, hvor afdelingen er meget positiv for at henvise, og de var overrasket over hvor mange problemstillinger som kræftpatienter stødte ind i efter udskrivelse. Ville tage genoptræningsplanerne op på et andet møde, og arbejde videre med dette.”*

Forløbspartnerne er også opmærksomme på, at der er en vigtig berøringsflade, når en kræftramt udskrives fra hospitalet efter endt behandling og dermed overgår til det kommunale hjælperegime. Når behandlingen slutter, er patientforløbsvejlederen på afdelingen ude af billedet. Der er derfra ønske om, at forløbsvejlederne ager over direkte.

Projektets identitet og legitimitet

Det projekt, vi her beskæftiger os med, kaldes ”Forløbspartner”. Projektets mission er at hjælpe kræftramte borgere med at opnå og føle sammenhæng i rehabiliteringsforløbet og hjælpe dem tilbage til (arbejds)livet – og til at leve med de senfølger, der måtte være. Partnerskabet er altså primært med de kræftramte borgere. Og der er da heller ingen tvivl om, at forløbspartnerne er på de kræftramtes side. Det er disse, der er deres egentlige målgruppe. Det er for dem, de tager kampen op mod regler og love og myndigheder.

Projektet har undertitlen ”koordinering og samordning for borgere med kræft”. Det, der skal koordineres og samordnes, er de handlinger og ydelser fra en lang række tredjeparter (eventuelt i samarbejde med forløbspartnerne), som skal gøre det nemmere for den kræftramte at komme igennem behandling og rehabilitering og komme tilbage til (arbejds)livet. Sådan fremgår det af projektbeskrivelsen, og sådan beskrev de tre forløbspartnerne i begge interviews projektets mission.

De mener ikke, at de opgaver, de faktisk udfører, ville være blevet løftet af andre. Eller i hvert fald kun ville være blevet løftet med stor forsinkelse og måske med mindre effekt. Dette kan siges at

være en del af projektets berettigelse og identitet. Forløbspartnerne fortæller bl.a., at de allerede ved det første møde med sygemeldte borgere, som har en erhvervsrelation, orienterer dem om den lovgivning, de nu er undergivet, herunder om reglerne for løn under sygdom, sygedagpengeregler, og om at borgeren på et tidspunkt vil blive kontaktet af Jobcenteret. En sådan viden gør det mindre traumatisk for borgeren at få en opringning eller indkaldelse fra centeret.

I det 2. interview med forløbspartnerne fortæller de indgående om de problemer, der opstår i kølvandet på et afslag til en kræftramt borger, som har søgt tilskud, hjælpemidler eller andet.

”Hvis det bliver et afslag, så er der ikke nogen, der samler op på hva’ så? Fordi det er jo et afslag, der betyder, at man bliver afskåret fra nogle ting – fx transport – jamen så afskærer det også fra muligheden for at få psykologbehandlingen. Eller det kan være afslag på transport til decideret behandling. (...) Hvem hjælper så videre? Man giver afslaget. Men der er ikke opsamling på og rådgivning om at sige, at så skal du gøre sådan og sådan. (...). Afslaget afskaffer ikke problemet!”

Det er i sådanne situationer, at forløbspartnerne har en vigtig rolle at spille – som måske ingen andre påtager sig.

Forløbspartnerne fortæller også, at sagsbehandlerne på Jobcenteret har pligt til at hjælpe borgeren med udfyldelse af relevante skemaer. Men de fleste skemaer sendes pr. brev, og sagsbehandleren opdager dermed ikke, at borgeren ikke kan finde ud af det. Men det gør forløbspartnerne, når de er derude, eller fordi borgerne kontakter dem og beder om assistance.

Det er værd at fremhæve, at forløbspartnerprojektet er et tilbud ikke kun til de kræftramte borgere, men sådan set også et tilbud til ”socialforvaltning”, til Børne-unge-forvaltningen, til Borgerservice, til Jobcenteret, til de praktiserende læger og til alle de andre, som er vigtige instanser og fagpersoner for behandling og rehabilitering af kræftramte. Ligesom kræftramte borgere kan ønske ikke at bruge tilbuddet i forløbspartnerprojektet, kan de andre aktører i forvaltninger og rådgivninger også vælge *ikke* at bruge det.

Et tilbud er ikke-forpligtende for målgruppen. Dette kan måske forklare, hvorfor tilsagte personer fra en forvaltning udebliver fra et møde indkaldt af forløbspartnerne (sådan som det har været tilfældet). Det kan måske også forklare, hvorfor en myndighedsudøver ikke reagerer på gentagne henvendelser fra forløbspartnerprojektet (sådan som det har været tilfældet). Det kan måske også forklare, hvorfor en af dem, der var udpeget til styregruppen, aldrig mødte op til møderne; og da projektet henvendte sig fik man at vide, at han ikke var ansat mere. Men det havde projektet ikke fået at vide, og virksomheden havde ikke udpeget et nyt medlem.

En måde at fremme involvering, samarbejde og konstruktivt medspil på er at sikre forløbspartnerprojektet en høj grad af legitimitet hos myndigheder og interessenter og dermed styrke projektets position i det samlede tilbud til kræftramte borgere. Legitimitet handler om, hvordan andre anskuer og værdsætter én på.

Der er flere måder at sikre sig legitimitet på. En af de klassiske er at kommunikere struktureret og målrettet med de interessenter, man ønsker legitimitet hos. På det område har projektets forløbspartnere gjort en stor markedsføringsindsats over for hospitaler, praktiserende læger, visitator, arbejdspladser og mange flere. De har gjort det i enkeltsager, og de har gjort det mere generelt. Først for ganske nylig var der som beskrevet ovenfor hul igennem til Jobcenteret. Der var på det gensidigt orienterende møde positive hensigtserklæringer om fremtidigt samarbejde. Projektet har dog ikke derigennem med sikkerhed – eller nødvendigvis – nået en legitimitet, som i sig selv sikrer et optimalt samarbejde fremover. Tiden vil vise, om der er behov for yderligere informationsmøder.

En anden måde at fremme legitimitet på kan være at bruge en eksisterende organisation som løfte-stang. I forløbspartnerprojektets tilfælde kan man spørge, hvilken betydning det har, at projektet ikke indgår i kommunens organisation på lige fod med Børne-unge-forvaltningen, visitatorfunktionen, Borgerservice osv., men at det bare er et projekt? Det kan eventuelt betyde, at de potentielle samarbejdspartnere blot betragter det som en trækfugl, der er her på tålt ophold. Og at der derfor ikke er nogen grund til at involvere sig for meget. Svendborg Kommune præsenterer på sin hjemmeside i overskriftsform Forløbspartnerprojektet som ”et tilbud til borgere med kræft”. Har kommunen også over for (potentielle) samarbejdspartnere præsenteret, promoveret og anbefalet projektet som ”et tilbud til forvaltninger og faggrupper, som i deres (sags)behandling møder borgere med kræft”?

Endelig vil det være forventeligt, at et kort midlertidigt projekt finansieret udelukkende af eksterne puljemidler ikke opnår fuld bevågenhed i det større, omkringliggende system, medmindre det her og nu leverer synlige og relevante kvalitetsydelse. I den sammenhæng er det *synligheden*, der er problemet. Jeg tror ikke, at de resultater, som forløbspartnerne producerer i form af hjælp til de kræftramte borgere, koordinering og fremskyndelse af sagsgange, videnscenterfunktioner osv., er særligt opmærksomhedsskabende. Ydelserne foregår uden megen ståhej. Hos de involverede aktører (myndigheder, kontorer, sagsbehandlere) fremstår de næppe som banebrydende. Derfor er det muligt, at de andre aktører kun kan give projektet en *passiv støtte*, dvs. acceptere at projektet er medspiller med sin egen niche, og acceptere at det måske kan gøre en forskel for de kræftramte. Men projektet har brug for en *aktiv støtte* for at kunne udfylde sin mission optimalt. Aktiv støtte vil her sige, at ”vi anerkender og værdsætter jeres indsats, vi har brug for den, og vi vil samarbejde med jer (også fordi vi kan se, at det hjælper os i vores egen mission)”.

Projektets sidste halvdel

Ovenstående beskrivelse af forløb og status, sådan som jeg har set det ud fra log-optegnelser, mødereferater, interviews og besøg på hjemmesider mm., tegner primært et positivt billede af forløbspartnerenes engagement, aktiviteter og opnåede resultater. Men der er også blevet påpeget problemstillinger og forhold, som har hæmmet deres arbejde og medført utilfredsstillende forløb. Ligeledes har jeg påvist u hensigtsmæssige forhold vedrørende den Internet-baserede tilgængelighed og oplys-

ninger om projektet. I det følgende gennemgår jeg en række forslag til ændringer og aktiviteter i projektets resterende tid.

Anbefalingerne kan ses, *dels* som forslag til, hvordan det konkrete projekt i Svendborg og Langeland kommuner kan målrette og udvikle servicen og ydelserne til kræftramte borgere (i samarbejde med andre relevante aktører), *dels* som forslag til, hvordan der kan udvikles en samarbejdsstruktur med potentielle partnere, og *dels* som en idébank for kommende forløbspartnere/forløbspartnerprojekter i andre kommuner

Jeg har lagt som præmisser,

- 1) at forløbspartnerne ikke skal udvikle og bruge tid på at ”opdyrke” nye måder at *markedsføre* projektet på over for kræftramte borgere, idet der synes at være en god tilgang af borgere, idet der løbende har været afholdt orienteringsmøder med potentielle henvisere, og idet projektet også har fået god pressedækning
- 2) at forløbspartnerne med den derved sparede tid kan koncentrere sig om opgaver såsom dokumentation og organisering *ved siden af* det fortsatte arbejde med borgerkontakter og videnscenterfunktioner
- 3) at Forløbspartnerprojektet betragtes som et modelprojekt, og at erfaringerne herfra kan bruges a) ved en forlængelse af projektet, b) ved overgang til eventuel driftsstatus, c) af tilsvarende, fremtidige initiativer i andre kommuner
- 4) at der er begrænsede ressourcer til rådighed til justering og udvikling af projektet i dets sidste periode.

Anbefalinger

Dokumentation og formidling

Forløbspartnerne anbefales at dokumentere og systematisk beskrive *critical incidents*, som de støder på i deres arbejde (herunder de hyppigste problemstillinger, som de inkluderede kræftpatienter står med a) personligt, familiemæssigt, emotionelt, og b) i relationerne til arbejdsgiver, Jobcenter, praktiserende læge, sygehusafdelinger, forvaltninger, fysioterapeuter m.fl.).

En *critical incident* er en hændelse eller et forhold, som på signifikant – negativ eller positiv – måde bidrager til en aktivitet eller et fænomen. Der er altså ikke nødvendigvis tale om fejl eller livstruende hændelser, men om hændelser eller forhold, der hindrer (eller fremmer) en proces af stor betydning for borgerens konkrete rehabiliteringsforløb. Eller af stor betydning for forløbspartnerens mulighed for at hjælpe borgeren.

Ved beskrivelsen af *critical incidents* flyttes fokus fra en *diffus*, negativ eller positiv, opfattelse af, hvordan forløbspartneren har håndteret en bestemt situation, eller hvordan samarbejdet har været varetaget eller er blevet hæmmet i konkrete situationer, til en nøje dokumentation af hændelsen. Dette giver i sig selv en mere præcis ”diagnose” af hyppigt identificerede problemer. Det giver så også et tydeligere billede af underliggende mønstre og strukturer – til formidling til de implicerede

parter og som et bedre vidensgrundlag for at gribe ind på en målrettet måde. Det bør overvejes nøje, hvilken formidlingsform der har størst gennemslagskraft hos de forskellige parter.

Formål: At synliggøre projektets problemstillinger. At synliggøre kræfttramte borgeres problemer i et behandlings- og rehabiliteringsforløb. At synliggøre kravet til forløbspartneres faglighed (færdigheder, viden). At synliggøre behovet for en koordinerende indsats. At synliggøre flaskehalse. At legitimere Forløbspartnerprojektet og forløbspartnerfunktionen. At forebygge problemer og at støtte problemløsninger.

Udvikling af en samarbejdsmodel

Det anbefales, at de to kommuner sammen med forløbspartnerne *og sammen med* andre relevante aktører udarbejder en forpligtende samarbejdsmodel for koordinering og sammenhæng for kræftpatienter – eller i flertal: forpligtende modeller.² Det er sandsynligvis vigtigt, at dette arbejde føres an af de øverste myndigheder blandt interessenterne (fx kommunerne; fx regionen (når vi taler om overgang fra sygehusbehandling til kommunalt regi)). Forløbspartnerne har ikke legitimitet til at vinde gehør og opnå tilslutning, endsiige politisk legitimitet til at fastlægge overordnede målsætninger om serviceniveauer. Men forløbspartnerne ved fra deres daglige arbejde, hvilke aktører, der er størst behov for at udvikle samarbejde med.

Modellerne kan omhandle bilaterale eller multilaterale aftaler og samarbejdsrelationer. Aftalerne kan være så detaljerede, at de indeholder beskrivelser af forretningsgange og hjælpeværktøjer i form af vejledninger, algoritmer, uddannelsesprogrammer mv.

Formål: At fremme sammenhæng og koordinering af de forskellige parter tilbud og indsats. At præcisere forpligtende rollefordeling og forpligtende samarbejdsrelationer mellem parterne i den daglige opgaveløsning. At sikre gensidighed.

Fysisk nærhed til samarbejdspartnere eller et fast samarbejdskorps

Forløbspartnerne anbefales placeret kontormæssigt i umiddelbar nærhed til sygedagpengekontolet eller nogle sagsbehandlere derfra – eller vice versa. Eller forløbspartnerne indgår faste forpligtende aftaler med et korps af sagsbehandlere inden for forskellige instanser, som de lærer at kende og får let tilgængelighed til. Korpsset kan bestå af fx socialrådgivere med ekspertise inden for sygedagpenge, kontanthjælp o.lign.

Formål: At udnytte de forskellige fagligheder. At opdatere forløbspartnerernes indsigt i regler og love. At fremme en hurtig vurdering af kræfttramtes muligheder og rettigheder. At bidrage til en hurtig sagsgang. At få faste samarbejdspartnere, som kan bruges som en vidensbank.

² Arbejdet med at udvikle samarbejdsmodeller kan sandsynligvis finde inspiration fra demensområdet. Se fx: Socialministeriet (2001): Model for en koordineret indsats på demensområdet.

Mellemed mellem borger og arbejdsgiver

Det anbefales, at forløbspartnerne opdyrker og påtager sig rollen som *go-between* mellem den kræftramte borger og dennes arbejdsgiver i de tilfælde, hvor det er svært for den kræftramte selv at tage kontakten og føre forhandlingerne med arbejdspladsen. For forløbspartnerne vil dette være en ny opgave med store udfordringer og krav til viden om lovgivning mv., hvorfor de uddannes hertil gennem skræddersyede kurser.

Formål: At medvirke til en lempeligere tilbagegang til arbejdsmarkedet. At forebygge, at den kræftramte pga. en for voldsom belastning ved genoptagelse af arbejdet (fuld arbejdsuge allerede fra starten) ryger på pension.

Markedsføring og information

Det anbefales, at forløbspartnerne gennemgår hjemmesider, hvor der er – eller burde være – links til deres projekt, og i tilfælde af fejl eller mangler kontakter de hjemmesidernes webmasters med henblik på at få tilføjet oplysninger.

Formål: At sikre korrekt information om Forløbspartnerprojektet flere steder. At udvide kendskabet til projektets tilbud. At fremme legitimitet.

Endnu en præmis...

Ud over de fire ovennævnte præmisser for anbefalingerne, er der en femte. Den handler om, hvorvidt det igangværende forløbspartnerprojekt skal tænke(s) kortsigtet eller langsigtet. (Og lad os lige huske på, at projektet har mindre end et års restlevetid).

Nogle af de nævnte anbefalinger er så tidskrævende og personaleinvolverende, at de kun bør blive aktuelle, hvis de to kommuner allerede nu beslutter, at projektet skal forlænges eller skal blive en post på kommende års driftsbudgetter. Eller hvis de beslutter, at de vil bruge den resterende del af projekttiden til at udvikle og afprøve nye metoder og nye organiseringsformer til gavn for tilsvarende senere projekter andre steder.

Tænker projektet og dets styregruppe derimod mere i her og nu-gevinster – og altså ikke lægger op til at forlænge projektet eller gøre ordningen permanent – så vil jeg tro, at forløbspartnerne i stedet skulle prioritere at fortsætte de hidtidige aktiviteter: markedsføre projektet over for kræftramte borgere; videreføre det gode, direkte borgerrelaterede arbejde; fungere som borgernes talerør; fungere som videnscenter. Den prioritering vil antagelig udnytte forløbspartnerens viden, opsamlede erfaringer og færdigheder bedst på det korte sigt: Den vil sandsynligvis give mest rehabilitering og livskvalitet for de allerede inkluderede og for de kommende kræftramte borgere i de to kommuner inden for det næste år.

Konklusion

I Forløbspartnerprojektets første halvdel har de tre forløbspartnere i mange tilfælde gjort en forskel for de inkluderede borgere med kræft. Dette aflæses af projektets log-optegnelser og af interviews med forløbspartnerne. Aktiviteterne har været mange og mangfoldige. Indsatsen har været vedholdende og energisk.

Forløbspartnerne indsats har dog i nogle tilfælde lidt under, at nogle af de andre aktører med relation til de kræftramte borgeres behandlings- og rehabiliteringsforløb ikke har fungeret som et positivt medspil. De har været svært tilgængelige; de har i nogle situationer skabt yderligere bekymring og problemer hos de kræftramte; de har gjort det svært for forløbspartnerne at sikre den koordinering og sammenhæng for kræftramte, som er projektets hovedsigte.

Forløbspartnerprojektet kan lide under, at det netop er et midlertidigt projekt, og at dets legitimitet i potentielle samarbejdspartneres øjne er ringe. Projektet er et tilbud, som ikke forpligter andre aktører.

Evalueringen anbefaler, at projektet synliggør sit genstandsfelt og sin eksistensberettigelse gennem dokumentation af *critical incidents*, og at disse beskrivelser formidles til de ønskede samarbejdspartnere. Dokumentationen skal også udpege oplagte indsatsområder.

Desuden anbefaler evalueringen, at relevante myndigheder sammen med væsentlige aktører (inkl. forløbspartnerne) udvikler og indgår forpligtende samarbejdsaftaler til gavn for kræftramtes rehabiliteringsforløb. Yderligere foreslås det, at forløbspartnerens sygeplejerskefaglige profil suppleres med anden faglighed gennem tætte samarbejdsrelationer med andre faggrupper.

Bilag

Log-skema

| Dato 1 | Initialer 2 | Løbe-nr. 3 | Sagstype (sæt x) | | | 7 |
|---|----------------|---------------|-------------------|-------------|------------------|---|
| | | | Organisering 4 | Borger 5 | Videncenter 6 | |
| Aktivitet 8 | | | | | | |
| Begrundelse Formål Tilstræbt resultat 9 | | | | | | |
| Forløb/ beskrivelse Hvordan forløb aktiviteten 10 | | | | | | |
| Udbytte Aftaler Referat 11 | | | | | | |
| Barrierer 12 | | | | | | |
| Bemærkninger Vores overvejelser 13 | | | | | | |
| Faglige noter | | | | | | |

Forløbspartner-projektet

Vejledning til udfyldelse af log-skemaet

ver. 1

- Generelt Skemaet skal bruges til at beskrive **aktiviteter**.
Aktiviteter kan opdeles i 3 hovedtyper:
- 1) Organisation: Møder med samarbejdspartnere i bestræbelserne på at få en samarbejdskultur op at stå; markedsføring af projektet; koordinering af samarbejdet generelt (altså ikke relaterede til specifikke borgere); o.lign.
 - 2) Borger: Konkrete borgere (med CPR-nr.), som forløbspartnerne har været i personligt i kontakt med (telefonisk eller personligt møde). Desuden alle de aktiviteter, som er væsentlige elementer i serviceringen af borgeren.
 - 3) Videncenter: Dette er aktiviteter, hvor tredjepart kontakter projektet mhp. at få oplysninger, så denne tredjepart kan hjælpe en konkret borger (med CPR-nr.). Kan også være henvendelser fra – eller om – borgere, som ikke er omfattet af projektets inklusionskriterier.
- 1 Dato anføres på denne måde: åååå-mm-dd (2007-12-01).
 - 2 Her skrives initialerne på den person, der har udfyldt skemaet.
 - 3 Aktiviteter inden for organisation og videnscenter kan anføres uden nummer. Borger-sager anføres med fortløbende numre. Disse løbe-numre erstatter i princippet borgerens CPR-nr. Når der laves opfølgende aktiviteter på en allerede etableret borgersag, anvendes hver gang det samme løbe-nr. som første gang.
 - 4 Møder med samarbejdspartnere i bestræbelserne på at få en samarbejdskultur op at stå; markedsføring af projektet; koordinering af samarbejdet generelt (altså ikke relaterede til specifikke borgere); o.lign.
 - 5 Sager/forløb med konkrete borgere (med kendte CPR-nr.), som forløbspartnerne har været personligt i kontakt med (telefonisk eller ved personligt møde). Desuden alle de aktiviteter, som er væsentlige elementer i serviceringen af borgeren.
Dog anføres *ikke* særskilt de aktiviteter, som gennemføres uden borgerkontakt, *og hvis resultat senere meddeles borgeren* – og som altså danner grundlag for en efterfølgende logbogsregistrering. (Dette vil fx gælde forløbspartnerens samtale med en tredjepart for at indhente oplysninger, som senere bliver videregivet til borgeren). Derimod skal aktiviteter, som har til hensigt eller medfører, at en tredjepart kontakter borgeren, anføres. (Fx at forløbspartner telefonisk anmoder borgerens læge om at tage kontakt til vedkommende.).
 - 6 Henvendelser udefra (fra tredjepart), som anmoder projektet om visse oplysninger til brug for en hjælpeindsats over for en navngiven borger (med kendt CPR-nr.). Kan også være henvendelser fra – eller om – borgere, som ikke er omfattet af projektets inklusionskriterier.

- 7 (Til eventuel senere benyttelse).
- 8 Her beskrives den eller de aktiviteter, som er gennemført i en af de nævnte sagstyper på den dato, som er anført i rubrik 1.
Ved flere forskelligartede aktivitetstyper samme dag under samme løbe-nr. og på samme log-skema nummereres disse a), b), c) osv.
Aktiviteter kan være møde med borgeren; ledsagelse af borgeren til møde i socialforvaltning eller på arbejdspladsen; møder om generel koordinering mellem interessenter; besvarelse af henvendelser udefra; osv.
Det er vigtigt, at aktiviteterne beskrives nærmere. Altså ikke bare: ”Besøg hos patienten”, men ”Besøg hos patienten, hvor ægtefællen også var til stede, og hvor vi snakkede om fordelene ved at dyrke motion”.
- 9 Her beskrives kort, hvad der var hensigten med de(n) beskrevne aktivitet(er). Hvad ville I opnå (med aktivitet a), b) ...)?
- 10 Beskrivelse af, hvordan aktiviteten forløb. Udfyldes med de oplysninger, som I senere vil få brug for at hente frem til jeres videre sagsbehandling.
- 11 Hvilke aftaler blev der indgået? Hvad kan man konkludere om aktiviteten?
- 12 Hvilke forhold forekommer – eller viste sig at være – en hindring for at opnå det, som aktiviteten gerne skulle munde ud i? (En modstræbende borger/ægtefælle; en negativ holdning hos en sagsbehandler; mangel på beslutningskompetence hos samarbejdspartnere; osv.).
- 13 Her anføres jeres umiddelbare overvejelser i dag om pågældende sag, når I har afsluttet jeres logbogs-registrering.
- Ekstra oplysninger Har I derudover oplysninger, som I finder relevante for sagsbehandlingen eller evalueringen, bedes I anføre det uden for skemaet eller under Faglige notater
- Videre-sendelse I sender jævnligt (fx hver fredag eller hver 14. dag) jeres registreringer til mig. Enten elektronisk til tt@gpract.ku.dk eller i papirkopi til: Thorkil Thorsen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Postbox 2099, 1014 København K.
- Tvivls-spørgsmål I kan kontakte mig på 60 76 67 80 el. 35 32 71 68, hvis I kommer i tvivl om noget.