

Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland

Status på den foreløbige implementering

Christina Holm-Petersen · Martin Sandberg Buch

PUBLIKATION JUNI 2012

DSI

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

www.dsi.dk · dsi@dsi.dk



Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00
Fax +45 35 29 84 99
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-727-0 (elektronisk version)
DSI projekt 3505

Design: DSI og MONTAGEbureauet ApS



Forord

Sundhedsaftaler kan ses som en samling af konkrete teknologier, der har til hensigt at løse specifikke udfordringer i samarbejdet mellem aktører i de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har med denne evaluering sat fokus på, i hvilket omfang disse teknologier bliver brugt i den kliniske praksis, i hvilket omfang de opfattes som brugbare, samt hvilke hæmmende og fremmende faktorer der er på spil i deres vej fra aftalebordet til konkret brug.

Udover status på implementeringen af Sundhedsaftalen bidrager evalueringen også til en vurdering af, hvorvidt organiseringen af samarbejdet understøtter implementering og innovation i det tværgående samarbejde.

Evalueringen har yderligere fokus på effekterne af Sundhedsaftalen: DSI har således i samarbejde med Region Sjællands afdeling for Kvalitet og Udvikling undersøgt, hvilke af de 13 nationale indikatorer for effekten af sundhedsaftaler det p.t. er muligt at beregne. I den forbindelse er der endvidere foretaget opgørelser og analyser, som over tid viser udviklingen af udvalgte indikatorer. Evalueringsrapporten giver derfor et indblik i processen med at implementere Sundhedsaftalen i hverdagspraksis, samt i hvilket omfang de igangsatte processer har resulteret i en positiv udvikling i udvalgte effektmål.

Evalueringen er rekvireret af Regionsrådet i Region Sjælland.

Evalueringen er gennemført af senior projektleder, ph.d., organisationssociolog Christina Holm-Petersen og senior projektleder, organisationssociolog Martin Sandberg Buch, DSI. Endvidere har senior projektleder, ph.d., cand.merc. i strategi, ledelse og organisation Sidsel Vinge været tilknyttet som sparingspartner på evalueringen.

DSI ønsker at takke de mange medarbejdere og ledere, der engageret har bidraget til evalueringen gennem deres deltagelse i interviews og workshops.

Charlotte Bredahl Jacobsen
Projektchef
Dansk Sundhedsinstitut

Indhold

Forord	3
Resumé	5
1. Indledning og baggrund	9
1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål	9
1.2 Evalueringsdesign	9
1.3 Hovedopgave 1: Undersøgelse af Sundhedsaftalens status og virkning i den kliniske praksis	9
1.4 Hovedopgave 2: Analyse af samarbejdsstrukturen omkring Sundhedsaftalen	10
1.5 Hovedopgave 3: Indikatoranalyse	11
1.6 Rapportens opbygning	11
2. Sundhedsaftalens implikationer for klinisk praksis	12
2.1 Interviewenes udgangspunkt: Sundhedsaftalens beskrivelser af det tværsektorielle patientrettede samarbejde	12
2.2 Sundhedsaftalen og det somatiske område	13
2.3 Sammenligning på tværs af det somatiske område	18
2.4 Sundhedsaftalen og det psykiatriske område	20
2.5 Sammenligning på tværs af det psykiatriske område	24
2.6 Opsamling	26
3. Vurdering af organiseringen af samarbejdet	28
3.1 Et forpligtende samarbejde	28
3.2 Én forpligtende sundhedsaftale	28
3.3 Organiseringen af samarbejdet omkring Sundhedsaftalen	28
3.4 De praktiserende lægers rolle	30
3.5 Vejen mod implementering	30
3.6 Innovation af det tværgående samarbejde	32
3.7 Understøtter Sundhedsaftalen patientoplevelset kvalitet og patientinddragelse?	32
3.8 Opsamling	33
4. Monitorering af sundhedsaftalens effekt	34
4.1 Præsentation af evalueringens indikatorer og tilgængelige datagrundlag	34
4.2 Sundhedsstyrelsens indikator 1 og 2: Patientoplevelset samarbejde og kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis ved udskrivelse	36
4.3 Sundhedsstyrelsens indikator 3: Rettidig epikrise til praksissektor	36
4.4 Sundhedsstyrelsens indikator 6: Forebyggelige genindlæggelser af ældre patienter	37
4.5 Sundhedsstyrelsens indikator 7: Færdigbehandlede somatiske patienter	40
4.6 Sundhedsstyrelsens indikator 9: Genindlæggelse af psykiatriske patienter	40
4.7 Sundhedsstyrelsens indikator 10: Færdigbehandlede i psykiatrien	44
4.8 Opsamling	45
5. Konklusion og anbefalinger	47
5.1 Status på implementering af Sundhedsaftalen i hverdagspraksis	47
5.2 Væsentlige barrierer for implementering og ejerskab i de udførende led	47
5.3 Anbefalinger vedrørende implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led	48
5.4 Anbefalinger vedrørende Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation	49
Litteratur	51
Bilag 1: Eksempler på anvendte interviewguides	53
Bilag 2: Sundhedsaftalen 2012-2014, Udviklings- og samarbejdsorganisation	58

Resumé

Formål

Formålet med DSI's midtvejsevaluering af Sundhedsaftale 2010-2014 for Region Sjælland er at skabe viden om, hvordan Region Sjælland og kommunerne kan understøtte implementering af Sundhedsaftalen på det udførende niveau. Evalueringen er derfor gennemført i et praksisnært perspektiv, hvor der er sat fokus på udvalgte patientgrupper (sårbare ældre patienter, patienter med langvarig sygdom og voksne psykiatriske patienter) og det tværsektorielle samarbejde omkring indlæggelse, behandling og udskrivning.

Anvendte metoder

Evalueringen er baseret på interviews med 40 nøglepersoner og mellemedere fra de udførende led, workshops med 42 deltagere fra Sundhedsaftalens formelle samarbejdsfora, dokumentgennemgang og gennemgang af tilgængelige indikatorer, der har til formål at monitorere de overordnede effekter af Sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalens betydning for de udførende led

På det udførende somatiske niveau oplever mange Sundhedsaftalen som en succes. Succesen forbindes først og fremmest med, at der er skabt tydelighed omkring gensidige forpligtelser, omkring hvem man samarbejder med og givet regler og vejledning for samarbejdet omkring komplekse udskrivninger. Samtidig er informanterne enige om, at der i udviklingen fra 1. til 2. generation af Sundhedsaftalen er sket væsentlige forbedringer, der understøtter et mere fleksibelt samarbejde og kortere indlæggelser til gavn for patienterne.

På det udførende niveau i psykiatrien har informanterne i mindre grad taget Sundhedsaftalen til sig. Selvom enkelte oplever samme fordele som informanterne fra somatikken, vurderer flertallet, at Sundhedsaftalen er uvedkommende og ude af trit med den kliniske hverdag.

Sundhedsaftaleområdets formelle samarbejdsorganisation

Den formelle samarbejdsorganisation på sundhedsaftaleområdet i Region Sjælland fremstår på mange måder som en succes, og den har et potentiale for at understøtte implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led. For de formelle parter i samarbejdet er der desuden etableret velfungerende samarbejdsrelationer, gensidig tillid, politisk ejerskab og en fælles vision for Sundhedsaftalen. Samtidig er der aftalt konkrete og relevante indsatser, der skal bidrage til bedre patientforløb. Endelig ses det som en styrke, at der kun er én Sundhedsaftale, som alle parter i samarbejdet er forpligtet til at overholde.

På den anden side viser evalueringen, at potentialet for at understøtte implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led p.t. ikke udnyttes fuldt. Samtidig er det en udbredt vurdering, at der er langt fra aftale til praksis, samt at der er områder, hvor aftaleparterne – og praktikerne – ikke har mulighed for at leve op til deres forpligtelser. Derudover er der en udpræget oplevelse af, at der i realiteten findes 17 forskellige og ikke én forpligtende

Sundhedsaftale. Disse forhold er en kilde til frustration for medarbejdere og mellemedere, som på mange områder efterlyser yderligere harmonisering af det tværsektorielle samarbejde. Samtidig udpeges en række områder, hvor der efterlyses en ekstra indsats for at gøre aftalen vedkommende og understøtte implementering i de udførende led.

Monitorering af Sundhedsaftalens effekter

Det kan konkluderes, at Region Sjælland formår at beregne de fleste af de 13 effektindikatorer for Sundhedsaftalerne. For fire indikatorer mangler der for tiden – helt eller delvis – beregningsmulighed, eller beregningsmulighederne undersøges fortsat. Det drejer sig om indikatoren for implementering af Medcoms 7 hospitals-kommunestandarder, indikatoren for forebyggelige indlæggelser afgrænset i forhold til plejebolig eller hjemmepleje, indikatoren for ventetid til udredning i børne- og ungepsykiatrien samt indikatoren for ventetid til genoptræning.

Evalueringen viser endvidere, at der, i tiden med sundhedsaftaler, er sket en positiv udvikling på indikatorerne for a) patientoplevet samarbejde mellem sygehus og kommune, b) patientoplevet samarbejde mellem sygehus og almen praksis, c) rettidig fremsendelse af epikrise til praksissektor, d) færdigbehandlede somatiske patienter og e) færdigbehandlede psykiatriske patienter. En indikator – genindlæggelser i somatikken – er uændret, og en – genindlæggelser i psykiatrien – udviser en svag tendens i retning af flere genindlæggelser.

Der er sket en meget markant positiv udvikling i retning af færre færdigbehandlede ventepatienter, som viser, at et område kan flyttes, når der er økonomiske incitament, løbende monitorering og et ledelsesmæssigt fokus på at følge op på, om udviklingen går i den ønskede retning.

Fremadrettede anbefalinger

Evalueringen opstiller nedenstående anbefalinger vedrørende den fremadrettede implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led:

Styrket dialog mellem Sundhedsaftalens aftaleparter og de udførende led

Der ligger en implementeringsudfordring i at sikre, at de gode samarbejdsresultater, der er opnået på højere ledelsesniveauer på tværs af kommunale og sygehusorganisationer, i højere grad spredes til det udførende led. I den forbindelse er det væsentligt at tage hensyn til de forskellige arbejdsvilkår – og påvirkninger af disse – som følger med implementering af Sundhedsaftalen. Toplevelsernes gode resultater, relationer og evne til at se de langsigtede og strategiske perspektiver med Sundhedsaftalen hænger i et vist omfang sammen med, at de ikke er nært koblet til den kliniske praksis. Det er således ikke altid, at topledere får et detaljeret indblik i de problemer og implementeringsbarrierer, der opstår i den kliniske praksis.

Ledere og medarbejdere i de udførende led befinder sig til gengæld i en travl og kompleks hverdag, hvor de indgåede aftaler har konkrete og mærkbare konsekvenser. Et vigtigt led i

Sundhedsaftalens vej fra aftalebord til praksis er derfor, at den fremstår som en meningsfuld teknologi, der har en oplevet – eller i det mindste potentiel – værdi for medarbejderne. Evalueringen giver anledning til at konkludere, at dette mange steder ikke er tilfældet.

DSI anbefaler derfor, at Sundhedsaftalens aftaleparter formidler Sundhedsaftalen til mellemledere og medarbejdere på en måde, der i højere grad favner den virkelighed, medarbejderne oplever at stå i. Det kan fx ske ved at afholde halvdagsseminarer for de mellemledere, der skal være ansvarlige for lokal implementering.

DSI anbefaler også, at alle politikere og ledere med ansvar for at aftale næste generation af Sundhedsaftalen forbereder sig ved at tage på et par dages virksomhedspraktik med medarbejdere fra de udførende led, som aftalen omfatter.

En mere konkret ansvarsfordeling mellem enheder og aktører på det lokale niveau

Sundhedsaftalen – og de redskaber til implementering, der er udarbejdet – fordeler ansvaret mellem sundhedsvæsenets tre traditionelle aktører: almen praksis, kommuner og sygehuse. På det lokale niveau består den enkelte kommune eller det enkelte sygehus imidlertid af en lang række underenheder, aktører og funktioner.

DSI anbefaler derfor Sundhedsaftalens aftaleparter, at ansvaret for Sundhedsaftalernes delelementer konkretiseres, så det bliver tydeligt, hvem der har ansvaret for hvad, og at der nedsættes en implementeringsgruppe med ansvar – og mandat – til at følge op på, om de indgåede aftaler implementeres.

Samarbejdsorganisationen har også den svaghed, at de praktiserende læger mangler som tydelige aktører på sundhedsaftaleområdet. Derfor er det væsentligt, at almen praksis fremadrettet kommer til at indgå som en tydelig og forpligtet samarbejdspart i Sundhedsaftalen.

Redskaber der understøtter decentrale aktørers implementering af Sundhedsaftalen

En af hovedudfordringerne for lokal implementering af Sundhedsaftalen er, at den blot er en ud af mange udefrakommende ting, der skal implementeres på en sygehusafdeling eller i en kommune. Sundhedsaftalen skal derfor konkurrere med mange andre tiltag for opmærksomhed som ledelsesopgave. Evalueringen indikerer i den forbindelse, at Sundhedsaftalen p.t. ikke er et af de initiativer, der har høj prioritet.

Hvis det udelukkende er op til den enkelte enheds- eller afdelingsledelse at omsætte Sundhedsaftalen til rutiner og vejledninger for personalet, bliver opgaven let nedprioriteret. Det er formentlig det, der sker, når den lokale implementeringsstrategi består af frivillige gå hjem-møder og omdeling af en pixi-udgave i medarbejdernes dueslag.

Evalueringen viser dog også, at der er afdelinger og kommunale enheder, som har gjort et stort arbejde for at omsætte Sundhedsaftalen til hverdagsrutiner, huskelister og lignende, som hjælper medarbejderne til at overholde deres forpligtelser.

Dermed er der skabt værdifulde redskaber og erfaringer, som bør kunne anvendes andre steder i regionen.

DSI anbefaler derfor Sundhedsaftalens aftaleparter, at de gode erfaringer og redskaber opsamles og omsættes til et katalog med implementeringsredskaber, der er målrettet relevante mellemledere og nøglepersoner på sygehuse og det kommunale social- og sundhedsområde.

DSI anbefaler også, at Sundhedsaftalen i højere grad bruges til at aftale aktive og systematiske tiltag, som skal sikre, at aftalen kommer ud i praksis.

Opbygning af fælles viden og professionelle relationer der kan danne afsæt for et forløbsorienteret samarbejde

Evalueringen viser, at en stor del af den sammenhæng i patientforløb, der i dag skabes, er bundet op på engagerede fagpersoner, der får enderne i de komplekse forløb til at mødes. Det sker ofte ved, at fagpersonerne opbygger gode personlige relationer med relevante nøglepersoner, eller ved at fagpersonerne påtager sig et udvidet ansvar for det aktuelle forløb. Sådanne ildsjæle gør et engageret stykke arbejde for sundhedsvæsenet, og det vil være en stor fejl at underkende indsatsen som uprofessionel og utidssvarende. På den anden side er det lige så indlysende, at god koordination og sammenhæng ikke skal være afhængig af, om de ansvarlige **nøglepersoner** kender hinanden.

DSI anbefaler derfor, at Sundhedsaftalen bruges til at aftale initiativer, som fremmer gensidig respekt og tillid via fælles viden og professionel relationsopbygning på tværs af praksisfællesskaber.

Det kan fx ske via fælles skolebænk, tværsektorielle temadage, satsninger på fremskudt visitation, udvekslings- og besøgsordninger og lokale fora for dialog om samarbejdet.

Initiativer der understøtter ønsket om innovation og fleksibelt samarbejde

Innovation og fleksibilitet i det tværsektorielle samarbejde er to vigtige målsætninger for Sundhedsaftalen. Evalueringen viser imidlertid, at disse målsætninger er under pres, fordi fagpersoner og mellemledere oplever, at sundhedsvæsenet er under pres, samt at der er økonomiske incitamentsstrukturer, der modvirker anvendelsen af arbejdstid på koordination sektorerne imellem.

DSI anbefaler derfor at:

- Region Sjælland arbejder for at ændre i ydelseskoder og evt. uhensigtsmæssige registreringspraksis, således at den økonomiske incitamentsstruktur ikke undergraver arbejdet med at skabe koordination.
- Fremtidige Sundhedsaftaler i højere grad aftaler, hvordan der skal skabes innovation i samarbejdsfora og udviklingsgrupper. Fx ved at oprette fælles puljer, som er målrettet innovation og fælles implementering af prioriterede indsatsområder.
- Den administrative styregruppe beslutter, hvem der skal arbejde målrettet på at skabe innovation i patientroller (fra passiv patient og pårørende til samarbejdspartnere)

med henblik på at understøtte en udvikling mod patientinddragelse.

- Det overvejes, hvilke regler der kan fjernes og ændres for at fremme et fleksibelt og effektivt samarbejde om de løsninger, der er optimale for patienterne. Fx kan det overvejes at justere 24-timers reglen og reglen om, at varsling af kompleks udskrivelse skal ske fem hverdage før udskrivelse. ■



1 Indledning og baggrund

Baggrunden for evalueringen er, at Regionsrådet og kommunerne i Region Sjælland har ønsket en midtvejsevaluering af Sundhedsaftalen 2010-2014 med fokus på følgende tre områder:

- Status på implementeringen af Sundhedsaftalen
- Vurdering af organiseringen af samarbejdet omkring Sundhedsaftalen
- Vurdering af effekter af samarbejdet.

Det har derudover været formålet, at evalueringen skulle have fokus på forbedringsområder, og at den skulle danne grundlag for en tilpasning og målretning af indsatserne i aftalen. Desuden ønskede Region Sjælland, at evalueringen skulle inddrage Sundhedsstyrelsens indikatorer til evaluering af sundhedsaftaler.

1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål

Evalueringens mål er at skabe ny viden, som Region Sjælland og kommunerne i regionen kan benytte til at understøtte videreudvikling og implementering af Sundhedsaftalen.

Evalueringen vurderer sundhedsaftalens organisering, implementering og effekt ud fra nedenstående spørgsmål.

1.1.1 Status på implementering af sundhedsaftalen

- I hvilket omfang har fagprofessionelle i de udførende led taget Sundhedsaftalen til sig?
- I hvilket omfang oplever disse fagprofessionelle, at Sundhedsaftalen meningsfuldt understøtter deres arbejde med at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet?
- I hvilket omfang er Sundhedsaftalen blevet en synlig teknologi i bestræbelserne på at skabe sammenhæng af høj kvalitet i de udførende led?

1.1.2 Vurdering af organiseringen af samarbejdet

- I hvilket omfang fremmer den valgte organisering omkring Sundhedsaftalen udvikling af løsninger på koordinationsudfordringerne?
- I hvilket omfang fremmer den valgte organiseringsform implementering af de konkrete aftaler, som er indgået?
- Hvad er konsekvenserne af den valgte organisering, særligt i forhold til organisatorisk forankring, ejerskab til Sundhedsaftalen, samt kompleksitet henholdsvis fleksibilitet i kommunikation og samarbejde på tværs af sektorerne?
- Hvilke organisatoriske fokuspunkter for en styrket implementering og udvikling af Sundhedsaftalen kan udpeges?

1.1.3 Vurdering af effekt af sundhedsaftalen

- I hvilket omfang oplever fagprofessionelle i de udførende led, at Sundhedsaftalen løser væsentlige koordinationsudfordringer for de udvalgte målgrupper?
- I hvilket omfang formår Sundhedsaftalen at adressere borgernes stigende interesse i individuelt tilpasset behandling og involvering i eget behandlingsforløb?

- I hvilket omfang kan vi se en positiv udvikling i udvalgte nationale indikatorer inden for de områder, som arbejdsgrupperne udpeger som succesfulde?

1.2 Evalueringsdesign

Det valgte evalueringsdesign tager udgangspunkt i de indsigter, der kan opnås ved at sætte fokus på udvalgte patientgrupper og indsatsområder. Valget af patientgrupper er baseret på Sundhedsaftalens udpegning af særligt vigtige målgrupper, og alle dele af evalueringen er gennemført i tæt dialog med opdragsgiver. Ved at fokusere på specifikke patientgrupper er der identificeret relevante behandlingsnetværk. Evalueringen tager dermed udgangspunkt i den behandlingsvirkelighed, hvor koordinationsudfordringer opstår – og ikke kun i den aftalevirkelighed, hvor Sundhedsaftalerne bliver til.

For at besvare evalueringens spørgsmål er der gennemført følgende tre hovedopgaver:

1.3. Hovedopgave 1: Undersøgelse af Sundhedsaftalens status og virkning i den kliniske praksis

1.3.1 Udvælgelse af indsatsområder og behandlingsnetværk

Første skridt i denne opgave bestod i at vælge tre særligt prioriterede indsatsområder, som har udgjort omdrejningspunktet for evalueringens første hovedopgave. Det drejer sig om:

- Indsatsen for ældre sårbare patienter
- Indsatsen for patienter med langvarige lidelser
- Indsatsen for voksne psykiatriske patienter.

Med udgangspunkt i Sundhedsaftalen og DSI's viden om koordinationsudfordringer i sundhedsvæsenet blev det endvidere besluttet at fokusere eksplicit på det tværsektorielle samarbejde omkring indlæggelse, behandling og udskrivelse for alle tre indsatsområder.

For hver indsats har DSI identificeret relevante behandlingenheder, særligt vigtige indsatsområder fra Sundhedsaftalen og de konkrete aftaler og værktøjer i Sundhedsaftalen, der skal forbedre samarbejdet om målgruppen.

1.3.2 Gennemførelse af interviews

Der er gennemført interviews med medarbejdere og ledere/koordinatore repræsenterende relevante behandlingenheder. Det er sket via syv fokusgruppeinterviews. Til hvert interview blev der inviteret syv deltagere, som var udvalgt, så de var repræsentative for de forskellige geografiske områder i regionen og de aktører, der var relevante for evalueringens målgrupper. Interviewene blev gennemført med nedenstående fremmøde:

Table 1: Oversigt over evalueringens informanter i fase 1

Interview med repræsentanter for	Antal deltagere
Sårbare ældre patienter – kommunale visitatorer og hjemmesygeplejersker	8
Sårbare ældre patienter – sygehusansatte	7
Borgere med længerevarende sygdom – kommunale visitatorer og hjemmesygeplejersker	6
Borgere med længerevarende sygdom – sygehusansatte sygeplejersker	4
Mennesker med sindslidelser – den kommunale socialpsykiatri ¹	7
Mennesker med sindslidelser – sygehusansatte	2
Mennesker med sindslidelser – distriktspsykiatri	6
I alt	40

Der er herudover gennem telefoninterviews blevet suppleret med henholdsvis interview af en praktiserende læge samt en socialrådgiver i hospitalspsykiatrien. Sammenlagt blev der interviewet 42 personer i fase 1.

Interviewene er gennemført af undersøgelsens to senior projektledere på baggrund af semistrukturerede interviewguides (se bilag 1 for uddybning). Alle interviews er optaget elektronisk, og der er skrevet et udførligt referat, som er anvendt som afsæt for citat og analyse.

Interviewenes overordnede formål var at afdække Sundhedsaftalens betydning for informanternes patientrettede samarbejde, samt i hvor høj grad aftalens principper er implementeret i daglig praksis. Interviewene er derfor gennemført med udgangspunkt i de pixi-udgaver (1, 2) og værktøjskassen (3), der er udarbejdet til de udførende medarbejdere på henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område. Interviewene har herudover fokuseret på at afdække informanternes vurderinger af:

- Problemstillinger og løsninger, som har væsentlig betydning for det patientrettede samarbejde
- Gode råd og praktiske erfaringer, som har relevans for de fremtidige sundhedsaftaler
- Vurdering af de redskaber og strukturer, der skal understøtte implementeringen af Sundhedsaftalen.

Gennem rapporten anvender vi citater, som illustrerer de temaer, problemstillinger og løsningsforslag, der er drøftet via interviews. Citaterne bliver anvendt uden angivelse af informant, da disse er lovet anonymitet. Det har givet informanterne mulighed for at udtale sig mere frit og sikrer fokus på indhold frem for på personer. For at læseren kan vurdere, i hvilken kontekst pointerne skal fortolkes, er det i stedet angivet, hvilken type af arbejdsplads de citerede kommer fra (kommune, sygehus eller distriktspsykiatri).

1.4 Hovedopgave 2: Analyse af samarbejdsstrukturen omkring Sundhedsaftalen

1.4.1 Forberedelse af workshops

Første skridt i hovedopgave 2 bestod i at forberede fire erfaringsworkshops med deltagere fra de formelle fora, der arbejder med Sundhedsaftalen. Workshoppernes formål var dels at facilitere en dialog om resultaterne fra delopgave 1, dels at få viden om strategier, styrker og svagheder omkring Sundhedsaftalens formelle samarbejdsorganisation. Forberedelsen er sket på baggrund af interviewene fra hovedopgave 1, erfaringer fra tidligere evalueringer (4-7) og en dokumentanalyse, hvor Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation er forholdsvis til teorier om organisation, ledelse og netværksstyring.

De to første workshops er gennemført med deltagere fra de lokale arbejdsgrupper, Kommunale Samarbejdsfora Somatik (KSS), der står for implementering og opfølgning inden for henholdsvis sårbare ældre patienter og borgere med længerevarende sygdom samt de tværgående arbejdsgrupper for udvikling. Til den tredje workshop blev inviteret deltagere fra de lokale arbejdsgrupper, Kommunale Samarbejdsfora Psykiatri (KSP), der står for implementering og opfølgning inden for mennesker med sindslidelser. Den fjerde og afsluttende workshop er gennemført med deltagere fra det Tværgående Samarbejdsforum Somatik (TSS), det Tværgående Samarbejdsforum Psykiatri (TSP), den administrative styregruppe og politikere fra sundhedskoordinationsudvalget.

Til hver workshop blev der inviteret otte deltagere (12 til den fjerde gruppe), som så vidt muligt var udvalgt, så de var repræsentative for regionens forskellige geografiske områder samt de aktører, som indgår i de aktuelle samarbejdsfora. Workshopperne blev gennemført med omstående fremmøde:

De tre første workshops varede 2,5 time, mens den afsluttende workshop varede 3 timer. Alle workshops er opta-

¹ Herunder såvel sygeplejersker, socialrådgivere og socialpædagoger.

Tabel 2: Oversigt over evalueringens informanter i fase 2

Erfaringsworkshops	Antal deltagere
Sårbare ældre patienter – kommunale og regionale deltagere (KSS) ²	6
Borgere med længerevarende sygdom – kommunale og regionale deltagere (KSS) ³	6
Mennesker med sindslidelser – kommunale og regionale deltagere ⁴	19
Alle målgrupper – TSS, TSP, sundhedskordinationsudvalg og den administrative styregruppe	9
I alt	42

get elektronisk, og der er udarbejdet et udførligt referat, der er anvendt som afsæt for citat og analyse. Workshopperne blev faciliteret af evalueringens to senior projektledere.

Outputtet fra hovedopgave 2 er en analyse af samarbejdsstrukturens udnyttede og uudnyttede potentialer samt mulige fremadrettede fokuspunkter. Koblingen mellem det strategiske aftaleniveau og de praktiske erfaringer fra hovedopgave 1 har i den forbindelse skabt væsentlige nye indsigter i de forskellige behov, krav og udfordringer, som møder Sundhedsaftalen på vejen fra aftalebord til konkret brug.

1.5 Hovedopgave 3: Indikatoranalyse

DSI har i samarbejde med Region Sjællands afdeling for Kvalitet og Udvikling udvalgt indikatorer med særlig relevans for evalueringens fokusområder. Region Sjælland har identificeret relevante data og udarbejdet færdige indikatoropgørelser, som efterfølgende er leveret til DSI. DSI har derefter analyseret udviklingen og sammenholdt resultaterne med de mere kvalitative analyser. Samtidig har indikatoranalysen fungeret som en pilottest af den fremadrettede monitorering af de 13 nationale indikatorer for Sundhedsaftaler, som Sundhedsstyrelsen fremover vil stille til rådighed for kommuner og regioner.

1.6 Rapportens opbygning

Indsigterne fra den indsamlede empiri præsenteres tematisk. Afrapporteringen er disponeret tematisk efter de tre ovenstående hovedopgaver. Det betyder, at:

Kapitel 2 præsenterer praktikernes vurdering af Sundhedsaftalens status og virkning i den kliniske praksis. Kapitlet indeholder endvidere et afsnit, som sammenligner og diskuterer ligheder og forskelle imellem praktikernes og de formelle deltageres perspektiver.

Kapitel 3 præsenterer analysen af sundhedsaftalens samarbejdsstruktur.

Kapitel 4 præsenterer evalueringens indikatorordel.

Kapitel 5 samler op og præsenterer evalueringens konklusioner og anbefalinger. ■

2 Herunder repræsentanter for udviklingsgrupperne for hjælpemidler, træning og patientsikkerhed.

3 Herunder repræsentanter for udviklingsgrupperne for forebyggelse og sundhedsfremme, træning og patientsikkerhed.

4 Workshoppen med repræsentanter for kommunale og regionale aktører inden for mennesker med sindslidelser blev gennemført som led i et TSP-møde.

2 Sundhedsaftalens implikationer for klinisk praksis

Dette kapitel sammenfatter den kvalitative undersøgelse af Sundhedsaftalens betydning for ledere, koordinatore og andre fagpersoner fra den kliniske praksis. Fokus er således på, i hvor høj grad og hvordan aftalen er implementeret, samt hvordan den bruges og opfattes af de i dagligdagen ansvarlige medarbejdere. Først præsenteres udgangspunktet for de gennemførte interviews og workshops. Bagefter følger nedenstående to empiriske hovedafsnit, der præsenterer henholdsvis resultaterne fra det somatiske område⁵ og resultaterne fra det psykiatriske område.

Kapitlets sidste hovedafsnit samler op og diskuterer tværgående indsigter, konklusioner og anbefalinger.

2.1 Interviewenes udgangspunkt: Sundhedsaftalens beskrivelser af det tværsektorielle patientrettede samarbejde

Interviewenes formål har været at belyse, i hvilket omfang de relevante fagpersoner har taget Sundhedsaftalens principper

og aftaler til sig, og i hvor høj grad aftalens principper er implementeret i det daglige kliniske arbejde. Interviewene har derfor taget afsæt i de pixi-udgaver (1, 2) af Sundhedsaftalen, der er udarbejdet og uddelt til de relevante fagpersoner for at understøtte implementering og samarbejde. Pixi-udgaverne indeholder forløbsorienterede beskrivelser af aftaleparternes arbejdsdeling og forpligtelser på tværs af et indlæggelsesforløb. På overordnet niveau ser det ideelle forløb – og de tiltag, der er beskrevet i pixi-udgaven af Sundhedsaftalen – ud som i figur 1.

Det er samarbejdet omkring nedenstående forløb, som er belyst via de gennemførte interviews. Interviewene har således med stor detaljeringsgrad talt deltagerne igennem pixi-udgavernes idealforløb for at afdække, i hvilket omfang Sundhedsaftalen er implementeret, samt hvad fagpersonerne gør for at skabe sammenhængende forløb i praksis.

Figur 1: Den ideelle kommunikation og samarbejde omkring indlæggelses- og behandlingsforløb



⁵ Under fokusgruppeinterviewene viste det sig, at der var mange overlap imellem grupperne, fordi de patienter, der for alvor samarbejdes om, ofte er de sårbare patienter, der kræver ekstra koordination, dialog og opfølgning. Derfor præsenteres de to fokusområder samlet.

Metodiske forbehold

Der er to metodiske forbehold, som det er vigtigt at være opmærksom på i tolkning og brug af resultater fra interviews og workshops:

For det første er deltagerne erfarne, dvs. a) mindst fire års ansættelse i det område, de repræsenterer, og b) centralt placerede (for at sikre indsigt i historikken omkring Sundhedsaftalen og solid viden fra de områder, som aftalen skal være med til at regulere). Det betyder, at informanterne har større kendskab til Sundhedsaftalen end gennemsnittet af de fagpersoner, aftalen har relevans for.

For det andet giver undersøgelsen indblik i deltagernes subjektive vurderinger af Sundhedsaftalen og det tværsektorielle samarbejde. Det er DSI's vurdering, at der er tydelige mønstre i datamaterialet, hvorfor der er skabt et reelt billede af, hvordan erfarne praktikere og formelle deltagere fra samarbejdsorganisationen vurderer Sundhedsaftalen. Indsigterne er dog ikke valideret og efterprøvet systematisk. Udtalelser og konklusioner er derfor ikke nødvendigvis dækkende for hele 'virkeligheden' i Region Sjælland. På kommune- og afdelingsniveau vil der kunne findes variationer i forhold til informanternes perspektiver.

2.2 Sundhedsaftalen og det somatiske område

Hvad angår Sundhedsaftalens implementering på det somatiske område, er det karakteristisk, at kendskabet og brugen er tæt relateret til de nøglepersoner, der har ansvar for overleveling og modtagelse af patienter i forbindelse med sektorovergange. Jo mere involveret man er som fagperson eller leder, jo bedre kender man aftalen, og jo mere aktivt bruger man de rammer, som Sundhedsaftalen udstikker for samarbejdet. Interviewene indikerer således, at de kommunale visitatorer og erfarne sygeplejersker på fx medicinske og geriatriske afdelinger kender principperne for samarbejdet relativt godt. Til gengæld indikerer interviewene også, at hjemmesygeplejersker og mindre erfarne sygehusansatte plejepersonaler har et noget mere perifert forhold til Sundhedsaftalen.

Så længe de relevante nøglepersoner og funktioner er til stede og tilgængelige i det tværsektorielle samarbejde, oplever informanterne ikke det relativt snævre kendskab til Sundhedsaftalen som et problem. Imidlertid er det langt fra altid, at de erfarne fagpersoner er tilgængelige. Særlig blandt de kommunale myndighedspersoner er der derfor et ønske om, at der gøres mere for at udbrede kendskabet til aftalen og for at indlejre dens principper i alle aktørers daglige rutiner.

2.2.1 Successer og fortsatte implementeringsudfordringer

Mange af de interviewede oplever Sundhedsaftalen som en succes, fordi den a) bidrager til tydelighed omkring gensidige forpligtelser, b) har gjort det tydeligt hvem man samarbejder med, og hvordan man samarbejder, samt c) at der er gode guidelines til samarbejdet omkring komplekse udskrivinger:

"Det er blevet meget lettere med Sundhedsaftalen – vi ved hvem vi skal sende til, hvilke regler der er gældende. Og de [de kommunale myndighedsafdelinger] tager telefonen."

(Interview på sygehusområdet)

"Sundhedsaftalen gør, at det kommer ud over personlige diskussioner, fordi der er nogle fælles regler og rammer."

(Interview på det kommunale område)

Samtidig er informanterne enige om, at parterne i det store hele overholder de formelle frister for færdigmelding, varsling af udskrivelse, planlægningsmøder for særligt plejkrævende patienter og hjemtagning af plejkrævende borgere.

Endvidere oplever de sygehusansatte en positiv udvikling fra 1. generation af Sundhedsaftalen til 2. generation. De forhold, som specifikt bliver fremhævet, er fx, at fristen for færdigmelding af patienter er flyttet fra kl. 11 til kl. 13, samt at tre dages fristen for udskrivelse af patienter, der har været indlagt i mere end 24 timer, er fjernet. Fagpersonerne oplever, at disse forhold muliggør et mere fleksibelt samarbejde og kortere indlæggelser til gavn for patienterne.

Endelig oplever langt de fleste informanter, at der er en god gensidig respekt (7-9 på en skala hvor 10 er højest) og lydhørhed over for hinandens vurderinger i det tværsektorielle samarbejde. Informanterne forbinder ikke disse forhold direkte med Sundhedsaftalen, men den generelle oplevelse er, at respekten er forbedret i den periode, der har eksisteret sundhedsaftaler.

Interviewene viste dog også, at der fortsat er mange forhold, som gør, at der er lang vej fra Sundhedsaftalens beskrivelser af det ideelle samarbejde og den oplevede praksis blandt de fagprofessionelle. Disse forhold vil blive gennemgået i de følgende tematiserede afsnit.

2.2.2 Sundhedsaftalens betydning

Interviewene indikerer, at flertallet af informanter har et modsætningsfuldt forhold til Sundhedsaftalen: På den ene side understreger informanterne, at aftalen ikke er det primære for at få patientforløbene til at glide i praksis. Hverdagen er nemlig *"fuld af kompromis"* og *"når det daglige samarbejde kører, er Sundhedsaftalen ikke noget, man tænker over."* Samtidig er der enighed om, at de involverede aktører stort set overholder de formelle frister for færdigmelding af patienter, hjemtagning af plejkrævende patienter mm., som indgår i Sundhedsaftalen.

På den anden side ser fagpersonerne i høj grad Sundhedsaftalen som et *"rettighedsdokument"* eller *"regelværk, der kommer i brug, når noget går galt"*, eller når der fx er *"tvivl om frister og ansvarsfordelinger."* Dette gælder både på sygehusafdelingerne og i kommunalt regi.

De sygehusansatte omtaler således '24-timers reglen' som *"sygehusets ret til at få patienterne hjem inden for 24 timer"* og fortalte, at det ofte *"er et mål i sig selv at få ukomplicerede indlæggelser udskrevet inden for et døgn, således at de længere regler for varsling ikke træder i kraft"*, samt at:

"Det går for stærkt nogle gange. Når der kommer nye patienter ind, er der nogen andre, der skal ud. Der sker 'hovsaløsninger', når det skal gå stærkt og det giver dårlige udskrivinger."

(Interview på sygehusområdet).

På samme tid refererer de kommunale informanter til "kommunens ret til at have fem dage" til at forberede hjemtagning af komplicerede patienter, samt til at visitatorerne "aktivt bruger aftalen til at stille krav til de sygehusansatte som led i udskrivningssamarbejdet." Specielt fordi der er en udbredt oplevelse af, at sygehusene forsøger at presse kommunerne til at tage patienterne hurtigere hjem, end de er forpligtet til i henhold til Sundhedsaftalen. Som det fremgår af nedenstående citat, spiller de økonomiske incitamenter, der er indbygget i den kommunale medfinansiering, tilsyneladende en rolle i frontlinjemedarbejdernes samarbejde:

Interviewer: "I snakker meget om dem og os?"

Kommunal informant: "Ja, det er også sådan, det er. Det er en kamp om penge!"

Det er også i ovenstående regelperspektiv, at pixi-udgaverne af Sundhedsaftalen finder anvendelse: De informanter, der kender pixi-udgaven (ca. halvdelen), er således meget tilfredse, fordi de netop har fået en overskuelig oversigt over de frister og forpligtelser, som de involverede aktører har i patientforløbet. Det er i den forbindelse markant, at alle de kommunale visitatorer blandt informanterne kendte og brugte pixi-udgaven i deres daglige arbejde. Informanterne fra de to kommunale interviews fortalte fx at:

"Pixi-bogen fungerer som en daglig bibel for visitationen. Vi har tasken fuld og deler den ud på sygehuset. For der er mange, der ikke kender den."

Samt at:

"Pixi-bogen er rigtig god – det ville være rart, hvis alle kendte og brugte den på sygehuset."

Sygehusinterviewene bekræfter indtrykket af, at kendskabet til pixi-udgaven – ligesom bevidstheden om Sundhedsaftalens regelværk – generelt er mindre blandt de sygehusansatte informanter end hos de kommunale visitatorer.

Det skal dog tilføjes, at der også var kommunale informanter, der oplevede, at deres primære sygehusafdelinger havde styr på aftalerne (de geriatriske afdelinger blev flere gange fremhævet som et foregangseksempel på, hvordan tingene skal gøres)⁶, samt sygehusansatte fagpersoner, der detaljeret redegjorde for,

hvordan Sundhedsaftalens principper er indlejret i afdelingens faste rutiner.

2.2.3 Tilgængelighed og kontaktpersoner

Det er i Sundhedsaftalens pixi-udgave specificeret, at sygehuset og den kommunale visitationsenhed træffes hverdage mellem kl. 8-15. De interviewede lægger stor vægt på denne tilgængelighed og er glade for, at adgangen til hinanden er blevet bedre i perioden med Sundhedsaftalen. Men der er stadig rum for forbedring. De sygehusansatte nævner således eksempler på visitationsenheder der:

- Ikke overholder den aftale åbningstid
- Sætter telefonsvarer på, når de holder møder eller er på temadage og lignende
- Bemander telefonen med HK-personale, der ikke er i stand til at hjælpe eller tage imod/videregive en kvalificeret besked.

Det sidste forhold blev også berørt af de kommunale visitatorer, der fortalte, at der mange steder sker:

"Nedskæringer i visitationen, fordi systemet er presset. Ikke alt personale er lige kvalificeret. Husker derfor ikke alle de relevante detaljer, som er vigtige for den gode udskrivelse."

(Interview på det kommunale område)

De sygehusansatte og visitatorernes største problem vedrørende kommunikationen består imidlertid ifølge informanterne i, at visitationen ofte har svært ved at leve op til den kontaktfunktion, der er aftalt i Sundhedsaftalen. Oplevelsen på tværs af interviewene er således, at visitatorerne er for langt fra borgerne, "fordi de kun ved, hvad der står på skærmen." I særligt sårbare patienters forløb har alle parter derfor et ønske om at få hjemmesygeplejen mere direkte på banen som tovholder for patienten.

Det er til gengæld også den eneste kontaktpersonfunktion, der efterspørges. Fagpersonerne er nemlig enige om, at deres behov for kontaktpersoner er lille: For dem handler det mere om, at der er adgang til en kvalificeret/erfaren fagperson i den anden ende, og når det er tilfældet, plejer tingene at gå, som de skal. De kommunale informanter oplever således altid, at der er nogen, der tager telefonen, når de ringer til sygehusafdelingerne – og at dem, der tager telefonen, er i stand til at hjælpe. Også selvom vedkommende ikke er formel kontaktperson.

Endvidere var der på tværs af interviewene enighed om, at de kontaktpersonordninger, der er aftalt i Sundhedsaftalen, kun er sporadisk implementeret, samt at ordningerne oftest kører mere af navn end af gavn⁷. Interviewene indikerer, at den skriftlige/elektroniske kontakt mellem sygehuse og kommuner

6 Indlæggelserne på de geriatriske afdelinger er ifølge informanterne ofte længere end på de andre somatiske afdelinger. Der er således mere tid til at planlægge udskrivelser.

7 Igen udgør de geriatriske afdelinger en undtagelse: her fortæller informanterne, at hver patient har et team af tre kontaktpersoner, hvoraf en er læge.

ikke er systematisk udviklet. Der blev således ikke givet nogen eksempler på brug af sikre afdelingsmails eller lignende i kommunikationen. De eksempler på skriftlig kommunikation, der blev nævnt, var i stedet knyttet til brug af personlige mailadresser – selvom de interviewede var bevidste om, at e-mailkommunikation risikerer at skabe brud på persondataloven (som søges undgået ved ikke at bruge cpr-numre), og at kommunikationskæden er sårbar overfor sygdom og lignende.

2.2.4 Samarbejde og informationsudveksling i forbindelse med indlæggelse

Medicinoplysninger fra indlæggende læge

Sygehusinformanterne oplever generelt ikke, at de får de informationer om kroniske sygdomme og medicin, som den indlæggende læge er forpligtet til at videregive. De manglende oplysninger betyder dels, at sygehuset ofte starter med at arbejde ud fra gamle medicinoplysninger fra sygehusets journaler, dels at sygehusansatte ofte må bruge tid på at kontakte patientens egen læge personligt for at indhente de relevante oplysninger. Informanterne var enige om, at det ofte er i denne opstartsfasen på sygehuset, at der skabes uoverensstemmelser i de medicinlister, som i sidste ende udsendes fra sygehuset. De interviewede oplyste, at de afventer det elektroniske medicinkort til at løse problematikken.

Udsendelse af indlæggelsesadvis og tilbagemelding om plejkrævende borgere

De kommunale visitatorer oplever, at indlæggelsesadvis kommer som aftalt, og det bliver fremhævet, at nogle specialafdelinger (fx geriatrike) systematisk informerer kommunerne om indlagte patienter via telefonen og har en løbende opfølgning på forløbet. Til gengæld er informanterne – på tværs af sektorgrænser – enige om, at der i kommunerne ikke er nogen struktur, der sikrer, at sygehuset automatisk får oplysninger retur omkring plejkrævende borgere. Informanterne fortæller dels, at der *”ikke er anvist nogen måde at gøre det på”*, dels at de ikke sender noget til sygehuset, før de er sikre på, at der er indhentet samtykke fra patienten.

Hvis sygehuset skal modtage de oplysninger om plejkrævende borgere, som er aftalt i Sundhedsaftalen, kræver det ifølge informanterne en personlig kontakt, hvilket sker sjældent og usystematisk.

Fra regionens side har der været udarbejdet en samarbejdsblanket, som skulle medvirke til, at de relevante oplysninger blev udvekslet. Den er dog afskaffet som følge af utilfredshed med indhold, uklare arbejdsgange og manglende udbredelse. Mange informanter bakker op om beslutningen, men der er informanter (kommuner og sygehuse i syd), som stadig bruger blanketten og har stor glæde heraf, dels fordi den starter den aftalte informationsudveksling på en systematisk måde, dels fordi den giver en god struktur på tidsplanen for udskrivninger.

2.2.5 Samarbejde og informationsudveksling ved udskrivelse

Det tværsektorielle samarbejde ved udskrivelse står som en central kilde til frustration i de gennemførte interviews. De centrale emner, som fremkom i de gennemførte interviews, præsenteres i de næste fem underafsnit.

Afklaring af ændringer i funktionsniveau

Det første emne knytter sig til afklaringen af patienternes funktionsniveau før, under og efter indlæggelse. De kommunale informanter udtrykte i den forbindelse frustration over, at de:

”Oplever patienter, der meldes hjem med uændret funktionsniveau, som slet ingenting kan. De bliver kaldt for ukomplerede, men i virkeligheden er de meget komplekse.”

(Interview på det kommunale område)

De sygehusansatte informanter har forståelse for kommunens behov for en afklaring af funktionsniveau. Til gengæld påpeger de også, at der, især for de mest sårbare ældre patienter, er en række forhold, som gør det svært at imødekomme kommunernes behov for afklaring af niveauet:

- For det første har sygehuset (eftersom den aftalte informationskæde ikke går i gang ved indlæggelse) ofte svært ved at finde ud af, hvad patientens funktionsniveau var forud for indlæggelsen.
- For det andet er funktionsniveauet ikke en entydig størrelse, når det kommer til ældre og sårbare patienter: Nogle patienter blomstrer op og får det bedre, når de bliver indlagt og omvendt. På samme måde er der patienter, der blomstrer op og får det bedre, når de kommer hjem fra sygehuset til vante omgivelser og omvendt.
- For det tredje er det ofte svært at afklare, hvor funktionsniveauet ender forud for udskrivelsen: I de korte forløb når niveauet sjældent at falde på plads før udskrivelsen, og når der er tale om lange forløb, ændres prognosen ofte undervejs i forløbet – fx ved forværring eller pådragelse af ny sygdom.
- For det fjerde er der forskel på sprog og fokus på tværs af kommune og sygehus, hvilket kan være en kilde til misforståelser. Særligt når ikke erfarent personale – eller fagpersoner der ikke kender hinanden – kommunikerer.

Planmøder om den komplicerede udskrivning

Udskrivningskonferencer, der samler relevante aktører, patient og pårørende, er udset til at være et centralt redskab til at skabe sammenhæng og koordination i de mest komplekse forløb. Interviewene viser dog, at der er væsentlige udfordringer for afholdelsen og udbyttet af disse møder:

For det første er afstandene i sundhedsvæsenet blevet større. Det betyder, at et planmøde ofte lægger beslag på så mange kommunale medarbejderressourcer, at kommunerne

oftest undlader at deltage i mødet, hvis afstanden til sygehuset er stor. I stedet tages dialogen over telefonen. Informanterne vurderer, at dette godt kan fungere, så længe parterne er erfarne og velforberedte på samtalen.

For det andet oplever de kommunale informanter, at sygehusets deltagere i planmøderne ofte ikke kender borgeren, eller at det deltagende personale er uerfarent eller mangler kompetencer (elever og social- og sundhedsassistenter). Dette ser informanterne som udtryk for, at afdelingerne nedprioriterer mødet. De kommunale visitatorer oplever derfor, at de er nødt til at kompensere på de afholdte møder. Det sker fx ved, at de "overtager" mødet og "sikrer", at der tages stilling til de rette ting, samt at de via relativt detaljerede tjeklister tjekker op på, om afdelingen har styr på forløb, funktionsniveau og lignende.

For det tredje fylder 'datospillet' en del, og sygehusinformanterne fortæller, at det ofte er her, problemerne med at finde de rigtige mødedeltagere begynder, fordi de oplever, at kommunerne insisterer på bestemte dage eller tidspunkter. Ca. halvdelen af informanterne fortæller, at det altid prioriteres at sætte en erfaren sygeplejerske på planmøderne, mens den anden halvdel vurderer, at det er en opgave, som social- og sundhedsassistenter fint kan varetage. Samtidig har flere sygehusinformanter en ubehagelig oplevelse af at være til eksamen, når de kommunale deltagere spørger meget detaljeret ind til udredning og behandling på sygehuset. Enkelte nævner også eksempler på visitatorer, der bliver aggressive over for sygehusets personale og forsøger at påvirke det specialiserede kliniske arbejde, som er sygehusets ansvar.

Ovenstående udfordringer illustrerer, at udskrivningskonferencen på mange måder er et værktøj, der passer dårligt ind i de eksisterende samarbejdsstrukturer. Samtidig indikerer interviewene, at samarbejdspartnerne i lille omfang har adopteret Sundhedsaftalens anbefalinger om at reservere faste mødetidspunkter og medarbejderressourcer til møderne. Disse forhold betyder dels, at der ifølge informanterne ikke afholdes ret mange konferencer, dels at personalet opererer med forskellige strategier for at kompensere for de manglende konferencer.

Disse strategier har fordele og ulemper. Fx sparer telefonmøder i stedet for ansigt-til-ansigt møder tid på landevejene, men bevirker, at det bliver sværere at involvere patienter og pårørende som en aktiv part i udskrivningen.

Undgå urealistiske forventninger om kommunale tilbud

Det har tidligere givet anledning til irritation sektorerne imellem, at sygehusansatte under indlæggelsen forholdt sig aktivt til, hvilke kommunale tilbud der kunne være passende for patienterne – fx ved at anbefale kommunale aflastningspladser eller tilbud om intensiv træning. Det er derfor i Sundhedsaftalen tydeligt anført, at: *"Der må under sygehusopholdet ikke skabes forventninger hos patienten eller dennes pårørende om konkrete kommunale tilbud, som patienten rent faktisk*

ikke er blevet visiteret til, idet det er kommunen, der alene har kompetencen til at afgøre, hvilke foranstaltninger der skal tilbydes patienten efter udskrivningen."

Adspurgt om dette fortæller de sygehusansatte, at de er meget opmærksomme på ikke at love patienter og pårørende noget specifikt om, hvad der skal ske i tiden efter indlæggelsen. Det betyder ikke, at de ikke har meninger om, hvad der bør sættes i værk, men disse drøftes primært med de kommunale visitatorer. Og der oplever informanterne fra begge sektorer generelt en god dialog og lydhørhed. De interviewede fra kommunerne oplever dog stadig, at sygehuset er med til at skabe forventninger, fx om at patienten kan få en aflastningsplads eller intensiv træning efter en apopleksi⁸.

Informanterne på begge sider af samarbejdet gør opmærksom på, at problemstillingen omkring forventninger ofte udspringer af et stigende forventningspres fra pårørende, som medarbejderne i begge sektorer oplever svært at håndtere.

Håndtering af medicin

Arbejdet med at sikre opdateret viden om patientens medicin er arbejdskrævende og en kilde til frustration i alle tre sektorer. Alle informanter er opmærksomme på problematikken, og alle har store forhåbninger om, at det fælles medicinkort vil lette arbejdet og mindske antallet af fejl.

De kommunale hjemmesygeplejersker, som deltog i interviews, fremhæver dog et andet problem i forbindelse med de borgere, der skal have hjælp til medicinadministration: Når sygehusene kun giver borgerne medicin med til 24 timer efter udskrivelsen, bliver tidsplanen i hjemmesygeplejen presset, og det medfører en række ekstra opgaver og forgæves besøg for sygeplejen samt situationer, hvor borgerne må springe doser over.

De kommunale informanter fortæller, at sygehusene normalt er lydhøre, når de får at vide, hvilke problemer den gældende praksis medfører i kommunen. Derfor er der flere steder lavet 'lokumsaftaler', som sikrer, at patienterne (imod gældende regler) får medicin hjem til et par ekstra hverdage. Informanterne opfatter dog reglen om kun at give medicin med hjem til et døgn som et eksempel på uhensigtsmæssig kassetænkning, der medfører en samlet dårligere ressourceudnyttelse. De kommunale informanter opfordrer derfor aftaleparterne bag Sundhedsaftalen til at undersøge muligheden for en mere hensigtsmæssig praksis.

Genoptræning

Informanternes overordnede indtryk er, at genoptræningsrådet fungerer relativt autonomt fra informanternes enheder, samt at samarbejdet i det store hele fungerer godt. Kommunerne oplever dog at være presset af en stor meraktivitet på området, og sygehusinformanterne kunne godt tænke sig, at flere borgere med langvarig sygdom havde adgang til vedligeholdende træning.

8 Ifølge de kommunale informanter er det særligt på apopleksi- og demensområdet, at kommunerne har svært ved at overholde sine forpligtelser.

På tværs af sektorer er der en opfattelse af, at mange patienter får uhensigtsmæssige funktionstab, fordi der går for lang tid (ifølge informanterne 2-3 uger) fra udskrivelsen til genoptræningen starter i kommunen. Det er i mange tilfælde (især når det drejer sig om sårbare patienter) nok til at give væsentlige funktionstab, samtidig med at det giver en oplevelse af spildt arbejde på sygehuset. Derfor kunne informanterne godt tænke sig en mulighed for at differentiere og koordinere samarbejdet omkring genoptræning mere, fx ved at der var mulighed for at have et 'fast track' for patienter, hvor det er særligt vigtigt, at der ikke er ophold i træningsforløbet (3).

2.2.6 Praktikernes forslag til Sundhedsaftalens aftaleparter

Informanterne har erfaringer med en række konkrete tiltag, som de sammen ønsker videregivet til aftaleparterne bag Sundhedsaftalen. Det sker i nedenstående afsnit.

Ens kommunikationsredskaber og drift frem for lokal praksis og midlertidige projekter

Ens henvisningsblanketter til kommunale tilbud om patientrettet forebyggelse og færre midlertidige indsatser, som popper op og forsvinder igen, står højt på informanternes ønskeliste. Derfor ønsker de, at fremtidige sundhedsaftaler i højere grad bliver et samlingspunkt for fælles og forpligtende udviklingssamarbejder på tværs af regionens geografi.

Mere fremskudt visitation

Fremskudt kommunal visitation bliver meget konsistent fremhævet som en løsning, der forbedrer alle parternes oplevelse af udskrivningssamarbejdet. Dels på grund af muligheden for et mere målrettet samarbejde omkring de sårbare patienter, dels fordi de mere faste samarbejdsrelationer skaber grobund for gensidig forståelse og respekt for hinandens arbejdsvilkår og behov.

De sygehusansatte oplever fx, at de får en offensiv og pålidelig medspiller, som hjælper med at identificere sårbare patienter på afdelingen og sætter sig godt ind i, hvordan borgerens hjemlige situation og funktion er, og altid vender tilbage som aftalt. Samtidig oplever de informanter, der har erfaring med fremskudt visitation, en mere enkel kommunikation, fordi visitatoren fungerer som koordinerende omdrejningspunkt for forløbet.

Adspurgt om evt. faldgruber understreger de kommunale informanter, at det er vigtigt at bevare tilknytningen til kommunen og respekten for det vedtagne serviceniveau. De anbefaler derfor ordninger, hvor visitatorerne 'bor' i kommunen, men har fast gang på relevante afdelinger.

Mulighed for dialog om samarbejde og oplevede problemer

Flere informanter har gode erfaringer med at lade nøglepersoner mødes en til to gange om året og drøfte parternes arbejdsdeling, opfølgning og dialog. Møderne giver mulighed for at drøfte nogle af de forhold, man ikke når i hverdagen, og over tid oplever informanterne, at respekt og oplevelsen af at være en del af samme forløb øges.

Set i forhold til en bredere medarbejderskare vurderer informanterne, at fælles skolebænk konceptet⁹ – ved at samle relevante nøglepersoner på tværs af sektorer – rummer muligheder for at fremme et forløbsorienteret samarbejde. Fx når det kommer til implementering af forløbsprogrammer eller samarbejde om opfølgende hjemmebesøg.

Et mere eksplicit fokus på implementering af Sundhedsaftalen

Informanterne oplever generelt ikke, at der er gjort meget for at forklare Sundhedsaftalen for dem, ligesom der heller ikke har været meget fokus på systematisk implementering af aftalens principper. Fx var der mange, som aldrig har set pixi-udgaven – og mange af dem, der havde, som blot havde fået den lagt i sit dueslag uden yderligere forklaring. Den typiske måde at informere om en ny generation af Sundhedsaftalen er ifølge informanterne frivillige gå hjem-møder.

Informanterne fortæller herudover, at deres nærmeste ledere er dem, der informerer, når der er aftalt noget nyt, samt dem der (ligesom aftalen) kommer på banen, når "vi laver fejl" eller "når noget går galt". Endvidere sidder en del lokale ledere med i lokale fora, hvor samarbejdet om Sundhedsaftalen drøftes. Informanterne oplever imidlertid ikke, at deres nærmeste ledere spiller en aktiv rolle i implementeringen af Sundhedsaftalen, og selvom der er nogle tilbagemeldinger, oplever informanterne ikke, at informationsniveauet er specielt højt.

I forlængelse af ovenstående perspektiver var der informanter, som gav eksempler på, hvordan ansvarspersoner i deres enheder bidrager til implementering af aftalen – fx:

- Ved at lave laminerede lommekort, der fungerer som tjekliste for de ting, der skal huskes ved henholdsvis ukomplicerede og komplicerede udskrivelser
- Udarbejde labels, som sættes på forsiden af patientens journal, hvor alle sygehusets forpligtelser forud for udskrivning skal være tjekket af, inden patienten kan udskrives
- Sørge for at hele afdelingen er forsynet med pixi-udgaver, samt at pjecerne er gennemgået og diskuteret.

9 Fælles skolebænk er et undervisningskoncept, der samler personale fra primær og sekundær sektor til fælles undervisning og erfaringsudveksling inden for et relevant fagligt område – fx indføring i et forløbsprogram og opgaver og samarbejde i kronikerbehandlingen. Konceptet udbredes i øjeblikket i flere regioner ved hjælp af midler fra 'kronikerpuljen, og de foreløbige erfaringer er, at konceptet er effektivt i forhold til implementering af forløbsprogrammer, opbygning af fælles viden, gensidig respekt i samarbejdet og forståelse for hinandens arbejdsvilkår. Se fx: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/37CE285E-09B2-421A-9E9B-A27325543242/0/Pjece.pdf>

Informanterne anbefaler derfor, at brugen af ansvarspersoner udbredes, samt at de gode redskaber, der er lavet rundt omkring, bliver delt, så alle ikke sidder og opfinder deres egen dybe tallerken.

Øget fokus på pårørendes forventninger og inddragelse af pårørende/patienters egne ressourcer

I lyset af det forventningspres, som informanterne oplever, er der et udpræget ønske om, at aftaleparterne bag Sundhedsaftalen (ikke mindst på det politiske niveau) fremadrettet er opmærksomme på ikke at skabe urealistiske forventninger hos pårørende.

Endvidere var der en del informanter, der efterlyste et større fokus på at aktivere pårørende og patienters egne ressourcer som led i behandlingen. Dels fordi der var en vis træthed overfor, at mange pårørende og patienters forventninger ikke matcher det, sundhedsvæsenet kan tilbyde, dels fordi informanterne så et behov for at aflaste sundhedsvæsenet¹⁰.

Teknologi til fjernkonferencer, så der kan holdes flere gode planmøder

I lyset af de større geografiske afstande anbefaler informanterne, at den hidtidige praksis omkring planmøder med fysisk fremmøde gentænkes. Informanterne vurderer i den forbindelse, at der vil blive holdt flere møder med større udbytte, hvis der kommer adgang til fjernmødefaciliteter. Enkelte fortæller, at udstyret allerede er indkøbt og installeret i deres enhed, men at det ikke bruges, fordi de relevante samarbejdsparter ikke har samme faciliteter.

Afrunding

Som det fremgår, har praktikerne mange forslag til ændringer, der kan gøre det lettere at arbejde i henhold til Sundhedsaftalen. Disse er efterfølgende blevet valideret og drøftet med deltagere fra den formelle samarbejdsorganisation. Resultaterne af disse workshops præsenteres i det nedenstående afsnit.

2.3 Sammenligning på tværs af det somatiske område

I forlængelse af de gennemførte 'praktiker'-interviews afholdt DSI to erfaringsworkshops med deltagere fra tværgående udviklingsgrupper og lokale samarbejdsfora for det somatiske område, der er skabt for at understøtte Sundhedsaftalens udvikling og implementering. Disse workshops afdækkede, om der var sammenhæng imellem praktikerens og de formelle deltageres vurderinger af Sundhedsaftalen. Workshopperne er endvidere brugt til at diskutere, hvad der kunne gøres for at understøtte implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led. Resultatet af disse aktiviteter opsummeres i tabel 3, der sammenligner praktikerens hovedpointer med hovedpointer fra de gennemførte workshops. Som det fremgår af Tabel 3 side 19, var der på tværs af informanterne stor enighed i vurderingen af Sundhedsaftalens succeser, betydning, udfordringer for implementering og fremadrettede ønsker. Denne enighed giver et godt afsæt for det videre arbejde med implementering af Sundhedsaftalen, fordi den giver mulighed for at igangsætte aktiviteter, der opleves relevante for alle involverede parter.

Det ses dog også, at de formelle deltagere har en bedre forståelse for historikken og strategierne bag Sundhedsaftalen, mens praktikerne i højere grad fokuserer på den dagligdag, der skal fungere. Derfor er der også en tendens til, at praktikerne er mere negative i deres vurderinger, mens de formelle deltagere i højere grad fokuserer på de positive processer og langsigtede muligheder, som de forbinder med Sundhedsaftalen.

Det er DSI's vurdering, at de to niveauer på mange måder har mulighed for at supplere hinanden, særligt hvis der arbejdes med at skabe rummelighed i forhold til at forstå hinandens perspektiver. Det er således, som vi senere skal komme ind på, ikke blot et spørgsmål om, at ledelsesniveauet skal forklare visionen om Sundhedsaftalen for praktikerne.

10 Det var altså ikke innovationer inden for patientinddragelse eller patient empowerment, der lå bag ønsket.

Tabel 3: Opsummering af hovedpointer på tværs af somatikken

	Interview somatik	Workshops 1 +2
Succes'er	<p>Fælles regler og rammer som letter samarbejdet.</p> <p>Bedre respekt i samarbejdet.</p> <p>Formelle frister overholdes stort set.</p> <p>Mere fleksibilitet i forhold til varsling af udskrivning.</p> <p>Pixi-udgaven er god.</p> <p>Godt med tværsektorielle dialogforum.</p>	<p>Samarbejde om plejekrævende patienter og indsatsen på genoptræningsområdet har fået tiltrængt løft.</p> <p>Bedre respekt i samarbejdet. De første skridt med at bygge bro over gamle fjendebilleder er taget.</p> <p>2. generation af Sundhedsaftalen har skabt politisk ejerskab.</p> <p>Tværgående udviklingsgrupper og forum til problemløsning er et godt udgangspunkt for udvikling og øget medejerskab blandt klinikere.</p>
Betydning	<p>Et regel- og rettighedsværk, der sætter rammer for, hvem der gør hvad. Bruges primært, når noget går galt, eller når der er tvivl.</p>	<p>Et regel- og rettighedsværk, der nok mest taler til ledelsesniveauet. Ikke helt kommet ud til frontlinjen.</p>
Implementeringsudfordringer	<p>Frister bruges som rettighed (først og fremmest et redskab for kommunale visitatorer).</p> <p>Manglende udbredelse og kendskab.</p> <p>Tværgående kontaktpersoner ikke implementeret.</p> <p>Mangel på systematisk og sikker it-kommunikation.</p> <p>Afklaring af funktionsniveau før, under og efter indlæggelse.</p> <p>Stadig mange pårørende og patienter der har urealistiske forventninger til den kommunale service, men problemet henføres i mindre grad til forventninger, der er skabt af sygehusets personale.</p> <p>Svært at afholde udbytterige planmøder på grund af geografi og mangel på ressourcer.</p> <p>Ventetid på kommunal genoptræning som følge af meraktivitet.</p> <p>Manglende kobling til almen praksis.</p>	<p>Bekræfter at 24 timers og 5 dages varslingsfrister ofte bruges som minimumsrettighed.</p> <p>Omlægninger og centralisering øger behovet for ensartethed.</p> <p>Afklaring af funktionsniveau før, under og efter indlæggelse.</p> <p>Sundhedsaftalen er formuleret som et ideal. Den beskriver ikke processen.</p> <p>Pårørende og patienter har ofte urealistiske forventninger til indsatsen.</p> <p>Kapacitetsproblemer giver ventetid på kommunal træning.</p> <p>Incitamenter der modarbejder intentionen med Sundhedsaftalen.</p> <p>Manglende kobling til almen praksis.</p> <p>”Underdog”-problematik sektorerne imellem.</p>
Ønsker til fremtidige sundhedsaftaler	<p>Færre projekter og mere drift.</p> <p>Mere standardisering af snitflader og kommunikationsredskaber.</p> <p>Et mere eksplicit fokus på implementering.</p> <p>Fokus på at give pårørende og patienter et realistisk billede af serviceniveauet samt aktivering af pårørendes ressourcer.</p> <p>Positive overfor aktiviteter der øger forståelsen for hinandens arbejdsvilkår/ansvarstagen for en bredere del af patientforløbet.</p> <p>Bedre kobling til almen praksis.</p> <p>Mere fremskudt visitation og teknologi, der kompenserer for øgede afstande.</p>	<p>Færre projekter og mere drift.</p> <p>Mere standardisering af snitflader og kommunikationsredskaber.</p> <p>Et mere eksplicit fokus på implementering via lokal ledelsesforankring.</p> <p>Fokus på hvordan pårørende og patienters egne ressourcer skal aktiveres.</p> <p>Fokus på videndeling og forståelse for hinandens rammevilkår.</p> <p>Bedre kobling til almen praksis.</p> <p>Weekender og helligdage tæller med i varslingsregler.</p> <p>Aftale der understøtter innovation og kreativitet frem for stive regler: fx at koordinere forskellige operationstyper på tværs af kommuner og aftale et samlet forløb, som sikrer operation og træning uden ventetider og rationel ressourceudnyttelse.</p>

2.4 Sundhedsaftalen og det psykiatriske område

Hvad angår Sundhedsaftalens implementering på det psykiatriske område, er det karakteristisk, at kendskabet og brugen er mindre udbredt end i det somatiske. Samtidig er der både succeser og udfordringer, der er genkendelige fra somatikken og udfordringer, der er særlige for mennesker med sindslidelser.

På de somatiske områder er der to hovedaktører i forbindelse med Sundhedsaftalen: kommuner og sygehuse. Psykiatrien er også i Sundhedsaftalen beskrevet som havende to hovedaktører i kommuner og sygehuse. Administrativt og ledelsesmæssigt er distriktspsykiatrien en del af sygehuspsykiatrien, om end der er forskelle på organiseringen i Region Sjælland. Nogle steder er distrikts- og sygehuspsykiatri mere integreret end andre. Selvom den stationære behandlingspsykiatri og den ambulante distriktspsykiatri formelt indgår i samme organisation med fælles ledelse og fælles journaler, har medarbejderne på det udførende niveau imidlertid forskellige opgaver, arbejdsbetingelser og ansvar i det tværsektorielle samarbejde. Derfor har DSI valgt at opdele informanterne i analysen af de udførende led i sygehuspsykiatrien i henholdsvis distrikts- og sygehuspsykiatri.

Det generelle indtryk fra interviewene er, at distriktspsykiatrien lægger sig midt imellem de opgaver og ansvarsområder, som er beskrevet for kommuner og sygehuse i Sundhedsaftalen. På det psykiatriske område er det således muligt at se tre aktørgrupper, der ser sig selv som omfattet af det koordinationsarbejde Sundhedsaftalen lægger op til: behandlingspsykiatrien på sygehuset, distriktspsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri¹¹.

2.4.1 Succeser og fortsatte implementeringsudfordringer

For nogle er Sundhedsaftalen en succes, fordi den bidrager til tydelighed og saglighed:

"Sundhedsaftalen betyder at vi kommer tidligere på banen end før – tingene bliver gjort mere fagligt. Vi oplever, at der ikke er så meget skældud som tidligere. For der er fælles regler og rammer, som vi kender. Det er dejligt."

(Interview på sygehusområdet)

Flertallet ser dog ikke Sundhedsaftalen som et redskab, der fremmer god gensidig respekt og godt samarbejde, men de fleste oplever, at der i de personlige faglige relationer er en relativt høj grad af gensidig respekt (7-9 på en skala, hvor 10 er højest), og at dette er befordrende for et godt samarbejde.

Frontlinjemedarbejderne oplever også selv, at de dagligt lykkes med at gøre en indsats, der skaber bedre koordination for mennesker med sindslidelser. Endvidere viste interviewene,

at der er en række udfordringer for Sundhedsaftalens fortsatte implementering. Disse vil blive gennemgået i de følgende tematiserede afsnit.

2.4.2 Sundhedsaftalens betydning

Blandt frontlinjemedarbejderne fylder Sundhedsaftalen ikke så meget. Den generelle oplevelse er, at det ikke i særlig høj grad er en aftale, man taler om i praksis. Holdningen er, at hvis tingene kører godt, tager de ikke fat i Sundhedsaftalen. Nogle af de interviewede kendte på forhånd Sundhedsaftalen og havde pixi-udgaven af den. Flertallet af informanter havde dog ikke hørt om pixi-udgaven, og nogle mente, at de havde kolleger, der ikke havde hørt om Sundhedsaftalen.

Samtidig er der på tværs af informanter og aktører en udbredt frustration over, at det kniber med at omsætte Sundhedsaftalens intentioner til praksis. Frustrationerne handler blandt andet om manglende information, manglende tilgængelighed og manglende mulighed for at leve op til Sundhedsaftalen, fx hvad angår tovholdere og koordination på tværs af forskellige behandlings- og sociale handleplaner. Flere mener desuden, at Sundhedsaftalen i sin nuværende form ikke fremstår som vedkommende, fordi der er så langt mellem aftaleparir og praksis.

2.4.3 Informationsudveksling ved indlæggelse

De interviewede oplever, at der mangler formelle systemer, der sikrer målrettet og rettidig udveksling af information.

Oplevelsen på sygehuset er, at patienten og pårørende oftest spiller den vigtigste rolle for information, når patienten indlægges og udskrives, frem for indlæggende læge og eksisterende journaler. Fx at patienterne selv er den bedste kilde til, hvilken medicin de tager, da sygehusets informationer herom ikke er opdaterede. Ifølge Sundhedsaftalens pixi-udgave skal den indlæggende praktiserende læge eller vagtlæge skrive relevante forhold om medicin (samt cpr-nummer, navn og kroniske sygdomme) på indlæggelsessedlen. En sådan videregivelse af oplysninger om medicin sker dog ikke systematisk. Ifølge sygehusinformanterne indlægges en stor del af patienterne endvidere fra den psykiatriske skadestue. De interviewede oplyste, at de afventer det elektroniske medicinkort til at løse problematikken med manglende opdaterede medicinoplysninger.

Ifølge aktørerne i distriktspsykiatrien er det deres rolle at informere sygehuset, når tilknyttede patienter indlægges. Samtidig oplever flere, at der godt kan udvikle sig en situation, hvor den ene part venter på, at den anden skal tage initiativ til information. For at få information om, at deres patienter er blevet indlagt, kigger de dagligt lister fra afdelingerne igennem for at se, om nogen af 'deres' er kommet ind. Er de fraværende, udføres dette tjek på deres patienter ikke. Aktørerne i distriktspsykiatrien oplever, at deres muligheder for at informere sygehuset

11 "Kommunal socialpsykiatri" anvendes her som et begreb, der dækker alle psykiatrilaterede forhold i kommunerne. Dette er dog ikke helt dækkende, da kommunerne i forhold til mennesker med sindslidelser har opgaver omkring: sociale støtteordninger, bo-, aktivitets- og træningstilbud, beskæftigelse, uddannelse, omsorg, pleje, sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, netværksdannelse og rehabilitering. Alle disse opgaver er ikke nødvendigvis omfattet af, hvad man i og uden for kommunerne betragter som "det sociale område".

ved indlæggelse af tilknyttede patienter afhænger af: 1) geografisk nærhed til afdelingen – om den fx ligger lige ved siden af, 2) om de har en personlig relation til de ansatte på afdelingen, og 3) om de er socialrådgivere, og der er en socialrådgiver på afdelingen, de har netværk med. Det fælles journalsystem gør i øvrigt, at de i distriktspsykiatrien kan holde sig løbende opdateret om de indlagte patienter. Den fælles journal bliver derfor fremhævet som en stor fordel.

2.4.4 Informationsudveksling ved udskrivelse

Angående information om udskrivelse bliver distriktspsykiatrien, ifølge informanterne, orienteret personligt via e-mail, når det er en fagperson på sygehuset, de kender. Det fungerer i samarbejdets ånd. Når de ikke informeres, oplever de, at det kan skabe samarbejdsvanskeligheder. E-mails sendes altså til personlige indbakker. Det er forskelligt, om de anvender 'out of office reply'. Nogle anvender denne ved ferie. Det er derimod ikke almindeligt at anvende den ved 1 dags fravær eller ved sygdom¹².

Hvad angår information om udskrivelse til kommunen, sendes der et avis til den kommunale visitator, der sidder i myndighedsafdelingen, som organisatorisk sidder et andet sted i kommunen end de fagpersoner, der skal tage ansvar for borgeren. Ifølge informanterne er avis-systemet aldrig kommet op at stå til andre end de kommunale visitationsenheder. Socialpsykiatriens frontlinjemedarbejdere på kommunale bosteder oplever i den forbindelse ofte, at informationen ikke sendes videre fra visitationen, og at de derfor mangler information om, at deres beboere udskrives efter indlæggelse. Eller også modtager de informationen lang tid efter, at beboeren er kommet hjem. "Det er ikke altid, den kunstneriske udførelse er så smuk". Nogle får dog information om udskrivelse ved, at sygehusafdelinger ringer og adviserer dem.

2.4.5 Kommunikation og kontaktpersoner

Hvad angår kommunikation og kontaktpersoners rolle afspejler Sundhedsaftalen en tydelig vision om at sikre entydige kommunikationsveje for de ofte sårbare mennesker med sindslidelser og deres fagpersoner. I pixi-udgaven af Sundhedsaftalen står således, at: "Kommunikation mellem sygehus og kommune foregår som udgangspunkt via patientens primærbehandler på sygehuset og den kommunale tovholder". Det fremgår yderligere, at sygehuset skal tildele patienten en eller flere primærbehandlere, som er ansvarlige for kommunikationen mellem patienten, pårørende, kommunen samt andre samarbejdspartnere.

Det er ikke de kommunale medarbejders oplevelse, at de psykiatriske patienter har en gennemgående kontaktperson på sygehuset, som de kan koordinere med. De anfører, at

fordi der er så få faste speciallæger i psykiatri, så er disse primærbehandlere for rigtig mange patienter¹³.

Hvad angår udpegningen af en kommunal tovholder, står der, at kommunen udpeger denne: "... hvis borgeren har komplekse problemstillinger og modtager flere kommunale ydelser fra forskellige forvaltninger. Tovholderen har det koordinerende ansvar for sagen og sikrer, at borgeren og samarbejdspartner har én vej ind i kommunen."

Ifølge samtlige interviewede eksisterer der på nuværende tidspunkt ikke en kommunal tovholder. Det er derimod særlig blandt frontlinjemedarbejderne i distriktspsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri en kilde til frustration, at der i Sundhedsaftalen er beskrevet en kommunal tovholder, som ikke er implementeret.

"Overordnet er det en aftale, der ikke holder i praksis. [...] Vi oplever ikke, at der er en tovholder i kommunalt regi – det kan ikke lade sig gøre med deres organisation, som er opdelt i forskellige myndighedsområder og afdelinger. Samarbejdet er typisk med den kommunale visitation i forhold til hjemmepleje og lignende, men den koordinator, der er beskrevet i Sundhedsaftalen, findes ikke – det er noget vrøvl."

(Interview med distriktspsykiatri)

Oplevelsen er, at der i det kommunale system ofte ikke er nogen, der varetager helheden omkring mennesker med sindslidelser. Oplevelsen er derfor også, at koordineringsopgaven i det daglige bliver nødt til at blive løst af andre, hvis ikke patienten skal tabes på gulvet:

"Det irriterer mig. Vi socialrådgivere beskyldes for at lave kommunalt arbejde. Men det er vi jo nødt til, for der er ingen andre til at tage ansvaret. Det er en jungle at gebærde sig i. Vores patienter har slet ikke overskud til det selv."

(Interview med distriktspsykiatri)

Oplevelsen er også, at socialrådgiverne er en vigtig faggruppe, hvad angår at skabe tværgående koordination. Socialrådgivere er nemlig specialiserede i at finde rundt i den sociale lovgivning og i kommunale systemer. Samtidig kan de bidrage med den socialfaglige dimension i behandlingsarbejdet. Sygeplejerskerne i distriktspsykiatrien påpegede, at de ikke i samme grad oplevede sig fagligt klædt på hertil.

2.4.6 Tilgængelighed og sikkerhed i kommunikationen

Det er i Sundhedsaftalens pixi-udgave specificeret, at sygehuset og den kommunale visitationsenhed træffes hverdage mellem kl. 8-15.

12 Den beskrevne praksis omhandler i princippet interne arbejdsgange i psykiatrien. Men da de har konsekvenser for koordinering af patientforløb og potentielt for det tværsektorielle arbejde, der er reguleret af Sundhedsaftalen, har DSI valgt at medtage beskrivelsen.

13 Hvor der er socialrådgivere ansat på sygehuset, fungerer disse som kontaktpersoner og dem, der skaber tværgående koordination. Ifølge informanterne fra sygehusene er der også sygeplejersker, der er kontaktpersoner for patienterne.

Alle interviewede har i tråd hermed en oplevelse af, at det telefonisk er nemt at komme igennem til sygehuset. Distriktspsykiatrien kan det dog, ifølge de interviewede, være svært at komme igennem telefonen til, fordi de for det meste er ude at køre i distriktet. Hvad angår den kommunale visitationsenheds tilgængelighed oplever de interviewede, at dette fungerer. Udfordringen ligger i, at det ofte er andre kommunale enheder, de har behov for at ringe til (fx sygedagpengeafdelingen, pensionsafdelingen, familieafdelingen eller jobcentret). De forskellige afdelinger i kommunen har forskellige telefontider – flere steder har de kun åben i en time, hvor borgeren også skal kunne ringe ind¹⁴. Også aktørerne i socialpsykiatrien påpeger, at de finder det svært at komme i kontakt med kommunens forskellige afdelinger: *“Det er næsten umuligt at få fat i de kommunale sagsbehandlere”* (Interview med socialpsykiatri).

Hvad angår de praktiserende lægers tilgængelighed opleves det som en udfordring, at disse i princippet kun kan træffes mellem kl. 8-9, hvor de har telefontid (også for deres patienter). Nogle oplever, at det er muligt at træffe andre, mere fleksible aftaler med de praktiserende læger, fx om at ringe op via deres sekretærer og bede om at blive ringet op. Andre oplever, at det kan være svært at opnå tilgængelighed.

De interviewede oplever, at de i høj grad er afhængige af direkte telefonnumre og mailadresser for at få koordinationen til at fungere i hverdagen. Oplevelsen er, at koordinationsarbejdet er meget personafhængigt, og at det ofte er uformelle relationer, som danner grundlag for sammenhæng. Samtidig opleves det som en udfordring at få fat i direkte telefonnumre og e-mailadresser på hinanden. Der er hverken en fælles mailadgang til sygehusafdelingerne eller til distriktspsykiatrierne. Det opleves derfor som en stor fordel at være erfaren i sit arbejde og have et veludviklet netværk. I tråd hermed kommenter en af sygehusinformanterne, at det er en katastrofe, når man skifter optageområder, fordi fagpersonerne mister en stor del af deres netværk.

Mange oplever således e-mails som en nødvendig måde at få arbejdet til at glide på. Samtidig er flere af de interviewede bevidste om, at e-mailkommunikation risikerer at skabe brud på persondataloven. En måde at omgå problemet på er ved ikke at anvende personnumre i e-mailkommunikationen. Nogle har en praksis om, at de taler cpr-numre i telefonen og så sender mail, hvor de referer tilbage til samtale. Ifølge aktørerne i distriktspsykiatrien siger nogle kommuner også, at det er okay bare at skrive fødselsdato, og så finder de selv resten.

2.4.7 Koordination og samspil

Ifølge Sundhedsaftalens pixi-udgave sikres koordination og samspil i relation til den enkelte patient gennem behandlingsplaner, koordinationsplaner, udskrivningsaftaler og sociale handleplaner, der anvendes på forskellige tidspunkter i et tværsektorielt forløb.

Det fremgik på tværs af informanterne, at det ikke er udbredt, at der finder et systematisk samarbejde med udgangspunkt i nedskrevne planer sted. Behandlingspsykiatrien udarbejder behandlingsplaner, og socialpsykiatrien udarbejder sociale handleplaner, men de kender ikke hinandens planer, og de koordineres således ikke.

Aktørerne i socialpsykiatrien oplever, at det mest er ved borgere, der bor i eget hjem, at der foregår tværsektoriel planlægning i forbindelse med indlæggelser. I socialpsykiatriens perspektiv mangler der samarbejde omkring de borgere, der bor på bosteder (har fået bevilget kommunale botilbud) eller har fået bevilget § 85-støtte. Oplevelsen er, at det er meget svært at få disse patienter indlagt, samt at de meget hurtigt bliver udskrevet fra sygehuset igen. Dette giver anledning til frustration, fordi særligt bostederne oplever, de mangler handlemuligheder ved borgere, der er udadreagerende, og borgere der ikke vil tage deres medicin. Ifølge socialpsykiatriens aktører har de i socialpsykiatrien ikke den lovgivning, der gør, at de kan lægge pres på borgere med behandlingsdomme til at tage deres medicin. Når disse borgere nægter at tage medicin, skal de i princippet indlægges, men processen før de bliver indlagt ender med at være meget lang. Socialpsykiatriens aktører oplever, at behandlingspsykiatrien mangler indsigt i, at lovgivningen er anderledes for deres område. Informanterne efterlyser også at der som tidligere holdes møder mellem socialpsykiatrien og distriktspsykiatrien, hvor de blandt andet taler om borgere, der er svære at håndtere. *“Nu er de [møderne] en by i Rusland”*.

Omvendt oplever de interviewede i sygehus- og distriktspsykiatrien, at de største samordningsvanskeligheder er i forbindelse med, at nye sager skal igangsættes. Når nye sager skal “startes op”, er der nemlig flere udfordringer. Dels skal der opnås enighed om, hvilke behov patienten/borgeren har, eller hvilke tilbud de kan få, dels er det ikke muligt blot at fortsætte det eksisterende tværgående samarbejde. Derved kan der være langvarig sagsbehandling involveret i udmøntning af tilbud – og måske også klageprocesser involveret. Endelig er der en udfordring i at skaffe adgang til relevante sagsbehandlere. Samarbejdet kan således ind imellem give anledning til frustrationer.

“Der er meget vrede i psykiatrien over borgere, der ikke får de ydelser, som man finder ret.”

(Interview distriktspsykiatri)

Det har tidligere givet anledning til irritation sektorerne imellem, at de i behandlingspsykiatrien forholdt sig aktivt til, hvilke kommunale tilbud der kunne være passende for patienterne, fx konkrete bosteder¹⁵. Det er derfor i Sundhedsaftalen tydeligt anført: *“Der må under sygehusopholdet ikke skabes forventninger hos patienten eller dennes pårørende om konkrete kommunale til-*

14 Aktørerne i distriktspsykiatrien vurderer, at de ugentligt bruger ca. to timer på at ringe forgæves.

15 Problematikken udspringer sandsynligvis af, at det før Kommunalreformen var amternes ansvar at tænke i relevante konkrete tilbud, da bostederne var placeret under amterne.

bud, som patienten rent faktisk ikke er blevet visiteret til, idet det er kommunen, der alene har kompetencen til at afgøre, hvilke foranstaltninger der skal tilbydes patienten efter udskrivningen."

Det er på baggrund af interviewene vurderingen, at problematikken med, at ansatte i behandlingspsykiatrien kommer til at stille mennesker med sindslidelser eller deres pårørende konkrete kommunale tilbud i udsigt, er faldende, om end der stadig er tale om en udfordring. Det kan således være en udfordring for de ansatte i distriktspsykiatrien ikke at kommunikere deres holdninger til, hvad der ville være bedst for patienterne – og ikke at have indflydelse på tilbuddene. Samtidig har de i distriktspsykiatrien en oplevelse af, at der ofte er lydhørhed i socialpsykiatrien, om end mulighederne ikke altid er til stede i forhold til at efterkomme ønsker.

Hvad angår samspillet med de praktiserende læger, peger informanterne på, at dette er meget personafhængigt. Informanter i distriktspsykiatrien peger på, at der kan være udfordringer forbundet med at få de praktiserende læger til at tage ansvar ved behov for tvangsindlæggelser.

Særlig informanterne i sygehuspsykiatrien peger på, at medicinen er et område, hvor koordinationen svigter; også fordi patienterne får meget somatisk medicin. Der indgås dog altid aftaler for patienter, som ikke selv kan administrere deres medicin.

2.4.8 Ukomplerede udskrivinger

Der er varierende oplevelser af, hvorvidt samarbejdet omkring de ukomplicerede udskrivinger foregår i tråd med Sundhedsaftalens intentioner. Nogle vurderer, at samarbejdet fungerer godt. Enkelte i socialpsykiatrien bemærker, at de ikke har oplevet, det har fungeret med at få besked senest kl. 13 dagen før udskrivelse.

Oplevelsen er, at kommunerne tager imod patienter, der udskrives indenfor 24 timer til vanlig hjælp. Nogle kommuner siger dog ifølge informanterne i sygehus- og distriktspsykiatrien, at de skal have tre dage i stedet.

2.4.9 Ændrede behov – komplicerede udskrivinger

Det fremgår af pixi-udgaven af Sundhedsaftalen, at der ved kompliceret udskrivning kan finde en planlægningskonference sted senest 5 hverdage før forventet udskrivelse, samt at kommunen skal inddrages i planlægningen senest 3 hverdage før afholdelse af konferencen, altså senest 8 dage før forventet udskrivelse. Som nævnt anvendes Sundhedsaftalen ikke på samme måde som i somatikken som et regelværk i psykiatrien. Der var ikke i interviewene tegn på systematisk anvendelse af planlægningskonferencer ved komplicerede udskrivinger. Flere havde ikke noget kendskab til gennemførelse af planlægningskonferencer. Andre steder var planlægningskonferencerne implementeret i tråd med Sundhedsaftalens forskrifter om de 5 plus 3 hverdage. Der blev nævnt forskellige barrierer i forhold til at gennemføre udskrivningskon-

ferencer. En er, at der ofte er tale om store geografiske afstande til sygehuset fra socialpsykiatrien og distriktspsykiatrien. En anden er, at der mangler ydelser, der understøtter aktører fra både distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien i at deltage i udskrivnings-samarbejdet.

2.4.10 Dobbeldiagnosepatienter

De interviewede har en oplevelse af, at dobbeldiagnosepatienter stadig ofte falder mellem stole. Udfordringen er ifølge de interviewede frontlinjemedarbejdere, at det kan være svært at finde ud af og aftale, hvem der gør hvad ved begyndelsen af disse patienters forløb. Nogle i socialpsykiatrien oplever dog, at sygehuset er blevet mere imødekommende overfor denne patientgruppe: De fortæller fx, at det er blevet nemmere at komme i dialog med de psykiatriske afdelinger og de psykiatriske skadestuer efter Sundhedsaftalen.

Ifølge Sundhedsaftalen skal der som noget særligt for dobbeldiagnosepatienter ske en koordination mellem en behandlingsplan (som sygehuset udarbejder) og en social handleplan (som kommunen udarbejder). En sådan koordination var der ingen af de interviewede, der kunne genkende. I behandlingspsykiatrien havde de ikke set en social handleplan, og i socialpsykiatrien var det ikke alle, der havde set en behandlingsplan.

Endelig blev det nævnt som en udfordring, at der, ifølge informanter fra distriktspsykiatrien, er for lang ventetid til de kommunale misbrugscentre.

2.4.11 Udfordringer i kontekst, økonomi og økonomiske incitamenter

De interviewede frontlinjemedarbejdere havde en oplevelse af, at der er tale om et system, der er presset i alle dele. Ingredienserne i dette pres er centralisering (opbrud i de lokale tilhørsforhold, større afstande), specialisering, mere aktivitet, kortere indlæggelsesforløb, det er blevet sværere at få patienter indlagt, færre socialrådgivere til at koordinere, færre speciallæger i psykiatri, for mange udenlandske læger¹⁶ og flere læger i kortere uddannelsesforløb samt mindre tid til patienterne. Sygehusinformanterne peger også på, at de kommunale støtte-kontaktpersoner ikke længere har mulighed for at besøge patienterne dagligt.

Den tværgående oplevelse er derfor samlet set, at det ikke er, fordi samarbejdet eller den gensidige respekt er dårlig, at tingene ikke altid bliver optimale, men fordi der mangler muligheder og ressourcer at gøre det rigtige med ("*Serviceniveauet er sænket markant*"). Endvidere er sygehuspsykiatriens samarbejde med socialpsykiatrien ifølge de interviewede blevet mindre tæt på grund af omlægninger.

En afledt konsekvens af centraliseringen og specialiseringen er, at samarbejdet er under risiko for at blive mere upersonligt, fordi det bliver sværere at kende hinanden på tværs. Dette anses af de interviewede for at være et stort problem, fordi det koordinationsystem, de benytter sig af, i høj grad er afhængigt af det personlige ansvar og det personlige kendskab.

16 Flere af informanterne kommer ind på, at sproglige og kulturelle barrierer sænker kvaliteten i behandlingen. Mange udenlandske læger fører ifølge sygehusinformanterne endvidere til udbredt brug af tolke.

“Det er pudsigt at følge gode intentioner på papiret om samarbejde og helt lavpraktisk – og samtidig at være vidne til at samarbejdet trækkes mere og mere fra hinanden. Noget, som skulle italesætte bedre samarbejde, har trukket det fra hinanden.”

(Interview socialpsykiatri)

“Tingene er blevet større og større. De kæmpestore enheder – lokalkendskab, personlige og geografiske kendskab smutter. Det, tror jeg, er medvirkende til, at man bliver fremmed for hinanden.”

(Interview socialpsykiatri)

De interviewede peger endvidere på, at det økonomiske pres kan udgøre en barriere i forhold til at have blik for og overskud til det tværgående koordinationsarbejde:

“Man grupperer sig mere i de enheder, man er i, når der sker nedskæringer og er pres.”

(Interview socialpsykiatri)

Hvad angår økonomiske incitamenter, peger de på, at det er et problem, at ydelsesstrukturen ikke understøtter koordination som aktivitet. Det betyder, at medarbejderne føler sig presset til at have flere ansigt-til-ansigt møder med de sindslidende, selvom de på denne vis når færre sindslidende på en dag i forhold til at anvende telefonisk kontakt. Det betyder også, at medarbejdere oplever, at det at koordinere er at begå civil ulydighed, fordi der ikke er en ydelseskode herfor. Dermed straffes deres arbejdssted (distriktspsykiatrien og de psykiatriske afdelinger) økonomisk, når de varetager en lang række koordinationsopgaver.

“Det kan ikke betale sig at bruge ydelser, hvis man ikke bliver målt på dem. Det er et problem for mig, fordi jeg har jo næsten ingen ambulatoriesamtaler, men jeg har masser af e-mail kontakt og telefon. Min indgang er jo meget dokumenter – så jeg behøver tit ikke at have dem siddende ansigt til ansigt. Mine kollegaer indkalder rask væk – og jeg begynder også at ændre adfærd, fordi det kan jo blive fyringsgrund. Min leder har sagt, at det er afdelingen, der mister penge. Det vidste jeg ikke. Så nu er jeg begyndt. Men det er jo ulogisk ydelsesregistrering. Så alle indkalder for at få skrevet en ydelse. Men på den måde kan jeg nå færre patienter. Vi sætter en time af til ansigt til ansigt møder. Over telefonen kan jeg nå fem i timen.”

(Interview behandlingspsykiatri)

Samtidig har aktørerne i socialpsykiatrien en tydelig oplevelse af, at distriktspsykiatrien er “blevet slanket”, at borgerne ikke længere har så meget kontakt med distriktspsykiatrien, og at det økonomiske pres tvinger distriktspsykiatrien til i højere grad at tænke i ydelser, der udløser et honorar:

“Vi er kommet til et sted, hvor ydelserne er det, der tæller.”

(Interview socialpsykiatri)

2.4.12 Praktikernes forslag til sundhedsaftalens aftaleparter

Informanterne giver udtryk for, at der reelt eksisterer 17 aftaler med 17 forskellige kommuner. Heroverfor kommer den overordnede aftale “mest til at minde om et værdigrundlag. Det er en overordnet ramme til en festtale”. Et forslag, som blev fremført, var derfor, at regionen og kommunerne erkender, hvordan tingene ser ud i praksis og supplerer den overordnede aftale med konkrete og forpligtende aftaler med hver enkelt kommune, som i højere grad kan overholdes. Endvidere ønskede informanterne, at:

- Samarbejdsintentionerne i sundhedsaftalerne i højere grad understøttes af lokale implementeringsstrukturer for de decentrale enheder, der har ansvaret for at omsætte aftaler til praksis.
- De lokale ledelser klart anviser, hvordan parterne skal leve op til de forpligtelser, der er aftalt i Sundhedsaftalen.
- Der er en indgang til kommunen – at hver borger har en fast kontaktperson, der tager sig af det hele, jf. erfaringerne fra Socialstyrelsens metodeudviklingsprojekter om den koordinerende sagsbehandler¹⁷.
- Der gøres noget for at udbrede kendskabet til aftalerne – det er ikke nok at holde fyraftensmøder og lægge pixi-udgaver af Sundhedsaftalen i brevbakker.
- Den sundhedsfaglige og den socialfaglige psykiatri bør være under samme paraply. Det ville gøre, at man fandt ud af, at der var fælles interesser, og understøttede dermed ønsket om et forløbsorienteret samarbejde.
- Der bliver mulighed for at sende sikre e-mails mellem de fagpersoner, der koordinerer fælles patientforløb.

Afrunding

Som det fremgår, havde praktikerne en del forslag til ændringer, der kan gøre det lettere at arbejde i henhold til Sundhedsaftalen. Disse blev efterfølgende valideret og drøftet med deltagere fra den formelle samarbejdsorganisation. Sammenligningen præsenteres i det nedenstående afsnit.

2.5 Sammenligning på tværs af det psykiatriske område

Den gennemførte erfaringsworkshop med deltagere fra tværgående samarbejdsforum for psykiatri (TSP) blev brugt til at afdække graden af overensstemmelse mellem praktikernes og de formelle deltageres perspektiver på Sundhedsaftalen. Workshoppen havde også til formål at diskutere, hvad der kunne gøres for at understøtte implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led. Resultatet af sammenligningen opsummeres i Tabel 4.

17 Mere information om erfaringerne med den koordinerende sagsbehandler findes på: <http://www.socialstyrelsen.dk/koordinerende>

Tabel 4: Opsummering af vurderinger på tværs af det psykiatriske område

	Interview psykiatri	Workshop 3
Succes'er	<p>Enkelte oplever, at der er kommet en overordnet ramme, som gør, at alting ikke længere er op til diskussion, samt mulighed for at komme tidligere og mere fagligt på banen.</p> <p>Færre problemer med, at der skabes urealistiske forventninger om kommunale tilbud under indlæggelse.</p>	<p>Lokale samarbejdsfora godt udgangspunkt for dialog og afklaring af forventninger.</p> <p>Godt at der er kommet en adskilt aftale for psykiatri – det fungerede ikke, da området lå sammen med den somatiske aftale.</p> <p>Godt at der er skabt mere politisk medejerskab.</p> <p>Færre problemer med at der skabes urealistiske forventninger om kommunale tilbud under indlæggelse.</p>
Betydning	<p>Et stort flertal af informanter vurderer, at aftalen har ringe betydning for praksis.</p> <p>Bliver primært brugt som regelværk.</p>	<p>Sundhedsaftalen er et styringsredskab, der skal bruges på højere niveau.</p> <p>Medarbejderne skal kende og bruge principperne – ikke aftalen.</p>
Udfordringer	<p>Oplever stor afstand mellem aftale og praksis – især med hensyn til kontaktpersoner og tovholdere.</p> <p>Det gør aftalen uvedkommende og skaber frustration.</p> <p>Mangel på systematisk og sikker it-baseret kommunikation.</p> <p>Problemer med tilgængelighed.</p> <p>Øget organisatorisk og geografisk afstand udfordrer koordination og kommunikation.</p> <p>Svært at koordinere forløb på tværs af kommunale forvaltninger.</p> <p>Koordination er i høj grad personbaseret.</p> <p>Oplever et pres på ydelsesregistrering, som fjerner fokus fra tværgående koordination og ansvarstagen.</p>	<p>Psykiatrien er langt efter somatikken i forhold til udvikling af Sundhedsaftalen.</p> <p>Lovgivningen skaber store krav til sikker kommunikation og indhentning af samtykke. Den skriftlige kommunikation og organisationen omkring denne er uudviklet.</p> <p>Det er en væsentlig ledelsesudfordring at skabe accept/ forståelse for den udvikling af psykiatrien, der er politisk besluttet.</p> <p>Øget organisatorisk og geografisk afstand skaber behov for mere formalisering.</p>
Ønsker	<p>Mere eksplicit fokus på dobbeltdiagnosepatienter.</p> <p>En ydelsesstruktur der understøtter tværgående koordination af patientforløb.</p> <p>Konkrete aftaler, der kan følges op på med hver enkelt kommune – at man anerkender, at der eksisterer 17 forskellige aftaler i praksis.</p> <p>Lokale ledelser, der klart anviser, hvorledes parterne skal leve op til forpligtelser fra Sundhedsaftalen.</p> <p>Bedre integration mellem social- og behandlingspsykiatri.</p> <p>Bedre kobling til almen praksis.</p>	<p>Afstemning af forventninger til samarbejdet. Mere gensidig respekt på tværs af organisationer.</p> <p>Holdningsændringer – der skal etableres et professionelt samarbejde, hvor det gode samarbejde ikke afhænger af, om man kender hinanden personligt.</p> <p>It-løsninger, der er sikre og sikrer journalisering. Ønsker konkrete indsatsområder omkring implementering.</p> <p>Der skal være fælles rammer, men også respekt omkring kommunernes forskellige vilkår.</p> <p>Bedre kobling til almen praksis.</p>

Som det fremgår af Tabel 4, er der også på det psykiatriske område mange pointer, som går igen på tværs af evalueringens informanter. Det ses dog også, at der er væsentlige forskelle, som kan være en barriere for at igangsætte aktiviteter,

der opleves relevante for alle involverede parter. Disse forskelle, som rækker ud over Sundhedsaftalen, men er en væsentlig del af den kontekst, som Sundhedsaftalen indgår i, diskuteres nedenfor.

Praktikernes perspektiver på psykiatriens udvikling og udfordringer

De gennemførte interviews giver indtryk af, at psykiatrien er et område, som er præget af ændringer i organisation, opgavedeling og samarbejdsformer. Det, der står centralt i informanternes overvejelser om Sundhedsaftalen, er en oplevelse af, at områdets overordnede udviklinger udfordrer den eksisterende samarbejds- og koordinationspraksis.

Interviewene indikerer en modvilje mod ensretning, eftersom fagpersonerne – i henhold til deres faglige ønske om at levere en helhedsorienteret og individuel indsats – vægter hensynet til lokal tilpasning og individuelle løsninger højt. Den samme modvilje genfindes i forhold til centralisering og adskillelse af enheder, der tidligere arbejdede tæt sammen. Disse udviklinger sætter de erfarne fagpersoner under pres, dels fordi de ikke ønsker dem, dels fordi de oplever, at der ikke træder noget i stedet for den personbårne koordination, de har været vant til at praktisere (jf. fx manglen på tovholdere og sikre elektroniske kommunikationsveje).

Når Sundhedsaftalen introduceres i ovenstående kontekst – i form af pixi-udgavens beskrivelser af et ideelt forløb, som informanterne i lille grad genkender – bliver den et symbol på, at det ledelsesmæssige og politiske system er ude af trit med praksis. Som en informant fra psykiatrien formulerer det:

“Det er et problem, at der er to systemer. Hvem skriver man sundhedsaftaler for? De er ikke så operationelle. Er det for ledere og politikere? De er lappeløsninger i et system, der ikke rigtig virker. Man skal erkende, at der er to forskellige niveauer. Skal praktikerne involveres, så skal de laves på en anden måde.”

De formelle deltageres vurderinger

Informanterne fra Sundhedsaftalens tværgående forum for psykiatri (TSP) var overraskede over den udbredte oplevelse af nedskæringer i serviceniveau og forringelse af arbejdsbetingelser. Fx blev det fremhævet, at antallet af botilbud falder som følge af politiske prioriteringer om, at flere skal kunne klare sig i eget hjem, fordi mange botilbud tidligere har haft karakter af opbevaring.

På samme måde understregede informanterne, at der ikke er nogen, der ønsker, at den tværgående koordination skal nedprioriteres til fordel for fremmødekonsultationer. Oplevelsen af at blive presset til fremmødekonsultationer frem for effektivt koordineringsarbejde overraskede derfor også deltagerne på psykiatriworkshoppen.

Endelig understregede informanterne, at det ligger dem meget på sinde at opbygge professionelle organisationer præget af kommunikation, der ikke er personafhængig og ikke bygger på (en individuel) mail korrespondance.

Samtidig genkendte informanterne problemstillingerne omkring manglen på effektive redskaber og rutiner for sikker kommunikation og koordination. Forhold som står meget højt på den tværgående gruppes ønskeliste for psykiatrien.

Informanterne fra det tværgående samarbejdsforum for psykiatri (TSP) vurderede på baggrund af praktikernes perspektiver, at området står over for en væsentlig ledelsesudfordring i forhold til at formidle udviklingen inden for psykiatrien på en mere positiv måde.

Igen er det DSI's vurdering, at praktikernes og de formelle deltageres perspektiver har mulighed for at supplere hinanden. Det kræver dog, at der skabes rammer og dialog, som giver mulighed for at forstå hinandens perspektiver. Som vi senere vil komme ind på, er dette ikke blot et spørgsmål om, at ledelsesniveauet skal forklare visionen om Sundhedsaftalen for praktikerne.

2.6 Opsamling

De forudgående afsnit har præsenteret en detaljeret forståelse for, hvordan og i hvilket omfang de udførende medarbejdere kender og bruger elementer fra Sundhedsaftalen i deres hverdag, samt i hvilket omfang de oplever, at Sundhedsaftalen bidrager til skabelsen af sammenhængende patientforløb. Samtidig har interviews og workshops vist, at der er mange lighedspunkter mellem praktikerne og formelle deltagere fra Sundhedsaftalesamarbejds vurderinger af, hvor der skal sættes ind for at implementere Sundhedsaftalen. Dette er positivt, fordi enigheden giver mulighed for at igangsætte udviklings- og implementeringsaktiviteter, som opleves meningsfulde.

Mange af de argumenter og problemstillinger, som DSI er blevet præsenteret for i interviewundersøgelsen, er gamle kendinge i det tværsektorielle samarbejde¹⁸. Det skal derfor understreges, at de beskrevne forhold – i henhold til DSI's erfaringer – vil kunne genfindes mange steder i det danske sundhedsvæsen. Indsigterne er imidlertid vigtige, fordi de illustrerer, hvor lang vej der er fra aftalebord og overordnede rammer til implementering i en kompleks og travl klinisk hverdag.

I den forbindelse er det klart, at en sundhedsaftale – med forskellige varsler og overordnede arbejdsdelinger – kun udgør det første basale trin i at håndtere de problemstillinger, der opstår i det tværsektorielle samarbejde. Og selvom Sundhedsaftalen i høj grad bliver brugt som et rettighedsdokument, er det ikke mere detaljerede og rigide forpligtelser, som informanterne efterspørger. Tværtimod efterspørger en del informanter et mere modent samarbejde, hvor reglerne træder i baggrunden til fordel for et fleksibelt samarbejde om de løsninger, der er de bedste for patienterne.

DSI finder det vigtigt at understrege denne pointe, eftersom en meget regelorienteret tilgang til samarbejdet kan være

18 Se fx (21, 22) der allerede for 15 år siden analyserede identiske problemstillinger vedrørende afklaring af funktionsniveau, håndtering af komplekse udskrivninger samt manglen på opdaterede og valide medicinlister.

ødelæggende for den løbende dialog og gensidige fleksibilitet, der er nøglen til et velfungerende tværsektorielt samarbejde om (især sårbare) patienters behandlings- og plejeforløb.

De fleste informanter har i tråd hermed en opmærksomhed på, at der skal være gensidig fleksibilitet, dialog og imødekommenhed over for hinandens behov, og en faglig stolthed, der gør, at de går langt for at få det daglige samarbejde til at fungere¹⁹. Det overordnede indtryk er imidlertid også, at fagpersonerne befinder sig i en hverdag, hvor de oplever at blive udfordret som følge af centralisering, meraktivitet, kortere forløb og nogle steder besparelser. Derfor har de ofte svært ved at honorere intentionerne om det gode samarbejde i praksis. ■

19 Fx var der hjemmesygeplejersker, der fortalte, at de på eget initiativ ringer til sygehuset, når en af 'deres' sårbare patienter er indlagt for at sikre den direkte kontakt, som sygehuset efterspørger.

3 Vurdering af organiseringen af samarbejdet

På baggrund af de gennemførte interviews, erfaringsworkshops med aktører i sundhedsaftalearbejdet og en dokumentanalyse beskæftiger dette kapitel sig med Region Sjællands organisering af Sundhedsaftaleområdets formelle samarbejdsorganisation.

3.1 Et forpligtende samarbejde

Deltagerne i de gennemførte erfaringsworkshops, som alle er deltagere i det formelle samarbejde omkring Sundhedsaftalen, oplever, at arbejdet med Sundhedsaftalen har medført forbedringer i det tværsektorielle samarbejde. De peger på, at der er skabt medejerskab, politisk ejerskab, mere tydelighed om ansvarsfordeling, bedre forståelse sektorerne imellem gennem bedre kendskab til hinanden, samt at der er *“ved at blive bygget bro over fjendebillet mellem region og kommuner.”*

Samtidig peger de på, at der stadig er en række udfordringer at arbejde med, herunder at de praktiserende læger ikke spiller en særlig tydelig rolle i forhold til Sundhedsaftalen.

3.2 Én forpligtende sundhedsaftale

Sundhedsaftalen i Region Sjælland adskiller sig fra de andre regioners sundhedsaftaler ved, at der er udarbejdet én fælles sundhedsaftale med samtlige 17 kommuner i regionen frem for en sundhedsaftale mellem regionen og hver enkelt kommune. Dette anses af såvel interview- som workshopdeltagere overordnet set som en fordel. Samtidig er der også informanter, der mener, at den fælles aftale er med til at udvande mulighederne for at skabe konkret indhold. Ligesom der er informanter, der mener, at der alligevel de facto er tale om 17 aftaler, fordi kommunerne – og i et vist omfang sygehusene – fortsætter med at gøre ting på forskellige måder.

Kommunerne er forskellige. De er forskelligt organiseret på sundhedsområdet, har forskellige borgersammensætninger og har forskellige prioriteringer af deres serviceniveauer. Og i sygehusperspektivet er de også ofte for forskellige. Det er således en udfordring at skulle sætte sig ind i, hvordan de gør 17 forskellige steder. Flere af de kommunale repræsentanter er enige heri. Der efterspørges således bredt mere harmonisering på tværs af kommunerne²⁰. Samtidig er der blandt nogle af de kommunale deltagere en bekymring for centralt fastsatte mål. De påpeger, at deres lokale kommunale politikere vil fastholde retten til at prioritere selv – også hvis arbejdet med sundhedsområdet skal forblive interessant og vedkommende for det politiske niveau. Et forhold der netop ses som en betingelse for sundhedsområdets fortsatte udvikling.

I såvel de afholdte interviews samt erfaringsworkshops har det således været et tilbageværende tema, hvor langt og gensidigt forpligtende et samarbejde kan være, uden at dette udgør et problem for det kommunale selvstyre og kommunernes forskellige rammevilkår.

3.3 Organiseringen af samarbejdet omkring Sundhedsaftalen

Organiseringen af samarbejdet omkring Sundhedsaftalen indeholder tre dele: 1) en udviklingsdel, 2) en samarbejdsdel og 3) en administrativ del. Udviklings- og samarbejdsorganisationen skal sikre, at der sker en opfølgning på den gældende sundhedsaftale, samt at der sker en videreudvikling, således at 3. generation af Sundhedsaftalen kan udarbejdes i perioden²¹.

3.3.1 Sundhedskoordinationsudvalget

Det politiske samarbejde om Region Sjællands Sundhedsaftale 2010-2014 er forankret i Sundhedskoordinationsudvalget, der har besluttet den generelle del af Sundhedsaftalen og følger implementering og opfølgning.

3.3.2 Den administrative styregruppe for sundhedsaftaler

Den administrative styregruppe varetager den overordnede styring og koordination på sundhedsområdet på administrativt niveau på tværs af sygehuse og kommuner. Den administrative styregruppe har desuden ansvaret for at bringe principielle sager op i Sundhedskoordinationsudvalget (det politiske niveau). Den administrative styregruppe består af ca. 15 medlemmer (op til syv medlemmer fra henholdsvis region og kommuner samt et medlem fra almen praksis). De øvrige fora og grupper refererer alle til den administrative styregruppe, og den administrative styregruppe kan træffe beslutninger om at justere udviklings- og samarbejdsorganisationen.

Under den administrative styregruppe er der nedsat to administrative udviklingsgrupper om henholdsvis digital kommunikation (TRUIT) og økonomi og generelle sundhedsdata (TRUØK).

En kendt udfordring i komplekse organisationer og netværk består i at sikre ledelse og sammenhæng på tværs af hierarkier og kontekster (8). For at håndtere denne udfordring anvender den administrative styregruppe sig af dobbeltrepræsentation som middel til at sikre rød tråd i implementeringskæden og dialog mellem flere niveauer, fx via repræsentanter der både sidder i den administrative styregruppe og de tværgående samarbejdsfora for henholdsvis somatik og psykiatri. Tilbagemeldingen fra workshop 4 med medlemmer af den administrative styregruppe er, at dette fungerer godt. Dels i relation til at skabe sammenhæng mellem de formelle fora, dels til at sikre, at problemer kan rejse imellem niveauer, så de i sidste ende adresseres på rette ledelsesniveau.

3.3.3 Afklaringsudvalg

På niveauet under den administrative styregruppe er der oprettet tre afklaringsudvalg²², som afklarer tvivlsspørgsmål vedrørende ansvarsfordeling sygehuse og kommuner imellem. Tilbageemel-

20 Det er også en kommunal oplevelse af, at der er sygehusafdelinger, som gør tingene meget forskelligt.

21 Se evt. bilag 2 for en oversigt over Sundhedsaftalens udviklings- og samarbejdsorganisation.

22 Afklaringsudvalgene dækker områderne Indlæggelse og udskrivning, behandlingsredskaber og hjælpemidler, samt træning.

dingen fra deltagerne i de afholdte erfaringsworkshops er, at afklaringsudvalgene er en succes, fordi deres afgørelser respekteres, og fordi der er etableret et sted, hvor konkrete problemsager kan placeres. Fordelen er således, at de store tværgående grupper får bedre tid til at koncentrere sig om at udvikle samarbejdet.

3.3.4 Faglige udviklingsgrupper

Der er oprettet fire tværgående faglige udviklingsgrupper på områderne:

- 1) Tværsektoriel patientsikkerhed
- 2) Forebyggelse og sundhedsfremme
- 3) Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- 4) Træningsområdet.

Formålet med de faglige udviklingsgrupper er at følge implementeringen af de enkelte indsatsområder og forestå udvikling af forbedringsforslag. De faglige udviklingsgrupper har endvidere til opgave at forberede næste generation af Sundhedsaftalen.

Patientsikkerhedsgruppen er en ny gruppe (fra sommeren 2011), der er nedsat i forbindelse med 2. generation af Sundhedsaftalen. Gruppens foreløbige arbejde viser, at der stadig er en række udfordringer sektorerne imellem ved indlæggelse og udskrivning med betydning for patientsikkerheden (fx misforståelser i den mundtlige kommunikation og mangel på formaliseret og sikker elektronisk kommunikation).

Tilbagemeldingen omkring muligheder for forbedringer fra deltagerne i de afholdte erfaringsworkshops er, at arbejdet i grupperne har været præget af udskiftning af medlemmer og formænd i forbindelse med overgangen fra 1. til 2. generation af sundhedsaftalerne. I nogle af grupperne har denne proces været meget lang og betydet, at arbejdet i grupperne har ligget stille i halvandet år.

Et udviklingsønske er således, at udviklingsgrupperne ikke skal ligge stille, hver gang der kommer en ny sundhedsaftale. Et andet ønske er, at det ekspliciteres, hvor meget arbejdstid der skal sættes af til det kommunale formandskab for udviklingsgrupper, fordi informanterne vurderer, at de uklare rammer for opgaven har været medvirkende årsag til formandsskifter og rekrutteringsvanskeligheder til posten.

3.3.5 Tværgående samarbejdsfora for somatik (TSS) og psykiatri (TSP)

Der er nedsat et overordnet regionalt samarbejdsforum for henholdsvis det somatiske og psykiatriske område. Formålet med de to tværgående fora er at sikre en overordnet regional implementering af Sundhedsaftalen, herunder sikre et koordineret samarbejde mellem de kommunale myndigheder og regionen.

De to fora består hver især af 17 kommunale ledelsesrepræsentanter (en for hver kommune), fem regionale ledelsesrepræsentanter (sygehusledelse, psykiatrilædelser og kliniske afdelingsledelser) samt to repræsentanter for praksissektoren.

Deltagerne i erfaringsworkshop 4 kom med den pointe, at behovet for det tværgående frem for det lokale samarbejde

vil øges, i takt med at kommunernes borgere i højere grad spredes på flere sygehuse. Samtidig er der lavet om på organisationen, fx af udviklingsgrupperne, for at gøre den mere enkel og slankere. Dette har kunnet lade sig gøre, fordi samarbejdet modnes, således at de involverede i højere grad tør og kan repræsentere hinanden:

“En mere koncentreret organisation er en udfordring, for så skal man repræsentere flere. Det er vi ved at blive bedre til. Det handler om at lære at repræsentere hinanden på tværs af sygehuse og kommuner. Det var jo helt utænkeligt tidligere. Det kræver uddannelse af dem, der sidder i grupperne – hvad er deres muligheder, og hvad er deres grænser.”

(Erfaringsworkshop 4)

Det har til tider været svært at få aktørerne til at deltage i TSP-møderne.

3.3.6 Kommunale samarbejdsfora somatik (KSS)

Der er seks lokale samarbejdsfora på det somatiske område. Formålet med disse fora er at sikre den lokale implementering af Sundhedsaftalen, herunder sikre et koordineret samarbejde mellem de kommunale myndigheder og regionen inden for de enkelte geografiske områder.

De kommunale samarbejdsfora består af 1-2 kommunale ledelsesrepræsentanter for hver kommune (direktører, afdelingsledelser), 5 regionale ledelsesrepræsentanter (sygehusledelse, kliniske afdelingsledelser) samt 2 repræsentanter for praksissektoren.

Tilbagemeldingen fra deltagerne i de afholdte erfaringsworkshops er, at arbejdet i grupperne har været præget af kontinuitet. Det er endvidere oplevelsen, at samarbejdet udvikler sig fra at have været regel og problemorienteret til at blive mere samarbejds- og løsningsfokuseret. Ifølge informanterne er KSS blevet et forum, hvor regionale og kommunale repræsentanter kan tale om innovation i behandling og pleje af eksempelvis diabetes- og KOL-patienter.

Nogle KSS'er har nedsat undergrupper til at tage sig af de mere konkrete problemstillinger.

I forbindelse med omlægninger er sygehusstrukturen har det været diskuteret, om KSS'erne bør organiseres anderledes. Indtil videre har den administrative styregruppe besluttet, at de kører videre, som de er.

3.3.7 Kommunale samarbejdsfora psykiatri (KSP)

De kommunale lokale samarbejdsfora for voksenpsykiatri er organiseret på samme måde og med samme formål som på det somatiske område, men herudover er der oprettet samlet samarbejdsforum for børne- og ungdomspsykiatrien.

I forbindelse med omlægninger af sygehusstrukturen har det været diskuteret, om KSP'erne bør organiseres anderledes. Indtil videre har den administrative styregruppe besluttet, at de kører videre, som de er.

3.4 De praktiserende lægers rolle

Ifølge Sundhedsaftalen indgår almen praksis, sygehuse og kommuner i et ligeværdigt og forpligtende samarbejde om den eksisterende og fremtidige sundhedsindsats. De praktiserende læger skal holde sig orienteret om indholdet i Sundhedsaftalen og gøre borgernes pixi-udgave tilgængelig for patienterne i deres lægepraksis. De praktiserende læger har også en række konkrete opgaver i relation til forskellige patientgrupper og i relation til indlæggelsesforløb (3).

På den ene side er de praktiserende læger altså nævnt i Sundhedsaftalen og i pixi-udgaven, på den anden side er det hverken deres egen eller andre aktørers oplevelse, at de spiller en særlig stor rolle i forhold til Sundhedsaftalen.

Tilbagemeldingen fra såvel de interviewede frontlinjemedarbejdere som deltagerne i de afholdte erfaringsworkshops er, at de ønsker mere klarhed over de praktiserende lægers forpligtelser. Der er også et ønske om i højere grad at kunne få praktiserende læger til at foretage gennemgang af sårbare ældres medicin.

Der er dog ikke nogen, som har konkrete bud på, hvordan det kan gøres i praksis. Informanterne er således opmærksomme på de ressourcemæssige barrierer (tid og økonomi) i forhold til ønsket om et tættere samarbejde med de praktiserende læger.

Der er altså et behov for at klargøre de praktiserende lægers rolle i forhold til Sundhedsaftalen og den fremtidige arbejdsdeling og samarbejdsstruktur på sundhedsområdet.

3.5 Vejen mod implementering

“Vi har et fremragende samarbejde på de højere niveauer, men jeg oplever, at medarbejderne og afdelingerne mangler det helt konkrete.”

(Erfaringsworkshop 4)

Som ovenstående citat illustrerer, har samarbejdet omkring Sundhedsaftalen ifølge informanterne medført en tættere dialog imellem de regionale og kommunale ledelsesniveauer. Der er således sket en organisatorisk forankring og et ejerskab til Sundhedsaftalen på disse niveauer. Samtidig er der opmærksomhed på behovet for at arbejde mere målrettet med at udbrede kendskabet til Sundhedsaftalen og implementeringen heraf blandt medarbejderne. Enkelte ledere peger også på, at det kan være svært at få indsigt i eventuelle problemer længere nede i systemet, når man selv er en del af velfungerende samarbejdsrelationer og kun får “filtreret information”:

“Jeg er så naiv, at jeg tror, vores gode samarbejde i toppen afspejler samarbejdet længere nede i organisationerne. Jeg tror ikke umiddelbart, at det er et stort problem længere nede.”

(Erfaringsworkshop 4)

3.5.1 En ledelsesudfordring

En af de ting, der peges på som et fremtidigt indsatsområde, er at sætte fokus på, at det er en ledelsesopgave at udbrede implementeringen af Sundhedsaftalen. En kendt udfordring ved

ledelse af tværgående processer er, at der ikke er en ledelses- eller incitamentsstruktur, der understøtter ledelse af tværsektorielle opgaver. Dette er også tilfældet i Region Sjælland, hvor der i dag ikke er en plan for, hvordan ledere af frontlinjemedarbejdere skal bibringe deres medarbejdere “fortællingen om sundhedsaftalen” eller en forståelse for, hvordan den realistisk kan omsættes til hverdagspraksis.

Endvidere fremstår det på baggrund af de gennemførte interviews som en hovedudfordring i den ledelsesmæssige implementering af Sundhedsaftalen, at Sundhedsaftalen blot er en ud af mange udefrakommende ting, der skal implementeres på en sygehusafdeling eller i en kommune. Sundhedsaftalen skal derfor konkurrere med mange andre tiltag for opmærksomhed som ledelsesopgave. Blandt de interviewede var der således både ledere og medarbejdere, der sagde, at Sundhedsaftalen ikke står ret højt prioriteret som implementeringsopgave. Der er simpelthen mange andre opgaver, der opfattes som langt vigtigere i dagligdagen.

“Der er 317 andre ting, vi også skal. Det handler mere om at få det ned i hverdagen. Vi er overbelastet med information, ny viden og nye instrukser – i forhold til det kommer Sundhedsaftalen langt bagud. Det har handlet om at få de vigtigste principper indlejret i afdelingens daglige praksis. Det med at der er nogen kommuner, der skal orienteres og være en del af samarbejdet.”

(Sygehusinterview)

Det er på baggrund af de gennemførte interviews DSI's vurdering, at det ikke vil være nok ledelsesmæssigt at komme med “den store fortælling om, hvorfor Sundhedsaftalen er meningsfuld”. Det vil også – og særlig i psykiatrien – være nødvendigt ledelsesmæssigt at kunne oversætte Sundhedsaftalen til konkrete handlinger. Overlades dette “oversættelsesarbejde” til medarbejderne alene, risikerer man at øge medarbejdernes indtryk af, at de står alene med dagligdagens konkrete problemer, mens de højere ledelsesmæssige niveauer beskæftiger sig med “festtaler”.

3.5.2 En iboende koordinationsudfordring

Om end der ledelsesmæssigt kan gøres mere for at sætte fokus på implementering af Sundhedsaftalens intentioner i frontlinjen, vil det være forkert at forvente, at dette vil løse alle koordinationsudfordringer, selv i den tænkte situation, hvor der ikke var hverken økonomiske eller kulturbarrierer. Alle større organisationer har nemlig to fundamentale og modsatrettede behov: et behov for at fordele arbejdet mellem aktiviteter, enheder og personer, og et behov for at koordinere arbejdet. Når behovene er modsatrettede, handler det om, at det at dele arbejdet op mellem flere funktioner, enheder og personer nødvendigvis må skabe koordineringsudfordringer. For at løse denne udfordring arbejder organisationer med forskellige koordineringsmekanismer (9-12):

- 1) Gensidig tilpasning, som foregår via løbende uformelle kontakter medarbejderne imellem. Forekommer typisk i de mest

simple og små organisationer, men også i de mest komplekse organisationer.

- 2) Direkte overvågning, som foregår ved, at én person er udpeget til at koordinere arbejdet ved overvågning og korrektion af de underordnede arbejder gennem retningslinjer/ordrer for arbejdets udførelse.
- 3) Standardisering af arbejdsprocesser, som foregår ved at indholdet af arbejdet er specificeret eller programmeret (fx samlebånd).
- 4) Standardisering af output, som foregår ved, at arbejdsresultatet, fx produktionsomfanget eller adfærden, er specificeret.
- 5) Standardisering af faglig kunnen (skills), som foregår ved, at den nødvendige uddannelse og oplæring for at udføre arbejdet er specificeret. Mintzberg nævner lægers uddannelse som et eksempel.

Nogle af disse mekanismer kan til dels erstatte hinanden. Fx vil en høj grad af standardisering af enten arbejdsprocesser eller faglig kunnen i et vist omfang kunne erstatte tæt ledelse i løsningen af opgaver. Hvad angår standardisering af arbejdsprocesser er det mindre oplagt, at denne kan erstatte tæt ledelse eller gensidig tilpasning, hvis arbejdets karakter er kompleks.

Den gensidige tilpasning, der foregår på tværs af sektorerne, når fagpersonerne ringer eller mailer og på denne vis "forhandler" med hinanden om de rette løsninger (tilpasset de forskellige borgere/patienter), er således udtryk for en klassisk koordineringspraksis i relation til store komplekse organisationer. Det, der er afgørende for, om koordinationsmekanismen er effektiv, er, hvordan de involverede medarbejdere har adgang til hinanden, samt hvordan koordinationen understøttes og dokumenteres på organisatorisk niveau.

Der er to centrale elementer i forhold til adgangen: Det ene er, at der er teknisk adgang i form af tilgængelighed (fysisk tilstede, telefonisk, mail, fax eller anden adgang), den anden at der er en parathed og åbenhed i forhold til at indgå i en gensidigt forpligtende gensidig tilpasning og forhandling om de rette løsninger. En kerne i velfungerende koordinering af patientforløb er således, at de sundheds- og socialfaglige, som samarbejder om et givent forløb, har en fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens indsats.

Mange af evalueringens informanter har fremhævet behovet for, at den uformelle og personbårne koordination i højere grad understøttes af systematiske rammer og rutiner, som sikrer, at den skriftlige kommunikation om patientforløbet er sikker, korrekt timet og målrettet modtagerens behov. Endelig er Sundhedsaftalens forskellige dialogfora gentagne gange blevet fremhævet positivt, fordi de giver medarbejdere og ledere mulighed for dialog, når der er behov for kompleks pro-

blemløsning i patientforløb, ligesom nøglemedarbejdere og ledere får mulighed for at drøfte og løse organisatoriske problemstillinger.

Ovenstående elementer – som alle er indeholdt i Region Sjællands sundhedsaftale – svarer meget præcist til anbefalingerne fra nyere amerikansk organisationsforskning i relationel koordination²³. Forudsætningerne for en velfungerende koordination er således til stede, men realiseringen af dette afhænger af, at adgangen til hinanden forbedres og professionaliseres.

3.5.3 Kulturelle udfordringer for implementering af sundhedsaftalen

Om end bedre teknologiske løsninger udgør fundamentet for en bedre koordinationsplatform, skal det understreges, at spørgsmålet om bedre tværgående samarbejde ikke bare et spørgsmål om teknologiske løsninger.

Sundhedsaftalen lægger op til en styrkelse af samarbejdet på tværs af sygehuse og kommuner omkring patientforløb. Dermed taler Sundhedsaftalen ind i en koordinationsudfordring, der er omgivet af en lang historik og mange italesættelser af stereotyper om hinanden. Det fremgik eksempelvis ved de somatiske workshops, at oplevelsen er, at der stadig er en "under dog"-problematik i samarbejdsrelationen.

Udfordringen er klassisk i og med, at de forskellige parter, som er involveret i tværgående patientforløb, repræsenterer adskilte funktioner og forskellige organisations- og fagkulturer. Det vanskeliggør kommunikation, koordination og samordning. De udviklede kulturer med hver deres sæt af værdier og normer er knyttet til forskellige faglige forankringer, lokalt tilholdssted og interesse- og skæbnefællesskaber. Ofte rækker solidariteten ikke ud over egne grænser, fordi der i social- og sundhedsvæsenernes adskilte funktioner udvikles specielle forståelseshorisonter og forpligtelser. De hæmmer evnen til helhedstænkning og til at forstå og tolke information på en hensigtsmæssig måde i relation til samlede opgaveløsninger (13).

3.5.4 Styringsmæssige udfordringer for implementering af Sundhedsaftalen

Netværksstyring er et højaktuelt ord i den igangværende diskussion om at skabe nye organisations- og styreformer i sundhedsvæsenet for at muliggøre offentlig innovation, afhierarkisering og selvstyrende horisontale processer. Men hvordan spiller Sundhedsaftalen ind i forhold hertil?

For at kunne tale om et netværk, skal der kunne identificeres en gensidig afhængighed mellem aktører fra forskellige organisationer, som fører til en forhandlingsbaseret interaktion samt på sigt også en vis institutionalisering af denne (14). Denne præmis er til stede i det tværgående samarbejde mellem sygehuse og kommuner, ligesom det med Sundhedsaftalen er

23 For en udførlig introduktion til principperne i relationel koordination se (23). Jody Gittells forskning tager udgangspunkt i, at flere og flere af sundhedsvæsenets opgaver kræver et integreret samarbejde på tværs af fagligheder og organisatoriske grænser, hvilket øger vigtigheden af, at der er gode menneskelige relationer, fælles viden og ansvarfølelse for det forløb, som de sundhedsfaglige er en del af. Med dette udgangspunkt har Jody Gittell gennemført evidensbaseret forskning, som påviser en positiv sammenhæng mellem graden af relationel koordinering, øget behandlingskvalitet, kortere indlæggelsestid, øget medarbejdertilfredshed og øget patienttilfredshed.

målet at understøtte det mere flydende samarbejde på horisontale niveauer mellem organisationerne.

Samtidig rummer Sundhedsaftalen mange konkrete aftaler om tidsfrister og krav til hinanden. Disse konkrete frister og beskrivelser af ansvarsfordelinger blev af de interviewede frontlinjemedarbejdere og ledere dels set som en fordel, fordi de skaber klarhed, dels set som begrænsende for fleksibilitet i samarbejdet. Set gennem et netværksstyringsperspektiv udgør Sundhedsaftalen dermed både en aftale, der lægger op til øget netværksstyring, og en aftale der potentielt undergraver netværksstyring. Stram hierarkisk styring vil således sammen med økonomiske incitamenter, der hæmmer samarbejdet i netværk, undergrave den gensidige tillid, som styringsnetværk er afhængige af (14).

Samlet set er Sundhedsaftalens vej mod implementering altså brolagt med en række af sundhedsvæsenets klassiske udfordringer.

3.6 Innovation af det tværgående samarbejde

Udefra set kan man forestille sig tre overordnede mål med at udarbejde en sundhedsaftale. Det første er at leve op til udefrakommende nationale krav om at udarbejde sundhedsaftaler. Det andet er at skabe bedre koordination af patientforløb på tværs af sektorer gennem en højere grad af formalisering og standardisering af samarbejdet. Det tredje formål er at skabe grobund for offentlig innovation gennem samarbejde. Under de gennemførte erfaringsworkshops fremkom der flere eksempler på forslag til innovation i samarbejdet:

3.7 Understøtter Sundhedsaftalen patientoplevelt kvalitet og patientinddragelse?

Det er på baggrund af den gennemførte evaluering ikke DSI's indtryk, at Sundhedsaftalen understøtter borgernes stigende interesse for involvering i eget behandlingsforløb. Borgere og patienter fremstår således ikke som aktive og selvstændige aktører i Sundhedsaftalen. Der er heller ingen tegn på, at organiseringen af aftalearbejdet understøtter innovation i patientroller. Som det fremgik i foregående kapitel, er der derimod tendenser til en stigende træthed i forhold til at gøre en faglig indsats for de mange tilbagevendende kronikere. Patienter hvor det ikke altid er så nemt at se, hvordan de selv prøver at bidrage til deres sundhedsstilstand. Diskursen blandt de fagprofessionelle i såvel interviews som erfaringsworkshops handlede således om, hvordan patienter og pårørende kunne gøre mere for at aflaste sundhedsvæsenet.

Når det er sagt, kan Sundhedsaftalen godt medføre forbedringer i patientoplevelt kvalitet. DSI har tidligere gennemført to antropologiske projekter, som har undersøgt patienternes perspektiver på sammenhængende forløb og trygge overgange.

Den ene undersøgelse handlede om, hvordan patienter med kronisk sygdom oplever og håndterer mødet med sundhedsvæsenet (15). En af undersøgelsens centrale konklusioner var, at patienterne var sensitive over for, om de fagpersoner, de møder, kender hinanden og har et godt samarbejde. Patienterne fortalte således, at det havde stor betydning for deres oplevelse af sammenhæng og tryghed, når de oplevede, at ambulatoriets og kommunens personale kendte hinanden og omtalte hinanden respektfuldt.

Just in time operation og genoptræning	Under en erfaringsworkshop fremkom den ide at udvikle på samarbejdet mellem eksempelvis ortopædkirurgien og den kommunale genoptræning. I dag risikerer patienterne, at der er relativ lang ventetid på genoptræning efter en operation i forhold til, hvad der klinisk set er hensigtsmæssigt. Forslaget lyder derfor på at samle operationer fra de forskellige kommuner, så det vil være muligt at kunne lave hold, ligesom de gør på hospitalerne. Det kunne så eventuelt være muligt at booke hele forløbet fra starten af inden operationen.
IV-medicin uden indlæggelse	I dag indlægges patienter på sygehuset i forbindelse med, at de skal have intravenøs medicin. Under erfaringsworkshopperne på det somatiske område fremkom det som et forslag, at der arbejdes med at udvikle en model for, hvordan patienter fremadrettet kan få IV-medicin i det kommunale.
Udvikling af samarbejdet ved sygehusomlægninger	Når der sker omlægninger af sygehuse, har dette ofte en række konsekvenser for sygehusenes kommunale samarbejdspartnere. Et forslag til innovation af samarbejdet går på, at disse afhængigheder tænkes mere proaktivt ind. Flere proces- og arbejds gange om implikationer ved sygehusomlægninger.
Formalisering af kendskab til hinanden	Der fremkom også det forslag, at nye medarbejdere på sygehusene skal på introduktion i en kommune en dag, samt at man kunne etablere kombinations/rotationsstillinger eller have en udvekslingsordning. Studerende skal endvidere have mulighed for at følge patienten ud i kommunen.

Undersøgelsen viste desuden, at de gode relationer blandt andet hang sammen med fagpersonernes deltagelse i konceptet 'fælles skolebænk'. Her havde fagpersonerne ud over faglig opkvalificering opnået kendskab til og en gensidig respekt for hinanden, som smittede af på patienterne og mindskede utrygheden i de potentielt usikre overgange mellem fx ambulatorium og primær sektor.

Den anden undersøgelse fokuserede på de faktorer, som patienter forbinder med sammenhængende behandlingsforløb og trygge overleveringer (16). Undersøgelsen konkluderer blandt andet, at viden om, hvor patienten skal hen, hvornår det skal ske, og hvad der skal ske, spiller en helt afgørende rolle for oplevelsen af sammenhæng. På samme måde spiller personkontinuitet i mødet mellem patient og sundhedsfagligt personale en afgørende rolle for oplevelsen af sammenhæng – ikke mindst hvis der var nogen, som sørgede for at tale om/forklare oplevede fejl og brister i planlægningen. Når Sundhedsaftalen fører til bedre koordination og samarbejde, kan den i tråd hermed føre til bedre patientoplevelse kvalitet.

Omvendt risikerer Sundhedsaftalen at bidrage til patientfrustrationer, i og med at det er samme Sundhedsaftale og samme pixi-udgaver, der er tilgængelige for patienter og pårørende. Det betyder, at patienterne præsenteres for et idealbillede af patientforløbet, hvormed der potentielt skabes forventninger, som praktikerne har svært ved at honorere.

I den nuværende Sundhedsaftale er patienten ikke tænkt ind og beskrevet som en samarbejdspartner, men snarere som en passiv modtager af information og ydelser.

3.8 Opsamling

Dette kapitel har vist, at deltagerne fra Sundhedsaftalens formelle samarbejdsfora på mange måder er tilfredse med den valgte organisering samt den hidtidige fremdrift og resultater. Kapitlets analyser viser også, at den valgte organisation, sammen med de prioriterede indsatsområder, rummer mange muligheder for at realisere en effektiv relationel koordination/et forløbsorienteret samarbejde.

På den anden side har kapitlet også illustreret, at den valgte organisering rummer faldgruber, fx i forhold til ledelsesmæssig opmærksomhed på/overskud til implementering og afstanden mellem de formelle samarbejdsfora og de praktikere, der i sidste ende skal omsætte Sundhedsaftalen til bedre patientforløb.

Samarbejdsorganisationen har den svaghed, at de praktiserende læger mangler som tydelige aktører på sundhedsaftaleområdet.

Der er heller ikke identificeret tegn på, at Sundhedsaftalen understøtter patientinddragelse. Tværtimod indikerer fagpersoner og leders udtalelser om emnet, at området er præget af en tendens til i højere grad at se særligt de kroniske patienter og deres pårørende som en belastning og/eller kilde til aflastning af sundhedsvæsenet. Samtidig risikerer Sundhedsaftalen qua sit fokus på idealforløb at skabe forventninger hos patienter og pårørende, som sundhedsvæsenet ikke kan honorere. Sidstnævnte kan give anledning til negative spiraler i mødet mellem patienter/pårørende og professionelle.

I den nuværende Sundhedsaftale er patienten ikke tænkt ind og beskrevet som en samarbejdspartner, men snarere som en passiv modtager af information og ydelser. ■

4 Monitorering af sundhedsaftalens effekt

DSI har i samarbejde med Region Sjællands afdeling for Kvalitet og Udvikling indhentet tilgængelige data, der over tid belyser de overordnede udviklinger i de indikatorer, der har relevans for midtvejsevalueringens fokusområder.

Indikatorerne er udvalgt blandt de 13 indikatorer til monitorering af sundhedsaftaler, som er publiceret af Sundhedsstyrelsen i december 2011 (17), og opgørelserne er så vidt muligt udarbejdet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens oplæg.

Formålet med opgørelserne er dels at perspektivere interviewundersøgelsens resultater og undersøge, om der på overordnet niveau sker den ønskede udvikling i takt med sundhedsaftalens implementering. Samtidig har indikatoranalysen haft til formål at afdække, hvilke indikatorer det for nærværende lader sig gøre at beregne – ud af de 13 indikatorer Sundhedsstyrelsen lægger op til at monitorere.

Forbehold

For de fleste indikatorer har det været muligt at indsamle data fra tre år (2008-2010). Dette er – med mindre udviklingen er meget markant – for kort en observationsrække til, at der kan drages valide konklusioner om trends i udviklingen af indikatorerne. Samtidig indeholder opgørelserne mange muligheder for tilfældig variation og ukendte årsager til variation (fx som følge af ændret registreringspraksis, it-forbedringer eller ændrede behandlingsregimer), som ikke nødvendigvis er relateret til den gældende sundhedsaftale. Som Sundhedsstyrelsen angiver, tjener indikatorerne således som (17):

”Pejlemærker som regioner og kommuner kan anvende i bestræbelserne på at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen. [...] Ved at monitorere indikatorerne kan den pågældende kommune eller region følge om udviklingen går den rigtige vej. Og ved at opgøre indikatoren på landsplan kan kommunen eller regionen måle egne resultater med landsgennemsnittet.”

De opgørelser, der gennemgås i de følgende afsnit, skal læses i dette lys. Det tilgængelige datamateriale giver således ikke mulighed for at drage konklusioner om specifikke årsagssammenhænge, kvalitet (fx i de epikriser der udsendes til egen læge) eller kontekstspecifikke forhold vedrørende tværsektoriel kommunikation og samarbejde (fx omlægninger af optageområder eller ændringer i det kommunale serviceniveau).

4.1 Præsentation af evalueringens indikatorer og tilgængelige datagrundlag

Tabel 5 side 35 præsenterer i oversigtsform, hvilke af de 13 indikatorer der indgår i midtvejsevalueringen, datagrundlaget for de inkluderede indikatorer, samt hvilke indikatorer det på nuværende tidspunkt er muligt at beregne.

Som det fremgår, har Region Sjælland på nuværende tidspunkt tilgængelige data for hovedparten, men ikke alle de 13 nationale indikatorer for effekten af sundhedsaftalerne.

Tabel 5: Evaluerings indikatorer og datagrundlaget for disse

Indikator	Data findes/inkluderet i evalueringen	Datakilde	År som er inkluderet
1. Patientoplevelt samarbejde og kommunikation mellem hospital og kommune ved udskrivelse	Ja ²⁴ /ja	LUP spørgsmål 17 Data omfatter ambulante og stationære somatiske patienter	2006 2009 2010
2. Patientoplevelt samarbejde og kommunikation mellem hospital og almen praksis ved udskrivelse	Ja ²⁴ /ja	LUP spørgsmål 18 Data omfatter ambulante og stationære somatiske patienter	2006 2009 2010
3. Rettidig fremsendelse af epikrise til praksissektor	Ja/ja	GSÅben på afdelingsniveau	2008 2009 2010
4. Implementering af MedComs 7 hospital-kommunestandarder	Ikke mulig at tilvejebringe på nuværende tidspunkt. De fire Forløbsmeddelelser: 1) Indlæggelsesrapporter, 2) Plejeforløbsplaner, 3) Melding om færdigbehandling og 4) Udskrivningsrapporter kører i test over sommeren og forventes udbredt i efteråret 2012. Fødselsanmeldelser udvikles i efteråret 2012. Det er p.t. uklart, om de er taget i brug i indeværende år eller i foråret 2013. Digitale genoptræningsplaner er indført i 2010. Der er aktuelt tre kommuner, som endnu ikke modtager disse elektronisk. Korrespondancemeddelelser er indført i forhold til praksissektoren og kan modtages/sendes overalt, hvor der også kan modtages en elektronisk henvisning. I forhold til kommunerne vil der blive udviklet afprøvninger med disse som supplement til de fire Forløbsmeddelelser hen over året 2012. Generelt vil udviklingen blive fulgt dels via Sygehus-Kommunesamarbejde under Sundhedsaftalerne, dels via forsendelsesstatistikker fra Medcom.		
5. Forebyggelige indlæggelser	Ikke muligt at tilvejebringe på nuværende tidspunkt, da indikatoren fordrer oplysninger om patienternes boligforhold, og om hvorvidt de modtager hjemmehjælp. Regionen har på nuværende tidspunkt ikke adgang til disse oplysninger. Kommunal Økonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) forventes udvidet med de nødvendige oplysninger, men denne opgradering af KØS har endnu ikke fundet sted.		
6. Forebyggelige genindlæggelser	Ja/Ja	Landspatient-registeret	2008 2009 2010
7. Færdigbehandlede somatiske patienter	Ja/ja	Landspatient-registeret og Danmarks statistik	2008 2009 2010
8. Ventetid til udredning i børne- og ungespsykiatrien	Ifølge Sundhedsstyrelsens notat om Monitorering af Sundhedsaftalerne kan denne indikator beregnes ud fra ventetidsoplysninger i LPR. Imidlertid forefindes der i Psykiatrien i forvejen lignende oplysninger baseret på Region Sjællands patientadministrative system. Disse blev indhentet til brug for nærværende rapport. Indikatoren er dog fravalgt på grund af evalueringens fokus.		
9. Genindlæggelser inden for psykiatrien	Ja/ja	Landspatient-registeret	2008 2009 2010
10. Færdigbehandlede psykiatriske patienter	Ja/ja	Landspatient-registeret og Danmarks statistik	2008 2009 2010
11. Antal genoptræningsplaner fordelt på diagnose, kommune og hospital	Ja, men indikatoren er fravalgt på grund af evalueringens fokus		
12. Fordeling af almene og specialiserede genoptræningsplaner	Ja, men indikatoren er fravalgt på grund af evalueringens fokus		
13. Ventetid til genoptræning	Delvist ²⁵ , men indikatoren er fravalgt på grund af evalueringens fokus		

24 Ifølge Sundhedsstyrelsens notat om Monitorering af Sundhedsaftalerne (s. 9) er det dog usikkert, hvorvidt LUP-data i den hidtige/aktuelle form kan opdeles efter bopælskommune.

25 Det er kun ventetid til specialiseret genoptræning, der kan findes i Landspatientregisteret. Den almindelige genoptræning foregår i kommunalt regi og indberettes ikke til Landspatientregisteret.

Resten af kapitlet præsenterer baggrund, data og resultater for de 7 individuelle indikatorer, der har særlig relevans for evalueringen. I det omfang det er relevant og muligt, forholdes indikatorerne løbende til resultaterne fra interviewundersøgelsen. Endvidere er der testet for statistisk signifikans på relevante udviklinger²⁶. Kapitlet afsluttes med en delkonklusion og anbefalinger til den fremadrettede monitorering af sundhedsaftalerne i Region Sjælland.

4.2 Sundhedsstyrelsens indikator 1 og 2: Patientoplevet samarbejde og kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis ved udskrivelse

Nedenstående tabel 6 og 7 sammenfatter resultaterne fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (18-20)²⁷. Der er medtaget opgørelser fra 2006, 2009 og 2010 for at vurdere status og udvikling før og efter introduktionen af sundhedsaftalekomplekset.

Som det fremgår af tabellerne, indikerer LUP-undersøgelserne en positiv udvikling i andelen af patienter, der oplever god kommunikation og samarbejde mellem sygehus og kommuner såvel som almen praksis/henvisende læge.

Andelen af patienter, der vurderer kommunikation og samarbejde mellem sygehus og kommune positivt, er således steget med 6,3 procentpoint fra 2006-2010, mens stigningen er på 8,3 procentpoint for kommunikation og samarbejde mellem sygehus og almen praksis. Endvidere ses det, at stigningerne fra 2009-2010 er væsentligt større end stigningerne fra

2006-2009. LUP-undersøgelserne bekræfter således indtrykket fra evalueringens kvalitative interviews og workshops, hvor informanter og deltagere gav udtryk for, at indsatsen for at forbedre det tværsektorielle samarbejde og kommunikation er begyndt at skabe resultater.

4.3 Sundhedsstyrelsens indikator 3: Rettidig epikrise til praksissektor

Når patienter udskrives fra sygehus, udgør rettidig overlevering af relevante oplysninger til egen læge et vigtigt element af et forløbsorienteret samarbejde. Det gælder særligt for patienter med kronisk sygdom og særligt sårbare patienter, som ofte har lange forløb med mange sektorskift og medicinændringer mm. Rettidig udsendelse af epikrise til egen (eller henvisende) læge er defineret ved, at udsendelsen sker inden for tre hverdage. Formålet med opgørelserne er at monitorere, om udsendelsen sker rettidigt, samt at identificere uhensigtsmæssigheder om kommunikationspraksis og arbejdsgange så rettidigheden kan forbedres.

I Region Sjælland indgår rettidig udsendelse af epikrise som en del af driftsaftaleopfølgningerne mellem Region og sygehuse/sygehusafdelinger. Data fra disse opfølgingsrapporter er på afdelingsniveau indhentet for årene 2009-2011. De indsamlede data viser, at der er store variationer i afdelingerne imellem på, i hvilket omfang epikriserne sendes rettidigt inden for tre hverdage. Den aggregerede udvikling (for både psykiatri og somatik) er gengivet i tabel 4 afrundet til hele procent²⁸.

Tabel 6: Patienternes vurdering af kommunikation og samarbejde mellem sygehus og kommune

Spørgsmål i LUP	Årstal	Meget positiv	Positiv	Negativ	Meget negativ	I alt positiv	I alt negativ
<i>Hvordan vurderer du, at sygehuset og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje samarbejdede om din udskrivelse?</i>	2006	34,3	45,6	11,1	9,1	79,9	19,2
	2009	27,2	54,7	10,1	8,0	81,9	18,1
	2010	30,6	55,6	8,9	4,5	86,2	13,4

Tabel 7: patienternes vurdering af kommunikation og samarbejde mellem sygehus og almen praksis

Spørgsmål i LUP	Årstal	Meget positiv	Positiv	Negativ	Meget negativ	I alt positiv	I alt negativ
<i>Hvordan vurderer du alt i alt, at din egen læge blev orienteret om, hvad der var sket under din indlæggelse på sygehuset?</i>	2006	19,9	56,4	14,6	9,1	76,3	23,7
	2009	17,1	60,2	13,3	9,5	77,3	22,8
	2010	20,8	63,8	10,1	5,2	84,6	15,3

26 Chi²-test med et signifikansniveau på 0,05.

27 Undersøgelserne inkluderer hvert år svar fra godt 4.200 patienter, der har været indlagt på et sygehus i Region Sjælland.

28 I daglig praksis indsamles og anvendes data på afdelingsniveau i samarbejde mellem afdelingsledelsen og den lokale sygehusledelse. Da midtvejsevalueringen af sundhedsaftalerne fokuserer på den overordnede udvikling, og da Region Sjælland ikke har haft mulighed for at levere aggregerede data på sygehusniveau, er det imidlertid valgt at aggregere data på regionalt niveau.

Tabel 8: Rettidig udsendelse af lægeepikrise til egen/henvisende læge

	Antal patienter	Inden tre hverdage	Inden for 3-10 hverdage	Mere end 10 hverdage
2009	190.135	66 %	17 %	17 %
2010	216.610	73 %	14 %	12 %
2011	227.852	77 %	12 %	11 %

Som det fremgår af Tabel 8, ses en stabil trend i retning af, at epikriserne i stadig større grad udsendes rettidigt. Til gengæld ses det også, at der i 2011 fortsat var 23 % af epikriserne, som ikke udsendes rettidigt.

4.4 Sundhedsstyrelsens indikator 6: Forebyggelige genindlæggelser af ældre patienter

Et andet af sundhedsaftalernes formål er at understøtte glidende sektorovergange, som mindsker andelen af forebyggelige genindlæggelser. Viden om andelen af forebyggelige genindlæggelser – og et samarbejdssystem, der konstruktivt kan omsætte denne viden til en forbedret praksis, er derfor vigtig. Dette gælder for alle patienter, som udskrives. Men da det især er en problemstilling, der er relateret til ældre medicinske patienter, er monitoreringen afgrænset til at omfatte + 67-årige patienter og nedenstående 13 aktionsgruppediagnoser²⁹:

- Hjerneblødning (DI61, DI63, DI64)
- Dehydrering (DE869)
- Forstoppelse (DK590)
- Lungebetændelse (DJ12-18)
- Blærebetændelse (DN30; eksklusiv DN304)
- Astma/bronkitis (KOL) (DJ40-47)
- Hjertesvigt (DI20-25)
- Gastroenteritis (DA09)
- Brud (skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel) (DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, - DS72, DS82, DS92)
- Ernæringsmæssig anæmi (blodmangel) (DD50-53)
- Gigt (DM05-07, DM10-13, DM15-19)
- Sociale og plejemæssige forhold (DL89)
- Tryksår (DZ59, DZ74-75).

Sundhedsstyrelsen foreslår, at andelen af forebyggelige genindlæggelser på hospitals- og kommuneniveau opgøres for genindlæggelser i tidsrummet mellem 4 timer og 3 dage, henholdsvis mellem 4 timer og 30 dage efter udskrivelse. Region Sjællands opgørelse anvender samme opdeling og viser genindlæggelser inden 3 dage, henholdsvis inden 30 dage. Regionens opgørelse er imidlertid baseret på en lidt anden tidsmæssig afgrænsning, idet en ny indlæggelse kun medtælles blandt genindlæggelserne, såfremt den finder sted dagen efter udskrivningen eller senere. Påbegynder en person en ny indlæggelse, samme dato som vedkommende bliver udskrevet, regnes indlæggelsen som en fortsættelse af forløbet. Regionen forventer, at denne beregningsmåde giver mere robuste og stabile opgørelser.

4.4.1 Andelen af forebyggelige genindlæggelser af ældre medicinske patienter opgjort på regionalt niveau

Omstående tabel 9 og 10 viser udviklingen i andelen af forebyggelige genindlæggelser på regionalt niveau i perioden 2008-2010.

Som det fremgår, ligger andelen af forebyggelige genindlæggelser indenfor både 3 dage og 30 dage meget stabilt i perioden.

²⁹ Ved fremstilling af genindlæggelsesstatistikken blev Region Sjælland opmærksom på, at der er sket nogle forbytninger i diagnoselisten i Sundhedsstyrelsens notat om Monitorering af Sundhedsaftalerne (s. 26). Region Sjælland vil gøre Sundhedsstyrelsen opmærksom på dette. Fejlen har dog ikke haft betydning for Region Sjællands beregning af den pågældende indikator.

Table 9. Antal forebyggelige genindlæggelser inden for 3 dage efter udskrivning opgjort på regionalt niveau³⁰

	2008			2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent
I alt	9.268	379	4,1	9.652	377	3,9	10.154	411	4,0

Table 10. Antal forebyggelige genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivning opgjort på regionalt niveau³⁰

	2008			2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent
I alt	9.268	1.965	21,2	9.652	2.159	22,4	10.154	2.159	21,3

4.4.2 Andelen af forebyggelige genindlæggelser af ældre medicinske patienter opgjort på kommuneniveau

De følgende tabeller viser udviklingen i andelen af genindlæggelser på kommunalt niveau i perioden 2008-2010.

Table 11: Antal genindlæggelser inden for 3 dage efter udskrivning for hver kommune³⁰

Kommune	2008			2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent
Faxe	384	14	3,6	361	16	4,4	416	19	4,6
Greve	491	25	5,1	469	17	3,6	522	19	3,6
Guldborgsund*	915	22	2,4	1008	33	3,3	927	43	4,6
Holbæk	698	24	3,4	735	31	4,2	835	44	5,3
Kalundborg	583	27	4,6	532	20	3,8	629	22	3,5
Køge	628	34	5,4	627	24	3,8	719	36	5,0
Lejre	267	11	4,1	290	13	4,5	270	16	5,9
Lolland	678	23	3,4	754	28	3,7	799	25	3,1
Næstved	806	44	5,5	939	36	3,8	917	34	3,7
Odsherred	437	17	3,9	462	18	3,9	545	20	3,7
Ringsted	310	12	3,9	344	11	3,2	337	9	2,7
Roskilde	869	41	4,7	931	42	4,5	941	41	4,4
Slagelse	877	30	3,4	866	32	3,7	941	36	3,8
Solrød	181	10	5,5	179	5	2,8	202	6	3,0
Sorø	305	8	2,6	321	16	5,0	329	12	3,6
Stevns	256	13	5,1	239	9	3,8	278	9	3,2
Vordingborg	583	24	4,1	595	26	4,4	547	20	3,7
I alt	9.268	379	4,1	9.652	377	3,9	10.154	411	4,0

Note: * angiver statistisk signifikant forskel ved et signifikansniveau på 0,05.

30 Kilde: eSundhed den 18. marts 2012, LPR 10. marts 2012.

Som det fremgår af Tabel 11, er der en vis variation i andelen af forebyggelige genindlæggelser på kommunalt niveau. I 2008 varierede andelen af forebyggelige genindlæggelser fra 2,4 % (Guldborgsund Kommune) til 5,5 % (Odsherred Kommune). I 2010 varierede andelen af forebyggelige genindlæggelser fra 2,7 % (Ringsted Kommune) til 5,9 % (Lejre Kommune).

Den observerede variation kan både hænge sammen med kommunernes socioøkonomiske grundlag, lokale samarbejdsstrukturer og de konkrete indsatser på sygehus og kommuner. Der kan således ikke sættes simpelt lighedstegn mellem en høj andel af genindlæggelser og en mangelfuld indsats.

Tabellen viser også, at der på niveau af den enkelte kommune flere steder er sket en del forskydninger af genindlæggelsesmønstret i perioden. Der er dog kun en enkelt kommune (Guldborgsund), hvor udviklingen har været statistisk signifikant. I de kommuner, hvor udviklingen går i retning af flere genindlæggelser, kan det være begrundet at kikke nærmere på årsager og handlemuligheder i forhold til de observerede ændringer. Samtidig kan det være en mulighed at søge erfaringer fra de kommuner, der har haft en positiv udvikling.

Som det fremgår af Tabel 12, er der også en vis kommunal variation i andelen af forebyggelige genindlæggelser inden for 30 dage. Igen var det Guldborgsund Kommune, der i 2008 havde den laveste andel af forebyggelige genindlæggelser (17,4 %), mens Køge Kommune med 27,2 % havde den højeste. I 2010 varierede andelen af forebyggelige genindlæggelser fra 16,3 % (Vordingborg Kommune) til 27,8 % (Lejre Kommune)³¹.

Tabellen viser også, at der på niveau af den enkelte kommune sker forskydninger i genindlæggelsesmønstret i perioden, samt at disse forskydninger ser ud til at være korreleret med udviklingen i Tabel 11. Fx ses det, at Guldborgsund og Holbæk kommuner har en øgning i antallet af både 3 dages og 30 dages genindlæggelser fra 2008 til 2010, mens Solrød og Ringsted har en mindskning i antallet af både 3 og 30 dages genindlæggelser fra 2008-2010. Samtidig ses det dog også, at det kun er i Holbæk og Vordingborg kommuner, at udviklingen har været statistisk signifikant.

I de kommuner, hvor udviklingen går i retning af flere forebyggelige genindlæggelser, kan det være begrundet at kikke nærmere på årsager og handlemuligheder i forhold til de observerede ændringer. Samtidig kan det være en mulighed at søge erfaringer fra de kommuner, der har haft en positiv udvikling.

Tabel 12: Antal genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivning for hver kommune³²

Kommune	2008			2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent
Faxe	384	74	19,3	361	72	19,9	416	77	18,5
Greve	491	117	23,8	469	113	24,1	522	118	22,6
Guldborgsund	915	159	17,4	1.008	196	19,4	927	187	20,2
Holbæk*	698	126	18,1	735	173	23,5	835	217	26,0
Kalundborg	583	114	19,6	532	115	21,6	629	130	20,7
Køge	628	171	27,2	627	139	22,2	719	175	24,3
Lejre	267	57	21,3	290	80	27,6	270	75	27,8
Lolland	678	125	18,4	754	173	22,9	799	177	22,2
Næstved	806	189	23,4	939	219	23,3	917	199	21,7
Odsherred	437	80	18,3	462	99	21,4	545	100	18,3
Ringsted	310	69	22,3	344	66	19,2	337	60	17,8
Roskilde	869	205	23,6	931	239	25,7	941	213	22,6
Slagelse	877	187	21,3	866	179	20,7	941	186	19,8
Solrød	181	46	25,4	179	38	21,2	202	38	18,8
Sorø	305	66	21,6	321	80	24,9	329	65	19,8
Stevns	256	63	24,6	239	45	18,8	278	53	19,1
Vordingborg*	583	117	20,1	595	133	22,4	547	89	16,3
I alt	9.268	1.965	21,2	9.652	2.159	22,4	10.154	2.159	21,3

Note: * angiver statistisk signifikant forskel ved et signifikansniveau på 0,05.

31 Der gælder de samme forbehold omkring tolkningen af variationen som gengivet under Tabel 11.

32 Kilde: eSundhed den 18. marts 2012, LPR 10. marts 2012.

4.5 Sundhedsstyrelsens indikator 7: Færdigbehandlede somatiske patienter

Der har i mange år været fokus på at nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter, som venter på at blive udskrevet til eget/egnet hjem. Indikatoren opgøres på bopælskommune pr. 1.000 indbyggere og på hospital pr. 1.000 indlagte. For overskuelighedens skyld er det kun udviklingen i antallet af ventedage pr. 1.000 indbyggere på kommuneniveau, som præsenteres i tabel 13. Tabellen er baseret på antallet af færdigbehandlede dage, som kommunerne har afregnet for.

Som det fremgår af tabel 13, er der i perioden 2008-2010 sket en markant mindskning i antallet af ventedage pr. 1.000 indbyggere. Det samlede antal ventedage er således reduceret fra 11.541 i 2008 til 3.589 i 2010. I forhold til denne indikator kan det således klart konkluderes, at Sundhedsaftalens indsatsområde er adresseret med den ønskede effekt. Data bekræfter således DSI's kvalitative interviews, hvor praktikere og ledere fortalte, at ventetidsproblematikken er reduceret markant inden for de seneste år.

Tabellen viser samtidig, at der i 2010 er en stor kommunal variation i antallet af ventedage pr. 1.000 indbyggere. De kommuner med det højeste antal ventedage pr. 1.000 indbyggere (fx Roskilde, Køge, Faxe, Stevns og Greve) kan derfor have anledning til at undersøge årsager og handlemuligheder.

4.6 Sundhedsstyrelsens indikator 9: Genindlæggelse af psykiatriske patienter

Også for de psykiatriske patienter er et af sundhedsaftalernes vigtigste formål at understøtte glidende sektorovergange, som mindsker andelen af genindlæggelser. Sundhedsstyrelsen foreslår, at andelen af genindlæggelser på hospitals- og kommune-niveau opgøres for genindlæggelser i tidsrummet mellem 4 timer og 3 dage, henholdsvis mellem 4 timer og 30 dage efter udskrivelse. Region Sjællands opgørelse anvender samme opdeling og viser genindlæggelser inden 7 dage, henholdsvis inden 30 dage. Regionens opgørelse er imidlertid baseret på en lidt anden tidsmæssig afgrænsning, idet en ny indlæggelse kun medtælles blandt genindlæggelserne, såfremt den finder sted

Tablet 13: Antal færdigbehandlede dage i somatikken pr. 1000 indbyggere opgjort på kommuneniveau³³

Kommune	2008		2009		2010	
	Antal dage	Antal dage pr.1.000 indbyggere	Antal dage	Antal dage pr.1.000 indbyggere	Antal dage	Antal dage pr.1.000 Indbyggere
Faxe	1.058	29,8	611	17,3	267	7,5
Greve	1.094	22,9	637	13,3	335	7,0
Guldborgsund	427	6,7	72	1,1	67	1,1
Holbæk	146	2,1	163	2,3	78	1,1
Kalundborg	186	3,7	172	3,5	58	1,2
Køge	1.845	32,5	523	9,2	484	8,5
Lejre	322	12,0	74	2,8	132	4,9
Lolland	217	4,5	36	0,8	12	0,3
Næstved	733	9,1	46	0,6	26	0,3
Ods herred	191	5,7	120	3,6	125	3,8
Ringsted	96	3,0	55	1,7	26	0,8
Roskilde	2.901	35,9	1.429	17,5	1.481	18,0
Slagelse	625	8,1	423	5,5	176	2,3
Solrød	543	26,2	508	24,4	128	6,1
Sorø	161	5,5	111	3,8	3	0,1
Stevns	485	22,1	221	10,1	161	7,3
Vordingborg	511	10,9	36	0,8	30	0,6
Region Sjælland	11.541	14,1	5.237	6,4	3.589	4,4

³³ Kilde: eSundhed den 23. marts 2012, LPR 10. marts 2012. Antallet af indbyggere i de enkelte kommuner er hentet hos Danmarks Statistik. Efterfølgende årsafslutningen har der været visse manuelle afregningsmæssige justeringer med tilbagebetaling til nogle kommuner af et antal færdigbehandlede dage. Disse justeringer er det ikke praktisk muligt at inddrage i den her foreliggende statistik, som er baseret på data fra Landspatientregisteret, som disse data så ud på tidspunkterne for de respektive officielle årsafslutninger for den kommunale medfinansiering. Da der opbygges et stadig tættere samarbejde mellem kommuner og region om korrekt løbende registrering og afregning, er der tale om et problem, der nu stort set er løst.

dagen efter udskrivningen eller senere. Påbegynder en person en ny indlæggelse, samme dato som vedkommende bliver udskrevet, regnes indlæggelsen som en fortsættelse af forløbet. Regionen forventer, at denne beregningsmåde giver mere robuste og stabile opgørelser.

Metodiske forbehold

For at målrette brugen af indikatoren omfatter opgørelsen af genindlæggelser kun akutte indlæggelser, der kan henføres til det psykiatriske hospital, som har primærindlæggelsen. Som Sundhedsstyrelsen også påpeger, skal det dog:

... understreges at nogle patienter går i livslange forløb, hvor de gang på gang ryger ind og ud af hospitalet. Det skyldes ikke nødvendigvis dårligt samarbejde mellem kommune og hospitalet, men i højere grad patientens diagnose. Derfor bør man i opgørelsen af indikatoren se på fordelingen af patientdiagnoser på det enkelte psykiatriske hospital (17).

En sådan detaljeret analyse ligger udenfor midtvejsevalueringens tidsmæssige og økonomiske rammer. Derfor kan der ikke drages tværgående sammenligninger og konklusioner vedrørende evt. variationer i afdelingernes genindlæggelsesmønstre på baggrund af de data, der præsenteres i de kommende afsnit.

4.6.1. Andelen af psykiatriske genindlæggelser på afdelingsniveau³⁴

Nedenstående tabeller viser udviklingen i andelen af psykiatriske genindlæggelser på afdelingsniveau regionalt niveau i perioden 2009-2010.

Som det fremgår af Tabel 14, er der sket en mindre (ikke signifikant) stigning i antallet af genindlæggelser på 0,8 procentpoint fra 2009-2010. Samtidig ses, at der er sket forskydninger i genindlæggelsesmønstret på nogle afdelinger. De afdelinger, hvor ændringerne er statistisk signifikante, er markeret med stjerner i tabellens første kolonne. Som nævnt indledningsvist er det på det psykiatriske område dog ikke muligt ud fra disse overordnede tal at sige noget om, hvorvidt forekomsten af genindlæggelser er positivt eller negativt.

Tabel 14: Antal genindlæggelser i psykiatrien, opgjort på afdelingsniveau, genindlæggelse inden 7 dage efter udskrivning³⁵

Afdeling	2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i Procent
3800010 - PRO Psykiatrisk Afd.	665	50	7,5	688	58	8,4
3800050 - PRO Psykiatrisk Afd. 05.0	936	65	6,9	1.023	86	8,4
3800100 - PHO Psykiatrisk Afd.	682	53	7,8	697	52	7,5
3800101 - PHO Psyk. Afd. Affektive L.	7	0	0,0			
3800150 - PSL Psykiatrisk Afd.	762	46	6,0	562	34	6,0
3800151 - PSL Psykiatrisk Lukket Afd.	206	33	16,0	247	37	15,0
3800200 - PNÆ Psykiatrisk Afd.*	458	128	27,9	539	111	20,6
3800250 - PVO Psykiatrisk Afd. 25.0*	845	81	9,6	940	122	13,0
3800300 - PNS Retspsykiatrisk Afd.	4	0	0,0	12	0	0,0
3800310 - PNS Sikringsafd.	1	0	0,0	2	0	0,0
3800370 - PVO Psykiatri f. Ældre Afd. 37.0	154	16	10,4	106	13	12,3
3800371 - PVO Psykiatri f. Ældre Afd.	136	8	5,9	126	9	7,1
3800400 - PBU Børnepsykiatrisk Afd.	3	0	0,0			
3800410 - PBU Ungdomspsykiatrisk Afd.	211	8	3,8	170	8	4,7
I alt	5.070	488	9,6	5.112	530	10,4

Note: * angiver statistisk signifikant forskel ved et signifikansniveau på 0,05.

34 Da Region Sjælland skiftede fire sygehusnumre ud til et i sidste kvartal i 2008 og derved fik nye afdelingsnumre, er der kun medtaget genindlæggelser på afdelingsniveau for årene 2009 og 2010.

35 Kilde: eSundhed den 19. marts 2012, LPR 10. marts 2012.

Som det fremgår af tabel 15, er der ikke sket statistisk signifikante ændringer i antallet af genindlæggelser fra 2009-2010. Ej heller er forskydninger i genindlæggelsesmønsteret på afdelingerne statistisk signifikante.

4.6.2 Andelen af psykiatriske genindlæggelser opgjort efter bopælskommune

De følgende tabeller viser udviklingen i andelen af psykiatriske genindlæggelser opgjort på kommunebasis i perioden 2008-2010.

Tabel 15: Antal genindlæggelser i psykiatrien, opgjort på afdelingsniveau, genindlæggelse inden 30 dage efter udskrivning³⁶

Afdeling	2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent
3800010 - PRO Psykiatrisk Afd.	665	126	18,9	688	146	21,2
3800050 - PRO Psykiatrisk Afd. 05.0	936	145	15,5	1.023	191	18,7
3800100 - PHO Psykiatrisk Afd.	682	112	16,4	697	109	15,6
3800101 - PHO Psyk. Afd. Affektive L.	7	0	0,0			
3800150 - PSL Psykiatrisk Afd.	762	126	16,5	562	76	13,5
3800151 - PSL Psykiatrisk Lukket Afd.	206	68	33,0	247	84	34,0
3800200 - PNÆ Psykiatrisk Afd.	458	185	40,4	539	223	41,4
3800250 - PVO Psykiatrisk Afd.25.0	845	195	23,1	940	217	23,1
3800300 - PNS Retspsykiatrisk Afd.	4	0	0,0	12	0	0,0
3800310 - PNS Sikringsafd.	1	0	0,0	2	0	0,0
3800370 - PVO Psykiatri f. Ældre Afd. 37.0	154	19	12,3	106	16	15,1
3800371 - PVO Psykiatri f. Ældre Afd.	136	21	15,4	126	16	12,7
3800400 - PBU Børnepsykiatrisk Afd.	3	0	0,0			
3800410 - PBU Ungdomspsyk. Afd.	211	22	10,4	170	14	8,2
I alt	5.070	1019	20,1	5.112	1092	21,4

³⁶ Kilde: eSundhed den 19. marts 2012, LPR 10. marts 2012.

Table 16: Antal akutte genindlæggelser i psykiatrien, opgjort efter bopælskommune, genindlæggelse inden for 7 dage efter udskrivning

Kommune	2008			2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i Procent
Faxe	149	15	10,1	163	22	13,5	145	15	10,3
Greve	300	26	8,7	370	20	5,4	365	33	9,0
Guldborgsund*	335	21	6,3	400	51	12,8	398	48	12,1
Holbæk	424	32	7,5	424	34	8,0	469	30	6,4
Kalundborg	235	16	6,8	262	20	7,6	262	19	7,3
Køge	323	26	8,0	377	31	8,2	320	21	6,6
Lejre	151	7	4,6	150	13	8,7	159	15	9,4
Lolland	291	28	9,6	239	13	5,4	210	24	11,4
Næstved	477	104	21,8	463	100	21,6	575	123	21,4
Odsherred	215	18	8,4	269	25	9,3	269	28	10,4
Ringsted	163	16	9,8	191	24	12,6	174	12	6,9
Roskilde	630	42	6,7	590	39	6,6	591	52	8,8
Slagelse*	546	54	9,9	548	33	6,0	504	46	9,1
Solrød	107	14	13,1	90	6	6,7	71	9	12,7
Sorø	146	8	5,5	188	10	5,3	190	20	10,5
Stevns	81	2	2,5	77	2	2,6	84	7	8,3
Vordingborg*	293	34	11,6	269	45	16,7	326	28	8,6
I alt	4.866	463	9,5	5.070	488	9,6	5.112	530	10,4

Note: * angiver statistisk signifikant forskel ved et signifikansniveau på 0,05.

Som det fremgår af tabel 16, er der stor variation i andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser på kommunalt niveau: I 2008 varierede andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser fra 2,5 % (Stevns Kommune) til 21,8 % (Næstved Kommune). I 2010 varierede andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser fra 6,4 % (Holbæk Kommune) til 21,4 % (Næstved Kommune)³⁷.

Tabellen viser også, at der på niveau af den enkelte kommune flere steder er sket ændringer i genindlæggelsesmønsteret i perioden 2008-2010. De kommuner, hvor udviklingen har været statistisk signifikant, er markeret med en stjerne i første kolonne. Næstved, Guldborgsund og Lolland har de højeste andele af akutte psykiatriske genindlæggelser i 2010. Som tidligere anført kan det ikke konkluderes, hvorvidt disse udviklinger er hensigtsmæssige eller ej.

37 Der gælder de samme forbehold omkring tolkningen af variationen som gengivet under tabel 11.

Tablet 17: Antal akutte genindlæggelser i psykiatrien opgjort efter bopælskommune, genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivning

Kommune	2008			2009			2010		
	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i Procent	Udskrivninger	Genindlæggelser	Andel i Procent
Faxe	149	31	20,8	163	35	21,5	145	22	15,2
Greve	300	63	21,0	370	70	18,9	365	81	22,2
Guldborgsund*	335	52	15,5	400	111	27,8	398	113	28,4
Holbæk	424	56	13,2	424	67	15,8	469	75	16,0
Kalundborg	235	42	17,9	262	38	14,5	262	38	14,5
Køge	323	53	16,4	377	64	17,0	320	68	21,3
Lejre	151	22	14,6	150	28	18,7	159	28	17,6
Lolland	291	49	16,8	239	47	19,7	210	42	20,0
Næstved	477	163	34,2	463	153	33,0	575	205	35,7
Odsherred	215	26	12,1	269	49	18,2	269	47	17,5
Ringsted*	163	43	26,4	191	42	22,0	174	23	13,2
Roskilde	630	131	20,8	590	94	15,9	591	116	19,6
Slagelse	546	102	18,7	548	91	16,6	504	92	18,3
Solrød	107	25	23,4	90	14	15,6	71	14	19,7
Sorø	146	22	15,1	188	32	17,0	190	43	22,6
Stevns	81	6	7,4	77	7	9,1	84	10	11,9
Vordingborg	293	70	23,9	269	77	28,6	326	75	23,0
I alt	4.866	956	19,6	5.070	1.019	20,1	5.112	1.092	21,4

Note: * angiver statistisk signifikant forskel ved et signifikansniveau på 0,05.

Som det fremgår af tabel 17, er der også kommunal variation i andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage. Igen er det Stevns Kommune, der i 2008 havde den laveste andel af genindlæggelser (7,4 %), mens Næstved Kommune med 34,2 % havde den højeste genindlæggelsesrate. I 2010 var dette fortsat tilfældet: Stevns 11,9 % og Næstved 35,7 %³⁸.

Tabellen viser også, at der på niveau af den enkelte kommune flere steder er sket forskydninger af genindlæggelsesmønstret i perioden. De kommuner, hvor udviklingen har været statistisk signifikant, er markeret med en stjerne i første kolonne. Kommuner med de højeste andele af psykiatriske genindlæggelser i 2010 er Næstved, Guldborgsund, Sorø og Vordingborg.

4.7 Sundhedsstyrelsens indikator 10: Færdigbehandlede i psykiatrien

Som for de somatiske indlæggelser opgøres indikatoren på bopælskommune pr. 1.000 indbyggere og på hospital pr. 1.000 indlagte. For overskuelighedens skyld er det kun udviklingen i antallet af ventedage pr. 1.000 indbyggere på kommuneniveau, som præsenteres i tabel 18. Tabellen er baseret på antallet af færdigbehandlede dage, som kommunerne har afregnet for.

38 Der gælder de samme forbehold omkring tolkningen af variationen som gengivet under tabel 11.

Table 18: Antal færdigbehandlede dage i psykiatrien pr. 1.000 indbyggere³⁹

Kommune	2008		2009		2010	
	Antal færdigbehandlede dage	Antal dage pr. 1.000 indbyggere	Antal færdigbehandlede dage	Antal dage pr. 1.000 indbyggere	Antal færdigbehandlede dage	Antal dage pr. 1.000 indbyggere
Faxe	70	2,0	84	2,4	150	4,2
Greve	409	8,6	0	0,0	90	1,9
Guldborgsund	85	1,3	118	1,9	204	3,2
Holbæk	158	2,3	277	4,0	354	5,1
Kalundborg	173	3,5	192	3,9	160	3,2
Køge	80	1,4	66	1,2	71	1,2
Lejre	0	0,0	47	1,8	26	1,0
Lolland	244	5,1	132	2,8	41	0,9
Næstved	204	2,5	759	9,4	469	5,8
Odsherred	2377	71,6	2001	60,2	207	6,3
Ringsted	3	0,1	35	1,1	3	0,1
Roskilde	142	1,8	498	6,1	629	7,7
Slagelse	592	7,6	332	4,3	32	0,4
Solrød	0	0,0	121	5,8	0	0,0
Sorø	290	9,9	320	10,9	29	1,0
Stevns	26	1,2	64	2,9	47	2,1
Vordingborg	63	1,3	8	0,2	58	1,3
Region Sjælland	4916	6,0	5054	6,2	2570	3,1

Som det fremgår, er der i perioden 2008-2010 sket en halvering i antallet af ventedage pr. 1.000 indbyggere. Det samlede antal ventedage er således reduceret fra 4.916 i 2008 til 2.570 i 2010. I forhold til denne indikator kan det således klart vurderes, at Sundhedsaftalens indsatsområde er adresseret med den ønskede effekt. Data bekræfter således entydigt de kvalitative interview, hvor praktikere og ledere vurderede, at ventetidsproblematikken er reduceret markant inden for de seneste år.

Tabellen viser samtidig, at der i 2010 er en stor kommunal variation i antallet af ventedage pr. 1.000 indbyggere. Kommuner med det højeste antal ventedage pr. 1.000 indbyggere (Roskilde, Holbæk, Odsherred og Faxe) kan derfor have anledning til at undersøge årsager og handlemuligheder.

4.8 Opsamling

Det kan konkluderes, at Region Sjælland formår at beregne de fleste af de 13 effektindikatorer for Sundhedsaftalerne. For fire indikatorer mangler der for tiden – helt eller delvis – beregningsmulighed, eller beregningsmulighederne undersøges fortsat. Det drejer sig om indikatoren for implementering af MedComs 7 hospitals-kommunestandarder, indikatoren for forebyggelige indlæggelser afgrænset i forhold til plejebolig eller hjemmepleje, indikatoren for ventetid til udredning i børne- og ungepsykiatrien samt indikatoren for ventetid til genoptræning.

Table 19 giver et overblik over udviklingen på de syv indikatorer, der indgår som en del af midtvejsevalueringen.

³⁹ Kilde: eSundhed den 23. marts 2012, LPR 10. marts 2012. Antallet af indbyggere i de enkelte kommuner er hentet hos Danmarks Statistik. Efterfølgende årsafslutningen har der været visse manuelle afregningsmæssige justeringer med tilbagebetaling til nogle kommuner af et antal færdigbehandlingsdage. Disse justeringer er det ikke praktisk muligt at inddrage i den her foreliggende statistik, som er baseret på data fra Landspatientregisteret, som disse data så ud på tidspunkterne for de respektive officielle årsafslutninger for den kommunale medfinansiering. Da der opbygges et stadig tættere samarbejde mellem kommuner og region om korrekt løbende registrering og afregning, er der tale om et problem, der nu stort set er løst.

Table 19: Sammenfatning af udviklingen for midtvejsevalueringens 7 udvalgte indikatorer

Indikator	Udvikling	Udviklingstendens
Patientoplevet samarbejde og kommunikation mellem hospital og kommune ved udskrivelse	Fra 2006-2010 er andelen af patienter, der forholder sig positivt til udsagnet, steget fra 79,9 % til 86,2 %.	Positiv
Patientoplevet samarbejde og kommunikation mellem hospital og almen praksis ved udskrivelse	Fra 2006-2010 er andelen af patienter, der forholder sig positivt til udsagnet, steget fra 76,3 % til 84,6 %.	Positiv
Rettidig fremsendelse af epikrise til praksissektor	Fra 2009-2011 er antallet af epikriser, der udsendes rettidigt, steget fra 66 % til 77 %.	Positiv
Forebyggelige genindlæggelser	Antallet af genindlæggelser inden for 3 dage efter udskrivelse er faldet med 0,1 procentpoint, mens antallet af genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivelse er steget med 0,1 procentpoint i perioden 2008-2010.	Uændret
Færdigbehandlede somatiske patienter	Antallet af ventedage er reduceret med ca. 2/3.	Markant positiv
Genindlæggelser inden for psykiatrien	Svag stigning i antallet af genindlæggelser.	Svagt negativ
Færdigbehandlede psykiatriske patienter	Antallet af ventedage er næsten halveret fra 2008-2010.	Markant positiv

Som det fremgår af Tabel 19, ses en positiv udvikling på fem af de syv indikatorer, mens en er uændret og en (genindlæggelser i psykiatrien) udviser en svag negativ tendens i retning af flere genindlæggelser. Som tidligere anført kan det dog ikke konkluderes, at der er tale om en uhensigtsmæssig udvikling.

Specielt udviklingen i indikatorerne for færdigbehandlede patienter viser, at et område kan flyttes, når der er økonomiske incitament, løbende monitorering og et ledelsesmæssigt fokus på at følge op. Omvendt viser udviklingerne i antallet af genindlæggelser, at nogle problemstillinger er væsentligt sværere at ændre på.

Hvis indikatorerne skal sættes i anvendelse til at sætte retning på det fremtidige tværgående samarbejde, bør de indgå i en lokal samarbejdsorganisation. Der er endvidere langt fra indikator til praksis i forhold til bagvedliggende årsager til variation. Udvikling over tid vil derfor være mere relevant end øjeblikssammenligninger på tværs af fx kommuner, sygehuse og afdelinger. ■

5 Konklusion og anbefalinger

Man kan se Sundhedsaftalen som en proces, hvor forskellige aktører inddrages på forskellige tidspunkter. I de første år med sundhedsaftaler har der pågået et udviklingsarbejde, som i høj grad har handlet om at skabe en velfungerende formel samarbejdsorganisation samt politisk medejerskab på tværs af region og kommuner. I Sundhedsaftalens anden periode er fokus i højere grad flyttet over på implementering i de udførende led. Og det er primært dette arbejde, der samles op på i nedenstående konklusioner og anbefalinger.

5.1 Status på implementering af Sundhedsaftalen i hverdagspraksis

5.1.1 Sundhedsaftalens betydning for de udførende led

På det udførende somatiske niveau oplever mange Sundhedsaftalen som en succes. Succesen forbindes først og fremmest med, at der er skabt tydelighed omkring gensidige forpligtelser, omkring hvem man samarbejder med og givet regler og vejledning for samarbejdet omkring komplekse udskrivninger. Samtidig er informanterne enige om at der, i udviklingen fra 1. til 2. generation af Sundhedsaftalen er sket væsentlige forbedringer, der understøtter et mere fleksibelt samarbejde og kortere indlæggelser til gavn for patienterne.

På det udførende niveau i psykiatrien har informanterne i mindre grad taget Sundhedsaftalen til sig. Kendskabet til Sundhedsaftalen er mindre end hos informanterne fra det somatiske område. Blandt de, der kender Sundhedsaftalen, er der enkelte, der oplever samme fordele som i somatikken, men flertallet vurderer, at Sundhedsaftalen er uvedkommende og ude af trit med den kliniske hverdag.

5.1.2 Sundhedsaftaleområdets formelle samarbejdsorganisation

Den formelle samarbejdsorganisation på sundhedsaftaleområdet i Region Sjælland fremstår på mange måder som en succes, og den har et potentiale for at understøtte implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led. For de formelle parter i samarbejdet er der desuden etableret velfungerende samarbejdsrelationer, gensidig tillid, politisk ejerskab og en fælles vision for Sundhedsaftalen. Samtidig er der aftalt mange konkrete og relevante indsatser, der skal bidrage til bedre patientforløb. Endelig ses det som en styrke, at der kun er en Sundhedsaftale, som alle parter i samarbejdet er forpligtet til at overholde.

På den anden side viser evalueringen også, at potentialet for at understøtte implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led p.t. ikke udnyttes fuldt ud. Samtidig er det en udbredt vurdering, at der er langt fra aftale til praksis, samt at der er områder, hvor aftaleparterne – og praktikerne – ikke har mulighed for at leve op til deres forpligtelser. Samtidig er der en udpræget oplevelse af, at der i realiteten findes 17 forskellige og ikke én forpligtende Sundhedsaftale. Disse forhold er en kilde til frustration for de interviewede medarbejdere og mel-

lemledere. Mange påpeger således, at der kan gøres mere for at få aftalen gjort relevant og meningsfuld for de udførende medarbejdere.

5.1.3 Monitorering af Sundhedsaftalens effekter

Det kan konkluderes, at Region Sjælland formår at beregne de fleste af de 13 effektindikatorer for Sundhedsaftalerne. For fire indikatorer mangler der for tiden – helt eller delvis – beregningsmulighed, eller beregningsmulighederne undersøges fortsat. Det drejer sig om indikatoren for implementering af MedComs 7 hospitals-kommunestandarder, indikatoren for forebyggelige indlæggelser afgrænset i forhold til plejebolig eller hjemmepleje, indikatoren for ventetid til udredning i børne- og ungepsykiatrien samt indikatoren for ventetid til genoptræning.

Evalueringen viser endvidere at der i tiden med sundhedsaftaler er sket en positiv udvikling på fem af syv undersøgte indikatorer, mens en er uændret, og en (genindlæggelser i psykiatrien) ikke siger noget om, hvorvidt udviklingen er positiv eller negativ.

Der er sket en markant positiv udvikling i retning af færre ventedage ved færdigbehandlede patienter. Udviklingen viser, at et område kan flyttes, når der er økonomiske incitament, løbende monitorering og et ledelsesmæssigt fokus på at følge op på, om udviklingen går i den ønskede retning.

5.2 Væsentlige barrierer for implementering og ejerskab i de udførende led

Selve Sundhedsaftalen og pixi-udgaverne heraf (som er rettet mod de fagprofessionelle og patienter) fokuserer på endemål og idealbeskrivelser frem for proces og konkrete implementeringsstrategier. Disse forhold udgør en kilde til frustration for mange medarbejdere og ledere i de udførende led, fordi de oplever, at Sundhedsaftalen – som de får den præsenteret – er ude af trit med den oplevede virkelighed. Samtidig præsenteres patienterne i pixi-udgaven for et idealbillede af patientforløbet, hvormed der potentielt skabes forventninger, som praktikerne har svært ved at honorere.

Der er på tværs af informanter og ledelsesniveauer identificeret tre konkrete barrierer for implementeringen af Sundhedsaftalen i de udførende led:

5.2.1 Mangel på rettidig og målrettet udveksling af relevant information

Informationskæden, der skal sikre rettidig udveksling af oplysninger mellem indlæggende læge, hospital og kommuner igennem et indlæggelsesforløb, fungerer ikke i praksis – og interviewene indikerer, at det gælder i alle led af samarbejdet. Samarbejdsblanketten fremstår som det eneste konkrete eksempel på et redskab, der er udviklet for at understøtte udveksling af rettidig og målrettet information, men den er opgivet på grund af manglende implementering og utilfredshed med kvaliteten af de udvekslede oplysninger. Der er ikke kommet noget i stedet for samarbejdsblanketten, og de ansvarlige medarbejdere oplever derfor, at de er overladt til at bruge e-mails, tele-

fonsamtaler, fax og møder til at koordinere. Koordineringsmetoder, der er ressourcekrævende, samtidig med at de udfordrer data- og patientsikkerheden.

Blandt de specifikke problemer, som de fagprofessionelle oplever, er: manglende oplysninger om medicin ved indlæggelse, manglende udsendelse af indlæggelsesadvis, manglende viden om den indlagte patients funktionsniveau, uoverensstemmelser i medicinen samt misforståelser og dobbeltarbejde i forbindelse med udskrivning.

5.2.2 Forløbsorienteret koordination bremses af problemer med tilgængelighed og mangel på tovholdere

Sundhedsaftalens forpligtelser og redskaber er relativt snævert knyttet til samarbejdet mellem sygehus og kommunal myndighedsafdeling. Det giver problemer i de forløb, som involverer andre forvaltninger i kommunen. Dels oplever det udskrivende personale, at den kommunale myndighedsafdeling har for lille viden om patienten og dennes funktionsniveau, dels oplever de, at kommunen ikke formår at koordinere indsatserne på tværs af forvaltninger og fagområder. Problemerne er særligt udtalte i psykiatrien, men ses også i komplicerede somatiske forløb. Blandt problemerne er, at der ofte ikke er nogen, der tager ansvar for tværgående koordination, telefontider der afviger fra Sundhedsaftalen, telefontider der er forskellige på tværs af kommunens forvaltninger og problemer med at få adgang til mailadresser og direkte telefonnumre til centrale samarbejdsparter.

5.2.3 Det gode samarbejde er sårbart og svingende, fordi det bæres af personlige relationer

Informanterne oplever generelt, at samarbejdet er forbedret, blandt andet på grund af de regler, som Sundhedsaftalen har givet dem. Samtidig indikerer interviewene, at det gode samarbejde ofte er baseret på gode personlige relationer, samt at forudsætningerne for et godt samarbejde ofte varierer, alt efter hvilken person der er i den anden ende.

Ved den fremadrettede implementering af Sundhedsaftalen bør der arbejdes med a) hvordan det gode professionelle samarbejde kan fremmes på en måde, der gør det mindre afhængigt af personlige relationer, og b) hvordan den uformelle og personbårne koordination i højere grad kan understøttes af formelle indgange, rutiner og kommunikationsredskaber, som understøtter let og målrettet udveksling af information og dermed bedre koordination af patientforløb.

5.3 Anbefalinger vedrørende implementering af Sundhedsaftalen i de udførende led

Sundhedsaftalens aftaleparter har et stort fokus på udvikling og implementering af it-systemer, der understøtter koordination på tværs og medvirker til målrettet, rettidig og valid information. Da alle informanter har store forventninger til disse aktiviteter, som de ønsker implementeret hurtigst muligt, har vi valgt ikke at fokusere yderligere på dette område.

Derimod vurderer vi, at evalueringen giver anledning til nedenstående anbefalinger vedrørende den fremadrettede implementering af Sundhedsaftalen:

5.3.1 Sundhedsaftalen bør understøttes af en stærkere implementeringsorganisation

Sundhedsaftalen – og de redskaber til implementering, der er udarbejdet – fordeler ansvaret mellem sundhedsvæsenets tre traditionelle aktører: almen praksis, kommuner og sygehuse. Et eksempel:

“Hos kommunen udpeges en tovholder, hvis borgeren har komplekse problemstillinger og modtager flere kommunale ydelser fra forskellige forvaltninger.”

(Pixi-udgave af Sundhedsaftalen for psykiatri)

På det lokale niveau består den enkelte kommune eller det enkelte sygehus imidlertid af en lang række afdelinger, funktioner og personer. For at sikre en bedre implementering er det derfor nødvendigt at være mere præcis med, hvem der har ansvar for hvad. DSI anbefaler Sundhedsaftalens aftaleparter:

At ansvaret for Sundhedsaftalernes delelementer konkretiseres, så det bliver tydeligt, hvem der har ansvaret for hvad, og at der nedsættes en implementeringsgruppe med ansvar – og mandat – til at følge op på, om de indgåede aftaler implementeres.

5.3.2 Redskaber der understøtter decentrale aktørers implementering af Sundhedsaftalen

En af hovedudfordringerne for implementering af Sundhedsaftalen er, at den blot er en ud af mange udefrakommende ting, der skal implementeres på fx en sygehusafdeling eller i en kommune. Sundhedsaftalen skal derfor konkurrere om ledernes opmærksomhed med mange andre tiltag. Evalueringen peger på, at implementeringen af Sundhedsaftalen ikke har høj prioritet.

Hvis det udelukkende er op til de enkelte ledelser at implementere Sundhedsaftalen, bliver opgaven let nedprioriteret. Det er muligvis årsagen til, at implementeringen ifølge de interviewede mange steder blot har bestået af frivillige gå hjem-møder og omdeling af pixi-udgaven i medarbejdernes dueslag.

Evalueringen viser dog også, at der er afdelinger og kommunale enheder, som har gjort et stort arbejde for at implementere Sundhedsaftalen og gøre den til hverdagsrutiner, huskelister og lignende, som hjælper medarbejderne til at kende og leve op til deres forpligtelser. Dermed er der skabt værdifulde redskaber og erfaringer, som kan anvendes andre steder i regionen.

DSI anbefaler derfor Sundhedsaftalens aftaleparter, at:

De gode erfaringer og redskaber opsamles og omsættes til et katalog med implementeringsredskaber, der er målrettet rele-

vante mellemledere og nøglepersoner på sygehuse og det kommunale social- og sundhedsområde.

Endvidere anbefales det at:

Sundhedsaftalen i højere grad bruges til at aftale aktive og systematiske tiltag, der skal sikre, at aftalen kommer ud i praksis.

Det kan fx ske ved at Region og Kommuner indgår fælles aftaler for:

Indkøb og ibrugtagning af teknologi, der gør det muligt at kommunikere effektivt på tværs af patientforløb og geografiske afstande.

5.3.3 Grundlaget for et forløbsorienteret samarbejde

Evalueringen viser, at en koordination i patientforløb i dag ofte er bundet op på personlige relationer mellem konkrete fagpersoner, der får enderne til at mødes i komplekse forløb. Det sker ofte ved, at fagpersonerne opbygger gode personlige relationer med nøglepersoner, eller ved at fagpersonerne påtager sig et udvidet ansvar for det enkelte forløb. Sådanne ildsjæle gør et engageret stykke arbejde, og det vil være en stor fejl at underkende indsatsen som uprofessionel og utidssvarende. På den anden side er det lige så indlysende, at god koordination og sammenhæng bliver meget personafhængig og dermed også sårbar og svingende – alt afhængig af, om de ansvarlige nøglepersoner kender hinanden og har en god personlig relation.

DSI anbefaler derfor Sundhedsaftalens aftaleparter:

At Sundhedsaftalen bruges til at aftale initiativer, der fremmer gensidig respekt og tillid via fælles viden og professionel relationsopbygning på tværs af praksisfællesskaber.

Det kan fx ske via fælles skolebænk, tværsektorielle temadage, satsninger på fremskudt visitation, udvekslings- og besøgsordninger og lokale fora for dialog om samarbejdet.

5.3.4 Initiativer der understøtter ønsket om innovation og fleksibelt samarbejde

Innovation og fleksibilitet i det tværsektorielle samarbejde er to vigtige målsætninger for Sundhedsaftalen. Målsætningen er imidlertid under pres, fordi de sundhedsfaglige oplever, at sundhedsvæsenet er under pres. Dette betyder blandt andet, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet vil tendere mod at fokusere mere indad end på tværgående koordination og samarbejde. For det andet er der økonomiske incitamentsstrukturer, der modvirker anvendelsen af arbejdstid på koordination sektorerne imellem.

DSI anbefaler derfor, at:

Region Sjælland arbejder for at justere DRG-systemets ydelseskoder og evt. u hensigtsmæssige lokale registreringspraksis, så-

ledes at den økonomiske incitamentsstruktur ikke undergraver arbejdet med at skabe koordination.

Og:

At samarbejdsfora og udviklingsgrupper understøttes i at skabe innovation, herunder fx oprette fælles puljer, som er målrettet innovation og fælles implementering af prioriterede indsatsområder.

Samt:

At den administrative styregruppe beslutter, hvem der skal arbejde målrettet på at skabe innovation i patientroller (fra passiv patient og pårørende til samarbejdspartnere) med henblik på at understøtte en udvikling mod patientinddragelse.

5.4 Anbefalinger vedrørende Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation

5.4.1 Almen praksis bør indgå som en forpligtet part i samarbejdet

Samarbejdsorganisationen har den svaghed, at almen praksis mangler som en aktiv og forpligtet part på sundhedsaftaleområdet. Derfor er det væsentligt, at almen praksis fremadrettet kommer til at indgå som en tydelig og forpligtet samarbejdspart i Sundhedsaftalen.

5.4.2 Styrket dialog mellem Sundhedsaftalens aftaleparter og de udførende led

Det er en udfordring at sprede de gode samarbejdsresultater, der er opnået på højere ledelsesniveauer, til det udførende niveau. Topledernes gode relationer og evne til at se de langsigtede og strategiske perspektiver med Sundhedsaftalen hænger i et vist omfang sammen med, at de ikke er nært koblet til den kliniske praksis. Det er således ikke altid, at toplederne får et detaljeret indblik i de problemer og implementeringsbarrierer, der opstår i den kliniske praksis.

Ledere og medarbejdere i de udførende led befinder sig i en travl og kompleks hverdag, hvor Sundhedsaftalen konkurrerer med mange andre tiltag. Et vigtigt led i Sundhedsaftalens vej fra aftalebord til praksis er derfor, at den fremstår som en meningsfuld teknologi, der har en oplevelse – eller i det mindste potentiel – værdi for medarbejderne. Evalueringen viser, at dette kun delvist er tilfældet.

DSI anbefaler derfor Sundhedsaftalens aftaleparter at:

Formidle Sundhedsaftalen til mellemledere og medarbejderne på en måde, der i højere grad favner den virkelighed, medarbejderne oplever at stå i.

En sådan målrettet formidling og fortolkning kan fx forberedes via workshops og lignende initiativer, som sikrer direkte dialog mellem Sundhedsaftalens aftaleparter og nøglepersoner fra de

udførende led. Halvdagsseminarer for de mellemledere, der skal være ansvarlige for lokal implementering er her en mulighed.

Endvidere anbefales, at:

Alle politikere og ledere med ansvar for at aftale næste generation af Sundhedsaftalen forbereder sig ved at tage på et par dages virksomhedspraktik med medarbejdere fra de udførende led, som aftalen omfatter.

5.4.3 Tid til at regelsanere Sundhedsaftalen for at understøtte et fleksibelt samarbejde?

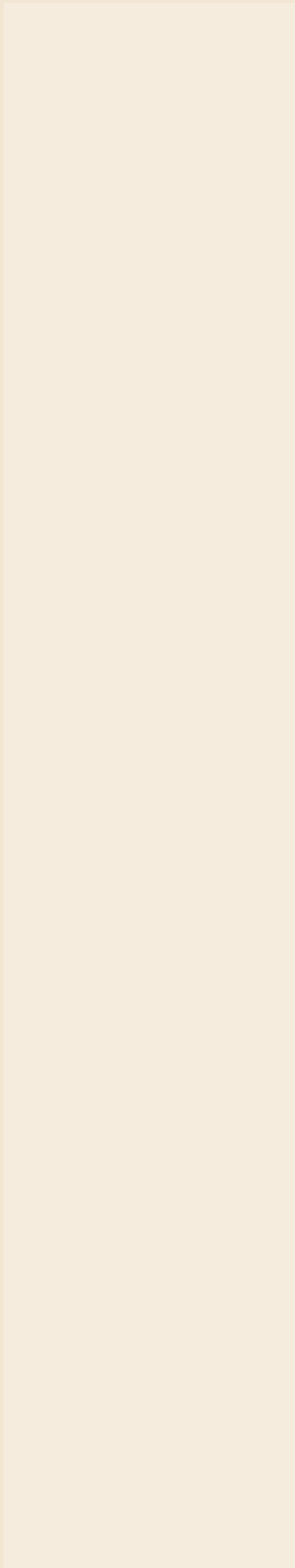
Sundhedsaftalen har med sine konkrete aftaler om tidsfrister og krav til hinanden bidraget til klarhed i arbejdsdelingen. Samtidig fører de konkrete krav ind imellem til regelrytteri og fedtspil sektorerne imellem. Set gennem et netværksstyringsperspektiv udgør Sundhedsaftalen dermed både en aftale, der

lægger op til øget netværksstyring, og en aftale der potentielt undergraver netværksstyring. Stram hierarkisk styring vil således sammen med økonomiske incitamentter, der hæmmer samarbejdet i netværk, undergrave den gensidige tillid, som styringsnetværk er afhængige af.

DSI anbefaler derfor Sundhedsaftalens aftaleparter:

At det overvejes, hvilke regler der kan fjernes og ændres for at fremme et fleksibelt og effektivt samarbejde om de løsninger, der er optimale for patienterne. Fx kan det overvejes at justere 24-timers reglen og reglen om, at varsling af kompleks udskrivelse skal ske fem hverdage før udskrivelse. ■

- (1) Region Sjælland. Pjece om Sundhedsaftalen i Region Sjælland 2010-2014 - psykiatrisk forløb. Sorø: Region Sjælland; 2011.
- (2) Region Sjælland. Pjece om Sundhedsaftalen i Region Sjælland 2010-2014 - somatisk forløb. Sorø: Region Sjælland; 2011.
- (3) KKR Sjælland, Region Sjælland. Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum. Sundhed er en fælles opgave. Sundhedsaftalen 2010-2014. [Sorø]: Region Sjælland; [U. å.].
- (4) Implement Consulting Group. Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger. Evaluering af sundhedsaftalerne. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (5) Implement Consulting Group. Evaluering af Sundhedsaftalerne - opfølgning og indikatorer. Hørsholm: Implement Consulting Group; 2010.
- (6) Region Sjælland. Sundhedsaftaler 2007-2010 - Evaluering (Upubliceret materiale).
- (7) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af sundhedsaftalerne - sammenfatning og perspektivering. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (8) Gustafsson J. Netværksledelse i offentlige organisationer. Working paper. Aalborg: Aalborg Universitet; 2009.
- (9) Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. Health Care Manage Rev 2001 Winter;26(1):70-84; discussion 87-9.
- (10) Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. Health Care Manage Rev 2001 Winter;26(1):56-69; discussion 87-9.
- (11) Mintzberg H. The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; 1979.
- (12) Sørensen NB. Organisationers form og funktion - Om Mintzbergs teori i en dansk sammenhæng. 4th ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2000.
- (13) Seemann J. Om grænsefladers organisering (i Bladet Socialpsykiatri, nr. 5 - Tema: På tværs af sektorer). 2008; Available at: <http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/udgivelser/bladet/2008/nr.-5-tema-pa-tvaers-af-sektorer/om-graensefladers-organisering>.
- (14) Sørensen E, Torfing J. Netværksstyring: fra government til governance. 1st ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2005.
- (15) Martin HM. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (16) Grøn L, Vang S, Mertz M. Den kroniske patient - nærbilleder af livet med kronisk sygdom. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- (17) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af sundhedsaftalerne. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (18) Foged M. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2010 - Revideret udgave august 2011. København: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; 2011.
- (19) Østerbye T, Afsar AG, Foged M. Den Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2009. København: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; 2009.
- (20) Østerbye T, Hansen KS, Hansen J. Patienters oplevelse på landets sygehuse 2006. København: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; 2007.
- (21) Feldbo O, Søland AM. Ældre og sundhedsvæsenet - Hvordan gør vi det bedre? Lyngby: Ældresagen og Akademisk Forlag; 1996.
- (22) Hansen EB, Eskelinen L, Sejr T, Wagner L. Ældrevenlige behandlingsforløb - en analyse af fem indsats typer. København: AKF forlaget; 1997.
- (23) Gittel JH. High Performance Healthcare. New York: McGraw-Hill; 2009. ■



Bilag 1

Eksempler på anvendte interviewguides

Fokusgruppeinterview psykiatri – Distriktspsykiatri

- Introduktion til interviewform (anonymitet eller tilstræbt, optages på bånd).
- Præsentation af interviewer og referent, samt kort præsentation af projektet.
- Spillereglen er, at vi beder Jer om ikke at referere hinandens synspunkter uden for dette rum.
- Mange punkter vi gerne vil igennem, derfor kan vi blive nødt til at afbryde. Hvis det sker, er det på grund af formen for interviewet – ikke fordi det, der bliver sagt, er uinteressant.
- Præsentation af deltagerne (fornavn, alder, antal år uddannet og antal år ansat).

Sundhedsaftalen – overordnet set

Hvad har Sundhedsaftalen betydet for Jeres daglige arbejde?

Er der ting, der har ændret sig i forhold til Jeres samarbejde med hospitalspsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri i løbet af de seneste par år?

Kommunikation og kontaktpersoner

Hvad er særligt vigtigt for at få en vellykket kommunikation mellem sygehus og kommune, og hvordan ser I distriktspsykiatrien i forhold hertil?

- Hvilken rolle spiller primærbehandler på sygehuset (kontaktperson)?
- Hvilken rolle spiller kommunens tovholder (som udpeges hvis borgeren har komplekse problemstillinger)?

Den skriftlige korrespondance om psykiatriske patienter, hvordan fungerer det i praksis?

- Ved I hvordan I skal gøre?
- Ved I hvilke oplysninger, sygehusafdelingerne har brug for?

Er det efter Jeres erfaring til at komme igennem til sygehuset i dagarbejdstiden kl. 8-15?

Ved indlæggelse

Er det Jeres erfaring, at sygehuset får oplysninger om alle relevante forhold (fx navn, cpr-nummer, kroniske sygdomme og medicin), når en patient indlægges fra egen læge eller vagtlæge?

- Har det ændret sig i de seneste par års tid?
- Ved patienter, der er kendt af kommunen, modtager primærbehandler da oplysninger om sygdomsrelevante ydelser inden 24 timer efter indlæggelsen?
 - Alternativt psykiatrisk akutmodtagelse eller psykiatrisk vagthavende læge ved akutte tilfælde hvor primærbehandler endnu ikke er kendt?

Hvordan bliver I informeret af sygehuset, når en patient indlægges? (Sende elektronisk indlæggelsesadvis til kommunen, kontakte den kommunale visitationsenhed, hvis patienten ikke

er kendt af kommunen, foretage en vurdering af, om der er tale om en kompliceret eller ukompliceret indlæggelse, informere patienten om, hvem primærbehandleren er, og hvordan patienten kan komme i kontakt med vedkommende – oplysningen noteres i patientens journal eller behandlingsplan, undersøge, om patienten har børn i hjemmet, underrette kommunen, hvis der er børn i hjemmet I skønner har særlige behov – noteres i journalen, når underretningen er sket).

Under indlæggelse

Hvordan oplever I samarbejdet med sygehuset under indlæggelsen?

Hvordan oplever I samarbejdet om planlægningskonferencer? (Sygehuset varetager koordineringen af planlægningskonferencen, hvor sygehuset forventer, der vil ske ændringer i behovet for kommunale ydelser).

Dobbeltdiagnosepatienter

Hvordan foregår samarbejdet omkring dobbeltdiagnosepatienter?

- Tilbyder sygehuset at udarbejde en behandlingsplan?
- Koordineres den med en kommunal social handleplan?
- Udpeges der en primærbehandler, der indgår i samarbejdet med koordinering af planer med kommunen og praktiserende læge?
- Udpeger kommunen en kontaktperson?
- Varetager kommunen behandling af misbrug, når patienten i øvrigt er psykiatrisk velbehandlet?

Generelt ved udskrivning

Hvad skal der til for at få en vellykket udskrivning af den psykiatriske patient?

- Hvornår går samarbejdet med sygehuset om udskrivning godt?
- Hvornår går det mindre godt?
- Orienterer sygehuset skriftligt ved udskrivning om medicin, pleje- og behandlingsplan samt eventuel ambulant kontrol? (Sygehuset skal medgive patienten medicinstatus ved udskrivelse, medgive patienten medicin eller sende elektronisk recept, så der ikke opstår slib i behandlingen)
 - Indgås der konkrete aftaler om medicinering hos patienter, der ikke selv kan administrere medicinen?
 - Oplyser sygehuset skriftligt patienterne om navn, telefonnummer og træffetider på den tovholder patienten kan kontakte i kommunen?

Ukomplicerede udskrivinger

Hvordan fungerer samarbejdet omkring ukomplicerede udskrivinger af psykiatriske patienter?

- Ved indlæggelser under 24 timer, kontakter sygehuset da kommunen inden udskrivelse?
- Opretholder kommunerne vanlig hjælp i 24 timer?
- Ved indlæggelser over 24 timer, planlægger sygehuset da

udskrivelsen sammen med kommunen senest kl. 13 dagen før?

Hjemtager kommunerne patienterne med dags varsel, hvis dette er meddelt senest kl. 13 dagen før?

Komplicerede udskrivinger

Hvordan fungerer samarbejdet omkring komplicerede udskrivinger af psykiatriske patienter?

- Inddrager sygehuset kommuner i planlægning af udskrivningskonferencer 8 (5+3) hverdage før forventet udskrivning?
- Tilbyder sygehuset at udarbejde en udskrivningsaftale?
- Tilbyder kommunen at udarbejde en social handleplan?
- Videregiver sygehuset Deres vurdering af de behov, patienterne vil have for støtte efter udskrivning til kommunen? (Skal undlade at skabe forventninger om tilbud patienten ikke er visiteret til)
- Sender sygehuset koordinationsplanen til kommunen og den praktiserende læge?
- Hvordan meddeler sygehuset kommunen, når patienten er færdigbehandlet?
- Hvordan orienterer sygehuset kommunen, hvis patienten ikke er klar til udskrivning på det planlagte tidspunkt?

Perspektiverende om koordination og samarbejde

Hvilke værktøjer anvender I i koordineringen og samarbejdet med sygehuset og den kommunale socialpsykiatri?

- Pixi-bogen?

Oplever I, at samarbejdet er præget af gensidig respekt?

Har Jeres bidrag til, at koordination og samarbejde med sygehuset og den kommunale socialpsykiatri kommer til at fungere, ændret sig i det seneste par års tid?

- Hvis ja: Hvordan?

Har Jeres syn på koordination og samarbejde med kommunerne ændret sig i løbet af de seneste par år?

Kan I komme med eksempler på særlige indsatser, initiativer eller løsninger, som hjælper jer/kan hjælpe andre i samarbejdet om sindslidende?

Er der noget I specielt mangler i jeres hverdag, som kan hjælpe til at få et bedre samarbejde om sindslidende?

Hvad er jeres bedste råd til dem, der bestemmer indholdet i sundhedsaftalerne (hvis nu I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om?

Har I nogen spørgsmål til os?

Fokusgruppeinterview med sygehuse om sårbare medicinske patienter

- Introduktion til interviewform (anonymitet eller tilstræbt, optages på bånd).
- Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af projektet.
- Spillereglen er, at vi beder Jer om ikke at referere hinandens synspunkter uden for dette rum.
- Mange punkter vi gerne vil igennem, derfor kan vi blive nødt til at afbryde. Hvis det sker, er det på grund af formen for interviewet – ikke fordi det, der bliver sagt, er uinteressant.
- Præsentation af sygeplejersker (fornavn, alder, antal år uddannet og antal år på afdeling).

Sundhedsaftalen – overordnet set

Hvad har Sundhedsaftalen betydet for Jeres daglige arbejde med sårbare patienter?

Er der ting, der har ændret sig i forhold til Jeres samarbejde med kommunerne om sårbare patienter i løbet af de seneste par år?

Kommunikations- og kontaktpersoner

- Hvad er særligt vigtigt for at få en vellykket kommunikation mellem sygehus og kommune om ældre sårbare patienter? (Meningen at kommunikation mellem sygehus og kommune skal foregå mellem patientens kontaktperson og den ansvarlige kommunale visitator).
- Hvilken rolle spiller primærbehandler på sygehuset? (kontaktpersonen)
- Udpeges de indenfor 48 timer?
- Skriftlig korrespondance om sårbare patienter, hvordan fungerer det i praksis?
- Ved I, hvordan I skal gøre?
- Hvilke oplysninger er det, kommunerne har brug for?
- Kontaktnumre og telefontider.
- Kan I komme igennem i telefontiden?
- Hvordan gør I udenfor telefontiden? Ved I, hvordan I kontakter, og kan I komme igennem?

Spiller Jeres afdelingssygeplejerske en rolle i forhold til kommunikation med kommunerne?

- Har det ændret sig i de seneste par år?

Ved indlæggelse

Er det Jeres erfaring, at I får oplysninger om alle relevante forhold (fx navn, cpr-nummer, kroniske sygdomme og medicin), når en sårbar ældre patient indlægges fra egen læge eller vagtlæge?

- Har det ændret sig i de seneste par år?
- Hvordan informerer kommunerne jer, når sårbare ældre patienter indlægges? (Indenfor 24 timer skal der sendes oplysninger på plejekrævende patienter – sygepleje, medicin, hjælpemidler, madservice og boligforhold).
- Kommer der relevant information?

- Hvad bruges informationen til?
- Hvad gør I, når en patient indlægges?
- Hvordan informerer I kommunen om forventet forløb og udskrivningstidspunkt for plejekrævende sårbare patienter? (Så tidligt som muligt i forløbet meddeles kommunen om patientens forventede funktionsniveau + behov for kommunal hjælp ved udskrivelsen).
- Hvordan fastlægges tidspunktet?
- Hvornår i forløbet sker kontakten for at fastlægge udskrivningstidspunktet typisk?

Under indlæggelsen

- Informerer I patienten om, hvem der er deres primære behandler, og hvordan vedkommende kan komme i kontakt med vedkommende?
- Noteres oplysningen i patientens journal?

Generelt om udskrivning

Hvad skal der til for at få en vellykket udskrivning af ældre sårbare patienter?

- Hvornår går det godt?
- Hvornår går det dårligt?

Orienterer I kommunen skriftligt ved udskrivning om medicin, pleje- og behandlingsplan samt eventuel ambulans kontrol?

- Medgiver I patienten medicinstatus ved udskrivelse?
- Medgiver I patienten medicin eller sender elektronisk recept, så der ikke opstår slip i behandlingen?
- Indgår I konkrete aftaler med kommunen om medicinering hos patienter, der ikke selv kan administrere medicinen?

Ukomplerede udskrivninger

Hvordan fungerer samarbejdet omkring ukomplicerede udskrivninger?

- Ved indlæggelser under 24 timer, kontakter I da kommunen inden udskrivelse?
- Opretholder kommunerne vanlig hjælp i 24 timer?
- Ved indlæggelser over 24 timer, planlægger I da udskrivelsen sammen med kommunen senest kl. 13 dagen før?
- Hjemtager kommunerne patienterne med dags varsel, hvis dette er meddelt senest kl. 13 dagen før?

Komplicerede udskrivninger

Inddrager I kommuner i planlægning af udskrivningskonferencer 5 hverdage før forventet udskrivning?

- Tilbyder I at udarbejde en udskrivningsaftale?

Videregiver I Jeres vurdering af de behov, patienterne vil have for støtte efter udskrivning til kommunen?

- Oplever I at der er lydhørhed overfor jeres vurderinger?

- Oplever I at de beslutninger, der træffes, er rimelige? (Sygehuset skal undlade at skabe forventninger om tilbud patienten ikke er visiteret til).
- Hvordan meddeler I kommunen, når patienten er færdigbehandlet?
- Hvordan orienterer I kommunen, hvis patienten ikke er klar til udskrivning på det planlagte tidspunkt?

Genoptræning

Er der nogen særlige problemstillinger omkring genoptræning, som er relateret til ældre sårbare patienter/patienter med længevarende sygdom?

- Udarbejdes der en genoptræningsplan inden udskrivelsen?
- Gives genoptræningsplanen til patienten?
- Hvordan oplever I samarbejdet om genoptræning?
- Fungerer arbejdsdelingen mellem sygehus og kommuner i forhold til specialiseret og generel genoptræning?

Andet at bemærke om genoptræning?

Perspektiverende om koordination og samarbejde

Hvilke værktøjer anvender I i koordineringen og samarbejdet med kommunerne?

- Pixi-bogen? Et brugbart redskab?

Oplever I, at samarbejdet er præget af gensidig respekt?

Har Jeres bidrag til, at koordination og samarbejde med kommunerne kommer til at fungere, ændret sig i det seneste par år?

- Hvis ja: Hvordan?

Har Jeres syn på koordination og samarbejde med kommunerne ændret sig i løbet af de seneste par år?

Kan I komme med eksempler på særlige indsatser, initiativer eller løsninger, som hjælper jer/kan hjælpe andre i samarbejdet om ældre sårbare patienter?

Er der noget i specielt mangler i jeres hverdag, som kan hjælpe til at få et bedre samarbejde om ældre, sårbare patienter?

Hvad er jeres bedste råd til dem, der bestemmer indholdet i sundhedsaftalerne (hvis nu I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om?

Har I nogen spørgsmål til os?

Fokusgruppeinterview med kommuner om patienter med længerevarende somatisk sygdom

- Introduktion til interviewform (anonymitet eller tilstræbt, optages på bånd).
- Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af projektet.
- Spillereglen, at vi beder Jer om ikke at referere hinandens synspunkter uden for dette rum.
- Mange punkter vi gerne vil igennem, derfor kan vi blive nødt til at afbryde. Hvis det sker, er det på grund af formen for interviewet – ikke fordi det, der bliver sagt, er uinteressant.
- Præsentation af sygeplejersker (fornavn, alder, antal år uddannet og antal år ansat).

Sundhedsaftalen – overordnet set

Hvad har Sundhedsaftalen betydet for Jeres daglige arbejde med patienter med langvarig somatisk sygdom?

Er der ting, der har ændret sig i forhold til Jeres samarbejde med sygehusene om patienter med langvarig somatisk sygdom i løbet af de seneste par år?

Kommunikations- og kontaktpersoner

- Hvad er særligt vigtigt for at få en vellykket kommunikation mellem sygehus og kommune om patienter med langvarig somatisk sygdom? (Meningen at kommunikation mellem sygehus og kommune skal foregå mellem patientens kontaktperson og den ansvarlige kommunale visitorator).
- Hvilken rolle spiller primærbehandler på sygehuset? (kontaktpersonen)
- Oplever I, at der er udpeget en kontaktperson, når I har brug for det? (48 timer)
- Skriftlig korrespondance om patienter med langvarig somatisk sygdom, hvordan fungerer det i praksis?
- Ved I hvordan I skal gøre?
- Hvilke oplysninger er det, sygehusene har brug for?
- Kontaktnumre og telefontider
- Kan I komme igennem i sygehusets telefontid?

Spiller Jeres ledelse en rolle i forhold til kommunikation med sygehuset?

- Har ledelsens rolle ændret sig i de seneste par års tid?

Ved indlæggelse

- Hvordan informerer I sygehuset, når patienter med langvarig somatisk sygdom indlægges? (Inden for 24 timer skal der sendes oplysninger på plejekrævende patienter – sygepleje, medicin, hjælpemidler, madservice og boligforhold).
- Ved I, hvilken information sygehuset har brug for?

- Er jeres information målrettet sygehusets behov?
- Hvordan informerer sygehuset jer, når en patienter med langvarig somatisk sygdom indlægges?
- Kommer der et indlæggelsesadvis umiddelbart efter indlæggelsen?
- Hvordan bliver I informeret om forventet forløb og udskrivningstidspunkt for patienter med langvarig somatisk sygdom?
- Hvordan fastlægges tidspunktet?
- Hvornår i forløbet sker kontakten for at fastlægge udskrivningstidspunktet? (Så tidligt som muligt i forløbet meddeles kommunen om patientens forventede funktionsniveau + behov for kommunal hjælp ved udskrivelsen).

Under indlæggelsen

- Er der fokus på at afdække patienter med langvarig somatisk sygdoms behov for forebyggelse og informere patienten om relevante kommunale tilbud?
 - Oplever I at patienten er informeret om, hvem der er deres primærbehandler, og hvordan vedkommende kan komme i kontakt med vedkommende?
 - Noteres oplysningen i patientens journal?
- Kan I nå at visitere patienten til nødvendige hjælpeforanstaltninger, så de er klar ved udskrivelse?

Opretholdes vanlig hjælp de første 24 timer efter indlæggelse, så patienten kan udskrives til uændret hjælp?

Generelt om udskrivning

Hvad skal der til for at få en vellykket udskrivning af patienter med langvarig somatisk sygdom?

- Hvornår går det godt?
- Hvornår går det dårligt?

Orienterer sygehuset Jer skriftligt ved udskrivning om medicin, pleje- og behandlingsplan samt eventuel ambulant kontrol?

- Medgives patienten en medicinstatus ved udskrivelse?
- Medgives patienten medicin eller sender elektronisk recept, så der ikke opstår slip i behandlingen?
- Indgås der konkrete aftaler om medicinering hos patienter, der ikke selv kan administrere medicinen?

Ukomplerede udskrivninger

Hvordan fungerer samarbejdet omkring ukomplicerede udskrivninger?

Ved indlæggelse under 24 timer, kontaktes I da inden udskrivelse? (senest kl. 13 dagen inden).

Komplicerede udskrivninger

Inddrager sygehusene jer i planlægning af udskrivningskonferencer 5 hverdage før forventet udskrivning?

- Tilbyder sygehusene at udarbejde en udskrivningsaftale?

Videregiver sygehuset deres vurdering af de behov, patienterne vil have for støtte efter udskrivning til kommunen?

- Er deres vurderinger sammenfaldende med Jeres?
- Er sygehusets personale tilfredse med de beslutninger, I træffer? (Sygehusene må ikke skabe forventninger om tilbud patienten ikke/ikke kan visiteres til).
- Hvordan meddeler sygehuset, når patienten er færdigbehandlet?

Hvordan bliver I orienteret, hvis patienten ikke er klar til udskrivning på det planlagte tidspunkt?

Lykkes I med at koordinere det interne forløb imellem kommunens forvaltninger for patienter med langvarig somatisk sygdom?

Er I i stand til at stille relevante botilbud, hjælpemidler og lignende til rådighed for de borgere, der har brug for det?

Genoptræning

- Er der nogen særlige problemstillinger omkring genoptræning, som er relateret til patienter med længerevarende sygdom?
- Udarbejdes der en genoptræningsplan inden udskrivelsen?
- Gives genoptræningsplanen til patienten?
- Hvordan oplever I samarbejdet om genoptræning?
- Fungerer arbejdsdelingen mellem sygehus og kommuner i forhold til specialiseret og generel genoptræning?

Andet at bemærke om genoptræning?

Perspektiverende om koordination og samarbejde

Hvilke værktøjer anvender I i koordineringen og samarbejdet med sygehuset?

- Pixi-bogen? Et brugbart redskab?

Oplever I, at samarbejdet er præget af gensidig respekt?

Har Jeres bidrag til, at koordination og samarbejde med sygehusene kommer til at fungere, ændret sig i det seneste par år?

- Hvis ja: Hvordan?

Har Jeres syn på koordination og samarbejde med sygehusene ændret sig i løbet af de seneste par år?

Kan I komme med eksempler på særlige indsatser, initiativer eller løsninger, som hjælper jer/kan hjælpe andre i samarbejdet om patienter med langvarig somatisk sygdom?

Er der noget, I specielt mangler i Jeres hverdag, som kan hjælpe til at få et bedre samarbejde patienter med langvarig somatisk sygdom?

Hvad er jeres bedste råd til dem, der bestemmer indholdet i sundhedsaftalerne (hvis nu I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

Synes I, der er noget vi mangler at spørge om?

Har I nogen spørgsmål til os? ■

Bilag 2

Sundhedsaftalen 2010-2014, Udviklings- og samarbejdsorganisation

