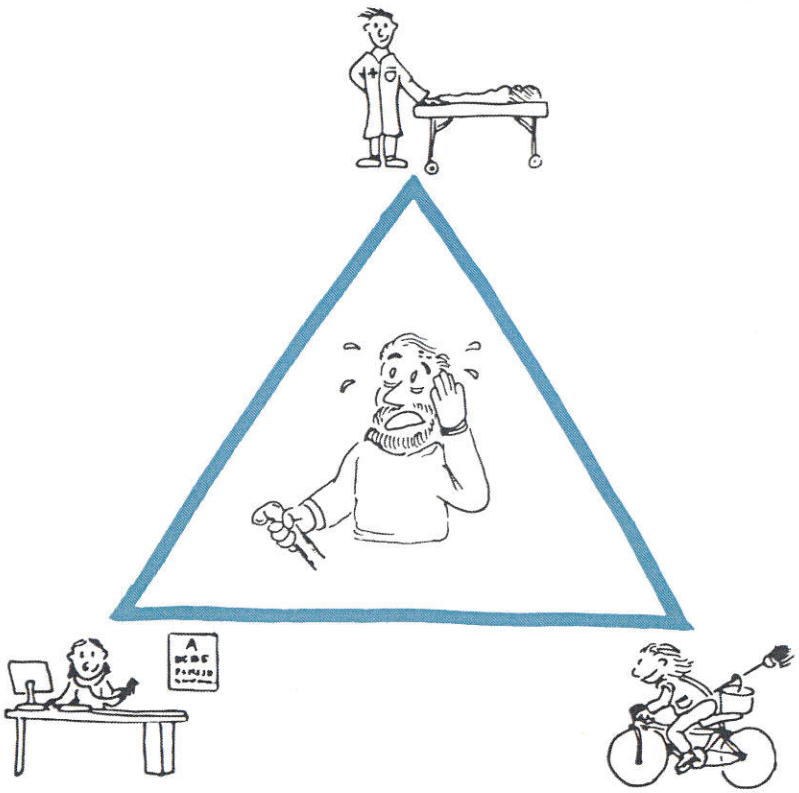
Samspillet i sundhedstrekanten



Masterafhandling – efterår 2014

Vejleder: Gunnar Gjelstrup

Afleveret af: Helene Rasmussen

Antal anslag (med mellemrum): 113.058

Indhold

1. Indledning 3
2. Problemformulering 5
3. Teoretisk udgangspunkt 6
3.1 Koppenjan og Klijn: Wicked problems 6
3.2 Leon Lerborg: Styringsparadigmer 9
3.3 Ernst og Chrobot-Mason: Boundary Spanning Leadership 11
3.4 Palludan: Kreativ rekonstruktion 12
4. Metode 13
4.1 Metodisk indfaldsvinkel og studieobjekt 13
4.2 Metoder til empiriindsamling 14
4.3 Præsentation af interviewundersøgelse 15
4.3.1 Metodebeskrivelse af interviews 15
4.3.2 Udvælgelse af interviewpersoner 15
4.3.3 Præsentation af interviewguiden 15
4.3.4 Afvikling af interviews 17
4.3.5 Metodisk håndværksmæssigt – klargøring af data 17
4.3.6 Evaluering af interview 17
5. Analyse 18
5.1 Samspillet i sundhedstrekanten 18
5.1.1 Hvordan karakteriseres samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten? 18
5.1.2 Delkonklusion ift. hvordan samspillet om DÆMP kan karakteriseres? 20
5.1.3 Hvordan ser det gode borgerforløb ud? 21
5.1.4 Delkonklusion ift. hvordan det gode borgerforløb ser ud 22
5.1.5 Diskussion af resultater inkl. inddragelse af Koppenjan og Klijns teori om wicked problems 23
5.2 Strukturelle udfordringer 27
5.2.1 Hvad karakteriserer organiseringen og styringen af sundhedstrekanten? 27

5.2.2 Delkonklusion ift.hvad der karakteriserer organiseringen og styringen af sundhedstrekanten? 29

5.2.3 Diskussion af resultater inkl. inddragelse af Lerborgs teori om styringsparadigmer og Klijn og Koppenjans teori om usikkerhed 29

5.3 Nye løsninger 33

5.3.1 De hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne 33

5.3.2. Delkonklusion ift. de hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne 34

5.3.3 Idéer til at forbedre samarbejdet 35

5.3.4 Delkonklusion ift. at forbedre samarbejdet 36

5.3.5 Et sundheds hus som en del af løsningen? 36

5.3.6 Delkonklusion ift. et sundhedshus som en del af løsningen 38

5.3.7 Et godt råd til mig ift. hvordan jeg, kan være med til at skabe nye løsninger? 38

5.3.8 Diskussion af resultater inkl. inddragelse af Koppenjan og Klijns teori om wicked problems og netværksledelse, Ernst og Chrobot-Masons teori om boundary spanning samt Palludans teori om kreativ rekonstruktion 39

6. Konklusion og perspektivering 43

6.1 Konklusion 43

6.2 Perspektivering 44

6.3 Hensigtsmæssighed af anvendt teori og metode 45

7. Den personlige udviklingsplan ..... **Fejl! Bogmærke er ikke defineret.**

7.1. Oprindelig udviklingsplan ..... **Fejl! Bogmærke er ikke defineret.**

7.2 Slutstatus på udvikling undervejs ..... **Fejl! Bogmærke er ikke defineret.**

7.3 Fremtidig ledelsesopgave i forhold til egen udvikling ..... **Fejl! Bogmærke er ikke defineret.**

Abstract 46

8. Litteratur 48

9. Bilag 49

1. Indledning

En af de store udfordringer for det danske sundhedsvæsen er at sikre sammenhæng mellem indsatserne som helhed og for den enkelte borger, uanset om indsatsen er forankret kommunalt eller regionalt. En stor gruppe af borgere og patienter, bl.a. ældre sårbare medicinske patienter, modtager sundhedsydelser fra både hospital, almen praksis og kommune og har et særligt behov for, at samarbejdet fungerer på tværs af sektorer og faggrupper (Vision for Fælles Sundhedshuse, 2014:3).

> *Regeringens mål er, at alle borgere møder et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen om og sammen med borgeren (Regeringen 2013a:9).*

Sådan skriver regeringen i sit sundhedsudspil *Mere borger, mindre patient* fra 2013. Sundhedsvæsnets udvikling stiller stadig større krav til, at der samarbejdes og koordineres på tværs af hospitaler og kommuner for at sikre kvalitet og hensigtsmæssig ressourceanvendelse i de tværgående patientforløb.

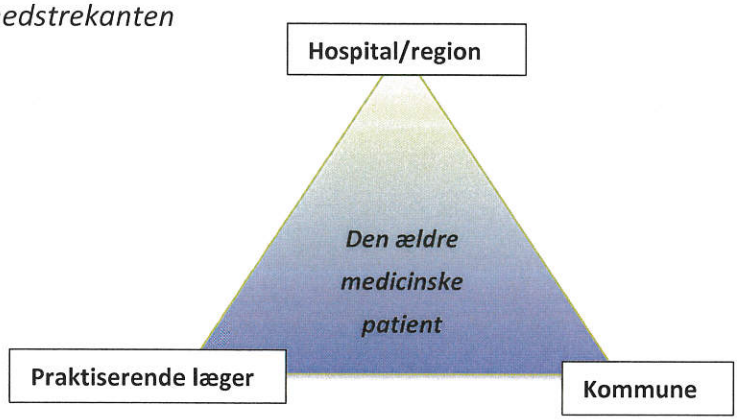
> *For mange borgere oplever i dag behandlingsforløb, der ikke hænger godt nok sammen. Dårlig kommunikation og manglende samarbejde på tværs af sektorer kan let skabe utryghed og usikkerhed. Det kan også forlænge og forværre den enkeltes sygdom. Det kan betyde flere indlæggelser, som kunne have været undgået. Det er uholdbart. Både for den enkelte og for samfundsøkonomien (Regeringen 2013a:12).*

Derfor skal styringen af sundhedsvæsenet bidrage til bedre sammenhæng i sundhedsindsatsen på tværs af sektorer. Det stiller krav om sammenhæng i sundhedsvæsenets indsats og at behandlingen udføres på det mest hensigtsmæssige niveau – og hvor borgeren inddrages mest muligt i egen behandling (Incitamentsudvalget, 2013:3).

Der er altså helt fra det danske samfunds top fokus på problemet med manglende sammenhæng i det der kaldes sundhedstrekanten (se figur 1) – samarbejdet mellem hospital, kommune og praktiserende læge[1]. Som centerchef i en kommune – og dermed en del af det ene hjørne i sundhedstrekanten - er jeg optaget af, at få samspillet i sundhedstrekanten om den ældre medicinske patient til at fungere optimalt – både fordi det giver bedre forløb for borgerne, men også fordi, der er rigtig mange penge at spare, hvis borgerne ikke kastes rundt mellem sektorerne.

[1] I denne afhandling bruges begreberne "almen praksis" og "praktiserende læge" synonymt til at beskrive den alment praktiserende læge – også kendt som "familielægen".

Figur 1 - sundhedstrekanten



Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne en større del af opgaverne i det samlede sundhedsvæsen[2]. Kommunerne fik ansvaret for en række nye opgaver inden for genoptræning og borgerettet forebyggelse samt sundhedsfremme. Samtidig blev der vedtaget en ny finansieringsreform for sundhedssektoren, der medførte, at kommunerne fremover skulle være med til at finansiere de regionale sundhedsudgifter gennem den aktivitetsbestemte medfinansiering[3].

Den kommunale medfinansieringsordning blev indført med henblik på en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, for at give et mere synligt incitament til at investere i og samarbejde om sammenhængende patientforløb, og ikke mindst for at understøtte et forpligtende samarbejde mellem regionerne og kommunerne.

Medfinansieringsordningen er tilrettelagt således, at den har en betydelig effekt for kommunernes betaling for de ældre medicinske patienter[4]. Ældre medicinske patienter har forholdsvis høj indlæggelseshyppighed og – varighed, hvorfor forebyggelsestiltag, akutbehandling og ændrede plejetiltag fra kommunernes side rettet mod netop denne gruppe tænkes at ville kunne reducere de kommunale indlæggelsesudgifter og dermed de samlede sundhedsudgifter.

---

[2] I bilag 1 er det organisatoriske setup omkring den ældre medicinske patient beskrevet nærmere.

[3] Den aktivitetsbestemte medfinansiering betyder, at kommunerne betaler for ydelser fra sygehusvæsnet samt fra de privatpraktiserende sundhedspersoner under sygesikringen (dvs. praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter mm.). Kommunerne betaler en procentsats af DRG taksten for en indlæggelse (pt. 34 % af DRG-taksten, dog maks. 14.377 kr. pr. indlæggelse) og for et ambulant besøg på et sygehus (pt. 34 % af DRG taksten, dog maks. 1.418 kr. pr. besøg) (Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse (2013)).

[4] Den ældre medicinske patient defineres som en patient med høj alder og typisk flere af nedenstående faktorer (definition fra KLs hjemmeside - http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Hjemmesygepleje/DAMP/):

- Svær sygdom
- Flere samtidige sygdomme
- Nedsat funktionsniveau fysisk og/eller kognitivt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Multimedicinering (polyfarmaci)
- Behov for kommunale støtte foranstaltninger eller sygehusindlæggelser

Kommunerne slås dog med den udfordring, at de ikke alene kan forhindre indlæggelse af den ældre medicinske patient. Det er læger på sygehuse og i almen praksis, der visiterer til indlæggelse og behandling, og kommunerne er ikke myndighed på dette område og kan derfor ikke styre behandlingsomfanget. Derfor er borgernes forbrug af sundhedsydelser og aktiviteten i sundhedsvæsenet som helhed ikke alene underlagt kommunale styringsmekanismer.

Der er over årene identificeret mange barrierer, som forhindrer at der skabes sammenhæng på tværs af sektorer i sundhedsvæsnet. Barriererne har forskellige former, men handler eksempelvis om systemkompleksitet, en tradition for silotænkning, kultur- og fagkonflikter samt modstridende økonomiske, professionelle og politiske interesser (Holm-Petersen og Buch, 2014:5). For at løfte de udfordringer det samlede sundhedsvæsen står overfor, er det nødvendigt at udvikle nye måder at skabe sammenhænge på.

Et af de tiltag, som jeg er involveret i som centerchef i Helsingør Kommune, er etablering af et fælles sundhedshus i Helsingør, der samler udvalgte regionale og kommunale funktioner. Region Hovedstaden og Helsingør Kommune har i foråret 2014 fået godkendt en vision for fælles sundhedshuse. Af den fremgår det, at formålet med sundhedshuset er at skabe sammenhængende forløb for borger og patient. Det er visionen, at et sundhedshus skal sikre bedre udnyttelse af ressourcerne, give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen og dermed opnå endnu mere sundhed for pengene (Vision for Fælles Sundhedshuse, 2014:1).

2. Problemformulering

Det jeg i denne opgave vil analysere er følgende:

Hvordan kan samspillet mellem kommunerne, Nordsjællands Hospital og de praktiserende læger om den ældre medicinske patient karakteriseres? Og hvordan kan det forbedres?

For at belyse problemformuleringen vil jeg undersøge disse underspørgsmål:

1. Hvordan oplever sundhedstrekantens aktører samspillet om den ældre medicinske patient (DÆMP)?
2. Hvilke styringsparadigmer er på spil i sundhedstrekanten? Og hvad betyder de for samspillet?
3. Hvad skal der til for at finde nye løsninger, som kan forbedre samspillet?

Jeg definerer *samspillet* som interaktionen mellem aktørerne i sundhedstrekanten. Det består af samarbejde og styringsrelationer – det vil sige et samarbejdsmæssigt samspil og et styringsmæssigt samspil.

Formålet med denne masterafhandling er at forstå og forklare, hvilke barrierer der er for at skabe et velfungerende samspil mellem de 3 aktører i sundhedstrekanten. Hvorfor er det ikke muligt at forhindre unødvendige indlæggelser af den ældre medicinske patient, når parterne har masser af viden om, hvad der skal til? Hvad forhindrer denne viden i at blive omsat til praksis?

3. Teoretisk udgangspunkt

Analysen vil tage udgangspunkt i følgende 3 teoretikere for at belyse de 3 underspørgsmål knyttet til min problemformulering: *Joop Koppenjan og Erik-Hans Klijn, Leon Lerborg samt Chris Ernst og Donna Chrobot-Mason.* Derudover anvendes *Uffe Palludans teori om kreativ rekonstruktion* kort i analysen i afsnit 5.3, hvor jeg kigger på nye løsninger.

3.1 Koppenjan og Klijn: Wicked problems

For at give en mulig forklaring på, hvorfor samspillet omkring den ældre medicinske patient i sundhedstrekanten er problematisk, vil jeg tage udgangspunkt i Koppenjan og Klijns (2004) teori om "wicked problems" og problemløsning i netværk. Analysen vil anvende deres begreber om forskellige former for usikkerhed – strategisk, substantiel og institutionel.

Ifølge Koppenjan og Klijn (2004:6) er kompleksitet og usikkerhed et grundvilkår i vores samfund i dag. Usikkerhed opstår, når aktører konfronteres med sociale problemer, hvor de ikke ved hvilken effekt, deres indsatser har. Og især samspillet mellem aktørerne i sundhedsvæsnet, med mulighederne for nye behandlinger, nye teknologier og accelerede forløb, er blevet mere komplekst og præget af større usikkerhed.

Koppenjan og Klijn definerer wicked problems på følgende måde:

> *"Complex societal issues that are characterized by substansive, strategic and institutional uncertainty" (Koppenjan og Klijn, 2004: 6).*

Det er min antagelse, at samspillet om den ældre medicinske patient i sundhedstrekanten – og især udfordringen med at forhindre forebyggelige indlæggelser[5] – kan karakteriseres som et

[5] Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt. De typiske diagnoser er dehydrering, forstoppelse, luftvejsinfektioner og blærebetændelse

wicked problem, hvor der ikke er enighed om, hvad problemet er – eller hvordan det løses. Og aktørerne i trekanten er gensidigt afhængige af hinanden, da beslutninger i et hjørne af trekanten påvirker de andre aktører.

Klijn og Koppenjan (2004) definerer tre former for usikkerheder, som karakteriserer wicked problems:

1) **Substantiel usikkerhed** – hvad skyldes problemerne? Komplekse og konkurrerende kausalteorier
2) **Strategisk usikkerhed** – når vi er afhængige af hinanden for at løse problemerne – hvor har vi så hinanden? Hvilke interesser og opfattelser præger arenaen?
3) **Institutionel usikkerhed** – tværgående politikker gennemskærer institutionelle arenaer med forskellige regler, normer, ressourcefordelinger. Hvad sker der i koblingspunkterne?

Den første form for usikkerhed er den substantielle/indholdsmæssige. Koppenjan og Klijn skriver, at en stor kilde til usikkerhed er de problemer aktørerne oplever, når de skal bestemme problemets natur (2004:19).

Usikkerheden skyldes til dels, at vigtig information mangler eller viden ikke er tilgængelig på det rigtige tidspunkt i beslutningsprocessen. Men usikkerheden skyldes i lige så høj grad usikkerhed omkring fortolkning af informationen, og hvordan mening skabes. Årsagen er, at problemer er socialt konstruerede størrelser. Selv hvis aktørerne er enig om facts, kan de være rygende uenige om, hvad disse facts betyder. Det skyldes, at aktørerne har forskellige opfattelser af problemet og der dem fra forskellige referencerammer, hvilket betyder, at de fortolker den tilgængelige information forskelligt.

Den måde, som aktørerne i sundhedstrekanten taler om unødvendige indlæggelser af den ældre medicinske patient på, tyder på, at der er tale om høj grad af substantiel usikkerhed.

Den anden form for usikkerhed er strategisk usikkerhed/procesusikkerhed, som vedrører usikkerhed om strategiske relationer til de relevante parter. Den strategiske usikkerhed udspringer fra de strategiske valg aktørerne tager ift. at formulere komplekse problemer (Koppenjan og Klijn, 2004:7).

Aktørerne baserer deres handlinger på unikke opfattelser, som de andre aktører enten ikke anerkender, eller som de ikke er opmærksomme på. Det betyder, at der udvikles en lang række af strategier omkring et komplekst spørgsmål. Hertil kommer, at aktørerne reagerer på og bruger energi på at forudsige hinandens strategiske skridt. Det gør det svært at forudsige, hvilke strategier den

enkelte aktør vil vælge, og hvordan interaktionen af disse strategier vil påvirke situationen og problemløsningsprocessen.

Samspillet i sundhedstrekanten er også præget af strategisk usikkerhed, da der er mange og meget forskellige aktører med forskellige interesser. Aktørerne ved ikke altid, hvor de har hinanden, hvilket betyder, de bruger meget tid på at tale om hinanden og de andres strategier.

Wicked problemer er for det tredje karakteriseret ved institutionel usikkerhed. Wicked problemer involverer mange aktører og disse aktører arbejder ud fra en forskellig institutionel baggrund. Wicked problemer går på tværs eksisterende grænser mellem organisationer, administrative niveauer og netværk. Det gør interaktion mellem aktørerne svært, fordi hver aktørs adfærd påvirkes af de opgaver, meninger, regler og sprog, der er i deres egen organisation. Interaktion omkring wicked problemer er derfor karakteriseret ved sammenstød mellem forskellige institutionelle regimer (Koppenjan og Klijn, 2004:7).

Som Koppenjan og Klijn beskriver, er årsagen til institutionel usikkerhed, at aktører og problemdefinitioner er vævet ind i forskellige institutionelle rammer og faglige logikker. Og samspillet har ofte en lang historie. Desuden er det svært at have overblik over og deltage i alle de forskellige arenaer, som typisk omgiver et komplekst socialt problem (Koppenjan og Klijn, 2004:67).

Det er sjældent muligt direkte at påvirke de eksisterende institutionelle rammer. De udvikler sig gradvist som en del af en historisk proces og er forankret i enten lovgivningsmæssige rammer, dybt rodfæstede uformelle institutioner eller langsigtede samfundsmæssige udviklingsprocesser (Koppenjan og Klijn, 2004: 7).

Dette genfindes i sundhedstrekanten, hvor rammerne er givet dels via lovgivningen, dels via den måde de forskellige aktører er styret på – både organisatorisk og økonomisk. Aktørerne i sundhedstrekanten er vævet ind i forskellige rammer og faglige logikker.

Konsekvensen af de usikkerheder, der karakteriserer wicked problems er, at traditionelle metoder til at håndtere problemer på, hvor komplekse spørgsmål bliver opfattet som et intellektuelt spørgsmål om rette design, og hvor forskning og videnskab har central rolle, ikke længer er tilstrækkelige (Koppenjan og Klijn, 2004:1).

Koppenjan og Klijns udgangspunkt er, at vi lever i et netværkssamfund, hvor hierarkier er blevet erstattet af horisontale *netværk*, med stigende fragmentering og gensidig afhængighed til følge (Koppenjan og Klijn, 2004:3). Løsninger på komplekse sociale problemer skal ske inden for disse netværk.

Koppenjan og Klijn definerer netværk på følgende måde:

> ... *"more or less stable patterns of social relations between mutually dependent actors, which form around policy problems and/or clusters of means and which are formed and maintained through a series of games" (Koppenjan og Klijn, 2004: 69-70).*

I denne forståelse kan aktørerne omkring den ældre medicinske patient i sundhedstrekanten karakteriseres som et netværk.

Spillet omkring problemløsningen finder sted på en *arena*, hvor aktørerne præsenterer deres strategier. I sundhedstrekanten er der en række arenaer, hvor aktørerne mødes. Det er først og fremmest samordningsudvalget, hvor alle 3 parter sidder med om bordet. Men det er også konkrete samarbejdsprojekter, hvor parterne forsøger at løse konkrete problemstillinger, fx etablering af et fælles sundhedshus i Helsingør eller projekter, hvor man analyserer bestemte patientforløb.

For at undersøge, om der er tale om et wicked problem, har jeg i mine interviews spurgt ind til:

- *Hvordan aktørerne vil karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten*
- *Om der blandt aktørerne i sundhedstrekanten enighed om, hvad problemet er? Og hvad det/de skyldes?*

3.2 Leon Lerborg: Styringsparadigmer

Leon Lerborgs (2013) teori om styringsparadigmer skal anvendes til at forklare, hvad det er for et setup samspillet i sundhedstrekanten foregår inden for. Og til at anskueliggøre, at man med kommunalreformen har fået skabt en sundhedstrekant, hvor ansvaret for den ældre medicinske patient er blevet fordelt på 3 aktører med forskellig (økonomisk) styring og dermed forskellige incitamenter.

Lerborg definerer paradigmer som de grundlæggende principper, antagelser, normer, modeller m.v. som binder praktiske styringsredskaber sammen i større tankemønstre. Styringsparadigmerne afgør, hvad vi anser for at være rigtige synspunkter, gode teorier, lovende interessefelter, legitime metoder, effektive styringsteknologier (Lerborg, 2013: 34-40).

Lerborgs 6 paradigmer er:

- **Det bureaukratiske styringsparadigme:** Det rationelle og logiske paradigme, der taler for centralisme, standarder, forudsætter styrbarhed og lægger vægt på kontrol, effektivitet og retfærdighed, formaliserede planer, hierarki

- **Det professionelle styringsparadigme:** Afledt af den hermeneutiske filosofi. Vægt på selvstyre og decentralisering, faglige standarder og fagligt hierarki, standardisering af kompetencer, faglige normer

- **NPM-marked:** Det pragmatiske paradigme, markedet bestemmer. Vægt på konkurrence, deregulering og afbureaukratisering, effektivitet, benchmarking, brugerorienterede løsninger, resultater

- **NPM- kontrakt:** Afledt af NPM-marked, men uden markedsmekanismer. Kontrakter i stedet for konkurrence. Vægt på resultater og dokumentation, outputstyring, planlægning, resultatledelse

- **Det humanistiske styringsparadigme:** Paradigmet defineres primært som en modsætning til de systemorienterede paradigmer. Vægt på personalepolitik, teambuilding, kompetenceudvikling, MUS etc.

- **Det relationelle styringsparadigme:** Afledt af den socialkonstruktivistiske filosofi. Vægt på anerkendelse, selvledelse, refleksiv ledelse. Netværk og dialog, innovation (ingen standarder), anarkisme, læring og refleksion

Jeg vil bruge styringsparadigmerne til vise, hvilke forskellige styringsmekanismer, der er på spil i sundhedstrekanten. Og hvad det betyder for mulighederne for et velfungerende samspil.

Min tese er, at NPM tænkningen bag kommunalreformen har betydet en opsplitning af opgaverne, hvilket sætter samarbejdet under pres. NPM paradigmet støder især sammen med det fagprofessionelle paradigme, som dominerer på hospitalerne og hos de praktiserende læger. I kommunerne er det bureaukratiske paradigme og NPM marked også på spil. Det er min antagelse, at en del af problemerne med samspillet i sundhedstrekanten skyldes, at aktørerne styres af forskellige og konfliktende paradigmer.

For at undersøge, hvilke paradigmer der er på spil i sundhedstrekanten, har jeg i mine interviews spurgt ind til:

- *Skyldes problemerne den måde, som de 3 sektorer er organiseret og styret på mht.*
  - *Økonomi/økonomiske incitamenter → hvad belønnes/straffes?*
  - *Succeskriterier → er de forskellige fra de forskellige sektorer?*

3.3 Ernst og Chrobot-Mason: Boundary Spanning Leadership

Ernst & Chrobot-Mason er optaget af, hvordan man kan overkomme begrænsende grænser, så man kan løse missions kritiske problemer og skabe innovative løsninger.

Ernst & Chrobot-Mason beskriver 5 typer af skillelinjer, som man som leder skal navigere ifht. hvis man ønsker, at praktisere innovationsledelse på tværs. De 5 skillelinjer er: 1) vertikale, 2) horisontale, 3) stakeholder, 4) demografiske og 5) geografiske (Ernst og Chrobot-Mason, 2011).

De 5 grænser er svære at lede på tværs af, hvilket ifølge Ernst & Chrobot-Mason (2011: 40) skyldes, at de repræsenterer forskelle i, hvem vi er, og hvordan vi forstår os selv. Mennesker skaber grænser for at skabe en fornemmelse for sikkerhed. Identitet er kernen i ledelse på tværs af grænser – og identitet formes i samspillet mellem to fundamentale behov – behovet for at være unik og behovet for integration.

Det at skabe sikkerhed mellem grænser benævner de *buffering*, hvormed identitet samtidig skabes. Det vil sige, at en gruppe definerer sig som noget, de er, og noget de ikke er. For at skabe samarbejde på tværs af grænser, er det nødvendigt at skabe *intergroup safety*. Eksempelvis ved at opbygge personlige, tillidsfulde relationer på tværs af organisatoriske skel.

Det kræver en stor lederindsats, at lede på tværs af denne type grænser. Man kan som leder ikke nøjes med at operere effektivt inden for de bokse og hierarkier, som ens egen organisation er bygget op omkring. Lederen skal derimod finde på løsninger på problemstillingerne på tværs af centre og opgaven bliver at facilitere tværgående, tvær-funktionelt samarbejde – også kaldet "silo-busting".

Ernst & Chrobot-Mason (2011) beskriver 6 "boundary spanning practices" man som leder kan benytte, hvis man vil overvinde grænserne, og skabe det de kalde nexus effekten, hvor grupper kan opnå mere, end hvad de kunne opnå på egen hånd (s. 219). De 6 taktikker er: 1) skabe tryghed i gruppen, 2) skabe respekt mellem grupperne, 3) opbygge tillid mellem grupperne, 4) skabe et større fællesskab, 5) fremme gensidig afhængighed, 6) muligøre genopfindelse.

Som Ernst & Chrobot-Mason (2011) skriver, er "boundary-spanning leadership" "evnen til at skabe kurs, koordination og commitment på tværs af grænser – med en højere vision eller et højere mål for øje. Lederen skal derfor skabe fælles forståelse af mål og strategier, sikre en fælles koordinering af ressourcer og aktiviteter samt understøtte en opfattelse af, at den fælles succes er mere eller lige så vigtig som egen (gruppes) succes.

I sundhedstrekanten er der mange af de grænser, som Ernst og Chrobot-Mason beskriver, på spil. Der er i udpræget grad tale om horisontale grænser på tværs af sektorer. Men også demografiske grænser, især ift. uddannelse, hvor læger dominerer i almen praksis og på sygehusene, mens SOSU-personalet er det mest udbredte i kommunerne. Der er tale om geografiske grænser – godt nok er der ikke de stor afstande i Nordsjælland, men aktørerne i sundhedstrekanten befinder sig på forskellige adresser, hvilket vanskeliggør samspillet.

For at afdække hvordan disse forskellige grænser kan overkommes, har jeg i mine interviews spurgt ind til:

- *Hvad vil du mene er den/de største barriere for at få et velfungerende samarbejde om DÆMP?*
- *Hvad der skal til for at finde nye løsninger?*

3.4 Palludan: Kreativ rekonstruktion

Uffe Palludan beskriver i sin bog *Veje ud af kommunernes økonomiske klemme. Seks mulige velfærdsfremtider* (2011), seks mulige scenarier for, hvad kommunerne kan gøre for at komme ud af den alvorlige økonomiske klemme, han mener de står i. Et af scenarierne kalder han "kreativ rekonstruktion".

Hans udgangspunkt er, at der er mangel på innovation i kommunerne, da de tilhører det han kalder "den skærmede sektor" (Palludan, 2001:113). Det skyldes, at der mangler et ydre pres på fornyelse, som man fx ser i private virksomheder, hvor fornyelse sker gennem destruktion af en eksisterende virksomhed, som har overlevet sig selv, og derfor bliver udkonkurreret af en ny virksomhed.

Det kendetegner alle organisationer, at de etableres på et givent tidspunkt, hvor de er i overensstemmelse med omverdenen (Palludan, 2001:116). Men på et tidspunkt har omverdenen ændret sig så meget, at der også er brug for at organisationen ændrer sig. Da den offentlige sektor delvist er "skærmet" fra eksterne krav og udvikling, er det efter Palludans opfattelse nødvendigt at finde andre kilder til fornyelse.

Hans forslag er, at "viske tavlen ren" og "kreativt rekonstruere" den nye kommune ved at gennemgå alle aktiviteter enkeltvis og begrunde dem forfra. Herudover skal man beskrive den oprindelige baggrund for organiseringen for at sætte svarene i relief (Palludan, 2001:123). Man skal i processen stille sig selv spørgsmål som ,"hvilke opgaver skal løses?", "af hvem?" og "hvem skal lede

dem?". Når man har svaret på disse spørgsmål, kan man tegne nye organisationer og beskrive deres kompetencer og opgaver.

Det organisatoriske setup up omkring sundhedstrekanten blev tegnet i midten af 00'erne. Der er de sidste 10 år sket en voldsom udvikling på sundhedsområdet. Behandlingerne er blevet bedre, forløbene accelereret og den gensidige afhængighed mellem aktørerne er steget. Så der kunne godt være brug for, at man viskede tavlen ren og kiggede på organiseringen med friske øjne.

For at undersøge, om nye institutionelle rammer er nødvendige, har jeg i mine interviews spurgt til:

- *Hvordan vil man kunne skabe nogle andre institutionelle rammer som bedre kan løse problemerne?*

4. Metode

I dette afsnit præsenteres min metodiske indfaldsvinkel, mit studieobjekt og mine metoder til empiriindsamling.

4.1 Metodisk indfaldsvinkel og studieobjekt

Min masterafhandlings metodiske indfaldsvinkel er et organisatorisk udviklingsprojekt. Jeg er optaget af at få afdækket årsager til, at samspillet i sundhedstrekanten ikke fungerer optimalt. Og jeg vil gerne finde frem til mulige måder at forbedre det på, som jeg vil kunne arbejde videre med i min dagligdag, bl.a. i regi af styregruppen for det fælles sundhedshus, der skal etableres i Helsingør.

Studieobjektet er samspillet i sundhedstrekanten om den ældre medicinske patient. Jeg er optaget af at forstå og forklare, hvad der karakteriserer samspillet. Og hvad der skal til for at forbedre det.

Min tilgang er abduktiv, da jeg har pendlet mellem den deduktive og induktive metode i de forskellige faser i min afhandling. Den deduktive metode har jeg anvendt ift opstilling af min interviewspørgsmål, hvor jeg har taget udgangspunkt i de teoretiske begreber, jeg ønskede at få be- eller afkræftet i interviewene. Den induktive metode har jeg brugt i analysen af mine interviews, hvor jeg har taget udgangspunkt i de enkelte svar og forsøgt at udlede en generel sammenhæng eller et mønster.

Jeg vil, på baggrund af analyse af en række kvalitative interviews samt dokumentarisk materiale, nå en konklusion på, hvad der karakteriserer samspillet i sundhedstrekanten, og hvordan det kan

forbedres. Jeg vil desuden i analysen inddrage mine egne professionelle erfaringer som en af aktørerne i trekanten.

Coghlan og Brannick (2014:133) bekriver, at når man udfører aktionsforskning i egen organisation[6] bygger man dels på den insider viden, man allerede har (ens forforståelse) samtidig med, at man skal balancere to roller – i mit tilfælde min almindelige organisationsrolle som centerchef i Helsingør Kommune og aktionsforskerrollen. Jeg er meget bevidst om, at jeg selv er en del af det ene hjørne i trekanten. Det giver mig en potentiel bias ift. at se på samspillet med kommunernes vinkel. Denne bias er jeg dog opmærksom på, og har forsøgt at overkomme ved i mine interviews at stille åbne spørgsmål, der giver respondenterne mulighed for med egne ord at beskrive, hvad der karakteriserer samspillet i sundhedstrekanten. At jeg er en del af trekanten giver mig imidlertid også en unik mulighed for at forstå og dermed grave dybere ned i, hvad det er der er på spil i trekanten, og hvorfor aktørerne agerer som de gør. Det betyder, at jeg i interviewene kan spørge dybere ind, end hvis jeg kom uden for sundhedstrekanten.

Samtidig er jeg opmærksom på, at min undersøgelse af samspillet i sundhedstrekanten også indeholder det Coghlan og Brannick kalder en "politisk dynamik" (2014:151), hvor de spørgsmål jeg stiller, og de vurderinger jeg foretager, kan have politiske implikationer. Det ser jeg bl.a. hos en af respondenterne, som ikke kunne godkende hovedparten af sit interview (jf. også afsnit 4.3.5), da vedkommende ikke ønskede at fremstå så kritisk, som vedkommende havde været under interviewet. Jeg tror personen var bange for at blive genkendt, og vedkommende ville have svært ved offentligt at forsvare en så kritisk holdning til samspillet i sundhedstrekanten.

4.2 Metoder til empiriindsamling

Jeg har valgt et casestudie som metode til at indsamle empiri og belyse, hvordan aktørerne i sundhedstrekanten vil karakterisere samspillet. Mit valg af casestudiet som metode skal ses som en forskningsstrategi, fordi jeg gerne vil gå i dybden på det udvalgte område. Jeg prøver via casestudiet at forstå og forklare den kontekst, som aktørerne i sundhedstrekanten befinder sig i.

For at belyse problemformuleringen har jeg valgt at interviewe personer, jeg samarbejder med i det daglige, idet jeg efterfølgende ønsker at arbejde videre med masterafhandlingen som et organisatorisk udviklingsprojekt i min egen organisation.

Udover interviewundersøgelsen vil jeg også inddrage dokumentarisk materiale i form af materiale fra kommunalreformens tilblivelse, evalueringen af kommunalreformen og lovtekster.

[6] Jeg definerer sundhedstrekanten som en del af min egen organisation, da jeg er en del af det ene hjørne.

4.3 Præsentation af interviewundersøgelse

4.3.1 Metodebeskrivelse af interviews

Jeg har valgt kvalitative semistrukturerede interviews som metode, da jeg er interesseret i at indgå i en dialog med respondenterne om mit problemfelt. Andre metoder ville kunne have givet et andet resultat. Men jeg har valgt en hermeneutisk tilgang for at kunne forstå og fortolke, hvad der er på spil i min problemformulering.

4.3.2 Udvælgelse af interviewpersoner

Mine interviewpersoner er udvalgt, så de dækker alle tre hjørner i sundhedstrekanten:

Tabel 1 - respondenter

Kommune	Leder af visitation i en kommune – Kommunalchef A
	Sundhedschef i en kommune – Kommunal chef B
	Leder af hjemmeplejen i en kommune – Kommunal chef C
Hospital	Chef fra direktionen – Hospitals chef A
	Chef for en afdeling i hospitalsadministrationen – Hospitals chef B
Almen Praksis	Læge som er medlem af samordningsudvalget – Praktiserende læge A
	Kommunal praksiskonsulent – Praktiserende læge B
Region	Chef for en afdeling i regionsadministrationen – Regional chef A

Jeg har valgt at anonymisere interviewpersonerne, da det er formodningen, at det gør, at de vil udtale sig mere frit.

4.3.3 Præsentation af interviewguiden

Min analyse vil falde i tre dele struktureret efter tre temaer – samarbejdet, strukturelle udfordringer samt nye løsninger. Interviewspørgsmålene er valgt ud fra, at de skal afdække disse tre temaer, de tre underspørgsmål til problemformuleringen samt de udvalgte teoretiske begreber.

Tabel 2 – sammenhæng mellem underspørgsmål, teori og interviewspørgsmål

Temaer	*Underspørgsmål til problemformuleringen*	*Teori/begreber*	*Interviewspørgsmål*
Samarbejdet	Hvordan oplever sundhedstrekantens aktører samspillet om den ældre medicinske patient (DÆMP)?	Koppenjan og Klijn: Wicked problems	1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten? 2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?
Strukturelle udfordringer	Hvilke styringsparadigmer er på spil i sundhedstrekanten? Og hvad betyder de for samspillet?	Lerborg: Styringsparadigmer	3. Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes.
Nye løsninger	Hvad skal der til for at finde nye løsninger, som kan forbedre samspillet?	Ernst og Chrobot-Mason: Boundary Spanning Koppenjan og Klijn: Problemløsning i netværk Palludan: kreativ rekonstruktion	4. Hvor succesfulde har de hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne været? 5. Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres? 6. Hvad skal der til for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen? 7. Har du et godt råd til mig ift. hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?

Til de fleste spørgsmål hører et eller flere underspørgsmål, som kan ses i interviewguiden i bilag 2.

Generelt er der spurgt ind til "hvordan?" og "på hvilken måde?" til alle spørgsmål for at få respondenten til at uddybe/begrunde sit synspunkt. Jeg har også spurgt til konkrete eksempler, når det var relevant.

4.3.4 Afvikling af interviews

Alle interviews på nær et foregik hos interviewpersonen (interviewet med den kommunale praksiskonsulent foregik på mit kontor). Alle interviews blev optaget. Interviewene havde en varighed på mellem 35 og 50 minutter. Det viste sig under afvikling af interviewene, at det var svært at nå at få stillet alle underspørgsmål, så jeg koncentrerede mig om at få svar på de 7 hovedspørgsmål. Alle interviewpersonerne syntes, at emnet for min afhandling var spændende og meget relevant for dem også, så talelysten var stor under interviewene.

4.3.5 Metodisk håndværksmæssigt – klargøring af data

Jeg har udarbejdet journalistiske referater med udvalgte citater fra alle mine interviews. Ved udarbejdelse af referaterne har jeg under spørgsmål 1 skrevet hvilke udfordringer, interviewpersonerne har været inde på, selv om jeg ikke har læst hele listen op og bedt dem vælge mellem udfordringerne.

Referaterne er godkendt af interviewpersonerne. Hovedparten af interviewpersonerne (5 ud af 8) havde ingen bemærkninger til referatet. To havde nogle få bemærkninger. Mens en enkelt respondent havde rigtig mange rettelser. Der var enkelte af spørgsmålene, hvor vedkommende slet ikke ville citeres for svarene. Og generelt ønskede vedkommende ikke at fremstå så kritisk, som svarene havde været under interviewet. Jeg tror, det er udtryk for det, som Coghlan og Brannick beskriver (2014:147), at når researcheren og deltageren samarbejder tæt, kan det være svært at sikre fortroligheden og anonymiteten. Jeg tror vedkommende var bange for at blive genkendt.

Der er ikke en 1-1 sammenhæng mellem undersøgelsesspørgsmål og interview spørgsmål. Så i analysen kan der være svar fra et andet spørgsmål, som inddrages under det underspørgsmål, som jeg er i gang med at besvare, men som ikke er stillet i den sammenhæng i interviewet.

4.3.6 Evaluering af interview

Det var ikke alle interviewpersoner, der kunne svare på spørgsmålene om, hvorvidt problemerne skyldes den måde, de 3 sektorer er organiseret på (spørgsmål 3.a), hvilket betyder, at jeg har færre svar på dette spørgsmål end på de andre spørgsmål. Jeg havde ikke forventet, at alle interviewpersonerne kunne svare på spørgsmålet, da det kræver et vist organisatorisk kendskab til opbygningen af sundhedstrekanten, som jeg ikke forventede de meget faglige personer besad. Men af systematiske årsager er det stillet til dem alle. Jeg mener ikke det er et problem ift. analysen, at alle

ikke har svaret på spørgsmålet, da de svar, som er givet, ikke har afveget væsentligt fra det forventede.

5. Analyse

Dette kapitel indeholder en analyse af, hvordan aktørerne i sundhedstrekanten beskriver og oplever samarbejdet om den ældre medicinske patient i sundhedstrekanten. Hvilken betydning designet af sundhedstrekanten har for muligheden for at løse samarbejdsproblemerne. Og endelig hvilke mulige løsninger, der kunne være.

Kapitlet falder i tre afsnit om hhv. samspillet, strukturelle udfordringer samt nye løsninger.

Tabel 3 - interviewede personer

Bilag 3	Kommunal chef A
Bilag 4	Kommunal chef B
Bilag 5	Kommunal chef C
Bilag 6	Praktiserende læge A
Bilag 7	Praktiserende læge B
Bilag 8	Hospitalschef A
Bilag 9	Hospitalschef B
Bilag 10	Regional chef

5.1 Samspillet i sundhedstrekanten

Dette afsnit tager udgangspunkt i spørgsmål 1 fra interviewundersøgelsen: "*Hvordan oplever sundhedstrekantens aktører samspillet om den ældre medicinske patient*" og spørgsmål 2 "*Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol*" (interviewguide - bilag 2). I afsnittet analyseres, hvordan samspillet i sundhedstrekanten om den ældre medicinske patient (DÆMP) kan karakteriseres med udgangspunkt i Koppenjan og Klijns teori om wicked problems, gensidig afhængighed og forskellige former for usikkerhed.

5.1.1 Hvordan karakteriseres samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

Alle interviewpersonerne er inde på, at der er en række udfordringer med samarbejdet i sundhedstrekanten. Men de er ikke enige om, hvad problemet skyldes, hvilket indikerer, at der er tale om et wicked problem.

De kommunale chefer og de praktiserende læger påpeger, at de accelerede forløb på hospitalerne, hvor borgerne er indlagt kortere og kortere tid, er en meget stor udfordring for samspillet i sundhedstrekanten.

Det underbygges af kommunal chef B, som siger: " Det er hastigheden ift. de krav, der stilles til regionerne om accelererede forløb, der er skyld i problemerne. Hospitalerne løber hurtigere end den kapacitet, der er i kommunerne både økonomisk og kompetencemæssigt ift. at overtage opgaverne.... Især efter strukturreformen ser vi mega accelererede forløb i regionerne, og vi har bare skulle gribe opgaverne uden at være kompetente til det, hverken økonomisk eller kompetencemæssigt" (bilag 4, s. 1).

Kommunal chef A er enig og siger: "Hospitalet bliver mere og mere presset. Det betyder, at grænserne for, hvornår en borger er færdigbehandlet eller kan udskrives, rykker sig hele tiden, og at det rykker meget ujævnt. Nogle gange handler det om, at der er for mange borgere på en afdeling – så skal de bare ud. Uanset om kommunerne er i stand til at tage dem eller ej" (bilag 3, s.2).

De praktiserende læger er enige og tilføjer, at de patienter, som de sidder tilbage med, bliver mere og mere komplekse (bilag 7, s. 1).

De praktiserende læger fremhæver en anden udfordring: At borgerne udskrives på alle tidspunkter af døgnet. Praktiserende læge A har et eksempel:

> En af mine ældre patienter udskrives efter 1 måneds indlæggelse med lungebetændelse. Han har virkelig tabt højde. Han skulle have haft et af de opfølgende hjemmebesøg. Han kan ikke rigtig gå mere. Den gamle kone på over 90 år var ude at købe ind, og de havde lovet hende, at nogle skulle ringe, så hun var hjemme. Det gjorde de ikke, og så stod den ældre herre bare der (bilag 6, s. 4).

Praktiserende læge A siger: "Det ligner ikke noget. Projektørnes spot skal drejes hen imod hospitalet. Hvad sker der på hospitalet? De skal have dem ud – nej de skal ikke. Så må der være nogen, der skal sige, det kan ikke lade sig gøre. Der bliver det for meget med skyklapper på, for meget kroner og ører og kassetænkning. Der glemmer de simpelthen at se på den enkelte patient, den enkelte borger – jeg synes simpelthen ikke, det er rimeligt. Det er sgu da ikke et samlebånd – det bliver vi nødt til at have dem til at indse" (bilag 6, s. 4).

Hospitalet derimod mener, at udfordringen skyldes, at det, der ikke fungerer i kommunen eller i almen praksis, ender på hospitalet. Hospitalschef A udtrykker det således: "Hospitalet har åbent 24/7 og bliver container for de sundhedsfaglige opgaver, der ikke løses i kommune og i praksis" (bilag 8, s. 1).

Men hospitalschef A ved godt, at for kommunerne er det ikke altid sundhedsvæsnet, der er i fokus. Det er lige så meget veje, svømmehaller etc., mens det for hospitalet og de praktiserende læger altid er patienterne, der er i fokus (bilag 8, s. 1).

Interviewpersonerne peger dog også på områder, hvor samarbejdet fungerer godt. Alle nævner konkrete eksempler på projekter eller arbejdsgange, som har løst en konkret problemstilling

Hospitalschef A forklarer, at der hvor det fungerer godt, og det som er vejen frem, er der, hvor parterne indleder nogle konkrete samarbejder, som egentlig ikke er aftalebestemt af sundheds-aftaler, men hvor parterne er enige om, at de har nogle problemer, som skal løses. For eksempel oplevede kommunerne, at de manglede informationer om patienterne, når de blev udskrevet – de var usikre på, hvad der var sket på hospitalet, og hvilket funktionsniveau borgeren havde ved udskrivelsen. Derfor foreslog kommunerne, at de kunne udstationere visitatorer på hospitalet. Hospitalschef A forklarer: "Det står ikke i sundhedsaftalen, at man skal have fremskudt visitation, men det fungerer bare. Og det er frivilligt at deltage. Det fungerer, der hvor samarbejdet og sektorerne smelter sammen til et. Det er en win-win situation" (bilag 8, s. 1).

Men de kommunale repræsentanter nævner også som hospitalschef A, at det sker på trods af strukturerne ikke som følge af dem. I afsnit 5.2 vil jeg komme nærmere ind på, hvad organiseringen af sundhedstrekanten betyder for muligheden for at skabe et godt samarbejde om den ældre medicinske patient.

5.1.2 Delkonklusion ift. hvordan samspillet om DÆMP kan karakteriseres?

Samarbejdet om den ældre medicinske patient er ofte karakteriseret ved manglende koordinering mellem de tre aktører. Der er tale om en ikke-velfungerende stafetmodel, hvor den ene part slipper stafetten uden at vide, om modtageren har grebet den. Resultatet er brudte forløb, hvor der ikke altid sker koordinering mellem aktørerne. Det betyder, at den ældre medicinske patient ikke altid oplever et hensigtsmæssigt forløb, og risikerer at blive genindlagt. Koordineringen vanskeliggøres yderligere af de accelerede forløb på hospitalerne, hvor patienterne er indlagt i kortere og kortere tid, hvilket betyder, at de ikke altid er færdig udredte eller færdigbehandlede, når de udskrives.

Samspillet i sundhedstrekanten er også præget af, at der mangler fælles ansvar ift. borgerne, hvilket betyder, at opgaven skubbes rundt. Og der mangler en fælles forståelse af den fælles opgave/fælles virkelighed, som alle tre parter i sundhedstrekanten står med. Endelig er der er tale om forskellige prioriteringer fra de forskellige aktørers side, som bl.a. hospitalschef A var inde på med eksemplet med kommunernes prioriteringer.

Samarbejdet er også præget af, at de rette kompetencer ikke altid er tilstede – især i kommunerne. Kommunal chef A beskriver, at det ville være rigtig godt, hvis der ved overgivelse af nye opgaver til kommunerne kunne følge en oplæring fra hospitalet med (bilag 3, s. 3).

Flere af interviewpersonerne pegede dog også på konkrete samarbejdsprojekter, hvor samarbejdet var lykkedes godt med kvalitetsløft til følge. Det er bl.a. fremskudt visitation på hospitalet samt konkrete samarbejdsprojekter, som fx en analyse af forebyggelige indlæggelser i en række kommuner (bilag 9, s. 4).

5.1.3 Hvordan ser det gode borgerforløb ud?

Samtlige interviewpersoner var inde på, at et godt forløb for borgeren er, at de behandles så tæt på eget hjem som muligt – gerne i eget hjem, hvis det fagligt er forsvarligt. Kommunal chef B siger: "Et godt borgerforløb er, når borgeren bliver hjemme. Hvis man kigger på de forebyggelige diagnoser, så gælder det om at få lavet en tidlig opsporing og beholde borgeren hjemme med en eller anden form for lægelig backup 24/7" (bilag 4, s. 2).

Men et godt borgerforløb er også karakteriseret ved, at der er et ordentligt tilbud på hospitalet, når borgeren har brug for et mere specialiseret tilbud end det, der kan tilbydes i hjemmet. En kommunal chef udtrykker det således: "Et godt forløb er, at de bliver indlagt på et tidspunkt, hvor der er nogen til at tage imod dem. Jeg synes ikke, vi kan være bekendt, at vi har svingdørspatienter[7] og 0-dagsindlæggelser[8] – de bør kunne klares på anden vis" (kommunal chef B, bilag 4, s.3).

Dette bekræftes af praktiserende læge A, der siger: "Hvis det så endelig kommer til, at borgeren har brug for at komme på hospitalet, så skal det være nemt at komme dertil og med rimelige behandlings muligheder. De [borgeren] skal ikke ligge at sejle rundt i en mørk modtagelse i 8 timer." (bilag 6, s. 3).

Hospitalschef A mener, at et godt borgerforløb for DÆMP har den praktiserende læge som tovholder. Den praktiserende læge skal vide, hvad hospitalet gør, og skal kende de kommunale tilbud, så han ved, hvad han kan henvise borgeren til (bilag 8, s. 2).

En kommunal chef mener, at et godt borgerforløb, set fra borgerens synspunkt, er et ubrudt forløb, som der er styr på (kommunal chef C, bilag 5, s.3). "Det er en fornemmelse af, at data flyder, at man som borger, ikke skal starte forfra, hver gang man skifter afdeling eller kommer ned til sin

[7] En svingdørspatient defineres som en patient, der genindlægges kort tid efter udskrivning eller som indlægges flere gange inden for kort tid.
[8] En 0-dagsindlæggelse betyder, at patienten indlægges og udskrives samme dag.

praktiserende læge eller til kommunen. At man ikke bliver sendt videre, "fordi det ikke er os"" (bilag 5, s. 3).

Et godt borgerforløb kræver også, at der er afstemt forventninger til hinandens roller og muligheder i trekanten (bilag 5, s. 3). En hospitalschef udtrykker det således: "Vores evige problem er, at vi kigger på tingene fra hver vores side. Vi bliver nødt til at få skabt en fælles forståelse for, hvad der er vores fælles virkelighed" (Hospitalschef B, bilag 9, s. 5).

Fremskudt visitation nævnes af mange af interviewpersonerne som en løsning, der kan være medvirkende til at skabe et godt borgerforløb, og som sætter borgeren i centrum. Hospitalschef B udtrykker det sådan: "Der, hvor borgeren særligt bliver sat i centrum, er der, hvor der er fremskudt visitation. Når vi bruger kommunikationsaftalen[9] med de kommuner, der ikke har fremskudt visitation, taler vi sundhedsfaglig til sundhedsfaglig. Det de fremskudte visitatorer gør er, at de går op og sætter sig på sengekanten. De taler med patienten, om det de skal hjem til. Borgeren bliver inddraget på et tidligere tidspunkt. De kommuner, der ikke har fremskudt visitation - de gør det først senere, når borgeren er kommet hjem. Men der kan jo godt være gået nogle dage" (bilag 9, s. 2).

5.1.4 Delkonklusion ift. hvordan det gode borgerforløb ser ud

Barrieren for et godt borgerforløb er de mange sektorer. Alle aktører er enige om, at et godt borgerforløb karakteriseres ved udbrudte forløb, hvor data flyder uhindret, hvor borgeren er i centrum, og hvor fokus er på borgerens samlede forløb – ikke kun det, den enkelte sektor har ansvaret for.

Men i virkeligheden kommer borgeren ofte til at opleve, at de befinder sig i en ikke-velfungerende stafetmodel, hvor den ene part mener, de er færdige med opgaven og så sender videre til den næste. Men det er ikke altid sikkert, at den næste kan gribe borgeren. Det kan skyldes mangel på information - nogle gang så lavpraktisk, at det handler om, at kommunen fx ikke ved at borgeren er blevet udskrevet. Andre gange mangel på viden om, hvad det er borgeren, har været indlagt med, og hvad den videre behandling i hjemmet skal være (manglende epikriser[10]). Det kan skyldes mangel på kompetencer hos de medarbejdere i enten kommunen eller almen praksis, der skal tage over. Og endelig kan det skyldes kapacitetsproblemer – i kommunen kan det være mangel på midlertidige pladser. Og i almen praksis kan det skyldes mangel på akutte tider eller åbningstiderne generelt.

[9] Kommunikationsaftalen er en fælles aftale mellem regionen og kommunerne om den tværsektorielle kommunikation ved indlæggelser og udskrivelser. Til aftalen hører en række elektroniske MedCom standarder, der understøtter anvendelsen af aftalen.

[10] En epikrise er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling, der udarbejdes af hospitalet, når en patient udskrives.

5.1.5 Diskussion af resultater inkl. inddragelse af Koppenjan og Klijns teori om wicked problems

Wicked problems

Koppenjan og Klijns (2004) udgangspunkt er, at aktørerne har en forskellig baggrund for at forstå problemerne, bl.a. fordi de er en del af forskellige socialiseringer. Det betyder, at de kigger på problemerne på meget forskellig måde.

Interviewene bekræftede, at samarbejdet om den ældre medicinske patient kan karakteriseres som et wicked problem bl.a. fordi de tre aktører i sundhedstrekanten anskuer problemet med (unødvendige) indlæggelser af den ældre medicinske patient på forskellig måde. Der er uenighed om, *hvad problemet skyldes* - er det dårlig pleje eller manglende forebyggelse i kommunerne? Skyldes det, at borgerne ikke er færdigbehandlede, når de bliver udskrevet fra sygehuset, hvilket kommunen og de praktiserende læger mener? Er det fordi der mangler information om borgeren ved udskrivelsen? Eller er det fordi, de praktiserende læger har for travlt og mangler viden om kommunale tilbud eller ikke vil påtage sig ansvaret for patienten?

Og der er lige så stor *uenighed om, hvordan problemet løses* – er det forebyggelse i kommunalt regi – og hvordan får man så fat i dem, man ikke kender i forvejen i kommunerne? Er det behandling? Og hvis ja – er det så i kommunalt eller regionalt regi? Er det mere forpligtende aftaler med de praktiserende læger, hvor de også er til at få fat på uden for almindelig arbejdstid?

Men samtidig var der et meget dybtfølt ønske fra især kommune og hospitalet om at finde løsninger på det komplekse problem. Det kom bl.a. til udtryk i spørgsmålet om de gode borgerforløb, hvor hospitalschef A var inde på, at det fungerer rigtig godt, når kommunen og hospitalet indleder nogle konkrete samarbejder, som ikke er afledt af sundhedsaftalen, men hvor parterne er enige om, at her er der et problem – og så finder de en løsning sammen (bilag 8, s. 1)

Gensidig afhængighed

Når vi taler løsning af komplekse sociale problemer, er de involverede aktører typisk gensidigt afhængig af hinanden. Koppenjan og Klijn beskriver (2004:47), at denne afhængighed udspringer af, at de ressourcer eller midler, der skal til for at løse et problem, ikke "ejes" af en enkelt aktør, men i stedet er delt mellem forskellige aktører. Graden af afhængighed afhænger af, hvor vigtig ressourcen er, og hvor nemt det er at erstatte den med en anden. Samspillet i sundhedstrekanten er præget af meget høj gensidig afhængighed, da en aktør alene ikke kan løse problemerne. Hospitalet kan for eksempel godt forsøge at løse et problem med overbelægning ved at udskrive patienterne hurtigere end normalt. Men hvis ikke kommunen eller almen praksis er klar til eller i stand til at gribe dem, kommer borgere hurtigt retur til hospitalet.

Jo højere afhængighed, jo mere strategisk interesse for hinanden. Og når aktørerne indser, at de er afhængige af andre aktører for at realisere deres mål, opstår der et "policy game", hvor aktørerne udvikler strategier ift. at påvirke de andre aktørers adfærd, indholdet i problemformuleringen og løsningerne, eller udviklingen af problemløsningsprocessen (Koppenjan og Klijn, 2004:47).

Kommunernes opgaver og udgifter på sundhedsområdet afhænger direkte af regionernes praksis. Når aktiviteten stiger på sygehusene, øges samtidig den kommunale medfinansiering. Også opgaverne og dermed udgifterne i hjemmesygeplejen afhænger direkte af sygehusenes praksis. Det sker når indlæggelsestiderne afkortes eller sygehusene beslutter, at en række efterbehandlings opgaver ikke længere løses på sygehusene. De opgaver skal efterfølgende behandles i kommunerne (KL, 2012: 94).

Koppenjan og Klijns påstand er, at problemløsning af wicked problems finder sted i komplekse spil og netværk, hvor stakeholders handler strategisk ledet af forskellige eller konfliktende opfattelser og regler, og det er også det, der sker i sundhedstrekanten. Som resultat er problemløsning og beslutningstagen domineret af indholdsmæssig, strategisk og institutionel usikkerhed.

Usikkerhed

Mine interviews peger på, at der er tale om både substantiel, strategisk og institutionel usikkerhed. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at der er usikkerhed om, hvad problemet skyldes (substantiel usikkerhed). Der er usikkerhed om, hvilke interesser de andre aktører har (strategisk usikkerhed). Og endelig er der usikkerhed om, hvilke regler der egentlig er for samspillet (institutionel usikkerhed), hvilket bl.a. kommer til udtryk ved en frustration hos kommunerne og de praktiserende læger over, hvad det egentlig driver udskrivelse af borgerne fra hospitalet – er det faglighed eller økonomi?

Substantiel usikkerhed

Kombinationen af lav sikker viden og tilsvarende lav enighed om, hvad problemet er, placerer samspillet om den ældre medicinske patient som et wicked problem karakteriseret af substantiel usikkerhed.

En central kilde til substantiel usikkerhed er mængden af information og antallet af fortolkninger af problemet som aktørerne står overfor (Koppenjan og Klijn, 2004:37), hvilket også er på spil i min analyse. Hver aktør i sundhedstrekanten har sin egen opfattelse af problemet og kan trække på indtil flere studier eller pilotprojekter, som bekræfter egen opfattelse.

Aktørerne har masser af forklaringer på, hvorfor den ældre medicinske patient indlægges på hospitalet med diagnoser, der ikke i sig selv kræver en indlæggelse. En af dem er, at de kommu-

nale medarbejderes kompetencer ikke er tilstrækkelige til at opfange tidlige tegn på forværring i borgernes tilstand. Det er et af de argumenter, som ofte fremføres af hospitalet, bl.a. på møder i samordningsudvalget. Omvendt siger kommunerne, at indlæggelserne ofte skyldes, at borgerne ikke er færdigbehandlede, når de udskrives bl.a. pga. krav om accelerede forløb. Og at praktiserende læge eller vagtlæge ofte ikke har andre muligheder end at indlægge borgeren, da det ikke er muligt at få subakutte tider i ambulatorierne.

Traditionelle metoder til at håndtere problemer på virker ikke ift wicked problemer. Informationsindsamling er fx et standard svar, når det handler om indholdsmæssig usikkerhed. Denne handling er baseret på idéen om, at indholdsmæssig usikkerhed skyldes mangel på information og viden, og der er en forventning om, at kvaliteten og objektiviteten af forskningen kan reducere eller fjerne forskellige opfattelser (Koppenjan og Klijn, 2004:8).

Men forskning kan ikke løse udfordringen med, at der eksistere forskellige opfattelser af problemet. Og der findes heller ikke objektiv forskning. Investeringer i dataindsamling og analyse har en kontraproduktiv effekt – i stedet for at reducere usikkerhed, øger det usikkerheden, fordi muligheden for fortolkninger og dødvande mellem aktørerne forstærkes i stedet for reduceres (Koppenjan og Klijn, 2004:38), hvilket også er det, vi ser i samarbejdet om den ældre medicinske patient. Alle aktører har deres egen forklaring på, hvorfor det går galt.

Ifølge Koppenjan og Klijn medfører denne kamp om sandheden, at parterne ikke er fokuseret på dialog eller sandhedssøgen, men på at vinde (2004:27). Resultatet er videnskonflikter, hvor deltagerne kaster rapporter på hinanden med informationsoverload til følge, som gør det ekstremt svært at afgøre, hvad der er sandt. Det er ofte det, der sker på møder i samordningsudvalget.

Strategisk usikkerhed

Noget andet der karakterisere wicked problemer er strategisk usikkerhed, som skyldes mange forskellige aktører med forskellige interesser og dermed forskellige strategier.

Aktørerne i sundhedstrekanten har mere eller mindre alle erkendt, at de er afhængige af hinanden. Kommune og hospital/region er i hvert fald meget opmærksomme på, at de genererer "kunder" og dermed problemer til hinanden (bilag 4, s. 2 og bilag 8, s. 2). Det er mere tvivlsomt, om de praktiserende læger har erkendt denne gensidige afhængighed. Der ses i hvert fald eksempler på go-alone strategier (Koppenjan og Klijn, 2004:49), hvor den praktiserende læge ikke tager højde for omkostningerne for kommunen, når de indlægger en borger, som måske kunne være blevet passet i hjemmet med lidt mere hjælp, men hvor de ikke tager kontakt til kommunen forud for indlæggelsen.

Og selvom aktørerne i sundhedstrekanten på det overordnede plan er enige om, at det er nødvendigt at samarbejde, ses der på det lokale plan ude på det enkelte sygehus, at der fra tid til anden udvises en strategisk adfærd, som ikke er så samarbejdende, og hvor der træffes ensidige beslutninger (Koppenjan og Klijn, 2004:63). For eksempel når hospitalet lukker sengeafdelinger uden at orientere eller inddrage almen praksis og kommunerne. Hospitalschef B bekræfter det: "Så længe ressourcerne er så knappe – så vil vi slås. Når I gør noget, så påvirker det os. Og når vi skærer i kapaciteten, så påvirker det jer i kommunerne" (bilag 9, s. 6).

Et andet eksempel er, at kommunerne i Nord på et samordningsudvalgsmøde i foråret 2013 blev præsenteret for en ny praksis fra hospitalets side, som betyder, at 40 % af de borgere, der kommer ind på den akutmedicinske modtageenhed, skal hjem til kommunerne igen uden at have været indlagt. Det betyder, at kommunerne får sendt syge borgere hjem, som praktiserende læge eller vagtlæge har vurderet til at være så dårlige, at de har brug for hospitalsbehandling. Denne ændring i praksis har for Helsingør Kommunes vedkommende betydet et markant øget pres på vores midlertidige pladser, da borgerne ofte er så dårlige, at de ikke kan komme hjem til eget hjem.

Koppenjan og Klijn beskriver dette som et fragmenteret policy spil, hvor beslutninger om problemer og løsninger træffes forskellige steder (2004:55). I eksemplet oven for får hospitalet løst et overbelægningsproblem på deres medicinske sengeafsnit. Men de skaber et nyt problem for kommunerne.

Policy spillet i sundhedstrekanten omkring den ældre medicinske patient er ydermere karakteriseret ved, at der ingen central beslutningstager er og dermed ingen, der kan træffe beslutninger, som kan binde alle parter i sundhedstrekanten. Det statslige niveau, fx Sundhedsstyrelsen har mulighed for at give anbefalinger til, hvordan de synes kommunerne skal håndtere de ældre medicinske patienter. Men på grund af det kommunale selvstyre kræver det et en lovændring, hvis Sundhedsstyrelsen skal have mulighed for at udstikke bindende retningslinjer.

Kommune og region har også hver deres sæt af politikere, som skal inddrages, før der fx kan afsættes ressourcer til fælles projekter. Disse politikere kan have forskellige dagsordener, som enten kan fremme eller hæmme det fælles samarbejde. Men der skal politisk mod og vilje til at tage fat om samfundets "wicked problems". Skal noget for alvor forandres, er det en fordel, hvis politikerne i byråd, regionsråd eller folketing på udvalgte områder er enige om at sætte gang i processer uden at kende svaret på forhånd (Center for Offentlig Innovation (2014:19).

5.2 Strukturelle udfordringer

Dette afsnit tager udgangspunkt i spørgsmål 3 fra interviewundersøgelsen: *"Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes"* samt underspørgsmål 3.a *"Skyldes problemerne den måde de 3 sektorer er organiseret på?"*. I afsnittet analyseres med udgangspunkt i Lerborgs teori om styringsparadigmer, hvilket paradigmer der er på spil i sundhedstrekanten. Og hvad det betyder for samarbejdet. Med udgangspunkt i Koppenjan og Klijns begreb om institutionel usikkerhed analyseres, hvad den institutionelle opsplitning i sundhedstrekanten betyder for muligheden for et velfungerende samspil om den ældre medicinske patient.

5.2.1 Hvad karakteriserer organiseringen og styringen af sundhedstrekanten?

Som beskrevet i det foregående afsnit har alle aktører i sundhedstrekanten et ønske om at skabe sammenhængende og udbrudte forløb. Men det vanskeliggøres i høj grad af, at det er forskellige styringsinstrumenter, der er i anvendelse i de 3 sektorer. Interviewpersonerne mener samstemmende, at det er et meget stort problem, at de 3 sektorer er underlagt forskellige styrings- og organiseringsmodeller.

Som det fremgår af tabel 4 er det meget forskelligt, hvordan økonomen i de tre sektorer er skruet sammen, og hvilke udfordringer de står overfor.

Tabel 4 - organiseringen af de tre aktører i sundhedstrekanten

	Hvordan genereres indtægter	**Nye opgaver**	**Udfordringer**
Praktiserende læger	Reguleret af overenskomst ml. PLO og Danske Regioner	Kræver aftale om aflønning (§2- aftale)	Der er loft over aktiviteten
Kommuner	Skatteudskrivningsret	Aftalt opgaveoverdragelse (der følger penge med) og ufinansieret opgaveglidning	Politisk prioritering af midler mellem de forskellige kommunale områder
Regioner	Ingen skatteudskrivningsret, aktivitetsafregnet + kommunal medfinansiering	Politisk aftalte	Pres for nye og hurtigere behandlinger

Alle interviewpersonerne er inde på, at den økonomiske afregningsmodel, der blev aftalt i forbindelse med kommunalreformen, hvor kommunerne medfinansierer det regionale sundhedsvæsen, er en meget stor udfordring for et godt samarbejde, da den påvirker, hvordan man løser problemerne. Men også det, at de praktiserende læger er selvstændigt erhvervsdrivende og kan sige nej til en opgave, der ikke er en del af overenskomsten, er en meget stor barriere for samarbejdet.

Hospitalschef B udtrykker det således: "De praktiserende læger er et smertens barn. De praktiserende læger er så vanskelige at involvere. Vi er igen ude i økonomi og aktivitet. Hvem gør hvad" (bilag 9, s. 7).

En kommunal chef forklarer udfordringerne med den økonomiske afregningsmodel således: "Inden strukturreformen havde man en grundtakstfinansiering. Der var princippet, at man ikke måtte have fingrene nede i andre folks lommer. Men det er det, der sker nu. Hospitalet har virkelig fingrene nede i kommunernes lommer. Kommunerne har ikke råd til at bygge de institutioner, der skal overtage disse borgere. Man har et billede af, at de [hospitalet] shopper deres takster op – det, det koster at have en borger indlagt – er det så det rigtige? – eller kan det gøres billigere? I oplægget til strukturreformen, var det Lars Løkkes tanke, at det skulle være én kasse". (Kommunal chef B, bilag 4, s. 4)

Kommunal chef C er enig og tilføjer: "Medfinansieringsordningen er udtryk for den politiske styring og niveauforskellene. Der er tale om fuldstændigt forskellige paradigmer, fordi incitamentsstrukturerne er så modsat rettede. Vi skal undgå, at borgerne bliver indlagt, og hospitalet skal sørge for, at de bliver det, for ellers kan de ikke tjene penge" (bilag 5, s. 3).

Hospitalet er enig med kommunerne i, at den måde sundhedstrekanten er indrette på, både ift. økonomi og succeskriterier, er uhensigtsmæssig. Hospitalschef B siger: "Vores incitamenter stritter på hinanden. Et klassisk eksempel er, at I henvender jer fra kommunen og spørger: "Hvordan kan det være, at vi medfinansierer mange flere indlæggelser end ambulante henvendelser end i resten af landet". I kigger på medfinansiering – vi kigger på aktiviteter, og når vi gør det, ligger vi på niveau med resten af landet. Vi taler aldrig medfinansiering på hospitalet, når vi styrer – vi kigger på aktiviteter". Hun fortsætter: "Som læge kigger du altid på, at du laver det, der er fagligt forsvarligt. Fagligheden fylder meget hos lægen". Hun tilføjer, at der ikke er noget i den nuværende organisering, der motiverer nogen af parterne til at gøre noget anderledes. Og hver gang man skal have almen praksis til at løse nogle nye eller andre opgaver, siger de, at der er tale om meraktivitet, som de skal honoreres for (bilag 9, s. 3).

Hospitalschef B mener, at parterne selv er med til at forstærke problemerne, fordi vi hele tiden taler økonomi. Hun siger: "Hvis aldrig økonomi var kommet til at fylde noget, var det stadig patienten, der ville være i fokus. Men med sundhedsaftalerne er vi med til at trække fronterne op. Vi laver snitfladekataloger på, hvornår betaler jeg, og hvornår betaler du. Det fokus der er på, hvem der betaler hvad, er med til at eskalere snitfladerne" (bilag 9, s. 4).

De praktiserende læger er også inde på, at økonomien betyder meget for den måde de agerer på. Praktiserende læge B udtrykker det således: "I forhold til vores måde at agere på i det her system, har det selvfølgelig en indflydelse, hvordan vores overenskomst ser ud, hvordan vi tilrettelægger arbejdet... fx giver et sygebesøg 220 kr. Det kan vi ikke holde en drift kørende på, hvis det pludseligt bliver voldsomt. Men der laves tiltag, der er bedre, fx er der lige lavet en §2 aftale om besøg i terminale forløb. Der får vi betydelig mere honorering, hvis vi tager ud og taler med patienten, de pårørende, hjemmeplejen end på et almindeligt sygebesøg. Det er klart, at den måde det er organiseret på, betyder meget for, hvilke opgaver vi påtager os"(bilag 7, s. 3).

5.2.2 Delkonklusion ift.hvad der karakteriserer organiseringen og styringen af sundhedstrekanten?

Kommunalreformens opsplitning af opgaver mellem de tre aktører i sundhedstrekanten er måske rationelt ud fra et NPM perspektiv, men resultatet er tre søjler og tre forskellige incitamentsstrukturer.

Alle interviewpersonerne er inde på, at medfinansieringsordningen er en stor udfordring for samarbejdet, fordi incitamenterne i ordningen er så modsatrettede. Hospitalerne er aktivitetsafregnede – dvs. at jo flere borgere, der bliver indlagt, jo flere penge tjener de. Omvendt betaler kommunerne via medfinansieringsordningen for deres forbrug af regionale sundhedsydelser, så kommunerne har et kraftigt incitament til at forhindre, at borgerne bliver indlagt. Men kommunerne er afhængige af de praktiserende lægers adfærd, da det ofte er via dem eller 1813, at borgerne bliver indlagt. Og de praktiserende lægers adfærd er delvist styret af, hvordan deres overenskomst er skruet sammen, dvs. hvad honoreringen er for de enkelte ydelser.

Den måde de 3 sektorer er struktureret og afregnet på er ikke befordrende for et tværgående samarbejde, og indeholder ikke incitamenter, der fremmer sammenhængende borgerforløb.

5.2.3 Diskussion af resultater inkl. inddragelse af Lerborgs teori om styringsparadigmer og Klijn og Koppenjans teori om usikkerhed

<u>Styringsparadigmer</u>

Interviewene dokumenterer, at sundhedstrekanten præget af en manglende styringsmæssig sammenhæng, hvilket gør det rigtig svært at skabe sammenhængende forløb for borgerne.

Erik Juhl, der var statsministerens udsendte i forbindelse med forberedelse af kommunalreformen, pegede allerede før kommunalreformen på, at en af de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsnet vedrører den manglende styringsmæssige sammenhæng imellem sektorerne (Juhl, 2007:10).

Det skyldes, at der er mange forskellige styringsparadigmer i spil i sundhedstrekanten. Det har der altid været, men med kommunalreformen blev de så og sige skrevet ind i samarbejdet i form af den finansieringsmodel, der blev valgt. Og med kommunalreformen blev der derfor cementeret en sundhedstrekant, hvor ansvaret for den ældre medicinske patient er fordelt på 3 aktører med forskellig styring og dermed forskellige incitamenter.

Kommunalreformens finansieringsmodel, hvor regionernes indtægter på sundhedsområdet er fordelt mellem statslig finansiering[11] og kommunal medfinansiering, der er aktivitetsbestemt, er udtryk for en NPM tækning, hvor man forsøgte at indbygge nogle incitamentsstrukturer, som skulle skabe markedslignende vilkår og via økonomiske incitamenter sikre, at der var fokus på effektiviteten i sundhedsvæsnet.

Baggrunden for, at kommunerne som noget nyt skulle bidrage til finansieringen af sundhedsvæsnet var, at medfinansieringen, sammenholdt med kommunernes nye sundhedsopgaver[12], skulle tilskynde kommunerne til at sætte gang i en effektiv forebyggelsesindsats over for sine borgere (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005:35).

Problemet er, at i sundhedstrekanten er der flere paradigmer end NPM på spil. Hospitalerne er en kombination af det professionelle paradigme, hvor fagligheden er styrende, og NPM kontrakt, hvor der er fokus på styring på output (hvor mange patienter, med hvilke diagnose og til hvilken takst).

Kommunerne er en kombination af det bureaukratiske paradigme, hvor der er fokus på regler og standardisering (blandt andet udtrykt ved kvalitetsstandarder, der er politisk fastsatte rammer for serviceniveauet i den enkelte kommune), og NPM marked, hvor man med medfinansieringsstrukturen har forsøgt at indbygge nogle økonomiske incitamentsstrukturer til, at kommunerne holder deres borgere sunde og friske.

---

[11] Ved regionernes oprettelse i 2007 blev der aftalt følgende finansiering af regionernes indtægter på sundhedsområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005:35):

- statsligt bloktilskud - ca. 75 %
- statsligt aktivitetsbestemt bidrag - ca. 5 %
- kommunalt grundbidrag – ca. 10 %
- kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag – ca. 10 %

I 2013 er finansieringen fordelt lidt anderledes (Incitamentsudvalget, 2013: 8):

- statsligt bloktilskud - ca. 77 %
- statsligt aktivitetsbestemt bidrag - ca. 3 %
- kommunal medfinansiering – ca. 20 %

[12] I 2007 overtog kommunerne forebyggelsesopgaven og den almene genoptræning.

De praktiserende læger er i meget høj grad fagprofessionelle og agerer derfor inde for det professionelle paradigme. For de praktiserende læger handler det om rette behandling. De skeler ikke meget til (samfunds)økonomien, når de skal beslutte, hvilken behandling borgeren skal have.

Endelig kan man sige, at sundhedsaftalerne, som også regulerer samspillet i sundhedstrekanten, er udtryk for en kombination af det professionelle paradigme med dets fokus på, hvad det er for faglige problemer, der skal løses, og det bureaukratiske paradigme, da der indskrives en masse regler for samarbejdet (fx kommunikationsaftalen, som i detaljer beskriver, hvordan kommunikationen mellem parterne skal foregå).

Samarbejdet mellem aktørerne i sundhedstrekanten er formelt set reguleret gennem de 4-årige sundhedsaftaler. Problemet med sundhedsaftalerne er, at de i dag kun underskrives af kommunerne og regionen – de praktiserende læger står uden for. Både KL og Danske Regioner er enige om, at der er behov for at udvikle en model, der sikrer, at sundhedsaftalerne også udmøntes på forpligtende vis af de lokale læger.

Men her støder man på en særlig udfordring. Hver lægepraksis er privat ejet. Og forholdet mellem den praktiserende læge og region og kommune reguleres alene gennem overenskomsten. Det betyder, at der ikke er nogen myndighed, der alene kan pålægge de praktiserende læger at udføre nye typer af opgaver eller udføre de eksisterende opgaver på en anden måde. Nye opgaver kræver, at der kan opnås enighed om honoreringen af dem gennem en forhandling.

Institutionel usikkerhed

Ud over de forskellige styringsmekanismer og økonomiske incitamentsstrukturer, som præger sundhedstrekanten, er samspillet i sundhedstrekanten om den ældre medicinske patient også kendetegnet ved, at det går på tværs af mange aktører og arenaer, hvilket er med til at øge den institutionelle kompleksitet (Koppejan og Klijn, 2004:45).

Wicked problemer er, udover substantiel og strategisk usikkerhed (som beskrevet i afsnit 5.1), også karakteriseret ved institutionel usikkerhed. Wicked problemer involverer mange aktører og disse aktører arbejder ud fra en forskellig institutionel baggrund. Det gør interaktion mellem aktørerne svært, fordi hver aktørs adfærd påvirkes af de opgaver, meninger, regler og sprog, der er i deres egen organisation. Interaktion omkring wicked problemer er derfor karakteriseret ved sammenstød mellem forskellige institutionelle regimer (Koppenjan og Klijn, 2004:7), hvilket i høj grad er det, der sker i sundhedstrekanten.

Det er sjældent muligt direkte og på den korte bane at påvirke de eksisterende institutionelle rammer, da de udvikler sig gradvist som en del af en historisk proces og er forankret i enten lov-

givningsmæssige rammer, dybt rodfæstede uformelle institutioner eller langsigtede samfundsmæssige udviklingsprocesser (Koppenjan og Klijn, 2004: 7). Det er samtlige repræsentanter for aktørerne i sundhedstrekanten, som jeg har interviewet, godt klar over. Men de påpeger samtidig, at det er afgørende vigtigt for et velfungerende samarbejde, at man få lavet om på strukturerne og de modsatrettede økonomiske incitamenter.

Regeringen er godt klar over, at der er en udfordring her. Det blev påpeget i evalueringen af kommunalreformen, hvor regeringen lovede, at den vil se på den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen, når de nye regler har virket en periode[13], samt undersøge mulighederne for i højere grad at fokusere på patienternes samlede forløb frem for at honorere den enkelte kontakt (Regeringen, 2013b: 7). Men også det nedsatte "Udvalg for bedre incitamenter" anbefaler, at incitamentsstrukturen i større omfang understøtter de initiativer, der allerede foregår med henblik på at styrke patientrettet forebyggelse, samarbejde og sammenhæng (Incitamentsudvalget, 2013:15).

Forskelle i organisering og økonomiske incitamenter påvirker i høj grad det nuværende samarbejde. Der er ikke i den nuværende styringsmodel af sundhedstrekanten elementer, der i tilstrækkelig grad tilskynder til at fokusere på sammenhængende patientforløb internt i sektorerne eller på tværs af sektorgrænser. Som en af hospitalets chefer udtrykker det: "Vi ikke kan flytte de strukturer, der er. Hver gang parterne bliver klemt, falder de tilbage i at sige, at de ikke har nogen penge til at løse problemerne med – uanset at hensigterne er der. Men vi kan løse det nede på projektniveau, hvor vi får fælles viden. Så får vi lysten til at gøre det. Fordi vi igen får kendskabet til hinanden. Men jeg synes, det er helt skævt, at vi skal lave projektstrukturer for at skabe nogle bedre vilkår for patienten" (Hospitals chef B, bilag 9, s. 6).

Det er nødvendigt at finde nye måder at samarbejde på. En mulighed kunne være en retænkning af medfinansieringsordningen, som regeringen godt er klar over trænger til et serviceeftersyn. En anden model kunne være fælles ledelse eller fælles visitering af borgerne, som de bl.a. har arbejdet med i Sverige. Endelig kunne et fælles sundhedshus være et sted, hvor man kunne afprøve nye samarbejdsformer. Disse forskellige forslag til nye løsninger har jeg spurgt interviewpersonerne om, og dem vil jeg komme ind på i næste afsnit.

[13] Medfinansieringsordningen blev revideret pr. 1. januar 2012, hvilket betød at det grundbidraget blev afskaffet så der i dag kun betales aktivitetsbestemt bidrag (men kommunerne medfinansierer stadig den samme procentsats af regionernes udgifter nemlig ca. 18 %).

5.3 Nye løsninger

Dette afsnit tager udgangspunkt i følgende 4 spørgsmål fra interviewundersøgelsen:

4. *Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?*
5. *Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?*
6. *Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?*
7. *Har du et godt råd til mig ift. hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør Kommune kan være med til at skabe nye løsninger?*

I afsnittet analysers med udgangspunkt i Koppenjan og Klijns teori om wicked problems og netværksledelse, Ernst og Chrobot-Masons teori om boundary spanning, samt Palludans teori om kreativ rekonstruktion, hvad der skal til for at skabe nye løsninger, som kan forbedre samspillet i sundhedstrekanten.

5.3.1 De hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne

Interviewpersonerne var enige om, at det er mange af de samme problemer, som ikke er blevet løst og som derfor italesættes igen og igen. Men de forklarer også, at der er stort fokus på mange af problemerne, og at det nogle gange lykkes at komme lidt tættere på, hvis problemerne fx løftes til sundhedsaftaleniveauet. Kommunalchef B forklarer: "Nogle gange er det det samme, vi har talt om de sidste 15 år – men nu bliver det til skal-opgaver i sundhedsaftale regi – så er vi tvunget til at sætte os omkring bordet og få det løst. Og måske er det også lidt tydeligere defineret, hvem har ansvaret for at tage initiativet – det har været godt. Men der er brugt mange ressourcer på det [den gode udskrivning], og det gøres der fortsat" (bilag 4, s. 4-5).

Men hospitalschef A er ikke helt enig i, at det, at et problem kommer ind i sundhedsaftalen, altid er godt. Hun siger: "Vi finder på lokale og konkrete løsninger på trods af sundhedsaftalen. Men der er ikke nogen, der for alvor har formået at knække nøden ift. at forhindre forebyggelige indlæggelser af DÆMP" (Hospitalschef A, bilag 8, s. 3). Hvorvidt sundhedsaftalerne er vejen frem, kommer jeg nærmere ind på i afsnit 5.3.3.

Alle interviewpersonerne kunne dog også komme med eksempler på succeshistorier på opgaver og projekter, hvor samarbejdet er lykkedes. Hospitalschef B beskrev et vellykket projekt, som handlede om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Omdrejningspunktet i projektet var et kvalitativt studie, hvor hospital og kommune kiggede på 80 patienter, der var blevet indlagt med forebyggelige diagnoser. Hospitalschef B siger: "I det projekt fik vi aflivet så mange myter, fx om at de ikke var syge nok, eller kommunen ikke gør nok inden [borgeren indlægges]. Vi fik et

fælles blik på, hvad problemstillingen var. Vi kiggede ind i ressourcerne, hvad kan I, hvad er I gode til, og hvad er det faktisk ingen af os kan finde ud af" (bilag 9, s. 4).

Men mængden af uløste problemer er også en udfordring, som bl.a. den regionale chef er inde på. Hun siger: "Der bliver ved med at være noget, der bliver hele tiden skabt nye ting - hele tempoet omkring udskrivningen og nye behandlingsmetoder, som patienten kan komme hjem med" (bilag 10, s. 5).

Som et konkret eksempel på en løsning, der ikke virker, nævner hospitalschef B kommunikationsaftalen. Hun siger: "Intentionen var, at vi skulle lave en bedre måde at samarbejde om den ældre medicinske patient på. Men den har virkelig gjort samarbejdet vanskeligt, fordi implementeringen har været helt sort. I mange år har vi arbejdet sammen i en forståelse af, at vi hver især gøre vores bedste. Nu begynder vi at stille nogle helt andre krav til hinanden. Hver gang vi taler med jer, siger vi "I sender ikke manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter med ind" og I siger "plejeforløbsplanerne er simpelthen så dårlige". Så nu har vi da virkelig fået noget at skændes om. Kernen i det hele, hvis borgeren skal i centrum, handler det om, at den viden, der er i kommunen, skal med ind og opdateret tilbage. ... Der er for meget fokus på formalia – om du gør det, du skal ift. aftalen. Der er ikke et fokus på, om man faktisk kender borgeren, og derfor godt ved, hvad der skal til" (bilag 9, s. 4-5).

Kommunalchef C er enig. Hun siger: "Jeg tror ikke på, at trekanten vil blive en ubrudt linje hele vejen rundt. Der vil altid være et eller andet – men vi skal bare finde de kanaler, vi kan behandle det i. At få øje på en meningsfuld måde at løse problemerne, når vi opdager dem – uden at det bliver en slåen hinanden oven i hovedet" (bilag 5, s. 4).

Økonomien, og den måde de økonomiske incitamenter er skruet sammen på, er den største barriere ift. at få et velfungerende samspil om den ældre medicinske patient. Både de kommunale chefer (bl.a. chef A (bilag 3, s. 5) og chef C (bilag 5, s. 4)) og hospitalet (bilag 9, s. 3 og 5) er ydermere inde på, at de praktiserende læger har et mindre incitament til at løse problemet med unødvendige indlæggelser af den ældre medicinske patient, bl.a. fordi der i deres afregningsmodel ikke er indbygget nogen økonomiske incitamenter til at forhindre unødvendige indlæggelser.

5.3.2. Delkonklusion ift. de hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne

Mange af problemerne i sundhedstrekanten vedr. den ældre medicinske patient er gamle og uløste. Det betyder, at de bliver ved med at dukke op – både i det daglige samarbejde og i de fora og mekanismer, der regulerer samarbejdet (bl.a. sundhedsaftalerne). Sundhedsaftalerne kan være

med til at sætte spot på nogle af problemerne og tvinge parterne ind i en dialog om dem, men sundhedsaftalerne kan ikke løse problemerne alene.

Der findes vellykkede eksempler på, hvor samarbejdet lykkes. Men som en af hospitalscheferne er inde på, sker det på trods af sundhedsaftalerne og ikke som følge af dem.

Interviewpersonerne forklarer, at en af årsagerne til, at de hidtidige forsøg på at løse problemerne ikke har været succesfulde er, at incitamenterne er forkerte. Både de økonomiske incitamenter. Men også de samarbejdsmæssige. Der er alt for megen fokus på at skubbe ansvarsplaceringen rundt. Og for meget fokus på formalia og for lidt på rent faktisk at få løst problemerne.

5.3.3 Idéer til at forbedre samarbejdet

Hvad skal der så til for at forbedre samarbejdet? En af de praktiserende læger (praktiserende læge A) mener, at det vigtigste i samarbejdet er kommunikation. Hun siger: "Når man kender hinanden, er det sværere at tage røven på hinanden. Hvis det bliver for stort, så bliver det for upersonligt... Og så skal man lægge nogle planer, som man respekterer og holder sig til. I stedet for at patienterne kommer ud fra samlebåndet og bliver kastet af, skal man sikrer sig den gode overdragelse... Men jeg synes, det går for hurtigt i dag. Det er for respektløst. Og så havner de rigtig tit hos den praktiserende læge... Men lægen ved ikke altid, hvad der er sket under en indlæggelse. Lægen skal tit tage det fra scratch. Det er en udfordring, da det giver for mange risikofaktorer" (bilag 6, s. 6). Kommunal chef C er enig og siger: " Kommunikation er vejen frem til et forbedret samarbejde.... Kommunikationen og datastrømmen er vigtigst. Uanset om det er elektronisk (kommunikationsaftalen, FMK[14]) eller det gælder forståelsen af, hvor er borgeren nu henne, hvem har ansvaret. Så forløbstankegangen, der har været introduceret siden 1. generation af sundhedsaftalerne, den holder stadig som begreb" (bilag 5, s. 5).

På spørgsmålet om, hvordan samarbejdet kan forbedres svarer en af de kommunale chefer "En fælles økonomi, hvor man ikke var styret af nogen takstberegninger, som den ene sektor have 100% styringsmuligheder og ansvar for. Og så måske at turde inviterer hinanden inden for. Vi er blevet mere afhængige af hinanden, vi bør se på, hvordan vi kan hjælpe hinanden med at løse opgaverne i hinandens huse. Et eksempel er fremskudt visitation" (Kommunal chef B, bilag 4, s 5).

Hospitalschef B synes, vi skal lave et nyt projekt. Et projekt, hvor parterne kigger ind i forløbene sammen. Hun siger: "Vores evige problem er, at vi kigger på tingene fra hver vores side. Vi bliver

[14] FMK er en forkortelse for fælles medicinkort, hvor hospital, praktiserende læge og kommune kan holde styr på borgerens medicin sammen. Kortet er ikke fuldt implementeret endnu.

nødt til at få skabt en fælles forståelse for, hvad der er vores fælles virkelighed. Det kan vi få på den måde" (bilag 9, s. 5).

På spørgsmålet om, hvorvidt sundhedsaftalerne er et godt middel til at styrke samarbejdet på, er svarerne lidt blandede. På den ene side svarer respondenterne, at det tvinger aktørerne til samarbejde. Kommunal chef B siger fx: "Det er vel der, vi har haft løst samarbejdsproblemerne på. Vi gør det, fordi det er lovpligtigt. Det er ikke lykkedes, da det ikke var lovpligtigt. Men det er også der, hvor vi har fået et samarbejde, et forum og tale det ind i, som er noget vi skal. I regi af sundhedsaftalerne står vi mere som ligeværdige parter, fordi vi skal løse opgaven – region og kommuner, ikke region vs. kommune" (bilag 4, s. 6).

På den anden side, er flere af dem inde på, at der er tale om et pænt katalog uden reelt indhold. En af de praktiserende læger udtrykker det således: "Sundhedsaftalerne, tja. Man bruger meget krudt på dem, men jeg ved ikke hvor meget, det batter in the real life. Jeg mener, de er nødvendige, for ellers kan man ikke sige, hvad der skal til. Der er tale om et meget fint katalog, men man piller en enkelt ting ud. Jeg har svært at se, hvor det rykker. Tit er udfordringen, at når det bliver for stort, så kender man ikke hinanden, og så bliver man ikke forpligtet" (Praktiserende læge A, bilag 6, s. 5). Den regionale chef er også inde på, at sundhedsaftalerne ikke kan løse problemerne med den adskilte økonomi (bilag 10, s. 5).

5.3.4 Delkonklusion ift. at forbedre samarbejdet

Alle interviewpersonerne er enige om, at vejen frem til at forbedret samarbejdet er mere kommunikation mellem sektorerne og en fælles forståelse for hinandens dagligdag og udfordringer. Men de er ikke helt enige om, inden for hvilke ramme denne kommunikation og fælles forståelse skal skabes. En del af dem ser sundhedsaftalerne som vejen frem, mens andre mener, at sundhedsaftalerne ikke rigtig rykker noget i den virkelige verden, men at man i stedet skal invitere hinanden ind eller opnå mere viden om hinandens virkeligheder i fx projekter.

5.3.5 Et sundheds hus som en del af løsningen?

Kan det fælles sundhedshus mellem Nordsjællands Hospital og Helsingør Kommune, som er på tegnebrættet, være en del af løsningen? Hospitalschef B siger: "Jeg tror godt et sundhedshus kan være en del af løsningen, men det kommer an på, hvor stort det bliver. Hvis vi kan bygge nærheden ind i det, så kan det blive muligt. Relationel koordinering i mursten. Det gør det nemmere at tale sammen og løse problemerne, for grundlæggende har vi tillid til hinanden..... og tiltro til, at vi godt kan løse det. Når vi rykker sammen, får vi nogle nye muligheder, nogle nye forståelser, og nye indsigter, som kun kan komme patienten til gode" (bilag 9, s. 6).

En af de kommunale chefer mener, at forudsætningen for at et fælles sundhedshus kan blive en succes er, at parterne for alvor vil samarbejdet. Hun siger: "Det starter med et oprigtigt ønske om og evne til at kunne kaste dogmer over bords – både i magtrelationen, i organiseringen, i historien, i kulturen, i "vi plejer" - med det ene ønske om at ville sammenhængen – uanset hvor det havner henne, uanset hvem der skal sluge kameler, og hvor store de er" (bilag 5, s. 6).

Hospitalschef A er enig og siger: "Hvis man vil det fælles, så må hver aktør lægge nogle ressourcer ind i det – både i form af egentlige penge, men også i form af personalekompetencer. De skal være robuste og rummelige. De skal bryde op med kulturen. Her skal det fungere. Man skal kunne gå lidt ind over hinandens grænser, man skal være så transparent, at man lader hinanden kigge ind. Fælles skolebænk[15] viste, at vi ikke kender hinandens virksomheder, hinandens forudsætninger for at løse opgaven godt nok... Fællesskabet er at ville det, at give slip på ens egne domæner" (bilag 8, s. 4).

Hvis sundhedshuset skal blive en succes var alle interviewpersonerne inde på, at fælles ledelse og fælles økonomi er en nødvendighed. Men især ledelse blev fremhævet af flere som den afgørende faktor. Hospitals chef A udtrykker det således: " Det vigtigste for sundhedshusets succes bliver at ansætte den helt unikke leder, som formår at samle det kommunale, regionale og almen praksis" (bilag 8, s. 4).

En af de kommunale chefer peger på, at det ville være godt, hvis man tog udgangspunkt i borger-perspektivet, når man skal tænke sundhedshuset. Hun siger: "Det vil være godt, hvis vi tager udgangspunkt i, at borgeren skal føle sig grebet hele vejen igennem - og så bygger de nye strukturer op omkring det" (bilag 4, s. 6). En af de andre kommunale chefer er enige og siger: "Borgeren skal være i centrum i et fælles sundhedshus. Det skal give mening for den borger, der går ind ad døren. Borgeren er ligeglad med, hvem der har ansvaret, men de skal vide, hvor de skal gå hen for at få løst deres problem" (kommunal chef A, bilag 3, s. 7). Hun gav et eksempel på et sundhedshus i Aalborg, hvor huset var opdelt efter emner. Og så satte fagpersonerne sammen, så de kunne samarbejde, om de problemstillinger borgerne kom med. Det kunne fx være, at en praktiserende læge og en regional diætist satte sig sammen, fordi det er den bedste måde at løse lige præcis den borgers problem på (bilag 3, s. 7).

For den regionale chef er fælles ledelse er et must, hvis man skal nedbryde de barrierer, der alene beror på hvilken sektor man kommer fra. Hun mener dog også, at fælles økonomi er nødvendig for at nedbryde sektoropdelingen (bilag 10, s. 6).

[15] Fælles skolebænk er kursus- og temadage, hvor hospital og kommune sidder sammen.

5.3.6 Delkonklusion ift. et sundhedshus som en del af løsningen

Alle interviewpersonerne er enige om, at et fælles sundhedshus kan være en måde at løse problemerne med det udfordrede samspil i sundhedstrekanten på. Men flere af dem er også inde på, at for at sundhedshuset skal blive en succes kræver det, at alle parter er villige til at kaste "plejer" over bords og indgå i samspillet på nogle nye måder. Det kræver at parterne for alvor vil samarbejdet, at der bliver investeret i fælles ledelse og fælles økonomi. Og at man er villig til at nedbryde de traditionelle sektorgrænser.

Flere af interviewpersonerne er inde på, at sundhedshuset kan være en god anledning til at tegne nogle nye og mere hensigtsmæssige borgerforløb, hvor man reelt sætter borgeren i centrum og så lader borgerens problemer være afgørende for, hvem der skal løse opgaven – og ikke omvendt.

5.3.7 Et godt råd til mig ift. hvordan jeg, kan være med til at skabe nye løsninger?

Jeg har i interviewene også spurgt alle respondenterne, om de havde et godt råd til mig som centerchef ift., hvordan jeg kan være med til at skabe nye løsninger på udfordringerne i sundhedstrekanten.

Svarerne var samlet i 2 grupper: De første gode råd gik på, at jeg som centerchef skulle være med til at udfordre rammerne for samarbejdet. En af de kommunale chefer udtrykker det således: " Du skal udfordre klyngesamarbejdet. Jeg er ikke helt sikker på, at den struktur, den mødeform, der er i samordningsudvalget er med øje på, at det er et samarbejde. På mange af møderne handler det om, at få sat grænser op ift. dem og os - og ikke så meget, at vi har en fælles sundhedsopgave. Der er et eller andet i den struktur som ikke er befordrende" (bilag 3, s. 7). En af de andre kommunale chefer siger: "Men også en uærbødighed over det der er, som et bidrage til den der "kaste dogmerne over bord". Du skal gå foran i det at ville det, uanset på hvis bekostning det bliver. Det vil være nødvendigt, at kunne se helheden, fx hvis man kaster alle organiseringer og ansvarsfelter op i luften, og så gør vi det, der er hensigtsmæssigt for en sammenhæng, vi gerne vil have" (bilag 5, s. 7).

De andre gode råd går på, at jeg skal komme ud og lære noget mere om de andre aktører i sundhedstrekanten og hente nye inspiration og viden udefra. Hospitalschef A udtrykker det således:" Et godt råd er, at du skal ud og lære de virksomheder, du samarbejder med, bedre at kende. Gå i praktik hos dem. Tilbring en hel dag hos en praktiserende læge, eller tilbring en dag på en akutmodtagelse for at se, hvad det egentlig er der sker, når der på et døgn kommer 200 akutte borgere ind" (bilag 8, s. 5).

5.3.8 Diskussion af resultater inkl. inddragelse af Koppenjan og Klijns teori om wicked problems og netværksledelse, Ernst og Chrobot-Masons teori om boundary spanning samt Palludans teori om kreativ rekonstruktion

Wicked problems og netværksledelse

Som analysen i afsnit 5.1 viste kan samspillet i sundhedstrekanten karakteriseres som et wicked problem præget af gensidig afhængighed og forskellige former for usikkerhed. Når der er tale om wicked problems kan man ikke benytte gængse problemløsnings strategier, som fx informations-indsamling eller forskning.

Hvis man skal overkomme de forskellige typer af usikkerheder, er det ifølge Koppenjan og Klijn derfor nødvendigt at øge de involverede parters evne til at koordinere deres problemopfatttelse, strategier og handlinger samt rammerne for forhandlingsprocessen.

Men hvordan kan man så arbejde med det "udfordrede" samarbejde i sundhedstrekanten? Koppenjan og Klijn (2004) peger på en række strategiske interventionspunkter, hvor man kan gå ind og arbejde med samarbejdet.

1) fastlåste problemopfattelser hos aktørerne – *substantiel usikkerhed*
2) dårlige interaktionsbetingelser – *strategisk usikkerhed*
3) manglende samarbejde – *institutionel usikkerhed*

I det første interventionspunkt er der tale om divergerende problemopfattelser, hvor der er konfliktende interesse i problemfortolkningen. Det er rigtig meget det, der er på spil i sundhedstrekanten. Som interviewene viser, er aktørerne ikke enig om, hvad problemet skyldes, eller hvad der skal til for at løse det. Nogle af dem mener sundhedsaftalerne er vejen frem. Mens andre taler om, at problemerne kan løses ved, at personalet kender hinanden og arbejder tæt sammen i hverdagen. Så der er brug for at arbejde mere med opfattelsen af problemerne.

I det andet interventionspunkt er der tale om samspilprocessernes flydende karakter. Aktørerne er gensidigt afhængige af hinandens strategier. Når hospitalet fx beslutter at nedlægge sengepladser på en medicinsk afdeling, påvirker det i høj grad kommunerne og de praktiserende læger, da de så skal overtage de borgere, som før var indlagt på hospitalet. Og tilsvarende kan hospitalet risikere at få flere borgere indlagt, hvis kommunerne sparer på sygeplejen. Så her er det nødvendigt at øge dialogen og koordineringen mellem aktørerne.

I det tredje interaktionspunkt er der tale om en fikseret interaktion, hvor perceptionsfællesskabet mangler, og hvor tillidsopbygningen er følsom. Det kan jeg se især i samarbejdet mellem de praktiserende læger og hospitalet, hvor der er mange fordomme om hinanden, og hvor dialogen ikke er

præget af tillid, men i stedet at man tillægger hinanden forskellige motiver, hvilket bl.a. den regionale chef er inde på (bilag 10, s 4). Så det er nødvendigt at arbejde med tillidsopbygning – især ift. almen praksis.

Udfordringen for samspillet i sundhedstrekanten bliver at overkomme disse fikserede interaktionspunkter. Det er nødvendigt at finde på metoder til at gå på tværs af de mange barrierer, der er i sundhedstrekanten, når det på den korte bane er urealistisk at ændre grundlæggende på strukturerne. Det der efter min opfattelse skal til er netværksledelse – der er nogen som skal tage ansvaret for at lede på tværs af hjørnerne i trekanten.

Boundary Spanning

I de senere år er der i retorikken omkring sundhedstrekanten også kommet et større fokus på, at udviklingen af et tættere samarbejde og nye løsninger til fordel for de fælles borgere forudsætter aktiv ledelsesinvolvering på mange niveauer (Holm-Petersen og Buch, 2014).

Ernst og Chrobot-Masons teori om boundary spanning er et bud på en måde at overkomme barrierne på. Ifølge Ernst og Chrobot-Mason er der tale om en række skillelinjer mellem aktørerne, som gør, at aktørerne ser forskelligt på problemerne og mulige løsninger. Det gør det svært at samarbejde om fælles løsninger, da parterne i sundhedstrekanten repræsenterer adskilte funktioner og forskellige organisations- og fagkulturer.

Det der skal i spil er, at der skal slås hul på vanetænkningen. Både de kommunale chefer og hospitalscheferne var inde på, at når man satte personale fra flere sektorer sammen for at løse konkrete problemstillinger, kom der rigtigt gode resultater ud af det. Aktørernes viden skal bringes i spil på nye måder. Det kræver en proaktiv ledelse, som arbejder med at kombinere viden og grupper på nye måder. Der skal skabes en oplyst dialog.

Hvis disse grænser skal overkommes, er ledere, der går på tværs af grænserne, afgørende. Traditionelt set, har ledelsesopgaven været fokuseret på at operere effektivt inden for de bokse og hierarkier, som den enkelte organisation er bygget op omkring (Ernst og Chrobot-Mason, 2011:6-7). Men hvis samspillet i sundhedstrekanten skal forbedres, er det nødvendigt at finde på nye idéer og muligheder, der ligger udenfor de traditionelle grænser.

Det kræver, at lederne i sundhedstrekanten kan facilitere tværgående, tværsektorielt samarbejde – det Ernst og Chrobot-Mason kalder "silo-busting". I mine interviews er der steder, hvor vi ser denne type af samarbejde. Fremskudt visitation er et godt eksempel på det. Løsningen udsprang af en idé fra flere kommunale chefer, som havde en udfordring med at få viden nok om borgerne, inden de blev udskrevet. De indgik derfor i en dialog med hospitalscheferne om muligheden for, at

de kunne udstationere visitatorer på hospitalet, så de fysisk kunne møde borgeren og snakke med personalet på afdelingen, inden borgeren blev udskrevet. På den måde kunne kommunerne bedre vurdere, hvilket behov borgeren har for hjælp i hjemmet. Med hurtig og korrekt hjælp reduceres risikoen for genindlæggelser.

En særlig udfordring for "silo-busting" i sundhedstrekanten er de praktiserende læger. De er selvstændigt erhvervsdrivende, hvilket betyder, at den eneste måde man kan regulere samarbejdet på, er i deres overenskomst. Som en af interviewpersonerne var inde på (kommunalchef A, bilag 3, s. 6), kan man godt lave en aftale med en enkelte læge – men der er ikke nogen, der kan forpligte dem alle sammen. Det gør unægteligt samarbejdet med dem mere besværligt.

Erik Juhl, der for statsministeren rejste rundt i sundhedsvæsnet i 2007, er også inde på problemet med de praktiserende læger. Han beskriver, at almen praksis – set med sygehusenes briller – næsten er fraværende i det danske sundhedsvæsen. Og netop den praktiserende læge er en vigtig aktør i relation til overgangen til og fra sygehuset. Nogle sygehuse peger fx på, at repræsentanter for de praktiserende læger ikke altid deltager aktivt i udarbejdelsen af forløbsprogrammer for patienter, ligesom ikke alle lægerne i almen praksis ønsker at følge et fælles regime (Juhl, 2007:16-17).

Hvis det fælles sundhedshus, som er på tegnebrættet mellem Nordsjællands Hospital og Helsingør Kommune, skal være en del af løsningen, skal der skabes et styringsmiks, der fremmer tværgående samarbejde ud fra en erkendelse af, at der er tale om en netværksudfordring, som ikke løses ved at blive i skyttegravene.

Sundhedshuset er en oplagt mulighed til at prøve at indføre ledelse, der går på tværs af sektorer og dermed lede på tværs af overgange. I visionen om sundhedshuset står der også, at mulighederne for at arbejde sammen på nye måder skal afprøves. Eksempler på nye samarbejdsformer kan være fælles ledelse, fælles personale, fælles budgetter, fælles opgaveløsning og fælles mål (bilag 11, s. 4).

Sundhedshuset blev også af flere af interviewpersonerne nævnt som et eksempel, hvor der – i hvert fald teoretisk – er mulighed for at bryde med de eksisterende rammer, som ikke virker optimalt. Sundhedshuset kunne i teorien godt være et sted, hvor man kunne praktisere *boundary spanning* ledelse i praksis - men det kræver mod og vilje af de involverede aktører, hvis det skal ske. Som en af de kommunale chefer udtrykker det: " Det starter med et oprigtigt ønske om og evne til at kunne kaster dogmer over bords – både i magtrelationen, i organiseringen, i historien, i kulturen, i "vi plejer" - med det ene ønske om at ville sammenhængen – uanset hvor det havner henne, uanset hvem der skal sluge kameler, og hvor store de er" (kommunal chef C, bilag 5, s. 6).

En del af de gode råd jeg fik, gik også på, at jeg som leder, skulle udfordre de eksisterende grænser og måder at samarbejde på, bl.a. i samordningsudvalget.

Kreativ rekonstruktion

En ting er at lede på tværs af de eksisterende grænser. Noget helt andet – som også flere af interviewpersonerne er inde på – ville være helt at nedbryde de eksisterende grænser og begynde forfra. Som både analysen i afsnit 5.1 og afsnit 5.2 viste, er der med den nuværende konstruktion af sundhedstrekanten tale om en uhensigtsmæssig organisering, hvor bl.a. de økonomiske incitamenter ikke understøtter et samarbejde. Dette bekræftes også af Erik Juhl. Han skriver i sin afrapportering fra sin rundrejse i det danske sygehusvæsen, at mens det kniber med at skabe incitamenter for og prestige i at skabe sammenhæng i patientforløbene internt på hospitalet, er det endnu sværere at skabe sammenhæng, når patienterne bevæger sig på tværs af sektorer. Her er det også indtrykket, at mangel på incitamenter og redskaber er en barriere (Juhl, 2007:8). Så selvom det blev påpeget allerede i 2007, er det ikke lykkedes at tegne sundhedstrekanten, så den for alvor understøtter sammenhængende patientforløb. Så hvis man reelt skal muliggøre sammenhængende patientforløb, er det nødvendigt at ændre på den måde trekanten, og de underliggende incitamenter, er skruet sammen på.

Hvis man overfører Palludans idé om kreativ rekonstruktion til samspillet i sundhedstrekanten, skulle man se bort fra den hidtidige organisering og i stedet kigge på, hvad det er for nogle opgaver, de 3 aktører skal løse i fællesskab, og så finde på mere hensigtsmæssige måder at løse dem på. Regeringen er i sit sundhedsudspil *Mere borger. Mindre patient*, inde på, at det kræver, at barrierer for samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger nedbrydes, hvilket kræver, at man fordomsfrit ser på, hvor og hvordan opgaven løses bedst til gavn for borgeren (Regeringen 2013a:7). Men i evalueringen af kommunalreformen har de alligevel ikke turdet tage fat om opgaven. I evalueringen står der at "evalueringen af kommunalreformen peger også på, at honoreringssystemerne i sundhedsvæsnet i dag ikke tilskynder tilstrækkeligt til fokus på kvalitet og sammenhængende forløb" (Regeringen, 2013b:7). Forklaringen på, at medfinansieringsordningen ikke skal evalueres sammen med kommunalreformen er, at den er blevet revideret pr. 1. januar 2012, og først vil blive evalueret, når reglerne har virket en periode.

Det planlagte sundhedshus i Helsingør kunne være et godt sted at starte med en form for kreativ rekonstruktion. Som flere af interviewpersonerne er inde på, kunne det være befordrende for samarbejdet, hvis man i sundhedshuset i stedet for den traditionelle opdeling af opgaver mellem de 3 sektorer tog udgangspunkt i borgerforløbene og så tegnede strukturerne efter det. En af hospitalscheferne udtrykker det således: "Det kunne være interessant at lege med tanken om et

"fri sundhedshus", hvor vi kunne frigøre os fra de eksisterende regler og afregningsmodeller" (bilag 9, s. 6). At man i stedet for en opgaveløsning, der er baseret på systemets præmisser, fik en opgaveløsning, der tog udgangspunkt i patientens behov.

6. Konklusion og perspektivering

6.1 Konklusion

Jeg har i denne afhandling undersøgt, hvordan samspillet mellem kommunerne, Nordsjællands Hospital og de praktiserende læger om den ældre medicinske patient kan karakteriseres. Og hvordan det kan forbedres.

Jeg har ved at bruge Koppenjan og Klijns teori om wicked problems fået afdækket, at samspillet kan karakteriseres som et wicked problem, hvor der ikke er enighed om, hvad problemet er – eller hvordan det løses, og hvor aktørerne er gensidigt afhængige af hinanden. Der er tale om en ikke-velfungerende stafetmodel, hvor forløbene ikke er koordinerede og konsekvensen er, at borgerne tabes på gulvet. Alle aktører har en tendens til på godt og ondt at (sub)optimere indsatsen i eget regi, så ingen tager ansvaret for det vigtigste for borgeren – det samlede behandlingsforløb.

Sundhedstrekanten er karakteriseret ved at være et policyområde, hvor eksisterende problem- og løsningsdefinitioner ikke producerer løsninger. Det er et område, hvor mange aktører berøres og med vekslende intensitet. Og de har erkendt, at de er gensidigt afhængige af hinandens ressourcer, hvilket kommer klart til udtryk i interviewene.

Ydermere gør den forskellige økonomiske styring af de tre aktører samarbejdet vanskeligt, da kommunerne har en økonomisk interesse i at forhindre, at borgerne bliver indlagt, da de betaler for indlæggelserne. Hospitalerne er aktivitetsafregnede, så de har brug for fyldte senge for at få deres budgetter til at løbe rundt. Og endelig har den praktiserende læge ingen økonomiske incitamenter til lade være med at indlægge borgeren - så de indlægger, hvis de er i tvivl eller ikke har tid til at tilse borgeren.

Lerborgs teori om styringsparadigmer viste, at den opdeling af opgaverne i sundhedstrekanten som skete i forbindelse med kommunalreformen, måske er rationel set ud fra et NPM perspektiv. Men når ansvaret for den ældre medicinske patient bliver opdelt i tre søjler, med hver deres sæt af forskellige (økonomiske) incitamenter, bliver det rigtig svært at løse problemet med for mange unødvendige indlæggelser af ældre medicinske patienter, da der er tale om et wicked problem, som er tværsektorielt.

De nuværende styringsmekanismer belønner ikke tværgående samarbejde, men har derimod en tendens til at gøre samarbejde uattraktivt. Der mangler derfor i høj grad en økonomisk incitamentsstruktur, der belønner samarbejde på tværs af de tre sektorer.

Det er positivt at se, at der på trods af udfordringerne med strukturerne og de barrierer, de sætter for samarbejdet, alligevel er et dybtfølt ønske fra alle 3 hjørne i trekanten om at forsøge at løse problemerne. Der findes eksempler på konkrete samarbejdsprojekter og idéer (fx fremskudt visitation), som forbedrer samarbejdet inden for de givne rammer. Men det er løsninger "på trods af" strukturen og ikke i kraft af.

Der var fra interviewpersonerne mange positive forventninger til, at et sundhedshus kan være et sted, hvor nye samarbejdsmetoder kan afprøves. Men det er min påstand, at hvis man for alvor skal forbedre samspillet i sundhedstrekanten, er det ikke nok at lappe med enkeltstående projekter. Det er nødvendigt at se på struturerne og rammerne for samarbejdet. Vi bliver simpelthen nødt til at indrette trekanten på en måde, som fremmer samarbejdet i stedet for at hæmme det.

6.2 Perspektivering

Tværsektorielt samarbejde om den ældre medicinske patient har stået på den sundhedspolitiske dagsorden og ønskeseddel i flere årtier (Væksthus for ledelse, 2014:4). Der er sket en del på området i kommuner og regioner, men der er stadig langt til målet og mange forhindringer undervejs.

I mine interviews påpegede alle aktørerne i sundhedstrekanten, at hvis samspillet for alvor skal forbedres, skal der laves om på strukturerne og de modsatrettede økonomiske incitamenter.

Den nuværende regering er godt klar over, at bl.a. medfinansieringsordningen trænger til et serviceeftersyn, men har valgt ikke at tage fat i det lige nu (jf. afsnit 5.2.3). Hvis det næste folketingsvalg betyder en borgerlig regering, kunne en nedlæggelse af regionerne være et muligt indhold i et regeringsgrundlag – og i den forbindelse kunne man håbe på muligheden for kreativ rekonstruktion af hele samspillet i trekanten.

En del af de borgerlige partier har nemlig tidligere været ude og foreslå, at regionerne blev erstattet af professionelle bestyrelser, der skulle overtage regionspolitikernes arbejde med at styre bl.a. sygehusene. Man kunne håbe, at professionelle bestyrelser for sygehusene kunne betyde mere strategisk tænkning i styringen af hospitalerne og samarbejdet med de øvrige aktører i sundhedstrekanten – i hvert fald hvis man fik sammensat bestyrelserne med de rigtige personer. Men om professionelle bestyrelser vil have kraft nok til at påvirke de overordnede rammebetingelser, er dog mere tvivlsomt, i hvert fald hvis der ikke i forbindelse med regionernes nedlæggelse i øvrigt sker ændringer af strukturerne og styringsmekanismerne.

Et succesfuldt samarbejde mellem et bestyrelsesledet sygehusvæsen og kommuner og praktiserende læger afhænger også i høj grad af, hvilke rammebetingelser staten vil opsætte for deres virke. Det ville virke befordrende, hvis fx et velfungerende samarbejdet om DÆMP blev skrevet ind som et krav i en kontrakt mellem staten og bestyrelserne. Og hvis det så samtidig blev fulgt op af styringsinstrumenter, der understøtter samarbejde på tværs af sektorerne, kunne det måske lykkes at forbedre samspillet. Men det kræver også, at man får lavet nogle nye rammer for regulering af forholdet mellem de praktiserende læger og de 2 øvrige hjørner i trekanten.

6.3 Hensigtsmæssighed af anvendt teori og metode

Jeg havde fra starten valgt, at anvende Koppenjan og Klijns teori om wicked problemer til at anskue samspillet i sundhedstrekanten. Jeg synes, teorien har hjulpet mig godt, både til at få fremhævet, hvilke udfordringer der er i samspillet, men også hvad der skal til for at løse problemerne.

Lerborgs teori om styringsparadigmer, har også været anvendelig, men er brugt mere overfladisk, bl.a. fordi det var meget svært at få indbygget paradigmerne i interviewspørgsmålene. Desuden var der en del af interviewpersonerne, der havde svært ved at svare på de spørgsmål, der handlede om organiseringen af sundhedstrekanten.

Endelig har både Ernst og Chrobot-Mason og Palludans teorier givet mig et godt udgangspunkt for at analysere på, hvad der skal til for at forbedre samspillet. Hvis der havde været mere plads i afhandlingen, kunne jeg godt have tænkt mig at grave endnu længere ned i, hvordan man kan praktisere boundary spanning ledelse. Eller det endnu mere spændende tankeksperiment med helt at tegne sundhedstrekanten forfra.

Jeg havde forud for udarbejdelse af min interviewguide opstillet en række forventede resultater til mine underspørgsmål til problemformuleringen. Resultaterne af min interviewundersøgelse bekræftede i det store hele disse forventede resultater. Men der kom også yderligere vinkler frem, som jeg ikke havde forventet, bl.a. at kvaliteten af de menneskelige relationer mellem aktørerne har stor betydning for det daglige/praktiske samspil samt muligheden for at skabe holdbare løsninger.

Interviewundersøgelsen levede i høj grad op til formålet – at belyse, hvordan udvalgte repræsentanter fra de tre aktører i sundhedstrekanten ser på samspillet i sundhedstrekanten – hvad der karakteriserer det, og hvad der skal til for at finde nye løsninger, som kan forbedre samspillet – og var derfor anvendelig i analyseafsnittet.

Kvalitative semistrukturerede interviews var en rigtig god metode til at få aktørernes bud på, hvad der karakteriserer samspillet i sundhedstrekanten, og hvad der skal til for at forbedre det. Da alle

mine respondenter er chefer, kunne en udbygning af analysen have været en spørgeskemaundersøgelse af medarbejdernes opfattelse af samspillet i dagligdagen ude hos den enkelte borger/patient, eller en undersøgelse af samspillet set fra et borger-/patient perspektiv. Men af pladshensyn er det fravalgt.

Abstract

This thesis focuses on the interaction in the so called health triangle between hospital, municipality and general practitioners (GPs) around the elderly citizen with a medical condition.

My main motivation for exploring the interaction in the health triangle is that I am a leader in a municipality with responsibility for the elderly. The cooperation with the two other players in the health triangle isn't working well. And the consequence is that the elderly people are admitted to the hospital with conditions that could have been prevented if the cooperation had functioned better.

The aim of the study is to find out how the interaction between the municipalities, Nordsjællands Hospital and the GPs can be characterized. And how it can be improved.

As a mean of investigation these questions, 8 persons, representing respectively the municipalities, the hospital and the GPs, have been interviewed. Through these interviews the following 3 questions has been covered:

- How do the players in the health triangle experience the interaction concerning the elderly medical patient?
- Which management paradigms are on the line in the health triangle? And what do they mean for the cooperation?
- What is needed to find new solutions, that can enhance the interaction?

The theoretical framework is based on 4 theoretical approaches: Koppenjan and Klijns theory on wicked problems, Lerborgs theory on management paradigms, Ernst and Chrobot-Masons theory on boundary spanning leadership. And finally Palludans theory on creative reconstruction.

Through my analysis of the 8 interviews and the selected theory, the following main conclusions were reached:

First of all the interaction can be characterized as a wicked problem where there is no consensus on what the problem is - or how to fix it, and the actors are mutually dependent on each other. This is a nonfunctioning relay model where the sequences are not coordinated and the conse-

quence is that the patients are dropped on the floor. All the actors have a tendency of (sub) optimize efforts in their own house, so no one takes responsibility for the most important for the citizen - the total sequence of the treatment.

The different economic governance of the three actors makes the cooperation even more difficult, since the municipalities have a financial interest in preventing people being hospitalized because they pay for admissions. The hospitals are activity-settled, so they need filled beds in order to get their budgets to make ends meet. And finally, the GPs have no financial incentives not to hospitalize the citizen - so they admit, if they are unsure or do not have time to attend to the citizen.

Lerborgs theory of management paradigms showed that the distribution of tasks within the health triangle, which occurred in connection with the reform of the municipalities, may be rational from an NPM perspective. But when responsibility for the elderly medical patient is divided into three columns, each with their own set of different (economic) incentives, it becomes really difficult to solve the problem of too many unnecessary admissions of the elderly medical patients, since the problem is cross-cutting.

The current control mechanisms do not reward interdisciplinary collaboration, but has a tendency to make cooperation unattractive. Therefore there is lacking an economic incentive structure that rewards cooperation across the three sectors.

8. Litteratur

Center for Offentlig Innovation (2014): *Offentlig innovation. Ud på kanten, ind til kernen, over til naboen*", København – 30 sider

Coghlan, David og Brannick, Teresa (2014): *Doing Action Research in Your Own Orginazation* (4th edition), London:SAGE, kapitel 9 + 10 – 27 sider

Ernst, C. & Chrobot-Mason, D. (2011): *Boundary Spanning Leadership – Six Practices for Solving Problems, Driving Innovation, and Transforming Organisations*, McGraw Hill – 217 sider

Holm-Petersen, Christina og Buch, Martin Sandberg (2014): *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsnet*, KORA – 43 sider

Incitamentsudvalget (2013): *Bedre incitamenter i sundhedsvæsnet – sammenfatning* – 8 sider

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): *Kommunalreformen – kort fortalt* – 55 sider

Juhl, Erik (2007): *Rundrejse i det danske sygehusvæsen*, afrapportering som led i kvalitetsreformen – 40 sider

KL (2012): *Det nære sundhedsvæsen* – 108 sider

Koppenjan, Joop & Klijn, Erik-Hans (2004): *Managing Uncertainities in Networks*, London: Routledge – 260 sider

Lerborg, Leon (2013): *Styringsparadigmer i den offentlige sektor*, København: Jurist- og Økonomforbundets forlag – 289 sider

Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse (2013): *Bekendtgørelse om opgørelse for øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet for 2014* – 4 sider

Palludan, Uffe (2001): *Veje ud af kommunernes økonomiske klemme. Seks mulige velfærds-fremtider*, København: Palludan Fremtidsforskning – kapitel 6, 15 sider

Regeringen (2013a): *Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København – 48 sider

Regeringen (2013b): *Bedre kvalitet og samarbejde – opfølgning på evalueringen af kommunalreformen* – 22 sider.

Vision for Fælles Sundhedshuse, 21. februar 2014, Region Hovedstaden – 6 sider

Væksthus for ledelse (2014): *Ledelse over grænser. Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsnet* – 36 sider

I alt 1.208 sider

9. Bilag

Bilag 1 – Organisatorisk setup omkring den ældre medicinske patient

Bilag 2 – Interviewguide

Bilag 3 – Referat af interview med kommunal chef A

Bilag 4 – Referat af interview med kommunal chef B

Bilag 5 – Referat af interview med kommunal chef C

Bilag 6 – Referat af interview med praktiserende læge A

Bilag 7 – Referat af interview med praktiserende læge B

Bilag 8 - Referat af interview med hospitalschef A

Bilag 9 - Referat af interview med hospitalschef B

Bilag 10 – Referat af interview med regional chef

Bilag 11 - Vision for Fælles Sundhedshuse

Bilagssamling

Samspillet i sundhedstrekanten

Masterafhandling – efterår 2014

Helene Rasmussen, 07.02.69

Bilag 1

Organisatorisk setup omkring den ældre medicinske patient

Sundhedstrekantens 3 aktører har forskellige opgaver i relation til den ældre medicinske patient. Opgaverne er bl.a. er reguleret i sundhedsloven.

Kommunerne har ansvaret for hjemmepleje og hjemmesygepleje for borgere i eget hjem og på plejecentre. Derudover har kommunerne ansvar for sundhedsfremme og borgerrettet forebyggelse, samt dele af den patientrettede forebyggelse, genoptræning og rehabilitering. Kommunerne kalder den ældre medicinske patient for borger, når vedkommende opholder sig i kommunen.

Kommunerne medfinansierer det regionale sundhedsvæsen gennem den aktivitetsbestemte medfinansiering, hvor kommunerne betaler for ydelser fra sygehusvæsnet samt fra de privatpraktiserende sundhedspersoner under sygesikringen (dvs. praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter mm.). Kommunerne betaler en procentsats af DRG taksten for en indlæggelse (pt. 34 % af DRG-taksten, dog maks. 14.377 kr. pr. indlæggelse) og for et ambulant besøg på et sygehus (pt. 34 % af DRG taksten, dog maks. 1.418 kr. pr. besøg).

Hospitalet/regionen har ansvaret for diagnosticering og specialiseret behandling af borgeren, som bliver til en patient når de træder ind over tærsklen til hospitalet. Det regionale sundhedsvæsen har også en del af ansvaret for patientrettet forebyggelse.

Hospitalet er aktivitetsafregnet og deres indtægter genereres på baggrund af DRG-takster. DRG (Diagnosis-Related Groups) er et klassifikationssystem baseret på en international diagnoseklassifikation, hvor diagnoser grupperes efter de gennemsnitlige forløbsomkostninger, der er ved den enkelte diagnose. Taksterne kan tolkes som prisen på sundhedsydelserne.

Den praktiserende læge er borgerens primære indgang til sundhedsvæsnet i nærmiljøet. Den praktiserende læge tager sig af de fleste patienter og vurderer, om de har behov for at blive sendt videre til diagnostik og behandling på fx sygehuset.

Aflønningen af de praktiserende læger er reguleret i overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner. Der er i økonomiprotokollatet til overenskomsten fastsat et loft for, hvor stort udgiftsniveauet må være i almen praksis set under et. Hvis regionerne har udbetalt honorar til de prakti-

serende læger udover loftet, udløser det sanktioner. Sanktionen er, at de ikke får udløst den pris- og lønstigning, de ellers ville have fået.

Alle 3 hovedaktører mødes hvert kvartal i det der kaldes samordningsudvalget, som er nedsat med udgangspunkt i det enkelte hospital og de kommuner, der primært benytter hospitalet i relation til de patientgrupper, der er i fokus i sundhedsaftalen. De praktiserende læger fra området er repræsenteret i samordningsudvalget

Samarbejdet mellem de 3 aktører er bl.a. reguleret i de 4-årige sundhedsaftaler, som regionerne indgår med kommunerne. Aftalerne indeholder 4 obligatoriske områder[1].

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Sundhedsaftalerne er tænkt som et dialogredskab for regioner og kommuner til at optimere samarbejdet om sammenhæng i patientbehandlingen. Aftalerne skal sikre sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af region og kommune. Aftalerne godkendes af Sundhedsstyrelsen.

[1] Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2013

Bilag 2

Interviewguide – samarbejdet i sundhedstrekanten

Udkast til interviewguide

Jeg vil generelt spørge til "hvordan?" og "på hvilken måde?" til alle spørgsmål for at få respondenten til at uddybe/begrunde sit synspunkt. Jeg vil også spørge til konkrete eksempler, når det er relevant.

HUSK: tag sundhedstrekanten med på et stykke papir og vis den i starten af interviewet sammen med en definition på "den ældre medicinske patient".

Aftale med dem inden interviewet påbegyndes:

- At jeg optager det
- At jeg laver (journalistisk) referat af vores samtale
- Jeg sender referatet til dem med de udvalgte citater til bemærkninger
- At hvis jeg har et uddybende spørgsmål, så vil jeg skrive det ind i referatet og bede dem svare på det

Temaer i interviewundersøgelsen:

1) Hvad karakteriserer samarbejdet/samspillet? *
2) Det gode borgerforløb
3) Styring *
4) Problemløsning *
5) Sundhedshus
6) Det gode råd

* = de vigtigste temaer

Jeg skriver afsluttende masterafhandling om, hvordan samspillet mellem kommunerne, Nordsjællands Hospital og de praktiserende læger om den ældre medicinske patient kan karakteriseres? Og hvordan det kan forbedres?

Konkret vil jeg undersøge, hvordan samarbejdet i sundhedstrekanten opleves af de involverede aktører? Og hvad skal der til for at finde nye løsninger?

I den forbindelse interviewer jeg repræsentanter for de 3 aktører i sundhedstrekanten.

Interviewguide – samarbejdet i sundhedstrekanten

Navn:

1. **Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?**

    a. Hvad fungerer godt? Giv gerne eksempler.

    b. Hvilke udfordringer er der? Giv gerne eksempler.
        - Mangel på kommunikation
        - Dårlig kommunikation
        - Mangel på samarbejde
        - En meget kompleks (koordinerings)opgave, som er vanskelig at overskue
        - Ingen "har den" (ansvare for samarbejdet) – hverken formelt eller reelt
        - Den enkelte aktør kan ikke løse problemerne selv/gensidig afhængighed mellem aktørerne (spm. 7+8)
        - Mangel på viden om hinanden ift.:
            - tilbud → hvilke tilbud den enkelte aktør har?
            - kompetencer → hvilke opgaver den enkelte aktør kan løse?
            - organisering → hvilke organiseringsmæssige begrænsninger der er på den enkelte aktørs handlemuligheder (lovgivningsmæssigt, økonomisk, politisk)
        - Fordomme om hinanden
        - Den måde sektorerne er organiseret på – forskellige incitatmentsstrukturer
            - Økonomisk
            - Lovgivningsmæssigt

    c. Hvilken af udfordringerne er vigtigst/er den mest presserende lige nu?

2. **Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?**

    a. Er det sådan i dag?

    b. Hvis nej – hvilken betydning har det for den ældre medicinske patient?

3. **Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes**

    a. Skyldes problemerne den måde, som de 3 sektorer er organiseret og styret på mht.
        - Økonomi/økonomiske incitamenter → hvad belønnes/straffes?
        - Succeskriterier → er de forskellige fra de forskellige sektorer?
        - Hvilken logik dominerer? → faglighed eller økonomi?
        - Nærheden af politisk ledelse

b. Er der blandt aktørerne i sundhedstrekanten enighed om, hvad problemet er?

c. Og hvad det/de skyldes?

d. Skyldes problemerne alene rammer skabet af andre (fx ifbm kommunalreformen) – eller er du/din organisation også med til at opbygge yderligere barriere for samarbejdet?

e. Hvordan opfatter du de andre aktører i sundhedstrekanten?
   - Samarbejdspartnere?
   - Medspillere?
   - Modspillere?

   (HUSK – spørg til begrundelse (hvorfor opfatter du dem på den og den måde?) og eksempler)

4. **Hvor succesfulde hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

   a. Hvorfor har de (ikke) været succesfulde?

   b. Har alle aktører i sundhedstrekanten en lige stor interesse i at få løst problemerne?

   c. Hvad vil du mene er den/de største barriere for at få et velfungerende samarbejde om DÆMP?

5. **Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?**

   a. Hvor realistisk er dit forslag inden for den nuværende konstruktion af trekanten?

   b. Er der enighed blandt aktørerne om, hvordan man kan forbedre samarbejdet?

   c. I hvilket regi bør og kan vi løse problemerne med samarbejdet?

   d. Hvordan vil man kunne skabe nogle andre institutionelle rammer som bedre kan løse problemerne?

   e. Er sundhedsaftalerne et godt middel til at styrke samarbejdet? Hvis ja – på hvilken måde?

   f. Hvad kræver det af politikere og topledelse, hvis vi skal arbejde med innovation på dette område?

   g. Hvor meget opfordrer du dine medarbejdere til at samarbejde? [Kun spørgsmål til hospital og kommune]. Er der afsat tid til det/dedikeret særlige personer til det?

6. **Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?**

    a. Hvad betyder efter din opfattelse mest i den sammenhæng:
        - Struktur? ➔ fx fælles ledelse, forpligtende samarbejder
        - Økonomi? ➔ modeller der også økonomisk understøtter samarbejdet
        - Kultur?

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

8. **Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?**

Hvad sker der nu:

- Jeg laver et (journalistisk) referat af vores samtale
- Jeg sender referatet til dig med de udvalgte citater til bemærkninger
- Hvis jeg har et uddybende spørgsmål, så vil jeg skrive det ind i referatet og bede dig svare på det

Referat fra interview **Bilag 3**

Kommunal chef A

Dato: 10. oktober 2014

1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

a. Hvad fungerer godt?

Interviewpersonen (IP) mener, at der helt overordnet er allermest fokus på DÆMP i samarbejdet i sundhedstrekanten. IP siger "Hver gang der kommer nye udspil, er det forebyggelse ift DÆMP - hvordan undgår vi, at den type patient kommer ind på sygehuset, hvordan er kommunerne i stand til at løfte de nære kommunale sundhedsopgaver på en anden måde, så det kun er dem, der har mest brug for den specialiserede behandling, der kommer på sygehuset".

IP mener, at samspillet om DÆMP har været hele omdrejningspunktet de sidste år, hvor det har handlet om at få samspillet sat på nogle ordentlige skinner. IP siger "Der bliver opfundet alt muligt ift. denne gruppe. Der er en stor idérigdom ift., hvordan man kan lave forebyggelse for denne gruppe i kommunerne."

IP forklarer, at samarbejdet med de praktiserende læger ikke er så udtalt. Det skyldes efter IPs opfattelse, at, de har ikke det samme incitament som de andre aktører [hospital og kommune] ift. at gå ind i et samarbejde. Samarbejdet er meget på hospital-kommune niveau.

IP forklarer om samarbejdet mellem hospital og kommune: "Når vi som hospital og kommune udarbejder projekter sammen, sætter vi os ned og bliver enige om, hvad det er vi vil. Når vi kan se det fra et lidt mere overordnet niveau, så er vores samarbejde fornuftigt, vi har konstruktive dialoger. Men når vi når ned på det specifikke borgerniveau – når hospital og kommune er uenige om, hvorvidt en borger skal ligger der eller ej – så bliver det sværere".

IP fremhævede et projekt omkring forebyggelse af indlæggelser, som et eksempel på et godt samarbejde: "Fantastisk at opleve, hvordan vi samarbejdede, hvordan vi fik undersøgt en masse ting. Vi gik ind og så på et sammenhængende borgerforløb, hvor både kommune, praktiserende læge og hospital havde været inde over. Og så piller vi det helt fra hinanden. I projektet kunne vi sidde og have en dialog om, hvad der var godt og skidt, og hver især finde nogle forebyggelsesinitiativer – det er vi gode til". IP siger videre "Vi er gode til teoretiske planer – men i hverdagen kniber det en gang imellem".

b. *Hvilke udfordringer er der?*

IP siger: "Hospitalet bliver mere og mere presset. Det betyder, at grænserne for, hvornår en borger er færdigbehandlet eller kan udskrives, rykker sig hele tiden, og at det rykker meget ujævnt. Nogle gange handler det om, at der er for mange borgere på en afdeling – så skal de bare ud. Og så handler det ikke om, hvorvidt kommunerne er i stand til at tage dem eller ej – borgerne skal bare ud".

IP synes, at hendes kommune er rigtig godt hjulpet af, at de har en fremskudt visitation [hvor visitatorerne fysisk opholder sig på hospitalet i hverdagene]. IP siger: "Vi kan tage den konkrete dialog med hospitalet og de praktiserende læger. Det hjælper os rigtig godt på vej. Vi kan på den måde videreformidle problemstillingen til hjemmeplejen, når de tager over. Vi kan sige til dem, hvad de skal være særligt opmærksomme på. Det giver en anden form for sikkerhedsnet, hvor vi tidligere oplevede, at vi stod med noget, vi ikke var forberedt på, fordi det ikke var tydeligt fra hospitalets side, hvad der skulle ske".

IP fortæller, at det aldrig er lykkedes at få et samarbejde op at stå med akutafdeling ift. fremskudt visitation, da akutafdelingens fokus ikke er på udskrivelse. Både kommunen og sygehuset har forsøgt.

Efter IPs opfattelse handler en del af problemerne om uvidenhed. På en akutafdeling er der slet ikke det blik for, hvad en kommune kan – på godt og ondt. IP siger: "Kommunerne kan rent faktisk meget mere nu end mange af hospitalerne tror. Tidligere skulle alle borgere udskrives til en midlertidig plads, fordi sygehuset slet ikke kunne forestille sig, at borgeren kunne udskrives til en hjemmepleje". IP forklarer, at det at kommunerne er meget forskellige, gør det også svært for personale på hospitalet at vide, hvilken type borgere den enkelte kommune kan løfte. Udfordringerne handler om viden hos begge parter, som gør det super svært. IP siger: "Og så er det det direkte pres på at få hverdagen til at fungere, som så tager over i dagligdagen. Det slipper vi for, når vi er på projektplan, når vi kan løfte os lidt over hverdagen".

IP forklarer, at grænserne flytter sig hele tiden. Det er forventningen, at når Frederikssund lukker og der bygges et nyt supersygehus i Hillerød med endnu færre pladser, vil det medføre et nyt pres på kommunerne. Som IP siger: "Skal vi så i virkeligheden i gang med at lave nogle små mini-hospitaler ude i kommunerne, mini-DÆMP hospitaler, fordi man skal være så specialiseret for at komme ind på hospitalet?" IP forklarer, at de opgaver deres midlertidige center skal varetage nu, er skiftet til meget mere specialiserede sygeplejeopgaver. Det kræver, at personalet er meget mere opdateret på deres faglige viden.

c. *Hvilken af udfordringerne er vigtigst/er den mest presserende lige nu?*

IP forklarer, at den største udfordring lige nu er måden, der kommunikeres på, hvor parterne i dag skal benytte det elektroniske Medcom system til at kommunikere. Systemet er stadigvæk nyt, hvilket giver en del udfordringer. IP forklarer: "Der hvor vi før havde en dialog om mange ting – der skriver vi nu til hinanden. Der er ingen tvivl om, at vi har fået en meget bedre dokumentation. Men den måde at

kommunikere på sætter nogle begrænsninger. Man kunne tidligere lige stille det uddybende spørgsmål, så man er fuldstændig klar på, hvad det er for en opgave, der skal løses".

IP forventer, at når FMK (fælles medicinkort) indføres, vil det blive bedre, fordi næste alle UTH'er (utilsigtede hændelser) handler om medicin. Men det løser dog ikke udfordringen med at sikre, at epikriserne kommer ud til tiden, så der er tilstrækkelig information ude i kommunen til at løfte opgaven på det tidspunkt, hvor borgeren kommer. IP forklarer, at borgerne kommer hjem på alle tidspunkter på af døgnet. "Du skal kunne stå en sen nattetime og modtage en dårlig borger – det kræver, at du har den nødvendige information og viden. Vi skal ikke være begrænset af at skulle vente på at egen læge åbner, og der ligger en epikrise".

IP siger: "Den opgaveglidning som vi alle taler om – det er en stor diffus bobbel. Som vi også bruger som en undskyldning når noget går galt". IP mener det ville være godt, hvis man kunne få defineret tydeligere - at der var nogle mere klare retningslinjer for, hvad er forventningerne til det ene og det andet sted. Der findes rigtigt mange instrukser og vejledninger inde på sygehuset ift. de enkelte borgere, som er med til at definere, hvornår en borger set fra hospitalets side ikke længere er specialiseret, men godt kan løses i kommunen. IP siger: "Jeg kunne godt tænke mig at få afdækket, hvad der rent faktisk er af forventninger fra sygehuset side til, hvad det er kommunen skal løfte – og omvendt. Det er når forventninger støder sammen, at det går galt. Vi siger, at det er for dårligt, at hospitalet ikke har taget sig af det – men måske skal de slet ikke tage sig af det. Det er nogle underlige år vi er i lige nu".

IP synes, at aftalt opgaveglidning er fint. Men det kræver, at parterne ved, hvad de forventer af hinanden. Og hvor samarbejdet skal udbygges. IP siger: "I en opgaveglidningsfase kunne det være fint, hvis der var en udkørende funktion fra sygehusets side, fordi det kan være rigtig vanskeligt at definere opgaveglidningen – på den måde kunne der være en sikkerhedsventil. Det det i sidste ende handler om er, at borgerne bliver behandlet på en hensigtsmæssig måde. Og rigtig meget af behandlingen kan foregå ude i kommunen – det er vi med på. Men vi ved ikke lige, hvornår vi skal være parat til at tage hvilken opgave. Så hvis der var mulighed for at kunne gå tilbage til sygehuset og få en til at komme ud og hjælpe os, vil det være godt". IP siger videre: "Der kunne foregå rigtig meget læring fra sygeplejersker til sygeplejerske, bl.a. fordi hospitalet løser bestemte opgaver hyppigere – det kan være sværere at oppebære kompetencen i kommunen, fordi det er for sjældent man står med opgaven". Det vil efter IPs opfattelse kunne give et rigtig godt samarbejde, hvis man i de situationer kunne få hjælp fra hospitalet.

2. **Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?**

IP siger: "Det afhænger rigtig meget af den situation borgeren er i. Udkørende funktioner kunne være et godt alternativt til mange ting. Og samspillet mellem kommune og praktiserende læger skulle også være

bedre. Det kunne være rigtig godt hvos langt flere praktiserende læger var organiseret i lægehuse, så der var afsat tid i deres praksis til akutfunktioner".

IP forklarer, at den funktion, der er ved at blive bygget op omkring en sub-akut ambulant enhed er i teorien også fornuftig. IP forklarer: "Man tænker, at der er nogle opgaver, som helt overordnet er svære for praktiserende læge at løse, hvor lægen er nødt til at indlægge borgeren for at få svarene, så han kan få afklaret diagnosen. Der ville det være godt, hvis den praktiserende læge havde flere muligheder for udredning".

IP forklarer videre, at også faste læger på plejecentrene vil være en god idé. De ville kunne forhindre unødvendige indlæggelser, da der ville være mulighed for løbende dialog. For eksempel kunne medarbejderne i deres arbejde med at triagere borgerne få et hurtigt råd fra lægen. Et spørgsmål som måske ikke krævede decideret tilkald af en læge, men en sparring som ville være god når borgeren fx skifter kategori (fra grøn til gul).

3. **Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes**
    a. *Skyldes problemerne den måde, som de 3 sektorer er organiseret og styret på*

IP mener, at der ingen tvivl er om, at problemerne skyldes den måde, de 3 sektorer er organiseret på. Bare ift. økonomien er der 3 forskellige måder, det styres på. IP siger: "Det fylder meget i vores samarbejde. Incitamentsstrukturen isolerer os fra hinanden. Det er særligt tydeligt omkring de praktiserende læger – de får skudt i skoene, at de er deres egne købmænd. Men det er jo bare sådan som deres overenskomst er skruet sammen på".

IP forklarer videre, at det er det samme ift. hospitalets DRG system. Det er på mange måder fornuftigt, når man nu skal have et system. IP siger: "Men det kan også misbruges. Det ved vi jo godt, det bliver. Jeg har været på en sygehusafdeling, hvor overlægen lavede en liste over de DRG-takster, der skulle bruges på hans afdeling. Jeg vil ikke kalde det at snyde, men de bruges systemet på en for dem hensigtsmæssig måde".

Netop medfinansieringen gør for kommunens vedkommende, at der er et stort incitament at få skåret ned på de forebyggelige diagnoser. Men det er ikke alle der bliver indlagt med disse diagnoser, som kunne være undgået. IP siger: "Der indlægges DÆMP med forebyggelige diagnoser, som hjemmeplejen ikke kender. Skal kommunen så betale ekstra for dem?"

4. **Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

IP siger, at det de samme problemer, der italesættes hele tiden. IP uddyber: "Men jeg synes, at vi når tættere og tætteren ind i materien, hver gang vi har fat i noget. Vi nuancerer det mere og mere hver gang vi

arbejder med det. For eksempel den gode udskrivelse – det har vi talt om i 15 år. Det er rigtigt på overskriftsniveau, men der ligger en masse nedenunder, som hele tiden bliver ændret og justeret". IP forklarer, at det ikke er fordi de ting, der bliver iværksat, ikke har en effekt. Men de ruller videre og bliver mere og mere specialiserede. Der er tale om en spiral der bliver ved med at køre. Så derfor vil parterne blive ved med at tale om det, men i nogle forskellige nuancer, for man bliver ved med at få øje på noget nyt.

a. *Har alle aktører i sundhedstrekanten en lige stor interesse i at få løst problemerne?*

IP mener ikke, at alle aktører i sundhedstrekanten har en lige stor interesse i at få løst problemerne. IP siger: "De praktiserende læger har ikke det store incitament i det. I nogle af de dialoger, vi har med de praktiserende læger, er det tydeligt, at de ikke ser at det er et problem at borgeren bliver indlagt. De ser det som en hjælp, for de kan få afklaret de ting, de ikke kan få afklaret hos deres læge".

IP forklarer, at det er hospital og kommune, der har en udfordring. Og det er lidt svært at få de praktiserende læger med. De praktiserende læger har et helt andet billede af situationen. IP forklarer: "De handler ud fra borgerens billede – de tænker ikke på, at de skal undgå det ene eller andet. Nogle læger er meget aktive ift. forebyggelse – andre er slet ikke med. Det gør det super svært at samarbejde engang imellem. En læge er ikke en læge. Der hvor der er lægehuse, er de med på beatet på en helt anden måde end i solopraksis".

5. Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?

IP mener, at sundhedsaftalerne kunne være en måde at forbedre samarbejdet på. IP forklarer: "At nu bliver det igen italesat, at de praktiserende læger skal være mere forpligtet i det samarbejde. Men jeg ved ikke, hvordan vi får dem med, for det blev i virkeligheden også sagt sidste gang".

IP forklarer, at en af årsagerne til det dårlige samarbejde er, at hospitals læger og praktiserende læger stadig er meget langt fra hinanden, og de ser deres funktioner meget forskelligt. Sundhedsstyrelsen har lavet en ny anbefaling vedr. den akutte patient, hvor der bliver lagt et ansvar ind på sygehuslægen selv om borgeren er kommet hjem. IP siger: "Det kan godt være det står på et stykke papir, men det kommer vi til at arbejde med, da både de praktiserende læger og hospitalslægen synes, det er noget mærkeligt noget. Vi kan have nok så mange stykker papir. Men det er den enkelte læge der står i situationen og beslutter om de vil følge det eller ej – og det har ingen konsekvenser, hvis det ikke følger det, for der er bare nogen andre, der tager over, og forsøger at løse det på en anden måde".

a. *Hvordan vil man kunne skabe nogle andre institutionelle rammer som bedre kan løse problemerne?*

IP ved ikke om løsningen er, at tænke helt ud af boksen, og alle sammen have den samme kasse. Og inden for den kasse, skal man så finde ud af at strukturere et samarbejde. IP siger: "Jeg tror mere det handler

om, at vi får et tættere samarbejde i hverdagen, at kommunen kommer ind, den praktiserende læge kommer ud etc. – at der er noget fælleshed. Om det så er fælles matrikel - eller noget andet fælles. Det handler om, at dem, der skal arbejde sammen i hverdagen om borgeren, får et fællesskab – at de ikke har silotænkning. For det kommer ikke til at rykke før vi også møder hinanden direkte i samarbejdet omkring borgeren".

b. Er sundhedsaftalerne et godt middel til at styrke samarbejdet? Hvis ja – på hvilken måde?

IP mener, at vi er nødt til at have sundhedsaftalerne – ingen tvivl om det. IP siger: "Men jeg tror ikke, der er så mange, der føler sig så forpligtet af det, selvom vi i kommunerne – og også på hospitalet prøver at rette vores plejepersonale ind ift. det. Jeg tænker ikke at lægerne føler sig forpligtet ind på samme måde – de har ikke været inviteret ind. De har et andet mindset".

IP forklarer, at en del af udfordringerne er, at når de praktiserende læger bliver inviteret ind, er der nogen, der repræsenterer dem, men det er ikke nogen, der kan forpligte dem. IP siger: "Det er der hvor vi kommer til kort. Man kan godt have en god aftale med en eller to læger, men man kan ikke have lagt den arbejdsgang ud over alle borgerne, da det handler om, om den praktiserende læge kender til aftalen, og om de er interesseret i at følge den".

"Jeg oplever ikke at deres overenskomst understøtter det endnu – den har også været udfordret".

IP mener, at når man sidder i dialog med de praktiserende læger, så er der ikke modvilje mod at gøre noget, der er godt for borgeren. Alle aktører i sundhedstrekanten mener, at de arbejder ud fra borgerperspektiv. Men de ser det bare på 3 forskellige måder, og derfor ender det tit med 3 forskellige løsninger.

6. Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?

IP mener godt, at et fælles sundhedshus kan være en del af løsningen, hvis de praktiserende læger tages med ind. IP siger: "Tankesættet er super fornuftigt. Man kan få viden om, hvad hver især har af opgaver og hvor vi er i stand til at sætte vores opgaver sammen og få et godt borgerforløb ud af det. Et hus kunne godt være en hensigtsmæssig konstruktion".

a. Hvad betyder efter din opfattelse mest i den sammenhæng?

IP mener, at det er nødvendigt at have en fælles leder – men er mere usikker på, om det er nødvendigt med en fælles økonomi. IP siger: "Det er jo et kæmpe apparat, hvis der skal laves helt om på det. Måske kunne man køre det som en kontraktform, hvor der var klare retningsliner om, hvem der løser hvilke opgaver. Så ville der komme et fornuftigt samarbejde omkring det, og på den måde kunne man få øje på begrænsninger og fælles styrker i samarbejdet".

IP siger: "Det er er vigtigt at have borgeren i centrum i et fælles sundhedshus. Det skal være omdrejningspunktet, når man skal lave strukturen i sådan et hus. Det skal give mening for den borger, der går ind ad døren. Borgeren er ligeglad med, hvem der har ansvaret, men de skal vide, hvor de skal gå hen for at få løst deres problem". IP gav et eksempel på et sundhedshus i Aalborg, hvor huset var opdelt efter emner. Og så satte fagpersonerne sammen, så de kunne samarbejde, om de problemstillinger borgerne kom med. Det kunne fx være, at en praktiserende læge og en regional diætist skal sætte sig sammen, fordi det er den bedste måde at løse lige præcis borgerens problem på.

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

IP siger: "Du skal udfordre klyngesamarbejdet. Jeg er ikke helt sikker på, at den struktur, den mødeform, der er i samordningsudvalget er med øje på, at det er et samarbejde. På mange af møderne handler det om, at få sat grænser op ift. dem og os – og ikke så meget, at vi har en fælles sundhedsopgave. Der er et eller andet i den struktur som ikke er befordrende". IP mener det ville være godt, hvis der i stedet blev tale om et reelt samarbejde med alle tre hjørner i trekanten. IP forklarer: "I samordningsudvalget kommer man med sin helt egen dagsorden – hospitalet ryster på hovedet over, at kommunerne er så forskellige. Og vi ryster på hovedet over alt det, vi skal have en status på – men det interesserer ikke hospitalet at høre på holdninger den anden vej rundt om emnerne".

8. **Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?**

Nej.

Referat fra interview **Bilag 4**

Kommunal chef B

Dato: 6. oktober 2014

1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

a. Hvad fungerer godt?

IP mener, at i forhold til tidligere er samarbejdet mellem hospital og kommune blevet løftet kraftigt. Og samarbejdet mellem kommune og praktiserende læge er også blevet løftet. Men IP siger også: "Jeg synes, det er mere usynligt, hvordan samarbejdet fungerer i trekanten. Samarbejdet mellem kommune, hospital og almen praksis bliver svært. To aktører – kommune og hospital - er tæt forbundne, fordi der er noget medfinansiering involveret. Og så er der den praktiserende læge, som bliver den selverhvervende virksomhed, vi er oppe i mod, hvis vi skal have tingene til at fungere. Der er fx rapporter, der peger på, at det vil være en god ide, at vi har praktiserende læger på vores institutioner – plejehjem eller akutpladser. Der er det en udfordring, at vi skal afvente den lokale rammeaftale pga. af praksisplanen. Jeg er ikke sikker på, at det er en sammenhængende trekant, der er nogle steder, hvor det knækker".

IP er mere optaget af at kalde samarbejdet en firkant. Dvs. at borgeren også har et hjørne, og at der også er et forpligtende samarbejde med borgeren. Borgeren skal ses som en aktiv part – ikke en som en de andre aktører omgiver. Det er vigtigt at se på, hvor samarbejdet giver mening for borgeren.

b. Hvilke <u>udfordringer</u> er der?

IP peger på et område, hvor det ofte går galt - nemlig med medicinhåndteringen, hvilket kan ses på indberetning af de utilsigtede hændelser. Men der er svært at finde ud af, hvem der har skylden. IP peger på et andet område, hvor der har været udfordringer, nemlig udskrivningerne af borgerne. Der har deres fremskudte visitation højnet samarbejdet. Endelig peger IP på opgaveoverdragelse/opgaveglidning som en udfordring. Problemet er, at kapacitetstilpasninger på hospitalet ikke altid matcher med det, der kan overdrages til i kommunerne – både kapacitetsmæssigt, men også opgavemæssigt.

IP siger: "Det er hastighed ift. de krav, der stilles til regionerne om accelererede forløb, der er skyld i problemerne. Hospitalerne løber hurtigere end den kapacitet, der er i kommunerne både økonomisk og kompetencemæssigt ift. at overtage opgaverne. Der er forskellige hastigheder i de 2 sektorer. Især efter strukturreformen ser vi mega accelererede forløb i regionerne, og vi har bare skulle gribe opgaverne uden at være kompetente til det, hverken økonomisk eller kompetencemæssigt".

En anden problemstilling, som IP peger på, er forløbsprogrammerne. IP siger: "Vi forpligtede os til 2 i den tidligere sundhedsaftale – nu er vi pludselig forpligtet til at implementere dem alle sammen. Der er lagt en forventet forpligtelse i den næste sundhedsaftale om, at vi bare leverer dem alle sammen – det koster mega mange penge".

IP påpeger, at der er både nuværende og tidligere fordomme om aktørerne i sundhedstrekanten. IP siger: "Tidligere var de praktiserende læger bange for, at vi lavede mere arbejde til dem, fx hvis vi lavede sundhedsklinikker eller gik ind og tog blodtryk på folk. Det var nogle af de tiltag kommunerne tog i starten af overtagelse af sundhedsopgaven. Lægerne var irriterede over, at vi sendte borgerne op til egen læge med data, som nogle gange var forkerte. Vi havde ikke taget dem i ed. Den frustration oplevere jeg ikke så meget mere – ikke så meget frustration mellem kommune og praktiserende læger".

IP påpeger til gengæld, at der er en del frustration i samarbejdet mellem region og kommune. IP siger: "Regionen har svært ved at forstå, at vi ikke bare kan tage borgerne hjem til plejehjemmene og lægge dem på gangene. De kan ikke rigtig forstå, at når hospitalet er presset – hvorfor kan vi så ikke bare tage vores borgere hjem. Vel vidende at vi i kommunerne har mange tiltag for at imødegå presset – men vi er presset på samme tidspunkt som regionen er – højtider, sommerferie etc".

c. *Hvilken af udfordringerne er vigtigst/er den mest presserende lige nu?*

IP mener, at det største problem lige nu er udskrivningspresset pga. de accelererede forløb. Og IP forventer, det kun bliver værre, når der i Hillerød bygges et stort nyt sygehus med færre sengepladser, hvor mere bliver lagt ud ambulant. Dette skal kobles med, at kommunerne kun får flere og flere ældre, hvilket er en stor udfordring, da det jo er DÆMP, der er særligt indlæggelsestruet. Som IP siger: "I takt med at vi får flere af dem [DÆMP] og de får færre senge – jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre af dem".

IP mener, at det også er et problem for kommunerne, at de ikke har 24/7 lægedækning. IP siger: "Selvom vi har et akutteam, er det en udfordring ikke at have lægdækning 24/7, når borgerne er så dårlige, når de kommer hjem, som de er nu. Der mangler en sikring af, at vi kan lave de rigtige behandlinger."

2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?

IP siger: "Et godt borgerforløb er, når borgeren bliver hjemme. Hvis man kigger på de forebyggelige diagnoser, så gælder det om at få lavet en tidlig opsporing og beholde borgeren hjemme med en eller anden form for lægelig backup 24/7".

IP understreger, at borgeren helst skal indlægges via egen læge – ikke via vagtlæge. IP siger: "Et godt forløb er, at de bliver indlagt på et tidspunkt, hvor der er nogen til at tage imod dem. Jeg synes ikke, vi kan være bekendt, at vi har svingdørspatienter og 0-dagsindlæggelser – de bør kunne klares på anden vis".

IP mener, at den gode udskrivning er, at kommunen bliver inddraget fx via fremskudt visitation. IPs kommune arbejder aktivt med at være til stede på hospitalet, og de ville gerne have haft fremskudte terapeuter til at starte hverdagsrehabilitering allerede på hospitalet, men det fik de ikke penge til i budgettet.

IP påpeger, at på psykiatriområdet vil det give rigtig god mening med et bedre samarbejde. Området er bagud, fordi der ikke har været så meget fokus på dem i sundhedsaftalen. IP siger: "De har ikke været vant til at tænke i de baner. Sundhedstrekanten halter rigtig meget, hvis vi taler den psykiatriske patient".

3. Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes

a. *Skyldes problemerne den måde, som de 3 sektorer er organiseret og styret på*

IP mener, at problemerne til dels skyldes, at de praktiserende læger er et liberalt erhverv. IP siger: "De er deres egen herre. De kan sige – "det vil vi ikke". Og de er underlagt en anden styringslogik end kommune eller region".

IP mener også, at regionerne er underlagt en anden styringslogik end kommunerne. De er tættere forbundet til staten. Som IP siger: "Der er lidt storebror over det. Det er også derfor, at vi som kommuner går sammen ift regionen. Og som kommuner har vi så ydermere hvert vores kommunale styring – det kommer an på, hvem der sidder i den enkelte kommunalbestyrelse – hvad de prioriterer, og hvilke økonomiske udfordringer den enkelte kommune har".

IP påpeger, at det er en udfordring, hvis de midler, der afsættes i økonomiaftalen mellem KL og regeringen, ikke bliver brugt til det, de er tænkt til. Så kan regeringen med rette sige, at kommunerne har fået pengene, men at de har prioriteret at bruge dem til noget andet, end det de er sat af til. Det kan udfordre kommunerne. IP siger: "Hvis al sundhedsaftalestoffet – alle forpligtelserne ligger i økonomiaftalen, og vi ikke får lov til at bruge pengene til det - så er vi udfordret. Når vi skal afrapportere, så må vi komme med en sludder fra de varme lande – det har vi gjort i tidligere indsatser. Men det er en udfordring , at vi er styret af noget, hvor vores lokale politikere bestemmer anderledes, end det de er tænkt".

IP forklarer, at kommuneøkonomien er skruet sammen på en sådan måde, at der hvor man kan spare pengene, er der hvor de er personaleressourcer, og det er især på sundheds- og ældreområdet.

Ift. medfinansieringsordningen påpeger IP, at det er en økonomi, der ligger ved siden af. Det er et område, hvor det som kommune er svært at gå ind og spare. Som IP siger: "Vi har sparet meget på vores forebyggelige indlæggelser – men det er en nål i en høstak. Der er rigtig meget andet, der påvirker udgifterne til medfinansieringsbudgettet– hvad gør de andre områder i kommunen? Hvad har indførelsen af 1813 betydet – har det medført et øget forbrug? IP siger videre: "Og så shopper de DRG-takster på hospitalet. Hvis de mangler penge, så er det den dyre takst, de bliver indlagt med. De accelererer forløbene, og de tager de dyre takster – det gør at vores finansiering stiger, samtidig med at liggedagene falder".

IP forklarer, at den økonomiske afregningsmodel har en betydning for, hvordan man løser problemerne. IP siger: "Inden strukturreformen havde man en grundtakstfinansiering. Der var princippet, at man ikke måtte have fingrene nede i andre folks lommer. Men det er det, der sker nu. Hospitalet har virkelig fingrene nede i kommunernes lommer. Kommunerne har ikke råd til at bygge de institutioner, der skal overtage disse borgere. Man har et billede af, at de [hospitalet] shopper deres takster op – det, det koster at have en borger indlagt – er det så det rigtige? – eller kan det gøre billigere? I oplægget til strukturreformen, var det Lars Løkkes tanke, at det skulle være én kasse".

IP er i interviewet meget inde på, at der sker en masse ufinansieret opgaveglidning mellem kommune og region. IP peger på snitfaldekataloget[1], som et eksempel, hvor det ikke er tydeligt, hvordan opgaverne skal finansieres. Et andet område IP peger på er genoptræningsområdet. IP siger: "Det er vildt, hvad vi har måttet opruste med. Der er kun stigninger på den front – både på forløbsprogrammer og genoptræning ".

Ift. mulige løsninger på problemet siger IP: "Jeg kan ikke komme med en model, der giver mere mening, men jeg tror én kasse vil skabe nogle andre incitamenter for samlet set at styre området. Det var interessant at se oplægget fra Ängleholm[2] – at sætte en kommunal mand for bordenden i noget, der kunne ligne et regional tilbud – det var interessant, at turde det".

4. **Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

IP påpeger, at samarbejdet lykkes bedst, når parterne er tvunget til at løse opgaver sammen, fx hvis det er beskrevet i sundhedsaftalerne. Men IP påpeger også, at nogle problemstillinger har der været arbejdet med længe, fx det gode udskrivningsforløb, som IP har arbejdet med siden 1999, hvor hun blev ansat i kommunen. IP siger: "Hvis du dykker ned i det – det er ikke så meget anderledes i dag, der står måske bare noget andet, og det synes jeg er interessant. Nogle gange er det det samme, vi har talt om de sidste 15 år – men nu bliver det til skal opgaver i sundhedsaftale regi – så er vi tvunget til at sætte os omkring bordet og få det

[1]Snitfladekataloget beskriver og tydeliggøre ansvarsfordelingen mellem regionen og kommunerne i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler

[2] IP referere til et oplæg, som forvaltningschef Sergio Garay, Ängleholm holdt for det tværsektorielle styregruppe der er nedsat i forbindelse med etablering af det fælles sundhedshus i Helsingør.

løst. Og måske er det også lidt tydeligere defineret, hvem har ansvaret for at tage initiativet – det har været godt. Men der er brugt mange ressourcer på det [den gode udskrivning], og det gøres der fortsat".

IP synes det er godt, at Samordningsudvalget har ændret virkemåde, så det nu er på et organisatorisk niveau, hvor det er muligt at træffe beslutninger. Men samtidig, at det er en udfordring, at der bliver nedsat så mange arbejdsgrupper nedenunder, som udvalget er dårlige til at få lukket ned igen, når de ikke længere er relevante.

IP påpeger, at samarbejdet omkring sundhedsaftalerne og det organisatoriske setup omkring dem er utroligt ressourcekrævende. IP siger: "Det er på et embedsmandsplan niveau, hvor jeg tænker "hvor er praksis?" Nu sidder jeg jo i embedsmandsudvalget og tænker ofte, hvor er den menige hjemmesygeplejerske henne, den menige hjemmehjælper og de kompetencer de har. Hvordan er de afspejlet i de mange papirer og grupper. Og nu laver vi samme organisering omkring praksisplanen – det er vildt. Det er politisk og administrativt tungt".

5. Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?

På spørgsmålet om, hvordan samarbejdet kan forbedres svarer IP: "En fælles økonomi, hvor man ikke var styret af nogle takstberegninger, som den ene sektor have 100% styringsmuligheder og ansvar for. Og så måske at turde inviterer hinanden inden for. Vi er blevet mere afhængige af hinanden, vi bør se på, hvordan vi kan hjælpe hinanden med at løse opgaverne i hinandens huse. Et eksempel er fremskudt visitation". IP forklarer, at hendes kommune har inviteret sig selv indenfor på hospitalet som fremskudt visitation, og de ville gerne have haft inviteret sig ind ift. at starte hverdagsrehabilitering op på hospitalet (men det fik de ikke penge til i det kommunale budget). IP er meget optaget af, om der er flere områder, hvor kommune kan invitere os selv ind på.

Men IP peger også på nogle dilemmaer i samarbejdet. IP siger "Det er interessant at se på, fx hvad beder vi borgeren om at betale, når de er på vores midlertidige pladser [borgeren skal betale for kost]. Kunne man så ikke også bede om det samme, når de var på hospitalet. Det er en udfordring, når vi vil have borgeren ind på en midlertidig plads hos os, at de skal betale for kosten, for det gør de ikke på hospitalet. Kunne være godt, hvis regionen kunne hjælpe os, så borgeren også betalte for kost på hospitalet. Der kan vi godt blive udfordret på, om borgeren synes det er attraktivt at ligge på en kommunal plads frem for en hospitalsplads".

a. *Hvordan vil man kunne skabe nogle andre institutionelle rammer som bedre kan løse problemerne?*

På spørgsmålet på, hvordan man vil kunne skabe nogle andre institutionelle rammer fremhæver IP modellen fra Sverige. IP siger: " Det ville være interessant, hvis man i det fremtidige supersygehus

inviterede kommunerne ind i et strukturelt samarbejde, så man ikke tænkte et sundhedshus, der ligger afsondret fra hospitalet, men hvor man i stedet lavede noget, hvor hospitalet var som bagland. Så man kunne udnytte de kompetencer, vi efterspørger i kommunerne, når vi skal have de dårlige borgere hjemme".

IP siger videre: "Det er smart, det de laver i Frederikssund, hvor kommunen lejer sig ind på Frederikssund hospital. Det kunne være godt, hvis vi kunne lave noget tilsvarene, hvor man kan have noget hospital som bagland til et sundhedshus – det ville kunne give mening. Hvis du havde en kasse, der betalte – så var der rigtig meget synergi i det, hvis kommunen hurtigt kunne få et godt råd fra hospitalet".

b. Er sundhedsaftalerne et godt middel til at styrke samarbejdet? Hvis ja – på hvilken måde?

Ift. om sundhedsaftalerne er et godt middel til at styrke samarbejdet på svarer IP: "Det er vel der, vi har haft løst samarbejdsproblemerne på. Vi gør det, fordi det er lovpligtigt. Det er ikke lykkedes, da det ikke var lovpligtigt. Men det er også der, hvor vi har fået et samarbejde, et forum og tale det ind i, som er noget vi skal. I regi af sundhedsaftalerne står vi mere som ligeværdige parter, fordi vi skal løse opgaven – region og kommuner, ikke region vs. kommune."

Men IP forklarer, at der er helt umuligt at tegne det samarbejde, der er på sundhedsområdet. Det er alt for komplekst, og der er alt for mange forkortelser.

6. Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?

På spørgsmålet om, hvad der skal til, for at et fælles sundhedshus kan være en del af løsningen svarer IP: "Sundhedshuset giver mening for jer, fordi det ligger i Helsingør – I får noget backup fra regionen, fordi det ligger hos jer. Det er mindre interessant for borgere, der bor i andre kommuner. Hvis det lå på hospitalet – så ville det have en anden funktion, end når det ligger i en anden kommune. Det ville være nemmere at sælge til borgerne i min kommune. Så ville man kunne sige til borgerne, at det er det samme sted, du skal hen, uanset om du skal på sygehuset eller i sundhedshuset. Hvis det lå på hospitalet, ville det måske også give mening, at nogle af de midlertidige pladser lå i sundhedshuet. Men nu er det en postgang for sent for regionen, fordi vi alle sammen etablerer vores midlertidige pladser i kommunen".

IP siger videre: "Jeg er optaget af en matrikelløs løsning, hvor de må tage ud i kommunerne. Vi må invitere dem ind i vores organisation lige så vel, som vi må komme ind i deres. Jeg tror meget på de digitale løsninger fremadrettet. Vi er ikke så langt væk fra hinanden, hvis man bruger en skærm løsning".

a. Hvad betyder efter din opfattelse mest i den sammenhæng?

IP mener, man skal arbejde med både struktur, økonomi og kultur. IP siger: "Kultur er mindst lige så vigtig som de 2 andre [struktur og økonomi]. Det skal give mening økonomisk. Men kulturen er sindssygt vigtigt.

Det er 2 forskellige måder at arbejde på. I kommunerne inviterer vi os ind i borgerens hjem, mens på hospitalet er borgeren på besøg. Patienten skal indordne sig under de rammer, der er på sygehuset, vi skal indordne os under de rammer, der er i borgerens hjem. Det er 2 forskellige tilgange, som også får samarbejdet til at støde sammen i kommune-hospital samarbejdet. Men også 2 forskellige tilgange, fordi vi er styret forskelligt. Der er mere hierarki på hospitalet, mere selvstyrende i kommunerne, og på hospitalet er de underlagt lægefaglig styring. Det er klart nogle kulturforskelle og nogle magtforskelle. I borgerens hjem er det som udgangspunkt borgeren, der har magten, det er det ikke på sygehuset. Vi skal have lov til at komme i borgerens hjem. På hospitalet er det sygehuset, der bestemmer. Borgeren kan smide kommunen ud".

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

IP siger: "Som centerchefer sidder vi virkeligt i et krydspres, vi sidder i en politisk tæthed, som vi skal være tro mod, vi skal være direktionens forlængede arm, være embedsmænd. Vores fornemste opgave er, at få de forskellige domæner til at fungere sammen. Man skal være tro mod sig selv og sin organisation, hvilket betyder, at vi er i et urimeligt krydspres – vi skal værne mod vores egen organisation og samtidig være tro mod vores politikere og vores direktion".

IP mener, at vi sammen skal blive bedre til at bruge vores klynge endnu mere. Vi skal sikre, at vi kan argumentere tingene hjem, der hvor vi synes det er svært. IP synes det ville være godt, hvis vi i klyngen kunne bruge hinanden til at sparre omkring vores politiske oplæg.

8. **Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?**

På det spørgsmål svarer IP: "Borgerens ansvar. Jeg kunne godt tænke mig, at gøre borgeren mere ansvarlig. Det ligger også i Sundhedsaftale III. Men hvordan skaber vi det? Hvad kan vi bede borgerne om at tage ansvar omkring. Det kunne vi godt blive mere skarpe på. Er borgeren kun vores kunder, eller er borgeren også vores pårørende. Hvor meget kan vi kræve af dem? De frivillige, medborgerskab, hvordan taler man det ind på sundhedsområdet. Fx besøgsvenner ind på hospitalet sammen med visitationen – her får du en mentor, der kan hjælpe dig med at være gammel i en kommune. Vi skal tale borgeren mere ind sundhedsområdet, end vi har haft erfaring for, kutyme for. Vi har ikke ressourcerne til at klare det hele. Det kommer til at blive italesat i SAIII, men det skal være et endnu større punkt i SAIV og frem. Medborgerskab er noget andet end at være frivillig. Medborgerskab er fx at banke på hos den gamle nabo og sige " jeg skal ud at handle, skal du have noget med?" – det er medborgerskab. Hvordan får vi naboskabstankegangen tænkt ind i sundhedsaftalen?".

IP er også meget optaget af at tegne en firkant i stedet for en trekant. Borgeren skal have en tydelig rolle i samarbejdet. IP siger: "Det handler om kommunikation. Hvis den, det handler om, kun er en, vi taler om, og ikke en vi taler til – så tror jeg det går galt. Derfor vil jeg have dem med op til at være ligeværdig part – også til at tage ansvar. Det der går galt er ansvarsfordelingen. Det der går galt i kulturen er, at vi har forskellig ansvarsfordeling. Hvornår har borgeren ansvaret – det er uklart. Hvis borgeren er en ligeværdig part, har de en eller anden aktie i at kunne sige, hvad de forlanger af hospitalet".

Referat fra interview **Bilag 5**

Kommunal chef C

Dato: 3. oktober 2014

1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

a. Hvad fungerer godt?

IP mener, at der er nogle områder, der fungerer bedre end andre. IP nævner samarbejdet mellem akut-teamet og det palliative team som eksempel på en konkret samarbejdsflade, der fungerer godt. IP siger: "Der er en gensidig tillid til, at alle gør deres bedste, og det de er sat i verden for. Der er gensidig forståelse af, hvad den anden skal, der er en klar opgavefordeling, en klar ansvars- og kompetencefordeling og ikke nogen, der peger fingre af nogen, hvis man ringer og spørger om noget".

IP mener, at samarbejdet fungerer godt, fordi de uskrevne forventninger er blevet honoreret på begge sider. IP siger: "Der er en vilje til at ville samarbejdet fra begge sider, og man opdager, at man rent faktisk kan. Det er en relation man kan lære af ift. forventninger til hinandens og hinandens opgaveporteføljе. Respekten er opstået i de første relationer, der har været. Og jeg har et akutteam, der er gået ud og har solgt sig selv – men det spænder også ben for, hvad 1813 rent faktisk tror, vi er for noget. De andre aktører bygger selv oven på, hvad de mon kan [akutteamet], hvilet måske en af forklaringerne på forviklingerne ift til 1813 [de sender opgaver til akutteamet, som de ikke skal og ikke kan løse]. Der er tale om en historie genfortalt gennem mange led. Og så tager de andre aktører tingene som en selvfølge, uden at få det afklaret".

IP nævner, at der også er tillid mellem praktiserende læger og akutteamet ift., at lægerne kan få det de gerne vil have fra akutteamet. Forventningerne bliver honoreret, hvilket betyder, at lægerne ikke bliver solgt i det ansvar de lægger fra sig.

b. Hvilke <u>udfordringer</u> er der?

IP mener, at en af udfordringerne er, at der er stiplede linjer hele vejen rundt, hvilket er udtryk for et ikke fortløbende forløb. Og så er der modsatrettede forventninger mellem alle 3 aktører. IP siger: "Der mangler forventningsafstemning, der mangler det muliges kunst. Og huller opstår af "det er også regionen..", "det er også de praktiserende læger..." og det samme siger de sikkert om os. Den relationelle koordinering er så vigtig".

IP påpeger, at der også er problemer med strukturerne og incitamenterne: IP mener, at hele afregningsprocessen forstyrrer grundlæggende muligheden for at skabe sammenhæng. IP siger: "Der er tale om modsatrettede forventninger – eksempel 1813 overfor kommunen/akutteamet. Når vi har en sådan ordning, så forventes det også, at vi kan modtage borgere, der er i en tilstand, der er værre end dem andre kommuner skal tage. Der er tale om modsatrettede forventninger, men også om fordomme – "hvis vi havde det sådan her hos os, kunne vi også modtage flere borgere som er dårligere....". Så det bliver forbundet med ulyst eller uvilje, at vi ikke vil modtage borgerne."

IP understreger, at en forudsætning for forventningsafstemningen er, at man taler sammen. IP giver som eksempel et broforløb[1], som de deltager i lige nu vedr. palliation. IP siger: "Det handler egentlig ikke så meget om palliation, men om at få øje på, hvor knækker kæden. Hospitalet siger også, at kæden knækker internt på hospitalet mellem afdelingerne. De bruger relation koordinering i broprojektet. Man skal forstå forventninger til hinanden. Man laver tracer audits[2], som vi også kommer til at gøre i vores egne akkreditering. Simpelthen for at forstå. Forståelsen kommer før at tingene fungerer. Det er nødvendigt at tale om, hvad det er, vi hver især forstår, hvad det er vi hver især forventer. Fordi vi tror det er indlysende, at man bare kan".

IP nævnte følgende ting som årsager til udfordringer i samarbejdet:

- Mangel på kommunikation
- Dårlig kommunikation
- Ingen "har den" (ansvaret for samarbejdet) – hverken formelt eller reelt
- Fordomme om hinanden
- Den måde sektorerne er organiseret på – forskellige incitatmentsstrukturer, både økonomisk og lovgivningsmæssigt

c. *Hvilken af udfordringerne er vigtigst/er den mest presserende lige nu?*

IP mener, at kommunens samarbejde med hospitalet, er den mest presserende lige nu. IP siger: "Vores samarbejde med almen praksis er bedre end i så mange andre kommuner. Jeg falder ikke i den der grøft med at sige, at "de praktiserende læger er så og så ....". Det når vi aldrig en fælles forståelse med. Det er hospitalet, der er udfordringen, fordi det er så mangfoldigt og dog så samlet, for regionen taler jo med en stemme, mens kommunerne taler med mange forskellige stemmer. Men internt i hospitalet er der ved gud jo også mange stemmer – men de har bare et godt talerør".

[1] Et broforløb er et kompetenceudviklingsforløb på tværs af sektorer med fokus på **B**rugerinddragelse, **R**elationelle Kompetencer og **O**vergange.

[2] En metode brug i akkrediteringsforløb, hvor man tager udgangspunkt i en individuel borger og sporer dennes forløb genne, sundhedsvæsnet.

2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?

IP mener, at et godt borgerforløb set fra borgerens synspunkt er, et ubrudt forløb, som der er styr på. IP siger videre: " Det er en fornemmelse af, at data flyder, at man som borger, ikke skal starte forfra, hver gang man skifter afdeling eller kommer ned til sin praktiserende læge eller til kommunen. At man ikke bliver sendt videre, "fordi det ikke er os"".

IP mener, at et godt borgerforløb set fra kommunens perspektiv er, at der er afstemt forventninger til hinandens roller og muligheder i trekanten. Som eksempel giver IP de opfølgende hjemmebesøg. IP siger: "Mine sygeplejersker kunne godt sige "er det ikke de praktiserende lægers hjemmebesøg, og har de oven i købet ikke fået penge til det i deres nye overenskomst?". Men de praktiserende læger får ikke oplysninger om, at borgeren har været indlagt eller for hvad, før vi kommer ind i billedet. Derfor skal der være et godt samarbejde".

a. Er det sådan i dag?

IP mener ikke, at der er gode borgerforløb i dag. IP forklarer: "Hvis man tager en indlæggelse - borgeren er indlagt og skal hjem, de bliver lovet guld og grønne skove, fordi det er gratis for hospitalet. Men den praktiserende læge ved ikke nødvendigvis, at borgeren overhovedet har været indlagt. Data flyder ikke".

IP siger videre: "Der sker et eller andet fra når det er besluttet, at borgeren skal udskrives, til det er godkendt, at de skal have noget hjælp i kommunen. Den tid, eller det virtuelle mellemrum, kan der slet ikke tages fat om, fordi hospitalet har fralagt sig deres ansvar, og vi har ikke taget vores endnu. Så kommer de praktiserende læger på banen. De ser sig selv som tovholdere for patienten, men de har ingen mulighed for (eller nogen gange vilje til) at være det".

3. Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes

IP mener, at organiseringen af de 3 sektorer har en betydning. IP forklarer, at alle dele af trekanten er politisk styrede i et eller andet omfang, dog mindst ift. de praktiserende læger. IP siger: "Kommunerne er i toppen som tættest på og afhængig af politikeres til enhver tid holdninger til, strømninger, lyster, ideer om, hvad der kan lade sig gøre. Og samtidig i en organisering, der gør det pinedød nødvendigt, at de [politikerne] ved, hvad de har med at gøre, fordi det har en så direkte virkning på den kommunale praksis. For regionerne går deres politiske styring mere i en statslig retning. Den kommunale politiske styring går mere i borgerretningen. Det setup er det svært at agere i. Det er lige som at sammenligne æbler og pærer".

IP siger videre: "Medfinansieringsordningen er udtryk for den politiske styring og niveauforskellene . Der er tale om fuldstændigt forskellige paradigmer, fordi incitamentsstrukturerne er så modsat rettede. Vi skal undgå, at borgerne bliver indlagt, og hospitalet skal sørge for, at de bliver det, for ellers kan de ikke tjene penge. Det er udtrykt i den politiske involvering, hvor tæt på den er, i hvilken retning den peger. Så selvom

der skulle komme en blå regering, der vil nedlægge regionerne, er der er alligevel en politisk styring, der trækker i en anden retning".

4. **Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

IP mener ikke, at de hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne har været succesfulde. IP siger: "Men der er prøvet nogle veje, man har troet på. Man har haft en oprigtig interesse i at ville det. Det har der været lige siden de første sundhedsaftaler. Man kan sige "Vi har prøvet siden 2007, så har vi ikke snart klaret børnesygdommene?" Næh. Vil bliver hele tiden ved med at opdage noget nyt, der kommer hele tiden pres på, så det er nogle nye vilkår, vi skal forhandle sundhedsaftalerne inden for".

IP forklarer, at det er vigtigt, at man skal tror på at ting lykkes, og man skal give plads og rum til at afprøve og begå nogle fejl. IP siger: "Vi skal evaluere og sige, at det virkede, eller vi fik ikke den effekt vi ville have – så er det meget der lykkes. Men jeg tror ikke på, at trekanten vil blive en ubrudt linje hele vejen rundt. Der vil altid være et eller andet – men vi skal bare finde de kanaler, vi kan behandle dem i. At få øje på en meningsfuld måde at løse problemerne, når vi opdager dem – uden at det bliver en slåen hinanden oven i hovedet".

a. *Har alle aktører i sundhedstrekanten en lige stor interesse i at få løst problemerne?*

IP mener ikke, at alle aktører i sundhedstrekanten har en lige stor interesse i at få løst problemerne – i hvert fald ikke altid. IP siger: "Groft sagt kan man sige, at praktiserende læger kun har en interesse i at data flyder, så de i det mindste har en reel chance for at gå ind og tage deres ansvar. Det forholder sig noget anderledes med kommune/hospitals relationen. Der er samarbejdet der hele tiden. Der er hele tiden en ny behandling, en genindlæggelse osv. Vi har en interesse i hele tiden at følge med i, hvad der sker hos hinanden".

IP giver et eksempel på, hvorfor kommunikationen mellem de forskellige sektorer nogen gange kan være svær: IP siger: "Kommunikationsaftalen er blevet lige blevet evalueret. Vi får at vide i kommunen, at vi ikke sender opdaterede funktionsvurderinger ind, så hospitalet ikke har de sidste nye data, sidste nye tilstand på borgeren at vurdere kommunikationsaftalen efter – dvs. hvornår må de sende borgeren hjem til samme hjælp eller mere eller mindre hjælp. Men i den kommunale praksis bruger vi ikke funktionsvurderingerne hos leverandøren – det er visitators redskab".

IP mener, at der er brug for meget mere kommunikation mellem kommune og hospital end mellem kommune-praktiserende læge og hospital-praktiserende læge.

5. Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?

IP siger: "Kommunikation er vejen frem til et forbedret samarbejde. Jeg tror på audits, tracerforløb, brobygningen gående på kommunikationen og datastrømmen, men ikke på fagligheden – der har vi masser af læger, og de er rigtigt dygtige. Kommunikationen og datastrømmen er vigtigst. Uanset om det er elektronisk (kommunikationsaftalen, FMK) eller det gælder forståelsen af, hvor er borgeren nu henne, hvem har ansvaret. Så forløbstankegangen, der har været introduceret siden 1. generation af sundhedsaftalerne, den holder stadig som begreb. Men det bliver bare lidt skævt, når vi gør det diagnosespecifikt. Det giver fint mening ift kronikerindsatsen. Men i det øjeblik vi gør det diagnosespecifikt, vil der altid være nogen der ikke passer ind – men hvad gør vi med dem?".

a. *Hvordan vil man kunne skabe nogle andre institutionelle rammer som bedre kan løse problemerne?*

IP mener, at et sundhedshus vil være et spændende sted at eksperimentere med nye måder at få samarbejdet til at fungere på. IP siger: "Men uden at det er missionen i sig selv – det er selvfølgelig borgeren, der er udgangspunktet. Det man kan frygte er – fordi incitamentsstrukturerne er forskellige, er at politiker sigtet er forskelligt – det bliver en magtkamp om, hvem skal bestemme. Fx hvem ansætter centerchefen? Hvordan passer det ind i de kommunale referenceforhold – og de regionale? Alene organiseringen – der står magtkamp på den lige med det samme".

Men IP mener, at det nye setup, som et sundhedshus er, giver anledning til at tænke nyt på samarbejdsfronten - på kommunikationsveje og datastrømme.

b. *Er sundhedsaftalerne et godt middel til at styrke samarbejdet? Hvis ja – på hvilken måde?*

IP siger: "Tja. Sundhedsaftalerne er et godt redskab til at dokumentere, hvad vi har prøvet. Men det bliver nemt en lidt lineær proces, som ikke tager højde for de nye vilkår. Det kunne godt være af noget af det, vi prøvede allerførst, som det ville give god mening at prøve af igen, fordi vilkårene har ændret sig".

IP forklarer videre: "Man har bare bygget oven på ambitionerne uden at forholde sig til, om det man startede med har haft effekt eller succes. I den første generation af sundhedsaftaler havde man kommune allonger til den generelle aftale. Der var midtvejsmøder, hvor man anslog, hvornår man ville have gennemført initiativerne – man halsede efter som kommune. Og så kommer der en ny generation af sundhedsaftaler, som egentlig forudsætter, at det der var i den gamle var vinget af. Og så bliver det en fornemmelse af, at man som kommune hele tiden skal halse med, uden at man er en ligeværdigt og ansvarlig part. Det bliver hele tiden et forsvar mod den store region".

IP mener, at man bygger mekanismer oven på hinanden uden at stoppe op. Man bør kigge på knopskydningen og se om det stadig giver mening. Efter IPs opfattelse mangler sundhedsaftalerne nogle loop, hvor man går tilbage og kigger på det man har sat igang.

6. **Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?**

IP mener, at både struktur (fx fælles ledelse, forpligtende samarbejder), økonomi (herunder modeller der også økonomisk understøtter samarbejdet) og kultur betyder noget, hvis et fælles sundhedshus skal blive en succes. Men IP siger: "Det der skal til er først og fremmest en vilje til at kaste dogmer op i luften fra regionens og kommunens side".

IP siger: "Det starter med et oprigtigt ønske om og evne til at kunne kaster dogmer over bords – både i magtrelationen, i organiseringen, i historien, i kulturen, i "vi plejer" - med det ene ønske om at ville sammenhængen – uanset hvor det havner henne, uanset hvem der skal sluge kameler, og hvor store de er".

IP siger videre, at muligheden for succes også afhænger af, hvordan regionen ser på det. IP siger: "Ser de det sådan, at de nu har gjort Helsingør Kommune en tjeneste ved at lægge et sundhedshus i Helsingør – dvs. taler de ind i den gamle historie om lukning af hospitalet. Eller går de til det med et oprigtigt ønske om samarbejde".

IP mener det kunne være en spændende tanke med en bestyrelse for sundhedshuset. IP siger: " Sygt stort anledning til at tænke nyt, hvis man virkelig vil det."

Men IP ser også en række organisatoriske udfordringer ift. sundhedshuset. IP siger: "Hvem skal hjemmeplejen fx referere til, hvis de skal bo i sundhedshuset – er det lederen af sundhedshuset – eller fortsat den kommunale centerchef?"

IP synes det ville være godt, hvis man tog udgangspunkt i borgerperspektivet, når man skal tænke sundhedshuset. IP siger: "Godt hvis vi tager udgangspunkt i, at borgeren skal føle sig grebet hele vejen igennem - og så bygger de nye strukturerer op omkring det. Men det kræver en forudgående snak om, hvorvidt borgeren skal være grebet hele tiden – og hvordan påvirker det, hvad kommunerne og regionerne skal. Skal der fx bruges mange penge på et kræftsyg, der skal sendes et eller andet sted hen, eller skal man bruge pengene på 80 nye hofter? Og for kommunerne handler det om servicebegrebet – hvad skal vi stille op til, hvad er kommunernes frie handleret?"

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

IP synes, at jeg skal se, de muligheder der er. Jeg skal vriste mig fri af kampen om pladserne, dvs. hvor kunne jeg se mig selv henne. Det skal jeg kaste over bord for at se på muligheden for at få oparbejdet en mere vellykket samarbejdsmulighed. IP mener, at det kræver en eller anden form for idealisme, som støder sammen med virkeligheden.

IP siger: "Men også en uærbødighed over det der er, som et bidrage til den der "kaste dogmerne over bord". Du skal gå foran i det at ville det, uanset på hvis bekostning det bliver. Det vil være nødvendigt, at kunne se helheden, fx hvis man kaster alle organiseringer og ansvarsfelter op i luften, og så gør vi det, der er hensigtsmæssigt for en sammenhæng, vi gerne vil have. Men hvilken konsekvens vil det have for den øvrige kommunale praksis, som ikke bliver kastet op i luften på samme måde?"

8. Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?

IP siger: "Vores mulighed for at være leverandør i det nære sundhedsvæsen med de praktiserende læger som samarbejdspartner. Eksempelvis er de praktiserende lægers modstand mod at lade borgere på akutpladser få sat et drop op, at de ikke er i stand til at tage stilling til akut tagne blodprøver – det støder ind i deres kompetencer, de er vant til stabile tilstande - ikke det akutte. Deres vægring skyldes, at de er bange for, hvad de egentlig skal tage stilling til – de er bange for, at de ikke har kompetencerne. Vores kommunale praksiskonsulent siger fx, at borgeren nødigt skal have et dårligere tilbud på en akutplads end på et hospital. Jeg tror, han taler om sine egne kompetencer. Det er min formodning."

Referat fra interview **Bilag 6**

Praktiserende læge A

Dato: 3. oktober 2014

1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

IP mener, at der er mange svagheder i samarbejdet mellem almen praksis og hospitalet på grund af travlheden og mængende af arbejde fra begges side. IP oplever, det er mangelfuldt fra hospitalets side med hensyn til epikriser. IP siger: "Mulighederne for samarbejde med dem bliver mere og mere begrænset. Det mere almindelige behandlingskrævende bliver det vanskeligt at få benet ind i forhold til. Det er problemer med ventetider, med informationerne, når borgerne har været indlagt – medicinkort og epikriser."

IP forklarer, at det er en individuel ledelsesholdning på hospitalet om det prioriteres højt[den rettidig info]. IP siger: "I andre regioner og på andre sygehuse, fungerer det anderledes. Og der er forskel fra afdeling til afdeling på vores hospital. Hvis vi skal samarbejde, hvis vi skal tage patienterne hurtigere og i en dårligere tilstand, så skal vi altså også vide noget. Men det halter, de låser fx medicinkortet, så vi ikke kan ændre i medicinen".

IP mener, at der er en positiv ånd fra begge sider i samarbejdet mellem almen praksis og kommuner. Begge parter er enige om, at det er det primære indsatsområde, som kommer patienten til gode lige her og nu. IP forklarer, at der bliver arbejdet på at finde kommunikationsformer og måder at håndtere DÆMP - både før og efter indlæggelse. Og IP mener, at der er kendskab til kommunens tilbud via sundhed og softportalen.

IP forklarer, at der hvor det går galt i samarbejdet mellem kommune og almen praksis er ift. medicin. Kommunikation om og koordination ift. medicinen er en udfordring. IP mener derimod, at samarbejdet om hjælpemidler, pleje, tilsyn mm fungerer godt. Men det kan være en udfordring, hvis det er yngste hjælper der ringer til lægen uden at have arbejdet sig op i egne rækker. IP siger: "Vores ressourcer er også knappe, så vi vil gerne have de rigtige observationer og oplysninger, så vi kan handle. ISBAR[1] er fx en god ting".

[1] ISBAR er en standardiseret måde at kommunikere på i sundhedsvæsnet, særligt ved sektorovergangen. ISBAR er en forkortelse der står for:
I – **Identificer** dig selv og patienten
S – Beskriv **situationen**
B – Beskriv **baggrunden** kort
A – Giv din **analyse** af situationen
R – giv eller få et **råd** om problemet

IP mener, at en anden udfordring er, at hjemmesygeplejen er blevet omlagt, så der ikke længere er samme adgang for de praktiserende læger til at få hjælp fra hjemmeplejen.

IP kunne godt tænke sig, at der var en ens definition på landsplan om, hvad der er hvad. IP forklarer, at det kan være svært for den praktiserende læge at vide, hvad opgaven går ud på. Akutpladser er rigtigt svære at forholde sig til, da de er forskellige fra kommune til kommune. IP mener, det ville være nemmere for almen praksis, hvis der var en landsdækkende definition, for så vidste de, hvad det var for en type patienter, der er på de forskellige pladser.

På spørgsmålet om, hvorvidt problemerne skyldes den måde sektorerne er organiseret på, svarer IP: "Det ville være fint, hvis patienten kunne have sin pose penge med rundt, for de forskellige sektorer slås for sine penge. Når sygehusene skal spare, så lægger de det hele ud til almen praksis eller kommunen. Men man skal finde noget, der er fair. Hvis sygehuset skal spare – når de fx sparer så og så mange indlæggelsesdage, og det så er kommunen, der skal passe dem - så må der altså følge nogle penge med. Også når almen praksis skal til at passe nogle nye patienttyper, som før lå på sygehusene 2 dage længere".

IP mener det er vigtigt, at der er fokus på, hvor pengene skal flyde hen til de forskellige behandlingstyper. IP siger: "Det der er svært er at sige, hvornår der er tale om nye opgaver. Kommunen siger fx "er det ikke bare din patient du skal passe?". Jo men hvor går grænsen? Hvad er nyt, og hvad er noget, jeg har passet altid. Det glider bare, så bliver det vane, så ser man det ikke. Opgaveglidning er svært at se, sivning er endnu sværere at få øje på".

IP understreger, at der skal være ressourcer til det man laver. IPs sygeplejersker vil fx gerne have nye opgaver, men ressourcerne skal være der, for de nye opgaver kan tages ind.

IP nævnte følgende ting som årsager til udfordringer i samarbejdet:

- Mangel på kommunikation
- Dårlig kommunikation
- Mangel på samarbejde
- Den måde sektorerne er organiseret på – forskellige økonomiske incitatmentsstrukturer

2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?

IP forklarer, at et godt borgerforløb for hende er et, hvor hun kan behandle sine patienter længst muligt uden for hospitalsvæsnet - længst muligt i egen bolig, under trygge og realistisk rammer, men dog ikke for enhver pris. Det er vigtigt for IP, at man taler med borgeren om, hvad de vil være trygge ved.

IP mener, at det er vigtigt med rigtig god kontakt og kommunikation mellem almen praksis og hjemmeplejens forskellige team – og det er der også i dag. IP siger: "Relevant kommunikation er sindssygt vigtigt. Læg en plan, nu gør vi sådan og sådan, og hvis det ikke kan lade sig gøre, så gør vi sådan. Læg en plan for det enkelte forløb, så man ved, hvad der er muligt, og det gør borgeren tryg.

En anden rigtig god ting efter IPs opfattelse er regionens udkørende palliative team.

IP mener, at hvis det så endelig kommer til, at borgeren har brug for at komme på hospitalet, så skal det være nemt at komme dertil og med rimelige behandlings muligheder. IP siger: "De skal ikke ligge at sejle rundt i en mørk modtagelse i 8 timer. Når de endelig kommer på sygehuset, så skal der være et ordentligt tilbud og plads."

IP understreger, at det er vigtigt, at alle bliver taget i ed før ting bliver sat i værk, men sådan er det ikke altid i dag. Det er vigtigt at snakke om, hvorvidt et nyt tiltag er muligt, om det er realiserbart. Fx nye akutpladser, hvor det er rigtig vigtigt at inddrage almen praksis, inden kommunen opretter nye pladser. IP siger: "Man skal samarbejde med respekt for hinanden, og ikke bare sige "så nu har vi det – tag jer lige af det". Både fra kommune til almen praksis og fra hospital til almen praksis. Det skal være bedre end i dag - lidt mere respekt. Det er ved at komme mellem almen praksis og kommunen".

3. Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes

IP mener ikke, at problemerne så meget skyldes kommunalreformen. Men mere at kommunerne har skullet spare. IP siger: "Man har nedlagt funktioner, der fungerede godt, fx var der lige pludselig ingen hjemmesygeplejersker. Vi kunne næsten ikke komme i kontakt med kommunen omkring den ældre borger. Det var søde og rare personer man fik fat i - varme hænder - men de var ikke kompetente. Det var et stort problem. Og der var et drastisk fald i vores mulighed for kommunikation. Det er på vej op nu. Jeg kan se det bliver prioriteret, at der i kommunerne skal være nogle sygeplejersker, vi kan kommunikere med. Det er vi glade for".

4. Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?

IP siger: "Der knokles stadig meget på den vægtstang, der hedder almen praksis-hospital. Der skal laves aftaler om, hvordan skal der henvises, hvordan skal der sendes epikriser, hvordan skal der kommunikeres. Korrespondancemeddelelserne for eksempel – der kom en udmelding ud om at det fungerer storartet – men det gør det ikke. Hospitals praksiskonsulenten (Michel Kjeldsen) har testet det på Hillerød sygehus, og der er stort set ingen afdelinger, der kan modtage dem. Hvis hospitalet siger det fungerer – så slipper de den varme kartoffel. Men vi skal blive ved med at påpege, at det ikke virker."

a. *Hvorfor har de (ikke) været succesfulde?*

IP siger: "Jeg kan ikke rigtig sige, hvor det glipper. Nogle gange bliver det for stort på hospitalet. Kommunikationen og lydhørheden går galt på hospitalet. Det går bedre mellem kommune og almen praksis. Og vi skal ikke for højt op, hvis vi skal forsøge at løse det. For så fortaber det sig. Det er lavpraktisk, det der skal løses. Der skal selvfølgelig være nogle overordnede rammer, som giver de lavpraktiske mennesker lov til at gøre, som de skal. Men det skal ikke være folk øverst oppe. De har ikke fingeren i jorden."

IP mener, at man godt kunne bruge samordningsudvalget til at finde ud af, hvad der fungerer. IP siger: "Vi kunne godt bruge vores samordningsudvalg bedre eller mere til dette. Fx kunne vise sige, at nu tager vi kommunikationsformen op. Men der er for få repræsenteret fra hospitalet, hvorimod kommunerne møder talstærkt op. Man kunne godt her sige, at nu skal korrespondancemeddelelser fungere. Fx vicedirektøren kunne godt gå tilbage og sige til afdelingerne, at nu skal det altså på plads, han er en af bosserne. Så kunne vi så også sørge for i almen praksis og kommunerne, at vores systemer også fungere. Hvis man kan snakke sammen, får stillet et hurtigt spørgsmål, få et godt råd, så er der mange ting, der kan klares."

IP fremhæver en anden udfordring, nemlig den, at borgerne udskrives på alle tidspunkter af døgnet. IP siger: "Det er unfair. Som eksempel kan jeg fortælle om en af mine ældre patienter, der udskrives efter 1 måneds indlæggelse med lungebetændelse. Han har virkelig tabt højde. Han skulle have haft et af de opfølgende hjemmebesøg. Han kan ikke rigtig gå mere. Den gamle kone på over 90 år var ude at købe ind, og de havde lovet hende, at nogle skulle ringe, så hun var hjemme. Det gjorde de ikke, og så stod den ældre herre bare der. Det ligner ikke noget. Projektørnes spot skal drejes hen imod hospitalet. Hvad sker der på hospitalet? De skal have dem ud – nej de skal ikke. Så må der være nogen, der skal sige, det kan ikke lade sig gøre. Der bliver det for meget med skyklapper på, for meget kroner og ører og kassetænkning. Der glemmer de simpelthen at se på den enkelte patient, den enkelte borger – jeg synes simpelthen ikke det er rimeligt. Det er sgu da ikke et samlebånd – det bliver vi nødt til at have dem til at indse".

5. Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?

IP mener, at hvis samarbejdet skal forbedres, bliver KL og PLO nødt til at tale højt til Danske Regioner. IP siger: "Det må komme oppe fra. Der er behov for noget mere strategisk og overordnet planlægning. Nogle rammer og krav må komme oppe fra, for det kan man ikke stå i den enkelte kommune at bestemme. Og det bliver værre og værre med de nye supersygehuse, hvor patienterne bliver sindssygt dårligere, når de skal ind, og endnu dårligere, når de kommer ud. Der må vi kræve, at de ikke slipper patienten før de er klar.

De har masser af kurser på sygehuset der hedder "den gode udskrivelse", men hvad bliver der af den – er det bare ord?"

IP siger videre: "Vi har kun de rammer, vi har. Hverken vi eller I kan ansætte uanede mængde personale til at erstatte det, som hospitalet sparer. Det er nogle drømme, hospitalet nogle gange har – det kan ikke lade sig gøre".

a. *Er sundhedsaftalerne et godt middel til at styrke samarbejdet? Hvis ja – på hvilken måde?*

Ift. om sundhedsaftalerne er et godt middel til at styrke samarbejdet siger IP: "Sundhedsaftalerne, tja. Man bruger meget krudt på dem, men jeg ved ikke, hvor meget det batter in the real life. Jeg mener, de er nødvendige, for ellers kan man ikke sige, hvad der skal til. Der er tale om et meget fint katalog, men man piller en enkelt ting ud. Jeg har svært at se, hvor det rykker. Tit er udfordringen, at når det bliver for stort, så kender man ikke hinanden og så bliver man ikke forpligtet".

6. Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?

IP siger: "Jeg kan ikke se, hvorfor man skulle nedlægge Helsingør og Frederikssund sygehuse. Et sundhedshus ender med at blive noget af det samme med ambulante forløb. Jeg er ikke til de store supersygehuse, hvor det hele fortaber sig i upersonlig drift. Det hele går bedre, når det er mindre og nærmere, når man ved, hvem man snakker med".

IP mener, at relationer, korte forretningsgange og nærhed betyder meget. På den måde er Sundhedshuse bedre for borgeren.

7. Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?

IP siger: " Det er vigtigt, at du har respekten over for almen praksis. Du skal snakke med almen praksis før ting sættes i værk. Kommunikation er vigtigt, for det giver et godt forhold. Man får lyst til at hjælpe, når der er et problem. Det er også vigtigt med respekt og lydhørhed".

IP mener, at samarbejdet med de kommunale medarbejdere er i bedring, bl.a. fordi der kommer flere sygeplejersker. IP er i øjeblikket på vej rundt med et roadshow fra KAP-H[2]. Cases i roadshowet er faldpatienten og den nyudskrevne patient. I roadshowet er der fokus på, hvem observerer hvad, og hvor går man hen med sine observationer. IP siger: "Det kan give noget rigtig godt, hvis det kommunale personale gør sig nogle kvalificerede observationer. Så går det også nemmere for den praktiserende læge. Jeg synes dog der er stor tendens til at hjemmeplejen er mere obs på det, så man kan få nogle relevante observationer."

[2] KAP-H står for "Kvalitet i almen praksis – Region Hovedstaden" og er et samarebdje mellem Region H og PLO-Hovedstaden.

IP mener, at det er et problem, at regionerne har strammet op for betaling til almen praksis. IP siger: "De kunne rigtig godt tænke sig en Rolls Royce, men de vil kun betale for en Fiat 500. Det er simpel købmandsregning – det er de penge, I vil give, og det er det her, I kan få."

IP siger, at de praktiserende lægers ønske til hjemmeplejen i kommunerne er, at der er tid nok og kompetencer nok. Men IP synes, at det er en velvilje til det fra kommunernes side. IP siger: "De øgede kompetencer i hjemmeplejen er rigtig godt, da det giver bedre muligheder for at lægge en plan for borgeren. Fx har akutteams i min kommune sparet mig for besøg. Når jeg sparer et besøg, får jeg i stedet tid til, sammen med kommunen, at lægge en plan. Og det føler begge parter sig trygge ved. Hvis der ikke var et akutteam, der kunne kigge ind til borgeren, så blev jeg nødt til at indlægge borgeren. De løbende observationer er kommunerne meget bedre til end den praktiserende læge, for de kommer løbende i hjemmet. De kigger måske hyppigere til borgeren, end hvis borgeren var på et hospital. En mere intensiv indsats fra hjemmeplejen har været efterspurgt og tiltrængt".

8. Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?

IP mener, at det vigtigset i samarbejdet er kommunikation. IP siger: "Når man kender hinanden, er det sværere at tage røven på hinanden. Hvis det bliver for stort, så bliver det for upersonligt. Kommunikation og det at kende hinandens dagsordner er vigtigt. Og så skal man lægge nogle planer, som man respekterer og holder sig til. I stedet for at patienterne kommer ud fra samlebåndet og bliver kastet af, skal man sikre sig den gode overdragelse. Der skal være en aftale, og så kan vi som almen parksis godt tage dem. Men jeg synes, det går for hurtigt i dag. Det er for respektløst. Og så havner de rigtig tit hos den praktiserende læge – du er jo tovholderen, som praktiserende læge. Men lægen ved ikke altid, hvad der er sket under en indlæggelse. Lægen skal tit tage det fra scratch. Det er en udfordring, da det giver for mange risikofaktorer".

IP forklarer, at der er en masse ting i gang pt. elektronisk, fx FMK. IP mener, det kommer til at give en masse utilsigtede hændelser, indtil det kommer op at køre. IP siger: "Det er mit opråb til kommunerne – tag opgaven alvorligt. Da hospitalet indførte det, var de uforberedte, og det gik galt. Men jeg tror FMK bliver godt. Jeg er sikker på, at udveksling af informationerne bliver bedre, når det kommer til at køre".

Referat fra interview **Bilag 7**

Praktiserende læge B

Dato: 7. oktober 2014

1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

a. *Hvad fungerer godt?*

IP mener, at samarbejdet med kommunen fungerer rigtig godt, især med hjemmeplejen og plejehjemmene. Men også godt ift. rehabilterings- og forløbsprogrammer. IP siger: "Akutteam har en stor del af æren for samarbejdet. Det er rigtig godt, at vi som praktiserende læger har adgang til dygtige sygeplejersker".

Ift. samarbejdet på hospitalet siger IP: "Samarbejdet på hospitalet er præget af, at det går hurtigere og hurtigere, og de patienter vi sidder tilbage med, bliver mere og mere komplekse. Hvis vi ringer ind med specifikke spørgsmål, er de gode til at hjælpe. Vi har fx fået liste med kontaktnumre på speciallæger – det er rigtig godt".

Ift. til samarbejdet med kommunen uddyber IP: "Det der bl.a. fungerer godt i samarbejdet med kommunen er akutteamet, den hjælp, de giver. Akutteamet er gode til at komme ind over, hvis almen praksis sidder med en borger, de er i tvivl om skal indlægges. Akutteamet kan køre ud og kigge på borgeren, eller komme ind med nogle ekstra besøg, så man kan undgå en indlæggelse".

IP mener også, at forløbsprogrammerne fungerer godt, men IP er spændt på effekten af dem på den længere bane.

b. *Hvilke <u>udfordringer</u> er der?*

IP mener, at ift hospitalet er udfordringen først og fremmest tempoet – det turnover, der er. IP siger: "Patienterne bliver lynhurtigt udskrevet, nogle gang bliver vi nødt til at genindlægge, fordi de er uafklarede, når de kommer ud, de er for dårlige til at blive rummet i hjemmet eller på en aflastningsplads".

IP forklarer, at opgaverne i almen praksis er langt mere komplekse end for 10-15 år siden. Der har været en stor opgaveglidning, som ikke er blevet accepteret af regionerne. Det synes IP er et stort problem. IP siger: "De vil ikke betale praksis for at løse problemerne. Det er et overenskomstmæssigt problem".

Ift. samarbejdet med kommunen om DÆMP, forklarer IP, at det nogen gange kan være svært at få overblik over de kommunale tilbud. IP siger: "Vi har en god indgang til visitatorerne, men nogle gange har man ikke fået afstemt forventninger ift., hvad kommunen rent faktisk kan tilbyde. Der mangler både viden om tilbud og der mangler tilbud".

IP giver som eksempel genoptræningsområdet, hvor genoptræning efter sundhedsloven er skal opgaver, og genoptræning efter serviceloven er kan opgaver. IP siger: "Vi oplever stort set altid afslag på de forslag vi har ift. genoptræning efter serviceloven".

Ift. kommunikation mellem sektorerne siger IP: "Sygehusene er rimelige til at lave udskrivningskort, så vi har dem og kan bruge dem i samarbejdet. Kommunikationen med hjemmeplejen fungerer rimelig godt med korrespondancemeddelelser. Men der kan stadig være problemer. Korrespondancemeddelelserne er egentlig en e-mail konsultation med korte spørgsmål og svar. Nogle gange er det mere komplekse og akutte spørgsmål fra hjemmeplejen. Det trækker lidt i den gale retning".

På spørgsmålet om, hvorvidt problemerne skyldes medarbejdernes kompetencer, svarer IP: "Delvist, men fint at vi kan sende akuttemaet ud, hvis vi ikke ud fra medarbejdernes observationer kan vurdere borgerens tilstand. Jeg tror, det sparer mange indlæggelser. Hvis lægen bliver presset i en telefonsamtale med en kommunal medarbejder, der synes borgeren er dårlig og man ikke selv kan smide, hvad man har i hånden, så ret smart at man kan sende akuttemaet derud i stedet for at indlægge borgeren".

c. *Hvilken af udfordringerne er vigtigst/er den mest presserende lige nu?*

IP mener, at den største udfordring er FMK og problemer med afstemning af medicinen. Den praktiserende læge er ofte usikre på, om medicinen passer, hvis borgeren har været indlagt.

IP siger videre: "Mere overordnet er det de accelererede forløb på hospitalet. Det er en kæmpe udfordring".

IP er meget spændt på, hvordan praksisplanudvalgsarbejdet vil blive udmøntet. IP er bekymret for, at det på den længere bane kan påvirke søgningen til almen praksis, da der allerede nu er ubesatte uddannelsesstillinger. IP efterlyser nogle klare politiske udmeldinger ift. de fremtidige vilkår for de praktiserende læger.

IP siger: "Der bliver truffet en masse beslutninger hen over hovedet på os. Fx beslutninger i Sundhedsstyrelsen om at borgere i kræftforløb skal afsluttes i hospitals regi og overgå til kontrol hos egen læge. Det er bare besluttet, uden der er indgået nogen aftale med de praktiserende læger".

2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?

IP siger, at et godt borgerforløb er karakteriseret ved, at en kompetente medarbejder fra kommunen henvender sig til egen læge, som vurderer om de kan håndtere problemet, eller det kræver en afklaring i hospitalsregi. Og den afklaring kan ske under indlæggelse eller ambulant.

IP siger: "Det der kan være problemet er, at patienterne udskrives med komplekse problemstillinger. Praksis er ikke gearet på akutte problemstillinger - de kan komme ud om nogle timer eller dage. Men de kan ikke håndtere en opringning fra en sygeplejerske på en akutplads, der pludselig ringer og siger, at der er problemer med droppet – det kan vi ikke håndtere i almen praksis".

IP mener, at en af de store udfordringer med akutpladser er problemet med afregning – at der ikke er indgået en aftale med de praktiserende læger om, hvordan det skal honoreres. Desuden er IP meget opmærksom på, at man ikke får lavet sekundære sygehuse i kommunal regi, hvor borgerne ikke får den optimale behandling. Det er IPs bekymring, at akutpladser godt kunne være en udvikling i den (forkerte) retning.

IP siger: "I den udstrækning det overhovedet kan lade sig gøre, er det bedst at holde patienterne i eget hjem. En ting er det økonomiske. Men noget andet er, at når borgeren skal ud at køre på landevejen og ind på hospitalet, er det stor risiko for, at den ældre får delir. Måske op til halvdelen af de ældre, får det skidt af en indlæggelse".

IP mener, at hvis flere ældre skal holdes hjemme, så har de praktiserende læger brug for akutteamet, og tæt kontakt til sygehuset - også mere end i dag. Hvis flere skal holdes ud af hospitalerne, skal adgangen til lægefaglig rådgivning være endnu lettere.

3. Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes

IP mener, at et af problemerne er, at man som praktiserende læge nogle gange oplever, at hospitalet har en fordel af at afregne og udskrive patienten. Men det giver problemer hos almen praksis og i kommunen.

IP siger: "Ift. vores måde at agere på i det her system, har det selvfølgelig en indflydelse, hvordan vores overenskomst ser ud, hvordan vi tilrettelægger arbejdet. Det har en indflydelse på dagligdagen, hvordan vores overenskomst er skruet sammen, fx giver et sygebesøg 220 kr. Det kan vi ikke holde en drift kørende på, hvis det pludseligt bliver voldsomt. Men der laves tiltag, der er bedre, fx er der lige lavet en §2 aftale om besøg i terminale forløb. Der får vi betydelig mere honorering, hvis vi tager ud og taler med patienten, de pårørende, hjemmeplejen end på et almindeligt sygebesøg. Det er klart, at den måde det er organiseret på, betyder meget for, hvilke opgaver vi påtager os".

IP siger videre: "Overordnet set er det min helt klare opfattelse, at hvis almen praksis var fastansat, ville produktiviteten falde ganske betragteligt. Den er lavere i Sverige, hvor de er ansat. I Danmark er produktiviteten meget højere".

IP forklarer, at de praktiserende lægers overenskomst er grundlæggende for den måde, de tilrettelægger deres arbejde på. IP siger: "Vi skal tænke over, hvordan vi organiserer det. Fx er det ikke muligt, at have flere regninger på samme dag på en patient. Det påvirker, hvordan vi tilrettelægger deres arbejde".

IP forklarer, hvordan systemet virker, hvis det ser anderledes ud: "I Københavns kommune i gamle dage fik man et beløb pr. tilmeldt patient. Beløbet var uafhængigt af, hvor meget man lavede. Man kunne registrere, at der var der flere, der blev sendt til speciallæge, fordi man ikke havde noget incitament til at lade være. Hvis man laver honorereingen det udelukkende ydelsesbaseret, så bliver der et alt for stort incitament til hele tiden at sætte folk til kontrol. Så det at man har et basishonorar for at have patienterne, og så får noget ved siden af, er i virkeligheden et ret smart system. Men nogle af taksterne er for lave".

4. **Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

IP mener, at udskrivningskort har hjulpet nogle af problemerne ift. at løse overgangen mellem hospital og almen praksis. Og korrespondancemeddelelser i kommunikationen med hjemmeplejen fungerer godt.

På spørgsmålet om, hvorvidt det er de forsøg, der igangsættes, der virker siger IP: "Om det er forsøg, eller et større fokus, der har hjulpet, ved jeg ikke".

5. **Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?**

IP mener, at samarbejdet med kommunen fungerer i det store hele godt. Ift. hospitalet siger IP: "Det vil betyde noget, at man drøftede igennem, hvilke opgaver man sluser ud af sygehusvæsnet ift. de praktiserende læger. Og der skal følge ressourcer med. Det at det foregår hen over hovedet på os, at der bliver truffet beslutninger – det er ikke nogen rar fornemmelse".

6. **Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?**

IP mener, at et sundhedshus godt kunne være en del af løsningen på samarbejdsproblemerne. IP siger: "Det er rigtig smart, at borgerne ikke skal ud at køre langt. Og det er en rigtig god ting med de ambulatorier, sygehuset ligger lokalt. Det er rigtig fint, at folk kan få taget blodprøver og billeddiagnostik tæt på".

IP påpeger, at en af de store udfordringer bliver akutpladserne og betjeningen af dem. IP siger: " Den akutte vurdering er udfordringen for os, fordi man skal lægge, hvad man har i hænderne. Måske løsningen er, at nogle kolleger kunne være tilknyttet sundhedshuset, og som opgave har tilsynet med pladserne. Det har man i Sverige".

IP forklarer, at der allerede i dag er steder, hvor man har organiseret sin praksis, så der hver dag er en læge, der har det akutte. Det kunne både være det akutte, der måtte komme i praksis, men det kunne også være tilsyn med de akutpladser, der kunne ligge i et sundhedshus.

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

IP synes jeg skal værne om praksiskonsulentordningen, da den giver dialog og skaber forståelse for hinandens virkeligheder. IP mener den er meget vigtigt for samarbejdet.

IP siger: "Noget af det der mangler i kommunen, er en mere videnskabelig tilgang til, hvad det er man går og gør. Det handler fx rehabilitering/genoptræning ude på Poppelgården, hvor jeg kan undre mig over, at man som centraladministration sætter en masse ting i værk, uden i virkeligheden at følge op på om det fungerer bedre eller værre, end da det var på sygehuset. Tilsvarende ift. forløbsprogrammerne, hvor man igangsætter et projekt til ½ mia. kr. uden at vide om det virker. Det er underligt".

IP synes det kunne være godt at se på, om der er evidens for, om det rent faktisk hjælper at have akutteams. Det ville være godt, hvis vi kan bevise, at det virker.

Som eksempel giver IP Center for kræft i Københavnes Kommune. IP siger: "Der er styr på opfølgningen af det man gør. De ved, hvad træningen fører til, og det foregår på forskningsmæssig basis. På den måde får de en baggrund for at sige, at det her er rigtig godt, og det her er ikke pengene værd".

8. **Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?**

Det var der ikke.

Referat fra interview **Bilag 8**

Hospitals chef A

Dato: 30. september 2014

1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

a. Hvad fungerer godt?

IP mener, at der hvor det fungerer godt, og det som er vejen frem, er der, hvor parterne indleder nogle konkrete samarbejder, som egentlig ikke er aftalebestemt af sundhedsaftaler, men hvor parterne siger, at her har vi nogle problemer, som vi skal have løst. IP siger: "For eksempel følte kommunerne, at de havde et problem med at få gjort patienterne færdige og udskrevet på en ordentlig måde – det kunne kommunerne komme ind og hjælpe til med vha. den fremskudte visitation. Det står ikke i sundhedsaftalen, at man skal have fremskudt visitation, men det fungerer bare. Og det er frivilligt at deltage. Det fungerer, der hvor samarbejdet og sektorerne smelter sammen til et. Det er en win-win situation".

b. Hvilke udfordringer er der?

IP mener, at den 3-delte opdeling i sundhedsvæsnet er problematisk, fordi hver form har sin egen styringsmodel, og refererer forskelligt ind i de instanser og i det hierarki, der er omkring at lede et sundhedsvæsen. IP siger: "Når man taler om sammenhængende patientforløb, er det udfordrende, at man har de 3-delte forløb".

IP forklarer, at man prøver at aftalebestemme, fx via sundhedsaftalerne, hvordan man skal håndtere DÆMPs forløb. IP siger: "Vi prøver at fastlægge, hvad der er den kommunale, den praktiserende læge og hospitalets opgave. Men det fungerer ikke altid optimalt. Sundhedsaftalestoffet er alt for meget "bør", "henstiller til", og ikke så meget "skal"".

En anden udfordring IP peger på er, at for kommunerne er det ikke altid sundhedsvæsnet, der er i fokus. Det er lige så meget veje, svømmehaller etc. For hospital og praktiserende læger er det altid patienterne, der er i fokus. IP siger: "De opgaver som kommunen ikke magter at løse, og de situationer som praksis ikke altid har tid til, ender ofte på hospitalet. Hospitalet har åbent 24/7 og bliver container for de sundhedsfaglige opgaver, der ikke løses i kommune og i praksis".

IP siger videre: "Vi fortæller med små succeshistorier, at det går godt, men når vi ser på indlæggelses-mønstret, når vi kigger på de forebyggelige indlæggelser, og færdig behandlede patienter , så vil patientforløbene kunne optimeres".

IP nævnte følgende ting som årsager til udfordringer i samarbejdet:

- Kommunikation skal styrkes
- Samarbejde skal hele tiden udvikles
- Ansvaret for borgeren / patienten skal være mere tydeligt.
- Mangel på viden om hinanden ift.:
    - tilbud → hvilke tilbud den enkelte aktør har?
    - kompetencer → hvilke opgaver den enkelte aktør kan løse?
    - organisering → hvilke organiseringsmæssige begrænsninger der er på den enkelte aktørs handlemuligheder (lovgivningsmæssigt, økonomisk, politisk)
- Den måde sektorerne er organiseret på – forskellige incitatmentsstrukturer, både økonomisk og lovgivningsmæssigt

c. *Hvilken af udfordringerne er vigtigst/er den mest presserende lige nu?*

IP mener, at den mest presserende udfordring lige nu er at få de 3 aktører til at sætte en fælles dagsorden hvor patientens behov og sikkerhed bliver varetaget bedst muligt.

2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?

IP mener, at et godt borgerforløb for DÆMP har den praktiserende læge som tovholder. Den praktiserende læge skal vide, hvad hospitalet gør. Vedkommende skal kende de kommunale tilbud, så han ved, hvad han kan henvise til.

a. *Er det sådan i dag?*

IP siger: "Det er et problem, at forholdet til praksis er blevet så anstrengt. Vi har opsagt samarbejdet om vagtlægeordningen, og de har ikke haft en overenskomst i flere år. Og i det hele taget, har vi ikke formået, at få det rigtige gode samarbejde op at stå. Vi skal have revitaliseret samarbejdet. Vi skal tage en snak med praksis om at få sikret et godt og udbytterigt samarbejde".

IP mener, at kommunerne og hospitalet gerne vil finde hinanden. Begge parter har en stor interesse i at samarbejde og finde fælles løsninger. Og der indgås aftaler, også uden for sundhedsaftalen.

3. **Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes**
   [dette spørgsmål ønskede IP ikke at svare på]

4. **Hvor succesfulde hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

IP siger: "Vi finder på lokale og konkrete løsninger på trods af sundhedsaftalen. Men der er ikke nogen, der for alvor har formået at knække nøden ift. at forhindre forebyggelige indlæggelser af DÆMP."

5. **Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?**

IP mener, at hvis man skal forbedre samarbejdet, skal der konkrete samarbejdsprojekter til, hvor parterne kan lære hinanden og hinandens muligheder og tilbud bedre at kende. IP peger på flere konkret løsninger a la fremskudt visitation, som ikke udspringer af sundhedsaftalen, men af en konkret problemstilling, som nogle medarbejdere satte sig for at løse. Desuden skal de økonomiske incitamenter skrues anderledes sammen.

a. *Hvor realistisk er dit forslag inden for den nuværende konstruktion af trekanten?*

IP mener, at nogle af løsningsforslagene kræver nationale ændringer, fx hele medfinansieringskonstruktionen. Andre ting kan godt lade sig gøre, hvis parterne ønsker samarbejdet.

IP siger: " Jeg håber, at vores fælles sundhedshus kan være med til at sætte en ny og ambitiøs national dagsorden på dette område. At vi med sundhedshuset kan vise, at det godt kan lade sig gøre at samarbejde konstruktivt om den enkelte patient. At borgeren ikke oplever at skulle flere forskellige steder hen, men at de kan få det hele i samme hus".

IP siger videre: "I forhold til praksis så jeg gerne en rotationsordning i sundhedshuset, hvor de var der fx 2 dage om ugen og så 3 dage om ugen i egen praksis

b. *Er der enighed blandt aktørerne om, hvordan man kan forbedre samarbejdet?*

IP siger: "Måske ikke altid enighed, men der er en vilje i hvert fald mellem kommuner og hospital om at løse problemet".

c. *I hvilket regi bør og kan vi løse problemerne med samarbejdet?*

IP mener, at vi skal løse samarbejdsproblemerne i regi af konkrete projekter. IP siger: "Sundhedshuset kunne være et godt bud på en afprøvning af helt nye samarbejdsformer".

d. Er *sundhedsaftalerne et godt middel til at styrke samarbejdet? Hvis ja – på hvilken måde?*

IP mener ikke, at sundhedsaftalerne er et godt middel til at styrke samarbejdet, da de indeholder alt for meget bør og er alt for lidt forpligtende.

6. Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?

IP siger: "Jeg håber ikke sundhedshuset bliver sundhedsaftalestof. Jeg håber, at vi kan se hinanden i et samarbejde, hvor vi måske kan blive lidt mere effektive. Jeg kunne godt tænke mig opblødning i grænserne – patienten skal have behandling, rådgivning og vejledning. Om det lige præcis ligger i den ene sektor eller den anden gør ikke så meget, for nu er vi i samme hus".

a. Hvad betyder efter din opfattelse mest i den sammenhæng:

IP mener, at både struktur (fx fælles ledelse, forpligtende samarbejder), økonomi (herunder modeller der også økonomisk understøtter samarbejdet) og kultur betyder noget.

IP siger videre: "Hvis man vil det fælles, så må hver aktør lægge nogle ressourcer ind i det – både i form af egentlige penge, men også i form af personalekompetencer. De skal være robuste og rummelige. De skal bryde op med en kultur. Her skal det fungere. Man skal kunne gå lidt ind over hinandens grænser, man skal være så transparent, at man lader hinanden kigge ind. Fælles skolebænk viste, at vi ikke kender hinandens virksomheder, hinandens forudsætninger for at løse opgaven godt nok. Så det der skal til er, at man vil det, der skal noget vilje og noget mod til. Fællesskabet er at ville det, at give slip på ens egne domæner".

IP mener, at DÆMPs akutte behov er minimale – det er kontrol, justering, der skal til, for at de ikke bliver virkeligt dårlige. Derfor vil det at gå sammen i et sundhedshus, være en kæmpe nytte for DÆMP. DÆMP er ligeglad med hvilken sektor de skal gå hen i – IP mener, det vigtigste for dem er at opleve et ressourcefællesskab. De skal kun gå et sted hen

IP siger: "Hvis vi kan vise, hvad der skal til for at gå vejen, hvad der skal til for at få det gode resultat, er der tale om et paradigmeskift, et kulturskift, som ikke er set andre steder før. Vi skal se sundhedshuset som et eksperiment, hvor vi laver noget nyt. Hvor vi løfter blikket, vise vejen nationalt på, hvordan man kan få mere sundhed for pengene".

IP siger: "Det vigtigste for sundhedshusets succes bliver, at ansætte den helt unikke leder, som formår at samle det kommunale, regionale og almen praksis". IP mener, det kunne være interessant, hvis man kunne få nogle landspolitikere med på banen – fx sundhedsministeren ift. at fremme sundhedshus dagsordenen.

IP mener det også er vigtigt, at der bliver opstillet nogle mål og indikatorer på, hvornår sundhedshuset er en succes.

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

IP siger: "Et godt råd er, at du skal ud og lære de virksomheder, du samarbejder med, bedre at kende. Gå i praktik hos dem. Tilbring en hel dag hos en praktiserende læge, eller tilbring en dag på en akutmodtagelse for at se, hvad det egentlig er der sker, når der på et døgn kommer 200 akutte borgere ind.

IP foreslår også, at jeg skal tage ud og hente ny viden og inspiration. Fx fra Sverige, hvor det er lykkedes at få skabt et mere gnidningsfrit samarbejde mellem de 3 aktører.

IP siger videre: "Endelig vil det være godt hvis du – og de andre aktører i sundhedstrekanten – understøtter samarbejde på medarbejderniveau. Fx fælles skolebænk eller lignende initiativer, hvor praktikerne kan mødes og netværke, og få større indblik i, hvad det er for en virkelighed, de hver især har. Hvilke tilbud de har, hvilke vilkår de arbejder under."

Referat fra interview **Bilag 9**

Hospitals chef B

Dato: 26. september 2014

1. **Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP (den ældre medicinske patient) i sundhedstrekanten?**

Interviewpersonen (IP) synes generelt, at samarbejdet fungerer godt. IP siger: "Der er en god og vedkommende dialog om de problemstillinger, der er relevante. Vi har stor respekt for hinandens gensidige barrierer og udfordringer. Vi samarbejder fint om DÆMP. Vi har lagt spor ud for, hvordan det skal foregå på lang sigt, men vi gør det også konkret i dagligdagen, ad hoc. Jeg synes det fungerer godt at tale om DÆMP i samordningsudvalget".

IP forklarer, at samarbejdet har haft en krank skæbne i nogle år, hvor hospitalerne har haft en oplevelse af, at den DÆMP ikke har været så interessant for kommunerne. Det er IPs opfattelse, at kommunerne har været mere optaget af børn og gravide. I dag er der mere opbakning til at arbejde med DÆMP i kommunerne. IP forklarer, at dette skift i kommunernes fokus også har gjort, at man på hospitalet i en periode har flyttet sit fokus til også at kigge på børn og gravide. Og der er blevet etableret flere samarbejdsfora omkring disse grupper. IP siger: "Vi er ved at være tilbage med et fokus på DÆMP. Der er et behov for, at vi samarbejder, finder nogle løsninger, som rækker længere end kommunikationsaftalen, som handler om, hvordan man flytter borgeren fra den ene seng til den anden".

a. *Hvad fungerer godt?*

IP siger: "Helt generelt synes jeg det fungerer rigtig, rigtig godt"

b. *Hvilke udfordringer er der?*

IP forklarer, at problemerne opstår, når en patient skal hjem, og kommune og hospital ikke kan blive enige om, hvad patienten skal hjem til. IP siger: "Det starter et sted, hvor en af os har et problem, men det er ikke et problem, når vi kommer hen i det. Vi har lært hinanden at kende så godt, så der er en gensidig tillid til, at vi vil patienten det bedste – det kan vi faktisk godt mødes i. Det er kun når det en gang imellem strammer til".

IP siger, at når samarbejdet strammer til, skyldes det ofte en uhensigtsmæssighed, der ligger i en personlig relation – "så gør jeg bare...". Det er medarbejdere i front både hos visitationen i den enkelte kommune og på afdelingen, som begynder at lave vanskeligheder i den. Så bliver de personlige.

IP påpeger også nogle mere overordnede forhold, som vi ikke har fået taget fat på, fx handlingsplanen for DÆMP og de midler til forløbskoordination, der er afsat i den forbindelse. Der er blevet udarbejdet en regional ramme, som vi ikke har arbejdet med i vores del af regionen.

IP er inde på kommunikationsaftalen som en udfordring. IP mener ikke den er lavet med borgeren i centrum. IP siger: "Den er lavet med respekt for de systemer, vi har. Kommunikationsaftalen forsøger at sætte en ramme for, hvordan vi taler sammen. Det står ingen steder i kommunikationsaftalen, at man skal starte med at sætte borgeren i centrum. Vi har ikke formået at løfte opgaven for borgeren. Men når borgeren oplever det går galt, så er det ikke nødvendigvis ikke et udtryk for, at vi ikke har opfyldt aftalen. Når vi synes det går godt, så har vi et stafetagtigt skift som går fra hospital til kommune eller fra kommunen til hospital – det kører, det er en af dem, der fungerer. Men borgeren bliver ikke taget i ed på, hvad det er der skal ske".

IP nævnte herunder fordomme om hinanden som en af årsagerne til udfordringerne i samarbejdet.

2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?

IP synes, at fremskudte visitatorer eller hospitalskoordinatorer er med til at skabe et godt borgerforløb .IP siger: "Der hvor borgeren særligt bliver sat i centrum er der, hvor der er fremskudt visitation. Når vi bruger kommunikationsaftalen med de kommuner, der ikke har fremskudt visitation, taler vi sundhedsfaglig til sundhedsfaglig. Det de fremskudte visitatorer gør er, at de går op og sætter sig på sengekanten. De taler med patienten, om det de skal hjem til. Borgeren bliver inddraget på et tidligere tidspunkt. De kommuner der ikke har fremskudt visitation - de gør det først senere, når borgeren er kommet hjem. Men der kan jo godt være gået nogle dage. Og de hører ikke borgerens bekymringer ift. det at skulle hjem. De bekymringer hospitalet hører fra borgeren kan være svære at videregive til kommunen – og de kan være svære at overtage for kommunen".

IP forklarer, at der er stor forskel på, hvornår man inviterer borgeren ind, men at borgerne oplever stor tilfredshed ved at blive inddraget tidligt.

a. *Er det sådan i dag?*

IP siger: "Ikke altid ".

b. *Hvis nej – hvilken betydning har det for den ældre medicinske patient?*

IP mener ikke, at det altid vil have en betydning for borgeren ikke at blive inddraget. For nogle er det fint, at beslutningerne bliver truffet uden om dem. Men for andre er det mærkeligt, at de ikke bliver hørt om, hvad

det er der skal ske. IP siger desuden: "Vi er for hurtige til at give op ift. at finde DÆMPs ressourcer. At finde frem til hvad de kan".

3. **Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes**
    a. *Skyldes problemerne den måde, som de 3 sektorer er organiseret og styret på*

IP mener, at samarbejdsproblemerne helt sikkert skyldes den måde, sektorerne er organiseret på – og økonomi betyder meget. IP siger: "Vores incitamenter stritter på hinanden. Et klassisk eksempel er, at I henvender jer fra kommunen og spørger: "Hvordan kan det være, at vi medfinansierer mange flere indlæggelser end ambulante henvendelser end i resten af landet". I kigger på medfinansiering – vi kigger på aktiviteter, og når vi gør det ligger vi på niveau med resten af landet. Vi taler aldrig medfinansiering på hospitalet, når vi styrer – vi kigger på aktiviteter".

IP mener ikke, der er noget i den nuværende organisering, der motiverer nogen af parterne til at gøre noget anderledes. Og hver gang vi skal have praksis til at løse nogle nye eller andre opgaver, siger de det er tale om meraktivitet, som de skal honoreres for.

IP mener, at økonomien er en meget uoverstigelig barriere, og den bliver større og større. Som eksempel giver IP projekt om subakut udredning. Hospitalet vil gerne have patienter ind ambulant i stedet for en indlæggelse, da en indlæggelse belaster hele organisationen. IP siger: "Det er svært hos os at tale om, at vi taber penge fra at omlægge fra en stationær aktivitet til en ambulant, uanset at vi bruger færre ressourcer. Vi har ikke været vant til på hospitalet at se på, hvad vi bruger af ressourcer. Som læge kigger du altid på, at du laver det, der er fagligt forsvarligt. Fagligheden fylder meget hos lægen. Lægen kigger på at patienten skal behandles fagligt forsvarligt. Hvis det sker ambulant falder nogle af indtægterne væk. Det kan betyde, at nogle læger bliver motiveret til at overveje, hvordan de kan undgå at miste den stationære aktivitet".

IP påpeger, at et andet problem er, at flere og flere af de ambulante ydelser bliver til gråzone takster, så du får den ambulant, men du betaler som om du får en indlæggelse. På den måde er man begyndt at mudre billedet endnu mere, det er ligegyldigt at man omlægger tilbuddet til et ambulant, hvis kommunerne alligevel skal betale for en stationær ydelse.

IP siger: "Hvis det nu var, vi ikke havde hver vores kasse, kunne vi i højere grad sige, at patienten er færdig og kan komme med fordel komme hjem, da der ikke er noget godt ved at lægge på hospitalet for de gamle patienter. DÆMP kan komme til at ligge længe og vente på hospitalet pga. triageringssystemer, fx hvis de "bare" er dehydrerede, fordi de er mindre akut syge end andre patienter i akutmodtagelsen".

IP mener, at hvis ikke økonomien var så styrende som den er, kunne man lave nogle andre aftaler, der var mere hensigtsmæssige for borgeren.

b. *Skyldes problemerne alene rammer skabet af andre (fx ifbm kommunalreformen) – eller er du/din organisation også med til at opbygge yderligere barriere for samarbejdet?*

IP mener, at vi selv er med til at forstærke problemerne, fordi vi hele tiden taler økonomi. IP siger: "Hvis aldrig økonomi var kommet til at fylde noget, var det stadig patienten, der ville være i fokus. Men med sundhedsaftalerne er vi med til at trække fronterne op. Vi laver snitfladekataloger på, hvornår betaler jeg, og hvornår betaler du. Det fokus der er på, hvem der betaler hvad, er med til at eskalere snitfladerne".

IP siger videre: "Jeg tror skiftet er kommet med sundhedsaftalerne, hvor der er kommet en anderledes finansiering ind i billedet. Før 2007 betalte kommunerne en grundfinansiering pr. borger".

IP siger, at fokus på penge er blevet markant tydeligere. Men et øget økonomifokus kan også bruges til at drive noget godt. Der kan være nogle incitamenter som virker, hvis de bruges hensigtsmæssigt. Som eksempel nævner IP et projektet om at forhindre indlæggelser, hvor det var medfinansieringsudgifterne, der var driveren. IP siger: "Frontpersonalet havde udgifterne som driver, de kunne godt gøre noget for at forhindre indlæggelsen og spare pengene".

Men til trods for, at der er så meget økonomi i samarbejdet, så synes IP faktisk, at det fungerer omkring den enkelte patient.

4. **Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

IP nævner projektet om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, som et eksempel der fungerede ind i den ramme. Omdrejningspunktet i projektet var et kvalitative studie, hvor der blev kigget på de 80 patienter, der var blevet indlagt med forebyggelige diagnoser. IP siger: "I det projekt fik vi aflivet så mange myter, fx om at de ikke var syge nok eller kommunen ikke gør nok inden [borgeren indlægges]. Vi fik et fælles blik på, hvad problemstillingen var. Vi kiggede ind i ressourcerne, hvad kan I, hvad er I gode til og hvad er det faktisk ingen af os der kan finde ud af".

a. *Hvorfor har de (ikke) været succesfulde?*

Som et eksempel på, hvad der ikke virker, nævner IP kommunikationsaftalen. IP siger: "Intentionen var, at vi skulle lave bedre måder at samarbejde om den ældre medicinske patient. Men den har virkelig gjort samarbejdet vanskelig, fordi implementeringen har været helt sort. I mange år har vi arbejdet sammen i en forståelse af, at vi hver især gøre vores bedste. Nu begynder vi at stille nogle helt andre krav til hinanden. Hver gang vi taler med jer siger vi "I sender ikke manulet opdaterede indlæggelsesrapporter med ind" og I siger "plejeforløbsplanerne er simpelthen så dårlige". Så nu har vi da virkelig fået noget at skændes om. Kernen i det hele, hvis borgeren skal i centrum, handler det om, at den viden, der er i kommunen, skal med

ind og opdateret tilbage. Men det har vi fået lavet nogle virkeligt rigide rammer for. Og det gør det ikke bedre, at den har været rigtig svært at implementere. Jeg synes, vi har fået sat arbejdet tilbage. Der er for meget fokus på formalia – om du gør det, du skal ift aftalen. Der er ikke et fokus på, om man faktisk kender borgeren, og derfor godt ved, hvad der skal til".

IP forklarer, at intentionen i aftalen er at skabe sømløse forløb. IP siger: "Intentionen er god, men der har været for meget fokus på formalia. Tidligere kendte alle hinanden, man kørte op forbi og fik en kop kaffe. Med kommunikationsaftalen skærer man al den personlige kontakt væk, man skal skrive så en vilkårlig person kan læse den".

IP mener, at fremskudt visitation er et meget bedre redskab. "Fremskudt visitation skaber relationel koordinering. Når man kender hinanden, bliver det nemmere at skabe fælles mål og fælles viden og få respekt for hinanden - det er det der ligger i relationel koordinering. Vi bliver meget mere smidige, når vi kender hinanden"

IP siger, at modbølgen ift kommunikationsaftalen er et forsøg på at styrke den relationelle koordinering. IP siger: "Det er også det I gør i kommunen, når det er de samme 3, der altid tager borgerne hjem fra hospitalet".

b. *Hvad vil du mene er den/de største barriere for at få et velfungerende samarbejde om DÆMP?*

IP mener, at den største barriere for at få et velfungerende samarbejde om DÆMP er de økonomiske incitamenter kombineret med ressource knaphed.

5. Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?

IP mener, at vi med vores tværsektorielle projekter opnår et godt samarbejde. Fx et projekt, hvor vi kigger ind i forløbene sammen (a la projektet med at forebygge indlæggelser og genindlæggelser). IP siger: "Vores evige problem er, at vi kigger på tingene fra hver vores side. Vi bliver nødt til at få skabt en fælles forståelse for, hvad der er vores fælles virkelighed. Det kan vi få på den måde".

Og så mener IP, at en justering af kommunikationsaftalen eller noget fred på den, også skal til. IP siger: "Kommunikationsaftalen er problematisk men også uundværlig, for vi bliver nødt til at arbejde standardiseret i en eller anden forstand. Aftalen har ædt så mange ressourcer, og den har ikke forbedret samarbejdet mellem kommuner og hospital. Det har tværtimod lidt af den".

IP forklarer, at det er svært for hospitalet at overholde kommunikationsaftalen, fordi indlæggelserne bliver kortere og kortere. IP siger: "Vi skal organiseres os på en anden måde. Vi har lavet forsøg med en

udskrivelseskoordinator – igen den relationelle koordination. Men det støder på modstand på afdelingerne, da alle skal kunne udskrive. Men jeg mener alligevel det er den rigtige vej – lige som I fokuserer, skal vi også fokusere".

a. *I hvilket regi bør og kan vi løse problemerne med samarbejdet?*

IP siger: "Vi ikke kan flytte de strukturer, der er. Hver gang parterne bliver klemt, falder de tilbage i at sige, at de ikke har nogen penge til at løse problemstillingerne – uanset at hensigterne er der. Men vi kan løse det nede på projektniveau, hvor vi får fælles viden. Så får vi lysten til at gøre det. Fordi vi igen får kendskabet til hinanden. Men jeg synes, det er helt skævt, at vi skal lave projektstrukturer for at skabe nogle bedre vilkår for patienten".

6. Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?

IP siger: "Jeg tror godt et sundhedshus kan være en del af løsningen, men det kommer an på, hvor stort det bliver [volumen/aktivitet]. Hvis vi kan bygge nærheden ind i det, så kan det blive muligt. Relationel koordinering i mursten. Det gør det nemmere at tale sammen og løse problemerne, for grundlæggende har vi tillid til hinanden. I Nord har vi et godt samarbejde ift. andre steder i regionen, som vi hører det fra de andre hospitaler. Vi har en grundlæggende tillid og tiltro til, at vi godt kan løse det. Når vi rykker sammen, får vi nogle nye muligheder, nogle nye forståelser, og nye indsigter, som kun kan komme patienten til gode".

a. *Hvad betyder efter din opfattelse mest i den sammenhæng?*

IP mener, at det der betyder mest er, at få det fælles blik. IP siger: "Det handler om at dele viden, hvad gør du, hvad gør jeg – det opstår, når vi arbejder sammen. En fælles ledelse alene gør det ikke. Vi gør det ikke, fordi vi får at vide, at vi skal gøre det. Vi skal skabe nogle strukturer, der tvinger os til at arbejde sammen. Vi skal sætte nogen sammen og tving dem til at arbejde sammen. Og der skal sættes nogle gode rammer, som giver mening for mig på hospitalet og for dig i kommunen, og som gør os i stand til at se ud over kasserne".

Men IP påpeger, at økonomien stadig sætter barrierer, da alt skal registreres og afregnes. Konkret har de haft denne problemstilling oppe at vende ifbm. at Frederikssund Kommune lejer en etage på Frederikssund sygehus. IP siger: "Hvis de [kommunen]spørger en læge om noget – er det så en afregning? Nej det er hjælp. Men hvordan vil de andre kommuner håndtere, hvis Frederikssunds medfinansiering falder i den forbindelse?"

IP siger: "Det kunne være interessant at lege med tanken om et "fri sundhedshus", hvor vi kunne frigøre os fra de eksisterende regler og afregningsmodeller. Så længe ressourcerne er så knappe – så vil vi slås. Når I gør noget, så påvirker det os. Og når vi skærer i kapaciteten, så påvirker det jer i kommunerne".

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

Nej.

8. **Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?**

IP siger: "De praktiserende læger er et smertens barn. De praktiserende læger er så vanskelige at involvere. Vi er igen ude i økonomi og aktivitet. Hvem gør hvad. Vi kan godt involvere dem på individ niveau ift den enkelte borger. Men vi skal altid slås så meget for det – samarbejde hospital-kommune kommer til at se rosenrødt ud, fordi vi altid slås med de praktiserende læger. Ift kommune og hospital kan vi godt se det samme spor. I kommunerne vil I gerne have borgerne meget tæt, og I vil gerne have, at vi behandler dem tættere på deres eget hjem. Den bevægelse er vi sådan set enig i. Det mål kan jeg ikke se hos de praktiserende læger. De er ikke interesserede i at bryde, at når man er i hjemmet, så får man en behandling. Og når man er på hospitalet får man en anden. Men man er nødt til at bryde, hvad den praktiserende læge skal, hvis vi skal lave meget mere behandling tættere på borgeren".

IP siger, at det politisk er vanskeligt. Og IP synes, det er utroligt demotiverende, at det skal være så svært at sætte borgeren i centrum. IP siger: "Vi kommer til at arbejde videre ad den "tredje vej" – hvor der ikke er tale om en indlæggelse og hvor det ikke er i eget hjem. Den skal modnes hos os. Vi har altid sagt nej til telemedicin og udgående funktioner, fordi det er for dyrt. Men vi skal arbejde med det frem til 2020 [når det nye Hillerød Hospital står klart] fordi vi får markant anderledes rammer, som vi skal udnytte på nye måder end vi gør i dag. Og så kommer honoreringen – hvordan bliver man honoreret for at lave noget ambulant i hjemmet, hvor man har kørt 20 minutter den ene vej og 20 minutter den anden vej og ikke har kunnet lave noget andet? Vi bliver nødt til at lave DRG systemet om".

Referat fra interview **Bilag 10**

Regional chef

Dato: 7. oktober 2014

1. Hvordan vil du karakterisere samspillet om DÆMP i sundhedstrekanten?

a. *Hvad fungerer godt?*

IP vil karakterisere samspillet om DÆMP som rigtig komplekst. Men samarbejdet om DÆMP er også blevet mere nuanceret.

IP mener, at kommunerne er blevet en stærkere aktør efter strukturreformen, bl.a. fordi de har overtaget ansvaret for genoptrænings/rehabiliteringsopgaven. IP siger: "Kommunerne er blevet en rigtig samarbejds-partner – ikke en part som overtager i en stafetmodel".

IP mener, at noget af det der karakteriserer samarbejdet er, at vi har 3 ligeværdige spillere, som alle sammen er vigtige på den samme måde i forløbet omkring patienten. Tidligere var samarbejdet mellem den praktiserende læge og hospitalet. Kommunen havde en velafgrænset opgave som modtager af patienter. Det er anderledes nu.

IP mener, samarbejdet er blevet bedre. Hvis man fx kigger på genoptræningsområdet er der i dag borgere, som får tilbud, de ikke fik tidligere.

b. *Hvilke <u>udfordringer</u> er der?*

IP siger: "Hvis vi lægger det med økonomi og incitamenter til side – så er der den udfordring alle parter har – at der er blevet mange flere kunder i butikken, der er et enormt pres på at levere. Det er en kæmpe udfordring hele vejen rundt".

IP siger videre, at det er en udfordring at få kommunikationen til at køre optimalt, bl.a. på grund af den hastighed som skiftene imellem sektorerne sker med. Det er svært at have et overblik over, hvem der har ansvaret. IP siger: "Patienterne kommer hurtigere ind og ud. Man kan ikke i dag vente for at være sikker på, at den næste part har taget over – så er patienten for længst hjemme". Det er en stor udfordring med mange patienter og høj hastighed ift., hvordan de bevæger sig imellem de forskellige parter.

IP mener, at der stadig er en udfordring med at have respekt for hinandens fagligheder, fx hospitalslægernes respekt ift. det, der foregår ude hos de praktiserende læger. Den manglende respekt kommer især til udtryk i måden, man taler om, hvad der foregår hos de andre parter.

IP mener, at processen med indgåelse af sundhedsaftale III er god. Det er første gang at region og kommune er ligeværdige parter i den aftale, som bliver lavet.

IP mener, at samarbejdet ikke er ens mellem alle 3 parter. IP siger: "Når jeg taler om region og kommune her – ikke alle 3, så er det fordi almen praksis stadig har en særlig en særlig rolle – selv om de er kommet mere ind i arbejdet på en meget mere involverende måde denne gang end tidligere. Men man kan ikke kalde dem en ligeværdig part i sundhedsaftalen. Men det synes jeg kommune og region er nu. Det er rigtigt lovende".

IP mener, at forholdet mellem parterne er blevet ændret. IP siger: "Da sundhedsaftale I blev indgået opførte regionen sig som storebror, bl.a. i samordningsudvalget. Det var ikke ligeværdigt. Det har været en proces – nu er vi der hvor vi er". IP mener, at det at KKR har deres eget sundhedssekretariat er godt for processen og har gjort en stor forskel i indgåelsen af sundhedsaftale III.

c. *Hvilken af udfordringerne er vigtigst/er den mest presserende lige nu?*

IP mener, at økonomi og incitamentsstrukturer er den største udfordring. IP siger: "Det er en dræber, som er en klods om benet på os alle sammen. Det er ikke til at komme uden om, på bundlinjen betyder penge rigtig meget. Det skaber enorm irritation, og der kan komme mange dårlige dialoger ud af det, på en måde som vi ikke selv kan gøre noget. Det er på nationalt niveau man sidder med magten til at få lavet noget om. Det er i småtings afdelingen vi selv kan lave noget om". IP siger videre: "Det er en klods om benet som trækker samarbejdet ned i nogle lag, hvor det ikke bliver konstruktivt. Det bliver til mudderkastning (fx borgmesterbrevet om genindlæggelse). Det bliver ikke konstruktivt, selv om det er meget godt arbejde i gang. Det er en klods om benet, vi skal af med for at komme til at svømme lidt mere frit. Det er meget vigtigt".

IP mener, at hvis man kigger på samarbejdet med patientens vinkel er den største udfordring det, at der er så mange aktører – og der kan være mange aktører inden for hvert hjørne i 3-kanten. IP siger: "Når vi snakker DÆMP, som har mange samtidige sygdomme, så bliver der flere sundhedsprofessionelle, patienten skal forholde sig til. Der er simpelthen så mange. Det bliver uoverskueligt, og patienterne og de pårørende føler sig magtesløse. Mange kommer til at give op, fordi det bliver et rend af mange forskellige mennesker".

De mange aktører er efter IPs opfattelse et problem, når vi taler om at styrke patientens rolle – patient empowerment. IP siger, at patient empowerment også er relevant, når vi taler om DÆMP, "men det skal helst være overskueligt, så de kan se deres egen rolle i det. Hvis systemet er så komplekst, at de bliver

magtesløse, så bliver det endnu sværere for os at komme ned og få fat i styrken hos dem, og finde ud af, hvor de selv kan tage vare på".

2. Hvordan ser et godt borgerforløb ud fra din stol?

IP siger: "Vi kan jo ikke lave om på, at man som DÆMP har mange forskellige sygdomme, hvor det er godt, at komme til at tale med dem, der har forstand på lige præcist noget specielt. Men der er rigtig meget, der er basalt. Hvis det kunne håndteres et sted, så det specielle kommer ind, når det er klart, at det er helt specielt. Det skal være helt tydeligt, hvorfor der kommer en ny læge nu. Og lægen skal have lov til at kigge på det afgrænsende".

IP mener, at det, der er vigtigt for et godt borgerforløb, er, hvordan planen laves, og hvordan der kommunikeres om den. Som patient skal man vide, at grundsubstansen er i orden, at planen holder. Patienten skal vide, at hvis man skal se en anden, hvor man skal have kigget på noget specielt, så skal de være trygge ved, at vedkommende enten snakker sammen eller har så god adgang til info, at patienten ikke selv er den, der skal have styr på sin sygdom. IP mener det er et problem, hvis patienten føler de skal have styr på det og hvis de føler, det er et problem, hvis ikke de har det.

IP mener det er vigtigt, at grundsubstansen leveres af meget få ansigter. Og patienten skal ikke kunne mærke, hvilken sektor de kommer fra. IP karakterisere det på følgende måde: "Der skal være en butik, hvor jeg får det grundlæggende – og så skal jeg til en specialbutik for at få det specielle. For så får man som patient heller ikke oplevelsen af overlap eller dobbelthed, som giver utryghed. Så får man en empoweret patient. Patienten skal ikke føle et pres for, at de har ansvaret for, at der sker fejl".

IP mener, at udfordringen ift. et godt borgerforløb er de mange forskellige sektorer, hvilket gør forløbene mere kompliceret. IP uddyber: "Der skal være forskellige aktører, for man har en forskellige faglighed, man kommer ind med, vi har brug for forskellige fagligheder. Men det, at det er 3 sektorer, som også har deres egne interesser, som ikke bliver til patientens egne interesser, men som bliver til systemets interesser. Er et problem".

En anden udfordring som IP peger på er, at mange kommunikationsproblemer opstår, alene fordi der er tale om forskellige sektorer. Der er problemer med adgang til data og IT-systemer, der ikke taler sammen. Det skyldes, at der er tale om forskellige sektorer. Kommunerne og de praktiserende læger har ikke de samme systemer indbyrdes, og hospitalet har et helt tredje. Så der opstår problemer med adgang til data ift at få læring, og ift. at se hele vejen rundt om en patient.

3. **Beskriv med egne ord, hvad problemerne efter din opfattelse skyldes**

IP mener, at problemerne opstår, fordi det er tale om forskellige sektorer. Hvis systemerne var født anderledes, kunne det måske se anderledes ud. De forskellige incitamentsstrukturer forstyrrer mulighederne for samarbejde.

   a. *Skyldes problemerne alene rammer skabet af andre (fx ifbm kommunalreformen) – eller er du/din organisation også med til at opbygge yderligere barriere for samarbejdet?*

IP mener, at hendes organisation også er med til at opbygge yderligere barrierer for samarbejdet. IP siger: "Hvis vi var enige om, hvad det var for en opgave, vi skal løse i fællesskab, så behøvede problemerne ikke være der. Hvis vi var enige, kunne patienten flyde frit rundt og ikke mærke overgange".

IP mener, at nogle af problemerne bliver skabt mellem faggrupper – ikke kun mellem sektorer. Faggrupperne har masser af myter om hinanden, og der ses eksempler på mangel på respekt for hinanden.

4. **Hvor succesfulde har hidtidige forsøg på at løse samarbejdsproblemerne – efter din opfattelse været?**

IP mener, at man har opfundet sundhedsaftalerne, som et redskab, der skal løse det hele – men det kan de ikke. Sundhedsaftalerne er på vej til at blive et godt redskab. Fordi lovgivningen tvinger parterne til at lave aftaler om – så gør de det. IP siger: "Noget af det ville vi sikkert også gøre, hvis ikke vi skulle, men lur mig om vi ville gøre lige så meget. Det gør en stor forskel, at vi bliver tvunget til at samarbejde".

IP mener dog der er et problem med manglende understøtning af arbejdet fra fx national hold. IP siger: "Det ville være fint, hvis nogen overordnet ville hjælpe os med at løse det, fx det IT-mæssige eller dataadgang, vi sejler lidt rundt. Vi får at vide, at vi skal, men der er ingen hjælp til det".

IP giver et eksempel med regionerne på Sjælland, som er i gang med at udvikle en sundhedsportal, hvor der forhåbentlig også bliver godt for hospitalernes samarbejdspartnere. Men hvad med de patienter, der bevæger sig over regionsgrænser? For dem bliver der sikkert bare skabt nogle nye barrierer.

   a. *Hvorfor har de (ikke) været succesfulde?*

IP starter med at sige, at "vi er godt på vej, der er en enorm velvilje".

IP forklarer, at hele sundhedsaftalearbejdet kom i gang, fordi der var nogle problemstillinger, der ikke blev løst, og patienter der faldt mellem flere stole. Sundhedsaftalerne var et middel til at tvinge parterne ind i samarbejdet for at løse problemstillingerne. Men IP understreger, at der hele tiden kommer nye problemstillinger til, samtidig med, at der er de gamle problemstillinger, som man ikke var tvunget til at løse bare fordi sundhedsaftalerne kom.

IP påpeger, at der er mange problemstillinger, som ikke er blevet løst, fx epikriser. Det at få epikriserne ud i tide og med rette indhold, så de rent faktisk kan bidrage med kommunikation, når en borger går fra et system til et andet, er der blevet snakket om i rigtig mange år. IP siger: "Der er noget man kan gå uden om i en hvis periode, fordi der er så meget andet. Man starter med det, der presser sig mest på, eller det der er lettere at løse".

IP siger videre: "Der er nogle ting som er sværere – af forskellige grunde, selvom løsningerne kan se enkle ud. Det er mængden af problemområder, som udfordrer. Der bliver ved med at være noget, der bliver hele tiden skabt nye ting - hele tempoet omkring udskrivningen og nye behandlingsmetoder, som patienten kan komme hjem med, stiller nogle andre krav til det kommunale personales kompetencer".

IP understreger, at udviklingen nødvendiggør, at man omstiller fra nogle typer af faggrupper til nogle andre. Det har man allerede gjort på hospitalet. Og det er man også på vej til i kommunerne. IP er godt klar over, at det ikke er manglende vilje hos kommunerne, men en omstillingsproces, der tager tid.

Samtidig er der tale om et paradigmeskift i de behandlingstyper der er, og hvor de kan foregå henne. Og hvad det betyder for de kompetencer, der skal være tilstede. Som IP siger: "Det er virkeligt store omvæltninger".

5. Hvilke idéer har du til, hvordan samarbejdet kan forbedres?

a. Er sundhedsaftalerne et godt middel til at styrke samarbejdet? Hvis ja – på hvilken måde?

IP siger: "Sundhedsaftalerne kan ikke løse problemerne med økonomien. Problemet kan præsenteres der, og det kan drøftes der, men det er ikke der, man kan løse det. Når man drøfter sundhedsaftaler kan hver part hver især gå tilbage og få noget belyst, hvis der er noget, der virker uhensigtsmæssigt".

IP mener, at hele sundhedsaftale setup er rigtig godt. Selve aftalen fokuserer på nogle temaer, der særligt skal løftes. Samtidig skal der dog også være fokus på alle de andre ting, der også skal køre, men som jo ikke nødvendigvis kører optimalt, bare fordi der ikke skrives om det i sundhedsaftalen denne gang.

Den struktur der er inden under sundhedsaftalen, er også med til at styrke samarbejdet. For eksempel mødes man i samordningsudvalgene og taler om det, der rør på sig. Og man kan etablere grupper, som kan se på bestemte problemstillinger, som parterne gerne sammen vil lave en analyse af. Som IP siger: "Nu laver man ikke længere sine analyser alene. I stedet siger man "lad os sætte os ned, sætte nogle folk sammen og kigge på det", og man løfter problemstillinger ind i samordningsudvalget".

6. **Hvad skal der til, for at et fælles sundhedshus kunne være en del af løsningen?**

Ifølge IP er der ift. DÆMP nogle opgaver, der ikke skal foregå på et sygehus under en indlæggelse. I dag hjemsendes patienterne tidligere til behandling, der kan ske i bolig eller fra bolig. Den type opgaver mener IP godt kan løftes i et sundhedshus.

Som IP siger: "Hvis ikke I [kommunen]kan klæde alle sygeplejerskerne på, så kan man samle kompetencerne i et sundhedshus, så kan borgeren flytte sig hen hvor kompetencerne er, eller kompetencerne kan tage ud".

IP mener, at sparring, kompetenceopbygning, rådgivning hen over grænserne fint kan være i rammerne af et sundhedshus. IP ser nogle muligheder for, at man kan få en anden type kompetencer og dermed kvalitet ud i borgerens hjem, på baggrund af nogle kompetencer, som er forankret i et sundhedshus.

Genoptræningsområdet er et eksempel, hvor man godt vil kunne flytte den nuværende opdeling. Noget af det specialiserede kan godt foregå et andet sted end på hospitalet, og man kan fx samle ekspertise på tværs af kommune og region. IP mener det er relevant både ift. kompetenceopbygning og ift. reel løsning af opgaverne. IP forklarer: "Man laver den almen genoptræning sammen med den lille del, der er specialiseret. Det kan jeg se meget stordrift i. Fx den ældre som skal ind og ud af omklædningen – hvis patienten fremover kun skal gøre en gang, så har vi da vundet meget tid der".

a. *Hvad betyder efter din opfattelse mest i den sammenhæng*?

Ifølge IP er fælles ledelse er et must, hvis der skal nedbryde de barrierer, der alene beror på hvilken sektor man kommer fra. IP mener dog også, at fælles økonomi er nødvendig for at nedbryde sektoropdelingen.

IP mener, at kulturen ikke er en barriere i sig selv, hvis de ansatte får lov til at møde hinanden. IP siger: "Så snart folk møder hinanden og finder ud af "nåh, gør I sådan", så forsvinder barrierene". IP mener, at kulturbarrierer også kan være lidt en undskyldning.

IP påpeger dog, at der også er barrierer som stammer fra fagkultur. IP siger: "Vi har alle de kulturforskelle og de barrierer, der kommer af forskellige faggrupper. De er der i høj grad".

7. **Har du et godt råd til mig ift hvordan jeg som centerchef for Sundhed og Omsorg i Helsingør kommune kan være med til at skabe nye løsninger?**

IP mener det er vigtigt, at jeg går ind i samarbejdet, med åbent sind. Men det er også det hun opfatter kommunerne gør nu. Vi skal gå ind i samarbejdet med stor tillid til hinanden. IP siger: "Bliv ved med at bevare tilliden til, at man vil patienten og hinanden det godt. Hvis der begynder at blive nogle problemer,

noget murren i krogene om, at nu skal hver til at hytte sine egne interesser – det dur ikke. Det betyder virkelig noget at være åben, have tillid, ville det, tro på det, og tro på hinanden. Det er sådan jeg oplever at kommunerne går ind i det nu. Det oplever jeg også at hospitalet gør. Den største udfordring er, at der er flere kommuner – og de er forskellige, hvilket gør det svært".

8. Er der noget, vi ikke har berørt, som du gerne vil ind på afslutningsvist?

IP nævnte, at man også kan se på samarbejdet som en firkant, hvor patienten er det fjerde hjørne. Det er vigtigt at få patientens perspektiv med her. IP siger: "DÆMP er for 90-95% vedkommende meget vidende og stærke. Dem skal man tage seriøst som en samarbejdspart. De skal ikke behandles som får".

Region Hovedstaden

Bilag 11

21. februar 2014

Vision for Fælles Sundhedshuse

Indledning

Hovedstadsregionen skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med borgeren og patienten i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb for borger og patient. Innovation og samarbejde på tværs af sektorer er essentielt for at vi lykkes med den dagsorden. På tværs af sektorer kræver det mod til at afprøve nye løsninger og udfordre de eksisterende strukturer. Vi vil sætte dagsordenen for udvikling af nye tværsektorielle tilbud, uafhængig af de nuværende organisatoriske rammer.

Dette er en Vision for Fælles Sundhedshuse i Region Hovedstaden. Målet er at virkeliggøre visionen. I første omgang som et modelprojekt i Helsingør og høste erfaringer til eventuelle kommende fælles sundhedshuse i Region Hovedstaden.

Det er visionen, at fælles sundhedshuse skal sikre bedre udnyttelse af ressourcerne, give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen og dermed opnå mere sundhed for pengene. Visionen om fælles sundhedshuse tager afsæt i borgerens og patientens behov, faglig kvalitet og lavest mulige effektive omkostningsniveau.

Fælles sundhedshuse skal sætte rammen om fremtidens tilbud til borgere og patienter udenfor hospitalet. Det skal være attraktivt for borgerne, og borgere og patienter skal føle sig inddraget i et koordineret, informeret og effektivt behandlingsforløb.

Fælles sundhedshuse skal integrere og koble kommunale sundheds-, forebyggelses- og rehabiliteringstilbud med behandlingstilbud på hospitaler og i almen praksis, indenfor rammer der understøtter samarbejde om og med borgeren og patienten. Fælles sundhedshuse skal inspirere til samarbejde eller nye partnerskaber mellem de omkringliggende kommuner om at skabe attraktive tilbud for borgerne i området.

Fælles sundhedshuse skal understøtte nytænkning og en anderledes indsats overfor patienter og borgere, der animerer til at tage ansvar for egen sundhed. Fælles sundhedshuse skal være fleksible, så de kan rumme fremtidig udvikling og forandringer på sundhedsområdet.

I Danmark dækker begrebet sundhedshus i dag over meget forskelligt indhold. Denne vision tager afsæt i erfaringer, der er gjort med sundhedshuse andre steder og i rapporten "Nære Akut- og Sundhedstilbud", der blev udarbejdet mellem region og kommuner i planområde nord i 2011.

Udvikling på sundhedsområdet

Sundhedsområdet er i en løbende forandringsproces hvor nye behandlingstilbud kontinuerligt udvikles og ændres. Nye behandlingstilbud kalder på forandring af de måder, vi løser opgaverne på, og medfører en stadig tilpasning af, hvornår der er behov for en hospitalsindsats, og hvornår en sundhedsindsats bedst løses i almen praksis eller i kommunen.

Samtidig får vi flere og flere ældre, der lever længere. Det betyder også, at vi får flere borgere, der lever med en eller flere kroniske sygdomme. Den demografiske udvikling har medført et stadigt stigende fokus på sammenhængende forløb, og på hvordan der skabes bedst mulig sammenhæng mellem de indsatser, der leveres på hospitalerne og i det nære sundhedsvæsen. I den forbindelse er der behov for at udvikle og etablere nye tilbud og samarbejdsmodeller for at kunne håndtere det øgede antal borgere, der har behov for sundhedsydelser og den øgede kompleksitet, som en række af borgernes sygdomsforløb er præget af.

Gevinster ved fælles sundhedshuse

Livskvalitet og let adgang til sundhedstilbud

Fælles sundhedshuse skal understøtte borgerne i at tage ansvar for eget helbred ved at styrke borgerens evne til at mestre egen sygdom og fokusere på sundhed frem for sygdom.

For nogle borgere er det forbundet med tryghed at have relevante sundhedstilbud, hvortil der er let adgang. For andre borgere har det betydning, at der er én entydig indgang, så de ved hvor de skal henvende sig. Ved at samle kommunale og regionale sundhedstilbud i fælles sundhedshuse vil mange borgere kunne få dækket behov for sundhedsydelser på samme matrikel.

Lighed i sundhed

Fælles sundhedshuse skal danne rammen om fremtidens måde at designe sundhedstilbud til de patienter og borgere, der er vanskelige at favne i de traditionelle tilbud. For eksempel gennem opsøgende arbejde, forløbskoordinatorer for den socialt udsatte eller sårbare patient, gennem design af mindre autoritative fysiske rammer eller lignende.

Fælles sundhedshuse vil give optimale rammer for samarbejde på tværs mellem forskellige fagligheder med forskellige kompetencer for at imødekomme denne målgruppes behov.

I forhold til udsatte borgere og sårbare patienter er det dels en udfordring for sundhedsvæsenet at tilrettelægge tilbud der matcher særlige behov, såvel som det er en udfordring at motivere dem til at tage imod relevante tilbud. Samtidig viser undersø-

gelser, at ulighed i sundhed på flere områder er en stigende udfordring[1]. Der er bred enighed om, at der er behov for at udvikle og finde nye måder at tilbyde differentierede sundhedsydelser på.

Sammenhængende forløb

Borgerne skal opleve fælles sundhedshuse som sømløse. Fælles sundhedshuse skal fysisk understøtte, at kommuner, hospitaler og almen praksis arbejder bedre og tættere sammen om at give borgerne de bedst mulige sammenhængende forløb, når de modtager sundhedsydelser i forskellige sektorer.
En af de store udfordringer for sundhedsvæsenet er at sikre sammenhæng mellem indsatserne som helhed og for den enkelte borger, uanset om indsatsen er forankret kommunalt eller regionalt. En stor gruppe borgere og patienter modtager sundhedsydelser fra både hospital, almen praksis og kommune og har et særligt behov for, at samarbejdet fungerer på tværs af sektorer og faggrupper. Det er eksempelvis ældre sårbare medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom, herunder særligt multisyge (personer med flere samtidige kroniske tilstande), børn og svangre mm.

Tidlig opsporing

Fælles sundhedshuse skal være platform for udvikling af samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme for at undgå, at borgere bliver patienter.

Hvis det skal lykkedes, er der behov for at styrke tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle kronisk sygdom eller anden sygdom. På den måde kan vi forsinke eller direkte forebygge udvikling af sygdom. Ved at samle en række forebyggelses- og sundhedstilbud i fælles sundhedshuse, øges mulighederne for at arbejde proaktivt og nyskabende med at forebygge og opspore symptomer på sygdom.

Endelig er der i forhold til tidlig opsporing potentiale i, at medarbejdere fra flere sektorer, der eksempelvis arbejder med gravide, børn og familier, misbrugere, borgere med kroniske sygdomme og psykisk syge får let adgang til at samarbejde.

Fælles Sundhedshuse – hvordan?

Nye samarbejdsformer

For at løfte de udfordringer det samlede sundhedsvæsen står over for, er det nødvendigt at udvikle nye måder at skabe sammenhæng på.
Fælles sundhedshuse skal skabe nye rammer for videndeling og kompetenceudvikling på tværs af faggrupper og organisationer. Det skal skabe bedre koordinering, samarbejde og sømløse overgange og samlet set højne kvaliteten af sundhedstilbuddene.

---

[1] Ulighed i sundhed- årsager og indsatser; Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet, 2011.
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf

I dag betyder arbejdsdelingen mellem sektorerne, at der på nogle områder gives tilbud, der er overlappende, eller som ligner hinanden. Ved at samle denne type opgaver i fælles sundhedshuse skabes større fleksibilitet og smidighed i opgaveløsningen og færre overlap mellem indsatserne. Ligesom kendskab til vilkår og arbejdsgange i de øvrige sektorer forbedres, og der er mulighed for at skabe forståelse på tværs af organisationer, kulturer og fagligheder.

Samtidig skal mulighederne for at arbejde sammen på nye måder afprøves. Eksempler på nye samarbejdsformer kan være fælles ledelse, fælles personale, fælles budgetter, fælles opgaveløsning og fælles mål.

Opgaveløsning og arbejdsdeling
Det er visionen, at fælles sundhedshuse skal sikre bedre udnyttelse af ressourcerne, give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen og dermed opnå mere sundhed for pengene. I Sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne er det en politisk målsætning at sundhedstilbud til patienterne gives på lavest mulige effektive omkostningsniveau (LEON-princippet).

Sundhedslovens opgavedeling mellem region og kommune og udviklingen af hospitalernes behandlingsformer med accelererede forløb, hurtigere udskrivninger og mere ambulant behandling betyder, at der i stigende grad laves aftaler mellem region og kommuner om overdragelse af opgaver.

En af udfordringerne ved accelererede behandlingsforløb er, at kommunerne i højere grad end tidligere får borgere hjem, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og adgang til lægefaglig rådgivning. Fælles sundhedshuse rykker behandlingen tættere på borgerne og kan lette kommunernes adgang til lægefaglig rådgivning.

Aktører i et fælles sundhedshus
Visionen for fælles sundhedshuse er, at der skal være plads til mange forskellige aktører og funktioner.

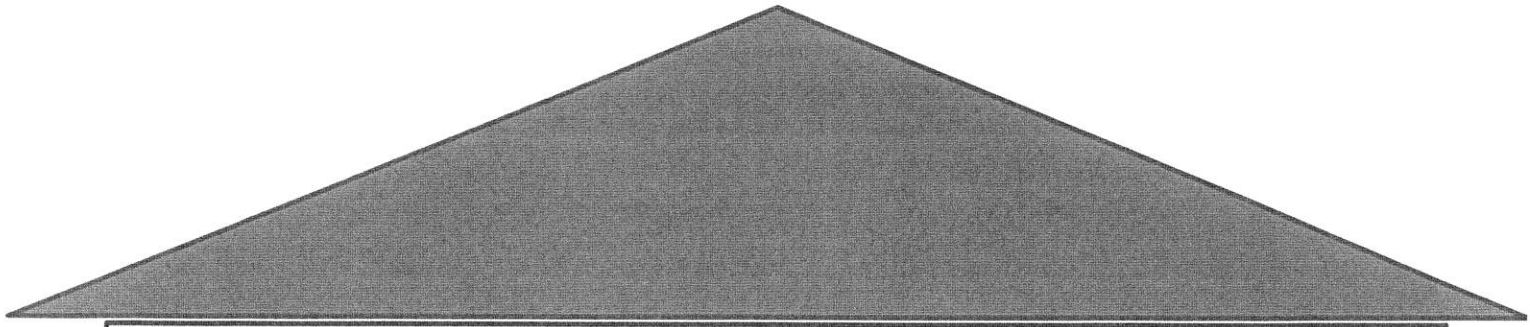
I og med et fælles sundhedshus skal være for alle borgere i området, skal der også være tilbud, der er attraktive for borgere i andre kommuner end den kommune, som sundhedshuset er placeret i. Derfor skal fælles sundhedshuse invitere til nye partnerskaber mellem kommunerne. Det kunne eksempelvis være fælles tilbud, virtuelle konferencer mellem læger og kommunale sygeplejersker eller personale på kommunale akutpladser.

For så vidt angår de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, er det visionen at skabe et tæt og frugtbart samarbejde med lægepraksis i lokalområdet, dog uden at alle praktiserende læger nødvendigvis skal have konsultation i fælles sundhedshuse. Men almen praksis er essentiel for at kunne opfylde visionen om det

sammenhængende patientforløb og inviteres derfor til at indgå i det videre forløb omkring udformning af fælles sundhedshuse.

Erfaringer viser, at netværk i nærmiljøet kan være med til at understøtte nye livsformer. Derfor skal fælles sundhedshuse med de fysiske rammer understøtte nye netværk og aktiviteter og tilbud fra frivillige foreninger og civilsamfundet.
Med fælles sundhedshuse skabes helt nye rammer for sammenhængende sundhedstilbud på tværs af sektorer. Det skal styrkes gennem samarbejde med uddannelses- og forskningsinstitutioner for derigennem at understøtte, at der kontinuerligt udvikles og skabe evidens på området.

Illustration af potentielt indhold i et fælles sundhedshus



Praktiserende speciallæger | Kiropraktorer | Praktiserende fysioterapeuter

Almen praksis | Fodterapeuter | Tandlæger | Akutklinik

Praktiserende psykologer | Jordemoderkonsultationer | Distriktspsykiatrien

Kommunale akutpladser | Kommunale genoptræningspladser

Aktiviteter indenfor borgerrettet forebyggelse | Telemedicinsk opkobling til områdehospitalet

Tilbud i forløbsprogrammer | Blodprøver | Misbrugsrådgivning

Forebyggende træning, vedligeholdende træning og genoptræning

Den kommunale tandpleje (omsorgstandplejen og børnetandplejen)

Diætistfunktion | Socialrådgiverfunktion | Base for sundhedsplejen

Base for hjemmesygepleje og hjemmeplejen | Ambulatoriefunktioner

Mødested for mødregrupper | Frivillige organisationer

Administrative funktioner indenfor det kommunale sundhedsvæsen | Apoteksfunktion

Patientforeninger | Røntgen | Base for kommunelægerne