

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 – patientinterviews:
en undersøgelse af den sociale kapital i patient-system relationen
i forbindelse med Integrated Care**

November 2014

Louise Madsen

Kolofon

Titel	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
Forfatter	Louise Madsen
Institutnavn	CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
ISBN nr.	978-87-92699-22-0

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

Arbejdsrapporten er, under vejledning af seniorkonsulent Anne Lee, udarbejdet af Louise Madsen der i forbindelse med studiet af IC modellen var ansat som stipendiatstuderende ved CAST. Arbejdsrapporten bygger på interviews med borgere i IC modellens to målgrupper. Interviewene indgår i såvel rapporten ”IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Programteoretisk analyse af minipilot- og pilotfasen”, som i et speciale der er udarbejdet ved Statskundskab, med adjunkt Signe Pihl-Tingvad, Institut for Statskundskab, som vejleder.

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

Indhold

Baggrund	4
Rapportens formål	4
Dataindsamling.....	5
Udvælgelse af interviewpersoner	5
Empiri & analysestrategi	7
Social kapital i patient-system relationen	7
Del 1: relationel koordinering i patient-system relationen	9
Relationel koordinering i SAD-patientens møde med systemet	9
Relationel koordinering i DÆMP-patientens møde med systemet	14
SAD vs. DÆMP	19
Del 2. Social kapital i patient-system relationen.....	20
Udvikling af en konkret handleplan.....	21
Tværasektionelt samarbejde	26
SAD vs. DÆMP	32
Afsluttende bemærkninger	35
Diskussion af resultater	36
Undersøgelsens bidrag.....	37
Social kapital og NPM.....	38
Intern/ekstern.....	39
Metodiske begrænsninger	40
Endelig konklusion.....	40
Referencer	42
Webartikler.....	44
Bilag	45
Bilag 1 – stress, angst & depression	45
Bilag 2 – den ældre medicinske patient	46
Bilag 3 – informationsskrivelse	47
Bilag 4 – samtykkeerklæring	48
Bilag 5 – interviewguide.....	49
Bilag 6 – meningskondensering SAD.....	52
Bilag 7 – meningskondensering DÆMP.....	54

Baggrund

Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO i Region Syddanmark samarbejder om et projekt vedrørende Integrated Care, kaldet IC modellen. Projektet udvikler og afprøver nye metoder for tværsektorielt samarbejde for borgere med stress, angst og 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 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 modellen 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. I forbindelse med studiet er der genereret en stor mængde data. Data indgår i kondenseret form i afrapporteringen af studiet. Formålet med denne arbejdsrapport er at formidle en større del af de indsamlede data og analyser og hermed stille det til rådighed for dem der ønsker et øget indblik, samt for eventuelle senere analyser.

Rapportens formål

Rapportens formål er at formidle data genereret i forbindelse med studiet af IC modellen som ikke indgår i rapporten 'IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)'. I forbindelse med studiet er der udført interviews med patienter i henholdsvis SAD- og DÆMP grupperne, disse interviews indgår såvel i førnævnte rapport som i Louise Madsens speciale i Statskundskab 'Social kapital i patient-system relationen' afleveret den 21.10.2014. Denne arbejdsrapport bygger på data og analyser i specialet, og det undersøges her, hvordan patienternes oplevelse af social kapital i patient-system relationen påvirkes af IC modellen.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i den grundlæggende antagelse, at social kapital kan fungere som en ressource for patientens helbred, og at det således er positivt for patienten, såfremt IC modellen skaber en positiv udvikling af den sociale kapital i relationen mellem patienten og systemet (Bourdieu, 1986, Coleman, 1988, Putnam, 2000-2002).

For at undersøge patientens oplevelse af den sociale kapital i patient-system relationen, tages der afsæt i Gittells teori om relationel koordinering overført på patient-systemniveau (Gittell, 2007-2008). Relationel koordinering beskriver de sociale processer, der udvikler tillid i relationer. Relationel koordinering kan dermed påvirke tilliden i patient-system relationen og hermed også

patientens sociale kapital. Social kapital forstås således som et produkt af relationel koordinering¹. Med dette udgangspunkt er det muligt at identificere og begrebsliggøre de processer, hvor patientens sociale kapital skabes. Det bliver dermed også muligt at skabe en øget forståelse for den udvikling, der sker med patientens sociale kapital i forbindelse med IC modellen

Dataindsamling

Data indsamles igennem semistrukturerede interviews og vil derfor bestå af kvalitative beskrivelser af de interviewedes livsverden. Det semistrukturerede interview vælges, da det giver plads til, at undersøgelsen tilpasses i takt med, at den skrider frem. Yderligere tillader det semistrukturerede interview, at der forud for interviewet opstilles nogle retninger, som interviewet gerne skal føres i. Retningerne gives i kraft af en interviewguide, der rummer både emner og forslag til konkrete formuleringer af spørgsmålene.

I forberedelsen af dataindsamlingen skal der tages hensyn til, at der arbejdes med en særligt sårbar gruppe af interviewpersoner, og der skal derfor tages en række etiske og metodiske hensyn. Det kan eks. ikke forventes, at patienterne er i stand til at gennemføre et interview af lang varighed. Snarere er der risiko for, at interviewets varighed på forhånd vil virke afskrækkende på patienterne, således at de ikke ønsker at stille op. Det er derfor af afgørende betydning, at interviewet gøres overkommeligt for patienterne, hvis det skal være muligt at indsamle de ønskede informationer. For at sikre at patienterne ønsker at deltage i et interview, og samtidig for at undgå at patienterne stilles i en ubehagelig situation, hvor de bliver utilpasse på grund af interviewets længde, begrænses interviewet til maksimalt en times varighed.

I interviewsituationen findes en tydelig magtasymmetri mellem patient og interviewer. I denne kontekst er der yderligere tale om særligt personlige emner, da samtalens omdrejningspunkt er patientens sygdom og behandling. Interviewpersonen gør sig derfor yderst sårbar i relationen, hvorfor det er afgørende for både gennemførelse og kvaliteten af interviewet, at patienten føler sig så tryk ved sin egen sårbarhed som muligt.

Udvælgelse af interviewpersoner

Indledningsvis er der taget kontakt til de praktiserende læger, der er tilknyttet IC modellen, for på den måde at komme i kontakt med patienterne. Imidlertid har det vist sig som en væsentlig udfordring at opnå kontakt til patienter ad denne vej. Først og fremmest er lægerne i projektet tilknyttet en række udviklende aktiviteter i forbindelse med projektet, hvorfor de allerede placerer

¹ ”Relationel koordinering og social kapital” Fair Proces http://www.fairproces.dk/?page_id=213

mange ressourcer uden for deres funktion som praktiserende læge. Yderligere valgte en af de tre læger af personlige årsager at træde ud af projektet i juni 2014. Endvidere er kun enkelte patienter under hver læge tilknyttet projektet, hvorfor antallet af deltagere derfor er relativt lavt, hvilket nødvendigvis begrænser antallet af mulige interviewpersoner. Endelig er det op til den enkelte praktiserende læge at vurdere, hvem af hans patienter i projektet han finder vil være i stand til og interesseret i at deltage i et interview, og endvidere hvor mange af egne ressourcer, han vil bruge på at udpege mulige interviewpersoner. Der er således en række forhindringer, eller flaskehalse om man vil, forbundet med at skabe kontakt igennem de praktiserende læger. Kontakten til lægerne er derfor suppleret med en kontakt til sagsbehandlere og hjemmesygeplejersker, der er tilknyttet projektet.

Der er inkluderet hhv. 10 DÆMP-patienter og 13 SAD-patienter i projektets minipilot og pilotfase. Heraf er der opnået kontakt til 7 patienter, hhv. 4 DÆMP-patienter og 3 SAD-patienter, der alle har indvilliget i at deltage i et interview. Patienterne optræder anonymt i rapporten, men er af praktiske årsager givet fiktive navne. Nedenfor findes en simpel illustration af, hvem de 7 interviewpersoner er:

	Kaldenavn	Alder	Helbred	Relationer i IC
SAD	Anne	31 år	Depression	Praktiserende læge Psykolog Sagsbehandler
	Line	37 år	Stress	Praktiserende læge Psykolog Arbejdsmedicinsk- psykolog Sagsbehandler
	Rikke	35 år	Depression	Praktiserende læge Psykolog Sagsbehandler
DÆMP	Bodil	77 år	Diarre Komatilstand i 2013	Praktiserende læge Hjemmesygeplejerske Hjemmehjælp Hjemmepleje OUH Genoptræningscenter
	Eva	75 år	Diabetes Knogleskørhed Dårlig ryg Asthma Nyreproblemer Gigt	Praktiserende læge Hjemmesygeplejerske Hjemmehjælp Hjemmepleje OUH
	Erik	92 år	Blodprop Gigt	Praktiserende læge Hjemmesygeplejerske Hjemmehjælp Hjemmepleje OUH
	Poul	N/A	Diabetes Blodprop Forsøgt selvmord	Praktiserende læge Hjemmesygeplejerske Hjemmehjælp Psykolog OUH Telemedicinering

Undersøgelsens interviewpersoner

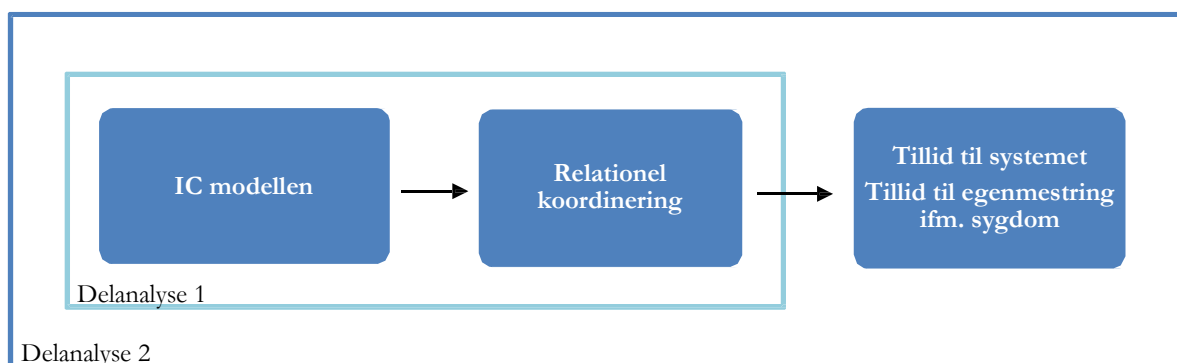
Empiri & analysestrategi

En væsentlig del af analysen foregår i løbet af interviewet, hvor det søges i vid udstrækning at få patienten til at uddybe sine svar, så der løbende kan ske en afklaring i forhold til, hvilke data der er relevante. Yderligere afprøves forskellige tolkninger af interviewets data løbende, og patienten får på den måde mulighed for at af- eller bekræfte den løbende analyse.

Med interviewpersonens samtykke optages interviewet, så det efterfølgende kan transskriberes. Data kategoriseres i forhold til de enkelte elementer i Gittels teori om relationel koordinering, og der arbejdes således med kategorierne; hyppighed i kontakten mellem patient og system; gensidig respekt; fælles mål; fælles viden; rettidig information, og; præcis information. Herefter bringes interviewpersonernes oplevelse af de enkelte elementer frem. Det vil hermed blive tydeligt, hvordan IC modellen påvirker den relationelle koordinering i patient-system relationen, hvilket kan føre til en øget forståelse af de sociale processer, der udvikler patientens sociale kapital. De vigtigste data i forbindelse med undersøgelsen er samlet i en meningskondensering (Bilag 6-7). Meningskondenseringen bidrager til et indblik i data, men det skal understreges, at kun udvalgte data er fremstillet i kondenseringen. For at gøre brugen af data mest mulig transparent, anvendes citater i stedet for omskrivninger, hvor det er muligt. Yderligere er de fremstillede data allerede udtryk for fortolkning, da de kategoriseres og anvendes som et udtryk for eksempelvis fælles viden. Endelig er det vigtigt for læseren at være opmærksom på, at de forskellige elementer i relationel koordinering overlapper hinanden i praksis. Når data som her fremstilles skematisk i forhold til de enkelte elementer, er placeringen et udtryk for en vurdering af, hvor den enkelte bid af data har den største betydning. Data vil derfor ikke fremgå i flere af elementerne i relationel koordinering. Kondenseringen giver således et simpelt men overskueligt blik ind i data.

Social kapital i patient-system relationen

Undersøgelsen er inddelt i 2 dele, hvilket er illustreret i nedenstående model. De følgende afsnit vil begrunde dette valg og samtidig give et indblik i, hvordan analysen gribes an.



Analysedelens fokusområder

Analysens første del fokuserer på linket mellem IC modellen og relationel koordinering i patient-system relationen. Det undersøges her, hvordan relationel koordinering ser ud, når det overføres til patient-system relationen i henholdsvis SAD- og DÆMP-gruppen.

Gittells teori om relationel koordinering anvendes i en hidtil uprøvet kontekst. Der anlægges et patient-system perspektiv, der adskiller sig fra Gittells anvendelse i et system-system perspektiv. Elementerne i relationel koordinering er derfor forud for dataindsamlingen overført til patient-system relationen ved at tage udgangspunkt i sundhedsfaglig litteratur. Det har igennem interviewene vist sig, at konteksten er afgørende for de sociale processer omkring relationel koordinering, og dermed hvordan den relationelle koordinering ser ud i patient-system relationen. Det er derfor vigtigt, at der indledningsvis etableres en forståelse for, hvordan relationel koordinering ser ud i den kontekst, som SAD- og DÆMP-patienterne befinder sig i.

De to patientgrupper har forskellige kontekster, udgangspunkter og vilkår. De adskiller sig væsentligt fra hinanden både i forhold til alder og sygdomsforløb. Hvor de interviewede SAD-patienter alle er nysyge kvinder i 30'erne, er DÆMP-patienterne ældre patienter med længere sygdomsforløb bag sig. Det bevirker, at patienterne ønsker noget forskelligt af relationen til systemet og giver samtidig anledning til, at behandlerne i nogen udstrækning tilpasser relationen til patientens ønsker. Yderligere er IC modellen designet således, at SAD-patienterne garanteres adgang til en psykolog inden for 2 uger samt 10 gratis konsultationer. SAD-patienterne opnår derfor, i modsætning til DÆMP-patienterne, en håndgribelig gevinst ved at deltage. Organiseringen af projektet betyder derfor også, at patienterne møder IC modellen på forskellige måder.

For at forstå, hvordan IC modellen påvirker patientens sociale kapital, er det vigtigt først og fremmest at forstå, hvordan den relationelle koordinering i patient-system relationen ser ud i hver af de 2 patientgrupper. Der arbejdes på at bringe mest mulig viden frem om, hvad der påvirker den relationelle koordinering, og dette afsnit fokuserer derfor ikke på elementerne i IC modellen. Yderligere fokuseres på udvalgte elementer i relationel koordinering. Valget er baseret på, hvad der fylder mest for patienterne og hvilke data, der er særligt interessante i forhold til patientens oplevelse af social kapital. Undersøgelsens første del bidrager med en forståelse for, hvordan relationel koordinering ser ud, når den overføres til patient-system relationen i IC modellen i henholdsvis SAD- og DÆMP-grupperne.

I analysens anden del undersøges det, hvordan de udvalgte elementer i IC modellen og den relationelle koordinering i patient-system relationen påvirker patientens sociale kapital. Der tages her udgangspunkt i resultaterne fra analysens første del, idet det diskuteres, hvordan de 3 valgte elementer i IC modellen påvirker patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen. Der skabes her en forståelse for, hvilken betydning IC modellen har i forhold til patientens oplevelse af relationel koordinering, og herunder om IC modellen skaber en bedre

koordinering imellem patient og system. I forlængelse heraf analyseres IC modellens betydning for udvikling af social kapital i patient-system relationen. Det diskuteres her, om den ændrede koordinering i patient-system relationen har betydning for patientens tillid til systemet og til patientens egenmestring. Der skal således i kraft af relationel koordinering opnås en øget viden om, hvordan IC modellen påvirker patientens oplevelse af social kapital i relationen.

Ved at inddrage det komparative perspektiv søges efter resultater, der ikke er knyttet til patientens kontekst endelige sygdom. Der ledes således efter de mere generelle tendenser, der knytter sig til IC modellen. Det komparative perspektiv vil på den måde bidrage til en øget indsigt i de sociale processer, der ikke er afhængige af patientens kontekst, og som påvirker patientens oplevelse af den sociale kapital. Det komparative perspektiv skal på den måde bidrage til udviklingen af viden, der kan anvendes i forbindelse med andre velfærdsinnovationer. Det vil her være muligt at besvare, om man kan anvende patientens sociale kapital som en ressource, og herigennem skabe en positiv effekt for patientens helbred. Det komparative perspektiv vil derfor bidrage til en viden om, hvordan fremtidige velfærdsinnovationer kan udnytte en større del af deres innovative potentiale. Undersøgelsen afsluttes med en diskussion af de resultater, der er nået. Der lægges her vægt på at diskutere, hvilken betydning resultaterne har i forhold til IC-teori og velfærdsinnovation, og hvordan resultaterne kan anvendes i nye innovationer. Endelig diskuteres undersøgelsens metodiske begrænsninger.

Del 1: relationel koordinering i patient-system relationen

Interviewene har vist, at konteksten er afgørende for de sociale processer omkring relationel koordinering og dermed, hvordan den relationelle koordinering ser ud. Der skal derfor i analysens første del etableres en forståelse for, hvordan relationel koordinering ser ud i den kontekst, som SAD- og DÆMP-patienterne befinder sig i.

Indledningsvis fokuseres på SAD-patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen, hvorefter tilsvarende undersøges for DÆMP-patienterne. Denne første del af analysen afsluttes med en diskussion af, hvordan resultaterne fra de to patientgrupper relaterer til hinanden.

Relationel koordinering i SAD-patientens møde med systemet

Fælles mål

Det undersøges her, hvordan elementet fælles mål ser ud i relationen mellem SAD-patienterne og systemet. De 3 interviewede patienter i SAD-gruppen er alle sygemeldte fra deres daglige arbejde. De er meget klare i forhold til, at deres mål med behandlingen og herunder deres motivation for at deltage i IC modellen er på sigt at vende tilbage til arbejdsmarkedet på fuld tid. De giver alle udtryk

for, at den praktiserende læge og psykologen, de to behandlere patienterne har tættest kontakt med, er enige med patienten i det overordnede mål med behandlingen.

For 2 af patienterne har psykologen en særligt betydningsfuld rolle. Patienterne nærer en særlig tillid til psykologen, og at denne alt andet lige vil forsvare patientens interesser, i forhold til hvordan behandlingen udvikler sig. Anne siger bl.a.: *"Jeg klarer det ligesom med min psykolog, og så er han ligesom min stemme til det møde"*. Rikke udvikler et lignende bånd til hendes praktiserende læge, der som hun siger: *"Hun har været så obs. på mig"*.

Patienterne er overraskede over, at både psykolog og læge tager deres problemer seriøst. Patienterne oplever, at behandlerne ikke presser dem i behandlingen. Snarere opfordres patienterne til at sætte forventningerne ned, i forhold til hvor hurtigt de vil komme sig, og hvor meget de bør overkomme. Rikke fortæller om oplevelsen: *"jeg blev meget berørt af, at de, som sagt, tog det så alvorligt, som de gjorde og snakkede indlæggelse lige med det samme, fordi de var nervøse for mig. Og det har jeg også sagt til dem. Jeg har også sagt "hvor er jeg glad for, at I bekymrer jer så meget, som I gør. Tager det så alvorligt. Tager mig så alvorligt"*. Rikke giver her udtryk for, at patienterne mødes med både tillid og omsorg, og patienten skal derfor ikke starte med at forsvare, at hun ikke har det godt. Patienterne bliver således mødt af en anden indstilling til deres sygdom, end de forventede, hvor behandleren ved at udvise omsorg demonstrerer for patienten, at de arbejder for at opnå de samme mål. Samarbejdet imellem de to parter gøres mere effektivt, når patienten oplever, at de har et fælles mål. Her bruger patienten ikke ressourcer på at forsvare sig over for behandleren, men kan i højere grad indgå i et reelt samarbejde, hvor patienten har tillid til, at behandleren arbejder for at opnå det samme som patienten selv. Behandlerens indstilling har derfor betydning for den relationelle koordinering i patient-system relationen. Yderligere gør behandlerens indstilling det muligt for relationen at skifte karakter og være langt mere tillidsfuld i forhold til, hvad patienten forventede. Behandlerens indstilling åbner derfor også op for, at der kan udvikles social kapital i relationen, og at behandleren således kan indgå som en ressourceperson for patienten.

Det er således afgørende for den relationelle koordinering i SAD-patientens møde med systemet i forbindelse med IC modellen, at patienterne mødes af en eller flere behandlere med en indstilling, der giver patienten tiltro til, at behandlerne arbejder efter samme mål, som patienten selv.

Fælles viden

Det undersøges her, hvordan elementet fælles viden ser ud i relationen mellem SAD-patienterne og systemet. Patienterne er inden for kort tid revet ud af deres hverdag, hvor de er både mødre og hustruer med fuldtidsarbejde uden for hjemmet. De er derfor vant til at være selvstændige og ansvarsbevidste. I forlængelse heraf siger Rikke: *"det plejer at være mig, der er den stærke, og mig der går foran, og mig der tager folk under mine vinger"*. Det er således tydeligt, at patienterne normalt betragter

sig selv som ressourcestærke. Men patienterne er tvunget til at indtage en mere passiv rolle i deres eget liv, da de i kraft af deres sygdom eks. har svært ved at rumme store mængder information, Anne beskriver det sådan: *"Jeg synes, jeg får de informationer, som jeg ligesom kan kæbere oppe i mit hoved. Der skal ikke fyldes for meget på lige nu"*. Den mere passive rolle opleves som en stærk kontrast til deres normale hverdag, hvor de på flere måder fungerer som ressourcepersoner. Patienterne kan kun svært håndtere information og stillingtagen, men ønsker samtidig et overblik, og at der ikke bliver handlet hen over hovedet på dem. Kontrasten mellem hvor meget information patienterne ønsker, og hvor meget de magter, betyder at elementet fælles viden er et spørgsmål om balance. Behandleren skal her finde en balance, hvor patienten føler sig velinformeret, uden at blive overrumplet af for megen information og beslutninger der skal træffes, og dermed finde en balance i forhold til hvor meget information han skal dele med patienten.

To af patienterne giver udtryk for, at de oplever, at den mængde information de modtager er passende, hvor Rikke siger: *"Jeg er blevet rigtig godt informeret, det er jeg"* og hun uddyber: *"Det er det vi gør, og det er det, der skal ske, og hvis du har nogle spørgsmål er du velkommen til..."* *Det siger de hele tiden. "Har du har nogle spørgsmål, så ringer du bare"*. En af patienterne, Line, giver udtryk for, at hun gerne vil have yderligere information om sit behandlingsforløb, og at det vil hjælpe hende, hvis hun i højere grad havde et overblik. At Line savner mere information, udtrykker den udfordring, der ligger i at finde den individuelle balance. Hun ønsker i højere grad at være en aktiv del af behandlingen, hvor hun også trækker på egne ressourcer, hvilket kræver, at behandleren inddrager hende yderligere.

Koordineringen imellem patienten og systemet gøres mere effektiv, når patienten oplever, at behandleren holder hende informeret. Her behøver patienten ikke bekymre sig om, om der handles hen over hovedet på hende. Samtidig behøver lægen ikke sætte patienten ind i uvæsentlige detaljer, hvilket sparer både lægen og patienten for et unødvendigt brug af ressourcer. Det har derfor betydning for effektiviteten af den relationelle koordinering mellem patient og system, at behandleren magter at tilpasse mængden af information til patientens ønsker. Patienten kan over tid udvikle en stigende tillid til, at behandleren sørger for at holde hende informeret, hvilket vil have en positiv effekt for både den relationelle koordinering og den sociale kapital i relationen. Magter behandleren at finde en passende balance i forhold til, hvor meget information patienten modtager, åbnes der derfor op for, at der kan udvikles social kapital i relationen, og relationen således kan fungere som en ressource for patienten.

Det er derfor vigtigt for den relationelle koordinering i SAD-patientens møde med systemet i forbindelse med IC modellen, at der tages hensyn til kontrasten imellem hvor meget information patienter magter og hvor meget patienten ønsker, så patienterne på den måde modtager en passende mængde information.

Gensidig respekt

Det undersøges også hvordan elementet gensidig respekt ser ud i relationen mellem SAD-patienterne og systemet. Patienterne er meget klare i forhold til, at de oplever, at behandlerne anerkender dem og deres problemer. Det fremgår også af de ovenstående afsnit, hvor det bl.a. er beskrevet, hvordan patienterne oplever, at behandlerne tager deres situation og behandling meget alvorligt, og at patienterne oplever, at behandlerne forsøger at passe bedst muligt på patienten.

Patienterne fremhæver behandlernes faglige kompetencer, som udslagsgivende for patientens respekt, som her hvor Rikke fortæller om sin psykolog: *"hun siger sgu nogle fornuftige ting, det gør hun. Hun giver mig nogle redskaber, jeg kan bruge"*. Patienterne lægger særlig vægt på, at de kan se en effekt ved konsultationerne, og at de under konsultationen kan mærke, at de udvikler sig i en positiv retning. Mere overraskende er det, at patienterne, når de bliver spurgt om deres relation til behandlerne, fremhæver episoder, hvor behandleren på den ene eller anden måde viser patienten et særligt hensyn eller en særlig medfølelse. Rikke fortæller eksempelvis om forholdet til psykologen: *"kan vi lave en aftale om, at du holder dig i live, indtil vi ses næste gang" Det var simpelthen ordene. Og det sagde jeg ja til"* og hun fortæller videre: *"min psykolog har sågar ringet til mig i sin fritid lige i starten, fordi hun bare lige ville høre"*. Det er tydeligt, at det gør stort indtryk på patienterne, når behandleren også som person engagerer sig i behandlingen. Patienterne oplever det personlige aspekt som noget positivt, og det bidrager derfor til patientens oplevelse af respekt i relationen. Patienternes positive tilkendegivelser i forhold til det personlige engagement kan tolkes som et udtryk for den mistillid, patienterne som tidligere nævnt forventede at møde fra systemet. Behandlernes personlige involvering er et udtryk for omsorg, og er dermed også et udtryk for den modsatte indstilling af, hvad patienterne forventede at møde, hvorfor det har gjort et stort indtryk på dem.

Det personlige element er et brud med den traditionelle opfattelse af, hvad det vil sige at være en god behandler. Traditionelt lægges hovedvægten på fagligheden og dermed også objektiviteten, hvilket eks. udtrykkes i Lægeforeningens etiske regler, hvor der lægges vægt på at bevare *"lægens dømmekraft og faglige autonomi"*². Ved at træde ind i en mere personlig rolle tager behandleren et skridt hen imod subjektivitet, og giver således ifølge det klassiske skisma slip på en del af sin objektivitet og faglighed. Dilemmaet opstår, idet patienten fremhæver både behandlerens faglighed og personlige engagement som kilder til respekt, og det på den måde står klart, at den traditionelle kliniske opfattelse af behandlerens rolle ikke er i overensstemmelse med patientens ønsker. Det skal påpeges, at patienten og systemet naturligvis har forskellige perspektiver, hvilket påvirker deres forestilling om, hvad der gør en god behandler. I forlængelse heraf er det relevant, at patienternes vurdering af det personlige engagement er baseret på enkeltstående tilfælde og inden for en kort

² "Lægeforeningens etiske regler" http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5d%20og%20regler/ETIK/LAEGEFORNINGENS_ETISKE_REGLER#2

periode. De tager derfor her ikke hensyn til de mulige konsekvenser på længere sigt og i et mere overordnet perspektiv. Hvis behandlere i den offentlige sektor i stort omfang engagerer sig personligt i de enkelte behandlingsforløb, vil det først og fremmest kræve mange ressourcer af behandleren, det gælder både professionelt og privat. Yderligere vil det personlige engagement medføre en risiko for stor ulighed i behandling både på tværs af den offentlige sektor, men også afhængig af den enkelte patient. Man ville dermed kun svært kunne yde lige adgang til offentlige ydelser, hvilket er en grundpille i den danske velfærdsmodel (Esping-Andersen, 1990). Til trods for de mulige indsigelser i forhold til at indføre et system, hvor den offentlige sektor i udbredt grad engagerer sig personligt i behandlingen, er det værd at bemærke, at patienten ser en værdi heri, og patientens respekt for behandleren afhænger således både af behandlerens faglige og personlige kompetencer.

Samarbejdet i patient-system relationen er mere effektivt, når patienten har respekt for behandleren og dennes kompetencer. Her kan patienten se det fornuftige i deres konsultationer, og patienten har lettere ved at lade behandleren varetage patientens interesser, da behandleren vurderes som kompetent hertil. Det har derfor betydning for den relationelle koordinering mellem patient og system, at patienten har respekt for behandlerens kompetencer. Positive erfaringer med behandlerens kompetencer vil over tid udvikle en stigende tillid til behandleren og dennes evner. Patienten vil her i mindre grad være påvirkelig af nye og evt. negative erfaringer, da patienten kan trække på positive erfaringer med behandleren. En positiv oplevelse af behandlerens kompetencer vil derfor både have en betydning for den relationelle koordinering og for patientens sociale kapital.

Det er derfor vigtigt for den relationelle koordinering i relationen mellem SAD-patienten og systemet i forbindelse med IC modellen, at behandlerne engagerer sig med både faglige og personlige kompetencer, og at patienterne på den måde oplever respekt i relationen.

Det er nu analyseret, hvordan de 3 udvalgte elementer i relationel koordinering ser ud i relationen mellem SAD-patienten og systemet. Formålet hermed har været at overføre relationel koordinering til den ønskede kontekst. Det er bl.a. fundet, at patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen påvirkes af, at behandleren møder patienten med en omsorgsfuld og tillidsfuld indstilling, at behandleren magter at finde en balance i forholdet mellem hvor meget information patienten ønsker og hvor meget patienten magter, og at patienten har respekt for behandlerens professionelle og personlige kompetencer. Disse aspekter har en betydning for patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen til systemet, samt indflydelse på at relationen til systemet kan indgå som en ressource for patientens helbred. Fokus vendes nu mod DÆMP-patienterne, hvor en tilsvarende analyse gennemføres.

Relationel koordinering i DÆMP-patientens møde med systemet

Fælles mål & Fælles viden

Der fokuseres her på, hvordan fælles mål og fælles viden ser ud i relationen mellem DÆMP-patienterne og systemet. Elementerne i relationel koordinering overlapper gerne hinanden i praksis, hvilket er særligt tydeligt i forbindelse med DÆMP-patienternes oplevelse af fælles mål og fælles viden, hvor mange af de samme sociale processer gør sig gældende. Derfor undersøges de 2 elementer i forlængelse af hinanden i det følgende afsnit.

De 4 interviewede patienter i DÆMP-gruppen er alle pensionister og bor i eget hjem. Patienterne har ikke en klar opfattelse af, hvad målet er med deres behandling. Da de under interviewet bliver spurgt, hvad de ønsker med behandlingen, bliver de overraskede og dernæst tøvende, og det er tydeligt, at det ikke er et spørgsmål, de er vant til at forholde sig til. Patienterne formulerer et mål, der overordnet kan ses som et ønske om lindring og øget mobilitet, hvilket de giver udtryk for, at behandlerne er enige i. Patienterne er under fortsat behandling for en række forskellige lidelser, og de har derfor ikke udsigt til en egentlig helbredelse. Målet med behandlingen er derfor ikke så ligetil, som tilfældet er ved SAD-patienterne, hvilket til dels forklarer, hvorfor de er tøvende i forhold til at pege på målet for deres behandling. Men at patienterne ikke tidligere har forholdt sig til, hvad de ønsker at opnå, antyder at de har indtaget en passiv rolle i forhold til egen behandling. Med passiv menes, at patienten primært godkender og modtager behandlingen, hvor det i højere grad er behandleren, der sætter rammen og målene.

Den passive rolle tydeliggøres, ved at patienterne har svært ved at sætte ord på, hvad der gøres for at styrke deres sundhedstilstand. De peger typisk på, at deres praktiserende læge eller en læge fra OUH har givet dem ny medicin, som de nu afventer effekten af, Bodil siger: *"Men nu har jeg så fået nogen andre nogen, de sendte mig nogen andre nogen ude fra sygehuset. Dem sagde de, at jeg skulle tage i ti dage. Så nu vil de prøve dem og se"*. Bodil beskriver her, hvordan behandlerne udstikker vejen i hendes behandling, og at hun dernæst følger den. Hendes italesættelse af situationen er sigende for patienterne, hvor hun beskriver sig selv som en passiv modtager af det, "de" har besluttet, og "de vil prøve", og hun giver dermed udtryk for, at patienterne i stort omfang har distanceret sig fra behandlingen og herunder definitionen af mål. Det betyder, at patienterne overlader den aktive beslutningstagen til behandlerne.

Det samme viser sig at være gældende, i forhold til hvor meget viden patienterne ønsker, at behandlerne giver videre til dem. Under interviewet bliver Bodil spurgt, om hun får den information, hun ønsker, hvor til Bodil svarer: *"Jeg har en god læge, han kan fortælle mig det"*. Bodil giver her udtryk for, at behandlerrollen tillægges en særlig autoritet. Patienterne fokuserer kun i begrænset omfang på information om deres sygdom og behandling, og de overlader det i vid udstrækning til behandlerne at vurdere, hvor meget information patienten skal modtage. I citatet peger Bodil på,

at hun har *"en god læge"* som årsagen til denne adfærd. Patienterne synes derfor at tillægge behandlerrollen en særlig autoritet, der dominerer i forhold til formuleringen af mål og deling af viden vedrørende patientens behandling. Denne særlige autoritet gør sig gældende i forhold til både den praktiserende læge, som patienterne primært har kontakt med, men også de øvrige behandlere, patienten møder i den offentlige sektor. Det er i tidligere afsnit nævnt, at ældre patienter ofte tillægger lægen en større autoritet end andre befolkningsgrupper, hvilket viser sig også at være tilfældet i forbindelse med DÆMP-patienterne. Det er i kraft af lægens autoritet naturligt for patienten ikke at stille spørgsmålstejn ved anbefalinger etc., hvilket eks. kommer til udtryk ved, at patienterne valgte at deltage i IC modellen alene af den årsag, at deres læge spurgte. Patienterne overlader også den aktive rolle til behandleren i forbindelse med vurderingen af, hvor meget viden patienten skal modtage. Det skal understreges, at patienterne naturligvis i nogen grad ønsker at være informerede om deres behandling, ligesom de ønsker, at behandlerne arbejder for at opnå de samme mål som dem selv. Men det bemærkelsesværdige i forhold til relationel koordinering i patient-system relationen er, at de kun i meget begrænset omfang er optaget heraf. Patienterne indtager dermed en passiv rolle både i forhold til formulering af mål og i forhold til, hvor meget information behandleren skal dele med patienten. Det afgørende for patienterne i forbindelse med fælles mål og fælles viden er således den tillid, patienten har til behandleren og herunder behandlerens autoritet.

DÆMP-patienternes distancering i forhold til egen behandling, gør det relevant at sætte spørgsmålstejn ved, om der er tale om et samarbejde i forbindelse med patientens oplevelse af fælles mål og fælles viden, og dermed om det er meningsfyldt at undersøge patientens oplevelse af de 2 elementer for herigennem at blive klogere på udviklingen af social kapital i relationen mellem DÆMP-patienten og systemet. Patienterne giver ikke på nogen måde udtryk for, at de er utilfredse med situationen, og at de gerne havde en mere aktiv og medbestemmende rolle. Patienterne ønsker dermed ikke, at situationen skal ændres. Patienternes passive rolle i forbindelse med både fælles mål og fælles viden peger derfor ikke på en ineffektiv relationel koordinering i patient-system relationen, ment i den forstand at patienten eksempelvis ikke modtager den mængde information, som hun ønsker. Snarere peger den passive rolle på, at DÆMP-patienten ønsker, at opgaven løses i et mere løst samarbejde mellem patient og system, set i forhold til samarbejdet mellem SAD-patienten og systemet. DÆMP-patienten støtter sig til behandlerens autoritet, og patienten lader derfor behandleren udstikke vejen. Der er derfor, lig tilfældet for SAD-patienterne, tale om en balance i forhold til hvor meget patienten skal inddrages, hvor balancepunktet for DÆMP-patienterne er et andet. Til trods for patientens passive rolle er der tale om et samarbejde mellem DÆMP-patienten og systemet. Det skyldes, at patient og behandler er afhængige af hinanden i forhold til at løfte den opgave, de har til fælles; at yde bedst mulig pleje for patienten. Opgaven er ikke

forudsigelig, og de har derfor nytte af løbende at koordinere med den anden part. Yderligere besidder henholdsvis patienten og behandleren forskellige ressourcer, der er relevante i forhold til at løfte opgaven, og som den anden part ikke besidder alene. Patient og system har derfor bedre mulighed for at løfte opgaven i fællesskab end hver for sig. DÆMP-patienten ønsker kun begrænset viden om behandlingen, men er dog en del af samarbejdet om at sikre den bedst mulige pleje. Eksempelvis er Poul DÆMP-patient, har sukkersyge og forsøgte tidligere på året at begå selvmord. Hans bidrag til samarbejdet består bl.a. i, at han tager sin insulin regelmæssigt, at han ikke spiser for meget sukker, og at han har jævnlige samtaler med en psykolog. Det essentielle ved Bents bidrag er, at det ikke er muligt for nogen at overtage Bents aktiviteter, og hans bidrag hjælper derfor til at løfte opgaven bedst muligt. Patientens passive rolle i samarbejdet peger derfor på en, i patientens optik, effektiv relationel koordinering, hvor patienten oplever at blive inddraget i passende grad. Det afgørende for DÆMP-patienten i forbindelse med fælles mål og viden er således, at patienten har tillid til behandleren og herunder behandlerens autoritet. Samarbejdet imellem de 2 parter gøres mere effektivt, når patienten har tillid til, at behandleren arbejder for at opnå de samme mål som patienten og yderligere sørger for at videregive relevant information. Patienten kan her indtage den ønskede passive rolle, og det uden at forholde sig til uønskede detaljer om behandlingen. Tilsvarende skal behandleren ikke bruge unødige ressourcer på at forklare og skabe tryghed i forhold til behandlingen hos patienten. Patientens oplevelse af fælles mål og fælles viden har derfor en betydning for den relationelle koordinering i patient-system relationen. Positive erfaringer med samarbejdet, og herunder erfaringer der bekræfter behandlerens autoritet, vil på sigt skabe en stigende tillid i relationen, hvorved der skabes en positiv udvikling af patientens oplevelse af social kapital i relationen mellem DÆMP-patienten og systemet. Det er således vigtigt for den relationelle koordinering i relationen mellem DÆMP-patienten og systemet i forbindelse med IC modellen, at patienten har tillid til behandleren, og at patienten på den måde oplever at der er fælles mål og viden i relationen.

Gensidig respekt

Det undersøges i det følgende afsnit, hvordan gensidig respekt ser ud i relationen mellem DÆMP-patienten og systemet. Det er tidligere berørt, at DÆMP-patienterne tillægger behandlerrollen en særlig autoritet, der gør det naturligt for patienten ikke at sætte spørgsmålstegn ved behandlerens anbefalinger etc. Denne oplevelse af autoritet har betydning for den respekt, patienten har for behandleren. Men interviewene har vist, at denne autoritet ikke er ene om at påvirke patientens respekt for behandleren. Lig SAD-patienterne fremhæver DÆMP-patienterne også behandlerens faglige kompetencer og personlige engagement, når de fortæller om relationen.

Erik fortæller under interviewet om et besøg i sit lægehus, hvor han skal have taget en blodprøve: *”Så synes hun [sygeplejersken], der var et eller andet galt, så hun kaldte på lægen.. lige så snart han så mig, så sagde han ”du har en blodprop i hjertet, du skal på sygehuset nu!” og så ringede han efter en ambulance”*. Erik bringer selv historien på bane, hvilket understreger, at han er imponeret over både sygeplejerskens men i særdeleshed lægens evne til at se, at han havde en blodprop, endnu før han selv vidste, at der var noget galt. I episoden demonstrerer lægen tydeligt, at han besidder en viden, som Erik ikke selv har. Eriks oplevelse giver ham derfor en større tiltro til lægens faglige kompetencer, og dermed at Erik får nytte ud af deres konsultationer. Lægens faglighed udvikler derfor også respekt hos Erik, og har derfor en positiv betydning for patienternes oplevelse af relationel koordinering.

Yderligere er det tydeligt, at det har stor betydning for patienterne, at relationen mellem dem og behandleren har et mere personligt islæt. Det giver Bodil udtryk for, hvor hun fortæller: *”det er så dejligt at have en læge, man kan sige og gøre.. Han er så fræk, og det er meget sjovt, det er dejligt at have en læge der.. At vi kan sige og gøre hvad..”*: Bodil giver her udtryk for, at hun sætter pris på, at hun kan tale frit med sin læge, men også at forholdet imellem dem ikke er formelt. Hun sætter pris på, at hende og lægen joker med hinanden, og dermed at han som hendes læge ikke kun er fagligt men også personligt engageret. DÆMP-patienternes oplevelse af, hvad der gør en behandler god, bryder derfor, som for SAD-patienternes, med den traditionelle opfattelse, hvor fokus i højere grad er på objektivitet og faglighed. I forbindelse med SAD-patienterne argumenteredes det, at patienternes vægtning af det personlige engagement kan tolkes som et udtryk for, at patienterne forventede at møde mistillid fra de forskellige behandlere. I forlængelse heraf er det interessant, at DÆMP- patienterne ikke forventer, at behandlerne møder dem med mistillid, men stadig vægter behandlerens personlige engagement i relationen. Den samme tolkning kan derfor ikke overføres til DÆMP-patienterne. DÆMP-patienterne har som nævnt en række forskellige lidelser, der hæmmer deres bevægelsesfrihed, og de har derfor ikke mulighed for samme aktivitetsniveau som tidligere i livet. Ifølge Swane har sygdom, funktionstab og tab af ægtefælle stor betydning for udvikling af ensomhed hos ældre. Blandt danskere på 75 år og derover oplever 9,7% at de ofte er alene, hvor de havde lyst til at være sammen med andre, hvilket er den højeste andel sammenlignet med øvrige aldersgrupper. Swane beskriver ensomhed som en subjektiv følelse af at føle sig alene, som i en svær grad disponerer den ældre for bl.a. hjertesygdomme, Alzheimer og selvmord (Swane, 2013). DÆMP-patienterne er derfor i højere grad end andre befolkningsgrupper, herunder også SAD-patienterne, i øget risiko for at føle sig ensomme, hvilket kan have både psykiske og fysiske konsekvenser. Det har derfor betydning for både patientens helbred og livskvalitet, at hun har jævnlig social kontakt, men samtidig er patienten begrænset i sin mulighed for dette. DÆMP- patienten ser derfor i højere grad end SAD-patienten kontakt med behandlere som en social begivenhed. Det er derfor vigtigt for DÆMP-patienten, at et besøg hos lægen eller besøg fra hjemmeplejen ikke udgøres alene af

eksempelvis en blodprøve der bliver taget, men at patienten også oplever, at behandleren engagerer sig personligt i behandlingen. DÆMP-patienten vægter derfor, på samme måde som SAD-patienten, at behandleren engagerer sig både fagligt og personligt i relationen og behandlingen. Resultaterne fra de 2 patientgrupper tolkes således som et udtryk for, at det menneskelige aspekt i relationen på lige fod med behandlerens faglighed har en positiv betydning for patientens oplevelse af respekt i relationen og dermed for patientens oplevelse af relationel koordinering.

Samarbejdet i relationen mellem DÆMP-patienten og systemet er mere effektivt, når patienten har respekt for behandleren. Her støttes den autoritet, som patienten naturligt tillægger behandlerrollen, af patientens oplevelse af både faglige kompetencer og personligt engagement. Patienten er derfor tryk ved at indtage en passiv rolle i samarbejdet, hvilket er det patienten ønsker. Samtidig gives behandleren rum til selv at vurdere, hvornår patienten skal inddrages. Patientens oplevelse af respekt i relationen har derfor betydning for den relationelle koordinering i relationen mellem patient og system. Over tid vil positive erfaringer med eksempelvis behandlerens faglige kompetencer skabe en større tillid i relationen, og patientens oplevelse af respekt i relationen har derfor også en positiv effekt for den sociale kapital, herunder muligheden for at social kapital kan fungere som en ressource for patientens helbred.

Det er derfor vigtigt for den relationelle koordinering i relationen mellem DÆMP-patienten og systemet i forbindelse med IC modellen, at patienten oplever at behandlerne engagerer sig både fagligt og personligt, og at patienterne på den måde oplever respekt i relationen.

Det er nu analyseret, hvordan de 3 udvalgte elementer i relationel koordinering ser ud i relationen mellem DÆMP-patienten og systemet. Det er fundet, at patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen i særlig grad påvirkes af patientens tillid til behandleren, og herunder den autoritet som patienten tillægger den enkelte behandler i kraft af behandlerrollen. Yderligere er det fundet, at patientens oplevelse af relationel koordinering påvirkes af både behandlerens professionelle og personlige deltagelse i behandlingen. Disse aspekter har en betydning for både patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen til systemet, samt indflydelse på at relationen til systemet kan indgå som en ressource for patientens helbred. For at give læseren mulighed for at følge analysen, og for samtidig at sikre retning i analysen, er resultaterne fra de 2 patientgrupper løbende sammenlignet. Det samles der op på i det følgende afsnit, hvor resultaterne fra de 2 patientgrupper sammenholdes.

SAD vs. DÆMP

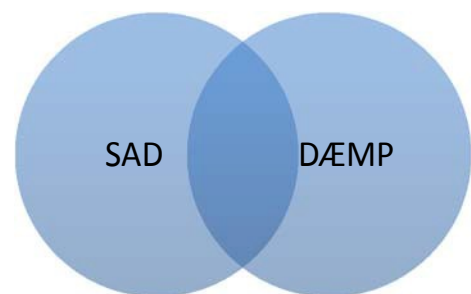
I dette afsnit diskuteres det, hvordan resultaterne fra de to patientgrupper relaterer til hinanden. Formålet hermed er at undersøge hvilke resultater, der ikke er knyttet til patienternes kontekst, og der søges således efter de mere generelle tendenser, der knytter sig til IC modellen. Det vil på den baggrund være muligt at undersøge, hvordan de konkrete elementer i IC modellen påvirker hver af de 2 patientgruppers oplevelse af social kapital i patient-system relationen, og yderligere hvilke generelle tendenser der er gældende.

Det står hurtigt klart, at de 2 patientgrupper forholder sig forskelligt til deres behandling. Hvor SAD-patienterne er meget klare i forhold til, hvad deres mål er, kan DÆMP-patienterne kun svært sætte ord på, hvor de ønsker at bevæge sig hen. Denne forskel afspejler sig i, hvordan den relationelle koordinering mellem patient og system ser ud i de 2 grupper. I SAD-gruppen har det en afgørende betydning, at patienten bliver mødt med omsorg og tillid, og det er således behandlerens indstilling til patienten og dennes sygdom, der er afgørende for patientens oplevelse af fælles mål. Yderligere ønsker SAD-patienterne at være velinformede i forhold til deres behandling, men har samtidig svært ved at håndtere store mængder viden, og det er derfor afgørende for patientens oplevelse af fælles viden, at behandleren magter at finde en balance imellem den mængde information patienten ønsker og kan magte. Modsvarende fylder formuleringen af mål eller ønsket om information meget lidt hos DÆMP-patienterne, der i vid udstrækning forholder sig passivt og overlader formuleringen til behandlerne. Patienterne læner sig op ad en naturlig tillid til behandleren og dennes autoritet, og det er således dette, der er afgørende for DÆMP-patientens oplevelse af fælles mål og viden. Analysen har således vist, at den relationelle koordinering er afhængig af kontekst, idet der er synlige forskelle imellem de 2 patientgrupper.

De 2 patientgrupper har samtidig et bemærkelsesværdigt fællestræk i forhold til relationel koordinering. Begge lægger i relationen til behandlerne vægt på både behandlerens faglige kompetencer, men også behandlerens personlige engagement i behandlingen. Patienterne giver således udtryk for, at det menneskelige aspekt i relationen på lige fod med behandlerens faglighed har en positiv betydning for patientens oplevelse af respekt i relationen. Behandlerens faglige og personlige engagement i behandlingen har derfor for begge patientgrupper en betydning for oplevelsen af relationel koordinering i patient-system relationen og herunder for anvendelsen af social kapital som en ressource for patientens helbred. Da begge grupper giver udtryk for det samme, er resultaterne ikke knyttet til patientens specifikke kontekst eller sygdom. Snarere kan disse resultater ses som et udtryk for mere generelle tendenser, der knytter sig til IC modellen som overordnet kontekst. Denne lighed mellem SAD- og DÆMP-patienterne er derfor interessant i forhold til relationel koordinering mellem patient og system i forbindelse med IC modellen. Hvis denne lighed mellem de 2 patientgrupper kan strækkes til en bredere kontekst end IC modellen, og

det dermed gælder, at patienter mere generelt peger på det menneskelige aspekt i relationen, er det også et interessant resultat set i forhold til andre velfærdsinnovationer. Med denne viden kan fremtidige velfærdsinnovationer styrke samarbejdet mellem patient og system ved at medtænke både et hensyn til behandlerens faglighed og samt behandlerens personlige engagement. Det bliver således muligt i højere grad at udvikle patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen og hermed udvikle de ressourcer, patienten har adgang til. Nedenstående model illustrerer, hvordan de 2 patientgruppers relationelle koordinering i patient-system relationen relaterer til hinanden.

Der er løbende i analysen argumenteret for sammenhængen mellem de enkelte elementer i relationel koordinering og udvikling af tillid i patient-system relationen. Det gælder således for begge patientgrupper, at relationel koordinering i relationen mellem patient og system kan bidrage til udvikling af social kapital i relationen. Blikket vendes nu mod analysens anden del, hvor det med udgangspunkt i de ovenstående resultater skal undersøges, hvordan IC modellen påvirker patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen.



Relationel koordinering i patient-system relationen

Del 2. Social kapital i patient-system relationen

Det undersøges i dette afsnit, hvordan IC modellen påvirker patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen. Fokus er på de 3 elementer i IC modellen; udvikling af en konkret handleplan for patienten; tværsektionel koordinering under behandlingsforløbet, og; afholdelse af 5 årlige møder i tværsektionelle teams (TST), da disse elementer udgør den del af IC modellen-projektet, der er mest synlig for patienten. Med udgangspunkt i analysens første del diskuteres det, hvordan de 3 elementer påvirker patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen, og herunder om IC modellen skaber en bedre koordinering mellem patient og system. I forlængelse heraf diskuteres, om den ændrede koordinering har betydning for patientens tillid til systemet og til patientens egenmestring. Der skal således i analysens anden del ved hjælp af relationel koordinering opnås en øget viden om, hvordan IC modellen påvirker patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen.

Det undersøges indledningsvis, hvilken betydning udviklingen af en konkret handleplan har for patienternes oplevelse af social kapital i patient-system relationen. Der fokuseres først på SAD-patienterne og hvorefter DÆMP-patienterne. Efterfølgende undersøges de to øvrige udvalgte elementer i IC modellen, hvor samme øvelse udføres. Analysens anden del afsluttes med en diskussion af, hvordan IC modellen påvirker de 2 patientgruppers oplevelse af social kapital i

patient-system relationen, herunder hvordan resultaterne fra de 2 patientgrupper relaterer til hinanden.

Udvikling af en konkret handleplan

Handleplanen udgør hovedparten af IC modellens indsats for at øge inddragelsen af patientens ressourcer i forbindelse med behandlingen. Den praktiserende læge har ansvar for, at der i samarbejde med patienten udvikles en plan for patientens behandlingsforløb. Planen illustrerer det samlede forløb på tværs af den offentlige sektor, som patienten kan forvente, og tydeliggør samtidig hvilken behandler, der er ansvarlig for de forskellige dele af behandlingen. I de følgende afsnit undersøges det, hvordan handleplanen påvirker patienternes oplevelse af social kapital i patient-system relationen.

Social kapital I SAD-patientens møde med systemet

Det undersøges i dette afsnit, hvilken betydning udvikling af handleplanen har for SAD-patienternes oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system. Der tages udgangspunkt i resultaterne fra analysens første del, der viser, at SAD-patienterne ønsker at være informerede i forhold til deres behandling, men at de samtidig har svært ved at håndtere store mængder viden, og det er derfor afgørende for patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen, at behandleren magter at finde en balance imellem den mængde information patienten ønsker og kan magte.

SAD-patienterne har i samarbejde med deres praktiserende læge udarbejdet en handleplan for patientens forløb. Patienterne har i denne proces indflydelse på, hvordan behandlingen kommer til at se ud, og patienten opnår samtidig en indsigt i, hvordan behandlingen vil forløbe. Udviklingen af handleplanen i fællesskab bidrager derfor til, at patienten i stigende grad har et overblik over behandlingsforløbet. Det er i den forbindelse relevant, at handleplanen udvikles i et for patienten trygt miljø. Behandlerens tilstedeværelse og deltagelse sikrer, at patienten ikke overlades i situationen med et konkret ansvar. Patienten har mulighed for at deltage mere eller mindre aktivt i udformningen af planen, og patienten og behandleren kan dermed selv tilpasse informationsmængden etc. Det betyder, at udformningen af handleplanen og herunder lægens støtte i situationen bidrager i forhold til patientens mulighed for at være involveret i egen behandling, hvor det samtidig er muligt at tilpasse samarbejdet i forhold til den enkelte patient, så der bevares en balance imellem, hvad patienten kan magte, og hvad patienten ønsker.

Patienterne har på nuværende tidspunkt udelukkende adgang til handleplanen via den praktiserende læge, men det vil på sigt blive muligt for patienterne at tilgå handleplanen via internettet. Det betyder først og fremmest, at patienten får større mulighed for at involvere sig i behandlingen. Det

bliver muligt for patienten at læse planen, så mange gange som patienten ønsker, og når patienten ønsker det. Patienten er på den måde ikke afhængig af, at hun kan huske og overskue hele planen på en gang, hvilket er særligt relevant i kraft af SAD-patienternes lidelser. Yderligere kan patienten vælge at læse planen på dage, hvor hun har det bedst og derfor har mest muligt overskud til at rumme planens informationer. Patientens mulighed for at tilgå handleplanen hjemmefra gør det dermed i højere grad muligt for patienten at inddrage sine egne ressourcer i behandlingen. For det andet gør adgang via internettet det muligt for patienten at inddrage pårørende i behandlingen. Det er her muligt for de pårørende både at holde sig opdateret om behandlingen, men også at fungere som en støtte for patienten, som Line siger: *"man kan sige, jeg har ikke overskuddet, men det har min mand måske til lige at gå ind og sige "jeg kan se der har været et møde og sådan og sådan"*". Line peger her på, hvordan adgang til handleplanen kan gøre det muligt for hendes mand at holde sig opdateret på hendes vegne. Hun skal dermed ikke selv være ansvarlig for indholdet. Hun kan i stedet læne sig op af sin mand, og at han informerer hende om relevante ændringer. Muligheden for at tilgå handleplanen hjemmefra gør det derfor også muligt at inddrage de pårørendes ressourcer i behandlingen. Endelig betyder patientens adgang til handleplanen, at patienten på et senere tidspunkt kan bruge den til at danne sig et overblik over forløbet. Rikke fortæller at: *"jeg tror ikke, jeg havde overskud til det på daværende tidspunkt. Men nu hvor jeg har det lidt bedre og har overskuddet, kunne det være rart at gå tilbage og læse, for det er jo ikke sikkert, jeg kan huske alle detaljer fra det sidste halve år"*. Rikke peger her på SAD-patienternes dilemma, hvor de ønsker langt mere information om deres behandling, end de egentlig er i stand til at håndtere. De er i kraft af deres sygdom, nødt til at indtage en mere passiv rolle i deres liv, end de er vant til, men de ønsker stadig at behandleren inddrager dem i behandlingen, og at de generelt bevarer et overblik over situationen. I citatet peger Rikke på at muligheden for at danne sig et overblik efterfølgende, kan hjælpe patienterne til at håndtere dilemmaet. Når patienterne ved, at der i handleplanen bliver registreret de mest væsentlige begivenheder, behøver de ikke på nuværende tidspunkt have kontrol over behandlingen. De kan i stedet læne sig op af, at de på et senere tidspunkt, hvor de har det bedre, kan danne sig et overblik over det forløb, de har været igennem. Adgang til handleplanen over internettet gør det derfor lettere for patienterne at håndtere kontrasten imellem, hvor meget information de magter, og hvor meget de ønsker, og det bliver således lettere for dem og behandleren at skabe en balance i forhold til, hvor meget information patienten skal modtage.

På nuværende tidspunkt betyder handleplanen således, at patienten har bedre mulighed for at være involveret i egen behandling. Brugen af handleplanen betyder samtidigt, at det er muligt at tilpasse samarbejdet til patientens ønsker og behov. På sigt kan handleplanen bidrage yderligere, ved i højere grad at gøre det muligt for patienten og hendes pårørende at involvere sig i behandlingen, samt lette betydningen af den kontrast patienten oplever, når hun indtager en mere passiv rolle i

forhold til behandlingen. Som tidligere nævnt er det IC modellens udtrykte ambition, at patienten og dennes ressourcer i højere grad inddrages i behandlingen, og handleplanen understøtter således opnåelsen af dette mål. Set i lyset af resultaterne fra analysens første del har handleplanen en positiv betydning for patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen, da handleplanen støtter inddragelse af patienten, samt behandlerens mulighed for at etablere en balance i forhold til, hvor meget information patienten ønsker, og hvor meget patienten magter. Handleplanen medfører, at patienten i højere grad har mulighed for at bidrage med egne og pårørendes ressourcer, og der er således flere kræfter, der arbejder på at løse den fælles opgave; at yde bedst mulig pleje for patienten. Skal handleplanen gøre samarbejdet mere effektivt, er det dog afgørende, at der findes en balance, hvor patienten modtager tilstrækkelig meget information til at føle sig informeret, og det uden at patienten overvældes af informationsmængden. Når patienten får adgang til handleplanen hjemmefra inddrages patienten i større grad i forhold til at bevare denne balance, idet patienten ikke udelukkende modtager information igennem behandleren. Patienten er derfor i stigende grad ansvarlig for at skabe en balance i mængden af information, og dermed også i stigende grad ansvarlig for, at samarbejdet mellem patient og system gøres mere effektivt. Det er her relevant, at øget information kræver et aktivt valg fra patienten. Patienten skal logge ind på den elektroniske handleplan for at få adgang til informationerne, og patienten kan derfor også vælge ikke at benytte handleplanen. Patienten har mulighed for at forholde sig passivt, hvis hun vurderer at hun ikke kan rumme informationerne på nuværende tidspunkt. Behovet for et aktivt valg gør det mere sandsynligt, at patienten kun opsøger information de dage, hun er i stand til at håndtere det, og gør det dermed også lettere for patienten at bevare en balance i forhold til mængden af information og hendes evne til at håndtere informationen. Handleplanen har derfor en positiv betydning for effektiviteten af den relationelle koordinering i patient-system relationen.

I forlængelse heraf påvirker handleplanen patientens tillid til både systemet og til hendes evne til selv at bidrage til behandlingen. Handleplanen giver som bekendt patienten mulighed for i stigende grad at være informeret om behandlingen. Det bliver dermed også lettere for patienten at gennemskue behandlingen, herunder de forskellige behandleres bidrag. Særligt relevant i forbindelse med patientens tillid til systemet er det også, at patienten i kraft af adgang til handleplanen har mulighed for at følge med i behandlerens notater om behandlingen. Patienten får hermed mulighed for i nogen udstrækning at følge den interne kommunikation behandlerne imellem. Som Line peger på i interviewet, er det først og fremmest muligheden herfor, der har betydning for patienterne. Patienterne har ikke nødvendigvis overskud til at følge med i handleplanen, men det vil skabe en tryghed, at muligheden er der. Alene muligheden for at læse i handleplanen vil derfor bidrage til patientens tillid til systemet. Yderligere betyder det, at handleplanen giver patienten bedre mulighed for at inddrage egne og pårørendes ressourcer, og

at patienten opnår en større selvstændighed i behandlingen. I samarbejde med de pårørende er patienten bedre i stand til at varetage sin egen behandling, og patienten opnår derfor en større tillid til egenmestring. Handleplanen har således en positiv betydning for den relationelle koordinering mellem SAD-patienten og systemet. Handleplanen udvikler herigennem patientens tillid, så patienten i stigende grad får tillid til både systemet og egne evner i forbindelse med behandlingen. Handleplanen har således en positiv betydning i forhold til patientens oplevelse af social kapital i relationen mellem SAD-patienten og systemet og hermed i forhold til, at social kapital kan fungere som en ressource for patientens helbred.

Social kapital i DÆMP-patientens møde med systemet

Det undersøges i dette afsnit, hvilken betydning udvikling af handleplanen har for DÆMP-patienternes oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system. Der tages udgangspunkt i resultaterne fra analysens første del, der viser, at formuleringen af mål eller ønske om information fylder meget lidt hos DÆMP-patienterne, der i vid udstrækning forholder sig passivt og overlader formuleringen til behandlerne. Patienterne læner sig i vid udstrækning op ad en naturlig tillid til behandleren og dennes autoritet, og det er således dette, der er afgørende for DÆMP-patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen mellem patient og system.

Handleplanen styrker patientens mulighed for at være informeret om egen behandling. I forhold til handleplanens betydning for den sociale kapital i patient-system relationen er det derfor interessant, at ingen af DÆMP-patienterne mener, at de har været med til at udarbejde en sådan. Endvidere er det uklart hvor mange af patienterne, der kender til handleplanen, før der spørges ind til den under interviewet. I og med at patienterne ikke oplever, at de i samarbejde med deres praktiserende læge har udarbejdet en handleplan, har handleplanen alt andet lige ikke givet patienterne et indblik i deres behandling. Med udgangspunkt i resultaterne fra analysens første del er det plausibelt, at lægen har vurderet, at det ikke var i patientens interesse at præsentere patienten for handleplanen. Det understøttes af, at de få praktiserende læger, der deltager i IC modellen, deltager frivilligt i projektet. Det antages derfor, at lægen som udgangspunkt er positivt stemt i forhold til projektet og dets elementer, og lægen derfor som udgangspunkt er interesseret i at benytte handleplanen. Det udelukker dog ikke muligheden for, at lægen har afstemt handleplanens indhold med patienten, og at patienten på den måde har haft indflydelse på udformningen af planen. Patienten har ikke et udtalt ønske om information om og indflydelse på behandlingen, og lægen tilpasser derfor brugen af handleplanen til patientens ønsker. Lægens skærmer patienten fra unødigt information, og lader således patienten forblive i en passiv rolle i forbindelse med egen behandling. Set i relation til IC modellens intention om i stigende grad at inddrage patienten og dennes ressourcer i behandlingen, har lægens adfærd en negativ betydning, da patienten ikke opnår

en øget indsigt eller på anden måde inddrages i behandlingen. Men sideløbende har lægens beslutning en positiv betydning for patienten, da patienten ikke ønsker at være en mere aktiv del af behandlingen. Lægen varetager således patientens interesser frem for projektets overordnede målsætninger, idet han imødekommer patientens ønsker. Patienten kan således støtte sig til og have tillid til lægen og herunder lægens autoritet. Det fjerner den potentielt negative indflydelse, som handleplanen kan have på patientens oplevelse af samarbejdet med systemet. Behandlerens ageren medfører således, at handleplanen på nuværende tidspunkt ikke påvirker patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen mellem patient og system.

DÆMP-patienterne vil på sigt lig SAD-patienterne få adgang til deres handleplan via internettet. Denne mulighed betyder først og fremmest, at DÆMP-patienterne lig SAD-patienterne i stigende grad kan inddrage egne og pårørendes ressourcer. DÆMP-patienterne er positive i forhold til den fremtidige mulighed, men adskiller sig væsentligt fra SAD-patienterne, da de ikke udtrykker ønske om i højere grad at være informeret om behandlingen. Tilsvarende giver patienterne ikke udtryk for, at de ønsker, at de pårørende i højere grad kan engagere sig i behandlingen. DÆMP-patienternes positive indstilling tolkes derfor først og fremmest som et udtryk for, at de ikke ser det som problematisk, at de kan tilgå handleplanen over internettet. Det er muligt, at patienterne vil benytte handleplanen, når muligheden eksisterer, og de vil således opnå et større indblik i deres behandling. Men da patienterne ikke har et ønske om yderligere viden om deres behandling, er det ikke sandsynligt, at DÆMP-patienterne vil benytte adgangen i samme omfang som SAD-patienterne. Adgang til handleplanen vil derfor ikke i samme grad som hos SAD-patienterne gøre DÆMP-patienten og hendes pårørende til en aktiv ressource i forhold til patientens behandling. Som det gør sig gældende for SAD-patienterne, er det også for DÆMP-patienterne vigtigt, at yderligere information kræver en aktiv handling. Hvis DÆMP-patienten savner yderligere information om behandlingen, kan hun vælge at opsøge det. Patienten får således bedre mulighed for at tilpasse informationsmængden, og adgang til handleplanen kan derfor på sigt have en positiv betydning for patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen.

Benytter patienten sig af adgangen til handleplanen, øges patientens og de pårørendes mulighed for at bidrage til behandlingen. Samarbejdet mellem patienten og systemet gøres således mere effektivt, da flere ressourcer bidrager til at løfte deres fælles opgave. Det er her afgørende, i hvor stort omfang patienten vælger at inddrage egne og pårørendes ressourcer, og dermed i hvor stort omfang patienten ønsker og magter at indtage en aktiv rolle i behandlingsforløbet. Hvis patienten vælger at benytte sig af muligheden for at tilgå sin handleplan, skaber det derfor en mere effektiv relationel koordinering i patient-system relationen.

I forlængelse heraf kan adgang til handleplanen have en positiv betydning for patientens tillid til systemet. Som for SAD-patienterne, giver handleplanen DÆMP-patienterne, mulighed for et

indblik i behandlernes kommentarer til behandlingen. Adgang til handleplanen kan derfor hjælpe til at gøre behandlingen gennemskelig og hermed afhjælpe en mulig mistillid hos patienten. Eva er DÆMP- patient og har igennem en lang årrække haft den samme praktiserende læge, som hun har stor tillid til. Lægen er for få år siden gået på pension, og Eva har i perioden efter haft flere praktiserende læger. Forholdet til den tidligere læge står som kontrast til de relationer, patienten opbygger efterfølgende. Hun frygter, at de ikke kender hendes sygehistorik og derfor giver hende en forkert behandling, og hun er bekymret for, at behandlerne tilbageholder information for hende. Adgang til handleplanen vil gøre det lettere for Eva at følge med i behandlingen og herunder sikre sig, at behandlerne ikke holder information fra hende, hun gerne vil modtage. Handleplanen kan derfor i fremtiden hjælpe Eva til at være mere tryk ved behandlingen, og herunder hjælpe hende til at udvikle tillid til behandlerne. Yderligere får patienten, når hun vælger at anvende handleplanen, et større indblik i egen behandling. Patienten bliver således også klædt bedre på til at deltage aktivt i behandlingen, såfremt hun ønsker og magter det. Adgang til handleplanen kan derfor også for DÆMP-patienterne, lig SAD-patienterne, have en positiv betydning for patientens tillid til egenmestring.

Handleplanen kan således på sigt, når patienten selv får adgang til den, have en positiv betydning for den relationelle koordinering mellem DÆMP-patienten og systemet. Det kan videre få en positiv betydning for både patientens tillid til systemet, og patientens tillid til egne evner til at håndtere sin behandling bedst muligt. Handleplanen kan derfor på sigt have en positiv betydning for patientens oplevelse af social kapital i relationen mellem SAD-patienten og systemet og herunder muligheden for at anvende social kapital som en ressource for patientens helbred.

Tværasektionelt samarbejde

I dette afsnit behandles de to elementer tværasektionel koordinering under behandlingsforløbet og afholdelse af TST-møder. De håndteres i vid udstrækning som ét element under overskriften tværasektionelt samarbejde. Det skyldes, at patienterne oplever elementerne som 2 sider af samme sag, og yderligere at de 2 elementer har den samme betydning for patientens relationelle koordinering samt sociale kapital.

De 2 elementer er en central del af IC modellens indsats for at skabe intern relationel koordinering mellem behandlerne, der er engageret i projektet. Den praktiserende læge har ansvar for, at der sker en tværasektionel koordinering under det enkelte behandlingsforløb. Koordineringen tager udgangspunkt i handleplanen og omfatter de behandlere fra sygehus, kommune og praksissektoren, der er tilknyttet patienten. Som en del af det tværfaglige samarbejde afholdes der 5 årlige møder i TST. Her samles alle behandlere knyttet til patienten med det formål at udveksle viden og erfaring på tværs af sektorer.

Social kapital i SAD-patientens møde med systemet

Det undersøges i dette afsnit, hvilken betydning det tværsektionelle samarbejde mellem de forskellige behandlere i IC modellen har for SAD-patientens oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system.

Der tages udgangspunkt i resultaterne fra første delanalyse, der har vist, at det for SAD-gruppen har afgørende betydning for oplevelsen af relationel koordinering i patient-system relationen, at behandleren møder patienten med en omsorgs- og tillidsfuld indstilling. Yderligere tages udgangspunkt i, at den relationelle koordinering også påvirkes af både behandlerens faglige kompetencer og personlige engagement, samt hvorvidt behandleren magter at finde en balance imellem hvor meget viden patienten ønsker og magter.

SAD-patienterne oplever at behandlerne i stor udstrækning kommunikerer internt. Kommunikationen foregår primært imellem patientens praktiserende læge og psykolog, hvor patienterne oplever, at de 2 behandlere opdaterer hinanden om patientens behandling. Anne fortæller at: *"Jeg kan godt opleve at komme op til min praktiserende læge der en gang om måneden, og så har han snakket med min psykolog og sådan noget der, så han ved allerede lidt"*. Der sker således en intern videndeling imellem behandlerne. Det betyder for det første, at patienten oplever en styrket faglighed. Behandlerne kan internt afklare og afstemme deres faglige vurderinger. Patienten skal således ikke være formidler af faglige vurderinger mellem 2 behandlere med forskellige faglige indgangsvinkler. Yderligere fjernes patientens indflydelse på formidlingen, og behandlerne behøver derfor ikke forholde sig til i hvor høj grad patientens ønsker og egen tolkning påvirker den information, der videregives. Line fortæller om en episode: *"altså, nu var jeg til læge for ikke så lang tid siden og... og synes, det var gået sådan OK, at jeg var stoppet op, og så tænkte jeg: "Jamen, jeg kan godt gå op i tid", hvor hun sagde: "Ja, men... ikke så meget, som du siger i hvert fald"*. Line peger her på betydningen af, at hendes læge og psykolog har talt sammen forud for Lines konsultation hos lægen. Hendes læge er derfor klar over, at Line langsomt får det bedre. Men lægen ved også i kraft af psykologen, der ser Line oftest og har en anden faglighed, hvor meget det er fornuftigt fra et fagligt perspektiv, at Line går op i tid på arbejde. Den interne koordinering betyder derfor, at behandlingen får et stærkere fagligt fokus. Når behandlerne kan koordinere internt, udvikles både deres faglighed hver især, men der skabes også rum til, at de forskellige behandleres faglighed kan koordineres og understøtte hinanden i behandlingsforløbet. Set i forhold til relationel koordinering er det derfor positivt, at der sker en intern vidensdeling, da både behandlernes og behandlingens faglige niveau udvikles.

Koordineringen imellem de forskellige behandlere betyder for det andet, at patienten oplever, at behandlingen tilpasses hendes behov og ønsker. Rikke fortæller at: *"Jeg skulle ikke tage stilling til noget, jeg skulle bare troppe op der hvor de sagde jeg skulle, og det var, hvad jeg havde brug for"*. Rikke beskriver her starten af sin behandling, hvor hun oplever at særligt hendes praktiserende læge og psykolog har

samarbejdet om behandlingen. Rikke tegner samtidig et billede af hende selv som en passiv deltager i behandlingen. Den interne koordinering gør det muligt for behandlerne at kommunikere uden om patienten, og det er således også muligt for patienten i kortere eller længere tid at indtage en mere passiv rolle, da patienten ikke nødvendigvis skal inddrages i alle spørgsmål. Behandleren har derfor i kraft af den interne koordinering mulighed for at skærme patienten for mange oplysninger, hvis han vurderer, at det er i patientens interesse. Det giver patienterne mulighed for at indtage en meget passiv rolle i starten af behandlingen, for efterfølgende at påtage sig en stadigt stigende aktiv rolle. I relation hertil er det relevant, at IC modellen sideløbende ønsker at inddrage patientens ressourcer i behandlingen, hvilket særligt kommer til udtryk i udformningen af handleplanen. IC modellen styrker derfor i kraft af handleplanen muligheden for at inddrage patienten, men gør samtidig inddragelsen mindre nødvendig i kraft af den interne koordinering. De 2 aspekter ved IC modellen ser derfor ud til at modarbejde hinanden med hensyn til inddragelse af patienten. Dette afhænger imidlertid af behandlerens vurdering af, hvor meget information patienten ønsker og magter, og dermed hvor meget information behandleren skal videregive. Behandleren gives større råderum til at tilpasse informationsmængden til den enkelte patient, hvilket potentielt er en fordel for patienten, da denne får bedre mulighed for at modtage præcis den ønskede mængde information. I forhold til den relationelle koordinering mellem patient og system betyder kombinationen af de 2 elementer i IC modellen derfor, at behandleren har bedre mulighed for at finde en balance i forhold til, hvor meget patienten ønsker og magter at være inddraget. Men behandleren gives dermed også mulighed for at lade patienten indtage en mere passiv rolle i forhold til behandlingen, hvilket modarbejder IC modellens ønske om at inddrage patienterne. Rikke forklarer senere i interviewet, hvordan hun forholder sig til den mere passive rolle hun indtog i starten af behandlingen: *"hvis jeg ikke havde været med i forløbet, så havde min læge henvist mig til en psykolog, som jeg så selv skulle.. jeg skulle så selv finde en, og selv ringe til, og.. så er der måske noget ventetid, og for det første var jeg så syg så.. jeg havde ikke fundet en, og jeg havde ikke fået ringet til hende, og jeg var aldrig kommet af sted så.."*. Rikke peger her på, at det var afgørende for hende, at hun i starten af behandlingen kunne indtage en passiv rolle, hvor behandlerne i stor udstrækning tilpassede behandlingen til hendes behov og viste vejen frem. Den interne koordinering mellem behandlerne har derfor haft en positiv betydning for Rikke og de øvrige SAD-patienters oplevelse af relationel koordinering, da behandleren får bedre mulighed for at tilpasse mængden af information i en balance mellem hvor meget patienten henholdsvis ønsker og magter.

De 2 elementer tværsektionel koordinering og TST-møder giver således behandlerne mulighed for at samarbejde på tværs af sektorer. Det gør det muligt at udvikle både deres og behandlingens faglighed, og giver samtidig behandlerne mulighed for, at tilpasse omfanget af information til den enkelte patients ønsker og behov. Når behandlerens faglighed styrkes, er det lettere for patienten,

at lade behandleren varetage patientens interesser, og behandleren kan således fokusere sine ressourcer omkring behandlingen. Endvidere betyder det, at behandleren får større råderum i forhold til, hvor meget patienten skal inddrages, at patienten har bedre mulighed for ikke at blive overvældet af for megen information, men også at patienten på et senere tidspunkt i behandlingen kan indtage en mere aktiv rolle end tidligere. Når behandleren gives et større råderum, er der derfor bedre mulighed for at behandlingen kan tilpasses patienten, hvilket giver både patienten og behandleren bedre mulighed for at udnytte deres ressourcer bedst muligt. Det tværsektionelle samarbejde har derfor en positiv betydning for effektiviteten af den relationelle koordinering mellem patient og system.

I forlængelse heraf påvirker den interne videndeling patientens tillid til systemet. Patienterne fortæller, at de forskellige behandlere trækker i samme retning, og at de, så vidt patienten ved, er enige i forhold til behandlingen. Behandlerne fremstår derfor som en enhed, der i fællesskab arbejder for at yde den bedst mulige behandling til patienten. Det er i første delanalyse berørt, at patienterne forventede, at den praktiserende læge og psykologen ville møde patienten med en skeptisk indstilling, og i forlængelse heraf blev det konkluderet, at det har afgørende betydning for patienternes oplevelse af relationel koordinering, at behandleren møder patienten med en omsorgs- og tillidsfuld indstilling. Det ser imidlertid ud til, at den interne videndeling har en positiv betydning for den indstilling, patienterne forventer at møde hos enkelte behandlere. Patienterne forventer at møde den største skepsis fra sagsbehandleren, hvilket Anne formulerer således: *"kommunen vil gerne presse en til at.. man skal blive rask og klar"*. Patienterne er også her blevet positivt overraskede, men i forhold til den relationelle koordinering er det interessant, at Anne fortsætter: *"jeg har både psykologen og min læge, de er ligesom mine mænd ikke også. De er med inde over, og sagsbehandleren påtvinger ikke noget, uden de ligesom også har været med inde over. Jeg har også deres ord for det"*. Anne giver her udtryk for, at lægen/psykologen i patienternes optik fungerer som garant for, at sagsbehandleren arbejder for patientens bedste og patientens mål. Den tillid patienten nærer til lægen/psykologen, opvejer således den mistillid, patienten forventer at møde ved sagsbehandleren. Denne udligning af forskellige behandleres indflydelse på behandlingen er kun mulig i kraft af, at IC modellen arbejder med intern koordinering mellem medarbejderne. Projektet giver behandlere fra forskellige dele af den offentlige sektor mulighed for at mødes og udveksle viden og erfaringer, og det er således intentionen, at der i denne proces udvikles relationel koordinering internt. Samtidig ser det ud til, at samarbejdet mellem de forskellige behandlere gør det lettere for patienten at håndtere sin relation til systemet. Den interne koordinering ændrer således den måde patienten opfatter systemet på, og gør at patienten i højere grad ser systemet som en samlet enhed. Den interne koordinering mellem behandlerne hjælper således patienten i mødet med sagsbehandleren, og støtter patienten i udviklingen af tillid.

Det tværsektionelle samarbejde gør således samarbejdet i patient-system relationen mere effektivt. Koordineringen støtter patienten til at udvikle tillid til de forskellige behandlerroller, og har således en positiv betydning i forhold til patientens oplevelse af social kapital i relationen mellem SAD-patienten og systemet, og herunder en betydning for at social kapital kan fungere som en ressource for patientens helbred.

Social kapital i DÆMP-patientens møde med systemet

Det undersøges nu, hvilken betydning det tværsektionelle samarbejde mellem de forskellige behandlere i IC modellen har for DÆMP-patientens oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system. Der tages udgangspunkt i resultaterne fra analysens første del, der viser, at DÆMP-patienterne i stor udstrækning forholder sig passivt til egen behandling. Afgørende for DÆMP-patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen mellem patient og system er tillid til behandleren samt behandlerens faglige kompetencer samt personlige engagement.

Som tidligere nævnt bidrager den interne koordinering mellem behandlerne i IC modellen til at etablere en videndeling på tværs af sektorer. Denne videndeling gør det muligt, at behandlernes faglige kompetencer udvikles og behandlingens faglige niveau styrkes. Som det gør sig gældende i forbindelse med SAD-patienterne, gælder det også for DÆMP-patienterne, at behandlerens faglighed har betydning for patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen. DÆMP-patienterne adskiller sig dog afgørende fra SAD-patienterne, idet de ikke ser den interne koordinering. DÆMP-patienterne forholder sig mere passivt til deres behandling end SAD-patienterne, og de ønsker således ikke i samme grad at blive informeret om behandlingen. Behandlerne efterlever patienternes ønske, hvilket eksempelvis ses ved at DÆMP-patienterne ikke er inddraget i forbindelse med udviklingen af en konkret handleplan. Den passive rolle betyder, at DÆMP-patienterne ikke ved, hvorvidt behandlerne kommunikerer internt. Patienternes opfattelse af behandlerens faglighed kan derfor ikke påvirkes som en effekt af, at patienten ved, at behandlerne kommunikerer internt, hvor det eksempelvis er relevant for SAD-patienten, at hun ved, at hendes praktiserende læge er i kontakt med psykologen, og derfor modtager andre faglige inputs i forhold til behandlingen. Den interne koordinering kan støtte den enkelte behandleres faglighed, hvilket kan have en positiv betydning for patientens behandlingsforløb etc. Denne styrkede faglighed kan DÆMP-patienten ikke tilskrive koordineringen mellem behandlerne, og den kan derfor være svær at få øje på. Den interne koordinering har derfor en positiv betydning for DÆMP-patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen i kraft af at behandlernes faglighed udvikles, om end den for SAD-patienterne har en større betydning.

Den interne koordinering giver som bekendt behandleren et større råderum i forhold til, hvor meget patienten skal inddrages, og betyder derfor, at patientens involvering i behandlingen bedre

kan tilpasses patientens ønsker. Det er mindre relevant i forbindelse med DÆMP-patienterne, der i nogen grad oplever sygdommen som en del af hverdagen, i modsætning til SAD-patienternes sygdomsforløb, hvor sygdommen opleves som en større brud med hverdagen. SAD-patienternes forløb har typisk en kortere tidshorizont, hvor de langsomt vender tilbage mod et normalt aktivitetsniveau, og det er således i kraft af behandlerens udvidede råderum muligt at indtage en meget passiv rolle i starten af behandlingen, for efterfølgende at påtage sig en stadigt stigende aktiv rolle. DÆMP-patienterne derimod har ikke mulighed for en decideret helbredelse, og deres forløb har derfor en længere tidshorizont end SAD-patienternes. Sygdom er derfor en uundgåelig del af deres hverdag, hvilket muligvis kan forklare, at de ønsker en passiv rolle i behandlingen. DÆMP-patienternes forløb medfører imidlertid, at deres ønskede inddragelse i behandlingen er mere stabil på et passivt niveau, og derfor ikke stiller samme krav til behandlerne i forhold til omstilling, det set i forhold til SAD-patienternes ønske om mere involvering, og DÆMP-patienten ser derfor kun i begrænset omfang effekten af den interne koordinering mellem behandlerne. Det tværsektionelle samarbejde har derfor en positiv betydning for DÆMP-patientens oplevelse af relationel koordinering i patient- system relationen, idet behandleren bedre kan tilpasse behandlingen til patientens behov. Men som i det forrige afsnit ses det, at den synlige effekt er større for SAD-patienterne.

I og med at det tværsektionelle samarbejde kun i begrænset omfang påvirker DÆMP-patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen mellem patient og system, er de mulige konsekvenser for samarbejdets effektivitet også begrænsede. Endvidere vil betydningen for DÆMP-patientens oplevelse af social kapital i relationen også være begrænset. Set i lyset af analysens resultater er det interessant, at DÆMP-patienterne giver udtryk for, at relationen til hjemmeplejen og hjemmehjælpen er mindst lige så betydningsfuld, som relationen til fx patientens praktiserende læge. Hjemmepleje og hjemmehjælp er inddraget i IC modellen i form af deltagelse af en visitator i det tværsektionelle samarbejde. Visitatoren bevilger de ydelser, patienten modtager i hjemmet, og deltager således i samarbejdet for bedst muligt at kunne tilpasse denne del af behandlingen til patientens behov.

Som for de øvrige behandlere er både de faglige kompetencer og det personlige engagement vigtige for DÆMP-patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen mellem patient og system. Fagligheden består i stor udstrækning i, at behandleren ved, hvad der skal gøres i hjemmet og for patienten. Eva siger under interviewet: *"Og hun er så dygtig, der er overhovedet ikke noget – hun ved lige hvad der skal gøres. Det er det dejlige ved hende, at hun ved det hele. For jeg glemmer, jeg kan ikke sige, men hun gør lige det der.."* Eva fortæller her om en fra hjemmeplejen, der ofte kommer ved hende. Eva oplever, at hjemmeplejeren ved, hvad Eva har behov for, og hun skal derfor ikke bekymre sig om at huske på det. Eva fortsætter sin beskrivelse: *"Og så elsker hun at sidde der og drikke en kop kaffe sammen med mig"*. Eva gør det således tydeligt, at kombinationen af at hjemmeplejeren ved, hvad der skal gøres

for Eva, og samtidig engagerer sig på et mere personligt plan under hendes besøg, har en afgørende betydning for Evas oplevelse af relationen imellem dem. Patienterne peger således på den pleje der udføres, og herunder de kompetencer den udføres med, som et vigtigt aspekt for patientens oplevelse af relationel koordinering mellem patienten og systemet. I forbindelse med hjemmepleje og -hjælp er det udførende niveau af pleje ikke inkluderet i IC modellen, modsat eks. inklusionen af den praktiserende læge, der inden for praksissektoren er både beslutningstager og udfører af pleje. Det betyder, at en af de relationer der har størst betydning for patienten ikke påvirkes af IC modellen. Det begrænser derfor også IC modellens betydning i forhold til patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen og videreudviklingen af social kapital i relationen. Samtidig åbner resultaterne op for et muligt perspektiv i forhold til at øge den sociale kapital i relationen mellem patient og system. I det ovenstående citat peger Eva på behovet for koordinering mellem de forskellige behandlere, der kommer i patientens hjem. Eva oplever det som en byrde, når hun skal huske, hvad hjemmehjælpen eller –plejeren skal gøre. Eva peger således på en udfordring, der kan løses med en styrket koordinering mellem behandlerne i hjemmeplejen eller hjemmehjælpen. Det er muligt, at et styrket samarbejde vil styrke patientens oplevelse af behandlerens faglighed, og dermed også have en positiv betydning for patientens oplevelse af relationel koordinering i relationen. Det kan derfor også tænkes, at en styrket koordinering mellem behandlerne i patientens hjem, vil have en positiv betydning for patientens oplevelse af social kapital i relationen, og således kan have en positiv effekt for patientens helbred.

SAD vs. DÆMP

Det diskuteres i dette afsnit, hvordan IC modellen påvirker de 2 patientgruppers oplevelse af social kapital i patient-system relationen, og herunder hvordan resultaterne fra de 2 patientgrupper relaterer til hinanden.

Handleplanen giver SAD-patienterne mulighed for i højere grad at være involveret i deres behandling, da de udvikler planen i samarbejde med deres praktiserende læge. DÆMP-patienterne oplever derimod ikke, at der findes en handleplan, og på IC modellens nuværende stadie har planen derfor ikke betydning for DÆMP-patienterne. På sigt får begge patientgrupper adgang til handleplanen via internettet, og de får dermed også bedre mulighed for at inddrage egne og pårørendes ressourcer i forbindelse med behandlingen. Det er i den forbindelse afgørende, at det kræver et aktivt valg fra patienten at få yderligere oplysninger, hvilket gør det muligt for patienten at tilpasse anvendelsen til hendes specifikke behov og ønsker. Den afgørende forskel imellem de 2 patientgrupper findes i, at SAD-patienterne ønsker information, men er begrænset i kraft af deres sygdom, hvor DÆMP-patienterne giver udtryk for, at de er tilfredse med en mere passiv rolle i behandlingen. De 2 forholder sig dermed forskelligt til de muligheder der ligger i handleplanen,

hvorfor de 2 patientgrupper også får forskellige effekter heraf. SAD-patienterne ønsker at inddrage sig selv og pårørende i behandlingen, og patienterne kan derfor opnå en mærkbar stigning i effektiviteten i den relationelle koordinering, og i forlængelse heraf udvikle en stigende tillid til både systemet og til patientens egne evner i forbindelse med håndtering af patientens sygdom. DÆMP-patienterne kan på sigt også nå en mere effektiv relationel koordinering, hvilket dog afhænger af, i hvor stort omfang patienten gør brug af handleplanen. Da DÆMP-patienterne ikke efterspørger eller på anden måde giver udtryk for, at de savner information eller indblik i behandlingen, er det argumenteret, at DÆMP-patienterne ikke i samme omfang som SAD-patienterne vil skabe en mere effektiv relationel koordinering. I forlængelse heraf vil handleplanen også have en svagere indflydelse i forhold til DÆMP-patientens udvikling af tillid til både systemet og patientens egenmestring. Handleplanen kan således på sigt have en positiv betydning for begge patientgruppers oplevelse af social kapital i patient-system relationen, om end den største udvikling findes hos SAD-patienterne.

De 2 elementer tværsektionel koordinering og TST-møder vil ligeledes påvirke de 2 patientgrupper forskelligt. SAD-patienterne ser den interne koordinering og oplever en styrket faglighed hos behandlerne samt et behandlingsforløb, der kan tilpasses patientens behov og ønsker. Modsvarende ser DÆMP-patienterne ikke, hvorvidt de forskellige behandlere koordinerer internt, og en potentiel udvikling af behandlernes faglighed er derfor svær for patienterne at få øje på. Yderligere stiller DÆMP-patienternes ønske om inddragelse i behandlingen mere beskedne krav i forhold til behandlernes fleksibilitet og omstillingsevne. Igen har det en afgørende betydning, at de 2 patientgrupper forholder sig forskelligt til behandlingen. De har forskellige indgangsvinkler i forhold til de muligheder, der ligger i det tværsektionelle samarbejde, hvilket også afspejles i den effekt, patientgrupperne hver især kan opnå. For SAD-patienterne betyder det interne samarbejde mellem behandlerne, at både patient og behandler kan udnytte deres ressourcer mere optimalt, hvorfor samarbejdet i patient-system relationen bliver markant mere effektivt. Modsvarende løftes samarbejdet mellem DÆMP-patienterne og systemet kun begrænset, som en konsekvens af det tværsektionelle samarbejde, da patienterne ikke ser den interne koordinering og allerede har indtaget en passiv rolle i behandlingen. I forlængelse heraf har de 2 elementer i IC modellen også forskellig betydning for de 2 patientgruppers oplevelse af social kapital. SAD-patienterne oplever, at det interne samarbejde kan støtte patienten i mødet med systemet, hvor tillid til én behandler kan udligne mistilliden til en anden, og dermed støtte patientens oplevelse af social kapital i relationen. DÆMP-patienterne derimod udvikler i begrænset omfang en øget tillid til behandlernes faglighed, og det interne samarbejde har derfor også en mindre betydning for patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen.

Analysen har således vist, at de udvalgte elementer i IC modellen påvirker de 2 patientgrupper forskelligt, og i forlængelse heraf i forskelligt omfang påvirker gruppernes oplevelse af social kapital i patient-system relationen. Hvor SAD-patienterne oplever en markant stigning i den sociale kapital, oplever DÆMP-patienterne en mere begrænset om end positiv udvikling af den sociale kapital i relationen mellem patient og system.

Analysen har dog også peget på enkelte ligheder imellem de 2 patientgrupper. For begge patientgrupper gælder det, at det har en positiv betydning for udvikling af social kapital, at anvendelsen af handleplanen kan tilpasses patientens konkrete ønsker. Patienten må således vurdere i hvilket omfang, handleplanen skal benyttes, og yderligere i hvor høj grad egne og pårørendes ressourcer skal inddrages. Yderligere er det for begge patientgrupper positivt for udviklingen af social kapital i relationen mellem patient og system, at det tværsektionelle samarbejde styrker behandlernes og behandlingens faglighed, hvor udviklingen dog er lettere at se for SAD- end DÆMP-patienterne. Da disse aspekter går igen imellem de 2 patientgrupper, er de ikke knyttet til den enkelte patients konkrete kontekst. Det at handleplanen kan tilpasses patientens ønsker og behov, og yderligere at det tværsektionelle samarbejde styrker behandler og det behandlingsfaglige niveau, kan ses som generelle tendenser, der har betydning for patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen. Man kan derfor antage, at disse tendenser også gør sig gældende for de resterende patienter i IC modellen, og der således er tale om 2 aspekter ved elementerne i IC modellen, der generelt har en positiv betydning for patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen. Yderligere er det muligt, at de 2 tendenser ikke nødvendigvis er knyttet til IC modellen som kontekst. I relation til at anvendelsen af handleplanen kan tilpasses patientens ønsker og behov, er det essentielt, at man holder sig for øje, at dette resultat er nået på baggrund af 2 patientgrupper, der har forskellige ønsker i forhold til inddragelse i deres behandling. Skal dette resultat strækkes til en bredere kontekst end IC modellen, må tolkningen derfor blive, at det er nyttigt for patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen, såfremt det er muligt, at justere patientens involvering i behandlingen.

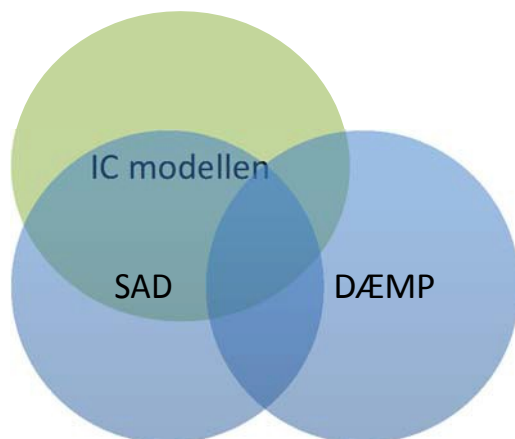
I forbindelse med det tværsektionelle samarbejdes betydning for behandlerens og behandlingens faglighed, er det en mulig tolkning, at det generelt gælder, at det er positivt for patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen, når behandlerens og behandlingens faglighed styrkes.

Det komparative perspektiv har således bidraget til undersøgelsen af, hvordan resultaterne fra de 2 patientgrupper relaterer til hinanden, og herunder hvilke resultater, det er muligt at generalisere til en bredere sammenhæng.

Afsluttende bemærkninger

For at etablere et overblik samles der i dette afsnit op på analysens resultater. Behandleren tilpasser behandlingen til patientens ønsker og behov, og der sker således en udvikling af de planlagte elementer i IC modellen i mødet mellem patient og system. Der er tidligere argumenteret for, at behandlerne frivilligt er gået ind i projektet, og derfor er indstillet på at benytte elementerne, såfremt de kan tilpasses den konkrete kontekst. Det er i den forbindelse relevant, at behandleren kan vælge ikke eksplicit at inddrage patienten i udformningen af handleplanen, og endvidere at det tværsektionelle samarbejde gør det muligt for behandlerne i nogen grad at kommunikere uden om patienten. IC modellen giver dermed behandleren et større råderum i forhold til det omfang, patientens skal inddrages og informeres om behandlingen. Patientens møde med IC modellen er således justeret af behandleren, hvilket forklarer, at de 2 patientgrupper ikke møder det samme projekt.

I forlængelse heraf skal forskellen på, hvordan IC modellen påvirker de 2 patientgruppers oplevelse af social kapital forstås med udgangspunkt i patienternes kontekst. Patienterne har vidt forskellige udgangspunkter, hvilket afspejler sig i, at de eks. forholder sig forskelligt til deres behandling. De har forskellige ønsker og behov, og endvidere udvikler de tillid forskelligt. Den relationelle koordinering i relationen mellem patient og system ser derfor også forskelligt ud i hver gruppe, hvilket er diskuteret i analysens første del. Analysens anden del har undersøgt, hvordan patientens oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system påvirkes af IC modellen. Resultaterne herfra viser, at de 2 patientgrupper påvirkes i forskelligt omfang af IC modellen. Dette resultat afspejler både behandlerens justering af elementerne i IC modellen, samt hvordan relationel koordinering ser ud i patientens kontekst. De 2 patientgrupper har forskellige ønsker og behov, og de efterspørger derfor forskellige aspekter ved behandlingen. IC modellen understøtter i højere grad de aspekter SAD-patienten efterspørger, end aspekter efterspurgt af DÆMP-patienterne. DÆMP-patienterne ønsker ikke i samme grad at blive inddraget i deres behandling, og de ser ikke den interne koordinering mellem behandlerne. Det er illustreret i nedenstående model:



Relation mellem IC modellen og patientgruppernes sociale kapital

Modellen tager udgangspunkt i, hvordan relationel koordinering i patient-system relationen ser ud i hver af de 2 patientgrupper, og hvordan de relaterer til hinanden. Det ses, at IC modellen overlapper med begge grupper, men i synligt højere grad med SAD-patienterne. IC modellen understøtter således relationel koordinering i patient-system relationen i SAD-patienternes kontekst, hvor IC modellen i mere

begrænset omfang understøtter den relationelle koordinering i DÆMP-patienternes kontekst. Der er i analysen argumenteret for, at relationel koordinering i patient-system relationen har en betydning for udvikling af social kapital i samme relation. Modellen kan således også ses som et udtryk for, hvordan IC modellen understøtter udviklingen af social kapital i hver af de 2 patientgrupper. Modellen afspejler også, at kun en udvalgt del af IC modellen er undersøgt i analysen, samt kun en begrænset del af det, der påvirker hver af de 2 patientgruppers oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system.

I forlængelse heraf skal det noteres, at der er undersøgt udvalgte elementer i IC modellen, og man kan derfor ikke på baggrund af analysens resultater drage endelige konklusioner om IC modellen som helhed. Dog udgør de tre elementer den del af IC modellen, der er tydelig for patienten, analysens resultater kan derfor strækkes til at beskrive hovedparten af IC modellens betydning for patienternes oplevelse af social kapital i patient-system relationen.

Analysen har taget udgangspunkt i relationel koordinering, der beskriver de sociale processer, der udvikler tillid i relationer. Det er diskuteret, hvordan relationel koordinering kan påvirke tilliden i patient-system relationen og hermed også patientens sociale kapital. Det er på denne måde søgt at identificere og begrebsliggøre de processer, hvor patientens sociale kapital skabes, og hermed opnå en bedre forståelse for den udvikling, der sker med patientens sociale kapital i forbindelse med IC modellen.

Analysen har først og fremmest vist, at elementerne i IC modellen har en positiv betydning for patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen. Udviklingen er stærkest for SAD-patienterne, men også DÆMP-patienterne opnår en styrket social kapital i relationen. Da der er tale om forholdsvis svage relationer, der giver patienten adgang til ressourcer, patienten ikke har adgang til alene, er der tale om svage samt brobyggende relationer, der således opbygger en brobyggende social kapital.

Yderligere har analysen vist, at 2 tendenser går igen imellem de 2 patientgrupper i forhold til, hvordan elementerne i IC modellen påvirker patientens oplevelse af social kapital, og der kan således her være tale om resultater, der kan strækkes længere ud, hvor IC modellen ikke gælder som kontekst. Fokus vendes nu mod, hvordan analysens resultater kan anvendes.

Diskussion af resultater

Det diskuteres i de følgende afsnit, hvordan udvalgte resultater kan indsættes i både den teoretiske og samfundsmæssige kontekst. Afslutningsvis diskuteres undersøgelsens metodiske begrænsninger.

Undersøgelsens bidrag

Relationer er undersøgt ud fra et patient-system perspektiv, og der er dermed anvendt en vinkel, der adskiller sig væsentligt fra Gittels teori om relationel koordinering. Det har herigennem været muligt at undersøge patientens sociale kapital, hvilket ofte overses i forbindelse med velfærdsinnovationer.

Analysen har fokuseret på at undersøge, hvordan patientens oplevelse af social kapital påvirkes af elementerne i IC modellen, og resultaterne giver dermed et indblik i de sociale processer, der går forud for patientens sociale kapital. Undersøgelsens bidrag ligger således i, at der skabes en bedre forståelse for, hvordan social kapital skabes i relationen mellem patient og system og de mekanismer, der her er i spil. En forståelse for de processer, der skaber patientens sociale kapital, er en forudsætning for på sigt at få klarhed over de mekanismer, der binder patientens sociale kapital og helbred sammen. Undersøgelsens bidrag kan derfor bringe os tættere på at forstå kompleksiteten i, hvordan social kapital og sundhed er forbundet, og en del af det videnshul, som Portes (Portes, 1998) påpeger i forbindelse med anvendelsen af social kapital, er således afdækket. Denne viden kan anvendes i både planlægning og evaluering af fremtidige tiltag som IC modellen og øvrige velfærdsinnovationer, hvor man i højere grad kan tage bevidste hensyn til udviklingen af patientens sociale kapital. Særligt relevant vil det være at man i IC-projekter og velfærdsinnovationer generelt, hvor man ændrer vilkårene for patientens møde med systemet, tager hensyn til at inddragelsen af patienten kan tilpasses i forhold til patientens behov og ønsker. Yderligere har analysen vist, at det er relevant, at man i innovationen støtter behandlerens faglighed samt behandlerens personlige engagement i behandlingen, da disse aspekter har vist sig at have en positiv betydning for begge patientgrupperes oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system. Endelig har analysen åbnet op for, at man i fremtidige innovationer med målgruppen den ældre medicinske patient, inddrager et fokus på den interne koordinering imellem de behandlere, der kommer i patientens hjem, da analysen har antydnet en positiv sammenhæng imellem koordineringen mellem behandlerne og patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen.

Særligt relevant er det for fremtidige IC-projekter, at de primære elementer i IC, integration og inddragelse af patienten, i vid udstrækning understøtter udviklingen af social kapital i patient-system relationen. Integration og inddragelse af patienten giver behandleren bedre mulighed for at tilpasse patientens involvering i behandlingen i forhold til patientens behov, og samtidig giver integration behandlerne mulighed for at udveksle og udvikle faglig viden.

Denne viden kan således støtte fremtidige velfærdsinnovationer, herunder IC-projekter, til at fremme patientens sociale kapital og hermed bidrage til en positiv udvikling af patientens

sundhedstilstand. Bidraget kan således støtte fremtidige velfærdsinnovationer til at udnytte en større del af deres innovative potentiale.

Social kapital og NPM

Set i relation til at social kapital i patient-system relationen kan fungere som en ressource for patienten, og at NPM (New Public Management) har domineret udviklingen af den offentlige sektor i bl.a. Danmark de seneste årtier, skal det i dette afsnit udforskes, hvordan social kapital og NPM relaterer til hinanden.

Der er i analysen argumenteret for, at både behandlerens faglighed samt behandlerens personlige engagement har en betydning for begge patientgruppers oplevelse af social kapital i relationen mellem patient og system. Det er fundet, at IC modellen har en positiv betydning i forhold til udviklingen af behandlerens faglighed, hvilket styrker patientens oplevelse af social kapital i relationen til systemet. Det er imidlertid ikke fundet, at IC modellen påvirker behandlerens personlige engagement i behandlingen. Det personlige element opfattes traditionelt set ikke som en del af behandlerrollen, hvorfor det heller ikke prioriteres i velfærdsinnovationer som IC modellen.

Keevers har undersøgt brugen af et nyere NPM-tiltag, Friedman's RBA, i forbindelse med den australske offentlige sektor. Han finder, at tiltaget opmuntrer til et skift i fokus fra handling og praksisser til et fokus på overensstemmelse mellem mål og resultat (Keevers, 2012). Keevers beskriver, hvordan tiltaget modsat intentionen skaber en større afstand mellem to parter: *"the program, designed to assist homeless and at-risk young people to obtain employment or participate in education, is paradoxically making it more difficult to engage with and build relationships with homeless and at risk young people"* (Keevers, 2012: 32). Keevers finder således, at NPM risikerer at instrumentalisere de menneskelige relationer, og dermed modarbejde behandlerens personlige engagement i behandlingen. Ser man analysens resultater i dette lys, er der risiko for, at brugen af NPM-elementer vil modarbejde en udvikling af relationel koordinering i relationen mellem patient og system. Ved at benytte elementer fra NPM risikerer fremtidige velfærdsinnovationer at indbygge en negativ påvirkning på samarbejdet mellem borger og system. Det kan have en betydning for både den relationelle koordinering mellem de to parter, men også svække muligheden for at udvikle og anvende patientens sociale kapital som en ressource. Analysens resultater peger derfor på, at man i forbindelse med kommende velfærdsinnovationer skal være opmærksom på en mulig uoverensstemmelse mellem udviklingen af social kapital og brugen af elementer fra NPM. I forlængelse heraf er det relevant, at velfærdsinnovationer, som tidligere nævnt, i stigende grad er baseret på inddragelse af borgeren og/eller medarbejderen. Anvendelsen af den enkeltes ressourcer lettes ved tilstedeværelsen af social kapital, hvorfor samarbejde og social kapital

naturligt bringes i fokus. Dette understreger relevansen af denne undersøgelse samt Keevers' resultater, og det er derfor afgørende at man i forbindelse med nye velfærdsinnovationer overvejer brugen af NPM- tiltag, hvor man samtidig ønsker at fremme den sociale kapital.

Intern/ekstern

I dette afsnit diskuteres betydningen af en mulig sammenhæng mellem intern og ekstern relationel koordinering. Som bekendt ønsker IC modellen at udvikle relationel koordinering mellem de forskellige behandlere, hvilket særligt kommer til udtryk i elementerne tværsektionel koordinering og afholdelse af TST-møder. IC modellens intention er således, at den interne koordinering skaber et mere effektivt samarbejde mellem behandlerne, hvilket er i overensstemmelse med Gittells anvendelse af teorien. Lad os derfor for et øjeblik antage, at vi ved, at det tværsektionelle samarbejde skaber relationel koordinering mellem medarbejderne.

Analysen har vist, at den interne koordinering påvirker samarbejdet mellem patient og system. I relationen mellem patienten og systemet skabes en mere effektiv opgaveløsning, og yderligere får patienten lettere ved at håndtere mødet med systemet. Der er derfor argumenteret for, at det tværsektionelle samarbejde har en positiv betydning for patientens oplevelse af relationel koordinering i patient-system relationen.

Antager vi, at IC modellen skaber intern relationel koordinering, kan vi forstå sammenhængen således, at den interne relationelle koordinering har en positiv betydning for den relationelle koordinering mellem patient og system, der i denne sammenhæng kan forstås som en ekstern relationel koordinering.

Muligheden for en sammenhæng mellem relationel koordinering på de 2 niveauer åbner op for en række nye perspektiver i forbindelse med brugen af relationel koordinering og yderligere i forbindelse velfærdsinnovation. Kan man etablere en sammenhæng mellem den interne relationelle koordinering mellem organisationens medarbejdere og den eksterne relationelle koordinering mellem organisationens brugere og ansatte, kan man således påvirke relationer, der bevæger sig ud af organisationen, ved at ændre vilkårene for de relationer der findes i organisationen. Man får dermed en ny indgangsvinkel til udviklingen af forhold, der bevæger sig ud af den organisatoriske kontekst, og som derfor naturligt er sværere at regulere end forhold, der bevæger sig inden for organisationens rammer. Ydermere kan en mulig sammenhæng mellem intern og ekstern relationel koordinering betyde en lignende sammenhæng mellem intern og ekstern social kapital, hvilket således kan give bedre mulighed for at styrke den sociale kapital og herunder anvende den som en ressource. En mulig sammenhæng mellem relationel koordinering på de 2 niveauer kan derfor bidrage til at øge de ressourcer, den enkelte har adgang til. Det kan således være muligt i fremtidige velfærdsinnovationer at styrke relationen mellem patienten og systemet, og herunder styrke den

sociale kapital, som patientens har adgang til. Den offentlige sektor får dermed mulighed for at udvikle social kapital som en ressource for patienten og herigennem skabe en positiv effekt i forhold til patientens helbred.

Metodiske begrænsninger

Her ved rapportens afslutning skal de begrænsninger, som undersøgelsen og dens konklusioner er underlagt, kort berøres. Først og fremmest skal det pointeres, at analysen er sket på baggrund af 7 patientinterviews, der repræsenterer 2 forskellige grupper. Analysen bidrager derfor ikke med statistisk generaliserbare konklusioner. Snarere skal analysen og dets konklusioner betragtes som et indblik i de komplekse sociale processer, der beskriver hvordan social kapital udvikles i relationen mellem patient og system. Det er diskuteret, hvordan disse konklusioner kunne strækkes til en større kontekst end IC modellen, men det er afgørende, at denne udvidede anvendelse af undersøgelsens konklusioner bruges med forbehold. Yderligere er der defineret en række afgrænsninger for undersøgelsen, og der er derfor ikke tale om en undersøgelse af eksempelvis hele patientens sociale kapital, men snarere den del af patientens sociale kapital, som relaterer til patientens møde med systemet. Særligt relevant er det også at notere sig, at social kapital er undersøgt fra patientens perspektiv alene.

Endelig konklusion

For at undersøge hvordan patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen påvirkes af IC modellen, har undersøgelsen taget udgangspunkt i relationel koordinering, der beskriver de sociale processer, der går forud for patientens sociale kapital.

Hver af patientgrupperne SAD og DÆMP er undersøgt adskilt, og der er efterfølgende ved brug af det komparative perspektiv søgt efter hvilke tendenser, der kan adskilles fra patientens specifikke kontekst.

I analysens første del er relationel koordinering overført til patientens kontekst, og det er her undersøgt, hvordan relationel koordinering ser ud i for hver af de 2 patientgrupper.

I analysens anden del er det undersøgt, hvordan de 3 udvalgte elementer i IC modellen, udvikling af en konkret handleplan for patienten, tværsektionel koordinering under behandlingsforløbet og afholdelse af 5 årlige møder i TST, påvirker patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen.

Analysen har ført til et indblik i de sociale processer, der udvikler social kapital i relationen mellem patient og system. Det har vist sig, at elementerne i IC modellen har en positiv betydning for patientens oplevelse af social kapital i patient-system relationen. Udviklingen er stærkest for SAD-patienterne, men også DÆMP-patienterne opnår en styrket social kapital i relationen. Den afgørende forskel imellem grupperne findes i patienternes kontekst, der medfører, at SAD-patienterne ønsker at være involveret i deres behandling, men er begrænset i kraft af deres sygdom, hvor DÆMP-patienterne er tilfredse med at indtage en mere passiv rolle i behandlingen.

Yderligere har analysen vist, at 2 tendenser går igen imellem de 2 patientgrupper i forhold til, hvordan elementerne i IC modellen påvirker patientens oplevelse af social kapital, og der kan således her være tale om resultater, der kan strækkes længere ud, hvor IC modellen ikke gælder som kontekst. For begge grupper har det en positiv betydning for oplevelsen af social kapital i relationen mellem patient og system, at inddragelsen af patienten i behandlingen kan tilpasses i forhold til patientens behov og ønsker. Yderligere er det positivt for oplevelsen af social kapital i begge grupper, at IC modellen støtter en udvikling af behandlerens faglighed. Yderligere gælder det for begge patientgrupper, at behandlerens personlige engagement har en positiv effekt i forhold til patientens oplevelse af social kapital i relationen. Udviklingen af dette støttes dog ikke af IC modellen.

Referencer

Bourdieu, Pierre

"The forms of capital" i *"Handbook of theory and research for the sociology of education"* af James G. Richardson
New York, Greenwood, 1986

Coleman, James S.

"Social capital in the creation of human capital"
American Journal of Sociology, nr. 94, The University of Chicago Press, 1988

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM-a)

Klinisk Vejledning for Almen Praksis
"Angsttilstande: Diagnostik og behandling"
Lægeforeningens Forlag, 2010

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM-b)

Klinisk Vejledning for Almen Praksis
"Unipolar depression: Diagnostik og behandling"
Lægeforeningens Forlag, 2010

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

Klinisk Vejledning for Almen Praksis
"Den ældre patient"
Lægeforeningens Forlag, 2012

Esping-Andersen, Gøsta

"The Three Worlds of Welfare Capitalism"
Polity Press, Oxford, 1990

Gittell, Jody Hoffer & Rob Seidner & Julian Wimbush

"A social capital model of high performance work systems"
Articles in Advance, 21 juli 2007

Gittell, Jody Hoffer & Dana Weinberg & Susan Pfefferle & Christine Bishop

"Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: A study of nursing homes"
Human Resource Management Journal, vol. 18, no. 2, 2008

Keevers, L. & L. Treleaven & C. Sykes & M. Darcy
"Made to measure: taming practices with results-based accountability"
Organization Studies, 33, 2012

Kvalitetsafdelingen i Århus Amt (KÅA, 2003:)
"Patientens møde med sundhedsvæsnet: De mellem menneskelige relationer - Anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet"
Trøjborg Bogtryk, 2003

Portes, Alejandro
"Social capital: Its origins and applications in modern sociology"
Annual Review of Sociology, 24, 1998

Putnam, Robert D.
"Bowling alone: The collapse and revival of American community"
Simon & Schuster Inc., 2000

Putnam, Robert D.
"Democracies in flux: The evolution of social capital in contemporary society"
Oxford University Press, 2002

Sundhedsstyrelsen
"Langvarig stress: Aktuel viden og forslag til stressforebyggelse - Rådgivning til almen praksis"
Manuskript af Annette Engsig, redigering af Barbara Hjalsted & Anne-Marie Sindballe
Scanprint, december 2007

Swane, Christine E.
"Ensømbhed i alderdommen: Ældres ensømbhed kan opspores – og lindres"
Månedsskrift for Almen Praksis, Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, september 2013

Webartikler

"Lægeforeningens etiske regler"

Lægeforeningen

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/ETIK/LAEGEFORENINGENS_ETISKE_REGLER#2

"Relationel koordinering og social kapital"

Fair Proces, v. Bo Vestergaard

http://www.fairproces.dk/?page_id=213

Bilag

Bilag 1 – stress, angst & depression

Der skelnes mellem kortvarig stressreaktion og langvarig stresstilstand. Kortvarig stress er en naturlig reaktion, der ved eks. frigørelse af adrenalin skal hjælpe i forhold til en ydre belastning her og nu. Modsat er langvarig stress en uhensigtsmæssig tilstand, der kendes ved anspændthed og generel ulyst, og kan have forskellige psykiske, fysiske eller adfærdsmæssige udtryk såsom søvnproblemer, forhøjet blodtryk og koncentrationsbesvær. Samtidig øger langvarig stress risikoen for udvikling af nye sygdomme, eks. depression, post-traumatisk stress-syndrom og misbrug. Stress-reaktionens omfang afhænger af, i hvor høj grad belastningen opfattes som truende sammenholdt med de ressourcer, man oplever at have til rådighed (Sundhedsstyrelsen, 2007).

Ved Angst skelnes der lig stress mellem kortvarig angstreaktion og langvarig angsttilstand, hvor den kortvarige reaktion er en del af kroppens naturlige forsvarsværk. Derimod vil symptomerne ved en angsttilstand være vedvarende til stede eller optræde som anfald over en længere periode. Angsttilstande dækker over et bredt spektrum af lidelser og symptomer, samt katastrofetanker, tvangstanker, tvangsritualer og undvigelse af bestemte situationer. Af kendte angsttilstande kan eks. nævnes obsessive-kompulsive tilstande, der er karakteriseret ved tilbagevendende, ufrivillige, pinagtige, stereotype tvangstanker og/eller funktionsbegrænsende, meningsløse, ritualer og tvangshandlinger, som opleves uimodståelige pga. en imaginær risiko, bundet til handlingerne. Angsttilstande kan medføre betydelig lidelse for patienten samt have konsekvenser for dennes funktion i familie- og arbejdsmæssig sammenhæng (DSAM-a, 2010).

Depression som diagnose dækker over et bredt spektrum af tilstande, hvor der overordnet kan tales om en let, moderat eller svær depression, hvor sidstnævnte betragtes som en livstruende sygdom. De vigtigste symptomer er for det første en nedtrykthed, der kan beskrives i forskellige grader fra tristhed til dybeste fortvivlelse, og er ofte ledsaget af en uvant grådtendens, for det andet en nedsat eller manglende evne til at føle glæde ved, lyst til eller interesse for noget, som patienten ellers plejer, og for det tredje et nedsat energiniveau og en reduceret psykisk drivkraft, der viser sig ved uforklarlig og vedholdende træthed og uoverkommelighedsfølelse. Yderligere forekommer en række ledsagesymptomer såsom koncentrationsbesvær, selvmordstanker og nedsat selvtillid. Depression forekommer ofte sammen med andre lidelser eks. angst eller misbrug, og medfører for 20 % kroniske handicap såsom koncentrationsbesvær og vedvarende depressive symptomer (DSAM-b, 2010:).

Bilag 2 – den ældre medicinske patient

Svækkelse i alderdommen er et udtryk for aldersbetinget celledskade, der nedsætter funktionen af det enkelte organ med 1 % årligt fra vækstens ophør, samt tilstødende sygdomme og deres reaktioner, der provokerer yderligere celledskade. Celledskade og dermed nedsat funktionsevne i ét organsystem kan belaste ellers raske organer og på den måde medføre sygdom i et endnu tredje organ. Sygdom hos en ældre patient kan derfor have adskillige helbredsmæssige konsekvenser, hvis der ikke er overensstemmelse mellem de krav der stilles til det enkelte organ og dets funktionsevne. Således er eks. inkontinens ikke nødvendigvis forårsaget af en blæresygdom, men kan ses som et sekundært funktionstab af en eller flere andre sygdomme. Den ældre patient adskiller sig derfor fra øvrige patienter ved hurtigere at blive syge, er længere tid om at restituere sig og har ofte flere samtidige sygdomme (DSAM, 2012).

Bilag 3 – informationsskrivelse

Har du lyst til at deltage i et interview om dine erfaringer med at deltage i projektet om Integrated Care?

Vi er en gruppe konsulenter fra Syddansk Universitet, der undersøger borgernes, kommunens, hospitalets og praktiserende lægers erfaringer med Integrated Care projektet.

Du deltager i projektet, og vi håber derfor, at du i et interview har lyst til at dele dine erfaringer med os.

Interviewet vil vare ca. 1 time og vil foregå som en samtale med en af os. Hvis du bliver for træt under interviewet stopper vi når du synes. Vi har forberedt nogle emner, som vi gerne vil drøfte med dig men der vil også være plads til, at du kan bringe emner ind i samtalen.

Interviewet optages på bånd og vil efterfølgende blive bearbejdet og sammenskrevet med interviews med andre borgere og vil indgå i en samlet rapport om Integrated Care.

Det bandede interview vil kun være tilgængeligt for de forskere, der laver undersøgelsen, og vil efterfølgende blive slettet. Det vil ikke være muligt at identificere dig og dine udsagn i den endelige rapport.

Hvis du er interesseret i at deltage i et interview vil vi ringe dig op for sammen at finde et sted og tidspunkt, der passer ind i din hverdag.

Hvis vi aftaler et interview, vil jeg bede dig udfylde næste side og give den til mig, når vi mødes til interviewet. Undersøgelsen efterlever gældende regler fra Datatilsynet. Du er ikke forpligtet til at deltage, og du kan på ethvert tidspunkt trække dit tilsagn om interview tilbage. Uden begrundelse og uden at det har nogen betydning for din deltagelse i Integrated Care.

Med venlig hilsen

Projektleder Anne Lee
CAST, Syddansk Universitet.
J.B. Winsløvs Vej 9 B, 5000 Odense C
Telefon: 65 50 30 86
e-mail: ale@cast.sdu.dk

Specialestuderende Louise Madsen
CAST, Syddansk Universitet.
J.B. Winsløvs Vej 9 B, 5000 Odense C
Telefon: 25 59 79 62
e-mail: lomad07@sdu.dk

Bilag 4 – samtykkeerklæring

Invitation til interview i forbindelse med Integrated Care

Ja, tak jeg deltager gerne i et interview. Jeg er informeret om at jeg ikke forpligtiget i at deltage og jeg på ethvert tidspunkt kan trække mit tilsagn om interview tilbage. Uden begrundelse og uden at det har nogen betydning for min deltagelse i Integrated Care.

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Dags dato: _____

Underskrift: _____

Bilag 5 – interviewguide

Guide til patientinterviews

Inden vi begynder skal du vide:

- .. Jeg er studerende, skriver speciale om projektet Integrated Care*
- .. CAST, Syddansk Universitet, ansat til at evaluere projektet*
- .. Underskrevet tavshedspligt, navn fjernes fra den indsamlede data - før der arbejdes med det – derfor anonym og fortrolighed*
- .. Meget gerne optage samtalen*
- .. Mit fokus er ikke sygdommen - men hvordan forløbet i IC opleves*
- .. Jeg er interesseret i din vurdering, din mening*
- .. Hvis du har brug for en pause/ vil stoppe/ fortryder samtykke så er det helt i orden*
- .. Bede dig underskrive samtykkeerklæring - mine kontaktoplysninger står der, hvis du har rettelser el. lign.*

- Køn
- Alder

SAD:

- Kort beskrivelse af forløbet umiddelbart før/under sygemelding
- Hvor lang tids erfaring med IC
- Umiddelbare indstilling til IC

DÆMP:

- Hvad er baggrunden (helbredsmæssig) for deltagelse i IC
- Hvor lang tids erfaring med IC
- Umiddelbare indstilling til IC

Jeg vil først bede dig nævne de behandlere i sundhedsvæsenet og ved kommunen, du har været i kontakt med inden for de sidste ca. 2 mdr. – i IC

Du behøver ikke bruge deres navne - deres funktion/ sted for ansættelse er helt i orden

Interviewer tegner et overblik over netværket og gennemgår sammen med borgeren, de personer der er nævnt.

Der skal skabes et overblik over, hvem borgeren primært er i kontakt med.

Svarene på de følgende spørgsmål kan variere alt efter hvilken behandler, der er tale om.

Understreg at det er helt i orden at knytte et svar til den enkelte behandler, og derfor også helt fint at give flere forskellige svar på samme spørgsmål!

Jeg vil gerne bede dig knytte et par ord til hvor ofte og i hvilken forbindelse, du har været i kontakt med den enkelte behandler:

Hyppig:

- Hvor ofte er du i personlig kontakt med sundhedspersonale, læger el. lign?
- Har du nogen telefonisk/digital kontakt? – hvor ofte?
- Er det den samme person eller flere forskellige, du er i kontakt med?

- Hvad mener du om omfanget af kontakten? – er den passende, for lidt/meget
- Er der noget du savner her? – oftere/digitale løsninger/samme person

Jeg vil nu stille dig en række spørgsmål, der bl.a. handler om dit forhold til de personer, du lige har fortalt om:

Gensidig respekt:

- Hvordan vil du beskrive din relation til behandlerne ved sundhedsvæsnet og kommunen?
- Hvordan kunne jeres forhold være bedre?
- I hvor høj grad føler du, at personalet er interesseret i dine tanker om din behandling? – og hvordan kommer det til udtryk?
- Har du tillid til behandlerne?
- I hvor høj grad føler du, at personalet anerkender dine problemer og bekymringer? – og hvordan kommer det til udtryk?
- Hvordan vil du vurdere personalets tillid til dig? – og det du siger?

Fælles mål:

- Hvad forventer du at få ud af din behandling? - hvad er det vigtigste for dig?
- Hvordan vil du beskrive behandlernes indsats for at hjælpe dig?
- Findes der (del)mål for din behandling? – har du selv været med til at formulere dem? – er du enig i dem?
- Hvordan kunne behandlerne endnu bedre hjælpe dig?
- Oplever du, at de forskellige behandlere er enige om, hvilken indsats der kan hjælpe dig? – at de arbejder i den samme retning? – kommunikerer?

Fælles viden/information=kontinuitet:

- Føler du, at sundhedspersonalet giver dig den information, du har brug for? – for meget/for lidt/væsentligt/ikke væsentligt?
- Hvor ville du søge yderligere information?
- Hvad tænker du om, at du på sigt vil få adgang til din handleplan? – vil du bruge den adgang?
- Er du tryk ved at fortælle personalet meget personlige ting? – eller er der ting du helst holder for dig selv?
- Hvordan vil du vurdere omfanget af ventetid i din behandling (forudset + uforudset)? – og hvordan håndterer personalet det? – forklarer/informerer?

Man afprøver i projektet at holde møder mellem de forskellige behandlere jævnligt, hvor man diskuterer, nogle udvalgte borgere.

- Hvad tænker du om det? – har du prøvet, at det var dig, de diskuterede? – hvad fik du ud af det?

Rettidig/før beslutning:

- Føler du, at du får den nødvendige information i god tid?

- Har du indblik i din sundhedsplan/patientforløb? – Har du selv har været med til at beslutte forløbet? – eller vil du snarere sige, at du har godkendt forløbet?

Præcis/forståelse:

Når du modtager information fra personalet:

- Er du nogle gange i tvivl om, hvad det betyder for dig?
- Er du tryk ved at spørge mere ind til det, hvis du er i tvivl?
- Giver sundhedspersonalet sig tid til at forklare?

For lige at samle op inden vi slutter..

Er det rigtigt forstået, at du overordnet vil sige, at:

...du har et ... forhold til behandlerne?

...hvor du ... den information du ønsker?

Har du noget, du gerne vil tilføje?

Bilag 6 – meningskondensering SAD

SAD	Anne	Line	Rikke
Fælles mål	At komme tilbage i arbejde på sigt	At komme tilbage på fuld tid på arbejde, nyt arbejde ”Jeg er rigtig glad for min læge i hvert fald” ”Hun [lægen] har været så obs på mig” ”Jeg har følt, at alle har prøvet at passe på mig”.	At komme tilbage i arbejde på sigt ”jeg blev meget berørt af, at de, som sagt, tog det så alvorligt, som de gjorde og snakkede indlæggelse lige med det samme, fordi de var nervøse for mig. Og det har jeg også sagt til dem. Jeg har også sagt ”hvor er jeg glad for, at i bekymrer jer så meget, som i gør. Tager det så alvorligt. Tager mig så alvorligt”. ”Selvfølgelig”, siger de”.
Fælles viden	”Jeg synes, jeg får de informationer, som jeg ligesom kan kapere oppe i mit hoved.. der skal ikke fyldes for meget på lige nu” ”Så det ikke bare bliver... men det har jeg også, det har jeg aldrig lagt skjul på, at... at jeg er bange for at ende dernede igen. Så... så det der med bare at læsse på, og jeg skal alt muligt, så... så bliver det for meget og for tung en byrde” ”Der bliver ikke gjort noget, uden jeg er med inde over” ”Jeg kunne fortælle ham [lægen] helt ærligt, hvordan jeg oplever det og sådan noget”	”Min læge har været rigtig sød til at sige: ”nåh, men så er det en psykolog, tror jeg nok, der kontakter dig. Og det sker forhåbentlig inden så længe” og sådan noget” Savner et overblik over det forløb, som hun kan forvente, ville gerne generelt have mere information ”Her sidder jeg, og hvad er det næste, der skal ske for mig?” ”Jeg kom fuldstændig uforberedt og tænkte ”hvad er det lige, jeg bliver smidt ind i her?””	”Jeg er blevet rigtig godt informeret, det er jeg” ”Det er det vi gør, og det er det, der skal ske, og hvis du har nogle spørgsmål er du velkommen til...” Det siger de hele tiden. ”Har du har nogle spørgsmål, så ringer du bare” ”det plejer at være mig, der er den stærke, og mig der går foran, og mig der tager folk under mine vinger”
Gensidig respekt	”Det er helt klart mit indtryk, at der er blevet lyttet til mig”	”Altså, hun... hun er meget nærværende, når man snakker med hende, og utroligt god til at trykke på de rigtige knapper, så hun finder et eller andet frem hos en. Hun kan lige sådan... og så sidder man med tårerne sprøjtende ud af øjnene” ”Altså jeg ved jo godt, der kun er sat et kvarter af til en, men hvis man har haft en rigtig dårlig dag deroppe, jamen så er det ikke sådan, man har følt, at... ”Så er det ud af døren” eller noget som helst. Jeg synes virkelig, hun har formået at være god”	”Hun siger sgu nogle fornuftige ting, det gør hun. Hun giver mig nogle redskaber, jeg kan bruge”. Respekt for at patienten nødtigt vil indlægges pga. hjemmeboende børn ””Kan vi lave en aftale om, at du holder dig i live, indtil vi ses næste gang” Det var simpelthen ordene. Og det sagde jeg ja til. ”Min psykolog har sågar ringet til mig i sin fritid lige i starten, fordi hun bare lige ville høre” Tog sin datter med op til lægen, for at lægen kunne fortælle, at hendes mor var syg.

SAD	Anne	Line	Rikke
Handleplan	<p>”..Om det bliver for grænseoverskridende.. Måske på et senere tidspunkt, når jeg.. når det ligger længere væk”</p>	<p>”Man kan sige, jeg har ikke overskuddet, men det har min mand måske til lige at gå ind og sige: ”Jamen, jeg kan se, der har været et møde og sådan og sådan”</p> <p>”Så meget er det adgangen i sig selv Altså, at man... man ved, hvor man kan søge informationen. Så kan man gøre det de dage, hvor, hvor overskuddet er til det, ikke”</p>	<p>”Men nu ser jeg igen i bakspejlet, for jeg tror ikke, jeg havde overskud til det på daværende tidspunkt. Men nu, når jeg har det lidt bedre og har overskuddet, kunne det være meget rart at gå tilbage og læse, fordi det er jo ikke sikkert, jeg kan huske alle detaljer fra det sidste halve år tilbage. Så ja, det ville jeg”</p>
Tværasektionelt samarbejde	<p>”Jeg kan godt opleve at komme op til min praktiserende læge der en gang om måneden, og så har han snakket med min psykolog og sådan noget der, så han ved allerede lidt”</p> <p>”Her der kender de ligesom... jeg føler, de kender mig og ved, hvad jeg... hvad jeg ligesom kan klare og... og hvad jeg gerne vil og sådan noget. Så, så alt i alt så synes jeg, det har været... et rigtig godt forløb.”</p> <p>”Jamen, altså... jeg tror, det var ligesom min, min psykolog, det... hun har, hun har haft taget mig op... både i forhold til, altså, i hvert fald i forhold til min egen læge, fordi hun... fordi at jeg nok var mere syg end at... end jeg ligesom havde givet udtryk over for, over for min egen læge.”</p> <p>”Kommunen vil gerne presse en til at.. man skal blive rask og klar”</p> <p>”Jeg klarer det ligesom med min psykolog, og så er han ligesom min stemme til det møde”</p> <p>”Jeg har både psykologen og min læge, det er ligesom mine mænd ikke også? ..Og sagsbehandleren påtvinger ikke noget, uden at de ligesom også har været inde over. Og jeg har også deres ord for det”</p>	<p>”altså, nu var jeg til læge for ikke så lang tid siden og... og synes, det var gået sådan OK, at jeg var stoppet op, og så tænkte jeg: ”Jamen, jeg kan godt gå op i tid”, hvor hun sagde: ”Ja, men... ikke så meget, som du siger i hvert fald”. Altså, ikke også? Hvor hun sådan ligesom siger...”</p> <p>”Jeg synes det er fint de snakker om mig, det har jeg det ikke skidt med”</p> <p>”Fordi ens hoved er ikke lige til det på det tidspunkt, så jeg synes faktisk, det har været betryggende, at der er nogen, der har snakket om og lidt tager...”</p> <p>”Altså, især var jeg lidt nervøs for at komme ind til sagsbehandleren, fordi man tænker sådan: ”Åh, hvad siger de inde på kommunen?” og sådan noget der. Altså, jeg har altid passet mit arbejde og ikke haft ret mange sygedage, ikke også? Hvad så? Får jeg så bare stemplet: ”Nå, det er hende den dovne, der ikke vil ud og arbejde”, ikke også? Så det var jeg faktisk, jeg var lidt nervøs for at komme ind, ind til sagsbehandleren, som så overraskede mig positivt ved at være rigtig sød, ikke også?</p> <p>”Jeg tror det er meget vigtigt, at de er forstående over for en, og man ikke føler.. at man er en, der bliver væk fra arbejde, fordi man gerne ville.”</p>	<p>”Jeg kunne heller ikke gå op til lægen og fortælle min historie én gang, gå ned til psykologen og fortælle den en anden gang, komme hen til sagsbehandleren og fortælle den en tredje gang. Og så skal jeg også lige forbi en psykiater og fortælle det igen. Altså, undskyld, men det er skide hårdt altså. Så er det meget, meget bedre, at når jeg kommer ned, så kender de mig allerede sådan lidt, uden at have mødt mig”</p> <p>”For hvis jeg ikke havde været med i forløbet, så havde min læge henvist mig til en psykolog, som jeg så selv skulle.. jeg skulle så selv finde en, og selv ringe til, og.. så er der måske noget ventetid, og for det første var jeg så syg så.. jeg havde ikke fundet en, og jeg havde ikke fået ringet til hende, og jeg var aldrig kommet af sted så..”</p> <p>”Jeg skulle ikke tage stilling til noget, jeg skulle bare troppe op der hvor de sagde jeg skulle, og det var, hvad jeg havde brug for”</p> <p>”Min læge og min psykolog spørger hele tiden ”er det okay at jeg skriver det her?””</p>

Bilag 7 – meningskondensering DÆMP

DÆMP	Bodil	Eva	Erik	Poul
Fælles mål	<p>Enighed om bedring af diarre og øget mobilitet, afprøver ny medicin Vil gerne have sit kørekort igen</p> <p>”Men nu har jeg så fået nogen andre nogen, de sendte mig nogen andre nogen ude fra sygehuset. Dem sagde de, at jeg skulle tage i ti dage. Så nu vil de prøve dem og se”.</p>	<p>Enighed om smertelindring, afprøver ny medicin</p>	<p>Enighed om smertelindring Primært fokus på at få en afklaring ift. hustrus sygdom</p>	<p>Umiddelbart ingen Daglig kontakt fungerer som kontrol af status</p>
Fælles viden	<p>”Jeg har en god læge og han kan fortælle mig det”</p>		<p>Får den information, som han gerne vil</p>	<p>L:”du får den information du gerne vil have?” P:”ja, jeg får god behandling, ja faktisk over alt i lægeverdenen”</p>
Gensidig respekt	<p>”Det er så dejligt at have en læge, man kan sige og gøre.. Han er så fræk, og det er meget sjovt, det er dejligt at have en læge der.. At vi kan sige og gøre hvad..”</p> <p>”Det kan jeg ikke klage over - jeg har en dejlig læge”</p> <p>”Overlægen der han sagde også, ”du skal altså gå op og hilse på dem oppe på 6. sal - det vil de gerne have”.. Jamen de kender mig jo alle sammen derude”</p>	<p>”Han var også en meget dejlig læge, - jeg ved ikke om i kender ham? Ham havde jeg som læge i 24 år, så måtte han gå af, men det var nogle dejlige mennesker”</p>	<p>”Vi er meget på dus, lægen og jeg, jeg siger til ham lige hvad jeg vil, og så siger han noget skidt til mig også, sådan går det jo”</p> <p>”Så synes hun [sygeplejersken], der var et eller andet galt, så hun kaldte på lægen.. lige så snart han så mig, så sagde han ”du har en blodprop i hjertet, du skal på sygehuset nu!” ”, og så ringede han efter en ambulance”</p>	<p>P:”Så kan hun [sygeplejersken] ikke se hvad jeg laver, inden jeg går i seng” L:”laver du ulykker der da?” P:”Nej, det gør jeg ikke, måske ligesom alle andre, hvis det er, men jeg holder mig faktisk fra alt det der med søde sager..”</p>

DÆMP	Bodil	Eva	Erik	Poul
Handleplan	"Jeg rør aldrig noget med en computer! Det ordner han. Det er hans arbejde"	Frygter at lægerne ikke fortæller hende hele sandheden "Ja, det synes jeg var rart, at se hvad der er blevet skrevet og alt det der"		"Jamen jeg tænker da ja selvfølgelig"
Tværasektionelt samarbejde	Jo, altså nu er der kommet mange her, så kommer der en og skulle give hende en pille, det skulle så være ved ti-tiden. Så kommer der ikke før tolv. Og så siger jeg "ved du hvad, kunne jeg dog ikke give hende den pille om aftenen?", "jo, det kunne godt være vi kunne lave det om". Så fik de lavet sådan at jeg gav hende den, så kunne hun få den klokken ti, i stedet for at vi skulle sidde op til klokken tolv hver aften" "Jo, og så er de også kommet mange gange, så har de ikke lige – nå, så mangler de handsker, "det skriver jeg her", siger hun så, og det kommer så ikke længere, "nå, vi har ingen handsker".	Ja, og [navn], altså det er den bedste af alle. Men hende har de taget fra mig her, så hun var så glad at hun lige fik lov til at komme op til mig i går. Hende får jeg et mys lige på munden af. Jo, de er bare søde og kærlige..." "Og hun er så dygtig, der er overhovedet ikke noget – hun ved lige hvad der skal gøres. Det er det dejlige ved hende, at hun ved det hele. For jeg glemmer, jeg kan ikke sige, men hun gør lige det der.." "Og så elsker hun at sidde der og drikke en kop kaffe sammen med mig."	"Jeg regner med, at hvis de oplysninger der de bliver ved jer, og at de ikke kommer ud og flagre i verden, så synes jeg det. I gør det jo for at hjælpe folk. Hvis I ellers kan finde ud af det" "I tirsdags, da jeg var i bad, der havde jeg ikke fået gjort rent, da kom der en, og det var en af de ældre, "jamen det gør jeg da lige, inden jeg kører". Jeg bad hende ikke om det. Sådan er der forskel på dem jo. Og det er der ikke noget at gøre ved." "Det er meget afmålt. De kan godt skifte sengetøj men ikke hovedpudebetæk. Det må de sgu ikke. Jeg kunne ikke lade være med at grine"	"Patient: Ja. Det er jo ikke sikkert at hun lige kan tage den beslutning, som den situation jeg står i, så er det jo rart lige at snakke med en af de andre læger og høre hvordan de ser på det."