

BILLEDER

En antropologisk undersøgelse af tværsektorielle patientforløb – erfaret og fortalt af patienter, pårørende og personale.

Udført og skrevet af
Marlene C. R. Møller,
Antropolog
Efterår 2013

En tak til...

Undersøgelsen er blevet til i samarbejde med ledelser og særligt frontpersonale, der alle har vist sig engagerede og villige til at bidrage med tid og erfaringer om tværsektorielle patientforløb. En stor tak skal derfor lyde til personale i de deltagende kommuner, på de deltagende hospitaler og i lokalpsykiatrien for de mange fortællinger og timer med antropologen på slæb. Til patienter og pårørende, der inviterede antropologen indenfor i både deres historie og hjem skal lyde en stor tak. Gæstfriheden og åbenheden om sygdomsforløb og overgange har været et betydeligt bidrag til undersøgelsen.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Introduktion	4
Baggrund for undersøgelsen	4
Resume	4
Feltet.....	5
Kapitel 2: Forudsætninger for de gode forløb	5
Dialog skaber gode overgange	5
Koordinerende kompetencer og forebyggelse	6
Udskrivningskoordinatoren – bindeled mellem sektorer.....	7
Anerkendende dialog - kommunikation, der motiverer.....	8
Aftaler "man bør skele til"	8
Relation og den sociale konvention om gensidig udveksling	9
Opsamling: Patienten i centrum – et fælles mål og en forudsætning	10
Kapitel 3: Barrierer for de gode tværsektorielle forløb.....	10
At navigere i et komplekst system	10
En pårørendes oplevelse med en sektorovergang.....	11
Patientrollen - en barriere for inddragelse i eget forløb	13
Pårørende – til gavn eller gene?.....	14
Et paradigmeskifte – behov for oplysning	14
Pres på ressourcer.....	15
Manglende indsigt og mytedannelse	15
Kapitel 4: Psykiatrien – et kapitel for sig	16
Maria – kaos og 'kommunearbejde'	17
Manglende prioritering af samarbejde og dialog	19
Mellem stole: En 'kan man slippe-tendens'	20
At se det hele menneske kræver en samlet indsats	22
Kapitel 5: Bureaukratiet omkring tværsektorielle patientforløb	22
Bureaukratisk eksklusion	22
Fokus på dokumentation og ydelse	23
Kapitel 6: Sundhedsaftalerne – I teori og praksis.....	24
Aftaler og inddragelse	24
Pragmatisme – når det skal give mening	26
Kapitel 7: Opsamling – Opgave og overgang	28
Referencer og øvrig litteratur	30
Bilag A: Metode	31
Bilag B: Data	33

Kapitel 1: Introduktion

Baggrund for undersøgelsen

Regioner og kommuner – i samarbejde med praktiserende læger - står over for en kompleks opgave med at sikre, at danske patienter oplever deres udrednings- og behandlingsforløb som sammenhængende. Mange organisatoriske forandringer betyder kortere indlæggelser, højere grad af behandling i borgernes hjem, flere og flere ældre og kronikere, hvilket alt sammen stiller nye og andre krav til det borgernære sundhedsvæsen, der nu skal håndtere flere og tidligere udskrevne patienter. Gennem de seneste år har der været et massivt fokus på at gøre overgangene mellem sektorerne så sammenhængende som muligt til gavn for patienten. Disse intentioner er beskrevet i de nuværende sundhedsaftaler, der står til fornyelse i 3. generations sundhedsaftaler fra 2015. Med en antropologisk (kvalitativ) undersøgelse af udfordringer og succeser forbundet med tværsektorielle patientforløb, er målet at skabe en række "Billeder" af konkrete udfordringer og succeser i de tværsektorielle forløb, som de opleves af udvalgte patienter, pårørende og sundhedsfaglige – herunder oplevelser af samarbejdsformer, –flader og relationer. Med udgangspunkt i disse Billeder ønskes det at inddrage praksisnære perspektiver forud for drøftelser og udarbejdning af 3. generations sundhedsaftaler. Undersøgelsen er bestilt af Region Midtjylland og kommunerne i regionen i regi af Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen.

Andre studier har beskrevet en række områder, der udfordrer de tværsektorielle patientforløb – herunder tværsektoriel kommunikation, hjælpemidler, medicinfejl osv. De samme udfordringer er blevet bekræftet i denne undersøgelse, men fordi de allerede er belyst andre steder, vil denne afrapportering ikke lægge særligt fokus herpå.

Resume

Der er et udbredt ønske om i både kommuner og i hospitalssektoren at skabe sammenhængende og gode forløb for patienten, og der gøres en stor indsats mange steder. Rapporten vil, på baggrund af konkrete oplevelser med tværsektorielle patientforløb, pege på dels nogle velfungerende og velaftalte tværsektorielle patientforløb, dels på en række forudsætninger for de gode patientforløb på tværs. Desuden vil nogle af de barrierer, der spiller ind på de tværsektorielle patientforløb, blive belyst og kontekstualiseret. De gode forløbseksempler skal pege på, hvor der er vellykkede overgange, som man kan lære af fremadrettet, hvorimod de barrierer, der besværliggør tværsektorielle forløb præsenteres med ønsket om, at en indsigt heri vil give vigtig læring og skabe baggrund for, at nye løsninger kan udvikles. Rapporten peger desuden på, at der er et paradoks forbundet med de eksisterende sundhedsaftaler, der i et forsøg på at støtte sektorerne i gode tværsektorielle samarbejder, samtidigt har skabt nogle rammer, der på nogle punkter ikke stemmer overens med den praksis hver dag, som frontmedarbejderne agerer i, og det skaber dilemmaer og konflikter omkring tværsektorielle patientforløb, der skal håndteres af frontmedarbejderne.

Tværsektorielle overgange henviser her til alle de situationer, hvor et menneske bevæger sig i grænsefladen mellem det kommunale og det regionale niveau. Eftersom de mennesker, der er genstand for tværsektorielle forløb i nogle kontekster kaldes patienter og i andre kaldes borgere, så vil begge benævnelserne bruges i rapporten uden skelen til, af hvem og hvornår de overgår fra den ene til den anden kategori.

Feltet

I undersøgelsen har to kommuner, to hospitaler og en lokalpsykiatri deltaget. På begge deltagende hospitaler er medicinsk afdeling og akutområdet udpeget til deltagelse, eftersom det blev vurderet, at der her, samt på det psykiatriske område, ligger særligt store udfordringer omkring sektorovergange. Derudover har personale fra geriatrisk team og ortopædkirurgisk afdeling også deltaget i fokusgrupper og observationsstudier. Mange forskellige faggrupper har deltaget i undersøgelsen, og på baggrund af disse mange forskellige faglige ståsteder er de analytiske tematiseringer og konklusioner draget. Det vil sige, at med mindre andet er anført, så er pointerne generelle for deltagerne. De metodiske greb og overvejelser er beskrevet i Bilag A.

Kapitel 2: Forudsætninger for de gode forløb

Dialog skaber gode overgange

Hver dag indlægges og udskrives mange patienter fra hospitalerne. Det er forbundet med mange sektorovergange, hvori mange forskellige faggrupper på tværs af sektorer er involveret. Der er konsensus om, at et godt forløb på tværs af sektorer forudsætter, at en lang række faktorer er på plads og leveres rettidigt. De gode tværsektorielle patientforløb forudsætter blandt andet en række faktorer, der alle er udpræget relationelle. Det vil sige, at det er elementer, der knytter sig til den interaktion og relation, der finder sted i overgangen mellem sektorer.

Først og fremmest er der behov for dialog. "Dialog på mange planer" blev nævnt af en sygeplejerske i en fokusgruppe og indrammer fint essensen af det gode forløb på tværs af sektorer. Når personale på tværs af sektorer går i dialog med hinanden, så sker der noget¹. Dialog kan i denne sammenhæng defineres som gensidigt inkluderende samtaler og aftaler mellem aktører i de forskellige sektorer. Det er afgørende, at der gennem dialog udveksles relevant viden om borgeren ved indlæggelsen - herunder borgerens vanlige funktionsniveau, medicin, sygdomsbillede osv. Under indlæggelsen er inddragelse, dialog og forventningsafstemning i forhold til behandling og udskrivning med patient og pårørende helt afgørende for et godt resultat. Og som led i planlægningen af udskrivningen bør der være dialog mellem mange forskellige parter – fx udskrivningskoordinator, kommunale terapeuter, hjælpemiddelcentral, terapeuter, og sygeplejerske på hospitalet, patienter, pårørende og hjemmesygeplejerske – og evt. bostøtte og sagsbehandler, når det drejer sig om psykiatriske patienter. Når den relevante viden ikke udveksles mellem relevante aktører, risikerer patienten at opleve en usikker, utryk og uhensigtsmæssig overgang mellem sektorerne, der kan betyde sygdomsforværring og genindlæggelser, hvilket hverken er til gavn for patienten eller samfundet.

Der udtrykkes stor tilfredshed med telefonisk dialog mellem blandt andet sygeplejersker på hospitalet og sygeplejersker i kommunen. Den mundtlige overlevering er værdifuld, opleves det, fordi der kan stilles og

¹ Dialogen forudsætter omvendt, at parterne kan komme i kontakt¹ med hinanden. Faste telefontider i kommunens visitation, hjemmehjælp og -pleje opleves som en klar barriere for samarbejdet om overgange, fordi der er behov for dialogen i forbindelse med eksempelvis en udskrivning. Begrænsninger for de tværsektorielle patientforløb relateret til kontakt og kommunikation er berørt i andre undersøgelser (Mejnertz 2012) og udfoldes ikke yderligere her.

besvares spørgsmål, som måske ikke er overvejet og inkluderet i skabeloner for den elektroniske overlevering, ligesom det giver en tryghed for begge parter, at patienten er godt og personligt overleveret.

"Vi vil gerne blive ved med at have en telefonisk kontakt, vores skræk er, at vi kommer til at sende en patient hjem i aftentid, der knapt kan klare sig, og man så først opdager det et par dage senere, at vedkommende ligger i sengen - det er der ingen af os, der kan holde til, og medmenneskeligt så duer det bare slet ikke... vi kan godt lide den personlige kontakt, så ved vi, at vi har afleveret videre til den næste sundhedsfaglige person" (sygeplejerske i akutafdeling).

I samme forbindelse nævnes det, at fordi dialogen er så vigtig i overgangene, og at kontakten mellem sektorerne ofte er besværliggjort af faste telefontider, så er det oplevelsen, at de steder, hvor der er en central telefonvagt i hjemmeplejen – betjent af en sygeplejerske, fungerer overgangene bedre. Den konstante kontaktflade muliggør, at beskeder om borgere, der udskrives, kan overleveres til en kommunal sygeplejerske og støtter derved flowet i hospitalets arbejdsgange. Selve muligheden for at komme i dialog på tværs af sektorer har særligt forbedret samarbejdet og mindsket frustrationen fra hospitalets side, men overleveringen sker til en central telefonvagt, der ikke kender alle borger, og derfor er kvaliteten af overleveringen ikke ligeså stærk, som når det er borgerens kontaktsygeplejerske, der modtager beskeden fra hospitalet.

Koordinerende kompetencer og forebyggelse

Gode forløb forudsætter, ud over tværsektoriel dialog, også de rette kompetencer hos de sundhedsfaglige, der skal håndtere sektorovergangene. I kraft af, at patienter udskrives hurtigere fra hospitalet, er der særligt stort behov for, at de aktører, der skal være med til at sikre en god sektorovergang har kompetencerne til at forudse de forskellige scenarier, der kan komme til at udspille sig for den enkelte patient og tage højde herfor i udskrivningsplanen. Flere sundhedsfaglige kalder dette for evnen til at "*råbe vagt i gevær*". Denne evne er rodfæstet i erfaring over tid.

På samme måde fremhæves 'undring' som en afgørende kompetence, der er særligt knyttet til det sygeplejefaglige blik på det hele menneske, der gør sygeplejersken i stand til at se, at patientens sygdomsbillede/sundhedsbillede er under forandring. Evnen udspiller sig særligt i hjemmeplejen, hvor hjemmesygeplejersken, i kraft af sin kontaktsygeplejerskefunktion, kender patienterne over tid, og derfor er i stand til at se ændringer på baggrund af opbygning af relevant viden om borgeren. Det skaber tryghed og kontinuitet.

Kontaktsygeplejersken kan med sine kompetencer til at råbe vagt i gevær og evnen til undring bidrage til sundhedsfremme og forebyggelse af (gen)indlæggelser, ligesom kendskabet til patienterne letter overgangene betydeligt, da relevant og opdateret viden om patienten er afgørende for en god overgang og behandling på hospitalet. Derudover er der hos sygeplejersken en skoling i, samt en oparbejdet erfaring med at tænke sammenhænge, overgange og koordinering - "*At tænke ud over det, der er ordineret*", beskrev en sygeplejerske. Kontaktsygeplejersken hjælper desuden patienterne med at holde styr på de forskellige undersøgelser, de indkaldes til, sørger for at de kommer afsted til disse osv. Flere udtrykker, at de er patientens advokat i et kompliceret system.

Det er værdifulde og efterspurgte kompetencer i de tværsektorielle patientforløb. Men det koordinerende arbejde er ikke ret synligt i overgangene. En hjemmesygeplejerske italesatte det med ordene: *"Det ligger i os, det gen, for vi gør det bare, vi tænker ikke over det, for vi ved, at hvis vi ikke gør det, så bliver det et problem"*. "Vi gør det bare" indfanger fint, at netop fordi den koordinerende rolle, tovholderfunktionen ofte ligger hos sygeplejersken, og særligt hos hjemmesygeplejersken som en form for 'tavs viden', så bliver den usynlig og er derfor så svær at indfange som et afgørende element og kompetence i sektorovergangen. Kompetencerne til at løfte de tværsektorielle opgaver er således tilstede, men så længe kompetencerne forbliver "usynlige" i overgangen, er der risiko for, at de hverken anerkendes eller sættes i spil i tilstrækkelig grad.

Udskrivningskoordinatoren – bindeled mellem sektorer

Udskrivningskoordinatorens primære funktion er at koordinere udskrivningen og formidle relevant viden mellem sektorer og derved skabe et sammenhængende forløb. En udskrivningskoordinator påpeger, at hendes funktion er særlig vigtig i ortopædkirurgiske afdelinger, der modtager mange patienter, der ikke i forvejen er kendte i kommunens hjemmehjælp og -pleje, og når disse får et brud på en hofte eller et håndled, sker der ofte et hurtigt fald i funktionsniveau, og de får et akut behov for hjælp, som udskrivningskoordinatoren visiterer til.

Udskrivningskoordinatoren, Joan, er uddannet sygeplejerske og har arbejdet både i hjemmeplejen og på hospitalet, hvilket hun ser som en force i sin nuværende rolle som udskrivningskoordinator, fordi hun kender "hele systemet indefra" og de forskellige arbejdsgange, i de forskellige sektorer. Som udskrivningskoordinator er Joan afhængig af et godt samarbejde med både sit kommunale bagland og personalet i afdelingen:

"Jeg føler jo, at det heroppe er ligeså meget mine kolleger, som dem jeg har nede i hjemmeplejen. Jeg føler jo lidt, jeg er beriget med mange kolleger, fordi de tager jo mig ind heroppe, som om jeg er en af deres. Altså det er på mange områder. ...der er den her respekt for, at vi hjælper sgu hinanden". Hun fortsætter: "Det er ikke et problem at få borgere hjem, men igen er det vigtigt at tage højde for, at der skabes relationer ved det tætte samarbejde - jeg tror, det gør en forskel, at jeg er her hver dag" (Joan).

I Joans optik er hendes fornemmeste opgave som koordinator at få patienterne hjem på en holdbar måde og med patienten i centrum:

"Vi skal fil'ne ha dem hjem, de skal ikke ligge her, hvis det ikke er nødvendigt, vi skal bare være sikre på, vi kan hjælpe dem, når de kommer hjem, hvis det så kræver, at de skal være her til i morgen, eller til i overmorgen....Der skal bare være gensidig respekt, hvis vi har gensidig respekt, så behøver vi ikke true med færdigregistreringer (færdigbehandling) – det tror jeg, det løser det hele, og det er det, jeg oplever, det er også derfor, jeg siger, vi har stort set ikke en færdigregistrering i det somatiske område, og det er fordi, vi har gensidig respekt, det tror jeg på".

Ud over at funktionen sikrer en mere sammenhængende sektorovergang for patienten, så letter den i mange situationer, hospitalspersonalets arbejde omkring udskrivning, ligesom det giver god mening, at udskrivningskoordinatoren "ser" patienten og kan give et mere præcist billede af behovet for hjælp – i samarbejde med hospitalets sygeplejersker og terapeuter. Successen ligger derfor både i lettere arbejdsgange, men i høj grad også i, at der sker en direkte kontakt og dialog mellem kommunen og hospitalet. Face to face-værdien er høj i det tværsektorielle samarbejde.

Anerkendende dialog - kommunikation, der motiverer

Det fremgår tydeligt, at kommunikation på tværs af sektorer ikke kun handler om muligheden for kontakt og kommunikation på tværs, men i høj grad også om, *hvordan* kommunikation praktiseres. Der er en tydelig tendens til, at konflikter opstår, fordi nogle ansatte har svært ved at afkode, hvad man kan og bør udtale sig om i forhold til hinandens beføjelser. For eksempel generer det visitatorer og udskrivningskoordinatore, når sygeplejersker eller læger udtaler sig om, hvad kommunen kan og bør bevillige til en patient efter udskrivning. En visitator sagde *"det vil jo svare til, at jeg ringer og bestiller en undersøgelse oppe på hospitalet..."*. En sygeplejerske bakker op om, at det er afgørende, at personalet på hospitalet har en: *"Ydmyghed for, hvad vi kan udtale os om"*.

En geriatrisk sygeplejerske oplever, at hvis man bruger et anerkendende sprog, og inviterer til dialog og sparring, så er det sjældent, at konflikter opstår. Men hun siger, at den anerkendende dialog kræver en strategi og en teknik, der skal tillæres. Der er mange, der ikke har forstået det endnu, mener hun, som stadig står ved patientens fodende og lover dem en aflastningsplads, som kommunen så senere måske må afslå, og dermed kommer i klemme, fordi de må tage noget fra en borger, som de aldrig har fået bevilliget. Den geriatriske sygeplejerske nævner, at det også handler om valg af ord. Når hun står i en situation, som typisk kan blive svær at få løst tværsektorielt, fordi der måske skal "forhandles" om hvem, der skal levere hjælpemidler og om det rette tidspunkt for udskrivning, så ringer hun op og siger *"det her bliver svært, jeg ser det sådan her...hvad tænker du?"*. Mere skal der ikke til, mener hun. Hvis parterne tager gensidigt ansvar for at inddrage den anden sektor på dets felter, så anerkendes begge som ligeværdige parter, og overgangen bliver en fælles opgave, der løses i fællesskab.

Aftaler "man bør skele til"

I en af de deltagende kommuner har en hjemmesygeplejerske, efter drøftelse med kolleger, beskrevet aftaler om hjemmedialyse og parenteral ernæring, som er eksempler på tværsektorielle patientforløb, der fungerer godt i praksis, og som hun som hjemmesygeplejerske opfordrer til, at man "skeler til", når man laver nye aftaler. Om aftalerne erfarer hun:

"Når vi får en borger udskrevet fra enten dialysen eller fra Ålborg med parenteral ernæring, bliver vi kontaktet flere dage i forvejen, for at vi kan forberede os på opgaven. Samtidig bliver vi tilbudt oplæring fra/i afdelingen. Dette har vi dog ikke benyttet os af for nylig, da vi sidemands-oplærer hinanden. Desuden kommer der fra de 2 afdelinger nogle meget gode beskrivelser af proceduren med hjem. Med hensyn til de remedier, vi benytter, er der fra Ålborg en fast ugentlig leveringsdag, og der har vi slet ikke noget med bestilling at gøre. Fra dialysen kommer der varer

hver 14. dag, hvor vi 10 dage før levering skal faxe en bestillingsseddel med afkrydsning for det, vi skal bruge. Det er afdelingen, som har ansvaret for behandlingen, men os som udfører den, og melder tilbage til afd., hvis der er problemer. Gældende for begge afdelinger er det, at der er kontaktpersons-telefonnr. i de materialer, der udleveres til borgeren ved udskrivelse, og når vi ringer, uanset om det er aften eller weekend, er der altid en kollega, som tager sig af sagen og hjælper os videre".

Gennem deltagerobservation i forbindelse med en hjemmesygeplejerskens besøg hos både en dialysepatient og en patient med parenteral ernæring træder det tydeligt frem, at ovenstående eksempler ikke blot fungerer godt for hjemmesygeplejen, men også for patient og pårørende. I begge behandlingsforløb er de patienter og pårørende, vi møder, trygge ved behandlingen og fordelingen af ansvar og opgaver forbundet hermed mellem de to sektorer. De oplever, at der udvises en stor fleksibilitet fra hospitalets side ved ændrede behov for levering af remedier, ligesom hjemmeplejen har struktureret arbejdsgangene omkring forløbene godt. Ved tvivlsspørgsmål drøftes det først mellem hjemmesygeplejerske og patient/pårørende, og dernæst sørger hjemmesygeplejersken for at kontakte afdelingen for en afklaring. Beskrivelsen af procedurer bruges ikke kun som oplæring, men anvendes også som tjekliste i forbindelse med udførelsen af de forskellige delelementer af behandlingen, ligesom der også noteres i materialet, hvis der er sket ændringer i dosis osv.

De gode forløb – parenteral ernæring og hjemmedialyse – er eksempler på, hvordan aftaler kan gøre forløb smidige og veltilrettelagte, og dermed skabe ro og tryghed omkring behandling i hjemmet for både personale og patienter. Aftalerne er garant for, at alle kender deres rolle i forløbet, og kender procedureerne for behandling og i tilfælde af behov for specialist assistance. Samtidig er oplevelsen, at kommunen har fået tid til at forberede sig på implementeringen af behandlingen, ligesom de får mulighed for oplæring i procedureerne, så de er bedre rustede til opgaven. Respekten, for at nye opgaver kræver tid og oplæring, når de flyttes fra hospitalet til kommunen, gør ikke bare overgangen smidigere, men det giver et positivt udgangspunkt for sektorsamarbejdet og betyder ikke mindst, at kvaliteten af opgaven forbedres. Dog er det tydeligt, at sektorovergange i forbindelse med elektive behandlinger er langt lettere at gøre smidige og sammenhængende, end de akutte forløb.

Relation og den sociale konvention om gensidig udveksling

Sektorovergange er, som tidligere nævnt, forbundet med mellemmenneskelige relationer, tværsektorielle relationer – dialog, anerkendelse og respekt. Et godt forløb fordrer, at den enkelte medarbejder bestræber sig på at indgå i en positiv relation til "kollegaen" i den anden sektor. Når vi som mennesker indgår i relationer med hinanden, så er det et mellemmenneskeligt vilkår, at vi udveksler med hinanden for at bevare en god relation. Udveksling, reciprocitet, er en måde at sikre os, at begge parter ønsker relationen, og at den kan fortsætte. Det betyder, at vi for at bevare den gode relation, så udveksler vi det, som antropologen, Michel Mauss, kalder "gaver" (2001 (1925)). Gaven er symbol på ønsket om at bevare den gode relation. Overført til tværsektorielle patientforløb, så er gaven det, at man i relationer på tværs af sektorer skiftes til at være den, der giver og den, der modtager – "den der strækker sig". Det vil sige, at når en udskrivning ser svær ud, og der måske er tvivl om, hvem der skal levere et hjælpemiddel, så er karakteren af relationen mellem sektorerne afgørende, dvs. relationen mellem fx sygeplejersken på

hospitalet og visitatoren i kommunen. Er der en god relation, så ved begge parter, hvem der "skylder" at være den, der giver lidt, og hvem der kan forvente at få hos den anden. En socialrådgiver forklarer:

"Det handler om goodwill...ikke så meget om samarbejdet om lige nøjagtigt denne her sag, men det handler om, at jeg kender dig, og sidste gang vi samarbejdede, fandt vi en løsning sammen, hvor vi alle sammen gav lige lidt mere end det, vi egentlig grundlæggende skulle, og så fandt vi en løsning, og så fik vi den her borger videre".

Når disse relationer er vedligeholdte, og alle overholder de sociale konventioner, der er forbundet med udvekslingen, med "at gi' og ta'", så kører overgangene smidigt. Men i det øjeblik den ene part ikke overholder konventionen og forventningen om, at der skal ske en rimelig udveksling, og gaven ikke tilfalder den forventede modtager, så lider relationen et knæk og tilliden brydes.

Generelt fungerer relationer altså bedst, når vi ved hvad og af hvem, vi kan forvente hvad, og det gør sig også gældende i det tværsektorielle samarbejde. I det følgende kapitel vil det blandt andet blive belyst, hvilke konsekvenser det kan have i praksis, når man i det tværsektorielle samarbejde oplever, at det er personafhængige relationer, der er med til at afgøre om et tværsektorielt forløb bliver godt.

Opsamling: Patienten i centrum – et fælles mål og en forudsætning

De gode forløb forudsætter, at patienten sættes i centrum af forløbet og i dialogen, dvs. at der er fokus på, hvad der er bedst for patienten, og på hvad patienten rent faktisk ønsker.

"Vi skal alle sammen tænke som udgangspunkt, hvad ville være det bedste for denne her patient – hvor vil det være bedst, at han/hun var, og hvad skal der til" (Afdelingspsygeplejerske).

Der er en udpræget intention om at sætte patienten i centrum hos alle deltagende parter. Til trods for at alle har samme mål for det gode tværsektorielle patientforløb, så er der i praksis en oplevelse af, at det ikke altid er let at realisere det fælles mål. Undersøgelsen peger på, at hvis patienten skal sættes i centrum forudsætter det, at sektorerne anskuer sektorovergange som en fælles opgave, og ikke som summen af to sektorer individuelle opgaver og roller. Styrken ligger i at inddrage andres kompetencer i den fælles opgave – også selvom det kan opleves som en besværliggørelse af overgangen, fordi der kommer flere perspektiver ind i processen.

Kapitel 3: Barrierer for de gode tværsektorielle forløb

At navigere i et komplekst system

De deltagende patienter og pårørende fokuserer primært på den konkrete behandling, de modtager og på relationen til de medarbejdere, de møder undervejs, og langt mindre på sektorovergangene, som de har svært ved at beskrive. Dog er der flere eksempler på, at pårørende står med et stort arbejde med at navigere i et temmelig svært gennemskueligt system, og det påvirker oplevelsen af de tværsektorielle

patientforløb negativt. Særligt er det svært at gennemskue af hvem og hvor, man får den rette hjælp. Her fortæller en pårørende, hvordan hun "løber panden mod muren", som hun kalder det, i sit forsøg på at få fat i bevilgede kateterposer til sin mand:

"Jeg synes bare, det hele det er så besværligt...sådan en ting som, at vi nu er blevet visiteret til kateterposer...fordi der går jo et stykke tid, fra man får en sygdom, og indtil det er bevilliget. Så blev det bevilliget, at nu kan vi få kateterposer og slanger og alt det, vi skal have til det, så siger jeg så oppe på sygehuset, 'hvor skal jeg henvende mig henne?'. 'Jamen, du skal bare henvende dig nede i borgerservice nede på kommunen'. Det gjorde jeg så. Da jeg så kom derned, så siger de, 'det er sandelig ikke her, du skal være, du skal køre ud til det rehabiliteringssted derude'. Nå, så kørte jeg. Da jeg så kom derud, så siger de 'nej, det havde de sandelig ikke noget med at gøre', jeg skulle ned på sygeplejeklinikken, så der endte jeg så nede".

Frustrationen over at skulle sendes fra den ene til den anden kommunale afdeling er stor hos mange, og samtidig opleves det, at den rette information heller ikke leveres. Samme pårørende fortæller:

"Og så kommer vores læge, og han siger 'I kan ikke få hjælp til det (kateterposer), før I er visiteret til det'. Nå jamen, det er der jo ikke noget at gøre ved, så vi har købt bleer i dynger og lige sådan...kateterposer. Det har kostet os mange penge, og så siger de deroppe på sygehuset, at bare vi havde henvendt os til dem, så skulle vi ikke have givet noget for det. Og det er der hverken læge eller sygeplejerske, der ved noget om".

I den pårørendes fortælling er det tydeligt, at der er behov for en mere tydelig vejledning og informering af patienter og pårørende – i god tid, så de ikke når at løbe panden mod muren.

En pårørendes oplevelse med en sektorovergang

Else er 55 år og gift med Jens. Elses onkel, Johannes på 87 år, er flyttet tættere på Else, for at Else kan hjælpe ham i hverdagen. Else arbejder ikke længere, så hun besøger sin onkel hver dag, og hjælper ham med rengøring og indkøb, ligesom hun kører ham, når han skal til læge osv. I det følgende dagbogsuddrag beretter Else om sine oplevelser i forbindelse med Johannes' uheld og overgangen fra behandling på hospitalet til kommunal hjælp:

Dag 1

Jeg får et chok, da jeg finder Johannes nøgen på badeværelsesgulvet – han er faldet i badet og har ligget på gulvet i tre timer. På hospitalet går det fint. Personalet er søde og hjælpsomme og informerer godt om, hvad der skal ske. Johannes virker rolig, han er faktisk roligere, end jeg er. Johannes får konstateret et brud på håndledet, som sættes sammen, og han får gips på armen. Sygeplejersken spørger, om de skal ringe til hjemmeplejen. Jeg takker nej, for jeg ved, at Johannes vil sige nej, og at jeg skal overtale ham, når han kommer hjem. Min mand og jeg sørger for ham resten af dagen.

Dag 2

Vi tager tidligt ned til Johannes og giver ham tøj på. Jeg taler med Johannes om hjemmehjælp, men det synes han ikke, han har brug for. Johannes har altid klaret sig selv, og har ikke indsigt i situationen, han står i. Jeg får ham overtalt. Vi har tidligere haft besøg af en hjemmekonsulent, som fortalte at vi bare skulle ringe, hvis vi fik brug for hjælp. Hende ringer jeg naturligvis til. Hun fortæller, at jeg skal ringe til visitationen. Det bruger jeg 3 timer på! En telefonsvarer siger, at alle linjer er optaget - ring igen senere. Vældigt frustrerende. Man kan ikke engang stå i en telefon kø. Hvad nu hvis jeg havde været på arbejde den dag? Det ville være helt umuligt at ringe uafbrudt. Hvad skulle Johannes have gjort? Endelig kommer jeg igennem efter telefontidens ophør. Vi aftaler, at Johannes lægges i seng, får hjælp til at komme op om morgenen, og får bad en gang om ugen. Resten skal jeg nok sørge for. Dejligt at få aftalen på plads, jeg tror, at det hele nu kører på skinner.

Dag 3

Johannes fortæller, at han blev lagt fint i seng aftenen før. Til gengæld faldt han om morgenen ned på ryggen i sengen, kaldeapparatet var gledet om på ryggen og gik i gang. Johannes kunne ikke forstå, hvad der blev sagt i alarmen, men der kom dog en og hjalp ham op. Vedkommende gik med det samme igen, og Johannes var helt forvirret. Han troede, at han skulle i tøjet. Ved 10-tiden kom der en anden og gav ham tøj på.

Dag 4

Johannes er vant til at stå tidligt op - han får ondt i ryggen og i benene, hvis han ligger for længe, og han havde derfor trykket på alarmen. Han havde råbt til dem, at han havde brug for at komme ud af sengen, og han fortæller, at de blev sure. Jeg kan godt se, at vi må finde en løsning på det problem.

Dag 5

Jeg tager ned til Johannes kl. 6.45. Han sidder på sengen. Han har forsøgt at tage tøj på og er helt udmattet. Jeg ringer til visitationen og er heldig at komme igennem. Jeg fortæller, at Johannes har brug for at komme tidligere op om morgenen. Det har visitationen ikke noget at gøre med - det vidste jeg ikke. Jeg får endnu et telefonnummer, ringer og får at vide, at lederen af hjemmehjælpen vil ringe til mig - det gør hun ikke. Jeg ringer en time senere og får igen at vide, at lederen vil ringe til mig - det gør hun ikke. Et par timer senere ringer jeg til lederens telefonsvarer og giver udtryk for min frustration over, at jeg ikke kan komme i kontakt med hende. Hun ringer umiddelbart efter (Johannes havde givet op for længst). Johannes kan desværre ikke få hjælp tidligere, så aftalen forbliver uændret. Han er sat på til bad i morgen. Lederen vil sørge for, at der kommer en ergoterapeut, som måske kan hjælpe Johannes med nogle hjælpemidler, så han selv kan komme ud af sengen. Hun kommer 9 dage senere.

Dag 6

Hjemmehjælperen kommer ved 10-tiden. Da har Johannes været oppe i to en og en halv time. Jeg ringer til hjemmehjælperkontoret og meddeler, at jeg tager over om morgenen. Jeg tydeliggør, at vi gerne vil holde fast i den øvrige hjælp. Så forbereder jeg Johannes på, at han skal i bad i dag.

Dag 7

Johannes kom ikke i bad i går. Jeg ringer til hjemmehjælpslederen, som igen har telefonsvarer på. Jeg indtaler, at Johannes ikke fik bad i går og giver udtryk for, at jeg er uforstående over, at de aftaler, vi laver, ikke bliver overholdt. Jeg beder hende om at ringe tilbage til mig (det gør hun ikke). Jeg ringer senere til kontoret, som stiller mig om til lederen. Hun siger, at der er tale om en misforståelse, og at hun troede, at jeg tog over nu. Johannes skal så i bad i morgen torsdag.

Dag 8

Jeg er igen hos Johannes kl. 7. Taler med ham om, at han skal i bad i dag. Ved 10-tiden kommer en hjemmehjælper og tror, at hun skal give ham tøj på. Hun har kun 10 min, men tager ham i bad alligevel. Hun siger, at hun nok skal korrigere, når hun kommer hjem på kontoret. Jeg har lyst til at ringe til lederen og høre hvad det er, der sker, men jeg orker det ikke. Jeg er efterhånden helt udmattet af alt dette her.

Konklusionen på alt dette her er, at de hjemmehjælpere, som rent faktisk kommer ud til Johannes, er søde og hjælpsomme...Det er vældig frustrerende som pårørende at føle sig magtesløs i det system. Johannes havde aldrig nogensinde fundet ud af det selv. Han er 87".
(Skrevet af Else og tilsendt antropologen, som har redigeret teksten i forhold til omfang).

Casen om Else og Johannes illustrerer flere aspekter i de tværsektorielle patientforløb. Johannes' fald og brud på håndleddet er et klassisk eksempel på, hvordan en nogenlunde selvstændigt fungerende ældre borger oplever et drastisk fald i funktionsniveau, når de kommer akut til skade. Fra selv at kunne klare mange ting, er borgeren nu afhængig af massiv hjælp til personlig pleje, og uden sin niece havde han også haft brug for hjælp til praktiske ting. Overgangen fra hospitalet til kommunen er derfor essentiel – også i forhold til forebyggelse af genindlæggelse. Lægen og sygeplejersken, der behandlede Johannes i akutmodtagelsen pointerede begge, at de ældre patienter, der oplever et pludseligt fald i funktionsniveau, er en sårbar gruppe. Her er der behov for et godt samarbejde på tværs, for at patienten ikke sendes hjem til en uholdbar situation og evt. ender med at blive indlagt med yderligere komplikationer.

Men Elses dagbogsrefleksioner illustrerer, hvor svært det kan være at gennemskue og navigere i de forskellige offentlige instanser. Overgangen kræver altså ressourcer, uanset om man selv som patient eller pårørende skal opsøge hjælp, eller om det er sygeplejersken i afdelingen, der ringer forgæves. Sygeplejersken i akutmodtagelsen, der behandlede Johannes, oplever ofte, at hun må "slippe" patienterne uden at være helt sikker på, at de nu også gribes ordentligt hos kommunen.

Patientrollen - en barriere for inddragelse i eget forløb

Et godt tværsektorielt patientforløb har patienten i centrum, og der er en gængs opfattelse af, at inddragelse af patienten i eget forløb sikrer bedre behandling og bedre forløb – også i overgange. Og de fleste medarbejdere har da også en ambition om at inddrage patienten, selvom de også erkender, at det er noget, der kræver øvelse og fokus. Paradoksalt nok, så ligger der en barriere i patientens egen rolle og

formåen som patient. Mange patienter er svækkede under indlæggelsen, de hører og opfatter mindre, mange ældre bliver delirøse eller er påvirkede af beroligende medicin, hvilket sløver dem yderligere.

"De informationer, vi giver herinde, de bliver ikke hørt. Jeg oplever, at patienten ikke kan huske det to dage efter. De aner overhovedet ikke, hvad vi har snakket om" (Udskrivningskoordinator)

Mange er desuden autoritetstro og tør derfor ikke spørge eller forholde sig kritisk til lægens ord og anbefalinger. Derudover er der en tendens til, at patienter hospitaliseres under indlæggelse. Hospitalisering har, sammen med patientrollen, den konsekvens, at patienterne nurses og passiviseres. Mange slipper ansvaret for eget helbred og situation, når de indlægges. Og fordi de både er svækkede sansemæssigt og samtidigt bliver passive, så er patienterne "nemme" ikke at inddrage i egne forløb. Det betyder, at intentionen om at inddrage patienterne i langt højere grad, end hvad praksis er i dag, modarbejdes af patientens egen rolle. Derfor kalder det på en systematik for patient- og pårørendeinddragelse.

Pårørende – til gavn eller gene?

Der er konsensus hos de deltagende medarbejdere i alle sektorer, at pårørende spiller en rolle – både i de gode og de mindre gode forløb. Pårørende kan, når de inddrages, være en ressource, fortæller flere medarbejdere. Pårørende kan være med til at skabe tryghed for patienten i overgangen, ligesom mange pårørende er en støtte for patienten i samtaler med læger, sygeplejerske eller kommunen. En pårørende fortæller, at han ud over at fungere som talerør for sin kone, så er han den, der har et samlet overblik over forløbet. Konen selv oplever, at hukommelsen svigter i det lange sygdomsforløb: *"Jeg kan ikke huske det fra den ene gang til den anden"*. Men pårørende opleves også som en tidskrævende faktor i patientforløbet. Mange frontpersonalet oplever, at pårørende bliver mere og mere krævende i forhold til at ville orienteres om detaljer om patienten, som personalet ikke ser relevant viden for pårørende, og som de ikke må fortælle pga. tavshedspligt. Det giver en anstrengt relation til disse pårørende. Der er altså behov for, at pårørende inddrages konstruktivt i de tværsektorielle patientforløb, men at dette skal ske på baggrund af en forventningsafstemning om, hvad man kan forvente af fx en indlæggelse på hospitalet, eller hvad man kan forvente af hjælp fra kommunen.

Et paradigmeskifte – behov for oplysning

Personale på både hospitaler og i kommuner føler sig udfordret af de skift, der har været og stadig sker i sundhedssektoren. Bevægelsen mod hurtigere udskrivinger og mere behandling i kommunalt regi har ikke kun betydning for personalet i sektorerne, men også for deres samspil og for patienterne og pårørende. De accelererede patientforløb betyder, at patienterne er dårligere, når de udskrives til kommunen. Det skaber nogen utryghed for både patient og pårørende. Mange patienter og pårørende har en forventning om, at man ikke udskrives, før man er helt rask, ligesom der er en forventning om, at der er visse ting, som det offentlige skal sørge for. Når de så oplever, at tingene har ændret sig, så opstår utilfredshed og frustration. Og den rettes mod frontpersonalet, der ofte må argumentere for, hvorfor tingene er, som de er.

Også for personalet i begge sektorer opleves de accelererede patientforløb som et pres, også på samarbejdsfladerne. Det er for nogle visitatorer og terapeuter i kommunerne svært at acceptere, at "det hele skal gå så stærkt". De undrer sig over, og frustreres i nogen grad over, at patienterne er så dårlige, når de udskrives. En hjemmesygeplejerske sagde: *"ja, de er næsten mere patienter end borgere, så dårlige er de, når de kommer hjem"*. Omvendt, så skal hospitalspersonalet vænne sig til, at de skal udskrive hurtigere, og stole på, at kommunen kan tage over. Det kræver tilvænnning og tillid. Utrygheden forbundet med de hurtigere forløb avler mistillid, og så sker det, at sektorerne imellem glemmer at bakke hinanden op. Når eksempelvis en patient og dennes pårørende er utrygge ved, at patienten skal udskrives til- og passes i eget hjem, så kan en læge eller sygeplejerske komme til at bakke patienten op i dennes utryghed og utilfredshed ved at udtrykke, at der er et behov for en aflastningsplads. Omvendt kan de i hjemmeplejen komme til, over for borgeren, at udtrykke utilfredshed med, at hospitalet har udskrevet for hurtigt. Denne form for manglende opbakning oplever mange, og sådanne oplevelser tærer på den gensidige tillid.

Der er tydeligvis et behov for oplysning om og en afstemning omkring, hvad man som patient og pårørende kan forvente i forbindelse med indlæggelse og behandling på et hospital og udskrivning herfra, og hvad man selv som patient og pårørende skal klare – under og efter indlæggelse. En sådan offentlig, samfundsmæssig oplysning er nødvendig for at skubbe til en nødvendig holdningsændring, hvis presset fra de brudte forventninger fra patienter og pårørende ikke skal lande på frontpersonalet. Desuden, så er det tydeligt, at personalet i de enkelte afdelinger (og eventuelt på hospitalsniveau) sørger for at lave en forventningsafstemning med patienter og pårørende ved indlæggelsen.

Pres på ressourcer

Der er en oplevelse hos både kommunalt ansatte og ansatte på hospitalerne, at der er pres på ressourcerne. Flere mennesker skal gennem sundhedssektoren, opgaverne bliver flere og mere komplekse, ligesom hænderne bliver færre, opleves det. Det store pres sætter spor i tilgangen til det tværsektorielle samarbejde. På dage, hvor travlheden er stor, så prioriteres det, der kan kaldes kerneydelsen, dvs. fokus bliver lagt på de opgaver, som man først og fremmest ser sig nødsaget til at løse. Det kan for lægen være tilsyn og behandling af patienter i afdelingen, mens epikriser til praktiserende læger må vente. For en sygeplejerske er behandling, pleje og stuegange opprioriterede opgaver, hvorimod tiden til at investere i den gode overgang er knap. Eksempelvis så ved sygeplejersken på hospitalet, at det letter overgangen, hvis hun har sørget for medicin til nogle dage efter udskrivning, hvis et sår er skiftet lige inden udskrivning, eller hvis hun har sørget for at skaffe en tid til opfølgning i eksempelvis lungeklinikken. Men hvis dagen er presset, så er det sådanne elementer, der nedprioriteres. Presset på ressourcerne betyder altså et større fokus på egen opgave, og mindre på den fælles opgave omkring overgange. Det giver ringere forløb og en oplevelse af dårligt samarbejde på tværs, og så opstår mistilliden til hinandens indsats.

Manglende indsigt og mytedannelse

Kombineret med et voksende pres på ressourcerne i sundhedssektoren, som skal håndteres i praksis, så er der en generel oplevelse af, at personalet i de forskellige sektorer kender meget lidt til hinandens arbejdsgange og –vilkår. Et kendskab, som de ser som en væsentlig faktor for et bedre samarbejde. Større

indsigt vil betyde større forståelse for hinanden, og dermed en mere imødekommende dialog. Når man mangler indsigt i hinandens arbejdsgange og –vilkår, så har vi som mennesker en tendens til at skabe vores egne billeder af "de andre". Disse billeder er antagelser om, hvordan og hvorfor folk gør, som de gør. Antagelserne adskiller sig ofte radikalt fra virkeligheden. Det vil sige, hvis man ikke har reel indsigt i og viden om ens samarbejdspartnere, så er der basis for, at der opstår fortællinger og myter om hinanden. Myterne og fortællingerne har den iboende funktion, at de skaber os/dem distancer mellem parterne. Det vil sige, at når man eksempelvis i kommunalt regi antager, at en afdeling sender en patient hjem, fordi der er mangel på sengepladser, og ikke fordi patienten er klar til udskrivning, så skaber det en negativ holdning til hospitalet, og en myte om den afdeling igangsættes. Det avler afstand og modstand til den afdeling. Omvendt kan personalet på hospitalet have lignende antagelser om kommunale samarbejdspartnere. På spørgsmålet om, hvorvidt man på hospitalet er klar over, hvad visitationen har brug for af oplysninger i forbindelse med udskrivning, svarer en visitator, at det går hun da ud fra, og at det ikke kræver megen fantasi at regne ud, og derfor frustrerer det hende, at de så ikke leverer det, hun har brug for. Antagelsen, om at andre selvfølgelig kender ens behov, viser hvor vigtig en løbende dialog og forventningsafstemning er, så frustrationer og antagelser ikke hobes op

Myter har endvidere den funktion, at de kan være med til at skabe orden i en ellers kaotisk verden, som man ikke føler kontrol over. Når vi som mennesker oplever, at vi ikke har kontrol med vores (arbejds)liv, så kan fortællinger være med til at skabe en sådan orden. Antagelser og forklaringer om de andre kan være med til at skabe ro om ens egen situation, fordi "skylden" for kaosset kan forklares med de andres manglende indsats. Derudover kan fortællinger om de andre, ofte udtrykt gennem ironi, fungere som en form for trykventilmekanisme, der letter "trykket" i pressede tider. Udfordringen for samarbejdet mellem sektorerne ligger særligt i det faktum, at når en myte er gentaget tilstrækkeligt mange gange, så bliver den "sandhed", og så fastholdes afstanden og modstanden i kraft af en os/dem distance.

Der er i praksis en lang række barrierer for de gode tværsektorielle forløb, hvoraf de, der er nævnt oftest, er præsenteret her. For patienter og pårørende er den største udfordring at navigere i et komplekst offentligt system, hvor relevant information ikke altid tilgås patient og pårørende. Mest afgørende er dog, at de tidligere nævnte forudsætninger for gode tværsektorielle patientforløb - dialog, anerkendelse og respekt – opleves udfordret på grund af et voksende pres på ressourcer. Som de følgende kapitler vil illustrere, så påvirker et voksende fokus på egen opgave, og derfor mindre fokus på overgange, den relationelle interaktion på tværs af sektorer, der er så vigtig for at sektorovergange bliver gode.

Kapitel 4: Psykiatrien – et kapitel for sig

Oplevelserne hos deltagerne omkring det psykiatriske felt erfarer på en lang række områder de samme tværsektorielle udfordringer som det somatiske område – herunder oplevelser af begrænset kontakt og kommunikation på tværs af sektorer, manglende indsigt i hinandens opgaver og deraf mistillid og mytedannelse, samt pres på ressourcerne osv.. 'Et kapitel for sig' refererer derfor ikke til, at udfordringerne omkring tværsektorielle patientforløb adskiller sig betydeligt fra det somatiske område, men det henviser til, at de tværsektorielle patientforløb omkring psykiatriske patienter, i undersøgelsen, fremstår særligt pressede.

I undersøgelsen er givet mange eksempler på, hvorfor de svageste psykiatriske patienter er særligt afhængige af solide og smidige sektorovergange: For det første så adskiller psykisk sygdom sig fra somatisk sygdom i den forstand, at psykiske sygdomme, hos mange patienter, griber ind i det "hele menneske". Der er givet mange eksempler på, hvordan patienter, der lever med psykisk sygdom, også ofte oplever store sociale og økonomiske problemer, der er tæt relateret til deres sygdom. Det påvirker derfor behandlingen af deres sygdom. Medicinering er derfor ikke nok. Der skal ofte sociale indsatser til, for at den medicinske behandling får effekt:

" Er der en masse stressorer omkring dem, jamen så er det jo også noget, der vælter dem psykisk, så vi ved jo, at det ikke hjælper kun at holde fast på medicinen, vi bliver nødt til at hjælpe dem med at rydde op i alt det andet, der ligger og roder" (sygeplejerske, lokalpsykiatri).

For det andet, så er oplevelsen, at de svageste psykiatriske patienter har svækkede eller slet ingen netværk til at støtte op. Familie og venner kan være slidt op og har måske givet op efter mange års kamp. Manglende støtte fra nære netværk gør mennesker med psykisk sygdom endnu mere afhængige af hjælp fra sammenhængende regionale og kommunale tilbud. For det tredje, så er der for mange patienter i psykiatrisk behandling flere overgange i spil mellem sektorerne. Det er ikke atypisk, at en patient både er i kontakt med lokalpsykiatrien, somatiske afdelinger, jobcentret, socialafdelingen, egen læge osv.. Jo flere involverede parter i et patientforløb, jo større risiko for, at patienten forsvinder mellem de forskellige aktører i de forskellige sektorer. Derfor betyder de mange overgange, at patienterne er endnu mere sårbare. Desuden er der i disse mange sektorovergange flere forskellige faggrupper med forskellige tilgange involveret i det tværsektorielle samarbejde omkring patienten. Fordi tilgangene til patienten/borgeren adskiller sig alt efter, om man er socialrådgiver, pædagog eller sygeplejerske, og fordi ens beføjelser og muligheder i forhold til patienten også er forskellige, så påvirkes det tværsektorielle samarbejde omkring patienten. Der er en oplevelse af, at man har svært ved at forstå hinanden på tværs af sektorer netop pga. forskellige fagmæssige tilgange, og dette svage udgangspunkt for det tværsektorielle samarbejde betyder, at de psykiatriske patienter bliver yderligere udsatte.

I det følgende vil en ung kvindes oplevelser som psykiatrisk patient i et komplekst forløb illustrere, dels hvordan psykisk sygdom griber ind i kvindens sociale og økonomiske liv, dels hvordan mange overgange og kontaktflader kan komplicere og i værste fald forlænge et sygdomsforløb.

Maria – kaos og 'kommunearbejde'

Maria er 28 år, mor til en 4årig pige. Maria voksede op i et socialt udsat hjem - uden sin far og med en syg mor, som hun tog sig af. Som teenager røg hun i et hashmisbrug, som stadig følger hende i de perioder, hun har det dårligt. Maria fik konstateret ADHD for 5 år siden og lider også af det, hun selv kalder en livslang depression: *"Jeg græd hele tiden, var sur, indelukket, kunne ikke få tingene til at hænge sammen, nu ti år efter, hvor jeg har fundet ud af, at jeg har ADHD, så er der selvfølgelig flere brikker, der falder på plads"*. Sygdommen skaber kaos i Marias hoved, og hun formår ikke at skabe struktur i hverdagen – stå op, lave mad, handle, betale regninger, komme ud af døren til et bestemt tidspunkt. Men Maria vil gerne. Maria har desuden stor gæld og rod i sin økonomi:

"Jeg har søgt om hjælp i kommunen i et år, jeg har ringet til dem, ringet rundt jeg ved ikke hvor mange forskellige steder og hørt, om der er et eller andet tilbud, fordi at papirerne ryger ned i en skuffe, og det hele det er bare, jeg kan ikke overskue det mere".

Maria har en lang historie "med systemet", og det kan virke uoverskueligt med de mange kontaktflader:

"Tidsforløbet er lidt svært for mig at huske, jeg har været inde i det her system i rigtig mange år...også fordi jeg har haft kontakt til så mange forskellige mennesker og mange på en gang - psyk, hospitalet, læge, misbrugscentret, kommunen altså forskellige afdelinger, det render bare hurtigt op i 15-18 mennesker, man skal forholde sig til og skal huske navnene på. Og hvem var det lige, jeg snakkede med hvad om...det er ikke det der med, at man har én sagsbehandler mere, som du kan gå op og sige til' jeg har det og det problem, hvad skal jeg gøre'. Det kan man ikke i kommunen mere, og det synes jeg er rigtig ærgerligt".

Marias datter boede indtil for nogle måneder siden halvdelen af tiden hos Maria, og i de uger var der fra familieafdelingen bevilget en bostøtte, der hjalp Maria med at holde styr på dagligdagsting. Men Maria har brug for støtte hver uge – hendes liv svinger op og ned, når der ikke er en fast og kontinuerlig struktur. Maria har i flere omgange, med hjælp fra lokalpsykiatrien, søgt om at få en bostøtte fra socialafdelingen, som kan yde støtte hver uge. Det kan Maria ikke få, fordi hun er tilknyttet familieafdelingen, men de yder kun støtte i de uger, hun har datteren hos sig. Marias mange problemer betyder, at hun ofte skal i kontakt med kommunen:

"Jeg bruger to timer om dagen på papirarbejde, kommunearbejde, økonomi og sådan nogle ting, fordi det er så svært at komme igennem til afdelingerne...Det er frustrerende, man gi'r jo op, og det ender med, at man selv glemmer, hvad det er man har gang i...Det er rigtig rigtig frustrerende, når de ikke tager telefonen eller ringer tilbage. I og med jeg er dårlig til at koncentrere mig og ikke kan huske ting, så har jeg behov for at få afklaret nogle af de spørgsmål, jeg sidder med, med det samme, og det kan jeg ikke".

Maria blev afsluttet i lokalpsykiatrien i forsommeren – den medicinske behandling var slut, der var ikke mere at tilbyde Maria. Men der var ikke nogen til at tage over derfra. Maria levede de efterfølgende måneder i kaos, genoptog et tidligere hashmisbrug, og så startede sagen om retten til at se datteren. Oveni væltede Marias økonomi, fordi hun ikke længere fik tilskud til huslejen, fordi datterens bopæl var flyttet til farens adresse. I sensommeren forsøgte Maria at tage sit eget liv – hun kunne ikke overskue det mere. Hun overlevede. På afdelingen blev hun mødt af en læge fra psykiatrisk afdeling:

"det var en meget hurtig samtale, den tog under fem minutter...det eneste han sagde til mig, det var, om vi kunne lave en aftale om, at jeg ikke skadede mig selv, indtil jeg kom op til psyk, og når du ligger der og ikke ved noget som helst om, hvad der er foregået, så siger du bare 'ja, selvfølgelig', fordi du er flov over det, der er sket...og der blev ikke lavet nogen kopi til lokalpsykiatrien. De fik ikke noget at vide, før jeg egentlig selv fortalte dem det...jeg gik ud fra, at der var sådan en advarselstrekant, når man slår mit cpr nr. Ind i systemet, men det er der ikke".

Heldigvis havde Maria en tid hos lokal psykiatrien. Hun påbegyndte ny behandling for en måned siden. En ny anmodning om bostøtte er nu indsendt. Maria venter. Hun føler sig fastlåst – og hun er syg igen. Det kører i ring. Maria fortæller:

"Jeg kan intet gøre på nogen punkter. Jeg bliver låst på hænder og fødder i systemet... altså man bliver bare overladt til sig selv igen, og så kan man egentlig starte forfra, det er det, jeg følger det her år har givet mig, det er at skulle starte forfra".

Om sin fremtid, siger Maria:

"Det er en langvarig proces, og det er frustrerende at vide på forhånd, for så går der endnu et år, før jeg kan få styr på MIT liv, hvad jeg skal med MIT liv, hvad jeg kunne blive glad for at lave, og som jeg kunne stå op til, i stedet for at ringe til kommunen hver dag".

Manglende prioritering af samarbejde og dialog

Maria er et fint eksempel på, at patienter med psykisk sygdom oplever det svært at navigere i eget liv. På grund af deres sygdom kan de ikke overskue almindelige dagligdagsgøremål. Deres situation forværres yderligere af, at de skal navigere i et system, der "skubber" dem videre. Der er i undersøgelsen givet mange eksempler på tværsektorielle forløb, hvor samarbejdet på tværs af sektorer er yderst udfordret og præget af stor frustration, og det spiller ind på patienternes oplevelse af forløbet. De adspurgte peger på, at samarbejdet er gledet ud, fordi fokus ikke er derpå. Det hænger sammen med, at der både hos praktiserende læger, i kommunen og i psykiatrien er tryk på ressourcerne. Samtidig fortæller en socialrådgiver, at i den deltagende kommune har strukturelle forandringer i kommunen betydet, at socialrådgivere, der tidligere har været specialiserede på det socialpsykiatriske område nu skal håndtere flere og andre typer sager og derfor opererer mere på et generalistplan. Det betyder tab af viden og kompetencer på det psykiatrifaglige område, ligesom de flere sager betyder mindre tid til den enkelte sag og dermed også til det tværsektorielle arbejde. I takt med, at der bliver mindre tid og større pres på økonomien i de enkelte sektorer, bliver det sværere at finde overskud til overgangene. Kontakten og dialogen sektorerne imellem er sparet væk, mener de. De regionale og kommunale tilbud fremstår i bedste fald fragmenterede og i værste fald som modarbejdende.

Tidligere har der været et tættere samarbejde mellem lokalpsykiatrien og socialafdelingen - man var fysisk placeret under samme tag. Det havde fordele i forhold til fleksibilitet, opdatering af- og kendskab til hinanden, men til gengæld blev både grænserne for hvem, der var chef for hvem, og hvem der kunne bestille hvad, udtydligt, og det var uholdbart for den kommunale part:

"Vi har været nødt til at genetablere, at vi ikke er sådan en konsulentvirksomhed for dem (lokalpsykiatrien), vi har vores egen myndighed, altså det er os, der bestemmer nogle bestemte ting. De bestemmer så nogle andre ting, men de kan ikke bestille en bostøtte for eksempel" (socialrådgiver).

Undersøgelsen peger på, at der både omkring det somatiske og psykiatriske område er et spændingsfelt imellem sektorerne, der handler om magtbalancer. Kommunale medarbejdere giver ofte udtryk for, at de må stå fast på deres ret til at forvalte deres myndighedsområder, mens det slet ikke italesættes hos regionale medarbejdere. Derfor bliver der i praksis en hårdfin balance mellem det at inddrage hinandens fagligheder i samarbejdet omkring sammenhængende patientforløb og samtidig være ydmyg i forhold til hinandens beslutningskompetencer. I den deltagende lokalpsykiatri oplever man, at deres psykiatrifaglige kompetencer og viden ikke inddrages i kommunens arbejde med patienterne. Det skaber frustration, fordi man mener, der er behov for en sådan sparring for at hjælpe patienten bedst. En sygeplejerske giver et billede på et amputeret tværsektorielt samarbejde:

"Det er ligesom om, det er en hel masse små bobler, der er selvkørende, og så sender man post eller mail fra den ene eller anden, men der er ikke nogen særlig dialog på tværs, og man er egentlig heller ikke interesseret i det" (sygeplejerske, lokalpsykiatri).

Men ligesom på det somatiske område, så er oplevelsen, at dialog vil forbedre forløbene. En distriktssygeplejerske siger: *"Den direkte dialog, det ville lette vores arbejde betydeligt, og jeg tror da også, borgeren vil føle sig bedre hørt"*. Ud over den manglende dialog, så fremstår det tydeligt, at parterne mangler kendskab til hinanden og indsigt i hinandens vilkår. I lokalpsykiatrien har de opgivet den telefoniske kontakt til kommunen, fordi det er for tidskrævende. Kontakten foregår på skrift, men manglende indsigt i kommunens arbejde (og omvendt) gør det svært at forstå hinanden:

"det tager rigtig rigtig lang tid og lave en henvisning, og det er rigtig rigtig meget et spørgsmål om ord, nogle ord vi ikke ved hvad er for nogen. Men det handler meget om ord, hvordan man vælger sine ord. Der er ord, man ikke må skrive, der er nogen, man gerne må skrive, og der kan en henvisning falde på nogle få ord, og vi ved faktisk ikke, hvad det er for nogle ord"

Det er blevet svært at forstå hinanden, fordi samarbejdet ikke praktiseres. Når dialogen er væk og indsigten også skrumper, så er forudsætningerne for de gode tværsektorielle patientforløb tilsvarende begrænsede. Som nævnt tidligere, hvis afstanden vokser mellem samarbejdsparterne, så vokser en os/dem tilgang også. De mange samtaler peger entydigt på, at os/dem trives rigtig godt på det psykiatriske område, og det samme gør myterne og mistilliden.

Mellem stole: En 'kan man slippe-tendens'

I takt med at sektorerne lukker sig mere og mere om sig selv og egen opgave, så er der en stor risiko for, at patienterne i psykiatrien falder mellem stole. En distriktssygeplejerske fortæller om den manglende overgang fra afsluttet behandling i lokalpsykiatrien:

"Der skal vi faktisk afslutte behandlingen, og der ender patienten faktisk tit i sådan et vakuum, sådan et tomrum, hvor der ikke sker noget, hvor der måske ikke er en bostøtte... Der kan gå et halvt år, et helt år, inden vedkommende får en bostøtte, og så hedder det, at så må de blive dårlige igen, så må de komme igen... og det er det, der sker med Maria - det er ikke usædvanligt, vi ser det".

Maria blev afsluttet i lokalpsykiatrien, fordi der ikke kunne gøres mere medicinsk, så længe kaosset i hendes øvrige liv spændte ben for hendes behandling. Hun blev afsluttet, men der var ingen, der tog imod hende. Fra en kommunal socialrådgivers perspektiv ligger udfordringen i, at regionen har alt for travlt med at afslutte og udskrive patienterne uden at sikre sig, at kommunen er klar til at tage imod. Eksempelvis nævnes, at psykiatrisk afdelingen ikke overholder aftaler om at indkalde til udskrivningsmøder, når patienter udskrives fra psykiatrisk afdeling, *"Og så er det jo så, at borgeren bare kommer hjem uden nogen form for støtte, og det er jo den dårligste hjælp, man overhovedet kan give"*. Ligesom det blev udtrykt hos visitatorer omkring somatiske patienter, så er opfattelsen hos en socialrådgiver, at det er regionen, der bør "beholde" patienten til kommunen er klar, og hvis patienten ikke falder ind under bestemte kriterier for et tilbuds målgruppe, så må andre tage dem.

I praksis er der en udbredt terminologi omkring tværsektorielle patientforløb – i psykiatrien, og til dels også på det somatiske område, der signalerer, at patienterne, i sektorovergangene, efterlades i et "tomrum", et "vakuum", hvor de "hænger", "svæver", "falder", "tabes", "kastes rundt" – der er ingen til at gribe dem. De svage overgange er symptomatisk for det, en distriktssygeplejerske kalder en "kan man slippe tendens". Hun henviser til oplevelsen af, at patienterne skubbes væk: *"De er nemme at kaste rundt"*, sagde en distriktssygeplejerske, *"for de har jo ikke overskud til at stille sig op og skælde ud på systemet"*. En tankegang, der drives af denne 'kan man slippe-tendens', samt noget, der minder om en kamp mellem sektorerne – i hvert fald retorisk, i værste fald også i praksis, skaber overgange mellem systemer, der ikke rigtig vil inkludere patienterne:

"Vi har en hel masse systemer,...der kan hjælpe borgeren - både regionalt og kommunalt, men når det kommer dertil, at borgeren skal have hjælp, så har alle systemer, inklusiv vores eget, rigtigt rigtig travlt med at undgå de her borgere. Det bliver sådan et underligt velfærdssystem, som har så skræppe visitationer efterhånden, så jeg tænker, hvem gælder deres tilbud egentlig til...udgangspunktet er, at de skal ikke her, hvordan kan vi finde et argument, som gør, at vi ikke skal tage dem - og det er hele vejen rundt".

Tidligere har både socialrådgivere og sygeplejersker påtaget sig koordinerende funktioner i behandlingen af "det hele menneske", men det er der ikke tid til mere. Der er konsensus om på tværs af sektorerne, at de psykiatriske patienter har stort behov for at blive hjulpet sikkert fra den ene sektor til den anden, ligesom der er konsensus om, at sektorerne lukker sig mere og mere om sig selv, og overgangene derfor bliver dårligere. Samtidigt er der mellem sektorerne en gensidig opfattelse af, at det er den anden part, der ikke investerer nok i de tværsektorielle patientforløb:

"Vi er jo også sådan tilbøjelige til, at hvis kommunen ikke tager over, jamen så må vi jo afslutte, velvidende med vores faglighed, at det faktisk er noget af det værste, du kan gøre, det er at lade patienten falde ud i intetheden, og vi ved ikke, om der kommer nogen på et tidspunkt og samler op".

Når sektorerne ikke formår at samle indsatsen, falder patienterne mellem stole. Hvis patienterne ikke får den nødvendige støtte til at klare deres sociale og økonomiske hverdag, når de er afsluttede i psykiatrien, så er der en tendens til, at sygdommen blusser op igen, og så vender de tilbage til psykiatrien – *“de bliver hængende i systemet”*. Og det er ikke rentabelt – hverken økonomisk eller menneskeligt.

At se det hele menneske kræver en samlet indsats

På det psykiatriske område er det særligt tydeligt, at psykisk sygdom griber ind i det hele menneske, og at der derfor er behov for en samlet indsats, der favner patienternes både psykiske, sociale og somatiske problemstillinger. Men i sundhedsvæsnet “behandles” det hele menneske af forskellige fagpersoner i forskellige sektorer med forskellige opgaver og tilgange til opgaven. Hvis disse, i teorien og i praksis, fragmenterede behandlingssekvenser ikke samles, så er det svært at sikre en sammenhængende behandling for disse patienter. Der er derfor behov for at sætte et langt større fokus på de nødvendige samarbejdsflader, der i dag er kommet langt fra hinanden og derved skabe sammenhæng mellem regionale og kommunale tilbud til borgere med psykisk sygdom. Alle adspurgte deltagere vurderer, at samarbejdet vil forbedres, hvis parterne fysisk mødes om konkrete patientsager, så forventninger kan afstemmes og roller aftales. På den måde vil man ikke kun opnå bedre og mere sikre tværsektorielle patientforløb, man vil også kunne frigive ressourcer, der ellers bruges på forgæves kontaktforsøg, ankesager og patienter, der sidder fast i systemet. En socialrådgiver mener, at man i sundhedsaftalerne er nødt til gensidigt at forpligte sig på og kræve, at der afsættes ressourcer til tværsektorielle og tværfaglige møder omkring de psykiatriske patienter, fordi det vil ikke blot ske ved vage opfordringer og visioner herom.

Kapitel 5: Bureaukratiet omkring tværsektorielle patientforløb

Bureaukratisk eksklusion

For tværsektorielle patientforløb i både somatikken og i psykiatrien gælder det, at praksis omkring patientforløb udspiller sig i nogle større kontekster, der påvirker de muligheder og begrænsninger for de gode forløb. Antropologen Michael Herzfeld (1992) har beskrevet, hvordan brugen af kategorier og stereotyper i moderne bureaukratier skaber en kategorisk uniformitet, der ensretter forskelle og homogeniserer den flertydighed, individer besidder. Den retoriske brug af stereotyper, der påhæftes forskellige grupper, udgør en diskursiv magt, der er ulige fordelt mellem det, man kan kalde ind-grupper og ude-grupper. De, der passer på kategoriseringen inkluderes, mens de, der falder uden for kategorien, ekskluderes og mødes af indifferens/ligegyldighed. Indifferens refererer både til ordets bogstavelige betydning - altså at forskelle ophæves - men indifferens refererer også til, at når der ikke er plads til forskelle, så skabes ligegyldighed. Uniformiteten i bureaukratiet understøttes samtidigt af ønsket om, at alle borgere skal have samme behandling. Det paradoksale heri er blot, at ikke alle borgere har behov for samme behandling. På samme måde kan der ud fra undersøgelsen ses tegn på, at når systemet ikke kan rumme alle dem, der ikke passer ind i fx et pakkeforløb eller kriterier for indvisitering, så afvises borgeren, fordi deres individuelle særkende kan ikke rummes i de forud definerede “kasser”. Patienter og borgere falder uden for et kommunalt tilbud, et pakkeforløb osv. Eksemplerne, på at skrappe inklusionskriterier betyder, at patienterne falder ved siden af og mellem stole, er mange. De tabes, svæver, kastes rundt.

Fokus på dokumentation og ydelse

Hos frontpersonalet er oplevelsen generelt, at dokumentationsbyrden er stor, og at det er et system, der skal fodres. Det giver ikke mening for medarbejderne. Tiden med dokumentation går fra tiden til patienter og borgere, og det er utilfredsstillende. I et system, hvor man som personale får udstukket områder, ud fra hvilke kvaliteten af ens arbejde skal vurderes og måles, så vil der være en tendens til, at personalets fokus og energi lægges på disse "skal-opgaver". Dvs. energien lægges på opgaven, der måles på, og ikke på de tværsektorielle overgange, der ikke måles på. Det betyder, at til trods for visionen om at bringe patienten i centrum i de tværsektorielle forløb, så undergraves det pga. dokumentationens retningsgivende magt, der fjerner energien fra overgangene. Dokumentation bliver derfor uafhængig og løsrevet fra de opgaver, som frontpersonalet kan se, giver mening for patientforløbet. Det betyder endvidere, at frontpersonalet kan bruge dokumentationen til at "holde ryggen fri", for hvis man kan dokumentere, at man har gjort det, man er forpligtet til, så er opgaven løst. En sygeplejerske i lokalpsykiatrien fortæller, at der er en tendens til at sige:

"Vi har gjort det, vi skulle, vi har vores i orden, og vi har skrevet, og vi har dokumenteret inde i EPJ, så der er ikke noget, der kan komme efter os nu, tingene er i orden fra vores side, patienten er bare stadig lige syg, lige forpint".

I stedet er ønsket, at man kunne mødes på tværs af sektorer og i samarbejde finde ud af, hvad man kan tilbyde patienten, og patienterne gik derfra med følelsen af, at de fik den hjælp, de har brug for. Det vurderes, at det ville spare meget dokumentation frem og tilbage:

"For vi dokumenterer os selv ihjel efterhånden...50-75 % af tiden til en patient går med dokumentation...Det er det, vi bliver vurderet på, det er kvaliteten, der er ikke sådan fokus på, hvordan fik patienten det, hvad var det, der skete under forløbet, kom patienten sig. Det bliver lidt underordnet, bare et flueben er sat de rigtige steder, bare vi har skrevet de steder i EPJ, så er det lig med kvalitet i patientbehandlingen. Der er dybest set ingen, der interesserer sig for, hvordan patienten fik det,...,bare vi har gjort det, vi skulle" (distriktssygeplejerske).

Man erkender både i kommune og lokalpsykiatri, at det helt nødvendige fokus på overgange bliver nedprioriteret, og at det hænger sammen med, at arbejdet med tværsektorielle overgange hverken er en kerneydelse hos nogle af parterne, og ej heller er en ydelse, man honoreres for. Derfor er overgangen "nem" at nedprioritere: "Vi er et udrednings og behandlingssted, det er vores opgave, vi er ikke mere tovholder...sådan er verden bare blevet, at vi får faktisk ikke penge for alt det der, så på den måde bliver patienten lidt ladt i stikken", fortæller en distriktssygeplejerske.

"Alle er enige om, hvad der skal til, for at det fungerer, men der er ikke rigtig nogen, der vil afsætte ressourcerne til det, fordi det er jo ikke noget, du kan sende ind og få penge for" (socialrådgiver).

En socialrådgiver mener, at et bedre tværsektorielt samarbejde vil give en "usynlig" besparelse, fordi:

"det bliver nemmere at arbejde med borgeren både for regionen og jobcentret og os at arbejde med borgeren, hvis vi er enige i hvad retning, vi arbejder i... Hvis overgangen bliver bedre, så bliver det mere målrettet det, man laver, men det er usynligt, det er jo ikke en ydelse".

Der er en massiv frustration over, at patienterne ikke kommer i fokus af de tværsektorielle patientforløb, men at fokus ligger på at dokumentere den enkelte sektors opgave og honoreringen heraf.

Kapitel 6: Sundhedsaftalerne – I teori og praksis

Det lille hæfte med de store visioner for et godt tværsektorielt samarbejde omkring patienterne har en særlig eksistens i praksis. På den ene side ligger den hengemt i skuffer og på hylder, eller dybt i en afdelingssygeplejerskes lomme uden nogen særlig opmærksomhed. På den anden side kommer den i konfliktsituationer til at spille en central rolle i det at kunne trumfe modparten. En kvalitetsudviklingssygeplejerske sagde om sundhedsaftalerne: *"De er tænkt af kolde hænder"*, og hermed peger hun på oplevelsen af, at aftalerne ikke altid stemmer overens med virkeligheden.

Sundhedsaftalerne rummer beskrivelser af rollefordeling i forbindelse med forskellige overgange mellem sektorer, men ikke alle disse beskrivelser stemmer overens med reel praksis, og derfor kommer de i bedste fald til at irritere og frustrere aktørerne, der ikke oplever aftalerne meningsfyldte og brugbare, men i værste fald besværliggøres overgangene, hvis aftalerne ikke harmonerer med praksis. Der er flere eksempler på, hvordan aftalebeskrivelser ikke giver mening i praksis. Eksempelvis har en praktiserende læge svært ved at finde mening i, at han skal være tovholder på patientforløb efter udskrivning fra onkologisk afdeling, og at han skal stå for kontakten til øvrige afdelinger, til rehabilitering, til hjemmeplejen osv., for han oplever, at når han kommer ud i hjemmet, så har hjemmesygeplejersken været derude, og har lavet en plan for forløbet. Det har sygeplejersken sat tid af til, og gør det fantastisk godt, mener han. Men i sundhedsaftalerne står der, at det er praktiserende læge, der skal være tovholder. *"Vi får 205 kr. for at bruge 2 timer på det. Det får vi jo aldrig nogen sinde vores virkelighed til at hænge sammen med"*, fortæller han. Han kan ikke sætte 2 timer af til det, og *"desuden er det en kompetence, som hjemmeplejen har brugt 20-30 år på at bygge op og være rigtig gode til. Lad da dem blive ved med det. Hvorfor skal praktiserende læger, der ikke har penge, tid, viden, erfaring, overblik gøre det"*. Han frygter, at *"en aftale på papir, der ikke stemmer overens med virkeligheden, kommer i en politikers hænder og bliver gjort til lov"*. Oplevelsen er generelt, at sundhedsaftalerne skal give mening i praksis og bør skele til de kompetencer og ressourcer, der er tilstede i praksis.

Aftaler og inddragelse

Der er en generel oplevelse af, at aftaler mellem region og kommuner kommer dumpende oppefra og lander hos frontpersonalet, uden de er blevet inddraget:

"Og så har man nok også den følelse som medarbejder i kommunen, at det er noget, som regionerne bestemmer, at nu skal det være sådan...og så er det ligesom, at vi ikke får vores ting med, og det er selvfølgelig også fordi, det ikke er ude på medarbejder niveau, man drøfter det" (Hjemmesygeplejerske)

Oplevelsen er, at det er lettere at lave aftaler på ledelsesniveau, og at aftalerne er svære at implementere i praksis, fordi aftaler og de tilstedeværende ressourcer ikke altid hænger sammen. Der er langt fra ledelse til udførende led, opleves det, og hvis aftalerne skal stemme overens med praksis og dermed give mening for frontpersonalet, så er der behov for inddragelse.

Som illustration herpå er den nye aftale om IV behandling i hjemmet, der aktuelt, mens undersøgelsen stod på, skulle udmøntes i praksis, og derfor fyldte meget hos frontpersonalet. Den overordnede idé er der tilslutning til – det giver mening at kunne behandle nogle patienter færdigt derhjemme og på sigt måske også forebygge indlæggelser med IV behandling. Udfordringen med aftalen opstår på praksisniveau, fordi aftalen opleves uklar fra fleres side. I hjemmeplejen er der usikkerhed om, hvorvidt de rette ressourcer og kompetencer overhovedet er tilstede – herunder kompetencer til at lægge venflon og ikke mindst om frekvensen af IV i hjemmet vil være tilstrækkelig høj til at vedligeholde en opkvalificering af evnen til at lægge venflon. Derudover er der usikkerhed om hvem, der skal levere remedierne, og om der skal være lagerbeholdning i hjemmeplejen, og om det vil blive forældet pga. lav behandlingsfrekvens. Spørgsmål og bekymring er dels udtryk for frontpersonalets erfaringer fra en praksishverdag, dels er det udtryk for en manglende mulighed for at give input til en sådan aftale. Nogle hjemmesygeplejersker blev spurgt, om de er blevet inddraget i forbindelse med udarbejdelsen af aftalen – hertil svarede én: *“nej, ikke på det her lave niveau”*.

Hos de deltagende praktiserende læger er oplevelsen også, at der mangler inddragelse i designet af aftalen, fordi de oplever, at de gradvist “trækkes ind” i aftalen uden en afstemning omkring ansvarsfordeling i forhold til hospitalet. De deltagende praktiserende læger oplever, at de involveres i aftaler uden at være taget i ed omkring det:

“Det er noget, der er startet på hospitalet, og på et tidspunkt så har de sluppet, og så skal vi køre det videre...Det har kørt i Viborg i flere år, og det er ikke fordi, man ikke kan gøre det, men man flytter noget, og lige så stille så skrider det over på vores skuldre, uden det måske er helt velaftalt og velafbalanceret i sin struktur”

I modsætning til aftalerne om hjemmedialyse og parenteral ernæring, som opleves velaftalte og afstemte med ressourcer og kompetencer i praksis, så er oplevelsen hos flere deltagere, at IV i hjemmet er udfordret af uklare aftaler. Når en aftale ikke er beskrevet, så det giver mening for det udøvende personale, og når det giver anledning til usikkerhed om rollefordeling, så betyder det, at der skal skabes ad hoc løsninger i praksis, ligesom det medfører opgaveglidning, og det lægger pres på personalet og samarbejdet på tværs af sektorer.

Inddragelse i aftaler skaber ejerskabsfølelse og øger motivationen for at medvirke til en god og effektiv implementering af nye tiltag og aftaler. Derimod, hvis nye tiltag kommer dumpende, og de samtidigt ikke hænger sammen i praksis, så virker det demotiverende og modstand opstår – man gider ikke investere i det. Aftalerne skal altså give mening i praksis. Forankring i praksis styrker aftalerne og gør dem bæredygtige og implementerbare.

Pragmatisme – når det skal give mening

Når regler, skabeloner, retningslinjer og aftaler ikke giver mening i praksis, så finder frontpersonalet alternative veje til meningsfulde løsninger. Der opstår altså en ad hoc kreativitet og løsningsorienteret tilgang til praksis. Når aftaler ikke giver mening eller stemmer overens med de tilstedeværende ressourcer, så gør personalet det, der skal til, for at få enderne til at nå. "Hvis jeg ikke spørger, så får jeg heller ikke nej", sagde en sygeplejerske. Det handler ikke om et bevidst ønske om at bryde reglerne, men i ligeså høj grad om en faglig stolthed og ønsket om at gøre et godt og meningsfuldt stykke arbejde.

Michel De Certeau har i bogen 'The Practice of Everyday Life' (1984) beskrevet, hvordan der ofte er en kløft mellem diskurs og praksis. Diskurs er de strømninger, der definerer, hvad vi som mennesker kan handle, tænke og tale om. Han sidestiller dominerende diskurser med strategisk byplanlægning på Manhattan – en teoretisk plan for, hvordan man bør færdes på Manhattan. Ovenfra planlægges snorlige avenues og streets. Men nede på jorden lever de, der praktiserer bevægelserne rundt på Manhattan, The Walkers of the city. The Walkers følger ikke altid de snorlige avenuer, men zigzagger sig måske igennem byen alt efter, hvad der giver bedst mening i en given situation. De Certeau taler om utallige måder at 'making do' på, der ikke kan ses fra toppen. Det interessante er altså, hvad folk gør med det, de præsenteres for. Overført til sundhedsaftalerne og afspejlingen i praksis, betyder det, at hvis planlægningen af- og det teoretiske afsæt for sundhedsaftalerne sker uden at skele til den praksis, som frontpersonalet, "the Walkers", arbejder i, så finder de andre veje og løsninger, som giver bedre mening - som stemmer overens med den virkelighed, de arbejder i. Det har flere konsekvenser. For det første, så får man fra politisk og ledelsesmæssig hold ikke det, man troede, man ville få ud af aftalerne, for det andet, så er det en tung opgave at stå med som frontpersonale, fordi de hele tiden skal overveje, om de skal følge reglerne og deraf ikke bidrage til så godt et tværsektorielt forløb, som ønsket, eller om de skal bøje reglerne og bidrage til et mere smidigt forløb. Det er et dilemma, der er skabt af nogle aftalerammer, men som skal håndteres af frontpersonalet.

Frontpersonalet i klemme

Udfordringer omkring varsling og færdigbehandling er et tydeligt eksempel på, at frontpersonalet kommer i klemme, og det er nævnt i stort set alle samtaler. Sundhedsaftalernes regler for varsling og færdigbehandling har en tendens til at optrappe konflikter. Når de sættes i spil, så er det typisk, når en overgang er svær og/eller tilspidset. Aftalerne bruges til at trumfe hinanden, når samarbejdet går i hårdknude. Flere nævner, at man ved udskrivninger oplever, at kommune og hospital har forskellige opfattelser af varsling og færdigbehandling – og det skaber konflikt. En sygeplejerske mener:

"Sundhedsaftaler skal skrives sådan, at der ikke er noget til at tage fejl af, fuldstændig estrengt, for ellers kan man ligeså godt lade være med at lave en aftale, for så vil det altid være frontpersonalet, der står i det, når ting kan misforstås".

Personalet på de deltagende hospitaler ønsker reglerne for varsling og færdigbehandling afskaffet, og det samme nævner en udskrivningskoordinator. Svaret er knapt så entydigt hos kommunale visitatorer og hjemmepleje, mens en sagsbehandler mener, der er behov for at bevare varslinger i forhold til udskrivning fra psykiatrisk afdeling. Alle deler oplevelsen af udfordringer i samarbejdet omkring varsling og

færdigbehandling, men samtidig ser det ud til, at de kommunalt ansatte i langt højere grad end personalet på hospitalet støtter sig op af sundhedsaftalerne, og refererer til dem hyppigere. Der kan muligvis være en sammenhæng mellem oplevelsen af, at nye aftaler og tiltag ofte udspringer fra hospitalet og "lander" i kommunen, uden en følelse af at blive inddraget, men blot skal udføre de nye tiltag. En følelse af en sådan skæv "magtbalance" kan betyde, at man tøver med at kaste aftaler om varsling og færdigbehandling væk, for så har man ikke længere noget at støtte sig til og henholde til.

Reglerne om varsling og færdigbehandling er et fint eksempel på, hvordan aftaler indgået på et teoretisk, ledelsesplan får konsekvenser for personalet i front. Frontpersonalet befinder sig ofte i et dilemma om, hvorvidt de skal bøje reglerne for varsling og færdigbehandling og dermed sikre en god sektorovergang, eller om man skal overholde reglerne og risikere en dårligere overgang og relation til samarbejdspartneren i kommunen. Frontpersonalet klemmes mellem færdigbehandling og varsling, og så bliver det personafhængigt – hvem er villig til at lave en god aftale, bøje sig, gi' og ta'. Dilemmaet indebærer et tungt ansvar, der skal forvaltes i praksis. Ligeledes beskrev en sygeplejerske hvordan, hun flere gange har oplevet kolleger bryde sammen, fordi de følte sig klemt mellem eksempelvis en læges registrering af færdigbehandling og kommunens afvisning af udskrivningen pga. krav om varsling. En udskrivningskoordinator beskriver oplevelsen af at stå mellem de to sektorer som "en burgerfunktion, der må tage skraldet".

Ofte er det terapeuter og sygeplejersker, der må forhandle i selve udskrivningssituationen, og skal varetage begge sektorers interesser. I det følgende uddrag beskriver en ergoterapeut på hospitalet, hvordan hun oplever at påtage sig at navigere i det grumsede felt mellem færdigbehandling og varsling.

"det er oftere og oftere, at man ringer ud i kommunen og undskylder 'jeg ved godt det er sidste øjeblik, men patienten skal udskrives i eftermiddag' og prøver at varsle afdelingen om, at det er slet ikke sikkert, det her kan lade sig gøre, for kommunen skal jo også have en chance. Det skal være rimeligt. Der skal være tid til at lave et hjemmebesøg – det kan ikke gøres i løbet af 10 min. Det handler om, at bremse det lidt i afdelingen. For så sender man måske patienten hjem til en rigtig dårlig løsning. Jo, vi skal kunne udskrive, men nogen gange går det også meget meget hurtigt".

Konflikterne i front kommer også til at handle om, hvem der skal betale for hvad, dvs. frontpersonalet oplever et økonomisk pres omkring sektorovergangene, som ofte spænder ben for en god sektorovergang med patienten i centrum. Her oplevet af en kommunal visitator:

"Det er som om, man på sygehuset har lagt sig fast på, at borger ikke kan udskrives til eget hjem, og så er der ikke sat noget i gang for at finde ud af, om det kan lade sig gøre med udskrivning til hjemmet. Men kommunen har standarder for, hvornår et midlertidigt ophold kan bevilges, og så føler man, at man halser efter, og vi når ikke tingene, og vi kommer til at betale for ekstra indlæggelsesdage på den måde".

De eksisterende sundhedsaftaler kræver altså tilpasning i praksis. For at få det tværsektorielle samarbejde til at glide, så kræver det i dag, at frontpersonalet udfører en pragmatisk manøvrering rundt om

sundhedsaftalerne. Der er en terminologi i praksis, der anviser, hvordan man undgår at "true" med sundhedsaftalernes varsling og færdigbehandling. Der tales om det "sådan meget elastikagtige samarbejde", "at give snor" og "fleksibilitet". Men oplevelsen er, at knappe ressourcer presser samarbejdet: "jo færre penge, der er alle steder, jo mindre muligheder er der for at man er fleksible", fortæller en socialrådgiver og foreslår:

"hvis man overordnet drøftede og fik afstemt forventningerne til hinanden, så ville det spare rigtig meget tid og frustrationer for alle parter, og det ville også gøre, at borgeren fik en mere realistisk forventning til sin fremtid, sådan man kunne arbejde mere målrettet sammen i den samme retning, så man kunne droppe kampen, tænker jeg, fordi jeg tænker ikke, den der kamp er til glæde for borgeren, og jeg tænker, at den heller ikke er til glæde for dem, der sidder i det".

Frontmedarbejdernes tværsektorielle "kamp" og graden af personafhængig manøvrering slider på ressourcer og relationer, og det slider ikke mindst på den enkelte frontmedarbejder, der skal håndtere konflikterne.

Kapitel 7: Opsamling – Opgave og overgang

Kendetegnende ved de mange samtaler med frontpersonale og ledelser er, at der er et stort engagement i og et ønske om, at skabe gode tværsektorielle patientforløb – hver gang og for alle patienter. I de ovenstående kapitler er opridset nogle af de barrierer, der ofte spænder ben for de gode forløb, ligesom eksemplerne på de gode forløb, som man med gavn kan skele til, er præsenteret.

Tværsektorielle patientforløb kalder i første omgang på en "ordentlig" kommunikation og dialog på tværs af sektorer, der signalerer respekt, samt anerkendelse af andres felt og faglige kompetencer. Ligesom der bør tages ansvar for at inddrage hinanden tværsektorielt. Anerkendelse og tillid er mellem menneskelige nødvendigheder, der skal praktiseres både på de indre og ydre linjer. Derudover er der et tydeligt behov for, at der faciliteres mulighed for frontpersonalet at opnå kendskab til og indsigt i andres arbejdsgange og -vilkår. I forlængelse heraf så forpligter indsigt til handling. For at det ikke bliver ved intentionen og bliver endnu et offer for pres på ressourcerne og derfor nedprioriteres, så bør gensidig indsigt og kendskab skabes gennem en systematik herfor og gennem opprioritering.

Myterne og de negative fortællinger kan nedbrydes over tid, dels gennem større indsigt i hinandens vilkår, men også igennem en italesættelse af 'vi' i stedet for 'os/dem'. Blandt andet vil konkrete møder og dialoger kunne starte en proces mod en holdnings- og kulturændring. Et sammenhængende patientforløb afhænger af, at de tværsektorielle patientforløb i højere grad anskues som en fælles opgave, der kræver en fælles løsning ved en fælles indsats – uanset om det drejer sig om elektive eller akutte forløb. Når overgangene alligevel vil vise sig udfordret fra tid til anden, så kræver det mod og ledelsesopbakning til at skubbe rammerne, hvis det er nødvendigt for at bringe patienten i centrum – det må ikke være personafhængigt og et dilemma for frontpersonalet at sætte patienten i centrum.

Det kan konkluderes, at hvis de tværsektorielle patientforløb skal opleves sammenhængende og meningsfulde for både personale, patienter og pårørende i de involverede sektorer, så er det ikke nok, at beslutte på et teoretisk plan, at det er visionen. Det handler om opprioritering af overgange – på ledelsesplan og i praksis. Det kræver et systematisk og forpligtende fokus på samarbejde og dialog på tværs af fag og sektorer, selvom det kræver ressourcer. Hidtil er visionerne herom ikke udlevet i praksis pga. pressede systemer, hvor fokus er på egen opgave og dokumentation heraf. Tendensen til at fokusere på egen opgave begrænser det tværsektorielle samarbejde, og derfor vil et ændret fokus kræve ledelsesopbakning til en sådan ændret prioritering og ikke mindst for en fastholdelse af fokus på overgange. I et godt tværsektorielt patientforløb er summen af to sektorers opgaver ikke tilstrækkeligt – fokus og opprioritering af det 'fælles' er nødvendigt.

Aftaler mellem kommuner, region og praktiserende læger skal give mening i praksis og stemme overens med den virkelighed, der praktiseres sundhedsvæsen i. Det kræver inddragelse af frontpersonalet, for ellers vil frontpersonalet gå deres egne veje, og det slider på dem. Inddragelse af frontmedarbejdernes viden og erfaring i nye aftaler og tiltag skaber ejerskabsfølelse og motivation hos de involverede parter, og det giver bæredygtige aftaler og løsninger.

Referencer og øvrig litteratur

CFK – Folkesundhed og kvalitetsudvikling. 2012. *Konference om multisygdom 14. Maj 2012.*

Afrapportering fra workshops. Region Midt

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/8DFDBFF0208C4B04BF981DD81B8C3034.ashx>

Danske Regioner. 2011. *Det hele Sundhedsvæsen*

http://www.regioner.dk/~media/Filer/Sundhed/DetHeleSundhedsvæsen_2011.ashx

De Certeau, Michel. 1984. *The Practice of Everyday Life.* Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.

Gut, Rikke og Morten Freil. 2008. *Patientperspektivet som grundlag for forbedring af det tværsektorielle samarbejde.*

http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Div_PDF/MPL_86.pdf

Herzfeld, Michael. 1992. *The Social Production of Indifference. Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy.* Chicago/London: The University of Chicago Press.

Jens Nielsen. 2013. *Indspark og spark til reformen.* Socialpædagogen, september 2013.

<http://www.socialpaedagogen.dk/da/Arkiv/2013/09-2013/Socialpolitik-Indspark-og-spark-til-reformen.aspx>

Lotte Mejnertz. 2012. *En karusseltur rundt om patienten – Tværsektoriel Kommunikation.* Caretech Innovation, Region Midtjylland,

http://www.caretechinnovation.dk/projekter/tk/Tvaersektoriel_Kommunikation_etnografisk_undersoegelse.pdf

Mauss, Michell. 2001 (1925). *Gaven. Gaveudvekslingens form og logik i arkariske samfund.* Spektrum

Rådgivende sociologer og Region Hovedstadens Psykiatri. 2012. *Tværsektorielle overgange i psykiatrien. Afrapportering af kvantitativ og kvalitativ undersøgelse.*

<http://www.velfaerdsledelse.dk/public/dokumenter/Rapport%20om%20overgange%20i%20psykiatrien.pdf>

Syddansk Sundhedsinnovation. 2012. *Sammenhængende patientforløb understøttes af tværsektoriel it-strategi.*

<http://www.syddansksundhedsinnovation.dk/aktuelt/sammenhaengende-patientforloeb-understoettes-af-tvaersektoriel-it-strategi.aspx>

Bilag A: Metode

For at opnå indsigt i tværsektorielle patientforløb og det samarbejde, der foregår omkring disse forløb, er der gennemført antropologiske feltstudier i primær og sekundær sektor over en to måneders periode i efteråret 2013. To hospitaler, en lokal psykiatri, to kommuner har deltaget – alle repræsenteret ved forskellige faggrupper: ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, sekretærer, læger, udskrivningskoordinatorer, visitatorer, en kommunal socialrådgiver, en ansat ved kommunalt bosted for psykisk syge, personale i psykiatrien, afdelingsledelser, kvalitetsmedarbejdere. Afdelingslæger har deltaget gennem uformelle og spontane samtaler i forbindelse med observationsstudier i afdelinger, ligesom en enkelt psykiater har deltaget i et gruppeinterview. På grund af undersøgelsens tidsmæssige begrænsning, er der yderligere områder og faggrupper, der er involveret i tværsektorielle patientforløb, men som ikke er inddraget – herunder bostøtte for psykiatriske patienter og personale på psykiatrisk afdeling, jobcenter osv.

Undersøgelsen er gennemført med en kombination af flere metodiske greb. Der er foretaget deltagerobservation og samtaleinterviews i forbindelse hermed blandt relevante aktører i de deltagende kommuner og hospitaler – herunder hjemmeplejen, lokalpsykiatrien, akutafdelinger og medicinske afdelinger. Desuden er der afholdt en række interviews og fokusgrupper med patienter/borgere, pårørende, personale, praktiserende læger og kommunalt ansat personale.

Deltagerobservation:

Gennem deltagerobservation, er 4 sygeplejersker i forskellige afdelinger, 1 udskrivningskoordinator, 2 hjemmesygeplejersker og en distriktssygeplejerske blevet fulgt i deres arbejde. Formålet med deltagerobservation var at opnå indsigt i tværsektorielle arbejdsgange og samarbejdsflader. Undervejs har der været mulighed for at lave en række samtaleinterviews med deltagerne, hvilket muliggør, at man kan stille spørgsmål til hændelser, når de foregår og dermed få tidstro reaktioner på konkrete situationer. Samtalerne er foregået i medicinrummet, på kontoret, i bilen, på vej ned af gangen i forlængelse af og afstemt med dagens arbejdsgange. Kombineret med antropologens observationer giver disse interviewsamtaler et billede af, hvordan personalet oplever konkrete forløb. Gennem deltagerobservationen er der desuden foretaget en lang række samtaler med patienter og pårørende. Derudover er en patient og dennes pårørende fulgt gennem et forløb i akutmodtagelsen og et par uger frem i hjemmet via telefonsamtaler med pårørende.

Semistrukturerede interviews

Som supplement til deltagerobservation er der gennemført en række interviews. Individuelle interviews giver deltageren mulighed for at reflektere over egen praksis og erfaringer med de tværsektorielle patientforløb. Der blev lavet semistrukturerede interviews med 9 kommunalt ansatte medarbejdere (2 udskrivningskoordinatorer, 2 visitatorer, 3 hjemmesygeplejersker, 1 ansat ved bosted, 1 socialrådgiver), 2 praktiserende læger, 3 hospitalsansatte i kvalitets- og udviklingsfunktioner, 4 hospitalssygeplejersker, 4 distriktssygeplejersker i lokalpsykiatrien, 4 patienter, 2 pårørende. De individuelle interviews varede mellem 30 min – 2,5 time. Ud over de individuelle interviews er der foretaget 3 semistrukturerede gruppeinterviews (både monofagligt og tværfagligt).

Fokusgruppeinterviews

Der er gennemført 3 fokusgruppeinterviews med deltagelse på tværs af sektorer og fag – på det somatiske felt. *Fokusgrupper* er en metode, hvor data skabes via gruppeinteraktion omkring et emne, som antropologen har bestemt. Fokusgrupper giver endvidere en stor mængde data på forholdsvis kort tid. På interaktiv vis producerer fokusgrupper ikke kun viden om feltet, som oftest i individuelle interviews, men der skabes aktuel viden i kraft af fokusgruppen. Dvs., deltagerne udveksler beretninger om handlinger og forståelser af de tværsektorielle forløb som en del af interaktionen i fokusgruppen. Sociale erfaringer er oftest sociale selvfølgeligheder, men fokusgrupper rummer mulighed for, at deltagerne i deres interaktion med hinanden udtrykker sådanne ellers tavse og taget for givne repertoarer for betydningsdannelse. I fokusgruppen får deltagerne således mulighed for at 'tvinge' hinanden til at være diskursivt eksplicite i deres forhandlinger med hinanden, hvorved dybere viden om det tværsektorielle felt opnås.

Analyse og validitet

Undersøgelsen er kvalitativ og dermed ikke kvantitativ repræsentativ, men med en relativ stærk grad af metodisk og deltagermæssig triangulering, hvor det tværsektorielle patientforløb er blevet belyst fra mange deltagerperspektiver og ved hjælp af en kombination af flere metoder, samt en indledende desktop research, så vurderes undersøgelsen som et vigtigt bidrag til forståelsen af de generelle udfordringer og succeser, der eksisterer omkring de tværsektorielle patientforløb, ligesom undersøgelsen bidrager med en række tematiske og analytiske indsigter, der relaterer sig til feltet.

Anonymitet

Adgang til feltet er opnået gennem en, af regionen og repræsentant for kommunerne, udpeget kontaktperson for de forskellige deltagende hospitaler og kommuner. Kontaktpersonerne har formidlet kontakt til frontpersonale med hvilke antropologen har aftalt interviews osv. Kontakt til patienter og pårørende er formidlet af frontpersonale. Alle informanter er anonymiserede i citater og cases i denne rapport.

Bilag B: Data

Ud over en lang række samtaler foregået under deltagerobservation, er følgende en oversigt over indsamlingen af empirisk data:

3 x Fokusgruppeinterviews

- på tværs af fag og sektorer med fokus på det somatiske område, med deltagerantal fra 4-10 personer, af ca. 2,5 times varighed

23 x Semistrukturerede interviews

- 2 patienter og deres pårørende
- 2 psykiatriske patienter
- 1 pårørende, alene
- 1 udviklingssygeplejerske
- 2 kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer
- 2 praktiserende læger
- 3 hjemmesygeplejersker
- 3 sygeplejersker, lokal psykiatri
- 1 ansat ved kommunalt bosted for psykisk syge
- 1 kommunal socialrådgiver
- 2 afdelingssygeplejersker
- 2 kvalitetsmedarbejdere
- 1 projektleder

3 x Gruppeinterviews

- 1 kommunale visitatorer, to personer
- 1 tværfagligt, lokalpsykiatrien, 7 medarbejdere (sosu ass., læge, sygeplejersker, ergoterapeut)
- 1 sygeplejersker, lokalpsykiatrien, to medarbejdere

6 x Deltagerobservation

- 2 Hjemmesygeplejersker
- 1 geriatrisk sygeplejerske
- 1 sygeplejerske, akutafdeling
- 1 sygeplejerske, medicinsk afdeling
- 1 patient + pårørende gennem forløb i akutmodtagelsen