Indsatsområde:			
Indsats:			
Problemstilling:			
Målsætning:			
Status:			
Nødvendig handling:			
Sammenhæng til og afhængigheder af andre initiativer/indsatser (sundhedsaftale f.eks.)			**Tidsplan**
Afklaring og inddragelse af relevante parter	**Relevante parter**	**Handling**	**Tidsplan**
kommunikation til læger, sygehuse, kommuner	**Relevante parter**	**Emne/indhold - hvornår**	**Tidsplan**
dialog om samarbejde (f.eks. oplæg til drøftelser i KLU, SOF, …)	**Relevante fora/parter**	**Handling: dialog/møde/oplæg - hvornår**	**Tidsplan**
Evt. behov for nye aftaler (samarbejds- og lokalaftaler)	**Parter**	**Emner**	**Tidsplan**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Rapport

Kompleksitet i den kommunale sygepleje

En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen

Sidsel Vinge

Kompleksitet i den kommunale sygepleje – En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen

© VIVE og forfatteren, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-82-9

Forsidefoto: Michael Daugaard
Tryk: ReklameTryk
Projekt: 11431

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Begrebet kompleksitet fylder mere og mere i relation til den kommunale sygepleje. Denne rapport udspringer af en undren: Hvad menes der – egentlig – når man igen og igen kan læse og/eller høre, at *'opgaverne bliver mere og mere komplekse i den kommunale sygepleje'*?

Dansk Sygeplejeråd har derfor bedt VIVE undersøge begrebet indefra: Hvad oplever de kommunale sygeplejersker selv, at kompleksitet er i deres hverdag? Det har resulteret i denne analyse, der tegner et meget praksisnært billede af kompleksitet i hverdagens kommunale sygepleje, og som på den baggrund opstiller en model over de forskellige dimensioner af kompleksitet og deres sammenhænge.

Det er forhåbningen, at denne rapport kan medvirke til at nuancerer såvel som præcisere debatten om kompleksitet i sygeplejen – både blandt undervisere i sygepleje og de studerende, i faglige sammenhænge, blandt ledere, embedsfolk og politikere. Mestendels er håbet, at rapporten vil give sygeplejerskerne et godt afsæt for at forholde sig til deres hverdag og deres fag i et nyt perspektiv.

Rapportens mange hverdagsnære beskrivelser og eksempler er kun blevet til, fordi en lang række kommuner har medvirket ved at stille sygeplejersker til rådighed – enten til observation, til interview eller begge dele. VIVE ønsker at takke følgende kommuner og alle de medvirkende sygeplejersker: Assens, Ballerup, Brønderslev, Esbjerg, Frederiksberg, Herning, Hjørring, Kolding, Køge, Lyngby-Taarbæk, Middelfart, Næstved, Nyborg, Randers, Ringsted, Silkeborg, Skive og Aarhus Kommune.

Rapporten har nydt godt af mange indsigtsfulde kommentarer fra de to eksterne reviewere, kommunaldirektør Helene Bækmark og professor Kirsten Lomborg, som skal have tak for deres bidrag.

Endelig skal der lyde en tak til Dansk Sygeplejeråd for at have finansieret denne analyse af et væsentligt tema, der medvirker til at skabe mere viden om den kommune sygepleje.

Sidsel Vinge
2018

Indhold

Sammenfatning 6

1 Indledning: Baggrund og formål 12

2 Metode 14

2.1 Udvælgelse af sygeplejersker til interview og observation 14

2.2 Gennemførelse af observation og anvendelse af data 15

2.3 Gennemførelse af gruppeinterview og anvendelse af interviewdata 15

2.4 Udarbejdelse af model over kompleksitet og anvendelse af empiri i analyserne 16

3 Introduktion til en model over kompleksitet i den kommunale sygepleje 17

4 Medicinsk kompleksitet 19

4.1 Multisygdom, polyfarmaci og kompleksitet 20

4.2 Instrumentel, specialiseret sygepleje og kompleksitet 22

4.3 Terminale, palliative forløb og kompleksitet 25

4.4 Uforudsigelighed, ustabilitet og kompleksitet 27

4.5 Komplekse, svære eller udfordrende opgaver? 29

4.6 Opsamling: Medicinsk kompleksitet 30

5 Social kompleksitet 32

5.1 Demente, borgere med senhjerneskade og kompleksitet 33

5.2 Psykisk sygdom og kompleksitet 35

5.3 Misbrug og kompleksitet 37

5.4 Borgere med andet sprog og anden kultur og kompleksitet 38

5.5 Socialt udsatte og kompleksitet 40

5.6 Pårørenderelationer og kompleksitet 42

5.7 Opsamling: Social kompleksitet 44

5.8 Opsamling: Borgerrelateret kompleksitet 45

6 Organisatorisk kompleksitet 46

6.1 Antallet af aktører og kompleksitet 47

6.2 Systemer og kompleksitet 53

6.3 Uklarhed og usikkerhed om arbejdsgange og kompleksitet 57

6.4 Når organiseringen matcher komplekse opgaver 58

6.5 Opsamling: Organisatorisk kompleksitet 60

7 Intermezzo: Hvad er sygeplejerskernes opgave? 62

8 Konklusion 65

8.1 En model over kompleksitet i den kommunale sygepleje 65

8.2 Medicinsk kompleksitet 67

8.3 Social kompleksitet 67

8.4 Organisatorisk kompleksitet 69

8.5 Borgerrelateret kompleksitet vs. organisatorisk kompleksitet 70

9 Perspektivering 71
9.1 Kompleksitet og rehabilitering 71
9.2 Kompleksitet som vilkår – ikke kun for sygeplejen 72
9.3 Kompleksitet og konsekvenser for ledelse 73
Litteratur 75
Bilag 1 Oversigt over medvirkende sygeplejersker 76

Sammenfatning

Formålet med denne analyse er at generere konkret viden om kompleksitet i den kommunale sygepleje set fra sygeplejerskernes perspektiv, og at udvikle en mere nuanceret forståelse af kompleksitet i den kommunale sygepleje, herunder af forskellige typer af kompleksitet, de drivere, der skaber kompleksitet, samt de kompetencemæssige behov, som forskellige former for kompleksitet skaber.

I denne sammenfatning præsenteres først datagrundlaget kort, herefter den samlede model over kompleksitet i sygeplejen, og endelig udfoldes de enkelte dimensioner i modellen.

Datagrundlag

Analysens empiriske grundlag er observation og gruppeinterview med kommunale sygeplejersker. Der er afholdt tre dages observation med tre sygeplejersker i tre kommuner i forskellige regioner. Derudover er der afholdt tre gruppeinterview af ca. to timers varighed med i alt 35 sygeplejersker fra 18 kommuner fordelt på alle fem regioner. 12 af kommunerne havde akutteam, og fra disse kommuner har der deltaget i alt 11 sygeplejersker fra akutteamet og 12 fra hjemmesygeplejen, idet en enkelt akutsygeplejerske ikke dukkede op på interviewdagen.

En model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

På den baggrund af de empiriske analyser er der udviklet en model over kompleksitet i den kommunale sygeleje, der opsummerer og systematiserer de områder, som er fremkommet i analyserne. Modellen rummer to perspektiver på kompleksitet: borgerperspektiver, der omhandler borgerens sygdoms- og livssituation, og det organisatoriske perspektiv, der omhandler systemers organisering, arbejdsform og funktionsmåder.

Endelig peger modellens pile på, at der er en sammenhæng mellem de tre typer af kompleksitet. Borgerens livssituation og graden af social kompleksitet påvirker bl.a. borgerens egenomsorg og mestringsevne i relation til borgerens sygdomssituation, mens graden af organisatorisk kompleksitet påvirker rammer og muligheder for opgaveløsningen.

Figur 1 Model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

Kilde: Egen tilvirkning.

Medicinsk kompleksitet

Borgerens sygdom(me) kan rumme varierende grader af medicinsk kompleksitet, særligt relateret til temaerne *1) multisygdom og polyfarmaci, 2) instrumentel specialiseret sygepleje, 3) terminale palliative forløb og 4) sygdomssituationer, som er præget af ustabilitet og uforudsigelighed*. De ydelser, som sygeplejerskerne skal levere – ifølge ydelseskataloger og kørelister – er i al væsentlighed relateret til borgerens sygdomssituation.

I debatten omkring den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje har der været et stort fokus på medicinske kompleksitet, mere specifikt den del, som i analysen benævnes instrumentel specialiseret sygepleje. Denne analyse peger på, at medicinsk kompleksitet set i sygeplejerskernes perspektiv også handler om temaer relateret til multisygdom, terminale forløb samt graden af ustabilitet og uafklarethed i forløb.

Sygeplejerskerne betegner generelt ikke de udfordringer, de møder i relation til borgerens medicinske situation, som et udtryk for kompleksitet. Det kan skyldes, at sygeplejerskerne – som sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen – har lettere ved at finde løsninger på de udfordringer, de møder, som

er af medicinsk karakter, end de udfordringer, de møder, som er af social og organisatorisk karakter. Dette betyder, at de udfordringer – og tilhørende *kompetencebehov* – som sygeplejerskerne oplever i relation til borgernes sygdomssituation, ikke let indfanges via en analyse med fokus på kompleksitet. For at illustrere kompetencebehovet og forekomsten af specialiseret sygepleje har analysen derfor inddraget data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse, som viste, at næsten 1/3 af sygeplejerskerne varetager specialiserede sygeplejeopgaver enten hver dag eller næsten hver dag, og at 60 % af disse selv mener, at de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau. Det antyder, at der er behov for flere medicinske kompetencer inden for specialiserede områder, men det har ikke været et gennemgående tema i det empiriske grundlag for denne analyse.

I analysen har sygeplejerskerne peget på et behov for *lettere adgang til specifik viden* og sparring i relation til enkeltborgeres behov for specialiseret og ofte instrumentel sygepleje. Behovet for kompetencer afhænger af volumen af en opgave, og det var baggrunden for, at sygeplejersker ofte lagde vægt på øget adgang til specifik faglig sparring, viden og i nogle tilfælde oplæring i relation til konkrete borgeres behandling og pleje – mere end behovet for generelle kompetencer inden for specialiseret sygepleje.

Endelig pegede sygeplejerskerne på behovet for kompetencer til at kunne vurdere mere ustabile, uafklarede og akut dårlige borgere i hjemmet. Akutsygeplejerskerne har ofte dette som en af deres kerneopgaver, men hjemmesygeplejersker oplever også, at de i stigende grad kommer i hjem, hvor sygere og mere ustabile borgeres situation skal håndteres, og hvor en sygeplejerske skal vurdere, hvad der skal ske, og hvem der evt. skal inddrages. Denne udvikling har betydning for sygeplejerskernes kompetencebehov.

I relation til håndteringen af mere ustabile og uafklarede borgere i hjemmet peger analysen ikke kun på et kompetencebehov. Den peger også på et behov for en organisering, der rummer en højere grad af fleksibilitet og muligheder for at kunne levere mange former for indsatser med kortere varsel – ikke kun akutsygepleje, men også alt fra hjælpemidler til hjemmepleje samt andre relevante indsatser.

Social kompleksitet

Social kompleksitet opstår som følge af forhold relateret til borgernes livssituation, der ikke direkte er relateret til de medicinske udfordringer, der skal ydes sygepleje i relation til.

De aspekter ved borgernes livssituation, som sygelejerskerne i denne analyse har peget på ofte skaber social kompleksitet, er *nedsat kognitiv funktion* (fx som følge af demens eller senhjerneskade), *psykisk sygdom*, *misbrug* og *social udsathed*. Men det kan også handle om borgere med *andet sprog eller anden kultur*, hvilket kan gøre det sværere for sygelejerskerne at kommunikere og samarbejde med borgerne, eller *pårørenderelationer*, som er konfliktfyldte eller på anden måde problematiske, fx i relation til børn i hjemmet.

Fællesnævneren for disse meget forskellige aspekter ved borgerens livssituationer er, at de ikke er den direkte årsag til, at sygeplejerskerne kommer i hjemmet, idet sygeplejerskernes opgaver typisk relaterer sig til somatisk sygdom eller medicinadministration. Men de kan generere social kompleksitet, fordi de kan påvirke borgernes mestringsevne og egenomsorg eller deres evne til at samarbejde med og navigere i sundhedsvæsenet og koordinere deres egne forløb. Set i sygeplejerskernes perspektiv er social kompleksitet det, der gør, at borgerne bliver sværere at hjælpe. Dette kan både være, fordi disse borgere har sværere ved at følge en pleje- eller behandlingsplan og deltage aktivt i forløbet omkring de ydelser, sygeplejen skal levere, og de sygeplejefaglige problemstillinger, de

skal håndtere, men det kan også være, fordi forløbene ofte opbyder en lang række andre udfordringer og problemstillinger, som sygeplejerskerne bliver involveret i.

Modellen med dens undertemaer i relation til social kompleksitet er ikke kausal. Således er det langt fra alle borgere med fx demens eller andet sprog, som er svære at hjælpe, og hvor sygeplejerskerne oplever social kompleksitet. Modellen viser kun, hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever, der kan skabe social kompleksitet.

I mange tilfælde fører social kompleksitet til, at sygeplejerskerne bliver involveret i løsningen af en række udfordringer og opgaver, som ofte er helt urelaterede til de konkrete (og ofte centralt visiterede) sygeplejefaglige ydelser. Dette sker af mange årsager: både fordi sygeplejerskerne kommer i hjemmet og ser udfordringer, som de føler de er nødt til at handle på; fordi sygeplejerskerne oplever, at andre forventer det af dem (fx egen læge, hjælpergrupper m.fl.), og fordi de selv ser det som en del af deres fagidentitet at forholde sig til andet og mere end de konkrete (visiterede) sygelejeydelser. Men det sker også, fordi sygeplejerskerne – ydelseskataloger til trods – ikke oplever, at deres opgaver er lige så klart afgrænsede som andre medarbejdergruppers. Det efterlader sygeplejerskerne i et dilemma mellem på den ene side klart definerede sygeplejeopgaver i et ydelseskatalog og på den anden side borgere med høj social kompleksitet, hvor sygeplejerskerne oplever, at de ofte ender i en koordinerende, problemløsende tovholderfunktion i relation til meget forskelligartede problemstillinger, som ligger ud over de visiterede sygeplejefaglige ydelser.

Analysen peger imidlertid også på, at der ikke udelukkende er tale om isolerede socialfaglige opgaver, som kan uddelegeres til andre. I nogle tilfælde peger sygeplejerskerne selv på, at der kan være behov for socialrådgivere tilknyttet hjemme(syge)plejen eller andet mere socialfagligt personale. Ofte er der dog tale om social kompleksitet, der er tæt sammenvævet med de medicinske problematikker, som gør, at sygeplejerskerne selv oplever at mangle kompetencer på disse områder.

De kompetencer, sygeplejerskerne ofte får brug for i relation til disse borgeres forløb, falder i to grupper. Mest tydeligt var behovet for kompetencer inden for psykiatrien. Sygeplejerskerne i analysen yder ikke psykiatrisk sygepleje – som i fx distriktspsykiatrien – men ofte kræver håndteringen af de medicinske problematikker hos borgere med psykiske lidelser stærkere kompetencer på det psykiatriske område. Dette både i forhold til sygeplejerskernes egen funktion, og i andre tilfælde også i forhold til at kunne hjælpe det øvrige plejepersonale – eller andre – som kommer i hjemmet hos psykisk syge. Den anden type kompetencer, som håndteringen af disse borgere kalder på, handler om en høj grad af systemviden (om, hvem kan hjælpe med hvad – også uden for det traditionelle sundhedsvæsen) og kompetencer til at mobilisere og koordinere løsninger i forløb præget af høj social kompleksitet.

Organisatorisk kompleksitet

Det organisatoriske perspektiv vedrører kompleksitet, der opstår som følge af måden, som sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis. Organisatorisk kompleksitet er således forskellig fra medicinsk og social kompleksitet, fordi organisatorisk kompleksitet ikke udspringer af forhold relateret til borgernes situation.

De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (mængden af) *aktører* fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. Det handler om *kontinuitet* – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om *systemer* til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om *arbejdsgange,* som kan være mere eller mindre klare og mere eller mindre implementerede.

Sygeplejerskerne oplever et voksende antal aktører i borgernes forløb, hvilket de oplever som en af de væsentligste årsager til organisatorisk kompleksitet, fordi arbejdsdeling mellem mange kræver mere koordinering. Her opstår ofte udfordringer, og sygelejerskerne oplever, at de ender med at stå med en koordinations- eller tovholderopgave, der ofte ikke er klart defineret, og som de heller ikke altid har kompetencerne og den fornødne systemviden til at kunne løse.

Dette er nært relateret til spørgsmålet om personkontinuitet, både kontinuitet i relation til de enkelte borgere og kontinuitet i relationen mellem sygelejersker og grupper af hjælpere og assistenter. Uanset om der i de enkelte kommuner var en oplevelse af lav eller højere kontinuitet, lagde sygeplejerskerne stor vægt på værdien af øget personkontinuitet. De oplever, at lav kontinuitet fører til øget koordineringsarbejde og ringere koordination, øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på borgere, øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt, ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde omkring borgere, idet ingen rigtigt kender en borger, hvis personkontinuiteten er lav. Men lav kontinuitet i medarbejderrelationerne fører også til mindre uddelegering, fordi sygeplejerskerne føler sig mere usikre på de enkelte hjælpere og assistenters kompetencer, når de ikke kender dem. Spørgsmålet, som rejses i denne analyse, er, i hvilket omfang løsningen er flere koordinerende kompetencer til sygeplejerskerne – eller om løsningen også ligger i et større ledelsesmæssigt fokus på betydningen af personkontinuitet – både i borger- og i medarbejderrelationer.

Behovet for koordination stiger også, fordi flere opgaver uddelegeres til andre medarbejdere, og dermed oplever sygeplejerskerne, at de får en mere koordinerende og mindre udførende rolle. Det kræver både kommunikative og ledelsesmæssige kompetencer at yde sygepleje på afstand – at lede en uddelegeret opgave frem for at gøre det selv. Sygelejerskerne har behov for kompetencer til at kunne lede og tage ansvar for forløb, hvor de ikke selv udfører opgaverne.

Endelig sås et tema relateret til uklarhed og usikkerhed omkring arbejdsgange helt generelt. Organisationerne vokser og bliver mere uddifferentierede, nye teams, enheder og projekter opstår, og procedurer, snitflader og arbejdsgange ændres. I takt med denne udvikling bliver det også sværere for medarbejderne at bevare overblikket over deres egen organisation, dens funktionsmåder og arbejdsgange, men også overblikket over relevante samarbejdsparters organisering og arbejdsgange. Dette kalder i høj grad på kompetencer – men måske primært ledelsesmæssige kompetencer i forhold til implementering samt effektiv, sikker og relevant spredning af organisatorisk viden.

Medicinsk kompleksitet versus social kompleksitet

Modellen har både et borgerperspektiv og et organisatorisk perspektiv. Borgerperspektivet fokuserer på karakteristika hos borgere, hvis forløb ofte bliver komplekse, og her fylder temaerne omkring social kompleksitet væsentligt mere i sygeplejerskernes perspektiv end medicinsk kompleksitet. En af årsagerne til dette kan være, at sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen har væsentligt lettere ved at finde løsninger på sundhedsfaglige udfordringer, end de har ved håndtere de mangfoldige udfordringer, der opstår som følge af social kompleksitet. Ikke kun på grund af kompetencer, men også fordi hele sundhedssystemet i højere grad er gearet til at løse sundhedsfaglige udfordringer med sundhedsfaglige metoder. Således kan sygeplejerskernes vægtning af social kompleksitet – og deres vægring ved at betegne udfordringer på det medicinske område som udtryk for kompleksitet – ikke ses som et udtryk for, at der er mere social kompleksitet, end der er medicinsk kompleksitet. Det kan udelukkende ses som et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

Borgerrelateret kompleksitet versus organisatorisk kompleksitet

Den samme argumentation kan anvendes i relationen mellem borgerrelateret og organisatorisk kompleksitet. Det, der volder sygeplejerskerne udfordringer, er i mange tilfælde organisatoriske forhold; fx når organiseringen ikke matcher de opgaver, sygeplejerskerne enten er sat til at løse eller føler, at de bør gå ind i løsningen af. Derudover er den organisatoriske kompleksitet et af de områder, den enkelte sygeplejerske har mindst indflydelse på. Hun forsøger at navigere i organisering, aktører og systemer og så vidt muligt skabe gode forløb. Dette fokus på at skabe forløb, sammenhæng og helhed kan være en af årsagerne til, at sygeplejerskerne ofte fremdrager mængden af aktører, manglende overblik og en lav grad af personkontinuitet. Den organisatoriske kompleksitet kommer til at fylde meget for sygeplejerskerne, fordi det er de udfordringer, den enkelte sygeplejerske har sværest ved at løse. Derfor kan analysen heller ikke ses som et udtryk for, at der er mere organisatorisk kompleksitet end borgerrelateret kompleksitet. Den er i stedet et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

1 Indledning: Baggrund og formål

Sundhedsvæsenets udvikling er i disse år præget af en række faktorer, som har konsekvenser for det kommunale sundhedsvæsen, ikke mindst sygeplejen. Den medicinsk teknologiske udvikling betyder, at flere kan behandles, indlæggelsestiden falder stadig, og hospitalsaktivitet konverteres fra stationær til ambulant. Mere (efter)behandling kan foregå i hjemmet, og der sker en organisatorisk omstilling, som primært er drevet at hospitalssektorens øgede fokus på at undgå unødig spildtid eller faglig ubegrundet ventetid. Det ses fx i relation til kræftpakker og omstillingerne af akutområdets arbejdsgange og organisering på fælles akutmodtagelser (FAM). Udviklingen har også konsekvenser i form af Sundhedsstyrelsens krav om kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (Sundhedsstyrelsen 2017).

Opgaverne har gennem længere tid været præget af denne udvikling, der primært er drevet af ændringerne i hospitalssektoren. Således har kommunerne – ligesom hospitalssektoren og almen praksis – oplevet såvel opgave*øgning* som opgave*ændring*, bl.a. som følge af, at indlæggelsestiden falder, at flere behandles, og at mere behandling foregår ambulant. Men primærsektoren oplever også opgave*glidning* såvel som mere planlagt opgave*overdragelse* fra sekundærsektoren, idet opgaver, som tidligere blev varetaget i sekundærsektoren, nu løses i primærsektoren – bl.a. som følge af kortere indlæggelser og udviklingen i teknologi og behandlingsformer, som gør det muligt at løse flere opgaver i relation til (efter)behandling og pleje uden for hospitalsregi i hjemmet (Vinge & Kilsmark 2009).

Der har længe været debat om udvikling i opgaverne i den kommunale sygepleje, hvor det ofte fremføres at opgaverne generelt bliver mere komplekse. Beslægtede temaer handler om mere komplicerede forløb eller mere specialiseret sygepleje. Ofte anvendes begrebet kompleksitet mere eller mindre implicit som en art baggrundsvariable, der tages for givet, og ikke som et empirisk forhold, der undersøges (fx i Implement & Aalborg Universitet 2014). Der er også en tendens til at sætte mere eller mindre implicit lighedstegn mellem øget kompleksitet og *medicinsk* kompleksitet. Således påpeges det i en analyse af forandringer i hjemmesygeplejerskernes rolle, at "*det påfaldende i diskussionen om kompleksitet i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen er, at det stort set er den behandlingsmæssige kompleksitet, der refereres til.*" (Ellegaard & Dybbroe 2015). Forfatterne problematiserer denne anvendelse af begrebet kompleksitet i relation til sygeplejerskerollen i det nære sundhedsvæsen:

> *Der er ikke tvivl om, at der kan iagttages komplicerede forløb, og at hjemmesygeplejersker oplever kompleksitet i arbejdet. Begrebet kompleksitet er imidlertid et containerbegreb (dvs. et begreb, der kan omfatte forskellige betydninger), og anvendelsen af det kan problematiseres. Kompleksitet kan (…) dels være kompleksitet i forhold til borgerens problemer. Det kan både være en kompliceret lidelse (fx et sår, der ikke vil hele) eller samspil af forskellige sygdomme og sociale og psykiske problemer hos den samme person. Eller det kan dreje sig om kompleksitet i forhold til forløbet og koordinering mellem forskellige sundhedsprofessionelle. En kompleksitet, der kan hænge sammen med, at patienter bliver hurtigere udskrevet og overgår til ambulant behandling.* (Ellegaard & Dybbroe 2015)

Forfatterne peger på et behov for præcisering af kompleksitetsbegrebet, for at det kan bruges mere meningsfuldt, idet det anvendes om ganske forskellige forhold: fra komplicerede forhold i relation til (multi)sygdom til samspillet mellem sociale og psykiske udfordringer, til kompleksitet i forhold til koordinering mellem mange sundhedsprofessionelle.

Det sidste skyldes ikke mindst, at det samlede sundhedsvæsens vokser og udvikles til et mere "*komplekst og sammensat system […] i takt med udviklingen af nye former for tjenester og services, men også i takt med internationalisering samt de stadigt mindre faste grænser mellem sektorer og mellem sundhed og socialområde og arbejdsmarkedsområde*" (Implement & Aalborg Universitet 2014), hvilket fremgår af rapporten "*Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle*", der omhandler de uddannelsesmæssige konsekvenser af udviklingen for alle sundhedskartellets medlemmer – herunder sygeplejersker.

Der er således konsensus blandt mange aktører om, at udviklingen er præget at øget kompleksitet og mere specialiseret sygepleje. Men der er mangel på praksisnær viden om denne udvikling: Hvordan oplever sygeplejerskerne udviklingen, og hvordan kommer kompleksiteten til udtryk i deres hverdag? Hvilke typer af kompleksitet er der tale om? Og hvilke generelle konsekvenser har det for medarbejdernes kompetencer?

Med dette afsæt er formålet med denne analyse:

1) at generere ***konkret viden om kompleksitet i den kommunale sygepleje*** set fra sygeplejerskernes perspektiv: Hvordan oplever sygeplejerskerne kompleksitet i deres hverdag, hvilke udfordringer og dilemmaer giver det sygeplejerskerne, og hvordan håndterer sygeplejerskerne kompleksitet?
2) at udvikle en ***mere nuanceret forståelse af kompleksitet i den kommunale sygepleje***, herunder af forskellige typer af kompleksitet, de forhold der skaber kompleksitet, samt de kompetencemæssige behov forskellige former for kompleksitet skaber.

I det følgende kapitel 2 præsenteres analysens metode og empiriske grundlag. Herefter præsenteres i kapitel 3 indledningsvist den model over kompleksitet i den kommunale sygepleje, som er resultatet af analyserne, og herefter følger analyserne af modellens tre dimensioner i kapitel 4-6. I kapitel 7 præsenteres et intermezzo om et tværgående emne, nemlig sygeplejerskernes eget syn på, hvad deres opgaver egentlig er. Rapportens konklusion er i kapitel 8, mens den afsluttes med en perspektiverede diskussion i kapitel 9, der rummer temaer, som ligger uden for analysens formål.

2 Metode

I dette afsnit præsenteres de metodiske valg, der er truffet med afsæt i analysens formål, den empiri, som analysen er baseret på, hvordan den er genereret og anvendt, samt hvordan den udarbejderede model over kompleksitet (Figur 8.1, side 66) er blevet til.

Fokus for denne analyse er det, de kommunale sygeplejerskers oplever som værende komplekst i deres hverdag. Det indebærer, at der ikke opstilles en a priori-definition af, hvad kompleksitet er ud fra den eksisterende litteratur og andre definitioner. Formålet er i stedet at tage udgangspunkt i sygeplejerskernes hverdag for at få mere viden om deres perspektiv på kompleksitet.

De valgte metoder er derfor primært interview med sygeplejersker i grupper, sekundært observation af sygeplejerskers arbejde. Målet har været at lave en bredt dækkende analyse. Bredden refererer både til at inkludere kommuner i alle størrelser, såvel som kommuner i alle regioner, samt et bredt udsnit af kommuner – analysen inddrager sygeplejersker fra 18 ud af 98 kommuner. Observation er primært anvendt som forudgående supplement til de gennemførte interview for at få indsigt i sygeplejerskernes hverdag, borgerkontakter og organiseringen af sygeplejen.

Disse metodiske valg har konsekvenser for udsigelseskraften. Analyserne kan ikke sige noget om, *hvor meget* kompleksitet der er. Rapporten tegner således ikke noget generelt eller gennemsnitligt billede af sygeplejerskernes arbejde, hvor der både er mere og mindre komplekse opgaver, borgere og forløb.

Med dette afsæt har VIVE har i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd udvalgt de deltagende kommuner, så ønskerne om bredde – geografisk og størrelsesmæssigt – er opfyldt. De medvirkende kommuner er rekrutteret af Dansk Sygeplejeråd og er listet i bilag 1 (side 76), hvor også antallet af deltagene hjemmesygeplejersker/akutsygeplejersker fra den enkelte kommune fremgår. Dansk Sygeplejeråd har forestået kontakten til de deltagene kommuner, samt den praktiske planlægning af empiriindsamlingen.

Der er afholdt tre dages observation med tre sygeplejersker i tre kommuner i forskellige regioner. Derudover er der afholdt tre gruppeinterview af ca. to timers varighed med i alt 35 sygeplejersker fra 18 kommuner fordelt på alle fem regioner (der var planlagt to deltagere fra hver kommune – en enkelt sygeplejerske udeblev, så det endelige antal interviewdeltagere blev 35).

2.1 Udvælgelse af sygeplejersker til interview og observation

De deltagende kommuner har selv udpeget de deltagende sygeplejersker. I henvendelsen til kommunerne vedr. interview blev der efterspurgt relativt erfarne sygeplejersker (min. to års anciennitet), hvilket kommunerne i høj grad efterkom. Der er ikke foretaget nogen systematisk analyse af sygeplejerskernes anciennitet, men alle sygeplejersker har i den indledende præsentation til hvert interview opgivet, hvornår de er uddannet, samt deres anciennitet. Heraf fremgår det, at langt størsteparten havde væsentligt mere end de to års erfaring. Kommunerne er udvalgt således, at i alt 12 af de deltagende kommuner på interviewtidspunktet (ultimo 2017) havde et akutteam, og fra disse 12 kommuner har der deltaget i alt 11 sygeplejersker fra akutteamet og 12 fra hjemmesygeplejen (idet en enkelt akutsygeplejerske ikke mødte op på interviewdagen). De tre kommuner, hvor der er foretaget observation, har ligeledes selv udpeget de deltagende sygeplejersker.

2.2 Gennemførelse af observation og anvendelse af data

Observation er gennemført ved at følge de tre sygeplejersker fra forskellige kommuner og regioner i en dagvagt. Én sygeplejerske var akutsygeplejerske, de to øvrige var hjemmesygeplejersker.

Observationsdata er primært anvendt som baggrundsdata, referenceramme og grundlag for de efterfølgende interview. Kun i enkelte tilfælde er der anvendt mere generelle beskrivelser fra observation i rapporten, og i disse tilfælde primært med fokus på sygeplejerskens opgaver, interaktion og oplevelse af kompleksitet. Det skyldes, at borgerne, som sygeplejerskerne foretog besøg hos i forbindelse med observation, ikke har givet samtykke til at indgå i denne analyse, og derfor er der ikke anvendt detaljerede beskrivelser, der inkluderer borgere fra observation.

2.3 Gennemførelse af gruppeinterview og anvendelse af interviewdata

Alle sygeplejersker blev inden interview informeret om formålet med interviewet, som varede ca. to timer. Inden deltagelse var sygeplejerskerne i den udsendte invitation blevet bedt om at drøfte interviewets emne med deres kollegaer. Alle interview blev optaget. I alle interview deltog en-to observatører fra Dansk Sygeplejeråd med det formål selv at få mere førstehåndsviden om sygeplejerskernes oplevelser og perspektiv på kompleksitet. Observatørerne deltog på intet tidspunkt i debatten under interviewene og var ikke med omkring bordet med sygeplejersker og interviewer.

For at sikre at alle deltagende sygeplejerskers perspektiv på kompleksitet blev repræsenteret, og at interviewmaterialet rummede så mange konkrete eksempler og beskrivelser som muligt, blev sygeplejerskerne bedt om individuelt og uden først at tale med de øvrige deltage at præsentere en case, som for dem illustrerede kompleksitet i sygeplejen. De fik at vide, at de både kunne vælge en konkret situation, en borger/et hjem eller et konkret forløb. Sygeplejerskerne fik ca. 10-12 minutter til forberedelsen af den individuelle case. Herefter fremlagde hver sygeplejerske efter tur sin case. Det blev understreget, at formålet ikke var at opnå enighed om, hvad kompleksitet var. De skulle blot fremlægge deres egen case, forklare hvorfor de selv mente, at den valgte case illustrerede kompleksitet, samt svare på eventuelle uddybende spørgsmål. Der blev ikke givet mulighed for at diskutere cases på tværs i denne del af interviewet. Denne runde tog vel over halvdelen af tiden i hvert interview.

I anden del af interviewet blev der taget udgangspunkt i temaer, som gik på tværs af cases, og de blev drøftet i plenum med henblik på nuancering og flere eksempler – men ikke med henblik på at nå konsensus. Desuden blev sygeplejerskerne præsenteret for en skitse til en model over kompleksitet, som til hvert interview blev kommenteret, og derfor ændrede den sig undervejs. Det er således forskellige versioner af modellen, de tre grupper af sygeplejersker har fået forelagt – og har kommenteret på.

Efterfølgende er alle interview skrevet ud, og sygeplejerskernes cases er skrevet igennem. Det skyldes, at deres cases ofte fortælles af flere omgange, ikke altid i kronologisk rækkefølge, uddybninger af fakta kommer efterfølgende, eller der opstår gentagelse. Derfor er de redigeret, så de fremstår uden gentagelser og afbrydelser, men redigeringen er holdt til et absolut minimum og har udelukkende til formål at lette læsningen. Desuden er der tilføjet fremhævelser af centrale begreber/sætninger for at lette læsningen af de ofte længere cases. Det er ikke, fordi sygeplejerskerne har lagt særligt vægt på de fremhævede ord.

2.4 Udarbejdelse af model over kompleksitet og anvendelse af empiri i analyserne

Rapporten præsenterer en empirisk baseret model over kompleksitet (side 66). Modellen er som beskrevet udviklet og redigeret på baggrund af hver interviewrunde. Den første skitse og de dimensioner, den indeholdt, var imidlertid udarbejdet med udgangspunkt i tidligere undersøgelser og modeller, særligt Ellebæk og Dybbroe (2015) samt Implement og Aalborg Universitet (2014), hvor der er hentet inspiration til de grundlæggende dimensioner omkring borgernes ”livssituation”, ”mediciske” forhold og ”systemkompleksitet”. Udbygningen af dimensionerne i den udarbejdede model, valget af undertemaer og særligt koblingerne imellem temaerne, der viser relationen mellem dem, er produkter af de medvirkende sygeplejerskers bidrag til denne analyse – både i selve processen under de enkelte interview, i tiden mellem de tre interview, samt i den efterfølgende analysefase.

Den udarbejdede model er ikke at betragte som nogen teori. Den søger på så enkel vis som muligt at illustrere de centrale perspektiver (borger og organisering), dimensioner (medicinske, sociale og organisatoriske), tilhørende undertemaer til hver dimension samt indbyrdes relationer mellem dem, som sygeplejerskerne pegede på. I den forstand er den snarere en grafisk oversigt eller et mindmap, end den er en teori.

Analysekapitlerne (4-6) er bygget op omkring de dimensioner og tilhørende undertemaer, som indgår i modellen. Modellens tre overordnede dimensioner og underliggende temaer gennemgås efter tur for at give læseren en mere pædagogisk og lineær indføring i sygeplejerskernes kompleksitetsforståelse. Men karakteristisk for de cases, sygeplejerskerne har bidraget med, er, at de forholder sig til mange af modellens temaer – det er netop derfor, de set med sygeplejerskernes øjne illustrerer kompleksitet i sygeplejen.

Der er dog foretaget det metodiske valg altovervejende at anvende sygeplejerskernes cases i deres helhed i stedet for at anvende mindre citater, som kan illustrere ét tema eller én pointe. Det har konsekvenser for fremstillingsformen, hvor empirien således fylder relativt meget. Dette er valgt for at give læseren mulighed for at komme tæt på sygeplejerskernes oplevelse og forståelse af kompleksitet, da dette er et af hovedformålene med denne analyse. Det giver et væsentligt mere præcist og nuanceret billede af sygeplejerskernes syn på den brogede virkelighed, de står i, og deres oplevelse af kompleksitet.

Et centralt element i denne virkelighed og den kompleksitet, sygeplejerskerne oplever, handler om samarbejdet med andre aktører. Som det vil fremgå af analyserne, er det i høj grad relationelle organisatoriske forhold, som deres kompleksitetsforståelse kredser omkring. Det har den konsekvens, at de anvendte cases ofte omhandler sygeplejerskernes oplevelser med og syn på andre aktører. Ved at fremstille sygeplejerskernes perspektiv – og ikke andre medarbejdergruppers – kommer deres forståelse til at fremstå uimodsagt. Men formålet med analysen er ikke at forholde sig kritisk til, hvorvidt sygeplejerskernes oplevelser af andre aktører er ”rigtige”, ”rimelige” eller ”retvisende” set i et mere tværfagligt, tværgående eller teoretisk perspektiv. Formålet er udelukkende at få en mere præcis og nuanceret forståelse af sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet, herunder sygelejerskernes forståelse af, hvilken rolle andre aktører spiller i den sammenhæng – uden at analysen forholder sig til de andre aktørers perspektiv på sygeplejen. Analysen forholder sig således ikke normativt til sygeplejerskernes kompleksitetsforståelse – om den er hensigtsmæssig eller retvisende. Det er ikke denne analyses formål.

3 Introduktion til en model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

Dette kapitel tjener som en indledning til de efterfølgende tre analysekapitler om hver af modellens tre centrale dimensioner (kapitel 4-6). I dette kapitel præsenteres modellens tre hoveddimensioner, mens de uddybes i analysekapitlerne efter tur.

Modellen og dens grundstruktur præsenteres her indledningsvist.

Figur 3.1 Model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

Kilde: Egen tilvirkning.

Øverst ses den dimension, der handler om borgerperspektivet. Dette perspektiv beskriver, hvilke karakteristika borgere, hvis forløb ofte bliver komplekse, har. Borgerens sygdom(me) kan rumme varierende grader af **medicinsk kompleksitet**, særligt relateret til multisygdom og polyfarmaci, instrumentel specialiseret sygepleje[1], terminale palliative forløb samt sygdomssituationer, som er

[1] Begrebet instrumentel sygepleje bruges i denne rapport som samlebetegnelse for sygepleje relateret til 'instrumenter', såsom sonder, dræn, pumper, avanceret sårbehandling, intravenøs (IV) behandling, katetre, dialysemaskiner mv. Begrebet instru-

præget af ustabilitet og uforudsigelighed. De ydelser, som sygeplejerskerne skal levere – ifølge ydelseskataloger og kørelister – er relateret til borgerens sygdomssituation. Disse aspekter af kompleksitet relateret til borgerens situation behandles i kapitel 4, side 19.

Men borgerperspektivet på kompleksitet handler ikke kun om borgerens sygdomssituation og graden af medicinsk kompleksitet isoleret set. Det handler i høj grad også om borgerens livssituation og den grad af **social kompleksitet**, der præger den. Sygeplejerskerne fremhæver en række forskellige forhold i relation til borgerens livssituation, som gør, at forløb bliver komplekse, fx forekomsten af psykisk sygdom eller misbrug, social udsathed, problematiske forhold i relation til nære pårørende, herunder børn, eller samarbejdet med borgeren med andet sprog eller anden kultur. Disse forhold er ikke kun "sociale" – fx er psykisk sygdom og demens netop sygdom. Men fællesnævneren for disse aspekter ved borgerens livssituationer er, at de ikke er den direkte årsag til, at sygeplejerskerne kommer i hjemmet. Kommunens sygeplejersker er ikke en del af fx distriktspsykiatrien eller misbrugsbehandlingen. Sygeplejerskernes opgaver er typisk relateret til somatisk sygdom eller medicinadministration. Set i det perspektiv bliver de temaer, sygeplejerskerne peger på i relation til borgernes livssituation, snarere afgørende for kompleksiteten, fordi de påvirker borgernes mestringsevne og egenomsorg, deres evne til at samarbejde med og navigere i sundhedsvæsenet samt koordinere deres egne forløb. Disse aspekter af borgerens livssituation er i denne analyse samlet under begrebet social kompleksitet, selvom fx psykisk sygdom, demens eller følger af senhjerneskade ikke kun er sociale forhold. En sygeplejerske opsummerede gruppen af borgere, hvis livssituation er præget af social kompleksitet, således – set ud fra et sygeplejeperspektiv: *"Det er alle dem, som af den ene eller den anden årsag er sværere at hjælpe".* Social kompleksitet og de undertemaer, begrebet rummer, udfoldes i kapitel 5, side 32.

Endelig rummer modellen også et organisatorisk perspektiv, som vedrører den form for **organisatorisk kompleksitet** der opstår som følge af systermes organisering, differentiering og implementering, arbejdsgange og -metoder, og som følge af måden, de mange forskellige dele af sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis. Således kan antallet af aktører, samarbejdet med dem, (manglende) overblik over dem, arbejdsgange og de mange forskellige typer af systemer til alt fra dokumentation, planlægning og kommunikation i sig selv være med til at gøre opgaveløsningen kompleks. Disse forhold påvirker rammerne og mulighederne for opgaveløsningen. Dette aspekt af kompleksitet behandles i kapitel 6, side 46.

mentel er valgt, fordi mange af de medvirkende sygeplejersker bruger det. Andre begreber, som også anvendes af sygeplejersker, er fx "det tekniske" og "det håndværksmæssige". Men, som det vil fremgå af analyserne, så er kompleks sygepleje andet og mere end instrumentel sygepleje, set i sygeplejerskernes perspektiv.

4 Medicinsk kompleksitet

I dette kapitel udfoldes de aspekter af kompleksitet, som vedrører borgerens sygdomssituation. Disse forhold kan grupperes i fire temaer: *Multisygdom*, *instrumentel sygepleje, terminale forløb* og graden af *uforudsigelighed og ustabilitet* i forløb. Disse fire aspekter udfoldes efter tur i dette kapitel. Det er vigtigt at pointere, at disse temaer ikke er gensidigt udelukkende. Multisyge kan have meget ustabile forløb, ligesom terminale forløb kan involvere megen instrumentel sygepleje.

Figur 4.1 Medicinsk kompleksitet

Kilde: Egen tilvirkning.

Ud over en gennemgang af disse fire undertemaer rummer kapitlet et afsluttende afsnit om fællestræk i sygeplejerskernes måde at tale om henholdsvis komplekse, svære og udfordrende opgaver, som særligt har relevans for temaet medicinsk kompleksitet. I empirien ses nemlig en tendens til, at de udfordringer, der følger af en øget forekomst af multisygdom, polyfarmaci, mere instrumentel sygepleje i hjemmet, terminale forløb og håndteringen af flere uafklarede og ustabile sygdomstilstande i hjemmet, generelt ikke omtales som ”kompleksitet” af sygeplejerskerne, men i højere grad som udfordrende opgaver. Derfor er der desuden i kapitlets afsnit om instrumentel og specialiseret sygepleje medtaget supplerende data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale sygeplejersker om netop specialiserede sygeplejeydelser i hjemmet. Dette er gjort for at give et samlet set bredere billede af temaet medicinsk kompleksitet relateret til netop dette emne, end interviewdata og observation giver. Valget er truffet, fordi denne primært interviewbaserede analyse, med dens stærke fokus på begrebet ”kompleksitet”, kan efterlade læseren med et indtryk af, at der

på det nærmeste ikke er kompleksitet på det medicinske område. Selvom formålet med denne analyse ikke er at kvantificere kompleksitet, måle, hvor meget eller hvor lidt der er, har VIVE vurderet, at der alligevel er en risiko for, at analysen kan fejltolkes, således at medicinsk kompleksitet undervurderes – i modsætning til den fremhævning af netop medicinske kompleksitet, der har præget debatten omkring sygeplejens udvikling, jf. rapportens indledning. Problemet er snarere sprogbrugen. Havde denne analyse fokuseret på udfordringer eller nye, specialiserede opgaver på det medicinske område, havde sygeplejerskerne svaret anderledes (hvilket også ses af Vinge & Kilsmark 2009).

4.1 Multisygdom, polyfarmaci og kompleksitet

> ***Komorbiditet** – det handler om, at borgeren har nogen forskellige sygdomme, som kræver en **interageren** og en **tovholderfunktion**: Nogen skal holde fast i, at nu skal der tages blodprøver for det ene og tjekkes op på noget andet. Der er et virvar af aftaler, der skal holdes fast i.*

Citatet illustrerer, hvad en sygeplejerske påpeger, at multisygdom – eller komorbiditet – medfører i den kommunale sygepleje. Den stigende forekomst af multisygdom fylder meget i debatten om sundhedsvæsenet. De multisyge har mange kontakter til forskellige specialister – og generalister – og spørgsmålet bliver mere og mere presserende: Hvordan håndterer vi de multisyge i et specialiseret sundhedsvæsen? Hvem tager det tværgående ansvar for de multisyge i hverdagen?

Men som det indledende citat antyder, så handler sygeplejerskernes cases om multisyge ikke primært om, at samtidige sygdomme skaber *medicinsk* kompleksitet. De handler i højere grad om forhold, der har deres rødder i en blanding af social og organisatorisk kompleksitet, som gør det komplekst at udføre sygepleje og hjælpe de multisyge:

> *Min case handler om en **multisyg** person som har **sukkersyge**, **epilepsi**, **psykisk sygdom** og er **mindre begavet.** Gennem en lang årrække er hun faret ind på aflastning og ud igen, og hver anden måned skal hun have ændret sin medicin. Og det er så komplekst, fordi der så **mange samarbejdspartnere**, og der er så meget **dårlig kommunikation** mellem dem. Det kan være medicin der er ordineret et eller andet sted, som der ikke bliver samlet op på. Det står måske ikke i FMK[2], selvom det er noget, der er startet op inde på aflastningen. Der er også en mand i det hjem, som er dybt frustreret over en lang periode med tusind forskellige tiltag og manglende opfølgning. Og der står man som sygeplejersker og prøver at hente information andre steder fra. Og den viden, vi samler op i vores regi, den flytter sig ikke til de andre regier. Så man kører sådan nogen **siloforløb**. Ofte er skiftlig kommunikation den eneste mulighed, og det er ofte ikke fyldestgørende. Måske skal vi også gribe i egen barm. Måske får vi ikke altid **dokumentet** alt det, vi skal dokumentere. Og dokumentationen kommer heller ikke med de rigtige steder hen. Som sygeplejerske prøver jeg at **holde sammen på alle de her ting og lave systemer**. Jeg prøver at skrive ned, hvad man skal gøre, hvis der sker 'sådan og sådan'. Men der sker ofte det, at de medarbejdere, der kommer ud, de husker, at sidste gang de kom ud, der gjorde man 'sådan og sådan', og så går de ikke ind og læser, at nu gør man altså noget andet. Så der er **en stor mangel på, at vi sidder sammen og snakker om tingene**.*

[2] FMK betyder Fælles (elektronisk) Medicinkort.

Sætter os ned og får en fælles holdning. ***Tingene er så løsrevne og fragmenterede*** *i dag, så det er helt vildt.*[3]

Casen viser, at multisygdom kombineret med forhold, der nedsætter borgerens evne til både egenomsorg og selv at navigere i sundsvæsenet, er det, der gør, at sygeplejersken oplever forløbet som komplekst. Casen er valgt, fordi den rummer et bredt udsnit af de mange temaer, som bliver behandlet i denne analyse – og den viser, hvordan de mange temaer, der optræder i samme case interagerer og påvirker hinanden. Eksemplet handler således ikke så meget om multisygdom, men mere om den kompleksitet, som multisygdom udløser – bl.a. som følge af mange aktører, lav personkontinuitet, dårlig kommunikation, manglefuld dokumentation, siloorganisering og mangelfuld koordination. Sygeplejerskens eksempel på kompleksitet handler således ikke om, at multisygdom skaber medicinsk kompleksitet for hende. Den handler om en oplevelse af, at *"tingene er så løsrevne og fragmenterede i dag, så det er helt vildt".* Denne oplevelse er gennemgående for mange af sygeplejerskernes cases i denne analyse.

Det er vigtigt at huske på, at langt de fleste borgere med multisygdom selv mestrer deres forløb, og at den kommunale sygepleje langt fra er involveret i alle multisyges forløb. Men der er en gruppe, som af forskellige årsager ikke kan mestre situationen, og hvor sygeplejerskerne derfor bliver de udførende i forhold til fx medicinadministration (hvad der karakteriserer mange af disse borgere, beskrives nærmere i kapitel 5, side 32). Det kræver tilgængelig information og kommunikation at kunne udføre de opgaver – men sygeplejerskerne oplever, at informationer ofte kun videregives i det omfang, borgerne selv er i stand til det, og det er netop denne gruppe af borgere sjældent i stand til at gøre præcist og fyldestgørende. Det skaber kompleksitet i sygeplejerskernes arbejde:

Nogen af de ***multisyge mister selv overblikket****. De kan ikke huske historien. Og de kan ikke huske, hvad der blev sagt på det ambulatoriebesøget. Vi får* ***sjældent noget med tilbage fra ambulatorierne*** *på skrift. Borgeren har hørt et eller andet, men man ved sjældent, hvad det egentlig er, de har hørt. Så jeg skal selv have fat i hjerteambulatoriet og diabetesambulatoriet, og jeg har ikke andre numre end deres telefontid fra kl 9-12, hvor jeg kan komme igennem til en sekretær. Jeg står og skal handle behandlingsmæssigt. Jeg skal måske give insulin, jeg ved, de har været inde til kontrol, jeg ved, blodsukkeret er dalet og gået lidt op og ned, borgeren siger der er ændringer, og jeg kan ikke se noget i FMK, der er ændret. Er det fordi, det ikke er ajourført? Hvad er planen? Er det, fordi de skal ind til en ny kontrol og have taget nogen blodprøver inden? De her* ***informationer går mange gange tabt****, fordi det er* ***mig, der står som udfører, men sygehuset står som behandler****, og de glemmer lidt, at de skal kommunikere, og tror nogen gange, at borgerne kan huske og give besked. Men det kan borgerne ofte ikke.*

Her er der igen grundlæggende set ikke tale om medicinsk kompleksitet, selvom det relaterer sig til en multisyg borger. Og sygeplejersken fremhæver ikke manglen på viden om det sundhedsfaglige i relation til opgaverne omkring multisyge, eller om de sygdomme, der skal behandles, men i stedet manglen på pålidelig information, direkte kommunikation med den/dem, der har behandlingsansvaret. Det er således primært organisatoriske forhold, der skaber kompleksitet i relation til de multisyge, set i sygeplejerskernes perspektiv.

Et sidste aspekt af multisygdom handler om, hvad tidligere udskrivninger betyder i relation til sygeplejerskernes håndtering af multisygdom, og har mange paralleller til det ovenstående eksempel:

---

[3] Som beskrevet i metodeafsnittet er fremhævelserne af centrale begreber og sætninger tilføjet for at lette læsingen af de længere case-uddrag i rapporten. Det er således ikke udtryk for, at sygeplejersken har lagt særligt vægt på disse ord.

__Multisygdom__ dukker op i relation til __tidligere udskrivninger__ – engang forblev borgerne indlagt på fx ortopædkirurgisk, til de fik et medicinsk tilsyn for at få deres insulinbehandling op at køre igen. Nu bliver de sendt hjem, og så kan jeg prøve at finde ud af, hvor meget insulin de skal have, eller prøve at finde ud af, hvem jeg kan få til at afgøre det. Og så begynder det at blive komplekst, for jeg skal ikke bare forholde mig til borgerens operationssår. Jeg skal også forholde mig til, hvor meget det påvirker deres insulinbehov, og hvem der skal tage sig af det, og om det har nogen ernæringsmæssige konsekvenser. Og er det nu rigtigt, at de er blevet sendt hjem uden Marevan®[4] igen?

Hvis de bare bliver sendt hjem til noget pinpleje – herregud, det er ikke noget problem. Men hvis de er 88 år og har flere konkurrerende lidelser, så bliver det komplekst, fordi jeg skal kunne __kombinere viden inden for en hel masse felter, som ikke er mit speciale__. Det er noget andet, hvis man kun går på hospitalet og laver det her hver dag, så kan man nemt se, hvordan sådan en nyopereret multisyg borger reguleres ind. Men jeg er ikke diabetessygeplejerske eller AK-sygeplejerske, og så bliver det lige pludselig et komplekst forløb. Både med hensyn til __koordination__ og med hensyn til selve __behandlingsdelen__.

I eksemplet ses igen, at koordination og ringe/manglende kommunikation generer kompleksitet for sygeplejerskerne. Men i dette eksempel nævnes også medicinsk kompleksitet i relation til multisygdom. Kompleksitet opstår som følge af behovet for at *"kunne kombinere viden inden for en hel masse felter, som ikke er mit speciale"*, og dermed handler det ikke kun om organisatoriske forhold, men også om selve behandlingsdelen.

Samlet set er det generelle billede, sygeplejerskerne tegner af kompleksitet på dette område, at det ikke primært er den medicinske kompleksitet, som udfordrer dem i relation til multisygdom og polyfarmaci, om end den også nævnes som den sidste case viste. Det er den organisatoriske kompleksitet, som skaber udfordringer, og det gør den i højere grad ved de borgere, der også er præget af høj social kompleksitet, hvilket beskrives nærmere i kapitel 5.

4.2 Instrumentel, specialiseret sygepleje og kompleksitet

Udviklingen i sundhedsvæsenet medfører tidligere udskrivninger og nye muligheder for behandling i hjemmet. Det betyder, at der foregår mere og, men også mere specialiseret eller avanceret instrumentel sygepleje i hjemmet. Flere af sygeplejerskernes cases tog udgangspunkt i borgere, som fik specialiseret instrumentel sygepleje. Men ofte understregede sygeplejerskerne eksplicit, at det ikke var den instrumentelle sygepleje, der gjorde forløbene komplekse. Det instrumentelle var ofte blot årsagen, at de kom i hjemmet:

Jeg har valgt en borger, vi lige har fået hjem. Det er en yngre kvinde, der har en hjernetumor, og hun har fået sidste behandling fra [et universitetshospital i en anden region, red.] hvor hun har været fulgt i 8 år. Og nu tager vi hende så hjem til noget __parenteral ernæring__[5] og noget __IV-medicin__[6]. __Men det er ikke der, kompleksiteten ligger__. Den ligger ikke i, at vi skal tage hende hjem til de der ting, for det finder vi jo ud af at lære. Men lige pludselig finder vi ud af, at hun har et __inkontinensproblem__, hun __ved ikke, hvilken stamafdeling hun har__ længere, for hun er jo afsluttet på [universitetshospitalet i anden region, red.]. Så hvem er hendes stamafdeling nu? Og når vi skal have ændret

[4] Marevan® er blodfortyndende medicin.
[5] Parenteral ernæring er intravenøs ernæring, altså ernæring, der gives direkte i en vene, hvor det løber ind via en slange.
[6] IV-medicin er medicin, som gives intravenøst, direkte i en vene, hvor det løber ind via en slange.

noget i FMK, hvem er det så, vi skal kontakte, er det [universitetshospitalet, red.]? Hvornår får hun sin stamafdeling, så der er nogen læger, vi kan tale med? Hun ***ved ikke, hvordan hun kommer rundt****, og hun begynder at spørge os: Hvordan når jeg skal til tandlæge, hvordan bliver jeg så kørt? Og kompleksiteten, det handler om, at du får hende visiteret som en borger, du skal give parenteral ernæring to gange i døgnet, men* ***så viser det sig, at der er mange flere ting, for man kommer jo ind i hjemmet****. Og der er* ***mange borgere, hvor det ikke handler om lige præcis den ydelse, der står, at vi skal udføre****. Og det er jo* ***deri kompleksiteten ligger – at få alle trådene til at hænge sammen.***

Denne case er ganske sigende for mange af sygeplejerskernes oplevelser. Der er altid en sygeplejeydelse, som er årsagen til, at sygeplejersken kommer i hjemmet. Men det er ofte ikke denne ydelse eller udførelsen af den, som i sig selv opleves som kompleks sygepleje. Det er en lang række andre forhold og problematikker, som sygeplejerskerne enten ser eller bliver præsenteret for, når de kommer i hjemmet hos borgere.

Men der er også eksempler på, at instrumentel sygeleje i sig selv kan rumme udfordringer. Der kommer nye utensiler, nye instrumenter – eller, som sygeplejersken her formulerer det, "*nye maskiner*" i hjemmet:

Man er sjældent forberedt. Så er der en eller anden ***ny maskine*** *ude i et hjem. Og det kan være* ***svært at lave learning by doing alene*** *og så stole på, at man har gjort det rigtige uden at have set en anden vise dig det. Men igen, vi gør det så tit. Og næste gang kommer der en anden maskine ud. Og i forhold til de der maskiner, der har vi også* ***tit muligheden for at kunne kontakte nogen****, der kan svare. Og så kan de fortælle dig hvad du skal. Hvis det handler om en maskine, så er det på afdelingen, du kan få svar, og du kan komme videre. Så på den måde er det* ***ikke komplekst, selvom det godt kan være svært at stå med det.*** *Men det er mere komplekst, hvis en borger bliver indlagt og har en hund. Hvor skal hunden så hen? Det er der ikke nogen, der vil tage ansvar for. Så du står og skal mange steder hen, inden du kan komme videre.*

Dette syn på medicinsk kompleksitet må ikke tolkes som, at der ikke er *udfordringer* og dermed kompetencebehov i relation til specialiseret sygepleje. Da sygeplejerskerne havde så klar en tendens til ikke at anvende begrebet kompleksitet i relation til de udfordringer og kompetencebehov, som udviklingen på det medicinske område skaber, refereres her – som beskrevet i indledningen til dette kapitel – en spørgeskemaundersøgelse fra 2017[7] blandt 5.500 kommunale sygeplejersker med daglig klinisk borgerkontakt[8] om specialiserede sygeplejeopgaver (60 % af dem deltog). Undersøgelsen viser, at 85 % inden for det seneste år har varetaget specialiserede sygeplejeopgaver, og 29 % gør det hver dag eller næsten hver dag. For at få et indblik i, hvilke typer opgaver der er tale om, er her gengivet de specialiserede opgaver, som varetages af mere end 10 % af sygeplejerskerne én eller flere gange om ugen.

Vakuumbehandling af sår udføres af 11 % én eller flere gange ugentligt, 13 % udfører IV-væsketerapi én eller flere gange ugentligt, hjemmedialyse udføres af 14 %, IV-antibiotika behandling af 15 %, drænpleje af 16 %, anlæggelse af blærekateter på mænd af 18 %, IV-ernæring af 18 %, anlæggelse af nasalsonde og indgift af ernæring (nasal og/eller PEG) af 19 %, skylning, propning og bandagering af CVK af 20 % samt beskæring af fodsår af 31 %.

---

7 Kryspin Sørensen, L.: *"Notat: Specialiserede sygeplejeopgaver i kommunerne 2017"*, august 2017, DSR Analyse.

8 Der er tale om sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre, sundhedsklinikker, sundhedshuse og akutfunktioner.

I relation til disse opgaver angiver 60 %, at de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau. Der nævnes især konkrete opgavespecifikke kompetencer, såsom oplæring i kemopumpe, pasning af dræn, CVK (centralt venekateter), sår med vakuum og hjemmedialyse. Men der nævnes også mangler på kompetencer inden for samarbejde mellem sektorer og faggrupper, forløbsmodeller, kommunikation med sygehuse m.m.

Det er således vigtigt ikke at negligere kompetencebehovet i relation til den instrumentelle sygepleje, som denne spørgeskemaundersøgelse har dokumenteret. Men samtidig rummer denne analyse et væsentligt supplement til spørgeskemaundersøgelsens resultater. Sygeplejerskerne oplever generelt ikke, at den instrumentelle sygeleje i sig selv er kompleks. Og de oplever, at de har lettere ved at løse de udfordringer, der opstår på disse områder, og får viden og sparring – ved fx at kontakte hospitalsafdelinger – end de har ved løse de udfordringer, de møder, på stort set alle andre områder, som denne analyse omhandler. Som denne sygeplejerske med meget lang anciennitet forklarer:

> *Jeg har tænkt meget på, hvad kompleksitet var, inden jeg kom. Jeg hører og læser, at alle* ***de nye tekniske ting****, der kommer, som vi skal tage os af, gør sygeplejen kompleks. 'Kompleks sygepleje, det er, at nu skal vi lave IV og dialyse og alt muligt'. Men det har jo* ***intet med kompleksitet at gøre****. Vi kan jo alle sammen lære at lave de her ting. Der er ikke en eneste ting inde fra sygehuset, som vi hjemmesygeplejersker ikke kan lære. Så derfor er det ikke det, der gør sygeplejen kompleks. Det er* ***en opgave, vi kan magte,*** *fordi vi kan lære det.* ***Kompleksitet*** *handler meget mere om* ***alt det, vi ikke har styr på*** *– alle de* ***mange samarbejdsparter****.*

Dette syn på begrebet kompleksitet i relation til instrumentel sygepleje er gennemgående for de deltagende sygeplejersker.

4.2.1 Instrumentel og specialiseret sygepleje i hjemmet og behandlingsansvar

En konsekvens af at der foregår mere specialiseret instrumentel sygepleje i hjemmet, er, at behandlingsansvaret for sygepleje og behandling i hjemmet bliver fordelt på flere læger i flere forskellige sektorer. Det er således ikke kun borgerens praktiserende læge, som er den lægeligt ansvarlige og dermed lægelig back-up i forhold til sygeplejerskernes opgaver i hjemmet.

Det er ikke noget nyt, at sygeplejerskerne har kontakt til sygehusenes ambulatorier i forbindelse med borgere, som ikke selv kan håndtere ambulante besøg, herunder målinger og anden forberedelse til besøgene såvel som opfølgning på ambulante besøg, hos borgere, som ikke selv magter dette samt den løbende medicinering[9]. Men udviklingen betyder, at det lægelige behandlingsansvar for mere og mere af den instrumentelle sygepleje og behandling, der udføres i hjemmet, ligger på hospitaler. Ikke nødvendigvis kun én afdeling på ét hospital. Det har konsekvenser for kompleksiteten i den instrumentelle sygepleje, fordi det øger den organisatoriske kompleksitet på dette område. Ansvarsfordeling, koordination, kommunikation, tilgængelighed og kontaktmuligheder for sygeplejerskerne bliver mere afgørende som følge af denne udvikling. Det er inden for disse områder, at kompleksiteten i højere grad opstår, som denne længere case fra en akutsygeplejerske illustrerer:

> *Det her drejer sig om en ældre mand, som udskrives fra AMA. Har er* ***terminal*** *og man kan ikke forvente at det tager lang tid.* ***Datteren*** *er utroligt engageret i det her. Ikke på en ubehagelig måde, men hun er konstant på, også over for afdelingen. Og hun vil ikke have ham hjem, hvis han ikke kan få væske, for han drikker ikke nok. En af overlægerne på*

[9] Dette trådte bl.a. andet tydeligt frem i en ni år gammel kortlægning af "Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling" (Vinge & Kilsmark, 2009, Dansk Sundhedsinstitut)

*afdelingen bliver så træt af det, så han siger, 'det er fint nok, han skal hjem, så han får bare noget **IV-væske i hjemmet**, det kan akutteamet tage sig af'. Og så står vi der og siger, det kan vi ikke. Vi kan ikke sætte IV-væske op i et hjem, hvor der ikke er overvågning, og hvor der ikke er nogen faglige kompetencer til stede. Og den her mand er ikke klar i hovedet og kan sagtens finde på at seponere sit CVK[10] eller sidde derhjemme og bløde ,uden at noget opdager det. Så vi prøver at få det ændret. Vi får fat i hjerteafdelingen, hvor han er kommet længe, og vi får fat i en læge, som gerne vil **omordinere** det til subcutan[11], og det kan vi godt være med til. Men der bliver **ikke rigtigt lavet nogen plan for opfølgning eller for, hvem der skal stå for det**. Den her subcutane nål, den ryger ud nogen gange, og vi i akutteamet vil jo godt have, at **hjemmesygeplejen** overtager, for vi kommer ikke fast hos nogen – vi er akutteamet. Vi kan godt tage ud og sætte nålen i og sætte væsken op, og så skal vi helst **overdrage** det til nogen andre. Datteren får udleveret vores nummer og ringer konstant – en gang i timen hen over en weekend – og der er **ikke rigtigt nogen, der har taget ansvar for den her behandling, og det er enormt svært at finde ud af, hvem der har ansvaret for at køre den her behandling.** Det kører over ret lang tid, det her forløb. Og der sker det, som man næsten bør forvente. Der sker nogle **fejl,** fordi ingen har det overordnede ansvar for den her sag. Nogen tror, noget er overleveret, men tingene kommer ikke rigtigt igennem [internt i kommunen, red.], og det betyder, at den her nål kommer til at ligge for længe, og han får for meget væske på samme sted. Det var ikke rigtigt en ordination, fordi den første ordination fra overlægen, der udskrev, var lavet uden at sikre, at det også kunne lade sig gøre i virkeligheden. Og så gik de videre til den her hjertelæge, som omordinerede til subcutan. Men omvendt ville hjerteafdelingen ikke følge op på, hvor meget væske han skulle have, og hvornår det skulle skiftes, og de her ting. Og **vi har kun åbent fra 8-22 i akutteamet**, så hvis der skulle ske noget om natten, **så måtte hjemmesygeplejen ind over**. Hvis det hele havde kørt på skinner, og alle vidste, hvad de skulle, så havde datteren nok også været mere tryg og mindre på.*

Det komplekse for sygeplejerskerne er hverken at give IV eller subcutan væske. Det komplekse er en uklar placering af behandlingsansvaret, kombineret med efterfølgende uklarheder i opgave- og ansvarsfordelingen samt kommunikationen internt i kommunen mellem akutteam og hjemmesygeleje. Igen er det grundlægende set organisatoriske forhold, der genererer kompleksitet, ikke medicinske forhold.

4.3 Terminale, palliative forløb og kompleksitet

En lang række af sygeplejerkernes cases tog udgangspunkt i palliative forløb hos terminale patienter. Men flere af sygeplejerskerne påpegede eksplicit, *"det er ikke, fordi han er terminal, at det er komplekst".* I drøftelserne pegede sygeplejerskerne også selv på, at der i debatten omkring sygeplejen ofte sættes lighedstegn mellem terminale forløb og kompleks sygepleje – ikke mindst inden for sygeplejerskernes egen profession. Men selvom terminale forløb på mange planer kan være udfordrende for sygeplejerskerne, så tog de også en række forbehold og mente ikke, at der automatisk kan sættes lighedstegn mellem terminale forløb og komplekse forløb.

Interviewene pegede på, at noget er anderledes på det palliative område sammenholdt med sygeplejerskernes øvrige virke, og at terminale forløb – alt andet lige – fungerer bedre end mange andre typer af forløb. Dette til trods for, at døden både kan være smertefuld, at der kommer helt andre

[10] Trække det centrale venekateter ud.
[11] Væske, der gives gennem en nål, som ligger lige under huden, men ikke direkte ind i en blodåre (som IV-væske).

åndelige såvel som praktiske og økonomiske forhold ind over, og at pårørende i sorg og krise ofte også er en del af det forløb, sygeplejerskerne skal håndtere. En sygeplejerske med stor erfaring på området forklarer her, hvordan hun oplever det:

> *Jeg har været hospice- og palliationssygeplejerske i mange år, og det første vi siger, det er, at palliative patienter, de er komplekse. Det siger alle. Og det er de jo også, for det er voldsomt syge patienter. Men opgaven* ***opleves ikke som udfordrende kompleks****. Der kan være noget menneskelig magtesløshed, der kan gøre det svært at være i det. Men vi har styr på organisering, vi har styr på medicinen, tingene er beskrevet, jeg ved, hvad jeg må trække på. Jeg har lægelig backup. Vi ved, hvilke samarbejdsparter vi har, vi ved, hvilke elementer der indgår: fysisk, psykisk, socialt og åndeligt. Vi ved, hvem vi kan samarbejde med, vi har nogen medicinordinationer, vi kender til*[12]*, vi ved, hvad vi skal bruge i bestemte sammenhænge.* ***Der er en meget fast ramme omkring de her ting, der gør, at den der meget komplekse situation ikke er så kompleks endda****. Selvfølgelig er det udfordrende på alle mulige måder, men det bliver ikke så komplekst.*

Det, denne sygeplejerske – og mange af hendes kollegaer – peger på, er at organiseringen på det palliative område er mere velfungerende i forhold opgaven, end den er på andre områder. Eksemplerne kredser om klarere og kendte arbejdsgange, samarbejdsrelationer, medicinordinationer mv.

Men ud over den organisatoriske ramme, som opleves mere velfungerende end på en række andre områder, så er der også en anden faktor, som nævnes:

> *Der har altid været meget fokus på folk, der skal dø, så derfor er der også mere tid, end der er til så meget andet.* ***Vi har en kultur, der godkender, at der er mere tid på det område****.*

Synet på det palliative område i relation til kompleksitet må ikke fejllæses derhen, at palliativ sygepleje slet ikke er kompleks. Som sygeplejersken i citatet starter med at konstatere, det *er* komplekst, for der er tale om meget syge mennesker. Men det interessante er, at sygeplejerskernes oplevelser med terminale peger på, at der på dette område både kompetencemæssigt og organisatorisk er blevet skabet en ramme omkring håndteringen af disse forløb, der gør, at det ikke opleves så komplekst, ifølge mange af sygeplejerskerne.

Så når mange af sygeplejerskerne alligevel valgte en case om et terminalt forløb til at illustrere kompleksitet, så er det ikke cases, der handler om den medicinske kompleksitet i sygeplejen omkring terminale. Det er cases, der handler om social kompleksitet – om pårørende i krise, som måske også er uenige om forløbet, om udsatte borgere som af den ene eller anden sociale årsag er svære at hjælpe. Eller det er cases, der handler om tid og tempo – ofte om terminale forløb hen over en weekend, hvor samarbejdsparter i og uden for kommunen, muligheden for medicinering, hjælpemidler osv. ikke fungerer optimalt. Typisk fordi samarbejdsparter ikke kan kontaktes eller agere så hurtigt, som der er behov for i de konkrete terminale forløb.

Det er således snarere sociale og organisatoriske forhold, som gør, at terminale forløb kan blive komplekse. Det er ikke primært den medicinske kompleksitet i de terminale forløb, sygeplejerskerne peger på. Nedenstående case er eksemplarisk i og med, at den illustrerer mange af disse andre forhold, som sygeplejerskerne peger på skaber kompleksitet i terminale forløb:

---

[12] Sygeplejerskerne nævner ofte "tryghedskassen", som er en medicinkasse med et på forhånd defineret indhold, og som lægen kan ordinere i hjemmet. Den indeholder medicin, utensilier og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn hos alvorligt syge patienter, der ikke længere kan indtage peroral medicin.

Jeg tænkte på en dame, vi passede for nylig, hvor vi kom sent ind i hendes forløb, som er terminalt. Det havde varet i 3 år. Og hun havde været rigtig dygtig til at bestemme selv, og det havde hun også kunnet. Hun havde tæt samarbejde med lægehuset, og datteren var tæt inde over, men det er meget svært for os at komme til at snakke med lægen direkte. Og vi kan se, at det medicin, hun får, ikke stemmer overens med det, der er ordineret i FMK. Og min faglige vurdering er også, at der er flere ting ved den medicin, hun får, som ikke er optimalt. Men det er svært at gå ind i, uden at det ødelægger deres syn på, at de har haft et rigtig fint samarbejde med lægehuset.

Det er komplekst fordi jeg står med min viden og min vurdering, og så skal jeg have ***samarbejdet*** *til at lykkes. Og det vigtigste er, at hun skal værdigt herfra.* ***Hun skal ikke føle sig overrumplet af, at jeg kommer og bestemmer*** *eller kritiserer det, som lægen har fundet frem til. Det er både samarbejdet med hende og med lægehuset, jeg skal have til at lykkes. Og så er der også noget med* ***hjælperteamet****, som jeg skal have til at lykkes. Og det skal* ***gå stærkt****. Jeg skal jo også finde ud af:* ***Hvem er i spil omkring hende? Hvor er vi henne?***

Det er også ***komplekst, fordi jeg ikke er den, der kommer hver dag****, pga. skiftende vagter og fridage. Og jeg synes, det er rigtig* ***svært at skulle overdrage på skrift****, hvor man er henne, så andre kan komme i hjemmet. Hvis det skulle være helt ideelt, så ville man jo tænke* ***kontinuitet*** *her. Jeg kommer igen de næste 5 dage. Og det kan man så se på vagtplanen, at det er sørme ikke muligt.*

Som det fremgår, handler kompleksiteten i dette forløb ikke om, at patienten er døende. Det handler om samarbejdsrelation, om kommunikation, om overdragelse, om manglende overblik og om lav personkontinuitet blandt sygeplejerskerne i hjemmet.

4.4 Uforudsigelighed, ustabilitet og kompleksitet

I stedet for at tale om bestemte typer af sygdomsbilleder eller forskelige former for instrumentel sygepleje, som skaber medicinske kompleksitet, peger sygeplejerskerne på, at det snarere er forhold som *uforudsigelighed*, *ustabilitet* og *uafklarethed*, der karakteriserer komplekse forløb. Særligt fremhæves, at *tempoet*, som borgerens tilstand ændrer sig i, bidrager til kompleksiteten.

Når patienten er i eget hjem, og flere fagpersoner og faggrupper er involveret, så bliver det komplekst for sygeplejerskerne, hvis patienten ikke er nogenlunde stabil, og forløbet nogenlunde afklaret og forudsigeligt inden for en vis udfaldsramme. Udfordringerne handler ikke så meget om de sygeplejefaglige kompetencer. De handler snarere om et organisatoriske system, som grundlæggende set ikke er gearet til at håndtere forløb i hjemmet, hvor tempo og hurtig ageren er afgørende. Systemer og organisering er opbygget i en tid, hvor ”hurtigt”, det var inden for en uge, eller dage – ikke inden for få timer eller mindre. Casene handler ofte om, at sygeplejerskerne har svært ved at få de organisatoriske systemer til handle samlet og koordineret, når en situation pludselig ændrer sig, og det skal gå hurtigt.

Sygeplejerskerne beskriver forskellige eksempler på, hvordan kommunerne som organisatoriske systemer er gearet til at løse opgaver, hvor behov først vurderes og beskrives, hvor ydelser herefter bestilles, planlægges, disponeres og udføres. Sygeplejerskerne oplever imidlertid et stigende behov for, at de mange personer og faggrupper kan handle hurtigt og kordineret, at informationer og observationer kommer hurtigt videre til de rette personer og ikke går tabt, ender blidt, forsinkes eller

misforstås. Således beskriver sygeplejerskerne cases, der viser, at kommunernes organisering generelt set fungerer til de mere forudsigelige, stabile forløb, hvor tempo og hurtig, koordineret handling ikke er afgørende. Omvendt har organiseringen væsentligt sværere ved at håndtere de ustabile, uforudsigelige og uafklarede borgere i eget hjem, viser sygeplejerskernes cases.

Et eksempel på den interne organisering er fx en større kommune, hvor dag- og aftenvagterne har hver deres ledelse, kommunikerer skriftligt med hinanden via standardiserede meddelelser, har hjemme hvert sit sted og ikke kender hinanden. Hvis man i dagvagten opdager, at der er behov for noget samme dag fra aftenvagten, *"så skal det være sendt inden kl 13, hvis det skal udføres i aftenvagten mellem 15.30 og 23."* Den form for arbejdsgang og organisering, hvor der opstilles tidsfrister for, hvornår en opgave skal være bestilt for at kunne udføres (om det så er sygepleje i aftenvagten, eller det er hjemtagelse af en indlagt patient), gør håndteringen af ustabile og uforudsigelige forløb vanskeligere at håndtere for sygeplejerskerne.

Et andet eksempel er, at en fællesnævner i en del cases var, at de handlede om borgere, som var i ustabile og uforudsigelige forløb hen over en weekend. Det skyldes selvfølgelig ikke, at danskernes sygdomsbillede generelt er mere komplekst i weekenderne – men i stedet, at sygeplejerskerne fandt det væsentligt sværere at få systemerne til at handle, ændre ydelser og levere i løbet af en weekend end i hverdagen. Det handler både om, at det er sværere at indhente information og manglende oplysninger fra hospitalerne i weekenderne, om at egen læge ikke kan træffes, og det handlede i høj grad også om, at det er svært at skaffe hjælpemidler, ekstra hjælp, osv. internt i kommunen.

De kommunale akutfunktioner er mange steder udset til at være den fleksible kapacitet, som er undtagelsen fra reglen om den proces, der hedder: standardbeskrivelse af behov -> bestilling -> planlægning -> og udførelse af opgaverne, som er det, der kendetegner den kommunale organisering. Men også akutsygeplejerskerne oplever udfordringerne, fordi de heller ikke kan trække hurtigt og fleksibelt på andet end dem selv. Og de kan fx ikke kontinuert overvåge en patient og fortæller også om mange af de samme udfordringer med at skaffe hjælpere, assistenter, vanlig hjemmesygepleje, hjælpemidler, mv., som hjemmesygeplejerskerne beretter om.

Der er tale om meget store organisatoriske systemer, som beskrives mere indgående i kapitel 6 side 46. Disse systemer er ikke skabt til at fungere akut – de er gearet til længerevarende, planlagte og relativt stabile forløb. Der er selvfølgelig lokale forskelle og variationer, men hele omstillingen af det kommunale område fra et stabilt planlagt område til også at kunne håndtere langt mere ustabile, uplanlagte og uforudsigelige forløb – hurtigt – er ikke gjort med en enkelt isoleret akutfunktion. En sygeplejerske, som ikke er selvvisiterende, beskriver her, hvad der karakteriserer forløb, der er ikke bliver komplekse:

> ***Hurtig visitation** er afgørende. Jeg havde et **terminalt** forløb i sidste uge, som startede i **weekenden**, og borgeren døde i fredags, og jeg skulle have en masse ekstra hjælp på, og jeg skulle have hjælpemidler. Og når det kører, så er det, fordi visitationerne går hurtigt igennem. De kommer på rute, hjælpemidlerne kommer. Når jeg kan **få systemet til at agere hurtigt**, og når du ved, hvem du skal ringe til, og du kan få det til at ske.*

Men når sygeplejerskerne står i det krydspres, det er, på den ene side at håndtere mere ustabile forløb og på den anden side at have et system, der grundlæggende set ikke er skabt til at kunne fungere akut, så ses der flere eksempler på kompenserende strategier:

> *Der hvor det har fungeret **godt** – fx op til **weekender**, som tit er det store problem – det er, hvis vi har været **lidt på forkant** og har kigget lidt frem, i forhold til hvordan er borgeren i dag, og hvordan har de udviklet sig de sidste par dage. Så får vi bestilt de hjælpemidler,*

sådan at vi har det, hvis nu der bliver behov for det i weekenden. Hvis de nu fx lige pludselig ikke kan gå ud til toilettet, men har brug for en bækkenstol, hvis der nu lige pludselig bliver brug for en trykaflastende madras, hvis der nu akut bliver brug for en tryghedskasse i hjemmet i weekenden, så bliver sådan nogen ting bestilt hjem, så de er på adressen senest om fredagen, så vi har dem, hvis det er, at det vælter for dem i weekenden. Det er der, hvor det kører. Så er der ***ikke ventetid.***

Andre beretter om *"akutdepoter*" og vigtigheden af at være "*på forkant med tryghedskasser*". Det er alt sammen eksempler på det samme – at sygeplejerskerne forsøger at opbygger en lang række forskellige typer af buffere. Det gør de for at få mere fleksibilitet og kunne handle mere agilt, end de systemer, de er en del af, normalt kan. Dermed får de bedre muligheder for at håndtere de ustabile forløb, som de står med og skal finde løsninger på her og nu – også i weekenden.

Et konkret område, hvor nogle af sygeplejerskerne påpegede de manglede kompetence, var i forhold til vurdering af ustabile, uafklarede og akut dårlige borgere. Der kommer flere af den type borgere i kommunerne, oplever de, og her gav flere udtryk for, at de ikke altid følte sig sikre på deres medicinske kompetencer, selvom der altovervejende var tale om meget erfarne sygeplejersker. Som en af disse meget erfarne hjemmesygeplejerske udtrykte det:

Jeg synes, det er ***komplekst, at jeg skal stå og være lægens øjne og ører****. Jeg har tit stået og tænkt – vurderer jeg rigtigt i den her situation, og hvad hvis jeg ikke vurderer rigtigt? Det er nogen gange et spørgsmål om liv og død. Og nogen gange får jeg helt ondt i maven over det, for jeg har ikke en læge ved siden af. Så* ***det står og falder med min vurdering****.*

Siden interviewene blev foretaget i efteråret 2017, er Sundhedsstyrelsens krav til akutfunktioner i alle kommuner trådt i kraft pr. 1/1 2018. Det vil ofte være akutsygeplejerskernes kerneopgave at vurdere den akut dårlige, ustabile borger. Men øvrige hjemmesygeplejersker oplever også, at de i stigende grad kommer i hjem, hvor sygere og mere ustabile borgeres situation skal håndteres, og hvor sygeplejerske skal vurdere, hvad der skal ske, og hvem der evt. skal inddrages. Denne udvikling har betydning for sygeplejerskernes kompetencer.

4.5 Komplekse, svære eller udfordrende opgaver?

Det har været præmissen for denne analyse, at begrebet kompleksitet ikke har været defineret på forhånd. Formålet har været at blive klogere på sygeplejerskernes oplevelser og forståelse af kompleksitet. I interviewene opstod derfor drøftelser om relaterede begreber – at noget er "svært", eller at noget er "udfordrende". Sygeplejerskerne bruger ikke begreberne helt ens, men der er klare fællestræk i de forløb, de karakteriserer som komplekse. Og der lægges vægt på forskellige aspekter, når sygeplejerskerne bruger de tre begreber. I nedenstående citat forklarer en sygeplejerske de tre begreber – og hun rammer ganske præcist netop den måde, mange af hendes kollegaer også bruger begreberne på:

Hvad er ***komplekst****? Det er opgaver med* ***mange komponenter****, som skal samles til et velfungerende hele i hjemmet. Det er opgaver, som involverer* ***flere sektorer eller instanser****, og som* ***fordrer en klar og tydelig opgave overdragelse****, og det er i overdragelsen, at der tit sker fejl på grund af tidspres, [forskellig eller manglende, red.] faglighed og manglende koordinering af, hvem der gør hvad. Jeg har et eksempel på, hvem der*

ofte er inde over: Borgeren, familien, egen læge, hospitalet, hjemmesygeplejen, specialsygepleje, hjælpemidler, hjælpere, midlertidige pladser og [dem der står for] transport. ***Det komplekse, det er at få alt det der til at hænge sammen.***

Mens ***udfordrende*** *opgaver, det kan være spændende opgaver, hvor man skal lære noget nyt, og hvor det kræver specielle kompetencer.*

Og en ***svær*** *opgave, det er noget personligt, hvor man bliver ramt følelsesmæssigt. Eller fordi man på grund af manglende viden eller faglighed ikke kan, og det rammer en, og så er det svært.*

Der er en tendens til, at sygeplejerskerne ikke ser nye opgaver og den øgede instrumentelle sygepleje som kompleks men snarere som udfordrende og ofte også spændende. Den refererede spørgeskemaundersøgelse viste, at sygeplejerskerne i kommunerne har behov for viden og kompetencer for at kunne løse stadig flere specialiserede opgaver. Men denne analyse har peget på, at de udfordringer, sygeplejerskerne støder på i relation til den instrumentelle sygepleje – og de medicinske forhold i det hele taget – har de lettere ved at finde løsninger på. Derfor vægrer de sig ved at bruge begrebet kompleksitet i relation til dette tema, hvilket også har fremgået af flere af citaterne, hvor de eksplicit påpeger, at det ikke er de medicinske forhold, som er komplekse. Men det må ikke fortolkes som, at de temaer, der er relateret til medicinske kompleksitet, ikke skaber udfordringer i deres hverdag – for det gør det ganske tydeligt. Men det er – set med sygeplejerskernes øjne – kun sjældent, at de mener, det er komplekst. Den opstillede model skal derfor læses med dette in mente: Sygeplejerskerne har en tendens til at reservere begrebet ”komplekst” til forhold, som grundlægende set ikke er medicinske. Og der var således kun få tilfælde, hvor sygeplejerskerne talte om egentlig medicinsk kompleksitet relateret til (multi)sygdom eller akut dårlige patienter.

Endelig er der begrebet svært. Det bruges ikke lige så entydigt som ”komplekst”. Når sygeplejerskerne taler om en svær situation, så handler det ofte om noget mere personligt. Når de føler, at forløb ikke lykkes, når de oplever, at de – og det kommunale system, de er en del af, ikke slår til. Det handler ikke om, at det er svært at se en ung mor dø fra børn og ægtefælle. Hvis sygeplejerskerne oplever, at de har gjort en positiv forskel og medvirket til at gøre forløbet så godt som muligt, så omtales det ikke som svært af sygeplejerskerne.

4.6 Opsamling: Medicinsk kompleksitet

I debatten omkring den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje har der været et stort fokus på medicinske kompleksitet, mere specifikt den del, som i dette afsnit er kaldt instrumentel, specialiseret sygepleje – en tendens, som sygeplejerskerne også selv fremdrager og reflekterer over i interviewene. Denne analyse peger på, at multisygdom, instrumental og specialiseret sygepleje, samt palliation, rummer et vist mål af medicinsk kompleksitet. Men langt overvejende er det, som sygeplejersker drager frem i deres cases, eksempler på mange forskellige aspekter af organisatorisk kompleksitet, herunder ikke mindst det faktum, at organiseringen er mere velegnet til at håndtere relativt stabile, afklarede og forudsige forløb, hvor tempo ikke er det afgørende – mens det modsatte har en tendens til at generere kompleksitet. Denne oplevelse deles i mange tilfælde også af akutsygeplejerskerne, hvis kerneopgave netop er at kunne agere akut. Men deres udfordringer handler om de tilfælde, hvor de hurtigt har brug for *andre* kræfter end deres egne, for den resterende kommunale organisering fungerer ikke så fleksibelt som akutsygeplejen.

Dette syn på medicinsk kompleksitet handler til dels om, at sygeplejerskerne har en tendens til ikke at betegne de udfordringer, de møder i relation til borgerens medicinske situation, som et udtryk for

kompleksitet, men i stedet som ”udfordringer”. Det betyder, at de udfordringer – og tilhørende kompetencebehov – som sygeplejerskerne oplever i relation til borgernes sygdomssituation og mere specialiseret sygepleje i hjemmet, ikke let indfanges via en analyse med fokus på kompleksitet. For at illustrere kompetencebehovet og forekomsten af specialiseret sygepleje har kapitlet derfor inddraget data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse, som viste at næsten 1/3 af sygeplejerskerne har varetaget specialiserede sygeplejeopgaver enten hver dag eller næsten hver dag, og at 60% af disse selve mener, de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau.

5 Social kompleksitet

I dette kapitel udfoldes de aspekter af kompleksitet, som vedrører borgerens livssituation. Disse aspekter relaterer sig til forhold som fx nedsat kognitiv funktion – fx som følge af demens eller senhjerneskade – psykisk sygdom, misbrug eller social udsathed. Men det kan også handle om helt andre faktorer som fx udfordringer i relation til pårørende eller borgere med andet sprog eller anden kultur. Disse aspekter udfoldes efter tur i dette kapitel under den fælles ramme social kompleksitet.

Der er tale om vidt forskellige forhold relateret til borgerens livssituation. Men en sygeplejerske beskrev fællesnævneren ved disse forskellige temaer i modellen ganske præcist ud fra et sygeplejeperspektiv: *"Det er alle de borgere, som af den ene eller anden grund er sværere at hjælpe"*. Det er borgere, som ofte har ringere egenomsorg og mestringsevne, de er ofte sværere at samarbejde og lave aftaler med, oplever sygeplejerskerne. De har ofte lavere compliance i forhold til behandling og pleje, og de har ofte ringere koordinationsevne og sværere ved at skabe struktur i hverdagen, og de har ofte i mindre omfang pårørende eller netværk, som kan kompensere for dette. Der kan være mange årsager til, at borgere i større eller mindre grad bliver præget af disse forhold og dermed også bliver sværere at hjælpe – set ud fra sygeplejerskernes perspektiv. De årsager, sygeplejerskerne hyppigst nævner til dette, er vist herunder i Figur 5.1 herunder og udfoldes i dette kapitel:

Figur 5.1 Social kompleksitet

Kilde: Egen tilvirkning.

Inden de enkelte elementer præsenteres, er det vigtigt at understrege, at modellen *ikke* antyder, at *alle* socialt udsatte, psykisk syge, demente eller borgere med andet sprog eller anden kultur er svære at hjælpe og er præget af social kompleksitet. Denne dimension af modellen søger udelukkende at indkredse de fællestræk, sygeplejerskeren har peget på i relation til kompleksitet, som hverken omhandler organiseringen eller medicinsk kompleksitet, men i stedet borgerens livssituation. Der ligger ikke andet i begrebet *social* kompleksitet, end at det udspringer af forhold, som er relateret til borgerens øvrige livssituation, og at sygeplejerskerne oplever, at de kan medvirke til at generere kompleksitet i forløb. Således går et eller flere af disse elementer meget ofte igen i de cases, sygeplejerskerne valgte som eksempler på kompleksitet.

Når forhold som demens og psykisk sygdom er placeret her under social kompleksitet, så skyldes det – som tidligere nævnt – ikke, at disse kan reduceres til sociale forhold. Der er tale om diagnoser. Men sygeplejerskernes ydelser hos borgerne handler ikke om at behandle eller pleje borgernes psykiske sygdom, demens eller senhjerneskade. Sygeplejerskernes opgaver handler oftest om somatisk sygdom og medicinadministration. Sygeplejerskerne kommer ikke hos disse borgere, *fordi* de skal udføre sygepleje direkte relateret til en psykiatrisk diagnose, senhjerneskade eller misbrugsbehandling. De kommer oftest i hjemmet, fordi borgeren har et somatisk problem, der kræver sygepleje. De har sår, er blevet opereret, er i dialyse, har kræft, eller det er, fordi der skal foretages medicinadministration. Set i dette lys bliver forhold som misbrug, demens, psykisk sygdom set som faktorer, der relaterer til borgerens livssituation, og som har det til fælles, at de kan gøre det sværere for sygeplejerskerne at hjælpe borgerne med de sygeplejefaglige opgaver, de er sat til at løse.

5.1 Demente, borgere med senhjerneskade og kompleksitet

Borgere, som af den ene eller anden årsag har kognitive funktionsnedsættelser, har sværere ved at mestre deres livssituation, herunder også deres sygdom og sundhed, og navigere i sundhedsvæsenet. I sygeplejerskernes cases handlede det primært om demente, men i gennemgangen af modellen pegede de også på senhjerneskadede og borgere, som har kognitive udfordringer af andre årsager.

Inden for dette tema er demens dog det, der fylder mest i den kommunale sygepleje, og der findes i dag demensspecialister af forskellig art i mange kommuner. De svært demente er ofte i plejebolig, men de borgere, hvor diagnosen endnu ikke er stillet, eller sygdommen endnu ikke så fremskreden, kan være overordentligt komplekse at håndtere. Gradvist mister borgerne evnerne til at tage vare på sig selv, men sygeplejerskerne – og resten af borgernes omgivelser – skal hele tiden balancere hensynet til selvbestemmelse og frihed, med behovet for forskellige former for det, sygeplejerskerne kalder 'skærmning'. En sygeplejerskes case om kompleksitet handlede netop om dette dilemma:

> *Vi har en **dame**, som går ned i **brugsen**, og hver gang kommer **tomhændet tilbage,** for hun kan ikke huske koden til sit dankort. Vi kan se, at hun taber sig, køleskabet er tomt. Og hun bliver mere og mere vaklende, fordi hun jo faktisk ikke får noget fødeindtag. Sønnen kan se, at der er hævet 500 kr. på en måned, og spørger os, 'Hvad køber hun?' Men vi ved det ikke. Det bliver komplekst, for den sygdom medfører jo, at **hvis hun ikke får noget mad, så ender det med, at hun falder og brækker benet**. Og hjemmehjælpen må ikke hjælpe hende med at gå i brugsen og stå dernede og hjælpe hende med koden, og de må heller ikke gå i bankautomaten og hente penge til hende. Sønnen bor langt væk og kan ikke hente penge til hende. Hvad gør man så – vi kan jo ikke have en kone, der ikke kan få noget at spise?*

Der kan være mange holdninger til, hvordan sådan en situation bør håndteres i en kommune. Men her er formålet udelukkende at pege på, at det er den type situationer, den kommunale sygeplejerske står i, og som hun oplever som komplekse at håndtere. Sygeplejerskerne skal finde ud af, hvad hun kan gøre, med den faglige og organisatoriske viden, de har, inden for de rammer for handling, det giver dem. Og det oplever mange af dem som værende komplekst. Som illustration af dette er denne længere case om Asger (navnet er ændret):

> *Jeg vil gerne fortælle om Asger, som jeg synes er kompleks at hjælpe. Han er ca. 75 år, og jeg har kendt ham i fem-seks år. Han har været selvstændig erhvervsdrivende, og han vil selv. Han har ikke rigtig noget netværk herovre, han har et par sønner på Sjælland, som han har noget sporadisk kontakt til. Men han er plaget af, at hans* ***hukommelse svigter****, og han er* ***multisyg****. Han har både haft diabetes i mange år, han er hjertesyg, og nu har han fået senkomplikationer af sin diabetes i form af nyresigt, så han er dialysepatient tre gange ugentligt. Han* ***forstår ikke selv, at han er syg,*** *for han synes ikke han kan mærke noget, men han er irriteret over, at han ikke husker så godt mere. Og han ser ikke de behov for at tage hånd om sin egen sygdom, som jeg med min sygeplejefaglige viden ser. Fx spiser han guldkorn til morgenmad, han ryger, han bevæger sig ikke, og han ligger i sengen det meste af tiden. Vi kan se, hvordan* ***han taber sig, han spiser ikke, han svinder ind, hans kræfter fortaber sig, han falder hyppigt****, men han synes ikke selv, at han har noget problem.*
>
> *Han kan* ***ikke længere mestre sin økonomi****, og den ene dag vil han gerne flytte, men så den næste vil han ikke. Det, man tror, man har hold på den ene dag, og har en aftale om, det har man ikke den næste dag. Os, der er kommet der fast de her fem-seks år, har fået bygget en relation op, han kan kende os og har tillid os. Det betyder også, at når der kommer rykkere fra Vejdirektoratet, så er der os, han sørger: 'Hvad skal jeg gøre med dem?'. Det er* ***opgaver, som ikke ligger i hjemmesygeplejen, men der kommer jo ikke andre. Så vi prøver at få ham hjulpet*** *i kontakt med nogen andre, som kan hjælpe ham. Men den kontakt etableres kun, hvis vi er til stede, når de nye personer kommer – ellers bliver de afvist ved døren, for han kan jo ikke huske, at der er lavet en aftale.*
>
> *Den eneste konkrete håndværksmæssige opgave, vi har i det hjem, er, at vi* ***doserer medicin*** *en gang om ugen. Og* ***det har vi holdt fast i*** *at blive ved med, men det kan han heller ikke rigtigt se behovet for. Men når der er noget med alle de parter, som er inde omkring han – dialysen, egen læge, demenskonsulenten og det med økonomien – så bliver* ***det hele ligesom formidlet igennem os****. Det er blevet en meget kompleks situation i det her hjem, uden at der er ret meget håndværk. Det er ikke, fordi det er svært, der er ikke mange vanskelige eller komplekse håndværksmæssige opgaver med at hælde medicin op eller dialysen eller noget.* ***Asger er blevet kompleks i takt med, at han mister sin evne til selv at handle.***

Casen om Asger understreger også to andre pointer, som går igen i mange af de andre sygeplejerskers cases. For det første, at det ikke er den instrumentelle sygepleje – det "*håndværksmæssige*" som sygeplejersken siger – der skaber kompleksiteten. For det andet, at sygeplejerskerne holder fast i en ydelse, som de ikke uddelegerer – ofte medicinadministration – fordi de oplever, det er vigtigt, at de kommer i hjemmet og håndterer alle de andre udfordringer, der følger af, at Asger er multisyg, er ved at miste hukommelsen og dermed også evnen til selv at handle og mestre sin hverdag og sin sygdom. Den ugentlige medicindosering, som Asger ikke kan se behovet for, og som sygeplejersken ikke selv mener er en komplekse opgave, bliver det, der gør det muligt at være

omkring Asger – og mange andre ligesom ham – og løse en masse andre uforudsigelige og sjældent direkte sygeplejerelaterede opgaver.

5.2 Psykisk sygdom og kompleksitet

Det, der gør forløb med psykisk syge borgere komplekse for sygeplejerskerne, er primært to ting, som også går igen ved mange andre borgere med høj social kompleksitet: Sygeplejerskerne oplever, at de ofte ender med at få en uformel tovholderrolle, hvor de hjælper med at holde styr på aftaler og sikre koordination blandt en lang række aktører. Den anden funktion, de ofte får, udspringer af en opgave, sygeplejerskerne kalder 'at få struktur på et hjem eller 'få struktur på en hverdag', hvilket denne case illustrerer:

> *Jeg havde en borger med en **psykiatrisk** diagnose, hvor vi var kommet i mange år hver dag. Han havde kontakt til egen læge, til distriktspsykiatrien og nogen gange psykiatrisk akutmodtagelse. Desuden var han **nyresyg** og havde **diabetes**, og han har en **lav compliance**, så det her med sukkersygen gik helt af fløjten, fordi han ikke har nogen forståelse for, hvad han skulle spise.*
>
> *Og samtidig bliver jeg også **lidt tovholder** og sikrer kontakt til alle de her mennesker. Vi havde en ydelse til at hjælpe ham med at strukturere hans hverdag, og vi kom der en gang om dagen. Han kunne ikke selv rumme det med at bestille tid til ambulatoriet og huske at aflevere urinprøver og få taget blodprøver og ringe til distriktspsykiatrien – det var det, vi skulle støtte ham i, og lige pludselig har man grene ud alle vegne. Men det sværeste ved den her **tovholderfunktion**, det var at **finde hjælpe, når han havde det rigtig skidt, men alligevel ikke var dårlige nok til at blive indlagt**. Og egen læge vil ikke snakke med ham, for det har han lige gjort i går, og distriktspsykiatrien har ventetid. Det kunne være rigtig svært at hjælpe ham i de dårlige perioder. Kernen i kompleksiteten, det er det med at være **tovholder** i alt det her, og at **det er svært at hjælpe ham**. Bare det der med at **have kontakt til de mange forskellige sundhedsgrupper**.*

I denne case har sygeplejersken faktisk en ydelse i hjemmet, som ikke er relateret til noget medicinsk – ifølge sygeplejersken er hendes opgave at *"hjælpe ham med at strukturere hans hverdag"*. Det centrale i relation til kompleksitet i denne case er ikke den psykiatriske diagnose. "*Kernen i kompleksiteten*" – som sygeplejersken formulerer det – er for det første de koordinerende opgaver omkring en borger, som har meget lav egenomsorg. For det andet udfordringerne ved at stå med borgere, hvis problemer, de har svært ved at finde løsninger på. I dette tilfælde fordi han ikke er syg nok til indlæggelse, distriktspsykiatrien har ventetid og egen læge har været på banen og har ikke mere at byde ind med. Men sygeplejerskerne står tilbage med borgeren, som stadig har det dårligt og ikke kan få hjælp.

Der fandtes også eksempler på psykisk syge, hvor sygeplejerskerne (og egen læge) holdt fast i medicinadministration, frem for at overgå til dosisdispenseret medicin, ifølge sygeplejerskerne fordi det var vigtigt, at nogen kom i hjemmet. Under sådan en medicindosering kan der i praksis foregå alt muligt andet end blot dosering af medicin de næste par uger, som dette eksempel, der stammer fra observation af en hjemmesygeplejerske, illustrerer (navne er ændret):

> En sygeplejerske skal hælde medicin op til de næste to uger hos en borgeren. Mens sygeplejersken sidder ved spisebordet og tæller piller op og lægger i æsker, taler borgeren til sygeplejersken og fortæller om alt fra smerter og ubehag, til at der er nogen i hendes seng, nogen som vil hende til livs, at en nabo igennem væggen siger onde og

truende ting om hende, og om hendes tanker om selvmord og meget andet. Sygeplejersken svarer, lytter – og doserer medicin – mens hun får spurgt ind til, hvem i distriktspsykiatrien der kommer hos hende. Sygeplejerske får fundet ud af, hvornår den distriktspsykiatriske sygeplejerske kommer næste gang, for at kunne vurdere, om hun skal handle på det, hun hører her og nu, eller om distriktspsykiatrien kan håndtere det. Men *"heldigvis er det Torsten",* forklarer sygeplejersken observatøren, *"han er fantastisk dygtig, og han kommer allerede den [dato, red.]"*.

Et andet eksempel på den form for kompleksitet, som psykisk sygdom skaber for sygeplejerskerne, er illustreret i den følgende case fra interviewene. Casen viser, hvor mange andre udfordringer der kan opstå som følge af psykisk sygdom, som ikke nødvendigvis er direkte sundhedsfaglige, men som alligevel har sundhedsmæssige konsekvenser for borgeren, og hvor sygeplejerskerne derfor forsøger at håndtere situationen:

*Mange af de borgere, som er komplekse, de er under **psykiatrien**. De falder lidt igennem, og man ved ikke rigtig, hvor de hører til, og så kan hjemmeplejen da tage dem. Vi havde fx en dame under 60 år, der var så psykisk syg, at man ikke kunne stille en diagnose, for hun kunne ikke medvirke til den undersøgelse, man skulle lave for at finde ud af, hvad hun fejlede. Hun boede i egen lejlighed, og vi startede ud med bare at skulle komme og sikre, at hun fik sin **medicin**. Men det udviklede sig. Hun havde også en **hund**, og det endte med, at vi blev halvt veterinærsygeplejersker, fordi den der hund blev jo ikke passet ordentligt, og så var der lige pludselig den, vi også skulle tænke lidt på. Hun havde en **økonomisk værge** og fik et beløb hver uge, hun kunne bruge til mad, men hun brugte dem alle sammen på cigaretter, og **hun havde aldrig noget mad**.*

*Hun var sådan en, hvor følelsesmæssigt blev vi rigtigt involverede, fordi hun **fik ikke sin mad**, der var en **hund, der ikke blev passet ordentligt**, der var **et hjem, der sejlede**. Der lå hundehømhøm overalt, og der blev tisset i lejligheden. Til sidst var det sundhedsfarligt at bo der, og vi synes, hun skulle derfra, men lægen synes ikke, vi kunne tvangsflytte hende, men det synes vi jo godt. Og damen hun ville også godt på plejehjem, men hunden kunne ikke komme med.*

*Så fik vi heldigvis fat i en rigtig god **dyrlæge,** der havde en rigtig god kontakt til hende, som fik forklaret hende, at den her hund havde bedst af at blive aflivet, og så fik vi hende flyttet ad den vej. Men det tog jo lang tid, det stod på i over et år. At det skal så langt ud. I sidste ende kunne hun være død af det. Og nu, **efter hun kom på plejehjem, har hun taget 10 kg på og trives og er glad.** Det var bare lige det, der skulle til. Men det virker helt forkert, at det er en dyrlæge, vi skal have ind, for at hjælpe hende ordentligt og få hende på plejehjem.*

*Det var komplekst, fordi **vi prøvede at finde ud af, hvad kan vi gøre, hvem kan vi få ind over, andet end akut hjemmepleje, og det var en stor opgave**. Men fordi man ikke kunne få en diagnose på hende, så er der ikke noget i psykiatrien, men vi ville gerne have nogen samarbejdspartnere, der kunne hjælpe os – bl.a. i psykiatrien.*

*Vi vil bare så gerne hjælpe dem, vi kommer ved, og det følte vi ikke, at vi kunne her. Vi kom til kort over for hende. Vi vidste ikke hvad vi skulle gøre. Vi kom ingen steder. Hvis bare hun kunne have fået noget psykiatri ind over, som havde mere forstand på det. Vi synes **ikke, vi var i stand til rent fagligt at hjælpe hende ordentligt.** Det handler om **dem, hvor der ikke rigtigt er nogen tilbud**, man ved ikke, hvor man skal placere dem. Vi synes **ikke altid, vi er gearet til det her eller uddannet til det med psykiatrien**.*

Denne case peger på et forhold, som en del sygeplejersker nævnte. De oplever ikke altid, at deres kompetencer inden for psykiatrien rækker til de opgaver, de står med i hverdagen. Denne analyse kan ikke afgøre, om problemet er, at sygeplejerskerne i praksis står med opgaver, der ikke hører til i regi af den kommunale sygepleje, om de mangler generelle kompetencer til at håndterer psykisk syge borgeren, eller om de mangler helt specifikke kompetencer i forhold til håndtering af den enkelte borger, fx ved muligheder for at hente sparring direkte et relevant sted i behandlingspsykiatrien. Men den kan pege på, at flere af dem selv kom ind på spørgsmålet om uddannelse og kompetencer, når de talte om håndteringen af psykisk syge i hjemmeplejen, og efterlyste kompetencer inden for psykiatrien.

5.3 Misbrug og kompleksitet

I sygeplejerskernes – og borgernes – hverdag er misbrug ofte vævet sammen med psykiatriske, ernæringsmæssige og hygiejnemæssige problematikker, meget ringe egenomsorg og mestringsevne og generel social udsathed. Der var flere fællestræk i de cases, sygeplejerskerne berettede om, i relation til borgere med misbrug. Sygelejerskernes baggrund for at komme i hjemmet er ofte en afgrænset somatisk ydelse (fx medicinadministration, sårpleje eller lignende). I nogle case havde sygeplejerskerne også en opgave med, som de beskrev, at hjælpe borgerne med at få struktur på hverdagen. Som nedenstående case illustrerer, er der dog ofte en række andre udfordringer i hjem med misbrug, som sygeplejerskerne bliver involveret i, og som de oplever er endog meget svære at løse, og derfor bliver misbrug kædet sammen med kompleksitet af sygeplejerskerne:

> *Det her var en **psykisk borger**, som så blev **terminal**. Da jeg kommer ind i billedet, bor han sammen med sin partner. De er absolut ikke gode ved sig selv. De drikker for meget begge to og har gjort det i uendeligt mange år. Hjemmet er miserabelt. Der er gammelt mad i køleskabet osv. Vores hjælpergruppe kommer der flere gange dagligt, fordi de skal **forsøge at strukturere det her hjem**, men det er en fuldstændig umulig opgave, så de søger hjælp hos os. **Det er ikke vores opgave, men jeg forsøger så vidt muligt at hjælpe** med det, jeg kan. Sygeplejen kommer der, fordi den ene af dem har store hudproblemer, store sår på kroppen, der klør. Min makker og jeg begynder at tale om, at der kunne være **noget med hans lever**, han er jo alkoholiker. Det er der, det starter, og vi tager fat i **egen læge**, som svarer, "der er ikke noget i vejen med ham, han har bare været hård ved sig selv". Det går lang tid med, at vi kontakter lægen igen og igen, og vi får at vide at han har været for hård ved sig selv, og der er ikke noget at gøre, og når vi så ringer og beder om at få lov til at tale med en læge, så er det ligesom at komme til en mur af sekretærer, man skal igennem, og mange gange får jeg ikke lov at tale med en læge. Og sådan er det i rigtig lang tid.*
>
> *Vi ender med at få noget **psykiatrihjælp** på ham og han får **en hjemme-hos'er**, som kommer og besøger ham. Og det kulminerer den dag, hvor han er så psykisk dårlig, at han tager ved hjemme-hos'er og holder hende indespærret i lejligheden i en halv time**.** Hans partner er i mellemtiden død, og der er **ingen hjælp at hente nogen steder fra**.*
>
> *Så ender det med, at jeg må ringe til **lægen** og sige, at jeg ved ikke, hvad jeg skal stille op med ham. Og det har også taget et par dage, inden jeg får lov til at tale med en læge. Jeg beder ham om at komme ud og se, hvordan hjemmet ser ud, men det vil han ikke. Jeg ender med at sige, at "det skal du!". Det var jeg nødt til at sige. Og da jeg møder ham på parkeringspladsen, så siger han, "jeg har røde papirer[13] med i tasken". Vi kommer ind*

[13] 'Røde papirer' er de dokumenter, der muliggør en tvangsindlæggelse.

*og går en runde i lejligheden, og han ser, hvordan der ser ud, og hvordan borgeren ser ud. Han ender med at ringe efter en **ambulance** og skriver de **røde papirer**.*

*Borgeren ender med at få en **midlertidig bolig** og bliver erklæret **terminal**, fordi han har en levercancer. Men det har taget næsten halvandet år, før vi når til det. Der var **ingen hjælp at hente** nogen steder fra. Vi havde **stormøder**, hvor vi sad, og jeg havde min teamleder med. Alle rundt om bordet sagde, 'det kan vi ikke'. Kommunen, også vores egen visitation, sagde, 'vi kan heller ikke have ham'. Ingen ville hjælpe, for de havde ikke nogen steder til ham, **han hørte ikke til nogen steder**. Og psykiatrien sagde, 'vi kan heller ikke tilbyde ham noget'. De sagde direkte, 'han passer ikke ned i vores kasser'. Jeg blev mere og mere frustreret, og min teamleder endte med at sige højt og tydeligt: 'Nu har jeg brug for, at nogen siger, hvad de kan, og ikke hvad de ikke kan'. Vi blev ved med at råbe op, for han kunne jo ikke være derhjemme. Det synes jeg er komplekst.*

I denne case var sygeplejens opgave relateret til borgerens hudproblemer og sår. Men casen er typisk, i og med at det, der gør, at sygeplejersken oplever forløbet som komplekst, ikke har nogen relation til den visiterede ydelse. Casen er også typisk, i og med at der også er en psykiatrisk problemstilling og et hjem, der med sygeplejerskens ord er "*miserabelt*". Sygeplejerskerne har svært ved at finde hjælp til denne type borgere, men samtidig oplever de, at der er behov for at gøre noget ved situationen. At navigere i denne situation beskriver sygeplejerskerne ofte som komplekst: Der, hvor sygeplejerskerne oplever, at ingen har disse borgere med mange sociale, misbrugsrelaterede og psykiske udfordringer som netop deres målgruppe. Casen er også typisk, i og med at sygeplejerskerne i de cases, de trækker frem, ofte oplever, at egen læge direkte eller indirekte har trukket sig, og sygeplejerskerne har svært ved at få kontakt til egen læge. Endelig er casen typisk, i og med at der er forskel på den opgave, sygeplejersken har, og den rolle, hun tager. I mange af de komplekse forløb tager – eller får – sygeplejerskerne en rolle, hvor de forsøger at gøre noget ved en situation, der ikke er den, der er visiteret sygeplejeydelser til. Nogen gange kalder de det en "tovholderolle" eller siger, at de forsøger "at koordinere", eller bare slet og ret, at de "forsøger at hjælpe". Der opstår mange frustrationer, både fordi det er svært at hjælpe i de forløb, hvor de starter ud med en relativt enkel ydelse, men efterhånden ender med at finde sig selv i en tovholderrolle, hvor de forsøger at koordinere. Men også, fordi det er en rolle, de ofte mere eller mindre glider ind i, uden at der nødvendigvis er afsat tid – i form af ydelser – til det.

5.4 Borgere med andet sprog og anden kultur og kompleksitet

Sygeplejerskerne oplever, at der kommer flere ældre borgere, der modtager sygeplejer, som både har andet sprog og anden kultur. Sygeplejerskerne understregede, at den kompleksitet, de oplever på dette område, ikke kun handler om sprog – det handler også om kultur, i den forstand, at borgerne har andre opfattelser af sundhed, sygdom, medicinering og ikke mindst pårørendeinddragelse. Som beskrevet i indledningen til dette kapitel skal det igen understreges, at sygeplejerskerne ikke giver udtryk for, at andet sprog og kultur automatisk fører til komplekse forløb. Men når sygeplejerskerne skal pege på, hvilke forhold der ofte gør, at forløb bliver komplekse, så er borgere med andet sprog og anden kultur et tema, som går igen. En akutsygeplejerske beskriver det således:

*Vi har jo heller aldrig nogen sinde haft så mange forskellige borgere fra andre kulturer, som skal have hjælp. Det er komplekst at komme ud til **en borger, som ikke kan det danske sprog** – og den opgave, du har fået er at 'gå ud til borgeren og lave en vurdering'. Og **vi kan ikke bare få en tolk ind**, så skal det arrangeres og sådan nogen ting. Jeg kan snakke dansk og engelsk og tysk, og det er det.*

*Og **de sidder aldrig alene**. Jeg har aldrig oplevet, at der ikke sidder en eller anden form for familie med, som altid har mere end ét spørgsmål. Og det er hamrende svært, specielt når de pårørende tror, de ved mere om den gældende sygdom, som moren har, og man skal prøve at forklare dem, at det, de tror, det er forkert. Det er også komplekst."*

Som citatet illustrerer, så er det både sproget og kulturelle forhold, der gør, at akutsygeplejersken finder det komplekst at hjælpe disse borgere. Sygeplejerskerne beretter også om situationer med borgerne, der slet intet kender til dansk sprog, kultur, samfund og sundhedsvæsen, og hvor sygeplejerskens opgaver er afgrænsede sygeplejefaglige ydelser. Denne case omhandler en sygeplejerskes forsøg på at håndtere et forløb med en borger, som endnu ikke på nogen måde er i stand til at navigere i en dansk kontekst, og hvilke udfordringer det skaber for sygeplejersken:

*Jeg skal ud til en borger, der er udskrevet fra sygehuset, hvor hun har været i to døgn. Hun har behov for hjælp til **medicinadministration**, og det er jo umiddelbart sådan en opgave på et kvarter. Jeg kan godt se på navnet, at det var **udenlandsk**. Og jeg kommer ind i en lejligheden, hvor der i hele lejligheden ikke er andet end et glas, en sovesofa og så den her unge kvinde. Hun ligger og gemmer sig, og hun er bleg. Det viser sig at være en 35 årig asylansøger fra Eritrea, som har fået opholdstilladelse, hun er blevet hentet ved et tog og placeret i den her lejlighed helt alene. **Hun har ikke noget sprog ud over hendes modersmål.** Og hun er meget syg. Hun er klamtsvedende og har hjertebanken og kan næsten ikke synke. Og den medicin, jeg skulle dosere, er tre forskellige vitaminer og panodil. Og **jeg ser helt andre problematikker, end det jeg er sendt ud for.** Hvordan skal jeg overhovedet kunne tale med hende? Jeg har været hjemmesygeplejerske i 15 år, og jeg har aldrig brugt en tolk før, men jeg synes, det er højaktuelt i denne situation. Men der starter udfordringerne, for der findes tre tolke i Danmark, som taler det sprog, hun gør, og de er alle sammen mænd. Jeg ender med at få lov til at koble mig på en tolk i kommunen en onsdag fra 14-15 via en telefon.*

Jeg forsøger at få lov at se hende i halsen, for jeg har arbejdet i Kenya, og jeg ved at man kan få fjernet sin drøbel, og jeg kunne godt tænke mig at vide – er det sådan noget, der er galt med hende? Hun har ingen drøbel, og der er ikke noget med hjem i forhold til udskrivelsen.

*Min næste udfordring er **at få hende til egen læge**. Egen læge er 15 km væk, og han tilbyder ikke at komme på hjemmebesøg. Hun skal møde i klinikken, men hvordan skal jeg med offentlig transport få hende i en klinik? Og hvad nu hvis jeg putter hende i hjemmeplejebilen, hvis ansvar er det så, hvis der sker noget med hende undervejs derned? Men **jeg ender med at bryde nogle regler og putte hende i bilen** og køre hende derned. Der bliver så lavet en statusattest, som det havde været rart at have helt fra starten af. Det viser sig, at det er en reservelæge, som er i lægeklinikken den dag, som laver attesten, og jeg ser, hvordan der bliver skøjtet hen over nogle ret væsentlige punkter.*

*Der er bare en hob af opgaver i det forløb, hvor jeg tænker: **Hvis ikke jeg gør det, hvem gør så?** Og der starter også en hob af skubben ansvar fra sig.*

*En dag, jeg kommer der op, kravler der myrer ud af skabet, og derinde står der så en trækasse der er sømmet sammen med noget gammel mad, som jeg tror har været længe undervejs. Køleskabet er fuldstændig tomt. Det ender med, at **hun kommer ned på 32 kilo.** Jeg får tilkaldt noget personale fra køkkenet for at få **bevilget, at hun kan få leveret mad**. Og vi er ude i noget med nogen plancher med billeder for at finde ud af, hvad hun kan spise.*

Man starter helt forfra som hjemmesygeplejerske med at få nogen ting ind i hjemmet, og noget mad ind i køleskabet, og hvor skal jeg få pengene fra? Alene det der med at få penge til hendes medicin var en kæmpe opgave. ***Jeg bruger oceaner af tid på den her opgave, som hedder medicinadministration på et kvarter****. Og* ***jeg skulle faktisk have sat hende på dosisdispensering, hvis jeg havde fulgt reglerne.*** *Men det havde jeg ikke meget lyst til, for så så jeg ikke alt det, jeg kunne og måtte handle på. Hvad nu hvis jeg havde gjort det første gang, jeg kom derud? Og* ***hvis ansvar var det så, hvis hun lå og var død på den sofa? Jeg var jo den eneste, der havde set hende i hjemmet****.*

Selvom borgeren i dette tilfælde er i en meget anderledes situation end borgeren i den forrige case om misbrug, der endte med en tvangsindlæggelse, er der klare fællestræk. En relativt enkel ydelse ender med, at sygeplejersken bruger "*oceaner af tid*" på forløb, der beskrives som komplekse, og i ingen af de to cases har sygeplejersken en klar koordinator eller tovholder rolle, men ender med få/tage en lang række opgaver af vidt forskellig art. I denne case gør sygeplejersken også opmærksom på, at hun i to tilfælde "*bryder reglerne*". Hun kører borgeren til læge i hjemmeplejens bil (hun gør senere opmærksom på, at hendes leder har nikket til, at hun gør det), og hun sætter ikke borgeren på dosisdispensering, som hun burde ifølge reglerne, ifølge hende selv. Det kræver ikke en sygeplejerske at dosere vitaminer og panodil, men fordi sygeplejersken oplever, at situationen er så potentielt kritisk, er hun nervøs for, hvad der kan ske, hvis hun ikke kommer i hjemmet og "*så alt det, hun kunne og måtte handle på*", set ud fra hendes perspektiv. Derfor holder hun fast i medicinadministrationen, for det giver hende en ydelse, der gør, at hun kommer i hjemmet og kan forsøge at håndtere hele borgerens situation, som sygeplejersken oplever som kompleks.

5.5 Socialt udsatte og kompleksitet

Dette kapitel har vist, at sygeplejerskerne i nogle tilfælde oplever, at de ender med at forsøge at løse en lang række opgaver, der udspringer at forskellige og ofte sammenvævede typer af social kompleksitet, der handler om borgernes livssituation, og som har rødder i alt fra psykiatri og misbrug, til sproglige og kulturelle forskelle og kognitive funktionsnedsættelser. Netop fordi der er tale om så sammenvævede udfordringer, er det ikke uproblematisk at forsøge at opstille en model med afgrænsede temaer. Det er gjort for at gøre analysen konkret og vise, hvilke temaer sygeplejerskerne peger på, og det hører med til billedet, at sygeplejerskerne også pegede på borgere, som ikke passer ned i de temaer, som er behandlet i dette kapitel indtil nu. Således nævnte sygeplejerskerne også cases og eksempler på "*dem, som bare er socialt udsatte"* eller "*dem, der har et hårdt liv*".

I dette afsnit bruges betegnelsen "socialt udsatte" for at understrege, at social kompleksitet relateret til borgerens livssituation rummer andet og mere end temaerne nævnt i de forrige fire afsnit. Betegnelsen socialt udsatte bruges ikke med afsæt i litteraturen, og der er ikke anvendt en entydig definition af, hvem socialt udsatte er. Et eksempel er denne case, som også – men ikke udelukkende – er relateret til nedsat kognitiv funktion som følge af alkoholdemens:

Vi har en borger, som kommer ***hjem fra lungemedicinsk med ilt****. På sygehuset havde de fået den forståelse, at hun bor på et plejehjem, men det gør hun ikke. Hun bor i eget hjem, og hun ryger. Hun har også en* ***alkoholdemens,*** *så hun husker ikke så godt, så* ***hun ryger samtidig med, at hun har ilten****, og det er ikke så heldigt. Men hvem er det, der har ansvaret for, at hun ikke ryger, når hun har ilten? Hjælperne siger hele tiden til os sygeplejersker: 'Hvad skal vi gøre?' For de ved ikke, hvad de skal gøre. Og jeg kan ikke give svaret. Hun er* ***ikke umyndiggjort****, så vi har ikke ret til at tage cigaretterne fra*

hende. Vi har nogen rygeregler i kommunen, der siger, at hun må ikke ryge, mens vi er der, så vi kan tage cigaretterne, når vi går ind ad døren, men vi skal give hende dem igen, når vi går ud igen. Og hvad så med naboerne, hvis det går galt?

Vi har prøvet med nikotinplaster, men hun savner cigaretterne. Og vi har prøvet at forklare hende, at man ikke må ryge og have ilt samtidig. Og hun siger: 'Det er virkelig også frygteligt alt det, der kan ske' – og så vender hun sig og kører ind i stuen og tager en cigaret, og så har hun glemt det igen.

Vi har også tænkt: Hun handler ikke selv ind, så er det okay, at vi lader være med at bestille cigaretter, når hun efterspørger det? Og hvem er det, der kan svare på det og tage stilling til det? Hjælperne siger, at det må sygeplejerske vide. Deres egen leder siger, 'I slukker bare for ilten, når I er der'. Den ender hele tiden tilbage hos os.

Vi tager vi kontakt til ***egen læge*** *som siger: 'Jamen så må hun enten lade være med at ryge, eller også må hun lade være med at have ilten!' Men det blev jeg jo ikke meget klogere af, for det var jeg også kommet frem til. Men hvem er det, der tager beslutningen om det? Det gør egen læge i hvert fald ikke.*

Vi har også haft fat i ***dem, der leverer ilten****, for at høre, hvordan de så forholder sig, og de siger, at de melder det til sygehuset, hvis de kommer i et hjem, hvor en borger med ilt ryger. Men de kan ikke gøre mere. De er en privat virksomhed, og de leverer ilten, når det er det, der er ordineret.*

Så vi ringer til ***lungemedicinsk,*** *men det kan de godt nok ikke tage stilling til, der skal først tages nogen A-punkturer, og de skal tjekke hende, så de siger, 'I får lige en tid'. Og det er så en gang i fremtiden, og den har vi stadig ikke fået.* ***Så vi står stadig med den her problematik: Hun ryger, og hun har ilten****.*

Så har vi haft ***en vurdering af brandfaren*** *– hvad er det helt konkret, der kan ske. Og det er den transportable flaskeilt, som er det mest farlige. Så vi tænker, kan vi så opbevare den et andet sted? Men problemet er, at der er syv forskellige hjælpere, der kommer i hjemmet, og man aftaler noget med den ene, og så har hun fri i en uge, og så skal man aftale det samme den næste.*

Og ***man skal hele tiden være tovholder*** *på, at alle ved, at det er sådan, vi gør, og du skal have fat i lægen igen, og lungemedicinsk igen, og du skal have fat i din egen leder og lederen af hjemmehjælperne.* ***Det er ikke den instrumentelle del af det, der er svær.*** *Det er ikke det at gå op og dosere pillerne. Det er* ***alt det der andet, der hele tiden er en forventning om, at vi er tovholdere på.*** *Og den ender altid tilbage hos os. Lægen siger bare, 'det er ikke mit ansvar'. Så er den ved os igen. Og hjælperne siger, 'der er nogen over os, som må tage ansvar', og alle de her adviser om rygning og ilt de ender inde hos sygeplejerskerne. Det er jo ikke sådan, at de skriver til deres egen leder, og så tager hun affære. Hun spiser heller ikke så godt, der skal måske en diætist ind over? Skal gerontopsyk. ind over?*

Vi har altid ***alle de her mennesker, der forventer noget af os,*** *og vi har ikke altid tiden til det. Sådan en situation som den her, den kan jeg jo snildt bruge 2-3 timer på, før jeg har fået fat i de her folk – og til en medicindosering har jeg max en halv time, og det er altså også til at få bestilt og leveret pillerne og hældt dem op.*

Denne case viser meget af det, vi også tidligere har set i tidligere cases. En relativt simpel ydelse – medicinadministration – og et forløb hos en borger med høj social kompleksitet, en borger, det er svært for dem at samarbejde med, og hvor det udvikler sig til noget mere organisatorisk med mange

aktører involveret og en uklar ansvarsfordeling, ringe koordinering og kommunikation, hvilket er det sygeplejerskerne oplever som værende komplekst.

Men den er også et eksempel på, at sygeplejerskerne i mange af de cases, hvor der var høj social kompleksitet, ofte kommer ud i nogle grundlægende set juridiske spørgsmål. Hvad må de, og hvad kan og skal hvem gøre, i hvilke situationer? Hvilket ansvar har en sygeplejerske, hvis hun lukker døren til en borgere, hvor hun har set noget, og det senere går galt for borgeren – eller for deres kæledyr, deres naboer, andre trafikanter (hvis de er vidende om, at en morfinafhængig kører bil) osv.? Og i de cases de trækker frem for at illustrere kompleksitet, kommer de ikke med eksempler på, at enten deres egne ledere (som stort set altid er sundhedsfaglige som dem selv) er dem der træder ind, eller at andre faggrupper i kommunen – fx myndighedspersoner eller jurister – spiller en rolle i forhold til at løse de her spørgsmål i hverdagen. For sygeplejerskerne handler deres udfordringer med at håndtere denne form for kompleksitet ikke kun om, at nogen forklarer dem reglerne – som eksemplet her viste. Alle ved, at ilt og ild ikke må forekomme samtidig. Problemet drejer sig snarere om, hvordan man i praksis udfører en løsning på de problemer, de står med – fx finder en praktisk løsning, så kvinden fra Eritrea rent faktisk *kommer* til lægen, at den ældre dame, som kom tomhændet hjem fra Brugsen, fordi hun ikke kan huske koden til sit dankort, rent faktisk *får* købt noget mad, eller man finder en konkret løsning, der gør, at der ikke længere *er* åben ild og ilt i et hjem.

Mest af alt viser casen dog, at de største udfordringer for sygeplejerskerne, som er de primære årsager til den kompleksitet, de oplever, har deres rødder i et mismatch mellem de opgaver og udfordringer, sygeplejerskerne oplevere i relation til borgene præget af social kompleksitet – og de organisatoriske forhold, relationer og systemer, sygeplejerskerne forsøger at navigere i for at finde løsninger på de udfordringer, de mener skal håndteres i relation til borgerne.

5.6 Pårørenderelationer og kompleksitet

Når sygeplejen foregår i hjemmet, spiller pårørende ofte en større rolle, end når en patient er indlagt, og pårørende som oftest kun er besøgende. I hjemmet er pårørende til stede – ofte også til stede, når sygeplejen udføres. I langt de fleste af de situationer, som kunne observeres, var pårørende en ressource, der støttede op omkring sygeplejerskernes arbejde, hjalp til med både praktiske og koordinerende forhold.

I de tilfælde, hvor sygeplejerskerne under interview fremdrog pårørende som en kilde til kompleksitet, handlede det typisk om pårørende, som enten havde problematiske relationer med hinanden eller med den borger, der modtager sygepleje, eller også handler det om en pårørende, som har brug for hjælp, men hvor sygeplejerskerne har svært ved at få det til at lykkes.

Eksemplerne på det første – uenighed om plejen – er fx en case, hvor en terminal mor med tre voksne døtre kommer hjem hos den ene af døtrene i den sidste tid. Men de tre døtre har forskellige holdninger til morens medicinering med smertestillede. Den ene datter vil gerne have, at moren får ”*det, der er behov for*”, den anden datter ”*vil stort set ikke have, at moren får noget, for hun skal jo være så vågen og så nærværende som overhovedet muligt*”, mens den tredje er ”*lidt midt imellem”,* som sygeplejersken formulerer det. Hun beretter videre, at moren ikke er klar, og alt efter hvilken datter – og hvilken sygeplejerske – der kommer i hjemmet, medicineres der forskelligt, og det giver anledning til såvel frustrationer som mere eller mindre åbne konflikter, hvilket sygeplejersken oplever som en kompleks situation at skulle håndtere. Det er ikke det sygeplejefaglige i forhold til smer-

telindringen af den terminale mor, sygeplejersken i interviewet oplever som kompleks. Det er håndteringen af de tre døtres forskellige holdninger – og det, at der er mange sygeplejersker i hjemmet, som reagerer forskelligt på døtrenes forskellige ønsker.

Et andet eksempel er en case fra interview, der omhandler en terminal yngre mand med en hustru, der har kendt ham i to år. Hans forældre flytter ind i kælderen i den sidste tid, men hustruen og svigerforældre har et meget anstrengt forhold, ifølge sygeplejersken. Hun oplever, at når sygeplejerskerne forlader hjemmet, går moren efter dem ud på fortovet og står og snakker, og hun har ikke samme holdninger til forløbet som hendes svigerdatter. Og i andre situationer er det hustruen, der henvender sig til sygeplejerskerne:

> *Begge parter er **frustrerede** og i en **krisesituation**. De bor sammen i et lille hus, de skal gå op og ned ad hinanden, men **taler ikke sammen**, og der ligger en ung mand her, som skal herfra på en god måde. Og så fik hustruen så sin egen mor i hjemmet også, for hun havde brug for at have en allieret. Men den der **tavshed**, der var, fordi hans forældre og hustruen de ikke kunne rumme hinanden, det var simpelthen så **frygteligt**. Og **han var jo meget mærket af den her stemning**, så til sidst måtte jeg simpelthen tage dem med ned i stuen og sige, nu bliver vi nødt til at snakke om det her."*

Sygeplejersken beskriver en snak omkring stuebordet, hvor hun siger, hvad hun oplever, og det ender med, at hustruen bryder grædende sammen, men det lykkes at få dem til at tale sammen, og sygeplejersken oplevede, at de "*fik løsnet op for den der anstrengthed, der var*".

Sygeplejersken reflekterer over forløbet, hvor hun følte, at hun måtte gå ind i nogle svære menneskelige relationer og konflikter med det, hun havde af personlige kompetencer. Men, som hun tilføjede: "*Nogen gange så tænker jeg: Hvad uddannelse har vi egentlig til at kunne magte og rumme alt sådan noget?*". Hun er mere hjemmevant med alle de andre opgaver, og føler ikke, at det er der, hun mangler kompetencer: "*Vi skal have fat i lægen fra palliativt team og være professionelle og vurdere med medicin, han får, og beskrive, hvad vi har prøvet i forhold til smertedækning, og have styr på, hvor meget vi giver, hvornår*". Det er håndteringen af pårørenderelationerne, som er kernen i hendes case: *"Det er komplekst. Den her var bare lige til øllet!"*

Problematiske pårørenderelation handler imidlertid ikke kun om uenigheder og meningsforskelle mellem voksne pårørende. Det handle også om børn i hjemmet. Det kan være meget vanskeligere for sygeplejerskerne at håndtere, fordi her er indgangsvinklen oftere, at sygeplejerskerne observerer et barn, som de mener har brug for hjælp, men ikke i form af sygepleje, som denne case illustrerer:

> *Det her er en **terminal** borger, men I skal **ikke se hende som terminal,** for det her handler mere om **samarbejdet** hele vejen rundt, også internt i kommunen. Hun er yngre og har en **mand** og et **lille barn under to år.** Og forældrene magter ikke det barn. De er gode nok forældre, men de kunne ikke overskue det, for hun var rigtig syg. Så vi prøvede at få sat et eller andet i gang. Få fat i **sundhedsplejen**, **familieafdelingen**, **socialrådgiver**, vi har prøvet alt, hvad vi kunne, og der er ingen, der kan byde ind med noget. Ingenting. Forældrene må bruge deres **netværk**, er beskeden, men problemet er, at de har ikke særlig meget netværk, og slet ikke noget her i nærheden af, hvor de bor. Og vi prøver med vores egen **visitation** om vi måske kan få sat noget hjemmehjælp på. Men der var bare ingenting, der kunne lade sig gøre. Jo, vi kunne lave en **indberetning**, hvis vi var bekymrede for barnet, og det synes vi var meget grænseoverskridende. For det er ikke sådan, vi ser den familie. Det er en helt okay familie, de har bare brug for noget hjælp.*

Sådan et forløb er bare så tidskrævende, at det er helt vidt. Og vi er ingen steder kommet. Og vi føler ikke, at vi bliver hørt. Vi synes, ***vi slås med vores eget system*** *inde i kommunen. Hvorfor er der ingen, der kan gå ind og lindre dem, for vi kan jo gå ind og lindre på alle mulige andre måder? Så hvorfor kan vi ikke gøre det her? Jeg har været hjemmesygeplejerske i 25 år, og jeg synes, jeg har en faglighed og kan se nogen ting, men det er som om, at den faglighed bliver fuldstændig underkendt af alverdens paragraffer. Og så snakker vi om, at de ikke skal falde mellem to stole! Det synes jeg er komplekst.*

Langt hovedparten af hjemmesygeplejens borgere er ældre, og derfor kan det ikke undre, at casen med det lille barn var den eneste af sin slags, men flere sygeplejersker nævnte i de efterfølgende drøftelser eksempler på komplekse forløb, der også handlede om børn, de ser i hjem, de kommer i, og som giver dem anledning til bekymring. Når der opstår kompleksitet som følge af pårørenderelationer handler det typisk om pårørende, som af den ene eller anden årsag ikke fungerer som en ressource og hjælper i forløbene, men i stedet rummer eller skaber udfordringer, der indvirker på sygeplejerskernes muligheder for at hjælpe en borger – typisk fordi pårørende er uenige med hinanden eller med én eller flere aktører i sundhedsvæsenet.

5.7 Opsamling: Social kompleksitet

Social kompleksitet opstår som følge af forhold relateret til borgernes livssituation, der ikke direkte er relateret til de medicinske udfordringer, der skal ydes sygepleje i relation til. Fælles for disse forhold er, at de gør det sværere at hjælpe disse borgere – set i sygeplejerskernes perspektiv. Både i relation til de konkrete sygeplejeydelser og i relation til en række øvrige udfordringer. Det var et gennemgående træk ved mange cases, at sygeplejerskerne – på grund af den høje grad af social kompleksitet – blev involveret i løsningen af en række udfordringer og opgaver, som ofte var helt urelaterede til den konkrete (ofte centralt visiterede) sygeplejefaglige ydelse.

Et væsentligt tema for sygeplejerskerne er således dilemmaet mellem at levere de konkrete sygeplejefaglige ydelser og de mangfoldige udfordringer og opgaver, som sygeplejerskerne ofte oplever, at de ender med at være involveret i løsningen af. Dette sker af mange årsager. Fordi sygeplejerskerne kommer i hjemmet og ser udfordringer, som de føler sig nødt til at forsøge at hjælpe borgerne med; fordi sygeplejerskerne oplever, at andre forventer det af dem (fx egen læge, hjælpergrupper m.fl.); fordi de selv ser det som en del af deres fagidentitet at forholde sig til andet og mere end de konkrete (visiterede) sygelejeydelser. Men det sker også, fordi sygeplejerskerne – ydelseskataloger til trods – ikke oplever, at deres opgaver er lige så klart afgrænsede som andre medarbejdergruppers, hvilket heller ingen sygeplejersker efterlyser, at de burde være. Men det efterlader sygeplejerskerne i et dilemma mellem på den ene side klart definerede sygeplejeopgaver i et ydelseskatalog, og på den anden side borgere præget af en høj grad af social kompleksitet, som sygeplejerskerne oplever, at de alligevel ender med at få en art koordinerende, problemløsende tovholderfunktion i relation til.

De aspekter ved borgernes livssituation, som sygelejerskerne i denne analyse peger på ofte skaber social kompleksitet, er reduceret kognitiv funktion (fx som følge af demens eller senhjerneskade), psykisk sygdom, misbrug, social udsathed, eller at borgeren har et andet sprog eller en anden kultur, hvilket kan gøre det sværere for sygelejerskerne at kommunikere og samarbejde med borgeren, eller pårørenderelationer, som er konfliktfyldte eller på anden måde problematiske, fx i relation til børn i hjemmet. Det skal igen understreges, at disse faktorer for det første er vidt forskellige, og at deres eneste fællesnævner er – som en sygeplejerske udtrykte i indledningen til analyse – at det er alle dem, som af den ene eller anden årsag er svære at hjælpe. Det skal også understreges, at

modellen ikke er kausal i den forstand, at det langt fra er *alle* borgere med fx demens eller andet sprog, som er svære at hjælpe, og hvor sygeplejerskerne oplever social kompleksitet. Modellen påpeger kun, hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever der typisk er med til at generere social kompleksitet.

De kompetencer sygeplejerskerne, ofte får brug for i relation til disse borgeres forløb, falder i to grupper. Der er flere sygeplejersker, som specifikt nævner, at deres kompetencer inden for psykiatrien ikke altid rækker til de opgaver, de står med i hverdagen. Men som det er påpeget, kan denne analyse ikke afgøre, om problemet er, at sygeplejerskerne i praksis står med opgaver, der ikke hører til i regi af den kommunale sygepleje, om de mangler generelle kompetencer til at håndtere psykisk syge borgere, eller om de mangler helt specifikke kompetencer i forhold til håndtering af den enkelte borger, fx ved muligheder for at hente sparring direkte et relevant sted i behandlingspsykiatrien. Men den kan påpege, at flere af dem efterlyste kompetencer inden for psykiatrien.

Den anden type af kompetencer, som håndteringen af disse borgere kalder på, handler om en høj grad af systemviden (hvem kan hjælpe med hvad – også langt uden for det traditionelle sundhedsvæsen) og kompetencer til at mobilisere og koordinere løsninger i forløb præget af høj social kompleksitet.

5.8 Opsamling: Borgerrelateret kompleksitet

Kapitel 4 og 5 har til sammen omhandlet de to dimensioner af kompleksitet, som handler om forhold hos borgerne – enten mediciske forhold relateret til borgrenes sygdomsbillede eller sociale forhold relateret til borgernes livssituation. Sygeplejerskernes oplevelse er, at det i langt højere grad er temaer relateret til social forhold og borgrens livssituation, som skaber kompleksitet i relation til sygeplejerskernes arbejde, end det er temaerne relateret til (multi)sygdom og mere snævert medicinske forhold. Sygeplejerskerne påpeger således, at det primært er de sociale forhold, som gør det komplekst for dem at lave ”*gode forløb*” og ”*hjælpe borgerne*”. De medicinske forhold kan ligeledes være komplekse, men sygeplejerskerne oplever, at ”*selvom det ikke lige er hver dag jeg står med et nasalsug*”, så har de nemmere ved at finde løsninger på de udfordringer, som den medicinske kompleksitet opbyder. Det er ofte muligt at finde en kollega, en afdeling, eller en læge, de kan ringe til og få svar. Sådan opleves det generelt ikke i forhold til den sociale kompleksitet. Her har sygeplejerskerne meget sværere ved at finde løsninger på problemerne og navigere i situationer, hvor håndtering af et bredt spektrum af sociale udfordringer bliver sammenvævet med sygelejen i hjemmet.

Denne oplevelse af mulighederne for at finde løsninger er med til at forme sygeplejerskernes syn på kompleksitet derhen, at det bliver de svært løsbare situationer hos borgere, der er svære at hjælpe, som de oftest peger på, når de skal forklare, hvad de oplever som komplekst. De opgaver, som de har lettere ved at finde løsninger på i det sundhedsvæsen, de er en del af – de medicinske – bliver således i væsentligt mindre grad omtalt som komplekse, set i sygeplejerskernes perspektiv.

6 Organisatorisk kompleksitet

Organisatorisk kompleksitet er en betegnelse for alle de forhold, som ikke direkte vedrører borgernes sociale eller medicinske situation, men som sygeplejerskerne oplever skaber kompleksitet i deres hverdag. Hvor det var tydeligt, at medicinske kompleksitet fyldte mindre for sygeplejerskerne end social kompleksitet, som de oplevede var væsentligt vanskeligere at håndtere, så er organisatorisk kompleksitet den dimension, som fyldte mest, samlet set – og som den enkelte sygeplejersker også havde ringest indflydelse på og dermed også sværest ved at håndtere.

Organisatorisk kompleksitet handler om flere forhold. Det handler om alle de aktører, der muligvis er/ikke er inddraget i en borgers forløb, og hvordan aktørerne er koblet mere eller mindre tæt. Det handler om alle systemerne – både dem, der skal sikre dokumentation, kommunikation og sammenhæng – og det handler om arbejdsgange og arbejdsprocesser. Det handler om alle de forhold, der ikke direkte udspringer af borgerens sociale eller medicinske situation, men som er altafgørende for sygeplejerskerne og deres muligheder for 1) at skabe overblik over et forløb, 2) at skabe klarhed omkring opgaver og ansvar samt 3) at navigere i systemet og få hjælp til opgaveløsningen.

De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (antallet af) aktører, fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. Det handler om kontinuitet – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om systemer til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om arbejdsgange, som kan være mere eller mindre klare, mere eller mindre implementerede.

Figur 6.1 Organisatorisk kompleksitet

Kilde: Egen tilvirkning.

Disse temaer udgjorde de primære gennemgående faktorer, som sygeplejerskerne oplever genererer kompleksitet. Et centralt begreb figurere ikke i selve modellen som en variabel: Koordinering. At forsøge at udføre handlinger, der får forløb, som involverer flere aktører, til at forløbe på bedst mulige vis, kaldes koordinering. I takt med udviklingen – både i borgernes livssituation og sygdomsbillede og i organiseringen – fylder dette tema mere og mere i sygeplejerskernes hverdag, og det er svært for dem at definere det præcist. Grundlæggende set er koordinering ikke en variabel i modellen, og derfor er den ikke medtaget. Sygeplejerskerne taler snarere om koordinering som værende forsøget på at få alle de andre variable, temaer, dimensioner og perspektiver i den samlede model til at udgøre et velfungerende hele.

Når sygeplejerskerne taler om dialysepumper, engangskatetre og smertelindring har de et præcist sprog. Det har de også, når de taler om demente, psykisk syge og socialt udsatte. Når de skal sætte ord på de temaer, som behandles i dette kapitel, ses en tendens til, at deres sprog ikke i samme grad er præcist og konkret. De taler om "*alt det organisatoriske*", "*alle systemerne*", "*rammerne*", "*alt det administrative*". Men som alle andre sundhedsfaglige er de eksperter i deres egen hverdag, hvilket deres cases illustrerer.

Analysen i kapitel 4 og 5 viste, at netop uklarheder og udfordringer i relation til det, de kalder tovholderrollen og den koordinering, der følger med den, var kendetegnende for sygeplejerskernes oplevelse af kompleksitet. I dette kapitel behandles først antallet af aktører, herunder kompleksitet i relation til uddelegering og (lav) kontinuitet i såvel borger- som medarbejderrelationer. Dernæst følger et afsnit om kompleksitet i relation til de systemer, sygeplejerskerne primært omtalte: dokumentations-, kommunikations- og planlægningssystemer, samt graden af implementering og organisatorisk klarhed i relation til netop systemer og andre arbejdsgange. Endelig et afsluttende afsnit om et eksempel på, at organiseringen – set med sygeplejerskens øjne – matcher en kompleks opgave, og tingene lykkes. Kompleks organisering er ikke nødvendigvis et problem – det helt afgørende er, at organiseringen matcher de opgaver, som skal løses derude.

6.1 Antallet af aktører og kompleksitet

Oplevelsen af et stigende antal aktører, medarbejdere, enheder og funktioner er den enkeltting, som sygeplejerskerne oftest trækker frem som noget, der genererer øget kompleksitet. Dette var også et element i mange cases i kapitel 4 og 5.

Så længe sygeplejerskerne kun skal udføre konkrete sygeplejeydelser – som et sårskift, kateterskift, sondemad, dialyse osv. – og det kun er dem selv og egne kollegaer, de skal medvirke til at sikre går i takt, opstår der ikke kompleksitet. Og de kan som nævnt under afsnittet om instrumentel sygepleje (afsnit 4.2 side 22) fx have vanskeligheder med at få kontakt til rette vedkommende på et hospital, hvis der står "*en ny maskine*" i hjemmet, men dette beskriver de heller ikke som kompleksitet i forløb.

Kompleksiteten øges imidlertid i takt med, at der findes et stigende antal enheder, aktører, tilbud, teams, osv. – både i kommunerne og i andre sektorer – og sygeplejerskerne ofte oplever, at de ikke har overblik:

> ***Vi mangler viden om hinandens arbejdsområder****. Ikke bare tværsektorielt. Det er også inden for vores egen kommune. Vi har [navnet på et tilbud, red.] her i byen. Vi har fremskudt psykisk sygepleje, vi har hjemløseteamet og så videre. Men der er ingen, der kan*

*hjælpe os, når klokken er tre. Hvem er det, man trækker på? Vi mangler viden om hinandens arbejdsfelter – **også inden for kommunen**.*

I de enkelte forløb betyder antallet af aktører, at kompleksiteten øges, når der kommer flere medarbejdere i hjemmet, men sygeplejerskerne har ikke altid overblik over, hvem der kommer, hvornår og med hvilket formål. Dette skyldes ikke kun antallet. Det handler også om organiseringen. Sygeplejerskerne med høj anciennitet peger her særligt på konsekvenser af adskillelsen af sygeplejen og hjælper/assistent-grupperne i hver deres ledelsessystem:

*Vi kommer ofte alt **for sent ind i forløb**, fordi hjælperne og assistenterne er organiseret i deres egen søjle, og de henvender sig for sent. Organiseringen er blevet en barriere for at vi får fælles fodslag. Der er sket noget, fordi vi ikke længere refererer samme sted hen.*

Det handler ikke kun om en oplevelse af at komme for sent ind i forløb. Det handler også om en oplevelse af generelt set at være kommet længere væk fra plejegrupperne og have et mindre tæt samarbejde med dem. Denne analyse kan ikke afgøre, om det forholder sig sådan, eller om det også skyldes, at der i dag i højere grad er brug for tæt samarbejde internt med plejegrupperne om mere socialt og medicinsk komplekse borgere. Det er heller ikke denne analyses formål at pege på løsninger. Formålet er udelukkende at vise, hvad sygeplejerskerne oplever, herunder hvilke udfordringer de peger på.

Ud over den kompleksitet, der opstår som følge at disse to temaer på henholdsvis generelt niveau (når sygeplejerskerne ikke føler, de har overblik over de mange aktører) og på specifikt niveau (i de enkelte forløb, når de mangler overblik over involverede aktører), peger sygeplejerskerne også på, at kompleksitet opstår, når de skal yde sygepleje på distancen, uddelegere og handle på andres observationer og informationer.

6.1.1 Uddelegering, sygepleje på distancen og kompleksitet

At yde sygepleje på distancen forudsætter samarbejde, systematisk og struktur, der gør at opgave- og ansvarsfordelingen er klar for alle involverede, og at kompetencer rækker til at udføre opgaver og påtage sig ansvaret for hver sin del af processen. Det bliver mere komplekst, hvis roller og ansvar ikke er klare for alle, men det bliver alt andet lige også mere komplekst jo flere personer, der er involveret, oplever sygeplejerskerne.

Der er langt flere hjælpere og assistenter, end der er sygeplejersker i kommunerne, og følgelig også langt flere hjem, hvor der kommer hjælpere og assistenter, end hjem, hvor der kommer sygeplejersker. Det betyder bl.a., at sygeplejerskerne kontaktes af hjælpere og assistenter, og skal foretage en vurdering på basis af deres observationer – både vedrørende borgere, de kender, og borgere, som hverken de eller deres kollegaer kender:

*Hjælperne kan jo ringe og spørge til noget hos **borgere, som vi overhovedet ikke kender** til, hvor vi er nødt til at spørge ind til det, for at kunne give et eller andet fornuftigt svar på noget. Og det er også komplekst at skulle udtale sig sygeplejefagligt om noget i et hjem, hvor vi aldrig har været, og vi er nødt til at tage deres observationer for gode varer.*

Dette er et tema, som går igen. Sygeplejerskerne oplever, at hjælpere og assistenter er en meget uhomogen gruppe rent kompetencemæssigt på individuelt plan. Det gør det svært for sygeplejerskerne at forholde sig til de informationer, de får, hvis de ikke kender den enkelte medarbejder og ved, hvad det betyder, når de ringer og siger, ”*borgeren er rigtig dårlig*”:

__Hjælpere__ og __assistenter__ er så enormt __uhomogen__ en gruppe. Og det skal vi også agere i. Og det gør det mere komplekst. Når en ringer og siger, 'han er altså dårlig nu, du skal komme med det samme' – så ved jeg, at det siger nogen hver gang, men ved andre, der ved jeg, at hvis de ringer, så skal jeg køre med det samme.

Men det kendskab har sygeplejerskerne langt fra altid til de forskellige hjælpere og assistenter, og derfor kan det være svært at foretage denne vurdering. Og når der ikke er sygeleje i mange hjem, når ydelser i videst muligt omfang skal uddelegeres, og når gruppen af hjælpere og assistenter set med sygeplejerskernes øjne er så uensartet rent kompetencemæssigt, så bliver personkendskabet til den enkelte væsentligt. Og det personkendskab bliver mindre og mere fragmenteret, jo flere aktører, jo flere deltidsansatte og jo mindre organisatorisk og ledelsesmæssig kobling der er mellem sygeplejersker på de ene side og hjælpere og assistenter på den anden.

Sygeplejerskerne peger selv på, at deres uddelegering af enkelthandlinger og enkeltydelser i forløb nogen gange er det, der er medvirkende til, at de mister overblikket og den løbende kontakt og føling med, hvordan det går med en borger:

Når vi starter med at uddelegere, det ser måske rimeligt ufarligt ud, det er måske en blodsukkerprofil en gang om måneden, så kommer der et sår, så er der måske en ernæringsproblematik, og så brækker de lige hoften også, og så i løbet af et år eller to så er det her blevet til et rigtig komplekst forløb, hvor vi ikke er en del af det, før der vælter noget i det. Og når det så vælter, så bliver kompleksiteten virkelig sat i spil."

I drøftelsen af disse temaer så flere af de erfarne sygeplejerskerne tilbage og sammenlignede deres praksis i dag med en fortid, hvor såvel borgerne som organiseringen var andreledes. Denne sammenligning kan illustrere, hvad de finder komplekst ved sygeplejen i dag:

Det har udviklet sig meget, siden jeg kørte i hjemmesygeplejen som studerende i 1992. __Det var til at overskue__, jeg dryppede øjne og gav insulin og pillede lidt ved et sår eller to, og så var jeg virkelig sygeplejerske, til i dag, hvor jeg pludselig kommer dumpende ned til at borger, hvor det __ikke er sygeplejersken selv, som laver alle de grundydelser__, der jo egentlig er sygepleje, men som vi ikke selv har hands on på mere. Så det komplekse kommer til at ligge meget tæt på det koordinerende.

Sygeplejen i dag er præget af mere uddelegering, og derfor er der mere sygepleje, der foregår på distancen. Det betyder, at sygeplejerskernes rolle ændres, og det er medvirkende til, at "*det koordinerende*" træder mere tydeligere frem i relation til kompleksitet.

Det at yde sygepleje på distancen og handle på andres observationer handler også om, at der ikke altid *er* observationer at handle på. Sygeplejerskernes oplevelse af, at de nogen gange kommer for sent ind i forløb, handler om flere ting, blandt andet om, at de oplever, at hjælpere og assistenter, der kommer i hjemmet, ikke altid har kompetencerne til at observere, hvornår der skal handles på en borgers tilstand:

I og med at de her borgere jo har flere og flere sygdomme, som vi skal observere på, og de kommer hurtigere og hurtigere hjem, og det kræver, at de kan blive observeret, så er det jo vigtigt, at vi som sygeplejersker bliver fodret med observationer fra hjemmehjælpere og assistenter. Jeg tænker nogen gange, at så har de ikke den uddannelse, der skal til for at kunne lave de her observationer, som vi har brug for. Nogen hjemmehjælpere går ind i hjemmet med bind for øjnene og gør det, de skal, og så går de igen – og pludselig så sker der et eller andet, som gør, at vi siger, "hvorfor ringede I ikke?", og så er svaret,

”vi havde ikke set det”. Men hvorfor havde de ikke set det? Fordi de ikke er uddannet til at se det? Det er med til at gøre det komplekst.”

Sygeplejerskerne oplever, at det ikke kun handler om kompetencer og individuelle kompetenceforskelle hos medarbejdere. Sygelejerskerne oplever også, at det handler også om, at hjælpere og assistenter arbejder under ”*nogle rammer*”, som gør, at de har fokus på de konkrete opgaver i hjemmet, som er på deres køreliste. Men hertil kommer også, at hjælpere og assistenter – ligesom sygeplejersker – ikke altid kommer fast det samme sted, og dermed har sværere ved at se udviklingen i en borgers habituelle tilstand.

Om de udfordringerne sygeplejerskerne oplever skyldes manglende kontinuitet, uddannelse eller opgavefokus, kan ikke afgøres i denne analyse, men sygeplejerskerne oplevede, at de ”*kom for sent ind*” i forløb, fordi der ikke var nogen, som ”*tænder en alamknap*”, som en anden sygeplejerske formulerede det. En case om kompleksitet omhandlede en situation, hvor en akutsygeplejerske oplever, at hun for sent og ved et tilfælde får viden om en borgers situation, fordi det personale, der kom i hjemmet, ikke havde opdaget, at en borgens tilstand var forværret:

En datter har ringet til egen læge om sin far, og lægen får akutteamet kaldt ud til at vurdere ham. En laborant fra mobilt laboratorium tager blodprøver, og så har vi svar på en halv time og får lagt en behandlingsplan. Det viser sig så, at han har en længere urologisk problematik bag sig og han har gået og spist et antibiotika i 14 dage uden effekt på hans urinveje. Han har en blærebetændelse, men CRP’en[14] er ikke alt for høj, så han bliver sat i behandling i eget hjem, og vi følger ham nogen dage for at se, at han retter sig. Det gør han – han får det bedre og begynder at stå ud af sengen og tage noget mad selv. Men han har under for-forløbet været rigtig afkræftet, så vi får sat nogen besøg på fra hjemmeplejen for at sikre mad og væskeindtaget på ham, for at give ham nogen kræfter, så han kan komme på benene igen.

Så går der fire dage, og jeg har aftenvagt og så ringer en assistent til mig, fordi han har set, at akutteamets nummer ligger i hjemmet. Og han kan ikke finde den mad, han skal varme. Og jeg siger: ’Den ligger i fryseren’, og han svarer, at den var ikke taget ud af dagvagten, og det var noget værre rod, og medicinen lå også bare rundt omkring, og hvad skulle han gøre? Jeg sagde: ’Prøv at snakke med borgeren’. ’Han kan ikke noget’, var svaret. Så jeg aftaler med assistenen, at vi mødes ude i hjemmet. Jeg begynder at måle ham igennem. Han er højfebril, hurtig puls, stigende CRP. Han lå der på sofaen og kunne ikke rejse sig og havde ligget og tisset på sengen og tisset i sofaen. Assistenten, han ringede til mig, fordi han ikke kunne finde noget mad, men måske var det vigtigere, hvis han havde kigget på borgeren og set, hvor dårlig han var. Og der havde også været en dagvagt, som bare var gået, fordi borgeren havde sagt nej tak til morgenmad. Men dagvagten havde ikke kigget under dynen eller set på, hvad der rørte sig med mennesket. Jeg brugte 2,5 time af min aftenvagt på den her patient.

Sådanne eksempler kan ikke anvendes til vurdering af andre medarbejderes faktiske kompetencer generelt set. Casen er taget med, fordi den illustrerer et element i sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet, der handler om, at de oplever at komme for sent ind i forløb med borgere, som er under forværring, *”når det vælter”,* og situationen er blevet kompleks. Blandt andet som følge af organiseringen, hvor der kommer mange personer i de samme hjem, hvilket kan gøre det svært at se udviklingen i borgerens tilstand over tid, og fordi hjælpere/assistenter og sygeplejersker er organiseret i forskellige søjler og kommunikationen, hvilket betyder, at koordinationen mellem dem ikke

[14] Infektionstal.

altid fungerer. Akutsygeplejersken kan sagtens håndtere det rent sundhedsfaglige i at få borgeren vurderet, *"målt igennem"* og i samarbejde med andre aktører sat i behandling i hjemmet. Det er ikke her, kompleksiteten opstår. Den opstår i relation til organisering. I dette tilfælde samarbejdet, kommunikationen og koordinationen internt i kommunen med hjælper og assistenter.

6.1.2 Kontinuitet og kompleksitet

Et stort – og stigende – antal aktører er på den ene side et vilkår i et specialiseret og uddifferentieret sundhedsvæsen, men det kræver overblik, kendskab, godt samarbejde og klar rollefordeling på tværs, hvis antallet af aktører ikke blot skal føre til øget kompleksitet for alle parter og et øget koordinationsarbejde.

Antallet af medarbejdere, der kommer i de enkelte hjem, er dog ikke kun en funktion af et mere specialiseret og uddifferentieret sundhedsvæsen. Det handler også om lokale organisering og planlægning af arbejdet. Sygeplejen – og hjemmeplejen – skal fungere 24/4, og en stor del af medarbejderne er deltidsansatte, vikarer eller på anden vis ikke fastansatte (Holt m.fl. 2018). Det vanskeliggør en høj grad af personkontinuitet i det enkelte forløb, men flere sygeplejersker, både ved observation og ved interview, oplever så mange fordele ved blot en marginal forøgelse af personkontinuiteten, at de selv forsøger at skabe en højere grad af personkontinuitet – primært fordi det reducerer den organisatoriske kompleksiteten i forløbene. Sygeplejerskerne oplever, at behovet for overlevering af information, kommunikation og koordinering falder, når der er færre personer involveret, fx når den samme sygeplejerske kommer fast i et hjem. Det giver både fordele for dem selv og for deres samarbejdsparter, som de oplever bliver frustrerede, når mange sygeplejersker er inde i det samme forløb og det ikke altid lykkes at koordinere og viderebringe al information:

> *Der er mange skiftende medarbejdere og vikarer. Der er jo **ikke nogen kontinuitet**. Hos os synes jeg, meget af det er brandslukning – lidt kaotisk og en masse vikarer. Og jeg har også haft nogen læger, der har skrevet til mig, at nu er de helt forvirrede, for der er seks forskellige sygeplejersker, der har skrevet seks forskellige ting. Og **vi skriver på kryds og tværs** af hinanden, og der er **ikke rigtig nogen, der har overblik** eller er tovholder eller har ansvar. Og det bliver vores **samarbejdsparter** i hvert fald meget **frustrerede** over, og det gør vi også selv.*

Eksemplerne på sygeplejerskernes oplevelser med lav personkontinuitet er mange. Her medtages kun én yderligere oplevelse, som illustrerer et andet aspekt. De koordinerende tværfaglige eller tværsektorielle tiltag – som fx "*rundbordssamtaler*", "*handleplansmøder*" eller, som i dette tilfælde, "*rehabiliteringsmøder*" – har heller ikke altid den ønskede effekt, fordi lav personkontinuitet kan betyde, at ingen kender den borger, der holdes møde om:

> *I forhold til handleplaner, der har vi hos os **rehabiliteringsmøder**, hvor man gennemgår alle de borgere, der er i trænende hjemmeplejeforløb. Men når man sidder der som sygeplejerske, så **kender man jo ikke altid borgeren**. Der sidder så dem fra hjemmeplejen, der er på arbejde den dag. Og nogen gange kan vi sidde til møder, hvor vi kigger rundt på hinanden og spørger – **er der nogen, der kender den her borger?** Og det er der faktisk ikke nogen, der gør. Så på den måde, kan det godt være, at vi holder rigtigt mange møder, men det er ikke altid dem, der kender borgeren, der holder rigtig mange møder.*

Såvel interview som observation peger på, at graden af personkontinuitet – både i relationen til borgerne og i relation til hjælpere og assistenter – er forskellig blandt de medvirkende sygeplejersker. Denne undersøgelse kan ikke kvantificere omfanget af (lav) personkontinuitet, men den kan

pege på, at sygeplejerskerne generelt oplever, at graden af kontinuitet – både i relation til borgere og til medarbejdere i plejegrupper – er faldet over tid og stadig er faldende, og at det er med til at generere øget organisatorisk kompleksitet:

> *Tidligere var vi mindre enheder, og de andre enheder og deres medarbejdere boede lige rundt om hjørnet. Så voksede kommunerne, og andre flyttede andre steder hen på andre matrikler. Det er den udvikling, der har været.*

Empirien rummer flere eksempler på, at sygeplejerskerne forsøger at øge personkontinuiteten. Fx kunne det observeres både til morgen og til frokost, når sygeplejerskerne mødes, at de bytter rundt på borgerne på deres lister for at øge personkontinuiteten. En sygeplejerske forklarer her under et interview, hvordan hun gør:

> *Vi kæmper også meget med **kontinuitet** hos os. Vi er seks sygeplejersker, og vi har tumlet rigtig meget med, at så er den ene blevet sendt ud til en borger, og dagen efter bliver man sat på til at skulle køre ud et andet sted – mens ens kollega, som også er på arbejde, kører ud der, hvor man selv var dagen før. Så vi er begyndt at holde sådan nogen **driftsmøder** til middag, hvor vi kigger på næste dags ruter og sidder og **bytter om**, og siger: 'Det er smartere, jeg kører derud, og så kan du tage ham der'. Og så prøver vi at **skabe noget mere kontinuitet** den vej rundt. Vi er også blevet mere bevidste om at planlægge vores besøg, så hvis jeg fx har været ude på en eller anden kompleks sårpleje, hvor jeg har opstartet en eller anden ny behandling, så skriver jeg ind til driften, at det skal planlægges på mig, og hvis jeg ikke er i dagvagt, jamen så skal det planlægges i aftenvagt, men på min rute, så jeg får mulighed for at køre ud og følge op på det sår igen. Men det er stadig **noget, vi kæmper med**, at prøve **at få planlagt sådan, at der kommer noget mere kontinuitet**.*

Denne analyse kan som nævnt ikke sige noget om graden af personkontinuitet eller manglen på samme, og at dømme ud fra sygeplejerskernes udsagn er der forskel på, hvor høj grad af personkontinuitet der er. Der er heller ikke noget entydigt mønster i forhold til kommunestørrelse: Således gav en sygelejerske fra en af de største kommuner i undersøgelsen udtryk for at opleve en høj grad af kontinuitet i borgerrelationer i et mindre geografisk område sammen med to andre sygeplejersker. Til gengæld oplevede hun ingen kontinuitet i forhold til samarbejdet med hjælpere og assistenter. Personkontinuitet handler således ikke kun om specialisering, mange deltidsansatte og vikarer. Det handler i høj grad også om lokal prioritering af emnet og følgelig om organisering, distrikter, områder, vagtplaner – og om noget så lavpraktisk som, hvordan kørelister udarbejdes. Er personkontinuitet en variabel, som systemerne og de planlæggere, der laver listerne, kan og skal prioritere?

Analysen kan pege på, at kombinationen af mange aktører og lav personkontinuitet er en af mest gennemgående temaer i de cases, de peger på som værende komplekse. Derudover kan den sige noget om, hvad sygeplejerskerne oplever, at lav kontinuitet fører til:

- øget koordineringsarbejde og ringere koordination
- øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på en borger.
- øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt
- mindre uddelegering ved lav kontinuitet i medarbejderrelationerne, fordi sygeplejerskerne føler sig for usikre på de forskellige hjælpere og assistenters kompetencer
- ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde.

Sygplejerskerne peger selv på, at "*kontinuitet er umuligt*", med mange deltidsansatte, vagtplaner, der skal gå op – samt friheden til at bytter vagter. Men ligesom der i sygehussektoren gennem de

seneste år er opstået krav om alt fra ”patientansvarlig læge” til ”personlig læge” – fordi der også her opleves et behov for, at nogen kender patienten, har tovholderansvaret og er kontaktperson – så mødes sygeplejerskerne også af de samme forventninger. De oplever, at mange, både samarbejdsparter, borger og pårørende, har en forventning om, at der er en konkret sygeplejerske tilknyttet en borger, som har overblikket, er tovholder, kender patienten (og de pårørende) og kan fungere som kontaktperson. Det oplever sygeplejerskerne, at såvel hospital som egen læge, borger og pårørende ofte forventer.

Diskussionen om personkontinuitet i sundhedsvæsenet er således ikke begrænset til sygeplejen i hjemmet. Den er en konsekvens af de udfordringer, som opstår, når organisatoriske systemer vokser og bliver mere uddifferentierede: Så bliver sammenhæng, overblik, koordination og kontinuitet voksende udfordringer. Der er ingen lette løsninger på dette dilemma, men to ting er væsentlige at pointere.

For det første er det vigtigt at være mere nysgerrig på, ***hvilke konkrete konsekvenser (lav) personkontinuitet har i praksis***. Ofte reduceres spørgsmålet om personkontinuitet til en form for serviceparameter – at kontinuitet er noget, som skaber tryghed og er rart for borgerne/patienterne, der gerne vil se et kendt ansigt i hjemmet eller til stuegangen. Men som analysen her peger på, så er mindre tilfredse borgere/patienter langt fra den eneste konsekvens af lav personkontinuitet. Listen her over viser, at det har indvirkning på alt fra kvalitet til ressourceforbrug.

For det andet peger alle på, at ’fuld kontinuitet’ er umuligt, men det ændrer ikke ved, at de oplevede gevinster ved blot marginale forbedringer opleves som store. Derfor er det vigtigt at være nysgerrig på praktiske strategier til, ***hvordan personkontinuitet kan øges*** – både i borgerrelationer og i medarbejderrelationer. Hvilken rolle spiller planlægningspraksis, hvilken rolle spiller organisering, og hvordan kan den fornødne fleksibilitet i forhold til skiftende behov for sygepleje og hjemmeplejeydelser på tværs af kommunen balanceres med borgeres og medarbejderes ønsker om øget personkontinuitet?

Personkontinuitet er et blandt mange hensyn, der skal tages i store driftsorganisation. Fleksibel og fuld udnyttelse af medarbejderstaben er en anden væsentlig prioritet, ensartethed i opgaveudførelsen, effektiv planlægning af køreruter, sikkerhed for, at ingen borgere bliver overset/glemt osv., er også prioriteter, men analysen kan give anledning til at overveje, om konsekvenserne af lav personkontinuitet måske undervurderes – både i relation til borgere, eksterne samarbejdsparter og interne medarbejdersgrupper imellem.

6.2 Systemer og kompleksitet

I sundhedsvæsenet findes mange typer af systemer. I denne analyse har sygeplejerskerne peget på tre typer af systemer i relation til kompleksitet: Dokumentationssystemer, kommunikationssystemer og planlægningssystemer.

6.2.1 Dokumentationssystemer og kompleksitet

Ud fra sygeplejerskernes beskriver og observation har dokumentationssystemer forskellige funktioner: Juridisk dokumentation og intern kommunikation.

Juridisk dokumentation: Sygeplejersker (og social- og sundhedsassistenter) har journalføringspligt[15]. Men det er ikke denne funktion der fylder, når sygeplejerskerne forholder sig til kompleksitet i relation til dokumentation.

For når sygeplejerskerne forholder sig til kompleksitet, så handler det i langt højere grad om ***dokumentation som intern kommunikation*** – At det, sygeplejerskerne skriver, skal kunne læses og forstås og være fyldestgørende og handlingsorienteret for andre. Således bliver dokumentation til et redskab til kommunikation, koordination og skabelse af kontinuitet i sygeplejen:

> *Hvis man skal sikre **kontinuiteten**, så fordrer det bare en afsindigt god **dokumentation**. Vi har talt meget om det internt – fx når man skriver, 'husk at observere i næste vagt' – hvad er det så, jeg skal observere? Og hvad er det, jeg skal handle på, hvis der sker det og det? Jeg tror, man skal **kigge mere indad som sygeplejerske** og tænke: Når jeg læser det her, er det så klart, at man skal gøre sådan og sådan? Så den næste ved, hvad hun skal handle på i den næste vagt. Man skal **tænkte skridtet videre: Hvad er det, der skal handles på, og hvordan?** Så kan man **sikre kontinuiteten i behandlingen og plejen**. Men det tager **tid**. Jeg tror bare, det er vigtigt, at vi tager den tid til det for at sikre kontinuiteten.*

Det, sygeplejerskerne trækker frem i drøftelsen af dokumentation i relation til kompleksitet, er primært oplevelser af uensartet eller manglende dokumentation. Nogen peger på tid som årsagen. Andre peger på prioritering – det at skrive prioriteres lavere end mange andre opgaver. Andre igen peger på kompetencer – at sygeplejerskerne faktisk som oftest dokumenterer, men at det, der dokumenteres, ikke nødvendigvis fungerer særlig godt som kommunikation til at understøtte koordinerede forløb. En sygeplejerske kommer med et eksempel:

> *Jeg er dokumentionsfreak, og det er ikke så lang tid siden, jeg har gået i skole, og vi er blevet pisket med **dokumentation**, **planer** og **mål**. Jeg tager det op, og vi snakker rigtig meget om det i gruppen, når jeg bliver sendt ud for at overtage en opgave fra andre, og jeg intet aner om, hvad det er jeg skal ud til, for der er **ikke blevet dokumenteret**. Der er en eller anden ydelse, men der står ikke noget notat om, hvad de har lavet, eller nogen plan eller mål med, hvad det er, vi skal gøre. Jeg ved ikke, hvor jeg skal tage det fra, for der står ikke noget.*

Når mange er involveret i et forløb, og når personkontinuiteten kan være lav, så bliver det kommunikative aspekt af sygeplejerskernes dokumentation væsentligere, end det måske har været tidligere. For eksempel gør flere opmærksom på væsentligheden af, at dokumentationen ikke bare skal sikre kontinuitet, men også ***koordination, overblik og rollefordeling*:**

> *Vi er blevet bedre til at bruge fokusområderne i relation til fx et sår, et kateter. Hvis de fx bliver fulgt på et sårambulatorium eller et urologisk ambulatorium, så få sikret, at vi får **skrevet, hvor hovedansvaret ligger**, og et telefonnummer, og være **helt klare på: Hvad er planen?** Det hjælper rigtig meget, særligt for sådan en som mig, som ikke kører i noget område, men er springersygeplejerske. Og når forløb de kører, så er det fordi, der ligger nogen **helt klare retningslinjer for, hvem har ansvaret**, hvem kan jeg **kontakte**, og hvad **planen** med den behandling, vi er i gang med at udføre, er, og **alle ved, hvad de skal**.*

---

[15] Journalføringspligten er beskrevet i Autorisationsloven (LBK nr. 990 af 18/08/2017), Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.) (nr. 1090 af 28. august 2016) samt Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (VEJ nr. 9019 af 15/01/2013).

Sygeplejerskerne er meget opmærksomme på at god dokumentation spiller en stor rolle i forhold til, om "*det kører*", eller det bliver komplekst. Det fremgik også tydeligt af observationsdelen, at sygeplejerskerne bruger lang tid om morgenen på at læse kollegaers dokumentation som forberedelse til dagens besøg. En sygeplejerske berettede at hendes leder gennem en årrække havde bemærket over for hende: *"I gamle dage var I ude af døren kl. 7.45 – i dag sidder I og læser til 8.30".* Og det var også tydeligt under observationen, at det, der var dokumenteret, i en del tilfælde ikke fungerede optimalt for de sygeplejersker, som skulle ud til borgerne den dag. Og at det både var medvirkende til at generere kompleksitet, og at det kostede tid. Når dokumentationen er mangelfuld forsøgte sygeplejerskerne i flere tilfælde at finde andre kilder – spørge rundt, slå op i andre systemer – eller simpelthen spørge borgerne eller deres pårørende, hvad deres kollegaer tidligere har sagt og gjort.

På spørgsmålet om, hvilke kompetencer den kommunale sygepleje havde allermest brug for, svarede en sygeplejerske med årelang erfaring fra et Universitetshospitals akutområde meget prompte: "*At blive bedre til at dokumentere*", og tilføjede senere, "*Vi kan godt lidt have en tendens til at starte med farven på sengetøjet!*". Igen er det vigtigt at tage sådanne udtalelser for det, de er: En enkelt sygeplejerskes personlige vurdering. Denne analyse kan ikke anvendes til at sige noget generelt om kvaliteten eller forekomsten af sygplejerskers dokumentation, men den kan sig noget om, hvilken rolle dokumentation spiller i forhold til kompleksitet og de to relaterede temaer: kontinuitet og koordination i forløb.

6.2.2 Kommunikationssystemer og kompleksitet

Når man observerer en sygeplejerskes arbejdsdag, er det tydeligt, at hun benytter sig af mange forskellige former for kommunikationssystemer. Sygeplejerskerne skriver **elektroniske beskeder** både til hinanden, til hjemmeplejen, til andre i kommunen, til egen læge, hospital, osv. Men der findes et væld af andre kommunikationssystemer: Sygeplejerskerne **ringer** – og der bliver ringet til dem. De **skriver i hånden** i bøger, mapper og papirer hos borgerne, de lægger papirslapper og post-its til andre, og de sætter en seddel op på skabet lige over vasken, hvor sondemaden gøres klar ude hos en borger for at sikre kommunikationen med den næste, der kommer, i håbet om, at det ikke kan overses. Sygeplejerskerne **taler** selvfølgelig også med hinanden og andre medarbejdere – om morgenen inden de kører ud, på fælleskontorerne og over frokosten. Alt sammen udgør det kommunikationssystemer.

Der kommunikeres – og koordineres – rigtigt meget, og rigtig meget af kommunikationen lykkes og fungerer. Udfordringen opstår ofte i relation til **uklarhed og usikkerhed**. Kan jeg være sikker på, at det her bliver læst, og at der bliver handlet på det? Hvis jeg stiller et spørgsmål eller sender en besked til nogen – hvem følger så op på det, når/hvis der kommer svar?

Derfor kunne der under observationen også ses flere eksempler på, at sygeplejersker **benytter flere forskellige kommunikationssystemer om det samme** for at være mere sikre på, at opgaver koordineres, overdrages og følges op på. De skriver det både i omsorgssystemet og taler med den kollega, de gerne vil overbringe noget til. De sender en mail til tredjepart i en helt anden del af kommunen eller sundhedsvæsenet, dokumenterer det i omsorgssystemet og skriver det på en gul lap til sygelejerskerne i aftenvagten, og sender en advis om det samme osv. Listen af eksempler er lang.

Det, sygeplejerskerne kan opleve som komplekst, er at navigere i kommunikationssystemer, hvor der nogen steder ofte opstår uklarhed og usikkerhed – og derfor bruges flere systemer og kanaler ofte parallelt. Dette handler ikke kun om uklarhed. Det handler også om, at flere af sygeplejerskerne

gav udtryk for, at skriftlig kommunikation – som ved fx dokumentation, anvendelse af henvendelsesblanketter og lignende – ikke altid opleves som hverken fyldestgørende eller effektivt til at skabe koordination og sammenhæng i forløb:

> *Jeg oplever, at **kommunikationen** ofte sker **på skrift**, og for mig er der stor forskel på vores måde at tale på og den måde, vi skriver på. Når vi taler, er vi mere sådan: Hvad mener du, og hvad mener jeg, og hvad kan vi blive enige om? Men jeg har en helt anden måde at formulere mig på, når jeg skal dokumentere noget skriftligt, og hvad bliver der i og for sig ment med det, der er skrevet? Det kan handle om alt fra sygehuset, der melder noget hjem til vores visitation, og de skriver det på én måde – men det bliver opfattet på en anden måde. Men hvis man **snakker sammen**, så kan man nemmere få spurgt ind til de små ting, man hører. Og det går tabt, når man skriver. Man får ikke spurgt til det, der står mellem linjerne.*

Forholdet mellem skriftlig og mundtlig kommunikation er også relevant i forhold til sektorovergangen ved udskrivning. Kommunikationen og koordinationen i forbindelse med udskrivning er et problemområde, der længe har været kendt. Der har været mange projekter og tiltag: Fremskudt kommunal visitation på hospitaler, diverse følge hjem- eller ringe hjem-ordninger, udskrivningssamtaler og ikke mindst de fælles rammer, der aftales inden for hver region, såsom samarbejds- eller kommunikationsaftaler. Imidlertid er kommunikation og koordination i forbindelse med udskrivning stadig et område, som ofte afstedkommer udfordringer og genererer kompleksitet i forløb.

6.2.3 Planlægningssystemer og kompleksitet

Planlægningssystemer er afgørende i en kommune, fordi ydelserne skal gives i hjemmet 24/7/365, ingen må glemmes eller overses, logistikken er afgørende, opgaverne skal være fordelt hensigtsmæssigt, så den enkelte medarbejder kan nå dem i sin vagt, men heller ikke har unødig spildtid, og ydelser skal gives med et ensartet serviceniveau.

Planlægningssystemer er en samlet betegnelse for den kæde, der gør, at oplevede behov bliver vurderet, omsat til ydelser, som kan tidsfastsættes og kobles til bestemte arbejdsfunktioner, der igen besættes at skiftende personer.

I en kommune er hjemmesygeplejerskernes arbejde – ligesom hjælpernes og assistenternes – opgjort i ydelser, og hvor nogen har rettigheder til at oversætte et oplevet behov til ydelser, som andre igen via planlægningssystemer disponerer til de forskellige borgere og kobler til konkrete funktioneres køreliter. I nogen kommuner er sygeplejerskerne selvvisiterende, i andre sidder en central visitation og foretager visitationen (bevillingen) af sygeplejeydelserne. Akutsygeplejerskerne adskiller sig ved stort set ingen faste patienter at have, og ved at deres kapacitet er væsentligt mere fleksibel end hjemmesygeplejerskernes.

Det, der opleves som komplekst i relation til planlægningssystemer, handler ofte om tid og tempo – systemet med dets mange led er grundlæggende set ikke designet til at handle hurtigt på ustabile patienter, som beskrevet i afsnit 4.4, side 27. Systemerne er bl.a. designet til at sikre ensartede serviceniveauer i organisationer med mange decentrale medarbejdere, der leverer ydelser i borgernes hjem. Således er det, der i kommunerne kaldes kvalitetsstandarder på dette område, beskrivelser af serviceniveauer. Og når ydelserne til borgerene skal leveres i hjemmet, er det nødvendigt at vide, at man med de medarbejdere, der er til rådighed, kan nå at komme i alle hjem i en vagt, og nå de opgaver, som der er visiteret til. Det har medvirket til at skabe et behov for at tidsfastsætte ydelserne.

Denne virkelighed er fundamentalt anderledes end på et hospital, hvor der kan ske koordinering og (om)fordeling af opgaver løbende, og hvor alle – såvel medarbejdere som patienter – er inden for relativt kort rækkevidde. Men når ydelserne foregår i hjemmene, så bliver behovet for planlægningssystemer helt anderledes. Og i takt med at flere borgere i eget hjem er ustabile, og der skal kunne ændres hurtigere på ydelserne, beskriver sygeplejerskerne, at planlægningssystemerne – med de led, der indgår i dem – er med til at gøre det komplekst for sygeplejerskerne. Det var det, vi så tidligere i afsnit 4.4 side 27 om uforudsigelighed og ustabile borgere, og hvor netop det at komme hurtigt gennem hele planlægningssystemet var et af de forhold, sygelejerskerne trak frem som værende afgørende for håndteringen af de ustabile borgere. Således er akutteams også placeret uden for de planlægningssystemer, som gælder resten af hjemmeplejen, fordi planlægningssystemernes primære formål er at sikre ensartet, jævn og sikker drift med så stor kapacitetsudnyttelse som muligt.

Et andet aspekt af planlægningssystemer er belyst via citaterne i afsnit 6.1.2 side 51 om kontinuitet. Sygeplejerskerne oplever, at den måde, planlægningssystemerne fungerer på i praksis, kan medvirke til at generere organisatorisk kompleksitet, fordi systemerne generelt set ikke opleves at være designet til at prioritere personkontinuitet. Derfor sås også en del eksempler – både under observation og interview – på, at sygeplejerskerne forsøger at ændre eller justere på det, planlægningssystemerne producerer ved at flytte rundt på opgaver, kørelister og borgere, så der opnås lidt højere personkontinuitet.

6.3 Uklarhed og usikkerhed om arbejdsgange og kompleksitet

Med et stigende antal aktører, faldende kontinuitet, flere dokumentations-, kommunikations- og planlægningssystemer vokser kompleksiteten i de organisatoriske systemer, sygeplejerskerne er en del af. Men kompleksiteten handler ikke kun om, at systemerne vokser. Det handler også om, måden de er organiseret på. Såvel observation af sygeplejerskernes hverdag som interviewene rummer eksempler på, at sygeplejerskerne oplever uklarhed og usikkerhed i forhold til organisatoriske forhold. Kan en sygeplejerske sætte et ”§2-besøg” i værk, og i så fald hvordan? Hvordan bestiller man et bestemt hjælpemiddel – skal man ringe eller skrive, og i så fald til hvem og hvad leveres hvornår? Og er det overhovedet noget sygeplejerskerne selv kan bestille? Hvordan skal redskabet TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom) egentlig bruges – og *skal* det bruges? Osv.

Der er tale om mange og forskelligartede forhold, som har det til fælles, at sygeplejerskerne under observation og i interview beretter, at de kan være i tvivl om, hvordan arbejdsgange fungerer, og følgelig kan de blive usikre på, hvordan en proces forløber. Ikke kun processer og arbejdsgange, de har brug for en gang i mellem – men arbejdsprocesser, som ligger inden for sygeplejen, som de nævnte eksempler herover. En sygeplejerske forklarer, hvordan hun oplever det:

> *Jeg synes helt klart, det med **uklare arbejdsgange**, og hvem man skal kontante, det er noget, der fylder i hverdagen. Så er der **skiftet kommandoveje**, eller nu skal det ikke gøres sådan, som det var tidligere, så er der **nye procedurer**, og så er der **cuttet i telefontider**, eller også skal man ind og skrive en lang formular. Det fylder, og det er hver dag.*

Men samlet set oplever sygeplejerskerne – med varierende intensitet – at de organisationer og systemer, de skal navigere i, på nogle områder fremstår uklare for dem. Ikke bare, når de kommer langt fra deres eget kerneområde, men også tæt på det. Særligt i relation til hjælpemiddelområdet var der mange sygeplejersker, som pegede på kompleksitet som følge af det, de oplevede som uklare, foranderlige arbejdsgange og processer:

*Jeg kan tage et eksempel, det kan være såresimpelt. Vi skal bare **bestille et hjælpemiddel** til en borger. Glem det! Sidst måned var det sådan her, jeg skulle bestille det, men nu er det ændret, og det er så sådan her. Og den besked har jeg så ikke fået om, at nu ser det sådan her ud, og jeg skal gøre sådan. Vi havde vores hjælpemiddelteam ude på vores personalemøde i går, og der var godt nok mange ahaoplevelser. Selv for sådan en som mig, der har været her i så mange år!"*

Samarbejdet med hjælpemiddelområde gik som sagt igen på tværs af interview, og om det skyldes uklare eller uhensigtsmæssige arbejdsgange eller dårlig kommunikation områderne imellem eller noget helt andet, kan denne analyse ikke afgøre. De kan blot konstatere, at udfordringerne på netop dette område går på tværs af flere kommuner.

Flere beskriver en også oplevelse af, at det ud over uklarheden også handler om, måden og tempoet forandringer eller nye tiltag bliver implementeret i:

Der bliver sat så mange skibe i søen, og der bliver sagt, at det er så enkelt at gøre. Fint nok: Men der er bare 20 ting, som er enkle at gøre! Og så er det bare ikke enkelt at gøre mere. Det er ikke fordi, vi ikke kan det, det er ikke, fordi det er svært, men det bliver bare lidt meget.

Igen må det understreges, at en analyse baseret på observation og interview ikke kan konkludere noget generelt om, hvordan det står til med implementering og forandringstempo i sygeplejerskernes organisationer. Men den kan påpege, at sygeplejerskerne generelt har en oplevelse af, at der er en del – nogen steder betydelig – organisatorisk uklarhed for dem, og at utydelig og manglefuld implementering trækkes frem som en af de væsentlige årsager til det. Dette er også med til at generere organisatorisk kompleksitet for sygeplejerskerne – det bliver sværere for dem at navigere i systemerne på en hurtig, effektiv og ensartet måde.

6.4 Når organiseringen matcher komplekse opgaver

Der har i dette kapitel været fokus på en række organisatoriske forhold, som sygeplejerskerne oplever skaber kompleksitet. Når sygeplejerskerne beretter om kompleksitet, så handler det ofte om opgaver, der af den ene eller anden grund er svære at løse, og om forløb, de ikke kan få til at lykkes. Som dette kapitel har gjort klart, så skyldes det langt oftere en række forskellige systemiske og organisatoriske forhold, end det skyldes borgernes sygdom og sundhedstilstand.

Igen skal det understreges, at denne analyse ikke handler om gennemsnitlig kommunale sygepleje i hjemmet. Formålet er at blive klogere på, hvad kompleksitet er i den kommunale sygepleje. Så det kan ikke undre, at sygeplejerskernes fokus er på udfordrende, svære forløb, som naturligvis skaber et vist mål af frustration.

Men der var også enkelte eksempler på komplekse forløb, der lykkes. De terminale forløb er tidligere fremhævet som et område, hvor sygeplejerskerne oplever, at organiseringen omkring opgaverne fungerer bedre, hvor rammerne er klarere, og hvor prioriteringen af disse borgere også fremstår mere legitim for dem. Men der var også et andet eksempel på, hvordan forløb kan være, når organiseringen er klar og understøtter løsningen af komplekse opgaver, som både er ustabile, uafklarede og udvikler sig hurtigt – tilmed uden for dagtid. En akutsygeplejerske fortæller om et forløb:

*Det drejer sig om en mand der har en **hjernetumor**, der sidder i hans frontallap, og vi kender ham lidt i **akutteamet**. Han har så haft noget tics og nogen ufrivillige bevægelser,*

*og det var kommet i ansigtet også. Der havde været en **vagtlæge** kl. 16, der havde givet noget binyrebarkhormon, og så blev jeg ringet op kl. 18 af en **assistent**, som gerne ville have mig ud og vurdere ham. Hun havde ringet til vagtlægen igen, og borgeren havde det stadigvæk skidt. Det første, jeg gjorde, var at **ringe** til den vagtlæge for at høre, hvad det helt præcist var, han ville have mig til, og **vi blev enige om**, at jeg skulle gå ud og vurdere ham alment. Så det gjorde jeg.*

*Jeg havde ikke noget fokus, og jeg vidste ikke, om det var noget cerebralt, eller om han havde en infektion. Han lå og var så febril, at **han ikke kunne fortælle mig noget**, og han kunne ikke være en del af udredningen. Jeg skulle selv finde ud af det sammen med personalet på stedet. Men jeg vidste, at han var tidligere kendt med noget infektion, hvor han godt kan reagere lidt anderledes. Og det viste sig også, at hans infektionstal var langt over, hvad min maskine overhovedet kunne måle. Så i stedet for, at det var noget cerebralt med ham, så var det nok hans infektion, der gjorde, at han havde det skidt. Så skulle jeg have fat i vagtlægen, som havde sendt mig ud og sige, at jeg tror måske det er hans infektion. Og vi blev enige om, at vagtlægen skulle lave en henvisning til **klinik for ældresygdomme** på [et hospital, red.], så de kunne **starte antibiotikabehandling op i eget hjem**. Jeg **har, hvad jeg skal bruge** til det, med i bilen, så jeg starter ud kl. 18.30, da jeg har lavet mine undersøgelser, og vi får lagt et venflon og taget de blodprøver, der skal til, og får givet ham første dosis.*

*Men det er så midt i et **vagtskifte**, og jeg har en **kollega**, der skal der ud kl 19, og hun skal sættes ind i opgaven, for hun skal så gøre det sidste. Og inden da skal der også være en **koordinering** med **klinik for ældresygdomme**, for nu er det dem, der har forløbet, så der skal laves en aftale om at få en læge ud og kigge på ham i dagtiden, for nu er det på baggrund af min vurdering, at han er startet op i antibiotikabehandling. Samtidig skal vi have **koordineret med os selv**, at få TOBS'et og fulgt op på behandlingen.*

*Der er så **mange aktører** i den her opgave, og jeg skal hele tiden have **overblikket**, men jeg skal jo have det **uddelegeret**, for vi bliver jo ikke i situationen [fordi hun er akutsygeplejerske, red.]. Jeg skal jo sikre mig, at der bliver fulgt op på de ting, der skal følges op på. Men det her, det er et eksempel på, når det lykkes.*

Sygeplejersken i dette eksempel blev bedt om selv at komme med at bud på, hvad der karakteriserer de komplekse for løb, hvor hun oplever, at tingene lykkes. Hendes svar var:

*Der er en eller anden **struktur omkring mig, der gør, at jeg ved, at jeg kan skaffe den hjælpe, jeg har brug for**. Det må gerne være uforudsigeligt, men så skal jeg have **nogen redskaber, jeg kan agere med.***

Sygeplejersken påpeger noget centralt: Udfordringerne opstår ikke som direkte følge af komplekse uforudsigelige opgaver. Der opstår organisatorisk kompleksitet, når sygeplejerskerne ikke "*kan skaffe den hjælp, hun har brug for*", og ikke har "*nogen redskaber, de kan agere med*". Men det er også værd at bemærke, at casen, der lykkes, udelukkende handler om medicinsk kompleksitet. En akut dårlig uafklaret borger skal håndteres i hjemmet i vagttiden. Der indgår ingen yderligere social kompleksitet i denne case, og det er også værd at bemærke, at der er tale om en akutsygeplejerske, som ikke har nogen køreliste, men har stor fleksibilitet i forhold til hendes opgaveløsning og flere muligheder end en hjemmesygeplejerske.

Slutteligt skal det understreges, at denne analyse ikke er sundhedsfaglig og således ikke forholder sig til det diagnostiske og behandlingsmæssige indhold i forløbet. Den forholder sig udelukkende til,

at sygeplejersken oplever, at organiseringen matcher opgavernes kompleksitet, så forløbet lykkes – på trods af, at det sker i aftenvagt, at vagtlæger er involveret, at der er en hospitalsenhed, som skal overtage et behandlingsansvar og følge op, at der skal koordineres med og uddelegeres til andet kommunalt personale – assistenten der tilkaldte sygeplejersken og sygeplejens egen kollega – og på trods af at der er brud på personkontinuiteten, for midt i det hele er der et vagtskifte. Organiseringen kan således medvirke til at få komplekse forløb til at lykkes, hvis de matcher opgavernes kompleksitet.

6.5 Opsamling: Organisatorisk kompleksitet

Organisatorisk kompleksitet er væsensforskellig fra de to øvrige former for kompleksitet – den medicinske og den sociale – i og med at organisatorisk kompleksitet ikke udspringer af forhold, relateret til borgernes sociale eller medicinske situation.

Organisatorisk kompleksitet udspringer af en lang række forhold, der vedrører hele det social- og sundhedsvæsen, som grundlæggende set er sat i værk for at hjælpe borgerne. De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (antallet af) aktører, fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. De handler om kontinuitet – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om systemer til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om arbejdsgange, som kan være mere eller mindre klare, mere eller mindre implementerede.

Sundhedsvæsenet vokser, ikke mindst i kommunerne. Flere enheder, teams, funktioner og midlertidige projekter opstår, og set over en længere årrække oplever mange af sygeplejerskerne med høj anciennitet, at der kort sagt bare er langt flere aktører, som potentielt set er inde over en borgers forløb. Både fordi der er flere – men også, fordi vi kan behandle langt mere end tidligere. Det øgede antal af aktører er en af de væsentligste faktorer, som sygeplejerskerne oplever skaber organisatorisk kompleksitet – fordi arbejdsdeling kræver koordinering. Det er her udfordringer opstår – og det er her, sygelejerskerne ofte oplever, at de ender med at stå med en opgave, som ikke altid er særligt klart defineret, og som de heller ikke altid har kompetencerne og den fornødne systemviden til at kunne løse[16].

Men behovet for koordination stiger ikke kun som følge af et stigende antal aktører og dermed en organisering – på tværs af sektorer, enheder og områder, som det bliver sværere og sværere for sygeplejerskerne at have overblik over. Det handler også om en oplevelse af, at flere opgave uddelegeres til andre medarbejdere, og dermed oplever sygeplejerskerne, at de får en mere koordinerende og mindre udførende rolle. Det kræver kompetencer at yde sygepleje på distancen – at lede en uddelegeret opgave frem for at gøre det selv. Både kommunikative og ledelsesmæssige kompetencer. Dette er ikke at forveksle med personaleledelse, men sygelejerskerne skal i dag kunne lede og tage ansvar for forløb, hvor de ikke selv udfører opgaverne – og det kræver ledelsesmæssige kompetencer.

Endelig stiger behovet for koordination, fordi sygeplejerskerne oplever, at graden af personkontinuitet falder eller blot er meget lav. Både deres egen og de øvrige hjælpere og assistenters kontinuitet

[16] Den samme pointe ses i afrapporteringen af sundhedskartellets uddannelsesprojekt "Sundhedsvæsenet er i sig selv et særdeles komplekst og sammensat system – en karakter, der kun synes at vokse i takt med udviklingen af nye former for tjenester og services, men også i takt med internationalisering samt de stadigt mindre faste grænser mellem sektorer og mellem sundhed og socialområde og arbejdsmarkedsområde. Det kan derfor være vanskeligt at forstå, hvordan det samlede sundhedssystem "virker", og hvordan de vigtigste drivere virker ind på systemets dynamik og udvikling. Der kan være gode grunde til på sundhedsuddannelserne at opprioritere indsigt i eller viden om sundhedssystemets virkemåde." (Implement/AAU 2014).

i relation til de enkelte borgere, men også kontinuiteten i relationen mellem sygelejersker og grupper af hjælpere og assistenter. Der var variation på dette område – i nogle kommuner oplevedes en meget lav grad af personkontinuitet, i andre var oplevelsen, at kontinuiteten var højere, men fælles var, at sygeplejerskerne lagde meget stor vægt på værdien af en af øget personkontinuitet i relation til borgere såvel som medarbejdere. Det skyldes, at sygeplejerskerne oplever, at lav kontinuitet fører til øget koordineringsarbejde og ringere koordination, øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på en borger, øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt, ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde omkring borgere, idet ingen rigtigt kender en borger, hvis personkontinuiteten er lav. Det fører også til mindre uddelegering, når der er lav kontinuitet i medarbejderrelationerne, fordi sygeplejerskerne selv påpeger, at de føler sig for usikre på de enkelte hjælpere og assistenters kompetencer, når de ikke kender dem. Og sygeplejerskerne oplever også et øget pres både samarbejdsparter, borger og pårørende, der har en forventning om, at der er en konkret sygeplejerske tilknyttet en borger, som har overblikket, er tovholder, kender patienten (og de pårørende) og kan fungere som kontaktperson. Det er klart, at en lav grad af personkontinuitet kalder på meget stærke koordinerende, herunder kommunikative, kompetencer. Sygeplejerskerne peger selv på, at det stiller store krav til deres dokumentation, og at den kan være med til at sikre kontinuitet i forløb, hvor personkontinuiteten er lav. Men det er et åbent spørgsmål, i hvilket grad vejen frem er flere koordinerende kompetencer, eller om vejen frem snarere er en ledelse, styring og organisering af sundhedsvæsenet, ikke mindst det nære sundhedsvæsen, hvor personkontinuitet prioriteres på en hel anden vis. Fuld kontinuitet i alle relationer er utopi. Men selv marginale forbedringer vil reducere den organisatoriske kompleksitet.

Organisatorisk kompleksitet udspringer også af de systemer og arbejdsgange, der anvendes – og graden af (u)klarhed omkring dem – både dokumentations-, kommunikations- og planlægningssystemer. Dokumentation har flere formål – både at sikre den lovpligtige dokumentation af forløb, men i høj grad er dokumentation et kommunikationsredskab, som bliver mere og mere afgørende ved lav personkontinuitet. Det, sygeplejerskerne trækker frem i relation til dokumentation, er primært oplevelser af uensartet eller manglende dokumentation. De ser forskelligt på årsagerne. Nogle peger på tid, som årsagen. Andre peger på prioritering, fordi det at skrive prioriteres lavere end mange andre opgaver. Andre igen peger på kompetencer: at sygeplejerskerne som oftest dokumenterer, men at det, der dokumenteres, ikke nødvendigvis fungerer særlig godt som kommunikation til at sikre koordination i forløb. Denne analyses empiriske grundlag kan ikke bruges til at fastslå, hvad årsagerne er. Den må nøjes med at konstatere, at sygeplejerskerne selv oplever, at uensartet og manglende dokumentation er en udfordring – og de tre dages observation understøtter dette: De bød alle på udfordringer med netop dette tema.

Endelig sås et tema relateret til uklarhed og usikkerhed omkring arbejdsgange helt generelt. Organisationerne vokser og bliver mere uddifferentierede, nye teams, enheder og projekter opstår, og procedurer, snitflader og arbejdsgange ændres. I takt med denne udvikling bliver det også sværere for medarbejderne at bevare overblikket over deres egen organisation, dens funktionsmåder og arbejdsgange, men også overblikket over relevante samarbejdsparters organisering og arbejdsgange. Dette kalder i høj grad på kompetencer – men primært på ledelsesmæssige kompetencer i forhold til implementering, samt effektiv, sikker og relevant spredning af organisatorisk viden.

7 Intermezzo: Hvad er sygeplejerskernes opgave?

Inden det afsluttende konklusionskapitel præsenteres her en diskussion af et centralt tværgående tema i analysen: Hvad er sygeplejerskernes opgave egentlig? De cases, som er anvendt – særligt i kapitel 5 (side 32) om social kompleksitet – bærer præg af, at sygeplejerskerne løser en række opgaver, som ikke altid er direkte sygeplejefaglige, og som ofte ligger ud over de ydelser, der er visiteret. Denne analyses formål er ikke at forholde sig kvantitativt eller normativt til dette – og dermed vurdere, hvor ofte det sker, eller hvorvidt det er hensigtsmæssigt. Formålet er udelukkende at få viden om sygeplejerskernes perspektiv på dette.

Det kan måske overraske, at en sygeplejerske bruger en halv dag på at finde ud af, hvad hun skal gøre med en indlagt borgers hund, en anden bruger tid på at forsøge at finde ud af, hvad man mon kan gøre i forhold til et lille barn, som forældrene ikke magter, fordi moren er terminal kræftpatient, og faren i dyb krise, og en tredje forsøger at fylde et køleskab, et køkken og til dels også en lejlighed hos en nyankommet flygtning. Rækken af eksempler på opgaver, der søges løst, men som ikke er på sygeplejerskernes kørelister, er lang og varieret.

Sygeplejerskernes egne forklaringer på dette er ofte, at de har en oplevelse af, at hvis ikke de handler, så er der risiko for, at der slet ikke bliver handlet på det, de mener kræver handling. Denne analyse kan ikke afgøre, om det forholder sig sådan. Men sygeplejerskernes har en oplevelse af at have *"set noget"* og tænkt: *"og hvis jeg lukker døren og går, hvad sker der så?".* Ofte kæder de det sammen med det vilkår, at de arbejder i hjemmet, og de oplever en stor forskel på at lukke døren til en firsengsstue på en specialiseret afdeling, og at lukke døren til et hjem, hvor der måske ikke kommer andre end dem, eller hvor de er højeste kompetenceniveau i hjemmet. En sygeplejerske forklarer, hvordan hun oplever det:

> *Jeg har været på hospital i 22 år, og der har vi skyklapper på. Inde på sygehuset er det meget mere skåret ud i pap, at her tager vi os af så og så meget af kroppen, og hvad der er med resten af din krop, det må du gå til din egen læge med. Men det gør man altså ikke ude i hjemmeplejen. Det er fra top til tå. Der skal jeg se på det hele menneske og, hvordan de fungerer i en hverdag, og forholde mig til, hvordan hjælper jeg dig bedst.*
>
> *Det kan også være komplekst i sygehusregi, men der ved jeg bare præcist, hvem der har ansvaret, hvem jeg skal ringe til, hvem jeg skal kontakte. Jeg ved præcis, hvad jeg skal gøre, hvis den her patient bliver dårligere. Det ved jeg ikke altid, når jeg står ude i et hjem. Det er noget med: Hov, nu har vi en borger, der er kommet på aflastning – hvem tager sig så af den hund? Eller: Hvad med det barn, jeg mødte, da jeg var ude og besøge en ældre dame. Jeg kunne jo se, at det barn, hun havde det helt vildt dårligt – er det så min opgave at tage mig af det barn der? Hvem skal jeg ringe til i det tilfælde?* ***Der kommer så mange andre ting ind over hele tiden.*** *Der er en uforudsigelighed, man hele tiden skal forholde sig til. På sygehuset er det også en patient, der kommer ind. I hjemmesygeplejen ser du patienten i deres egne omgivelser. Der er alle de her parametre: Der er manden, der er hunden, der er børnene, der er katten. Jeg har en kollega, der har adopteret en fugl: Borgeren er indlagt, og hvad skulle hun gøre med fuglen? Skal man bare lukke døren?*

Sygeplejerskerne i denne analyse giver ikke udtryk for, at de har svært ved at *udføre* deres sygeplejefaglige opgaver. Men de forløb, de oplever som komplekse, er kendetegnet ved, at de ofte har sværere ved at afgrænse deres opgaver i dem. De får, tager, tildeles, glider ind i en lang række koordinerende, organiserende, problemløsende opgaver, som vanskeligt lader sig afgrænse. De

ender ofte i det, de selv beskriver som en tovholderrolle. Og når den ikke er en del af de visiterede ydelser, hvad forklarer så, at de i case efter case ender op med den rolle? Mange af dem svarer noget i retning af denne sygeplejerske:

> *Det er måske også noget med **vores faglige identitet.** Vi tager måske også nogen gange nogen opgaver til os, som vi ikke er tillagt, men vi har svært ved bare at acceptere, at det her kan vi ikke gøre noget ved. Vi er nødt til at finde nogen løsninger på de her ting.*

Andre forholder sig også til det, som disse tre citater viser:

> *Den der **tovholderrolle**, den er vi jo opdraget med. Det har vi jo lært som elever på sygehuset. Det er jo os, der skal stå der, inden lægen kommer, og være parat og være tovholder og have stillet de rigtige spørgsmål til patienten. Det er jo noget, vi er opdraget med. Det kan godt være, at det ikke ligger i vores jobbeskrivelse, men det er noget, der forventes af os. Også fra alle dem, der er rundt omkring os.*
>
> *Nogen gange er det også som om, **vores område det ikke er så afgrænset**. En socialrådgiver har ligesom en kasse, hun arbejder inden for. Hun går ikke ud over kassen. Men vi er ikke så afgrænsede med hensyn til, hvad det er, vi skal tage os af. Det gør det svært, og der bliver mange ting, vi kommer til at tage os af.*
>
> ***Alle bliver frustrerede, hvis sygeplejersken vil ramme sit funktionsområde ind** og sige, hvad vi gør, og hvad vi ikke gør.*

Sygeplejerskerne oplever således i mange af de tilfælde, hvor det bliver komplekst, at deres opgaver "*ikke er så afgrænsede*" og ikke er "*rammet ind*". Til gengæld oplever de ofte, at andre enheders, sektorers og medarbejderes opgaver er klarere afgrænset. Men sygeplejerskerne efterlyser ikke mere afgrænsning – for det er tydeligt at se, at de ender med de uafgrænsede, ikke-indrammede opgaver alligevel. Om det skyldes fagidentitet, uddannelsen, bekymringen for, hvad der kan ske, hvis de ikke gør, eller noget helt andet, kan denne analyse ikke afgøre.

Når sygeplejerskerne ofte ender i en koordinerende tovholderrolle – også i de hjem, hvor de ikke har den rolle formelt set – så handler det også om, at de oplever, at andre forventer det af dem. Sygeplejerskerne oplever, at hjælperne og assistenterne går til sygeplejerskerne med de opgaver og udfordringer, der ligger uden for deres egne ydelser, og ikke til deres egen leder. De oplever, at egen læge ønsker at tale med "hjemmesygeplejer*sken*", og det samme gælder hospitalet, de pårørende og mange andre.

Sygeplejerskerne er ofte det højeste kompetenceniveau, som kommer regelmæssigt i hjemmet. Læger og hospitaler er noget, vi som borgere oftest besøger for kortere eller længere tid. Her ser man ikke hjemmet og dermed heller ikke nødvendigvis de mange andre udfordringer, som sygeplejerskerne oplever kræver løsning, håndtering, at "*nogen tager ansvar*", som de ofte formulerer det. Derudover oplever sygeplejerskerne oplever, at når læger i nogen tilfælde modarbejder dosisdispensering, så handler det om ikke altid om selve medicinadministrationen, men snarere om, at lægen gerne vil have, at der kommer en sygeplejerske i hjemmet:

> *Lægerne sender os også ofte ud og vil ikke have dosisdispensering, for så kommer vi i det mindste en gang i mellem ud og ser hans patienter.*

Dette er helt parallelt med det, sygeplejerskerne selv fortæller, at de også gør i flere cases: Holder fast i manuel medicinadministration, fordi de er bekymrede for, hvad der sker, hvis der ikke kommer

en sygeplejerske i hjemmet. Der ligger ingen kritisk undertone i deres påpegning af, at de praktiserende læger gør det samme. Alligevel frustrerer det dem, at rollen og opgaverne er uklare, og at de ofte står med mere eller mindre socialfaglige opgaver, de har svært ved at afgrænse, uddelegere, løse eller inddrage andre i at få løst:

> *Når man bliver udskrevet til medicinadministration – det er jo det mindste af det. Der er jo også en forventning om, at **'vi vil gerne have dine øje på, hvad det er, der sker i det hjem'**. Det er bare **under dækket af panodil og vitaminer**. Måske skal vi bare kalde en spade for en spade, og så var det måske ikke min opgave, men i stedet en socialrådgiver, der skulle ud i de hjem.*

At de koordinerende tovholderopgaver fylder meget for sygeplejerplejerskerne i relation til kompleksitet er tydeligt, og at de føler, det er svært at afgrænse deres opgaver er også tydeligt, hvilket såvel observation som interview kan bekræfte. Sygelejerskerne laver mange andre opgaver end dem, der står på deres køreliste eller er defineret i kommunens ydelseskatalog.

Samlet set peger empirien på, at sygeplejerskernes kerneopgaver er i udvikling, men at det ikke nødvendigvis er så tydeligt, hvad det er for en udvikling, og hvad den egentlig betyder for sygeplejerskernes rolle, funktion og ikke mindst deres kompetencer. Denne samtale mellem en gruppe sygeplejersker illustrerer dette:

> *I min kommune har vi talt meget om, hvad sygeplejerskernes **kerneområder** egentlig er. Der var ikke noget entydigt svar. Men det er vel at yde **omsorg**?*
>
> *Jeg ved det ikke længere - jeg ser egentlig mere mig selv i den der tovholderfunktion.*
>
> *Men omsorgen er da baggrunden for din tovholderfunktion?*
>
> *Jooh. Men **jeg er ikke udfører af plejen.** Det får jeg jo nogen hjemmeplejere til at gøre.*

Sygeplejerskerne ser forskelligt på, hvad deres kerneopgaver er. Der opstår et fagligt dilemma for dem i spændfeltet mellem på den ene side at være den, der yder omsorg (pleje og behandling) direkte til en borger, og på den anden side, at være den koordinerende tovholder i forløb, hvor en lang række andre medarbejdere kommer i hjemmet, og en lang række eksterne også er involveret – særligt fordi fagidentitet, forventninger, ydelser og organisatoriske rammer ikke altid understøtter hinanden og dermed skaber krydspres i sygeplejerskernes hverdag.

8 Konklusion

Formålet med denne analyse er (1) at generere ***konkret viden om kompleksitet i den kommunale sygepleje***, set fra sygeplejerskernes perspektiv: Hvordan kommer kompleksitet til udtryk i sygeplejerskernes hverdag, hvilke udfordringer giver det sygeplejerskerne i kommunerne, og hvordan håndterer sygeplejerskerne kompleksitet – hvilke dilemmaer og strategier kan iagttages? Og (2) at udvikle en ***mere nuanceret forståelse af kompleksitet i den kommunale sygepleje***, herunder af forskellige typer af kompleksitet, de drivere, der skaber kompleksitet, samt de kompetencemæssige behov, som forskellige former for kompleksitet skaber.

I dette kapitel præsenteres i afsnit 8.1 den samlede model over kompleksitet i den kommunale sygepleje, der samler op kapitel 3-7 og medtager de undertemaer, som er fremkommet via analysekapitlerne. I afsnit 8.2-8.4 opsummeres konklusioner i forhold til medicinsk, social og organisatorisk kompleksitet – både med hensyn til undertemaer, årsager og de konsekvenser for kompetencer, som denne analyse af kompleksitet kan pege i retning af. I afsnit 8.5 diskuteres forholdet mellem de forskellige former for kompleksitet.

8.1 En model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

Denne analyse har tegnet et billede af kompleksitet i de kommunale sygepleje ud fra observation af og interview med sygeplejersker. På den baggrund er der udviklet en model over kompleksitet i den kommunale sygeleje. Der er som nævnt ikke tale om en teori, men om en model, der opsummerer og systematiserer de temaer i relation til kompleksitet, som er fremkommet på baggrund af analysens empiriske grundlag. Det, som er medtaget i modellen, er de perspektiver, dimensioner, temaer og relationer mellem dem, som sygeplejerskerne har fremhævet. Modellen blev indledningsvist præsenteret i kapitel 3 side 17, og herefter er modellens tre dimensioner – medicinske kompleksitet, social kompleksitet og organisatorisk kompleksitet – udfoldet i de efterfølgende tre analysekapitler (kapitel 4-6). Herunder præsenteres modellen afslutningsvis.

Figur 8.1 Model over kompleksitet i den kommunale sygepleje

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af rapportens empiriske grundlag.

Den udvikling, der er sket i de kommunale sygeplejerskers virke, har konsekvenser for de kompetencer, de har brug for. Som analysen har vist, er der ikke entydighed eller enighed om, hvad sygeplejerskernes opgaver er eller bør være – hvilket fremgik tydeligst af intermezzoet i kapitel 7 om forskellige perspektiver på sygeplejerskernes opgave. Der er opstår et dilemma mellem på den ene side de konkrete ydelser på sygeplejerskeres kørelister – og på den anden siden den tovholderrolle og de koordinerende opgaver, der i mange tilfælde rækker langt ud over de afgrænsede sygeplejefaglige ydelser, der er visiteret til. Hvilke kompetencer, der er behov for, afhænger af, hvilken rolle og funktion sygeplejerskerne i kommunerne skal have fremadrettet, og det ligger uden for denne analyse at afgøre dette. Men analysen kan give en indikation af, hvilke konsekvenser de beskrevne former for kompleksitet har for kompetencebehovet. I de følgende afsnit om modellens dimensioner er konsekvenser for kompetencer derfor medtaget, idet det beskrives, hvilke typer af kompetencer de former for kompleksitet, som sygeplejerskerne har beskrevet, kalder på.

8.2 Medicinsk kompleksitet

Borgerens sygdom(me) kan rumme varierende grader af medicinsk kompleksitet, særligt relateret til multisygdom og polyfarmaci, instrumentel specialiseret sygepleje, terminale palliative forløb samt sygdomssituationer, som er præget af ustabilitet og uforudsigelighed. De ydelser, som sygeplejerskerne skal levere – ifølge ydelseskataloger og kørelister – er i al væsentlighed relateret til borgerens sygdomssituation.

I debatten omkring den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje, har der været et stort fokus på medicinsk kompleksitet, mere specifikt den del, som i analysens i kapitel 4 er benævnt instrumentel, specialiseret sygepleje. Denne analyse peger på, at medicinsk kompleksitet set i sygeplejerskernes perspektiv også handler om temaer relateret til multisygdom, terminale forløb, samt graden af ustabilitet og uafklarethed i forløb.

Sygeplejerskerne har dog generelt en tendens til *ikke* at betegne de udfordringer, de møder i relation til borgerens medicinske situation, som et udtryk for kompleksitet – men i stedet som "udfordringer". Det kan skyldes, at sygeplejerskerne – som sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen – har lettere ved at finde løsninger på de udfordringer, de møder af medicinsk karakter – end de udfordringer, de møder af social og organisatorisk karakter, jf. afsnit 4.5.

Dette betyder, at de udfordringer – og tilhørende kompetencebehov – som sygeplejerskerne oplever i relation til borgernes sygdomssituation, ikke let indfanges via en analyse med fokus på kompleksitet. For at illustrere kompetencebehovet og forekomsten af specialiseret sygepleje har analysen derfor inddraget data fra en nylig spørgeskemaundersøgelse, som viste, at næsten 1/3 af sygeplejerskerne varetaget specialiserede sygeplejeopgaver enten hver dag eller næsten hver dag, og at 60 % af disse selve mener, de mangler opgavespecifikke og/eller tværgående kompetencer for at kunne varetage specialiserede sygeplejeopgaver på et fagligt forsvarligt niveau, jf. afsnit 4.2. Det antyder, at der *er* behov for flere medicinske kompetencer inden for specialiserede områder, men det har ikke været et gennemgående tema i det empiriske grundlag for denne analyse. Det bør understreges, at denne analysens formål ikke har været at indfange sygeplejerskernes vurdering af deres eget kompetencebehov – i modsætning til den refererede spørgeskemaundersøgelse. Fokus har været deres oplevelse og forståelse af kompleksitet i sygeplejen. I denne analyse har sygeplejerskerne peget på et behov for *lettere adgang til specifik viden* og sparring i relation til enkeltborgeres behov for specialiseret og ofte instrumentel sygepleje. Behovet for kompetencer afhænger nemlig af volumen af en opgave, og det var baggrunden for, at sygeplejersker ofte lagde vægt på adgangen til specifik og relevant faglig sparring, viden og i nogen tilfælde også oplæring i relation til en konkret borgers behandling eller pleje – mere end de lagde vægt på behovet for generelle kompetencer inden for specialiseret sygepleje.

Endelig pegede nogle af hjemmesygeplejerskerne på behovet for kompetencer til at kunne vurdere mere ustabile, uafklarede og akut dårlige borgere i hjemmet. Akutsygeplejerskerne har ofte dette som en af deres kerneopgaver, men hjemmesygeplejersker oplever også, at de i stigende grad kommer i hjem, hvor sygere og mere ustabile borgeres situation skal håndteres, og hvor sygeplejerske skal vurdere, hvad der skal ske, og hvem der evt. skal inddrages. Denne udvikling har betydning for sygeplejerskernes kompetencebehov.

8.3 Social kompleksitet

Social kompleksitet opstår som følge af forhold relateret til borgernes livssituation, der ikke direkte er relateret til de medicinske udfordringer, der skal ydes sygepleje i relation til.

De aspekter ved borgernes livssituation, som sygelejerskerne i denne analyse har peget på ofte skaber social kompleksitet, er nedsat kognitiv funktion (fx som følge af demens eller senhjerneskade), psykisk sygdom, misbrug og social udsathed. Men det kan også handle om borgere med andet sprog eller anden kultur, som kan gøre det sværere for sygelejerskerne at kommunikere og samarbejde med borgerne, eller pårørenderelationer, som er konfliktfyldte eller på anden måde problematiske, fx i relation til børn i hjemmet.

Fællesnævneren for disse meget forskellige aspekter ved borgerens livssituationer er, at de ikke er den direkte årsag til, at sygeplejerskerne kommer i hjemmet, idet sygeplejerskernes opgaver typisk er relateret til somatisk sygdom eller medicinadministration. Men de kan generere social kompleksitet, fordi de kan påvirke borgernes mestringsevne og egenomsorg, eller deres evne til at samarbejde med og navigere i sundhedsvæsenet og koordinere deres egne forløb. Set i sygeplejerskernes perspektiv er social kompleksitet det, der gør, at borgerne bliver sværere at hjælpe. Dette fordi disse borgere har sværere ved at følge en pleje- eller behandlingsplan og deltage aktivt i forløbet omkring de ydelser, sygeplejen skal levere, og de sygeplejefaglige problemstillinger, de skal håndtere – men også fordi forløbene ofte opbyder en lang række andre udfordringer og problemstillinger, som sygeplejerskerne bliver involveret i.

Modellen med dens undertemaer i relation til social kompleksitet er ikke kausal, i den forstand at det langt fra er *alle* borgere med fx demens eller andet sprog, som er svære at hjælpe, og hvor sygeplejerskerne oplever social kompleksitet. Modellen påpeger kun, hvilke faktorer sygeplejerskerne oplever der typisk kan generere social kompleksitet.

Et gennemgående træk ved mange cases i analyserne var, at sygeplejerskerne – som følge af social kompleksitet – blev involveret i løsningen af en række udfordringer og opgaver, som ofte var helt urelaterede til de konkrete (og ofte centralt visiterede) sygeplejefaglige ydelse. Dette sker af mange årsager: Både fordi sygeplejerskerne kommer i hjemmet og ser udfordringer, som de føler, de er nødt til at handle på; fordi sygeplejerskerne oplever, at andre forventer det af dem (fx egen læge, hjælpergrupper m.fl.); fordi de selv ser det som en del af deres fagidentitet at forholde sig til andet og mere end de konkrete (visiterede) sygelejeydelser. Men det sker også fordi sygeplejerskerne – ydelseskataloger til trods – ikke oplever, at deres opgaver er lige så klart afgrænsede som andre medarbejdergruppers. Det efterlader sygeplejerskerne i et dilemma mellem på den ene side klart definerede sygeplejeopgaver i et ydelseskatalog og på den anden side borgere med høj social kompleksitet, hvor sygeplejerskerne oplever, at de ofte ender i en koordinerende, problemløsende tovholderfunktion i relation til en lang række meget forskelligartede problemstillinger, som ligger ud over de visiterede sygeplejefaglige ydelser.

Der kan anlægges forskellige perspektiver på, hvilken rolle sygeplejerskerne skal spille i forhold til at håndtere borgere præget af social kompleksitet. Der kan både argumenteres for, at sygeplejen skal være bedre til at fokusere mere snævert på de rent sygeplejefaglige (og ofte mere instrumentelle) ydelser – og der kan argumenteres for, at sygeplejerskerne skal indtage en mere tydeligt og koordinerende tovholderrolle over for netop borgere med høj social kompleksitet. Uagtet hvilket perspektiv man har på sygeplejen i kommunerne, peger denne analyse imidlertid på, at der ikke udelukkende er tale om isolerede socialfaglige opgaver på dette område, som kan afgrænses og uddelegeres til andre. I nogle tilfælde peger sygeplejerskerne selv på, at det kunne være en god idé at have socialrådgivere tilknyttet hjemme(syge)plejen. I andre tilfælde er det snarere det, de benævner som en ”hjemme-hos’er”, der er behov for, til at støtte borgeren i at mestre hverdagen. I mange andre cases er der tale om social kompleksitet, der er tæt sammenvævet med de medicinske problematikker, og som gør, at sygeplejerskerne oplever at mangle kompetencer på disse områder.

De kompetencer, sygeplejerskerne ofte får brug for i relation til disse borgeres forløb, falder i to grupper. Mest tydeligt i datamaterialet var behovet for kompetencer inden for psykiatrien. Sygeplejerskerne i denne analyse yder ikke psykiatrisk sygepleje – på samme måde som i fx distriktspsykiatrien – men ofte kræver håndteringen af de medicinske problematikker hos borgere med psykiske lidelser stærkere kompetencer på det psykiatriske område. Både i forhold til sygeplejerskernes deres egen funktion, men i andre tilfælde også i forhold til at kunne hjælpe det øvrige plejepersonale – eller andre – som kommer i hjemmet hos psykisk syge[17]. Den anden type af kompetencer, som håndteringen af disse borgere kalder på, handler om en høj grad systemviden (hvem kan hjælpe med hvad – også langt uden for det traditionelle sundhedsvæsen) og kompetencer til at mobilisere og koordinere løsninger i forløb præget af høj social kompleksitet.

8.4 Organisatorisk kompleksitet

Endelig rummer modellen et organisatorisk perspektiv. Organisatorisk kompleksitet er væsensforskellig fra medicinske og social kompleksitet, fordi organisatorisk kompleksitet ikke udspringer af forhold relateret til borgernes situation, men i stedet opstår som følge af, måden sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis.

De centrale temaer i forhold til organisatorisk kompleksitet handler om (antallet af) aktører, fordelt på sektorer, faggrupper og forskellige enheder. De handler om kontinuitet – både personkontinuitet i patientrelationen, i medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere, sektorer og enheder. Det handler om systemer til alt fra dokumentation og planlægning til kommunikation, og det handler om arbejdsgange, som kan være mere eller mindre klare, mere eller mindre implementerede.

Sygeplejerskerne oplever et voksende antal aktører, som potentielt set er inde over en borgers forløb. Det øgede antal af aktører er en af de væsentligste faktorer, som sygeplejerskerne oplever skaber organisatorisk kompleksitet, fordi arbejdsdeling mellem mange kræver mere koordinering. Det er her, udfordringer opstår, og det er her, sygelejerskerne ofte oplever, at de ender med at stå med en opgave, som ikke altid er særligt klart defineret, og som de heller ikke altid har kompetencerne og den fornødne systemviden til at kunne løse. Dette er nært relateret til spørgsmålet om personkontinuitet – både kontinuitet i relation til de enkelte borgere, men også kontinuiteten i relationen mellem sygelejersker og grupper af hjælpere og assistenter. Uanset om der i de enkelte kommuner var en oplevelse af meget lav eller højere kontinuitet, lagde sygeplejerskerne stor vægt på værdien af øget personkontinuitet. De oplever, at lav kontinuitet fører til øget koordineringsarbejde og ringere koordination, øget tidsforbrug til overlevering (dokumentation) og til at læse op på en borger, øget risiko for fejl, eller at informationer og opfølgning går tabt, ringere grundlag for tværgående såvel som tværsektorielt samarbejde omkring borgere, idet ingen rigtigt kender en borger, hvis personkontinuiteten er lav. Men det fører også til mindre uddelegering, når der er lav kontinuitet i medarbejderrelationerne, fordi sygeplejerskerne selv påpeger, at de føler sig for usikre på de enkelte hjælpere og assistenters kompetencer, når de ikke kender dem. Spørgsmålet, som rejses i denne analyse er, i hvilket omfang løsningen er flere koordinerende kompetencer til sygeplejerskerne, eller om løsningen også er et langt større ledelsesmæssigt fokus på personkontinuitet.

Behovet for koordination stiger også, fordi flere opgaver uddelegeres til andre medarbejdere, og dermed oplever sygeplejerskerne, at de får en mere koordinerende og mindre udførende rolle. Det kræver både kommunikative og ledelsesmæssige kompetencer at yde sygepleje på distancen – at

[17] Det bemærkes, at i en analyse af hjemmesygeplejens somatiske opgaver i udvikling fra 2009, fandt sygeplejerskerne alligevel anledning til at fremkomme med samme synspunkt: at de oplever et kompetencebehov på det psykiatriske område (Vinge & Kilsmark 2009, s. 91 ff).

lede en uddelegeret opgave frem for at gøre det selv. Sygelejerskerne skal have kompetencer til at kunne lede og tage ansvar for forløb, hvor de ikke selv udfører opgaverne.

Endelig sås et tema relateret til uklarhed og usikkerhed omkring arbejdsgange helt generelt. Organisationerne vokser og bliver mere uddifferentierede, nye teams, enheder og projekter opstår, og procedurer, snitflader og arbejdsgange ændres. I takt med denne udvikling bliver det også sværere for medarbejderne at bevare overblikket over deres egen organisation, dens funktionsmåder og arbejdsgange, men også overblikket over relevante samarbejdsparters organisering og arbejdsgange. Dette kalder i høj grad på kompetencer – men måske primært på ledelsesmæssige kompetencer i forhold til implementering, samt effektiv, sikker og relevant spredning af organisatorisk viden.

8.5 Borgerrelateret kompleksitet vs. organisatorisk kompleksitet

Som beskrevet indledningsvist har modellen både et borgerperspektivet og et organisatorisk perspektiv. Borgerperspektivet fokuserer på, hvilke karakteristika borgere, hvis forløb ofte bliver komplekse, har. Kapitel 4 og 5 har til sammen omhandlet de to dimensioner af kompleksitet, der udspringer af forhold hos borgerne – enten mediciske forhold relateret til borgrenes sygdomsbillede eller sociale forhold relateret til borgernes livssituation. Inden for dette perspektiv fylder temaerne omkring social kompleksitet langt mere i sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet, end medicinsk kompleksitet. En af årsagerne til dette kan være, at sundhedsfaglige i et sundhedsvæsen har væsentligt lettere ved at finde løsninger på sundhedsfaglige udfordringer, end de har ved håndtere de mangfoldige udfordringer, der opstår som følge af sociale kompleksitet. Ikke kun på grund af kompetencer – men fordi hele sundhedssystemet i højere grad er gearet til at løse sundhedsfaglige udfordringer med sundhedsfaglige metoder. Således kan sygeplejerskernes vægtning af social kompleksitet – og deres vægring ved at betegne udfordringer på det medicinske område som udtryk for kompleksitet – ikke ses som et *kvantitativt* udtrykt for, at der er mere social kompleksitet derude, og meget begrænset medicinsk kompleksitet. Det kan udelukkende ses som et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

Den samme argumentation kan anvendes i relationen mellem borgerrelateret og organisatorisk kompleksitet. Det, der volder sygeplejerskerne store udfordringer i forhold til opgaveløsningen, er i mange tilfælde forhold, som har organisatoriske rødder – når organiseringen ikke matcher de opgaver, sygeplejerskerne enten er sat til at løse eller føler, at de bør går ind i løsningen af. Og den organisatoriske kompleksitet – med alle dens undertemaer – er et af de områder, den enkelte sygeplejerske har mindst indflydelse på. Hun forsøger at navigere i det og skabe gode forløb, koordination – under de vilkår, der nu engang er. Dette fokus på at skabe forløb, sammenhæng, helhed, løse problemer og komme videre er givetvis en af årsagerne til, at de i deres cases så ofte fremdrager antallet af aktører, manglende overblik over dem og en lav grad af personkontinuitet. Den organisatoriske kompleksitet kommer til at fylde meget i sygeplejerskernes cases, fordi det er de udfordringer, den enkelte sygeplejerske har sværest ved at løse. Derfor kan analysen heller ikke ses som et *kvantitativt* udtryk for, at der er mere organisatorisk kompleksitet end borgerrelateret kompleksitet. Den er i stedet et *kvalitativt* udtryk for sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitetsbegrebet.

9 Perspektivering

I dette afsluttende kapitel tages en række diskussioner op, som går ud over analysens formål. For det første påpeges en række fællestræk mellem den kompleksitetsforståelse analysen har peget på, og den borgertilgang der kendetegner rehabiliteringsparadigmet. For det andet argumenteres der for at kompleksitet ikke er noget, som er særligt kendetegnende for sygeplejen. Og endelig drøftes hvilke konsekvenser analysen kan have for ledelse i kommunerne – og tilgrænsende sektorer.

9.1 Kompleksitet og rehabilitering

De medvirkende sygeplejerskerne i denne analyse talte ikke om rehabilitering – et begreb, der bruges flittigt i kommunerne i relation til deres tilgang til borgerne, både på socialområdet men i høj grad også på ældreområdet, hvor begrebet hverdagsrehabilitering har vundet indpas. Men ser man på indholdet af rehabiliteringsparadigmet, så er der mange klare paralleller til den tilgang, sygeplejerskerne har til borgerne i analysens cases. I hvidbog om rehabilitering defineres begrebet på følgende måde:

> *Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret 2004).*

Hvidborgen peges desuden på en række karakteristika ved rehabiliteringsprocessen, bl.a.:

> *• Fokus på borgerens **hverdagsliv**, på aktiviteter og deltagelse i samfundslivet*
>
> *• Borgerorientering (der arbejdes på grundlag af borgerens forståelse af situationen, **vedkommendes betingelser og forudsætninger**, og alle beslutninger tages af borgeren i samråd med de involverede fagpersoner).*
>
> *• Individorienteret (der arbejdes på basis af **den enkelte borgers situation**. **Borgerens pårørende inddrages**, når situationen taler for det).*
>
> *• **Helhedsorientering** (hele borgerens fysiske, psykiske og sociale situation indgår ved udarbejdelsen af **løsningsmodeller**, og **alle relevante indsatser fra forskellige sektorer** inddrages).*
>
> *• **Koordinering** af den indholds- og tidsmæssige indsats, dels mellem enkelte specialistydelser og dels mellem de involverede sektorer (rette indsats på rette tidspunkt).*
>
> *• Ofte **tværfaglig** og **tværsektoriel** indsats i teams, hvor borgeren og eventuelle pårørende som centrum i teamfunktionen giver de grundlæggende vigtigste bidrag.*
>
> *• **Planlægning** med fastlagte mål, tidsrammer og med aftalt koordinatorfunktion, der sikrer sammenhæng og borgersamarbejde i rehabiliteringsprocessen (Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret 2004, fremhævelser tilføjet).*

I og med at den rehabiliterende tilgang er blevet så væsentligt et perspektiv i kommunerne de seneste år, er det relevant at holde sygeplejerskernes cases og modellens kompleksitetsforståelse op

mod rehabiliteringsbegrebet og den borgertilgang, det rummer. Sygelejerskerne anvendte ikke begrebet rehabilitering – måske som konsekvens af interviewenes fokus på begrebet kompleksitet – og sygeplejerskerne i stedet talte om en sygeplejefaglig tilgang eller om deres fagidentitet. Alligevel ses en række paralleller mellem det rehabiliterende perspektiv og sygeplejerskernes tilgang til de komplekse borgere, herunder den rolle, sygeplejerskerne i mange cases oplever at få.

Der kan ikke ud fra en kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskernes forståelse af kompleksitetsbegrebet, siges noget om, hvorvidt eller i hvilket omfang sygeplejerskerne arbejder rehabiliterende. Den må nøjes med at påpege at den brede tilgang til borgernes multiple problemstillinger i praksis, som præger mange af sygeplejerskernes cases, har en række fællestræk med rehabiliteringsparadigmet. Og sygeplejerskernes udfordringer og dilemmaer opstår ofte, når de mener, der er brug for en bredere tilgang til borgernes situation end blot at levere de konkrete sygeplejefaglige ydelser, borgren er visiteret til.

Analyserne rummer således en lang række eksempler på de udfordringer det skaber, når sygeplejerskerne ikke oplever overensstemmelse mellem de visiterede ydelser, og sygeplejerskernes vurdering af borgernes behov, og den viser hvordan sygeplejerskerne oplever at de handler, når de står i dette dilemma: De går ud over de visiterede ydelser, de forholder sig til pårørende, de forsøger at få overblik over alle involverede aktører, mobilisere relevante aktører, koordinere og planlægge forløb, osv. Set i dette perspektiv kan analysen tyde på at sygeplejerskerne selv oplever, at de forsøge at arbejde på en måde der har fællestræk med den rehabiliterende tilgang – om end de som sagt ikke bruger det begreb.

9.2 Kompleksitet som vilkår – ikke kun for sygeplejen

Formålet med denne undersøgelse har været at fokusere på kompleksitet i relation til den kommunale sygepleje. Men den model, som er udviklet, peger på, at kompleksiteten i høj grad udspringer af borgernes situation – ikke mindst deres sociale livssituation. Den udspringer dog også af de analyserede forhold i relation til organiseringen – ikke mindst den tværgående organisering i kommunerne og tilgrænsende sektorer.

Det indikerer at kompleksitet ikke er noget, der særligt forekommer i sygeplejen. Men sygeplejerskernes position i hjemmeplejen, hvor de har det højeste kompetenceniveau[18], betyder, at de ofte oplever, at komplekse opgaver 'ender' hos dem.

På andre områder beskrives mange af de samme typer af kompleksitet på borgersiden. Der er således mange paralleller mellem den kompleksitet, der er kortlagt i denne analyse, og en nylig undersøgelse af kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien (Benjaminsen m.fl. 2018). Her peger medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien også på kompleksitet i relation til håndteringen af borgere, der samtidig med en psykisk lidelse også har andre alvorlige sociale og helbredsmæssige problemstillinger; kompleksitet blandt borgere, der både har en psykisk lidelse og en kognitiv funktionsnedsættelse; blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund, hvor medarbejderne ofte oplever, at sproglige og kulturelle barrierer skaber en større kompleksitet i støttebehovene; og hos borgere med psykiske lidelser og samtidige misbrugsproblemer.

[18] Terapeuter – ergo- og fysio- – er ikke en integreret del af hjemmeplejen i mange kommuner, og terapeuter kommer ofte ikke i så langvarige forløb i et hjem, som sygeplejerskerne, fordi træning som regel gives som tidsbegrænset ydelse.

Specifikt i forhold til samarbejdet med hjemmeplejen om de komplekse borgere beskriver undersøgelsen, der baserer sig på interview med medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien i kommunerne, følgende:

> *Der opleves desuden at være et stigende antal borgere med somatiske plejebehov, ikke mindst i takt med, at der bliver flere ældre beboere på de socialpsykiatriske botilbud. (…) De somatiske plejebehov betyder, at der er behov for et tæt samarbejde med hjemmeplejen, hvilket opleves at give anledning til forskellige problematikker vedrørende koordinering og ansvarsfordeling. Disse problematikker handler i henhold til interviewene om plejeområdets kompetencer til og forudsætninger for at kunne varetage det komplekse samspil mellem de psykiatriske og somatiske støttebehov for disse borgere.* (Benjaminsen m.fl. 2018)

Ifølge disse to undersøgelser tegner såvel sygeplejen som socialpsykiatrien et billede af, at samarbejdet omkring borgere præget af social kompleksitet giver anledning til problematikker vedrørende koordinering og ansvarsfordeling, samt at gruppen af borgere med forløb på tværs er voksende. Hvorvidt udfordringerne kun skyldes ”plejeområdets kompetencer”, eller om der også ligger andre forhold til grund, kan ikke afgøres her. Men det er et område, som kalder på såvel mere analyse som konkrete løsningsforslag. Og begge analyser indikerer, at tværgående og tværfaglige forløb skaber udfordringer i kommunerne. Det peger i retning af, at kompleksitet også har konsekvenser for ledelse.

9.3 Kompleksitet og konsekvenser for ledelse

Analysen kan også læses i et ledelsesperspektiv, idet den kommer med bud på centrale fokusområde for ledelse af sygeplejen – såvel som ledelse af tilgrænsende områder.

Her er det væsentligt at skelne mellem de forhold, som kommunale ledere – på forskellige niveauer – har muligheder for at påvirke, og forhold der ligger uden for lokal ledelse. Alle forebyggelsesindsatser til trods, så er et stigende omfang af medicinsk kompleksitet i vidt omfang et vilkår, som organiseringen må tilpasse sig. Det samme gælder i vidt omfang borgere med en høj grad af social kompleksitet. At der findes psykisk syge misbrugere med alkoholdemens, der har brug for sygepleje – ofte kombineret med en lang række andre ydelser i hjemmet – er et vilkår, som de organisatoriske systemer skal kunne håndtere.

Det samme billede ses for en række af de organisatoriske forhold: De mange aktører, sektorer, enheder, projekter og teams, der kommer og går, er – set fra den enkelte kommunes perspektiv – i vidt omfang vilkår, de ikke kan ændre. Men netop fordi antallet af aktører er så højt, bliver det lokale ledelsesmæssige fokus på at sikre en høj grad en kontinuitet helt centralt – både kontinuitet i relationen til borgerne, men også kontinuitet og deraf følgende personkendskab i relationen mellem sygeplejersker og hjælpere/assistenter. Den stigende grad af uddelegering, og flere og mere ustabile, uafklarede borgere i hjemmet, kræver generelt et tættere samarbejde mellem hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Det har både konsekvenser for, hvordan der organiseres, men også for, hvordan der planlægges i hverdagen. Denne analyse tyder på, at konsekvenserne af lav kontinuitet er store, og at fordelene ved højere kontinuitet er det samme. Fuld kontinuitet er en umulighed – men analysen har indikeret, at fordelene ved selv marginale forbedringer i relation til kontinuitet kan være store. Både for kvalitet, læring og effektivitet, men også for medarbejdere og borgere.

Det er ligeledes et vilkår, at der skal dokumenteres og kommunikeres. Analysen har peget på, at der er behov for stærke kompetencer på dette område, ikke mindst fordi dokumentationen i vidt

omfang også skal kunne anvendes som kommunikation, der sikrer koordination i forløb mellem medarbejdere, der ikke kender hinanden. Ensartet, fælles og præcis dokumentation er en forudsætning for alt fra kvalitet til kontinuitet, og som nogle af sygeplejerskerne i denne analyse har påpeget, så handler det ikke nødvendigvis om, at der skal dokumenteres *mere,* men snarere om, at der skal dokumenteres *bedre*: mere ensartet, præcist og handlingsorienteret. Analysen typer på, at der i varierende omfang er behov for at sætte fokus på dokumentation – dog ikke kun som noget, der skal gøres, men også på hvordan. Hvad er det helt præcis, der skal dokumenteres og hvordan? Både af juridiske årsager, men i mindst lige så høj grad af hensyn til overlevering, koordination og kommunikation til kollegaer. Det er særligt her, dokumentationen finder anvendelse i hverdagen og spiller en helt afgørende rolle i forhold til at sikre koordination og kontinuitet og dermed også kvalitet borgernes forløb samt effektiv udnyttelse af ressourcerne.

Endelig peger analysen på et behov for mere organisatorisk klarhed og entydighed og mindre foranderlighed – eller blot bedre implementering. Det er ikke nogen let opgave at skabe klarhed og entydighed i organisatoriske systemer, hvor mange enheder skal fungere sammen, hvor de ofte ikke er hierarkisk forbundne, og hvor alle har en tendens til at opstille deres egne procedurer, rammer og regler for, hvordan og hvornår de kan kontaktes, hvordan der kan samarbejdes med dem, og hvad de i øvrige tager sig af og ikke tager sig af. Den kultur genererer ikke noget sammenhængende hele i organisationer – men snarere et hav af usammenhængende, halvimplementerede forsøg på at skabe en håndterbar (om)verden. Analysen har vist en lang række eksempler på organisatoriske forhold, der gør det svært for medarbejdere – ikke bare i sygelejen – at løse deres opgaver og hjælpe borgerne på bedst mulig vis. Igen kan analysen ikke sige noget om forholdene generelt, men den kan pege på, at dette tema er et væsentligt tema for ledelse – ikke bare af de enkelte områder, men især for ledelse af forløb på tværs af områder. Ledelse i kommunerne er – ligesom ledelse på hospitalssektoren – karakteriseret ved at være ledelse af enheder, der ofte er relativt monofaglige. Sygeplejen og hjemmeplejen er ingen undtagelse. Ledelse af tværgående forløb eller tværgående processer er ikke det primære organiserende princip. Vi bruger ofte argumenter omkring styrket (mono)faglighed som argumenter for denne form for organisering, men mange borgere er netop karakteriseret ved at have endog meget tværgående forløb i en kommune. Det kalder på nye måder at indtænke en stærkere *ledelse* af tværgående forløb på – ikke kun koordinering på medarbejderniveau.

Litteratur

Benjaminsen, L., Grønfeldt, S. & Jensen, M. (2018): *"Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien",* VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Ellegaard, T. & Dybbroe, B. (2015): *"Nye roller i det nære sundhedsvæsen - Forandringer i sygeplejerskeroller og brugerinddragelse i det nære sundhedsvæsen"*, Roskilde Universitet og Dansk Sygeplejeråd, Roskilde.

Holt, H., Larsen, M., Larsen, M.R. & Prescott, A. (2018): *"Forskellige kommunale ansættelsesformer"*, VIVE Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Implement & Aalborg Universitet (2014): "*Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle: Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne*", Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt, Aalborg Universitet (AAU) og Implement Consulting Group, Hellerup.

Kryspin Sørensen, L. (2017): "Notat: Specialiserede sygeplejeopgaver i kommunerne 2017", august 2017, DSR Analyse, Dansk Sygeplejeråd, København.

Sundhedsstyrelsen (2017): *"Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser",* Sundhedsstyrelsen, København.

Vinge, S. & Kilsmark, J. (2009): "*Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling*", DSI – Dansk Sundhedsinstitut, København.

Bilag 1 Oversigt over medvirkende sygeplejersker

I nedenstående tabel fremgår de 18 kommuner, som har deltaget i de tre interview i henholdsvis Middelfart, Roskilde og Karup. De 18 kommuner dækker landets fem regioner, samt forskellige kommunestørrelser, befolkningstætheder og kommuner med/uden akutteam. I de kommuner, hvor der deltog akutsygeplejersker, var kun den ene af de to akutsygeplejerske. Desuden deltog en hjemmesygelejerske fra henholdsvis Nyborg og Ringsted Kommune, samt en akutsygeplejerske fra Ballerup Kommune i en hel dags observation forud for interview.

Oversigt over kommuner, hvor sygeplejersker har deltaget i gruppeinterview:

Kommuner	Antal deltagere	Hjemmesygeplejerske	Akutsygeplejerske
Frederiksberg (H)	2	1	1
Lyngby-Taarbæk (H)	2	1	1
Ballerup (H)	1 (1 dukkede ikke op)	1	0
Næstved (Sj)	2	2	0
Ringsted (Sj)	2	2	0
Køge (Sj)	2	1	1
Assens (S)	2	1	1
Nyborg (S)	2	2	0
Esbjerg (S)	2	1	1
Middelfart (S)	2	2	0
Kolding (S)	2	1	1
Silkeborg (M)	2	1	1
Herning (M)	2	1	1
Århus (M)	2	1	1
Randers (M)	2	1	1
Hjørring (N)	2	2	0
Skive (M)	2	1	1
Brønderslev (N)	2	2	0

VIDEN VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Rammeaftale mellem 11 nordjyske kommuner og Region Nordjylland om intravenøs behandling i kommunalt regi

1. Baggrund og formål

Intravenøs (IV) behandling er som udgangspunkt en regional opgave, som foregår på hospitaler under indlæggelse eller som ambulant behandling, hvor borgere møder ind på hospitalet til planlagt infusion (i nogle tilfælde flere gange i døgnet). For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen ved flere daglige fremmøder på hospitaler. De fleste foretrækker derfor at modtage behandlingen i eget hjem eller tættere på eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som i hospitalsregi.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø blive sparet for hospitalsophold eller transporttid, og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk. Erhvervsaktive borgere vil derudover have bedre mulighed for at passe deres arbejde.

Formålet med rammeaftalen er at give patienter, der er lægefagligt vurderet egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling i eget hjem eller tættere på nærmiljøet, eksempelvis i en kommunal sygeplejeklinik eller et sundhedshus.

Aftalen har derudover til formål at minimere antallet af forskellige sektorer, som skal varetage behandling/pleje i borgerens hjem, hvilket ligeledes er til fordel for borgeren.

I denne aftale fastlægges de økonomiske og aktivitetsmæssige rammer for løsning af opgaven. For en beskrivelse af de faglige rammer for IV-behandling i kommunalt regi henvises til separat faglig samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi.

2. Aftaleparter

Aftalen er indgået mellem Region Nordjylland og X kommune.

3. Målgrupper for aftalen

Målgruppen for aftalen er patienter, som indenfor følgende områder er lægefagligt vurderet egnede til at færdiggøre IV-behandling udenfor hospitalsregi:

- Intravenøs antibiotikabehandling (Patienter med akutte eller kroniske infektioner)
- Væskebehandling til korttarmspatienter (Patienter, der i forvejen får parenteral ernæring)
- Væskebehandling til patienter med akut gastroenteritis (Patienter med eksempelvis roskildesyge/tyndmave og/eller opkast)
- Væskebehandling til dehydrerede patienter (typisk ældre patienter, IV anvendes indtil patienten selv kan indtage væske)
- Vanddrivende behandling til hjertesvigtpatienter (anlægges i hjerteambulatoriet – og medicin gives som bolus)
- Afslutning af kemokur og magnesium behandling (fjernelse af gribbernåle)

4. Aktivitet

Det forventede aktivitetsomfang i aftalen er forbundet med meget stor usikkerhed. Parterne er derfor enige om, at følge aktiviteten på aftaleområdet tæt i løbet af aftaleperioden med henblik på at sikre at aftalens økonomiske ramme og forventede ressourcetræk holder sig indenfor aftalerammen (se nærmere i afsnit om monitorering og opfølgning).

I nedenstående tabel 1 er angivet det årlige antal af forløb, som aftalen forventes at indeholde på de forskellige IV-områder (som beskrevet i afsnit X ovenfor). I alt er aftalen estimeret til at indeholde 1200-2200 patientforløb årligt – i tabel 1 er taget udgangspunkt i et øvre aktivitetsestimat på godt 2100 forløb.

Forløb med intravenøs behandling i eget hjem kan variere markant i det samlede tidsforbrug på behandlingsforløbet. I tabel 1 er derfor, udover et estimeret antal forløb, ligeledes opstillet en forventning til et "standardforløb" indenfor hver af aftalens dækkede IV-områder. Det skal understreges, at der indenfor hver kategori kan være patientforløb som afviger markant fra denne "gennemsnitsbeskrivelse" af et forløb.

I forhold til aktivitetsomfanget bemærkes, at der ligger et potentiale i, at nogle borgere kan læres op til selvadministrering, nogle kan behandles med pumpe og andre kan behandles via tabletbehandling. IV-behandling udenfor hospitalsregi er således et område i stor udvikling, så det er vigtigt at udforske og udnytte de muligheder, der udvikles.

Tabel 1: Estimeret årligt aktivitetsomfang og gennemsnitligt patientforløb fordelt på IV-områder

	Antibiotika-behandling	**Væske - korttarms-patienter**	**Væske - akut gastro-enteritis**	**Væske - dehydrering**	**Vand-drivende til hjertesvigt-patenter**	**Afslutte kemokur + magnesium**
Antal besøg pr. forløb	24	156	4	4	4	1
Minutter pr. besøg*	50	10	30	30	15	15
Timer i alt pr. forløb*	20	26	2	4	1	0,25
Estimeret årligt antal forløb	725	30	240	370	70	700

**Det estimerede tidsforbrug på behandlingen angiver udelukkende tiden brugt på selve behandlingsopgaven (klargøring, indgift og afslutning) og omfatter således ikke øvrigt tidsforbrug relateret til behandlingsopgaven, herunder transport, dokumentation og korrespondance.*

Undtagelser

Aftalen forventes at kunne rumme langt størstedelen af de relevante patientforløb indenfor de ovennævnte IV-områder, og kommunerne forpligter sig i aftalen til at håndtere alle disse relevante forløb. Men der vil være særlige forløb, der falder udenfor, og det er vigtigt, at samarbejdet mellem region og kommuner ligeledes kan rumme disse borgere, så særlige forhold vedr. geografi, behandling, borgerens tilstand, pårørende eller andet kan håndteres, så borgeren får det bedst mulige tilbud.

Kommunerne forpligter sig således til at varetage IV-behandlingen i alle relevante patientforløb på de nævnte IV-områder, men i følgende situationer varetages behandlingsforløbet som udgangspunkt i hospitalsregi af hensyn til patientsikkerhed, arbejdsmiljø og/eller kommunal kapacitet:

- IV-behandlingsforløb med behov for mere end 3 besøg pr. døgn
- IV-behandlingsforløb, hvor det ikke er muligt at håndtere indgiften i lukkede systemer (måske kun relevant ved antibiotika)
- IV-behandlingsforløb, hvor den enkelte indgift indebærer at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mere end én time ad gangen.

I ovenstående situationer er udgangspunktet, at forløbet varetages i hospitalsregi, men efter konkret aftale mellem kommune og hospital kan kommunen vælge at varetage behandlingen i kommunalt regi, og i så fald håndteres forløbet som alle andre forløb indenfor den økonomiske ramme i aftalen.

I tillæg til ovenstående konkrete undtagelser kan der være ekstraordinære situationer, hvor det af hensyn til patientsikkerheden (eksempelvis hvis de nødvendige kompetencer ikke er til rådighed), er muligt for kommunen at afvise kommunal håndtering af et IV-behandlingsforløb; forløbet håndteres i så fald i hospitalsregi. Der er enighed mellem parterne om, at dette kun undtagelsesvist forventes at være tilfældet.

Tyngdekategorier

Med henblik på at aftalen kan favne den forventeligt store variation i forløbenes tyngde er forløbene, jf. tabel 2, opdelt i 5 tyngdekategorier baseret på tidsforbruget på behandlingsforløbet.

Tabel 2: Tyngdekategorier af IV-behandlingsforløb

Tyngde-kategori	**Samlet tidsforbrug på behandlingsforløb***	**Estimeret andel af samlet antal forløb**	**Forventede forløbstyper i tyngdekategorien**
Kemokur	0,25 timer	Opgaven medregnes ikke i fordelingen af IV opgaver, fordi det ikke registreres som forløb.	Afslutning af kemokur skiller sig meget ud fra de øvrige IV opgaver, idet det er vanskeligt at vurdere et forløb ift. antal gange patienten skal have afsluttet kemokur. Derfor behandles afslutning af kemokur som enkeltstående tilfælde. Hovedparten vil selv kunne komme i sygeplejeklinikken.
Kategori 1	0-5 timer	50-60 %	Langt størstedelen af forløb med vanddrivende behandling samt væskebehandling til dehydrerede patienter eller patienter med akut gastroenteritis. Derudover også lettere IV-antibiotikaforløb.
Kategori 2	5-15 timer	20-25 %	Antibiotikaforløb, væskebehandling af korttarmspatienter, eller længerevarende forløb i de øvrige behandlingskategorier
Kategori 3	15-35 timer	10-20 %	Langvarige behandlingsforløb, typisk antibiotikabehandling eller væskebehandling til korttarmspatienter
Kategori 4	35+ timer	5-10 %	Særligt langvarige IV-behandlingsforløb, typisk særligt langvarige antibiotikabehandlinger eller særligt krævende væskebehandling af korttarmspatienter

**Det estimerede tidsforbrug på behandlingen angiver udelukkende tiden brugt på selve behandlingsopgaven (klargøring, indgift og afslutning) og omfatter således ikke øvrigt tidsforbrug relateret til behandlingsopgaven, herunder transport, dokumentation og korrespondance.*

Forløb i de forskellige tyngdekategorier betyder forskelligt ressourcetræk på de kommunale medarbejdere og følges af forskellig delvis regional finansiering af forløbet (se nærmere under økonomi).

5. Økonomi

Region og kommuner finansierer i fællesskab varetagelsen af IV-behandling i kommunalt regi. Jf. tabel 3 finansierer regionen med et fast beløb pr. behandlingsforløb afhængigt af hvilken tyngdekategori det pågældende forløb falder i. Kommunerne medfinansierer den resterende del af udgiften til behandlingsforløbene.

Tabel 3: Regional finansiering fordelt på tyngdekategorier af IV-behandlingsforløb. Finansieringsfordelingen mellem Region og kommuner er 70/30.

Tyngde-kategori	**Samlet tidsforbrug på behandlingen***	**Estimeret andel af samlet antal forløb**	**Regional finansiering pr. forløb**
Kemokur	0,25 timer		200 kr.
Kategori 1	0-5 timer	50-60 %	1.225 kr.
Kategori 2	5-15 timer	20-25 %	4.900 kr.
Kategori 3	15-35 timer	10-20 %	12.250 kr.
Kategori 4	35+ timer	5-10 %	29.400 kr.

**Det estimerede tidsforbrug på behandlingen angiver udelukkende tiden brugt på selve behandlingsopgaven (klargøring, indgift og afslutning) og omfatter således ikke øvrigt tidsforbrug relateret til behandlingsopgaven, herunder transport, dokumentation og korrespondance.*

Jævnfør den separate faglige IV-samarbejdsaftale leverer og finansierer regionen utensilier og medicin, mens det vedrørende kompetenceudvikling gælder, at regionen afholder udgifter til undervisere, mens kommunerne afholder udgifter til undervisningsfaciliteter og frikøb af medarbejdere til deltagelse i kompetenceudviklingen (disse punkter er nærmere beskrevet i den faglige samarbejdsaftale).

Parterne forpligter sig til en løbende dialog om aktivitetsudviklingen med henblik på at det samlede estimerede aktivitetsniveau overholdes. Den løbende dialog tager udgangspunkt i kvartalsvise aktivitetsopgørelser (jf. nedenstående afsnit om monitorering). Såfremt der ses tegn på, at den estimerede aktivitet ikke kan overholdes, drøfter parterne mulighederne for at iværksætte initiativer, der kan virke aktivitetsdæmpende. Hvis aktiviteten på IV-behandling i kommunalt regi, på trods af eventuelle aktivitetsdæmpende foranstaltninger, alligevel overstiger den estimerede aktivitet, er kommunerne forpligtede til fortsat at varetage IV-behandlingen i kommunalt regi, ligesom regionen er forpligtet til uændret at medvirke til finansieringen af opgaveløsningen. Hvis aktiviteten efter 6 måneder overskrider det forventede aktivitetsniveau med minimum 20 % (vægtet i forhold til de fire grupper) optages dog forhandlinger mellem parterne (regionen og den enkelte kommune). Hvis der ikke kan opnås enighed om den samlede finansiering af meraktiviteten, kan aftalen opsiges med 3 måneders varsel af en af parterne.

6. Opfølgning og monitorering

Aftaleparterne er enige om at området skal følges tæt og med løbende dialog mellem parterne. Der nedsættes til formålet en IV-opfølgningsgruppe med deltagelse af 2 kommunale repræsentanter fra

Strategisk Sundhedsforum og 2 regionale repræsentanter fra Strategisk Sundhedsforum samt sekretariater; PLO Nordjylland tilbydes ligeledes at deltage med en repræsentant i gruppen. Hver 3. måned følges der derfor i opfølgningsgruppen op på følgende:

- Samlet antal forløb med IV-behandling håndteret i kommunalt regi
- Antal forløb fordelt på de 4 tyngdekategorier og de forskellige IV-behandlingstyper
- Status på den samlede økonomi
- Samlet behandlingsvarighed pr. forløb
- Antal besøg pr. forløb og gennemsnitlig varighed pr. besøg (i det omfang retvisende monitorering er mulig)
- Audit på kvalitetsparametre (herunder eksempelvis genindlæggelser, komplikationer og utilsigtede hændelser) samt kontakter til almen praksis, vagtlæge og behandlingsansvarlig læge blandt borgere i IV-behandling i kommunalt regi

Der foretages en midtvejsevaluering efter et år, hvor aftalen tages op til politisk revision, hvis der er markante afvigelser mellem det forventede og ovenstående monitoreringspunkter.

Almen praksis vil indgå i den løbende dialog i forbindelse med eventuel betydning af den ændrede opgaveløsning for de praktiserende læger. Der henvises i den forbindelse til at det lægefaglige ansvar for behandling beskrives i den faglige samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi; her vil bl.a. fremgå, at hospitalslægen tilknyttet IV-behandlingen har det samlede behandlingsansvar for alle lægelige indsatser i relation til IV-behandlingen. Der er således ikke nogle opgaver i almen praksis, som påvirkes af aftalen.

7. Fortolkning af aftalen

Fortolkningsspørgsmål af rammeaftalen eller øvrige behov for afklaringer vedrørende aftaleområdet håndteres i første omgang mellem aftaleparterne (dvs. mellem den enkelte kommune og regionen). Såfremt der ikke kan opnås enighed mellem parterne eller hvis der er behov for en regionalt dækkende behandling, kan emnet i første omgang bringes op i IV-opfølgningsgruppen (jf. punkt 6 ovenfor) og efterfølgende ved behov i Strategisk Sundhedsforum.

8. Aftalens løbetid og opsigelse

Aftalen løber i første omgang i en 2-årig forsøgsperiode, dvs. fra xxx til xxx. I løbet af aftalens løbetid følges der op på aftalen (jf. afsnit om monitorering) og senest xx 2021 tager parterne stilling til om aftalen skal fortsætte (eventuelt i revideret form).

Begge parter har mulighed for at opsige aftalen med 6 måneders varsel (dog kan forkortet opsigelsesperiode indtræde jf. afsnit 5).

Såfremt der på nationalt niveau skulle blive indgået en aftale vedrørende IV-behandling udenfor hospitalsregi, tages aftalen op til revidering.

Oktober 2017

Samarbejdsaftale om IV-behandling med væske

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Baggrund

Intravenøs (IV) behandling med væske foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er stabile og friske nok til at modtage behandlingen i eget hjem, men det kræver i nogle tilfælde assistance fra den kommunale sygepleje. De fleste patienter foretrækker at modtage behandlingen i eget hjem, såfremt den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Ved at modtage behandlingen tæt på sin hverdag, efter en relativ kort indlæggelse, vil patienten kunne drage nytte af sit sociale netværk og erhvervsaktive borgere vil bedre være i stand til at passe et eventuelt arbejde. Endvidere vurderes det eksempelvis at kunne reducere risiko for konfusion og delir hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne bevare sit funktions- og aktivitets-niveau end under indlæggelse.

Samarbejdsaftalen vil systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehus-enheder og de 22 syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med væske tæt på borgerens hverdag.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, der er vurderet lægefagligt egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller tæt på nærmiljøet, eksempelvis i et sundhedshus.

Samarbejdsaftalen formaliserer samarbejdet om IV-behandling med væske efter udskrivelse, således at de kommunale akutfunktioner kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling i et patientsikkert samarbejde. Endvidere skal samarbejdsaftalen sikre, at det nye samarbejde udvikles i et gensidigt og aftalt tempo.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Patienter i IV-behandling med væske, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile og som lægefagligt vurderes egnet til at færdiggøre behandlingen i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 22. september 2017 og Sundhedskoordinationsudvalget den 31. oktober 2017 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingansvar

IV-behandling med væske er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal modsat stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning.

Patienter starter behandlingen på sygehuset inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale akutfunktion.

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse (nærmere præciseret nedenfor) med den ordinerede væske og remedier til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling. Væsken leveres færdigblandet.

Den kommunale akutfunktion vurderer om de har kapacitet til at hjemtage patienten og administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandling sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø m.v.

Administration af IV-behandling med væske kræver en sygeplejefagligbaggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper. Der kan på lokalt initiativ tages stilling til videredelegation af dele af arbejdsopgaven til andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

Det lægefaglige behandlingsansvar:
Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansvaret indebærer:

- At ordinere relevant væskebehandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrative form, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At oplyse et telefonnummer, som den kommunale sygepleje kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

I nogle tilfælde vil patienter blive ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang eller udlevere mere væske og remedier, hvis behandlingen forlænges.

Efter afslutning af IV behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når det besluttes, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale
nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, der er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks være et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med væske. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med væske.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Når det er aftalt, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller nærområde, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige remedier og væske til den ordinerede behandling.

IV-kassens indhold varierer, men indeholder som udgangspunkt:

- væske, administrationsskema, infusionssæt, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang mm.

Kuradministrationsskema	Efter endt kur sendes skemaet til den behandlingsansvarlige sygehusafdelingssekretariat jf. instruks eller medgives patienten ved næstkommende kontrol.
Opbevaring af medicin i patientens hjem	Væsken og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn.
Kanyleboks	Brugte utensilier såsom engangshandsker, infusionsslange, posen med væske m.m. kasseres som almindelig dagrenovation uden at skille dropslangen fra væskeposen. Kanyler kasseres i kanyleboksen, som efter endt kur medbringes af patienten til evt. kontrol på sygehuset eller af patienten/pårørende/sygeplejerske til kassation på et apotek.

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser.

Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyl).

Kompetenceudvikling

Sygehuset er ansvarlig for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af IV-behandling. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere IV-behandling med væske skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om væske og elektrolytterapi
- Viden om hjerte- og lungekredsløbets respons på væsketerapi
- Pleje af IV-adgang
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit

Kompetencerne ligger inden for den sygeplejefaglige uddannelse. Der kan dog være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencerne. Denne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data for aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til IV-behandling med væske
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afrapporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune. Endvidere vil data kunne nuancere og understøtte en national dialog om yderligere tildeling af ressourcer til opgaven.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om IV-behandling med væske aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

For yderligere information se:

Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde - https://www.regionsyddanmark.dk/wm276686

15158 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 10.2017

Oktober 2017

Samarbejdsaftale
om IV-behandling med antibiotika

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Baggrund

Intravenøs (IV) behandling med antibiotika foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er stabile og friske nok til at kunne tage hjem i nogle timer mellem hver behandling. Andre modtager ambulant behandling, hvor de møder ind to-fire gange i døgnet til planlagt infusion. For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man flere gange dagligt skal møde på sygehuset til behandling, og de fleste forerækker at modtage behandlingen i eget hjem, såfremt den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset.

Samarbejdsaftalen vil systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika i borgerens nærmiljø. Den skal medvirke til et patientsikkert samarbejde.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø, ud over en relativ kort indlæggelse, blive sparet for transporttid og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk, og erhvervsaktive borgere vil eventuelt bedre være i stand til at passe et arbejde. Endvidere vurderes det eksempelvis at kunne reducere risiko for konfusion og delir hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne bevare sit funktions- og aktivitetsniveau end under indlæggelse.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, der er vurderet lægefagligt egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller tæt på nærmiljøet, eksempelvis i et sundhedshus.

Samarbejdsaftalen formaliserer samarbejdet om IV-behandling med antibiotika efter udskrivelse, således at de kommunale sygepleje kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling. Endvidere skal samarbejdsaftalen sikre, at det nye samarbejde udvikles i et gensidigt og aftalt tempo.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Patienter i IV-behandling med antibiotika, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile, og som lægefagligt vurderes egnet til at færdiggøre behandlingen i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 22. september 2017 og Sundhedskoordinationsudvalget den 31. oktober 2017 og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

IV-behandling med antibiotika er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal modsat stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning.

Samarbejdsaftalen gælder kun antibiotiske præparater, som kan blandes i lukkede systemer.

Patienter starter behandlingen på sygehuset og skal have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale akutfunktion.

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse (nærmere præciseret nedenfor) med det ordinerede antibiotika og remedier til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling.

Den kommunale akutfunktion vurderer om de har kapacitet til at hjemtage patienten og administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandlingen sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc.

Administration af IV-behandling med antibiotika kræver en sygeplejefagligbaggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper.

Det lægefaglige behandlingsansvar:
Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansvaret indebærer:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og IV-behandling med antibiotika
- At ordinere relevant antibiotika behandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrative form, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At etablere en 24/7 hotline som hjemmesygeplejen kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

I nogen tilfælde vil patienter få ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang eller udlevere mere medicin og remedier, hvis behandlingen forlænges.

Efter afslutning af IV behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når det besluttes, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visita-tionen/ den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks været et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med antibiotika. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med antibiotika.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Når det er aftalt, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller nærmiljø, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige re-medier og medicin til den ordinerede behandling.

IV-kassens indhold varierer iht. de medicinske præparat, men indeholder som udgangspunkt:

- Medicin, administrationsskema, infusionssæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang mm.

Kuradministrationsskema	Efter endt kur sendes skemaet til det behandlingsansvarlige sygehus-afdelingssekretariat jf. instruks eller medgives patienten ved næstkommende kontrol.
Opbevaring af medicin i patientens hjem	Medicinen og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn.
Kanyleboks	Brugte utensilier såsom engangshandsker, infusionsslange, minibag, medicinbeholder m.m. kasseres som almindelig dagrenovation uden at skille dropslangen fra mini-bag´en. Kanyler kasseres i kanyleboksen, som efter endt kur medbringes af patienten til evt. kontrol på sygehuset eller af patienten/pårørende/sygeplejerske til kassation på et apotek.

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser.

Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyl).

Kompetenceudvikling

Sygehuset er for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af IV-behandling. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere IV-behandling med antibiotika skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Farmakologi, herunder viden om virkning, bivirkning og interaktioner
- Kendskab til og primær behandling af allergiske reaktioner herunder anafylaktisk chock
- Pleje af IV-adgang
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit
- Genoplivningskompetencer

Kompetencerne ligger inden for den sygeplejefaglige uddannelse. Der kan dog være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencerne. Denne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data for aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til IV-behandling med antibiotika
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afrapporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune. Endvidere vil data kunne nuancere og understøtte en national dialog om yderligere tildeling af ressourcer til opgaven.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om IV-behandling med antibiotika aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsige med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

For yderligere information se:

Afdelingen for Tværsektorielt samarbejde - https://www.regionsyddanmark.dk/wm276686

15158 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 10.2017

Tilbagemelding fra kommunernes ift. ønsker og behov ift. koordinering af og styrket samarbejde med praksissektoren med et særligt fokus på almen praksis

I alt har 12 kommuner responderet på afklaringen. Generelt giver kommunerne udtryk for at have et godt samarbejde med almen praksis. 11 ud af de 12 kommuner, bemærker dog at de på trods af det gode samarbejde møder forskellige udfordringer. Nedenfor er disse udfordringer listet op, og efterfølgende er kommunernes forslag til hvordan samarbejdet kan styrkes listet op.

Nuværende områder hvor der opleves udfordringer:

- Kommunerne oplever udfordringer i forbindelse med samarbejdet om, og indførelse af, (nye) tiltag, som styrker det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. F.eks. at lægerne ikke benytter sig af muligheden for opfølgende hjemmebesøg.
- Lægerne har manglende viden om de eksisterende kommunale tilbud, herunder til de kommunale forebyggelsestilbud, hvilket medfører for få henvisning hertil.
- At få implementeret forløbsprogrammer og indsatsområder i sundhedsaftalen.
- Når kommunerne ønsker at samarbejde om nye projekter, idet kommunerne oplever at lægerne ikke har tid til dette.
- Samarbejdet om afprøvning af nye samarbejdsformer f.eks. TeleKOL.
- Kommunerne oplever, at nogle læger er modvillige i forhold til at anvende dosisdispensering.
- Datadeling mellem almenparksis og kommunerne er ikke altid muligt.
- Der er problemer med at få kontakt til lægerne. Nogle læger vil ikke oplyse et direkte telefonnummer til den kommunale sygeplejerske, så sygeplejersken bruger ofte meget telefonisk ventetid i åbningstiden for opkald, og det er ikke altid muligt få kontakt ti lægen ved akut opstået sygdom i dagtimerne.

- Nogle kommuner oplever ligeledes udfordringer med: at få tilknyttet læger til alle plejecentre ifm. Faste læger på plejecentre, at udarbejde lokale samarbejdsaftaler, at for få læger deltager i KLU-møder, at lægerne ikke udarbejder handleplaner selvom det er et krav, at mange forskellige lægepraksisser skal inddrages ved ændringer i samarbejdet, at vagtlægerne ikke har samme viden især omkring den kommunale akutsygepleje. For yderkommunerne er der ligeledes udforinger i samarbejdet med læger som er placeret udenfor kommunen, og kontakten til disse. Når centrale løsninger lader vente på sig (fx muligheden for rammedelegation og systemtekniske udfordringer omkring medicinhåndtering), giver dette ligeledes anledning til udfordringer indtil disse kommer, i nogle kommuner.

Forslag til konkrete tiltag som kan håndteres i regi af SydKIP

- Almen praksis kan deltage i udviklingsarbejdet i forhold til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- Den nye fælles praksiskonsulent kan deltage ad hoc på møder i kommunalt lægelige Udvalg og på møder i samordningsforummet, og derved skabe sammenhæng mellem disse fora. Derudover kan agere som ”oversætter” for de mere strategiske tanker og drøftelser, der ligger i samarbejdet omkring Sundhedsaftalen og forløbsprogrammerne. Det vil angiveligt understøtte den kommunale praksiskonsulentfunktion.

- Den fælles praksiskonsulent kan med mellemrum deltage i KLU-møderne i kommunerne og derved være bindeled mellem den kommunale og regionale praksis.
- Den fælles praksiskonsulent understøtter praksiskonsulenten i at belyse fokus på og øge kendskabet til implementering af aftaler.
- Den nye funktion kan understøtte sammenhængen mellem de lægelige kvalitetsklynger og KLU, idet KLU under den nye sundhedsaftale har fået en mere klar defineret rolle som implementeringsorgan for forløbsprogrammerne mv.
- SydKIP kan fungere som bindeled mellem kommunen og de praktiserende læger som er placeret udenfor kommunen.
- Der etableres tættere samarbejde om implementeringen af de fælles overordnede samarbejdsaftaler og omkring arbejdet med at undgå unødvendig akutte indlæggelser.
- Der sættes fokus på muligheden for og vigtigheden af fælles datadeling.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom
Journal nr.: 18/57371

Notat

Dato: 06-03-2020

Forløbsprogrammet for mennesker med depression

Borgergrundlag og kommunernes merudgifter i forbindelse med kommunale rehabiliteringsforløb.

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom er i forbindelse med indarbejdelsen af høringssvar i forløbsprogrammet for mennesker med depression blevet bedt om at levere et estimat for kommunernes merudgifter i forbindelse med, at målgruppen for programmet får adgang til kommunale rehabiliteringstilbud.

Forløbsprogrammet indebærer, at de kommunale sundhedsområder får en ny opgave: Rehabilitering af borgere med let til moderat depression.

For at kunne beregne hvilke merudgifter dette medfører for kommunerne, er der behov for at kende borgergrundlaget – hvor mange borgere bliver ramt af depression på årsbasis - og udgifterne, som er forbundet med kommunernes rehabiliteringstilbud.

Det har imidlertid ikke været muligt at skaffe præcise data for borgergrundlaget, idet der ikke kan trækkes sådanne data fra almen praksis. I stedet må der beregnes et skøn, dels på baggrund af nationale tal, dels på baggrund af syddanske tal fra Sundhedsprofilen.

Jf. ”Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015” er der hvert år i Danmark 11.000 nye tilfælde af depression. Det svarer ca. til 2350 nye tilfælde i Region Syddanmark (21,4 % af totalen på landsplan).

I sundhedsprofilen 2017 anvendes et screeningsredskab, der måler hyppigheden af kernesymptomer ved depression: Patient Health Questionaire–2 (PHQ-2). Sundhedsprofilens tal angiver derfor ikke antallet af mennesker, som har fået stillet diagnosen depression, men derimod kan man ud fra profilen udregne, hvor mange, der ud fra selvrapporterede oplysninger, kan have tegn på en depression. I PHQ-2 er det muligt at opnå en samlet score i intervallet 0-6, hvor en højere score indikerer flere tegn på depression.

2833 borgere i Region Syddanmark i alderen fra 16 år og op scorer enten 4, 5 eller 6 på PHQ-2, og dermed tegn på en depression.

For begge opgørelser må der også forventes at indgå de borgere, der har depression i svær grad eller en kompliceret moderat depression og dermed behandles i psykiatrien. Antallet af borgere med let eller moderat depression, der skal tilbydes et kommunalt rehabiliteringstilbud, kan derfor være lavere.

På baggrund af ovenstående beregninger anslås det, at antallet af nye tilfælde af let til moderat depression i Region Syddanmark på årsbasis ligger i intervallet 2.350-2.850.
På baggrund af det samlede skøn er det muligt for den enkelte kommune at beregne et skøn for, hvor mange nye tilfælde, som må forventes her.

Et eksempel på et kommunalt rehabiliteringsforløb indholdene:
Den sundhedsprofessionelle, der varetager, tilrettelægger og målretter rehabiliteringsindsatsen, vil typisk være en sygeplejerske eller terapeut med kompetencer indenfor depression fra efteruddannelse eller praksis. Følgende kompetencer vil være afgørende for at kunne varetage opgaven;

- Indgående viden om depression og symptomer.
- Undervisnings- og/eller samtaleerfaring med målgruppen.
- Skal være motiverende og kunne fastholde de mennesker som har depression.
- Empatisk, rummelig, anerkendende, selvstændig og evner at målrette indsatsen.

I forhold til de kommunale udgifter til et rehabiliteringsforløb for en borger med let til moderat depression er der her udført et regneeksempel på et forløb, hvori der indgår: en afklarende samtale, patientskole a 12 timer med to undervisere, et holdtræningsforløb med to gange træning ugentligt i 12 uger med to undervisere samt en afsluttende samtale.

	antal deltagere	antal sundhedsprofessionelle	timer pr. medarbejder	timepris	udgift pr borger
1 afklarende samtale	1	1	1	325	325
holdundervisning - sygdomsmestrin	12	2	24	325	1300
holdtræning - fysisk træning/afspæn	12	2	24	325	1300
1 afsluttende samtale	1	1	1	325	325
i alt udgift pr borger					3250

Arbejdsgruppen vedrørende nye rammer for kronisk sygdom har i et notat udarbejdet skøn for målgruppens størrelse og eksempler på de udgifter, som er forbundet med de relevante rehabiliteringstilbud. Det er dog netop kun eksempler på udgifter, da den enkelte kommune selv fastlægger udformningen af rehabiliteringstilbuddene.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom
Journal nr.: 18/57371

Notat

Dato: 06-03-2020

Forløbsprogrammet for mennesker med depression

Uddybende beskrivelse af den koordinerende kontaktperson.

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom er på møde i Det Administrative Kontaktforum den 23.01.20 blevet bedt om at uddybe beskrivelsen af den koordinerende kontaktperson i forløbsprogrammet for mennesker med depression. Dette har baggrund i, at forløbsprogrammet introducerer en ny indsats i form af en koordinerende kontaktperson.

Den koordinerende kontaktperson skal tilbydes for de borgere, der er diagnosticeret med en depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder.

Opgaver og kompetencer
Den koordinerende kontaktperson sikrer, at der som minimum afholdes et fælles møde med relevante aktører, hvor der lægges en fælles plan for den videre indsats. For praktiske formål betyder det, at den koordinerende kontaktperson indhenter samtykke fra borgeren, varetager mødeindkaldelse med dagsorden, information til borgeren og opsamling på de aftaler, der indgås på mødet. Da depression ofte vil have en påvirkning på de kognitive funktioner, skal indgåede aftaler nedfældes på skrift, som borger får med hjem.

Møder aftales efter behov – f.eks. hvis det er nødvendigt at justere i planen.

Da funktionen kan placeres på mange forskellige områder, betyder det også, at personale med forskellige faglige baggrunde kan varetage funktionen. Følgende kompetencer vil være givende for at kunne varetage opgaven;

- Har en god kontakt til borgeren
- Viden om depression og symptomer
- Motiverende og evne at fastholde de mennesker, som har depression
- Empatisk, rummelig, anerkendende, selvstændig og evner at målrette indsatsen

Forankring af funktionen
Funktionen som den koordinerende kontaktperson bør placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien, placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere. Disse parter har ansvaret for opstart af ordningen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det relevante kommunale område har en væsentlig og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet.

Varetagelsen af funktionen kan tilrettelægges på mange måder, da der lokalt kan besluttes, om funktionen placeres hos enkelte dedikerede medarbejdere eller en større medarbejdergruppe.

Økonomi
Ved at inddrage funktionen med en koordinerende kontaktperson bliver kommunikationen omkring borgernes forløb mere systematisk og derved mere effektiv over tid. Derfor vil den koordinerende kontaktpersons funktion ikke nødvendigvis medføre øgede udgifter for de involverede aktører. Som følge heraf er der ikke beregnet omkostninger ved ordningen. Det forventes, at funktionen kan varetages indenfor de nuværende ressourcemæssige rammer.

START
MÅL
SYGEHUS
ALMEN PR
KOMMUN
APO

Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

– samarbejde og kommunikation

Titel

Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2019

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget

og træder i kraft den xxxx?

Emneord

Xxxxxxx, xxxxxxx, xxxxxx

xxxxxxx, xxxxxx

Version 1.0

Februar 2019

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-67-7

Forord

Kommer senere...

Bo Libergren

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Henning Ravn

Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Indhold

KAP. 1 - Introduktion 5
Baggrund for forløbsprogrammerne 5
Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression 6
Formål med forløbsprogrammet 6
Målgruppen for forløbsprogrammet 7
Forløbsprogrammets anvendelse 7
Udarbejdelse af forløbsprogrammet 8
Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet 9
Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser 9
Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery 9
Inddragelse af patienter og pårørende 10
KAP 2 - Sammenfatning 12
KAP 3 – Den borgerrettede forebyggelse 13
Rammer 14
Forebyggende tilbud 14
KAP 4 - Tidlig opsporing hos risikogrupper 16
Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger 16
Risikogrupper 17
KAP 5 – Stratificering 20
Stratificering 20
KAP 6 – Udredning og diagnosticering 25
Almen praksis – henvisning og visitation 26
Region – henvisning og visitation 27
Andre aktører 27
KAP 7– Behandling og opfølgning 27
Almen praksis 27
Region 28
Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling 29
Borgerens kontakt til apoteket 30
KAP 8 - Løbende koordinering 31
Kommunen – henvisning og visitation 31
Region – henvisning og visitation 31
Samarbejde og koordination i praksis 32
En koordinerende kontaktperson 32
KAP 9 - Arbejdsmarkedsindsats 34
Før depressionen 34
Under depressionen 35
Efter depressionen 36
KAP 10 - Genoptræning 37
Hvordan vurderes, om der er et behov? 37
Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer 39
Særligt om genoptræning i kommunerne 39
KAP 11 – Rehabilitering i kommunerne 42
Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne 43
Sygdomsmestring 46
Fysisk træning 50
Ernæringsindsatser i kommunen 51
Rygestop i kommunen 51
Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling 52

KAP. 1 - Introduktion

Baggrund for forløbsprogrammerne

Siden de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket over de seneste år.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertekarsygdomme i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for mennesker med KOL, type 2-diabetes, og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for mennesker med kroniske sygdomme. D. 17. juni 2015 besluttede Det Administrative Kontaktforum at revidere de eksisterende forløbsprogrammer samt at udarbejde forløbsprogram for borgere med depression og leddegigt.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med kroniske sygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og National Klinisk Retningslinje for uni-polar depression. Nærværende forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Derudover er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorerne og kommunikation i sektor-overgangene, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

I den kommende sundhedsaftale for perioden 2019-2023 er der fokus på, at der arbejdes rehabiliterende i mødet med borgeren og med afsæt i borgerens ressourcer, behov og ansvar for egen sundhed. Borgere og pårørende skal være en medskabende og ligeværdig part i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling. Alle parter har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden.

Med sundhedsaftalen for 2019-2023 bygges der videre på den positive, tværsektorielle udvikling, der er skabt i Syddanmark i forhold til borgere med kronisk sygdom. I den kommende sundhedsaftaleperiode styrkes samarbejdet om tidlig opsporing af sygdom og igangsættelse af koordineret behandling, pleje og opfølgning, så færre får brug for akutte (gen)indlæggelser.

Det er intentionen, at forløbsprogrammet er et fælles fundament for det tværsektorielle arbejde for voksne med depression. I sundhedsaftalen er der også et mål om, at andelen af borgere med psykisk sygdom, som har tilknytning til arbejdsmarkedet, øges. Sårbare borgeres mulighed for at opnå eller bevare tilknytning til arbejdsmarkedet skal

styrkes. Ud fra evidensbaserede indsatser støttes borgeren i at mestre eget liv og vende tilbage i beskæftigelse efter længere tids sygefravær. Derfor er det også et fokusområde for dette forløbsprogram, at der er en gruppe af borgere med depression, der er sårbare og har brug for tværsektoriel støtte til at kunne vende tilbage i beskæftigelse.

Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har placeret depression på en fjerdeplads over de ti sygdomme i verden, som giver anledning til det største tab af livskvalitet og leveår[1].

Depression er en tilbagevendende sygdom med risiko for kronisk handicap. Depressioner udviser et variabelt sygdomsforløb og omkring 20% udvikler kronisk depression (ibid). Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80%. Depression kan medføre kronisk handicap, dels pga. persisterende depressive symptomer (residualsymptomer), dels pga. kognitive forstyrrelser.

Depression er en livstruende tilstand. Undersøgelser af selvmordsofre tyder på, at man ved omkring 60% retrospektivt kan stilles en depressionsdiagnose. Generelt gælder det, at depressioner er hyppige, alvorlige og en ofte tilbagevendende psykisk sygdom, der medfører store lidelser for den enkelte og store samfundsmæssige omkostninger.

Depression er underdiagnosticeret og underbehandlet[2] . Som anført i "Referenceprogram for unipolar depression hos voksne" er behandlingen af depression mangelfuld, idet mange patienter ikke søger læge, og kun halvdelen af dem, der søger læge, får stillet den korrekte diagnose. Af dem, der får stillet den korrekte diagnose, vil under halvdelen modtage medicinsk behandling i tilstrækkelige doser med tilstrækkelig varighed.

Forskning viser, at mennesker med psykiske lidelser også underdiagnosticeres og underbehandles for deres fysiske sygdomme. Dette på trods af, at mennesker med psykiske lidelser har et større behov for somatiske sundhedsydelser grundet højere forekomst at risikofaktorer for fysisk sygdom og risici ved den medicinske behandling.

Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner. Undersøgelser viser dog, at personlige holdninger samt manglende kompetencer hos fagpersoner er en væsentlig barriere for at ændre sundhedsadfærd[3].

Formål med forløbsprogrammet

Nærværende forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejdet med mennesker med

[1] Sundhedsstyrelsen (2018) – "Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser"
[2] Sundhedsstyrelsen (2007) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne".
[3] Sundhedsstyrelsen (2007) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.

depression. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af mennesker med depression og deres pårørende. Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse, uafhængigt af forløbsprogrammet, ligesom alle aktører selvsagt følger gældende lovgivning på de enkelte områder.

BOKS:

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for mennesker med depression i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i patienternes forløb
- Inddragelse af patienterne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

Målgruppen for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere over 18 år, som har eller er i risiko for at udvikle unipolar depression af let, moderat eller svær grad. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "patienter med depression". Hvor der er særskilte retningslinjer mv. for hhv. let, moderat eller svær depression, angives dette.

Patienter med depression har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det den individuelle situation og sygdomsbilledet, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, psykiatrisygehuset og de fire somatiske sygehusenheder.

Forløbsprogrammet henvender sig til de fagprofessionelle og ledere i kommunerne, i almen praksis, på sygehuse og apotekere, der i deres arbejde er i kontakt med patienter, som har eller er i risiko for at udvikle en depression. Forløbsprogrammet gælder både fagprofessionelle, der har patienter med depression som primær målgruppe, og fagprofessionelle, der mere sporadisk møder patienter med depression.
Fagprofessionelle kan derfor være medarbejdere fra sundhedsområdet, arbejdsmarkedsområdet, uddannelsesområdet og socialområdet.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med depression. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor patienter med depression er i kontakt med sundhedsvæsenet. Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

BOKS

Forløbsprogrammet kan både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke retningslinjer mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for patienter med depression

Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom de allerede godkendte forløbsprogrammer for mennesker med KOL, diabetes og hjertesygdom, blevet til i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet en workshop, hvor patienter, pårørende og fagprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner har været i tæt dialog om deres oplevelser af og holdninger til håndteringen og behandling af mennesker med depression.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på samarbejde mellem fagprofessionelle og patienter/pårørende samt systematisk inddragelse af patienter/pårørende i eget forløb.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan og en kommunikationspakke, som findes på Region Syddanmarks hjemmeside **(Indsæt link)**.

I forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med KOL har en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Forebyggelse udviklet et spørgeskema, som skal belyse patienters og pårørendes oplevelse af, om forløbsprogrammet har en værdi for deres forløb. Det Administrative Kontaktforum har den 19. november 2018 godkendt spørgeskemaet. Der forestår stadig en afklaring af, hvorvidt metoden til monitorering af KOL-forløbsprogrammet kan anvendes i forhold til de øvrige forløbsprogrammer.

Når resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen foreligger, vil Det Administrative Kontaktforum tage stilling til, om undersøgelsen og metoden skal bruges på de øvrige forløbsprogrammer, herunder forløbsprogrammet for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet opdateres løbende, når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med depression. Sådanne ændringer kan f.eks. fremkomme i forbindelse med indgåelse og udmøntning af overenskomster med almen praksis. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

Da forløbsprogrammet ikke gennemgår de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats, vil ændringer i disse retningslinjer ikke medføre opdateringer i forløbsprogrammet. Ansvaret for at monitorere og kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer.

Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. 15-20% af konsultationerne i almen praksis omhandler psykiatriske lidelser med somatiske problemstillinger. Patienter med mental-fysisk multisygdom har ofte komplicerede behandlingsforløb, der vanskeliggøres af polyfarmaci og mange, til tider modstridende, behandlingsvejledninger for de forskellige sygdomme. Depression optræder ofte komorbidt med andre psykiske lidelser f.eks. angst og misbrug. De praktiserende læger har en central rolle som samlende part for patienten, som har flere diagnoser.

Forløbsprogrammet har fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse – ved behov – skal igangsætte indsatser parallelt i forbindelse med behandling, rehabilitering og særlig støtte for mennesker med depression.

Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery

Forkortelsen KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion, som repræsenterer vigtige faktorer for sundhedsfremme og forebyggelse. I det dobbelte KRAM tilføjes en ekstra dimension i form af et dynamisk,

helhedsorienteret, tværvidenskabeligt og tværfagligt arbejdsgrundlag for såvel mental sundhed som helbred og trivsel.

Det Dobbelte KRAM beskriver forudsætninger for at kunne tackle modstand og belastninger i livet ved at kunne (gen)skabe mening og sammenhæng i hverdagen, fx efter alvorlig sygdom eller ulykke. Det handler om at have Kompetencer til at håndtere sygdom og udfordringer, gode Relationer til venner og familie, at kunne Acceptere tingenes tilstand omkring det, man umuligt kan gøre noget ved eller ændre - samt at have udviklet hensigtsmæssige og virksomme Mestringsstrategier[4].

Det dobbelte KRAM giver en række pejlemærker til den borgerrettede forebyggelse.
I dette forløbsprogram behandles borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing og rehabilitering i særskilte kapitler. Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression.
Afsnittet om tidlig opsporing fokuserer på afgrænsede risikogrupper, mens afsnittet om rehabilitering fokuserer på rehabilitering af borgere, der er diagnosticeret med depression.

Recoverybegrebet er helt centralt, når man taler om rehabilitering ved psykisk sygdom, og et menneske med en psykisk sygdom betragtes ikke længere som en passiv modtager af den rehabiliterende indsats, men som en aktiv deltager.

Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem begreberne rehabilitering og recovery. Rehabilitering er den indsats, professionelle kan tilbyde for at understøtte den enkeltes individuelle recoveryproces. Recovery er således den enkeltes helt unikke proces, der ikke på samme måde som rehabilitering kan gøres til genstand for en strukturering. Fagpersonernes rolle er således først og fremmest at understøtte den enkelte i "at komme sig"[5].

Inddragelse af patienter og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at patienter og pårørende inddrages aktivt under hele forløbet. Information og vejledning om forhold, der angår diagnose, symptomer, prognose og årsager, er central, ligesom oplysning om behandlings- og støttemuligheder. Dialog og vidensdeling kan styrke samarbejdet om behandling samt fremme sygdomserkendelse og accept.

Patientinddragelse

Patientens indsigt og medvirken er essentiel for en vellykket behandling og rehabilitering samt en ligeværdig relation mellem fagpersoner og patienter. Patientinddragelse på individuelt niveau sker gennem vidensdeling mellem patient og fagprofessionel, så den enkelte patients præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket.

---

[4] Thyboe, Peter (2016) "Det dobbelte Kram- tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel"
[5] https://www.psykisksaarbar.dk/forside/viden/viden-om-behandling/rehabilitering

Gennem inddragelsen kan patienten bidrage til planlægningen af og beslutninger om sit videre forløb samt handle aktivt i forhold til håndteringen af egen sygdom[4]. Inddragelse i eget forløb er derigennem med til at øge kvaliteten i indsatsen for patienten med depression.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til patientens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at f.eks. medicin tages korrekt, behandlingsanvisninger overholdes, og at patienten kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at patienter, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre, dvs. øget compliance[5 6]

Inddragelse af pårørende

Depression kan være forbundet med en øget følelsesmæssig belastning for de pårørende. Desuden kan social isolation og mangelfuld støtte fra patientens netværk i sig selv være med til at vedligeholde eller forværre depression. Den ansvarshavende fagprofessionelle, herunder også praktiserende læge, har ansvaret for at inddrage nærmeste pårørende i det omfang, det er forligeligt med patientens ønsker. Denne inddragelse kan være en væsentlig ressource for patienten i hverdagen, i forbindelse med forebyggelse og under behandlingen. De pårørende kan være en værdifuld samarbejdspartner, der øger den enkeltes muligheder for at komme sig. Ved første kontakt til den fagprofessionelle kan de pårørende ofte yde et væsentligt bidrag til forståelsen af patientens habituelle tilstand, herunder også tidligere og aktuelle funktionsniveau.

Ifald der er børn under 18 år i nær relation til en patient med depression, skal der ved behov orienteres om relevante tilbud og støtteforanstaltninger.

Patienter og pårørende ser indsatserne fra et andet perspektiv end de fagprofessionelle, og gennem systematisk inddragelse kan de derfor være med til at udvikle forløb, som er både værdifulde og effektive. Set i lyset af de positive gevinster ved inddragelse, bør patienter med depression og deres pårørende – så vidt det er muligt – være med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag der tilbydes.

Fagprofessionelle og patienter har ikke nødvendigvis den samme oplevelse af, hvad der er vigtigt at tale om i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. For patienten og de pårørende kan det være svært at modtage og reagere på information, hvis patienten ikke oplever, at det er det vigtigste, der bliver talt om.

KAP 2 - Sammenfatning

I det følgende opsummeres de centrale pointer og anbefalinger i det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet omhandler både den borgerrettede forebyggelse og tidlige opsporing af borgere med depression og det tværsektorielle forløb, der følger efter en udredning og diagnosticering af patienter med depression. Forløbsprogrammets anbefalinger er udelukkende udviklet for den del af forløbsprogrammet, der omhandler patienter, der er diagnosticeret med depression.

Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression. For den borgerrettede forebyggelses vedkommende henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed.

I forhold til den tidlige opsporing er der fokus på risikogrupper. Forløbsprogrammet peger på, at fagprofessionelle der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn. Den fagprofessionelle henviser/opfordrer borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression. Derudover henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker for kommunernes forebyggelsesarbejde, hvor der blandt andet er faglige anbefalinger om, at sundhedsplejersker tilbyder screening for fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre. Som en del af det syddanske hjerteforløbsprogram skal kommunale sundhedstilbud og sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse screene for angst og depression hos borgere med hjertesygdom.

For den del af forløbsprogrammet der handler om forløbet efter patienten er diagnosticeret med depression, er der formuleret to nye indsatser, det er:

- ”Den koordinerende kontaktperson”. Målgruppen er patienter, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har behov for ydelser/indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet. Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have en løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan. Den individuelle plan indeholder fælles mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Der afholdes som minimum ét fælles møde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov fx hvis det er nødvendigt at justere i planen. Funktionen som koordinerende kontaktperson bør som udgangspunkt placeres enten i lokalpsykiatrien eller i det relevante kommunale område.
- Patienter med let eller moderat depression skal tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale områder. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats. Tilbuddene til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

KAP 3 – Den borgerrettede forebyggelse

Depression kan udløses af forskellige forhold, fx skilsmisse, overgreb, økonomiske problemer, tab af arbejdsevne. Disse forhold kan ligeledes bidrage til depressionens sygdomsproces.

Foruden de udløsende faktorer og den almene mentale sundhed bør den fagprofessionelle være opmærksom på en række vedligeholdende faktorer; Disse kan have karakter af somatisk sygdom, psykisk sygdom eller være af psykologisk karakter f.eks. interpersonelle konflikter, uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre[6].

Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom, -herunder depression. Der findes en lang række faktorer, der påvirker den mentale sundhed.

Faktorer, der påvirker den mentale sundhed[7]		
	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Self-efficacy (tro på egen formåen) Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet Følelse af socialt tilhørsforhold og evne til at etablere relationer God fysisk sundhed	Dårligt selvvurderet helbred Forringet fysisk helbred Ensomhed Langvarige smerter eller langvarig sygdom, fx kræft, diabetes eller hjerte-kar-sygdom Risikoadfærd, fx alkohol og stof-misbrug, dårlig søvn, rygning Pårørende til syge og svækkede
Socialt niveau	Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i positive fællesskaber Social anseelse Positive erfaringer med uddannelse og arbejdsliv	Manglende omsorg Svage sociale tilhørsforhold/ensomhed Langvarige stressbelastninger, fx i nære relationer og familie Mobning, diskrimination og andre krænkende belastninger

[6] Dansk Depressionsdatabase (2014) – Dokumentalistrapport.
[7] Sundhedsstyrelsen (2018) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.

Strukturelt niveau	Trygge omgivelser Gode boligforhold Økonomisk sikkerhed Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø Mulighed for beskæftigelse Adgang til sociale støttefunktioner	Lav socioøkonomisk status Fattigdom Sygefravær og arbejdsløshed Psykisk og fysisk belastende arbejdsmiljø Lav social anseelse, der er påvirket af at bo i socialt belastet boligområde

De beskyttende faktorer og risikofaktorer forandrer sig gennem livet. De rammer og betingelser, der påvirker den mentale sundhed, fordeler sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Derfor bør indsatser til at fremme borgernes mentale sundhed og ligeledes forebygge dårlig mental sundhed involvere flere områder (7). Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk.

Rammer

Offentlige arbejdspladser

Det anbefales, at offentlige arbejdspladser tager aktivt del i udarbejdelse og gennemførelse af politikker med fokus på fremme af trivsel og forebyggelse af dårligt psykisk arbejdsmiljø.
Fokus bør være på styrkelsen af de beskyttende faktorer, der fremmer trivslen på arbejdspladsen, som fx et støttende og trygt arbejdsmiljø. Disse målrettes hhv. medarbejdere og brugere/beboere med fokus på at fastholde medarbejdere og give mulighed for en skånsom og fleksibel tilbagevenden til arbejdet efter fx sygemelding (7).

Uddannelsesinstitutioner

Det anbefales, at alle uddannelsesinstitutioner sikrer et uddannelsesmiljø, hvor alle elever udvikler sig fagligt og alsidigt og trives i uddannelsens faglige og sociale fællesskaber. Flere uddannelsesinstitutioner arbejder med fastholdelsesmedarbejdere og psykologordninger for unge i uddannelse (7).

Forebyggende tilbud

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed anbefales:

Netværk for ældre

Det anbefales, at kommunen understøtter forenings- og fællesskabsaktiviteter med fokus på samvær og etablering af netværk for ældre. Der kan her være en særlig opmærksomhed på at sikre rekruttering blandt ældre borgere med risiko for ensomhed og isolation, fx efter dødsfald. Der kan ligeledes være fokus på at invitere seniorer til deltagelse i foreningsaktiviteter, så de kan opbygge og fastholde et netværk i forbindelse med, at de træder tilbage fra arbejdsmarkedet.

Sårbare og socialt udsatte borgere

Kommunen etablerer opsøgende indsatser til støtte og fremme af mental sundhed hos sårbare og socialt udsatte borgere, som oftere har psykiske sygdomme og livsstilssygdomme. For sårbare og socialt udsatte, der ikke er brugere af sociale tilbud, er det nødvendigt med en opsøgende, tværfaglig indsats, som fungerer på de sårbare og socialt udsatte borgeres præmisser (fx teams med gade- eller socialsygeplejersker samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner).

Borgere med kronisk sygdom

Kommunen tilbyder indsatser til borgere med kronisk sygdom. Denne indsats kan ikke erstatte udredning og behandling af kronisk sygdom, men bør fokusere på at fremme mental sundhed, håndtere symptomer, etablere en velfungerende dagligdag og styrke sociale relationer.

Sygemeldte borgere med stress

Kommunen tilbyder sygemeldte borgere med stress hjælp til stresshåndtering og mestringsstrategier.

Brug af naturen som arena

Naturen kan bruges som arena for det mentalt sundhedsfremmende arbejde, fx ved indsatser i naturen med fokus på involverende deltagelse og etablering af sociale relationer og fællesskaber mellem borgere. Mental sundhed kan også være et fokuspunkt i byplanlægningen, så parker og byrum planlægges og udvikles med henblik på let adgang til indbydende natur og grønne områder og med særlig fokus på udsatte områder[8].

Åben Rådgivning

Udover anbefalingerne i Forebyggelsespakkerne fra Sundhedsstyrelsen findes en række åbne rådgivningsmuligheder, alle kan benytte. Disse kan være organiseret i offentlig såvel som frivilligt regi.

Der findes fx "Åben Rådgivning" ved PsykInfo i Region Syddanmark, Headspace, Psykiatrifonden, Sind og Depressionsforeningens Depressionslinje.

---

[8] Sundhedsstyrelsen (2018) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.

KAP 4 - Tidlig opsporing hos risikogrupper

Som tidligere beskrevet er der en større gruppe af borgere med depression, som ikke bliver diagnosticeret og dermed heller ikke behandlet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at op imod halvdelen af alle patienter med symptomer svarende til en depressiv lidelse, ikke erkendes som sådan ved konsultation af egen læge; bl.a. fordi de præsenterer sig med fysiske symptomer.

Flere studier og guidelines har ikke fundet tilfredsstillende effekt af en systematisk opsporing af depression hos befolkningen som helhed[9].

Forløbsprogrammet peger derfor på, at fagprofessionelle, der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn (se nærmere i kap. 6 om udredning og diagnosticering). Den fagprofessionelle henviser borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression.

Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger

Tidlig opsporing	Aktører	Anbefalede handlinger

[9] Sundhedsstyrelsen (2016) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.

Aktører, der bør have opmærksomhed på symptomer hos risikogrupper	Almen praksis Pårørende Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse Praktiserende psykolog Kommunale sundhedstilbud Misbrugscenter Bosteder Jordemødre Sundhedsplejersker Hjemmepleje/Sygepleje Jobcenter Arbejdsgiver	Opfordre til udredning i almen praksis Hjælp med kontakt/fremmøde hos almen praksis Forebyggelse hos risikogrupper
Aktører der varetager screening	Almen praksis Jordemødre og sundhedsplejersker Kommunale sundhedstilbud og Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse	Screening af borgere med mistanke om depression Screening for depression hos gravide og nybagte forældre Screening for angst og depression hos borgere med hjertesygdom

Risikogrupper

Tidligere depression

Patienter med tidligere depression har en øget risiko for at udvikle (nye) depressive episoder.

Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80%[10].

Fagpersoner i kontakt med patienter med tidligere depression bør være særligt opmærksomme på depressive symptomer, dog anbefales det ikke at gennemføre systematisk screening[11].

Kronisk sygdom og multisygdom

Depression optræder ofte komorbidt med andre lidelser, både somatisk og psykisk sygdom. Tilstedeværelsen af depression komplicerer behandlingen af disse tilstande og forværrer prognosen (ibid).

[10] Dansk Depressionsdatabase (2014) – Dokumentalistrapport.
[11] Sundhedsstyrelsen (2016) – National klinisk retningslinje for non-famarkologisk behandling af unipolar depression.

Risikoen for at udvikle depression, hvis man lider af en kronisk sygdom, er øget med en faktor 2-3 i forhold til individer uden kronisk sygdom. Jo flere kroniske sygdomme, des større er risikoen for komorbid depression.

Særlige risikogrupper er mennesker med:

- Hjertesygdom
- Apopleksi
- Kroniske smertetilstande
- Diabetes
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Cancer
- Angst
- Misbrug

Flygtninge og indvandrere

Flygtninge har en højere forekomst af depression, posttraumatisk belastningsreaktion, post-traumatic stress disorder (PTSD) og anden psykiatrisk komorbiditet.

Forekomsten af depression hos indvandrere er relateret til graden af integration, socioøkonomisk status og kulturel tilpasning i det nye land. Oplevelser i hjemlandet og årsagen til migrationen er også af afgørende betydning for udvikling af depression hos indvandrere[12].

Ældre og depression

Depression er hyppigere hos ældre, og ved depression i alderdommen er der en risiko for, at depressionen bliver overset, fordi den tilskrives somatisk sygdom eller tab. Sammenlignet med den øvrige befolkning er forekomsten af svær depression dobbelt så høj i aldersgruppen 70-85 år.

Ældre med depression er sjældent kun triste eller nedtrykte. Ofte klager de over fx træthed, ængstelighed, irritabilitet eller manglende lyst til at leve[13].

Alkoholafhængighed

Jf. Sundhedsstyrelsens publikation om Alkohol og Helbred[14], er alkoholbetingede sygdomme en risikofaktor for depression og går ofte forud for den depressive lidelse. Jo større forbrug, jo større risiko. Hvis alkoholforbruget

[12] Sundhedsstyrelsen (2007) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.
[13] Sundhed.dk (2018) – Depression hos ældre, Lægehåndbogen.
[14] Sundhedsstyrelsen (2008) – Alkohol og Helbred.

ophører, sker der en forbedring af den depressive lidelse. Der er en lineær sammenhæng mellem alkoholforbrug og symptomer på depression og angst med stigende forekomst af symptomer i forbindelse med større forbrug. En række undersøgelser har samstemmende vist, at folk med depression og nedsat stemningsleje har øget risiko for alkoholafhængighed – og omvendt.

Risiko for dobbeltdiagnoser:
Mennesker, der er afhængige af alkohol, udviser to til tre gange større risiko for depressionssygdomme.

En amerikansk undersøgelse har fx vist, at 12% af personer med depression var afhængige af alkohol. Omvendt havde 28% af alkohol-afhængige personer en svær depressiv lidelse.

Alkoholmisbrug og depression forstærker hinanden. Selvom depression kan gå forud for et meget stort alkoholforbrug eller -misbrug, er der betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, der indebærer, at afhængighed af alkohol kan forårsage depressive lidelser. Mange depressive syndromer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed.

Se nærmere om forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling under kapitel 11.

Graviditet og fødsel

Forekomsten af depression i graviditeten angives til mellem 7 og 12% og er formentlig hyppigere i 2. og 3. trimester. Forekomsten af depression i barselsperioden angives i litteraturen til mellem 5 og 20%. Kvinder, der tidligere har haft en depression, har 40-50% risiko for at opleve recidiv i forbindelse med en graviditet, hvis de ikke modtager forebyggende anti-depressiv behandling[15].

I ”Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge” fra 2011 er der beskrevet, at sundhedspersonalet skal være opmærksomt på tegn på angst og fødselsdepression hos både kommende og nye forældre. Med henblik på tidlig opsporing anbefales det rutinemæssigt at spørge til forældrenes psykiske velbefindende et par måneder efter fødslen, enten gennem nogle få strukturerede spørgsmål eller ved brug af en screeningstest. Erfaringsmæssigt viser halvdelen af fødselsdepressionerne sig senere end tre måneder efter fødslen, hvorfor der gennem kontakterne i barnets første leveår skal være opmærksomhed på tegn på psykiske problemer.

Af vejledningen fremgår det endvidere, at: ”ved mistanke om psykotiske episoder og/eller depression hos enten mor eller far henviser sundhedsplejersken altid til den praktiserende læge. Den praktiserende læge vurderer herefter behov for psykiatrisk vurdering og behandling. Sundhedsplejersken yder ekstra besøg til familien i henhold til de lokalt

[15] Sundhedsstyrelsen (2007) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.

udarbejdede anbefalinger herom og i samarbejde med den praktiserende læge/psykiater og evt. psykiatrisk afdeling".

Nyere national forskning viser, at det er muligt at opspore fødselsdepression hos både mænd og kvinder allerede under graviditeten ved at screene tre måneder før fødslen[16].

Det er også vist, at både mænd og kvinder tager imod psykologbehandling hurtigt efter screening, når de henvises hertil på baggrund af en screeningsscore, der viser risiko for fødselsdepression. Hermed er der opstået en stor og endnu uudnyttet mulighed for at forbygge alvorlige problemer for familier og for børn ved at rykke screeningen frem fra de 6-8 uger efter fødslen til 4 måneder før fødslen. Dermed kan problemet identificeres og hjælpen sættes ind omkring 6 måneder tidligere, end det har været almindelig praksis.

Ledige borgere

For ledige borgere kan sundhedstilstanden udgøre en selvstændig risikofaktor i forhold til at opnå en fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Omvendt udgør ledighed og længden af borgerens ledighedsperiode også en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser, som kan udfordre tilknytningen til arbejdsmarkedet yderligere. Faktorer som økonomisk usikkerhed, systemkrav i forhold til rådighedsforpligtelsen og mangel på sociale relationer kan således udgøre en risiko for udvikling af bl.a. alkoholafhængighed eller psykiske lidelser som stress og depression.

Jobcentrene skal derfor have opmærksomhed på borgere med symptomer på depression. Ved mistanke om depression opfordres borgeren til at gå til praktiserende læge for udredning.

I Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakker er der udarbejdet faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde for gravide, som forløbsprogrammet anbefaler at følge:
Side 26 i Sundhedsstyrelsen / Forebyggelsespakker / Mental-sundhed

KAP 5 – Stratificering

Stratificering

En central del af dette forløbsprogram er at tydeliggøre stratificeringen, dvs. fastlæggelsen af hvilke patienter, der skal behandles på hvilke niveauer. Stratificeringen skal skabe grundlag for en gradueret indsats, som er tilpasset patienternes behov, så f.eks. patienter med et specialiseret behov også mødes med en specialiseret indsats. Stratificeringen skal dermed også bidrage til at afklare, hvilke aktører og indsatser, der er relevante i bestemte situationer. Pårørendes behov for evt. indsatser er derimod ikke inddraget i modellen.

[16] Madsen, S.Aa., Bibow, B. & Eliasson, S. Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet. Månedsskrift for almen praksis, 2018.

Overordnet er målet, at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke på et højere specialiseringsniveau end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Kernesymptomerne på depression jf. ICD-10:

- Nedtrykthed (depressivt stemningsleje)
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthed

Ledsagesymptomer ved depression jf. ICD 10:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- eller vægtændring[17]

Patienter med stress, udbrændthed, belastninger og tilpasningsreaktioner mv. kan også udvise de samme symptomer, men de vil ikke være til stede så stabilt som hos mennesker med depression[18].

Depressionens sværhedsgrad og kompleksitet er de afgørende stratificerings-faktorer:

- **Let depression:**
  2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer
- **Moderat depression:**
  2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer
- **Svær depression:**
  3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer

Herudover kan depression opdeles tidsmæssigt i depressiv enkeltepisode, tilbagevende/periodisk forløb og kronisk forløb. Andre faktorer kan påvirke graden af kompleksitet og dermed den tilpassede indsats. Der kan være tale om både komplicerende og styrkende faktorer.

Komplicerende faktorer er:

---

[17] Sundhed.dk (2018) – Lægehåndbogen.
[18] Sundhed.dk (2018) – Patienthåndbogen for psykisk sygdom.

- Markant nedsat kognitivt funktionsniveau
- Multisygdom og polyfarmaci
- Samtidig (svær) somatisk sygdom
- Samtidig anden psykisk lidelse/sygdom
- Markant nedsat psykosocial funktion
- Alvorligt misbrug
- Ringe sociale kår
- Tilbagevendende eller kronisk depression
- Udprægede selvmordstanker
- Manglende behandlingsrespons

Styrkende faktorer er:

- God egenomsorgsevne og/eller compliance
- Støtte fra pårørende og netværk

Den samlede stratificeringsmodel fremgår af nedenstående skema. Hensigten er at skabe overblik over aktører og indsatser, der er beskrevet i hovedoverskrifter. Det konkrete borgerforløb er tilrettelagt ud fra den enkelte borgers behov på opstartstidspunktet. Den enkelte borger kan høre hjemme i forskellige kategorier på forskellige tidspunkter i sit livsløb. Det bør bemærkes, at det ikke er alle aktører og indsatser ikke relevante i alle tilfælde.

Stratificeringsniveau	**Faser i forløbet**	**Aktører**	**Indsats**
Let depression/ ikke komplekse	Udredning	Almen Praksis	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

sygdomsforløb	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvisning til kommunal rehabilitering
		Privat praktiserende psykolog	Samtaleterapi
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Internetpsykiatri
		Kommunalt sundhedsområde	Rehabiliteringsforløb
		Apotek	Medicinsamtale
	Opfølgning	Almen Praksis	Samtale
		Kommunal rehabilitering	Samtale
Moderat depression	Udredning	Almen Praksis	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvisning til kommunal rehabilitering
		Privat praktiserende psykolog	Samtaleterapi
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant behandling i lokalpsykiatrien Koordinerende Kontaktpersonsordning i lokalpsykiatrien Internet psykiatri Behandling under indlæggelse
		Apotek	Medicinsamtale
		Kommunalt sundhedsområde	Rehabiliteringsforløb Koordinerende Kontaktpersonsordning
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelsesinstitution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
	Opfølgning	Almen Praksis	Samtale og medicin opfølgning
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien
		Kommunal rehabilitering	Samtale
Svær depression og/ eller høj kompleksitet i sygdomsforløbet	Udredning	Almen Praksis	Vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet, Henvisning til Psykiatrien i Region Syddanmark
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

	Behandling og rehabilitering	Psykiatrien i Region Syddanmark	Behandling under indlæggelse Koordinerende kontaktpersonsordning Ambulant behandling i lokalpsykiatrien
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Apotek	Medicinsamtale
		Det specialiserende socialområde	Psykosociale indsatser
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelsesinstitution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
		Børne- og ungeforvaltning	Familiestøtte
	Opfølgning	Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien

KAP 6 – Udredning og diagnosticering

Opsporing og diagnosticering kan være vanskelig, da skift i humør er almindeligt og andre symptomer som træthed, smerter, nedsat selvtillid m.v. vil være det, der fylder og har fokus for patienten. Mange patienter henvender sig således ikke med depressive symptomer. Som depressiv opfatter man ikke nødvendigvis selv tilstanden som en sygdom, men mere som en reaktion på livets vilkår i al almindelighed.

Depression udvikles gradvis og bortforklares ofte i begyndelsen som stress, træthed, følger efter influenza eller lignende.

Almen praksis – henvisning og visitation

Almen praksis udreder patienter med tegn på depression. Patienten henvender sig med fysiske og/eller psykiske symptomer. I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

Diagnostikken bygger på et grundigt interview af patienten, hvor der spørges ind til sygehistorie og kliniske kriterier ud fra ICD-10, samt evt. brug af en skala (f.eks. MDI).

Diagnosen kræver iht. ICD-10-kriterierne:

- Mindst 2 ugers symptomer
- Mindst 2 kernesymptomer og 2 ledsagersymptomer.

Listen over kernesymptomer og ledsagesymptomer er anført i kap. 5
Derudover bør der være en opmærksomhed på baggrunden for symptomerne. Andre sygdomme kan give et depressionslignende sygdomsbillede. Der kan således være situationer, hvor den praktiserende læge har behov for henvisning af mennesker med let til moderat depression til psykiatrisk speciallæge for at stille diagnosen.

Den praktiserende læge kan efter udredning og diagnosticering ligeledes henvise patienten til behandling hos praktiserende psykolog.

Region – henvisning og visitation

Regionspsykiatrien tilbyder udredning til patienter med psykisk sygdom med følgende karakteristika (se tabellen). I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

Karakteristika på patienter med psykisk sygdom (udredning og behandling)	
Symptomer og adfærd	Betydelig forværring i symptomer Betydelig forpinthed Adfærd præget af betydelig ustabilitet, selvskade og/eller selvmordsrisiko samt truende adfærd Nyopståede psykotiske symptomer
Funktionsniveau	Betydelig nedsættelse i funktion hvad angår sociale og skole/ arbejdsmæssige sammenhænge relateret til psykisk sygdom (hos personer med udviklingshæmning vurderes funktions-nedsætte til normal udvikling og begavelse)
Diagnostik	Diagnostisk uklarhed evt. på grund af manglende mental udvikling eller ko-morbiditet
Behandling	Utilstrækkelig effekt af forudgående behandling i primærsektor Ustabilt samarbejde om vedligeholdelsesbehandling

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (20 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have - herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien[19].

Andre aktører

Privatpraktiserende psykiater kan bidrage til udredning

Privatpraktiserende psykologer med specialuddannelse i børne og ungdomspsykiatri, eller psykiatri kan diagnosticere.

KAP 7– Behandling og opfølgning

Almen praksis

Almen praksis har mulighed for at behandle patienter med let til moderat depression. Der kan være tale om behandlingssamtaler og/eller medicinsk behandling. Den ikke-medicinske behandling er vigtig, uanset depressionens sværhedsgrad.

De praktiserende læger har mulighed for speciallægerådgivning i psykiatrien i Region Syddanmark. Denne rådgivning er bl.a. en forudsætning for, at den almen praktiserende læge kan håndtere mere kompliceret psykofarmakologisk

[19] Regionsyddanmark (2018) – Henvisning til behandling på psykiatrisygehuset.

behandling.
Mulighederne for rådgivning fra den enkelte afdeling fremgår af sundhed.dk.
Almen praksis har ansvaret for at være tovholder for det samlede behandlingsforløb, herunder følge op på den igangsatte behandling fx medicinjustering.

Opstart af medicinsk behandling af 18-24-årige skal ske hos en speciallæge i psykiatri. Almen Praksis rolle er derfor i sådanne situationer at henvise til speciallæge.

Region

Regionspsykiatrien tilbyder behandling til patienter med moderat til svær depression.

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (20 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have - herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien. Den regionale psykiatri skal i denne sammenhæng inddrage, informere og undervise patient og pårørende, ligesom relevante parter i f.eks. kommunen skal inddrages.

Ved moderat til svær depression skal patienten have medikamentel behandling sammen med samtaleterapi. Den medicinske behandling følges løbende af en læge i psykiatrien.

Jf. Sundhedsstyrelsen kan fysisk træning bruges i kombination med den primære behandling.

For patienter med depression, der behandles i Psykiatrien, er der udviklet to nationale pakkeforløb: depressiv enkelt episode og periodisk depression. Her angives forskellige handlinger, som typisk kan indgå i behandlingen.

Hovedelementer i et behandlingsforløb er:

- Indledende samtale
- Kliniske undersøgelser og helbredstjek
- Diagnose
- Behandlingssamtaler individuelt eller i grupper
- Psykoedukation individuelt eller i grupper
- Medicinsk behandling og opfølgende konsultationer
- Tværsektorielt samarbejde f.eks. med jobcenter og socialpsykiatri
- Misbrugsbehandling sammen med misbrugscenter
- Pårørendesamtaler
- Afsluttende samtale.

Behandlingsplanen tilrettelægges individuelt med patienten på baggrund af sygdomsbilledet.

Ud over tilbud til patienter med moderat til svær depression har regionen et tilbud om internetbehandling til patienter over 18 år med let til moderat depression. Behandlingsforløbet består af en forsamtale på video for at afklare, om behandlingstilbuddet er det rigtige for borgeren. Derefter følger borger et internetprogram i 12 uger med en række behandlingstrin med daglige øvelser. Psykologen giver ugentlig skriftlig støtte. Behandlingen er gratis for borgeren. Tilbuddet bemandes af psykologer og drives af Psykiatrien i Region Syddanmark som en del af Telepsykiatrisk Center.

Hvis depression opspores ved indlæggelse på somatisk sygehus, henvises til videre vurdering/behandling i psykiatrien.

Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling

En patient er færdigbehandlet, når tilstanden vurderes ikke at blive bedre ved fortsat sygehusbehandling. Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet.

Hvis patienten efter endt behandling skal modtage et kommunalt tilbud, skal kommunen varsles tidligst muligt om færdigbehandlingstidspunktet.

Ved afslutning af komplicerede behandlingsforløb[20] skal alle involverede parter på det givne tidspunkt, samt de aktører der skal involveres i det videre forløb indkaldes til en udskrivningskonference. Udskrivningskonferencen bør planlægges, så alle relevante parter har mulighed for at deltage. Udskrivning kan desuden efter aftale ske via telefonisk kontakt. Behandlingspsykiatrien skal udarbejde en udskrivningsaftale efter Psykiatriloven, og kommunen skal tilbyde at udarbejde en handleplan for den videre indsats efter Serviceloven. Hvis patienten ikke ønsker at indgå en udskrivningsaftale, skal der i et samarbejde mellem psykiatrien og kommunen udarbejdes en koordinationsplan i henhold til psykiatriloven.

Efter endt behandling foregår opfølgningen som udgangspunkt ambulant i lokalpsykiatrien eller hos egen læge.

[20] Region Syddanmark (2018) – Henvisning til behandling på psykiatrisygehuset.

Borgerens kontakt til apoteket

Apoteket tilbyder medicinsamtaler til mennesker med kronisk sygdom, herunder også mennesker med depression, i tilfælde med manglende medicinefterlevelse eller hvor der inden for de seneste seks måneder er ordineret ny medicin.

Medicinsamtale – manglende medicinefterlevelse ved kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der har fået ordineret medicin i mindst 12 måneder for en kronisk sygdom og har manglende medicinefterlevelse. Medicinsamtalen handler om at identificere årsager og finde løsninger til den manglende medicinefterlevelse hos borgerne.

Medicinsamtale – nydiagnosticeret kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der inden for de seneste 6 måneder har fået ordineret ny medicin i forbindelse med diagnosticeringen af en kronisk sygdom. Medicinsamtalen handler om at få borgeren godt i gang med at bruge medicinen på en hensigtsmæssig måde.

Borgeren kan – i sin dialog med apoteket – selv efterspørge en medicinsamtale, ligesom den praktiserende læge kan henvise til en medicinsamtale på apoteket.

KAP 8 - Løbende koordinering

Sideløbende med behandlingen kan borgeren have behov for andre indsatser, hvor flere aktører er involveret. Det er derfor af afgørende betydning, at det er tydeligt, hvilke aktører der kan indgå i borgerens forløb, og ikke mindst hvordan disse aktører bringes i spil. Det kan fx være egen læge, psykiatri, jobcenter m.fl. Indhentning af oplysninger på tværs af de involverede aktører forudsætter et skriftligt samtykke fra borgeren.

Der er erfaring for at disse parters håndtering af borgere med depression er bl.a. afgørende for pågældendes evne til at vende hurtigt og godt tilbage på arbejde/arbejdsmarkedet.

I den løbende koordinering kan der, hvis borgeren finder det relevant, også inddrages parter fra borgerens eget netværk, fx pårørende, kolleger og arbejdsgiver.

PsykInfo i Region Syddanmark har en række tilbud for børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fx børne-ungesamtaler, familiesamtaler og kursustilbud for børn og unge.

Kommunen – henvisning og visitation

Kommunen er den myndighed, der afgør, om patienten/borgeren er berettiget til sociale ydelser. Det er kommunens myndighedsfunktionen, der kan visitere til regionale og kommunale socialpsykiatriske tilbud.

Kommunen inddrages i patientens forløb efter behov. Kommunes ansvar er følgende:

- Det specialiserede socialområde har ansvaret for at vurdere behov for støtte, dagtilbud, døgntilbud
- Sundhedsområdet har ansvaret for at tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, f.eks. kost og motion, rygestop
- Arbejdsmarkedsområdet har ansvaret for at rådgive og vejlede, f.eks. mht. forsørgelse, beskæftigelse, uddannelse.

Region – henvisning og visitation

Henvisning til regionale tilbud sker via egen læge, vagtlæge, praktiserende speciallæge og de socialpsykiatriske tilbud.

Den regionale psykiatri har ansvar for følgende:

- Udredning og diagnosticering
- Behandling
- Inddragelse, information og undervisning af patient og pårørende
- Inddragelse af relevante parter i forløbet, fx kommunens specialiserede socialområde ifm. overvejelse om støttetilbud.

Samarbejde og koordination i praksis

Der er gennemført et samarbejdsprojekt blandt de 4 sønderjyske kommuner (Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg) og psykiatrien i Region Syddanmark om rehabilitering og recovery[21]. Én af konklusionerne var, at et samarbejde mellem relevante aktører og en integreret indsats er altafgørende i forhold til at forbedre mulighederne for en sikker og varig tilbagevenden til arbejdsmarkedet for mennesker med psykiske lidelser.

I forbindelse med projektet udtalte en borger:

"Det vælter mig med mange skift.

Min sårbarhed forværres, fordi det blandt andet er hårdt at udlevere sig selv igen og igen. Det giver tryghed og ro med de samme ansigter."

En anden borger udtrykte sig således:

"Giv et kort overskueligt og brugbart referat med hjem fra et møde – kopi af den fælles plan og aftaler. Hovedet er ofte overfyldt, og man er kognitivt påvirket. Det er vigtigt for mig at vide, hvor i forløbet jeg er. Har svært ved at overskue at læse mails, ringe til sagsbehandler/behandler og åbne post i e-Boks."

Borgerne i ovennævnte projekt og deltagere i den workshop, der blev afholdt i forbindelse med udviklingen af dette forløbsprogram, giver udtryk for, at det er meget vigtigt, at der blandt de fagprofessionelle er enighed om en fælles plan. Det betyder, at der er tillid til, at det, der igangsættes af de enkelte aktører, også er det bedste ud fra borgerens aktuelle situation.

Desuden er det afgørende, at der er en form for kontinuitet i gruppen af fagprofessionelle omkring borgeren – særligt når det handler om borgere med psykiske lidelser. Målgruppen har brug for stabilitet, og for at fagprofessionelle omkring dem, er kendte og gennemgående, så borgeren ikke oplever at skulle genfortælle sin historie flere gange.

En koordinerende kontaktperson

Nyt i forløbsprogrammet for mennesker med depression er, at en koordinerende kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder.

[21] Psykiatrien i Region Syddanmark (2016) – Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet.

BOKS

Nyt i forløbsprogrammet: ”Den koordinerende kontaktperson”

Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have den løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan[22]. Den koordinerende kontaktperson sikrer at der foreligger skriftligt samtykke til at de involverede parter udveksler informationer i relevant omfang. Den fælles plan indeholder mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Den koordinerende kontaktperson har desuden en særlig opgave i facilitere og formidle den fælles plan.

Funktionen som Koordinerende kontaktperson bør placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere, jf. kapitel 11. Disse parter har ansvaret for opstart af ordningen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det relevante kommunale område har en væsentlig

[22] Psykiatrisk Privatklinik i samarbejde med Depressionsforeningen (2007) – ”Depression og arbejdsliv”.

og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet. Enkelte gange kan funktionen mest hensigtsmæssigt ligge hos anden part fx jobcenter.

Der afholdes som minimum ét fælles-møde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov – f.eks. hvis det er nødvendigt at justere i planen. Da depression ofte vil have en påvirkning på de kognitive funktioner, skal der udsendes en dagsorden til disse møder. Indgåede aftaler nedfældes på skrift, som borger får med hjem.

KAP 9 - Arbejdsmarkedsindsats

Nogle borgere med depression oplever, at arbejdet har haft en betydning for, at de er blevet syge. Hvis man reagerer tidligt nok, kan en ændring af arbejdsforholdene medvirke til at forebygge en depression.

Langvarigt sygefravær nedsætter sandsynligheden for, at man kommer i arbejde igen. Da det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når man mister tilknytningen til arbejdsmarkedet på grund af psykiske lidelser, er det derfor vigtigt, at der så tidligt som muligt lægges en realistisk plan for genoptagelse af arbejdet.

Ledighed er oftest en stor belastning for den enkelte, og kan være en medvirkende faktor for udviklingen af en depression. Det er afgørende for pågældendes mulighed for (igen) at få et arbejde, at depressionen opspores så tidligt i forløbet som muligt, og at der sættes ind med de rigtige indsatser.

Før depressionen

En ledig vil som udgangspunkt være i kontakt med kommunens jobcenter, da forsørgelsen enten vil være arbejdsløshedsdagpenge, sygedagpenge, ledighedsydelse eller kontanthjælp. Den ledige er således i løbende kontakt og dialog med en sagsbehandler/jobrådgiver, for at afklare og udvikle pågældendes arbejds- og funktionsevne med henblik på selvforsørgelse. Sagsbehandleren/jobrådgiveren er derfor en vigtig brik i en tidlig identifikation af en depression hos den ledige.

Undersøgelsen ”Depression og Arbejdsliv”, som er udført i samarbejde med Depressionsforeningen, viser, at der er store fordele ved at involvere sin arbejdsplads, når man har depression. Arbejdspladsen er en vigtig medspiller i både at forebygge og håndtere depression.

Hvis arbejdspladsen har en åben og fordomsfri holdning til depression, kan det være netop hér, lederen eller kollegerne konstaterer, at man ikke har det godt og har behov for hjælp. En opfordring og støtte til at blive professionelt undersøgt og behandlet i tide kan forhindre, at depressionen får lov at udvikle sig.

Arbejdsgiveren har muligheder for at agere via fx omrokering og en mulighedserklæring (der afdækker hvad medarbejderen kan på trods af sin sygdom). Arbejdsgiveren har altid, efter aftale med medarbejderen, mulighed for at tage kontakt til Jobcenteret for at få lagt en plan for fastholdelse på arbejdspladsen.

Under depressionen

Er en sygemelding uundgåelig, og forventes den at blive længere end otte uger, anbefales arbejdsgiveren at tage kontakt til jobcenteret via **"Fast Track"**.
"Fast Track" betyder, at sygedagpengeopfølgningen igangsættes senest to uger efter anmodningen – mod normalt efter otte ugers sygefravær. Dette giver mulighed for at sætte tidligt ind med målrettede indsatser. Der anmodes om "Fast Track" ved enten at kontakte jobcenteret, eller via NemRefusion på Virk.dk.

Det gælder om at finde en balance mellem, hvor meget og hvad man kan klare, og samtidig have øje for de hensyn, der skal tages til sygdommen (ibid). Det har stor betydning for helbredelsen af depression, at man fungerer så godt man kan, på arbejdet og privat. De fleste vil opleve det som en lettelse stadig at kunne arbejde på et vist niveau.

Ofte kan man arbejde under behandling for depression, når behandlingen virker efter hensigten. Man holder sig derved aktiv og undgår at isolere sig socialt. Denne fremgangsmåde kræver, at den er afstemt i den fælles plan. Arbejdsgiveren kan – og bør -, i samspil med den patientansvarlige læge tilpasse arbejdsforholdene, så man kan fungere på arbejdet, trods depressionen. Under depressionen vil mange arbejdsopgaver forekomme uoverskuelige og uoverkommelige. I mange tilfælde kan en reduktion af arbejdstiden være nødvendig som led i en delvis sygemelding. Hvis en delvis sygemelding ikke er tilstrækkelig, kan det være nødvendigt, at man bliver helt sygemeldt i en periode. I denne periode er det meget vigtigt at holde kontakten til arbejdspladsen, gerne med en fast aftale om regelmæssig kontakt.

Såvel under den fulde sygemelding som under den delvise sygemelding vil Jobcenteret målrettet arbejde på, enten at få den depressionsramte klædt tilstrækkeligt på til at vende tilbage til den stilling/arbejdsplads pågældende havde ved sygemeldingen, eller hvis dette ikke er muligt, at få den pågældende afklaret til et andet arbejde og/eller anden funktion.

Regionens Arbejdsmedicinske afdelinger har bl.a. til opgave at vejlede personer som af helbredsmæssige årsager har svært ved at klare det hidtidige arbejde.

Kommunerne har forskellige tilbud til målgruppen, hvor der tilbydes støtte og vejledning til mestring af hverdagslivet med depression. Fx gruppeforløb omkring "Lær at tackle angst og depression", "Trivsel i hverdagen", Stress-håndtering og Mindfulness. Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk. Se desuden kapitlet om rehabilitering i kommunerne. Disse tilbud vil kunne gives enten alene eller i kombination med en virksomhedspraktik, hvor der trænes i nye opgaver/funktioner.

Når arbejdet genoptages efter en sygeperiode, kan den depressionsramte med fordel starte med rutineprægede arbejdsopgaver.

Udvikler depressionen sig til en vedvarende tilstand, som varer mere end 2 år, findes kompenserende ordninger, så borgeren kan bestride et arbejde, på trods af en fysisk/psykisk funktionsnedsættelse, hvor arbejdsgiveren kompenseres økonomisk i ansættelsesforholdet:

Personlig assistance

Til handicappede i erhverv er der mulighed for at få personlig assistance med kompensation for de begrænsninger, der er konsekvens af den fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse.

Personer med en varig psykisk funktionsnedsættelse er omfattet af denne målgruppe, hvilket er tilfældet for et mindretal af mennesker med depression.

§56 aftale

Hvis der er en risiko for et forøget sygefravær på grund af langvarig eller kronisk sygdom, kan der indgås en aftale mellem borgeren, arbejdsgiveren og kommunen, hvilket medfører at arbejdsgiveren får refunderet sygedagpenge allerede fra første sygedag, ved sygefravær som følge af den lidelse, der fremgår af §56 aftalen.

Det forventede forøgede sygefravær grundet lidelsen skal være på mindst 10 dage om året.

Med denne ordning kompenseres en virksomhed alene ved fravær grundet en kronisk lidelse.

Ordningen tilstræber således at give den enkelte arbejdsplads et bedre økonomisk incitament til at fastholde den ansatte i beskæftigelse.

Efter depressionen

Efter fravær fra arbejde, er der mange rutiner som skal genopfriskes, også selv om sygeperioden kun har varet få uger. Det er oftest nødvendigt at genoptræne arbejdsevnen gradvist, via en delvis raskmelding. Et fælles møde med den

depressionsramte, behandleren, arbejdsgiveren og sagsbehandleren fra Jobcenteret sikrer fælles plan for en god tilbagevenden.

Tiden efter en depression sammenlignes af nogle med at gå på line – man skal bevæge sig forsigtigt frem, men dog i et passende tempo, hvis man vil bevare balancen. Det er en balance mellem at passe på sig selv ved at skåne sig og samtidig søge passende udfordringer.

KAP 10 - Genoptræning

Patienter, som udskrives fra psykiatrien, har på samme måde som somatiske patienter ret til at få vurderet deres genoptræningsbehov ved udskrivning fra sygehuset.

Genoptræningsbehovet behøver ikke være somatisk, men kan lige så vel relatere sig til patienters psykiske sygdom – herunder depression[23].

Patienter har ret til at få en genoptræningsplan på udskrivningstidspunktet, når der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt, og som har baggrund i et funktionsevnetab.

Hensigten med genoptræning er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Vurderingen af genoptræningsbehovet er konkret og individuel og skal tage hensyn til patientens ressourcer og motivation for genoptræning.

Hvordan vurderes, om der er et behov?

I vurderingen af, om en patient er i målgruppen for den tidsafgrænsede og målrettede proces, som en genoptræning er, skal der indledningsvis foretages en overordnet helhedsvurdering af:

- Om patienten er motiveret for en genoptræningsindsats og har et potentiale, der kan realiseres gennem genoptræning;
- Om patienten lige så vel kan klare sig ved egen hjælp;
- Om patientens behov er diffuse og bedre imødekommes af anden kommunal indsats.

Hvis den overordnede helhedsvurdering peger på, at en genoptræningsplan kan være relevant, skal følgende mere specifikke spørgsmål overvejes:

[23] Region Syddanmark (2017) – Notat om afgrænsning af målgruppe og snitflader til patienter i psykiatrien i Region Syddanmark.

Har patienten en bevægelsesmæssig funktionsevnenedsættelse?

- På grund af en somatisk lidelse eller fysisk skade fx fraktur fra fald, nerveskader i forbindelse med selvmordsforsøg
- Som følge af længere tids inaktivitet/isolering afledt af den psykiatriske diagnose fx målbar og/eller synlig nedsat balanceevne, nedsat bevægelighed, muskelkraft, koordination
- Som følge af smerter, uro, åndedrætsbesvær, anspændthed.

Har patienten en aktivitetsmæssig funktionsevnenedsættelse?

- Patienten kan ikke problemløse i hverdagens aktiviteter og/eller træffe valg pga. af udfordringer i relation til læring og anvendelse af viden, fx ambivalens
- Patienten kan ikke holde aftaler og opretholde struktur/daglige rutiner/meningsfulde aktiviteter pga. længere tids inaktivitet, isolation og/eller sygdomsbelastning/karakter
- Patienten kan have problemer med at forstå meddelelser, samtale og fremstille meddelelser, pga. sygdommens karakter og/eller længere tids isolation
- Patienten har svært ved at færdes med transportmidler pga. angst eller andre psykiatriske diagnoser
- Patienten har svært ved at tage omsorg for sig selv, fx bade, spise og/eller varetage egen sundhed og desuden almindelig husførelse pga. kognitive forstyrrelser, angst, spiseforstyrrelser, vrangforestillinger og/eller længere tids inaktivitet.

Har patienten en mental (kognitiv eller emotionel) funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- I forhold til at orientere sig
- Patienten har svært ved at tage initiativ, energiniveau, handlekraft, impulskontrol
- Hukommelse og opmærksomhed
- Psykomotoriske funktioner fx reduceret kropssprog, rastløshed, ændret motorik og tempo
- Tænkning fx negative automatiske tanker
- Oplevelse af egen krop og selvet fx. forstyrret kropsopfattelse, vrangforestillinger, depersonalisering.

Har patienten en social funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- Patienten har svært ved sociale færdigheder fx konflikthåndtering og samtalefærdigheder, interpersonelt samspil og kontakt, pga. sygdommens karakter, kognitive deficits, angst og/eller længere tids isolation.

Såfremt det konstateres, at patienten har en eller flere af de nævnte funktionsevnenedsættelser, udarbejdes en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen skal sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal yde genoptræningsydelsen, samt sikre information til patienten, alment praktiserende læge, hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser. De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 918 af 22. juni 2018).

Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer

I tværsektorielt regi er der i Syddanmark godkendt en model for, hvordan man i psykiatrien sondrer mellem henholdsvis behandling, specialiseret genoptræning og almen genoptræning med udgangspunkt i en vurdering af patienterne på syv parametre.

BOKS:

Disse parametre er:

1. Selvmordsrisiko
2. Psykologisk indsigt
3. Motivation for at arbejde med sig selv
4. Evne til symptommestring
5. Tidligere behandlingsforløb,
6. Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver
7. Årsagen til funktionsevnenedsættelsen.

Særligt om genoptræning i kommunerne

I BEK nr. 918 af 22. juni 2018 fremgår det bl.a., at:

- Udgangspunktet er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren udskrives fra sygehuset.
- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage, har patienten ret til frit at vælge en privat leverandør, som KL har indgået aftale med.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Genoptræningsplanen er en lægehenvisning, som ikke kan tilsidesættes.

	Grad 5	Grad 4	Grad 3	Grad 2	Grad 1
Selvmordsrisiko	Akut øget risiko	Moderat øget risiko	Let øget risiko	Ingen øget risiko	Ingen øget risiko
Psykologisk indsigt	Ingen psykologisk indsigt i forhold til sygdommen. Erkender ikke behandlingsbehov	Har sikker og påtrængende fornemmelse af at have problemer. Mener, at det er andre mennesker eller ydre omstændigheder, der er årsag til problemerne	Har svært ved at aflæse egne og/eller andres intentioner og motiver. Overvældes af symptomer og udøver ofte uhensigtsmæssig adfærd	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen, men har på særlige områder svært ved det og reagerer i kritiske situationer uhensigtsmæssigt	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen
Motivation for arbejde med sig selv	Er modstander af behandling, selv om den er påkrævet	Henvender sig af nød, da symptomerne er overvældende, mere end af egen vilje. Vil helst have symptomer fjernet hurtigst muligt uden egen indsats. Indsigt er ikke af interesse – kan ikke se symptomernes alvor og er ikke motiveret for behandling, men tager imod denne uden større involvering	Har selv henvendt sig på andres opfordring og er tilbageholdende med at angive, hvad der evt. kan blive anderledes hos vedkommende selv. Har svært ved at skabe mulighed for at behandlingen kan finde sted	Henvender sig med ønske om behandling/træning. Har ønske om at forandre sig på bestemte områder og arrangerer sig, så behandlingen kan finde sted.	Er afklaret omkring egne behov for træning og arbejder målrettet med det
Evne til at mestre symptomerne	Har opgivet eller er ligeglad med symptom-mestring	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet, men patienten har delvis opgivet at mestre symptomer (skal motiveres og undervises)	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet i form af sygemelding, isolation, inaktivitet	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på arbejdspræstation, kommunikation og samvær, men der opretholdes kontakt til familie, venner, uddannelse, arbejde.	Formår kortvarigt at håndtere symptomer, så hverdagslivet kritiske områder kan klares
Tidligere behandlings/ træningsforløb	Tidligere behandlingsforløb uden resultater. Opgivende overfor yderligere forsøg	Tidligere behandlingsforløb overvejende med dårligt resultat	Tidligere behandlingsforløb med vekslende resultat	Tidligere behandlingsforløb med godt resultat	Ingen tidligere behandlingsforløb – nuværende er første behandlingskrævende situation
Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver	*Ydre regulering* Kan ikke mestre hverdagsopgaver og har behov for rutiner, hands on, struktur samt sanseredskaber	*Begyndende co-regulering* Kan ikke mestre hverdagsopgaver, men er deltagende, lyttende og afprøvende, synkronisering, dvs. træning/aktiviteter gennemføres med tæt guidning og med mulighed for visuelt at kopiere terapeuten.	*Co-regulering* Kan med tæt støtte og guidning udvise initiativ omkring hverdagsopgaver, tager stilling, vælger til og fra på bevidst niveau	*Begyndende selvregulering* Kan mestre hverdagsopgaver i træningsrummet, men lykkes ikke hjemme	*Selvregulering* Kan mestre hverdagsopgaver med supervision og opfølgning både til træning og hjemme, men har brug for at blive konsolideret i hverdagen
Årsag til funktionsevnenedsættelsen	Overvejende psykisk betinget. Den subjektive oplevelse af egen krop er så forstyrret, at der er udtalt diskrepans mellem det udlevede funktionsniveau og det faktiske funktionsniveau.	Primær psykisk betinget. Der kan findes spor i kroppen og dens funktioner med psykomotoriske test. Den belastede subjektive oplevelse af egen krop er væsentlig med til at forstyrre funktionsevnen.	Både psykisk og somatisk betinget. Der kan måles og observeres fald i funktionsevnen med almene test	Primær betinget af somatisk lidelse som, dog fortsat med hensyntagen til psykiske forhold	Udelukkende somatisk sygdom og ingen særlige hensyn

Ved modtagelse af genoptræningsplanen skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

For patienter som henvises til genoptræning på basalt niveau gælder, at patienten typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnenedsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevne og/eller genoptræningsindsatsen.

For patienter, som henvises til genoptræning på avanceret niveau, gælder, at patienten typisk har omfattende funktionsevnenedsættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløb på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen[24].

BOKS

Hvilken henvisning og hvordan?

Patienterne kan henvises til både genoptræning efter Sundhedslovens §140 og til forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119, stk. 2.

Har patienten behov for genoptræning, sker henvisningen via en genoptræningsplan (GGOP).

Har patienten behov for forebyggelsestilbud og sygdomsmestring sker henvisningen via REF01 ind til XREF15 er implementeret.

BOKS

Sygehuset:

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)	Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.
Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)	Den patientansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om patienten efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.

[24] Sundhedsstyrelsen (2018) – Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538.

Varetagelse af specialiseret genoptræning	Sygehuset har ansvaret for den specialiserede genoptræning.

Kommunen:

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde patienten genoptræning. Kommunen vurderer, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til patientens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Patienter, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde hjælp til patienter, som har brug for en indsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til patienter, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til patientens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til patienter med depression med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

KAP 11 – Rehabilitering i kommunerne

BOKS

At borger kan tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale område

Et fokus i dette forløbsprogram er at strukturere rehabiliteringstilbud for mennesker med depression i Region Syddanmark.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2018 et fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling: ”Samlet indsats for mennesker med psykiske lidelser”. Oplægget indeholder en række anbefalinger, der har til formål at forbedre det

samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Anbefalingen om at nedbringe øget sygelighed og overdødelighed rammer direkte ind i den kommunale sundhedsindsats.

Kommuner og regioner sætter mål for og udvikler forebyggelsestilbud vedrørende rygeafvænning, fysisk aktivitet, kost, alkohol og rusmiddelforebyggelse med fokus på, at mennesker med psykiske lidelser har brug for en særlig, tilpasset indsats[25].

BOKS SLUT

Øget sygelighed og kortere levetid blandt mennesker med psykiske lidelser skyldes en højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og forhold relateret til livsstil.

Af den Nationale Sundhedsprofil 2017 fremgår det, at mennesker med vedvarende psykisk lidelse i højere grad end den øvrige befolkning ryger, har usunde madvaner, er fysisk inaktive og indtager alkohol, men også at de er ligeså motiverede som andre for at ændre sundhedsadfærd. Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner.

Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne

Kommunerne skal tilrettelægge rehabiliteringstilbud til mennesker med depression i let og moderat grad. Tilbuddene til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

Rehabiliteringstilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre.
Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats.

I henvisningen til kommunen skal det fremgå, hvilke behov der tidligere er afdækket i forløbet. Den koordinerede, tværgående indsats skal videreføres til kommunen. Behovet for øvrige indsatser (fra øvrige fagpersoner) skal afdækkes i den afklarende samtale.

[25] Sundhedsstyrelsen (2018) – "Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser".

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliteringstilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens rehabiliteringstilbud, skal det ske elektronisk, og det skal bør ske via MedCom-standarden REF01 (XREF15 når den er implementeret). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten til-rettelægger det videre forløb.

Rehabiliteringstilbuddet skal således indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen patienten for at aftale tidspunkt og sted for samtalen.

Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre patienten opmærksom på muligheden for at tage en pårørende med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter patienten i at prioritere de tilbud, som patienten har størst behov for.

For at afdække patientens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos patienten ifm. patientens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.
Patienternes ønske om information er varierende. Det er derfor vigtigt at tage afsæt i den enkeltes behov og spørge ind til behovet for information i starten af og løbende gennem forløbet. Det er som fagperson vigtigt løbende at foretage en vurdering i forhold til hvilken information, der bør gives. I vurderingen skal indgå en overvejelse om, hvorvidt patientens situation er stabil, og hvad information vil gøre ved patientens aktuelle situation – positiv eller negativ indflydelse.

Kommunikationspakken i bilag præsenterer desuden hvilke emner, der kan være vigtige at kommunikere til patienten i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for patienten at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde patienter, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

Den sundhedsprofessionelle bør også have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere

rehabiliteringstilbud. Der bør være opmærksomhed på evt. sideløbende behandlings- eller rehabiliterings indsatser kan finde sted, hvorved et behov for fælles målsætning og koordinering opstår. Det kan fx være en socialfaglig indsats eller beskæftigelsesindsats.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte patientens motivation for at gennemføre forløbet, herunder motivationen for at gennemføre en forandringsproces for at indlære nye adfærdsmønstre.

De sundhedsprofessionelle har et skærpet ansvar i forhold til særligt sårbare patienter med en lav grad af egenomsorgsevne og mestringskompetence.

BEMÆRK

Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvender ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Som en del af den afklarende samtale bør kommunen have opmærksomhed på patientens ressourcer – om det fx er muligt, at patienten kan varetage en del af sin rehabilitering på egen hånd.

Afslutning på samlet forløb

Som afslutning på forløbet skal fagpersonerne afklare, om patienten har behov for opfølgning på de forskellige elementer i rehabiliteringstilbuddet. Det kan ske gennem en afsluttende samtale, hvor patientens pårørende også kan inviteres med. Et eventuelt behov for opfølgning på de forskellige elementer bliver planlagt, koordineret og kommunikeret til både patienten og eventuelt andre involverede aktører[26].

Efter et afsluttet rehabiliteringstilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til den praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

[26] Sundhedsstyrelsen (2016) – "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".

Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge
Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.
* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale

Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud

Ses på www.sundhed.dk. I flere syddanske kommuner kan patienten selv henvende sig til kommunen for at deltage i rehabiliteringstilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Sygdomsmestring

Et struktureret rehabiliteringstilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer. Tilbuddet skal bidrage til at give patienten viden om sygdommens karakter, herunder udvikling, komplikationer og mulighederne for forebyggelse af tilbagefald, behandling og rehabilitering. Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i patientens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver så konkret og meningsskabende som muligt.

BOKS:

Følgende elementer bør jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, indgå:

Sygdommen

- Gennemgang af sygdommen, dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse. Herunder indflydelse på funktionsevne.
- Dialog omkring eventuelle psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom.

Sygdomsforværringer

- Tegn på forværring eller svingninger i sygdomsintensitet og forebyggelse og tidlig behandling heraf.
- Dialog om hvordan borgeren selv og eventuelt i samarbejde med andre monitorerer sin tilstand ved hjælp af symptomer/ iagttagelser og på baggrund heraf og efter aftale med lægen justerer sin behandling.

Risikofaktorer

- Betydningen af risikofaktorers skadelige virkninger og dermed udviklingen af sygdommen samt de til enhver tid eksisterende fordele ved at ændre vaner gennem forskellige muligheder for intervention.

Psykosociale forhold

- Herunder hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer.
- Gennemgang af mulige psykosociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv., som kan medvirke til at fastholde de livsstilsændringer og færdigheder, der er opnået.
- Inddragelse af socialrådgiver i forhold til aktuelle behov i forhold til familie, uddannelse og beskæftigelse.

Medicin

- Brug af medicin, herunder hvordan den virker; bivirkninger; hvordan den anvendes og muligheder for at monitorere virkningen

Betydningen af andre sundhedsfaglige rehabiliterende indsatser;

- Betydningen af fysisk aktivitet og træning.
- Betydning af en god ernæringstilstand og en stabil vægt.

Sygdommen i hverdagen:

- Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsindskrænkninger, herunder egne erfaringer og visioner for fremtiden.
- Samliv.
- Fokus på udvikling af færdigheder til at læse, forstå og anvende sundhedsinformation, kommunikere med

sundhedspersonalet, tage beslutninger og aktivt involvere sig.

- Patientforeninger og sociale netværk.

(BOKS SLUT)

Afstand til tilbud samt tidspunktet, hvor de finder sted, har betydning for deltagelse. Det er en fordel, hvis rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene kan passe ind, så hverdagen og arbejdsliv stadig kan opretholdes.

Det er en velkendt problemstilling, at ikke alle patienter er opmærksomme på den information, de modtager i E-boks. Derfor er det en fordel, hvis kommunerne er opmærksomme på, at det nogle gange kan være nødvendigt at kontakte patienterne telefonisk.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke rehabiliteringstilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, der:

- Har mindst en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse
- Har specialviden om depression erhvervet ved kompetenceudvikling
- Har sundhedspædagogiske og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes patientens deltagelse i rehabiliteringstilbuddet. Samtidig styrkes de handlekompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og agere i hverdagslivet med depression[27].

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt bidrage til at give en bedre kvalitet. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale og en mere effektiv udnyttelse af ressourcer.
Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to:
Inddragelse af pårørende i patientens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov.

Ved inddragelse i patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuseres derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker ud over det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Denne støtte kan fx ske ved at afvikle møder i pårørendegrupper el.lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden patienternes medvirken.

Kommunen sikrer, at der er tilbud til pårørende (fx børn og partnere) til borgere, der har længerevarende psykisk eller fysisk sygdom. Tilbuddet skal forebygge, at pårørende udvikler dårlig mental sundhed og psykisk sygdom som følge af længevarende belastning. Tilbuddet kan bestå af en kombination af rådgivning, undervisning, gruppesamtaler og individuelle samtaler. Kommunen informerer om evt. regionale tilbud[28].

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring, skal det ske elektronisk og det skal bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden REF01 (XREF15 når den er implementeret).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren

[27] Sundhedsstyrelsen (2016) – "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".
[28] Sundhedsstyrelsen (2018) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.

tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet rehabiliteringsforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Fysisk træning

Patienter med depression skal stile imod at være aktive svarende til Sundhedsstyrelsen generelle anbefalinger for fysisk aktivitet[29].

Det er dog vigtigt at være opmærksom på ikke at belaste en patient med depression med en forventning om fysisk træning i de tilfælde, hvor patienter oplever sig ude af stand til at honorere en sådan aktivitet. Patienter må i udgangspunktet være motiverede for træning for at kunne profitere heraf. Samtidig vil en væsentlig del af behandlingen bestå i at facilitere og støtte op om motivationen hos patienterne. Planlægningen af den fysiske træning kan med fordel indgå i udarbejdelsen af en behandlingsplan i samarbejde mellem behandler og patient. Når patienten tilbydes deltagelse i en træningsaktivitet, bør denne superviseres af sundhedsfagligt personale med kompetencer inden for træningsfysiologi og depression[30]. Den superviserede fysiske træning kan med fordel suppleres af kropsterapi med henblik på at øge mestringsevne og egenomsorg.

Jf. Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" henvises til at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt.

Det er i denne forbindelse væsentligt at pointere, at det er den afklarende samtale og den individuelle vurdering af patientens samlede situation, der bør være afgørende for, om vedkommende tilbydes fysisk træning.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for patienter der er erhvervsaktive borgere.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen. Det kan fx gælde ved en særlig jobsituation, eller hvis der er særlige geografiske hensyn at tage.

Sundhedsfaglige kompetencer

Den sundhedsprofessionelle, der varetager og superviserer den fysiske træning, bør have særlig viden om depression.

[29] Sundhedsstyrelsen (2018) – "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling".
[30] Sundhedsstyrelsen (2016) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Ernæringsindsatser i kommunen

Patienter, kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold have gavn af en ernæringsindsats.

Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret.

Ernæringsindsatsen retter sig mod sundhedsstyrelsen generelle kostråd, og kan dermed indeholdes i kostvejledning, der varetages af både diætister, prof. bachelorer i ernæring og sundhed og kostvejledere.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Kostvejledning

Kostvejledning defineres som et behandlingsforløb for mennesker med behov for ernæringsindsats, som kan gennemføres individuelt eller i grupper. Kostvejledning kan suppleres med praktisk madlavning med henblik på at øge patienternes handlekompetence og compliance.

Kostvejledningen bør fokusere på flere kostkomponenter og vaner frem for en enkelt komponent. Der skal tages udgangspunkt i patientens dagligdagskost, øvrige risikoprofil og behandlingsbehov.

Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer af kosten under hensyntagen til patientens ressourcer og barrierer.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kostvejledning om de generelle kostråd bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/ eller sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau.

Rygestop i kommunen

Flere studier viser, at tobaksrygere er overrepræsenterede blandt mennesker med depression.

Adskillige undersøgelser tyder på, at sammenhængen er cirkulær: depression øger risikoen for, at patienten begynder at ryge, og tobaksrygning kan øge risikoen for, at en person får sin første depression. Imidlertid er det også

velbeskrevet, at rygeophør kan fremprovokere depression[31]. Det kræver derfor en særlig opmærksomhed på timingen af evt. rygestop.

Kommunen kan selv tilrettelægge rygestoptilbuddet og/eller henvise til de nationale tilbud Stoplinjen og e-kvit. Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Formålet er at understøtte patientens ønske om rygestop eller motivere hertil.

Tilbuddet kan være individuelt såvel som holdbaseret alt efter patientens præferencer. Patienten kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud.

Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så de også er tilgængelige for patienter, der er erhvervsaktive.

Efter et afsluttet rygestopforløb anbefales det, at kommunen sender et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle. Patienten skal give samtykke til dette.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før patienten fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at patienter med depression kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Patienter som er ophørt med at ryge inden for de sidste 6 måneder støttes i fortsat rygeophør, da tilbagefaldsrisikoen fortsat er stor.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til et rygestoptilbud i kommunen, skal det ske bør det fortrinsvis ske elektronisk via MedCom-standarden REF01 (XREF15, når den er implementeret).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud ses på www.sundhed.dk

Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling

Som beskrevet i kapitel 3 ”Tidlig opsporing hos risikogrupper” kan depression gå forud for et stort alkoholforbrug eller -misbrug. Derudover er der en betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, hvorigennem afhængighed af alkohol kan forårsage

[31] Sundhedsstyrelsen (2007) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.

depressive lidelser.

Mange depressive symptomer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed[32]. Derfor kan forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling være af betydning for depressionen.

Forebyggende samtale om alkohol

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst betydning for den samlede sygdomsbyrde. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol[33].

Dette kan med fordel tilbydes, hvor der i øvrigt gives tilbud på sundhedsområdet. Det bør afdækkes, om patientens alkoholforbrug ligger over højrisikogrænsen, uden at vedkommende har udviklet alkoholafhængighed.

Typen af alkoholoverforbrug har betydning for, hvilken indsats der er den rette at tilbyde borgere med alkoholoverforbrug.

BOKS

I denne sammenhæng er følgende tre begreber væsentlige:

Storforbrug af alkohol

Der er tale om et storforbrug, når forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkohol (alkoholforbrug over 14/21 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd).

Skadeligt alkoholforbrug

Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade eller social skade, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. (Definition i henhold til International Classification Diagnose System (ICD 10)).

Alkoholafhængighed

Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

Sundhedsfaglige kompetencer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den forebyggende samtale om alkohol bør foregå individuelt og varetages af

[32] Sundhedsstyrelsen (2008) – Alkohol og Helbred.
[33] Sundhedsstyrelsen (2016) – "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".

medarbejdere med særlige kompetencer og erfaring inden for alkohol, alkoholbetingede sygdomme, screening og alkoholbehandling. Læs mere herom i ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”, 2016.

Alkoholbehandling

Mens den forebyggende samtale om alkohol med fordel kan tilbydes i relation til de øvrige sundhedsfremmende tilbud, ses alkoholbehandlingen ofte sammenkoblet med Kommunernes misbrugsområde. Alkoholbehandling er en Sundhedslovsydelse (Sundhedsloven § 141) og kan foregå anonymt, hvis borger ønsker dette.

Høringsforslag der ikke er indarbejdet i den reviderede udgave af "Forløbsprogrammet for mennesker med depression".

Afsender	Høringssvar	Arbejdsgruppens bemærkninger/ /implementering
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) **Generelle kommentarer**: *Forløbsprogrammet kan med fordel være mere handlings-anvisende, dvs. hvilke screeningsværktøjer kan kommunerne blandt andet anvende.*	Vi er handlingsanvisende på, hvem gør hvad, men ikke hvordan. Her henvises til de kliniske retningslinjer.
	….en beskrivelse af, hvilke tilbud til borgere med depression der bygger på solid evidens og/eller god praksiserfaring. *Hvilke screeningsinstrumenter anbefales?*	Se ovenstående bemærkning.
	Det bør derfor i højere grad beskrives hvilke effekter man ønsker, at borgerne skal mærke af den tværgående indsats.	Der henvises til afsnittet om baggrund i introduktionskapitlet i baggrundsafsnittet.
	Hvis programmet skal fremstå som et opslagsværk, bør der være mindre prosa og langt mere punktform, så anbefalingerne tydeligere træder frem. Programmet kan med fordel beskæres. Fx bør det overvejes, om afsnittet "baggrund for forløbsprogrammerne" er relevant.	Det er et opslagsværk *ikke* en tjekliste og valget har derfor været, også at beskrive baggrunden og intentionerne med anbefalingerne. Den specifikke udmøntning af anbefalingerne tilrettelægges lokalt Anbefalingerne er dog nu fremhævet i en sammenfatning.
	Programmet bærer præg af, at forfatterne er i tvivl om, hvem modtageren er	I hele forløbsprogrammet er det forløbet, der er i fokus om målgruppen er forskellige faggrupper, som indgår i forløbet for mennesker med depression Se endvidere det indledende afsnit.
	Ordet "inddragelse" skal genovervejes i forbindelse med patientinddragelse. Ordet "medbestemmelse" eller "samarbejde" er mere retvisende.	Begrebet "inddragelse" er valgt, fordi det indgår i en gængs terminologi og i forløbsprogrammet indbefatter det også medbestemmelse og samarbejde.
	Man kan derfor med fordel i introduktionen definere, hvad mental	Forløbsprogrammets formål er at fokusere på depression. Vi henviser

	sundhed er, og hvilke faktorer man herunder lægger vægt på. *Tidlig opsporing…. beskrives, hvilke screeningsværktøjer kommunerne med fordel kan anvende vedr. opsporing af depression f.eks. WHO 5.* *I forbindelse med hjerteforløbs-programmet skal der testes med HADS for depression. Der mangler afklaring af, om der opstår en forventning om, at der også gøres dette på andre grupper.*	desuden til afsnittet om den borgerettede forebyggelse. Der ligger ikke i forløbsprogrammet en selvstændig anbefaling om generel screening af risikogrupper, men en forventning om fagprofessionelles opmærksomhed på depressionstegn, hvor symptomer på depression er beskrevet i forløbsprogrammet. Se endvidere stratificeringsmodellen. Der ligger ikke i forløbsprogrammet en forventning om screening af andre målgrupper. Fraset fødselsdepression.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) **Introduktionen**; *… kort introduceres til, hvad der kendetegner depression.* *… Man forankrer tidlig opsporing lokalt uden at forholde sig til, hvordan man skal håndtere den tidligere opsporing.*	Der henvises til afsnittet om stratificering, hvor symptomer er beskrevet i punktform. Punkter der ligger før diagnosticering (tidlig opsporing og forebyggelse) funderes i opmærksomhedspunkter – og anbefalinger. Forløbsprogrammets hovedopgave er at sætte fokus på borgere fra det tidspunkt der er diagnosticeret en depression. Dette beskrives i indledningen.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) **Tidlig opsporing;** *Under afsnittet "ledige borgere" nævnes jobcentre specifikt. For at få ensartethed, bør afsnittet "jobcentrene skal derfor…" fjernes, idet der ikke nævnes specifikke afdelinger mv. i de andre afsnit.*	Det er jobcentrene, der har kontakten til de ledige/syge, og derfor er betegnelsen anvendt.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) **Løbende koordinering;** *Under afsnittet "Kommunen…" Sætningen "det er kommunens myndighedsfunktion…" vurderes at være overflødig. Kommunerne er bekendt med, hvem der visiterer. For andre personer (regionale medarbejdere, borgere mv.) er det nok at vide, at det er kommunen, der afgør, om en borger er berettiget til ydelser efter Serviceloven.*	Arbejdsgruppen finder det relevant at bibeholde denne formulering, da der er flere forskellige aktører involveret i dette.
Fælleskommunalt	Ad) **Koordinerende kontaktperson*;***	Baggrunden for at der peges på at

Sundhedssekretariat	*Det fremgår, at funktionen som koordinerende kontaktperson enten bør være i lokalpsykiatrien eller i kommunens sundhedsafdeling. Vi foreslår, at man ikke begrænser forslagene til "kommunens sundhedsafdeling", da andre afdelinger i kommunen kan være ligeså oplagte - f.eks. en sagsbehandler, som er tilknyttet en beskæftigelsesafdeling.*	lokalpsykiatrien og/eller det kommunale sundhedsområde er at disse områder har en væsentlig og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet. Det fremgår også af forløbsprogrammet, at i enkelte tilfælde kan funktionen mest hensigtsmæssigt ligge hos anden part fx jobcenter.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) **Løbende koordinering**; *… der behov for en udredning af, hvilke økonomiske konsekvenser programmet forventeligt vil have for kommunerne. Dette kan eksempelvis udformes som en businesscase.* *…hvordan økonomi mellem kommune og region er tænkt i forbindelse med udvidelserne i forløbsprogrammet.*	Der er ikke de nødvendige oplysninger til at udarbejde en businesscase. Der er dog beregnet eksempler på udgifter for et kommunalt rehabiliteringsforløbs. Funktionen som koordinerende kontaktperson ses som værdiskabende for såvel borgeren som de involverede sektorer.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) **Genoptræning**; *Det er uklart, hvad der udløser en genoptræningsplan for denne målgruppe, og hvad forventningerne til en sådan plan er. Dette bør beskrives.*	Der kommer ikke en ny opgave qua forløbsprogrammet – kapitlet er formuleret ud fra gældende regler og den model for genoptræning i psykiatrien, som er godkendt tværsektorielt.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat	Ad) **Rehabilitering i kommunerne***;* *Der er meget lidt anerkendelse af kommunernes rehabiliterende arbejde generelt. Kapitlets anbefalinger bærer præg af at være selvfølgeligheder.* *I beskrivelsen af "At borger tilbydes rehabiliteringstilbud på de kommunale sundhedsområder", er det uklart, hvorvidt det er en kan/skal-opgave. Der vil formodentlig for nogen kommuner være kommunal økonomi i opgaven, og det bør derfor være tydeligere, hvad den konkrete opgave er, samt*	Arbejdsgruppen – herunder også dens kommunale repræsentanter udtrykker tilfredshed med kommunernes rehabiliterende arbejde generelt og den måde, som området er beskrevet på i forløbsprogrammet. Der peges i forløbsprogrammet på at udvide det kommunale rehabiliterende arbejde for målgruppen af voksne med let eller moderat depression. Heri ligger også en anerkendelse af kommunernes rehabiliteringsindsats Såfremt forløbsprogrammet bliver godkendt i sin nuværende form, er det en *ska*l opgave at tilbyde rehabilitering. De enkelte kommuner har en udstrakt selvbestemmelse i hvorledes opgaven udføres.

	forpligtelsesgraden (kan/anbefaling eller skal).	
	Mental sundhed kan med fordel også afbilledes i figuren som et tilbud, da man i kommunerne også arbejder med dette.	Den mentale sundhed er beskrevet under afsnittet "Den borgerettede forebyggelse".
	Den sundhedsprofessionelle bør i den afklarende samtale vurdere, om det er relevant for patienten at benytte et tilbud i en anden kommune". "Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen". Disse tiltag vil have økonomiske konsekvenser for den enkelte kommune, og det bør derfor være op til den enkelte kommune at afgøre, om der skal anvendes ressourcer til sådanne services. Det foreslås derfor, at afsnittene slettes.	Dette er allerede praksis i flere kommuner og fremhæves jf. sundhedsaftalens virkemiddel "Sæt borgeren først".
	Henvisning til rygestoptilbud i kommunen bør kunne foregå som en direkte henvisning, dvs. uden en afklarende samtale, hvis borgerens ønske/behov er klart udtrykt i form af hjælp til rygestop alene. Borgerne kan jo i forvejen henvende sig direkte uden en henvisning og blive tilmeldt et rygestopkursus i alle kommuner.	Et rygestoptilbud kan forgå med /uden en afklarende samtale.
Afsender	**Høringssvar**	**Argumentation /Implementering**
Center for social rehabilitering	Ad) **Tidlig opsporing i jobcenter;** *"jobcenteret skal derfor have opmærksomhed på borgere med symptomer på depression"* *Kommer der et fælles dokument til tidlig opsporing- screenings redskab, således der sikres at alle borger få samme tilbud uanset hvor de henvender eller befinder sig?*	Der henvises til WHO-5 som et screeningsredskab til mental sundhed. Forløbsprogrammet peger på, at fagprofessionelle der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn. Derudover henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at sundhedsplejersker tilbyder screening for fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre. Ligesom der henvises til det syddanske

		hjerteforløbsprogram om at kommunale sundhedstilbud og sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse screener for angst og depression hos borgere med hjertesygdom. Der ligger ikke i forløbsprogrammet en forventning om screening af andre målgrupper i kommunalt regi.
Center for social rehabilitering	Ad) **Misbrug;** *Under parameter ift. vurdering af patientens evner til genoptræning: Der er ikke nævnt misbrug ligger den inden under de 7 nævnte eller?*	Patientens evne til genoptræning vurderes sundhedsfagligt, jf. den godkendte model for genoptræning i psykiatrien.
Center for social rehabilitering	Ad) **Screeningsredskab**; *Hvilke screeningsredskaber skal der i fremtiden benyttes og hvordan sikres det at dem der udføre denne opgave er tilstrækkeligt klædt på til at varetage denne opgave?*	Der henvises til WHO-5 som et screeningsredskab til mental sundhed. Som tidligere beskrevet ligger der ikke en selvstændig anbefaling i forløbsprogrammet om screening af risikogrupper, men en forventning om fagprofessionelles opmærksomhed på depressionstegn, hvor symptomer på depression er beskrevet i forløbsprogrammet.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
Psykiatrisk dialogforum	Der sættes spørgsmålstegn ved aktualiteten af kilder/referencer anvendt i forløbsprogrammet.	Generelt lægger forløbsprogrammet sig ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer.
Psykiatrisk dialogforum	Ad) **Apoteket**; *Det er nyt, at apotekerne er med. En ting, der også kunne være relevant ved medicinsamtaler, er, at patentet på stort set alle antidepressive præparater er udløbet. De generiske præparater ser forskellige ud og undertiden er svære at synke. Dette kan påvirke compliance/adhærens. Medicinpriserne skifter jo hver 14. dag.*	Dette vurderes ikke at være en del af dette forløbsprogram

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
SIND	Der sættes spørgsmålstegn ved aktualiteten af kilder/referencer anvendt i forløbsprogrammet.	Generelt lægger forløbsprogrammet sig ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer.

SIND	Ad) **Pårørende;** *… henvises til en proces som sætter fokus på samarbejde mellem fagprofessionelle og patient/pårørende. Også gode intentioner, vel vidende at rigtig mange pt. ikke ønsker deres pårørende inddraget i behandlingsforløbet, og derfor i mange tilfælde undlader kontakt til de fagprofessionelle før langt inde i sygdomsforløbet.*	I**ndarbejdes ikke,** da borgeren jf. beskrivelserne altid kan takke nej til inddragelse af de pårørende.
SIND	Ad) **Den borgerrettede forebyggelse**; *Offentlige arbejdspladser, Uddannelsesinstitutioner og brug af naturen er nogle af de rammer der kan bruges i forbindelse med forebyggelse af dårlig psykisk arbejdsmiljø. Hvem skal måle på disse parametre og ændre kulturen på ovennævnte arbejdspladser?*	Det er ikke forløbsprogrammets formål at måle på disse parametre. Den Nationale Sundhedsprofil giver en indikation på de nævnte parametre.
SIND	Ad) **Udredning og diagnosticering**; *Igen fine intentioner, men formentlig ikke holdbart i forhold til det tidskrævende skema, som stort set alle faggrupper inddrages i, uanset hvilket niveau pt. befinder sig i.* *Ydermere ændres ICD-10- kriterierne i løbet af 2020.*	Det forventes at Forløbsprogrammet opdateres løbende.
SIND	Ad) **Arbejdsmarkedsindsats og Genoptræning**; *….dilemmaer, hvor kommer midlerne fra, og hvem skal betale?*	Der kommer ikke en ny opgave på genoptræningsområdet qua forløbsprogrammet – kapitlet er formuleret ud fra gældende regler og den model for genoptræning i psykiatrien, som er godkendt tværsektorielt. Det forventes at en styrkelse af den tværsektorielle koordinering kan spare aktørerne ressourcer længere henne i patientens sygdomsforløb, da der rettidig lægges en fælles plan.
SIND	Ad) **Rehabilitering i kommunen;** *… alle tilbydes pakkeforløb, men det er vel frivilligt, trods alt, og hvis ikke, trækkes der så i sygedagpenge? Frivillige inddrages på den lange bane, men det befrier ikke kommunen for øgede udgifter.*	Rehabilitering i kommunerne jf. sundhedslovens paragraf 119 stk. 2 er baseret på individuel samtale – ikke et pakkeforløb.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
Sundhedsstyrelsen	Ad) **Den borgerrettede Forebyggelse**; *…nævnes forebyggende tilbud i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed. I forhold til den helt tidlige indsats vil vi gøre opmærksom på, at der i denne forebyggelsespakke også nævnes arbejdet med at afsøge fødselsdepressioner blandt nybagte forældre. Denne tidlige indsats kan evt. nævnes i kapitlet. Derudover kan der i afsnittet om sårbare og socialt udsatte borgere også nævnes, at der kan foregå en opsøgende indsats i regi af jobcentrene, idet det at stå uden for arbejdsmarkedet kan være en medvirkende årsag til mental mistrivsel og give symptomer,* *som kan føre til udvikling af depression*.	Områderne; fødselsdepression, nybagte forældre samt sårbare og social udsatte borgere er behandlet i afsnittet om tidlig opsporing.
Sundhedsstyrelsen	*Ad) **Arbejdsmarkedsindsats**;* *…nævnes kort, at mange kommuner har forskellige tilbud ift. støtte og vejledning til mestring af livet med depression. Her kan det med fordel fremgå, at sådanne tilbud er mere omfattende end blot det at vende tilbage til arbejdsmarkedet, men omfatter borgerens samlede livssituation. Disse forløb tilbydes derudover også pårørende, hvilket der også er fokus på i forløbsprogrammets introduktion.*	Vi mener, at hverdagslivet indbefatter såvel arbejdsliv som fritid. Det skildres også i kapitlet om rehabilitering i kommunerne.
Sundhedsstyrelsen	Ad) **Tidlig opsporing**; *I kapitlet bør målgruppen børn og unge fremhæves, idet der ses en stigende tendens til, at børn og unge udvikler mistrivsel og symptomer på angst og depression bl.a. som følge af presset fra uddannelsessystemet, og flere uddannelsesinstitutioner arbejder med fastholdelses-medarbejdere og psykologordninger for* *denne gruppe.*	Da det er et forløbssprogram for voksne, har vi ikke behandlet børneområdet særskilt.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
OUH	Ad) **Kildeanvendelse**; … (*kilde: Prævalens, incidens og aktivitet*	Vi er bekendt med denne stigning i tilfælde, men da kilden går på tværs af

	i Sundhedsvæsenet for børn og unge med angst, depression, ADHD og spiseforstyrrelser, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, 2017)	diagnoser, kan vi desværre ikke inddrage denne i et program for depression.
OUH	Ad) **Almen praksis som tovholdere**; *… På side 19 fremgår det, at almen praksis skal være tovholder for det samlede behandlingsforløb og skal følge op på den igangsatte behandling. Det er en meget stor og meget tidskrævende opgave for en i forvejen særdeles belastet almen praksis sektor. Hvorledes tænktes det håndteret – og hvordan skal almen praksis være i dialog med samtlige aktører? Og skal et samtykke håndteres af almen praksis?*	Tovholderfunktionen er en generel, eksisterende opgave for almen praksis.
OUH	Ad) **Underretningspligt**; *…bør suppleres med beskrivelse af forpligtigelsen til at sende underretning, når man har grund til at antage at en gravid/ kommende barn kan få brug for særlig støtte i forbindelse med fødsel og den første tid sammen.*	Underretningspligten følger af lovgrundlaget. Det forudsættes i forløbsprogramet.at de forskellige parter efterlever gældende lovgivning, og derfor er denne forpligtelse ikke nævnt specifikt.
OUH	Ad) **Kroniske smerter**; *Det er vigtigt at tænke ind i handlingsplanen at smertecentret har de nødvendige ressourcer, for at undgå de lange ventelister de har nu. Disse ventelister kan med stor sandsynlighed øge risikoen for depression hos patienter med kroniske smerte.*	Vi henviser til afsnittet "Tidlig opsporing af risikogrupper". Hvorvidt smertecentret besidder de nødvendige ressourcer er ikke et anliggende, som skal håndteres i forløbsprogrammet.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
Samarbejdsudvalget for almen praksis	Ad) **Logistik mv**; *….Bemærk, at det for tilbud placeres geografisk lettilgængeligt, hvor der også er gode bus- og togforbindelser. Ønske om at tilføje at de kommunale tilbud placeres geografisk hvor der er gode bus og togforbindelser*	Det er kommunerne, der lokalt tilrettelægger de kommunale tilbud, herunder også den fysiske placering, og derfor er bemærkningen ikke medtaget i forløbsprogrammet.
	Ad) **Henvisning til almen genoptræning;** *Det anbefales, at almen praksis får mulighed for at henvise til almen genoptræning i kommunen (rehabilitering). Dette vil formentlig kunne bevirke hurtigere helbredelse og mindske risiko for tilbagefald.*	Ifølge lovgivning er det regionen, der kan henvise til genoptræning.

Afsender	Høringssvar	Argumentation /Implementering
PLO	Ad) **Igangværende pilotprojekt***;* *… Overordnet vil det styrke forløbsprogrammet og de praktiserende lægers mulighed for at hjælpe patienterne med korrekt udredning, diagnosticering og tilrettelæggelse af behandling, hvis de praktiserende læger fik adgang til hurtig foreløbig diagnose og udredning hos praktiserende psykiatere, som det ses i igangværende pilotprojektet i Odense Kommune. En udbredelse af de gode muligheder og erfaringer fra dette projekt til hele Region Syddanmark vil være til gavn for mennesker, der er eller bliver ramt af depression.*	Erfaringer med det igangværende pilotprojekt afventes.
	Ad) Pixi udgave; *I en travl hverdag kan det lette implementeringen af forløbsprogrammets intentioner, hvis der udarbejdes en lettilgængelig PIXI-udgave, der bidrager med overblik over de vigtigste elementer i programmet.*	Der udarbejdes i stedet en sammenfatning i starten af programmet med de væsentlige ændringer.
	Ad) **Region - henvisning og visitation**; *…opremses de aktører, der kan henvise til regionale tilbud. Det bør nævnes, at det er yderst sjældent at vagtlægen foretager den type henvisninger.*	Vi fastholder beskrivelsen, vagtlæge kan henvise til FAM/PAM, hvilket kan ske i enkelte tilfælde.
Terapeutfagligt Råd	AD) **Kropsterapi;** *Det vil være vigtigt også at fremhæve et øget fokus på det kropslige område i udredningen af patienterne og i indsatsen under deres behandling i de forskellige sektorer (modellen med stratificering, aktører og indsatser).*	Arbejdsgruppen vælger ikke at konkretisere det yderligere i forløbsprogrammet, da det ikke giver anvisninger på specifikke, faglige indsatser.

Implementeringsplan
Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

Indledning

Forløbsprogrammet for mennesker med depression er et handlingsorienteret dokument, der beskriver sygehusenes, almen praksis' og kommunernes opgaver og roller i samarbejdet og kommunikationen omkring denne målgruppe og de pårørende. Formålet er at sikre høj, ensartet kvalitet og sammenhæng i de samlede patientforløb, hvor patienter og pårørende bliver inddraget i indsatsen. Programmet er fagligt funderet på især publikationer fra Sundhedsstyrelsen og er udviklet i samarbejde med patienter, pårørende, patientforeninger og fagprofessionelle.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med depression er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx konsultationer i almen praksis, behandling i psykiatrien eller deltagelse i kommunale rehabiliteringstilbud). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer. Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med depression.

Mål for implementeringen

Målet med implementeringen er at sikre, at:

- Alle relevante medarbejdere i den primære og sekundære sundhedssektor kender til forløbsprogrammet og dets funktion.
- Forløbsprogrammet indarbejdes i de enkelte aktørers procedurer og instrukser.
- Forløbsprogrammet følges systematisk i det daglige tværsektorielle samarbejde.

Implementeringsmetoden – ansvar og roller

Implementeringen af forløbsprogrammet for mennesker med depression igangsættes og følges via den organisation, som i Region Syddanmark er etableret omkring det tværsektorielle samarbejde:

- *Sundhedskoordinationsudvalget (SKU)* godkender forløbsprogrammet og forelægges monitoreringer af programmet.
- *Det Administrative Kontaktforum (DAK)* giver indstillinger til SKU om godkendelse og monitorering af forløbsprogrammet.
- *Følgegruppen for Forebyggelse* er ansvarlige for løbende at følge implementeringen og effekten af forløbsprogrammet og på den baggrund udarbejde statusredegørelser til SKU og DAK.
- *De psykiatriske samordningsfora (PSOF)* koordinerer den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehus, kommuner og almen praksis. I forbindelse med igangsættelsen af implementeringen foreslås det, at formandskabet for arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom præsenterer forløbsprogrammet på et møde i hvert PSOF.

Der udarbejdes i regi af hvert PSOF en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplanen herfor.
De lokale samordningsfora (somatik) orienterer sig i forløbsprogrammet og vurderer, om det giver anledning til at justere lokale samarbejdsaftaler og procedurer, eksempelvis i forhold til tidlig opsporing af mennesker med depression.

- *Psykiatrien i Region Syddanmark:* Psykiatriens ledelse er ansvarlig for, at forløbsprogrammet implementeres på alle matrikler. De relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer.
- *Kommunerne*: De kommunale ledelser er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres i alle relevante afdelinger. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer. Kommunerne er ansvarlige for dagsordenssætning af forløbsprogrammet på de lokale Social- og Sundhedsudvalg og på de kommunalt lægelige udvalg (KLU)
- *Apotekerforeningen:* Informerer apotekerne i Region Syddanmark om forløbsprogrammet.
- *PLO Syddanmark:* Informerer deres medlemmer om forløbsprogrammet. Region Syddanmark informerer også de praktiserende læger igennem nyhedsbrevet ”Praksisnyt”. De regionale praksis- og datakonsulenter kan ligeledes bidrage med råd og vejledning i anvendelsen af forløbsprogrammet.
- *Arbejdsgruppen vedrørende nye rammer for kronisk sygdom* planlægger et fælles kick-off for implementeringen af patientforløbsprogrammet, hvor der er mulighed for at drøfte programmet på tværs af PSOF. Herudover faciliterer arbejdsgruppen præsentationen af patientforløbsprogrammet ved at udarbejde dagsordensmateriale mv. hertil.

Særlige opmærksomhedspunkter i implementeringen

Funktionen ”Den koordinerende kontaktperson”. Nyt i forløbsprogrammet for mennesker med depression er, at en koordinerende kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder. Den koordinerende kontaktperson sikrer, at der som minimum afholdes et fælles møde med relevante aktører, hvor der lægges en fælles plan for den videre indsats. Funktionen som ´’koordinerende kontaktperson’ placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien, placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetaget rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere. Udvidelsen af funktionen forventes at medføre et øget behov for videregivelse af oplysninger, som kræver borgerens samtykke. Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom udarbejder et koncept for, hvordan dette kan håndteres i praksis. Herudover er det er et vigtigt element i implementeringen, at hvert enkelt PSOF får aftalt, hvordan man her vil arbejde videre med ordningen.

Større fokus på arbejdsmarkedsområdet. I overensstemmelse med prioriteringerne i Sundhedsaftalen 2019-2023 har arbejdsmarkedsområdet fået særskilt opmærksomhed i forløbsprogrammet for mennesker med depression. I formidlingen og implementeringen af programmet er det derfor relevant at have særligt fokus på, hvordan arbejdsmarkedsområdet sammen med de øvrige indsatsser kan tænkes ind i et sammenhængende forløb.

Patienter med let eller moderat depression kan tilbydes rehabiliteringstilbud i kommunen
I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats. Den enkelte kommune fastlægger selv den nærmere udformning af rehabiliteringstilbuddene. Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for

kronisk sygdom har i et notat udarbejdet skøn for målgruppens størrelse og eksempler på de udgifter, som er forbundet med de relevante rehabiliteringstilbud.

Sammenhængen på tværs af PSOF i implementeringen af forløbsprogrammet. Forud for iværksættelsen af den lokale implementering drøftes opgaven tværgående på et temamøde med deltagelse af alle PSOF. Tilsvarende sker en erfaringsudveksling på tværs af samordningsfora et år efter iværksættelsen af den lokale implementering.

Tidsplan

Forløbsprogrammet for mennesker med depression implementeres i psykiatrien, kommuner og almen praksis i perioden tredje kvartal 2020 til tredje kvartal 2021. Sidst i implementeringsperioden drøftes implementeringsgraden i de enkelte PSOF med henblik på igangsættelse af eventuelle yderligere implementeringsstøttende aktiviteter.

Oversigt over implementeringsaktiviteter

	Dato
Administrativ behandling og politisk godkendelse	
Følgegruppen for forebyggelse indstiller forløbsprogrammet til behandling i DAK	11.12.2019
DAK indstiller forløbsprogrammet til godkendelse i SKU	12.03.2020
SKU godkender forløbsprogrammet og implementeringen påbegyndes	16.04.2020

Central understøttelse af implementering 2. og 3. kvartal 2020

- Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom får udarbejdet et koncept for indhentning af samtykke til udveksling af oplysninger på tværs af myndigheder
- Følgegruppen for forebyggelse er vært for et kick-off arrangement for alle PSOF inden iværksættelse af den lokale implementering.

Tilrettelæggelse af lokal implementering 3. og 4. kvartal 2020

- PSOF dagsordenssætter forløbsprogrammet og igangsætter udviklingen af en lokal implementeringsplan.
- Lokale samordningsfora (somatik) forholder sig til forløbsprogrammet og justerer evt. procedurer i henhold hertil.
- Kommunerne dagsordensætter forløbsprogrammet på Social- og Sundhedsudvalgene samt KLU.
- Apotekerforeningen orienterer deres medlemmer om forløbsprogrammet.
- PLO Syddanmark orienterer, i samarbejde med Region Syddanmark, deres medlemmer om forløbsprogrammet.

Erfaringsudveksling på tværs af PSOF

Følgegruppen for forebyggelse er vært for et tema-arrangement, hvor der er lejlighed til at drøfte implementeringserfaringer på tværs af PSOF.	3. kvt. 2021

Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner

KOLOFON

Titel: Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression.

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, xxxx

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

https://www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden
Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og trådt i kraft den XX.XX. xxxx

Emneord: , xxxx, xxxx
forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version: 1.0
xxxx

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:
Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN:

Indhold

1. Introduktion....4

2. Kommunikation på diagnosetidspunktet....4

Kommunikation i behandlingsindsatsen....5

Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte....6

Metoder til brugerinddragelse....6

Tjekliste til kommunikation....7

1. Introduktion

Baggrund
Kommunikation mellem patienter med depression og fagpersonalet er et vigtigt element i alle faser af behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

For at patienterne samt deres netværk kan få det optimale udbytte ud af deres behandling, er det afgørende, at de får tilbud om individuelt tilrettelagt viden og såvel mundtlig som skriftlig information samt at fagpersonalet får den nødvendige viden og indblik i den enkeltes behov og livssituation. I forhold til mennesker med depression er der et særligt behov for at skabe overskuelighed i den information patienter og pårørende modtager. Dette qua de kognitive udfordringer der kan være i forbindelse med sygdommen og de komplekse forløb med mange involverede aktører.

En særlig opmærksomhed bør tillægges Psyk Info hvor der forefindes rådgivning, viden, information og arrangementer omkring depression for såvel patienter som pårørende.

Der er behov for at systematisere kommunikationen til og dialogen med patienter og pårørende i forbindelse med forskellige situationer i sygdomsforløbet samt hverdagslivet, fx ved diagnosticering og efterfølgende rehabiliteringsforløb til mennesker med depression.

Formål med kommunikationspakken
Pointen med at systematisere kommunikationen er at sikre et ensartet højt kommunikationsniveau og at mindske antallet af enkeltsituationer, hvor patienter og pårørende af den ene eller anden grund oplever en mangelfuld kommunikation. Denne kommunikationspakke beskriver indhold og koordination af kommunikation til patienter med depression og deres pårørende. Til slut i kommunikationspakken er der udarbejdet en tjekliste som patienter og pårørende kan anvende til forberedelse i deres møde med de involverede aktører i sygdomsforløbet.

2. Kommunikation på diagnosetidspunktet

Det er vigtigt, at den læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og de pårørende og sikrer sig, at de opnår forståelse for sygdommen og håndteringen af den. Lægen bør desuden hjælpe patienten og pårørende med at sortere i den information, de modtager, således at vigtigst og mest væsentlig information fremhæves og eventuelt udleveres skriftligt. Dette øger trygheden og patientens og de pårørendes mulighed for at kunne tage hånd om situationen.

Ansvaret for at formidle informationerne påhviler både det lægefaglige personale, der stiller diagnosen – om det måtte være i almen praksis eller på sygehuset og det omkringværende personale, fx klinikpersonale i lægehusene.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og eventuelt pårørende er oplært i sygdomskontrol og medicinhåndtering. Herunder skal lægen informere patienten og pårørende om, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på, og hvordan de skal agere på disse.

Kommunikationen på diagnosetidspunktet skal være målrettet patientens behov og tydelig for at reducere unødig kompleksitet.

Nedenstående emner er vigtige at kommunikere til patienterne på diagnosetidspunktet:
Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herunder sikre at patienten aktivt deltager i behandling og medvirker til at forbedre sin helbredsrelaterede livskvalitet.

- *FX formålet med og forløbet af den planlagte behandling.*
  Forventet respons på behandling – virkninger og reaktioner.

- *FX Medicinhåndtering*
  Det sikres, at patienter og pårørende har fornøden viden om gode medicinvaner samt kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger.

- *FX Genkendelse og håndtering af advarselssignaler ved forværring af sygdom.*
  Hvem skal man kontakte i hvilke situationer

Det sikres, at patienter og pårørende ved hvor de kan finde yderligere information og aktiviteter, herunder tilbud i kommunerne, Depressionsforeningen samt andre frivillige foreninger.
Det skal formidles til patienterne, at indsatsen på sygehuset, i kommunen og hos den praktiserende læge skal ses som et samlet forløb.

Kommunikation i behandlings og rehabiliteringsindsatsen

Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herunder sikre compliance for behandling og forbedre patientens selvvurderede helbredsrelaterede livskvalitet. I behandlings og rehabiliteringsindsatsen bør nedenstående emner medtænkes under kommunikation med patienten;

En dialog med patienten om vigtigheden af at patienten inddrager sit netværk fx familie, fagpersoner for at støtte op om det samlede forløb. I forlængelse af dette bør der være en særlig opmærksomhed på nedenstående grupper;

For den unge patient kan det være væsentligt, at inddrage familie, venner og uddannelse for at støtte op med henblik på at fastholde patientens deltagelse i gennem hele forløbet.

For den ældre patient kan det være væsentligt, at inddrage pårørende, hjemmepleje, sygepleje og andre støttemuligheder som allerede er omkring borgeren.

Ovenstående afhænger af patientens egen vurdering af, om netværket kan betragtes som en ressource eller ej.

Kommunikation i arbejdsmarkedsindsatsen

Formålet er at fremme patientens handlekompetence og mestringsevne, herunder sikre hensigtsmæssig fastholdelse/tilbagevenden til arbejdsmarkedet og forbedre patientens selvvurderede helbredsrelaterede livskvalitet.

Hvis borgeren med depression ikke længere er i stand til at klare arbejdet og bliver sygemeldt, skal kommunens sygedagpengeafdeling hurtigst muligt indkalde borgeren til en samtale. Formålet med samtalen er at give et overblik over sygedagpengeforløbet, således at borgeren kender hovedlinjerne i det kommende forløb i jobcenterregi. Mødet kan evt. foregå på arbejdspladsen, hvor mulighederne for delvis raskmelding, omlægning af arbejdsopgaver, muligheder for støtteordninger m.v. kan drøftes. En efterfølgende tæt dialog med arbejdspladsen er afgørende for en god tilbagevenden.

Sygedagpengeafdelingen bør indtænke evt. pårørende i forløbet i det omfang borgeren ønsker det. Det kan være hensigtsmæssigt at pårørende er orienteret om det kommende forløb. Såfremt de pårørende ikke deltager i samtalerne, bør den sygemeldte have mulighed for at tage en pjece/folder med hjem omkring mulighederne i sygedagpengeforløbet.

Den løbende dialog med borgeren skal være tydelig i forhold til krav, forventninger og muligheder i lovgivningen. Det skal fortløbende være klart for den sygemeldte, hvordan sagen behandles. Borgeren skal f.eks. vide hvorfor der indhentes nye lægelige oplysninger, og hvad de skal bruges til.

Opmærksomhedspunkter til den koordinerende kontaktperson

Såfremt borgeren har kontakt til både jobcenter og lokalpsykiatri/kommunalt sundhedsområde er det i forløbsprogrammet fastlagt, at borgeren skal tilbydes en koordinerende kontaktperson.

Uafhængigt af hvor funktionen er placeret bør den koordinerende kontaktperson være opmærksom på at formidle følgende til borgeren:

- Formålet med det fælles møde
- Deltagere på møde
- Praktiske oplysninger
- At der laves skriftlige aftaler om den fælles plan

Desuden er kontaktpersonen ansvarlig for:

- At afklare om borgeren har individuelle hensyn, der skal imødekommes under mødet
- Indkaldelsen til mødet
- Referat
- Opfølgning på mødet sammen med borger

Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte

I indsatsen for patienter med kroniske sygdomme er det væsentligt at være opmærksom på den enkelte patients evne til og muligheder for at tilegne sig sundhedsrelateret viden og omsætte denne viden til handling.

Nedenfor er forslag til indsatser, der kan være med til at forbedre muligheden for, at flere patienter kan læse og forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Med hensyn til skriftligt materiale (også hjemmesider) bør det tilstræbes, at dette gøres så læsevenligt som muligt. Studier har vist, at hvis man vil sikre forståelsen af skriftlig sundhedsinformation, skal teksten udformes således, at den svarer til læsefærdigheder på 5.-6.-klassesniveau - uanset målgruppen med almindelige ord og korte sætninger [1].

I forhold til at forbedre den mundtlige dialog mellem patienter og sundhedspersonale peger litteraturen også på en række tiltag, der kan sikre, at patienter og deres pårørende får lettere ved at have en givende og udbytterig kommunikation med sundhedspersonalet.

Der findes flere metoder, som sundhedspersonalet kan benytte for at forbedre dialogen med patienter. Først og fremmest handler det om at undlade at bruge unødige medicinske termer, begrænse informationsmængden og bruge billeder til at illustrere budskabet [2, 3].

Det anbefales også at bruge den såkaldte 'teach-back metode', hvor patienten med sine egne ord bedes gentage de informationer, han/hun har fået under samtalen, for at sikre at informationen er forstået [4].

Metoder til brugerinddragelse

Når patienter skal være med til at træffe et valg om, hvilke elementer der skal indgå i deres forløb, er det vigtigt at sikre, at valget træffes på et informeret grundlag, og er i overensstemmelse med det patienten ønsker.

Fælles beslutningstagning er en kommunikationsform der tager udgangspunkt i en opfattelse af sundhedsprofessionelle og patienter som ligeværdige parter. Metoden foreskriver en struktur for samtalen mellem behandler og patient, hvor begge parter deltager aktivt i beslutningsprocessen, deler deres viden om sygdom og behandling, forklarer hinanden hvilken behandling de foretrækker og når til enighed om, hvilken behandling patienten skal have [5].

For at hjælpe patienten til at afklare sine præferencer og forstå de givne muligheder har man inden for mange områder udviklet redskaber, der understøtter denne struktur, kaldet beslutningsstøtteværktøjer.

---

[1] Madsen MH et al (2009) Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Sundhedsstyrelsen
[2] DeWalt DA et al (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med, 19 (12): 1228-39.
[3] Ammentorp, J et al (2016) Den gode patientsamtale, Munksgaards Forlag, 1. udgave
[4] Tamura-Lis W (2013) Teach back for quality education and patient safety. Urologic Nursing 33 (6): 267-271.
[5] Charles C et al (1997) *Shared Decision Making in the Clinical Encounter: what does it mean? (or it takes two to tango).* Social Science & Medicine; 44(5): 681-692

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har udviklet et inspirationskatalog til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer [6]. Heri findes en dansk version af IPDAS' kvalitetskriterier for beslutningsstøtteværktøjer, som beskriver hvordan sådanne værktøjer bør udvikles, og hvilke elementer de bør indeholde, hvis de skal kunne leve op til principperne i Fælles beslutningstagning, og have de effekter der er fundet i videnskabelige undersøgelser. Desuden indeholder kataloget en dansk oversættelse af et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til behandlingsvalg, hvor der endnu ikke findes specifikke beslutningsstøtteværktøjer. Patient og sundhedspersonale kan sammen udfylde værktøjet ved at skrive de aktuelle behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper ind i et skema, og fællesskab overveje hvor meget disse vægter for den enkelte patient.

Tjekliste til kommunikation

Du kan bruge tjeklisten nedenfor til at forberede dig på dine møder med de forskellige parter der indgår i dit forløb. Du kan også bruge tjeklisten til at holde styr på, hvilke emner du har brug for mere viden om. Det er ikke sikkert at alle emnerne i listen er relevante for dig.

Du kan finde en oversigt over sundhedstilbud i din kommune på www.sundhed.dk

	Relevante undersøgelser og behandlinger Formålet er, at du og dine pårørende kender din behandlingsplan og har viden om forventede virkninger og evt. bivirkninger.
	Medicinhåndtering Formålet er, at du og dine pårørende har tilstrækkelig viden om gode medicinvaner samt kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger. For du meget forskelligt medicin, kan det være en god idé at booke en tid til medicingennemgang hos din læge eller apoteket.
	Genkendelse og håndtering af advarselssignaler ved forværring af sygdom. Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvordan du/I skal reagere og hvem du/I eventuelt skal kontakte ved forværring af sygdom.
	Fysiske reaktioner Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste forståelse af hvilke fysiske reaktioner, du eventuelt kan forvente under en depression og vide hvor du/I evt. kan få hjælp til at tackle dem.
	Sygdomsforståelse Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste forståelse af din sygdom samt dens

[6] Inspirationskataloget kan downloades her: http://danskepatienter.dk/vibis/faelles-beslutningstagning/inspirationskatalog

	udvikling, og viden om de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.
	Kommunikation Formålet er, at du og dine pårørende får opmærksomhed på hvem i dine omgivelser det kan være relevant at kommunikere med om hvordan sygdommen påvirker dig.
	Rygestop Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvad rygning gør ved dig og du får kendskab til aktiviteter, der kan hjælpe dig til et rygestop. Der findes en komplet oversigt over kommunale rygestopstilbud på www.sundhed.dk
	Fysisk aktivitet Formålet er, at du og dine pårørende ved hvor vigtigt fysisk aktivitet er for din/jeres livskvalitet, fysiske formåen, bedre søvn samt om hvordan I får bevægelse ind i din/jeres hverdag
	Kost Formålet er, at du og dine pårørende opnår viden om den rette kost, kostens betydning for livskvalitet, fysisk formåen samt om hvordan du/I bedst kan tilrettelægge mad og måltider i hverdagen.
	Alkohol Formålet er, at du og dine pårørende får den bedste viden om hvordan alkohol kan påvirke din sygdom.
	Pårørende/sociale relationer Formålet er, at du og dine pårørende får forståelse af, at sygdommen kan påvirke sociale relationer og du/I kan overveje, om det har betydning for dig/jer.
	Seksualitet Formålet er, at du og dine pårørende har viden om, hvordan din depression kan påvirke din seksualitet samt at du/I har viden om, hvor du/I kan søge mere viden og hjælp.
	Teknologi Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvor du/I kan finde inspiration og støtte, fx internetbaseret viden, apps samt forskellige teknologiske muligheder for rehabilitering.
	Andre tilbud Formålet er, at du og dine pårørende ved, hvor du/I kan finde mere information og

	aktiviteter, bl.a. tilbud i kommunerne, Hjerteforeningen samt frivillige sociale foreninger.

Standardkontrakt vedr. ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling”

Betingelserne for nærværende standardkontrakt stammer fra ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling” som indgået mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen.

1. Aftaleparter

Aftalen indgås mellem:

Sygehus: _____og Kommune/arbejdsgiver: _____

Afdeling: _____ Afdeling/adresse: _____

Telefonnr.:_____ Telefonnr.: _____

2. Patientoplysninger

CPR-nr.: _____

Patientens navn: _____

Adresse (vej) og nr. _____

Postnummer: _____

Patientens telefonnummer _____

3. Ansvarlig stamafdeling på sygehuset - kontaktoplysninger

Ansvarlig stamafdeling _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer (dagtid): _____

Akutnummer: _____

E-mailadresse: _____

4. Udførende kommunal enhed/arbejdsgiver – kontaktoplysninger

Kommunal udfører/arbejdsgiver _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer (dagtid): _____

Akutnummer: _____

E-mailadresse: _____

5. Hvor er der behov for ledsagelse (sæt kryds)

Akut behandling/undersøgelse _____

Planlagt behandling/undersøgelse _____

6. Aftalt omfang af ledsagelse

Dato for ledsagelsens start: _____

Det forventede omfang af ledsagelse opgøres som det antal timer, kommunerne afregnes for. Ved ambulante besøg anvendes A. Ved indlæggelse anvendes B1 og B2.

A. Forventet omfang af timer i alt _____timer

Eller

B1. Forventet omfang i timer pr. indlæggelsesdøgn _____timer

B2. Forventet indlæggelsestid _____døgn

7. Ansvar

Ansvar for ledsager er beskrevet på side 5 i ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling”.

8. Økonomi

Taksterne reguleres med Danske Regioners fremskrivningssats for løn på sundhedsområdet.

Der afregnes med en fast takst på 277,21 kroner pr. time (2019-niveau) plus tillæg for aften og weekendarbejde. Anvend evt. indtastningsark, som findes på:

www.regionsyddanmark.dk/wm373177

Regninger sendes elektronisk til sygehusets EAN-nr. og evt. personreference. Kommuner og sygehuse kan i den konkrete situation indbyrdes aftale, om kommunerne opgør og sender regning for hver ledsagelse, eller om en regning kan indeholde mere end én ledsagelse for samme patient.

Af hensyn til muligheder for økonomistyring, henstilles det, at regninger sendes senest tre måneder efter ledsagelsen har fundet sted og så vidt muligt inden for samme regnskabsår.

EAN-nummer / personreference på sygehuset:_____

CVR-nummer: _____

Indbetalinger mærkes med teksten ”ledsagelse” og ”patientens navn eller cpr-nr” samt ”periode” (eksempelvis 2. kvartal 2020).

9. Underskrifter

For sygehuset:

Dato:

_____

For kommunen/arbejdsgiver:

Dato:

_____

UDKAST/21.01.2020

Samarbejdsaftale om hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

Formål

Region Syddanmark og kommunerne i regionen har indgået denne aftale, som skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset.

Aftalen er et bilag til den gældende sundhedsaftale mellem kommunerne og regionen.

I det følgende bruges begrebet ledsagelse som en samlebetegnelse for hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse.

Målgruppe

Samarbejdsaftalen gælder både det somatiske og det psykiatriske område. Dog gælder samarbejdsaftalen ikke borgere med respirator, hvor region og kommuner i forvejen har en betalingsaftale.

Ledsagelse kan eksempelvis være relevant i forhold til borgere med lav udviklingsalder/udviklingshæmning, manglende kommunikationsevner/intet sprog, psykotisk tilstand, angsttilstand, udadreagerende adfærd, selvskadende adfærd eller demenssygdom

Det er borgerens funktion og adfærd, der er afgørende for, om borgeren har behov for ledsagelse. I nogle situationer er det nødvendigt at personale, som borgeren kender, er stede for at skabe den tryghed, der er nødvendig for, at en behandling kan gennemføres. Der kan også være behov for, at personale med særlige - typisk pædagogiske - kompetencer er til stede for, at en behandling kan gennemføres.

Samarbejdsaftalen omfatter alle borgere uanset alder, der har et funktionsniveau/en adfærd, som placerer dem i målgruppen , og som kommunen er i kontakt med, og hvor det ikke har været muligt at få pårørende til at følge borgeren på sygehuset.

Børn bør altid følges ved indlæggelse eller ambulant besøg på sygehuset - normalt af forældre eller andre voksne, der drager omsorg for barnet. Såfremt et barns behov for ledsagelse ikke kan dækkes gennem tilstedeværelsen af forældre eller tilsvarende omsorgspersoner, er barnet også omfattet af denne samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen regulerer alene den ledsagelse, der finder sted for borgere med folkeregisteradresse i Region Syddanmark, og som behandles på et sygehus i Region Syddanmark.

Eksempler på opgaver, som kan indgå under begrebet ledsagelse:

- Ledsagelse under transport til og fra sygehuset

- Hjælp til at finde undersøgelseslokalet, de rigtige papirer mv.
- Kommunikation med sygehusets personale
- Personlig hjælp i servicelovens forstand, dvs. hjælp til personlig hygiejne og påklædning, til toiletbesøg og til at spise og drikke
- Hjælp til at tage medicin
- Pædagogisk støtte, som er nødvendig for, at patienten kan have en adfærd, der gør det muligt at gennemføre sygehusbehandlingen, eksempelvis ved at sikre borgerens tryghed og motivation i forbindelse med behandlingen.

De ovennævnte eksempler er ikke udtømmende, og der er altid tale om en individuel vurdering af borgerens behov.

Generelle forpligtelser

Det er sygehuset, der har ansvaret for at vurdere, om der er behov for ledsagelse i den enkelte borgers tilfælde. Hvis kommunen ved planlagte behandlingsforløb vurderer, at en borger har behov for ledsagelse, skal kommunen gøre sygehuset opmærksom på dette, så snart kommunen er bekendt med, hvor borgeren skal behandles. Kommunen begrunder sin vurdering overfor sygehuset.

Hvis sygehuset vurderer, at en borger har behov for ledsagelse, og kommunen kan stille denne hjælp til rådighed, skal den konkrete aftale med kommunen indgås forud for planlagt behandling. Det er alene sygehuset, der kan træffe denne beslutning.

Det bemærkes, at hvis borgeren har et behov for bistand, som ikke er relateret til sygehusbehandlingen, og som kommunen ville give borgeren, uanset om vedkommende var på sygehuset eller ej, er det fortsat en kommunal opgave at yde denne bistand. Som eksempel kan nævnes en situation, hvor kommunen har iværksat et socialpædagogisk forløb inden en længere indlæggelse og vurderer, at det vil være bedst for borgeren at fortsætte dette forløb mens vedkommende er på sygehuset.

Ved akut opstået behandlingsbehov vurderer kommunen, om der er behov for ledsagelse, og sender i givet fald ledsager med. Sygehuset skal så hurtigt som muligt og senest fire timer efter borgerens ankomst hertil afklare, om der er behov for fortsat ledsagelse. Hvis det er tilfældet, indgås der en aftale herom med brug af den gældende standardkontrakt (indsæt link), og sygehuset dækker herefter udgifterne til ledsagelse i overensstemmelse med standardkontraktens bestemmelser. Udgifterne til ledsagelse frem til det tidspunkt, hvor en kontrakt er indgået, dækkes af kommunen.

Såfremt kommunen skal ledsage en borger, kan det alene foregå i den udstrækning, kommunen har det nødvendige personale til rådighed. Dette gælder for både akutte og planlagte behandlingsforløb. Kommunen har ansvaret for sikre, at det relevante personale har de kompetencer, der skal til for at løse opgaven.

Sygehuset skal så vidt muligt tilrettelægge forløbene således, at ventetid minimeres, og flere undersøgelser/behandlinger samles på én dag.

Såfremt en borger som led i sit forløb på sygehuset skifter afdeling, overtager den nye afdeling den allerede indgåede aftale om ledsagelse, hvis behovet herfor stadig vurderes at være til stede. Den overførende afdeling er i disse situationer ansvarlig for, at både borgerens nye afdeling og kommunen har de relevante kontaktoplysninger på henholdsvis sygehuset og i kommunen.

Akutte forløb

De akutte behandlingsforløb kan bestå af enten ambulant behandling/undersøgelse eller indlæggelse. Behandlingsbehovet kan enten være akut opstået eller subakut, hvor borgeren indkaldes med kort varsel.

Ved akut opstået behandlingsbehov vurderer kommunen, om der er behov for ledsagelse og sender i givet fald ledsager med.

Sygehuset skal vurdere borgerens behov for fortsat ledsagelse hurtigst muligt og senest fire timer efter ankomsten og i givet fald indgå kontrakt herom, jf. det foregående afsnit om generelle forpligtelser.

I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender en ledsager med, skal kommunen give borgeren et ID-armbånd, når en medarbejder hos kommunen er tilstede hos borgeren forud for det akutte behandlingsforløb. Der skal være et kontakttelefonnummer til kommunen på ID armbåndet. I øvrigt skal kommunen medvirke til en god overgang, jf. samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb.

Såfremt sygehuset vurderer, at en uledsaget borger har behov for ledsagelse, rettes der henvendelse til kommunen herom.

Det er ledelsen på den relevante afdeling, der tager stilling til, om der skal indgås en aftale med kommunen om ledsagelse (link til standardkontrakt). Sygehuset sender standardkontrakten til kommunen via sikker mail.

Kontrakt om levering af praktisk hjælp dokumenteres i borgerens sag (hjemmeplejejournalen/ patientjournalen).

Begge parter følger løbende op på den indgåede aftale, herunder om ledsagelse fortsat er relevant.

Kommunen betaler for ledsagelse i de tilfælde, hvor borgeren behandles hos vagtlægen. Hvis borgeren efterfølgende overflyttes til akutmodtagelsen, vurderer sygehuset, om der fortsat er behov for ledsagelse. Denne vurdering skal senest foreligge fire timer efter ankomsten til akutmodtagelsen. Sygehuset har i givet fald herefter betalingsforpligtigelsen for ledsageren, jf. denne aftales bestemmelser om akutte forløb.

Planlagte behandlingsforløb

De planlagte behandlingsforløb kan bestå af enten ambulant behandling/undersøgelse eller indlæggelse. Så snart indkaldelsen til det planlagte behandlingsforløb på sygehuset er kendt, går kommunen og afdelingsledelsen i dialog om, hvorvidt den pågældende borger har behov for ledsagelse. Dialogen føres så vidt muligt elektronisk, alternativt telefonisk. Ved behov for ledsagelse indgår hospital og kommune i god tid før det planlagte behandlingsforløb en aftale, og der udarbejdes en plan for forløbet.

Sygehuset har ansvaret for at vurdere, om der er behov for ledsagelse i forbindelse med det planlagte forløb. Vurderer kommunen, at borgeren har behov for ledsagelse, er kommunen dog forpligtet til at gøre sygehuset opmærksom på dette.

Ved bestilling af transport gøres der af hensyn til pladsen opmærksom på, om der skal ledsager med.

I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender en ledsager med, skal kommunen give borgeren et ID-armbånd. Der skal være et kontakttelefonnummer til kommunen på ID armbåndet.

Ledelsen på den relevante afdeling indgår en aftale med en kommune om ledsagelse via en standardkontrakt (link til standardkontrakt). Afdelingsledelsen har også ansvaret for at følge op på aftalen, herunder om ledsagelse fortsat er relevant.

Sygehuset sender standardkontrakten til kommunen via sikker mail.

En kontrakt om ledsagelse dokumenteres i borgerens sag (hjemmeplejejournalen/patientjournalen).

Afregning

Sygehuset afholder kommunens udgifter til ledsagelse og anvendt tid under ophold på sygehuset, når der er indgået en aftale om ledsagelse.

Regionen afregner for:

Timer anvendt til nødvendig ledsagelse under transport til og fra sygehus samt for befordringsgodtgørelse til ledsager (lav kilometertakst). Antal kilometer beregnes fra borgerens bopæl til sygehuset. Transport i forbindelse med vagtskifte (lav kilometertakst). Bemærk, at ved akutte forløb afregnes ikke for transporten til sygehuset.

P-afgift på sygehus, hvis betaling for parkering er påkrævet

Timer anvendt til ledsagelse under ophold på sygehus

Regionen afregner med følgende timetakster for ledsagelse under ophold på sygehuset (2019-niveau):

Kategori	Tidspunkter	Takst	Tilllæg
Grundløn	Hverdage kl. 06-17	kr 277,21	0%
Hverdag, aften/nat	Mandag - torsdag 17-06	kr 346,51	25%
Fredag aften / nat	Fredag 17-06	kr 415,81	50%
Lørdag dag	Lørdag kl. 06-17	kr 415,81	50%
Lørdag aften/nat	Lørdag kl. 17-06	kr 485,11	75%
Søn og helligdag dag	Søn- og helligdag kl. 06-17	kr 554,41	100%
Søn og helligdag aften/nat	Søn- og helligdag kl. 17-06	kr 623,71	125%

Dag: Kl. 06-17
Aften: Kl. 17-23
Nat: Kl. 23-06

Taksterne reguleres årligt med Danske Regioners fremskrivningssats for løn på sundhedsområdet.

Efter hvert forløb, hvor der er indgået aftale om kommunal ledsagelse med sygehuset, opgøres det faktiske timeforbrug. Dette kan gøres ved hjælp af et hjælperedskab, som kan findes her: (indsæt link) Betaling for ledsagelse er gældende fra det tidspunkt, hvor kontrakten er indgået, når der er tale om akutte forløb. Ved planlagte forløb er betaling for ledsagelse gældende, når transporten påbegyndes fra borgerens bopæl.

Afregning sker efter hvert forløb. Regningen sendes elektronisk til det sygehus og den afdeling, der har benyttet sig af ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset. Afdelingen oplyser EAN-nummer til kommunen. Blanket for afregning vedhæftes fakturaen (link til blanket for afregning).

Kommunerne kan kun fremsende regninger for borgere, hvor der er indgået en skriftlig aftale med sygehuset om ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling.

Borgerens befordring til sygehus

Regionen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til borgeren i henhold til bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befordring og befordringsgodtgørelse efter Sundhedsloven: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202146

Overnatning for ledsager

Regionen afholder udgifter vedr. evt. overnatning for ledsager. Dette afregnes særskilt, jf. de generelle patientbefordringsregler i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018, se særligt § 27 stk.3.

Ansvar for ledsager

Kommunen har ansvaret for ledsageren under ledsagelse af borgeren til, fra og på sygehuset.

Hvis ledsageren bliver påført en skade i forbindelse med ledsagelsen, skal skaden anmeldes til kommunens arbejdsskadeforsikring.

Hvis ledsageren i forbindelse med ledsagelsen forvolder en skade på andres person eller ting, skal skaden anmeldes til kommunens ansvarsforsikring.

Det ledsagende personale må kun udføre de opgaver, der er aftalt.

Særlige forhold vedrørende borgere, der har personlige hjælpere i hjemmet

I tilfælde, hvor borgere har personlige hjælpere efter Serviceloven, skal den behandlende sygehusafdeling vurdere, om der er behov for at opretholde denne ordning under indlæggelsen. I akutte forløb skal denne vurdering ske senest efter fire timer, jf. denne samarbejdsaftales generelle bestemmelser. Hvis ordningen med personlige hjælpere opretholdes under indlæggelse, skal sygehuset afholde udgiften hertil. Der indgås aftale om personlige hjælpers medvirken via den standardkontrakt, som følger af denne aftale. Rammerne for indgåelse af kontrakten er beskrevet ovenfor. I tilfælde, hvor borgeren selv eller evt. et arbejdsgiver aflønner hjælperne, indgår sygehuset aftalen med borgeren arbejdsgiveren, jf. standardkontrakten.

I tilfælde, hvor forældre er ansat som personlige hjælpere for børn over 18 år, skal sygehuset tydeligt tilkendegive, hvornår forældretilstedeværelsen er i form af nødvendig hjælpertilstedeværelse (med dertil hørende betaling fra afdelingen), og hvornår den er almindelig, forventet pårørendeomsorg.

Fortolkning af aftalen

Uafklarede spørgsmål om fortolkning af elementer i sundhedsaftalerne, herunder opgaveansvar, afklares i hverdagen på stedet via nærmeste leder, uden opsættende virkning. Dette med henblik på at sikre borgeren et sammenhængende forløb.

Kan spørgsmål ikke afklares ad denne vej, behandles fortolkningsspørgsmål først i de lokale samordningsfora. Hvis spørgsmål ikke kan afklares her, forelægges det i den relevante følgegruppe, p.t. Følgegruppen for behandling og pleje.

Høringsbemærkninger, som ikke har medført ændringer i aftaleudkastet

Generelle bemærkninger:

Fra kommunerne er der et ønske om, at der tilføjes et afsnit med beskrivelse af proceduren, når der skal indgås en kontrakt om ledsagelse.	Samarbejdsaftalen fastlægger de overordnede rammer for kommunikationen i forbindelse med kontraktindgåelsen. Eventuelle yderligere aftaler om procedurer vil kunne aftales lokalt i forbindelse med implementeringen af aftalen.
Kommunerne bemærker, at det nu er indskrevet, at aftalen også dækker borgerens behov for hjælp til kommunikation. Dette kan medføre en udvidelse af kommunernes forpligtelser.	Nej. Kommunikation har hele tiden været en vigtig del af den opgaveløsning, som samarbejdsaftalen har skullet regulere. Den ændrede titel tydeliggør bare dette.
Aftalen kan med fordel specificeres i forhold til tilfælde, hvor det ikke er tilstrækkeligt, at der er en forælder tilstede. Der kan eksempelvis opstå situationer, hvor der er en forælder, som modarbejder barnets behandling – eller som ikke forstår, hvad behandlingen går ud på (af kognitive og/eller sproglige årsager). Dette kan medføre en væsentlig udvidelse af kommunens forpligtelser. Der bør derfor henvises til regler, lovgivning eller bestemmelser, der gør sig gældende i de mere komplicerede situationer	Samarbejdsaftalen går generelt ikke ind i en nærmere redegørelse for regelgrundlag, der må være bekendt for de relevante medarbejdere som en del af deres arbejde i øvrigt.
Aftalen omfatter også pædagogisk støtte, som er nødvendigt, for at borgeren kan have en adfærd, som gør det muligt at gennemføre sygehusbehandlingen. Kommunerne ser en risiko for, at sygehuspersonalet vil kræve, at det kommunale personale anvender magt. Der bør henvises til, hvilke regler og lovgivning der arbejdes under i disse tilfælde for hhv. kommunale og regionale medarbejdere	Samarbejdsaftalen går generelt ikke ind i en nærmere redegørelse for regelgrundlag, der må være bekendt for de relevante medarbejdere som en del af deres arbejde i øvrigt.
Der er i aftalen indskrevet en fire timers grænse for, hvornår sygehuset overtager betalingsforpligtelsen i akutte forløb. Dette vil konkret betyde, at det, i disse tilfælde, er kommunen der skal betale for personalet op til fire timer efter ankomst til sygehus. Dette bør tydeliggøres i aftalen.	Det fremgår under ”Generelle forpligtelser” fjerde afsnit: ” Udgifterne til ledsagelse frem til det tidspunkt, hvor en kontrakt er indgået, dækkes af kommunen”.
Ved sagens behandling i Koncernledelsesforum den 14. februar 2020 blev det bemærket, at aftalen ikke omhandler borgere, der bliver behandlet i eget hjem, og at dette burde overvejes nærmere.	Samarbejdsaftalen har ikke hidtil omfattet behandling andre steder end på sygehuset, og arbejdsgruppens kommissorium har ikke givet baggrund for en sådan udvidelse af aftalens genstandsområde.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

PATIENTOPLYSNINGER: **ANSVARLIG KOMMUNE:**

Navn, cpr. nr.:	Kontaktoplysninger på den person, som kontrakten er indgået med (navn, titel, afdeling, telefon, e-mail):

OMFANG – TRANSPORT OG OPHOLD PÅ SYGEHUS:

Dato og tidsramme for transport og ophold på sygehus (fra kl. XX til kl. XX)*	Sygehusafdeling, hvor borgeren behandles	Der er benyttet patient-befordring (sæt kryds)	Der er benyttet egen eller institutionens bil (km tur/retur angives) f.eks. vagtskifte. Alternativt taxa i særlige situationer (regning og årsag angives)**	Udgifter til parkering (Dokumentation for P-afgift medsendes regningen sammen med blanketten)

***** Betaling for ledsagelse er gældende fra det tidspunkt, hvor transporten påbegyndes fra borgerens bopæl til transporten afsluttes ved borgerens bopæl. Undtagelse: Hvis borgeren først behandles hos vagtlægen jf. aftalen.

** Taxa kan udelukkende benyttes i særlige situationer, fx hvis der er sket ledsagelse i ambulance. Hvis der indgås kontrakt betaler sygehus for hjemtransport. Hvis der ikke indgås kontrakt betaler kommunen hjemtransport.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

ANSVARLIG SYGEHUSAFDELING*:

Kontaktoplysninger fremgår af standardkontrakten.

* Ansvarlig sygehusafdeling er den afdeling, som indgår aftale om ledsagelse. Det vil som udgangspunkt være borgerens stamafdeling eller akutmodtagelsen.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

Vejledning:

Vejledning til udfyldelse af blanketten

Denne blanket vedrører afregning af ledsagelse. Forud for afregningen indgås Standardkontrakt (link).

Der udfyldes som udgangspunkt en blanket pr. behandlingsforløb.

Regionen afregner for:

- Timer anvendt til nødvendig ledsagelse under transport til og fra sygehus samt for befordringsgodtgørelse til ledsager (lav kilometertakst)
- Transport i forbindelse med vagtskifte (lav kilometertakst)
- P-afgift på sygehus, hvis betaling for parkering er påkrævet
- Timer anvendt til personlig hjælp og til kommunikation under ophold på sygehus

Kommunen har ansvaret for at udfylde blanketten, når patientforløbet er afsluttet. Hvis borgeren har været på flere afdelinger i forbindelse med forløbet, skal det fremgå af blanketten hvilke afdelinger, borgeren har været på og i hvor lang tid.

Kommunen vedhæfter blanketten, når kommunen sender faktura til sygehuset.

Sygehuset afklarer internt, hvordan regningen skal fordeles, hvis blanketten omfatter flere afdelinger.

Takster:
Se samarbejdsaftale for hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling (link).

Afregning:
Sygehuset har ret til at afvise en regning, hvis blanket til afregning ikke er vedhæftet den elektroniske regning. Har kommunen ikke mulighed for at vedhæfte blanketten, skal kommunen sikre, at alle oplysninger fra blanketten fremgår af regningen.

Februar 2020

Overblik over hvornår kommunerne forventes kun at have én indgang med ét lokationsnummer i relation til alle SAM:BO forløb.

Kommunenavn	**Dato for forventet at have Én indgang**
Odense Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Vejen Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Aabenraa Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Vejle Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Assens Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Kerteminde Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Nyborg Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Kolding Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Ærø Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Tønder Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Middelfart Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Langeland Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Svendborg Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Fanø Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Fredericia Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Faaborg-Midtfyn Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Varde Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Billund Kommune	Kommunen har aktuelt én indgang
Haderslev Kommune	1. april 2020
Nordfyns Kommune	Forår 2020
Esbjerg Kommune	15. august 2020
Sønderborg Kommune	Ultimo 2020

Bilag 1 Spørgsmål vedr. genoptræn|dk

I forbindelse med præsentation af genoptræn|dk for *Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering* blev en række spørgsmål drøftet og er her uddybet:

a. **Hvordan overholdes diverse lovgivninger om udbud samt krav fra indkøbsafdelinger til indhentning af mere end 1 tilbud, før kommunerne indkøber?**
   Genoptræn.dk er udviklet som en del af en samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og Odense Kommune samt Sønderborg Kommune.
   Samarbejdet er etableret med baggrund i Sundhedslovens § 78 og bek. nr. 905 af 1/7 2011 om regionernes adgang til levering af sygehusydelser mv. til offentlige myndigheder og private virksomheder samt regionernes adgang til at indgå i samarbejder med offentlige myndigheder og private virksomheder.
   Samarbejdet sker med særlig hjemmelshenvisning til:
   Sundhedslovens Afsnit XV, § 203, hvorefter regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer, samt
   Sundhedslovens Afsnit VI, § 84, hvorefter Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus, samt
   Sundhedslovens Afsnit XIV, § 193, hvorefter regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal sikre kvalitetsudvikling af ydelser efter sundhedsloven, jf. stk. 2 og 3 og § 193 a.

   Samarbejdets parter har i fællesskab gennemført et udviklingsarbejde, som har resulteret i et digitalt værktøj til hjælp for genoptræning af sygehuspatienter og borgere i kommunerne. Alle parter har deltaget i finansieringen af udviklingen. Genoptræn.dk ejes i fællesskab (RSD 60 %, Odense 20 % og Sønderborg 20 %).
   Med hjemmel i Sundhedsloven § 78, stk. 3 og 4, og Servicelovens § 86 betragtes drift og udvikling af genoptræn|dk som en opgave, som region og kommuner hver for sig vil kunne udføre som led i udførelsen af myndighedens opgaver.
   Derfor ikke krav om udbud, hvis flere kommuner deles om at varetage en opgave jf. samarbejdsaftalen. Hvis flere kommuner ønsker at benytte genoptræn.dk, indgås der samarbejdsaftale med hver kommune, så de kan gøre brug af og deltage i udviklingen af genoptræn|dk.
   Det kan desuden bemærkes, at der i forhold til at kunne udveksle data på tværs af sektorer i forbindelse med et genoptræningsforløb ikke umiddelbart er udviklet andre genoptræningsløsninger, der har denne funktionalitet.

   Drift og vedligehold af genoptræn|dk er underlagt almindelige udbudsregler og grænser for, hvornår konsulentydelserne i den forbindelse skal i udbud. De årlige udgifter til den leverandør, der varetager drift, vedligehold og support af genoptræn|dk er 350.000 kr.
   Udbudsdirektivets tærskelværdi for regionale og kommunale myndigheder er på kr. 1.645.367,- (pr. 2018/2019), så købet af ovenstående ydelser er under udbudsdirektivets tærskelværdi.

For at sikre, at ydelsen bliver indkøbt til markedsmæssige vilkår er det foretage en markedsafdækning af priserne for lignende ydelser via SKI-aftalen.
Der er tidligere skiftet leverandør, så det kan man evt. beslutte igen, da drift, vedligehold og support ikke nødvendigvis skal varetages af den samme virksomhed, som har udviklet løsningen. Ligesom alle tre opgaver er uafhængige og vil kunne varetages af forskellige virksomheder.

b. Hvordan er genoptræn.dk integreret med eksisterende journalløsninger såvel på sygehusene som i kommunerne?

Ift. sygehusene er der ønske om integration med MitSygehus, og i samspil med MitSygehus-forvaltningen og en række udviklingsterapeuter fra sygehusene er en løsning med funktioner, der opfylder behov på sygehusene, beskrevet, og der foreligger et tilbud på opgaven fra leverandøren. Afventer endelig afklaring i udvalget for Sundheds-IT ultimo marts 2020.
Der er ikke integration til eksisterende journalløsninger i kommunerne, men det er muligt at generere en dokumentations-pdf med oversigt over genoptræningsforløbet, som kan vedhæftes.

c. Drift, udvikling og vedligeholdelse af platformen

Driften er organiseret på følgende måde:

- Systemejer er Syddansk Sundhedsinnovation (Region Syddanmark) samt kommunerne Odense og Sønderborg
- Anna-Britt Krog, Syddansk Sundhedsinnovation, er projektleder/forvalter
- Løsningen er udviklet af Medware
- Serveren kører i Region Syddanmarks driftsmiljø

Der benyttes agile udviklingsmetoder for at sikre, at det udviklede giver mest mulig værdi for kommuner og sygehuse, og de enkelte opgaver/funktioner beskrives nært i samspil med brugerne og testes løbende før frigivelse.

Der optages videoer en til to gange om året efter følgende model:

d. Kan øget compliance dokumenteres i forbindelse med brugen af genoptræn|dk?
Det ville forudsætte, at der allerede eksisterede dokumentation for, hvad den eksisterende efterlevelse (compliance) er med hjemmetræning. Det er der ikke tal på i dag.
Der er også fra Region Syddanmarks side interesse for at undersøge effekten af digital genoptræning med brug af genoptræn.dk, og det vil være relevant at undersøge i en større afprøvning på en udvalgt patientgruppe med forløb på tværs af sektorer, hvor der etableres en baseline som udgangspunkt for afprøvningen.

e. Kan det dokumenteres i hvor høj grad medarbejderne bruger genoptræn|dk?
Ja, der kan trækkes statistik, som på kommuneniveau viser, hvor mange aktive terapeuter der er, og hvor mange borgere, der bruger app'en, samt hvor hyppigt borgerne træner.

f. Hvordan understøttes implementeringen af genoptræn|dk i kommunerne?
Målet at genoptræn|dk opleves som en digital træningsmakker for både borgere og terapeuter. I forhold til at implementere løsningen i bund er der løbende fokus på følgende:

- Flere terapeuter skal anvende genoptræn|dk
- Flere terapeuter skal uddele træning i app frem for papir
- Flere borgere skal registrere træningen i app´en.
- Genoptræn|dk skal være et forum for sparring om "best practise" internt i en kommune samt mellem kommuner og sygehuse.
- Terapeuterne skal føle ejerskab til platformen

For at opnå dette er følgende initiativer sat i værk:

- Løbende udvikling af systemet med fokus på brugervenlighed for både borgere og terapeuter
- Løbende re-introduktioner for medarbejdere med behov for undervisning i hver enkelt kommune. Til undervisningen er der fokus på hands-on erfaringer med både borger- og terapeutsiden, udforskning af funktioner, fokus på hvordan man kan bruge genoptræn|dk som et dialogstøtteredskab med borgeren og nedsættelse af vidensgrupper inden for de forskellige specialer til oprettelse af fælles træningsskabeloner.
- Udarbejdelse af støttemateriale til terapeuterne i form af vejledninger og korte e-læringsvideoer
- Workshops på tværs af kommuner og sektorer i forbindelse med udviklingstiltag eller videooptagelser, hvilket sikrer kvalitet i løsningen og samtidig er et forum for faglig sparring

- Der udpeges superbrugere og ”udviklingsterapeuter” i de enkelte afdelinger, som understøtter implementering og eksempelvis er ansvarlige for at sammensætte afdelingsspecifikke træningsskabeloner med gænge træningsprogrammer.

g. Samarbejdsmodel på tværs af sektorer

Det er en forudsætning for en større afprøvning på tværs af sektorer at:

- Der udpeges en relevant patientgruppe.
- Samarbejdsmodellen skal beskrives nærmere, herunder skal der udpeges lokale visitatorer hos henholdsvis sygehusafdelinger og kommuner.
- Det tekniske og juridiske setup for samarbejde på tværs af sektorer er allerede på plads og afprøvet i KIG-projektet (Kvalitet og Involvering i Genoptræning). I de tilfælde, hvor der er en behandlerrelation i den ene sektor samtidig med at patienten træner i den anden sektor, kan terapeuten give læseadgang til det konkrete forløb til en terapeut eller anden sundhedsprofessionel i en anden sektor. Det er også muligt helt at overdrage en patient til en visitator i en anden kommune eller sektor, som herefter fordeler patienterne til de relevante terapeuter i afdelingen.

h. Er der erfaring med at træning med genoptræn|dk kan reducere antal fremmøder?

Der er ikke konkrete målinger på forskel i fremmøde med og uden Genoptræn|dk. Alle genoptræningsforløb tilrettelægges individuelt, og der er derfor ikke en standard i forhold til antal fremmøder. Derfor er det vanskeligt at udarbejde en opgørelse, der viser færre fremmøder. For at gøre en sådan opgørelse relevant, skal borgerens udbytte af genoptræningsforløbet desuden indgå i opgørelsen.

Der er dog i praksis erfaring med, at borgere kan holde funktionsevne ved lige henover ferier og helligdage, eller ved mindre fremmøde grundet skole og job. Dette primært ved borgere med høj grad af compliance og motivation for genoptræningsforløbet.

På TVÆRS-modellen

Anvisninger til muligheds- og handlerum i grænsekrydsende samarbejder

delendorff

Udgave 2, 31. maj 2018

Forord

På TVÆRS-modellen er et selvdiagnostiseringsværktøj, der kan anvendes til at tage temperaturen på jeres tværgående samarbejde, facilitere konstruktiv dialog og anvise forslag til fælles handling, der øger effektiviteten af jeres samarbejde og jeres fælles evne til at nå i mål.

Gennem en række følgeforskningsindsatser på tværgående grupper har vi identificeret 6 generiske indsatsområder, som alle udgør væsentlige parametre for at lykkes med grænsekrydsende samarbejde:

- Mål og formål
  Indsatsområdet *Mål og formål* sætter fokus på din/jeres oplevelse af den retning, der er sat for jeres gruppes grænsekrydsende arbejde.

- Vilje og motivation
  Indsatsområdet *Vilje og motivation* fokuserer på din/jeres oplevelse af gruppens engagement i den fælles opgave og vilje til at få det til at lykkes.

- Møderne
  Indsatsområdet *Møderne* fokuserer på din/jeres oplevelse af de møder, I holder, og den værdi de skaber.

- Mellemrummene
  Indsatsområdet *Mellemrummene* fokuserer på din/jeres oplevelse af, hvordan tiden mellem hvert møde anvendes og aktiveres.

- Tillid
  Indsatsområdet *Tillid* fokuserer på din/jeres oplevelse af tillidsniveauet i gruppen, og hvordan det påvirker jeres fælles opgaveløsning.

- Relationelt kendskab
  Indsatsområdet *Relationelt kendskab* fokuserer på din oplevelse af, hvor godt I kender hinanden i gruppen.

På TVÆRS-modellen stiller spørgsmål til disse områder og tydeliggør jeres fælles potentiale og de udfordringer, I løbende møder i jeres tværgående samarbejde. Dermed er grundlaget for en konstruktiv dialog skabt, og I kan efterfølgende benytte På TVÆRS-modellens handleanvisning til at opnå mere effektive samarbejdsprocesser, hvor det er nødvendigt og relevant for netop jer.

På TVÆRS-modellen kan bruges, som den er. Men ønsker du dybere viden om indholdet og sparring på den praktiske brug og proces, tilbyder Delendorff Advisory praksiskurser i anvendelsen af På TVÆRS-modellen. Kurserne er

handlingsorienterede og derfor målrettet medarbejdere, der indgår i tværgående samarbejdsprocesser eller står over for opstart af tværgående initiativer.

Er du som leder nysgerrig på potentialer og udfordringer i det tværgående samarbejde blandt en større medarbejdergruppe, findes diagnoseværktøjet ligeledes i en digital udgave. Her kan du på både organisations-, gruppe- eller medarbejderniveau tage temperaturen på samarbejdet.

Baggrund

Den primære baggrund for På TVÆRS-modellen er en følgeforskningsindsats gennemført af Delendorff Advisory for Vestklyngestyregruppen i perioden fra januar 2015 til ultimo december 2017. Her var Vestklyngestyregruppen genstand for en undersøgelse af klyngestyregruppens tværgående dialog- og beslutningsprocesser. Følgeforskningsindsatsen har identificeret centrale udfordringer forbundet med det grænsekrydsende samarbejde, og som derfor påvirker tværgående dialoger-samarbejdet og beslutningsprocesserne.

Følgeforskningens resultater er desuden blevet kvalificeret af viden fra kvalitative og kvantitative analyser fra følgeforskningsprojekter for Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland (2016-2017), Future Food Innovation (2015-2018) og Psykiatriens Hus i Silkeborg (2016-2017) foruden forskningsbaseret analyse og tværgående udviklingsforløb for Finanssektorens Uddannelsescenter (2017-2018). Ovenstående har ud over at kvalificere resultater bidraget til modelopbygning og handleanvisninger.

Den primære følgeforskningsindsats er gennemført af Chefkonsulent, Ph.d. Jacob Høj Jørgensen, Delendorff Advisory, Seniorkonsulent Helle Wind Poulsen, Delendorff Advisory, Udviklingskonsulent Lea Mejlholm, Delendorff Advisory, og Professor (MSO) René Chester Goduscheit, SDU.

Spørgsmål kan rettes til Chefkonsulent, Ph.d. Jacob Høj Jørgensen, Delendorff Advisory, jhj@delendorff.com, tlf. 51244544.

Rekvirering af PDF-filer af modeller og handlingsforslag samt information om kurser i anvendelse af På TVÆRS-modellen kan ske ved henvendelse til Seniorkonsulent Helle Wind Poulsen, hwp@delendorff.com, tlf. 61696377.

God arbejdslyst!

Indhold

FORORD 2

SELVDIAGNOSTICERINGSVÆRKTØJ 5

ANVENDELSE 6
SPILLEREGLER 7
SPØRGSMÅL TIL SELVDIAGNOSTICERING 8
PÅ TVÆRS-MODELLEN 11

MÅL OG FORMÅL 12

DEN LYTTENDE KREDS – SKAB FÆLLES FORSTÅELSE OG RETNING 13
BACKCASTING – FÆLLES VISIONER OG MÅL 15
KONSTRUKTIV ØKONOMISK FORHANDLING – LAD IKKE ØKONOMI VÆRE EN BARRIERE 18

VILJE OG MOTIVATION 21

FÆLLES PRØVEHANDLINGER – SKAB MOTIVATION 22
FEJR DE SMÅ SUCCESSER – OG FEJL! – OG TRÆN JERES MINDSET 24

MØDERNE 26

BANG VS. BUCK – SKAB VÆRDI PÅ MØDERNE 27
DE 4 DIALOGRUM – TAL OM DET SAMME 29
EFFEKTIV STILHED – ØG KONCENTRATIONEN 33
RELEVANS FOR ALLE – BRUG RESSOURCERNE I RUMMET 35

MELLEMRUMMENE 37

VISUALISER PROCESSEN – UNDGÅ MISFORSTÅELSER OG BLINDGYDER 38

RELATIONELT KENDSKAB 43

BRUG EN BEVIDST ONBOARDING-STRATEGI – ACCELERER RELATIONSDANNELSEN 44
TEGN BESLUTNINGSPROCESSEN I EGEN ORGANISATION – SKAB INDSIGT OG FORSTÅELSE PÅ TVÆRS 47

TILLID 49

REFLEKSIVE TEAMS – HÆV TILLIDSNIVEAUET 50

BILAG 54

KONKRETISERINGSVÆRKTØJ TIL ØVELSEN FÆLLES PRØVEHANDLINGER 55
SPILLEPLADE TIL ØVELSEN DE 4 DIALOGRUM 56

delendorff

Selvdiagnosticeringsværktøj

Anvendelse

Anvendelsen af På TVÆRS-modellen kan have mange forskellige former.

I det følgende giver vi et eksempel på en enkel måde at bringe modellen i spil på, så I kan tage temperaturen på det tværgående samarbejde i en grænsekrydsende gruppe eller et grænsekrydsende team. Nedenstående analoge tilgang vil give jer et indblik i muligheder og udfordringer, skabe fælles dialog og bevidsthed om dem samt anvise handlemuligheder, der kan understøtte tværgående samarbejde fremadrettet og igangsætning af fælles handling. Følgende skidt kan på ca. 90-120 min. hjælpe jer gennem selvdiagnosticeringen:

1. Individuel bevarelse af selvdiagnosticeringsspørgsmål. Ca. 10-15 min. (Se Spørgsmål til selvdiagnosticering)
    a. Første fase består af 21 spørgsmål, som du vurderer på en skala fra 1-5. Spørgsmålene er organiseret i 6 kategorier, som hver repræsenterer centrale elementer i grænsekrydsende samarbejder.

2. Skravering af model. Ca. 15 min.
    a. Deltagerne finder sammen i grupper af 3-5 og skraverer i fællesskab og UDEN forudgående dialog den laveste score i gruppen ud for hvert enkelt spørgsmål. Der anføres en prik i modellen ud for den højeste score.

3. Dialog om profilen for det tværgående samarbejde. Ca. 20 min.
    a. Der holdes 1 minuts stilhed, hvor hver enkelt deltager har mulighed for refleksion over den skraverede model.
    b. Dernæst drøfter gruppen i fællesskab. Hvilke store spænd lagde vi mærke til? Hvad er vores styrker, og hvor er der potentiale for forbedring?

4. Hvad lagde de andre mærke til? Ca. 15 min.
    a. Kort plenumdrøftelse. Hvad lagde vi mærke til? Hver gruppe fremlægger på 2-4 min. deres væsentligste opmærksomhedspunkter.

5. Hvilke handlemuligheder har vi? Ca. 15 min.
    a. Ud fra drøftelsen diskuteres potentielle handlemuligheder for styrkelse af det tværgående samarbejde. Deltagerne opfordres til at slå op i inspirationskataloget her.

6. Hvad gør vi på mandag? Ca. 15-25 min.
    a. Plenumdrøftelse og beslutning om hvad vi som gruppe vil prioritere at ændre.

Spilleregler

På TVÆRS-modellen er et værktøj, der kan hjælpe jer til at blive klogere på jeres tværgående samarbejde. Værktøjet giver jer mulighed for at tage temperaturen på nogle centrale elementer og kan således anvendes til at skabe overblik over udfordringer og potentialer i forhold til det tværgående samarbejde.

Værktøjet kan anvendes individuelt eller i grupper.

På TVÆRS-modellen består af 6 kategorier:
- Mål og formål
- Vilje og motivation
- Møderne
- Mellemrummene
- Relationelt kendskab
- Tillid

Skala

Brug denne skala, når du/I vurderer nedenstående spørgsmål. Indskriv dine/jeres svar i de farvede felter.

1 = Slet ikke
2 = I begrænset grad
3 = I nogen grad
4 = I høj grad
5 = I meget høj grad

Det tager ca. 10-15 min. at besvare spørgsmålene – og 10-15 min. at udfylde På TVÆRS-modellen efterfølgende.

Spørgsmål til selvdiagnosticering

Mål og formål	
"Mål og formål" handler om din oplevelse af den retning, der er sat for gruppens grænsekrydsende arbejde	Angiv score (1-5)
1. Tydeligt formål med vores fælles opgave I hvor høj grad er det klart for dig, hvad formålet med gruppens fælles samarbejde er?	
2. Balance mellem opgavemængde og ressourcer I hvor høj grad oplever du en tilpas mængde af igangsatte fælles initiativer i forhold til, hvad det ifølge din vurdering er realistisk at komme i mål med?	
3. Prioritering af det fælles I hvor høj grad oplever du, at de andre deltagere prioriterer at leve op til aftaler om fælles opgaveløsning?	
4. Konstruktiv økonomisk forhandling I hvor høj grad oplever du, at I som gruppe kan håndtere forskellige økonomiske perspektiver på en konstruktiv måde, så det ikke hæmmer jeres evne til at komme i mål med jeres fælles samarbejde?	

Vilje og motivation	
"Vilje og motivation" handler om din oplevelse af gruppens engagement i den fælles opgave og vilje til at få det til at lykkes	Angiv score (1-5)
5. Fælles commitment I hvor høj grad oplever du, at der i gruppen eksisterer vilje og motivation til at lykkes sammen?	
6. Tidligere succes med fælles initiativer I hvor høj grad har du konkrete eksempler på, at I som gruppe tidligere har haft succes sammen og er kommet i mål med fælles initiativer?	
7. Reduceret selvstændig beslutningskraft I hvor høj grad oplever du, at gruppens deltagere har vilje til at igangsætte fælles initiativer, hvis initiativet samtidig medfører reduceret selvstændig beslutningskraft hos den enkelte deltager?	
8. Prioriteret deltagelse I hvor høj grad oplever du, at deltagerne prioriterer at deltage i fælles møder/den fælles opgaveløsning?	

Møderne	
"Møderne" handler om din oplevelse af jeres møder og værdien af dem	Angiv score (1-5)
9. Mødernes værdi I hvor høj grad giver møderne værdi i forhold til de ressourcer, du bruger på dem? (forberedelse, transport, mødedeltagelse etc.)	
10. Konstruktiv dialog I hvor høj grad oplever du, at I på møderne reflekterer og lader jer inspirere af input fra de øvrige deltagere i plenumdrøftelser?	
11. Klart output I hvor høj grad oplever du at have et klart og tydeligt billede af, hvad outputtet er fra de enkelte dagsordenpunkter?	
12. Tilpasset mødefacilitering I hvor høj grad oplever du, at mødeledelse og facilitering af dialogen er tilpasset de enkelte dagsordenpunkters formål? Eksempel: Er der forskel på, hvordan det enkelte dagsordenpunkt faciliteres, alt efter om det er orientering, udvikling eller beslutning?	

Mellemrummene	
"Mellemrummene" handler om din oplevelse af, hvordan tiden mellem hvert møde anvendes og aktiveres	Angiv score (1-5)
13. Effektive mellemrum I hvor høj grad oplever du, at der er fremdrift og handling på aftaler/igangsatte aktiviteter i perioderne mellem møderne?	
14. Tydelig procesplan for igangsatte aktiviteter I hvor høj grad oplever du at have et tydeligt billede af, hvem der gør hvad i forhold til de fælles opgaver og processer, som finder sted hos de enkelte aktører i mellemrummene?	
15. Agile processer I hvor høj grad oplever du, at I som gruppe er i stand til at håndtere uforudsete hændelser og barrierer i mellemrummene mellem møderne og sikre fremdrift på aftaler/igangsatte aktiviteter?	
16. Status på igangsatte aktiviteter I hvor høj grad oplever du at have viden om og overblik over status og fremdrift på igangsatte aktiviteter fra møde til møde?	

Relationelt kendskab	
"Relationelt kendskab" handler om din oplevelse af, hvor godt I kender hinanden i gruppen	Angiv score (1-5)
17. Kendskab til hinandens arbejdssted og funktion I hvor høj grad synes du, at du kender navn, arbejdssted og funktion hos de øvrige deltagere?	
18. Viden om processer i de andres organisationer I hvor høj grad oplever du at have viden om, hvad de øvrige deltagere har brug for i forhold til at kunne træffe en beslutning?	
19. Viden om incitamenter I hvor høj grad oplever du, at de øvrige deltagere har viden om og forståelse for, hvad du bliver målt på i din egen organisation?	

Tillid	
"Tillid" handler om din oplevelse af tillidsniveauet i gruppen, og hvordan det påvirker jeres fælles opgaveløsning	Angiv score (1-5)
20. Opklaring af uklarheder I hvor høj grad stiller du de fornødne spørgsmål, hvis der opstår tvivlsspørgsmål i forhold til den fælles opgaves/aktivitets karakter og formål, en faglig argumentation eller lignende?	
21. Gruppefølelse I hvor høj grad føler du dig som en del af gruppen?	

delendorff

På TVÆRS-modellen

Mål og formål

Den lyttende kreds – Skab fælles forståelse og retning

Formål

Selvom en arbejdsgruppes formål og opgave kan være beskrevet godt i fx et kommissorium, kan der alligevel være forskellige opfattelser eller fortolkninger af, hvor man skal hen, hvorfor og hvordan.

En effektiv metode til at bringe forskellige perspektiver frem er øvelsen *Den lyttende kreds*. Her er der ikke nogen rigtige eller forkerte svar, men mulighed for at sige, hvad man har på hjerte, eller følge op på noget en anden i kredsen har sagt.
Øvelsen er at lytte til hinanden og give plads til perspektivforskelle. Samtidig er det en god øvelse, hvis man som gruppe har brug for igen at tydeliggøre over for hinanden, at man trækker i samme retning.

Form

Gruppeøvelse. Øvelsen kan fx anvendes, hvis På Tværs-modellen indikerer, at mål og formål med det fælles samarbejde er utydeligt, eller hvis spændvidden mellem deltagernes svar er stort.

Varighed

Beregn 2x1 min. pr. deltager i kredsen
5 min. til introduktion og opstilling
5-10 min. ekstra til lidt løsere dialog

Beskrivelse

1. Placer jer i en rundkreds, uden iPads, telefoner eller andre hjælpemidler.

2. En (evt. ekstern) ordstyrer beskriver kort reglerne:
    - Ordet går på tur efter uret
    - Når man ikke har mere at sige, afsluttes med et ”punktum”
    - Har man ikke noget at sige, sendes ordet videre med et ”pas”
    - Man må gerne følge op på noget, en anden har sagt – men først når det bliver ens tur
    - Runden afsluttes først, når alle har talt mindst 2 gange, eller der ikke er flere, som ønsker at byde ind

3. Rammesæt tiden. Ofte vil I have en begrænset tid til rådighed. Det er vigtigt, at ordstyreren informerer om tidsrammen og understreger, at I her i kredsen har et fælles ansvar for, at der ikke opstår lange monologer, og at alle når at komme til orde.

4. For at holde dialogen på rette kurs, kan der være formuleret 1-2 spørgsmål som I skal forholde jer til. Spørgsmålene kan stå på en slide eller flipover, men sørg for, at de er placeret, så I alle kan se dem. Hæng evt. spørgsmålene op flere steder, hvis I er en stor kreds.

   Eksempel på spørgsmål i forhold til gruppens generelle arbejde:
   - Hvordan ser vores tværgående samarbejde ud om 1 år?
   - Og hvad er vi lykkedes med?

   Eksempel på spørgsmål i forhold til en konkret opgave, I er stillet:
   - Hvad håber jeg, at vi om 6 måneder sammen er lykkedes med i forhold til prøvehandlingen, og hvad er min rolle?
   - Hvilke løftestænger ser jeg, vi har, for at indfri det?

5. Behold og opbevar input til vision og løftestænger, og vend jævnligt tilbage til planchen. Husk på jeres løftestænger, når det bliver svært, og drøft jævnligt, om I stadig kan se jer selv i visioner og mål, eller om der er behov for at gentage øvelsen.

Materialer

Stole og plads til at lave en rundkreds, hvor alle kan se hinanden
Evt. flipover til at fastholde input
Evt. ekstern facilitator/hjælper, der kan fastholde input

Særlige opmærksomhedspunkter

- Aftal forinden, hvem der er ordstyrer.
- Aftal, hvem der fastholder centrale elementer fra dialogen, så I alle kan fokusere på at være til stede i kredsen.
- Håndhæv ligeledes reglen om, at man ikke har noget med ind i kredsen. Det er essentielt for en koncentreret tilstedeværelse, at I sidder ”rene” og ”blottede” over for hinanden og kan få øjenkontakt med alle.
- Hold dialogen på sporet ved at have formuleret 1-2 spørgsmål, som I forholder jer til i kredsen.

Andre anvendelsesmuligheder

Øvelsen er også rigtig god i starten af et samarbejde. Den giver et fælles blik for, hvor man gerne vil hen som gruppe, synliggør, hvis der er divergerende opfattelser af gruppens formål, og de styrker gruppen besidder i forhold til at nå målet.

Backcasting – Fælles visioner og mål

Formål

Et fælles mål og formål skaber rammen for det tværgående samarbejde. En ramme som er central for, at alle arbejder i samme retning. Hvis det er uklart, hvad målet og formålet er, kan det være svært at nå i mål med de fælles opgaver. Når I er enige om mål og formål, er det vigtigt at skabe overblik over, hvad det betyder og indebærer for alle deltagere.

Backcasting er en visions- og idégenereringsøvelse, der har til formål at skabe rammen for fælles visionsudvikling og blik for konkrete aktiviteter og handlinger, der er centrale for at nå i mål. Samtidig er øvelsen designet, så deltagerne bringes i en position, hvor det er muligt at anskue mål, formål og aktiviteter fra nye perspektiver. Øvelsen er desuden et godt dialogværktøj, som skaber plads til fælles drøftelser og sikrer alle taletid.

Form

Gruppeøvelse, der varierer mellem individuelle øvelser i stilhed (input skrives ned), præsentation i plenum (præsentation af input og ophæng af post-its) samt diskussion i plenum. Øvelsen kan med fordel anvendes til at konkretisere mål og formål, eller hvis der er behov for nye perspektiver på, hvordan mål og formål kan realiseres.

Varighed

5 min. til introduktion
4x10 min. til de 4 runder
10-? min. til efterfølgende drøftelse afhængigt af gruppens diskussionslyst og behov

Beskrivelse

1. Afklar hvad du/I gerne vil arbejde hen mod.
   Tegn herefter en tidslinje, som starter den dag, I laver øvelsen, og slutter den dag I gerne vil kigge tilbage fra (fx ”om 1 år”, ”til jul”, ved en naturlig skæringsdato i jeres projekt etc.)
   Hæng den op på en væg, og placer jer i gruppen på stole i en halvcirkel foran planchen, så alle kan se den.

2. Skift position og forestil jer nu, at I står ved jeres ”mål-dato” (som ligger ude i fremtiden) og skuer tilbage på den proces, I har været igennem.

3. Kør herfra 4 runder, hvor I først i stilhed i 3-4 min. nedfælder jeres input til opgaven på post-its. Herefter præsenterer I jeres input for hinanden og sætter jeres post-its på planchen. Det gøres kort (fx 5-6 min. ved 5-8 i gruppen) og uden kommentarer fra de andre.

   Opgaverne i de 4 runder består af følgende spørgsmål:
   a. Hvordan ser xx ud hos os "nu" – hvad fortæller vi om os selv?
      (Vision, gule post-its)

   b. Hvilke opgaver løste vi/hvilke aktiviteter gennemførte vi for at komme derhen?
      (Opgaver, blå post-its)

   c. Hvilke barrierer/udfordringer mødte vi på vejen?
      (Udfordringer, pink post-its)

   d. Hvad gjorde vi for at overkomme udfordringer/barrierer?
      (Løsninger, grønne post-its)

4. Først efter de 4 runder gives der plads til en decideret drøftelse.
   Drøft planchen med hinanden, fx om nogle af opgaverne bør flyttes frem eller tilbage på tidslinjen, om nogle af opgaverne/løsningerne skal udgå, eller om der er nogle af barriererne, I kan imødegå.

5. Aftal, hvad næste skridt er – skal vi handle på nogle af opgaverne? Har vi brug for at drøfte nogle af elementerne yderligere?

Materialer

Et stort papir (mindst A2)
Post-its i 4 forskellige farver
Skriveredskaber
Ur eller telefon til tidtagning

Særlige opmærksomhedspunkter

- Øvelsen kræver en facilitator, der holder styr på tid, spørgsmål, ro og orden etc. Facilitator kan godt deltage i øvelsen samtidigt.
- Det kan være en rigtig god idé at følge backcastingen op med øvelsen Visualiser processen – Undgå misforståelser og blindgyder, som findes under fanen "Mellemrummene" og bl.a. indeholder en tidslinje. Tidslinjen konkretiserer den handlingsplan, backcastingen tilvejebringer. Efterhånden som I bliver dygtige til ubevidst at tænke i backcasting-modellen, kan I springe den over og gå direkte til tidslinjen og visualiseringen af processen.

Andre anvendelsesmuligheder

- Fx som værktøj til at sikre handling i en given periode som beskrevet i "Mellemrummene"
- Individuel brainstormøvelse med en varighed af 10-20 min.
- Større forsamlinger, hvor flere grupper kan arbejde simultant. Processen bør da faciliteres fra centralt hold, og facilitator bør ikke deltage i selve øvelsen.

Konstruktiv økonomisk forhandling – lad ikke økonomi være en barriere

Formål

Økonomi og knappe ressourcer er et vilkår, og ofte udfordrer det os i at nå til fælles beslutninger og handling på tværs. Økonomi fylder og bliver let et altoverskyggende element, der skal styr på som det første, fordi vi ved, at vi til syvende og sidst skal betale for de aktiviteter, vi igangsætter.
På den måde bliver økonomi også et element, der forhindrer os i at se de fælles muligheder, fordi spørgsmålet om økonomien afskærer os fra at eksperimentere med forskellige løsningsmodeller og scenarier. Dette kan blive særligt udtalt, når økonomien leder os ind i forhandlingsrummet, uden at vi forinden har skabt rummet til at få øje på de nye typer løsninger. Dermed står vi i en situation, hvor vi kollektivt og hver for sig forestiller os, hvad det er, vi hver især skal bidrage med til betalingen, men vi får ikke etableret en udviklende dialog, der vil kunne skabe blik for alternative veje.

Derudover kan det også lede til en ond spiral af ikke-konstruktiv forhandling, hvor ”den hårde forhandler” kommer på banen. Den hårde forhandler stiller urimelige krav, fremsætter trusler eller udviser måske endda – i andres øjne – uetisk adfærd.
Vi spejler naturligt den forhandlingstaktik, vi møder. Hvis vi står over for en samarbejdspartner, der møder os med rollen som ”den hårde forhandler”, vil vi selv respondere med samme taktik.
Det er en ond spiral og skaber et taber/vinder-perspektiv på forhandlingen, der låser dialogen og indsnævrer løsningernes udfaldsrum. Den hårde forhandler kan fungere i isolerede og overskuelige forhandlinger, men kommer til kort i integrerede, komplekse og udviklende forhandlinger, som typisk karakteriserer forhandling af samarbejder på tværs, fx i sundhedssystemet. I sådanne integrerede forhandlingsprocesser er der behov for vindere på begge sider af bordet for at kunne komme til fælles handling.

Økonomi er således en barriere på 2 niveauer:

- Knappe ressourcer sætter konkrete begrænsninger for, hvilke aktiviteter vi kan igangsætte
- Uhensigtsmæssig forhandling forhindrer os i at se alternative løsnings-/betalingsmodeller

På den ene side nytter det ikke, at vi ensidigt fokuserer på økonomien, før vi har udviklet løsningen – fordi vi i så fald fokuserer på ”de kendte løsninger” og dermed ikke får bragt hinanden i spil på nye måder.
På den anden side nytter det heller ikke at udvikle ud i det blå, uden at vi har økonomien for øje, for så ender vi med løsninger, der er urealistiske og sjældent fører til handling.

Vi kan derfor ikke tale om, at økonomi skal komme hverken før eller efter udvikling. Økonomi skal i stedet være en integreret del af udviklingsdialogen, fordi der også er behov for innovation og kreativitet i vores betalingsmodeller og fordelingsnøgler. Hvis vores gængse modeller fungerede, havde vi allerede løst udfordringen og var kommet til fælles handling.

Øvelsen *Konstruktiv økonomisk forhandling* kan bidrage til at kanalisere jeres kreativitet over i dialogen om økonomi, så I arbejder med økonomi og ressourcer på en ny måde, hvor løsninger og økonomi tænkes samtidigt, og som giver indblik i forskellige løsnings- og betalingsmodeller. Øvelsen fungerer derudover som dialogværktøj, der understøtter tillidsopbyggende processer, som fremadrettet også vil understøtte jeres fælles evne til at træffe beslutninger og komme til handling.

Med andre ord: inddrag økonomien, men udskyd forhandlingen.

Form
Gruppearbejde med 4-6 deltagere

Varighed
30 min. – 2+ timer

Beskrivelse
Øvelsen tager udgangspunkt i ressourcebaseret scenarieudvikling. Deltagerne arbejder med udvikling af forskellige scenarier og ressourcebetragtninger på forskellige løsningsmodeller.

1. Bliv enige om en population som genstand for det/de udviklende scenarie(r). Det må gerne være en fiktiv population, men den skal indeholde størrelsen på en realistisk test-population.

2. Uddel en samlet sum til hver deltager. Det kan fx være 100.000-1.000.000 kr. i papirpenge.

3. Vælg i gruppen, hvordan I vil dele de begrænsede midler i 2-3 puljer i forskellige størrelse. Puljerne udgør en økonomisk ramme, I skal udvikle inden for.

4. Udvikl 2-3 løsningsmodeller inden for hver af de 2-3 puljer.

5. Udvælg 2-3 af løsningsmodellerne, der virker lovende, og beskriv de enkelte aktiviteter.

6. Identificer forskelligheder i præferencer for de enkelte kerneaktiviteter. Hvem udfører dem? Hvad vil du foretrække? Hvad vil jeg foretrække? Hvorfor? Hvilke ulemper giver denne løsning mig? Hvilke fordele kan jeg se?

7. Hvor vil modellerne være svære for jer hver især at tage med hjem i egen organisation, og hvor understøtter løsningsmodellerne målene i egen organisation?

8. Aftal nu, hvem der udfører hvilken kerneaktivitet.

9. Fordel ressourcerne i den respektive pulje på de enkelte kerneaktiviteter. Hvad tror vi, det koster? Hvor langt kan vi komme for pengene?

10. Hvilken model/hvilke modeller giver det mening at uddybe/undersøge nærmere og evt. begynde at forhandle om?

11. Indled forhandlinger med hinanden.

Materialer

”Papirpenge”, fx sedler med påskrevet værdi 1.000, 10.000, 50.000, 100.000, 500.000, 1.000.000 kr.

Særlige opmærksomhedspunkter

- Arbejd med et fiktivt scenarie i øvelsen eller i hvert fald et scenarie, som ikke er kontroversielt, ømtåleligt eller politisk betændt for jeres gruppe.
- Der kan være noget visuelt/oplevelsesmæssigt i at se mange ”pengesedler” ligge i en pulje, så prøv at lave flere sedler med en lidt lavere værdi, men så I stadig kan tage beløb ud af puljen uden at skulle tælle pengesedler i dagevis.

Andre anvendelsesmuligheder

Ingen

Vilje og motivation

Fælles prøvehandlinger – Skab motivation

Formål

Mange tværgående projekt- eller arbejdsgruppers opgaver er en del af en større indsats, og det kan derfor være svært at se, hvordan det fælles samarbejde skaber værdi og resultater. Når det samtidig opleves besværligt at samarbejde på tværs, så er det kun naturligt, at viljen og motivationen til at lykkes sammen falder.

Formålet med at igangsætte en fælles prøvehandling med en lav risiko – og dermed stor sandsynlighed for succes – er hurtigt at skabe en tydelig succes, som skaber det nødvendige commitment og tro på, at det fælles samarbejde giver værdi og er vigtigt at prioritere.

Form

Gruppedrøftelse, fælles diskussion og evt. konkretisering af beslutning ved hjælp af konkretiseringsværktøjet, som kan findes under "Bilag". Øvelsen *Fælles prøvehandling* kan anvendes, hvis På Tværs-modellen indikerer, at der mangler fælles commitment til det tværgående arbejde, eller hvis der eksisterer en oplevelse af, at gruppen ikke lykkes sammen.

Varighed

1-3 timer til gruppedrøftelse, beslutning og udfærdigelse af lille projektplan
Periode til afprøvning af prøvehandlingen, fx 3 måneder

Beskrivelse

1. Vælg en prøvehandling

   Drøft i gruppen, hvilken prøvehandling der (måske) ligger lige for, og træf en aktiv beslutning og vælg den. Den valgte prøvehandling er ikke som sådan vigtig i sig selv, da formålet er at øve jer på at gøre noget sammen og få en fælles succesoplevelse.

   Men uanset om I sammen igangsætter en prøvehandling eller aktivitet med henblik på direkte at understøtte gruppens interne udvikling – eller med henblik at forbedre services eller produkter for slutbrugere – er det væsentligt, at prøvehandlingen forventes at skabe reel værdi.

2. Præciser prøvehandlingen

   Vær i gruppen sikre på, hvilken prøvehandling I vil arbejde med, og præciser, hvordan I vil arbejde med prøvehandlingen. Anvend fx følgende spørgsmål til at gøre det:

   - Hvilken prøvehandling/aktivitet med lav risiko kan inddrage alle i gruppen, synliggøre individuelle kompetencer og skabe værdi for dem, som prøvehandlingen er rettet mod?
   - Hvor lang tid vil vi afprøve prøvehandlingen/aktiviteten? (Indtil næste møde, 2 måneder, 3 måneder?)
   - Hvor og hvornår gør vi status på prøvehandlingen?

3. Følg op, og fasthold læring

Husk at følge op på prøvehandlingen, både løbende og når den aftalte prøvetid er gået, og lær af jeres erfaringer. Drøft fx:

- Hvad fungerede godt i prøvehandlingen – herunder det tværgående samarbejde?
- Hvad fungerede mindre godt i prøvehandlingen – herunder det tværgående samarbejde?
- Har prøvehandlingen skabt de tilsigtede effekter for dem, som prøvehandlingen var rettet mod? Og har prøvehandlingen skabt utilsigtede effekter?
- Giver det mening at fortsætte med prøvehandlingen?
- Giver det mening at igangsætte en ny prøvehandling?

Materialer

Papir i stort format, fx A3 eller større
Evt. post-its til udvikling af projektplan for prøvehandling

Særlige opmærksomhedspunkter

Prøvehandlingen kan fx relatere sig til, hvordan jeres møder afholdes, eller det kan være en prøvehandling, som relaterer sig til løsningen af en konkret opgave eller et konkret projekt.

Eksempel på prøvehandling: På de næste 3 møder afprøver vi en ny dialogform, hvor mødelederen efter hvert dagsordenpunkt giver hvert gruppemedlem ordet, så alle har mulighed for at udtrykke oplevelsen af eller kommentere på en drøftelse, diskussion, forhandling eller beslutning. Efter tredje møde vurderes det i fællesskab, hvorvidt prøvehandlingen skal implementeres, ændres eller ikke er nødvendig.

Hvis en prøvehandling, der relaterer sig til den måde, I arbejder sammen på i gruppen, ikke giver mening for jer, kan I i stedet afprøve en aktivitet, der knytter sig til et igangværende projekt. Det kan være, at I sammen har identificeret et behov i forhold til forskellige slutbrugere, samarbejdspartnere eller lignende, som efter jeres vurdering kræver opmærksomhed og handling.

Andre anvendelsesmuligheder

Gennemførelse af en prøvehandling med lav risiko er også et godt redskab til at skabe tillid i gruppen, fordi den fælles handling og læring øger det kendskab, man har til hinanden.

Fejr de små successer – og fejl! – og træn jeres mindset

Formål

Når der er mange mursten at lægge, kan det være svært at holde fokus på, at man er med til at bygge en katedral. Og når den ene opgave tager den anden, kan det være svært at føle, at man nogensinde når i mål. Det er ikke specielt motiverende for at tage den næste tørn.
Det er derfor meget vigtigt, at I husker at stoppe op og se og anerkende de successer og fejl, I sammen skaber, i øjnene. Fejl er – måske endnu mere end successer – kilde til læring. Så stop op, kig på de skridt, I har taget, lær af dem, og fejr successen.

Formålet med øvelsen *Fejr de små successer – og fejl!* er at træne at have øje for de små successer og sikre læringen undervejs.

Form

Træning af mindset.
Gruppeøvelse.
Øvelsen kan med fordel anvendes til at styrke oplevelsen af, at det fælles samarbejde giver mening og genererer læring.

Varighed

5-10 min. forberedelse før næste møde
10-20 min. under mødet (Husk, at der både skal være tid til fælles drøftelse og til fejringen)

Beskrivelse

1. 5-10 min. forberedelse i god tid inden mødet: Hvilke fejl/successer synes jeg, vi skal fejre? Det meldes til sekretariatet/den udpegede mødeleder.

   Fejl og successer kan have 2 dimensioner:
   - Processuelt eller i forhold til samarbejde
   - Indholdsmæssigt/fagligt

   Man kan således godt stå i en situation, hvor den indholdsmæssige læring er, at vi hellere må holde op med det her igen. Mens den processuelle læring er, at vi lykkes i vores samarbejde, når vi prioriterer det og hjælper hinanden.

2. 5-10 min. drøftelse på mødet: Hvorfor gik det godt? Hvorfor fejlede vi? I hvilke nuværende og kommende aktiviteter skal vi gøre brug af disse erfaringer? Etc.

Materialer

Ingen

Særlige opmærksomhedspunkter

- Øv jer i at lave tydelige afslutninger, også selvom noget nyt starter op og måske minder om det, I lige har gjort. Hvis ikke der er en afslutning, er det vanskeligt at fejre successer og fejl.
- Tal positivt og konstruktivt – også om det, der ikke er gået som forventet. Formålet er at kigge fremad og tage kollektiv læring.

Andre anvendelsesmuligheder

Metoden er også meget velegnet til at træne sit mindset i forhold til udvikling og støtte af kollegaer i egen organisation, der arbejder med komplekse udviklingsprocesser. Her er fejl forudsætningen for fremdrift og nytænkning, og dermed bør fejlene markeres som et positivt skridt i den helt rigtige retning.

Møderne

Bang vs. Buck – Skab værdi på møderne

Formål

Når man arbejder på tværs, er man som tværgående gruppe afhængig af, at tiden sammen udnyttes effektivt og skaber værdi. Forskellige årsager som presserende opgaver i egen organisation eller manglende relevans kan medføre, at der skabes en ubalance i oplevelsen af, om møderne skaber værdi, forstået som fremdrift og fælles handling eller resultater, holdt op mod den tid, som den enkelte investerer ved at deltage i det tværgående møde. Når denne ubalance opstår, bliver det sværere at holde fokus, nå til enighed og træffe beslutninger, og engagementet daler derfor. Det har altså konsekvenser for deltagerne, men i sidste ende også for slutbrugerne.

For at undgå ovenstående er det væsentligt, at der arbejdes målrettet og bevidst med de tværgående møder, så de skaber den nødvendige værdi og får deltagerne til at prioritere og engagere sig i møderne. Uden deltagernes engagement er gruppen ikke i stand til at løse den fælles opgave, som de er sat i verden sammen for at løse.

Øvelsen *Bang vs. Buck* har til formål at skabe bevidsthed og dialog om, hvorvidt der er balance mellem omkostninger og værdi i relation til tværgående møder. Dette med henblik på i højere grad at kunne sikre, at de tværgående møder skaber værdi for deltagerne.

Form

Øvelsen kan anvendes som udgangspunkt for individuel refleksion og fælles drøftelser af, hvad der for jer er værdiskabende på tværgående møder. Øvelsen kan anvendes, hvis På Tværs-modellen fx indikerer, at der er en stor spændvidde mellem deltagernes vurderinger af, om de tværgående møder skaber værdi holdt op mod investerede ressourcer, eller hvis På Tværs-modellen indikerer en stor enighed om, at møderne ikke skaber den ønskede værdi.

Varighed

Ca. 30 min.

Beskrivelse

Anvend ligningen nedenfor som udgangspunkt for individuel refleksion over, hvad der for dig er med til at skabe værdifulde møder, og hvilke ressourcer du investerer, når du deltager i tværgående møder.

1. 10 min.
   Tegn en linje på et stykke papir. Oven over linjen skriver du de elementer, der for dig skaber værdifulde møder (BANG) – det kan fx være et klart output, fremdrift eller håndtering af økonomiske overvejelser i udviklingssituationer.
   Under stegen skriver du alle dine omkostninger ved at deltage i møder (BUCK) – det kan fx være parkering af opgaver i egen organisation, transport eller forberedelse.

2. 5 min.
   Overvej, om der er balance mellem den oplevede værdi og omkostningerne forbundet med deltagelse i de tværgående møder. Overvej også, om der er elementer, som for dig skaber værdi, men som ikke er fremtrædende på de fælles møder. Hvorfor er de ikke det?
   Vurdér, om den samlede værdi (BANG/BUCK) for dig er større eller mindre end 1.

$$\frac{\text{BANG}}{\text{BUCK}} \geqq 1\,?$$

   Hvis den samlede værdi er mindre end 1, reduceres chancen for, at du har lyst til at dukke op til næste møde markant, fordi du får mindre værdi ud af møderne end de omkostninger, du lægger i det. Er din ligning 1 eller højere, så føler du, at møderne er værdiskabende for dig, og de vil derfor være lette at prioritere.

3. 15 min.
   Anvend din ligning som udgangspunkt for en fælles plenumdrøftelse af, hvad der for jer skaber værdi.
   Fasthold jeres refleksioner ved at lave en fælles ligning, hvor gruppens samlede BANGs og BUCKs skrives ned under den fælles drøftelse.

4. Den fælles ligning kan efterfølgende anvendes som udgangspunkt for en revidering af dagsordenen. Se evt. afsnittet "Andre anvendelsesmuligheder" i næste øvelse, *De 4 dialogrum*.

Materialer
A4-papir
Skriveredskaber
Flipover til fælles ligning

Særlige opmærksomhedspunkter
Der kan være stor forskel på, hvad der for den enkelte skaber værdi. Vær i revideringen af dagsordenen derfor opmærksomme på, at møderne understøtter elementer, der sikrer at alle oplever møderne som værdifulde.

Andre anvendelsesmuligheder
Øvelsen kan også anvendes som udgangspunkt for en drøftelse af, hvorvidt der eksisterer engagement og commitment til den fælles opgaveløsning

De 4 dialogrum – Tal om det samme

Formål

Det er nemt at havne i en situation, hvor deltagerne på et tværgående møde taler om forskellige ting på samme tidspunkt. Nogle har behov for afklaring af diskussionens omdrejningspunkt, andre er i gang med at udvikle et løsningsforslag, mens en tredje part er i gang med at træffe beslutning. Det skaber en uklar dialog, et uklart outcome og uproduktive møder.

Øvelsen *De 4 dialogrum* har til formål at skabe overblik over dialogen frem mod en fælles beslutning og understøtte tydelighed i processen og det outcome, som en drøftelse genererer.

Form

Øvelsen skal gennemføres i tværgående grupper i situationer, hvor der skal træffes fælles beslutninger. Øvelsen kan med fordel anvendes, hvis På Tværs-modellen fx indikerer, at mødernes output ikke altid er klart, eller hvis den tværgående dialog ikke vurderes at være konstruktiv.

Varighed

Ca. 30-60 min. afhængigt af dialogens udvikling

Beskrivelse

Spillepladen kan anvendes som dialogværktøj i en tværgående beslutningsproces. Når spillepladen har været i brug et par gange, kan den udelades, så det blot er principperne for spillepladen, der anvendes som udgangspunkt for dialog. Denne anvendelsesmulighed er beskrevet sidst i dette afsnit.

Dialogrummene

Redskabet består af 4 dialogrum med dertilhørende spilleregler, som har til formål at sikre, at alle taler om det samme på samme tid.
Spillepladen består af 4 rum:

- Det afklarende rum (rød)
  - Dialogregel: Hold fokus på slutbrugerens perspektiv
    - Hvad er det, vi gerne vil løse, og hvorfor?

- Det udviklende rum (grøn)
  - Dialogregel: Undgå kritik, og vær nysgerrig
    - Udnyt jeres perspektivforskelle og diversiteten i viden, erfaringer og faglighed

- Det forhandlende rum (blå)
  - Dialogregel: Giv og modtag feedback på synspunkter. Undgå at blive låst fast pga. manglende forståelse eller misforståelser

  - Modtager: Giv plads til feedback, og bed om den, hvis du ikke får den
  - Giver: ”Det, jeg hører dig sige, er …” ”Jeg tænker om det, at …” ” Jeg overvejer, om …”

- Det handlende rum (grå)
  - Dialogregel: Vær konkret og handlingsorienteret
    - Hvad, hvordan, hvem, hvornår?

Anvendelse af spillepladen

Anvend spillepladen (findes i en printvenlig og skalerbar version under ”Bilag”) som ramme for en tværgående dialog, hvor formålet er at træffe en fælles beslutning.
Spillepladen giver jer gennem forskellige spørgsmål nogle opgaver, som I sammen skal løse. Når én opgave er løst, kan I bevæge jer videre til det næste rum og den næste opgave. Spillepladen sikrer, at I kommer fra identifikation af udfordringer/problemstilling til konkret handling. Det er ok at gå tilbage til det forrige rum, hvis drøftelsen alligevel ikke var helt færdig, blot I sikrer jer, at alle er klar over, at I rykker tilbage. Brug derfor en genstand, som I fysisk placerer i det rum, I befinder jer i.

Spilleregler

- Placer en flytbar genstand i spillepladens første rum (Det afklarende rum)
- Tag i fællesskab stilling til rummets spørgsmål, og hold i den proces fokus på rummets dialogregel. Noter undervejs jeres refleksioner og overvejelser i forbindelse med opgaveløsningen i de forskellige rum
- Når opgaven i rummet er løst, flyttes genstanden til næste rum, som er forbundet til det aktuelle rum med en sort streg
- Tag i fællesskab stilling til rummets spørgsmål, og hold i den proces fokus på rummets dialogregel. Noter refleksioner og overvejelser
- Anvend ovenstående fremgangsmåde, indtil I når til fælles handling eller må starte forfra.

Materialer

En udprintet spilleplade i A3-format
En flytbar genstand som spillebrik

Særlige opmærksomhedspunkter

- Vælg en repræsentant fra den tværgående gruppe, som er ansvarlig for at notere de fælles drøftelser samt flytte genstanden fra rum til rum
- Efter nogle få gange kan spillepladen udelades fra den tværgående dialog – anvend i stedet blot forståelsen af de 4 rum, progressionen i dem samt rummenes dialogregler som udgangspunkt
- Dialogreglen i Det afklarende rum (rød) kan tilpasses afhængigt af den tværgående gruppes arbejde, så længe den knytter sig til et fælles udgangspunkt

Andre anvendelsesmuligheder

- **Dialogrummene som fælles sprog på møderne**
  I nogle tilfælde er det ikke muligt eller fordelagtigt at anvende spillepladen som udgangspunkt for en beslutningsproces. Anvend i stedet dialogrummenes principper og dertilhørende dialogregler som en fælles referenceramme for at forstå den tværgående dialog. Træn gruppens medlemmer i at være bevidste om, hvilket dialogrum de bevæger sig i, og vær tydelig omkring karakteren af dialogen, og hvornår den skifter.

  Eksempel: ”Det lader til, at vi er afklaret omkring den fælles opgave og den udfordring, som vi sammen skal løse. Vi bevæger os nu ind i Det udviklende rum, hvor vi forsøger at holde fokus på at være nysgerrige og undgå kritik.”

  Eksempel: ”Det næste dagsordenpunkt er af afklarende karakter. Lad os derfor forsøge at holde fokus på slutbrugeren.”

- **Dialogrummene som basis for revidering af dagsorden**
  De 4 dialogrum og forståelsen af, hvad de indebærer, kan også anvendes som udgangspunkt for, hvordan et tværgående møde struktureres og faciliteres. På den måde skabes overensstemmelse mellem dagsordenpunkt

og facilitering. Når fælles drøftelser bevæger sig ind i Det afklarende rum, kan det fx være fordelagtigt med en plenumøvelse, hvor alle får indsigt i og mulighed for at sikre det fælles udgangspunkt. Bevæger drøftelserne sig ind i Det udviklende rum, kan det i stedet være fordelagtigt at indlægge elementer af gruppearbejde, hvor deltagerne i mindre grupper får mulighed for at idéudvikle.

Med andre ord kan de 4 dialogrum og de dertilhørende dialogregler anvendes som udgangspunkt for en revidering af dagsordenen[1]. Gennem en afklaring af hvilket rum de forskellige dagsordenpunkter bevæger sig i – og en aktiv stillingtagen til, hvordan disse derfor bør håndteres – bliver det i højere grad muligt at understøtte effektivitet og oplevet værdi.

[1] Der er primo juni 2018 udgivet artiklen "Undgå unødvendige hjørnespark – og kom fremad med det grænsekrydsende samarbejde". Artiklen kan findes på www.delendorff.com/udgivelser og giver mere inspiration til, hvordan en dagsorden kan revideres med udgangspunkt i forståelsen af de 4 dialogrum.

Effektiv stilhed – Øg koncentrationen

Formål

Til de fleste tværgående møder hører en lang dagsorden med vigtige punkter af forskellig karakter. Ofte vil der også være mange bilag. Sædvanligvis har alle dagsordenpunkter relevans og berettigelse på dagsordenen, men hvert punkt er med til at skabe en voldsom informationsstrøm, som hver enkelt gruppedeltager skal forholde sig til – ved siden af de mange andre dagsordenener og informationsmaterialer, som knytter sig til deres egen organisation. Når informationsmængden bliver for stor, forringes vores evne til at træffe beslutninger, og vi bliver uproduktive.

Øvelsen *Effektiv stilhed* har til formål at styrke effektiviteten i den tid, som den tværgående gruppe tilbringer sammen, for derigennem at styrke beslutningskraften og den oplevede værdi af møderne.

Form

Øvelsen bør anvendes i grupper med mere end 4 deltagere. Øvelsen er velegnet, hvis gruppen oplever, at den fælles tid sammen er helt eller delvist uproduktiv.

Varighed

1 min. (Den første gang bør øvelsen og dens formål samt forventet outcome introduceres og rammesættes. Til det må der påregnes yderligere 2-3 min.)

Beskrivelse

Øvelse kan fungere som et faciliteringsgreb, hvor korte perioder med stilhed anvendes som strategisk redskab til at sikre fokus i den resterende tid, hvor diskussioner og drøftelser fylder på et tværgående møde. De korte perioder med stilhed har til formål at øge fokus og give alle deltagere lige muligheder for – også mentalt – at forberede sig på deltagelse i de efterfølgende fælles drøftelser.

Stilhed kan indlægges som en del af tværgående møder på følgende måder:

- Brug 1 minuts fælles stilhed til at indlede det tværgående møde – dette for at lade deltagerne "lande" og finde fokus.
- Brug 1 minuts fælles stilhed på individuelt at reflektere over holdninger og meninger i forhold til et givent dagsordenpunkt forud for en fælles drøftelse eller beslutningsproces.
- Brug 1 minuts fælles stilhed som overgang til et nyt dagsordenpunkt, hvor der er tale om en markant ændring i mindset, fx fra udviklende til handlende – dette for at understøtte omstilling, forberedelse og fokus.

Stilhedselementerne faciliteres af mødelederen og kan anvendes efter behov, da eksemplerne er uafhængige af hinanden. Ovenstående 3 eksempler på strategisk anvendelse af stilhed kan således alle inkorporeres i et tværgående møde, ligesom 1 eller 2 eksempler kan anvendes.

Materialer
Ingen

Særlige opmærksomhedspunkter

- Øvelsen bør anvendes efter behov, men kan være særlig effektiv i forbindelse med markante overgange, som indledning til drøftelser af følsomme emner eller forud for fælles beslutningstagning.

- For at sikre øvelsens effekt er det væsentligt, at stilheden rammesættes af en mødeleder, første gang den introduceres. Det indebærer en italesættelse af stilhedens formål og stilhedens varighed. Yderligere er det centralt, at stilheden respekteres af alle mødets deltagere.

Andre anvendelsesmuligheder
Øvelsen kan anvendes i alle sammenhænge, hvor en gruppe sammen skal drøfte eller træffe beslutninger.

Relevans for alle – Brug ressourcerne i rummet

Formål
Du har sikkert prøvet det – at sidde til et møde og tænke: Hvorfor var det nu lige, at jeg skulle være med her? Det kan have været i en situation, hvor et punkt på dagsordenen kun har vedrørt de andre parter på mødet, eller det kan have været et udviklingsmøde, hvor der skulle skitseres en prøvehandling, som man ikke selv havde en aktiv rolle i.

Formålet med øvelsen *Relevans for alle* er at træne en tænkemåde, der hjælper til at opretholde commitment til det fælles arbejde og sikre, at alles erfaring og viden bringes i spil.

Form
Spørgsmål stilles under de drøftelser, der alligevel foregår. Øvelsen er særligt velegnet, hvis På Tværs-modellen indikerer, at møderne ikke skaber værdi for alle.

Varighed
Øvelsen integreres i drøftelser

Beskrivelse
Hvis I på forhånd ved, at der på næste møde vil komme en situation, hvor en enkelt i gruppen ikke har en direkte eller aktiv rolle, så overvej, hvordan den oversiddende part kan spille en aktivt spørgende og nysgerrig rolle. Hvis du selv er den oversiddende part, så tag ansvar for at bringe din viden og erfaring i spil.

Tag rollen som kritisk refleksiv kollega. Stil spørgsmål til de andres dialog eller skitse for en prøvehandling. Spørg fx:

- Hvorfor kan I først gøre det dér, og ikke tidligere?
- Hvordan tænker I, at det kommer slutbrugerne til gavn?
- Har I tænkt på at inddrage X?
- Er det nødvendigt med en uddybende beskrivelse inden?
- Er der noget i forhold til det, I taler om nu, hvor vi skal være særligt opmærksomme?
- Kan I aftale et tidspunkt for det møde allerede nu?
- Kan I bruge min hjælp til dét der?

På den måde hjælper du din gruppe videre og er med til at kvalificere deres arbejde. Men du fastholder også dit eget fokus på projektet og er klar, når du måske allerede næste gang igen skal ind og bidrage direkte. Det gør det lettere, og det fastholder dit engagement.

Materialer
Ingen

Særlige opmærksomhedspunkter

Når man stiller kritiske spørgsmål, er det vigtigt at bevare en konstruktiv tilgang. Brug derfor formuleringer som fx:

- Baseret på erfaringer med en lignende opgave kan jeg godt blive bekymret for, om …
- Når I siger sådan der, så kommer jeg til at tænke på, om I har overvejet, at …
- Jeg bliver lidt i tvivl om, hvad I egentlig mener, når I siger, at …

Andre anvendelsesmuligheder

Alle situationer, hvor ikke alle allerede har en konkret opgave ind i mødet.

Mellemrummene

Visualiser processen – Undgå misforståelser og blindgyder

Formål

Efter hvert tværgående møde kommer et mellemrum frem mod næste møde. Dette mellemrum udgør et vigtigt mulighedsrum, hvor der er mulighed for at handle på fælles beslutninger, drage erfaringer og sikre fremdrift i de fælles aktiviteter. Mellemrummene er også de perioder, hvor deltagerne i tværgående grupper i større eller mindre grad agerer på egen hånd i forhold til de fælles aktiviteter og beslutninger. Det stiller store krav til planlægningen af mellemrummene, som uden planlægning kan medføre uklare aftaler, misforståelser, blindgyder og dermed uproduktive mellemrum, som langt fra udnyttes optimalt.

Formålet med øvelsen *Visualiser processen* er at tilvejebringe et hurtigt overblik over en kortsigtet handlingsplan, at konkretisere opgaver og formål og lave en følsomhedsanalyse, hvor potentielle udfordringer identificeres. Tidslinjen er et visuelt udgangspunkt for dialog om de opgaver og det ansvar, der ligger i den kommende periode. Når man arbejder visuelt med aftaler på denne måde, neutraliseres sproget, og det bliver lettere for alle at stille spørgsmål og se sammenhænge eller mangel herpå. På den måde sikres, at alle har forstået, hvem der gør hvad, og hvorfor.

Form

Gruppediskussion samt enkel visualisering. Øvelsen kan anvendes, hvis På Tværs-modellen indikerer, at mellemrummene mellem møderne ikke opleves som effektive, eller hvis deltagerne mangler overblik over aftaler i mellemrummene. Øvelsen kan integreres som et afsluttende element, der samler op på mødets indgåede aftaler og ansvarsfordelinger.

Varighed

10-30 min.

Beskrivelse

1. Tegn en linje på et stort stykke papir, så I har plads til at fylde input på. Papiret skal være stort nok til, at I alle kan stå rundt om det og være med til at skrive på det, fx A3 eller større. Tegn på papiret en tidslinje, der strækker sig fra det aktuelle møde og frem til næste møde.

2. Diskuter, hvilke opgaver/aktiviteter der ligger frem mod fx næste møde, og placer dem omtrentligt på tidslinjen. Noter evt. også en dato, så I kan huske det senere. Noter både konkrete opgaver/aktiviteter (fx afholdelse af et møde) samt opgaver/aktiviteter, der kan understøtte en ønsket ændret adfærd (fx skabe ambassadører).

3. Diskuter og noter også formålet med de enkelte opgaver – hvad er det, vi skal have ud af opgaveløsningen – samt hvem der løfter de enkelte opgaver.

4. Diskuter ud fra billedet, om der er nogle mellemrum mellem konkrete aktiviteter, I skal være opmærksomme på. Det kan være, at der potentielt kan være forskellige udfordringer forbundet med visse aktiviteter. Det kan også være, at nogle aktiviteter eller opgaver er større eller mere komplekse end andre, og at løbende sparring derfor vil være en fordel.

5. Noter opmærksomhedspunkterne – og om I her kan gøre noget for at imødekomme disse.

Materialer

Større stykke papir, fx A3 eller større
Skriveredskaber
Evt. telefon eller iPad til at tage et billede af tidsplanen, så den kan deles mellem alle gruppens medlemmer

Særlige opmærksomhedspunkter

- Sørg for, at alle er med til at skrive input på tidsplanen. Det er lettere at føle sig ansvarlig for en opgave, når man selv har været med til at prioritere den.
- Hvis du ikke som sådan har nogle opgaver på tidsplanen for den enkelte periode, så vær kritisk refleksiv og udfordr de andre konstruktivt på deres plan. Spørg fx:
  - Hvorfor kan dét først ske om 3 uger, hvorfor ikke allerede om 1 uge?
  - Baseret på egen erfaring bliver jeg bekymret for det, I vil dér. Har I tænkt på, om …?
  - Er der behov for, at jeg kommer ind dér med min ekspertise?

  På den måde bliver du ikke alene en værdifuld sparringspartner for gruppen, du gør også din deltagelse og tilstedeværelse berettiget. Og fordi du bidrager

med noget, bevarer du din egen motivation til at overtage stafetten på et senere tidspunkt.

- Hvis det for gruppen opleves som udfordrende at formulere konkrete opgaver eller aktiviteter i mellemrummet, kan det skyldes manglende overblik over mål og formål. Anvend da øvelsen *Backcasting*, som findes under fanen "Mål og formål".

Andre anvendelsesmuligheder

Øvelsen kan anvendes i alle situationer, hvor der er behov for i fællesskab at træffe beslutning om, hvilke handlinger der skal laves frem mod fx næste møde, hvem der gør det, og hvorfor det er vigtigt.

Livliner – Undgå handlingslammelse og skab fremdrift i stedet

Formål

Ineffektiv tid mellem tværgående møder er ofte en udfordring, når tværgående grupper på egen hånd arbejder med fælles opgaver i mellemrummene. Det kan have store konsekvenser for de opgaver, som den tværgående grupper er sat i verden for at løse, og det kan igen have store konsekvenser for den selvfortælling, den tværgående gruppe skaber om sig selv.

Når man arbejder på egen hånd, hver for sig, kan der let opstå uforudsete hændelser, nye erkendelser eller spørgsmål, som ikke kunne forudses i planlægningsfasen, og som gør, at den enkelte mangler hjælp eller sparring for at kunne komme videre. Og det kan være svært at spørge om hjælp! Udfordringen er, at problemet uden hjælp ofte vokser sig større, skaber handlingslammelse og resulterer i, at motivationen for at arbejde videre daler. Det skaber uproduktive mellemrum og stilstand.

Øvelsen *Livliner* har til formål at skabe klare informations- og hjælpekanaler mellem de tværgående møder, således at mellemrummene på trods af uforudsete hændelser eller andre udfordringer skaber fremdrift og er agile.

Form

Gruppeøvelse. Øvelsen kan anvendes i forlængelse af opgave- og ansvarsfordelinger på baggrund af fælles beslutningstagning. Øvelsen er særlig relevant, hvis På TVÆRS-modellen indikerer, at mellemrummene ikke opleves som produktive og agile.

Varighed

Ca. 10 min.

Beskrivelse

Når opgaver og ansvar er fordelt i forhold til tværgående opgaver, der skal løses i mellemrummet, er det væsentligt at få italesæt risikoen for uforudsete hændelser. Ved at skabe en bevidsthed på forhånd om, at der kan komme udfordringer – uden at vi kan forudsige præcis, hvad de bliver – er det muligt at forebygge, at hændelserne skaber handlingslammelse og stilstand i mellemrummene.

Når I sammen har fordelt opgaver og ansvar (evt. på baggrund af øvelsen *Visualiser processen*), aftal da, hvem der er den enkelte opgaveløsers livline (kontaktperson/sparringspartner) i gruppen, hvis uforudsete hændelser opstår.

Livlinerne kan udvælges på forskellige måder, fx:

- Tilfældig lodtrækning
- Lighed i eller relation mellem opgaver – at 2 gruppemedlemmers opgaver hænger sammen, ligner hinanden eller på anden vis er forbundne

- Særlige kompetencer/netværk hos livlinen, der kan komme opgaveløser til gavn

Skab sammen et visuelt overblik over opgaver, ansvarsfordelinger og livliner.

Materialer

Papir
Skriveredskaber
Evt. telefon eller iPad til at tage et billede af oversigten, så den kan deles mellem alle gruppens medlemmer

Særlige opmærksomhedspunkter

Uanset hvordan livlinerne visualiseres, er det væsentligt, at der er noteret kontaktoplysninger på livlinerne. Det mindsker risikoen for, at livlinerne ikke tages i brug, fordi man skal bruge ressourcer på selv at finde kontaktoplysninger – og øger dermed sandsynligheden for, at de aftalte livliner skaber den ønskede værdi.

Andre anvendelsesmuligheder

Tidligere studier har vist, at uopfordret opfølgning fra en ”livline” uden forudgående kritisk hændelse kan have en motiverende og værdiskabende effekt for de opgaver, som skal løses. Opfølgningen skaber samtidig et øget fokus hos opgaveløser, ligesom små sten, der blokerer for fremdrift, bliver ryddet af vejen i samtalen. Livlinerne kan dermed også anvendes som udgangspunkt for en aftale om, hvem der har til opgave at følge op på hinanden i mellemrummene.

Relationelt kendskab

Brug en bevidst onboarding-strategi – Accelerer relationsdannelsen

Formål

Forskning viser, at der fra et nyt medlem træder ind i en tværgående gruppe, til det nye medlem har opnået samme relationelle niveau som de eksisterende medlemmer, går over 2 år. Det bevirker ofte, at relationerne mellem gruppens medlemmer er usikre. Når usikre relationer og manglende kendskab til hinanden præger det relationelle landskab i en tværgående gruppe, daler gruppens produktivitet og kvaliteten af det arbejde, som gruppen laver.

Med et strategisk fokus på onboarding før, under og efter, et nyt medlem træder ind i gruppen, er det muligt at accelerere relationsudviklingen i en tværgående gruppe, så det nye medlem hurtigere begynder at levere værdi ind i det tværgående arbejde. En onboarding-strategi fokuserer ikke blot på, hvad nye medlemmer kan gøre for hurtigere at opnå samme relationelle niveau som de resterende medlemmer, men gør det i stedet til et fælles ansvar, at alle føler sig som en del af gruppen.

Form

Onboarding involverer alle gruppes medlemmer – både nye medlemmer, eksisterende medlemmer og formandskab/mødeleder. Onboarding er relevant, hvis det vurderes, at medlemmernes kendskab til hinanden ikke er tilfredsstillende.

Varighed

Onboarding-strategien strækker sig over perioden før, under og efter, et medlem træder ind i gruppen, og er således et løbende fokus.

Beskrivelse

En onboarding-strategi kan indeholde forskellige elementer og starter allerede før, et nyt medlem indtræder i gruppen. De enkelte aktiviteter kan nuanceres efter behov og har alle til formål at reducere kompleksiteten og skabe de bedste rammer for relationsudvikling.

- Aktiviteter før et nyt medlem indtræder i gruppen:
    - Personlig opringning fra formandskab/mødeleder
      Gennem en opringning til det nye medlem har formandsskabet eller mødelederen mulighed for at skabe det første kontaktpunkt til det nye medlem. Opkaldet bidrager til at styrke det nye medlems oplevelse af at føle sig velkommen og prioriteret.
      Formandskabet eller mødelederen har her mulighed for at præsentere sig selv, fortælle kort om det kommende møde, informere om praktiske forhold og besvare eventuelle spørgsmål fra det nye medlem. Samtidig vil formandskabet eller mødelederen kunne fortælle, at det nye medlem inden længe vil modtage skriftligt materiale om det kommende møde.

- Udsendelse af skriftligt materiale
  Ved – i forlængelse af den personlige opringning – at sende skriftligt materiale til det nye medlem har formandsskabet/mødelederen /sekretariatet mulighed for at reducere den oplevede kompleksitet, der ofte er forbundet med at starte i noget nyt. Således er formålet at ruste det nye medlem til første møde for at undgå, at passiv deltagelse bremser den fælles beslutningstagning.
  Det skriftlige materiale kan fx være en medlemsliste, beskrivelse af gruppens formål samt dagsorden for næste møde.

- Aktiviteter under deltagelse i den tværgående gruppe:

  - Gå tur i en andens sko – besøg hos en kollega
    Det er essentielt, at der hurtigt skabes en ramme for, at et nyt medlem får opbygget relationer til de eksisterende medlemmer.

    Fx kan en sekretariatsfunktion eller formandskab/mødeleder facilitere, at der skabes kontakt mellem et nyt medlem og et eksisterende medlem, og at de besøger hinanden i mellemrummet mellem 2 møder. Det skaber et kontaktpunkt og styrker de 2 medlemmers forståelse af hinandens kontekst og institutionelle logikker.

  - Italesættelse af mødeprocedure
    For at hjælpe det nye medlem til hurtigt at forstå procedurer, arbejdsgange og strukturer er det centralt, at de øvrige medlemmer i gruppen sammen tager ansvar for at italesætte og skabe bevidsthed herom. En italesættelse af procedurer etc. bidrager til at skabe klarhed og enighed og giver det nye medlem mulighed for at bevare overblikket.

- Aktiviteter efter udtrædelse af gruppen:

  - Feedback-samtale
    En samtale mellem formandskab/mødeleder og det udtrædende medlem med henblik på overleveringer af overvejelser, undringer og gode råd i

forhold til det videre arbejde i gruppen. Samtidig markerer feedback-samtalen en tydelig afslutning for det medlem, der træder ud af gruppen.

- Overlevering af kontaktoplysninger
  For at markere en afslutning og understøtte grundlaget for vedvarende relationer kan det udtrædende medlem på sidste møde aflevere nye kontaktoplysninger til de resterende medlemmer.

Onboarding-strategien bør aktiveres, hver gang et nyt medlem træder ind i den tværgående gruppe.

Materialer
Ingen

Særlige opmærksomhedspunkter
Det kan være en fordel at udforme en formel onboarding-strategi, som beskriver de elementer eller aktiviteter, som udgør strategien. Det legitimerer det at bruge ressourcer på gruppens relationsdannelse og styrker et vedvarende fokus på relationsudvikling – også når nuværende medlemmer ikke længere er en del af gruppen.

Andre anvendelsesmuligheder
Onboarding-strategien kan tilpasses til og anvendes på både klyngestyregruppeniveau og arbejdsgruppeniveau.

Tegn beslutningsprocessen i egen organisation – Skab indsigt og forståelse på tværs

Formål

Svage og usikre relationer fører ofte til et manglende kendskab til hinanden og de processer, som foregår i hinandens respektive hjemmeorganisationer. Processerne i hjemmeorganisationerne kan være afgørende for det enkelte medlems ageren i en tværgående gruppe – og en kilde til frustration hos de medlemmer, der ikke kender til disse processer. Når sådanne frustrationer opstår, daler motivationen for at lytte til hinanden og viljen til at finde fælles løsninger.

Øvelsen *Tegn beslutningsprocessen i egen organisation* har til formål at styrke gruppens kendskab til hinanden. Gennem en forståelse af bagvedliggende beslutningsprocesser reduceres mængden af unødig frustration, og der åbnes i stedet for en konstruktiv dialog baseret på kendskab og forståelse.

Form

Øvelsen består både af individuelle refleksioner og fælles drøftelser og kan anvendes, hvis På Tværs-modellen fx indikerer, at deltagerne ikke har viden om, hvad de hver især har brug for, for at kunne træffe fælles beslutninger.

Varighed

Afhænger af antal deltagere. Der skal for hver deltager beregnes 7 min. til de individuelle refleksioner og illustrationer, 3 min. til præsentation og 7 min. til de fælles drøftelser.

Beskrivelse

Øvelsen består af 2 faser, hvor første fase er individuel, mens anden fase er fælles.

Fase 1

Hver deltager har 7 min. til individuelt at tegne beslutningsprocessen i egen organisation. Tag udgangspunkt i en konkret situation, hvor en beslutning blev truffet. Beskriv og illustrer på en tidslinje, hvilke opgaver der blev løst, og hvem der var involveret. Vær gerne meget konkret.

Fase 2

Når alle deltagere har tegnet beslutningsprocessen i egen organisation, præsenterer hver deltager på 3 min. sin illustration for de øvrige medlemmer (præsentationerne kan også foretages i mindre grupper med repræsentanter fra forskellige organisationer). Efter hver præsentation har de øvrige deltagere 7 min. til at stille spørgsmål eller kommentere – den eneste regel er, at både spørgsmål og kommentarer skal være basseret på nysgerrighed og positive undringer.

Materialer

1 papir i A4-størrelse til hver deltager

Skriveredskaber

Tillid

Refleksive teams – Hæv tillidsniveauet

Formål

En tværgående gruppe opstår, fordi der er blevet identificeret et behov for at løse en opgave, som bevæger sig over organisatoriske grænser. Det betyder, at medlemmerne af den tværgående gruppe besidder forskellig viden og forskellige kompetencer, som er relevante for den fælles opgaveløsning. Med forskellig viden og forskellige kompetencer kan der også opstå uklarheder eller spørgsmål blandt gruppens medlemmer, og disse er væsentlige at få besvaret eller klarlagt for at kunne træffe fælles beslutninger af høj kvalitet. Men det kræver et højt tillidsniveau i gruppen at turde give udtryk for sin uvidenhed, stille de opklarende spørgsmål og tale om de svære ting.

Formålet med øvelsen *Refleksive Teams* er at understøtte udviklingen af et højt tillidsniveau. Gennem tydelige roller og spilleregler for dialogen hjælpes medlemmerne til at stille spørgsmål, til at lytte og undre sig og tale om de ting, der kan være svære. Dette med henblik på at tydeliggøre værdien i den tillidsfulde dialog, så det bliver lettere for gruppens medlemmer at gribe samtalerummet.

Form

Gruppeøvelse, 4-5 deltagere i hver gruppe. Øvelsen kan med fordel anvendes, hvis gruppen vurderer, at tillidsniveauet er lavt, og at der derfor ikke eksisterer et rum, hvor der er plads til at undre sig, tale om det svære og stille opklarende spørgsmål.

Varighed

Øvelsen består af 3 runder, som med fordel kan gentages lige så mange gange, som der er deltagere i hver gruppe.

6 min. til første runde (tilvejebringelse af nye perspektiver)
4 min, til anden runde (udforskning og nuancering af observationer)
5 min. til tredje runde (fælles dialog)

Beskrivelse

Øvelsen er bygget op omkring 3 forskellige roller i en dialog, som på forskellig vis understøtter en åben og konstruktiv dialog, hvor alle bliver hørt, og hvor det at tale om svære ting bliver naturligt. Der er tale om følgende roller:

- En interviewer, som med udgangspunkt i en overordnet ramme stiller konstruktive og nysgerrige spørgsmål
- En informant, som forholder sig til den overordnede ramme og interviewerens spørgsmål
- Et refleksivt team, som observerer, noterer og deler refleksioner over informanten og interviewerens samtale

Anvend denne guide, når I gennemfører øvelsen:

1. Afklar, hvad I gerne vil bruge det refleksive team til
   Fx tale om oplevede udfordringer, tale om det svære, om idéer, succeshistorier etc.
   Emnet kan være specifikt med det formål at løse en konkret udfordring, men det kan også være mindre specifikt, hvis formålet er at tydeliggøre øvelsens effekt.

2. Dan et refleksivt team
   Find sammen i en eller flere grupper. I skal være 4-5 i hver gruppe, hvor I udpeger en informant (1), interviewer (1) og et refleksivt team (2-3). Én fra det refleksive team får til opgave også at være tidtager.

3. Skab et rum ved at placere jer rigtigt
   Sæt jer sammen, så informant og interviewer sidder over for hinanden, ikke for langt fra hinanden og uden borde og lignende imellem sig. I skal kunne have øjenkontakt. Det refleksive team sætter sig på "sidelinjen", så de ikke bryder ind i øjenkontakten, men stadig er tæt på og kan følge samtalen.

4. Første runde – roller og regler
   I første runde handler det om at tilvejebringe nye perspektiver på det tema, I har valgt som centrum for øvelsen.

   Intervieweren stiller informanten nogle spørgsmål om temaet. Informanten svarer, og intervieweren spørger nysgerrigt og undersøgende ind.
   Intervieweren kan fx spørge:

   - Hvad laver du? Hvor arbejder du?
   - Hvordan forholder du dig til temaet?
   - Hvis du skulle fremhæve en enkelt ting (i forhold til temaet), som du synes, du/I er lykkedes særligt godt med, hvad kunne det så være?
   - Hvorfor tænker du, at det gik godt? Gjorde du/I noget anderledes, end du/I plejer?

- Hvad har været svært at komme i gang/i mål med? Hvordan kan det være?
- Er der noget, du/I gerne vil, at du/I kommer videre med i den nærmeste fremtid? Hvordan griber du/I den opgave an?

Det refleksive team forholder sig tavst under denne runde, men observerer, lytter og noterer. Det refleksive team kan fx være opmærksomme på:

- Hvad lægger vi mærke til? Er der noget, som overrasker os i det, informanten fortæller os? Og i måden informanten fortæller det på?
- Hvad hører vi, der skaber fremdrift og udvikling? Og hvilke barrierer hører vi for fremdrift og udvikling?
- Hvad synes vi, informanten skal gøre, og hvordan kan vi hjælpe?

Første runde varer 6 min. Når der er 2 min. tilbage, varsler den tidsansvalige, at det er tid til sidste spørgsmål og at runde af.

5. Anden runde – roller og regler
I anden runde handler det om at nuancere og udfordre og undersøge de nye perspektiver, som er kommet frem i første runde.

Det refleksive team taler indbyrdes om, hvad de har hørt og lagt mærke til i første runde. Teamet bygger videre på hinandens observationer, undrer sig og undersøger sammen perspektiver og refleksioner.
Interviewer og informant forholder sig tavse og lyttende til teamets refleksioner.

Anden runde varer 4 min. Når der er 2 min. tilbage, varsler den tidsansvarlige, at det er tid til de sidste refleksioner og at runde af.

6. Tredje runde – roller og regler
I denne runde handler det om, at gruppen samlet deler refleksioner og fortsætter dialogen.

Her har alle mulighed for at kommentere, stille spørgsmål og bygge videre på hinandens kommentarer og refleksioner. Informanten får nu mulighed for at reflektere og kommentere på, hvordan det var at tale om emnet og at høre det refleksive teams refleksioner.

Tredje runde varer 5 min. Når der er 2 min. tilbage, varsler den tidsansvarlige, at det er tid til det sidste spørgsmål og at runde af.

Når tredje runde er afsluttet, bytter deltagerne roller, så en ny deltager får rollen som informant. Runderne gentages, indtil alle deltagere har haft rollen som informant.

Materialer
4-5 stole

Notesblokke
Skriveredskaber
Ur eller telefon til at holde øje med tiden

Særlige opmærksomhedspunkter

Øvelsen skaber som oftest en meget intens dialog. Vær derfor opmærksomme på at sætte lidt ekstra tid af til, at man kan få snakket færdigt. Eller læg øvelsen lige inden en pause, så den enkelte gruppe kan vælge at blive siddende lidt endnu, hvis der er behov for det.
Samtidig kan det være relevant med en fælles opsamling i plenum, hvor den samlede gruppe forholder sig til øvelsen og den dialog, som den skaber.

Andre anvendelsesmuligheder

Situationer, hvor nye perspektiver kan være godt, eller hvor samtaleemnet er svært.

Bilag

På de følgende sider finder I:

- Konkretiseringsværktøj til øvelsen Fælles prøvehandlinger
- Spilleplade til øvelsen De 4 dialogrumDialogrummene

Bilagene kan printes og skaleres til A3.

Er der behov for print i større skala, anbefales det at printe fra den elektroniske fil, som fremsendes med denne rapport eller kan rekvireres fra Seniorkonsulent Helle Wind Poulsen, hwp@delendorff.com, tlf. 61696377.

Konkretiseringsværktøj til øvelsen Fælles prøvehandlinger

1: Navn på initiativ

2: Kort beskrivelse af initiativet

3: Hvorfor er det en god idé? Hvad kan vi lære af det?

4: Hvem skal/vil være med til at afprøve initiativet?

(Navne, arbejdssted, kontaktoplysninger)

5: Hvordan skal det gennemføres? Beskriv de næste 3 skridt, og hvem der kan tage dem

6: Hvornår kan initiativet afprøves i fællesskab?

7: Realiserbarhed

Vurder på en skala fra 1-5:
(1 er meget let, 5 er meget svært)

Hvorfor er det let/svært?

8: Tegn initiativet – og husk borgeren/patienten

delendorff

delendorff

delendorff

Spilleplade til øvelsen De 4 dialogrum

KKR SYDDANMARK

SUNDHEDSSAMARBEJDET I SYDDANMARK

Hvor er vi på vej hen?

Direktør Arne Nikolajsen, medformand i Det Administrative Kontaktforum
og Sundhedsstrategisk Forum

KKR SYDDANMARK

Hvor skal vi hen?

Sundhed nationalt

Sundhedssamarbejdet i Syddanmark

Hvor skal vi hen?

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

Sundhedsområdet

Hvilken vej skal toget køre?

- Flere sygehusopgaver skal flyttes over i det nære sundhedsvæsen!
- Fra opgaveglidning til planlagt og finansieret opgaveoverdragelse
- Nuværende model er ikke holdbar
  1. Går ud over de hårdest pressede kommuner og de svageste borgere
  2. Kommunerne kan ikke fortsat finansiere sundhedsopgaver ved at spare på anden velfærd
  3. Og der kommer >150.000 flere 80+ årige de næste 10 år
- Derfor skal vi have en national kvalitets- og økonomiplan for Det Nære Sundhedsvæsen

SDU DACHE

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

Strukturelle ændringer og effektiviseringer på sygehusene har smittet af på først kommunale plejeopgaver og senere også opgaver i hjemmesygeplejen

1980-2020

Kortere indlæggelser og flere ambulante behandlinger var vigtigste effektiviseringsskrue i sygehusvæsenet i 40 år; muliggjort af

- Bedre anæstesi- og smertebehandling samt skånsom kirurgi
- Organisering, fx FAM: Fælles Akut Modtagelse
- Og et kommunalt plejesystem, som kunne tage plejekrævende patienter hjem

2020-2060

Planlagt, finansieret udflytning af sygehusopgaver til primær sektor vil være sundhedsvæsenets vigtigste effektiviseringsskrue de næste 40 år; muliggjort af

- Kompetencer, kapacitet og velfærdsteknologi på alle niveauer
- Forpligtende samarbejder
- Kvalitets- og økonomiplan for det DNS
- (Bedre forebyggelse, sygdomsbyrden skal ned)

	1980	2000	2014	2020*
Udskrivninger	916.000	1.130.000	1.150.000	1.500.000
Ambulante besøg	3.295.000	4.405.000	7.900.000	10.700.000
Sengepladser	42.500	20.592	16.400	13.000
Sengedage	9.045.000	7.152.000	4.200.000	3.400.000
Organisatoriske enheder	128	78	30	20
Gennemsnitlig liggetid	10	6	3,7	2,7

Tak for lån til
Jakob Kjellberg

SDU DACHE

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

Stort set alle kommuner varetager behandlingsopgaver, som tidligere varetoges i sygehusregi

Antal kommuner, der varetager konkrete og særlige behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen

Spørgeskemaundersøgelse blandt alle 98 kommuner. Efteråret 2019.
Momentum, 9. januar 2019

I runde tal "Med aftale" for ½ af kommunerne.

"Med aftale" betyder
- ½ er skriftlige
- ½ indebærer økonomisk kompensation
- ½ sikrer entydigt placering af lægelige behandlingsansvar

Er det her godt nok?

Det her handler *også* om ledelsesansvar og styring i kommunerne, når opgaverne kommer glidende så at sige fra sygeplejerske til sygeplejerske

SDU DaCHE

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

De ældste er multisyge: Over halvdelen har tre sygdomme

Kilde: Barnett et al, Lancet 2012

En 80 årig har

3% risiko for at have 8+ sygdomme
6% risiko for at have 7 sygdomme
12% risiko for at have 6 sygdomme
21% risiko for at have 5 sygdomme
37% risiko for at have 4 sygdomme
54% risiko for at have 3 sygdomme
73% risiko for at have 2 sygdomme
90% risiko for at have 1 sygdom
10% chance for at være rask

SDU DaCHE

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

Andel af 80+ årige med kroniske sygdomme mangedobles fra 2000 til 2018

Andel af 80+årige med udvalgte kroniske sygdomme, 2000 og 2018 (%)

Kilde: Momentum. Egne beregninger på baggrund af udtræk fra Esundhed.dk - register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser og statistikbanken.dk.

2000 til 2018

- Incidensen, dvs. nye tilfælde af disse sygdomme, falder faktisk i alle aldersgrupper
- Prævalensen, dvs. antal borgere med sygdommen, også hos 80+ årige stiger kraftigt
- Flere overlever og lever med deres kroniske sygdom(me)
- Et eksempel på at behandlingssucces i kommuner og regioner kan koste penge
- Disse penge må prioriteres, men også bruges omkostningseffektivt

Uddrag fra Jes Søgårds oplæg fra KØF 2020 om sundhedsområdet.
Hele Jes Søgårds oplæg kan hentes her.

National kvalitets- og økonomiplan for Det Nære Sundhedsvæsen

(rammer og værktøjer for lokale/regionale aftaler)

- Opgaveplan – hvem gør hvad og hvordan?
  - 4-parts møder mellem Regering, KL, DaR og PLO m.v.
  - Hvad skal være nogenlunde ens og hvad er mere frit?
  - Ansvarsdelegering (fra læge til sygeplejerske)
- Kvalitetskrav til opgaveløsningen i DNS
  - Kvalitetsstandarder fra Sundhedsstyrelsen
  - Ensartet måling af aktivitet og kvalitet
  - Monitorering
- Finansiering
  - Pengene følger opgaverne
  - Af infrastruktur, fx sundhedshuse
- Forpligtende samarbejder
  - Men hvordan?

SDU DACHE

KKR SYDDANMARK

Sundhedssamarbejdet i Syd

Sundhedssamarbejdet tager udgangspunkt i sundhedsaftalen 2019-2013.

Det overordnede politiske organ for Sundhedsaftalen er Sundhedskoordinationsudvalget (SKU).

Det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum (DAK).

Sundhedsstrategisk Forum er et tværkommunalt samarbejde mellem alle 22 kommuner. Forummet er bagland for de kommunale medlemmer af Det Administrative Kontaktforum. Her drøftes og formuleres kommunale strategier på sundhedsområdet

KKR SYDDANMARK

Hvad er kommunerne særligt optaget af?

1) At være gode til at løfte opgaverne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen ud fra et borgerperspektiv: Hvad er bedst for borgeren?

2) At få økonomien til at hænge sammen. Udviklingen kræver flere kompetencer, mere tid, mere økonomi.

”Vi vil gerne, men midlerne må følge med”.

KL´s positionspair: En reform af sundhedsvæsenet haster

KL anbefaler, at der snarest muligt indledes forhandlinger om en sundhedsreform, som bygger på to grundpiller:

1. En ny struktur med politisk forankrede sundhedssamarbejder omkring akutsygehusene

2. Grundlæggende omlægning af behandlingen af kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser, der frigør kapacitet på sygehusene

”Der er brug for klare, nationale aftaler om opgaveoverdragelse fra sygehusene og til kommuner og almen praksis”

KKR SYDDANMARK

Hvad gør vi med nye opgaver?

- Under den tidligere sundhedsaftale blev der udarbejdet en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, hvor kommunerne kan sige til og fra til opgaver inden de overdrages

- Sundhedsstrategisk Forum og kommunerne ser et behov for at udvide modellen, så den også anvendes på det stigende antal nye opgaver.

- **Hvordan samarbejder vi indtil en national aftale er på plads?**

sprog og en fælles forståelsesramme, der styrker arbejdet med mental sundhed på tværs af organisationer og fagligheder. Se oplægget som bilag.

KKR Syddanmark drøftede temaet og fandt god inspiration i budskaberne fra ABC-tilgangen.

2.2. Behovet for en reform af sundhedsvæsenet

SAG-2019-06426 suha

Baggrund

KL offentliggjorde i november 2019 positionspapiret, ”En reform af sundhedsvæsenet haster”, for at genstarte debatten om en sundhedsreform. KL peger i oplægget på, at efter 30 år med hovedfokus på sygehusene, skal det primære sundhedsvæsen styrkes – herunder samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

KKR spiller en central rolle i det tværkommunale samarbejde for at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. Der lægges således op til, at KKR Syddanmark bidrager i arbejdet med at konkretisere og udfolde kommunernes behov for en reform af sundhedsvæsenet.

Repræsentanter fra formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum deltager under punktet med et oplæg, der tegner et billede af sundhedsopgaven og sundhedssamarbejdet i Syddanmark. Med sundhedsvæsenets udvikling opstår nye opgaver på sundhedsområdet.

Indstilling

Det indstilles, at KKR Syddanmark drøfter sundhedsområdet med fokus på:

- Input til det videre arbejde med at konkretisere KL’s positionspapir
- Hvordan der kan sikres tilstrækkelig lokalpolitisk forankring i en kommende model
- Eksempler på de konkrete udfordringer i samarbejdet om borgeren/patienten og opgaveoverdragelse mellem sektorerne.

Sagsfremstilling

Sundhedsområdet spiller en stadig større rolle for kommunerne. Allerede i dag møder kommunerne flere ældre, borgere med psykisk sygdom og borgere med kroniske lidelser. Denne udvikling fortsætter de kommende år, hvorfor efterspørgslen på sundhedsområdet er kraftigt stigende.

Allerede i dag løser 98 pct. af kommunerne opgaver, som før blev løst på et sygehus. Og næsten 8 ud af 10 kommuner har det seneste år oplevet et pres for at overtage nye eller flere behandlingsopgaver fra sygehusene. Det skyldes blandt andet, at danskerne er nogle af de europæiske patienter,

som er indlagt i kortest tid. Samtidig er der investeret massivt i supersygehuse, som har langt færre sengepladser.

Sundhedsopgaven

./. KKR har med indgåelsen af de flerårige sundhedsaftaler med regionerne en central rolle i forhold til at sikre, at opgaveflytningen fra sygehusene til kommunerne sker planlagt og med tilstedeværelse af de rette kompetencer og med tilstrækkelig finansiering. Desværre er virkeligheden mere kompleks, og ofte sker overflytningen i praksis glidende og uden de nødvendige forpligtende aftaler.

./. På Kommunaløkonomisk Forum 2020 præsenterede professor, Jes Søgaard, SDU, oplægget: ”Sundhedsområdet – hvilken vej skal vi gå?”. Oplægget er vedlagt som bilag og peger blandt andet på flytning af opgaver og samarbejde mellem sektorer på sundhedsområdet.

Syddanmarks sundhedssamarbejde

./. Som en del af Sundhedsaftalen 2015-2018 er der lavet en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. Modellen sikrer, at de juridiske, faglige og økonomiske konsekvenser ved en opgaveoverdragelse bliver belyst. Derved undgås opgaveglidning, og i stedet samarbejdes der om aftalte og planlagte opgaveoverdragelser.

Med sundhedsvæsenets udvikling, opstår nye opgaver på sundhedsområdet. Aktuelt drøfter Sundhedsstrategisk Forum i Det Administrative Kontaktforum muligheden for at udvide den syddanske model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, så den fremadrettet anvendes på alle forløbsprogrammer, der fører nye opgaver med sig. Herved skal det blandt andet sikres, at de økonomiske konsekvenser, som nye opgaver medfører for de syddanske kommuner, bliver belyst.

Ny struktur og opgaveomlægning

KL har peget på, at udfordringerne ikke løses ved små justeringer i det eksisterende samarbejde mellem sygehuse, kommuner og almen praksis, men kun ved nationalt at omlægge behandlingen af kronisk sygdom radikalt – og ved at forpligte parterne til et styrket politisk samarbejde lokalt og regionalt. Konkret peger KL i positionspapiret på behovet for:

1. *Ny struktur med politisk forankrede sundhedssamarbejder omkring de 21 akutsygehuse*
   Sundhedssamarbejderne skal bestå af borgmestre fra alle deltagende kommuner og regionsrådsformanden evt. suppleret med yderligere regionsrådsmedlemmer. Hovedfokus vil være at:

- Sikre et klart politisk ansvar for patientforløb, der går på tværs af sygehus, almen praksis og kommune (blandt andet ældre medicinske patienter)
- Gennemføre nationalt aftalte opgaveomlægninger på kronikerområdet efter lokale forhold
- Arbejde for et bæredygtigt sundhedsvæsen for kommende generationer.

2. *Grundlæggende omlægning af behandlingen af kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser*
   - Det skal frem mod 2020 aftales nationalt, hvordan behandlingen af borgere med kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser omlægges
   - Der skal langt større fokus på forebyggelse, træning, holdindsatser og på, hvad borgerne selv kan klare
   - De nationale aftaler skal følges op af faglige standarder for at understøtte, at indsatsen løftes mere ensartet på tværs af landet.

Videre proces
KL arbejder i flere spor med at udfolde og aktualisere behovet for en sundhedsreform. Eksempelvis inviterer KL alle borgmestre, regionsrådsformænd, Folketingets sundhedspolitikere, organisationer m.v. til Sundhedspolitisk Topmøde den 6. februar 2020.

KL's administrerende direktør, Kristian Wendelboe, og direktør Christian Harsløf er på rundtur til KKR-formandskaberne i december 2019 og januar 2020 for at drøfte konkretiseringen af KL's positionspapir og det videre arbejde med at styrke det nære sundhedsområde. I KKR Syddanmark finder mødet sted den 27. januar 2020.

Beslutning
Direktør **Arne Nicolaisen**, medformand i Det Administrative Kontaktforum og næstformand i Sundhedsstrategisk Forum, tegnede et billede af sundhedssamarbejdet i Syddanmark. Kommunerne og Region Syddanmark samarbejder om at forbedre, udvikle og effektivisere sundhedsområdet, så der skabes en bedre sammenhæng og mere ensartede tilbud til gavn for borgeren.

KKR Syddanmark drøftede temaet og var enige om fortsat at arbejde for at styrke det nære sundhedsvæsen. Det stod klart, at den nødvendige finansiering skal følge opgaverne.

KKR Syddanmark ser et behov for, at der arbejdes med aftaler på nationalt niveau, så der bliver en ensartet standard for alle KKR'er, ligesom KKR Syddanmark selv kan spille en større rolle på sundhedsområdet i forhold til at

sikre aftaler med Regionen, hvor økonomi indgår. Her er det vigtigt, at Sundhedsstrategisk Forum har den rigtige sammensætning, således et mandat til at lave aftaler står klart.

Det er ligeledes vigtigt at sikre klarhed over placering af opgaveansvar, og hvornår en opgave er løst.

Endelig var KKR Syddanmark enige om at styrke fokus på sundhedsområdet i relevante fora.

2.3. Tværkommunale samarbejder om klima

SAG-2019-06156 snm/bel

Baggrund

./.. KL lancerede primo januar 2020 to klimaudspil – ét om klimatilpasning og ét om CO2-reduktion. Alle fem KKR har givet input til udspillene.

Udspillene peger på, at klimaudfordringerne bl.a. kalder på tværkommunale løsninger. I den forbindelse er der behov for en tydelighed om, hvem der understøtter og koordinerer klima på tværs af kommunegrænserne.

KL vil arbejde for, at alle kommuner måler, planlægger og rapporterer på samme måde. Herunder vil KL arbejde for, at Energi- og CO2-regnskabet under staten videreudvikles. Endvidere arbejdes der for en fælles systematik og tilgang i kommunernes udarbejdelse af klimaplaner. Endelig vil KL understøtte videndeling i relation til de tværkommunale samarbejder i og på tværs af landet.

Sagen behandles på alle KKR møder i februar.

Indstilling

Det indstilles, at KKR Syddanmark drøfter og tilslutter sig:

- At KKR bliver omdrejningspunktet i et forpligtende tværkommunalt klimasamarbejde, herunder understøtter samarbejdet mellem kommuner på tværs af KKR-geografier på klimaområdet
- At hvert KKR formulerer en strategi for det fælleskommunale samarbejde på klimaområdet og inddrager øvrige og relevante aktører, som arbejder med klima på tværs af kommuner (Business Regions, Gate 21 m.fl.)
- At hvert KKR bakker op om, at alle kommuner måler, planlægger og rapporterer på samme måde.

Afdeling: SVS IT-afdeling
Dato: 17. februar 2020
Udarbejdet af: Gitte Post-Lundgaard
E-mail: Gitte.Post-Lundgaard@rsyd.dk

Digitalisering af forsendelse af LÆ-attester i Region Syddanmark

Ændringer ift. nuværende proces (den striplede boks):

A) Kommuner sender LÆ-attest til oplyste mailadresse i SOR-hierarkiet
B) NFS (EG) leverer LÆ-attest til regionen via tunnelkryptering (anmodning)
C) Region returnerer LÆ-attestsvar til NFS (EG) via tunnelkryptering (retursvar)

LÆ-attester som løsningen understøtter:

- LÆ 131/135 Specifik helbredsattest
- LÆ121/125 Statusattest
- LÆ 141/145 generel helbredsattest
- LÆ 111/115 Journaloplysninger fra speciallæge
- LÆ 221/225 Kronisk sygdom
- LÆ 101/105 Journaloplysninger fra sygehus
- LÆ 261/265 Attest til rehabiliteringsforløb
- LÆ 281/285 Sygedagpenge opfølgning
- LÆ 141F/145F GHA flygtning

Hvad betyder dette for regionen og kommunerne?

- Færre rykkere, da regionens svartid kan reduceres op til 10 hverdage.
- Sendes LÆ-attestsvaret inden kl. 13 på hverdage, vil den være fremme ved kommunen samme dag
- Vi bruger mindre papir og skåner derved miljøet
- Vi bruger mindre porto, hvilket giver besparelser for både kommuner og region.

Kommunikation omkring løsningen

Leverandør af NetForvaltning Sundhed, EG A/S har udsendt et webcast til kommunerne.

Spørgsmål kan adresseres til Product Manager for NetForvaltning Sundhed ved EG A/S, Sara Dagher på support@egki.dk eller ved at benytte webformular.