

Fortællinger om sektorovergange

- til brug for udarbejdelsen af 4. generation af sundhedsaftalen

DE[®]
FACT
UM

Titel: Fortællinger om sektorovergange
– til brug for udarbejdelsen af 4. generation af sundhedsaftalen

Udarbejdet af:

DEFACTUM
Koncern Kvalitet
Region Midtjylland
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N

Kontaktoplysninger:

Konsulent Lars Rasmussen
Tlf. 7841 4064
E-mail: larras@rm.dk

Konsulent Lise Marie Witt Udsen
Tlf. 2499 7787
E-mail: lisuds@rm.dk

www.defactum.dk

DEFACTUM®, Region Midtjylland, marts 2018

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	5
DEL 1: TVÆRGÅENDE TEMAER UD FRA SUNDHEDSAFTALENS VÆRDIER	7
DEL 2: HOVEDTEMAER OG FORSLAG	8
1. Hovedtemaer for patienterne	8
2. Hovedtemaer for de pårørende	9
3. Hovedtemaer for de ansatte på hospitalerne	11
4. Hovedtemaer for ansatte i kommunerne	13
5. Hovedtemaer for de praktiserende læger	17
DEL 3: FORTÆLLINGER OM SEKTOROVERGANGE	18
1. Hvad siger patienterne?	18
2. Hvad siger de pårørende?	25
3. Hvad siger de ansatte på hospitalerne?	28
4. Hvad siger de ansatte i kommunerne?	34
5. Hvad siger de praktiserende læger?	49

Indledning

Denne rapport indeholder 17 fortællinger om sektorovergange mellem hospital, kommune og almen praksis fra forskellige perspektiver.

Disse fortællinger har Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland bedt DEFACTUM, et forsknings- og konsulenthus i Region Midtjylland, om at indhente som et bidrag til arbejdet med at udarbejde 4. generation af sundhedsaftalen.

Formålet med fortællingerne er at belyse, hvordan sektorovergange fungerer både blandt de, der arbejder i sundhedsvæsenet og blandt brugere af sundhedsvæsenet. Fortællingerne kan ses som både en temperaturmåling på den eksisterende sundhedsaftale og i høj grad som et input til hvilke udfordringer i sektorsamarbejdet, der kan være en del af de næste sundhedsaftaler.

Respondenterne er interviewet inden for den ramme, der hedder sektorovergange og den eksisterende sundhedsaftale – særligt med fokus på værdierne i sundhedsaftalen. Det vil sige, at værdigrundlaget for sundhedsaftalen har ligget implicit i interviewguiden. Respondenter med patient- og pårørendebaggrund kender ikke sundhedsaftalen, og alle respondenter har ikke forholdt sig direkte til aftalen, men har fortalt om deres dagligdag og de udfordringer, der ligger i samarbejdet mellem sektorerne. Ligeledes er respondenterne blevet spurgt, om de havde forslag til forbedringer af sektorovergange eller sundhedsaftalen.

De, der fortæller, er 17 udvalgte ansatte eller brugere i sundhedsvæsenet:

- Fem patienter, hvoraf fire er udvalgt af somatiske hospitalsafdelinger og en psykiatrisk patient er udvalgt af en brugerkonsulent i DEFACTUM
- To pårørende, hvoraf en er udvalgt af en somatisk hospitalsafdeling og en psykiatrisk pårørende er udvalgt af en brugerkonsulent i DEFACTUM
- Fire hospitalsansatte udvalgt af hospitalsafdelinger, heraf en fra psykiatrien
- Fire kommunalt ansatte udvalgt af kommuner gennem KOSU, der er de midtjyske kommuners styregruppe på sundhedsområdet. En af de ansatte er fra psykiatrien.
- To praktiserende læger udvalgt af Sundhedsplanlægning i Region Midtjylland

Undersøgelsen bygger på interviews i to klynger for det somatiske område (tre kommuner og to hospitalsenheder for de ansatte), fire patienter og en pårørende. For det psykiatriske område bygger interviewene på en klynge (et hospital og en kommune), en patient og en pårørende. De to praktiserende læger er fra samme klynge. Det somatiske og psykiatriske område indgår på lige fod i afrapporteringen, men det er væsentligt at pointere, at der er foretaget færre interviews i psykiatrien.

DEFACTUM har interviewet respondenterne pr. telefon bortset fra to respondenter, hvor interviewene foregik ved et fysisk møde. Under interviewene blev der anvendt en løs struktureret interviewguide baseret på sundhedsaftalens værdier, men det er i høj grad fortællingerne, der har sat dagsordenen inden for den ramme, der hedder sektorovergange og sundhedsaftalen. Interviewene har fundet sted i november 2017.

Fortællingerne er ikke repræsentative, men subjektive oplevelser og vurderinger af sektorovergange, som de er oplevet af den enkelte respondent. Dermed kan fortællingerne ikke sige noget generaliserbart om sektorovergange, men kan være med til at pege på nogle problemstillinger og succeser, som gennem interviewene er mere eller mindre underbyggede.

Læsevejledning

Rapporten er opdelt i tre dele:

I første del trækkes fortællingernes input til sundhedsaftalens værdier frem.

I anden del trækkes hovedtemaer og forslag frem fra hver af de fem respondentgrupper. Hovedtemaerne er de temaer, der vurderes at være særligt væsentlige for arbejdet med at forbedre sektorovergange og derfor kan bidrage som input til udarbejdelsen af 4. generation af sundhedsaftalen. Hovedtemaerne fremstilles i kort form og underbygges med citater, hvor det er muligt. Det skal understreges, at det ikke er tilsigtet, at nogen respondentgrupper fylder mere end andre, men nogle respondentgrupper har haft mere på hjerte end andre.

I tredje del gengives de 17 fortællinger i caseform med citater. Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at første og anden del af rapporten ikke kan stå alene uden fortællingerne.

Del 1: Tværgående temaer ud fra sundhedsaftalens værdier

Som nævnt i indledningen er respondenterne interviewet inden for den ramme, der hedder sektorovergange og den eksisterende sundhedsaftale, og værdigrundlaget for sundhedsaftalen har ligget implicit i interviewguiden. Det skal dog understreges endnu engang, at ikke alle respondenter kender sundhedsaftalen eller har forholdt sig direkte til aftalen i interviewet. Sundhedsaftalen hviler på følgende værdier:

Vi sætter borgeren først

Ingen borger skal falde mellem to stole, og vi sætter borgerens interesser før sektorinteresser. Hvis der opstår tvivl, så er det den part, der har kontakten til borgeren, der handler. Borgeren skal behandles værdigt og opleve os som et team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde. Vi værdsætter hinandens og borgerens viden, kompetencer, erfaringer og input.

Vi skaber resultater

Vi sætter konkrete mål for vores indsatsers effekt. Og vi følger op, så borgere, politikere og andre beslutningstagere kan følge med i, om vores indsatser giver den tilstrækkelige effekt. Vores succes defineres af de resultater, vi skaber sammen med borgeren og for samfundet.

Vi udfordrer vanetænkning

Vi tør bryde vanetænkningen og arbejder i fællesskab med at udvikle nye løsninger til gavn for borgere, medarbejdere og samfundsøkonomien. Vi tager de stærkeste af vores nye løsninger og udbreder dem til gavn for alle borgere.

Vi vil have mere sundhed – og sundheden skal være for alle

Et sundhedsvæsen, som bygger på inddragelse af borgeren og de pårørende, og hvor borgeren aktivt deltager i eget behandlings- og rehabiliteringsforløb. Hvor kommuner, hospitaler og praktiserende læger arbejder tæt sammen for at give borgeren det bedste forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag. Og hvor alle uanset sociale vilkår får samme mulighed for at få et sundt liv og blive behandlet for deres sygdom.

I forhold til værdigrundlaget i den eksisterende sundhedsaftale peger fortællingerne på følgende hovedtemaer:

- Der er stadig borgere, der falder mellem to stole (og måske nye stole i form af stigende specialisering inden for sektorerne). Fortællingerne peger på, at det især er et problem i det tværsektorielle samarbejde på psykiatriområdet.
- Gode resultater kræver, at kapaciteten er til stede i alle led på tværs af sektorerne. Ifølge fortællingerne er der aktuelt ikke tilstrækkelig kapacitet til altid at skabe gode resultater.
- Samarbejdet mellem sektorerne kræver i høj grad information og kommunikation. Den mundtlige kommunikation er afgørende, fordi den bygger på en hurtigere og mere dybdegående dialog, som den skriftlige ikke altid formår.
- Der er stor åbenhed i fortællingerne for at bryde vanetænkning og se på nye løsninger, men også en erkendelse af barriererne som f.eks. mangel på tværgående IT-systemer, sektortænkning ud fra faglige eller økonomiske motiver.

Del 2: Hovedtemaer og forslag

1. Hovedtemaer for patienterne

Overgange både mellem og inden for sektorer

De interviewede patienter oplever, at overgangsproblemer i sundhedsvæsenet i lige så høj grad er problemer inden for sektorer, som mellem sektorer. Overgange mellem forskellige afdelinger på hospitaler kan også være en udfordring. Når patienterne skal pege på egentlige overgangsproblemer mellem sektorer er det især, at kommunerne ikke altid følger op hurtigt nok efter udskrivelse, og også internt i kommunerne kan der indimellem mangle koordinering mellem medarbejdere. Men patienterne giver også udtryk for, at mange overgange foregår lette og gnidningsløse.

"F.eks. havde hjemmesygeplejerskerne noget medicin med, som blev i vores hus. Det var pakket i små pakker, og de sagde, at det skulle hjemmehjælperne give mig. Men det vidste de da ikke noget om. Da de fandt ud af, at de skulle give medicinen, virkede det som om, at de ikke vidste, hvordan de skulle gøre det. Det virkede ikke trygt. Hver gjorde nok hvad de skulle, men der var ikke nogen koordinering." (Patient i somatikken, Case E)

"Der er næsten en mur mellem de to steder. De ved ikke noget om hinanden, og de taler ikke sammen. Og de prøver at henvise os patienter til den anden part ved den mindste årsag. Hvis man kommer i akutten i psykiatrien og kommer til at sige, at man har lidt ondt i maven, - vupti så ryger man på somatisk sygehus. Man lærer efterhånden, hvad man skal sige." (Patient i psykiatrien, Case A)

"De spørger, hvem der har udskrevet det, og hvem der har sagt, du skal have det. Jeg har prøvet at blive sendt hjem med noget forkert papir, men det fandt de da ud af. Sygehuset henviser meget til dem. At man kan få hjælp fra hjemmeplejen. Ellers har jeg kun haft en ude til at visitere, om jeg skulle have hjælp med bad eller havde brug for nogen hjælpemidler. Det kører simpelthen gevaldigt." (Patient i somatikken, Case D).

Informationsflow er afgørende for patienternes oplevelse af sammenhængende forløb

Det vigtigste element i sektorovergangene er ifølge patienterne, at informationsflowet er velfungerende. Det er især vigtigt i forhold til oplevelsen af sammenhæng og tryghed i forløbet, når patienterne skal bevæge sig mellem sektorerne:

"Jeg føler mig meget tryk ved, at de steder, som man kommer til, ved, hvad der er sket med mig, og at de har læst informationerne. Det giver en følelse af sammenhæng i mit forløb, og at der ikke sker fejl på grund af noget information, der mangler." (Patient i somatikken, Case B)

"Jeg blev sendt hjem (fra hospitalet) med en tyk bog med instruktioner i, og så kom hjemmeplejen, og det blev kontrolleret, om det nu også var rigtigt, og noget var forkert, men det fik de da rettet." (...)

"De (hjemmeplejen) har rimeligt styr på det. De går bare ind på computeren, og så kan de jo se, hvad jeg går og tygger i af tabletter." (Patient i somatikken, Case D)

"Jeg har i perioder haft besøg af hjemmeplejen et par gange om dagen, fordi de skulle skifte et eller andet eller tømme noget. Når jeg har spurgt, hvorfor de gør som de gør, har de vist mig en seddel fra hospitalet og fortalt, at en sygeplejerske fra hospitalet har fortalt dem, hvordan de skal gøre. Det synes jeg, er godt. De har aldrig snakket med min egen læge, tror jeg. Og hun har vist heller ikke snakket med dem. Men derfor kan der jo godt foregå noget, som jeg ikke ved noget om." (Patient i somatikken, Case C)

"Rigtig meget afhænger af den kontaktperson, man har fået, og så kan tingene hurtigt ændre sig, hvis man får en anden. Det er alt for ustabil. Når systemer ikke fungerer sammen som med de her overgange, er man afhængig af personer. Og det er for utrygt." (Patient i psykiatrien, Case A)

Opfølgning og tilgængelighed skaber tryghed

Opfølgningen på patientens forløb har ligeledes betydning for, om patienten føler sig i trygge hænder. F.eks. oplever de patienter, der er tilkoblet telemedicinske løsninger, at der bliver fulgt op på deres målinger:

"Nogle gange føler man sig fuldstændig omklamret af det der sundhedsvæsen. Når man først er kommet indenfor, så bliver der godt nok taget hånd om en. I går ringede de for at høre, hvordan jeg havde det, for jeg havde nogen høje målinger. Jeg laver selv målinger fire gange i døgnet og skriver ned i en dagbog." (Patient i somatikken, Case D)

"Jeg har tilmeldt mig sådan noget KOL-halløj, hvor hver anden dag skal man melde ind, og der kunne de fandeme se, at jeg havde taget nogle kilo på over lidt kort tid. Så der bliver jeg ringet op og truet med alverdens ulykker, hvis ikke jeg møder op på sygehuset." (Patient i somatikken, Case D)

"Jeg har både en alarm til det store hospital, hvor de faktisk følger mit hjerte, en masse direkte telefonnumre til hospital og sundhedscenter og et tilsagn fra alle steder om, at jeg bare kan komme, når jeg vil. Det kan vist ikke blive bedre. Det er mange muligheder, men jeg ved godt nogenlunde, hvem der gør hvad ved mig." (Patient i somatikken, Case B)

At hjælpen er tilgængelig, hvis patienten får behov for hjælp, bidrager også til at give tryghed. Det kan f.eks. være gennem direkte telefonnumre eller adgang til fleksible indlæggelser:

"Det er ikke, fordi jeg har brugt det så meget. Men jeg bor langt ude på landet, så det er rart at have. Jeg vil nok altid ringe til hospitalet først, det er de klogeste, tror jeg. Men hjemmeplejens nummer er godt at have, hvis de skulle glemme mig. Det er nu aldrig sket. Men man hører jo så meget." (Patient i somatikken, Case C)

"Og så har jeg en stue, der står til mig. En fleksibel indlæggelse. Hvis jeg synes, jeg har det træls, så kan jeg bare komme. Det vidste jeg ikke, jeg havde, før hun ringede her sidste gang. Men jeg er da godt nok blevet udstyret med sådan et kort. Jeg får jo breve konstant fra sygehuset. Jeg har lige fået brev igen, at jeg skal møde på en sukkersygeafdeling. Måske mangler de bare en at snakke med." (Patient i somatikken, Case D)

Forslag fra patienterne

De interviewede patienter har forskellige forslag til, hvad der kan ændres/bevares i sundhedsvæsenets overgangssituationer for, at det kan fungere bedre:

- Det er bedre for patienterne, at medarbejderne er mobile, end at patienterne flyttes rundt.
- En kontaktperson, casemanager eller lignende er godt for overblik, tryghed, osv.
- Der skal være én indgang i hjemmeplejen.

2. Hovedtemaer for de pårørende

For hurtig udskrivning, manglende kapacitet og kommunikation

De interviewede pårørende fremhæver især i deres fortællinger, at hospitalerne udskrifter for hurtigt, og at der mangler kapacitet i kommunerne, både videns – og volumemæssigt. Samtidig er der dårlig kommunikation mellem hospital og kommune:

"Det viste sig, at korttidsafsnittet ikke vidste, at min mor skulle komme i dag og heller ikke havde oplysninger om min mor. Jeg vidste, at hospitalet havde sendt genoptræningsplan, og at hjælpemidler var bestilt. Det havde en visitator fortalt mig nogle dage i forvejen." (Pårørende i somatikken, Case O)

"Jeg tænker, at bedre kommunikation er løsningen. Selvfølgelig er der nok også kassetænkning, men bedre kommunikation kan løse meget. F.eks. kunne visitator fra kommunen komme ind på hospitalet inden udskrivelse for at tale med personale og patient, eller hospitalets personale kunne komme med patienten hjem og så tale med kommunens folk lige fra starten. Den personlige kommunikation er et vigtigt supplement til den skriftlige. Og så skal kommunens folk have direkte adgang til hurtig hjælp til at få spørgsmål besvaret fra hospitalets ansatte." (Pårørende i somatikken, Case O)

Manglende handling fra kommunens side og manglende fokus på det hele menneske på hospitalet

Især i psykiatrien oplever den pårørende passivitet fra kommunens side, og at der ikke sker noget i patientens forløb.

"Til de møder, der trods alt bliver afholdt, er der næsten altid en ny sagsbehandler fra kommunen med. Det virker som en bevidst strategi, at det hele skal starte forfra. På den måde er man sikker på, at der ikke sker noget. Det er meget frustrerende." (Pårørende i psykiatrien, Case N)

Omvendt ser den pårørende, at hospitalet mangler fokus på det hele menneske og ikke ser det, som deres opgave. Denne opgave overlades til kommunen.

"Hospitalet er meget fikseret på diagnosen. At finde en diagnose og nogle piller, der passer. De udredninger, vi har været igennem, har ikke haft fokus på det, som jeg vil kalde det hele menneske. Min datters situation med bolig, job, socialt liv, osv. bliver der ikke talt om. De mener vel, det er kommunens opgave at tage sig af det. Og så sker der ingenting." (Pårørende i psykiatrien, Case N)

Forslag fra de pårørende

De interviewede pårørendes forslag til forbedringer vedrører især kommunikation mellem hospital og kommune:

- Bedre kommunikation generelt mellem sektorerne og især lige før/efter overgangssituationer.
- Personlig kommunikation skal supplere den skriftlige.
- Aftaler skal bekræftes, inden patienter flyttes.

3. Hovedtemaer for de ansatte på hospitalerne

Manglende kapacitet i kommunerne og for langsom opfølgning efter udskrivning

De ansatte på hospitalerne oplever først og fremmest sektorovergangsproblemer som manglende kapacitet i kommunerne, både i forhold til viden og i forhold til volumen. Ligeledes er det deres opfattelse, at kommunerne følger for langsomt op efter udskrivning fra hospitalet.

"Det virker, som om kommunen bevidst trækker tingene i langdrag, fordi de har alt for få pladser til borgere med psykiatriske udfordringer. Og så er det billigere for dem at have deres borgere på psykiatrisk hospital frem for at oprette pladser i kommunen til færdigmeldte patienter. Men for patienterne er det skidt. Både de færdigmeldte, der går frustrerede rundt på afdelingen, og dem der er syge og venter på en seng på en psykiatrisk afdeling. Det er et rigtig stort problem." (Ansatt på hospital i psykiatrien, Case G)

"Generelt kan man sige, at man skal være rimelig god for at deltage på de kommunale genoptræningshold, og hospitalerne tager sig jo kun af den allermest specialiserede genoptræning. Foruden manglende udbud af genoptræningstilbud er problemet også, at efterspørgslen efter genoptræning er stigende. Flere og flere patienter bliver dårligere og dårligere, bl.a. fordi de ikke kan komme til genoptræning. Det er en selvforstærkende proces, hvor alle taber." (Ansatt på hospital i somatikken, Case H).

Kendskab til hinanden og mundtlig kommunikation er nødvendig

De ansatte på hospitalerne peger i fortællingerne på, at meget kommunikation mellem sektorerne foregår skriftligt, og det medfører risici for fejl/misforståelser og ofte også efterfølgende mundtlig kommunikation, der skal tydeliggøre oplysningerne på skrift.

"Det at have en form for netværk i en anden sektor gør alting lettere. Vi kan forbedre den formelle kommunikation på mange måder, men det at kende hinanden er næsten altid en bedre og hurtigere løsning på mange problemer." (Ansatt på hospital i somatikken, Case F)

"Det er vigtigt at kunne ringe sammen på tværs af sektorer undervejs i forløbet. Det går hurtigere, og der er mulighed for dialog. Det kræver selvfølgelig, at der er hurtig adgang til hinanden, og at man kender den direkte adgang. Men det har vi sikret. Så vi undgår så vidt muligt mailen i den løbende kontakt." (Ansatt på hospital i somatikken, Case I)

Noget, der letter kommunikationen og mindsker tidsforbruget i kommunikationssituationer, er, at personalet på tværs af sektorerne kender hinanden og hinandens tilbud.

"De tre forskellige sektorer kender ikke hinandens verdener og arbejdsbetingelser, osv. særlig godt. F.eks. kan et hospital let sige, at det og det skal være til stede i et hjem hos en udskrevet patient, men hvis patienten ikke vil have det, eller det ikke kan lade sig gøre, eller hvis den kommunalt ansatte ikke forstår, hvad hospitalet mener, så er sandsynligheden for et godt resultat minimalt." (Ansatt på hospital i somatikken, Case F)

Interne "sektorovergange" fylder også

Overgange mellem afdelinger inden for samme sektor kan også være en udfordring. Det betyder, at der også opstår overgangsproblemer mellem specialer internt på hospitalet.

"Overgange mellem afdelinger på et hospital/mellem hospitaler er præget af lige så store eller større udfordringer i forhold til de sektorovergange, vi taler om mest. Specialer og økonomisk kassetænkning flytter rundt på patienter, der bliver mere og mere forvirrede. Man kan sammenligne et patientforløb inden for en sektor og/eller mellem sektorer med en kaotisk togtur. Somme tider bliver du sat af på en

station og skal videre med et andet tog. Du ved ikke på forhånd, hvor du skal af, hvilket tog du skal skifte til, eller hvor du skal hen." (Ansæt på hospital i somatikken, Case H)

Forslag fra de ansatte på hospitalerne

Forslag til forbedringer fra de ansatte på hospitalerne vedrører især kommunikation og viden om hinanden:

- Etablering af flere "følge-hjem"-ordninger i somatikken.
- Skabe let adgang til hinanden.
- Skabe bedre kendskab til hinanden på tværs af sektorer ved at give mulighed for etablering af relationer gennem netværk og fælles kompetenceudvikling. F.eks. via flere kursusforløb for kommunalt personale i hospitalsregi.
- Mere mundtlig kommunikation.

4. Hovedtemaer for ansatte i kommunerne

Forkerte oplysninger om borgerens tilstand ved udskrivning

Flere kommunalt ansatte påpeger problemer med forkerte oplysninger om borgerens tilstand ved udskrivning fra hospitalet. Hvis borgeren varsles hjem ved indlæggelse eller i en akut fase, er det ikke altid, at beskrivelsen stemmer overens med borgerens tilstand ved udskrivning. Tillige kan korte indlæggelser betyde, at ikke alle symptomer er nået at komme til udtryk på hospitalet. For "gode" eller "dårlige" beskrivelser af borgerens tilstand betyder, at kommunen enten kommer til at over- eller underkompensere i den efterfølgende hjælp til borgeren.

"F.eks. kan der stå i beskrivelsen, at borgeren godt selv kan flytte sig, men så viser det sig, at borgeren ikke selv kan forflytte sig. Eller der kan være sår eller kateder, som skal passes, og som kommunen ikke har fået meddelelse om." (Kommunalt ansat, Case J)

"Og nogle gange handler det om, at man på hospitalet har haft for travlt til at sætte sig ind i borgerens habituelle tilstand. Jeg tror ikke, at det handler om uvilje. Jeg tror gerne, at de vil samarbejde, men de er meget pressede på hospitalet." (Kommunalt ansat, Case L)

Gode udskrivinger kræver forståelse for borgerens forløb efter indlæggelse

Kommunerne oplever i forbindelse med udskrivning manglende forståelse fra hospitalets side for borgerens forløb i kommunen, herunder kommunens arbejdsgange. En god udskrivning kræver både blik for, hvad der konkret skal ske, når borgeren forlader hospitalet, og om kommunens arbejdsgange er tænkt ind i, hvordan borgeren mest hensigtsmæssigt kan hjælpes – f.eks. om der er lagt et centralt kateder eller et kateder, hvor nålen skal skiftes med to-tre dages mellemrum. Ligeledes er det vigtigt, at hospitalet ikke lover borgeren for meget på kommunernes vegne.

"Hver dag er der lækre udskrivelser, som kører, men også de andre, som ikke kører. (...) Det går godt, hvis de har en rigtig god beskrivelse. Hvis de har talt med borgeren – vi oplever rigtig tit, at de ikke har talt med borgeren, og at dem, vi ringer til for at spørge ind til beskrivelsen, ikke har set borgeren, selvom de har sendt beskrivelsen. Så hvis de har talt med borgeren og tænkt på kommunale forhold og tidspunkt for første besøg og hele vejen igennem – altså, at de har tænkt, hvad sker der med borgeren, når han kører herfra – og de er lydhøre overfor, når vi så ringer og siger sådan og sådan. Så bliver det nogle lækre udskrivelser." (Kommunalt ansat, Case J)

Patienter udskrives hurtigere

Kommunerne oplever samstemmigt, at der er stort fokus på at få patienterne udskrevet hurtigt. Flere giver udtryk for, at de ikke længere får borgere hjem, men patienter.

"Vores borgere er blevet til patienter – vi modtager ikke længere borgere, nu modtager vi patienter." (Kommunalt ansat, Case L)

Kendskab til hinanden og mundtlighed er afgørende for kommunikationen

Det pointeres flere gange, at samarbejdet på tværs af sektorer fungerer bedst, hvis man kender hinanden og hinandens virkelighed og vilkår for at løse opgaven.

"Det rigtig gode forløb sker, når vi kender hinanden. Når vi møder læger og sygeplejersker, der ved, hvornår de skal kontakte os. (...) Det gode forløb er, når de straks og inden udskrivning kontakter en rådgiver hos os, og vi har tid til at finde ud af, hvad de har brug for. Og når de er med på, at vi har brug for en vis viden og brug for at tale med borgeren selv." (Kommunalt ansat i psykiatrien, Case M)

Samtidig understreges det, at skriftlighed også har sine begrænsninger til at kunne overlevere beskeder sikkert fra én sektor til en anden. Især, hvis skriftligheden har en meget kort form, hvor

modtageren skal tolke kategorier. Her pointerer en kommunalt ansat, at der er behov for mere prosa i form af flere beskrivelser, hvis kommunikationen mellem hospital og kommune skal foregå skriftligt.

"Nogle gange scorer de dem bare, men sender ikke beskrivelsen med, og det er svært for os at tolke, hvad let eller moderat er, for hvis vi går ud fra Fællessprog, så ville de slet ikke få nogen hjælp."
(Kommunalt ansat, Case J)

Godt samarbejde er personafhængigt og kræver fleksibilitet

Flere kommunalt ansatte oplever, at det er meget personafhængigt, om samarbejdet fungerer godt. Det gode samarbejde kræver fleksibilitet, og det betyder, at medarbejderne på begge side af sektorgrænsen må strække sig lidt udover de faste rammer.

"Det er meget personafhængigt, hvor fleksibel er du i forhold til de rammer, der er sat ned. Hvis du kører fuldstændig efter planen, fordi du mener, at det hører på den andens bord, så får vi nogle dårlige forløb. Og så tror jeg, at det er meget systemstyret – de bliver presset af at skulle have dem hjem."
(Kommunalt ansat, Case J)

Uklar ansvarsfordeling udfordrer patientsikkerheden i eget hjem

De kommunalt ansatte oplever uklarhed i forhold til, hvem der har ansvaret for borgeren i de tilfælde, hvor kommunen har brug for hjælp til borgeren. De efterlyser helt klare instruktioner om, hvem der skal kontaktes, når der er behov for hjælp til at håndtere borgerens situation, så borgerens forløb i eget hjem kan foregå patientsikkert.

"Vi skal kunne ringe til nogen, når der er noget svært – hvis ikke det står på udskrivelsespapirerne, så ringer vi til dem (hospitalet) for at høre, hvem vi skal ringe til i det tilfælde. Den totale ansvarsgennemskuelighed skal være på plads. Det skal ikke være et issue, når borger forlader hospitalet, hvem man skal ringe til. Og det er der ikke nu – altså fuldstændig klare retningslinjer for det." (Kommunalt ansat, Case K)

"Ansvarsfordelingen bør være meget italesat. Hvornår er det den praktiserende læges, vagtlægens, sygehusafdelingens eller kommunens ansvar? Vi har rigtig mange udlagte behandlinger – altså indlæggelser på distancen. Den ansvarsfordeling skal være helt stringent, så vi kan være patientsikre i eget hjem. De her borgere er ofte 60+ eller 80+ og har rigtig mange diagnoser, f.eks. noget med lungerne. Og så får de pludselig oven i noget med deres nyre – hvem ringer vi så til? Egen læge eller den sygehusafdeling, der behandler lungerne?" (Kommunalt ansat, Case K)

Sundhedslovgivning forhindrer smidig og hurtig opgaveløsning

Sundhedslovgivningen opleves i nogle tilfælde som en forhindring for smidig opgaveløsning i kommunerne, fordi den ikke er tilpasset udlagte behandlinger. Derfor bliver kommunens arbejdsgange i nogle tilfælde meget besværlige, fordi kommunen f.eks. ikke må opbevare IV-væsker.

"Der er noget af sundhedslovgivningen, som forhindrer god opgaveløsning, når nu borgerne skal ud i kommunen. F.eks. IV-væsker i kommunen. Det ville give en lettelse, hvis vi må have dem liggende i kommunen. For de må kun ligge på apoteker og hospitaler, fordi vi betragtes ikke som behandlingssted, men vi behandler jo på vegne af et hospital. Det er jo tåbeligt." (Kommunalt ansat, Case K)

Manglende mulighed for dataudveksling er en barriere

Det efterspørges, at det tværsektorielle samarbejde også understøttes af fælles elektroniske systemer, eller systemer der kan tale sammen. Den manglende mulighed for at se hinandens dokumentation gør samarbejdet om borgernes forløb på tværs af sektorer mere vanskeligt.

"Den eneste ting, der ikke er løst, er dataudveksling – det er et STORT problem. I vores sygehusvæsen er vi jo i gang med at nedbryde siloerne, så vi står sammen om den enkelte borger. Men når vi kommer

dertil, at borgere skal over grænsen til regionen, så kommer grænsen, fordi vi ikke kan tale sammen udover pr. telefon." (Kommunalt ansat, Case K)

Borgere falder mellem to stole på psykiatriområdet

Især på psykiatriområdet betoner kommunalt ansatte, at borgere falder mellem to stole. Særligt hvis der er misbrug inde over, fordi man ikke kan blive behandlet, hvis man misbruger.

"De borgere, der falder igennem med fuld styrke, er de psykiatriske borgere. Her er stor mulighed for forbedring. De falder til stadighed mellem to stole mellem psykiatri og somatik. De bliver den der stafet, ingen vil tage. Og det ved jeg fra sidste sundhedsaftale, at det var den svage borger, vi skulle have fokus på. Og der mangler vi altså et stykke vej." (Kommunalt ansat, Case K)

"Kronikere har vi godt samarbejde om. Vi har KOL-pakker osv. Dem synes jeg, vi fanger. Men de svage i samfundet – hvis ikke de har hjemmesygeplejerske, så er der ikke nogen, der interesserer sig, og så bliver de indlagt på røde papirer [akut tvangsindlæggelse]. Og det kunne man måske have undgået." (Kommunalt ansat, Case L)

Kommuner og hospitaler arbejder udenom praktiserende læger

Flere kommunalt ansatte giver udtryk for, at samarbejdet med de praktiserende læger er vanskeligt – både fordi det kan være vanskeligt at få fat i den praktiserende læge, eller at få den praktiserende læge til at komme ud, eller fordi de oplever de praktiserende læger som meget låst af deres overenskomst, hvilket kan vanskeliggøre smidige løsninger for borgeren. Derfor er der eksempler på, at kommunen i nogle tilfælde samarbejder med hospitalet udenom den praktiserende læge. F.eks. i forhold til en følge-hjem-ordning.

"Hvis vi f.eks. har en borger, der skal have IV-behandling, som så også har et sår på lilletåen, så siger de, at vi jo har taget opgaven, og så de ser borgeren som tilhørende sygehuset, fordi det er en udlagt behandling. Men det er jo latterligt, at borgeren skal transporteres ind på sygehuset for en lilletå. Det er jo lidt det at se, hvad der er samfundsmæssigt smart." (Kommunalt ansat, Case L)

Forslag fra de ansatte i kommunerne

De kommunalt ansatte har flere forslag til forbedring af samarbejdet og udformning af sundhedsaftalen:

- Formen på sundhedsaftalen skal skabe tydelighed om fordeling af opgaver og ansvar i arbejdet for de ansatte. Hverken den tidligere sundhedsaftale med konkrete anvisninger eller den nuværende sundhedsaftale, der i højere grad er baseret på værdier, er lykkedes med det. Det foreslås at afprøve en mellemting mellem de to former i udarbejdelsen af den nye sundhedsaftale.
- Rammedelegationer fra læger til kommunalt ansatte sygeplejersker til at igangsætte bestemte former for behandling uden lægelig tilstedeværelse men med efterfølgende orientering af lægen. Rammedelegationer anvendes allerede i Region Nordjylland og gør det muligt at igangsætte visse behandlinger hurtigt, da den kommunale sygeplejerske i forvejen er ude ved borgeren.
- Fælles kompetenceudvikling for medarbejdere på tværs af sektorer for at styrke kendskabet til hinanden.
- Oversigt over kommunale tilbud til brug hos vagtlægerne, så de nemt kan få overblik over mulighederne i hver kommune og måske undgå indlæggelse.
- Ændringer i sundhedslovgivningen, så den understøtter opgaveglidning fra hospital til kommune.
- Dialogmøder mellem hospitalsmedarbejdere og udskrivningsmedarbejdere i kommunen – har tidligere eksisteret.

- Bedre mulighed for Skype-samtaler med borgere, der selv kan fortælle om deres tilstand, så den kommunale medarbejder kan aftale borgerens videre forløb efter udskrivning direkte med borgeren selv.

5. Hovedtemaer for de praktiserende læger

De interviewede praktiserende læger oplever den stigende faglige specialisering på hospitalerne som nye overgange for patienterne og dermed potentielle problemer. Til gengæld er de praktiserende lægers adgang til specialisterne på hospitalerne blevet lettere, og det har positiv betydning for de praktiserende lægers daglige arbejde.

I forhold til kommunerne oplever de praktiserende læger, at den kommunale hjemmepleje bliver mere og mere kompetent i forhold til opgaveløsningen:

"Jeg synes, at der er mange eksempler på, at det går bedre med de her overgange. F.eks. bliver sygeplejerskerne i min kommune hele tiden opgraderet, så de kan mere og mere. Det kan f.eks. mærkes på de henvendelser og spørgsmål, som jeg får fra dem. De er langt mere entydige og relevante end tidligere. Og langt mere fokuserede på et højere fagligt niveau."
(Praktiserende læge, Case P).

De praktiserende læger opfatter psykiatrien som den største og stadig stigende udfordring i forhold til sektorovergangsproblemer, specielt i forhold til psykiatriske misbrugere:

"Jeg oplever denne problematik som stadig mere alvorlig. Der kommer flere og flere psykiatriske patienter (med misbrug), og de bliver tungere og tungere. Rent samfundsøkonomisk er det ved at udvikle sig til en katastrofe, det der sker nu. For ikke at tale om det væsentlige, nemlig alle de patienter, som bliver ladet i stikken. Og vi praktiserende læger bruger mere og mere tid på det." (Praktiserende læge, Case P)

Forslag fra de praktiserende læger

De praktiserende lægers forslag til forbedringer vedrører:

- Ansættelse af flowmaster på afdelingerne.
- De praktiserende læger skal have udvidet adgang til at indlægge direkte på afdelingerne.

Del 3: Fortællinger om sektorovergange

1. Hvad siger patienterne?

Case A

Patient i psykiatrien

A er patient i psykiatrien med mange somatiske indlæggelser og sektorovergange til praktiserende læge og kommune.

A har ca. syv års erfaring med mange kontakter i alle sektorer. Det startede med lykkepiller hos praktiserende læge inden første henvisning fra praktiserende læge til udredning/behandling hos privatpraktiserende psykiater. Efter selvmordsforsøg (overdosis) sker udredning i hospitalspsykiatrien, og herefter følger lange indlæggelsesforløb med skiftende psykiatriske diagnoser og flere selvmordsforsøg/selvskade.

A havde kun sparsom kontakt til sin praktiserende læge, men får over tid flere og flere fysiske smerter, især i maven, og opsøger egen læge. Den praktiserende læge har løbende modtaget epikriser fra hospitalspsykiatrien og er orienteret om og har fulgt med i forløbet for A. A føler tryghed ved dette og ser efterfølgende den praktiserende læge som en slags tovholder, der kan "råbe vagt i gevær", hvis noget virker forkert eller mærkeligt undervejs.

Den praktiserende læge henviser A til smerteklinik, der via en del udredninger finder smerterne psykisk betingede og henviser til privatpraktiserende psykiater. Psykiateren mener ikke, at smerterne er psykisk betingede og henviser til smerteklinikken. Denne cirkelhenvisning finder sted nogle gange, og herefter opgiver A.

På et tidspunkt i forløbet skifter A praktiserende læge og bliver anbefalet kommunalt psykiatrisk bosted med henblik på udvikling af sine sociale kompetencer. Her bor A efterfølgende i ca. fire år. A har i samme periode mange indlæggelser på psykiatrisk hospital og oplever stor mangel på samarbejde mellem hospital og kommunalt bosted.

"Der var næsten ingen kontakt mellem mit bosted og hospitalet. På et tidspunkt kom der to personer fra hospitalet og fortalte min kontaktperson og mig om min diagnose. Det var også det eneste. Bostedet vidste ikke, hvad der var sket under min hospitalsindlæggelse og vice versa. Jeg spurgte dem selv. Det var som to helt adskilte systemer uden kontakt. Hospitalet sagde nogle gange, at jeg var selvmordstruet. Det vidste man ikke noget om på bostedet. Dengang syntes jeg, at det var lidt mærkeligt, at de ikke snakkede sammen. Når jeg i dag tænker tilbage, er jeg rystet over det. Det kunne være gået helt galt med mig."

Den manglende informationsudveksling/samarbejde mellem det psykiatriske hospital og den kommunale psykiatri oplever A også efter selvvalgt flytning fra bosted til egen lejlighed. I en periode skulle hjemmeplejen foretage medicinudlåsning på grund af A's status som selvmordstruet. Men ofte var de skiftende kommunale plejere ikke klar over, hvilken og hvor meget medicin A skulle have (fordi hospitalet ifølge A ikke havde givet besked), eller også havde de glemt at komme til A, der måtte ringe efter dem og spørge, hvor de blev af.

Lige nu er situationen den, at bostøtten, der kommer i A's hjem, ikke er orienteret om udredninger mv. fra det psykiatriske hospital – det er A's eget ansvar at informere om det. Det har A selv ønsket i et samarbejde med sin casemanager i hospitalspsykiatrien, som er en ny ordning for A. A er glad for sin casemanager, der har et godt overblik over A's situation, og som A altid kan henvende sig til.

En forudsætning for en god informationsudveksling mellem sektorerne er, at informationen, der skal formidles, er retvisende. Og her oplever A, at der er et problem:

"Jeg har jævnligt tjekket min journal og oplevet mange mærkelige fejl. Det kan være lige fra "patienten har sovet godt" efter en nat, hvor jeg tilkaldte personalet flere gange, oplysninger om noget jeg har samtykket til, som jeg absolut ikke har, og til udeladelser af væsentlige hændelser og/eller udsagn fra min side. Journalen som bruges som information til personale i overleveringssituationer og vist nok også danner grundlag for en epikrise. Det er utrygt med så mange fejl. Jeg forstår det ikke."

A har kun sjældent følt, at hospitalspersonalet har inddraget A og/eller pårørende i forløbet. Der er taget beslutninger og foretaget faglige vurderinger, som er effektueret inden information til A. A har følt, at inddragelse af pårørende direkte blev bevidst undgået og var uønsket.

Selv om A har en oplevelse af mange problematiske sektorovergang mellem praktiserende læge, kommune og psykiatrisk hospital, er A af den opfattelse, at overgange mellem hospitalspsykiatri og hospitalssomatik næsten er mere problematisk.

"Der er næsten en mur mellem de to steder. De ved ikke noget om hinanden, og de taler ikke sammen. Og de prøver at henvise os patienter til den anden part ved den mindste årsag. Hvis man kommer i akutten i psykiatrien og kommer til at sige, at man har lidt ondt i maven, - vupti så ryger man på somatisk sygehus. Man lærer efterhånden, hvad man skal sige."

Ifølge A bruger hospitalerne ikke muligheden for gensidigt tilsyn ret meget. Det er patienten, der bliver sendt frem og tilbage mellem de geografiske steder.

Selv om sektorerne/systemerne lukker sig inde i sig selv og dermed skaber udfordringer for hinanden og patienter/borgere/pårørende, så oplever A, at hvis man har en kontaktperson eller lignende (som A's nuværende casemanager), der kæmper for en, og som man kan have tillid til, så kan tingene faktisk godt fungere. Men det beror på tilfældigheder, hvem man får som kontaktperson, og det er problematisk.

"Rigtig meget afhænger af den kontaktperson, man har fået, og så kan tingene hurtigt ændre sig, hvis man får en anden. Det er alt for ustabil. Når systemer ikke fungerer sammen som med de her overgange, er man afhængig af personer. Og det er for utrygt."

Case B

Patient i somatikken

Patient med hjerteinsufficiens og pacemaker.

B gik til den praktiserende læge med vejrtrækningsproblemer. Den praktiserende læge henviser til et lokalt hospital, der finder nedsat hjertefunktion og henviser til yderligere undersøgelser på et større hospital med speciale i hjertesygdomme. B får efterfølgende indopereret en pacemaker på et stort hospital og rehabilitering på et kommunalt sundhedscenter. Den løbende kontrol foregår på et lille lokalt hospital.

Informationsstrømmene i B's forløb har været optimale. Hver sektor har været grundigt orienteret om, hvad der er sket i kontakten med andre sektorer. F.eks. var B to dage efter udskrivelse fra det større, specialiserede hospital til opfølgning hos egen læge. Egen læge havde fået epikrisen fra hospitalet med fyldestgørende information, også til hvordan planen for det videre forløb kunne lægges. Den omfattede som ovenfor nævnt ambulans kontrol på et lille lokalt hospital og tilbud om rehabilitering på et kommunalt sundhedscenter. B takkede ja til det hele og samtykkede til videregivelse af information. Da B senere mødte op de to steder, var al information modtaget og læst på stederne.

"Jeg føler mig meget tryk ved, at de steder, som man kommer til, ved, hvad der er sket med mig, og at de har læst informationerne. Det giver en følelse af sammenhæng i mit forløb, og at der ikke sker fejl på grund af noget information, der mangler."

Hjerterehabiliteringen på det kommunale sundhedscenter foregår i et tæt samarbejde med hjerteafdelingen på det lille lokale hospital. B tænker, at det bl.a. er derfor, at B ikke oplever modstridende information mellem hospital og sundhedscenter. B giver udtryk for, at det nærmest virkede som om, at de var en enhed.

Tryghed er vigtigt for hjertepatienter, og her oplever B at være dækket rigtig godt ind.

"Jeg har både en alarm til det store hospital, hvor de faktisk følger mit hjerte, en masse direkte telefonnumre til hospital og sundhedscenter og et tilsagn fra alle steder om, at jeg bare kan komme, når jeg vil. Det kan vist ikke blive bedre. Det er mange muligheder, men jeg ved godt nogenlunde, hvem der gør hvad ved mig."

B er på arbejdsmarkedet, og her oplever hun også, at sundhedsvæsenet tager hensyn til hendes status som værende i beskæftigelse. F.eks. kan B gå på sundcenteret om aftenen, når det passer bedre i forhold til B's arbejde. Der er hold på sundhedscenteret specielt for borgere, der er på arbejdsmarkedet.

Case C

Patient i somatikken

C har været indlagt på hospitalet i meget lang tid og mange gange. Sidste indlæggelse varede i flere måneder på grund af vanskeligheder med at finde den helt korrekte diagnose og flere omgange med betændelsestilstande og operationer.

C vurderer, at udskrivelser nogle gange måske har været for hurtige, idet C efterfølgende efter kort tid er blevet indlagt igen. Men ofte er det også C selv, der presser på for at komme hjem. Ifølge C er det lidt uretfærdigt altid at give hospitalerne skylden for alt for hurtige udskrivelser. Ofte er det patienterne selv, der presser på for at komme hjem.

C har mellem indlæggelserne været hos den praktiserende læge til forskellige former for opfølgning, herunder løbende kontrol for en kronisk sygdom. Den praktiserende læge har efter C's opfattelse altid været velorienteret om C's hospitalsforløb, herunder diagnoser og vurderinger. C oplever derimod ikke nogen sammenhæng mellem den praktiserende læges funktion/aktiviteter og den kommunale hjemmepleje.

"Jeg har i perioder haft besøg af hjemmeplejen et par gange om dagen, fordi de skulle skifte et eller andet eller tømme noget. Når jeg har spurgt, hvorfor de gør som de gør, har de vist mig en seddel fra hospitalet og fortalt, at en sygeplejerske fra hospitalet har fortalt dem, hvordan de skal gøre. Det,

synes jeg, er godt. De har aldrig snakket med min egen læge, tror jeg. Og hun har vist heller ikke snakket med dem. Men derfor kan der jo godt foregå noget, som jeg ikke ved noget om."

Efter udskrivelse er C altid tryk ved at være hjemme igen. C har direkte telefonnumre til både hjemmepleje og hospital.

"Det er ikke, fordi jeg har brugt det så meget. Men jeg bor langt ude på landet, så det er rart at have. Jeg vil nok altid ringe til hospitalet først, det er de klogeste, tror jeg. Men hjemmeplejens nummer er godt at have, hvis de skulle glemme mig. Det er nu aldrig sket. Men man hører jo så meget."

C fortæller, at C ikke tænker så meget over, at der er forskellige sektorer, der er inde over C's sygdomsforløb. Bare de samarbejder og tingene fungerer, er C ligeglad med, om det er kommune, region eller egen læge, som behandler eller plejer ham.

Case D

Patient i somatikken

D har gennem længere tid været tilknyttet hjerteambulatoriet. Derudover har D KOL og har netop fået konstateret diabetes. D er i mindst en gang om ugen i kontakt med hospitalet.

På grund af diabetes skal D lave målinger af blodsukkeret flere gange i døgnet, og derfor er D netop begyndt at have kontakt med hjemmeplejen, fordi de skal hjælpe med at foretage målingerne for at sikre, at det bliver gjort rigtigt. I den første tid lavede D selv målingerne.

"Nogle gange føler man sig fuldstændig omklamret af det der sundhedsvæsen. Når man først er kommet indenfor, så bliver der godt nok taget hånd om en. I går ringende de for at høre, hvordan jeg havde det, for jeg havde nogen høje målinger. Jeg laver selv målinger fire gange i døgnet og skriver ned i en dagbog."

Selvom D kun har fået hjælp af hjemmeplejen i kort tid, så oplever D, at hospitalet og hjemmeplejen taler sammen, og at der er godt styr på hans behandling. Der kommer hver dag en hjemmesygeplejerske for at give D insulin.

"Jeg blev sendt hjem (fra hospitalet) med en tyk bog med instruktioner i, og så kom hjemmeplejen, og det blev kontrolleret, om det nu også var rigtigt, og noget var forkert, men det fik de da rettet."

D har tit været indlagt, og på hospitalet har de spurgt, om D skulle have noget hjælp. Det er også hospitalet, der har sendt hjemmeplejen ud. D's erfaring med hjemmeplejen er god, og D oplever, at de har styr på, hvad D skal.

"De (hjemmeplejen) har rimeligt styr på det. De går bare ind på computeren, og så kan de jo se, hvad jeg går og tygger i af tabletter."

Det er hjerteambulatoriet, der styrer, om der skal ændres i patientens medicin. Og det er D's oplevelse, at der er en stor servicering af patienterne i sundhedssystemet – både på hospitalet og i hjemmeplejen. Eksempelvis fortæller D, at han nu som noget nyt får doseringsbesøg og bestilling af medicin af hjemmeplejen hver 14. dag, og at det kan man få, hvis man som patient synes, at det med medicinen er "træls". Også i forhold til blodprøver kan man blive serviceret.

"Hvis du skal have en blodprøve, og hvis du ikke gider komme derned, så kommer de bare ud til dig og laver blodprøven."

På hospitalet er der forskellige tilbud til patienter, f.eks. en telemedicinsk monitoreringsordning, og her oplever D, at der rent faktisk er nogen, der kigger på de tal, D sender ind.

"Jeg har tilmeldt mig sådan noget KOL-halløj, hvor hver anden dag skal man melde ind, og der kunne de fandeme se, at jeg havde taget nogle kilo på over lidt kort tid. Så der bliver jeg ringet op og truet med alverdens ulykker, hvis ikke jeg møder op på sygehuset."

En enkelt gang har D oplevet at blive sendt hjem for hurtigt, men ellers er det D's generelle oplevelse, at D selv gerne vil hjem hurtigere, end D kan få lov til:

"Jeg havde noget med hjertet og blev hentet med blå lamper og kørt ud til hospitalet, fordi jeg havde fået stød af min pacemaker. Jeg var der i 8 dage. Så kom jeg hjem kl. 3 om eftermiddagen, og kl. 6 var jeg på vej derud igen med blå lamper, og så var jeg der igen i 10 dage. Nej, man bliver ikke sådan bare smidt ud. De lover og lover, men så siger de, at vi må hellere lige... Ahh, vi bliver nok lige nødt til at tage weekenden med for at være sikre."

D er dog overbevist om, at genindlæggelsen ikke kunne være undgået med det, han fejler. Han oplever ikke generelt problemer med at blive udskrevet for hurtigt.

Den praktiserende læge har D kun sparsom kontakt med, og D bruger kun den praktiserende læge til fornyelse af recepter via computeren hjemmefra. Det er D's oplevelse, at den praktiserende læge har svært ved at følge med i forløbet, og for patienten fremstår det som om, at den praktiserende læge ikke ved noget.

"Det er over et år siden, jeg har snakket med ham (den praktiserende læge). Jeg har præsteret at møde dernede, og så skal han først til at læse, hvad der foregår. Så kan det da være lige meget. Men de kan jo heller ikke bare vide alting med alle de forskellige, der kommer. Det er ikke, fordi jeg er sur over det, det virker bare lidt mærkeligt. Jeg holder mig til sygehuset."

Derfor vælger D også at få lavet blodprøver på hospitalet, selvom D både kan gøre det hos egen læge og på hospitalet. D pointerer, at blodprøven jo alligevel skal hen på hospitalet for at blive analyseret.

På hospitalet har D prøvet at gå til gymnastik hos en fysioterapeut, og D har også været på "lungeskole". D har endnu ikke nået at afprøve nogen af kommunens træningstilbud, men D er blevet oplyst om, at der også er mulighed for genoptræning i kommunalt regi.

"Jeg er ovenud tilfreds. Det er næsten for meget. Jeg var slet ikke klar over alle de gratis tilbud. Jeg har sådan en lille iltflaske. Jeg har også lånt en rollator ude på hospitalet til at køre rundt med iltflasken i. Den skulle jeg aflevere igen. Så kunne jeg bare få en fra kommunen, der åbenbart har sådan en materieludlejning. Og kommunen de har også et genoptræningskursus, de kører. Fordi jeg har været på lungeskole flere gange. Men hende der hjertelægen har fået tilladelse til at henvise nogen folk til noget, kommunen har. Men jeg nåede næsten ikke inden for døren (på hospitalet), inden der stod en fysioterapeut og sagde, at jeg kunne komme på hjertehold, for nu kunne jeg ikke komme på lungehold mere. Jeg har ikke gjort mere ved det hos kommunen."

For D betyder det noget, at D er vant til at komme på hospitalet og kender personalet der.

Hverken hospitalet eller hjemmeplejen taler dårligt om hinanden. Faktisk oplever D slet ikke, at de taler om hinanden. Dialogen handler mest om at have styr på, hvem der har ordineret patientens medicin:

"De spørger, hvem der har udskrevet det, og hvem der har sagt, du skal have det. Jeg har prøvet at blive sendt hjem med noget forkert papir, men det fandt de da ud af. Sygehuset henviser meget til dem. At man kan få hjælp fra hjemmeplejen. Ellers har jeg kun haft en ude til at visitere, om jeg skulle have hjælp med bad eller havde brug for nogen hjælpemidler. Det kører simpelthen gevaldigt."

For nylig har D fundet ud af, at der er mulighed for en fleksibel indlæggelse på hospitalet.

"Og så har jeg en stue, der står til mig. En fleksibel indlæggelse. Hvis jeg synes, jeg har det træls, så kan jeg bare komme. Det vidste jeg ikke, jeg havde, før hun ringede her sidste gang. Men jeg er da godt nok blevet udstyret med sådan et kort. Jeg får jo breve konstant fra sygehuset. Jeg har lige fået brev igen, at jeg skal møde på en sukkersygeafdeling. Måske mangler de bare en at snakke med."

Hvert halve år får D besøg af en iltsygeplejerske, som skal lave en prøve. Det er den samme sygeplejerske, som D møder på hospitalet. Generelt oplever D, at hospitalet er meget opsøgende, og at der bliver holdt godt øje og fulgt hurtigt op – f.eks. hvis D glemmer at indsende målinger.

Case E

Patient i somatikken

Pårørende og patient sammen.

Patienten gik til praktiserende læge med hævede ben to gange. Den praktiserende læge henviser til kræftpakke på hospitalet. Patienten er derefter indlagt i 3 uger og cirkulerer rundt mellem forskellige afdelinger, uden at man kan stille diagnosen præcist. Patienten har opfattelsen af, at blive skubbet rundt fra den ene afdeling til den anden. Hospitalet er sikker på, at det er kræft, men kan ikke finde "hovedkilden" til kræften.

Patientens ægtefælle presser hospitalet til, at patienten kommer til et større hospital for at få en second opinion. Her bliver patienten opereret to gange i bughulen og sendes tilbage til det oprindelige hospital med en anbefaling om, hvor man skal søge efter "hovedkilden" til kræften. Denne findes, og der er metastaser til knogler m.v. Patienten får at vide, at vedkommende er uhelbredelig syg og er nu på hospice for at dø. Det samlede forløb fra første henvendelse til praktiserende læge og indtil nu er ca. to år.

Patienten har undervejs i forløbet jævnligt besøgt sin praktiserende læge:

"Vi er glade for vores praktiserende læge og har besøgt vedkommende engang imellem for at få gode råd og ligesom tale det hele igennem. Det er på en måde også en slags second opinion, selvfølgelig mere til forløb osv. end selve sygdommen. Og vores læge har altid og hurtigt været informeret fra sygehuset."

Patienten har i de sidste par måneder fået kommunal hjemmepleje efter hospitalets opfordring. Der kom hurtigt en visitator fra kommunen ud til patientens eget hjem og lavede en rapport. Men så sker der ikke rigtig noget bagefter. Patienten ringer til hjemmeplejen, der henviser til nogle hjemmesygeplejersker, der ikke ringer tilbage, når patienten ringer til dem.

Da hjemmehjælpen endelig kommer i gang virker den lidt tilfældig, og der er tilsyneladende ikke meget koordinering mellem hjemmesygeplejerskerne og de hjemmehjælpere, der kommer ud i patientens hjem.

"F.eks. havde hjemmesygeplejerskerne noget medicin med, som blev i vores hus. Det var pakket i små pakker, og de sagde, at det skulle hjemmehjælperne give mig. Men det vidste de da ikke noget om. Da de fandt ud af, at de skulle give medicinen, virkede det som om, at de ikke vidste, hvordan de skulle gøre det. Det virkede ikke trygt. Hver gjorde nok hvad de skulle, men der var ikke nogen koordinering."

På et tidspunkt var patienten og familie på ferie (i Danmark), og patienten får brug for det lokale hospital i ferieområdet. Her spørger en læge om, hvorfor patienten ikke har kontakt til et palliativt team. Vedkommende læge sagde, at det virkede relevant nu.

"Vi havde aldrig hørt om sådan et team og måtte spørge ind til, hvad det betød. Men vi ringede til hospitalets palliative team derhjemme, og de undrede sig over, at de ikke var blevet kontaktet noget før. Så kom der et par overlæger og en sygeplejerske fra teamet ud til os i huset."

Det palliative team fra hospitalet besøger E flere gange og hjemmeplejen skulle så overtage efter teamets instrukser. Men de hjemmehjælpere, der kommer hos patienten, ved ikke noget om det, og der sker ikke noget. Patienten ringer til kommunen, hvor man ifølge patienten, henviser til hinanden, indtil man kommer tilbage til den første person, man har talt med. Patienten foreslår, at man laver én indgang til hjemmeplejen, der så internt finder den relevante person (lidt ligesom en kvikskranke).

Hjemmeplejens palliative indsats kommer til at fungere i ca. 14 dage. Patienten får det meget dårligt og har lige fået plads på et hospice.

2. Hvad siger de pårørende?

Case N

Pårørende i psykiatrien

Respondenten er far til en datter med 25 års erfaring som psykiatrisk patient med kontakt til både praktiserende læge, hospitalspsykiatrien og især den kommunale psykiatri. Patienten har boet i mange forskellige psykiatriske bofællesskaber og gået i mange forskellige typer af skoler i forskellige kommuner.

Forældrene og den praktiserende læge har flere gange forsøgt at få patienten indlagt på psykiatrisk hospital til mere grundige udredninger, men hospitalet har for det meste afslået med den begrundelse, at patienten ikke er livstruet. Der har været et par udredninger i hospitalsregi efter pres fra den praktiserende læge og en patientforening. De har resulteret i diagnosen "svær depression". Den praktiserende læge har fulgt op med medicinering og til en vis grad samtalerapi.

Patienten prøvede efter eget ønske at flytte fra bofællesskab til egen lejlighed for et par år siden, men den lovede støtte og opfølgning fra kommunen udeblev, og patienten flyttede tilbage. Men patienten ønsker stadig at bo selv, hvis det kan lade sig gøre:

"Der gik kludder i det med at bo selv på grund af ferieforviklinger i kommunen, og det virkede også, som om de ikke havde forstået opgaven. Det virkede somme tider, som om min datter blev glemt, og når de var der, lavede de noget helt andet, end det der stod i referatet."

Patienten er førtidspensionist og har været igennem flere arbejdsprøvninger. Hun vil gerne have et beskyttet job, også for at udvikle sin sociale side. Men det er ikke lykkedes at få et job (den pårørende ved ikke hvorfor).

Den pårørende er meget frustreret over den aktuelle situation for sin datter og store dele af hendes forløb hidtil.

"Nu spørger du (intervieweren) om jeg føler mig inddraget som pårørende i min datters forløb. Det er svært at svare på. Der har ikke rigtig været noget sammenhængende forløb at være inddraget i og i hvert fald ikke noget forløb med plan og indhold. Det har været mærkeligt sporadisk".

Patienten har især været i kontakt med den kommunale del af psykiatrien, og den pårørende føler, at det er meget svært at få kommunen til at gøre noget. Der er en voldsom mangel på beslutningsevne hos kommunen og tingene kører i ring. Den ene henviser til den anden, og ingen tager ansvar for, at der sker noget.

Når f.eks. en repræsentant for en patientforening, der hjælper patienten, presser på for et møde med kommunen, kan den godt arrangere et. Men ofte bliver de aflyst, lige inden de skal afholdes, eller også kommer der et mangelfuldt referat, uden at de synspunkter, som patient og pårørende har, er refereret. Meget ofte skiftes der sagsbehandler, og det hele starter forfra.

"Til de møder, der trods alt bliver afholdt, er der næsten altid en ny sagsbehandler fra kommunen med. Det virker som en bevidst strategi, at det hele skal starte forfra. På den måde er man sikker på, at der ikke sker noget. Det er meget frustrerende."

Den pårørende føler, at den praktiserende læge gør et godt stykke arbejde. Vedkommende har presset på for at få patienten på hospitalet til udredninger og vurderinger og for at få

kommunen til at gøre noget, der bryder den stilstand, som den pårørende føler er kendetegnende for situationen. Effekten af den praktiserende læges anstrengelser har dog været begrænsede.

"F.eks. havde den praktiserende læge arrangeret et møde mellem sig selv, kommunen, hospitalet og os. Den praktiserende læge havde taget fri hele eftermiddagen for at være med til mødet. Kommunen aflyste lige inden, det skulle starte."

Selv om den pårørende efterlyser mere kontakt til det psykiatriske hospital, er han dog ikke imponeret over de oplevelser han har haft der.

"Hospitalet er meget fikseret på diagnosen. At finde en diagnose og nogle piller, der passer. De udredninger, vi har været igennem, har ikke haft fokus på det, som jeg vil kalde det hele menneske. Min datters situation med bolig, job, socialt liv, osv. bliver der ikke talt om. De mener vel, det er kommunens opgave at tage sig af det. Og så sker der ingenting."

Case 0

Pårørende i somatikken

Den pårørende er datter til en ældre kvinde. Patienten bliver akut indlagt via 112 og er indlagt ca. 1 måned. Patienten er gennem mange og lange undersøgelser på hospitalet, før diagnosen kan stilles. O forsøger at få patienten overflyttet til et større hospital, fordi O finder, at det større hospital vil være bedre til at diagnosticere patienten, men uden held.

O oplever relativt mange utilsigtede hændelser på hospitalet, f.eks. at patienten brækker foden under indlæggelsen. Og O synes, at det er svært at få hospitalet til at foretage en relativ enkel regelmæssig handling, f.eks. at patienten skal have dryppet øjne hver dag på et bestemt tidspunkt, for at undgå at en øjensygdom skal føre til blindhed. O ender med at ringe hver dag for at sikre, at det sker.

Patienten udskrives til genoptræning i et kommunalt korttidsafsnit. O er taget til korttidsafsnittet for at modtage X ved sygetransportens ankomst.

"Det var et lidt mærkeligt syn. Min mor havde det helt forkerte tøj på. Jeg kunne genkende det fra afdelingen som nabopatientens tøj!"

"Men det var nu det mindste problem. Det viste sig, at korttidsafsnittet ikke vidste, at min mor skulle komme i dag og heller ikke havde oplysninger om min mor. Jeg vidste, at hospitalet havde sendt genoptræningsplan, og at hjælpemidler var bestilt. Det havde en visitator fortalt mig nogle dage i forvejen."

Det viste sig, at korttidsafsnittets it-funktion havde været ude af drift i en periode og dermed også kommunikationen ud af huset, og altså også til hospitalet.

O bliver på korttidsafsnittet resten af dagen, og det viser sig at være en god ide.

"Til aften kom en sød hjælper ind på stuen og spurgte om min mor ville have rugbrødsadder. Det ville hun gerne. Men her måtte jeg gribe ind. På grund af halsoperation under hospitalsopholdet måtte min mor kun få flydende (proteinberiget) kost. Det kunne være gået helt galt, at de manglede oplysninger fra hospitalet. Godt at jeg blev der."

Problemet med den vigtige regelmæssige øjendrypning fortsætter, så O må stadig ringe hver dag for at sikre, at det sker.

Når O kigger tilbage på ovennævnte eller andre forløb, finder O, at udfordringer i sektorovergange i sundhedsvæsenet først og fremmest har noget med kommunikation at gøre. Enten mangel på kommunikation eller forkert/misforstået kommunikation:

"Jeg tænker, at bedre kommunikation er løsningen. Selvfølgelig er der nok også kassetænkning, men bedre kommunikation kan løse meget. F.eks. kunne visitator fra kommunen komme ind på hospitalet inden udskrivelse for at tale med personale og patient, eller hospitalets personale kunne komme med patienten hjem og så tale med kommunens folk lige fra starten. Den personlige kommunikation er et vigtigt supplement til den skriftlige. Og så skal kommunens folk have direkte adgang til hurtig hjælp til at få spørgsmål besvaret fra hospitalets ansatte.

Og en af erfaringerne fra min mors overførsel til kommunen: hospitalet skal have bekræftet, at patienterne kommer til kommunen den og den dag. Så ingen bliver overraskede."

Det er O's erfaring, at patienter bliver udskrevet for hurtigt fra hospitalerne, og at kommunens kapacitet – både i forhold til antal ansatte og den faglige kompetence – er for lille. O ser det som en farlig cocktail, der kan koste liv.

3. Hvad siger de ansatte på hospitalerne?

Case F

Ansæt på hospital

F er ansat som afdelingssygeplejerske på en almen medicinsk afdeling. Har også primærkommunal erfaring.

F oplever, at den største udfordring i forhold til sektorovergange er kommunikation/formidling, herunder især skriftliggørelsen af formidlingen. Formidlingsredskaberne i samarbejdet mellem de 3 sektorer er først og fremmest plejeforløbsplaner, sygeplejerapporter og epikriser. De har skiftende kvalitet og opfylder ikke altid den aftalte kvalitet, som er beskrevet i diverse skabeloner m.v.. Det kan både være noget, der mangler i redskaberne, eller noget der er sparsomt udfyldt. Tidligere var der nogle gange overinformation, men det er ikke så meget et problem mere.

Hovedproblemet i forhold til kommunikation og formidling er ifølge F forskellig dokumentationspraksis og dermed også forståeligheden i de skriftlige formidlingsredskaber. Der er tale om tre forskellige faglige kontekster, der skal kommunikere, og som ofte ikke kender/forstår hinandens sektorer, herunder vidensniveau.

"De tre forskellige sektorer kender ikke hinandens verdener og arbejdsbetingelser, osv. særlig godt. F.eks. kan et hospital let sige, at det og det skal være til stede i et hjem hos en udskrevet patient, men hvis patienten ikke vil have det, eller det ikke kan lade sig gøre, eller hvis den kommunalt ansatte ikke forstår, hvad hospitalet mener, så er sandsynligheden for et godt resultat minimalt".

Det at kommunikation og formidling er skriftliggjort kan til dels løses/afhjælpes med at sektorerne etablerer en lettere adgang til hinanden, f.eks. således at en kommunal ansat har et telefonnummer til en bestemt faglighed på hospitalet, som altid bliver besvaret. Men det løser ikke den mere fundamentale udfordring med manglende kendskab til hinandens sektorer, arbejdsbetingelser, fagligheder, osv.

F peger på forskellige muligheder for at imødegå udfordringerne. Nogle har været iværksat nogle steder, også med succes, men af især ressourcemæssige årsager, er de ikke implementeret i større stil. F har været involveret i forskellige løsningsmodeller:

1. Etableringen af en "følge hjem"-ordning, hvor hospitalspersonale følger med patienten hjem efter udskrivelse. I hjemmet mødes hospitalspersonalet (oftest en person) med det kommunale personale, og der foregår en dialog om/med patienten/pårørende om status og muligheder i det videre forløb. Den praktiserende læge kan være til stede, men overenskomst-mæssige forhold forhindrer ofte dette. Som eksempel på noget lignende peger F på såkaldte KOL-managers fra hospitalet, der kommer ud i patientens hjem, og også geriatrien har en længere tradition for tværsektorielt samarbejde gennem besøg i patientens hjem.

2. En anden mulighed er kursusforløb for kommunalt personale i hospitalsregi:

"Vi har god erfaring med, at nogen der er mere eksperter, altså f.eks. læger, underviser nogen, der er "mindre eksperter", altså kommunalt personale. Det letter kommunikationen og giver en bedre compliance."

F pointerer, at en vigtig forudsætning for, at bedre kommunikation, følge-hjem-ordning, uddannelse, osv. kan virke, er, at parterne er sikre på, hvor ansvaret i den konkrete situation er placeret. Det skal derfor altid være en del af dialogen, at der er konsensus om ansvarsplaceringen.

En særlig udfordring i forhold til at arbejde med at forbedre kommunikation mellem sektorerne er, at det er svært at finde ud af, om der har været misforståelser, manglende forståelse osv. Der er forskellige indikatorer, der måske kan pege på manglende compliance mellem sektorerne, men som også kan have andre årsager.

"Hvis vi har flere genindlæggelser, kan det være, fordi vi har misforstået hinanden og dermed kan have gjort noget forkert i forhold til patienten. Vi kan måske også se det, når vi oplever patienten i et opfølgende ambulatoriebesøg. Men begge dele kan sagtens også have andre årsager."

Nøglen til bedre sektorovergange er ifølge F at sektorerne øger kendskabet til hinanden. Man skal kende mest muligt til afsender/modtager i en kommunikationssituation for at få det til at virke. Og så er relationel koordinering ifølge F måske ofte det vigtigste.

"Det at have en form for netværk i en anden sektor gør alting lettere. Vi kan forbedre den formelle kommunikation på mange måder, men det at kende hinanden er næsten altid en bedre og hurtigere løsning på mange problemer."

F peger på et par aktuelle udfordringer i sektorsamarbejdet lige nu, udover ovenstående:

1. Hospitalerne kan komme til at love for meget til patienterne om, hvad kommunen vil/kan gøre, når de udskrives. Det giver anledning til mange konflikter.
2. Vidensniveauet i kommunerne er generelt ikke højt nok i forhold til at etablere en ordentlig opfølgning efter udskrivelsen.

Med hensyn til patienter og beskæftigelse/jobsituation er det ifølge F sjældent noget, man spørger ind til på afdelingen på hospitalet. Man har lavet åbne ambulatorier nogle aftener for at tage hensyn til de patienter, der er i arbejde.

Case G

Ansæt på hospital, psykiatrien

G beskriver, at den største udfordring i forhold til sektorovergange i psykiatrien er, at afdelingen ikke kan udskrive færdigmeldte (færdigbehandlede patienter) til de kommunale tilbud, det vil sige bosteder, eget hjem med bostøtte, forsorgshjem osv.

Kommunernes lange sagsbehandlingstider i forhold til færdigmeldte psykiatriske patienter og mangel på tilbud til patienterne medfører ifølge G, at færdigmeldte patienter kan opholde sig i ugevis på de psykiatriske hospitaler og dermed tage pladser op for syge patienter, der venter på behandling.

G oplever kommunale sagsbehandlingstider på flere måneder og nogle gange længere. Kommunen skal visitere patienten til det rette tilbud, og selv om de har det faglige grundlag for visitationsbeslutningen fra hospitalspsykiatrien, trækker det unødvendigt ud. G nævner som eksempel en patient, der skulle på plejehjem og var indlagt som færdigmeldt i næsten fem måneder, fordi kommunen ikke kunne finde et sted til vedkommende. I ventetiden hører afdelingen som regel ikke noget fra kommunen og når man rykker for svar, får man at vide at der arbejdes på sagen. I det konkrete tilfælde bad kommunen hen mod slutningen af forløbet om en udvidet diagnose, og så tog det endnu længere tid. Til

sidst fandt kommunen en plads, men tiden blev yderligere forlænget, fordi kommunen kun visiterer hver 14. dag. Hvis man ikke lige når at komme med i en visiteringsrunde, må man vente i 14 dage.

G er frustreret over, at det i gennemsnit er ca. 30 % af afdelingens senge, som er besat af færdigmeldte patienter.

"Det virker, som om kommunen bevidst trækker tingene i langdrag, fordi de har alt for få pladser til borgere med psykiatriske udfordringer. Og så er det billigere for dem at have deres borgere på psykiatrisk hospital frem for at oprette pladser i kommunen til færdigmeldte patienter. Men for patienterne er det skidt. Både de færdigmeldte, der går frustrerede rundt på afdelingen, og dem der er syge og venter på en seng på en psykiatrisk afdeling. Det er et rigtig stort problem."

Hospitalspsykiatriens samarbejde med de kommunale bosteder er ifølge G ikke optimalt. Så vidt muligt afholdes der både indlæggelses- og udskrivelsessamtaler med bostederne, men ofte melder bostederne afbud til møderne lige inden de skal starte. Og informationsflowet om patientens forhold går næsten altid kun en vej: fra hospital til bosted.

G sætter spørgsmålstejn ved om bostederne fagligt er klædt på til at klare opgaverne.

"Vi oplever meget tit, at bostederne indlægger en patient på hospitalet for meget små ting, f.eks. et kortvarigt vredesudbrud. Det burde de måske kunne klare selv. Og hvis der er den mindste ting med patienten, så vil de ikke have vedkommende tilbage igen efter færdigmelding. Det har de ret til at nægte. Og den ret bruges i langt større omfang end nødvendigt."

I forhold til et andet af kommunens tilbud til borgere med psykiatriske udfordringer, nemlig eget hjem med bostøtte, oplever hospitalsafdelingerne også meget lang ventetid inden kommunen finder en bostøtte. Og så må patienten være på hospitalet indtil da. G efterlyser kortere ventetid og også, at bostøtten besøger patienten på hospitalet inden udskrivelse. Det vil give en meget lettere overgang og hurtigere udskrivning til gavn for alle.

I forhold til den kommunale hjemmepleje oplever G, at personalet i hjemmeplejen ofte kontakter den psykiatriske afdeling, fordi man er bange eller usikker på behandlingen. Ofte har det noget med medicin at gøre. Det må personalet også gerne, men ofte er det helt fundamentale spørgsmål, som de måske burde kende svaret på. Det er G's vurdering, at hjemmeplejen ikke er klædt godt nok på til at løfte opgaven med de psykiatriske patienter. Samtidig har hospitalet ingen mulighed for at vurdere, om hjemmeplejen har fulgt op på udskrivningsrapporter m.v.

"Vi ved faktisk ikke, hvad der sker med de forhold, som vi har anbefalet, at man gør med den enkelte patient i kommunen. Forstår de, hvad vi har skrevet, og i hvor høj grad gør man så det, vi har anbefalet? Vi oplever meget medicinsvigt med udskrevne patienter, men det kan også skyldes andre ting."

En stor del af de psykiatriske patienter er misbrugere, og her mener G, at et tættere samarbejde med kommunerne kan betyde rigtig meget.

"Det vil være godt, hvis misbrugskonsulenten kunne komme på hospitalet, inden patienten udskrives. De patienter, der ikke går fra os direkte til et misbrugscenter, forsvinder i misbrugsbehandlingen. Og misbrug er ofte en væsentlig årsag til genindlæggelse og forværringer af sygdommen generelt."

Konsekvensen af det manglende samarbejde på tværs af sektorer er ifølge G flere genindlæggelser, svingdørpatienter, dårligere behandling og dårlig brug af ressourcer.

Samtidig er patientvolumen blevet større og alvorligheden af sygdommene ligeså. Volumet i kommunernes tilbud er ikke fulgt med udviklingen og bidrager i sig selv til at forstærke den negative udvikling.

Case H

Ansæt på hospital

H er terapeut og har meget kontakt til kommuner og næsten ingen kontakt til praktiserende læger.

H ser det som et grundvilkår for mange patientgrupper, især kronikere og multisyge, at de er i kontakt med forskellige sektorer og også forskellige afdelinger på hospitaler og i kommuner. Og jo flere sektorer, der er involveret i det enkelte forløb, jo større er risikoen for udfordringer.

H vil gerne henvise sine patienter til det bedst mulige tilbud til videre genoptræning/rehabilitering i kommunerne. I denne overgangssituation oplever hun, at den største udfordring er at finde ud af, hvilke tilbud der findes i den enkelte kommune – hvis der overhovedet er et tilbud til lige præcis den konkrete patient, som H sidder med. H bruger ofte kommunens hjemmeside for at finde frem til relevante tilbud, som hun kan kontakte. Men det tager ofte tid, og det er nogle gange svært at gennemskue indholdet i tilbuddene.

Udfordringen er der især, hvis patienten ikke passer ind i de eksisterende kommunale tilbud. Det gælder f.eks. visse grupper af kroniske hjertepatienter, KOL-patienter og også misbrugere.

"Generelt kan man sige, at man skal være rimelig god for at deltage på de kommunale genoptræningshold, og hospitalerne tager sig jo kun af den allermest specialiserede genoptræning. Foruden manglende udbud af genoptræningstilbud er problemet også, at efterspørgslen efter genoptræning er stigende. Flere og flere patienter bliver dårligere og dårligere, bl.a. fordi de ikke kan komme til genoptræning. Det er en selvforstærkende proces, hvor alle taber."

H oplever, at der er et informationsflow mellem hospital og kommune. Udfordringen består i, at informationen ikke er fyldestgørende og dermed problematisk at bruge som grundlag for konkrete handlinger i opfølgningen på patientbehandlingen. Det betyder, at man i begge sektorer bruger en masse overflødig tid på at kontakte hinanden for at få uddybet det, der står skrevet i rapporter m.v.

"Det er noget som vi bruger meget tid på. Ikke bare at ringe, men også at svare på opbringninger. Der er nok skyld på begge sider. Den eneste løsning er nok, at vi får indført mere tværsektorielle IT-systemer, så vi har adgang til hinandens data. Men det er måske svært politisk."

H peger også på, at der kan gå lang tid fra en genoptræningsplan udarbejdes på et hospital til den iværksættes i kommunalt regi. Så lang tid, at patienten i den periode har ændret funktionsniveau – det sker hurtigt – og så er genoptræningsplanen forældet, og der er behov for en revurdering. Problemet er mangel på genoptræningspladser i kommunerne. Manglen på pladser og dermed manglende genoptræning betyder lavere funktionsniveau for patienterne, og så forværres hele situationen. Og genoptræning er ikke alle steder en opprioriteret aktivitet.

"Det er mit indtryk, at M'et i KRAM-faktorerne er underprioriteret. Det er måske lettere i en kommune at arbejde med Kost, Rygning og Alkohol end Motion. Men konsekvenserne er store."

H fremhæver multisygdomsklinikken som et fremragende eksempel på et tilbud til behandler/patient og som et udtryk for tværsektorielt samarbejde, når det er bedst og fungerer på tværs af sektorerne. De største sygdomseksperter er på hospitalet og dem, der arbejder med patienterne til dagligt skal have en let og hurtig adgang til ekspertisen. Det fremmer samarbejdet og giver en bedre kvalitet i opgaveløsningen.

Der er relativt mange møder mellem sektorerne om planer, og hvordan man skal gøre de fælles samarbejdsflader bedre. Alligevel opstår der hele tiden problemer. H finder dog, at problemer med sektorovergange i traditionel forstand ikke altid er de værste:

"Overgange mellem afdelinger på et hospital/mellem hospitaler er præget af lige så store eller større udfordringer i forhold til de sektorovergange, vi taler om mest. Specialer og økonomisk kassetænkning flytter rundt på patienter, der bliver mere og mere forvirrede. Man kan sammenligne et patientforløb inden for en sektor og/eller mellem sektorer med en kaotisk togtur. Somme tider bliver du sat af på en station og skal videre med et andet tog. Du ved ikke på forhånd, hvor du skal af, hvilket tog du skal skifte til, eller hvor du skal hen."

Case I

Ansæt på hospital

I er forløbskoordinator på en medicinsk afdeling. I henviser færdigbehandlede patienter til hjerterehabilitering i kommuner, får løbende patienternes testresultater fra kommunerne og tager den afsluttende samtale på hospitalet, inden patienten udskrives til løbende kontrol hos egen læge.

Forløbet og samarbejdet mellem hospital og kommune fungerer ifølge I godt. Henvisninger, data og andet materiale udveksles elektronisk mellem sektorer, men ellers er rigtig meget kontakt telefonisk.

"Det er vigtigt at kunne ringe sammen på tværs af sektorer undervejs i forløbet. Det går hurtigere, og der er mulighed for dialog. Det kræver selvfølgelig, at der er hurtig adgang til hinanden, og at man kender den direkte adgang. Men det har vi sikret. Så vi undgår så vidt muligt mailen i den løbende kontakt."

Den løbende telefoniske kontakt mellem hospital og kommune fungerer bedst, hvis man kender hinanden. Og det klares via halvårlige erfa-møder, systematiske besøg/møder hos hinanden, fælles kursusaktivitet, osv.

Det er sjældent at noget går galt i forløbet. Hvis det går galt, er det for det meste noget med at en elektronisk besked ikke afsendes/modtages, eller at noget misforstås i kommunikationen.

I laver løbende monitorering på patienten, mens patienten er i den kommunale rehabilitering (kommunen laver målingerne, der sendes til I) og holder på den måde øje med resultaterne af rehabiliteringen. Hvis disse ikke er tilfredsstillende, kontakter I kommunen, der korrigerer rehabiliteringsindsatsen med henblik på bedre målopfyldelse. I kan løbende følge med i, om der er systematiske mangler i målopfyldelsen og måske på den baggrund foreslå kommunen, at der f.eks. etableres kurser fra hospitalets side for de kommunalt ansatte for at opnå bedre målopfyldelse. Der er altså en løbende og tæt dialog mellem hospital og kommune, der sikrer et hensigtsmæssigt patientforløb.

"Vi kan også mærke på patienterne, at de er mere tilfredse. De giver udtryk for, at de godt kan fornemme, at vi taler sammen på tværs, og at tingene koordineres."

Der tages på forskellig måde hensyn til patienter, der er på arbejdsmarkedet. F.eks. tilbydes folk i beskæftigelse en telefonisk afslutningssamtale, så de ikke behøver at tage fri fra arbejde, og der tilbydes kommunal rehabilitering i aftentimerne.

Den praktiserende læge spiller ikke den store rolle i det beskrevne rehabiliteringsforløb. Efter den afsluttende samtale på hospitalet går patienten til kontrol hos den praktiserende læge. Ifølge I er den praktiserende læge tilfreds med forløbet, bortset fra at de måske – ifølge I – gerne ville foretage monitoreringen undervejs i rehabiliteringsforløbet.

I har forskellige forslag til, hvordan forløbet på tværs af sektorer kunne blive bedre:

"F.eks. er der ofte lidt ventetid mellem sektorerne, og det kunne måske minimeres. Men det er jo et ressourcspørgsmål. Der kunne også godt være lidt mere overlap mellem ansatte fra de forskellige sektorer, hvor man så kunne arbejde hos hinanden indimellem. Og endelig er der nogen patienter (ca. 10%), der falder fra i løbet af den kommunale rehabiliteringsperiode. Vi ved ikke hvorfor, og hvad der bliver af dem. Det kunne vi godt kigge på."

Generelt har I følgende råd til sikring af gode sektorovergange:

- Tal med hinanden og brug telefonen.
- Kend patientforløbet før og efter patienten er hos jer.
- Hjælp hinanden med faglig viden, gerne med en åben adgang.
- Dan netværk, så I kender hinanden.

4. Hvad siger de ansatte i kommunerne?

Case J

Ansatt i kommune

J er visitator i en kommune og har kontakt med borgere, når de skal udskrives fra et hospital.

Ifølge J handler de typiske sektorproblemer om, at der ikke er styr på medicinen, og at der laves fejlvurderinger fra hospitalets side, som betyder, at der enten bliver under- eller overbehandlet i kommunen. Det kan også handle om, at der ikke bliver sendt de rette materialer med hjem – f.eks. hjælpemidler eller katederposer.

Særligt ser J et problem i, at hospitalet nogle gange varsler udskrivelsen, så snart borgeren er kommet ind på hospitalet eller inden stuegang, men at den endelige stillingtagen først sker efter stuegang. Derfor foretrækker hun, at hospitalet venter med at varsle udskrivelsen, indtil både tidspunkt og beskrivelse af borgerens tilstand er mere sikker. J oplever, at borgerne i flere omgange når at blive bedre, så oplysningerne er forkerte. J pointerer, at J alligevel ikke når at se den varsling, der sendes onsdag kl. tre, før torsdag morgen – og derfor kunne hospitalet lige så godt vente med at lave varslingen til torsdag.

"Vi bliver forstyrret af en masse korrespondance. (...) Vi kan ikke bruge det til noget, når det er usikkert. De skal vente til, det er sikkert – vi skal så tæt på udskrivningstidspunktet, som det overhovedet kan komme. (...) De varsler dem hjem i en akut fase."

Det kan også ske, at hospitalet ikke får afmeldt udskrivelsen til det tidspunkt, som de først forventede, hvilket betyder en spildt tur for kommunens personale.

J påpeger, at 1-2 døgn ofte er nok som varsling, men at der selvfølgelig kan være store hjælpemiddelsager, hvor der skal bestilles hjælpemidler, og her passer et fem-dages varsel fint. Men nogle gange kan det også være godt med varslinger i god tid, hvis det eksempelvis er nødvendigt at oplære nogle kommunale sygeplejersker. J foreslår, at hospitalet overvejer, hvornår de selv gerne vil have at vide, at der måske skal indlægges en patient.

Kontakten mellem hospital og kommunen foregår oftest på skrift, men det kan ikke stå alene. Derfor er den kommunale visitator ofte nødt til at ringe op med uddybende spørgsmål. Spørgsmålene handler om at få tænkt hele vejen rundt om borgeren – om borgeren f.eks. har nøgle med og kan komme ind i sit hus, om der er mad derhjemme, eller om en pårørende er der.

Det er J's erfaring, at dårlig kommunikation kan blive til UTH'ere.

"Det kan være, at medicinen ikke bliver hentet, fordi man ikke har tjekket, om borger selv eller pårørende kan hente den, eller om der skal bestilles udbringning. Eller at borger ikke får sine personlige ting som tøj og sko med på midlertidigt ophold. Det giver et dårligt forløb for borgeren. De oplever det som om, at tingene ikke fungerer, og der kommer det til at fremstå som, at vi som kommune ikke har styr på det."

Forkerte oplysninger eller manglende oplysninger har J oplevet flere gange.

"F.eks. kan der stå i beskrivelsen, at borgeren godt selv kan flytte sig, men så viser det sig, at borgeren ikke selv kan forflytte sig. Eller der kan være sår eller kateder, som skal passes, og som kommunen ikke har fået meddelelse om."

Det er J's opfattelse, at en del af problemet handler om, at hospitalet ikke får slettet oplysninger, som er skrevet ind i patientens papirer på et tidligere tidspunkt.

"F.eks. kan der stå i udskrivningspapirerne, at borgeren kommer hjem med ilt. Men borgeren kommer ikke hjem med ilt, og det finder jeg kun ud af, fordi jeg begynder at søge på det, fordi jeg kan se, at det ikke er bestilt. De får ikke rigtig koblet de her ting fra, som de bestiller tidligt i forløbet."

J oplever meget sektortænkning, men pointerer samtidig, at der også er nogen på hospitalet, som er villige til at gå ind at lave en ny undersøgelse af borgerens tilstand og behov, så den passer med udskrivningstidspunktet. Det handler om, hvorvidt hospitalspersonalet selv ser det som vigtigt.

Plejeforløbsplanerne opfylder ikke altid kommunens behov, selvom de er blevet bedre – der er behov for mere prosa. Selvom man har etableret Fællessprog, så opfattes kategorierne på én måde i kommunen og i hospitalsregi på en anden måde, og derfor bliver scoringerne ifølge J en meget usikker måde at overlevere beskeder på.

"Nogle gange scorer de dem bare, men sender ikke beskrivelsen med, og det er svært for os at tolke, hvad let eller moderat er, for hvis vi går ud fra Fællessprog, så ville de slet ikke få nogen hjælp."

Samtidig er medarbejderne på hospitalet generelt tilgængelige via nogle sekretærer, som er gode til at give numrene på dem, som de kommunale visitatorer skal tale med. En udfordring kan være, at de kommunale visitatorer kan komme til at ringe for tidligt inden stuegang, fordi der måske er seks borgere, der venter på midlertidigt ophold samtidigt. Her har den kommunale visitator til opgave at finde ud af, hvem der er dårligst.

Trods det generelt gode samarbejde kan det være vanskeligt for kommunen at få hospitalet til at tro på, at kommunen gør alt for at løfte opgaven.

"Vi er i to vidt forskellige verdener. (...) Hvis der f.eks. har været tale om et midlertidigt ophold på hospitalet, og hvis vi ikke kan få borger til at forstå, at han skal have en plejehjemsplads, så skal vi måske ind at stabilisere borgeren i hjemmet, men vi har heller ikke uanede ressourcer. (...) Det er svært at få dem til at tro på, at vi som kommune gør alt for at løfte det. Der har været et eksempel, hvor vi måtte sige, at vi ikke havde noget midlertidigt ophold at tilbyde, og hvor vi så må gøre det på en anden måde f.eks. ved besøg hver anden time og fast vagt om natten. Det har været oppe på lægeplan, at vi ikke kunne det."

I kommunen oplever de det som et problem, at en lokal afdeling af et andet hospital er begyndt at sætte en sygeplejerske til at bestille APV-hjælpemidler. Det betyder, at kommunen ikke kan se, hvad der er bestilt, fordi kommunikationen mellem kommunen og sygeplejersken skal foregå i systemet MEDCOM. Det giver et dårligt samarbejde for kommunen.

"I og med at man sætter en sygeplejerske til at bestille, så kan vi ikke se, hvad der er bestilt. Sygeplejersken skriver til os på MEDCOM, men bestillingen af hjælpemidler går kun til hjælpemiddelcentralen, så vi kan ikke se det. Når man bryder helheder op i delelementer, så giver det nogen konsekvenser"

Så snart borgeren er udskrevet fra hospitalet, har kommunen ansvaret for borgeren. J har oplevet, at der er sket fejl på hospitalet, som gør, at borgeren kommer hjem i en dårlig tilstand, men at hospitalet modsætter sig, at borgeren indlægges igen.

"Borgeren er kommunens ansvar, når borgeren kører fra hospitalet. Men i et tilfælde havde de f.eks. glemt at tænde for ilten, og så er borgeren egentlig svag, da hun kommer hjem efter at have kørt i bus tre kvarter fra hospitalet, og så kan hun faktisk ikke gå op af"

trappen. Men de vil ikke tage hende ind igen, selvom det er dem, der har lavet fejlen. Vi må tilbyde hende et midlertidigt ophold for at stabilisere hende."

J oplever, at det går så stærkt i sundhedsvæsenet, at der sker genindlæggelser, som kunne have været undgået. Det har betydning, at hospitalet kun kender patienten i meget kort tid, og derfor får medarbejderne på hospitalet ifølge J kun et øjebliksbillede af borgeren.

"Jeg tænker, at de kunne have valgt at beholde borger 1-2 døgn mere for at afdække, om borgeren var stabil. (...) Sygehuset afdækker ikke ordentligt. Vi får ikke borgere hjem mere – det er patienter."

Der er eksempler på, at borgere kommer hjem med lungebetændelse eller betændelse i hjertesækken, eller en borger der må tilbage til hospitalet med en blodprop i hjernen.

Det er tydeligt, at hospitalet gerne vil have borgerne hjem til weekenden, og derfor får kommunen ofte en varsling onsdag, så varslingsreglen på 48 timer til fredag bliver overholdt. Kommunen forsøger at hjælpe hospitalet, men for stor hjælpsomhed kan også skabe problemer for kommunen. Der var blandt andet en borger, der havde været indlagt et-to døgn, men sygeplejersken er utryk ved at sende hjem. Her fortryder J, at hun siger ja til at få borgeren hjem, fordi det bliver et svært forløb, selvom kommunen sætter ekstra hjælp på.

Det er kun i brudstykker, at J oplever, at samarbejdet med hospitalet foregår som et team.

"Hver dag er der lækre udskrivelser, som kører, men også de andre, som ikke kører. (...) Det går godt, hvis de har en rigtig god beskrivelse. Hvis de har talt med borgeren – vi oplever rigtig tit, at de ikke har talt med borgeren, og at dem, vi ringer til for at spørge ind til beskrivelsen, ikke har set borgeren, selvom de har sendt beskrivelsen. Så hvis de har talt med borgeren og tænkt på kommunale forhold og tidspunkt for første besøg og hele vejen igennem – altså, at de har tænkt, hvad sker der med borgeren, når han kører herfra – og de er lydhøre overfor, når vi så ringer og siger sådan og sådan. Så bliver det nogle lækre udskrivelser."

Om samarbejdet fungerer godt, afhænger meget af den enkelte medarbejder på hospitalet, som visitatoren skal samarbejde med. Flexibilitet er afgørende for at få samarbejdet til at glide.

"Det er meget personafhængigt, hvor fleksibel er du i forhold til de rammer, der er sat ned. Hvis du kører fuldstændig efter planen, fordi du mener, at det hører på den andens bord, så får vi nogle dårlige forløb. Og så tror jeg, at det er meget systemstyret – de bliver presset af at skulle have dem hjem."

Det er et ønske, at det var nemmere for kommunen at tale direkte med borgeren under indlæggelsen – gerne via Skype. Det ville gøre det nemmere for kommunen at sikre, at de finder det rette tilbud til borgeren.

"Nogle gange beder vi om at tale direkte med borgeren, og så planlægger vi udenom sygehuset. Eksempelvis på Skype på sikker linje. Det kunne være fedt, hvis sygehuset havde tid til at aflevere en Ipad til Skype til de borgere, der kan svare for sig. Så vi er sikre på, at det er borgerens oplysninger. Nogen gange står der "måske" ud for oplysningerne – det kan vi ikke bruge til noget."

Til forskel fra telefonsamtaler fremhæver J, at Skypesamtaler med billede giver borgeren et ansigt, så de ved, at de har en kontakt til kommunen, og det er med til at gøre dem trygge. Samtidig kan visitatoren se, om borgeren er ked af det eller smiler, og hvordan borgeren reagerer på at skulle hjem. Det hjælper visitatoren til at vurdere, om der skal lægges et ekstra besøg ind. Etableringen af Skypesamtaler mellem kommune og borgere, der kan svare for sig selv, ville endda spare hospitalet for en masse arbejde. J oplever

desuden, at det ofte er en anden hospitalsmedarbejder, der skal "skrive borgeren hjem" end den medarbejder, der har været omkring borgeren under indlæggelsen, og at informationen om borgeren derfor skal gennem flere led på hospitalet. Hver uge ser kommunen, at det er nattevagten, der laver udskrivelsespapirerne. Inddragelse af borgeren kunne ifølge J spare både kommune og hospital for arbejde.

"Det kan spare sygehuset for meget arbejde. De skriver en masse og kommer ikke i bund, og hvis man ved, at kl. 10 så ringer de op til borgeren, og vi kan selv spørge borgeren. Ofte glemmer sygehuset det med at komme op at tisse om natten. De glemmer også nogle gange at tænke hjemmet ind. Og hjemme, så skal man forflyttes rundt. Det giver noget bøvvl, når de nogle gange ikke tænker den helhed ind. (...) I takt med at man har lavet sundhedsvæsenet hurtigere, så kan man ikke nå at få kendskabet til borgeren, og så bliver man jo nødt til at inddrage dem, der ved noget – borgeren og de pårørende."

Tidligere havde udskrivningsteamet dialogmøder med fire afdelingssygeplejersker fra hospitalet. Dialogmøderne eksisterer dog ikke mere, men J ser gerne, at dialogmøderne blev genoptaget, men også med deltagelse af praktikere – ikke kun visitatorer.

Kommunen har stort fokus på at tilrettelægge et tilbud efter borgerens arbejde, og her kan et godt samarbejde med hospitalet også have betydning for borgerne, fordi dialogen foregår via hospitalet.

"Det kommer meget an på, om der er en sygeplejerske eller en kontaktperson i den anden ende, der ønsker at gå ind i det og er tryk ved det. Det kommer meget an på, hvordan de lægger deres ansvar derinde – om de lægger det fra sig, eller om vi sammen kan spare og finde nogen løsninger. F.eks. var der en borger, som kun kunne være i sin stue, hvis han kom hjem. Han fik i stedet et midlertidigt ophold og så flextur til arbejde, så han stadig kunne passe sit arbejde. Det var en løsning vi fandt sammen, fordi der var en god sygeplejerske i den anden ende, der kunne se ideen i det. I det her tilfælde kom borgeren et stykke væk fra sit hjem, og der gik jeg ind og rettede i kommunens sag for at sige, at det her kan vi tilbyde – i stedet for at sige, at det her er det eneste, kommunen kan tilbyde."

Kommunen gør også det, at de lægger besøgene, så borgerne kan passe deres arbejde. Det kan f.eks. være ved at sørge for, at nattevagten kommer ud til dem tidligt om morgenen og hjælper dem op, så de kan komme på arbejde.

Case K

Ansæt i kommune

K er leder af akutteamet i en kommune, og derigennem har K en stor samarbejdsflade til hospitalet.

Akutteamet har en meget positiv erfaring med samarbejdet med hospitalet i forhold til fleksible indlæggelser for borgere med KOL. Normalt modtager hospitalet ikke patienter efter kl. 17. Men i samarbejdet om fleksible indlæggelser er det lykkedes at lave en form, hvor både indlæggelser og genindlæggelser undgås, og hvor borgeren får hurtig og korrekt hjælp.

Hvis en borger med KOL mærker en forværring derhjemme, kan de ringe direkte til afdelingen på hospitalet og sige, at de ikke kan få luft. Så åbner sygeplejersken på afdelingen borgernes behandlingsplan for at se, hvilke muligheder, der er beskrevet der. Eksempelvis kan det være, at borgeren kan tage noget medicin. Sygeplejersken kan også konsultere bagvagten på hospitalet og kan også ringe til akutteamet i kommunen for at spørge, om de vil køre ud til borgeren og måle nogen værdier, f.eks. CRT, vejrtrækning og puls. Akutsygeplejersken kan under sit besøg se og mærke borgeren og skabe tryk med

sin tilstedeværelse samt understøtte behandling med inhalation. Akutsygeplejersken ringer så til medicinsk afdeling igen og aftaler, hvad der nu sker. Det kan være, at borgeren kan ringe igen, hvis der sker en forværring, eller hvis tiltaget i behandlingsplanen ikke virker. Det kan også ske, at det vurderes, at borgeren skal ind til et "strakstilsyn", som også er muligt uden for åbningstid. Her får borgeren måske taget et lungebillede for at se, om der er behov for behandling for eksempelvis lungebetændelse. Det kan også ske, at borgeren bliver set af en læge og så tager hjem igen efter en times tilsyn. Dette samarbejde eksisterer også i forhold til mave-tarm-sygdomme og hjertelidelser. Fordi samarbejdet fungerer så godt, oplever K ikke en sektorovergang.

"Vi mærker den (sektorovergangen) ikke. Vi er i kontakt med sygehuset, som var de inde ved siden af. (...) I det hele taget snakker vi bare sammen på tværs. Når vi mangler hjælp, så ringer vi bare op til sygehuset som det mest naturlige."

Den største udfordring i samarbejdet med hospitalet er, at der ikke er mulighed for at se hinandens data om borgeren og forløbet på grund af forskellige it-systemer i kommunen og regionen. Det betyder, at medarbejdere i kommunen og regionen kun har mulighed for at få oplysninger fra hinanden via telefon.

"Den eneste ting, der ikke er løst, er dataudveksling – det er et STORT problem. I vores sygehusvæsen er vi jo i gang med at nedbryde siloerne, så vi står sammen om den enkelte borger. Men når vi kommer dertil, at borgere skal over grænsen til regionen, så kommer grænsen, fordi vi ikke kan tale sammen udover pr. telefon."

Eksempelvis har man i kommunalt regi gjort meget for at nedbryde silogrænserne, så alle medarbejdere i kommunen i kontakt med en borger nu skriver i den samme journal.

K oplever det som en udfordring, at det kan være læger fra andre kommuner, der tager vagter som vagtlæge i kommunen. De kender ikke til de lokale tilbud i kommunen, og derfor kan der i nogle tilfælde være en tendens til at vælge indlæggelse, fordi borgeren ellers er vagtlægens ansvar, indtil vagten er slut. Af den grund er det et stort ønske, at der blev lavet en A4-oversigt over tilbud i hver kommune, som vagtlægerne på deres central kan have liggende ved siden af telefonen. Samtidig oplever K, at vagtlægerne udfører opgaver, som kommunen sagtens kan tage sig af, f.eks. at lægge et kateder. I kommunen har man lige nu en ordning, hvor sygeplejersker fra akutteamet kommer ud at køre med vagtlægen, for at de to parter kan få større indsigt i, hvad hinanden kan. Men det giver ikke noget tilbage til samarbejdet, hvis det er en vagtlæge uden for kommunen.

Som en del af DÆMP-projektet er der etableret et call-center i almindelig arbejdstid, hvor to sygeplejersker kan svare på spørgsmål. Sammen med call-centeret har akutteamet været rundt til de praktiserende læger for at fortælle om, hvad henholdsvis call-centeret og akutteamet kan. Nu er de i gang med at finde midler til at udvide åbningstiden til kl. 22. I kommunen har de en fornemmelse af, at det virker, og at borgertilfredsheden er god.

"Det hele handler om at holde folk væk fra sygehuset, medmindre det giver mening at indlægge dem. De (call-centeret) kan blive ringet op af den praktiserende læge, så de kan pege på, hvilket tilbud der vil være relevant."

I akutteamet oplever de, at der er behov for en meget tydeligere italesættelse af, hvem der skal kontaktes hvornår, så ansvarsfordelingen i forhold til borgeren er fuldstændig tydelig for alle parter og uden tvivl.

"Ansvarsfordelingen bør være meget italesat. Hvornår er det den praktiserende læges, vagtlægens, sygehusafdelingens eller kommunens ansvar? Vi har rigtig mange udlagte behandlinger – altså indlæggelser på distancen. Den ansvarsfordeling skal være helt stringent, så vi kan være patientsikre i eget hjem. De her borgere er ofte 60+ eller 80+ og har rigtig mange diagnoser, f.eks. noget med lungerne. Og så får de pludselig oven i noget

med deres nyre – hvem ringer vi så til? Egen læge eller den sygehusafdeling, der behandler lungerne?"

K ser, at egen læge i nogle tilfælde bliver sat lidt ud på et sidespor, når der laves organisationsændringer.

"PLO kan godt være svære at invitere op til dans: Det her må sygehuset tage sig af! Men samtidig påberåber de sig, at det er deres borger. De påberåber sig generalistviden, og på sygehuset er der specialistviden."

Et eksempel er, at man via KL har fundet diagnoser, som man med fordel kan passe hjemme med god guidning. Det drejer sig om forstoppelse, blærebetændelse, dehydrering og blødningsforstyrrelser (f.eks. blodproppdannelser). Dertil har man forsøgsvis lavet nogen praksispakker i klyngesamarbejdet, som ligger klar, men PLO har stoppet dem, fordi man her træder ind over egen læges arbejdsområde.

Også dialogen med praktiserende læger kan opleves besværlig, fordi det kan være vanskeligt at komme i kontakt med lægen.

K mener, at der er et uhensigtsmæssigt pres på og brug af kommunens akutpladser. De er beregnet til akutte situationer, der opstår i eget hjem inden for 24 timer, og de skal kunne være overstået på tre døgn. Problemet opstår, fordi der også er en ramme for, hvor længe borgeren må være på en akutafdeling på hospitalet, og så skal borgeren enten flyttes til en stam-afdeling eller til kommunalt regi. Der har akutteamet oplevet, at de i to meget nylige situationer er blevet spurgt, om de kan tage en borger på akutplads i stedet for, at borgeren kommer hjem.

"En gammel mand var faldet ned af en stige og skulle observeres for mulig hjernerystelse. Her gjorde vi brug af en akutplads, men før ville borgeren være blevet et døgn mere på sygehuset. Det andet tilfælde var en gammel dame med fodledsbrud med mange smerter, som får en walker på, og hun ville ikke kunne klare sig derhjemme. Hun ville før i tiden være blevet liggende på hospitalet, til det smertestillende virkede. Men hun klarede den ikke på tre dage, og vi måtte finde en midlertidig plads til hende. Men vi må ikke begynde at bruge akutpladser som bagindgang til midlertidige pladser. Så får vi problemer med vores myndighed."

Der kan ofte være et pres fra hospitalet om at tage borgeren hjem, men det er vigtigt, at kommunen har muligheden for at sige nej, hvis man ikke magter opgaven. Kommunen har i et enkelt tilfælde oplevet, at et nej fra dem er blevet overrulet af hospitalet. Og kommunen løste det, men det blev ikke en sund løsning, og det blev på bekostning af noget andet.

Der er store udfordringer med IV-behandling af flere grunde. Aktuelt mangler der afklaring på, om kun væske sendes med fra hospitalet, eller om der også sendes udstyr med. En større udfordring er dog, at kommunen ifølge sundhedsloven ikke må opbevare væsken selv, og derfor skal den hentes på et hospital eller et apotek, fordi kommunen ifølge sundhedsloven ikke er et behandlingssted. Dermed er sundhedsloven ikke fulgt med udviklingen i de udlagte behandlinger, der forekommer i stigende omfang for at flytte borgere væk fra hospitalerne.

"Der er noget af sundhedslovgivningen, som forhindrer god opgaveløsning, når nu borgerne skal ud i kommunen. F.eks. IV-væsker i kommunen. Det ville give en lettelse, hvis vi må have dem liggende i kommunen. For de må kun ligge på apoteker og hospitaler, fordi vi betragtes ikke som behandlingssted, men vi behandler jo på vegne af et hospital. Det er jo tåbeligt."

Dertil kommer, at hospitalet nogle gange sender IV med til længere tid, når behandlingen foregår i kommunalt regi, end når behandlingen foregår på hospitalet, hvor patienten

tidligere ville være gået over til tabletter. Kommunens problem er de arbejdsmiljømæssige udfordringer, hvilket vil sige udluftning når man blander det, så man ikke får små dråber i hovedet. Det betyder, at man i kommunen ikke kan give "bonus", hvor det tager ca. 5 minutter, men i stedet er nødt til at give dråber over en halv time, så det dermed bliver en opgave, der tager meget længere tid. Derved får kommunen en udfordring med acceleration af arbejdsopgaver. Tillige er IV-opgaven steget markant fra 2013 til 2017. K ønsker, at man i arbejdet med den nye sundhedsaftalte også tager fat på, at lovgivningen kommer til at understøtte kommunernes muligheder for at udføre opgaverne optimalt.

Kommunen har en positiv dialog med hospitalet og er meget opmærksom på at anvende positiv kommunikation.

"Dialogen er bestemt positiv. Vi møder 95 % gange, at kommunikationen er befordrende for at løse opgaven. (...) Vi bruger det også i forhold til praktiserende læger og i samarbejdet med hospitalet. Vi påberåber os den også, når vi kører ud – vi vil kun køre ud, hvis vi er klædt på til opgaven. Jeg synes, at alle vil hinanden på den bedste måde. Men det er klart, når der bliver mange opgaver, og klokken er mange, så man er presset, så påvirker det også tonen. Så bliver det menneskeligt, når vi kommer dertil. Vi skal bare ikke derhen til, at det bliver mere hverdag."

Kun i et enkelt tilfælde har der været en oplevelse af egentlig manglende kommunikation mellem hospital og kommune, men det betragtes som en enlig svale. Samtidig oplever kommunen, at hospitalet finder ud af, at kommunen kan varetage flere opgaver.

"Respekten er måske stadig stigende, og de kan blive ved med at byde os noget, og det er som om, at gud, kan de også det? Og det? Og det? Og de kan blive ved og ved. De (kommunen) er jo uudtømmelige for opgaveløsning. Men det er jo, fordi vi er opdraget med, at vi skal spare penge for at undgå at være medfinansierende for borgere, som vi reelt burde kunne passe selv. Men så vil vi til gengæld også have respekten tilbage. Også hvis vi siger nej - at nu må vi simpelthen finde en arbejdsgang, der kan passe til det, hvis det her skal være vores opgave at løse."

De nye åbningstider for apotekerne, der er på vej fra årsskiftet, bekymrer K, hvis det betyder, at man ikke kan få fat i den nødvendige medicin midt om natten, når der opstår en situation, hvor det er nødvendigt. Ligeledes efterspørger K, at det bliver helt klart, hvem der skal kontaktes hvornår, hvis de kommunale medarbejdere har behov for hjælp til borgeren.

"Vi skal kunne ringe til nogen, når der er noget svært – hvis ikke det står på udskrivelsespapirene, så ringer vi til dem (hospitalet) for at høre, hvem vi skal ringe til i det tilfælde. Den totale ansvarsgennemskuelighed skal være på plads. Det skal ikke være et issue, når borger forlader hospitalet, hvem man skal ringe til. Og det er der ikke nu – altså fuldstændig klare retningslinjer for det."

En gang imellem oplever akutteamet, at behandlingsplanen fra hospitalet kan halte lidt bagefter og ikke er kommet med borger hjem. Men der opleves at være en meget tydelig arbejdsgang i overgangen fra hospitalet og over til servicelovens ydelser. Det kan forekomme, at kommunen mangler at spørge ind til noget, men det handler om visitationen. Eksempelvis kan en borger komme hjem med IV til 14 dage, hvor det så er bedre med centralt kateder end en nål, der skal skiftes hver 2. eller 3. dag. I sådanne tilfælde oplever K, at man på hospitalet ikke har tænkt ind, hvordan borgerens forløb bedst kan varetages af kommunen efter udskrivning. Set fra K's perspektiv foretager hospitalet en form for brandslukning for at løse deres umiddelbare udfordring i forhold til borgeren – uden at tænke forløbet i kommunen ind.

Men det værste er, hvis beskrivelsen af borgeren afviger væsentligt fra det billede, som kommunens personale får, når de møder borgeren.

"Det værste er, hvis man får et helt andet billede af borgeren end først beskrevet. Er det den samme film, vi har betalt billet til? For jeg ser bestemt ikke det, som du ser, eller som jeg fik at vide. Det kan altså godt ske, at man får et andet umiddelbart billede af borgeren, når han kommer hjem – både som akutteam og hjemmehjælper. Måske gav de (hospitalet) lige et lidt for positivt billede af den opgave. Det kan jo ske. Vi har da selvfølgelig noget at arbejde med stadigvæk. Men jeg er nok overvejende positiv."

I kommunen oplever de, at borgerne står i kø for at komme ud til eget hjem, og at posen med penge ikke helt er fulgt med det pres. K pointerer, at der aldrig er kommet en opgaveglidningsøkonomi, f.eks. til IV-opgaverne – de kom jo bare.

"Så det her med, hvornår en opgave er overdraget – ikke bare imellem de forskellige faggrupper, men også fra region til kommune – vi startede med én antibiotika, og det gik jo meget godt, og så kører vi på. Og vi skal hele tiden være skarpe på, at så er det så vores brand over den opgave. Den har vi som sådan egentlig ikke nogen aftale om på skrift og overordnet politisk hold, udover at man skal lave en samarbejdsaftale med sygehuset om, hvor meget undervisning der skal til. (...) Og hvornår er man så klar med hinanden om, at nu er det her ok til at overdrage. Det er jo sådan en syns'ning. Den kan man ikke skrive sig ud af."

Samarbejdet med de praktiserende læger kan byde på udfordringer. Det kan f.eks. være et problem, hvis en borger er på et midlertidigt ophold et sted, som ligger mere end 15 km fra borgerens egen læge. Her har akutteamet oplevet, at den praktiserende læge ikke altid vil køre ud, hvilket betyder, at det skal foregå pr. telefon, når en borger har behov for tilsyn. På et tidspunkt var der et projekt, hvor en praktiserende læge gik stuegang en gang om ugen på et sted med midlertidige pladser, men det stoppede, fordi overenskomsten for de praktiserende læger ikke tillod det.

På psykiatriområdet ser K, at samarbejdet om borgerne ikke fungerer, hvilket betyder, at borgerne falder mellem to stole.

"De borgere, der falder igennem med fuld styrke, er de psykiatriske borgere. Her er stor mulighed for forbedring. De falder til stadighed mellem to stole mellem psykiatri og somatik. De bliver den der stafet, ingen vil tage. Og det ved jeg fra sidste sundhedsaftale, at det var den svage borger, vi skulle have fokus på. Og der mangler vi altså et stykke vej."

Hvis en borger gerne vil afruses, skal det helst foregå under indlæggelse, for de kan blive dårlige undervejs, men sygehuset vil ikke have dem og siger, at det kan kommunen gøre.

"Der mangler vi plads til at være svag. Vi skal møde alle med samme respekt, og jeg siger ikke, at de ikke mødes med respekt, men de mødes i hvert fald med afmagt."

Case L

Ansæt i kommune

L er distriktsleder og både leder for akutteamet og midlertidige pladser i kommunen og har derigennem meget kontakt med både hospital og praktiserende læger.

Der er kommet mange hurtige udskrivelser gennem de seneste år, og regionen virker meget presset. Det resulterer nogle gange i unødvendige genindlæggelser.

"Vores borgere er blevet til patienter – vi modtager ikke længere borgere, nu modtager vi patienter."

I kommunen er der en stående "joke" om, at borgerne bliver syge på vej hjem i taxaen, fordi de ofte oplever, at borgeren har det væsentligt dårligere end beskrevet fra hospitalets side. Det kan dog hænge sammen med, at borgerne rent faktisk får det dårligt på vej hjem i bilen, fordi de har været indlagt så kort tid, at ikke alle symptomer er nået at træde frem.

"Og nogle gange handler det om, at man på hospitalet har haft for travlt til at sætte sig ind i borgerens habituelle tilstand. Jeg tror ikke, at det handler om uvilje. Jeg tror gerne, at de vil samarbejde, men de er meget pressede på hospitalet."

Generelt oplever L, at der sker en opgaveglidning uden medfølgende ressourcer. Og her glemmer man, at opgaven ofte ikke kan løses på samme måde i kommunen som på hospitalet, fordi opgaven i kommunen skal løses i eget hjem og derfor kræver tid til transport, ligesom det ikke er muligt at sætte behandlinger i gang for flere borgere på én gang – f.eks. IV-behandling. Derfor bliver kommunerne forbeholdne over for at påtage sig flere opgaver, fordi der ikke er forståelse for, at opgaven koster meget mere at løse i kommunalt regi:

"Der er en national plan om at overføre flere opgaver til kommunen, og det giver mening for borgeren, men der følger aldrig ressourcer med. Og her ligger meget af problematikken ved meget af den her søjletænkning."

Udfordringen i samarbejdet ligger nogle gange i manglende forståelse for, hvor hurtigt kommunen kan tage imod en borger. I de gamle aftaler var der angivet varslinger, men de er der ikke mere ifølge L. Det kan være svært både at skaffe personale og hjælpemidler inden for få timer. L mener dog, at de i kommunen er ret gode til at "tage hjem", men L påpeger samtidig, at de kan se, at der er mange genindlæggelser. Det kan handle om mange ting, men også at hospitalet sender borgeren hjem for tidligt.

Kommunen er med i en "følge-hjem-ordning", hvor en medarbejder fra hospitalet følger med borgeren hjem. Hjemme overleverer medarbejderen fra hospitalet viden om borgerens forløb til den kommunale medarbejder sammen med borgeren. Dette samarbejde fungerer godt. Det var oprindeligt meningen, at det var en sygeplejerske, der skulle tage med borgeren hjem, men i realiteten er det oftest en SOSU-assistent, der følger hjem.

L fremhæver IV-behandling som et område, hvor samarbejdet overholdes til punkt og prikke, men der kan dog også godt opstå udfordringer i samarbejdet, som efter L's vurdering er unødvendige. Kommunen må nemlig kun give fem forskellige slags IV-behandlinger, fordi de kun må give behandlinger i lukkede systemer. Hvis en patient forsøges sendt hjem med en anden type IV-behandling, er kommunen således nødt til at sige nej til hjemsendelsen, fordi kommunen ikke er godkendt til at give den slags behandling. Her sker der så ofte det, at patienten efterfølgende får en anden type IV-behandling, som godt må gives i kommunalt regi, og så kan hjemsendelsen finde sted.

L oplever ofte, at borgeren er blevet lovet noget på sygehuset, som ikke kan honoreres, hvilket er frustrerende for kommunen. Det er også sket, at en overlæge har ringet og beordret, at borgeren skal have nødkald. Men nødkald skal visiteres af kommunen. På den måde kommer hospitalet til at male kommunens handlemuligheder mere lysegrønne, end de er. L understreger, at kommunen jo altid har til opgave at oplære borgeren i at klare en opgave selv hvis muligt, hvilket dermed kan stå i kontrast til det, som lægen måske har beskrevet på hospitalet.

"Sygeplejerskerne kan være ret sure, når vi begynder at argumentere imod, men tilliden og samarbejdet er udmærket. Vi har et godt samarbejde med sygehuset. Det er det med, når man bliver presset, når vi kommer med modkrav eller argumenterer imod."

"Jeg føler nogle gange, at de forsøger at invitere os, men det er dem, der bestemmer i sidste ende. Vi er lillebror."

Det er især borgere med både psykiatriske og somatiske lidelser, der falder imellem to stole. Kommunen kan se, at det går galt, men hverken hospital eller praktiserende læge gør noget. Kommunen har omsorgspligten, men hospitalet og praktiserende læge påberåber sig borgerens ret til selvbestemmelse. Der oplever kommunen en stor mangel, og de kommunale medarbejdere ser, at borgeren lider under det.

"Vi kan kontakte egen læge eller vagtlæge, men der er aldrig nogen, der tager over."

I et konkret tilfælde har L oplevet, at man fra lægelig side fravælger en tvangsindlæggelse, fordi borgeren var 90 år. I kommunen taler de meget om behovet for at opruste deres viden inden for psykiatrien. Samtidig pointerer L, at L og medarbejderne er nødt til at tænke, at de har gjort, hvad de kan, når de har informeret lægen, fordi det er lægen, der skal lave en behandlingsplan. Men de praktiserende læger er ikke særligt uddannet i at tage sig af psykiatriske borgere, så borgerne kan reelt ikke få hjælp ved egen læge, oplever L – de praktiserende læger er næsten bange for de psykiatriske borgere. Ligeledes sker det sjældent, at alkoholikere kan få hjælp. Kravet er ofte, at de skal lade være med at drikke, hvis de skal have hjælp.

"Kronikere har vi godt samarbejde om. Vi har KOL-pakker osv. Dem synes jeg, vi fanger. Men de svage i samfundet – hvis ikke de har hjemmesygeplejerske, så er der ikke nogen, der interesserer sig, og så bliver de indlagt på røde papirer. Og det kunne man måske have undgået."

L har ikke oplevet, at den ene part ikke ved, hvad den anden gør – kun i nogle tilfælde, hvis de ikke har skrevet medicinen ind i FMK (Fælles medicinkort). Problemet er, at lægerne stønner og sukker over FMK og opfatter det som et besværligt system, men kommunen må ikke dosere fra andet end FMK. Derfor kan der nogle gange gå noget tid med at finde den opdaterede version af medicinskemaet i FMK, og der opstår derfor risiko for fejlmedicinering. I nogle tilfælde står de kommunale medarbejdere med tre forskellige medicinskemaer og skal finde ud af, hvilket der er det gældende.

L oplever, at borgerne udskrives så hurtigt fra hospitalet, at alle symptomer ikke er kommet endnu. Det giver mange svingdørspatienter, som måske bliver sendt hjem igen efter et par timer. Så bliver borgerne meget dårlige, når de kommer hjem – måske har de ikke fået væske i mange timer, og så skal de tilbage til hospitalet for at få startet IV-behandling. Hvis man havde haft dem indlagt en dag mere, så kunne man måske have undgået genindlæggelsen.

Samarbejdet med de praktiserende læger er vanskeligt. L giver udtryk for, at egen læge er håbløs at få fat på. Samtidig tager vagtlægen ingen chance i forhold til at undgå en indlæggelse. Hvis der er behov for, at den praktiserende læge kommer ud for at tilse en patient, så har de oftest ikke tiden til det, og de har også mange undskyldninger for ikke at komme ud. L ser de praktiserende læger som værende meget låst af PLO-aftalen.

"Hvis vi f.eks. har en borger, der skal have IV-behandling, som så også har et sår på lilletåen, så siger de, at vi jo har taget opgaven, og så de ser borgeren som tilhørende sygehuset, fordi det er en udlagt behandling. Men det er jo latterligt at borgeren skal transporteres ind på sygehuset for en lilletå. Det er jo lidt det at se, hvad der er samfundsmæssigt smart."

Dette afspejles i, at hospitalet gør flere og flere ting uden om egen læge sammen med kommunen. F.eks. følgehjem-ordningen. Der var det egentlig aftalt, at egen læge skulle tage ud inden 48 timer, men det er ikke sket. L fortæller også om KOL-pakker, hvor man ser, at man som patient bliver koblet op på ambulatoriet, og kommunen er behjælpelig og sender billeder af sår til sårambulatorier.

Inddragelse af borgeren sker oftere, f.eks. i form af følgehjem-møder. Her er det altid borgeren selv, der bestemmer hvem der skal med. Hvis de er erhvervsaktive, så lægger kommunen besøgene, når borgeren har tid, og de arbejder på at afkorte forløbene.

Desværre oplever L gentagne gange, at borgere i beskæftigelse – herunder medarbejdere – bliver fyret på grund af lang tids fravær i forløb, som kunne være undgået. Hun peger på ventetider på undersøgelser, behandlinger og scanninger og mener, at afskedigelsen af borgeren kunne have været undgået, hvis egen læge og sygehuset havde været lidt hurtigere. Hun oplever, at der i sundhedsvæsenet ikke er fokus på at bevare borgeren i beskæftigelse. Særligt pointerer hun, at hun i mange tilfælde ser, at man sendes hjem fra egen læge med besked om at hvile sig i 14 dage i første omgang i stedet for at sætte gang i udredning med det samme.

"Nogle gange bliver det dyrere i den anden ende, at man bare ser tiden an og venter lidt. Det er bare synd. Man kunne gøre tingene smartere. Jeg tror, at patienten ofte bliver inddraget, men vi er meget autoritetstro. Og man ser ikke meget på mulighederne! Er det bedste bare at blive hjemme og hvile, inden man går i gang med at udrede noget? Det er oftest der, kæden hopper af."

Noget af dette kan ifølge L hænge sammen med vanetænkning og procedurer, der skal følges i tunge systemer. Flexibiliteten og fokus på, hvad der overordnet er gavnligt for samfundet, mangler. I stedet udsættes borgere for unødigt lidelse, blot fordi forløbet skal følge en bestemt rækkefølge.

L ville ønske, at man kunne lave såkaldte rammedelegationer, som man har gjort i kommunerne i Region Nordjylland på grund af lægemangel. Det ville gøre det muligt at gøre nogle ting hurtigere, fordi sygeplejersker i kommunen så kunne starte bestemte behandlinger og efterfølgende informere lægen. Dette ville give større fleksibilitet, fordi de kommunale sygeplejersker i forvejen står ude ved borgeren.

Derudover understreger L, at det er vigtigt at sikre, at man har kompetencerne både i region og kommuner, før man laver opgaveglidning – og at man kan få tid til at sikre, at man har den faglige nødvendighed, så man ikke kommer ud i at skulle "trække autorisationskortet".

Case M

Ansæt i kommune (psykiatri)

M er leder af en "bestiller"-afdeling på området for socialpsykiatri og udsatte voksne og har primært erfaring med sektorovergange mellem kommunen og psykiatrisk hospital. Samarbejdet med hospitalet foregår i forhold til patienter, der skal have en kommunal indsats efter indlæggelse.

Den allervigtigste forudsætning for et godt samarbejde er ifølge M kendskab til hinanden.

"Det rigtig gode forløb sker, når vi kender hinanden. Når vi møder læger og sygeplejersker, der ved, hvornår de skal kontakte os. (...) Det gode forløb er, når de straks og inden udskrivning kontakter en rådgiver hos os, og vi har tid til at finde ud af, hvad de har brug for. Og når de er med på, at vi har brug for en vis viden og brug for at tale med borgeren selv."

Fordi de personlige relationer er af så stor betydning for samarbejdet og den fælles viden om problemstillinger og arbejdsgange, der opbygges over tid, påvirker det samarbejdet i meget høj grad, når der sker udskiftning blandt medarbejderne på hospitalet. F.eks. når en overlæge eller oversygeplejerske går på pension. Aktuelt oplever kommunen en stor udskiftning på psykiatrisk hospital.

M oplever, at der kan være tvivl om – både efter den gamle og den nye sundhedsaftale – hvornår borgeren er færdigbehandlet. M efterlyser derfor klare retningslinjer herfor.

"Man bruger ikke færdigbehandlingsbegrebet på samme måde, når der er retspsykiatri inde over. Der mangler nogle mere konkrete redskaber i forhold til, hvad lovgivningen siger. Det kan vi bruge meget energi på at udrede. Og der kommer en vrede på begge sider, og så kan vi ikke nå hinanden. Det er meget belastende for rådgiverne, for de bliver mødt af en tone, der er på grænsen af det acceptable. (...) Her er der et behov for tydeliggørelse."

Det er ikke økonomien på hospitalet, der opleves at fylde i samarbejdet i hverdagen set fra kommunens side.

"Der kan være meget uvidenhed og mange forskellige meninger. Og de kan tænke i ledige senge ud fra et helt akut behov! Jeg tænker, at alle gør deres bedste, men alle bliver også presset. Og så er det, at det går galt. Og så er der den her uvidenhed. Særligt på de almene sengeafdelinger. Nogle læger er voldsomt forargede over, at vi ikke sørger for boliger fra det øjeblik, en patient er færdigbehandlet, og kan ikke forstå, at vi ikke har et antal boliger, som vi kan stampe op af jorden fra den ene dag til den anden. Det er sådan set boligforeninger, der har boliger – ikke kommunen. Så vi har nogle arbejds gange, vi skal igennem, og der er noget ventetid. Og der kan de blive meget vrede, også selvom de selv er kommet 14 dage før og har sagt, at borgeren mangler en bolig. Det kan vi ikke på 14 dage. Det er simpelthen umuligt. Og det er jo ren og skær uvidenhed.(...) Så der kommer vi til at skælde ud på nogen områder, som ingen af parterne kan gøre noget ved – andet end måske at være lidt hurtigere ude."

M har en oplevelse af, at hospitalet og kommunen aktuelt bruger meget energi på at skælde ud på hinanden. Hun fortæller, at hospitalet og kommunen på voksenområdet inden for psykiatrien har et kontaktudvalg, hvor de f.eks. diskuterer principielle problemstillinger og *"ting vi ikke bliver færdige med at snakke om"*. Aktuelt er der en smule opbrud i kontaktudvalget på grund af pension, og selvom kontaktudvalget fungerer godt, så skal det have sin tid, hver gang der er udskiftning. Det er både drifts- og beskæftigelsesafdelingen fra kommunen, der mødes med hospitalet i kontaktudvalget.

I forhold til personer med selvskade og personlighedsforstyrrelse har kommunen og hospitalet lavet en cirkulær samarbejdsmodel, som er et ganske særligt tæt samarbejde.

"Vi skældte ud over meget hurtig udskrivelse, og hospitalet skældte ud over genindlæggelse. Med den cirkulære samarbejdsmodel har vi besluttet, at vi skal holde op med at skælde ud og pege fingre. Vi gav håndslag på, at her gør begge parter deres bedste. Og det fungerer altså. Og vi har det rigtig meget i baghovedet i forhold til andre områder."

Der er ikke en oplevelse af, at borgere falder mellem to stole, men der kan være udfordringer, hvis en borger skifter diagnose eller får en ny diagnose, hvilket jævnligt kan forekomme. Dette skyldes, at afdelingerne på psykiatrisk hospital er meget selvstændige enheder.

"Hvis det først er afdeling X, fordi borgeren er manisk, så samarbejder vi med X i forhold til at lave en social indsats. Så finder man måske ud af, at borgeren også har skizofreni, og så er det afdeling Y, og så starter vi fuldstændig forfra fra scratch."

Udfordringen i samarbejdet handler ikke om manglende kommunikation, men om manglende forståelse. Og her pointerer M, at der nogle gange lader til at opstå nogle urealistiske forventninger om, hvor hurtigt kommunen kan agere på baggrund af forhold i somatikken.

"Det er jo ikke som en plejehjemsplads, hvor alle pladser er ens. Her er det rigtig vigtigt, at det er det rigtige tilbud fra starten."

Kommunen oplever også en manglende forståelse for, at de ikke kan påtvinge borgeren et tilbud, som borgeren ikke vil have. Eksempelvis kan der være en borger klar til udskrivning,

som har brug for en plads på en boform, men borgeren vil ikke have en boformsplads. Kommunen kan dog godt stå alene med "motivationsdelen", fordi hospitalet opfatter det som kommunens opgave.

M ser ikke, at der sker slip i ansvaret, men M kan nogle gange have en fornemmelse af, at psykiatrisk hospital ikke ønsker at have et ansvar for meget besværlige borgere. Her kunne M godt ønske sig mere fokus på, at kommunen og hospitalet kommer længst med borgerne i fællesskab.

Ved udskrivning af borgere fra psykiatrisk hospital er det ikke altid oplevelsen fra kommunens side, at det er forsvarligt at udskrive borgeren. Derfor er man nu i kommunen begyndt at se på, om der er mulighed for at oprette nogle korttidspladser, hvor en borger kan være 5-8 uger, som man har det i somatikken, så man altid har en ledig plads til borgere, der udskrives. Det er dog en helt ny måde at tænke på inden for det psykiatriske område, påpeger M, fordi man på sådanne korttidspladser overhovedet ikke tager højde for problematikken - man skal bare kunne løse opgaven.

"Det er meget anderledes at være psykisk sårbar end at have somatiske problemer."

Samarbejdet med nogle afdelinger på hospitalet kan godt foregå som et team, mens samarbejdet med andre afdelinger er meget langt væk fra at foregå som et team. Igen spiller de personlige relationer i høj grad ind på samarbejdet, og derfor bliver det også sårbart.

"Hvis en overlæge og oversygeplejerske går på pension, så starter vi forfra. Det er rigtig godt med fælles erfaringer. Vi havde f.eks. et godt samarbejde med nogen afdelinger på retspsykiatrisk afdeling, og så omorganiserer de, og så kommer der en ny overlæge med en helt anden holdning."

Det er ikke altid nemt at undgå genindlæggelser. Hospitalet har i nogle tilfælde givet udtryk for, at man ikke kan forstå, hvorfor kommunen ikke begynder at lede efter et andet tilbud, hvis en borger har flere genindlæggelser. Men M fortæller, at de i kommunens myndighedscenter ikke altid ved, at borgeren er blevet genindlagt, hvis ikke de har fået den information fra borgerens bostøtte. For at tage hånd om den situation er kommunen begyndt at have svingdørspatienter på som et fast punkt på et månedligt møde, der skal sikre, at der bliver taget hånd om alle færdigbehandlede borgere.

Det kan ske, at der er forskellige opfattelser af længden på forløb i kommunen og på hospitalet. Eksempelvis kan der for retspsykiatriske patienter stå, at de skal i et langvarigt rehabiliterende forløb, men efter 14 dage er forløbet slut. Ud fra brugen af udtrykket "langvarigt rehabiliterende forløb" havde kommunen forventet et forløb på mere end 14 dage.

En gang imellem oplever kommunen, at borgeren er i en "uforsvarlig tilstand", når vedkommende udskrives. Eksempelvis kan borgere på boformer komme ret pludseligt tilbage efter en indlæggelse. Et konkret eksempel er en borger, der bliver meget udadreagerende og truer personale og medbeboere med kniv og låser dem inde og derfor indlægges, men udskrives igen to dage senere. Det gør det vanskeligt for kommunen at nå at gøre noget i den mellemliggende periode. M efterspørger, at psykiatrisk hospital og kommunen kunne hjælpe hinanden i sådan en situation, så de til gavn for borgeren kunne finde tid til at gøre noget andet end at sende borgeren tilbage til præcis samme situation og samtidig få tid til at finde ud af årsagen til borgerens adfærd. Det hurtige forløb er samtidig vanskeligt for personalet på boformen at agere i, fordi de på det tidspunkt er bange for borgeren.

M understreger flere gange, at de ansatte på psykiatrisk hospital gør deres bedste, men selv bliver presset af hårde vilkår.

"Jeg tror, det er desperation over manglende senge. Og den vrede og de forventninger, vi bliver stillet overfor, har lige så meget at gøre med deres egne vilkår."

Samtidig kan der opstå situationer, hvor kommunen er længe om finde et tilbud. Der har været tilfælde, hvor der hverken var pladser i egen kommune, på regionale botilbud eller på regionale "Tryghedshotelpladser", der er midlertidige pladser, som kommunen kan tilkøbe i op til otte uger – dog uden de samme serviceydelser som på almindelige pladser. I sådanne situationer kommer kommunen ud i et stort og tidskrævende eftersøgningsarbejde for at finde en egnet plads til borgeren.

M vurderer, at man nemmere kan få flere borgere ud i en boform, hvis man altid har en sikkerhed for, at borgeren kan blive indlagt på hospitalet, hvis der opstår behov herfor. M pointerer, at en boform godt kan have behov for at indlægge en borger et par dage for at skabe ro på boformen. Hvis boformerne og hospitalet i højere grad kunne samarbejde om at tage sig af borgeren, kan hun se mulighed for et bedre forløb for borgeren, fordi boformen har en tryghed i altid at have hospitalet i baghånden.

M oplever, at de kan lave gode koordinationsplaner sammen med de fleste afdelinger, men det halter stadig på almene afdelinger. Men generelt peger M på, at samarbejdet om koordinationsplanerne har udviklet sig gennem årene.

Når patienten bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital, er der mulighed for at få en udskrivningsmentor. Det bevilges af beskæftigelsesafdelingen, og det er afdelingen på hospitalet, der skal fortælle patienten om det og kontakte kommunen. Beskæftigelse er et meget stort fokus og væsentligt for borgeren - især førstegangsyndlagte. De har stort behov for afklaring inden udskrivelse og lige efter.

M oplever ikke, at behandling er en hindring for job eller uddannelse. Men hvis psykiatrisk hospital skal bestille udredninger andre steder, f.eks. i somatikken, så kan det tage meget lang tid. Den langsommelighed passer ikke ret godt til de korte indlæggelsesforløb. Hjælp til at tage hånd om beskæftigelse, mens patienten er på afdelingen, kan dog være en udfordring, ser M.

"De er jo næsten ingen socialrådgivere. En til hele Q og en til hele P. Så det er måske de dårligste, som de fokuserer på. Dem tættest på arbejdsmarkedet bliver måske ladet mest alene."

M oplever det vanskeligt for sundhedsaftalen at skabe den nødvendige klarhed for medarbejderne. Den forrige sundhedsaftale forsøgte at give klare anvisninger, men det virkede ikke. Den nuværende er i stedet gået vejen med værditænkning. Måske ville det være en idé at lave en kobling af den nuværende og den forrige. Det er vigtigt at få talt om, hvordan man tydeliggør kommunale og regionale ansvarsopgaver.

"Det er rigtig vigtigt at tage højde for, at man ikke kan lave de samme arbejdsgange i somatik og psykiatri, for der er noget andet i spil, for det er sårbare mennesker på andre områder. Jeg kan godt få en fornemmelse af, at psykiatrien skal ligne somatikken, hvis den skal gøre sig gældende. Men man skal være meget fleksibel i psykiatrien!"

I kommunen oplever de meget besvær med samarbejdet med somatiske afdelinger. Men det skyldes mest uklare snitflader internt i kommunen angående borgere, der drikker og har misbrug. M oplever dog, at der som følge af de accelererede arbejdsgange på det somatiske område også opstår en forventning om samme hurtige arbejdsgange og tilvejebringelse af tilbud på det psykiatriske område.

"Og der (i somatikken) er de jo vant til, at der skal være tilbud klar i løbet af få timer. Og det er jo lidt den fornemmelse, jeg kan få, at det samme gør sig gældende for psykiatrisk hospital – man tager måske ikke højde for, at det er en anden målgruppe."

Samarbejdet med praktiserende læger foregår mest i de enkelte sager, som rådgiverne sidder med. Her er der alle variationer på samarbejde – lige fra det fantastiske og til tilfælde, hvor de praktiserende læger nærmest ikke vil røre ved det, når der er tale om misbrug. Det er også forskelligt, hvor villige de praktiserende læger er til at tage ud, hvis kommunen har brug for at få en læge ud at kigge på en borger. Overvejende er det dog indtrykket, at det er et godt samarbejde.

5. Hvad siger de praktiserende læger?

Case P

Praktiserende læge

P oplever, at overgangene mellem sektorerne i sundhedsvæsenet forløber langt bedre nu end for ca. 10 år siden. Generelt har hospitalerne åbnet sig, og kommunerne har oprustet på sundhedsområdet, så de nu kan påtage sig flere opgaver mere kompetent. Samtidig er det P's vurdering, at der er forskelle mellem hospitaler og mellem kommuner. Nogle steder fungerer overgangene let, smertefrit og med patienten i fokus, mens det andre steder er tungt og bureaukratisk.

"Jeg synes, at der er mange eksempler på, at det går bedre med de her overgange. F.eks. bliver sygeplejerskerne i min kommune hele tiden opgraderet, så de kan mere og mere. Det kan f.eks. mærkes på de henvendelser og spørgsmål, som jeg får fra dem. Der er langt mere entydige og relevante end tidligere. Og langt mere fokuserede på et højere fagligt niveau."

Også i forhold til det somatiske hospitalsområde er det P's vurdering, at overgangene er blevet lettere og ofte uden de store komplikationer. Der er f.eks. en let og udvidet adgang for de praktiserende læger til hospitalets lægefaglige specialister. Det letter i høj grad arbejdet i hverdagen og sparer overflødige henvisninger og indlæggelser.

P fremhæver også, at et hospital har ansat en flowmaster, som den praktiserende læge kan kontakte, hvis et forløb er gået helt i hårdknude. Det kan f.eks. være afdelinger, der henviser til hinanden, og hvor forløbet efterhånden går i ring. Afdelingerne kan ikke altid se det selv, men patienten kommer til den praktiserende læge, der hurtigt kan få et overblik over patientforløbet og derefter kontakter hospitalet, evt. og ofte gennem flowmasteren.

På beskæftigelsesområdet er det især depression og stress, hvor den praktiserende læge har en større rolle. Det er P's opfattelse, at håndteringen af disse patienter og sager er meget forskellig i forskellige lægepraksis. Noget som bl.a. har som årsag, at lovgivningen er kompleks på området. Forenklede regler og klare retningslinjer for administration af reglerne, vil kunne hjælpe betydeligt.

Den største og stadig stigende udfordring for praktiserende læger i forhold til sektorovergange er i psykiatrien. P nævner som eksempel en stor gruppe patienter, der falder mellem to stole. Psykiaterne på hospitalet vil ikke behandle misbrugere og misbrugscentre vil ikke afryde patienter med psykiatiske sygdomme. Problemet er ifølge P stort og stadigt stigende. P oplever, at der har været en åbning i forhold til misbrugscentre, men hvis afrusningen ikke lykkes, går det galt igen. De praktiserende læger kan være meget involverede i disse forløb og de fylder efterhånden meget i lægepraksis.

"Jeg oplever denne problematik som stadig mere alvorlig. Der kommer flere og flere psykiatiske patienter (med misbrug), og de bliver tungere og tungere. Rent samfundsøkonomisk er det ved at udvikle sig til en katastrofe, det der sker nu. For ikke at tale om det væsentlige, nemlig alle de patienter, som bliver ladet i stikken. Og vi praktiserende læger bruger mere og mere tid på det."

P kunne godt se ovennævnte flowmaster-funktion som en del af løsningen også i psykiatrien, altså at nogen i systemet får forløbene på tværs af sektorer til at glide bedre.

Case Q

Praktiserende læge

Generelt er Q af den opfattelse, at sektorovergangene på de fleste områder fungerer bedre end tidligere. Den generelle udfordring, som dog er forskellig fra område til område, er at sektorovergange tager tid, at informationer mangler/misforstås, og at patienter havner mellem to stole (eller flere) og ikke får den optimale behandling, fordi der tænkes i specifikke sektorbaner.

I forhold til de somatiske hospitaler ser Q især den stigende faglige specialisering som den store udfordring. Hvis den praktiserende læge sender en henvisning til udredning af en konkret patient, hvor der er tvivl om diagnosen eller sandsynligvis flere diagnoser i spil, forekommer det jævnligt, at hospitalsafdelingerne ikke henviser patienten videre til andre udredninger inden for hospitalet. Det skaber unødige forsinkelser i udredningsprocessen og flere besværligheder for patienter og praktiserende læger.

"Efterhånden som den lægefaglige specialisering bliver større og større, og der også kommer flere og flere patienter med hver især flere sygdomme, bliver det faktisk et større og større problem. Den stigende specialisering udgør en ny form for sektorovergangsproblem."

I forhold til epikriser i det somatiske hospitalsvæsen er det blevet bedre og bedre over tid, både med hensyn til indhold og hastighed. Det gælder specielt ved indlagte patienter. I forhold til ambulante patienter er det stadig et problem, dels er epikriserne mere forsinkede, og dels vælger nogle ambulatorier først at sende epikriserne, når patienten er helt afsluttet. I lidt længere ambulatorieforløb savner den praktiserende læge derfor information om patienten, hvis denne også ses af den praktiserende læge.

Adgangen for praktiserende læger til specialisterne på de somatiske hospitaler er også et område, hvor det ifølge Q er blevet langt bedre over tid.

"Selvfølgelig sker det, at kontakten til specialisterne nogle gange tager lidt tid, men vi har flere direkte numre, og der svares generelt hurtigt. Problemet er, at det nogle gange er svært for specialisten at komme med gode råd, fordi vedkommende ikke har set patienten. Derfor kunne jeg godt tænke mig en udvidet adgang til, at vi læger kan sende en patient direkte til undersøgelse på hospitalet."

Den praktiserende læge har mulighed for at indlægge direkte til udredning efter bestemte kriterier, men Q vil gerne have et fast track til patienter, hvor Q har mistanke om et eller andet, uden at dette nødvendigvis opfylder de kriterier, der er opstillet nu.

I forhold til hospitalspsykiatrien fungerer sektorovergangene ifølge Q dårligt og det bliver værre og værre, bl.a. fordi der kommer flere og flere patienter. Det er Q's opfattelse, at hospitalspsykiatrien og den kommunale psykiatri er helt forskellige verdener. Kommunerne mangler kapacitet, både ressourcemæssigt og fagligt. Mange af de forløb, som Q er involveret i, og hvor kommunen er aktør, går i stå af en eller anden grund, som ikke er helt klar. Patienterne er frustrerede, og hvis Q forsøger at få møder i stand med kommunen, bliver de ofte aflyst.

I forhold til voksenpsykiatrien (børnepsykiatrien fungerer lidt bedre) kommer der næsten aldrig epikriser til de praktiserende læger. Hvis der både er somatik og psykiatri involveret, er der ofte eksempler på patienter, der flyttes frem og tilbage uden begrundelse og mening.

Q mener, at hospitalspsykiatrien er år tilbage i forhold til somatikken. Det er de samme problemområder, som somatikken stod i for flere år siden, som psykiatrien er i nu. Psykiatrien har ikke udviklet sig på samme måde som somatikken, men står stille.

I forhold til kommunerne er det Q's opfattelse, at det går meget bedre. Hjemmeplejen er blevet opgraderet med flere sygeplejersker og det virker også som kompetenceniveauet er steget. Det ses bl.a. på de henvendelser/spørgsmål, som sygeplejerskerne sender til de praktiserende læger.

"De virker meget kompetente og spørgsmålene til os er blevet mere relevante og på et højere niveau. Man kan godt mærke, at der er sket noget på det faglige område."

Q oplever nogle gange, at tingene går langsomt, hvis der skal følges op, efter at visitator har været hos en patient. Det gælder især, hvis der er tale om et nyt forløb. Hvis den udskrevne patient er i systemet, går det som regel hurtigt med opfølgende aktiviteter efter besøg af visitator.

I forhold til beskæftigelsesområdet peger Q på, at jobcentrene er en udfordring. Det er et bureaukratisk system, hvor attester og blanketter ryger frem og tilbage. Q har foreslået, at mere direkte dialog i sagerne kan være bedre, men systemet kræver åbenbart en udbredt skriftlighed.

En af de store udfordringer i forhold til sektorovergange er ifølge Q, at en af sektorerne er i fare for at blive mindre og mindre, nemlig praksissektoren. Manglen på praksislæger kan mærkes og volder stigende problemer.