

CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning

Syddansk Universitet  
J. B. Winsløvs Vej 9B, 1. sal  
5000 Odense C

Telefon: 6550 1000

**IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune,  
Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)**

**Arbejdsrapport  
– interviews med projektledelse og fagprofessionelle:  
detaljeret præsentation og diskussion af data og metode**

**November 2014**

**Peter Kjær Pedersen**

ISBN nr. 978-87-92699-21-3

## Kolofon

<b>Titel</b>	IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).  Arbejdsrapport - interviews med projektledelse og fagprofessionelle: Detaljeret præsentation og diskussion af data og metode.
<b>Forfatter</b>	Peter Kjær Pedersen
<b>Institutnavn</b>	CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
<b>ISBN nr.</b>	978-87-92699-21-3

Denne arbejdsrapport er en ud af 4 rapporter fra studiet om Integrated Care og IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Lee A, Nørgaard B, Madsen L. IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Programteoretisk analyse af minipilot- og pilotfasen.

Nørgaard B, Vestergaard S. Integrated Care – litteraturgennemgang. Arbejdsrapport.

Madsen L. IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Arbejdsrapport - patientinterviews: En undersøgelse af den sociale kapital i patient-system relationen i forbindelse med Integrated Care.

Pedersen PK. IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Arbejdsrapport - interviews med projektledelse og fagprofessionelle: Detaljeret præsentation og diskussion af data og metode.

Rapporterne kan frit hentes under **Publikationer til download** på [www.cast.sdu.dk](http://www.cast.sdu.dk)

Denne arbejdsrapport er, under supervision af seniorkonsulent Anne Lee, udarbejdet af Peter Kjær Pedersen, der er ansat som studentermedarbejder i CAST. Arbejdsrapporten bygger på interviews med projektledelse og fagprofessionelle involveret i udvikling og afprøvning af IC modellen. Interviewene indgår også i hovedrapporten ”IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og De Praktiserende Lægers Organisation (PLO) ). Programteoretisk analyse af minipilot- og pilotfasen” men præsenteres i denne arbejdsrapport i et mere detaljeret omfang.

Studiet af IC modellen er støttet med midler fra IC Projektsekretariatet, samt fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet og Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

## Indhold

Indhold .....	3
1. Indledning.....	4
2. Formål med arbejdsrapporten.....	4
3. Data og metode.....	4
3.1 Metodiske udgangspunkt.....	5
3.2 Interviewdata – præsentation af informanter .....	6
4. Gennemgang af interviewdata.....	10
4.1 Fagprofessionelle, DÆMP-gruppen .....	11
4.2 Fagprofessionelle, SAD-gruppen .....	36
4.3 Projektledelsen.....	75
5. Referencer .....	88
6. Bilag .....	88
6.1 Standard e-mail .....	88
6.2 Interviewguide.....	89

## 1. Indledning

Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO, Region Syddanmark samarbejder om et projekt vedrørende Integrated Care (IC). Projektet udvikler og afprøver nye metoder for tværsektorielt samarbejde for borgere sygemeldt med stress, angst eller depression (SAD) og den ældre medicinske patient (DÆMP). I projektet indgår en lang række interessenter (omkring 80 deltagere), herunder repræsentanter for den kommunale og regionale sektor, samt praktiserende læger og patientorganisationer.

Projektet er igangsat først i en minipilotfase (november 2013 til februar 2014) og herefter i en pilotafprøvning (april-august, 2014) af den nye samarbejdsmodel frem til udgangen af august 2014. Driftsfasen forløber fra 1. september 2014 til 31. december 2015.

I forbindelse med pilotafprøvning af IC er der igangsat et studie med det formål at dokumentere og kvalificere processen med udvikling af IC modellen og de specifikke indsatser for målgrupperne SAD og DÆMP.

## 2. Formål med arbejdsrapporten

I forbindelse med studiet er der genereret en stor mængde data. Data som i kondenseret form indgår i afrapporteringen af studiet<sup>1</sup>. Formålet med denne arbejdsrapport er at samle og formidle en større del af data, for dermed at stille materialet til rådighed for eventuelle senere analyser. Denne arbejdsrapport vil fokusere på de data, der er indsamlet omkring projektledelsen og fagprofessionelles involvering i IC-projektet.

## 3. Data og metode

Dette afsnit indeholder en præsentation og diskussion af studiets dataindsamling og metode. Der er, som nævnt, fokus på de data, der er indsamlet omkring projektledelsen og de fagprofessionelles involvering i IC-projektet. Mere specifikt vil afsnittet beskæftige sig med studiets metodiske udgangspunkt – den programteoretiske metode – og en diskussion af metodiske forbehold omkring dataindsamlingen og den foretagne analyse. Derudover vil afsnittet indeholde en præsentation af de medlemmer af projektledelsen og de fagprofessionelle, der er blevet interviewet i forbindelse med studiet.

---

<sup>1</sup> Lee, Nørgaard & Madsen, 2014

### 3.1 Metodiske udgangspunkt

Studiets formål er som beskrevet ovenfor ”... at dokumentere og kvalificere processen med udvikling og implementering af IC Modellen og de specifikke indsatser forud for driftsfasen”. Studiet har altså både et objektivt sigte – at dokumentere – og et mere normativt sigte – at kvalificere – i forhold til IC-projektet. Dette er nødvendigt at tage højde for i vurderingen af studiet, da det har betydning for, hvilke fokusområder der vægtes i forbindelse med dataindsamlingen.

Studiet bygger på en programteoretisk metode, som er beskrevet i den oprindelige rapport<sup>2</sup>. Den benyttede programteori tager udgangspunkt i tre delelementer – situationsteori, normativ teori og virkningsteori – inspireret af en programteoretisk model udviklet af Hansen og Vedung<sup>3</sup>. Derudover inkluderes begreberne kontekstuelle faktorer og moderatorer, hvilket er inspireret af Dahler-Larsen og Krogstrups programteoretiske tilgang<sup>4</sup>. På den måde er studiets metodiske tilgang inspireret af to forskellige tilgange til den programteoretiske metode. Der er valgt en deduktiv tilgang til dataindsamlingen og -analysen. En sådan tilgang rummer både fordele og ulemper. Dataindsamlingen og -analysen fokuseres, hvilket i dette tilfælde giver mulighed for på indgående vis at afdække bagvedliggende forestillinger om kausalmekanismer; omvendt vil alternative vinkler på IC-projektet og de indsamlede data ikke nødvendigvis afdækkes, fordi det ikke er en del af fokus i den programteoretiske metode.

Studiets dataindsamling og analyse er foretaget over en relativt kort periode – ca. tre måneder – for at matche den fastsatte deadline. Dette har medført et vist tidspres. Samtidig var der aftalt en klar begrænsning på rapportens omfang.

Samlet har dette potentielt kunnet påvirke studiet ved, at eksempelvis nuancer og alternative tolkninger udelades, fordi der kun er mulighed for afrapportering af data i meget kondenseret form. Dette er som nævnt også begrundelsen for denne arbejdsrapport. Eksempelvis kunne en længere tidsramme give mulighed for en mere grundig litteraturgennemgang end den, der er foretaget forud for studiet. Det er i den forbindelse imidlertid nødvendigt at understrege, at formålet med studiet var en empirisk undersøgelse og ikke et review af litteraturen omkring Integrated Care. Yderligere kunne en længere tidsramme også give mulighed for at afdække synspunkter fra aktører, der ikke har været i direkte kontakt med projektet.

Det er endvidere nødvendigt at nævne, at studiet er udarbejdet samtidig med en igangværende videreudvikling af projektet, der på det pågældende tidspunkt stadig var inde i en pilotfase. Dette betyder, at der i praksis er arbejdet videre med de forhold og delelementer, som er be-

---

<sup>2</sup> Lee, Nørgaard & Madsen, 2014: 17-8

<sup>3</sup> Hansen & Vedung, 2005

<sup>4</sup> Dahler-Larsen & Krogstrup, 2004

skrevet i rapporten, således at der kan være sket flere ændringer efter rapportens udgivelse. Dermed udgør rapporten en foreløbig vurdering, der ideelt set bør følges op af endnu et studie efter igangsættelsen af projektets driftsfase.

### **3.2 Interviewdata – præsentation af informanter**

For at kunne afdække projektledelsens og de enkelte faggruppers programteorier via den programteoretiske metode, ønskede man i forbindelse med studiet at foretage interviews med projektledelsen og alle fagprofessionelle involveret i IC-projektets pilotafprøvning. Deltagerlisten med involverede fagprofessionelle, som man har kontaktet de fagprofessionelle på baggrund af, er udarbejdet og tilsendt af projektorganisationen. Dette øger risikoen for bias i udvælgelsen af potentielle informanter, da den første sortering af potentielle informanter er foretaget af projektorganisationen og ikke af forfatterne bag studiet. Dette har betydet, at kun fagprofessionelle, der havde erfaring med projektet, blev kontaktet. Der er således ikke inkluderet fagprofessionelle i studiet, der ikke har været i berøring med projektet, hvilket kan betyde, at alternative vinkler på projektet er udeladt.

De fagprofessionelle på den tilsendte deltagerliste blev kontaktet via e-mail. De tilsendte e-mails bygger på en standard-e-mail (bilag 1). Efterfølgende blev der foretaget enkelt eller gruppeinterviews med de 20 ud af 25 fagprofessionelle involveret omkring IC-projektets pilotfase, der sagde ja til at deltage i studiet. Disse interviews er foretaget ud fra en interviewguide (bilag 2), der blev udarbejdet på baggrund af den viden, forfatterne havde om IC-modellen ud fra en litteratursøgning, samt dokumentgennemgang.

Interviewguiden blev i første omgang udviklet med henblik på interviews med de praktiserende læger, og dernæst blev den tilpasset de andre faggrupper. Interviews med de fagprofessionelle blev foretaget af to af hovedrapportens forfattere. Den ene foretog interviews med 11 fagprofessionelle tilknyttet DÆMP-gruppen, imens den anden foretog interviews med ni fagprofessionelle tilknyttet SAD-gruppen. Yderligere foretog den ene forfatter et gruppeinterview med tre medlemmer af projektledelsen. Den efterfølgende analyse af de transskriberede interviews blev foretaget af den ene af disse forfattere.

De enkelte fagprofessionelle informanter har haft forskellige forudsætninger for at kunne forholde sig til IC-modellen og projektet i sin helhed. De har forskellige faglige baggrunde, varierende klinisk erfaring og grundet forskellige roller i projektet, varierende erfaring med IC-modellens delelementer. Derudover har enkelte deltaget i udviklingen af IC-modellen. Som nedenstående tabeller angiver, har flere af de fagprofessionelle været tilknyttet projektets målgruppespecifikke arbejdsgrupper og/eller styregruppe. På denne baggrund er det fordelagtigt med en præsentation af de enkelte informanter for at kunne vurdere deres forudsætninger

for deltagelsen i studiet. Der er opstillet tabeller, der viser informanternes erfaring med IC-projektet i form af IC-modellens delelementer og eventuelle deltagelse i udviklingen af modellen. Tabel 1 viser informanterne fra DÆMP-gruppens erfaring med IC-projektet og tabel 2 viser informanterne fra SAD-gruppens erfaringer med IC-projektet.

Stratificeringslisten, der også indgår som et delelement i modellen, er ikke inkluderet i tabellerne, da denne kun har været tilgængelig for de praktiserende læger. Efter tabellerne følger en mere indgående præsentation af informanternes baggrund og/eller erfaring med IC-projektet.

**Tabel 1: Informanter fra DÆMP-gruppens erfaring med IC-projektet**

	Erfaring med IC-modellens delelementer			Deltagelse i udvikling af IC-modellen		
	Handleplan	TST	Patienter	Arbejdsgruppe	Styregruppe	Evalueringsgruppe
Praktiserende læge	X	X	4	X		
Praktiserende læge	X	X	2	X		
Sygehusansat speciallæge	X	X	10*			
Sygehusansat speciallæge	(X)	X	6-7*	X		
Hjemmesygeplejen	X	X	1			
Hjemmesygeplejen	X	X	1			
Hjemmesygeplejen	X	X	2			
Fysioterapeut		X	0	X		
Ergoterapeut		X	0			
Klinisk farmakolog	(X)	X	10-12*			
Klinisk farmakolog	(X)	X	10-12*			

Parenteserne angiver, at den fagprofessionelle kun har begrænset erfaring med dette delelement.

'\*' angiver, at den fagprofessionelle ikke har været i kontakt med patienterne, eller at den fagprofessionelle ikke nødvendigvis har været involveret samtlige angivne patienter.

De to praktiserende læger har begge erfaring med stratificeringslisten. De kommer fra praksisser med henholdsvis fire og én øvrig læge og har været praktiserende læger siden henholdsvis 1988 og 2004.

De to sygehusansatte speciallægers patientantal er markeret med en stjerne, da disse ikke har haft direkte kontakt til patienterne, men har været involveret i forbindelse med TST-møder.

De tre informanter fra hjemmesygeplejen er interviewet samtidig i et gruppeinterview. Informanterne består af to sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent. De har fungeret som plejepersonale i kommunen siden henholdsvis 1992, 2008 og 2010.

Fysio- og ergoterapeuten er ligeledes interviewet i et gruppeinterview. Begge rapporterer om, at de ingen konkrete erfaringer har med IC-modellen. Fysioterapeuten var færdiguddannet i 2001 og har arbejdet i kommunen siden 2007. Ergoterapeuten var færdiguddannet i 2007 og har arbejdet i kommunen i lidt over et år.

De to kliniske farmakologer er også interviewet i et gruppeinterview. Deres patientantal er markeret med en stjerne, da dette er deres angivelse af, hvor mange patienter de til sammen har været involveret i, i forbindelse med IC-modellen. Deres involvering har ikke bestået af patientkontakt, men gennemgang af patienters medicinlister. Den ene har været ansat på Klinisk Farmakologisk Afdeling siden 2009, den anden siden 2010.

**Tabel 2: Informanter fra SAD-gruppens erfaring med IC-projektet**

	Erfaring med IC-modellens delelementer			Deltagelse i udvikling af IC-modellen		
	Handleplan	TST	Patienter	Arbejdsgruppe	Evalueringsgruppe	Styregruppe
Praktiserende læge	X	X	5	X		
Praktiserende læge	X	X	4	X		X
Sygehusansat speciallæge	X	X		X		
Praktiserende psykolog	X	X	7-8	X		
Privatpraktiserende speciallæge			4	X		
Sygehusansat psykolog	(X)	X	3	X		
Socialoverlæge	X	X		X		X
Sagsbehandler	X	X	9*	X		
Sagsbehandler	X	X	9*	X		

Parenteserne angiver, at den fagprofessionelle kun har begrænset erfaring med dette delelement.

'\*\*' angiver, at den fagprofessionelle ikke har været i kontakt med patienterne, eller at den fagprofessionelle ikke nødvendigvis har været involveret i samtlige angivne patienter.

De to praktiserende læger har begge erfaring med stratificeringslisten. De kommer fra praksisser med henholdsvis to og fire øvrige læger og har været praktiserende læger i henholdsvis ca. 10 år og siden 2002.

Den sygehusansatte speciallæge har ikke været direkte involveret omkring patienter, men har indgået i patientdrøftelser på TST-møder i SAD-gruppen, samt et enkelt TST-møde på DÆMP-området.

Den praktiserende psykolog har været psykolog i knap 10 år og har haft egen klinik i fire år. Yderligere beretter informanten, at denne tidligere har været psykiatrisk sygeplejerske.



Den privatpraktiserende psykiater har været speciallæge i psykiatri siden 1995 og har haft egen psykiatrisk speciallægepraksis siden 2006. Psykologen fra Arbejdsmedicinsk Klinik har ligesom socialoverlægen deltaget i TST-møder og i den forbindelse orienteret sig i handleplanen. Sidstnævnte har fungeret som socialoverlæge siden 2005. Derudover skal det nævnes, at både psykologen fra Arbejdsmedicinsk Klinik og socialoverlægen har taget del i forarbejdet til IC-modellen og dens tidlige udviklingsfase.

De to kommunale sagsbehandlere er interviewet i et gruppeinterview. Deres patientantal er markeret med en stjerne, da dette er antallet af patienter, de har haft til sammen. De har begge været ansat i kommunen i seks år.

To af de interviewede medlemmer af projektledelsen er ansat i Region Syddanmark, imens den tredje er ansat i Odense Kommune. To af de tre har både været del af både IC-modellens styre- og evalueringsgruppe, ligesom de begge har været nogle af initiativtagerne til afprøvningsen af IC-modellen og derfor har været del af dens tidlige udviklingsfase.

Nogle af de fagprofessionelle har, som tabellerne viser, ikke kun fungeret i deres vanlige rolle som fagperson i forhold til IC-modellen, men har også taget del i projektets udvikling. Dette kan have påvirket deres opfattelse og faglige vurdering af projektet og således også have påvirket studiets analyse og konklusion. Fordi de fagprofessionelle har haft disse forskellige roller i forhold til projektet, kan det være vanskeligt at afgøre, i hvor høj deres vurdering af projektet er udtryk for en fagpersons eller projektudviklers synspunkt. Der kan i relation hertil være risiko for, at potentiel, faglig kritik holdes tilbage, fordi det kan sætte projektet i et negativt lys og dermed påvirke dets mulighed for implementering fremadrettet. Dette medfører en vis usikkerhed om, i hvor høj grad de fagprofessionelles identificerede programteorier repræsenterer de respektive faggruppers programteorier. Denne problemstilling tydeliggøres endvidere af, at kun få fagprofessionelle repræsenterer hver faggruppe, samt det forhold at kun fagprofessionelle, der har været i berøring med projektet, er blevet interviewet.

Udover at flere af de fagprofessionelle har haft forskellige roller i forhold til IC-projektet, viser tabellerne også, at flere af disse kun har begrænset erfaring med IC-modellen og flere af dens essentielle delelementer. Dette kan især tilskrives, at projektet frem til studiets afslutning kun har været i en pilotfase. Den begrænsede erfaring hos informanterne har medført udfordringer i forhold til analysen af de indsamlede interviewdata, da flere af informanternes vurdering af projektet beror på et sparsomt grundlag.

Samtidig betyder den begrænsede erfaring, at den benyttede programteoretiske metode ikke har kunnet udfoldes fuldstændigt, og at det på baggrund af det eksisterende datagrundlag kun har været muligt at vurdere, om der eksisterer teorifejl, og fremhæve opmærksomhedspunkter i forhold til den senere implementering af projektet. Dermed har datagrundlaget begrænset studiets metodiske muligheder ved ikke at give mulighed for en realitetstest og en mere dybdegående evaluering af projektet, herunder en vurdering af om eventuelt udeblivende effekter skyldtes implementeringsfejl eller fejl i den bagvedliggende teori. Det vurderes muligt at foretage en realitetstest efter afslutningen på den igangsatte etårige driftsfase, da de involverede fagpersoner her vil have opnået en større erfaring med IC-modellen.

At studiets primære datakilder hviler på et kvalitativt grundlag i form af interviews med projektledelsen og fagprofessionelle involveret i projektet rummer klare fordele i forhold til den programteoretiske metode. Interviewdata baserer sig på udvalgte informanternes subjektive vurderinger. Dette giver i forhold til dette studie mulighed for at gå i dybden med de enkelte informanternes forestillinger om processer og kausalmekanismer, der relaterer sig til projektet, samt andre aspekter i form af kontekstuelle faktorer og moderatorer. Samtidig indebærer interviewtilgangen og de udvalgte informanter imidlertid også, at studiets datagrundlag hovedsageligt bygger på subjektive vurderinger fra personer, der på en eller anden måde er tilknyttet projektet. På den baggrund er der en risiko for, at der i datamaterialet er en mangel på alternative og kritiske vinkler, selv om der er udvalgt informanter fra flere forskellige aktørgrupper. Imens interviewtilgangen giver mulighed for indgående at afdække processer og kausalmekanismer, som de opleves af enkeltpersoner, betyder den valgte tilgang også, at studiet ikke kan dokumentere eventuelle effekter af IC-projektet.

#### **4. Gennemgang af interviewdata**

Dette afsnit har til formål at formidle en større del af de indsamlede interviewdata omkring projektledelsen og de fagprofessionelles involvering i IC-projektet, der som nævnt kun indgår i kondenseret form i den oprindelige rapport. Afsnittet har kun til formål at formidle data og vil derfor hverken sammenligne eller analysere videre på programteoriene.

Som det oprindelige studie vil afsnittet tage udgangspunkt i en programteoretisk metode, hvorfor de indsamlede interviewdata er kategoriseret efter de tre delementer: situationsteori, normativ teori og virkningsteori. Derudover beskrives også kontekstuelle faktorer og moderatorer. Data vil blive afdækket på mere indgående vis end i den oprindelige rapport, hvilket

især gøres gennem brug af direkte citater fra informanterne. At der citeres direkte skyldes også et ønske om så i høj grad som muligt at bevare de betragtninger og holdninger, informanterne udtrykker. En del af citaterne er forkortet (angivet med "[...]") af hensyn til arbejdsrapportens omfang, fokus og enkelte steder af hensyn til informanternes tilstræbte anonymitet. Yderligere er det værd at nævne, at betegnelserne "patienter" og "borgere" og "klienter" bruges synonymt af de fagprofessionelle, hvorfor der i nedenstående ikke skelnes herimellem. Første del af afsnittet fokuserer på interviewdata fra de fagprofessionelle tilknyttet DÆMP-gruppen, imens anden del af afsnittet fokuserer på de fagprofessionelle tilknyttet SAD-gruppen. Afslutningsvist vil interviewdata fra projektledelsen blive behandlet.

#### **4.1 Fagprofessionelle, DÆMP-gruppen**

Som beskrevet er 11 fagprofessionelle tilknyttet DÆMP-gruppen blevet interviewet i forbindelse med studiet. Da der er få informanter inden for hver faggruppe, er disse inddelt i lidt bredere kategorier for at tilstræbe en vis anonymitet blandt informanterne: praktiserende læger, sygehusansatte (sygehusansatte speciallæger og kliniske farmakologer) og kommunalt ansatte (plejepersonale fra hjemmesygeplejen, fysio- og ergoterapeut). Da nogle af de fagprofessionelle tilknyttet SAD-gruppen har haft flere roller i forhold til projektet, har de både udtalt sig om SAD-gruppen og DÆMP-gruppen. Nogle af deres udtalelser om DÆMP-gruppen er derfor inkluderet i nedenstående afrapportering ift. SAD gruppen.

#### **Praktiserende læger**

##### *Situationsteori*

De to praktiserende læger har forskellige holdninger til, hvor stort behov der er for IC-projektet. Den ene praktiserende læge mener ikke, at der i forvejen eksisterer store problemer. I stedet betragtes IC-projektet som et tiltag, der kan forbedre noget allerede eksisterende:

*"Jeg tror ikke, der var det store trængende behov, men hvis man ønsker at optimere og indføre denne her model, så kunne det være et godt supplement for noget, som var der lidt i forvejen, som kunne blive bedre tunet, kunne blive bedre stillet, og det kunne denne her model måske".*

Den anden praktiserende læge påpeger derimod, at der eksisterer flere problemer, som primært kan tilskrives, at Odense er en storkommune:

*"Men det primære problem, som jeg ser det, det er opstået af, at det er sådan en storkommune med uigennemsigthed og med mange behandlere om den samme opgave. Dette her projekt havde ikke sin gang på jorden i små kommuner".*

Uigennemsigthed som resultat af mange behandlere, der er placeret i forskellige organisationer, og som indgår omkring samme opgave og samme patient identificeres altså her som problemstillinger. Derudover berettes det, at patienterne til tider føler sig fortabt i systemet. Uigennemsigtheden kommer også til udtryk ved, at det i det kommunale system menes at være svært at finde og komme i kontakt med den rette medarbejder, og når det lykkes tager det lang tid – også selv om man tidligere har forsøgt at gøre noget ved det. Den oplevede uigennemsigthed er dermed også resultat af manglende kendskab til samarbejdsparter, hvilket medfører en oplevelse af, at det tager længere tid at etablere samarbejder på tværs af sektorer. Der er i forbindelse til dette en vis frustration over, at det i en storkommune ikke er muligt at etablere tidligere oplevede samarbejdsformer: ”[...] jeg har været dybt frustreret over, at jeg ikke kunne samarbejde, og at jeg ikke kunne fortsætte det samarbejde, jeg havde med mine nære samarbejdspartnere omkring patienterne [...]”.

Selv om den ene praktiserende læge ser færre problemer, beretter denne, at komplekse patienters behandlingsforløb er svære at håndtere, fordi mange behandlere og afdelinger er inde over: ”Men jo mere komplekse patienterne bliver, jo flere strenge, jo flere ting, jo flere berøringsflader er der jo rundt omkring. Og så er det jo at det bliver mere udfordrende at have med patienterne at gøre”.

Det kommunale bureaukrati betragtes som tungt og langsommeligt, eksempelvis fordi standarder, der skal sikre ensartethed, betyder, at visitationer trækkes i langdrag:

”[...] en visitation, som tager, nogle gange flere, i heldigste fald, uger, men nogle gange flere måneder for at tildele en borger en rollator eller en bækkenstol eller et eller andet simpelt, fordi der skal være den der ensartethed, og der skal virkelig være ISO-certificerede standarder på, at de får det samme alle sammen. Og det gør det utrolig tungt”.

De oplever generelt, at der eksisterer generelt mere veletablerede rutiner i forhold til de praktiserende lægers kommunikation med sygehuset sammenlignet med kommunen: ”[...] så der har, ligesom pr. tradition været sygehuset og praksis, der har arbejdet tæt sammen omkring borgeren, eller tættest sammen omkring”. Der opstår imidlertid også udfordringer i forhold til samarbejdet med sygehuset til tider, da manglende kommunikation, begrænset kendskab til patienten og kravet om at undersøge og behandle (defensiv medicin) kan medføre u hensigtsmæssige behandlingsforløb for patienterne:

”Men der kommer man jo overfor det der med den lidt defensive medicin, altså med at man kan få næser, eller det der er værre, hvis man ikke tager aktion på det, man bliver bekendt med undervejs og sådan, og det er jo ikke altid at en pa-

*tientvenlig og en patientrigtig måde at skulle håndtere helbreds- og sundhedsproblemer på, vil jeg sige”.*

Generelt i samarbejdet omkring patienterne beskrives anerkendelse og respekt som essentielt, og det er noget, som til tider menes at have manglet: *”[...] så der kan godt være situationer, hvor man har manglet anerkendelsen og måske også respekten for hinanden”.*

Det påpeges omvendt, at patientinddragelse allerede finder sted under de eksisterende systemer: *”[...] men i bund og grund er det den samme læst, jeg arbejder sammen med borgeren på, som det har været altid”.*

IC-projektet betragtes endvidere som resultatet af et politisk ønske, der skal tilpasses praksis: *”[...] det er jo et politisk bestemt projekt dette her, som vi prøver at tilpasse virkeligheden”.* Derfor opleves det som nødvendigt at involvere de praktiserende læger, som samtidig skal søge involveringen: *”[...] der var brug for nogen, der var praktikere [...]”.* Det kræver imidlertid, at de praktiserende læger søger involveringen: *”[...] hvis du vil have indflydelse, så bliver du også nødt til at være, hvor der er indflydelse”.*

#### *Normativ teori*

Der er hos de praktiserende læger generel enighed om, at det er nødvendigt med tiltag, der forbedrer kommunikationen og samarbejdet på tværs af sektorer, hvilket vil bidrage til mere overskuelige patientforløb. Især samarbejdet med det kommunale system ønskes forbedret, da dette som nævnt ovenfor halter mere end samarbejdet med sygehussektoren: *”Så på den led føler jeg ikke, at behovet er så presserende, eller så stort, som det er for samarbejdet med den kommunale del af opgaven”.* Dette betyder ikke, at samarbejdet og kommunikationen med sygehussektoren ikke kan forbedres – eksempelvis i forhold til problemstillingen omkring den defensive medicin, jf. ovenstående: *”Så der kunne man med fordel, synes jeg godt, snakke meget tættere sammen”.*

Respekt og anerkendelse påpeges som beskrevet ovenfor som særlig vigtigt for samarbejdet mellem de fagprofessionelle. Lægerne kender ikke på forhånd begrebet relationel koordinering, der er et af delelementerne i IC-modellen, men ser det ikke som noget nyt og relaterer det til: *”[...] at vi kender hinanden og vi har defineret problematikkerne, og vi har fordelt kasketterne”.*

I relation hertil ses relationerne mellem samarbejdsparterne som vigtige: *”Altså, vi har relationerne, vi ved, det nære samarbejde, det er det der – vi kender girafferne ude omkring, mig selv inklusiv, så vi ved, hvad vi snakker om, vi ved, hvem vores samarbejdspartnere er”.* Alle samarbejdsparter skal endvidere ses som ligeværdige, så alle kan byde med deres respektive

holdninger og forventninger. På den måde skabes det mest velinformerede grundlag, hvilket er nødvendigt for at sikre den nødvendige helhed i samarbejdet, hvor alle bidrager med det, de kan. Det ses som nødvendigt at lave fælles aftaler, hvis opgaverne kræver det, og i den forbindelse er forholdet og kendskabet til samarbejdspartnerne ligeledes vigtigt: *”Og så er det en god ting, at man sådan ligesom på forhånd kender sine kompetencer og sine grænser og kender sine medspilleres dittoer”*. Det tværfaglige samarbejde betragtes som særligt vigtigt i forhold til de patienter, der er i kontakt med flere behandlere samtidig, da det er nødvendigt for at kunne lave fælles prioriteringer for patientforløbet.

Det kommunale system kan ifølge lægerne med fordel inddrages mere omkring de patienter, der har svært ved at følge de anvisninger, de får fra behandlerne:

*”[...] vi jo med fordel have den kommunale samarbejdspartner meget tættere på, til lige at følge op, uden at skulle møve sig ind, og uden at skulle dominere, og uden ligesom at skulle tromle patienten ned. På en god måde have et lille blik for, hvordan kører det [...]”*.

Andet, der især menes at ville gavne det tværfaglige samarbejde, er en fælles journal, hvor de involverede hele tiden har mulighed for at byde ind med deres perspektiv, og hvor patienterne også har adgang til en del af deres journaler. I forlængelse heraf ses patientinddragelse som nødvendigt for, at patienterne forstår og følger de anvisninger, de får.

Det skal også være muligt at starte et forløb for patienten, selv om det er svært at stille en præcis diagnose:

*”Der skal altså helst være en diagnose på, før man kan tage aktion på et eller andet, og det er nogle gange en hæmsko og en ulempe. Så jeg ser gerne, at man siger, der, hvor der er nogle multifaktorielle og nogle lidt komplicerede problematikker, hvad enten der så er sat klar diagnose på eller ej, at der prøver man at få lavet noget [...]”*.

### *Virkningsteori*

Der er forhåbninger om, at modellen vil forbedre samarbejdet, samarbejdskulturen og derigennem patientforløbet: *”Jeg håber, vi får en bedre dialog og bedre redskaber og måske også bedre evne for os til at optimere vores muligheder for at lave en bedre plan for patienten. Og samtidigt få en bedre plan i den anden ende”*. Det påpeges især som en fordel, at sygehus og kommune arbejder tættere sammen omkring patientforløbene:

*”Og der, hvor jeg ser den store fordel ved dette her, det er at de to store systemer, der hedder sygehus og kommune, er begyndt at arbejde mere sammen, og*

*får en arbejdsplatform og en arbejdsmodel, og forhåbentlig også en arbejdsmoral, som gør den endnu bedre”.*

Det antages også, at det mere formaliserede samarbejde vil medføre, at der i mindre grad vil opstå forvirring, frustration og mistillid mellem parterne, fordi det bliver mere klart hvilke roller, de forskellige parter spiller. Samtidig betyder det formaliserede samarbejde, at der i højere grad er kendskab til samarbejdspartnerne:

*”Altså, i stedet for at have et stort apparat, hvor man ikke har nogen ansigter på og måske ikke engang noget navn på, så har man nu mere en bestemt en, man kan rette henvendelse til, og det kan man opbygge et samarbejde omkring og opbygge en tillid til og så videre”.*

Det er på den måde forventningen, at kendskabet til samarbejdspartnerne vil bidrage til et mere tillidsfyldt samarbejde. TST-møderne bidrager netop til dette kendskab til samarbejdspartnerne, ligesom de giver mulighed for at drøfte konkrete sager. På den baggrund er de praktiserende læger positivt stemte over for TST-møderne og udbyttet heraf: *”[...] de TST-møder, jeg har været til, har gjort, at jeg synes, dialogen har været god, og inputtene har været gode”.*

Et andet af grundlagene for det formaliserede samarbejde er den elektroniske handleplan. Denne menes at leve op til det førnævnte ideal om en fælles journal (se normativ teori), da alle involverede, inklusiv patienten, har mulighed for at byde ind, hvilket skaber grundlag for dialog og fælles viden. Samtidig bidrager den til samarbejdet ved, at den enkelte ved, hvad de andre samarbejdspartner foretager sig: *”[...] så er dét at alle ved, hvad alle laver, og kan se, hvad alle laver, fordi man kan gå ind og læse, det vil være helt klart en fordel for patienten”.*

Der identificeres også flere positive aspekter ved stratificeringslisten, der giver overblik og gør opmærksom på patienter, som de praktiserende læger ikke nødvendigvis ville have været opmærksom på. Den giver samtidig mulighed for at sætte ind hos de patienter, hvor projektet gavner mest og vil opnå den største effektivitet – nemlig hos de patienter, som ikke har det allerværst og derfor ikke i forvejen er tilknyttet sygehusvæsnat.

Til gengæld er det også nødvendigt at bevare muligheden for det individuelle skøn som supplement til stratificeringslisten, så de forskellige behandlere, der er i kontakt med patienterne, har mulighed for at gøre opmærksom på eventuelt oversete patienter.

### *Kontekstuelle faktorer*

De praktiserende læger betragter det som en forudsætning, at de inkluderes i udviklingen af projektet, hvis det skal overleve: *”Fordi hvis man så laver noget uden vores rådgivning, og tror det er godt, og så kommer vi i det første møde og sabler det ned, så sker der ikke en skid,*

og så har man spildt en masse kræfter og tid, og det er fuldstændig nyttesløst at gøre". Det påpeges også, at det er nødvendigt at investere tid og dermed penge, hvis projektet skal virke efter hensigten – både tid og penge udgør derfor forudsætninger for projektets succes. Dette problematiseres ifølge de praktiserende læger både af, at der er for få praktiserende læger i forhold til opgaver, de generelt skal varetage, og at noget af arbejdet omkring projektet eksempelvis udvælgelse af patienter kræver noget af lægernes fritid. Dette betyder, at det bliver en forudsætning for de praktiserende lægers deltagelse, at de overbevises om, at modellen på sigt vil mindske tidsforbruget omkring de komplekse DÆMP-patienter og, at lægerne honoreres for de ekstra arbejdstimer:

*"Så det er sådan noget af det, jeg tror, man skal sælge projektet på – at det dels er honoreret, at det dels, måske, kan have udsigt til, at dit tidsforbrug omkring de der komplekse patienter på sigt kan nedsættes ved, at der bliver lavet nogle fornuftige planer".*

Af hensyn til fortrolighed i personlige oplysninger omkring patienterne skal stratificeringslisterne kun være tilgængelige for de praktiserende læger, hvis disse skal deltage i projektet. Samtidig er det afgørende, at patienterne inkluderes på lægernes initiativ, ligesom lægerne skal kunne udvælge de fokusområder, der menes at kræve tværfagligt samarbejde og handling. Dette begrundes med, at det er lægen, der besidder det indgående kendskab til patienten: *"Det er hele den viden og hele det der mangeårige kendskab til patienten og familie, der spiller med i min vurdering af, hvor vigtigt det er at få noget mere samarbejde i stand".*

Derudover betragtes det som en forudsætning, at alle relevante samarbejdsparter har adgang til og benytter sig af den elektroniske handleplan.

### *Moderatorer*

For de praktiserende læger kan en i forvejen travl hverdag med mange opgaver være en moderator for at engagere sig i IC-projektet. Derudover ses modellen som tung og ressourcekrævende, hvorfor det er nødvendigt at tilpasse den, så det størst mulige udbytte sikres:

*"[...] men den er meget tung at arbejde med, vil jeg så sige. Så tung så jeg tror, at man er nødt til at trimme den på nogle punkter, man er nødt til måske at kigge på, hvor man får mest ud af indsatsen... Det er ret tidskrævende, og mere tidskrævende, tror jeg, end man på sigt kan forvente, man kan lægge i dette her system med det outcome, der er udsigt til [...] det er for ressourcekrævende i forhold til udbyttet".*



I den forbindelse er formidlingen af udbyttet – forbedret samarbejde, bedre behandlingsforløb og på sigt en tidsbesparelse i forhold til behandlingen af de komplekse patienter – en moderator for at få de praktiserende læger til at deltage i IC-projektet: ”Jeg tror, man skal ud og lave noget god reklame for det. Og man skal også gå ud og sælge den gode historie på det”.

’Den ældre medicinske patient’ som målgruppe opleves som en moderator for at fremstille en optimal stratificeringsliste grundet dens kompleksitet:

*”[...] den gruppe af patienter der er i DÆMP gruppen, den ældre medicinske patient, er jo så kompleks og så forskelligartet, så mangfoldig, at vi er nået frem til at sige ”Jamen vi kan jo ikke lave en stratificeringsmodel til den ældre, medicinske patient, for hvad er det vi stratificerer til, altså?””.*

Der er derfor behov for at konkretisere hvilke patienter, parametre og indsatsområder, der er relevante og af betydning i forhold til DÆMP-gruppen:

*”Vi er nødt til at være meget mere konkrete, når vi skal snakke om, at sige om, handler det om faldpatienter, handler det om ensomhed, handler det om funktionsindskrænkende mobilitet og så videre. Vi er nødt til at gå meget mere i detaljen for at lave de lister [...]”.*

Samtidig er det nødvendigt at tage stilling til listens bidrag og begrænsninger:

*”[...] vi for manges vedkommende gør klogt i at sige ”Jamen dette her er en selektionsliste, som godt kan være vejledende og kan give retninger og kan give nogle inspirationer”, og så kan man plukke i den liste og så sige, det er godt, men at den er dækkende, det skal man passe på med ikke at gøre”.*

TST-møderne er ifølge lægerne tidskrævende og en moderator for deltagelse i projektet grundet deres omfang, antallet af deltagere og tidsforbrug til forberedelse og opfølgning. Det skal gøres klart, hvornår det er nødvendigt med et møde, og hvornår tingene kan håndteres via anden form for kommunikation: ”Altså, det skal ikke være alle patienter, der skal virkelig være noget, hvor flere, altså, hvor der er flere fagpersoner koblet, før det har sin berettigelse, for ellers kunne man ligeså godt bare lave en korrespondance eller tage en telefonsnak”. Det er også nødvendigt at vurdere, hvor mange der skal deltage i møderne: ”Man behøvede måske ikke være så mange mennesker [...] Man kunne godt forestille sig i fremtiden at der sad en to-tre mennesker, altså sygehus, praktiserende læge og så kommunal repræsentant [...]”.

Forarbejdet til TST-møderne er en moderator for hvor opdaterede oplysninger, der formidles på møderne, og dermed udbyttet af disse. Derfor menes der at være behov for en afklaring af omfanget af forarbejdet, der fra lægernes side består af en præsentation af patienten og pro-

blem- og indsatsområder, hvilket betragtes som meget tidskrævende: ”[...] så det er en beko- stelig affære, og en tidskrævende affære. Så vi skal også vurdere lidt på, hvor meget man har behov for at tage med i dette her”. Også engagement i form af konkrete bidrag på møderne, samt efterfølgende opfølgning på indgåede aftaler er moderatorer for udbyttet af TST- møderne:

”Så det står ligesom lidt hen i det uvisse, når der nu er lavet en handleplan, og der er lavet en aftale, og det er skrevet ned, og man har siddet omkring det samme bord og gjort det og sådan noget, hvorfor det så ikke rigtigt bliver til mere. Altså, opfatter folk det stadig bare som et projekt, som skal leve for pro- jektets skyld, men altså at der ikke er nogen patienter, der ligesom skal have glæde af dette her?”.

Anvendeligheden af den fælles handleplan er en moderator for anvendelsen af denne: ”[...] så skal det være håndterbart, og det er lidt for kompliceret endnu”. Også tekniske problemer udgør en moderator i den henseende:

”[...] der er nogle tekniske problemer, det oplever vi jo hele tiden... så kan man ikke lige komme på platformen den og den dag, men så må man vente til en an- den dag og sådan noget, og så går fidusen væk. Så der vil jeg sige, at der er den tekniske akillessene omkring det”.

I forlængelse heraf er dét, at alle samarbejdsparter anvender den elektroniske handleplan, en moderator i forhold til udbyttet af denne som redskab: ”Hun stillede alle de spørgsmål, som vi havde siddet to uger før på Integrated Care TST-møde og aftalt helt i detalje for, og lavet handleplan på, og skrevet hvordan det hele skulle være”.

Citatet afspejler, hvordan det betragtes som afgørende for udbyttet af handleplanen, at alle relevante samarbejdsparter har adgang til den, ligesom det derudover er nødvendigt, at der læses, skrives og efterfølgende følges op med handling.

## **Sygehusansatte**

### *Situationsteori*

Der er blandt de sygehusansatte delte meninger omkring, hvorvidt der er behov for nye tiltag inden for DÆMP-området. Den ene informant er usikker på behovet for en ny samarbejds- model, fordi denne ikke oplever nogen samarbejdsproblemer: ”Altså, hvis du spørger mig, så synes jeg jo ikke, jeg har haft noget samarbejdsproblem med praktiserende læge”. De andre informanter mener til gengæld, at der eksisterer et klart behov for nye tiltag, der fordrer et tættere og bedre samarbejde og bedre kommunikation på tværs af sektorerne. Dette skyldes, at

kommunikation opleves som mangelfuld, hvilket medfører risiko for informationstab, når patienten bevæger sig på tværs af sektorerne: ”Jeg tænker måske tab af information og dårlig kommunikation på tværs af sektorerne. At der går noget tabt, når patienten går fra primærsektoren og så til hospitalet, for eksempel, eller den anden vej tilbage, især nok”. Samtidig betyder mangelfuldt samarbejde og kommunikation, at der udføres dobbeltarbejde, fordi de samme tiltag afprøves omkring samme patient i de forskellige sektorer: ”Så vidt jeg har forstået, så er det en fornemmelse af, at forløbene ikke hænger sammen og at sektorerne ikke taler sammen, sådan at patienterne bliver udsat for, at de samme initiativer bliver iværksat flere gange, selv om de har været afprøvede”. Som citatet viser, menes usammenhængende patientforløb ligeledes at udgøre en problemstilling. Usammenhængende og fragmenterede patientforløb kommer også til udtryk via manglende kommunikation og fælles viden: ”[...] selve sygdomsforløbet jo også kan være fragmenteret i, at den ene specialafdeling ikke ved, hvad den anden gør”.

Adskilte kulturer er ifølge de sygehusansatte en af årsagerne til den mangelfulde kommunikation, da der ikke er tradition for at kommunikere med, lytte til og forstå hinanden: ”[...] det er indgroet i mange år, og det er kultur og så videre, så der skal virkelig noget til før, at man begynder at snakke med hinanden og lytte til hinanden, især, og sådan noget, og forstå hinanden”. Den manglende tradition for kommunikation og forståelse skyldes derudover også travlhed og eksterne krav: ”Og det er jo også hæmmet af, at man har travlt og skal producere og nå alle mulige benchmarks for det ene og det andet og så videre. Så hytter man sit eget [...]”.

Behovet for et tættere samarbejde og bedre kommunikation ses også som resultat af krav om accelererede patientforløb, kortere og mere effektive indlæggelser:

”[...] i takt med at indlæggelser skal være kortere, vi skal effektivisere og have patienterne hurtigere igennem så... man kan jo ikke tage hånd om ligeså meget i løbet af en sygehusindlæggelse for eksempel, og der er sådan et krav om, at man skal måske have afsluttet sine ambulatorieforløb hurtigere og så videre, så tror jeg faktisk, at der er et behov for det. Der er opstået et eller andet behov for det i forhold til bare for 10 år siden, hvor man måske kunne favne lidt bredere på sygehuset, end man kan nu [...]”.

Yderligere bunder behovet også i, at der er sket en opgaveglidning blandt andet fra sygehussektoren ud til primærsektoren, uden at de nødvendige ressourcer nødvendigvis er til stede:

”[...] det giver nogle udfordringer, som de måske ikke nødvendigvis er klædt helt på til, eller som der ikke er tid og rum til at varetage i et tilstrækkeligt om-

*fang, som man måske ønsker i den ene eller den anden side af lejrene, hvis man kan sige det på den måde i hvert fald”.*

Selv om der menes at være behov for et samarbejds- og kommunikationsforbedrende tiltag, påpeges det, at der i forvejen eksisterer måder at kommunikere på tværs af sektorerne på, hvilket på nogle punkter overflødiggør en ny samarbejdsmodel:

*”Men det er sådan noget af det, vi sådan diskuterer, det der med, når der findes systemer i forvejen – hvor vigtigt er det så? Og jeg kan godt se, at hvis man er helt tro mod ideen, så kunne det jo godt være vigtigt alligevel, fordi man ville få nogle flere med [...] Men jeg kunne godt forestille mig en ret simpel problemstilling, hvor man kan sige, altså vi har jo en hel del kommunikation, bare med praksis, altså hvor de bare kunne sende mig et brev og så...”.*

Samtidig menes der at være fundet løsninger på nogle af problemerne inden for DÆMP-området via tidligere tiltag:

*”Men altså, der kommer medicinkort og sådan noget, så der kommer jo løsninger på mange af de problemer, som helt tydeligt har været – og om det så giver noget ekstra, at man har den der fælles platform og så, at man har TST møderne, det er sådan ligesom det, vi topper op med”.*

Det påpeges også, at der synes at være et større behov for nye organiserings tiltag i forhold til primær- og plejesektoren end i sygehussektoren: *”Og så tror jeg, at der ud fra primærsektoren, og fra plejesektoren og sådan noget, er en, måske mere udbredt, fornemmelse af, at tingene ikke hænger sammen, på den måde, at den ene ikke ved, hvad den anden siger”.*

### *Normativ teori*

Det er ifølge de sygehusansatte vigtigt, at patienten og de fagprofessionelle, der observerer denne i dagligdagen, inddrages i samarbejdet:

*”[...] det handler jo meget om, mener jeg, at lytte på dem som ser patienterne i hverdagen. Det er sådan min holdning, at det er meget vigtigt at det handler om de observationer, der bliver gjort i hverdagen, at det hele ikke er teori om, hvad der kunne være godt og sådan noget. Igen skal vi tilbage til det der med: ”Jamen det kan overhovedet ikke lade sig gøre, det er den patient ikke interesseret i” eller sådan noget. Det er jo det aspekt som også skal med”.*

Alle samarbejdsparter og deres bidrag betragtes som værende vigtige i patientforløbet: *”[...] vi er jo meget tværfaglige, så vi betragter jo alle tværfaglige samarbejdspartnere som værende vigtige i patientforløbet”.* Samtidig er det vigtigt, at der er en sammenhæng i patienternes

behandlingsforløb, og at denne sammenhæng bevares, når der arbejdes på tværs af sektorer: ”Jeg mener, når andre afdelinger skal ind over, så skulle det jo gerne hænge sammen”. I relation hertil menes der at eksistere et behov for øget udveksling af informationer på tværs af sektorerne. I forhold til sammenhængende patientforløb er idealet yderligere at skabe et helhedssyn på patienten og dennes behandlingsforløb i modsætning til usammenhængende og fragmenterede patientforløb:

*”Det ideelle er – altså jeg oplever måske nok at jeg skal prøve at have et overblik over patientens sygehistorie, og så skal jeg lytte til hvad primærsektoren har af udfordringer, og så skal jeg prøve at koble det sammen med den sygehistorie og så se på, hvordan det bliver ændret ved de indspark der kommer der og så skal jeg jo prøve at give noget tilbage til, hvad vi kan gøre, er der noget der kan skæres væk inde hos os eller et eller andet. Så prøve at få den helhedsopfattelse ind i det der, som godt kan være ret fragmenteret”.*

Ingen af de sygehusansatte er videre bekendt med begrebet relationel koordinering. Det tænkes at indebære dialog, respekt for samarbejdsparternes arbejde og at sætte ansigt på disse: ”Hvis man skal skabe relationer på tværs af sektorerne og på tværs af afdelinger jo egentlig også, der kan være store kulturforskelle, at have en eller anden respekt for hinandens arbejde, derigennem vil man også få sat ansigt på hinanden og få en eller anden dialog”. Relationer på tværs af afdelinger og sektorer forventes at facilitere et tættere samarbejde, der vil være til gavn for patienterne: ”Så ved at bygge bro mellem forskellige afdelinger og sektorer, så må det gavne patienten på en eller anden måde”.

Samarbejdet skal udover tættere relationer mellem samarbejdsparterne indeholde patientinddragelse og udmønte sig i fælles mål for dennes behandlingsforløb: ”Hvorimod hvis man er enig om målet og så videre, når så alle der hjælper de siger ”nu er vi i mål”, så er det jo samstemmende med patienten, så er man jo alle enige. Det er jo også noget med patientinddragelse også, og de der relationer”.

### *Virkningsteori*

Nogle af informanterne forventer, at IC-modellen kan bidrage til bedre relationer på tværs af sektorerne ved, at der sættes ansigt på samarbejdsparterne og skabes indsigt i de andre fagprofessionelles perspektiver:

*”[...] det handler vel om, at de får sat ansigter på hinanden [...] man udstråler jo, hvad der er vores perspektiv, og det giver jo en forståelse af, hvad det så er, der foregår derinde, og hvad man kan forvente af hospitalet og sådan noget...*

*Men det er vel ikke koordinering, men det er det relationelle, jeg ser i det, at man ligesom får et vist kendskab til hinandens perspektiv”.*

Ligeledes forventes modellen at kunne skabe samarbejde på tværs af sektorer: *”[...] jeg er ikke gået ind i det fordi jeg kunne se, at her var sytten uløste opgaver, det har faktisk mere været det andet, med at få folk til at samarbejde”.* Modellen forventes også at bidrage til mere informationsudveksling. Samtidig er der en forventning om, at modellen kan være med til at bygge bro mellem de forskellige fagprofessioners kulturer: *”Jeg tror, at det kan være godt, at man mødes, alment praktiserende læger med speciallægerne, så det ikke bliver sådan, at man sidder i to forskellige lejre. Så på den måde kan det måske bygge bro, sådan kulturelt”.* Videre opnås en større indsigt i samarbejdspartneres problemstillinger og hverdag, og en mulighed for gensidig læring på tværs af professioner:

*”[...] jeg tænker også, at hver gang man har en patient, så også udøver en eller anden form for afsmittende effekt på de andre aktører, sådan at de også tænker ”Nå ja, men sådan kunne man håndtere det” og på den måde ligesom lærer af hinanden, vi lærer selvfølgelig af dem, og de lærer af os”.*

Dette tilskrives, at IC giver mulighed for, at de fagprofessionelle får nogle faglige input, som de ellers ikke ville have fået: *”Jamen for os så er det jo en øjenåbner for, hvad er det for nogle problemstillinger der er, og hvordan ser de andre på det [...] På den måde bliver det jo et værdifuldt input, tror jeg”.*

IC-modellen kan ifølge nogle af informanterne også være med til at forenkle, forkorte og forbedre patienternes behandlingsforløb, samtidig med at den praktiserende læges rolle styrkes:

*”Men jeg tror selvfølgelig, at der kan blive ligesom ryddet op i nogle patienthistorier, sådan at jeg håber på, at de kan blive mere forenklede, og jeg ville jo egentlig håbe på, at man kunne komme så langt, så mange af disse her patienter ikke behøvede at have så mange forløb inde på sygehuset – at man kunne styrke den praktiserende læges tovholderfunktion. Det ville være bedre for patienterne, det tror jeg på”.*

Modellen menes at gavne de praktiserende læger ved, at de formodentligt sikres et større overblik: *”Altså, jeg vil tro, at egen læge måske får en større forståelse for, hvad det er der er hændt og sket. Så den vej omkring kan det jo godt være, at det giver noget”.*

I relation til ovenstående nævnes et konkret eksempel på, hvordan modellen i form af et TST-møde har bidraget til en større afklaring omkring et patientforløb:

*”[...] vi havde en neurolog inde, som ligesom kunne sige om en patient, at vedkommende var meget mere terminal, end man havde troet. Det er jo så ikke po-*

*sitivt på den måde, men det har jo en – at så kunne plejepersonalet og den praktiserende læge ligesom vide, at man skulle koncentrere sig mere om... altså ikke ligesom håbe på, at det kunne blive bedre, eller sætte meget i værk for at genoptræne eller noget, det handlede mere om det palliative”.*

Patientinddragelsen, der ligger i modellen, giver samtidig mulighed for i højere grad at imødekomme dennes behov og på den måde sikre et godt patientforløb:

*”Jeg tror helt klart, det der med også at imødekomme patientens behov, og det der med, at patienten bagefter siger: ”Det var en god behandling, fordi det synes jeg”, i stedet for du siger: ”Vi fik behandlet tilstand A og B, ergo må det være god behandling”, patienten føler: ”Yes, jeg blev hørt på den rigtige måde, og er blevet imødekommet på de problemer jeg har”. Så det virker på den måde”.*

Derudover påpeges det, at de patienter, de har været inddraget i projektets pilotfase, har været relevante: *”Altså, de har været meget forskellige, men jeg synes, der har været noget, man godt har kunnet diskutere”.*

Nogle af informanterne mener, at de i projektet konkret kan bidrage med et samlet overblik over medicineringen af de enkelte patienter og på den måde levere det, de betegner som en kerneydelse: *”[...] vi bidrager jo sådan helt konkret med at lave medicingennemgangen på patienterne, og der kan vi så bidrage, hvad kan man sige, med det mere overordnede overblik over medicineringen”.* De kan på den baggrund bidrage til at organisere medicineringen af patienterne og hjælpe til med at skabe et bedre patientforløb – eksempelvis ved at undgå unødvendige indlæggelser:

*”Og et succeskriterium er da selvfølgelig, hvis man kan få hjulpet med at rydde op i nogle ting, eller sådan i den stil. Og sådan helt overordnet må det jo være meget tilfredsstillende, hvis man kan forhindre at en patient bliver indlagt, eller bedre et patientforløb på en eller anden måde”.* De kan videre bistå lægerne i tilfælde, hvor disse føler sig udfordret i forhold til medicinering af patienterne – eksempelvis hos patienter, der får mange forskellige lægemidler:

*”[...] der hvor alment praktiserende læger tit føler sig udfordrede, det er jo, når man begynder at få mange, og der bliver måske en større risiko for interaktioner og så videre. Så vil de gerne have, at vi kigger på det, for de kan måske lidt bedre selv overskue de tre, lige at slå dem op på interaktionsdatabase, eller hvad de nu har af hjælpemidler”.*

Der er hos nogle af informanterne en usikkerhed omkring udbyttet af IC-modellen: *”Så derfor må jeg sige, at, sådan helt personligt, jeg er lidt i tvivl om, hvor meget der vil komme ud af*

det”. Nogle mener ikke, at den vil bidrage til at løse problemer, som ikke allerede håndteres af eksisterende systemer: ”Hvilke problemer den kunne imødekomme? Som jeg ikke kan imødekomme udover det system der er lige nu? Ingenting”. Usikkerheden omkring udbyttet hænger sammen med, at der allerede eksisterer flere tiltag på DÆMP-området, hvorfor udbyttet forventes at være større i forhold til SAD-gruppen:

*”[...] det handler lidt om målgruppen, fordi jeg synes faktisk, at det er en fin model, og jeg har en forventning om, faktisk, at der kommer meget ud af det på SAD siden. Fordi der har de ingen strukturer og sådan noget, vi har bare rigtig mange strukturer, i forhold til den ældre medicinske patient allerede”.*

Dette skyldes også, at DÆMP-gruppen måske er for kompleks en målgruppe at skulle håndtere med IC-modellen: ”Så det er både det at der er, dels rigtig mange ting i gang i forvejen, og dels at så bliver det for komplekst, til at man kan være rigtig proaktiv”. Valget af en anden målgruppe forventes samtidig at ville kunne formindske relevansen af at inddrage hospitalslæger, fordi der i forhold til DÆMP-gruppen er stor fokus på patienter med gentagne indlæggelser på sygehuset. Derudover menes modellen at bruge unødvendigt mange ressourcer: ”[...] hvis man tager i betragtning af, hvor mange der sidder omkring det, så tænker jeg, at det måske kunne gøres smartere, billigere, mindre krævende”.

Informanterne har varierende grader af erfaring med den elektroniske handleplan, men er generelt skeptiske over for dens anvendelighed: ”Jeg synes ikke, den var intuitivt, umiddelbart, opbygget, det var lidt svært at finde oplysningerne. Det kan være det bliver bedre, når vi også selv beslutter os for, hvor man skriver de forskellige ting”.

Den betragtes som et dårligt fungerende redskab, der ikke bidrager med overblik, men derimod er uoverskuelig: ”[...] fuldstændig udueligt – langsomt, uoverskueligt, svært at finde ud af, hvad de reelt vil – altså ”hvor skal det skrives” – enighed om hvor det skal skrives henne”. Samtidig menes den at medføre dobbeltarbejde: ”[...] det er jo et kommunikationsredskab, hvor jeg ser meget dobbeltarbejde. Du skal lægge noget medicin ind, som ligger andre steder. Du skal – der var ikke enighed om, om hvor man skrev hvad henne. Så man skulle sidde og lede efter det”.

Der er også en vis skepsis over for TST-møderne, selv om den er mindre udtalt sammenlignet med vurderingen af handleplanen. Der har været problemer omkring udbyttet af møderne som resultat af, at de oplysninger, der har været givet på forhånd, ikke har været fyldestgørende, og at spørgsmålene fra de praktiserende læger på møderne ikke har været præcise nok. Møderne har omvendt givet indblik i de andre fagprofessionelles perspektiver, og der har eksisteret i godt samarbejde på møderne, hvor alle involverede har fået mulighed for at bidrage:



*”Jeg synes jo, at dét at møde andre personer og se på patienten med andre øjne og høre hvad det er, hvorfor de opfatter tingene, som de nu gør, altså det er jo fint nok. Og så kommer der lidt input sådan hist og pist omkring det, og nogle sidder sådan og griber lidt, hvad de nu lige umiddelbart tænker [...] Så samarbejdet, synes jeg, er fint, der er en god ånd, og alle kan sige noget”.*

Samtidig mener nogle af informanterne også selv at have bidraget på møderne: *”[...] jeg synes da, at jeg har bidraget med noget, som praktiserende læger har kunnet tage med hjem”.* TST-møderne menes ikke at give et tværfagligt udbytte, som ikke kunne have været opnået på anden vis: *”[...] det er ofte én faggruppe der snakker. Altså i den forstand at det er enten den afdeling eller en anden afdeling. Mit speciale eller et andet speciale, der sidder og snakker. Det kunne jeg ligeså godt have klaret, hvis de bare havde henvendt sig til mig selv”.* Derudover er fra nogle af informanternes side også en vis skepsis over for deres eget personlige udbytte af TST-møderne: *”Jeg bliver ikke beriget med noget”.*

#### *Kontekstuelle faktorer*

Personligt engagement og en på tro succes betragtes som forudsætninger for, at modellen rent faktisk bliver en succes:

*”Altså det kræver jo, tror jeg, engagement, personligt engagement, og dét, at man tror på, at det kan lykkes og kan blive til noget. Det, tror jeg, må være meget afgørende, at alle aktører er indstillede på, at det skal blive en succes, ellers så bliver dét det ikke. Så det er nok det vigtigste, tænker jeg”.*

Derudover er det en forudsætning for modellens succes, at der er afklaring omkring logistikken. Dette har eksempelvis ikke været tilfældet i forhold til TST-møderne, hvor en af informanterne har måttet fungere som tovholder, selv om det er den praktiserende læges rolle:

*”[...] vi skal holde et møde om, hvordan det skal foregå, fordi jeg har været tovholder. Nu skal det jo ud mange steder, så bliver det den praktiserende læge, og der skal vi så have en kontaktperson på hver afdeling. Så der er én, der så skal sørge for at finde en. Det er et stort set-up”.*

Det betegnes også som særligt nødvendigt, at der er adgang til grundige sygehistorier og opdaterede patientdata, hvis modellen skal fungere: *”Det har vi ikke, så derfor – de oplysninger, der er i det system, er super nødvendige, det er essentielt for det vi kan levere, hvis der er unøjagtighed i det, så præsterer vi derefter”.*

På længere sigt er det ifølge de sygehusansatte ydermere nødvendigt, at der findes videnskabeligt belæg for modellens effekter: *”[...] vi tør jo ikke sige noget om noget ud i fremtiden,*

*hvis ikke det er vist under videnskabelige undersøgelser og sådan, sådan er vi jo skolet. Så bare det at det lyder fornuftigt og føles fornuftigt, det er ikke engang nok”.*

#### *Moderatorer*

Fordi modellen medfører en del ekstra arbejde, betegnes det som en moderator for de fagprofessionelles deltagelse, at disse er i stand til at se meningen med IC-modellen:

*”[...] så er det sådan ”ekstraarbejde”, eller hvad skal man sige, det er sådan et ekstra lag, så derfor skal man også kunne se meningen med det, for at det måske ind på nogle vigtige punkter, ellers så tror jeg, der er mange, der tænker ”Ej, det er for meget””.*

Samtidig er det at kunne se en effekt af modellen en moderator for motivation til fortsat deltagelse i projektet: *”[...] vi vil jo også gerne kunne se en effekt af det, at denne her intervention har den tilsigtede effekt, for at man ligesom også bliver ved med at motivere sig og indgå i det og bruge de midler, det nu kræver”.* Det er ligeledes en moderator for, om andre fagprofessionelle, der ikke allerede er involveret, kan motiveres til at deltage.

Som nævnt mener nogle af informanterne, at DÆMP-området muligvis er for komplekst for IC-modellen, og at modellen sandsynligvis vil give et større udbytte i forhold til SAD-området. På den baggrund er valget af målgruppe en moderator for udbyttet af modellen.

Det generelle ressourceforbrug betragtes som en moderator for, om modellen er en god investering: *”Og der er måske mange mennesker med til dette her, det er jo et kæmpe ressource-system med hjemmeplejere der kommer ind til én patient. Altså, hold da op. Det må være dyrt”.*

Der beskrives en del moderatorer for de fagprofessionelles deltagelse i og udbyttet af TST-møderne. Først og fremmest er det en moderator deltagelsen i TST-møderne, at datoerne meldes ud i god tid:

*”Det er meget ad hoc, det er jo sådan helt nede på at vi for, hvad, nogle måneder siden, fik at vide af vores chef [...] som sagde at der var disse her tiltag, og så fik vi nogle medicinlister, og vi kunne ikke deltage i mødet. Enten var det for sent annonceret for os, eller...”.*

Det påpeges også, at nogle af deltagerne på TST-møderne holder sig tilbage, hvis der er mange deltagere:

*”De forsvinder lidt i det der store – så derfor er en af mine pointer også, at vi skal prøve at være lidt færre, tror jeg. Du må gerne sidde der, men måske rydde lidt op i, hvor mange – det har været lidt sådan ”jo flere aktører, jo bedre” – men hvis det handler om, at høre på plejepersonalets bekymringer, så jeg tror jeg måske, man skal være færre”.*

På den måde kan antallet af deltagere være en moderator for inddragelsen af de forskellige faglige perspektiver på møderne og dermed udbyttet af dem. Samtidig ses det i forhold til udbyttet af TST-møderne også som nødvendigt, at der på forhånd er identificeret nogle klart formulerede problemstillinger i forhold til de patienter, der diskuteres:

*”At hvis der skal ske noget, skal der også være noget præcist, noget ballast i det, så det skal ikke være... altså, jeg tror, nogle af os er sådan lidt, at det er godt nok med kommunikation og tvær- og sådan noget, men faren er ligesom at det bliver sniksnak. Og der tror jeg, at vi tænker, at der skal også være nogle facts”.*

Dette kræver yderligere, at nogen på forhånd påtager sig den rolle at identificere disse problemstillinger:

*”Identificeret problemer eller et eller andet. Fordi ellers kan man ikke bruge de der tyve minutter på, nej, så går der ged i det. Så nogen skal påtage sig den rolle, og det har de ikke gjort endnu, men altså, det har også været meget nyt. Men det er et vigtigt fokus for os, fremadrettet, at få det til”.*

I forhold til at kunne bidrage på og få udbytte af TST-møderne er forhåndskendskabet til patienterne ligeledes en moderator:

*”Hvis jeg nu skulle behandle en patient, så ville det altid være en fordel, hvis jeg havde set patienten, så jeg har et indtryk af hvad han er for en, det har jeg så været heldig med, at nogle af dem har jeg faktisk set, fordi de jo var kommet forbi systemet. Men det er altid en fordel at have set patienten, og så kan man sige at så har man et indtryk af det, og så kan man jo i og for sig spørge ind til nogle problemer”.*

Derudover er informanterne generelt enige om, at den forberedelsestid, deltagerne bruger inden møderne, også er en moderator for udbyttet af TST-møderne:

*”[...] så er vi nødt til at have sat os ind i det og have overblik over det, for man kan ikke nå det, mens man sidder der, og man... ja... altså hvis det skal have en værdi, og det tror jeg faktisk, at det har nok, en værdi, at det kan faktisk også være en værdi i sig selv, at man får kigget det hele igennem, og ”ryddet op”, så at sige”.*

Forberedelsen omkring patienterne til møderne opleves som meget tidskrævende, og det ses som en ekstra belastning, fordi der i de indgåede aftaler ikke er afsat tid til det: *”[...] det tager i hvert fald tyve minutter til en halv time at lige sætte sig ind i patienterne, gange syv, du kan godt se, at så er vi oppe på to – to og en halv times forberedelse, som vi ikke har”.* Tiden mellem indkaldelse til og afholdelse af TST-møderne er samtidig afgørende for aktualiteten af de

patienter, der drøftes, og dermed også for udbyttet af møderne: ”Altså, nogen af dem har jo allerede været inde i vores system. Altså, systemet her er jo så langsomt, at de faktisk allerede været forbi os i ambulatoriet, og vi har set og løst problemet”.

Modellens omfang i form af antallet af patienter er for fremtiden afgørende for, om nogle af informanterne har de nødvendige ressourcer og antalsmæssigt er nok til at deltage:

*”Fordi alt i alt er det formentlig for mange patienter derude til, at vi kan have berøring med hver enkelt, ressourcemæssigt. Man kan sige, at her er det noget med, at det er nogle helt særligt nogle, der er udvalgte, men hvis volumen bliver stort, har vi formentlig ikke ressourcer til at være i berøring med hver enkelt case med de antal speciallæger, der er til rådighed nu i regionen i hvert fald. Det kan blive bedre i fremtiden selvfølgelig”.*

## **Kommunalt ansatte**

### *Situationsteori*

Nogle af informanterne oplever, at de patienter, de er i kontakt med i deres arbejde, i stigende grad er dårligere og deres forløb mere komplekse, hvilket skaber behov for mere samarbejde. På den ene side påpeges det, at der allerede er en eksisterende tradition for tværsektorielt samarbejde og eksisterer konkrete samarbejdsfora, hvor både kommunalt personale, praktiserende læger og borgere inddrages. På den anden side eksisterer der flere udfordringer omkring det eksisterende samarbejde. Nogle påpeger, at der synes at mangle vilje til samarbejde især fra praktiserende læger og sygehus, der sjældent efterspørger kommunal viden om borgernes situation i eget hjem:

*”[...] praktiserende læger og sygehus henvender sig ikke til os i kommunen. Jo, hvis de oplever, at vi ikke har gjort et eller andet, så gør de, men der er ikke ligesom sådan kultur for at bygge ovenpå og inddrage al den viden, der er fra kommunalt [...] om borgerens situation”.*

Fordi der ikke efterspørges viden fra den kommunale sektor, opleves kommunikationen med sygehusene af nogle af informanterne som envejskommunikation: ”Hvor lige nu, jamen sygehuset de er egentlig gode, synes jeg, til at give os informationer om en genoptræningsplan, men den anden vej, der er der ikke rigtigt nogen...”.

Nogle af informanterne påpeger endvidere, at de har følt sig overset i samarbejdet omkring patienten, og at der har manglet respekt og anerkendelse af deres viden og potentielle bidrag:

*”Altså, vi har jo tit prøvet at være i de situationer, hvor vi har siddet lidt på sidelinjen, fordi der er nogle som, altså af praktiserende læger og andre, som li-*

*gesom har taget teten og har kørt med et lyntog for at få det hele gennemtrumfet, og vi fik ikke rigtig bidraget med noget... det kunne være rigtig rart, det bliver simpelthen så rart, hvis vi bliver medinddraget i dette her. Og det er respekt og anerkendelse, fordi vi kommer så meget i borgerens hjem”.*

Når den kommunale viden om borgernes situation i hjemmet ikke inddrages, har det også konsekvenser for den behandling, der ydes. Dette indebærer en risiko for, at de aftalte tiltag omkring borgerne ikke bliver ført ud i livet: *”Så jeg synes den sådan lidt lægeligt forkromede model, de har kørt op, den oplever jeg lidt, at effekten af den udvandes ude i praksis, altså ude i borgerens hjem”.* Dette skyldes, at der ikke tages hensyn til den enkelte borgers situation, og at denne ikke inddrages i sit eget forløb, samtidig med at patientforløbene ikke er sammenhængende, fordi viden fra de kommunale samarbejdsparter ikke bruges aktivt:

*”[...] så derfor så bliver der jo ikke bygget ovenpå, og det gør jo, synes jeg, at vi får nogle unødvendige genoptræningsplaner, hvor borgeren ikke er inddraget, og hvor borgeren måske er i en situation på sygehuset, at de er konfuse eller sådan noget, så kommer vi hjem, og så siger vi: ”Jamen nu har vi fundet genoptræningsplan og hvad?”, ”Årh, jeg orker det ikke”. Og det er jo spild af ressourcer, og det er jo spild for borgeren”.*

Når behandlingsplanen fra eksempelvis sygehusene ikke kan føres ud i livet, menes det, som citatet indikerer, at resultere i dobbeltarbejde, fordi det bliver nødvendigt at udarbejde nye planer. Yderligere oplever nogle af informanterne også, at der til tider er uoverensstemmelser omkring patientinformationer og viden om patienten på tværs af sektorer, fordi de kommunalt ansatte oplever patienterne i nogle andre situationer end de andre behandlere, når de møder dem i hjemmet: *”Jeg synes også, at forståelsen af borgeren, eller patienten, alt efter om man kommer i hjemmet, eller om det er ved egen læge, nogle gange kommer på kryds og tværs. De siger én ting, og vi siger noget andet, når vi er i hjemmet”.*

Nogle af informanterne fortæller, at en mere direkte dialog med sygehuset har været mere udbredt tidligere, men er på trods af dens nødvendighed besværliggjort af nye krav: *”[...] langt henad vejen, så måtte vi jo heller ikke ringe til sygehuset mere, helst, og så skulle det være elektronisk, og det er jo selvfølgelig også fint nok, men det kan jo ikke helt altid, ved de komplekse borgere, gøres uden en samtale”.*

I forbindelse med samarbejdet ses det også som en udfordring, at de forskellige samarbejdsparter arbejder i separate datasystemer: *”Det der har været rigtig meget udfordrende har været i forhold til at sygehuset arbejder med ét system, og vi arbejder med et andet system og*

*lægerne arbejder med et tredje system [...]”*. Nogle af informanterne har eksempelvis ikke adgang til journaler fra praktiserende læger og sygehuse:

*”[...] jeg hører det tit, det der med ”jamen du kan bare gå ind og læse hvad lægen har skrevet” – ”Jamen, fru Hansen, jeg kan ikke læse hvad lægen har skrevet, jeg har kun det der står i genoptræningsplanen”. Og det er altså en hæmsko, som gør, at vi ikke... Det giver ikke mere værdi for borgeren. Og det er jo bare ærgerligt”*.

Dette opleves som en begrænsning i arbejdet, og nogle af informanterne mangler af den grund ofte vigtig information om borgerne, som de bruger lang tid på at indhente:

*”Det kan også bare forlænge processen så meget, fordi så skal man hen og have fat i lægen, og så skal man ind og have fat i sygehuset og ”Hvad har I lavet der og hvad laver I der”, og lige præcis i dag har jeg fået to genoptræningsplaner på den samme, sådan lige med en uges mellemrum. Hvor man tænker, at det var jo lidt spild af tid”*.

Samtidig opleves det, at patientinformationer fra de praktiserende læger og sygehuse ikke altid er opdaterede, hvilket ligeledes betyder, at kommunalt ansatte skal bruge tid på at kontakte samarbejdspartnerne for at få rettet informationerne i samarbejdspartneres datasystemer, som de ikke har adgang til:

*”For ellers kan vi jo bruge rigtig meget tid på at ændre, det gør vi jo så i forvejen, for der er rigtig mange udskrivelser, medicin, dets lige, orienteringer, hvor vi undrer os, hvor vi lige må kontakte en sygehuslæge, eller en egen læge, for lige at sige ”arh, kan det virkelig passe dette her?””*.

### *Normativ teori*

Generelt er de kommunalt ansatte enige om, at det er vigtigt at inddrage patienten:

*”[...] jeg synes det er en rigtig god idé at kunne inddrage borgeren, som ligesom kunne være en del af hele processen. Ikke dermed sagt, at borgeren behøver at komme med ud på afdelingen og sidde i dette her store forum, det, tror jeg, bliver for meget, men ligesom komme med sit besyv med, hvordan de tænker omkring deres situation, men også hjælpe på styrkelsen af deres egenomsorg, eller tage ansvar for sin egen behandling i fremtiden”*.

Dette skyldes både, at behandlerne skal være lydhøre over for patientens ønsker, men også at patienten forventes selv at bidrage:

*”[...] holdningsændringen, det er både i forhold til at personalet skal huske at spørge ind til ”Jamen, hvad er det egentlig borgeren ønsker, og hvad kan vi så tilbyde?”, men også at borgeren selv skal være en større del af det, der nu engang skal udføres, og de kan ikke bare læne sig tilbage og blive serviceret, nej, de skal selv tænke det ud fra den rehabiliterende tilgang”.*

Samtidig ses det ligeledes som vigtigt, at den kommunale viden om borgerens hverdagsliv inddrages, hvis det skal lykkes at udarbejde planer, som borgerne er villige til at følge og dermed får udbytte af:

*”[...] når det er medicinske spørgsmål, som ikke har noget med borgerens aktiviteter og hverdag at gøre, så kan man sagtens sidde og kloge sig. Men lige så snart du skal kloge dig på, hvordan borgeren skal involveres, og hvordan får vi borgeren til noget, jamen så bliver det rigtig svært, for så er der ikke ret meget rehabilitering i, at borgeren får serveret et eller andet”.*

De ser også store fordele ved vidensdeling og fælles koordinering af indsatsen over for borgeren, som nogle af informanterne tidligere har oplevet i andre sammenhænge:

*”[...] og der var nogle enkelte gange, hvor de praktiserende læger kom ud, og det gav bare rigtig meget, fordi så blev der ligesom lagt en helt klar plan, og lægen vidste, hvad han skulle gøre, og hvad retning, og vi vidste, og borgeren vidste. Og borgeren havde en rigtig god følelse af det der med, at der er styr på det. Og det lettede i hvert fald samarbejdet fremadrettet, fordi så vidste man jo ligesom, hvad der var snakket om [...]”.*

Derudover påpeger nogle af informanterne, at det ville gavne deres arbejde, hvis de havde adgang til samme viden som de andre behandlere:

*”[...] hvor ville det dog være lækkert, hvis det var at man... kunne sige til borgeren: ”Jamen, giver du samtykke til, at jeg må se hvad de har skrevet i kommunen i forhold til din træning og så noget?”, ”Ja”, siger borgeren så. Så går du ind i dit IT-system, vinger af, og så får du adgang til at se, hvad har borgeren trænet i kommunen”.*

Selv om ingen af de kommunalt ansatte er bekendte med begrebet relationel koordinering, påpeges respekt og vidensdeling som vigtige elementer i forhold til tværfagligt samarbejde: *”Jamen det er vel at have respekt for hinandens faglighed, ligesom dele det med hinanden for ligesom at komme videre”.* Herudover er også anerkendelse og det at blive inddraget i samarbejdet af de andre samarbejdsparter vigtigt, da det vil give de kommunalt ansatte mulighed for

at bidrage deres viden. Det forventes, at et mere formaliseret samarbejde vil medføre bedre tværfagligt samarbejde og udarbejdelse af fælles mål for borgerne.

### *Virkningsteori*

Der er blandt de kommunalt ansatte et overvejende positivt syn på TST-møderne som et tværfagligt samarbejdsredskab. Nogle af informanterne er især begejstrede, fordi de føler, de bliver mødt med den nødvendige respekt: ”[...] jeg føler mig i høj grad respekteret i forhold til TST-mødet og hele setup’et i forhold til det [...]”, ligesom de føler, at der bliver lyttet til dem. Møderne giver samtidig mulighed for at få sat ansigt på samarbejdsparterne: ”Og jeg synes det var rigtig dejligt at få sat, for det første, et ansigt på egen læge, det er ikke altid, vi formår at gøre det, det giver en helt anden tilgang til det [...]”. At flere forskellige faglige perspektiver og indsigter inkluderes er samtidig med til at nuancere og hjælpe forløbet videre:

*”[...] mødet vi var til derude, det var rigtig godt, og især, kan man næsten sige, hvis egen læge sådan lige er gået lidt i stå, jamen hvad er så lige den bedste medicinske behandling i forhold til den sag her, og at der så var så mange forskellige faggrupper repræsenteret, det var rigtig godt”.*

Der er også en tro på, at TST-møderne giver en større tværfaglig indsigt og forbedrer samarbejds-kulturen: ”Så jeg tror, TST møderne kan i hvert fald bidrage med læringsaspektet og få indblik i hinandens situationer, i høj grad [...] Så det, tror jeg godt, TST modellen kan være med til at ændre noget kultur, fordi man ikke er vant til at sidde og snakke sammen”. Derudover giver de grundlag for vidensdeling. Endeligt giver deltagelsen af de mange fagprofessionelle også mulighed for at få ting afklaret hurtigere: ”Det betyder egentlig meget, dét at alle faggrupperne er samlet, så man kan få afklaret nogle ting med det samme”.

Blandt de kommunalt ansatte er der forskellige holdninger til udbyttet af TST-møderne for borgernes vedkommende. Nogle mener, at der kommer et reelt udbytte ud af møderne, som diskuteres med og skaber resultater for borgerne: ”[...] han vidste, at der skulle blive holdt et møde om ham, og han mente, egen læge havde snakket med ham om det i forhold til det. Og det var han rigtig meget positiv over, også i forhold til de resultater, der kom ud af det”. Hos andre er der en vis bekymring i forhold til, om det, der diskuteres på TST-møderne, bliver for medicinsk og for lidt praksisorienteret: ”Jeg syntes, det lød enormt spændende, at vi har læger og alle faggrupper med, men jeg synes, det hurtigt blev medicinsk [...] Ja, så der manglede lidt med ”Hvordan tænker I, at vi skal komme derhen” og ”Hvem gør hvad” og ja...”. Dette medfører en skepsis omkring hvilket udbytte, der for borgernes vedkommende kommer ud af TST-møderne.



Derudover frustrerer det nogle af de kommunalt ansatte, at strukturerne omkring det formaliserede samarbejde er fastlåste, så der skal afholdes et TST-møde uanset behovet: ”[...] samarbejdsmodellen er rigtig meget låst fast på, at der skal holdes et TST, og det låser altså rigtig meget fast [...] vi er låst rigtig meget fast i, at der skal holdes sådan et tværsektorielt konference, hvad enten vi synes det eller ej. Og det synes jeg er ærgerligt. Det begrænser os helt vildt”. Som en sidste ting omkring TST-møderne påpeger nogle af informanterne, at det kun er de komplekse borgere, der skal tages op på møderne.

Blandt nogle af de kommunalt ansatte er forhåbningen, at den elektroniske handleplan vil adgang til samarbejdsparternes data, mulighed for direkte elektronisk kommunikation som grundlag for vidensdeling og fælles koordinering og på den måde sikre bedre patientforløb: ”Så det der med, at man fra flere sider kan bidrage med de tilgængelige oplysninger i udredningen, vil også gøre, at man så kan få lavet en plan, som er mere proaktiv, vil jeg synes”. Samtidig er der forventninger om, at den vil bidrage til at forhindre dobbeltarbejde:

*”For i stedet for at man har én IT-plattform på sygehuset med nogle handleplaner, og så kommer de ud til os, og så skal der lige pludselig laves en ny handleplan – hvorfor det? Det er jo egentlig de samme mål, borgeren har, og hvad enten de lige ligger i en seng herinde, eller når de kommer hjem, så vil de gerne hjem og kunne passe have og kunne handle ind igen, eller hvad det nu skulle være. Så der vil det helt klar forenkle det der”.*

Nogle af de kommunalt ansatte ser den elektroniske handleplan som et godt redskab med god anvendelighed: ”[...] selve handlingsplanen og selve systemet fungerer jo rigtig godt”, der giver et godt overblik: ”[...] det er et super overblik man har. Tænk sig hvis vi kunne arbejde i det i stedet for vores eget”. Samtidig ses den som enkel sammenlignet med andre datasystemer: ”Altså så meget man kan se på den ene side, det er jo fantastisk. I stedet for at man skal bladre hist og pist”. Derudover mener disse informanter, at den bidrager til at sammenkoble data fra praksis, sygehus og kommunalt regi, hvilket medfører en bedre forståelse af patienterne og deres komplekse problematikker: ”[...] dette her er et godt redskab til at kunne binde det sammen. Så vidt så vi kan få et bedre overblik, og forståelse af patienten, men også i forhold til forståelsen af de arbejdsgange, der er omkring en kompleks problematik”. Den forventes også at kunne bidrage til færre fejl omkring patientinformationer. Nogle af de kommunalt ansatte er overbevidste om den elektroniske handleplans kvaliteter, imens andre stadigvæk er mere usikre på, om den vil leve op til forhåbningerne.

### *Kontekstuelle faktorer*

Det ses hos nogle af de kommunalt ansatte som en forudsætning for samarbejdet, at der er viden om, hvilke oplysninger, de andre samarbejdsparter har brug for, så vidensdelingen ikke bygger på egne forventninger til, hvad de andre skal bruge: *”Så det der med at få indblik i og indsigt i ”hvad er det egentlig for oplysninger I har brug for”. For man kører jo bare det bedste – det man tror de har brug for”*.

Derudover betragtes tid som en af forudsætningerne for, at det tværfaglige samarbejde fungerer. Især skal der afsættes tid til TST-møderne – både i forhold til forberedelse og deltagelse: *”Tid til at tage til TST møde, og tid til at få forberedt os ordentligt, være inde og se på systemet, og ajourføre os i forhold til det”*.

Det er også nødvendigt, at det tilknyttede IT fungerer: *”IT systemet, det skal bare køre, for der har været nogle problematikker i denne her opstartsfasen, hvor vi har, ja det har kørt lidt tungt”*.

### *Moderatorer*

Flere faktorer modererer ifølge de kommunalt ansatte muligheden for at udvikle en IC-model, der er tilpasset danske forhold. En af disse faktorer er, at den implementerede model bygger på en model fra England, hvor forudsætningerne for modellen er ganske anderledes:

*”Det der bare har vist sig at være en kæmpestor udfordring, det er, at forudsætningerne og rammerne i London var noget helt andet, end de er her i kommunen. Så det man var så begejstret for i London, det var jo det der med, at pludselig så fik man jo muligheden for at samarbejde sektorernes imellem, og den mulighed, som de greb derovre, og som de så, at det var en kæmpe udvikling, den havde vi egentlig allerede her i kommunen, så vi starter et andet sted”*.

Derfor er det nødvendigt at tage stilling til, hvad modellen skal bidrage med i en dansk kontekst. En anden af faktorer er, at implementeringen af modellen bygger på et politisk ønske, som ikke nødvendigvis stemmer overens med de fagprofessionelles holdninger til, hvad modellen kan bidrage med:

*”Så man kan sige, at det er jo nogle gode tanker det der med, at vi skal samarbejde, og at vi skal finde nogle modeller at gøre det bedre på, for det er der potentiale for, men det har bare vist sig, at oppe fra styregruppen og fra politisk side, at de gerne vil tvinge os i en retning, hvor vi måske gerne siger: ”Jamen det giver mere mening at gå i en anden retning””*.

Samtidig opleves det som nødvendigt med en afklaring af, hvad de helt konkrete formål med IC-modellen er i relation til DÆMP-gruppen, som er svær at definere præcist:

*”Så det er også lidt det der med at sige ”jamen...”, og det er i hvert fald det vi sidder med i den DÆMP gruppe, ”hvad er det helt præcist for et mål vi skal gå efter?”. Altså er det et mindre træk på kommunalressourcer, eller er det at vi skal finde ud af det der med at vi skal have nogle genindlæggelser minimeret, nogle unødvendige genindlæggelser. Fordi så er det jo vi skal finde ud af, hvad er det så der karakteriserer den målgruppe, og det er lige der vi står i sådan et vadedsted igen, hvor vi ikke rigtig synes vi er særligt konkrete i vores gruppe”.*

Det påpeges også af de kommunalt ansatte, at præsentationen af projektet og dets delelementer er vigtig for deltagernes forståelse af projektet. Begrænset præsentation af projektet er eksempelvis grunden til nogle af informanternes manglende kendskab til begrebet relationel koordinering:

*”[...] det kunne godt have været præsenteret på en bedre måde. Det var ligesom om at vi på to dage, så skulle vi få læst op på en masse og få planlagt det og tage stilling til en masse ting, men det lyder rigtig spændende. Det er jo ikke fordi – vi har jo hørt om det alle sammen, men lige præcis i forhold til dette her, der blev det ikke præsenteret for os”.*

I forhold til projektets omfang og hvor meget tid, projektet kræver af de forskellige parter, og dermed projektets fremtidige struktur ses udvælgelseskriterierne i forhold til patienterne som en moderator:

*”Der bliver et volumenproblem, for vi kan se, at vi havde, hvor mange havde vi oppe den dag, der var måske otte-ti patienter oppe, men vi har måske flere tusinde i Odense, og der er måske en 500-700 der kunne være kandidater til at blive implementeret i dette her, og der er i hvert fald nogle kriterier, som skal kigges på i forhold til, hvordan man gør. For ellers så kunne vi, egen læge, sygehuslægerne ikke lave andet end at sidde og lave dette her hver dag... der er jo nogle ideer og kriterier, der er jo nogle baggrunde for, hvorfor de vælger sådan, men også i forhold til hvordan planen skal videre i fremtiden”.*

Det er i den forbindelse afgørende, at det er de rigtige patienter, der inkluderes, hvis projektet skal være rentabelt: *”[...] det er mange personaler, der skal være samlet, så der skal jo også være et vist flow og på den måde også helst lidt de rigtige patienter, der skal tages op. Det er jo kroner og ører det hele”.*

Derudover ses det generelle forhold mellem investerede ressourcer og udbyttet som en moderator for modellens succes. Der er i den forbindelse en vis skepsis over for om udbyttet af TST-møderne står mål med de ressourcer i form af tid, der benyttes:

*”Hvor man kan sige, at dette her med TST’erne, der kan være nogle gode ting i det, det kan der godt være, men jeg synes i forhold til det man ser med udgifterne, så står det ikke rigtig mål med udbyttet, altså cost-benefit mæssigt, der er det en kæmpe stor udgift, hvor jeg tænker, de kunne godt bruges mere fornuftigt”.*

Endeligt er det vigtigt, at der er klarhed omkring, hvilke samarbejdsparter der byder ind med hvad på TST-møderne: *”[...] jeg var en af de sidste, der præsenterede de sig ikke, og det kunne jeg altså godt have brugt, så jeg havde vidst, hvem var det så reelt de forskellige var... det bør man gøre, så man ved, hvem det er, der byder ind med noget”.*

#### **4.2 Fagprofessionelle, SAD-gruppen**

Som angivet ovenfor er ni fagprofessionelle tilknyttet SAD-gruppen blevet interviewet i forbindelse med studiet. Som det var tilfældet ved de fagprofessionelle tilknyttet DÆMP-gruppen er disse fagprofessionelle inddelt i lidt bredere kategorier for at tilstræbe en vis anonymitet blandt informanterne: praktiserende læger, sygehusansatte (sygehusansat speciallæge og psykolog fra Arbejdsmedicinsk Klinik), privatpraktiserende (praktiserende psykolog og praktiserende psykiater) og kommunalt ansatte (socialoverlæge og sagsbehandlere). Da nogle af de fagprofessionelle tilknyttet SAD-gruppen har haft flere roller i forhold til projektet, har de både udtalt sig om SAD-gruppen og DÆMP-gruppen. Nogle af deres udtalelser om DÆMP-gruppen er inkluderet i nedenstående. Det vil så vidt muligt fremgå eksplicit, når der henvises til udtalelser om DÆMP-gruppen i nedenstående.

#### **Praktiserende læger**

##### *Situationsteori*

Der menes i forvejen at foregå en del kommunikation mellem de forskellige samarbejdsparter:

*”[...] fordi vi er faktisk i vores sundhedsvæsen rigtig gode til det at ringe til hinanden og bruge hinanden [...] Jeg synes egentligt ikke, at det kører så dårligt, og det har også været tanken fra mange, at de synes, vi allerede samarbejder meget og skriver korrespondancemeddelelser til hinanden og ringer sammen. Så der er allerede meget relationel koordinering nu i dag uden, at man har formaliseret det på den måde”.*

Til gengæld opleves der også mistillid på tværs af faglighederne, hvilket kan besværliggøre samarbejde og betyde, at der udføres dobbeltarbejde, og at forløbene forsinkes:

*"[...] det er altid dem man ikke kender til, eller hvordan de arbejder, det er dem, man kan pege finger ad. Og det er en dårlig kultur, og det er også noget med, at så laver man visitation igen på den samme patient i stedet for at have tillid til hinanden, hvis man siger at patienten er blevet dårlig [...] så der ikke hele tiden er visitation lagt ind, som forsinker processen og besværlig gøre samarbejdet, altså at man dybest set har lidt mistillid til hinandens fagligheder".*

Samtidig bliver kommunikationen mellem samarbejdspartenerne besværliggjort af bestemte strukturer og travlhed. Derudover tager det tid, inden information efterspørges. Dette eksemplificeres af et af ovenstående citater, der viser, hvordan den kommunale sektor ofte først bliver klar over en sygdomsmeddelelse senere i forløbet. Det tager også tid at indhente informationer og finde ud af hvem, der skal have informationer, og hvem, der ligger inde med informationer:

*"Odense Kommune er så stor, at jeg kan jo ikke bare ringe ind og sige: "Hvem er hendes sagsbehandler?". Og hvis jeg overhovedet kan ringe til dem, så kan jeg blive stillet om mange gange. Det har jeg simpelthen ikke tid til i min hverdag".*

Den eksisterende, skriftlige kommunikation i form af eksempelvis henvisninger og attester beskrives som envejskommunikation, der kan være langsommelig, ufyldstgørende, misvisende og misforstås: *"[...] hvis jeg henviste en patient til psykolog via sygesikring, så får jeg ikke noget respons".* Derudover betyder travlhed, at telefontider er begrænsende, imens ikke-aftalte telefonsamtaler i arbejdstiden forstyrrer arbejdet: *"[...]vi alle sammen alt for travle til at skulle tages ud af en hverdag også skulle hen til en telefon og skulle snakke sammen".*

I forhold til patienter inden for DÆMP-gruppen menes det også at være nødvendigt med nye tiltag. Dette skyldes, at der i fremtiden vil være en stor gruppe ældre borgere, hvoraf en stor del har op til flere kroniske sygdomme, som kræver medicinering hvilket ses som vanskelig opgave at løfte for de praktiserende læger alene:

*"Altså det er jo en gruppe som vi kan se kommer til at fylde ekstremt meget, altså bare i syd får vi 95.000 flere plus 70-årige frem til 2030, og man ved, at de fleste af dem har en kronisk sygdom. I hvert fald mere end halvdelen har en kronisk sygdom, mange lever godt med den, men rigtig mange har så flere kroniske sygdomme, så det nye begreb er jo multisyge, og det ved vi ikke ret meget om, vi ved heller ikke ret meget om multimediceret. Og der føler vi praktiserende læger i hvert fald ladt alene med det problem, altså vi har pligt til hele tiden at*

*medicinsoranere folk, men det er svært, når man fejler så meget, og når vejledningerne så indbyrdes siger, at så skal de have det medicin, så skal de have det medicin, så det er den her prioritering, der hele tiden skal foregå for at samtidig også give patienten en god livskvalitet”.*

På nuværende tidspunkt oplever mange DÆMP-patienter ofte flere genindlæggelser på sygehusene, hvilket tilskrives, at der i sygehusenes modtagerafdelinger ikke kigges på patienten med et helhedssyn, hvilket medfører risiko for, at patientens tilstand ikke afklares ordentligt:

*”Så der er noget at hjælpe de her mennesker med, og det er jo selvfølgelig også, fordi at der jo er nogle af dem, der så ryger ind og ud af sygehuset hele tiden, og for DÆMP-gruppen kunne man da i hvert fald måske forbedre deres behandling ved at kigge ekstra meget på dem der er i højrisiko... det er i dag blevet lidt sværere at indlægge på et sygehus, fordi man har de her modtagerafdelinger, og folk bliver ikke altid helt afklaret i de modtagerafdelinger, hvis man indlægger med et problem, så er det det problem, man ser på, men man ser sjældent på hele patienten, og så er der en stor risiko for, at de ryger ind igen”.*

Dette medfører ligeledes behov for nye samarbejdstiltag, fordi der i fremtiden sandsynligvis vil være færre sygehuse og sengepladser og derfor kortere ophold på sygehusene:

*”Så jeg tænker også, at når vi får færre sygehuse, så skal vi have en løsning for et samarbejde, der skal være bedre fungerende lokalt, jeg siger ikke det er dårligt i dag, men vi får jo mange flere komplekse patienter, og dem skal vi ligesom have en løsning på, når vi ikke har så mange sengepladser og det kun bliver ganske korte ophold på sygehuset, jamen så skal vi have speciallægerne trukket ud af sygehuset ud til os, fordi de skal have en konsulentfunktion ude hos os i hvert fald som et minimum, hvis vi skal klare den opgave”.*

### *Normativ teori*

Det er hos de praktiserende læger et ønske om at skabe en mere kvalitet i social- og sundhedsvæsenet for borgerne i SAD-gruppen ved at tilbyde dem mere end blot førtidspension eller lignende: “[...] vi syntes, måtte vi kunne gøre bedre end bare at tilbyde folk en pension...” – også fordi der i fremtiden ikke vurderes at være ressourcer til at tildele så mange pensioner i Danmark. Der er også et generelt ønske om høj kvalitet i sundhedsvæsenet, hvor en stigende andel af arbejdet skal varetages i den primære sektor: ”Og det er jo for os som sundhedsvæsen vigtigt at have en høj kvalitet [...]”.

Det er et blandet kendskab til begrebet relationel koordinering blandt de praktiserende læger.

Der er ønske om tættere samarbejde med mere dialog og relationer på tværs: ”*Jamen, jeg tror da, man får meget ud af at komme tættere på hinanden i samarbejdet, det tror jeg. Så jeg tænker også meget kulturelt, at det er en forbedring, så vi ved, hvem hinanden er*”. Derudover ses det som vigtigt, at der opnås en højere grad af gensidig tillid på tværs af fagligheder og sektorer: ”*Det er altid det der med, når man har billeder af hinanden, uha, de praktiserende læger er sådan, og de er afvisende, og vi siger til gengæld, de kan ikke finde ud af noget, de ringer om ingenting. Det er den barriere der skal brydes. Det giver god mening*”.

### *Virkningsteori*

Der er generelt hos de praktiserende læger et positivt syn på den elektroniske handleplan, selv om den i pilotfasen ikke har været færdigudviklet: ”*[...] og det her er altså under udvikling, så det er ikke helt færdigt endnu, og det bliver lavet mens projektet kører, så det bliver stadigvæk forbedret*”. Handleplanen giver mulighed for koordinering mellem samarbejdsparterne, der samtidig får overblik over hvem, der foretager sig hvad, og hvornår: ”*Ja, det mest til koordinering, for man skal kunne se hvad der sker næstefter, og hvem der så har haft gang i patienten og så skal vi selvfølgelig have nogle adviseringer, når der sker noget nyt [...]*”. Dette er især vigtigt for de praktiserende læger, der fungerer som tovholder i patientforløbene:

”*Men det er for at lave en plan om, hvad der skal ske med patienten, når patienten, så vender tilbage til mig som er tovholder, så jeg hele tiden kan følge med i hvad sker der nu, har kommunen givet patienten et tilbud, fordi det er vigtigt, at de får et tilbud fra kommunen, om det så også kun er få timer, men de skal gerne i gang med et eller andet [...]*”.

Handleplanen gør ifølge lægerne kommunikationsvejene mellem samarbejdsparterne kortere, og den sikrer hurtigere kommunikation:

”*Den er hurtigere. Altså, førhen, så hvis jeg skulle... så bad kommunen jo mig om en udtalelse... Og så kunne jeg skrive tilbage igen, og så var der jo gået en måned*”. Samtidig giver den sammen med TST-møderne viden om, hvem man kommunikerer med, og mulighed for at kommunikere direkte med de relevante samarbejdsparter: ”*Fordi i handleplanen kan jeg skrive jo til sagsbehandleren. Jeg ved, hvem der bliver deres sagsbehandler, ikke?*”. Handleplanen sikrer også en større vidensdeling, fordi flere data bliver delt mellem samarbejdsparterne. Handleplanen menes også at være til stor gavn for borgerne i SAD-gruppen, der ofte har svært at overskue deres hverdag og huske information og aftaler: ”*Fordi de her borgere nogle gange er så hårdt ramt, at de kan jo knapt koncentrere sig til en samtale*”. Handleplanen sikrer i relation hertil, at det ikke længere er borgerne, der skal fungere som kommunikationsled mel-

lem de forskellige sektorer og behandlere, fordi de via handleplanen har mulighed for at kommunikere direkte med hinanden. Den strukturerer borgernes forløb og er med til at give dem overblik via deres adgang til den: *"Og patienten selv, det er jo det, jeg synes, er rigtig godt ved det, og det bliver forhåbentligt sådan i fremtiden, kan gå ind og sige: "Nå, det var det, vi aftalte. Det er der, jeg har en tid ved psykologen"".* Denne adgang kan eventuelt også give pårørende bedre mulighed for at opnå information og ydre støtte til den pågældende borger:

*"Og ovenikøbet hvis man har nogle pårørende, der gerne vil støtte op, også kan gå ind og sige... når man er dårlig psykisk, så kan man pludseligt gå i panik søndag aften og sige: "Gud, mister jeg mit forsørgelsesgrundlag i morgen?", ikke? Og så kan man som pårørende gå ind og sige: "Du kan se, der står sådan her"".*

Handleplanen giver struktur og overblik for patienterne og viden om, at de forskellige behandlere samarbejder og deler deres viden, hvilket menes at bidrage til en større tryghed hos patienterne: *"Men jeg tænker også, at de vil opleve noget tryghed, som er vigtigt i den livssituation, de står i".* Det opleves også, at patienterne er positive over for projektet: *"Og så siger de jo som regel ja, fordi... jeg har ikke oplevet nogen, der sagde nej i hvert fald, vel?".* Det påpeges imidlertid, at handleplanens anvendelighed formentlig først for alvor kan vurderes, når projektet udbredes, og flere involveres: *"Der er jo nogle, der jo måske vil bruge den på en anden måde. Det er jo først, når vi er flere på, at vi kan se, hvordan det bliver brugt".*

De praktiserende læger er ligeledes positivt stemte over for TST-møderne. Møderne giver mulighed for åbne, tværfaglige diskussioner: *"Fordi det her er et fagligt sted hvor fagligheder kan sidde og diskutere frit uden at skulle lægge bånd på sig selv [...]".* På baggrund af den tværfaglige dialog, nye, faglige input og de deraf følgende refleksioner åbnes der op for gensidig læring for de involverede faggrupper:

*"[...] derfor er der også meget læring i TST'en. Der kan være rigtig meget fagligt udbytte, som man jo så kan bruge til sine andre patienter eller fortælle sine kollegaer om og højne niveauet i hjemmeplejen, fordi man får nogle nye informationer, man måske ikke lige var så opmærksom på, så det kan også være et læringssted [...] Så det kan godt blive et rigtig godt læringssted for alle faggrupper".*

Møderne giver også mulighed for at diskutere, hvad de enkelte samarbejdsparter kan bidrage med og hvornår: *"Og så tænker, jeg har jo også brugt det til at diskutere, hvornår kan jeg bruge de andre samarbejdspartnere. Og til hvad".*



TST-møderne menes endvidere at bidrage til en bedre kommunikation mellem samarbejdspartenerne ved, at der skabes en fælles forståelse af ord og udtryk, der bruges og forstås forskelligt af de forskellige involverede:

*”Vi havde for eksempel et tilfælde... hvad var det... nå jo, der var en, der havde skrevet: ”Forventer at kunne gå fuld raskmelding” eller... der var en, der havde skrevet noget i den dur. Og for mig så var fuld raskmelding, at man gik tilbage til sit tidligere job og arbejdede 37 timer om ugen. Men sådan blev det ikke forstået rundt om hele bordet, vel?”.*

Et bedre kendskab til samarbejdspartenerne og deres forpligtigelser giver samtidig mulighed for at bruge hinanden mere konstruktivt: *”[...] man bruger måske hinanden mere konstruktivt, når man ved, hvad hinanden kan og står inde for”.* Et gensidigt kendskab og de fælles aftaler, der indgås, giver også mere smidige patientforløb: *”Hvor hvis man kender hinanden og sidder sammen og aftaler, så gør vi det, jamen, så er det mere smidigt forløb for patienten, og de føler ikke hele tiden, at de render mod muren, på en eller anden uhensigtsmæssig måde for forløbet”.*

Stratificeringslisterne, som lægerne har adgang til, opleves som et positivt bidrag, der kan være med til at finde frem til borgere med tilbagevendende problemer, som lægerne ellers ikke ville være opmærksomme på:

*”Og hvis man nu optræder på den har liste, det kan godt være, at det ikke er rigtigt. Jeg ved, at vedkommende er i gang med noget andet og har det godt og ikke skal med, men der kan være nogle jeg for øje på, som ikke lige pointer sig selv ud, som så skal ind og prøves at kigges på. Kan vi gøre det bedre for dig, inden du ryger ud af arbejdsmarkedet?”.*

Dette menes at øge kvaliteten, hvilket skyldes, at lægerne har adgang til data fra de andre sektorer og på den måde opnås større viden om den enkelte borger:

*”Og så er der jo data med, ikke kun vores egen data som det hidtil har været, nu er der data fra sygehusene og fra kommunen også og det har bare beriget vores egen database kan man sige, så vi bare ved endnu mere om patienten”.*

Den elektroniske handleplan og TST-møderne menes til sammen at medføre et forbedret samarbejde: *”[...] samarbejdet er tættere. Faktisk, ikke? Der er både hurtigere og tættere”.* Det er også en forhåbning, at den hurtigere og mere direkte kommunikation i IC-modellen vil kunne spare nogle af de attester, der sendes frem og tilbage. Dette forventes også at kvalificere samarbejdet: *”[...] og det bliver mere personligt og direkte samarbejde, end hvis det med kommunen går via nogle attester til en sagsbehandler, jeg ikke ved, hvordan hun læser dem”.* En

større grad af arbejdsdeling er også en af de ting, der forventes at kunne komme ud af et større gensidigt kendskab og tillid:

*”Ja, jeg tænker vi laver meget dobbeltarbejde i dag og det kan godt være man ikke gør det når man kender hinandens måder at arbejde på, så man kan lægge nogle opgaver fra praksis ud, også sige at så sender du mig nogle værdier på det, også får løftet fagligheden derude, det kan de godt sørge for derude”.*

Yderligere formaliserer IC-modellen den relationelle koordinering, der allerede menes at finde sted.

IC-modellen vil ifølge den ene praktiserende læge både sikre et lavere ressourceforbrug, fordi patientforløbene bliver kortere, og et mere kvalificeret behandling af borgerne i SAD-gruppen: *”[...] der er da en gruppe patienter, vi får meget bedre kvalificeret behandling af. Og som får det meget bedre. På hurtigere tid også”.* Der er hos denne læge også en oplevelse af, at patientforløbene i IC-projektet kræver færre ressourcer fra dennes side sammenlignet med tidligere: *”Og det koster da meget mindre energi fra min side af det her... end hvis vi skal kigge på et forløb fra før Integrated Care”.* Der er ikke forventninger om, at projektet kan iværksættes med tilbagevirkende kraft i forhold til de borgere, der allerede har fået tilkendt pension: *”[...] altså så jeg tror heller ikke det er sådan at man kan rulle det tilbage og så kigge på dem der har fået pension og så få dem i arbejde, det tror jeg ikke [...]”.*

### *Kontekstuelle faktorer*

Hos de praktiserende læger ses det som en forudsætning for IC-projektets overlevelse og succes, at der hos de involverede er ambitioner og mod til at skabe reelle forandringer. Yderligere ses tillid mellem samarbejdsparterne på tværs af faggrænser og velfungerende IT-systemer som forudsætninger for projektets succes:

*”Kulturelt skal tilliden være der til at vi stoler på hinandens faglighed og strukturelt skal vi have noget meget velfungerende IT [...] så det skal være IT-baseret og velfungerende [...]”.*

Yderligere ser den ene praktiserende læge det som nødvendigt, at der inkluderes større handlemuligheder for de praktiserende læger i projektet som et udtryk for større tværfaglig tillid:

*”[...] jeg er spændt på, om de giver sig, så den praktiserende læge får lov til at visitere og indlægge. Fordi ellers så synes jeg ikke, vi er spor længere, end det vi er i dag. Og det skal skrives ind i projektbeskrivelsen, og hvis det ikke bliver skrevet ind i projektbeskrivelsen, så kan jeg ikke se, at det her det er noget andet, end det vi gør i dag, bare ved at vi også laver konferencer. Så vi skal jo flytte os, og hvis vi skal flytte os, skal vi ikke alle sammen sige, det ved jeg bedre,*

*jeg skal lige se patienten først. Man skal have lidt mere tillid til hinanden. Men det bliver nød til at stå i en projektbeskrivelse, ellers bliver det ikke sådan i lang tid”.*

Derudover er det en forudsætning for handleplanens anvendelighed som samarbejdsredskab, at de forskellige samarbejdsparter husker at skrive i den.

#### *Moderatorer*

Utryghed omkring at der deles personlige oplysninger mellem de involverede, er en moderator for borgerne og nogle fagpersoners deltagelse i IC-projektet. Det er derfor vigtigt, at det vurderes, hvor personfølsomme data er, og hvilke data, der er nødvendige at dele: *”Det har været meget magtpålgende for os, at det ikke var personfølsomme data, der blev delt, så vi deler ikke deres traume og belastninger, og det, tror jeg, er afgørende for, om patienten vil være med i det”.* Samtidig er det vigtigt, at der fra de praktiserende lægers side er åbenhed over for borgerne omkring hvilke data, der deles: *”[...] når man for eksempel har været til et TST-møde, jamen, så har man en tid ved egen læge, der siger: ”Sådan og sådan har vi snakket om. Hvad tænker du om det?”. Så de ikke selv skal læse det inde i handleplanen for eksempel”.* Det opleves ligeledes som afgørende at forklare borgerne, hvorfor disse data deles: *”Og når man så forklarer dem: ”Jamen, det handler om tættere samarbejde. Ligesom du forestiller dig konference på et sygehus”. Så er de jo mere med”.*

Koordinering angående brugen af den elektroniske handleplan ses som afgørende i forhold til dennes anvendelighed: *”Og hvem kan skrive hvornår, og hvad er det, vi skriver, og sådan noget. Det er vi jo nødt til at aftale. Og hvor tit vi går ind og tjekker handleplaner og sådan noget, det er vi jo også nødt til”.* Også tekniske problemer udgør en moderator for handleplanens anvendelighed.

Lægernes kendskab til og forberedelse på de borgere, der tages op på TST-møderne, ses som en moderator for udbyttet af møderne. Dette er ikke på samme måde en nødvendighed for de andre mødedeltagere, der kan fungere som konsulenter og på den måde bidrage deres faglige viden:

*”Den læge, der fremlægger, skal være rigtig godt inde i sagen, skal have forbedret det godt [...] Jeg synes egentligt ikke, det kræver den store faglige forberedelse fra speciallægerne, dem, der kender patienten, de har jo så deres del med ind i det, men det er jo samspillet med de andre, der gør, at de også kan få noget ud af det, og kan lære lidt om andre specialer, hvordan medicinen virker sam-*

*men, hvad der er hensigtsmæssigt, hvad der ikke er hensigtsmæssigt, kunne man vælge noget andet i stedet for”.*

Det vurderes som afgørende, at det er de mest problematiske, komplicerede og eventuelt principelle sager, der tages op på møderne:

*”[...] det gør man med de mest principielle og de mest komplicerede, så man lærer af det. Fordi der er nogle fantastisk komplicerede patienter indimellem, der er også mange simple, og de skal selvfølgelig ikke på et TST-møde, så det hele skal gerne være mere og mere komplekst, så man lærer at håndtere dem”.*

Det ses videre som nødvendigt, at borgerne, der diskuteres, ikke er til stede på møderne, da dette vil begrænse den faglige sparring og udbyttet af møderne:

*”Fordi at det ville forvirre mig, og det ville gøre meget, at jeg ville tale meget anderledes, hvis der var en patient til stede, for jeg ville hele tiden sidde og beskytte patienten, hvor det her er jo for at gøre det fagligt bedste, det er ikke for at snage eller fortælle om noget, som patienten dybest set ikke må høre om bagefter, vi tager også patienten ind til en samtale bagefter og fortæller, hvad der er foregået, og de får jo også en plan for, hvad de så skal, hvad der er tanken bagved det. Så patienten bliver informeret af den praktiserende læge, om hvad vi så som eksperter har fundet ud af på det her møde, og der er jo ting, der ikke kan skrives på skrift [...]”.*

Godt fremmøde og deltagelse af de relevante fagpersoner udgør moderatorer for den læring, der kan opnås på TST-møderne: *”[...] der skal selvfølgelig helst være et godt fremmøde og også at man kan få de rigtige speciallæger til at møde op. Hvis det bare bliver mere af det samme, så falder det hele til jorden”.* Selv om TST-møderne muligvis er mere omkostnings-tunge end tidligere samarbejdsformer, er det afgørende, at der også fremtidigt i projektet er fysiske møder mellem fagpersoner inkluderet:

*”På den her måde bliver det meget fordyrende relationel koordinering, fordi det er på et TST, det skal foregå, og vi sidder og ser hinanden i øjne. På sigt er det måske også tanken, at det kan foregå ved en computer, at man kan lave noget møde, men jeg tror faktisk, der går noget tabt ved det. Altså, det er bare min erfaring, at når man sidder i det lokale, så er det bare meget bedre, også for de øvrige patienter man har, når man så ringer til hinanden en anden gang, fordi det er vigtigt at vide, hvem hinanden er i virkeligheden”.*

Generelt menes der at være et stort tidsforbrug forbundet med IC-projektet – også omkring TST-møderne:

*”Mine kollegaer er i hvert fald meget pressede på tid, og kan godt se at de skal investere utrolig meget tid i det her projekt og det må jeg jo sige at det skal de også. De skal sætte sig ind i nyt EDB, fordi det er ikke oppe at køre endnu [...] Og de her TST er jo også tid man tager ud af kalenderen, og forberedelsestid inden og at indkalde patienter bagefter. Så det er også nogle nye opgaver”.*

Dette udgør sammen med det faglige udbytte af projektet og de ressourcer, der skal investeres i at lære nye arbejdsgange, en moderator for de praktiserende lægers deltagelse i IC-projektet:

*”Hvad vi sælger det er kun tid, og det er kun den samme tid, vi har, så jeg synes, man skal passe lidt på vores tid, og det bliver en udfordring i det her projekt, og det er også derfor, der er en modstand imod at gå ind i projektet, fordi folk kan slet ikke se, at de har tiden til det”.*

Derudover udgør også den korte tidsperiode, som projektet foregår over, en moderator for de praktiserende lægers deltagelse, da dette menes at kunne afholde nogle fra at investere ressourcer i projektet, fordi de i forvejen har meget at engagere sig i:

*”Det er første september, vi allerede går i luften næsten året efter, og hvis folk de skal ansættes, så bliver de jo allerede fyret næste sommer. Så det er et meget kort forløb, og det er der også nogle, der kan sige: ”Vil vi investere personale i det som så alligevel skal fyres til næste sommer?” Fordi det er jo ekstra tid, og hvis man allerede føler, at ens tid den er blevet brugt, så skal der rigtig gode argumenter for at gøre sådan noget her”.*

Også specifikke tiltag vurderes som afgørende for projektet. Eksempelvis er den gratis psykologbehandling, der er inkluderet i projektet som en ekstra ydelse en moderator for borgernes deltagelse:

*”Altså, gratis psykologhjælp, det er jo et kæmpe trækplaster, og det må man jo sige, der er rigtig mange, der gerne vil det, så det kan jo gøre, at rigtig mange gerne vil med. Hvis det ikke bliver en del af projektet, så kan det være en barriere i forhold til, om patienten synes, det er fedt at gå til psykologen [...]”.*

Udbyttet af IC-projektet for de praktiserende læger afhænger af, hvordan de tidligere har arbejdet med borgere inden for SAD-gruppen:

*”Men det handler selvfølgelig også noget om min arbejdsgang, fordi før hen ville jeg jo have haft de her patienter gående til samtale hver anden-tredje uge afhængig af, hvor dårligt fungerende de er, og afhængig af, hvor de fik hjælp*

*fra. Hvad de var henvist til, eller hvad de havde af forsikringer eller private arrangementer, ikke også? Og det behøver jeg jo ikke nu, fordi nu går de ved psykolog og får en bedre behandling end formentlig ved at gå nede ved mig, ikke også? Altså... det handler jo også om, hvordan ens arbejdsgang har været, før man var med i projektet”.*

Udbyttet for lægerne afhænger ligeledes af de praktiserende lægers vilje til at investere de nødvendige ressourcer fra begyndelsen.

At have konkret erfaring med projektet ses som en moderator for, at de praktiserende læger tror på dets succes, og dermed for projektets videre udbredelse: ”Så på den måde tænker jeg, at det skal man jo have prøvet af, før man tror på det”. Yderligere er de involverede fagpersoners engagement en moderator for, om projektet kan udbredes:

*”Jamen, hvis det bliver som i London, hvor man ligesom da det kørte, så kom begejstringen fra dem, der var med. Hvis der er nogle personer, der går frem i starten, der ligesom brænder for det, så breder det sig lidt, og så tænker andre jamen, der er jo en fordel af det, jeg får lært noget, mine patienter får det bedre, så tror jeg nok, det skal udbredes”.*

## **Sygehusansatte**

### *Situationsteori*

Der er hos de sygehusansatte en generel oplevelse af, at der hidtil har været en klar opdeling af systemerne: ” [...] der har været de her afgrænsede rammer omkring de enkelte funktioner. Der har været en praktiserende læge, som henviser hertil, så er der os, og så er der kommunen jo, som borgerne jo har været meget involverede omkring, fordi det er sygedagpengene”. De forskellige samarbejdsparter i de forskellige systemer er involveret omkring de samme patienter, men er adskilt fysisk og kommunikerer sjældent sammen:

*” [...] før det her projekt, og sådan er det som mange steder, der sad vi på hver sin lille pind på forskellige geografiske lokaliteter. Og havde alle sammen noget med den samme patient at gøre, men... som behandlere talte vi ikke sammen indbyrdes. Vi skrev til hinanden i bedste fald”.*

Den dårlige kommunikation har frustreret de sygehusansatte: ”Men at jeg så hver dag sidder og ser folk, der rent faktisk er ramt af det og ser, hvor dårligt systemerne har kommunikeret sammen indtil nu. Det har jeg frustreret mig”. Der er en oplevelse af, at eksempelvis de kommunalt ansatte ofte ikke er bevidste om, at de sygehusansatte ligger inde med vigtig information om patienterne. Dette betyder, at de ikke efterspørger disse vigtige informationer

eller først efterspørger dem langt inde i patientforløbene: ” [...] der er nogle vigtige oplysninger, hvor der faktisk står noget rådgivning om tilbagevenden til arbejdet, som kommunen jo kunne have god gavn af, men som de ikke ser”. Lange ventelister menes sammen med ovenstående at resultere i lange patientforløb:

”Nu har jeg så en anden patient, som jo netop har kontaktet mig, fordi hun også skal til privatpraktiserende psykolog. Jeg har sagt: ”Det er vigtigt, du kommer til privat...”. Og hun ringer: ”Jamen, det kan jeg ikke, for de har lang, lang ventetid. Fordi jeg har depression, så er det den her pulje, og den er brugt for i år”, og hun kunne først komme til næste år”.

Disse lange patientforløb menes videre at resultere i, at nogle patienter først raskmeldes senere, end de kunne være blevet, ligesom patienterne risikerer at blive endnu dårligere: ”Så det vil sige, at hvis hun for et halvt år siden havde fået den medicinske behandling, der var relevant, havde fået de psykologsamtaler, så var hun kommet tilbage længe før. Og var heller ikke blevet så dårlig, som hun er”.

Størstedelen af patienterne inden for SAD-gruppen menes umiddelbart ikke at lide af svære psykiske lidelser:

”[...] 99 ud af 100 er de her patienter, vi har inde i det her projekt, det er ikke nogen, der skal ind på et sindssygehospital og behandles... de rigtig svære lidelser, der har brug for en tværfaglig, psykiatrisk indsats. Og det behøver langt, langt de fleste af de her ikke”.

### *Normativ teori*

Udfordringen i forhold til at håndtere de ovenfor nævnte problemstillinger er ifølge de sygehusansatte at få samarbejdspartnerne til at sætte sig sammen, skabe et fælles kommunikationsgrundlag og lave en fælles behandlingsstrategi for patienten:

”[...] det var udfordringen fra starten, det var at sætte os ned og tale i samme sprog om den her patient eller borger, hvad man nu kalder det, for at få lavet den bedste behandlingsstrategi ud af sygdommen for den borger eller patient”.

Der er hos de sygehusansatte et ønske om at skabe hurtigere og bedre behandlingsforløb for patienterne: ”[...] formålet for min side var i hvert fald at få patienterne hurtigere ind, fordi så kunne man være mere på forkant med at give en relevant indsats”. Samtidig er der ønske om sammenhængende patientforløb med et helhedssyn på patienten: ”[...] det her sammenhængende patientforløb med det her helhedssyn på patienten, altså, det... jeg synes jo, at det er den vej, vi skal. Sådan så det ikke bliver de her, som sagt de forløb, hvor man sådan er

*enkeltelementer...". Derudover er der ønske om at opnå indsigt i andre faglige perspektiver: "[...] det er rart for mig at høre om, hvordan andre ser på de her patienter også selvfølgelig". Hos de sygehusansatte er der et begrænset kendskab til begrebet relationel koordinering, men der er en forestilling om, at det blandt indebærer fælles sprog og respekt: "[...] jeg forestiller mig, at det er noget, der handler om, at vi sidder ved samme bord og taler samme sprog... Og har respekt for hinanden, i øjenhøjde for igen at bruge en floskel".*

### *Virkningsteori*

Det opleves, at de praktiserende læger i højere grad end tidligere er opmærksomme på stress, angst og depression på grund af IC-projektet. Der er ikke ændret i henvisningsproceduren, men det skærpede fokus betyder sammen med en større viden om mulighederne i sygehussektoren, at lægerne hurtigere videresender patienter, der er ramt af stress, angst og/eller depression, til den rette behandling i sygehusregi: *"Det vil sige, de henviser på en almindelig henvisningsblanket, som de har gjort altid. Men i det øjeblik, at der er en borger inde i, hos en læge, som er med i det her projekt, så er lægen mere obs på det, og på den måde henviser de hurtigere"*. I tråd med dette berettes der om, at patienterne hurtigere kommer til behandling i sygehusregi, end de tidligere ville have gjort: *"Men de to andre havde jeg fået, men så var der gået lang, lang tid, inden jeg havde set dem, ja"*. Endvidere videresendes der patienter til sygehuset, som muligvis ikke ville være blevet videresendt, hvis det ikke havde været for projektet: *"Altså, det jeg tænker, det er, den ene havde jeg måske ikke fået"*. Der er en oplevelse af, at dette har haft en positiv effekt, som også patienterne har kunnet mærke. Der er hos den ene sygehusansatte ikke afsat ekstra ressourcer i forbindelse med projektet, men den pågældende fagperson har på eget initiativ taget SAD-patienter tilknyttet IC-projektet hurtigere ind og har på den måde omgået egne ventelister.

Begge sygehusansatte fremhæver den vederlagsfrie og hurtige psykologbehandling som en vigtig del af IC-projektet og de bedre og hurtigere patientforløb: *"Hvis den samtalebehandling, så var væk, jamen, så... så ville den her borger jo være rigtig dårligt stillet. Ja. Og det er det, vi så har prøvet nu i projektperioden her, det er gratis, så de kan komme hurtigt til"*. Og så den hurtigere psykiatriske udredning fremhæves: *"Jamen, det nye er, at du kan komme til på 14 dage og blive vurderet"*.

Der er hos de sygehusansatte et generelt positivt syn på TST-møderne, selv om nogle deltagere har været bekymret over vidensdelingen på grund af deres tavshedspligt: *"Og jeg synes, det har givet rigtig meget. Jeg er godt klar over, at der er nogle, der synes, det er svært med tavshedspligten. Vi sidder jo alle instanser og har tavshedspligt i vores arbejde"*.



Der eksisterer en vilje hos de involverede til at investere personlige ressourcer i TST-møderne: ”[...] er der skabt en vilje til, at vi vil prøve det her af”. Der er en fornemmelse af, at deltagerne på møderne er velforberejdede og besidder væsentlig og relevant viden om de patienter, der drøftes – både på SAD- og DÆMP-området:

*”[...] det virker som om, at de, der har været med i møderne, både er velforberejdede, altså, og det gælder både kommunen og... Jeg har været med til et med, på ældreområdet også, et TST-møde, hvor somatikerne faktisk var rigtig godt forberedt, altså vidste, hvad det var. Så alle vidste noget om den her patient, vi sad og talte om, på forhånd. Og vidste, hvor de løse ender var. Og så prøvede vi så godt, vi kunne, at få dem dækket ind der. Så det giver også mening. Det gør det i høj grad”.*

Det ses omvendt ikke som nødvendigt for alle sygehusansatte at have et forhåndskendskab til de patienter, der drøftes, for at kunne bidrage på TST-møderne: ”Jeg kan byde ind med en generel viden, og så kan jeg jo byde ind med det ud fra det, jeg så får at vide fra patienten, fra de her dygtige praktiserende læger, psykologer, der sidder ... og kommunen”. Der er også en oplevelse af en god og åben dialog på møderne, der bidrager til afklaring omkring patientforløbene: ”Jeg har følt, der har været en rigtig god dialog, hvor vi bagefter er gået derfra og har følt os berigede i forhold til patienten. Hvad vi skulle gøre ved vedkommende”. Drøftelsen af de konkrete patienter opleves at medføre mere målrettede henvisninger til sygehussektoren: ”[...] de patienter, jeg har fået, der har to af dem været drøftet på TST-møder, og det, synes jeg, har været rigtig godt. At få det indblik inden, så når jeg har fået henvisningen, så har den også været meget mere målrettet, end de somme tider er”. Samtidig giver disse drøftelser også en mere generel viden om håndtering af forskellige problematikker:

*”Og det er selvfølgelig ud fra en bestemt borger, men det bliver løftet op til en... mere generelt, hvordan skal vi så håndtere den slags problematikker”.* Møderne bidrager endvidere også til et øget kendskab til samarbejdspartnerne og relationer på tværs: ”[...] så er det rart, at de folk, som sidder ved de møder, ved, hvem det er, der kommer, og kender mine særheder, og hvad jeg er god til, og hvad jeg plejer at sige nej til. Det gør tingene meget, meget nemmere, ikke?”. Det påpeges i relation hertil, at det tager tid at opbygge disse relationer, fordi det forudsætter et vist kendskab, hvilket betyder, at der ikke bare kan skiftes ud i deltagerne fra gang til gang, hvis et kontinuerligt bedre samarbejde skal sikres:

*”Det tager, det tager tid at opbygge den ... de relationer ... Og jeg kunne mærke det i starten også, at vi var sådan lidt på vagt over for hinanden. At de praktiserende læger var sådan lidt på vagt over for mig... det bløder jo ud ved, at jo mere kendskab, vi får til hinanden, så er det slet ikke så farligt længere, og så er*

*det meget nemmere at tale pænt til hinanden, men også skælde lidt ud, hvis der er gået et eller andet galt. Det bliver ikke taget så nært, når det er den samme person, det siger næsten sig selv”.*

Møderne bidrager også til en øget indsigt i hinandens fagligheder:

*”[...] fællesmøderne er jo vældigt gode. Det synes jeg nok. Altså, hvor vi drøfter patienterne. Det, synes jeg, er meget givende i forhold til, hvordan vi ser hinandens fagligheder. Så på den måde der, få det på bordet og i spil, der synes jeg, at møderne er gode”.*

Der er både en fornemmelse af at blive beriget af samarbejdsparternes faglige input og selv at kunne bidrage på møderne: *”Så jeg er glad for at komme i det forum. Og... altså, det giver mig noget, altså, det er rart for mig at høre om, hvordan andre ser på de her patienter også selyfølgelig. Men jeg kan også bidrage med noget fagviden faktisk [...]”.* Det øgede kendskab og indsigt giver en bedre forståelse af hvilke oplysninger, samarbejdsparterne har brug for: *”[...] det er godt, når man kender hinanden... og ved, jamen, hvad er det for nogle oplysninger, de andre instanser egentligt har brug for”.* Dialog, kendskab og indsigt danner også rammerne for udviklingen af et fælles sprog og forståelse på tværs af fag og sektorer: *”[...] det er gavnligt og givende, som når vi har haft de der fælles drøftelser. Fordi så får man alligevel et fælles sprog, som vi jo ikke har. Altså, der er et lægesprog, og der er et psykologsprog, og der er et kommunalt sprog. Så får vi en forståelse”.* Det fælles sprog og samarbejdet faciliteres også af en gensidig respekt:

*”Altså, det, der, det i modellen, der gør, at vi kan nå dertil, at vi taler samme sprog og hjælper den her patient ud af den svære situation, de er i, det er, at vi sidder ved samme bord og har respekt for hinanden. Og det er i høj grad det, jeg har oplevet i pilotfasen”.*

Respekten betyder også, at ingen egenhændigt forsøger at overtage styringen på møderne: *”Altså, og der har jeg oplevet den her fælles, eller respekt for hinanden. Det er ikke sådan, den ene kommer og er en førerhund”.* Konkret menes møderne at resultere i, at de involverede sammen lægger en plan for patienten med den praktiserende læge som omdrejningspunkt: *”Så der bliver lavet en plan simpelthen, som den praktiserende læge er tovholder i”.*

Der er imidlertid forskellige holdninger blandt de sygehusansatte omkring de kommunalt ansattes bidrag. Den ene oplever, at de er med på lige fod med de andre deltagere, imens den anden føler, at de investerer mindre end de andre samarbejdsparter:

*”[...] vi gør meget for at sætte også ind i, hvad er det så, man fra kommunens side kan tilbyde, hvad er det for nogle muligheder, du har ved kommunen... Så*

*det er der, hvor jeg synes, at jeg mangler lidt en åbenhed fra kommunens side til at se: "Jamen, hvad vi kan bruge de andre instanser til? Hvor vil samarbejde være godt?"*

De sygehusansatte mener, at det er meget relevante patienter, der er blevet drøftet på TST-møderne. Til gengæld påpeges det, at der ikke nødvendigvis er kendskab til de patienter, der ikke er blevet drøftet.

Det påpeges, at TST-møderne på sigt måske ikke er nødvendige, når kendskabet til samarbejdspartnerne og de oplysninger, de har brug for, er på plads, men i projektfasen menes de at have givet et væsentligt bidrag: *"Og når vi har fået det afklaret, jamen, så kan det måske godt være, det ikke er så, så nødvendigt med TST-møderne, men i hvert fald sådan her i den her fase, der har det været rigtigt givende"*.

Ingen af de to sygehusansatte har den store erfaring med reelt brug af den elektroniske handleplan, men er begge overvejende positivt stemte over for den: *"Altså, på en skala fra et til 10, er det vel et otte-ni-tal. Altså, jeg synes faktisk, den er rigtig god"*. Den opleves at være en forbedring i forhold til den eksisterende envejskommunikation: *"[...] det har sådan set været en envejskommunikation, den ene og den anden vej. Her kan vi se hinandens kommunikation"*.

Det påpeges, at der går nogle informationer tabt, fordi det koges ned i handleplanen: *"Så der er jo altid informationstab, når du koger noget ned. Som du koger så meget ned, som du gør i en handleplan, og det er derfor, jeg ikke giver den 10, fordi der ryger altså nogle detaljer, ikke?"*.

Denne nedkogning af informationer menes imidlertid at være en naturlig del af konceptet omkring den elektroniske handleplan, fordi informationerne i den ikke skal være for omfangsrige og komplicerede: *"Og det ligger jo i konceptet, at handleplanen skal være handlingsorienteret og ikke være for svær og for lang"*. På trods af nedkogningen af informationer oplever de to sygehusansatte også, at handleplanen giver overblik over samarbejdspartnerernes tanker: *"Men når jeg går ind og ser den sådan, som den er nu, jamen, så kan vi jo meget hurtigt få et overblik over, hvad er det for nogle tanker, de forskellige har gjort sig"*. På den måde bidrager den også med den tilstrækkelige forberedelse forud for TST-møderne, der så kan bidrage med flere detaljer: *Og så kan man jo spørge om detaljerne på selve møderne, fordi der sidder jo folk med væsentlig viden om de her patienter på møderne"*. Derudover opleves handleplanen at bidrage til et helhedssyn på patienterne, ligesom den bidrager til mere sammenhængende forløb: *"... der bliver det sammenhængende forløb, fordi alle sidder med alle oplysninger"*.

Ligesom ved TST-møderne mener den ene sygehusansatte ikke, at de kommunalt ansatte har investeret nok omkring handleplanen. Dette er i tråd med en generel skepsis over for kommu-

nens engagement i IC-projektet hos den pågældende sygehusansatte: ”[...] jeg føler, at de ikke rigtigt... er med”. Kommunens manglende investering i projektet eksemplificeres også ved, at kommunen ikke har kontaktet patienter, der samtidig har svært ved at komme i kontakt med de rette kommunalt ansatte: ”Og de patienter, jeg har haft, har haft svært ved at komme i kontakt med kommunen. Og det er jo ikke meningen, vel?”.

### *Kontekstuelle faktorer*

De sygehusansatte ser begge tid og ressourcer som en forudsætning for, at IC-projektet kan fungere: ”Men det øjeblik, man siger ja til at gå ind i sådan et projekt, så skal man også ligesom være åben over for, det kræver altså nogle ressourcer”. Der skal i den forbindelse ligeledes være opbakning fra de fagprofessionelles ledelse til at investere de nødvendige ressourcer i projektet: ”Men altså afdelingsledelsen siger til mig: ”Jamen, det her, det er noget, du gerne må bruge tid på, og vi vil gerne have, du involverer dig i det”. Og så er det jo så på bekostning af et par patienter, jeg så ikke kan se her imens”. Samtidig er det en forudsætning for projektets succes, at der eksisterer en tydelig, fuldtidsansat ledelse, der styrer det praktiske, så dette ikke er de fagprofessionelles ansvar:

*”At der er nogen, der har hold på, hvornår der bliver indkaldt til møder, fordi vi som fagpersoner, vi render jo rundt og laver klinisk arbejde og glemmer nogle gange at få lavet nogle aftaler. Det er helt, helt essentielt, at der sidder en stærk sekretariat, der får indkaldt til de her ting. Det er det aller-, aller-, allervigtigste”.*

På SAD-området opleves det som en forudsætning for IC-projektets succes, at der er mulighed for hurtig psykiatrisk udredning:

*”Det næstvigtigste for SAD-delen, det er, at der er adgang til praktiserende psykiatere. Fordi det er meget godt, at praktiserende læger og en psykolog kan sidde med en patient, de måske ikke kan komme videre med, og som ikke er syg nok til at komme ind på psykiatrisk afdeling. At der så er adgang til praktiserende psykiatere, og det er der jo faktisk ved at komme, der er kommet den her paragraf 66-ordning nu her, som er ved at komme op i omdrejninger”.*

I forlængelse heraf er det en forudsætning – også for projektets fremtidige succes – at der er styr på aftalerne med de enkelte faggrupper. Derudover er det en forudsætning for samarbejdet, at alle samarbejdsparter er villige til at yde et bidrag og respekterer hinanden:

*”[...] jamen, så kommer der jo ikke en anerkendelse og respekt. Fordi hvis den praktiserende læge siger: ”Jamen, det er det her, der er problemet. Vi skal have*

*lavet en indsats". Og så sender videre i systemet, og så ikke sker noget for eksempel. Hvis det nu var sådan, at vi sagde: "Jamen, det må jo komme, når det kommer", eller kommunen sagde: "Jamen, den er god med den der praktiserende læge". Så der skal være respekt i forhold til at ville hinanden".*

### *Moderatorer*

IC-projektets omfang i form af antallet af patienter er ifølge de sygehusansatte en moderator for, hvor mange ressourcer projektet kræver, og kapacitet kan derfor blive en moderator for de sygehusansattes deltagelse:

*"[...] hvis det skal indgå i vores almindelige patientforløb... så har vi ikke ressourcer nok. Altså, det kræver ressourcer at gå ind i det, og vi har gjort det her, og det er så mig primært, der har været involveret i det. Det er jo, at det har vi valgt. Men nu har jeg jo så også kun haft tre patienter henvist, men du kan godt se, altså... hvis det gik ind i vores almindelige patientforløb, og vi har allerede en, langt over det, vi må, ventetiden er nemlig 11 uger for øjeblikket, så vil det jo blive en enorm arbejdsbyrde, og det har vi jo slet ikke ressourcer til at klare".*

Opbakning fra de sygehusansattes organisationer er ligeledes en moderator for deres fremtidige deltagelse og investering af de nødvendige ressourcer:

*"Altså, bliver det meget stort, jamen, så må jeg jo tale med min afdelingsledelse igen. Skal jeg bruge en hel dag om ugen på det for eksempel til at sidde til møder, ikke? Jamen, det kan jeg jo ikke bare vælge at gøre selv, det er jeg nødt til at have en opbakning i min organisation for at kunne gøre".*

Antallet af patienter ses også som en moderator for, om der er tilstrækkelige ressourcer til at drøfte alle relevante patienter på TST-møderne: *"Man kan selvfølgelig sige, hvis de TST-møder bliver sådan... altså hvis der kommer rigtig mange patienter, så kan det jo være svært at drøfte dem alle sammen".* Det er også ressourcekrævende at skabe en fælles forståelse hos de involverede fagprofessionelle, hvilket kræver mange ressourcer ved projektets start, men færre på sigt:

*"Så synes jeg, at det har været vigtigt her i opstartsfasen. Og som sagt når det så kører, så... så vil det slet ikke være noget, som jeg ser som så vigtigt, som det er her i starten. Altså, hvis det er noget, et system, der har kørt i fem år, jamen, så vi ved alle sammen hvordan og hvorledes og sådan. Så der... men her i op-*

*startsfasen, der synes jeg, det er vigtigt at give den tid, som der er brug for. For at få det til at fungere”.*

Den fælles forståelse og tillid på tværs af fag og sektorer menes at være nødvendigt for et vel-fungerende samarbejde og dermed afgørende for projektet succes. Gode relationer er videre en moderator for, hvor godt samarbejdet fungerer. At det er de fagprofessionelle, der mødes, er videre afgørende for disse relationer: ”[...] så det kunne godt give nogle problemer. At der kommer en ny hver gang”. Yderligere er det nødvendigt, at der hos de enkelte fagprofessionelle er en vilje til at investere ekstra ressourcer i samarbejdet.

Afslutningsvist er en opkobling til egne elektroniske arbejdsredskaber en moderator i forhold til hurtige og smidige forløb, da dette vil medføre en hurtigere og lettere informationsdeling.

## **Privatpraktiserende**

### *Situationsteori*

Borgere i SAD-gruppen har svært ved at opfange, huske og formidle informationer på tværs af forskellige behandlere: ”[...] jeg oplever lidt, at klienterne nogle gange ikke er så gode til at fortælle, hvad der er blevet sagt. Altså, de har godt hørt det, men det er ikke altid, de har hørt det, der egentlig er blevet sagt”. Der er ifølge de privatpraktiserende derfor dårlige vilkår for deling af informationer og viden på tværs af sektorer og fag, da der samtidigt eksisterer samarbejds- og kommunikationsproblemer. Den ene privatpraktiserende har problemer med at komme i kontakt med især det kommunale system, men også de praktiserende læger. Dette giver både problemer i forhold til at opnå informationer fra disse samarbejdsparter, men også at kunne videreformidle og bidrage med egen viden om patienterne:

*”Og det har været vanskeligt for mig at komme i kontakt... ind, så jeg har kunnet bidrage med min viden, og hvordan en sygemeldt kunne hjælpes bedst [...] jeg synes, jeg har kunnet hjælpe mine klienter bedre, hvis jeg nemmere kunne i kontakt med i særdeleshed kommunen, men egentligt også lægerne [...]”.*

Samme privatpraktiserende påpeger også, at man i sygehusregi ikke altid er villig til at lytte til de privatpraktiserende: ”Jeg har også manglet ude på sygehuset, at jeg, hvis jeg sagde, en klient var selvmordstruet, at de så vitterligt blev taget ind”. Den anden privatpraktiserende mener modsat, at kommunikationen og samarbejdet med de praktiserende læger overordnet set fungerer, men er til gengæld enig i, at der eksisterer problemer omkring dette i forhold til sygehuset:

*”[...] jeg synes nu egentligt, at samarbejdet med de praktiserende læger om borgere og patienter, det egentlig altid har fungeret meget godt sådan i det store*

*hele, ikke? Men der er mange praktiserende læger, så på den måde kender man ikke sådan bare hinanden eller... Der er meget større problemer i forhold til samarbejdet med sygehuset og psykiatrisk afdeling”.*

Der er en fornemmelse af, at de sygehusansatte mener, at de privatpraktiserende har til opgave at servicere dem, hvilket ikke er en opfattelse, de privatpraktiserende deler. Omvendt mener denne privatpraktiserende, at kun ventelister giver anledning til samarbejdsproblemer med de praktiserende læger: *”[...] altså, hvis vi ikke havde ventetider i forhold til de, mellem os og de praktiserende læger, så, så tænker jeg ikke, at der ville være nogle samarbejdsproblemer [...]”.*

De privatpraktiserende mener generelt, at der mangler indsigt og forståelse på tværs af fag og sektorer: *”[...] mangel på viden kan godt gøre, at man, at man kommer til nogle gange at tænke: ”Hvorfor det?” [...] og så opstår misforståelser”.* Dette medfører manglende tillid behandlerne imellem, hvilket kan betyde, at viden og vurderinger fra andre behandlere ikke tages i brug på grund af mistro.

Det haltende samarbejde menes også at have betydning for patientforløbene: *”Jeg kan sagtens arbejde uafhængigt af det andet, men jeg er ikke sikker på, at borgeren bliver lige så hurtig rask”.* Dette gælder især ifølge den ene privatpraktiserende især i forhold til det kommunale system. Nye og ukendte kommunale tiltag for den enkelte borger i SAD-gruppen kan medføre usikkerhed og angst:

*”Og det er jo ikke, fordi kommunen er skræmmende, men borgerne gør kommunen skræmmende, når de læser deres breve, og når de ikke ved, hvem det er. Fordi når man har depression og stress og angst og bange for at møde, så bliver fremmede, de ikke ved, hvem er, altid til en trussel”.*

Dette kan påvirke deres behandlingsforløb negativt: *”Og så bliver de stressede, og så fylder det, så går de og er bange i 14 dage, indtil de skal til det møde, og det påvirker terapien. Fordi de kommer og er blevet dårligere”.* På grund af den manglende viden og kommunikation i forhold til det kommunale system er det svært for de privatpraktiserende at afhjælpe borgerenes usikkerhed og angst omkring de kommunale tiltag:

*”Jeg har ikke altid vidst, hvad er det, de skal dernede. Og jeg har ikke kendt tilbuddene, så jeg har ikke kunnet sige: ”Bare rolig, det, du skal højst møde én gang om ugen i en netværksgruppe eller...”. Men jeg har ikke vidst, hvad det var, de blev budt, og det har skiftet hele tiden, så jeg har heller ikke kunnet holde mig opdateret på det. Så jeg har også manglet noget information for at kunne hjælpe med, at mødet med den kommunale medarbejder blev godt”.*

### *Normativ teori*

De privatpraktiserende er enige om, at det er vigtigt med kommunikation og samarbejde på tværs: ”... [...] jeg har jo altid syntes, at... at når det er omkring patienter, så, altså, så skal der jo være samarbejde”. Dette vil også give bedre patientforløb: ”[...] hvis vi kunne få det til at glide bedre, så ville vi... brugeren eller borgeren have det meget bedre”. I forlængelse heraf er det vigtigt at skabe tværfaglige relationer, der sammen med åbenhed og tillid giver mulighed for faglig udvikling og gensidig læring:

*”At vi hæver fagligheden. Ved at lære af hinanden. Jeg har altid tænkt, at flere faggrupper, de er simpelthen klogere, end jeg er alene. Og det er jo det, jeg kan savne... de der tværfaglige møder, øj, hvor jeg savner dem. Og det er jo også derfor, jeg har meldt mig i det her, fordi jeg elsker det der tværfaglighed, jeg kan se, det rykker noget”.*

Samtidig vil et helhedssyn på patienterne også bidrage til bedre forløb: ”[...] jeg kigger meget helhedsorienteret på det, og det ligger mig enormt meget på sinde, at mine klienter ikke går tilbage i dårlighed, fordi de bliver for angst”. Yderligere ses også inddragelse af patienten som vigtigt: ”Jeg tænker, at patienten selv skal være så meget med i det som muligt”.

Der er hos de privatpraktiserende et blandet kendskab til begrebet relationel koordinering. Ingen af de to har et indgående kendskab til det, men især den ene har en klar fornemmelse af, hvad det indeholder: ”Men, men du kan jo også høre, jeg snakker meget relation hele vejen igennem, så hvis det er det, jeg tænker, det er, så... så tænker jeg, det er jo det her med at få kulturforståelse og... kommunike, kommunikation og snitflader og... og det synes jeg, det i høj grad handler om”.

### *Virkningsteori*

Der er hos de privatpraktiserende et positivt syn på de tværfaglige møder i IC-projektet i form af TST- og arbejdsgruppemøder. Det personlige møde mellem de fagprofessionelle giver et personligt kendskab til samarbejdsparterne, hvilket forbedrer samarbejdet: ”[...] når man kender hinanden, så samarbejder man bedre. Det er nemmere at ringe til en, man ved, hvem er. Eller skrive til en. Så jeg, jeg tror, det personlige møde skal vi ikke undervurdere”. Det er en fornemmelse af, at det personlige møde giver et større udbytte:

*”[...] jeg synes, jeg får mere udbytte af, når jeg møder folk [...] Får jeg en fornemmelse for, hvad... at de står for, hvordan de tænker omkring en patient for*



*eksempel, ikke? Eller... og det bliver nemmere lige at... at forstå hinanden, når man kommunikerer eller ringe til hinanden eller et eller andet”.*

Møderne giver indsigt i hinandens fagligheder og arbejde og giver mulighed for gensidig læring: *”Ja, altså, jeg tænker, når man møder hinanden fra forskellige faggrupper, så... så hører man jo mere eller mindre om hinandens arbejdsfunktioner, ikke? Og det, det... giver meget læring, tænker jeg”.* Samtidig medfører møderne en fælles forståelse og bedre relationer: *”Jeg tror, vi får en meget bedre forståelse for hinanden, og derfor kan vi bedre bakke hinanden op. Og det... det, tror jeg, er godt. Jeg kan få formidlet min kultur, hvorfor jeg tænker, som jeg gør. Det, tror jeg, har en betydning”.*

Kendskabet og den fælles forståelse menes videre at betyde bedre kommunikation og færre misforståelser: *”[...] det giver færre misforståelser og mere forståelse. Og der, det er lettere, når man undrer sig, at ringe og stille spørgsmål end før. Før, før var en barriere for at få stillet det der spørgsmål”.* Derudover bidrager møderne også med konkret viden om andre sektorer og samarbejdspartners muligheder – eksempelvis i forhold til det kommunale system:

*”Fordi jeg fik lige et overblik, og jeg forstod, hvad de tænkte, og jeg synes, de tænkte mange fine ting. Så jeg synes allerede nu, jeg er klædt meget bedre på. Og jeg ved godt, at så skifter tilbuddene om tre måneder, så må vi håbe, de vil holde et oplæg igen”.*

Den viden og indsigt, der opnås på de tværfaglige møder, kan via de involverede fagprofessionelle blive spredt videre ud til ikke-involverede fagpersoner i de forskellige faggrupper.

TST-møderne er ifølge de privatpraktiserende under opbygning, men lever i stigende grad op til deres formål i form af drøftelser af konkrete patienter:

*”[...] de er under opbygning. Jeg synes, de har været fine. Den første gang brugte vi meget tid på alt muligt... teknisk også. Og det er jo logisk. Der var vi i gang med handleplaner og sådan noget. Anden gang, der synes jeg, vi var meget gode til at holde os på sagen”.*

Det har imidlertid været en udfordring for at få alle samarbejdsparter, der er involveret omkring de patienter, der drøftes, til at møde op: *”[...] det er rigtig, rigtig vigtigt, at alle dem, der har noget med patienten at gøre, er der. Og det har været, altså, det er lidt en udfordring. Om vi alle møder”.* TST-møderne forventes at kunne løfte de involveredes faglige niveau gennem tværfaglig sparring: *”Fordi vi sidder en læge, en psykiater, en psykolog og en socialrådgiver med hver vores viden. Altså, vi må kunne blive klogere”.* Det er i den forbindelse også relevant, at fagpersoner, der ikke er tilknyttet nogle af de patienter, der drøftes, deltager – eksempelvis i en konsulentfunktion. På TST-møderne er det ofte vanskelige forløb uden

fremgang, der drøftes, men det er ifølge de privatpraktiserende lige så vigtigt at drøfte og lære noget af de succesfulde forløb.

Det er en varierende grad af erfaring med den elektroniske handleplan hos de privatpraktiserende, da den ene ikke rigtig har benyttet sig af den endnu grundet manglende tid: *"Hvis jeg havde haft masser af tid, så havde jeg selvfølgelig været inde og kigge omkring nogle af de patienter, jeg har haft, og sådan noget, men jeg har bare ikke haft tid til det"*. Denne privatpraktiserende oplever ikke, at denne har manglet informationer af den grund: *"[...] der har jeg fået den henvisning fra den praktiserende læge, og det har været fyldestgørende. Det har været fint"*.

Der har været tekniske udfordringer i forhold til brugen af handleplanen:

*"Handleplanen har jo været lidt flyvsk, fordi vi har prøvet noget af, og nu er der kommet en ny, og... Altså, jeg har haft en del, jeg er ikke så teknisk, så jeg har brugt en del tid på det der tekniske. Så jeg synes ikke, jeg er super kørende endnu, men jeg er i gang"*.

Samtidig opleves dens layout også som en smule uoverskueligt: *"[...] billedet, det er jo det, vi har arbejdet med, jeg synes personligt, billedet er lidt rodet, når man kigger på handleplanen"*. Til gengæld kan handleplanen ligesom TST-møderne bidrage til et bedre gensidigt kendskab samarbejdsparterne imellem. Derudover giver den mulighed for en større udveksling af informationer, som kan medføre bedre timing i patientforløbene:

*"Så alt andet lige får jeg noget mere information. Og ved at jeg kan skrive ind: "Sådan og sådan er min vurdering på baggrund af det og det og det", så tror jeg på, jeg kan formidle noget viden, som de kan bruge til at få timet raskmeldinger og timet tilbud, så det ligger bedre i timingen"*.

Samtidig giver den via indsigt i samarbejdsparternes viden og tanker mulighed for at arbejde i samme retning: *"Og ved at jeg kan læse, hvad lægen har snakket med klienten om, hvad lægen har tænkt, at de har tænkt: "Nå, men det er vigtigt med noget motion, og det er vigtigt noget...", så har jeg kunnet arbejde lidt i samme retning"*.

Patienterne har endnu ikke adgang til handleplanen. Der er en forventning om, at patientadgangen vil påvirke, hvad og hvordan der skrives i handleplanen, hvilket imidlertid ikke opleves som noget helt nyt: *"Så det vil betyde lidt for, at jeg skal skrive på en anden måde, men det gør jeg allerede, når jeg skriver erklæringer. Fordi jeg skriver erklæringen, så klienten kan læse den, mere end jeg skriver, så modtageren er tilfreds med det høje faglige niveau"*. Til gengæld forventes patientinddragelsen omkring handleplanen at have en række positive effekter – eksempelvis større ejerskab. Det forventes også at have en motiverende effekt:

*"[...] men jeg er ikke tvivl om, at ved, de kan læse deres mål, og de kan læse, at jeg skriver, de har nået deres mål, det har en motiverende faktor".* Derudover kan den større åbenhed give tryghed for patienterne. Omvendt skal patienterne ikke nødvendigvis have adgang til al kommunikation i handleplanen: *"Jeg kan godt være tilbøjelig til at tænke, at der skulle være noget, de skulle læse, og noget, de ikke skulle læse"*.

Der er en oplevelse af, at den øgede grad af kommunikation har medført mere arbejde, som tager tid fra de privatpraktiserendes andre opgaver. Omvendt menes den øgede grad af kommunikationen at være til gavn for borgeren: *"Fordi det er jo egentligt ikke vores job med al det kommunikation. Men jeg tror på, det hjælper borgeren"*.

Der er generelt hos de privatpraktiserende også et billede af, at IC-projektet generelt er til gavn for borgerne og deres forløb:

*"Så de har følt sig rigtig godt mødt og taget vare på. Der er noget angst, der er fjernet fra dem, fordi de føler, der er nogle andre, der er med til at styre deres forløb. Der er også en, der ikke har, altså, der er også nogle, der sådan ikke har følt sig mødt et eller andet sted rundt i systemet. Sådan er det jo altid. Jeg synes, vi... de har følt sig mere helhedsmødt. Altså, at... det, at de oplever, vi samarbejder, det hjælper dem"*.

Borgerne selv giver også udtryk for, at projektet har hjulpet dem: *"Så jeg tror overordnet set, de har følt sig godt hjulpet i projektet. Dem, der har været her. Det er i hvert fald, hvad de siger"*. De privatpraktiserende oplever ikke, at borgerne er utrygge ved, at der udveksles informationer omkring dem mellem de fagprofessionelle, men i stedet at de er glade for, at der kommunikeres og samarbejdes: *"Altså, det er egentligt også mit overordnede indtryk af alle patienter, at de stort set, mange af dem i hvert fald, er meget interesseret i, at man snakker sammen på kryds og tværs"*. I tråd med ovenstående føler de privatpraktiserende, at der er en større kvalitet i patientforløbene i IC-projektet sammenlignet med patientforløbene uden for projektet:

*"[...] de har det bedre, de kommer sig lidt hurtigere, synes jeg. Set fra min stol. Jeg ved ikke, om de raskmelder sig hurtigere. Det... det er jo svært at regne ud. Jeg kan jo ikke vide, hvornår de ville raskmelde sig ellers. Men jeg kan mærke, at de har ikke så mange tilbageskridt"*.

De privatpraktiserende føler sig ikke i stand til at vurdere, om forløbene er bedre i et samfundsøkonomisk perspektiv: *"Set herfra er der en bedre kvalitet. Om det udmønter sig samfundsøkonomisk, det kan jeg ikke svare dig på"*.

Samtidig har nogle af de konkrete tiltag i projektet bidraget til bedre patientforløb. Den gratis psykologbehandling har givet mulighed for at behandlere borgere, der ellers ikke ville have råd til at gå til psykolog: *”Så har det selvfølgelig også hjulpet nogen, som økonomisk ikke ville have gået til psykolog”*. Samtidig er der skabt grundlag for hurtigere patientforløb gennem hurtigere psykiatrisk udredning, da det har været muligt at gå uden om gældende ventelister: *”Det er noget af det, hvor jeg synes, den store forandring ligger. Fordi normalt har det været sådan noget: ”Psykiater? Jamen, om et år”...”*. Nogle patienter har ifølge den ene privatpraktiserende imidlertid følt, at der har været sat meget lidt tid af til den psykiatriske vurdering. Den anden mener til gengæld, at der har været tilstrækkelig tid til at foretage den psykiatriske vurdering, og at de hurtigere vurderinger har givet mulighed for hurtigere at give patienten den rette behandling.

### *Kontekstuelle faktorer*

De privatpraktiserende påpeger især tid og ressourcer som en forudsætning for deres deltagelse i projektet, da de i forvejen har begrænset tid til rådighed. For at de privatpraktiserende har tid til at deltage, er det også nødvendigt, at aftalerne med deres faggrupper er på plads på forhånd, og at de aflønnes for den tid, de bruger på de forskellige delelementer:

*”Så det har selvfølgelig en betydning, i hvert fald for os, der sidder her som privatpraktiserende, at, at der er grænser for, hvor meget vi kan arbejde gratis. ... Så der skal være, det skal være prioriteret, at kommunikation, og det er det jo nu. At, at det også er noget, vi skriver på en afregning. Når man har skrevet og brugt tid på at skrive, at det også er med. Og det kan jo blive en barriere, hvis vi ikke har tid til det. Fordi så ville systemet falde ned. Jeg bruger ekstra tid på det”*.

Samtidig er det vigtigt, at tidspunktet for TST-møder meldes ud i god tid, hvis de skal kunne deltage i disse. I forlængelse heraf er det en forudsætning for udbyttet af TST-møderne, at de involverede deltager: *”Så vi forpligter os til at møde... For de taber altså virkelig noget, hvis der mangler nogen”*. Det er ligeledes en forudsætning for udbyttet af TST-møderne, at en mødeleder på forhånd klart har defineret problemstillingerne, og at de enkelte deltagere har forberedt sig, hvilket igen hænger sammen med afsat tid og ressourcer:

*”Jamen, så er det en skarp mødeleder. Altså... og det er en skarp formidling, kortfattet, men præcis formidling af, hvad er problemet, og hvad ser vi hver især. Alle skal sige noget, og vi skal være skarpe på at have overvejet inden, vi skal bruge tid på at forberede os, der skal ligge en ret til at bruge noget tid på at*

*forberede sig, så man også får løn for, fordi ellers så har vi ikke tid til det. Sådan er det jo tit. Så der er lagt noget forberedelse ind, så man er skarp, når man kommer, og ved, hvad er det, jeg skal sige, når min taletid kommer”.*

Derudover er det vigtigt, at der er vilje og afsættes tid til kommunikationen: *”At vi bliver ved at ville kommunikationen, og vi vil tage os tid til det. Altså, at det bliver prioriteret, at, at det er en del af, af den tid, vi bruger”.*

### *Moderatorer*

At de fagprofessionelle kan bruge og bruger de informationer, de får fra samarbejdsparterne via handleplanen, er ifølge de privatpraktiserende en moderator for, om de, der skriver informationerne, bruger deres tid og ressourcer i forbindelse med projektet rigtigt. Det ses i den forbindelse som vigtigt, at det på de tværfaglige møder gøres klart hvilke informationer, de forskellige samarbejdsparter skal bruge, og at der meldes tilbage, hvis der mangler informationer eller oplyses informationer, der ikke bruges:

*”Så jeg tror, det er vigtigt, at der ligger en feedbackmekanisme, hvor vi får snakket om, om det, jeg skriver, har relevans for lægens arbejde, for det kan jeg jo ikke vide. Og om lægen har manglet noget, som jeg burde have sendt. Og det samme gælder kommunen. Så jeg tror, i evalueringerne af projektet undervejs, der bliver det rigtig, rigtig vigtigt, at vi fortæller hinanden, om vi bruger de informationer, vi får, eller vi ikke bruger dem”.*

For projektets fremtidige overlevelse ses det som nødvendigt, at de nye fagprofessionelle, der involveres, er engagerede, og i den forbindelse er det vigtigt, at de, der har været en del af pilotfasen, får videreformidlet projektets relevans og fordele til deres kollegaer:

*”Men man må håbe, at dem, der melder sig ind i projektet, det er nogle, der gerne vil kommunikation og gerne vil ud af deres eget rum, fordi ellers så dør det. Og... og at der er nogle, der kommer til at synes lige så godt om projektet, som jeg gør. Fordi det der ejerskab kommer jo af et engagement, og at man tænker: ”Det her, det er vigtigt”. Så jeg tror simpelthen, jeg håber sådan, at det lykkes os at formidle, hvorfor det her er vigtigt. Og at de erfaringer, vi har gjort, at vi kommer til på et møde at kunne formidle, hvorfor vi synes, det rykker”.*

I forlængelse heraf er det vigtigt, at de nye fagprofessionelle deltager i de tværfaglige møder og får dannet relationer til de andre samarbejdsparter. Den ene privatpraktiserende mener især, at det er vigtigt at få involveret flere psykiatere: *”Og de er så få psykiatere, at de er lidt presset af at komme [...] Altså, jo flere TST’ere, der kommer, så kan jeg godt tænke, det bli-*

ver et... et problem i vores fællesskab, hvis ikke vi kan få flere psykiatere med". Det er en moderator for udbyttet af TST-møderne, at det er flere forskellige fagligheder på møderne. Derfor er det også vigtigt, at fagpersoner, som ikke nødvendigvis er tilknyttet de patienter, der drøftes, deltager i TST-møderne.

Omfanget af handleplanen er en moderator for, om SAD-borgerne vil få noget ud af deres adgang til denne: *"For at der skal, der ikke skal stå for meget. Fordi hvis man er depressionsramt og skal læse på rigtig mange punkter på en handleplan, så går man død i det"*.

Forskning, der kan dokumentere IC-projektets konkrete effekter, er en moderator for den fortsatte opbakning:

*"Altså, jeg kan jo synes, det har bedret noget, men vi må hellere have noget forskning, der også viser det. Altså, vi bruger jo en del penge på det. Og vi skal jo have ressourcer og... effekt til at følges ad. Så... som jeg ser det lige nu, ja, der synes jeg, det burde være tilgængeligt for alle. Men... samfundsøkonomisk er vi jo også nødt til at kigge på det. Der skal vi se, at det skaber en mærkbar bedring"*.

Yderligere er en presset hverdag med andre igangværende tiltag en moderator for hvor meget tid og hvor mange ressourcer, der kan afsættes til IC-projektet. Endvidere er klarhed omkring logistik og antallet af patienter en moderator for, hvor meget tid de privatpraktiserende sætter af til projektet.

## **Kommunalt ansatte**

### *Situationsteori*

De kommunalt ansatte beretter, at der er en stor gruppe sygemeldte borgere inden for SAD-området: *"[...] den gruppe er... udgør en kolossal gruppe i sygedagpengesystemet, som er... som er vanskelig at... eller som det vil være vanskeligt at lave et fornuftigt... udkomme af, kan man sige"*. Flere af disse borgere ender i en fastlås situation uden for arbejdsmarkedet i længere tid, hvilket betyder, at de har meget svært ved at vende tilbage: *"[...] vores opfattelse var nok, for mange blev holdt for længe på... væk fra arbejdsmarkedet med den konsekvens, at vi aldrig fik dem ind igen"*. Dette kan være en konsekvens af lange og uhensigtsmæssige behandlingsforløb, som resulterer i, at der ikke sættes ind tidligt nok, og at nogle borgere sygemeldes uden en diagnose:

*"[...] de gik for længe og ventede på behandling og udredning i psykiatrisektionen, fordi det var ikke... de var egentlig ikke patienter til psykiatrisk afdeling, og der var lange ventetider på kvalificeret udredning hos psykiateren. Så gik de hos*

*de praktiserende læger, så gik de ud på sygedagpenge... så røg de ud fra sygedagpenge, og så blev det nogle lange og dårlige sager. Vi synes... og vi havde også mange af dem, som kom til flexjob og kom til pension, som aldrig nogensinde... altså, hvor det... hvor psykisk lidelse var et issue. De havde aldrig nogensinde været udredt af en psykiater”.*

Som citatet også indikerer, menes de lange behandlingsforløb og til tider manglende diagnoser blandt andet at skyldes lange ventetider på psykiatriske udredninger:

*”Og vi har jo mange gange siddet med nogle situationer, hvor vi har nogle borgere, der er sygemeldt med noget psykisk, og så skal de for eksempel henvises til en psykiater. Og så hedder beskeden: ”Der er to års ventetid på en psykiater”. Jamen, så... så ved vi allerede, hvor langt ude i horisonten det kan ligge, at vi... at vi får flyttet noget her. Og i yderste konsekvens det kan betyde det her med, at borgerne, de bliver helt... helt fastlåste i der, hvor de er, ikke?”.*

De lange og uhensigtsmæssige forløb ses også som en konsekvens af adskilte systemer. Især opleves der en manglende samstemmighed mellem det kommunale system og behandlingssektoren:

*”[...] det var sådan set en fin nok måde at få de bestræbelser, vi gjorde for at få folk i beskæftigelse, til at harmonere lidt bedre med det, de gør i behandlingssektoren... for mange blev sygemeldt, hvor de havde bedre af at have en eller anden tilknytning til arbejdsmarkedet, blive skubbet i gang og sige: ”Jamen, det er sådan set egentlig sådan, verden ser ud for dig fremover.” Det kan være, der er en pause. Nogle uger, en måned, to måneder, det er ikke til at vide, hvor de skulle være sygemeldte, men vi skulle have almen praksis og for den sags skyld også de psykiatere, der udreder, til at spille mere med på beskæftigelsesdelen”.*

Der opleves generelt kommunikationsproblemer på tværs af sektorer og fag. Den eksisterende skriftlige kommunikation med behandlingssektoren i form af attester og anmodninger er langsommelig: *”Der kan så gå to måneder, inden vi kommer med en anmodning. Så går der mindst 14 dage, til vi får anmodningen tilbage”.* Samtidig er det envejskommunikation: *”Det er envejs. Man spørger, og de svarer”.* De kommunalt ansatte oplever i forbindelse hertil, at de til tider må vente længe på informationer, hvilket er med til at forlænge patientforløbene:

*”der har været en irritation til... altså, til stadighed i forhold til, at nogle gange kunne en sag godt sådan vente på: ”Jamen vurderer lægen, at det er til skade for borgeren det her”. Og før man fik spurgt og fik fat i lægen, jamen så kunne tiden igen være gået, hvor det er lille bitte info der faktisk kunne... ikke bremse*

*sagen, men i hvert fald at den ikke kom videre til der, hvor man havde vurderet, den skulle henad. Og det kunne godt tage lang tid*".

Den langsommelige og besværlige kommunikation resulterer i en manglende vidensdeling: *"Og den kommunikation, som lægen, og den viden, han havde, har vi sådan set ikke nogen indsigt i, og vi... kommunikationen var via attester, anmodninger, og det kunne godt tage tid. Og der var... kommunikationen var ikke let i hvert fald"*. Samtidig er de informationer, der så bliver sendt frem og tilbage via den skriftlige kommunikation ikke altid anvendelige:

*"[...] når vi så endelig fik et svar, og det er ikke... det kunne lige så vel være os, der spørger forkert, og... eller lægen, der har misforstået det, så var det nogle gange et svar, man faktisk ikke kunne bruge til noget"*. Den manglende viden om, hvilke informationer samarbejdspartenerne skal bruge, og hvordan spørgsmål og svar skal formuleres, skyldes ifølge de kommunalt ansatte en manglende gensidig indsigt i samarbejdspartnerens arbejde:

*"[...] man jo ikke har så meget styr på hinandens områder, at man ved præcist, hvad er det... hvad er det, der egentlig er behov for, at vi svarer på, ikke? Altså, lægen kan jo ikke vide, hvad er det for en proces, der går forud for, at man kan få et flexjob for eksempel, ikke?"*.

Dette medfører også gensidige misforståelser i den skriftlige kommunikation. En travl hverdag betyder yderligere, at der eksempelvis ikke er tid til at tage direkte kontakt til de praktiserende læger i løbet af deres telefontider og på den måde opnå hurtigere afklaring. Udover den manglende indsigt i og grundlæggende viden om samarbejdspartnerens arbejde påpeges det også, at der mangler respekt og anerkendelse på tværs af fag og sektorer: *"[...] der mangler respekt og anerkendelse af, hvad man laver, og viden om, hvad man laver. Det tror jeg helt bestemt"*. Dette fører også til gensidige stereotype forestillinger om samarbejdspartnerne: *"[...] altså, nu sætter vi tingene på spidsen, der står de jo så en gang bedst. At der kan godt være... "Arh, det er sgu også bare de læger, der sygemelder hele tiden"*. Kommunikations- og samarbejdsproblemerne betyder, at der ikke har været en helhedsorientering i patientforløbene:

*"[...] processen har været ret lang med at få samarbejdet op at køre. Altså, med at... at personerne bliver henvist de relevante steder hen, og at vi får snakket sammen om: hvem gør hvad og sådan nogle ting... så det har været en ret langvarig proces... Så det har været noget med, at der manglede lidt den der helhedsorienterede indsats"*.

Manglende samstemmighed, kommunikation og samarbejde medfører samtidig risiko for u hensigtsmæssige tiltag i patientforløbene, fordi der ikke i tilstrækkelig grad gøres brug af samarbejdspartnerens viden: *"For det, der så sker, det er, i det kommunale system der presser*



man så: ”Okay, de skal hurtigere i gang. Så presser vi alle, og så presser vi også dem, som har skade af at blive presset”.

### *Normativ teori*

De kommunalt ansatte ønsker hurtigere udredning og afklaring omkring borgerne. Dette skal både give mere kvalificerede og kortere behandlingsforløb. Dermed er forhåbningen også kortere sygemeldingsperioder: ”Det er jo det økonomiske incitament for Odense Kommune til at gå ind i det, det er, at sygedagpengeforløbet bliver kortere”. I forlængelse heraf er der også forhåbninger om billigere patientforløb, fordi de bliver kortere: ”Bedre kvalitet for de samme penge og i virkeligheden helst... for færre penge”. Samtidig kan mindre inddragelse af lægekonsulenter give besparelser: ”Den sidste del der med besparelse på lægekonsulenttiden, det er nok bare noget, der er mine egne tanker, eller det kunne man egentlig også godt gøre”.

Brugerinddragelse ligger meget i tiden, og en større inddragelse af og et større ansvar hos borgerne i deres behandlingsforløb kan ifølge de kommunalt ansatte give bedre behandlingsforløb. Større inddragelse og ansvar vil give borgerne en større følelse af kontrol over og styring i deres eget liv:

*”[...] jeg tror, det vil, jeg tror, det giver borgeren helt vildt meget at vide og føle, at de selv har styr på det. Jeg tror, det er det, der har betydet meget for dem. Når de sidder hernede, og de føler, at det er alle mulige andre mennesker, der har indflydelse på deres liv, og at de ikke selv har noget at skulle have sagt”.*

En manglende følelse af kontrol risikerer modsat at forværre deres tilstand. Samtidig er inddragelsen nødvendig af hensyn til ressourcer. Omvendt kan det være svært for SAD-borgerne, der ofte befinder sig i en krise, at håndtere dette ansvar: ”[...] men jeg har så også fornemmelsen nogle gange, at det forvirrer dem. At når de får... ”Nå, okay, det... det var det, jeg skulle derovre, og det skulle jeg derovre, og... ”... det er en balance”.

To af de tre kommunalt ansatte er ikke konkret bekendte med begrebet relationel koordinering, men alle tre er bekendte med og anerkender dets indhold. Hos den ene kommunalt ansatte er forhåbningen, at den relationelle koordinering kan erstatte de mange koordinatore, der er ansat til at koordinere på de forskellige områder, og som har været med til at skabe forskellige virkeligheder inden for de forskellige sektorer:

*”Og man kommer ikke ud over... med alle de koordinatore, så kommer man ikke ud over at skabe virkeligheder inden for hvert koordinatoreområde, hvis man kan sige det sådan. Så har... så har de en virkelighed for den slags koordinatore og en anden virkelighed for en anden slags koordinatore”.*

Ønsket er i relation hertil at undgå forskellige virkeligheder og silotænkning: *”Det skaber silotænkning. Så må vi se, om vi kommer ud over med det her, men... men det kunne da være et håb. Det er i hvert fald det, der er håbet”*. Samtidig skal der skabes en tværfaglig indsigt og forståelse: *”... vi skal have en bedre forståelse for hinandens... hvad hinanden gør, og også hvad hinanden skal gøre”*.

Dette skal skabe grundlag for fælles retning i samarbejdet: *”Vi skal arbejde det samme sted hen. Det skal ikke være sådan, at behandlingssektoren siger: ”Nu skal du sygemelde dig i længere tid”, og vi siger: ”Nu skal du skynde dig at raskmelde dig””*.

### *Virkningsteori*

De kommunalt ansatte mener, at IC-projektet skaber bedre behandlingsforløb for borgerne, fordi der ydes en helhedsorienteret og tidlig indsats:

*”Selv hvis de ikke kommer så meget før ud, så tror jeg, de står stærkere, meget stærkere, fordi at der har været sådan en helhedsorienteret indsats og også en... altså, meget stærk behandlingsindsats fra starten af, som måske kan forhindre, at... at de ryger tilbage i det samme gentagne gange. Og det er jo noget af det, vi ser, er tilfældet for en del af dem, vi har inde i her. Hvis ikke alle. At det er faktisk gentagne sygemeldinger, de har, på den samme lidelse”*.

Der er også en forventning om kortere behandlingsforløb: *”[...] måske skal vi gøre noget hyppigere, men vi kan jo så håbe, at det bliver opvejet af, at det bliver kortere”*. Samtidig skabes der en større troværdighed over for borgerne, fordi de oplever, at der samarbejdes, når de forskellige systemer i fællesskab tager stilling til borgerens behandlingsforløb og på den baggrund kommer med en anbefaling: *”Når det er en samlet... kommune, psykolog og læge, der siger: ”Det her tror vi på, du kan. Eller... nu er du ved at være klar”*. Så tror jeg også, *det... mest af alt får folk selv til at tro på det. Det ville være mere troværdigt”*.

Der er blandt de kommunalt ansatte en smule varierende holdninger til, hvor meget den elektroniske handleplan indtil videre har kunnet bidrage med. Den ene mener, at fokus indtil nu har været på det rent tekniske frem for kommunikationen:

*”[...] handleplanen har ikke givet så meget endnu. Altså, det er mere med, at man har set, om den rent teknisk fungerer, mere end man har set på indholdet i den kommunikation, der er fra den ene til den anden. Og jeg ved ikke, hvor meget fælles plan, der er, og jeg ved ikke, hvor meget patienten selv er blevet hovedfigur og... en, som tager, hvad skal man sige, planen på sig”*.

De to andre kommunalt ansatte har i højere grad oplevet, at handleplanen har kunnet give overblik over, hvad samarbejdsparterne tænker og skriver, og har givet mulighed for at kommunikere tilbage: *”Men stadigvæk så skriver vi inde, og jeg kan gå ind og se: ”Nu har lægen skrevet det. Godt. Jeg skriver det, og...”*. Der opleves imidlertid stadig nogle tekniske mangler:

*”Vi er stadigvæk ikke kommet ind omkring den der advis endnu, som... vi efterlyser. Det er ekstrem vigtigt, at når der så skete noget, så skal vi kunne sende en advis, at... vi... eller læge, psykolog lige skal være opmærksom på det her. Den der funktion er der altså ikke endnu. De arbejder stadigvæk med den”*.

Til gengæld er der hos de kommunalt ansatte overvejende generelt forventninger til, hvad handleplanen fremadrettet vil kunne bidrage med. Det forventes, at den vil skabe en planlægning af patientforløbene via bedre koordinering af og timing mellem tiltagene fra den kommunale sektor og behandlingssektoren:

*”Så vi kan komme med tilbuddene på det tidspunkt, hvor det er relevant og ikke: ”Nu skal du til at i gang med noget arbejde, og så... Nu skal du til at i gang med noget aktivitet, nu tror vi, at du er klar til det”. Så får man motiveret... så lægen motiveret patienten til det, og så kommer vi ikke med noget tilbud før to måneder efter. Det ødelægger... det tror jeg, at den fælles... eller den der, handleplanen kan være med til”*.

Dermed kan de forskellige sektorer i højere grad være med til at understøtte hinanden i arbejdet med borgerne. Den forbedrede koordinering og timing forventes at opstå, fordi handleplanen giver mulighed i højere grad at sende de rigtige informationer til den rette samarbejdspartner på det rette tidspunkt. Der er til gengæld ikke forventninger til, at handleplanen i sig selv vil påvirke indholdet af informationerne positivt: *”Så får vi den information, vi skal, lige på det tidspunkt, vi skal have det. Jeg tror ikke, indholdet af informationen nødvendigvis er bedre”*.

Borgerens adgang til handleplanen vil give dem følelsen af kontrol og at blive inddraget og lyttet til og vil mindske eventuelle bekymringer om, hvad samarbejdsparterne drøfter omkring deres situation: *”Men jeg synes, det er rigtig vigtigt, at de har muligheden for det, så de netop ikke får den der følelse af, at der er nogle, der tager nogle beslutninger på nogle møder, hvor jeg ikke er der”*. Borgeradgangen menes til gengæld at skabe behov for at arbejde med handleplanens indhold og samarbejdspartneres formuleringer.

Handleplanen er ifølge de kommunalt ansatte mere velegnet til kommunikationen mellem samarbejdsparterne i løbet af borgernes behandlingsforløb end attestsamarbejdet, som den i

stort omfang forventes at kunne erstatte. For at opnå det forventede udbytte af handleplanen i form af forbedret koordinering og timing, der kan overflødiggøre en stor del af attestsamarbejdet, er det nødvendigt, at handleplanen understøttes af TST-møderne. Møderne skal nemlig bidrage med afklaring af, hvilke informationer samarbejdsparterne skal bruge, og hvornår de skal bruge dem:

*"[...] der er der jo ikke nogen grund til at tro, at det, der står i den, skulle være bedre, hvis det ikke var fordi, vi også havde TST'erne til at sige: "Jamen, hvad er det så, vi mangler? Hvad er det, vi skal bruge?". Det, som jeg tror, det her er bedre end STS-samarbejdet, det er, at det giver en langt bedre timing. Altså... vi får informationen, når vi har brug for det".*

Der er hos de kommunalt ansatte et positivt syn på IC-projektets tværfaglige møder. Der opleves en stor vilje til at samarbejde og at opnå et fælles grundlag på møderne, hvilket har skabt begejstring hos de kommunalt ansatte: *"Det har jeg sådan en fornemmelse af, at det nogle gange kan gøre, jeg er blevet sådan helt sådan høj af, når vi har været derinde, at alle har et ønske om: det her, det skal virke".* Begejstringen kommer også af, at de kommunalt ansatte føler, at de gennem arbejdsgruppemøderne mod forventning har fået indflydelse på IC-modellens udformning:

*"Jeg tænkte, at noget skal ske. Jeg tror, jeg tror virkelig, det var det, jeg tænkte. Altså, det... "Endeligt sker der noget på det her område, som vi har... sukket efter og forhåbentligvis kan vi få lov til at komme til orde bare", havde jeg en forestilling om. At vi så var med hele den skabende proces, det var totalt optur."*

Der opleves en åbenhed på TST-møderne, hvor der er plads til uenighed og misforståelser: *"Fordi der er sådan en vis åbenhed i det og en vis forståelse for, at... "Hov, det skulle jeg nok ikke lige have sagt", og man kan nærmest trække det tilbage igen. Og jeg synes egentlig, de er foregået i god ånd. Og folk... jeg tror, man får noget ud af det".* De tværfaglige møder giver mulighed for at udvikle personligt kendskab til samarbejdsparterne, hvilket danner grundlag for en større forståelse og respekt på tværs af fag og sektorer:

*"[...] så er vi meget mere afslappede, og det ved jeg ikke, om det bare er, fordi man lærer hinanden at kende, men jeg fornemmer også, der kommer større forståelse for... og qua det, der kommer respekten vel også, men... altså, hvor vi bare snakker, altså... uden at have sådan, at... "Kommunen...". Altså, man kunne, jeg kunne godt fornemme den lidt til at starte med..."*

Det personlige kendskab giver en større tryghed ved samarbejdspartnerne, fordi man ved, hvem de er, og derudover medfører den større forståelse også viden om, hvilke informationer samarbejdspartnerne har brug for:

*”Jeg har hørt hende snakke, jeg har hørt hendes... hvordan hun snakker om borgere, om ting, og... og hvad hun mangler af viden. Så på en eller anden måde... før der sendte jeg et stykke papir... af sted eller en anmodning ud i cyberspace, og jeg anede i virkeligheden ikke, hvad... hvem der var derude. Måske det heller ikke har nogen betydning, men jeg tror nu alligevel, det har, at man lige har... set eller i hvert fald en forståelse for hinanden, og den havde vi vist ikke. Der var det kommunen, der spurgte læge, læge svarer kommunen”.*

De kommunalt ansatte oplever i forlængelse af ovenstående færre barrierer mellem samarbejdspartnerne fra forskellige fag og sektorer. Yderligere betyder det personlige kendskab, at samarbejdspartner modsat tidligere tager direkte kontakt til hinanden. Den større forståelse bygger også på en konkret indsigt i og anerkendelse af, hvilke strukturer og begrænsninger der ligger i samarbejdspartnerens arbejde:

*”[...] de får indsigt i: ”Okay. Nå, det er sådan, det ser ud fremadrettet. Det er derfor, det er så vigtigt for dem, at de får de der oplysninger så hurtigt, fordi nu er der varighedstidspunkt eller revurderingstidspunkt allerede på det her tidspunkt” og sådan, ikke? Altså, det betyder rigtig meget, fordi ellers så kunne de jo godt sidde og ikke at vide, hvorfor er det så vigtigt, og hvorfor rykker de for det der hele tiden [...]”.*

Samtidig giver møderne mulighed for en større vidensdeling og udveksling af informationer, som de kommunalt ansatte ikke ville få fra borgeren: *”[...] hvor de kan være begrænset, borgerne, hvad de egentligt fortæller os. Fordi måske det er noget andet at komme ind på kommunen end at gå ned til sin psykolog”.* Som en del af vidensdelingen gives der også en større indsigt i samarbejdspartnerens konkrete tilbud og handlemuligheder, og den gensidige og forståelse giver plads til, at alle kan byde ind:

*”[...] du ved, hvad det er, de har at byde ind med, og lige pludselig så kan en fra arbejdsmiljømedicinsk klinik sige: ”Jamen, det kunne jeg da egentlig godt hjælpe med det her. Det har vi da et tilbud, der passer til”. Hvor vi... ”Hold da op. Har du det?”. Altså, ikke, det... vidensdeling og... igen den der: ”Vi vil det samme, og vi har hver noget at byde ind med, og jeg lytter også til det, du siger, og har respekt for det, og jeg kommer med mit”. Det... det tænker jeg, det er så vigtigt i forhold til borgerne.”*

Det personlige kendskab, der opnås på møderne, betyder, at der modsat tidligere er tillid til samarbejdsparterne og deres kompetencer. Samtidig opleves de informationer, der udveksles i kommunikationen mellem dem, som mere kvalificerede på grund af den større tværfaglige og -sektorielle indsigt:

*”Altså, alene det, at man ved, nu har man et godt samarbejde med de læger, det vil gøre, at man... ”Nå, men det er de læger, der har med Integrated Care at gøre... Nå, men så er det sgu nok...”. Altså, så vil de have en større tillid til det produkt, der kommer fra dem. Og det produkt, der kommer fra dem, vil også have en større kvalitet”.*

Det opleves som en klar tidsbesparelse, at samarbejdsparterne på TST-møderne bliver enige om en fælles plan for og tilgang til borgernes behandlingsforløb:

*”Det kan erstatte mange timers arbejde, at man sætter sig ned og bruger 10-15 minutter på at blive enige, om: ”Hvordan løser vi de her problematikker? Hvad anser vi som... som udfordringerne i det her? Og hvordan løser vi dem? Og hvad... ””.*

Den fælles plan og tilgang betyder også, at borgerne ikke påvirkes af eventuelle uenigheder samarbejdsparterne imellem, fordi de er afklaret på møderne: *”Men så har vi jo forhåbentligt de her TST-møder, hvor vi så kan blive enige om: ”Jamen, hvad er det så, vi gør...”. Så borgere ikke oplever den der... store tvedeling, eller hvad man skal sige, uenighed”.* På trods af uenigheder på møderne opleves der ikke at være den store forskel på, hvordan samarbejdsparterne i de forskellige sektorer ser på borgerne inden for SAD-gruppen: *”Og så viser det jo sig pudsigt nok, at vi faktisk i virkeligheden... tænker nogenlunde det samme om borgerne”.* Der er yderligere en fornemmelse af, at større tillid, fælles forståelse og bedre kommunikation mellem samarbejdsparterne vil kunne betyde, at man i den kommunale sektor vil være mindre afhængig af lægekonsulenthjælp, fordi man i højere grad får de informationer, man skal bruge, direkte fra behandlerne:

*”Man kan sige: ”Jamen, vi har ikke behov for samme mængde lægekonsulent, fordi vi får det korrekte svar, eller vi får det svar, vi skal bruge, og det har den anvendelighed i den kommunale... sektor, så vi ikke behøver at spørge vores egen lægekonsulent og derved trække sagen i langdrag””.*

Der er en forventning om, at dette vil bidrage til mere smidige og mindre langtrukne patientforløb.

Det er vigtigt, at det er de praktiserende læger, der er tovholder og omdrejningspunkt i forbindelse med TST-møderne: *”Det er klart, at de skal kunne melde nogle sager ind, men jeg synes*

*stadigvæk, det er den praktiserende læge, der skal være tovholder og ankermand i det. Så det er dem... så det er dem, der er omdrejningspunktet for det". Omvendt skal alle involverede have mulighed for at tage nogle patienter op: "Vi skal alle have lov til at komme med nogle, fordi det... jeg tror, det er der, vi... det er der, vi lærer af hinanden og siger: "Jamen, hvorfor tog de den sag med? Nå, det var det, de ikke kunne forstå".*

De kommunalt ansatte mener, at TST-møderne skal omhandle konkrete patientforløb: "[...] det er ikke formidling af generel viden, men det er... men det er, hvordan man applicerer den viden, man har, i konkrete sager". Samtidig er det de forløb, hvor der opleves udfordringer og flere problemstillinger, der skal drøftes: "Altså, jeg tænker, hvis man har sat et forløb i gang, hvor det egentligt kører, og det går rigtig godt fremad, så er det ikke...".

De kommunalt ansatte oplever, at det i lige så høj er nysygemeldte, der inkluderes på de praktiserende lægers eget initiativ, som det er borgere, der står på stratificeringslisten, der fra SAD-gruppen inkluderes i IC-projektet: "Det er det i hvert fald mindst lige så meget dem, vi får på lægens foranledning, som det er stratificeringen. Altså, stratificeringen, det er jo dem for at finde risikofaktorer".

Hos de kommunalt ansatte er der en tro på, at projektet lettere vil kunne hjælpe de nysygemeldte sammenlignet med de borgere, der har været sygemeldt i længere tid: "Og det vil måske nok ofte... eller for nogles vedkommende i hvert fald være tungere. Det, som vi har... det, som, jeg tror, flytter noget, det er meget for dem, som er nysygemeldte". Den ene kommunalt ansatte beretter, at denne i få tilfælde har undret sig over inkluderingen af en borger: "[...] der er i hvert fald en borger, jeg... fra min, hvor jeg kan tænke: "Det var sgu lidt pudsigt, han var med i den". Men det var, fordi man lavede jo også om på... til at starte med skulle det jo være de ny- eller førsygemeldte".

Ifølge de kommunalt ansatte er det primært i begyndelsen, at det er nødvendigt at investere ressourcer i projektet. Det er især det tekniske omkring de nye systemer, der kræver ressourcer. Imidlertid er der ikke en oplevelse af, at projektet samlet set kræver flere ressourcer af de kommunalt ansatte:

*"Jeg vil sige, jeg vil sige for mig i forhold til det rent tekniske, så har det kostet ressourcer, ja. Det har det. Til gengæld så vil jeg sige, jeg har langt større føling med de her borgere, og hvor de er henne, og "Hvor er det, vi skal hen?" ... end jeg ellers ville have i dem. Så man kan sige, at... altså, jeg føler ikke, at jeg bruger ekstra ressourcer på det".*

Og selv om det tekniske kræver ressourcer, mener de kommunalt ansatte, at det er værd at investere ressourcerne i projektet: "Og det gør det bare. Men det er bestemt det hele værd.

*Men det var... det kunne godt være lidt tungt det der med at: "Skal den falde ned, eller skal den gå hen, eller... henvise til en anden? Og...".*

Dette skyldes, at de kommunalt ansatte er mere afklarede omkring borgernes behandlingsforløb og retningen for dem, da de hurtigere får de nødvendige oplysninger, hvilket kan spare nogle ressourcer sammenlignet med tidligere: *"[...] så det kan give noget energi, og det sparer nogle ressourcer i forhold til at skulle undersøge eller ringe til den og sådan og sådan... "Hvor er vi henne?", ikke?"*.

Der er hos de kommunalt ansatte en udpræget positiv holdning til de hurtigere psykiatriske udredninger og den gratis psykologbehandling for de SAD-patienter, der som konkrete tiltag er inkluderet i projektet:

*"Det kan vi jo se på... på borgerne. Altså, det der med, at bare de kommer til psykologen med det samme. Og at...at de kommer der så forholdsvis ofte, som de gør, og sådan nogle ting, det rykker rigtig meget. Altså, det rykker... de... de kan flytte sig lige fra starten af. Og også det der med... med ventetiden i forhold til psykiatere, og at der lige kommer den vurdering ind over: "Er der egentligt noget psykiatrisk, når vi skal sætte... altså noget behandling i gang i forhold til... eller er det ikke nødvendigt? Er det bare psykolog, læge, måske noget... antidepressiv medicinsk behandling?", ikke også?"*

Der er hos de kommunalt ansatte en oplevelse af, at de erfaringer, der bliver gjort i forbindelse med IC-projektet, vil have gode chancer for at have en afsmittende effekt tilbage i den kommunale organisation og påvirke ikke-involverede kommunalt ansatte. Modsat menes det ikke, at denne afsmittende effekt tilbage i organisationen og påvirkning af ikke-involverede vil finde sted i inden for behandlernes faggrupper – eksempelvis fordi de privatpraktiserende befinder sig i mindre og mere isolerede organisationer:

*"Netop fordi det er isolerede praksis, som intet har med hinanden at gøre. Hvorimod at sygedagpengeafsnittet det ikke er isolerede sagsbehandlinger, det er et afsnit. Så der tror jeg, det har, får en afsmittende effekt i kommunen, men ikke afsmittende effekt ud over rampen på almen praksis og for så vidt heller ikke for de psykiatere, som ikke er med".*

Den afsmittende effekt i den kommunale organisation eksemplificeres ved, at en af de kommunalt ansatte forsøger at inddrage sine kollegaer, der ikke er involveret i projektet, i TST-møder:

*"I bliver nødt til at komme og opleve, hvordan det er at sidde, og vi alle sammen... er i spil". Og man har... jeg var lige ved... det lyder forkert, men man*



*har sænket paraderne på en eller anden måde... jeg ved ikke, jeg har shangha-jet, efterhånden, et par stykker, jeg synes, der skal med. Altså, alle burde prøve at se, hvad det er”.*

### *Kontekstuelle faktorer*

Det påpeges af de kommunalt ansatte som en forudsætning for den tidlige indsats, at samarbejdsparterne er fleksible og parate til at træde hurtigt til, da der ikke altid vil være tid til planlægning, når et behandlingsforløb hurtigt skal sættes i gang: *”Det kræver, at vi er mere fleksible. Det gør det”.*

### *Moderatorer*

Hvis IC-modellen i fremtiden skal benyttes i forhold til alle sygemeldte er det ifølge de kommunalt ansatte afgørende, at de forskellige digitale systemer er gearede til det og kan understøtte hinanden. Antallet af indsatsområder, hvor projektet benyttes ud over DÆMP- og SAD-området, vil være en moderator for overskueligheden i projektet og dets ressourceforbrug: *”[...] det, der kan være vanskeligt med det her, med sådan noget som Integrated Care, det er, at hvis man har det her på mange områder, så bliver det jo svært og uoverskueligt”.*

Det er nødvendigt at investere en del ressourcer i projektets begyndelse, hvis de involverede skal vænne sig til projektet og den nye måde at (sam)arbejde på: *”Det er bare en anden måde at arbejde på, som man skal vænne sig til. I starten er den ressourcetung, men når man ved, at det er sådan, man gør, så tror jeg sgu ikke, det er så slemt”.* Derudover er antallet af TST-møder en moderator for, hvor ressourcekrævende projektet er. Det er nødvendigt, at der ikke er for mange af disse, hvis projektet ikke skal blive for tidskrævende:

*”Altså, i starten var der jo lagt op til, at der skulle en 10-12 TST’ere om året. Nu tror jeg, at vi er nede på, at der skal være fire eller sådan noget engang... pr. læge. I hvert fald noget mindre. Og jeg tror ikke, det kan være mere end det, hvis vi skal til at være med. Også fordi, hvis der nu... bliver det her nu den gripende succes, som vi håber på, og så det kommer til at dreje sig om flere patientgrupper også. Så har de jo aldrig tid til at være læger også”.*

Placeringen af TST-møderne er en moderator for de kommunalt ansattes deltagelse:

*”Men hvis der lige pludselig ligger helt vildt mange møder udover normal arbejdstid og sådan nogle ting der, ikke? Det tror jeg ikke, at mit privatliv kunne håndtere i hvert fald”.* Det er i relation hertil vigtigt, at der er klarhed omkring

logistikken i forhold til TST-møderne: *”Det, der bliver det sværeste, det bliver logistikken, hvis mange læger deltager. Og alle de der TST’ere”*.

I forhold til ressourceforbruget og udbyttet af de tværfaglige møder ses det som vigtigt, at deltagerantallet ikke bliver for stort, og at indholdet på møderne ikke bliver omfattende:

*”[...] så det er slet ikke sådan, at jeg ikke overhovedet kan koncentrere mig om noget, om andet end det, jeg selv er involveret i, men det skal bare ikke være... 50 andre af mine kollegaer, der skal gennemgå på den måde, så... så det skal gennemtænkes godt, hvordan de egentligt skal køre de der møder”*.

Det er ligeledes vigtigt, at det er de samme personer, der deltager, fordi det personlige kendskab som beskrevet tidligere er afgørende. I den forbindelse er tid en moderator for det personlige kendskab, som danner grundlag for åben dialog og gensidig respekt, da det tager tid at lære de andre fagpersoner at kende. Derudover er det afgørende, at alle føler sig ligeværdige og bliver hørt: *”[...] det er vigtigt, at den mødeleder, der er, er så fuldt bevidst om, at alle omkring bordet er lige på en eller anden måde og også bliver hørt”*.

I forhold til den elektroniske handleplan opleves det som vigtigt, at samarbejdspartnerne er enige om, hvor meget der og hvad der skal skrives, og hvor det skal skrives henne: *”[...] men også at blive enige om, hvor skal man skrive hvad, og hvor kigger man henne, og hvad sker der, hvis man afslutter den, og skal man så starte en ny og sådan”*. Omkring handleplanen som erstatning for attestsamarbejdet er det i forlængelse heraf nødvendigt, at behandlerne i handleplanen skriver de oplysninger, som de kommunalt ansatte skal bruge for at leve op til lovkravene: *”Fordi jeg skal også hele tiden have fokus på, hvad er det, jeg har brug for, for at dokumentere en fortsat sygemelding”*. Udveksling af relevante oplysninger er også afgørende i forhold til, om der iværksættes de rette tiltag og gives de rigtige tilbud i borgernes forløb: *”Men det kan jo være noget, der gør en forskel i forhold til, hvad borgeren kan præstere ude i det tilbud, jeg nu har sendt dem ud i”*. Hvis handleplanen endvidere blev integreret med de kommunalt ansattes egne systemer, ville det gøre deres arbejdsgang lettere: *”Så kunne du også på en anden måde strukturere din dag og de der relevante opfølgninger, som man så også har fokus på”*.

En travl hverdag er en moderator for, hvor mange ressourcer den enkelte kommunalt ansatte kan bruge på projektet: *”Altså, så det er ikke noget... altså, jeg bare lige... har tid til lige at gå ind og lige tjekke op på: ”Hvad sker der her?”. Det har jeg simpelthen ikke”*.

Konkrete tiltag i form af eksempelvis gratis psykologbehandling menes at være afgørende for, om IC-modellen vil have samme effekter andre steder fremadrettet: *”Og man kan sige i for-*

*hold til, når man skal evaluere, så er det lidt en snydeting, fordi det gør jo, at folk nemmere kan få en behandling, end de kunne, hvis de havde fuldt et andet system”.*

Det er ifølge de kommunalt ansatte afgørende, at flere i den kommunale organisation inkluderes i IC-projektet, da ting som sygdom og omrokinger ellers vil kunne sætte samarbejdet tilbage, fordi de kommunalt ansattes kollegaer ikke er sat ind i IC-modellen:

*”Og nu er vi kun to, der er på Integrated Care. Så hvis jeg nu er i en eller anden situation, hvor en af mine kollegaer skal ind og lave en opfølgning, hvis jeg er syg en eller anden dag, så sidder de og kigger sådan, tænker: ”Hvorfor er der ingen lægeoplysninger på den her sag?”, ikke?”.*

Samtidig er det nødvendigt, at de, der inkluderes i IC-projektet, opnår det nødvendige kendskab til projektet og den tilstrækkelige erfaring med det tværfaglige arbejde. Derudover er det vigtigt, at alle involverede faggrupper engagerer sig i arbejdet med IC-projektet. Den ene kommunalt ansatte har tidligere været bekymret for de praktiserende lægers engagement, men mener, at det nu i højere grad er de privatpraktiserende psykiatere, der holder sig tilbage. Dette menes at kunne skyldes, at man i IC-projektet blander sig i tilrettelægningen af deres arbejde: *”Jeg tror måske netop, det er derfor. Der er nogle, der går ind og blander sig i, hvordan deres arbejde skal tilrettelægges”.* På den måde kan aftalerne med de enkelte faggrupper også betragtes som en moderator for projektets succes.

### **4.3 Projektledelsen**

#### *Situationsteori*

Kommunalreformen i 2007 menes at have bidraget til en ny og bredere forståelse af sundhedsvæsenet, hvor sygehusene i højere grad skulle suppleres af andre samarbejdsparter i form af almen praksis og kommune i håndtering af patienters problemstillinger:

*”Der er jo først inden for de senere år, vi er begyndt at tale om sundhedsvæsen som både kommune og praksis og sygehus, ellers førhen, og det var så sågar nogle nationale politikker{e}, der mente, det var sygehusene, og der er vi efterhånden fået en bredere forståelse af, at sygehusene kan ikke stå alene, de laver en dygtig specificeret opgave, men vi skulle jo gerne have håndteret mange problemstillinger, før patienterne bliver så syge, så det handler også om at tage hånd om problemerne i et samarbejde med den viden, vi hver især har, før problemerne bliver for store”.*

Modellen, kommunalreformen førte med sig, har ifølge de tre medlemmer af projektledelsen ikke medført et optimalt fungerende samarbejde. De definerede roller og ansvar har haft en

afgrænsende effekt, da de fagprofessionelle i de forskellige systemer har fokus på deres egne roller og ansvarsområder i forhold til patientforløbene, og når deres del af opgaven er udført, sendes opgaven videre til den næste part. Dette fastholder adskilte systemer og modvirker sammenhængende patientforløb, imens patienten ikke sættes i centrum:

*”[...] der kunne jeg se, at den måde, vi arbejdede på parterne i mellem, den var meget, hvad kan man sige, adskilt fra hinanden, ud fra en systemfaglig tænkning, i stedet for egentlig patienten i centrum. I har også kaldt det en stafetmodel, vi har været meget afgrænset i, hvad hver vores roller og ansvar var, det har vi været optaget af efter kommunalreformen i 2007, og får {at få} defineret, hvem havde hvilket ansvar og hvilken rolle, og så når vi har gjort vores del af opgaven, så gav vi stafetten videre til den næste. Og det får vi ikke, hvad kan man sige, særligt sammenhængende forløb af [...]”.*

Der er en oplevelse af, at samarbejdsparterne inden projektet er blevet bedre til at kommunikere på tværs, men der menes stadig at være behov for yderligere tiltag, da eksisterende forløbsprogrammer ikke har skabt grundlaget for velkoordinerede, velgennemførte og korte forløb:

*”Vi er blevet rigtig gode til at kommunikere med hinanden, ikke mindst understøttet af de elektroniske muligheder, vi har, men vi mangler, hvad skal man sige, nogle modeller der kan føre os i mål i forhold til, vi kan få nogle integreret og nogle velkoordineret, velplanlagte og velgennemførte forløb for vores borgere [...] {vi} har draget nogle erfaringer med at lave forløbsprogrammer, primært for kroniske, borgere med kroniske lidelser, og der må vi sige, at de ikke har kunnet bringe os helt i mål i forhold til at få lavet de her forløb, hvor man sådan over en bred kam kan sige, det fungerer rigtig godt samarbejdet er på plads, der er koordineret, det er effektivt, og vi formår i øvrigt at opspore og identificere sygdomme eller tegn på sygdom på et så tidligt tidspunkt som muligt, således at interventionen bliver så skånsom og effektiv som muligt”.*

Behovet for nye tiltag bunder i forhold til DÆMP-området i en stigende andel af ældre borgere og for begge områder i strammere krav til budgettet på sundhedsområdet: *”[...] den sundhedsudfordring, som vi kan se, fremtiden kommer til at byde os med flere ældre borgere og med et sundhedsvæsen, der skal holdes inden for en økonomi [...]”.* Samtidig er der et behov for nytænkning i forhold til håndtering af sygemeldte i arbejdsmarkedssystemet, der eksempelvis menes at have svært ved at håndtere borgere inden for SAD-gruppen:

*”Hvor man kan sige, at det her handler også om at få at spot på, hvordan vi egentlig håndterer syge borgere i vores arbejdsmarkedssystem, som på det tidspunkt var enormt bundet op på, hvornår er det, vi skal udbetale en ydelse, og hvornår skifter den ydelse karakter til en ny ydelse. Der er bare ikke ret meget hjælp at hente for en borger, der er syg på grund af angst eller depression i sådan et system. Så det var også et forsøg på at presse vores arbejdsmarkedssystem internt, og sige, vi bliver simpelthen nødt til at gøre noget andet, vi genererer patienter til os selv”.*

Der har i forlængelse heraf generelt været med problemer at få skabt de rette forløb for borgerne i SAD-gruppen, der ofte vender tilbage i systemerne, samtidig med at deres tilstand forværres: *”[...] i forhold til borgere med stress, angst og depression, det havde været en ongoing problematik, i hvert fald i de kommunale lægelige udvalg, hvor kommunen samarbejder med almen praksis, omkring den her målgruppe, de var rigtig svære at få skabt nogle fornuftige løsninger for, de blev ved med at vende tilbage i systemet, dårligere og dårligere”.*

På trods af mange tiltag rettet mod borgerne i DÆMP-gruppen er det heller ikke lykket at få skabt de rette, sammenhængende forløb for denne store gruppe borgere:

*”Den ældre medicinske patient er jo en af dem, hvor der er rigtig meget volumen i, og der har været rigtig meget fokus på den, og der kommer rigtig mange vejledninger og alt muligt, og der er blevet forsket meget i den gruppe. Og alligevel så står vi stadig overfor en del af de her ældre skrøbelige, hvor vi må sige, at vi som system spiller fallit, når vi ikke formår at kommunikere tilstrækkeligt flydende og skabe et tilstrækkeligt sammenhængende system”.*

Derudover berettes der om rekrutteringsproblemer på psykiatriområdet, hvilket betyder, at der er færre ressourcer at trække på i forhold til SAD-borgere med tilbagevendende problemer.

### *Normativ teori*

Der er hos medlemmerne af projektledelsen et ønske om både mere sammenhængende og kortere patientforløb: *”Og det får vi ikke, hvad kan man sige, særligt sammenhængende forløb af, som omvendt også har været et mål og et formål og have kortere forløb, så der var brug for at gøre noget andet”.* Samtidig menes regionen generelt at være udkig efter metoder, der kan fremme samarbejde: *”[...] ramte Region Syddanmark på et rigtig godt tidspunkt. Vi er sådan løbende på udkig efter modeller og metoder, der kan udvikle samarbejdet op tvært {på tværs} og internt i sektorende {sektorerne}”.* I forhold til samarbejdet er der et ønske om at skabe nye kulturer og relationer på tværs af fag og sektorer:

*”Og vi ved, der er forskellige fagkulturer, vi ved, der er myter omkring hinanden. Og derfor så handler det om at få skabt nye kulturer og skabe nye relationer og få det bygget op, og få skabt nogle nye historier, som kunne brede sig til egen række, og dermed være med til at nedbryde fordomme”.*

Det er især relationel koordinering, der skal bidrage til opbygningen af relationer, og derigennem en højere grad af koordinering og mere sammenhængende patientforløb:

*”[...] for at vi skal skabe et sammengængende forløb sammen med patienten, så er vi nødt til at bygge relationer op på en ny og anderledes måde i blandt vores frontpersonale, og det er den koordinering blandt mennesker, der skal ske, og det hænger utroligt godt sammen med Kils {Gittels} teori omkring relationel koordinering”.*

Den relationelle koordinering forventes at opstå, når fagpersonerne sættes sammen om en fælles opgave: *”Så derfor er der masser af erfaring, der tilsiger, at når man går ind og slår mennesker sammen og giver dem en fælles opgave, så sker der noget nyt”.*

Der ses også behov for metoder, der kan vurdere risici og begyndende sygdom hos borgerne, hvilket skal danne grundlag for den ønskede, velkoordinerede indsats, hvor der sættes tidligere ind, og hvor de rigtige fagpersoner og deres kompetencer bringes i spil på det rigtige tidspunkt:

*”[...] det er rigtig spændende også at få bragt psykiatrien ind i det her, og nogle nye metoder til, hvordan vi så må sige kan opspore og lave en koordineret tidlig indsats for vore borgere med begyndende psykiatriske udfordringer. Det her handler også om at møde den udfordring, der er i fremtiden. Det handler også om i langt større udstrækning at finde nogle metoder, hvor vi kan opspore risiko for eller begyndende sygdom, som med tiden ville blive behandlingskrævende, så tidligt som muligt”.*

Der er især ønske om at sætte tidligt ind i forhold til stress på trods af skepsis:

*”Lige præcis det der omkring stress, det har vi diskuteret meget undervejs, hvor partnere og projektorganisationen synes, det var en alt for fluffy størrelse, og det var i øvrigt ikke en diagnose, så vi skulle ikke have stress med. Men det er altså et faktum, at der er mange, der bliver sygemeldt med stress, og det udvikler sig til angst og depression, og i og med vi gerne vil lave en tidlig indsats, og der er et samfunds og et samfundsøkonomisk problem, stress, så har vi holdt fast i, at det også var noget af det, der skulle håndteres”.*

## *Virkningsteori*

IC-modellen er inspireret af den model, der benyttes i London, og er bygget op omkring samme syv delelementer, men tilpasset danske forhold:

*”[...] vi har taget de syv elementer fra samarbejdsmodellen, men hvordan de udmønstres de syv elementer, det har vi jo taget og gjort på vores egen måde fra scratch af. Den måde, vi har lavet data Warehouse på, den måde, vi stratificerer på, den måde, vi laver TST'er på, de er forskellige, for der har vi skabt det på vores eget. Det er mere, at de syv elementer er til stede, det er mere det, vi har kopieret”.*

Modellen forventes igennem de syv delelementer at udfordre den eksisterende opdeling mellem både sektorer og fag:

*”[...] hele grundtanken i modellen har jo været alment gældende, vi deler relevant information, vi inkluderer ud fra den information, og ud fra de faglige rammer inkludere{s} de relevante borgere, vi lægger en plan, vi udfører planen, og i det omfang planen har behov for at blive drøftet på tværs, der drøfter vi det på tværs, og så evaluerer vi. Så den model er i min optik universal gældende som den, der kan være inde og gøre op med den her sektordannelse”.*

Det gælder ikke kun den formelle, men også den uformelle opdeling:

*”[...] det, der er spændene i det her projekt, det er, at det i modsætning til stafetmodellen er inde og udfordrer den sektordeling, der er. Ikke kun formelt, men også i den tænkning, der {er} hos os selv og det personale, der møder borgeren/patienten”.*

Opdelingen af både sektorer og fag udfordres eksempelvis af, at det ikke kun er borgernes sundhed, der skal tages i betragtning, men deres ressourcer generelt:

*”[...] bare allerede det, at det har ligget som et krav, at {de} har skullet lave denne her stratificeringsmodel, altså definere inklusionskriterierne for, hvem der ud fra en teknisk stratificering er inde i projektet eller ude af projektet. Det er i sig selv går en {ind} og udfordrer, at de skal adressere, hvad er det, der definerer, at en borger i det her projekt kan defineres som en ældre medicinsk patient, jamen, der {er} selvfølgelig noget med sygdoms- og sundhedsbilledet, der er noget med kompleksiteten med, der er også noget med det netværk, borgeren har, altså er vedkommende en enlig ældre mand eksempelvis, eller en gift kvinde, der har relativt store ressourcer. Jamen, det har nødvendigvis ikke noget med sygdomsbilledet at gøre, men det har med nogle andre ting”.*

IC-modellen er videre med til at bringe samarbejdspartnerne sammen, ligesom den bidrager med en fælles plan for borgeren og tværfaglig vidensdeling:

*”[...] når vi valgte den, så er det, fordi den udfordrer stafetmodellen, den gør jo op med stafetmodellen, fordi den bringer parterne sammen, der er en plan for borgeren og man deler viden i de tværfaktuelle teams. Så den gav jo svar på mange af de udfordringer, vi havde identificeret og stod overfor”.*

De nye kommunikationssystemer menes modsat den tidligere model at give mulighed for, at de forskellige systemer inddrages, når patienten har behov for det i stedet for på forhånd fastlagte tidspunkter:

*”[...] lige præcis der, hvor vi afleverer stafetten, der har vi skabt kommunikationssystemer i stedet for at sige, hvor er det, vi har brug for at kommunikere med hinanden og dele viden om den samme borger eller samme patient, så det ikke er så vigtigt med, hvornår man er inde på banen, men at man bidrager til forløbet, når patienten har behov”.*

Modellen sætter også tidligere ind i forhold til borgerne, hvilket både er til gavn for borgerne, hvis forløb forventes at blive kortere, og systemet, der belastes mindre, fordi det i højere grad undgås, at borgernes problemstillinger bliver tilbagevendende og kroniske:

*”[...] det her er jo også en måde at bringe de her kompetencer i spil og investerer på et tidligere tidspunkt i nogle forløb, således at, selvfølgelig primært med hensyn til borgere, men også med hensyn til at systemet ikke bliver overbelastet af, at borgerne kommer ind på et senere tidspunkt, med nogle udfordringer, som gør, at de risikerer at blive kroniske, det ligger der også i det”.*

Der er stor tiltro til, at man kan få engageret nok fagprofessionelle gennem erfaringerne med projektet, hvilket bunder i erfaringer fra London:

*”Til gengæld ved vi fra London, at det øjeblik, de oplever at være samlet til et TST-møde, og de oplever, at den specialviden gør en verden til forskel for hvilken plan, der bliver lagt for sådan én patient eller borger, og så opstår den der mening, og så opstår de gode historier, og så er det, at det breder sig som ringe i vandet. De gik jo fra til, at de næsten ikke kunne rekruttere de praktiserende læger, til de selv stod i kø for at være med også specialisterne fra sygehusene. Og det siger jo noget om, hvor stor og en positiv oplevelse de deltagende parter har haft ud af det”.*



Tiltroen skyldes endvidere en oplevelse af, at praktiserende læger, der tidligere var skeptiske omkring projektet, nu i højere grad ser meningen med og fordelene ved projektet, efter de har været i berøring med det:

*”Jeg er sådan set heller ikke så bekymret for de praktiserende læger, når først de kommer i gang. Fordi så tror jeg, og det kan vi sådan set høre på nogle af de praktiserende læger, der nu har prøvet det, som var skeptiske, det giver faktisk god mening for dem, for det her det er på mange måder svaret på nogle af de udfordringer, de i en del år har sagt, de har i forhold til det kommunale og måske i særdeleshed til det regionale sundhedsvæsen, nemlig at i det her projekt der stiller vi os faktisk til rådighed, vi siger ikke kun at vi gør det, vi forsøger også at gøre det”.*

Derudover giver aftaler med de praktiserende læger ligeledes en tro på, at denne gruppe vil engagere sig. Yderligere påpeges det, at der i forhold til deltagelsen i kommunalt og sygehusregi er en ledelsesret at trække på:

*”Også tænker jeg, vi har jo altså brugt to år på at få landet en aftale med almen praksis, samt parallelt med en konfliktperiode, nu når det er lykket, så tænker jeg, det ikke er så dårlig en aftale, så folk skal nok gå med, så jeg er ikke så bange for, om folk går med eller ej. Og i de to andre systemer, der har vi en ledelsesret og trække på”.*

IC-modellen implementeres som et projekt, hvilket menes at skabe mulighed for løbende læring og tilpasning både overordnet for projektet som helhed og inden for arbejdsgrupperne:

*”Jamen, jeg synes allerede, vi har benyttet os en hel del af den der, blandt andet ved at lave mini-pilot og så pilot. Man må sige, vi så har kørt noget læring, og så har vi kørt noget internt erfaringsopsamling på baggrund af det, som har givet noget viden og indsigt i, hvad fungerer godt, og hvad har vi brug for at justere. Og det er så den opfølgning, der er sket, hvor man blandt andet har været inde og justere på stratificeringskriterierne, det har også sket internt i de faglige grupper. Så man forholder sig hele tiden til det produkt, man skaber, i de enkelte arbejdsgrupper og i projektet som helhed. Og der følger vi jo op og retter til, og noget bliver taget hånd om på et arbejdsgruppeniveau, og noget bliver taget hånd om på styregruppeniveau”.*

Det forventes endvidere, at de enkelte fagpersoner, der er involveret i projektet, også opnår læring gennem deres erfaringer, og at disse erfaringer gennem fælles drøftelser kan udvikle

sig til mere generel læring omkring samarbejde, kommunikation og konkret handling, som kan kvalificere projektet:

*”De opnår noget konkret erfaring med den her metode, og de opnår konkret erfaring i forhold til de her to målgrupper. Og meningen med det der punkt syv, der hedder læring, og opfølgning er, at de udover at mødes omkring de konkrete borgere, at de også har en forventning om, at udover at de også laver den konkrete, det, vi i gamle dage kaldte sagsbehandling, at de også mødes med regelmæssige mellemrum, tror jeg vist nok, det hedder, hvor de bevæger sig lidt op i helikopterperspektiv, og siger, hvad har vi egentligt lært af det her, er der noget, vi skal drage en general læring af om den måde, vi samarbejder på, den måde, vi udveksler erfaring og viden på, {den} måde, vi håndterer, den måde, vi intervenserer, og så samler den viden og bringer den tilbage til den måde, der bliver arbejdet med i projektet. Hvordan den viden bliver opsamlet og spredt på tværs [...]”.*

Medlemmerne af projektledelsen oplever i forlængelse heraf, at de involverede med tiden også er blevet bedre til at bringe de erfaringer og den viden, de har opnået igennem projektet, tilbage i deres egne organisationer:

*”Vi har af flere omgange på styregruppemødet diskuteret, hvad er ansvaret og forpligtigelsen ved at være deltagende part inde på styregruppeniveau eller på arbejdsgruppeniveau, og det er, at man skal bringe viden tilbage til egen organisation, og det var rigtig svært i starten, fordi det jo også var lidt hapsiflapsi, hvor jeg oplever nu, især i dem, der deltager i de faglige grupper, at de er gode til at bringe viden tilbage. Det er jo også ledere, der kan tage det med, både til ledermøder og til personalemøder. Så i takt med at tiden er gået, og vi er kommet mere ned i materien, så oplever jeg, at vi i højere grad får viden ført tilbage til egen organisation”.*

Læringen tilbage i de involveredes organisationer er, som ovenstående også antyder, også forsøgt sikret gennem formelle aftaler blandt de involverede:

*”Og hvis man tager det hen på det niveau, der hedder TST'en, der er det også indskrevet i den, man kalder forretningsordrerens, der er omkring TST-mødet og de grupper, man laver omkring de praktiserende læger, OUH og Odense Kommune, at den praktiserende læge eller den hjemmesygeplejerske fra Odense kommunen, der deltager, de skal og har ansvar for at bringe hjem i egne rækker også”.*

De to arbejdsgrupper er dannet af hensyn til at inkludere de rette faglige kompetencer, men også for at inddrage relevante interessenter på de to områder:

*”Det er sådan set det, der har været kriteriet for, hvilke faglige ressourcer og kompetencer vi har sat ind i arbejdsgrupperne. Og så har der selvfølgelig også været hensynet til, at vi mere eller mindre bevidst måske, også tænkt sådan lidt i nogle interessentanalyser, nogle faglige interessentanalyser”.*

I forlængelse heraf har man også forsøgt at inkludere repræsentanter for borgerne i de to målgrupper: *”Vi har også tænkt målgrupperne ind i arbejdsgrupperne, altså repræsentanter indenfor borgerne/patienterne, og det er selvfølgelig også et forsøg på at komme hele vejen rundt”.* De faglige grupper danner udgangspunktet for de involverede fagpersoners samarbejde omkring patientforløbene: *”Og så er de faglige grupper jo første skridt på vejen for de her personer, der skal samarbejde om borgerens forløb sammen”.* Ifølge de tre medlemmer af projektledelsen er der blevet givet stor frihed til de fagprofessionelle i forhold til hvilke fagpersoner, der skulle inkluderes i grupperne: *”Og der har grupperne også selv haft betydelig indflydelse, altså formandskaberne i grupperne har haft en betydelig ret til at bestemme, hvilke kompetencer, hvilke parter der skulle inddrages i gruppens arbejde”.*

De to målgrupper er valgt, fordi de indeholder et relativt stort antal af borgere, hvilket skaber et bedre grundlag for at vurdere effekterne af projektet:

*”[...] de er valgt ud fra nogle kriterier, det var et af de første styregruppemøder, vi havde, når vi skal afprøve den her, så skal det være på nogle patientgrupper, der kan give volumen. Det skal ikke være sådan, at den almen praktiserende læge har sådan en patient hvert halve år, det er simpelthen for lidt. Vi skal have noget volumen, så vi rent faktisk kan opleve, hvad betyder det her for vores samarbejde, og hvilken effekt har det for borgerne, at vi prøver det her af”.*

Samtidig er de valgt på baggrund af de ovenfor nævnte problemstillinger omkring lige netop disse to målgrupper (se situationsteori). Det vurderes som fordelagtigt, at der er valgt to meget forskellige målgrupper:

*”Så det er egentligt fint at have to meget forskellige målgrupper, så man kan se, hvad der kan lade sig gøre på de to målgrupper, hvad er fordele og ulemper med det afsæt, hvad giver det, og hvad skal man være særligt opmærksom på. Og så har man noget at sammenligne og noget at tage udgangspunkt i”.*

DÆMP-gruppen især er svær at definere (se kontekstuelle faktorer/moderatorer), men er af den grund også med til at udfordre de eksisterende tankegange i systemerne, samtidig med at

det giver grundlag for at vurdere, om IC-modellen kan håndtere andre svært definerbare grupper:

*”Og det er jo skrøbelige ældre, der har det med at blive indlagt i ny og næ af forskellige årsager, og som er lidt undefinerbar, hvor det ikke handler så meget om, hvad det er, de fejler, men mere om hvordan vi evner at samarbejde omkring dem. Og lige præcis det faktum udfordrer den tænkning, der er i systemet i dag, hvor vores fagkultur er bygget op omkring nogle specialer ikke bare i sygehusvæsenet, men også i det kommunale system. Vi vil helst blive indenfor vores specialer, for så har vi en verdensforståelse, vi kan tage afsæt i og det udfordrer den her {model}, og det gør det selvfølgelig vanskeligt, men det skal det gøre, for hvis vi skal udvide den her model, hvis det viser sig at være fornuftigt, så er der andre lige så undefinerbare grupper, hvor det skal kunne lade sig gøre.”*

Der er hos medlemmerne af projektledelsen usikkerhed omkring, hvor dyrt projektet ender med at blive: *” Men hvad blev det faktiske forbrug, det vil jo vise sig, det kan jo sagtens være meget lavere, så hvor dyr den her intervention reelt bliver, det må vi jo se. Jeg tror nemlig ikke, den er så dyr som budgettet, der er sat af”*. Der er ikke klare forventninger om, at man efter projektperioden vil kunne påvise de mulige økonomiske besparelser ved implementering af IC-modellen: *”Det ville være naivt at tro, at interventionsperioden vil kunne dokumentere, at der er sparet penge ved det her”*. Det er imidlertid en forhåbning om, at dette vil kunne lade sig gøre: *”[...] noget af det, vi har haft blikket stift rettet i mod, det er om ikke dokumentere, så sandsynliggøre, at der også er noget økonomi i det her, udover noget sundhed og nogle gode leveår i det”*. Til gengæld er der en klar forventning om, at effekterne i form af bedre forløb og mindre ressourceforbrug vil vise sig på længere sigt:

*”[...] det, vi har en hypotese om, det er, at den her model kan vise, at vi kan skabe nogle bedre og mere koordineret og integreret udredninger, og i fornødeligt omfang behandlings- og rehabiliteringsforløb for vores borgere. Og vi på den måde kan sandsynliggøre, at vi, ved at kunne vende nogle borgere tidligere i døren, ikke kun kan give dem et bedre liv uden sygdom og med tilknytning til arbejdsmarkedet. Men at vi også på den måde kan sandsynliggøre, at vi forhindrer eller udskyder de store udgifter krævende {udgiftskrævende} interventioner”*.

Medlemmerne af projektledelsen har yderligere forhåbninger om, at de store ændringer omkring IC-modellen kan foretages i projektperioden, så modellen i driftsfasen er så klart defineret og låst som muligt: ”Så vil vi helst have en så låst og fastfrosset intervention som muligt, frem til udgangen af femten”.

#### *Kontekstuelle faktorer og moderatorer*

Forskellene mellem det engelske og danske sundhedsvæsen kan ifølge medlemmerne af projektledelsen udgøre en udfordring for projektet, fordi IC-modellen er skabt efter engelsk forbillede:

*”[...] men noget af det, der er forskellen er, at en større del af sundhedsopgaverne ligger i NHS, i forhold til, hvad der ligger på den regionale bane. Så på den måde kan man jo sige, at hele det primære kommunale sundhedsvæsen spiller en lang større rolle i vores del af projektet, end det gør i NHS. Det giver os nogle muligheder, men det adresserer og{så} nogle af de udfordringer, der er i det danske sundhedsvæsen, i forhold til det engelske”.*

Omkring planerne for patientforløbene og udførelsen af disse er det vigtigt, at de rette faglige kompetencer inkluderes i projektet:

*”[...] vi skal have de rette faglige kompetencer til rådighed omkring handleplanen og omkring de tværsektorielle teams, således at vi sikrer de rette faglige kompetencer på det rette specialiseret niveau er til rådighed og til stede, når planen bliver lagt, og man drøfter implementeringen af den”.*

I relation hertil ses det som afgørende, at der i forhold til de faglige grupper sker en afvejning mellem tilstrækkelige kompetencer og effektivitet: ”Det er jo altid en kunst at sammensætte en gruppes størrelsesmæssigt, hvor der både er tilstrækkelig viden, samtidig med at den ikke er større, end der også er beslutningskraft, så man også får en effektiv fremdrift i sådan en gruppe”.

I forhold til målet om en fælles model er det nødvendigt, at der skabes en fælles forståelse, hvilket udfordres af, at de enkelte involverede med udgangspunkt i deres respektive fagligheder udvikler deres egen forståelse:

*”Jeg ser en af de største udfordringer, det viste vores erfaringsopsamling også, i hvor høj grad vi formår at skabe en fælles forståelse i den her model, eller hver mand laver sin egen forståelse. Det er i hvert fald det, jeg oplever, at vi et langt stykke henad vejen, hver mand laver sin egen forståelse og legitimerer overfor*

*sig selv, hvorfor den er okay. Så det at arbejde ud fra en fælles model, som er det vi jo gerne vil, det, tror jeg, bliver rigtig, rigtig svært”.*

Forskellige forståelser kan samtidig også hindre den ønskede læring: ”Og så bliver det også tydeligere og tydeligere for alle parter, at hvis vi har alt for forskellig forståelse, så får vi svært ved at trække læring ud af det, og det er vi faktisk alle sammen rigtig interesseret i”.

Det er en nødvendighed for at få de fagprofessionelle til at involvere og engagere sig, at de kan se meningen med projektet. Dette menes især at være en udfordring i forhold til de sygehusansatte:

*”[...] for at få folk med, så skal der jo mere end god gammeldags prik til, der skal også en formidling af en mening, en faglig mening, med den her nye måde at arbejde på. Ellers så kan vi ikke overkomme den barriere også, den har vi arbejdet rigtig meget med [...] man har haft rigtig, rigtig svært ved at se meningen med, at man skulle involveres i det her projekt, fordi der var ikke sygehusarbejde eller specialelægearbejde for at sige det lige ud. Og det er da også en af barriererne at få specialelægerne på sygehusene til at gå ind i det her projekt og bidrage til det her på mange fronter tidlige tidspunkt i et eller andet forløb, som kan risikere at ende med, at det kun bliver det specialiseret sundhedsvæsen”.*

Udfordringerne omkring de sygehusansatte skyldes blandt andet, at de skal involvere sig på tidligere tidspunkter end ellers, hvor borgerne formelt set ikke er en del af deres ansvar:

*”[...] det har også været noget af det, vi har arbejdet en del med fra vores side af projektet, og få vores fagfolk til at committe sig og interessere sig og se meningen i, at de skal tidligere på banen i nogle sammenhæng, hvor der måske ikke er brug for nogle specialiseret kompetencer, eller på et tidspunkt, hvor de tænker, det er der andre, der tager sig af, vi skal først se den her borger, når vedkommende bliver syg”.*

En anden af udfordringerne i forhold til at skabe mening for de fagprofessionelle er, at projektet er resultat af et ledelsesinitiativ og dermed ikke umiddelbart bunder i et klinisk behov:

*”Det er en af de store barrierer i det her, det er, at det her projekt er ikke en rose, der er vokset i klinikhaven, det er en rose, der er vokset i ledelseshaven”.* Det er yderligere vigtigt for fagpersonernes deltagelse og engagement, at de forskellige faggrupper involveres i arbejdet med projektet, så der sikres ejerskab: *”Og det er også vigtigt og få bragt de faggrupper/faginteresser ind i udarbejdelsen af den ramme, de skal arbejde indenfor, således at vi sikrer, at der også er et ejerskab”.* Derudover menes manglende respekt faggrupperne imellem at kunne udgøre en moderator i forhold til nogle faggruppers deltagelse:

*”Og så er der en udfordring mere, og det er jo, at det kommunale personale ikke er lige så veluddannet {s}om sygehuspersonalet eller som alempraktiserende {alment praktiserende} læger, og der er sådan en lillebrorrolle der, som, hvis den bliver trukket for meget igennem, så vil man trække sig, fra kommunale side og sige, at det her vil vi ikke være med til, for vi bliver ikke respekteret. Det er i hvert fald også en trussel”.*

I relation hertil er de eksisterende fordomme faggrupperne imellem (se normativ teori) også en udfordring for at skabe samarbejde.

Selv om målgrupperne er bevidst valgte, kan de også udgøre en udfordring for projektet, fordi de er svære at definere. Som nævnt tidligere gør det sig ifølge medlemmerne af projektledelsen især gældende for DÆMP-gruppen: *”Men vi sidder også med forskellige interesser og forskellige erfaringer fra de her grupper, og dermed bevæger det sig hele tiden nogle nye veje hen, for der bliver bragt ny viden ind. Og det gør altså, at DÆMP-gruppen har været meget plastisk undervejs”.* Disse udfordringer gælder til en vis grad også for SAD-gruppen:

*”Og så kan man jo så sige, ja, SAD-gruppen er måske nemmere at definere, men jeg skal så hilse at sige, at der er ikke afgrænsende hegnsplæ, hvor man kan sige borgeren falder inden for, den her borger har stress, det har den her ikke. Og det viser sig også, at det har almen praksis også insisteret på, at de vil have ret til at gå ind og kigge på den her liste, og så vil de ud fra en faglig betragtning {betragtning vurdere}, hvem, de mener, er relevante, og de vil også have ret til at inkludere borgere, der ud fra et teknisk beskrivelse, ikke er Integrated Care borgere. Så alene det er et udtryk for, at det er vanskeligt, og det giver os så nogle andre udfordringer”.*

Som citaterne antyder, hænger udfordringerne omkring definition af målgrupperne også sammen med, at der er stærke faggrupper med forskellige interesser og borger-/patientperspektiver involveret i projektet.

## 5. Referencer

Lee, Anne; Birgitte Nørgaard & Louise Madsen (2014). *IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)*, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Hansen, Morten Balle & Evert Vedung (2005). *Evaluering af Fælles sprog i den kommunale ældrepleje. Evaluering af et standardiseret kategorisystem*, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Dahler-Larsen, Peter & Hanne Kathrine Krogstrup (2004). *Nye veje i evaluering. Håndbog i tre evalueringsmodeller*, Århus: Systime Academic.

## 6. Bilag

### 6.1 Standard e-mail

Kære xxxx

Som du formentlig allerede er bekendt med, er der indgået en aftale mellem IC projektorganisationen og CAST ved Syddansk Universitet om at kortlægge IC modellen i forbindelse med den igangværende pilotfase. Formålet med dette er at kvalificere den endelige udrulning af IC modellen per 1. september.

Som et led i kortlægningen ønsker vi at interviewe de personer, der er involveret i pilotfasen. Vi vil vi gerne følge den enkelte 'case' gennem et interview med praktiserende læger, inkluderede patienter og professionelle fra kommune og sygehus, der gennem handlingsplanen involveres i den enkelte patients forløb.

Da du er ankerperson i IC og vores indgang til denne, vil vi høre om:

1. Du vil deltage i et interview, på et tidspunkt der passer dig
2. Du vil være behjælpelig med at sætte os i kontakt med de inkluderede patienter
3. Du vil være behjælpelig med navne på de involverede professionelle fra kommune og sygehus

Udfordringen ved denne tilgang er, at vi på den ene side gerne vil tale med dig/jer, når der er en vis erfaring med IC, men at ferieperioden samtidig nærmer sig med hast. Derfor vil vi meget gerne hurtigt have lavet nogle aftaler.

Jeg håber, du vil svare denne mail eller ringe til mig på nedenstående telefonnummer. Hvis jeg ikke hører noget inden for en uge, vil jeg tillade mig at ringe til dig.



## 6. 2 Interviewguide

1. Der er igangsat et omfattende arbejde med at udvikle en ny måde at samarbejde på, på tværs af sektorer, organisationer og fag og med fokus på inddragelse af borgeren.

- Hvilke problemer opleves at være årsagen til at der nu udvikles en ny samarbejdsmodel?
- Hvad var det der ikke fungerede, som det var?
  - o I forhold til samarbejdet
  - o I forhold til inddragelse af borgeren

2. Der er forventninger til en ændret samarbejdskultur præget af respekt og anerkendelse,

- Hvordan ser du på den forventning: er der et behov for at ændre samarbejdskulturen generelt og hvordan vil IC modellen kunne være med til det?
  - o tænke tværfagligt/bruge og respektere hinanden/gensidig kvalificering

3. Hvad er det, helt konkret der motiverer dig, som praktiserende læge, i forhold til at anvende de værktøjer der indgår i IC? (**Delelementerne i modellen gennemgås hurtigt**)

- Hvilke problemer forventer du, at delelementerne i IC modellen har indflydelse på og hvordan?
- Hvilke problemer forventer du at IC ikke kan tilgodese og hvorfor?
- Hvad er forudsætningerne for at et tværfagligt samarbejde kan fungere, hvad skal være til stede?
- Hvad er forudsætningerne for at inddragelse af borgeren fungerer?

4. Der er nu udviklet en model som er testet i en minipilotfase og lige nu testes i endnu en pilotfase.

- Hvor mange patienter har du i alt inkluderet i IC projektet?

5. Der sker en stratificering med henblik på at identificere borgere egnede til IC og du modtager hver 14. dag en risikoliste med identificerede borgere.

- Er det muligt på baggrund af disse risikolister at identificere de rigtige patienter?
- Giver listen dig mulighed for at se patienter relevante ift. IC, som du ellers ikke ville få øje på? Er der patienter/patientgrupper, der overses?
- Hvilke tanker indgår i udvælgelsen af borgere på listen/i evt. inklusion af borgere der ikke er på listen, men som alligevel inkluderes?
- Hvor ofte ses listen og hvor meget tid går der med at tjekke den?

- Hvor hurtigt tages der handling på listen: i forhold til kontakt til patient, kontakt til andre behandlere?

6. Efter at borgeren er identificeret og har indvilget i at deltage udfyldes en handleplan.

- Hvem udfylder handleplanen, hvor meget tid går der med det?
- Oplever den/dem der udfylder handleplanen sig kompetent til dette?
- Hvor brugervenlig er handleplanen?
- Hvornår tjekkes den udfyldte handleplan (ift. andres indsatser) og hvor ofte opdateres den?
- Hvordan opleves/forventes handleplanen at adskille sig i forhold til tidligere samarbejds- og kommunikationsredskaber og hvilke fordele/ulemper ses der?
- Hvilke forudsætninger skal der være til stede for at handleplanen kan fungere som samarbejdsredskab? (forudsætninger i egen organisation, samarbejdspartnere og patienter)
- Hvor vigtig er en integration til de sundhedsprofessionelles egne redskaber?
- Er borgerne interesseret i at deltage i IC?
- Handlingsplanen forventes udfyldt sammen med borgeren, hvordan fungerer det?
  - o hvilke fordele/ulemper opleves der/forventes der?
- Hvad er det forventede/erfarede udbytte af inddragelse?
- Borgeren har (får) læseadgang til handleplanen, hvad tænker du om det?

7. Der er udarbejdet fælles patient-programmer med aftaler om ventetider for borgere der deltager i IC

- Er de efterspurgte kompetencer/ressourcer til stede ved behov for henvisninger til andre professionelle?
- Hvordan modtages henvisninger blandt de andre professionelle, hvor hurtigt reageres der på dem?
- Hvilke oplysninger er det hhv. relevant/ikke relevant at dele med andre professionelle?
- Opleves oplysninger fra andre som relevante? Hvad gør, at en oplysning opleves som relevant?
- Bliver der skabt muligheder for tidligere indsats og hurtigere forløb?

8. Der er etableret tværfaglige samarbejds møder (TST) med henblik på tværfaglig drøftelse af udvalgte patienter.

- Hvornår er det relevant at drøfte en patient på et TST møde
- Hvad er det oplevede udbytte?
  - o Umiddelbart, udbytte af selve mødet
  - o Efterfølgende ift. konkrete patientforløb; har mødet betydet at der er sket tiltag/ændringer i behandlingen af konkrete patienter

9. Teorien bag IC modellen er Relationel Koordinering.

- Er det et begreb du/I er bekendte med?

Begrebet omfatter: opgave integration, kommunikation, samme mål, samme viden og indbyrdes respekt.

- Hvordan oplever du/I at det kommer konkret til udtryk og hvilken betydning har det for IC?
- Vi det have nogle betydning for den enkelte patient/borger?
- Opleves IC at kunne skabe reelle sammenhængende patientforløb?
- Oplever du/I, at IC vil betyde at borgeren understøttes af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen?

10. Hvordan ser du potentialet for udbredelse af IC til dine fagfæller?

- Hvilke forhold taler for at andre praktiserende læger tager det til sig?
- Hvilke barrierer er der for at det sker?

11. Personlige data:

På jeres hjemmeside kan jeg se at I er xx læger i denne praksis, Hvor længe har du været praktiserende læge?