

UDSKRIVELSE AF DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT

Et kvalitativt casestudie af den tværsektorielle forløbskoordinering af DÆMP



Kandidatuddannelsen i Politik & Administration
Specialisering: Ledelse og forvaltning

Speciale, 10. semester

Vejleder: Sarah Borup Jørgensen

Afleveringsdato: 31. maj 2022

Aalborg Universitet

Amalie Bitsch: 20172893

Mathilde Bach Daasbjerg: 20165686

Rasmus Bjørner Noe: 20175804

Stine Mie Stausgaard: 20175334

Abstract

The Danish healthcare system is built around different sectors, which often cause the patients' course of disease to be less coherent than what is ideal. To help find solutions for this problem, this thesis "Discharge of the elderly medical patient - A qualitative case study of the cross-sectoral process coordination of the elderly medical patient" investigates the strengths and weaknesses of three different initiatives to solving this problem. The initiatives are video discharge interviews, a cross-sectoral network between health professionals, and municipal discharge officers. In the thesis the existing literature is first examined and concepts such as *shared care* and *integrated care* are investigated. This, together with Danish literature on the field, shows that this literary field is lacking more specific knowledge about cross-sectorial collaboration in relation to elderly medical patients' courses of disease.

The thesis concludes that when the initiatives assist the parties to create a positive dialog and relations across sectors, it is a clear strength as it helps the different parties to understand each other and their differences. Thus, it assists their collaboration. As well as the importance of dialog, the thesis emphasizes the importance for the initiatives to have a well-organized background, in order to set the vision and legalize the initiatives. However, it is also important that there is still room left for the health professionals to give their professional opinion. In addition, an assumption is that it is an advantage when the initiative has specialized staff who only deal with the discharges. Finally, it is a strength when the initiatives involve the patients and their relatives in the cross-sectorial effort, since they have important knowledge. Contrary to the strengths, the weaknesses of the initiatives is present when a positive dialog is not present and when there is not the necessary knowledge among the health professionals.

Furthermore, the thesis in general emphasizes the importance of health professionals sharing the same goals, since this helps to set a starting point for the initiatives. This point is valid for all three initiatives. Additionally, all the initiatives struggle with practical and economic challenges which can cause a challenge to the cross-sectional collaboration. Another challenge is the fact that all initiatives are challenged by different professional levels, since complex tasks are given to the municipalities, despite their lower specialization.

The conclusion is based on an analysis of eight qualitative interviews. The study is a single embedded case study and is an example of the discharge of elderly medical patients.

Forord

Specialet markerer afslutningen på kandidatuddannelsen i Politik & Administration på Aalborg Universitet for specialegruppens medlemmer. Fokus for specialet er at undersøge, hvilke styrker og svagheder der er ved tværsektoriel forløbskoordinering i forbindelse med udskrivelser af den ældre medicinske patient. Specialet er udarbejdet i forårssemesteret 2022 af Amalie Bitsch, Mathilde Bach Daasbjerg, Rasmus Bjørner Noe og Stine Mie Stausgaard.

Vi vil gerne rette en stor tak til vores respondenter, der hver især har givet deres bidrag til forståelsen af de enkelte indsatser. De har bidraget med uundværlig viden og gode refleksioner til undersøgelsen. Ligeledes rettes en tak til de respondenter, der stillede op til forundersøgelserne.

Vi vil desuden rette en særlig tak til vores vejleder, Sarah Borup Jørgensen, for kyndig vejledning gennem specialeperioden.

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT.....	1
FORORD	2
INDLEDNING	5
LÆSEVEJLEDNING.....	6
1. DEN OFFENTLIGE SUNDHEDSSEKTOR GENNEM TIDEN	7
1.1 STRUKTURELLE UDFORDRINGER.....	7
1.2 SUNDHEDSSEKTORENS HISTORISKE FRAGMENTERING	9
1.3 SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB FOR ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER.....	9
1.4 SAMMENFATNING	11
2. UNDERSØGELSENS PROBLEMFORMULERING	11
2.1 PRÆSENTATION AF PROBLEMFORMULERING.....	11
2.2 EMPIRISK BAGGRUND FOR PROBLEMFORMULERINGEN	11
2.3 FORSKNING PÅ OMRÅDET.....	12
2.3.1 International forskning	12
2.3.2 National forskning	14
3. UNDERSØGELSENS DESIGN OG METODE	17
3.1 CASESTUDIET SOM FORSKNINGSDESIGN	17
3.1.1 Enkelt indlejret casedesign	18
3.1.2 Beskrivelse af indsatser for udskrivelser af den ældre medicinske patient	19
3.1.3 Forundersøgelser af indsatser for udskrivelser af den ældre medicinske patient.....	23
3.1.4 Anvendelse af teori	30
3.2 METODISKE OVERVEJELSER OG VALG.....	31
3.2.1 Kvalitativt interview som metode.....	31
3.2.2 Valg af respondenter	33
3.3 VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER	35
4. TEORETISK GRUNDLAG	36
4.1 BEGRUNDELSE FOR VALG AF TEORI.....	36
4.2 ORGANISATORISK INSTITUTIONALISME SOM TEORETISKE BAGGRUND	38
4.3 TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDER	40
4.3.1 Konflikt og interesser	41
4.3.2 Analyse af tværsektorielle samarbejder	43
4.4 BRÆNDPUNKTER I SAMARBEJDER	46
4.5 PROFESSIONELLE ORGANISATIONER	47
5. ANALYSE	49
5.1 ANALYSESTRATEGI	49
5.2 INTERESSER OG KONFLIKTNIVEAU I SAMARBEJDERNE.....	50
5.2.1 Interesser parterne imellem.....	51
5.2.2 Konflikt	54
5.2.3 Opsamling på interesser og konflikt	57
5.3 INDSATSERNES ORGANISERING	59
5.3.1 Brobyggerysgeplejersker	59

5.3.2 Udskrivningsmøde via video	62
5.3.3 Udskrivningsvisitatorer	64
5.3.4 Opsamling på indsatsernes organisering	65
5.4 REPRÆSENTANTERNE OG DERES TAKTIKKER	65
5.4.1 Brobyggersygeplejersker	66
5.4.2 Udskrivningsmøde via video	70
5.4.3 Udskrivningsvisitatorer	73
5.4.4 Opsamling på repræsentanterne og deres taktikker	76
5.5 INDSATSERNES KONTEKST	76
5.5.1 Opsamling på indsatsernes kontekst	80
5.6 DELING AF DATA MELLEM HOSPITAL OG KOMMUNE	80
5.6.1 Brobyggersygeplejersker	80
5.6.2 Udskrivningsmøde via video	81
5.6.3 Udskrivningsvisitatorer	82
5.6.4 Opsamling på deling af data mellem hospital og kommune	83
5.7 LEDELSESOPBAKNING	83
5.8 JURISDIKTION I SAMARBEJDERNE	84
5.8.1 Forskel i specialiseringsniveau	85
5.8.2 Udskrivelsen af patienten	89
5.8.3 Kompetenceudvikling mellem primær og sekundær sektor	92
5.8.4 Opgaveglidning fra hospital til kommune	93
5.8.5 Opsamling på jurisdiktion i samarbejderne	96
5.9 PATIENTENS FORLØB	96
5.9.1 Udskrivelse begynder ved indlæggelse	96
5.9.2 Det hele menneske	97
5.9.3 Borger og pårørende i indsatserne	98
5.9.4 Forbedringspotentialer i indsatserne	100
5.10 KONKLUSION PÅ ANALYSEN	102
6. DISKUSSION	104
6.1 POLITIK OG LEDELSE	104
6.2 TEORIENS ANVENDELIGHED	105
6.3 FORSKELLIGE TYPER AF INDSATSER	106
6.4 KONTEKSTUELLE FAKTORER FOR INDSATSERNE	107
6.5 GENERALISERBARHED	108
6.6 DET SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB	109
6.7 FREMTIDENS FORLØBSKOORDINATION	109
6.8 DEN IDEELLE INDSATS	110
7. KONKLUSION	112
LITTERATUR	114
BILAGSLISTE	119

Indledning

Den danske sundhedssektor består af en primær og sekundær sundhedssektor. Dette medfører dog en række strukturelle udfordringer i overgangen mellem de to sektorer. Særligt i geriatrien er der i høj grad brug for en god koordination mellem de to sektorer, da der her er tale om en skrøbelig og oftest meget kompleks patientgruppe. Specialet undersøger udskrivelsen af ældre medicinske patienter som case. Måden dette gøres på er ved at undersøge hvilke styrker og svagheder, der er ved forskellige former for forløbskoordination ift. udskrivelsen af ældre medicinske patienter. Der tages udgangspunkt i et enkelt indlejret casedesign, hvor følgende analyseenheder er valgt: Brobyggersygeplejesker i Region Sjælland, Udskrivelsesmøder via video i Region Midtjylland og Udskrivelsesvisitatorer i Region Syddanmark. Formålet er at belyse, hvilke styrker og svagheder der er ved disse forskellige indsatser, som alle har det samme formål, nemlig at skabe en god overgang fra den sekundære til den primære sundhedssektor. Der tages metodisk udgangspunkt i semistrukturerede kvalitative interviews med respondenter fra hver af de tre indsatser. Teoretisk er der udarbejdet en værktøjskasse, bestående af forskellige teoretiske perspektiver, der har til formål at give en forståelse for de organisationer, der indtræder i det enkelte samarbejde samt mødet mellem de samarbejdende parter.

Det kan konkluderes, at en styrke ift. indsatserne omhandlende forløbskoordination i udskrivelsen af ældre medicinske patienter er, hvis indsatsen i sig selv er fordrende ift. at skabe dialog mellem hospitalet og kommunerne. En sådan dialog giver en større forståelse af parternes forskellige opgaver, og af hvilket udgangspunkt der arbejdes ud fra. Desuden er det en klar styrke, hvis patienten og de pårørende bliver en integreret del af indsatsen, da dette skaber tryghed. Ydermere er det på denne måde muligt for de fagprofessionelle både i kommunen og på hospitalet at få et større indblik i den ældres hverdag. Derudover er det en styrke for indsatserne, hvis medarbejderne har specialiseret viden om udskrivelsessituationen, da dette medfører en større forståelse for samarbejdsparterne og for de væsentlige faktorer ved udskrivelsessituationen. Dette betyder også, at svaghederne er en manglende dialog, mangel på specialiseret viden og en manglende inddragelse af patienter og pårørende.

Læsevejledning

Afsnit 1 indeholder en beskrivelse af specialets problemfelt. Afsnittet vil gøre rede for opdelingen af primær og sekundær sektor samt strukturelle udfordringer herved. Desuden vil afsnittet adressere den historiske fragmentering og dennes indvirkning på sundhedssektoren. Afsnittet har til hensigt at lede frem til specialets problemformulering.

Afsnit 2 præsenterer specialets problemformulering. Desuden fremlægges den empiriske baggrund for problemformuleringen samt den eksisterende forskning på området, hvilket danner baggrund for specialets forskningsmæssige relevans.

Afsnit 3 beskriver specialets undersøgelsesdesign og metode. Afsnittet vil præsentere det kvalitative casestudie, herunder det indlejrede casedesign. Derudover indeholder afsnittet beskrivelserne af de tre valgte indsatser og forundersøgelserne hertil. Desuden præsenteres anvendelsen af teori og valget af det kvalitative interview som metode samt valget af respondenter. Endeligt præsenteres de videnskabsteoretiske overvejelser.

Afsnit 4 beskriver specialets teoretiske grundlag. Specialets teoriapparat har baggrund i den organisatoriske institutionalisme, som beskrives vha. William Richard Scotts tre institutionelle søjler, David L. Browns grænsefladeteori, Henry Mintzbergs teori om fagbureaukratier og Andrew Abbotts professionsteori.

I *Afsnit 5* præsenteres læseren for specialets analyse, der indledes med analysestrategien. Herefter er analysen inddelt efter de teoretiske aspekter og løbende inddrages de ateoretiske empiriske fund.

Afsnit 6 indeholder diskussion af relevante emner fundet på baggrund af analysen.

I *Afsnit 7* opsamles specialets væsentlige pointer i konklusionen, herunder besvarelsen af specialets problemformulering.

1. Den offentlige sundhedssektor gennem tiden

I følgende afsnit præsenteres speciales problemfelt. Her vil der først blive gjort rede for opdelingen i primær og sekundær sundhedssektor samt strukturelle udfordringer. Dernæst vil den historiske fragmentering og dennes indvirkning på sundhedssektoren blive adresseret. Til sidst vil fokuset på sammenhængende patientforløb blive sat i relation til førnævnte. Endelig afsluttes med en sammenfatning af disse emner, som vil lede frem til specialets problemformulering.

1.1 Strukturelle udfordringer

Sundhedssektoren i Danmark er opdelt i den primære og sekundære sundhedssektor. Den primære sundhedssektor består af den del af sundhedsvæsenet, som varetages af kommunerne, de alment praktiserende læger og andre praktiserende behandlere. Den sekundære sundhedssektor består af hospitalsvæsenet, som er drevet af regionerne. I den forbindelse er et samarbejde mellem sektorerne nødvendigt, da patientforløb ofte går på tværs af de to sektorer. (Sundhedsstyrelsen u.å.; Larsen, Mikkelsen, Nissen & Sestoft, 2018, s. 168)

At sundhedssektoren er opdelt på forskellige sektorer, medfører forskellige strukturelle problemstillinger. Kommunerne og regionerne er hver især selvstændige politiske organisationer, der ikke har bestemmelsesret over hinanden. Dertil kommer, at de alment praktiserende læger, speciallæger og andre praktiserende behandlere er private erhvervsdrivende, der kun er bundet af den overenskomst, som de har lavet med regionerne (PLO, u.å.). En form for koordination og samarbejde mellem de forskellige parter er derfor nødvendig, da parterne ikke gensidigt har mulighed for at styre hinanden. Ligeledes kan politiske og administrative forskelle mellem regioner og kommuner og deres formelle strukturer være med til at vanskeliggøre et samarbejde. Derudover kan overenskomstmæssige barrierer, hvor forhandlingskompetencen er fordelt på mange og forskellige instanser, vanskeliggøre samarbejdet med praktiserende behandlere. Ligeledes kan der også findes forskellige kulturer, holdninger og værdier både på tværs og internt i de politiske organisationer. I kraft af dette kan der argumenteres for, at der er for få fælles incitamenters til at samarbejde blandt de forskellige instanser. (Seemann, 2010, s. 147-149)

Et eksempel på en kulturel og faglig forskel mellem regionerne og kommunerne er, at der hos regionerne det sidste årti har været et stort fokus på forløbsoptimering, og at spildtid skal reduceres. I kommunerne har der været en anden udvikling, hvor der i stedet har været fokus på etableringen af faste procedurer, i takt med at flere sundhedsopgaver er overgået til kommunerne. Et eksempel er, at hospitalerne skal varsle udskrivelser af patienter i bestemte tidsrum. Dette betyder, at patienter ikke kan udskrives fra hospitalerne med det samme, efter de er færdigbehandlet, fordi dette skal varsles til kommunerne. Som følge heraf, kan konsekvensen være at færdigbehandlede patienter ikke

bliver udskrevet. Kommunerne har dog været i gang med en omstilling til en akutfilosofi, og varslingsfristerne er således blevet forkortet ligesom at telefontider er blevet udvidet. Derved er kommunerne kommet senere i gang med denne akutte tilgang til borgernes forløb, hvilket har været med til at begrænse det tværsektorielle arbejde. (Vinge og Kjellberg, 2009, s. 116-117)

Ud over ovenstående er også forskellige finansieringssystemer en væsentlig barriere for det tværsektorielle samarbejde. Sygehusvæsenet har inden for de senere år gennemgået et skifte i finansiering. Det har således tidligere været finansieret ved rammestyring og aktivitetsfinansiering. Yderligere har der i mange år været et krav om 2% stigning i effektiviteten for at opretholde den samme indtjening. Derfor har der i mange år været kraftige incitamenter til ikke kun at producere meget, men også at producere effektivt og derfor have så korte forløb som muligt. (Vinge og Kjellberg, 2009, s. 117-118).

I 2019 fik de danske regioner i forbindelse med økonomiaftalen mellem Danske Regioner og regeringen en ny styringsmodel. Den aktivitetsbaserede finansiering blev her delvist afløst af en betinget nærhedsfinansiering, der har til formål at skabe nærhed for borgeren, og som udgør en del af regionernes samlede finansiering. Regionernes finansiering består således af 75% bloktilskud fra Staten, 17% aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne og nærhedsfinansiering (Danske Regioner, u.å.a; Danske Regioner, u.å.b). Nærhedsfinansieringen udløses afhængigt af, hvor mange, af de for året bestemte kriterier, regionerne lever op til. For 2021 var kriterierne en reduktion i antal forløb pr. borger, reduktion i sygehusaktivitet for borgere med KOL/og eller diabetes, reduktion i andelen af somatiske indlæggelser, som fører til akut genindlæggelse inden for 30 dage og en stigning i andelen af virtuelle forløb. Ved at opfylde et kriterie beholdes 33% af den udbetalte nærhedsfinansiering. For hvert kriterie opfyldt øges dette med 33%, og ved tre eller flere opfyldt vil regionen beholde 100% af sin andel af nærhedsfinansiering. Den totale pulje af nærhedsfinansiering består af 1,5 mia. kr. (Danske Regioner, u.å.c).

Ligeledes er de praktiserende læger primært ydelseshonorerede. Omkostningerne er dog ikke koblet til de faktiske omkostninger, men er i stedet baseret på overenskomstforhandlede honorarer. Det kommunale sundhedssystem er finansieret via rammestyring uden direkte sammenhæng mellem aktivitet og finansiering. Derfor er patienterne i den kommunale sektor en udgift, og der er derfor ikke økonomiske incitamenter til at levere sundhedsfaglige ydelser. (Vinge og Kjellberg, 2009, s. 119-120)

Der er altså forskellige økonomiske faktorer, som kan være medvirkende til at skabe et koordinationsbesvær mellem den primære og sekundære sundhedssektor, hvilket vanskeliggør de patientforløb, som går på tværs af de to sundhedssektorer.

1.2 Sundhedssektorens historiske fragmentering

Problemer med koordination mellem den primære og sekundære sektor i Danmark, har været et fokuspunkt siden 1970'erne. Der kom her et politisk fokus på, at patientforløb blev fragmenterede grundet de mange specialiseringer, der er indenfor medicin, og at lægerne derfor ikke kunne få et helhedsbillede af patienternes tilstand. Ligeledes blev primærsektoren en mere integreret del af sundhedssektoren og begyndte at fylde mere, herunder i forbindelse med behandling af svage borgere. Dette betød, at der kom et større skel mellem den primære og sekundære sundhedssektor på trods af et større behov for, at de to sektorer kunne tale sammen. Allerede i 1985 blev der udgivet en rapport fra Indenrigsministeriet "Samordning i sundhedsvæsenet" som beskrev barrierer for samarbejdet mellem den primære og sekundære sundhedssektor nævnt i ovenstående afsnit. Problematikken om samarbejde indenfor sundhedssektoren er altså langt fra et nyt problem, men har været et politisk fokuspunkt de sidste 50 år. (Seemann, 2010, s. 147-148)

1.3 Sammenhængende patientforløb for ældre medicinske patienter

Koordination og samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor er stadig en yderst relevant problemstilling, som ikke er blevet mindre taget et af tidens dominerende styringsparadigmer, New public governance, i betragtning. Fokusset her er at imødegå de problemstillinger, der går på tværs af sektorer i den offentlige sektor ved at anvende partnerskaber, samskabelse, tværsektorielt samarbejde og koordination.

Særligt vigtigt er denne koordination mellem primær og sekundær sundhedssektor på det geriatriske område. Der indlægges hvert år 245.000 ældre på sygehusene, hvilket med genindlæggelser samlet set løber op i 600.000 indlæggelser. Hver indlæggelse varer dog kun 3,6 dage i gennemsnit. De indlægges eksempelvis pga. luftvejssymptomer, knoglebrud og hjerte-kar-sygdomme. I forbindelse med dette sygeforløb taber de ældre med stor sandsynlighed funktioner, og der er stor risiko for, at disse tab bliver permanente. Den ældre medicinske patients forløb er ofte meget kompliceret og involverer mange samarbejdspartnere. Sundhedsstyrelsen definerer den ældre medicinske patient (DÆMP), som en borger med en alder af 65 år eller derover, der har haft mindst én indlæggelse på en medicinsk afdeling i løbet af et år. Desuden er den ældre medicinske patient karakteriseret ved flere af følgende faktorer, som svær sygdom, flere samtidige sygdomme (multimorbiditet), forringet ernæringstilstand, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicingering (polyfarmaci), aleneboende og/eller svagt socialt netværk, behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse. Den ældre medicinske patient er således ofte i kontakt med kommune, sygehus og praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen, 2016, s. 11).

I forbindelse med den ældre medicinske patients forløb skal der derfor udveksles mange informationer, og der skal eventuelt aftales hjælp i hjemmet og opfølgning på sygehus eller ved egen

læge. Ligeledes er det vigtigt med mange samarbejdspartnere for at forebygge permanente funktionsnedsættelser. Risikoen for at blive genindlagt inden for den første måned efter udskrivelse var i 2020 15,6%, hvilket ligeledes beskriver vigtigheden af et godt tværsektorielt samarbejde, både som et forsøg på at forebygge disse genindlæggelser, men også for at kunne varetage forløbet op til og omkring genindlæggelsen. (Usinger, u.å; Bilag 1)

Sundheds- og Ældreministeriet offentliggjorde i sammenhæng med ovenstående en ny handlingsplan for den ældre medicinske patient i 2016 bl.a. på baggrund af Sundhedsstyrelsens faglige oplæg *Styrket indsats for den ældre medicinske patient* (Sundhedsstyrelsen, 2016, s. 4-5). Handlingsplanen afsætter 1,2 mia. kroner i perioden 2016-2019, hvorefter der varigt prioriteres 300 mio. kroner til den ældre medicinske patient. Første led i handlingsplanen er at sikre en akutpakke mod overbelægning på sygehusene. Andet led er den egentlige samlede nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, der skal sikre en højere kvalitet og en øget sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og sygehusene. Det centrale herfor bliver at styrke indsatsen før og efter sygehusindlæggelse samt at styrke sammenhængen på tværs af sektorerne. Selve handlingsplanen er fordelt over otte indsatsområder med en række konkrete initiativer til at styrke indsatsen. (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016, s. 3-4)

I forbindelse med handlingsplanens udløb i 2019 afholdte Ældre Sagen og Lægemiddelindustriforeningen (Lif) en ekspertdag om den ældre medicinske patient bl.a. med henblik på at føre inputs videre i arbejdet for en ny handlingsplan. Hovedkonklusionerne var, at handlingsplanen i store træk har gjort en positiv forskel for de ældre medicinske patienter. Dog er hovedudfordringen imidlertid manglende sammenhæng i patientforløbet i overgangen mellem bl.a. sektorer, afdelinger og fagområder. Hertil kommer, at der lokalt er gjort erfaringer med diverse indsatser, men der mangler en helt overordnet prioritering af, hvilke tiltag eller projekter, der bør leve videre i driften af sundhedsvæsenet. Derfor pegede flere af deltagerne også på, at en ny handlingsplan bør udbrede og indføre de indsatser, der virker, således at både patient og pårørende sættes mere i fokus. (Ældre Sagen & Lif, 2019)

Ved en gennemgang af regionernes værdigrundlag, står det ligeledes klart, at der også her er et stort fokus på tværsektorielle samarbejder bl.a. i form af et fokus på sammenhæng i patientforløb, både på det psykiatriske og det somatiske område. Borgerne skal mærke en sammenhæng i deres forløb, når det går på tværs af både den primære og sekundære sektor. Som et resultat heraf udformer de enkelte regioner, sundhedsaftaler med kommunerne i de enkelte regioner. Formålet er, ifølge Sundhedsstyrelsen, at bidrage til sammenhæng og koordinering af opgaver, der løber på tværs af regionerne og kommunerne. Således vil den enkelte borger blive tilbudt en indsats af både ensartet

og høj kvalitet, uafhængig af antallet af kontakter i sundhedsvæsenet eller karakteren af indsatsen, borgeren har behov for. Sundhedsstyrelsen har i denne forbindelse udarbejdet en vejledning til sundhedsaftalerne i regionerne og sætter derfor også rammen for arbejdet med sundhedsaftalerne (Sundhedsstyrelsen, 2021; Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Baggrunden for sundhedsaftalerne ligger i de overordnede nationale mål for sundhedsvæsenet, der angiver retningen for sundhedsvæsenets arbejde med højere kvalitet. De nationale mål blev aftalt mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL i 2016, herunder målet om et bedre sammenhængende patientforløb (Sundhedsministeriet, u.å.).

1.4 Sammenfatning

Som beskrevet er der en række strukturelle udfordringer, når den primære og sekundære sundhedssektor skal arbejde sammen. Intet desto mindre er der et stort behov for samarbejde og tværsektoriel koordination sektorerne imellem. Dette fokus har som beskrevet eksisteret de sidste 50 år og er til dags dato stadig yderst relevant. Der er som beskrevet et stort fokus på bedre og mere sammenhængende patientforløb, som skal sikre bedre kvalitet for borgerne. Derudover har fokuset været ekstra stort på det geriatriske område, da der omkring disse borgere ofte indgår flere parter i form af pårørende samt henholdsvis den primære og sekundære sundhedssektor. Ligeledes er de geriatriske patienter og deres forløb ofte mere komplekse, og forløbskoordinationen bliver således ekstra vigtig på dette område.

2. Undersøgelsens problemformulering

På baggrund af ovenstående indskrivning til problemfeltet er nedenstående problemstilling blevet formuleret. Denne vil i følgende afsnit blive præsenteret. Herefter vil der blive argumenteret for valget af denne problemstilling både empirisk og akademisk. Endeligt vil strukturen for undersøgelsen blive præsenteret.

2.1 Præsentation af problemformulering

På baggrund af specialets indskrivning til problemfeltet, vil der blive arbejdet ud fra følgende problemformulering:

Hvilke styrker og svagheder er der ved forskellige former for tværsektoriel forløbskoordination i forbindelse med udskrivelser af den ældre medicinske patient?

2.2 Empirisk baggrund for problemformuleringen

Dette speciale har, som problemformuleringen beskriver, til hensigt at undersøge forskellige indsatser for forløbskoordination i forbindelse med udskrivelse af den ældre medicinske patient og indsatsernes

styrker og svagheder. I de senere år er der kommet et større fokus på tværsektoriel forløbskoordinering af den ældre medicinske patient, da der som beskrevet ovenfor ellers ikke strukturelt er lagt op til denne type af sammenhæng i sundhedsvæsenet. Ligeledes er det geriatriske område som nævnt også et område, hvor denne sammenhæng er yderligere relevant, da der ofte er komplekse forløb, og fordi borgerne ikke her på samme måde som andre borgere har ressourcer til at bringe information videre. Dette har medført en række indsatser med det formål at forbedre koordineringen og mindske antallet af genindlæggelser for den ældre medicinske patient. Der er dog stor forskel på, hvordan man imødekommer dette problem i de forskellige regioner og kommuner. Dermed er der også stor forskel på, hvordan disse indsatser er struktureret, og dermed også hvordan de fungerer. Derfor er der et stort potentiale i at undersøge, hvilke styrker og svagheder der er ved disse typer af tværsektorielle forløbskoordinationer. Ligeledes er det vigtigt for borgerne og deres sundhed, at de får det bedst mulige forløb i forbindelse med deres sygdom, hvilket desuden er med til at beskrives problemformuleringens relevans.

Det er dog ikke kun en relevant undersøgelse på det empiriske plan. Det tværsektorielle sundhedsarbejde mellem primær og sekundær sektor og forskellige løsningsmodeller til dette, er nemlig heller ikke belyst tilstrækkeligt på det forskningsmæssige område. Dette vil blive begrundet videre i nedenstående.

2.3 Forskning på området

Nærværende speciale skriver sig ind på området om tværsektorielle samarbejder i sundhedssektoren. I denne sammenhæng er den eksisterende litteratur på området blevet undersøgt. En beskrivelse af denne litteratur samt en beskrivelse af hvordan nærværende speciale enten adskiller sig fra eller komplimentere litteraturen fremgår i følgende afsnit. I afsnittet er der valgt at fokusere specifikt på litteratur og begreber, som knytter sig til tværsektorielt samarbejde og sammenhængende patientforløb, dog er det blot et udsnit af litteraturen på området. I første del af afsnittet vil den internationale forskning på området fremgå. Herefter vil der blive redegjort for den nationale forskning, der kan sættes i relation til tværsektorielt samarbejde på området.

2.3.1 International forskning

I den internationale forskning har der i en længere årrække været fokus på tværsektorielt samarbejde. Her kan begrebet integrated care ses som et overordnet paraplybegreb på feltet for tværsektorielt samarbejde. Integrated care er dog svært at definere entydigt, og der findes en lang række definitioner af begrebet. Én af definitionerne er: *“a term that reflects a concern to improve patient experience and achieve greater efficiency and value from health delivery systems”* (Shaw, Rosen & Rumbold, 2011, s. 3). Integrated care er et modsvar til det fragmenterede sundhedsvæsen, og essensen i begrebet ligger i patientperspektivet, som er hovedfokuset i enhver diskussion om integrated care. (Nørgaard &

Vestergaard, 2014, s. 4-5; Goodwin, Stein & Amelung, 2021, s. 3-5) Inden for de senere år er der også i den internationale forskning kommet et større fokus på integrated care og lignende begreber, såsom shared care, disease management m.fl. (Duque, Inzitari & van der Cammen, 2021, s. 699; Nørgaard & Vestergaard, 2014, s. 5)

Et eksempel hvor integrated care er lykket, er i den amerikanske sundhedsvirksomhed Kaiser Permanente, der i et privat regi har skabt en sammenhængende sundhedssektor bestående af elementer fra både den primære og sekundære sundhedssektor. Kaiser Permanentes organisering er således, at alle former for behandlinger er samlet i samme organisation, dette tilsvarende de danske praktiserende læger, speciallæger og hospitaler. Derudover er den post-hospitale behandling også integreret i de ydelser organisationen tilbyder. I litteraturen pointeres det, at Kaiser Permanentes kunder i højere grad oplever, at deres forløb er sammenhængende sammenlignet med patienterne i den danske sundhedssektor. Altså har Kaiser-permanente lykkedes med at skabe sammenhængende patientforløb i privat regi, hvor der andre muligheder for at skabe forløb for patienten end i det danske sundhedssystem, der er opdelt i sektorer. (Sandberg-Larsen et.al. 2010, s. 3 & 11)

I relation til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen i USA udviklede et forskningsteam på University of Pennsylvania i 1981 *The Transitional Care Model* (TCM). Modellen er udarbejdet med det formål at skabe et koordineret og sammenhængende forløb for den kronisk syge ældre patient i samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle, patienten og de pårørende. I modellen følger en sygeplejerske patienten fra indlæggelsen på hospitalet, til når patienten kommer tilbage i eget hjem efter udskrivelsen. Effekterne ved modellen sammenlignet med standard pleje har vist sig ved en reduktion af genindlæggelser, forbedringer i sundhed efter udskrivelse, forbedringer i patienttilfredshed samt reduktion i sundhedsomkostninger. Således har der siden 80'erne internationalt været fokus på at skabe modeller, som kan imødekomme udfordringerne omkring tværsektoriel forløbskoordination. Dette giver en viden om hvordan sammenhængende patientforløb kan skabes. (Naylor & Van Cleave, 2010, s. 459-464)

Nærværende projekts fokus kan ses som værende en del af integrated care begrebet. Integrated care er teoretisk funderet, idet der findes en lang række cases, som udspringer af begrebet. Såsom Kaiser Permanente der har skabt en sammenhængende primær og sekundær sundhedssektor i USA samt Transitional Care Model, som søger at skabe et sammenhængende forløb vha. en gennemgående sygeplejerske i hele forløbet. Dette projekt adskiller sig fra integrated care ved at bygge på en række konkrete initiativer i dansk kontekst, der har fokus på det tværsektorielle samarbejde om borgeren. Netop den danske kontekst gør en stor forskel, da mange af strukturerne omkring den danske Sundhedssektor som nævnt i Afsnit 1. *Den Offentlige sundhedssektor gennem tiden* på mange

områder vanskeliggør arbejdet med de sammenhængende patientforløb og det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med dette. I denne sammenhæng ønsker dette projekt at undersøge selve det tværsektorielle samarbejde.

2.3.2 National forskning

Den internationale forskning er også blevet trukket ind i den danske forskning. I en rapport (Holm et al.) fra 2006 tages der udgangspunkt i begrebet shared care, som er udsprunget af et paradoks mellem ressourceknaphed og et øget krav om effektivitet og sammenhængende behandlingsforløb. Det belyses i rapporten, hvilke fordele og ulemper der er ved at indføre shared care. Rapporten er baseret på en systematisk litteraturgennemgang og egne studier. Gennem rapporten tages der bl.a. fat på ressourceafhængighedsteorier, organisatoriske analyser, økonomiske aspekter og teknologiske aspekter. Konklusionen er, at shared care er komplekst, da der er mange forhold og hensyn at afveje mod hinanden. Blandt andet viser rapporten, at der skal være en gensidig afhængighed mellem samarbejdsparterne før shared care er hensigtsmæssigt at etablere. Det økonomiske aspekt viser, at shared care kan give en bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer og skabe bedre sammenhængende forløb for borgerne. (Holm et al., 2006) Dette speciale adskiller sig fra shared care begrebet ved, at der ikke i specialet direkte fokuseres på effektiviseringsaspektet af indsatserne, men at der i stedet er et fokus på at skabe et bedre sammenhængende forløb for borgerne, dog er shared care et godt eks. på forløbskoordination i sundhedssektoren.

I de senere år har der også været et stort fokus på at undersøge sammenhængende patientforløb. Professor Janne Seemann har bl.a. beskæftiget sig med begrebet sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet, der dækker over diverse tilgange til sammenhæng, herunder sammenhæng mellem sektorer, faglighed og patienternes sygdomsforløb. I bogen *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet* udfoldes disse forskellige tilgange, og den viden der er om hvert område (Timm, 2010, s. 12). Mest relevant for dette speciale er dog kapitlet, hvor Janne Seemann beskriver, at det kroniske koordinationsbesvær, som præger den danske sundhedssektor, er grundet i den organisatoriske samt historiske baggrund for sundhedsvæsenet (Seemann, 2010). Som beskrevet i specialets Afsnit 1. *Den offentlige sundhedssektor gennem tiden*, er dette også en af de pointer, som dette speciale trækker på. Kapitlet om kronisk koordinationsbesvær fungerer i dette projekt, som en baggrund for udvælgelsen af en case, da de valgte indsatser har til formål at være med til at forhindre det kroniske koordinationsbesvær mellem primær og sekundær sektor.

Høgsgaard (Høgsgaard, 2016a; Høgsgaard, 2016b) sætter ligesom Seemann spørgsmålstejn ved, om de nuværende institutionelle rammer og betingelser, i henholdsvis den primære og sekundære sundhedssektor, vanskeliggør muligheden for at skabe et sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i patientens behov. Hun opsætter en række paradokser i dette samarbejde.

Eksempelvis er det fraværende kendskab til patienten paradoksalt ift. vigtigheden af viden om patienten i et sammenhængende forløb. Ligeledes er det paradoksalt, at den primære og sekundære sektor begge tænker indenfor deres egne muligheder og begrænsninger ift. udskrivelsen af patienten. De sektordefinerede styringsformer organiserer på den måde samarbejdet, hvilket ikke understøtter målsætningen om et sammenhængende patientforløb. De to sektorer kæmper altså om retten til at afvise patienten i stedet for at anvende udskrivelsessituationen som en mulighed for at skabe et sammenhængende udskrivelsesforløb. (Høgsgaard, 2016a; Høgsgaard, 2016b) Høgsgaards undersøgelser inddrages i dette speciale som baggrundsviden til at få en forståelse for de betingelser og institutionelle rammer, der vanskeliggør muligheden for at skabe et sammenhængende patientforløb.

I det sammenhængende patientforløb er der ligeledes behov for at sætte borgeren i centrum for eget sygdomsforløb. Dette bekræftes også i en rapport fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (Wentzer, 2020), hvor analytiske fund peger på, at borgerne oplever uoverensstemmelser mellem deres forventninger og deres reelle oplevelser i forbindelse med overgangen fra hospital til kommune. Dette betegnes som erfaringsbrud og gør, at de ældre patienter føler sig sårbare, utrygge og særligt udsatte. Ligeledes medfører erfaringsbruddene et omfattende arbejde med at genskabe en tryk hverdag efter indlæggelse på hospitalet. Her er de skrøbelige ældre særligt afhængige af, at kommunale sundhedsfaglige kompetencer indgår i dette kontinuitetsarbejde. Dette erfaringsbrud er ikke noget, som dette speciale decideret ønsker at undersøge, da undersøgelsen ikke inddrager patienter som respondenter. I stedet bruges rapporten som baggrundsviden til at forstå oplevelsen for den ældre patient i forbindelse med udskrivelsen, og giver dermed en vigtig forståelse for den tværsektorielle koordination.

I forbindelse med de sammenhængende forløb er det også vigtigt at forstå den ændrede opgavevaretagelse mellem den sekundære sektor og den primære sektor. Dette har Sidsel Vinge (2014) undersøgt med fokus på opgaveglidningen mellem primær og sekundær sektor. Opgaveglidningen er en del i en større udviklingsproces, der altid har fundet sted i forskelligt omfang. Fokus på det accelererede patientforløb og kerneydelsen har medvirket til, at procesoptimering og spildtid i arbejdsgange har fået stor opmærksomhed. Opgaveglidningen står dog ikke alene, men er en del af udviklingen, hvor sundhedsvæsenet både er præget af en øget opgaveændring og opgaveøgning, der bl.a. har muliggjort mere skånsomme behandlinger, og at flere kan blive behandlet. Vinge beskriver, at udviklingen har medført at hjemmesygeplejen har fået nye og øgede opgaver, f.eks. kliniske opgaver samt koordinerende og logistiske opgaver. (Vinge, 2014, s. 164-165 & 170) Der ønskes i dette speciale også at blive set på opgaveglidningen fra hospital til kommune, da det giver

et vigtigt indblik i arbejdet mellem primær og sekundær sektor. Dog er det et fravalg i dette speciale at have fokus på, hvordan selve behandlingsformerne har ændret sig.

I dagens sundhedsvæsen, og herunder for de sammenhængende patientforløb, er teknologi også et vigtigt aspekt. Dette kan eksempelvis ses ift. Digital Era Governance (DEG), hvor man er optaget af de nye digitale informations- og kommunikationssystemer. DEG-reformerne søger således at skabe en helhedsorienteret indsats ift. særlige brugergrupper, hvor digitale platforme gør det muligt for eksempelvis professionsgrupper hurtigt at få adgang til vigtige informationer om borgeren og at handle herpå (Torfing & Triantfillou, 2017, s. 31-32). Der er dog også set tilfælde, hvor teknologien bliver anvendt anderledes end tiltænkt, og derfor ikke løser præcis de opgaver den var udviklet til. Ligeledes er teknologiens virkning også meget afhængig af en lang række omstændigheder f.eks. arbejdsgange, praktiske organisatoriske forhold og forhold der kan synes som ubetydelige praktikaliteter (Vikkelsø & Vinge, 2004, s. 50).

Til trods for at de fagprofessionelle ikke altid har haft succes med teknologi, er der dog også set konkrete teknologiske løsninger, der både har været en forbedring for de fagprofessionelle og borgerne. I en rapport om virtuelle skærmbesøg bliver det konkluderet, at patienter generelt er mindst lige så tilfredse med virtuelle udskrivningskonferencer som med konventionelle konferencer. Blandt medarbejderne er der generel enighed om, at videokonferencerne er et godt alternativ, hvor der kan spares tid idet møderne afvikles hurtigere, og der spares store mængder transporttid. Dog skal sygehusafdelingerne afsætte lidt mere tid til at forberede videokonferencer. (PA Consulting, 2018, s. 50) I dette speciale ønskes der at ses på et teknologiaspekt særligt ift., hvordan der bliver delt informationer mellem hospital og kommune om patienten. Teknologien bliver derfor også en måde hvorpå de kan arbejdes med tværsektoriel koordination.

Litteraturgennemgangen af den nationale forskning på området har udpenslet relevante problemstillinger ift., at der bl.a. er et koordinationsbesvær i de institutionelle og organisatoriske rammer. Dette skyldes til dels, at primær og sekundær sektor kæmper om retten til at placere ansvaret for patienten hos den anden sektor. Gennem dette forløb oplever borgeren, at der er uoverensstemmelser mellem deres forventninger og selve oplevelsen i forbindelse med overgangen fra hospital til kommune. Samtidig er det sket en udvikling i accelererede patientforløb, hvor borgerne også bliver udskrevet til eget hjem hurtigere end tidligere. Ligeledes er det blevet klart, at der er kommet et større fokus på tværsektorielt samarbejde, ligesom at teknologien har skabt nye tværsektorielle muligheder. Ovenstående giver derfor et belæg for at antage, at det tværsektorielle samarbejde skal fremmes bl.a. gennem de institutionelle og organisatoriske rammer i primær og sekundær sektor, og samspillet mellem de to sektorer. Derfor ønskes det i dette speciale at undersøge

disse rammer og samspillet mellem de to sektorer og indvirkningen herfra på det tværsektorielle samarbejde. Ligeledes ønskes det at undersøge konkrete praktiske indsatser for tværsektoriel forløbskoordination.

3. Undersøgelsens design og metode

Følgende afsnit har til formål at redegøre for specialets design og metodiske afsæt. Indledningsvist vil der blive set på casestudiet som forskningsdesign, og den valgte case vil blive fremlagt. Dernæst vil valget af det kvalitative interview blive præsenteret. Til sidst vil specialets kvalitetskriterier samt videnskabsteori blive diskuteret.

3.1 Casestudiet som forskningsdesign

For enhver empirisk undersøgelse er det væsentligt at overveje forskningsdesign, da dette sætter rammerne for besvarelsen af problemformuleringen. Specialet er bygget op omkring et casedesign, hvilket af Yin defineres som følger: "An empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident" (Yin, 2003, s. 13). Med casedesignet undersøges således et nutidigt fænomen i en virkelighedsnær kontekst. Dette er specielt gældende, når grænsen mellem fænomen og kontekst ikke er tydelig.

I denne undersøgelse er udskrivelser af den ældre medicinske patient valgt som case, og dette skal ses som en case på tværsektoriel forløbskoordinering. Der ligger således en interesse for tværsektoriel forløbskoordinering til grund for dette speciale, da der som beskrevet er et stort behov for sammenhæng i det danske sundhedssystem. Her er udskrivelser af ældre medicinske patienter, som nævnt en meget interessant case på dette, da der her i særdeleshed er behov for, at sektorerne kommunikerer, da patienterne i væsentlig mindre grad selv er i stand til at tage vare på sig selv.

Udskrivelsen af den ældre medicinske patient kan ses som værende en case, da denne case i relation til Yin kan siges at være et fænomen, som i høj grad er virkelighedsnært og er afhængigt af, hvilken kontekst den er omgivet af. Konteksten for denne case er således den danske offentlige sundhedssektor, som består af kommuner, regioner og privatpraktiserende behandlere. Derudover indgår diverse aktører, herunder sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende i konteksten. Alt dette vil således påvirke både den enkelte udskrivelse og det samlede billede af udskrivelsen af den ældre medicinske patient. Ligeledes kan der argumenteres for, at grænsen mellem udskrivelserne og konteksten er utydelig, da udskrivelserne er en integreret del af indlæggelsesforløbet. Derudover er aktørerne en essentiel del af udskrivelsesforløbet, og de bliver på den måde en del af udskrivelsen. Ydermere har konteksten en betydning for hvilke styrker og svagheder, der er ved forskellige former for tværsektoriel forløbskoordinering i forbindelse med udskrivelserne, da konteksten vil påvirke

forløbskoordineringen. Konteksten for det valgte fænomen er derfor også essentiel, for at kunne besvare undersøgelsens problemstilling.

3.1.1 Enkelt indlejret casedesign

Som nævnt ovenfor er casen i dette speciale udskrivelser af den ældre medicinske patient. Dette er dog en meget kompleks case med mange forskellige enheder, og derfor er det indlejrede casedesign udvalgt til at indfange denne kompleksitet. I det indlejrede casedesign har man flere enheder eller underenheder som genstand for analysen (Yin, 2003, s. 42-44). I denne case foregår fænomenet på forskellige måder rundt om i Danmark, hvorfor der er udvalgt forskellige analyseenheder i form af forskellige indsatser i forskellige regioner. Disse forsøger alle at imødekomme det beskrevne problem med sammenhængende patientforløb i forbindelse med udskrivelsen af ældre medicinske patienter. En analyse af disse vil således tilsammen beskrive casen. Dette er dog en vigtig pointe at holde sig for øje, da en af faldgruberne ved det indlejrede casedesign ofte kan være, at man ikke formår at se det samlede billede, og på den måde beskrive casen som helhed. (Yin, 2003, s. 42-44)

Derfor vil der være et særligt fokus på denne pointe om at se casen som helhed igennem analysen samt i undersøgelsens konklusion.



Model 1: Udskrivelsen af den ældre medicinske patient som case.

Ovenfor ses en model af den beskrevne case. Her ses en illustration af, hvordan de tre udvalgte analyseenheder alle skal bidrage til at beskrive casen, som er udskrivelsen af den ældre medicinske patient. De tre analyseenheder vil blive beskrevet i afsnittet nedenfor.

3.1.2 Beskrivelse af indsatser for udskrivelser af den ældre medicinske patient

Som nævnt er der udvalgt forskellige enheder, som skal fungere som det empiriske udgangspunkt for analysen. Disse tre udvalgte indsatser vil blive beskrevet i nedenstående afsnit. Derudover vil der blive argumenteret for valget af dem, samt for hvordan de tilsammen kan beskrive casen.

3.1.2.1 Brobyggersygeplejersker i Region Sjælland

Brobyggersygeplejersker i Region Sjælland er oprettet på baggrund af erfaringerne med Projekt Delesygeplejersker, der løb fra 2016-2019 som en del af det nationale projekt "Tværsektorielt teamsamarbejde for og med de svageste ældre". Projekt Delesygeplejersker viste bl.a. en tendens til færre genindlæggelser hos de borgere, der var inkluderet i projektet. I marts 2020 blev funktionen "Brobyggersygeplejerske" oprettet på baggrund af resultaterne ved projektet. (Berthelsen et al., 2022, s. 8-10)

Indsatsen er et delt samarbejde mellem Sjællands Universitetshospital (SUH) og 7 kommuner, henholdsvis Greve, Faxe, Køge, Lejre, Roskilde, Solrød og Stevns kommuner. Formålet med funktionen som brobyggersygeplejerske er at styrke relationer og samarbejdet på tværs af primær og sekundær sektor med henblik på at styrke komplekse sektorovergange for den ældre medicinske patient. Funktionen adskiller sig bl.a. fra Projekt Delesygeplejersker, hvor en delesygeplejerske var ansat både på hospitalet og i kommunen. I stedet er brobyggersygeplejerske i dag et tillæg til den stilling, den pågældende sygeplejerske formelt er ansat i. Desuden anvendes betegnelsen udskrivningskoordinator om en brobyggersygeplejerske, der er ansat på hospitalet, og betegnelsen udskrivningsvisitator anvendes om en brobyggersygeplejerske, der er ansat i kommunen. (Berthelsen et al., 2022, s. 10)

Som brobyggersygeplejerske indgår man i et tværsektorielt netværk for brobyggersygeplejersker. I januar 2022 talte netværket 33 brobyggersygeplejersker, hvoraf 23 er ansat på SUH fordelt på ti afdelinger samt én ansat i hver af de syv kommuner. Derudover er én ansat i psykiatrien og to er socialsygeplejersker, hvor den ene dækker Køge hospital og den anden dækker Roskilde hospital. Formålet med netværket er at styrke samarbejdet og relationerne mellem brobyggersygeplejerskerne, der er ansat på tværs af primær og sekundær sektor. Dette skal være til gavn for det sammenhængende patientforløb, således at der følges op på planerne, der lægges for borgeren samt en sikkerhed for, at planerne gennemføres. Der skal med andre ord skabes et samarbejde med adgang til specialviden på tværs af sektorerne. Målet med brobyggernetværket er desuden, at der på sigt kan udvikles en fælles model for brobyggerfunktionen, som kan udrulles til resten af regionen og de 17 kommuner. (Berthelsen et al., 2022, s. 8-11; Berthelsen, Kollerup, Lerbæk & Møller, u.å., s. 1)

3.1.2.2 Udskrivningsmøde via video i Region Midtjylland

I 2016 modtog Region Midtjylland midler fra statens satspulje til "Styrket sammenhæng for de svageste ældre". Formålet her var, at der skulle afprøves konkrete modeller for brug af kompetencerne på tværs af region, kommuner og evt. almen praksis for at skabe større sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre. På den baggrund oprettede Region Midtjylland projektet "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt". Herunder valgte Hospitalsklynge Vest at oprette et delprojekt kaldet "Kom godt hjem - udskrivelse af de svageste ældre". Projektet bygger oven på erfaringerne fra handleplanen for den ældre medicinske patient 2013-2016 (DÆMP I), og intentionerne for den efterfølgende handleplan DÆMP II.

Projektets overordnede mål er, at:

- Skabe bedre sammenhæng og overblik i behandlingen for de svageste ældre ved udskrivelse. Det er afgørende, at de svageste ældre og deres pårørende i højere grad oplever tryghed, sammenhæng og overskuelighed i behandlingsforløb på tværs af sektorer.
- Reducere antallet af genindlæggelser.
- Skabe bedre sundhedsfaglig kvalitet for de samme ressourcer.

(Andersen, Christensen & Steffensen, 2020, s. 9-10)

Projektet blev udformet med tre indsatser, herunder udskrivningsmøde via video, modtagebesøg inden for 24 timer og specialiseret rådgivning 24/7.

Udskrivningsmødet, som er den indsats der undersøges i dette speciale, har til formål at sikre, at der er en god sammenhæng i behandlingen, og at patienten oplever en tryk og overskuelig udskrivelse. Dette sker ved, at personale fra den udskrivende hospitalsafdeling, en relevant person fra kommunen og evt. praktiserende læge, holder et fælles møde med patienten og pårørende. På mødet indgås bl.a. aftaler for borgernes videre forløb i kommunen efter udskrivelse. Mødet er rammesat til 30 minutter.

Denne type udskrivningsmøde tilbydes patienter i forløb, der er præget af at være komplekse såvel psykisk, fysisk og socialt, og hvor kommunerne vurderer det som meningsfuldt ud fra kendskabet til borgeren, eller ved borgere der scorer 31+ ved screening til opfølgende hjemmebesøg uanset alder (Andersen et al., 2020, s. 49). Dette værende eksempelvis patienter, der har været genindlagt flere gange på kort tid, har mange aftaler på tværs af sektorer, eller hvor der er markante ændringer i patientens funktionsniveau.

Udskrivningsmødet via video blev pilottestet i starten af 2018. Herefter blev der udrullet en bredere test. I slutningen af 2019 var indsatsen implementeret på 15 sengeafsnit i Hospitalsenhed Vest og i alle enheder i de seks Vestklynge-kommuner. (Andersen et al., 2020, s.11)

Der var 63 patienter, der deltog i et udskrivelsesmøde via video, heraf er fem patienter efterfølgende blevet akut genindlagt inden for 30 dage. Der har ikke været en kontrolgruppe til evalueringen af udskrivningsmøderne, men til sammenligning ses der på andelen af genindlæggelser hos interventions- og kontrolgruppen for modtagebesøget. I interventions- og kontrolgruppen til modtagebesøg blev 11,7% genindlagt, mod 7,9% der havde deltaget i et udskrivningsmøde via video. Derudover sammenlignes der med genindlæggelsesprocenten for patienter over 65 år med hoftenær fraktur. I 2019 var genindlæggelsesprocenten på 14,1%. Genindlæggelsesprocenten for denne gruppe har ligget stabilt på ca. 14% i flere år.

Resultaterne fra evalueringen indikerer altså en mulig effekt i andelen af genindlæggelser ved udskrivningsmøder via video. Datagrundlaget i evalueringen er dog for småt til at kunne drage valide konklusioner ud fra. (Andersen et al., 2020, s. 22)

3.1.2.3 Udskrivningsvisitatorer i Region Syddanmark

Indsatsen i Vejle kommune med udskrivelsesvisitatorer består af to dele. Først og fremmest omhandler den en omorganisering af myndighedsafdelingen i 2009-2011, hvor man oprettede et udskrivelsesteam bestående af visitatorer, som efter omorganiseringen primært skulle beskæftige sig med udskrivelser og den visitationsopgave, som medfølger hertil. Dernæst består indsatsen også af en udvidelse af udskrivelsesteamets opgaver, da der i 2013 blev tilført midler fra DÆMP, således at man fik mulighed for at inddrage og informere ældre medicinske patienter om det kommunale efterforløb, som de skulle indgå i efter indlæggelse. De ekstra ressourcer blev således brugt til at opnormere udskrivelsesteamet, så de havde mulighed for at besøge patienten på sygehuset og gennemgå og udlevere en oversigt over den bevilgede hjælp, inden patienten blev udskrevet. Her var formålet at inddrage patienten, og sikre at man havde forstået de aftaler, der var indgået for udskrivelsen og den efterfølgende hjælp. Ligeledes var formålet at sikre, at patienten var tryk ved overgangen til eget hjem, og at patient og pårørende oplevede sammenhæng i forløbet. Endelig var formålet også, at sygehuspersonalet i mindre omfang skulle være dem der formidlede, hvilke aftaler der var indgået for det kommunale forløb efter udskrivelsen. (Buch, Jacobsen, Kolodziejczyk & Ladekjær, 2016, s. 48-49)

Projektet havde således en målsætning om, at 90% af alle relevante patienter, som var indlagt på medicinske sengeafdelinger på Vejle Sygehus, fik et besøg for at gennemgå de indgåede aftaler på sygehuset. Ligeledes var der også mulighed for udskrivelseskonferencer ved patienter, hvor dette var relevant, f.eks. ekstra komplicerede patienter eller patienter, som ikke tidligere havde været kendt for kommunen. (Buch et al., 2016, s. 48-49)

Hele indsatsen skal dog ses i lyset af Region Syddanmarks SAM:BO aftale, der har til formål at øge kvaliteten i overgangen mellem hospital og kommune. I forbindelse med aftalen har man indført en elektronisk forløbsplan, som fungerer som kommunikationsplatform mellem sektorerne. Samtidig fjernede man varslingen i forbindelse med udskrivelser, således at der ikke længere arbejdes med varslingsdage mellem regionen og kommunerne i forbindelse med udskrivelser. (Buch et al., 2016, s. 48)

I undersøgelsen af de to indsatser konkluderes det, at udskrivelsessamtalerne for patienterne har en meget praktisk karakter, hvor de har fokus på, hvordan de skal få hverdagen til at fungere ift. hjælpemidler og hjælp i hjemmet efter udskrivelsen. Ligeledes opleves de af patienterne som positive, da de møder en person og har følelsen af medbestemmelse ift. de praktiske forhold omkring udskrivelsen. Der er dog også nogle af patienterne, som har svært ved at huske udskrivelsessamtalerne. De pårørende fortæller, at det for dem har handlet om at skabe de bedst mulige forhold for deres nærmeste i den sidste tid af deres liv. Ligeledes fortæller de, at selvom det har været en positiv oplevelse med udskrivelsessamtalerne, så har der stadig været et stort ansvar på deres skuldre i forbindelse med at skabe sammenhæng i forløbet. (Buch et al., 2016, s. 60-61)

I forhold til effekter og omkostninger konkluderes det, at det har været svært at finde entydige resultater. Rapporten konkluderer dog, at den udvidede koordinering, som minimum er omkostningsneutral for Vejle Kommune, da indsatsen erstatter anden udskrivningskoordination. Det har dog ikke været muligt at vise hverken statistisk signifikante besparelser eller forskelle i andelen af genindlæggelser. Samtidig konkluderes det for gennemgangen af aftaleskemaer, at denne indsats ikke kan betale sig økonomisk, da det koster flere penge at forebygge en genindlæggelse, end man sparer på en genindlæggelse. Derudover er der også en usikkerhed ift. effekten, da det kræver en vis kognitiv funktionsevne at få gennemgået aftaleskemaet. Det kan således i stedet være denne højere kognitive funktionsevne, som gør at færre bliver genindlagt og ikke selve indsatsen. (Buch et al., 2016, s. 66)

Den ovenstående beskrivelse af indsatsen i Region Syddanmark har været det grundlag, som gruppen har arbejdet ud fra. Det viser sig dog, at indsatsen har udviklet sig væsentligt, og derfor ikke indeholder alle ovenstående elementer. Dette blev klart i forundersøgelsen af denne indsats, som beskrives i Afsnit 3.1.3.3 *Udskrivningsvisitatorer i Region Syddanmark*, hvor indsatsens nuværende form vil blive beskrevet.

3.1.2.4 Begrundelse for valg af indsatser

De tre udvalgte indsatser i dette projekt, er blevet udvalgt på baggrund af, at de alle har haft en gavnlig effekt for patienterne, hvorfor det også er blevet valgt at videreføre disse indsatser på forskellig vis efter testfasernes udløb. Dette står i modsætning til nogle andre indsatser af samme type, som ikke

har haft den ønskede effekt, og som derfor ikke er blevet videreført (Sandberg-Larsen et.al. 2010, s. 3 & 11). Casen tager derfor form af en kritisk case, da det kan siges om casen, at den er udvalgt for tilsammen at give et billede af succesfuld tværsektoriel forløbskoordination. Den kritiske case defineres af Flyvbjerg som: *“værende af strategisk betydning i forhold til et generelt spørgsmål, som ønskes besvaret”* (Flyvbjerg, 2015, s. 507). Man kan derfor sige om denne case, at hvis disse indsatser kan lykkes med et tværsektorielt udskrivesforløb for en så kompliceret patienttype som den ældre medicinske patient, så kan det også anvendes på andre mindre komplicerede patienttyper (Flyvbjerg, 2015, s. 507-508). Denne case kan derfor bruges forbilledligt ift. andre typer af tværsektoriel forløbskoordination, da den samler viden inden for området om tværsektoriel forløbskoordination. Indsatserne adskiller sig dog ved, at de har opstillet hver deres løsningsmodel for, hvordan der sikres den bedste overgang fra den sekundære til den primære sektor for den ældre medicinske patient. Derved er det også forskelligt, hvilke aktører i den tværsektorielle forløbskoordination, der er de primære drivkræfter i sikringen af overgangen for patienten. Disse forskelle mellem indsatserne skal dog, som nævnt, hjælpe til at give en samlet beskrivelse af casen.

3.1.3 Forundersøgelser af indsatser for udskrivelser af den ældre medicinske patient

På baggrund af valget af de tre indsatser er der ligeledes foretaget en forundersøgelse af hver af de tre indsatser. Forundersøgelserne har til formål at belyse, hvor langt i processen de respektive regioner eller kommuner er. Ligeledes vil forundersøgelserne give et dybere indsigts i selve indsatsen. Forundersøgelserne er indsamlet ved interviews med relevante repræsentanter for indsatserne.

3.1.3.1 Brobyggerpsygeplejersker i Region Sjælland

Projektet med brobyggerpsygeplejersker har kørt i to år, og ifølge projektleder Connie Berthelsen er der sket fremgang ift. at brobyggerpsygeplejerskerne i netværket kan mærke en forbedring i deres dagligdag og i udskrivelserne. Brobyggerpsygeplejerskerne ser fordele ved at have en mere dialogbaseret udskrivelse, idet den får tingene til at køre nemmere, da der kan foregå en direkte snak mellem udskrivningskoordinator på hospitalet og visitator i kommunen. Desuden oplever man en signifikant forbedring i kvaliteten i dokumentationen fra hospitalet til kommunen. Derudover er der i Region Sjælland kun brobyggerpsygeplejersker på SUH, hvorfor de ligeledes har afholdt en temadag om projektet til resten af regionen for at udbrede budskabet.

Projektet har indtil videre medført færre henvendelser frem og tilbage mellem sygehus og kommuner. Dette kan ses i lyset af, at brobyggerpsygeplejerskerne er bekendt med Sundhedsaftalen, hvilket gør, at der i selve udskrivesforløbet er en større overensstemmelse i den viden, der forløber på tværs. Sundhedsaftalen er den formelle aftale der danner ramme om samarbejdet mellem hospital og kommune. Desuden nævner Berthelsen, at de ude i kommunerne i høj grad arbejder med Sundhedsaftalen, hvorimod hospitalerne er mindre bekendt med denne. Brobyggerpsygeplejerskernes

funktion bliver i denne forbindelse at lære om Sundhedsaftalen og videreformidle den til kolleger. I øjeblikket er Berthelsens stab desuden ved at udvikle et undervisningsforløb i Sundhedsaftalen til brobyggersygeplejerskerne.

I forhold til antallet af genindlæggelser er det, ifølge Berthelsen, svært at måle på om projektet har medført en reduktion. Derfor er næste skridt i hendes forskning at lave en større audit med flere data, herunder kommunale data, der kan fortælle om reduceret indlæggelsestid.

Berthelsen peger på en generel problematik i sundhedsvæsenet ift. en manglende forståelse for hinandens normer og regler på tværs af regionen og kommunerne, der kommer til udtryk ved en utilfredshed med hinandens arbejde. Det er derfor også brobyggernetværkets funktion at bygge bro og skabe fælles forståelse og respekt for hinandens arbejde. Berthelsen nævner i denne forbindelse, at kommunerne varierer i deres behandlingstilbud, bl.a. grundet deres forskellige rammer og regler. Hun mener, at det ville være nemmere med en fælles retningslinje overordnet, men at dette er svært netop grundet den politiske styring af kommunerne. Hertil kommer, at Berthelsen vil have genindført, at netværket kommer i praktik hos hinanden for at lære hinandens praksis.

Berthelsen peger særligt på to udfordringer i projektet. Den ene udfordring er, at der ikke er udskrivningskoordinatorer på alle afdelinger, hvorfor nogle af brobyggersygeplejerskerne i netværket er almindelige sygeplejersker, der ikke har et overordnet blik på udskrivelsesprocessen. En anden udfordring, som Berthelsen peger på, er ift., at dokumentationssystemerne ikke er ens på tværs af regionen og kommunerne. Det giver problemer, bl.a. fordi der er informationer fra det ene system, der ikke ryger med videre over i det andet. Dette betyder også, at det ikke er muligt at ændre i de informationer, man får ude i kommunerne fra hospitalet og den anden vej rundt.

I fremtiden håber Berthelsen på, at netværket vokser sig større. Hvis det sker, vil den personlige relation internt mellem brobyggersygeplejerskerne med tiden muligvis falde ud. Dette ser Berthelsen dog ikke som et problem, idet hun mener, at det er lige så vigtigt med en face-to-face-genkendelse.

3.1.3.2 Udskrivningsmøde via video i Region Midtjylland

Projektet om udskrivningsmøder via video i Region Midtjylland blev afsluttet i 2019, og siden har Vestklyngen valgt at fortsætte med disse. Dels fordi man kunne se en forbedring i genindlæggelserne, men også fordi patienter og pårørende gav udtryk for en tryghed ved at vide, hvad der skal ske, når de kommer hjem. Projektet var tilknyttet en styregruppe bestående af repræsentanter fra kommune, hospital og almen praksis, der fortsatte efter projektets afslutning, men som har taget form af en implementeringsgruppe. Udskrivningsmøderne anvendes på daglig basis og særligt hos afdelingen for ældresygdomme. Ligeledes har flere andre hospitaler i regionen fået øjnene op for udskrivelsessamtaler, hvilket kan ses i lyset af, at det er anbefalet på regionalt plan at anvende dem.

Indsatsen har indtil videre medført færre henvendelser fra kommunen til hospitalet. Grunden herfor er, at videomøderne giver muligheden for at gå i dialog med hinanden og få afklaret spørgsmål og tvivl med det samme. Udskrivningsmøderne har både funktion af at være mødested for faglig sparring, og samtidig lægges der vægt på den brugeroplevede kvalitet af udskrivelserne. I forhold til den faglige sparring oplever de sundhedsprofessionelle en større faglig kvalitet, bl.a. i forhold til, at dialogen skaber mulighed for at spørge ind til patienten og samtidig få afklaret de faglige ting i det komplekse forløb. Hertil nævner Gunna Andersen, konsulent for Det Tværsektorielle Samarbejde for Regionshospitalet Gødstrup og tovholder for projektet, at udskrivningsmøderne også er til for at skabe en tryghed for borgeren, og at inddragelsen af patienter og pårørende giver andre perspektiver på borgerens udskrivelse.

I forhold til indlæggelser fortæller Andersen, at det har været svært at finde data der viser, om indsatsen har nogen effekt på genindlæggelser hos den ældre medicinske patient.

Siden projektets afslutning er der sket en ændring ift., hvilke patienter der tilbydes de virtuelle udskrivningsmøder. Projektet opstillede kriterier for, hvilke patienter der skulle tilbydes samtalerne, hvor patienterne nu screenes ud fra et skema, der også anvendes ved opfølgende hjemmebesøg. Således bliver der mere systematik fremfor en faglig vurdering. Dette var også for at sætte skub i brugen af virtuelle samtaler. Derudover gør de sig overvejelser ift. at bringe andre faggrupper som eks. terapeuter ind som mødeledere, så det ikke nødvendigvis er en sygeplejerske, der er mødeleder.

Andersen peger ligeledes på forskellige udfordringer i projektet ift. det tekniske. I forbindelse med afholdelsen af selve videomøderne bruger de tid på at koordinere internt og med kommunen og de pårørende, og prøver at finde ud af, hvordan kan man gøre det så smidigt som muligt og med kort varsel. Derudover har de forsøgt at få almen praksis inddraget i videosamtalerne, men det er svært at få dem med på kort varsel og finde ud af, hvor det giver mening at have dem med. Ligeledes kan det være udfordrende at få koblet pårørende på fra andre lokationer, idet jura eksempelvis kan spænde ben for adgangen til videosystemet ift. at sende koder ud i e-Boks og få de pårørende til at tilgå disse. Yderligere er en udfordring, at nogle sundhedsprofessionelle er mere motiverede for at afholde videosamtaler end andre.

En løsning på et af deres problemer er blevet afhjulpet af, at de lige nu er ved at flytte til et nyt hospital, hvor patienterne ligger på enestuer, hvilket giver bedre muligheder for at afholde udskrivelsessamtaler. Her kan man bare trille en skærm ind, modsat før, hvor patienterne lå på stuer med andre, og man var nødt til at have patienten ud af stuen og ind i et andet rum for at afholde videomøderne. Derudover nævner Andersen, at det altafgørende for at afholde videosamtaler er, at der er en ledelsesopbakning fra de afdelingssygeplejersker.

I fremtiden overvejer de udbredelsen af videoudskrivningsmøder til andre fagområder. I øjeblikket bliver videomøderne anvendt på sundhed- og ældreområdet, men der er ligeledes borgere i psykiatri, på bosteder og andre institutioner, hvor man har nogle helt andre fagligheder som pædagoger osv., der kunne have gavn af at benytte videosamtaler.

3.1.3.3 Udskrivningsvisitatorer i Region Syddanmark

Ligeledes er der også blevet lavet en forundersøgelse med Vejle Kommune omkring deres projekt med udskrivningsvisitatorer. Her deltog afdelingsleder for sundhedsfagligt team i myndighedsafdelingen, Magrethe Ørum Schack, og udskrivningsvisitator, Inga Fog. I denne forundersøgelse er det valgt, at to personer skulle medvirke, da Schack sidder med den daglige ledelse af projektet i dag, men ikke har været en del af projektet fra start, og da Fog har været projektansvarlig på projektet og ansat i sin stilling i kommunen i 15 år. Ligeledes har Fog også deltaget i udarbejdelsen af den Kora rapport som er brugt til at beskrive projektet ovenfor.

Fog fortæller først og fremmest, at de har haft forløbskoordination i mange år, også længe før projektet med DÆMP (KORA). Så det var kendt, at de er en gruppe af visitatorer, som ikke beskæftiger sig med andet end udskrivelse fra sygehuset. Selve projektet kørte dog i 2014 og 2015, hvor de fik ekstra ressourcer til projektet. Dette gav mulighed for, at udskrivelsesvisitatorerne kunne køre ud til de medicinske afdelinger på Vejle Sygehus i forbindelse med udskrivelser, således at borgerne følte sig mere trygge i denne proces og om muligt også for at forebygge nogle genindlæggelser. Ligeledes gav det mulighed for udvidende koordinerende møder med patienter på sygehuset, som ikke var kendt af kommunen i forvejen. Disse samtaler samt gennemgangen af efterforløbet gjorde ifl. Fog mange patienter udviste glæde for at se dem igen, og i denne forbindelse nævner Fog også, at hun opfattede borgerne som mere trygge ved udskrivelsen.

Projektet viste, at mange herunder borgerne, sygehuset, pårørende og hjemmeplejen var glade for indsatsen. Samtidig havde der dog også været enkelte medarbejdere inde på sygehuset, som nærmest ikke var klar over, at projektet havde fundet sted. Projektet er dog på trods af dette alligevel løbet ud i sandet, fordi det var svært for udskrivningsvisitatorerne at nå at komme op på sygehuset. Således har de efter Corona slet ikke kørt ud til sygehuset, hvilket de heller ikke gør på nuværende tidspunkt ud over helt særlige tilfælde. Nogle gange har de også virtuelle møder med sygehusene, dette er dog sjældent med medicinsk afdeling og oftere med psykiatrisk afdeling.

Ligeledes nævner Schack, at der er sket meget siden projektet kørte. Eksempelvis er deres borgere blevet fordelt mere ud over forskellige sygehuse, herunder også sygehuse som geografisk ligger længere væk. Desuden er forløbene blevet mere accelererede end de var dengang projektet kørte.

Der er dog ikke længere ifølge Fog noget tilbage, som de trækker på fra projektet. De er seks faste og to vikarer i deres afdeling. De er således jævnlige og løbende blevet tilført ressourcer siden projektet kørte, da området kræver mere af kommunerne. De har derfor, på trods af den øgede ressourcemængde, fortsat ikke ressourcer til at skulle køre ud til patienterne. I teamet har de en stor viden og erfaring på området og ved, hvad man skal vurdere på, og hvor faldgruberne er også ift. SAM:BO aftalerne.

Fog beskriver ift. de accelererede forløb, at de ofte får en plejeforløbsplan på en borger, de ikke kender, om eftermiddagen som f.eks. skal udskrives dagen efter kl. 11. Ligeledes er det borgere, som ofte er dårligere end tidligere, hvilket alt sammen gør, at det ikke er muligt for dem længere at køre ud på sygehusene. Ifølge Schack er de accelererede forløb noget, som de skal udvikle på. I relation til dette har de sidste to år også vist dem, at der er noget, som godt kan lykkedes, uden at man ser borgeren. Samtidig er der også nogle ting, som de skal have genfundet igen, ift. hvordan man så møder borgerne. Schack nævner dog også, at fordi forløbene er så accelererede på sygehusene, og man så hurtigt bliver udskrevet, så er det måske ikke nødvendigvis på sygehusene, de skal møde borgerne, men derimod i hjemmet. Ligeledes kan det være relevant, at visitatorerne følger borgerne længere i forløbet, således at det er den samme visitator, som følger borgen efter en midlertidig plads i en periode.

I dag bruger de SAM:BO som noget de kan forpligte hinanden på, kommune og region ift. hvordan de skal kommunikere. Så på den måde synes Schack, at den fungerer godt. Desuden er der en udfordring i, at alle skal kende SAM:BO og forstå, hvordan de kommunikerer med hinanden igennem SAM:BO. Dette er en udfordring, grundet at regionen relativt ofte udskifter i sygeplejersker, hvorfor at det hænder, at de ikke er klædt ordentligt på ift. SAM:BO. Ligeledes gør SAM:BO, at de ved, hvad de kan forvente af hinanden, og at kommunen får de oplysninger, som de har brug for.

Samlet set har der altså været en udvikling i denne indsats som på nuværende tidspunkt, primært består af at medarbejderne der står for udskrivelserne, er specialiserede. Dette betyder, at visitatorerne ikke besøger patienterne på sygehuset, som ellers har været en del af indsatsen tidligere. Det er denne tilbageværende del af indsatsen, der fokuseres på i den resterende del af specialet.

3.1.3.4 Opsamlende på indsatserne

Som beskrevet er der til dette speciale udvalgt tre forskellige typer af indsatser for tværsektoriel forløbskoordination for ældre medicinske patienter. For brobyggerisygeplejerske indsatsen gælder det, at det er en indsats, som er kendetegnet af et tværsektorielt netværk bestående af udskrivningssygeplejersker fra både sygehuse og kommuner. Dette netværk bidrager således til, at udskrivningspersonalet i høj grad kan lære af hinanden, og at de derfor bliver højt specialiserede inden

for udskrivelsesindsatsen. Derudover er det en indsats, som i høj grad er båret af Berthelsen som koordinator. Desuden er det en uformel måde at organisere en indsats på, da den primært bygger på relationer og samtale uden for det daglige arbejde.

Udskrivningsmøderne via video er en mere formaliseret indsats, som søger at sikre sammenhæng i patientforløbet ved at bygge en direkte bro i udskrivningssituationen mellem både borger, pårørende og personalet fra både sygehus og kommune. Ligeledes er det en indsats, som primært er rettet mod de patienter, som er præget af komplekse forløb eller livssituationer. Udover at skabe sammenhæng og mindske genindlæggelser har denne indsats også som vigtig funktion, at den skaber tryghed for de ældre borgere omkring deres udskrivelse.

Endelig er der indsatsen om udskrivningsvisitatorer i Region Syddanmark. Denne indsats skaber sammenhæng i patientforløbet, ved at kommunens udskrivelsespersonale har kørt ud til sygehuset og besøgt borgerne for at gennemgå de ydelser, de var blevet visiteret. Her har de også haft mulighed for at sætte ansigt på personalet på sygehuset, og deltage i udvidede koordinerende samtaler med og om de patienter, som ikke tidligere var kendt af kommunens personale. Derudover er denne indsats også tænkt som tryghedsskabende for de ældre i udskrivessituationen, da de får sat ansigt på dem, som skal tage imod dem, når de kommer hjem. Endelig består denne indsats også i, at man i kommunen lavede en gruppe af visitatorer, som primært havde fokus på udskrivelser, hvilket har været med til at gøre disse visitatorer mere specialiserede inden for netop udskrivelser. Den del af indsatsen som omhandlede at køre ud til sygehuset har man dog valgt ikke længere at fortsætte med, og denne beslutning relaterer sig ifl. Fog primært til mangel på ressourcer og det faktum, at borgerne i højere grad er spredt ud på forskellige sygehuse, hvor nogle af dem geografisk er placeret langt væk fra kommunen. Altså er der tale om en relativt lille del af den oprindelige indsats, der vil blive undersøgt i dette speciale.

På den måde er der valgt tre meget forskellige indsatser fra tre forskellige regioner, som bygger bro på forskellige måder mellem primær og sekundær sektor og skaber sammenhæng i borgernes patientforløb.

3.1.3.5 Ældre Sagen

Casen er yderligere blevet afdækket ved en forundersøgelse med Ældre Sagen, der er repræsenteret ved Mirjana Saabye. Dette er gjort for at skabe en baggrundsviden om patienter og pårørende og indgår derfor ikke direkte som en del af analysen, men har været med til at give et bredere perspektiv. Ældre Sagen er repræsentant for både den ældre patient og pårørende, hvorfor de kan bidrage med et patient- og pårørendeperspektiv. Således bidrager forundersøgelsen af Ældre Sagen med en

forståelse af, hvad der gør sig gældende hos den ældre medicinske patient og de pårørende i forbindelse med indsatserne i tværsektoriel forløbskoordinering.

Saabye forklarer, at Ældre Sagen i sammenhæng med regeringens udspil til en sundhedsreform og de politiske forhandlinger herom, opfordrer til en ensartet kvalitet på landsplan i behandling og pleje til ældre patienter med flere sygdomme både i overgangen mellem sygehus og eget hjem og i kommunerne. Ifølge organisationen er der brug for en samlet national kvalitetsplan - en ny national handlingsplan eller et pakkeforløb til ældre patienter med flere sygdomme. Det vigtige for Ældre Sagen er en national indsats med krav til ensartet kvalitet. Hertil forklarer hun, at de ser eksempler på initiativer rundt om i landet, der i højere grad sikrer et tæt samarbejde i overgangen mellem sygehus og kommune. Desuden bidrager disse initiativer til at reducere genindlæggelser samt til at skabe tryghed for patienterne. Derfor pointerer Saabye, at det er nødvendigt med en national ramme, som angiver kvalitetskrav til indsatserne. Dette skal der være for at undgå, at patienternes risiko for genindlæggelser bliver afhængige af, hvor i landet de bor og bestemt ud fra, om der er et tæt samarbejde mellem sygehus og kommune. Saabye forklarer, at det også er vigtigt, at man har et helhedsblik på den enkelte patient, der har flere sygdomme, og at indsatser går på tværs af diagnoser, så patienterne får tilbudt ét sammenhængende forløb fremfor adskilte indsatser under flere forskellige forløbsprogrammer, der risikerer ikke at være koordinerede.

I forlængelse af ovenstående henviser Saabye til Ældre Sagens anbefalinger ift. en værdig behandling af ældre patienter. Anbefalingerne er udformet på baggrund af en undersøgelse foretaget af Kompetencecenter for patientoplevelser (KOPA) på vegne af Ældre Sagen. En væsentlig pointe fra undersøgelsen er, at de ældre medicinske patienter ved indlæggelsen oplever sygdom, funktionstab samt tab af færdigheder, hvilket alt sammen medfører markante livsomvæltninger. Både funktionstab og sygdom resulterer i et tab af selvstændighed og autonomi, hvorfor borgerne ikke længere kan gøre, som de plejede, men nu er afhængige af hjælp fra sundhedsprofessionelle og pårørende. Disse livsomvæltninger er også knyttet til en følelse af tab af identitet hos den ældre borger, idet tabet af færdigheder eller vaner medfører en ændring i deres selv billede og forståelsen af, hvem de er. Omvæltningerne kan give anledning til konflikt mellem patienten på den ene side og pårørende samt sundhedsprofessionelle på den anden side, der mener at patienten skal have mere hjælp, end denne selv er indstillet på. Dette kan opleves som uværdigt af de patienter, der kæmper for at opretholde deres selvstændighed. (Kehlet & Nielsen, 2020, s. 21-23)

På baggrund af resultaterne af KOPA-undersøgelsen har Ældre Sagen foreslået, at ældre mennesker med flere sygdomme bør få et sæt af rettigheder. Det drejer sig om retten til at være tryk, der bl.a. indebærer at hospital og kommune sammen med patienten og pårørende ligger en individuel plan for

patienten. Derudover bør der være en ret til at blive set og lyttet til, der bl.a. indebærer at både hospital og kommune støtter patient og pårørende i at deltage i planlægning og beslutninger. Endelig skal der være en ret til lighed i sundhed, der bl.a. indebærer at sundhedsfaglig behandling tilpasses patienten ud fra faglige kvalitetsstandarder på både hospital og i kommune. (Region Hovedstaden, Kompetencecenter for Patientoplevelser & Ældre Sagen, 2020, s. 2)

Ældre Sagens fokus på vigtigheden af et godt tværsektorielt forløb, bekræfter de indledende fund, der er gjort i Afsnit 1. *Den offentlige sundhedssektor gennem tiden* og Afsnit 2.3 *Forskning på området*. Det vil senere vise sig i analysen, at det fokus som Ældre Sagen har på det gode patientforløb bl.a. i form af tryghed, også udtrykkes som vigtigt af respondenterne.

3.1.4 Anvendelse af teori

I beskrivelsen af designet er det ligeledes relevant at beskæftige sig med, hvordan teorien vil blive anvendt. Formålet med dette speciale er at danne ny empirisk viden med baggrund i den eksisterende litteratur. Derfor tager undersøgelsen udgangspunkt i det teorifortolkende casestudie, hvor teorien fungerer som en ramme for casestudiet. Specialets teoretiske ramme, som beskrives i Afsnit 4. *Teoretisk grundlag*, bidrager således til at afgrænse casen og strukturere det empiriske materiale. I den analytiske proces anvendes den teoretiske ramme ligeledes til at identificere mønstre i empirien og danne baggrund for diskussion af disse mønstre. Derudover vil den teoretiske ramme blive anvendt som forklaringsramme for empirien. Den nye empiriske viden kan dog i relevante tilfælde bidrage til en diskussion af den eksisterende teori, som kan medføre, at eksisterende teorier ny- eller genfortolkes. (Antoft & Salomonsen, 2007, s. 38-41)

I forhold til anvendelsen af teorien er det også relevant at beskrive den eksterne reliabilitet. Her vurderes muligheden for en gentagelse af studiet og er dermed også med til at beskrive pålideligheden af undersøgelsen (Yin, 2003, s. 37). Her er det vigtigt, at der er fokus på gennemsigtighed. I den forbindelse er det nødvendigt at lave en indgående beskrivelse af, hvordan undersøgelsens resultater er fundet. Der er eksempelvis i forbindelse med teorierne en operationalisering af disse, som viser hvordan teorigrundlaget anvendes. Ydermere er det gennem projektet beskrevet hvilke valg, der er blevet taget dels ift. teori men også analysestrategi og design samt metoden.

Den eksterne validitet handler om generaliserbarheden af undersøgelsens fund (Bryman, 2016, s. 42). I specialet tages der udgangspunkt i analytisk generaliserbarhed. Målet med den analytiske generaliserbarhed er, at specialets resultater kan være vejledende i andre lignende situationer. Ligeledes spiller det teoretiske også en rolle ift. rimeligheden af en generalisering. Her gør det sig gældende, at et teoretisk grundlag kan være med til at bekræfte rigtigheden af de empiriske fund, ved at se på ligheder og forskelle ift. teorien og i den forbindelse vurdere, hvordan fundene kan passe ind

i andre lignende situationer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 334). Som beskrevet gennem projektet er der mange forskellige eksempler på tværsektorielle samarbejder med det formål at skabe mere sammenhængende patientforløb ift. udskrivelsen af ældre medicinske patienter. Ydermere må det påpeges, at alle regioner og kommuner står i situationer, hvor der er behov for en form for koordination i forbindelse med udskrivelse af borgere. I den forbindelse må det antages, at der er mange andre lignende situationer rundt om i landet, hvor resultaterne i nogen grad kan have en forklaringskraft. Det må dog påpeges, at konteksten kan variere fra region til region og fra kommune til kommune, hvilket kan få en betydning for generaliserbarheden. Dette ligger desuden indenfor de ontologiske antagelser gruppen har om feltet, som er, at genstanden er kontekstafhængig og derfor kan variere alt efter konteksten. Dette beskrives i Afsnit 3.3 *Videnskabsteoretiske overvejelser*.

3.2 Metodiske overvejelser og valg

I det følgende præsenteres undersøgelsens metodiske overvejelser og valg. Først begrundes der for valget af det kvalitative interview som metode for empiriindsamlingen. Dernæst præsenteres respondenterne.

3.2.1 Kvalitativt interview som metode

For at belyse undersøgelsens problemformulering vil der blive benyttet kvalitative interviews som grundlag for empiriindsamlingen. Denne indsamlingsmetode er velegnet til at undersøge specialets case, da det kvalitative interview gør det muligt at indfange kompleksiteten af det tværsektorielle samarbejde med forskellige organisationer og aktører.

Specialets empiriske grundlag baseres på en række individuelle interviews med parter i den tværsektorielle forløbskoordinering. Ifølge Harrits, Pedersen & Halkier (2017) er det individuelle interview særligt velegnet til at få indsigt i konkrete oplysninger fra centrale aktører i f.eks. en organisation. Interviewet giver os herved mulighed for at opnå særlig indsigt i den tværsektorielle forløbskoordinering, hvor respondenterne vil kunne udtrykke deres meninger, holdninger og oplevelser med indsatserne for den ældre medicinske patient.

Til gennemførslen af interviewene vil der blive benyttet en semistruktureret interviewguide, der bygger oven på en række temaer og spørgsmål. Disse temaer vil i denne undersøgelse blive udarbejdet på baggrund af en teoretisk værktøjskasse, der vil blive præsenteret i det teoretiske afsnit. Den semistrukturerede interviewguide vil sikre, at de udvalgte temaer bliver belyst, men at der samtidig er mulighed for at forholde sig åbent til uforudsete temaer og vigtige nuancer, som kan opstå i løbet af interviewsituationen. Derudover er der mulighed for uddybende svar på spørgsmål, hvilket medvirker til at sikre forståelsen af interviewpersonernes svar. Denne forståelse af respondentens

svar kan være vigtig for at indfange kompleksiteten af den tværsektorielle forløbskoordinering. (Harrits, Pedersen & Halkier, 2017, s. 149-150)

Ved brugen af det kvalitative interview er det ifølge Harrits, Pedersen og Halkier vigtigt, at der ligger et grundigt forarbejde inden interviewet (Harrits, Pedersen & Halkier, 2017, s. 152). Der er derfor foretaget en omfattende research af tilgængelige dokumenter for de tre indsatser, herunder evalueringer, hjemmesider og forudgående indsatser i det tværsektorielle samarbejde for den ældre medicinske patient. Herudover er der som nævnt i Afsnit 3.1.3 *Forundersøgelser af indsatser for udskrivelser af den ældre medicinske patient* foretaget tre forundersøgelser af de tre indsatser, der har haft til formål at afdække bl.a. indsatsernes drift i 2022. Derved har forundersøgelserne haft indflydelse på udvælgelsen af teori samt interviewspørgsmål til respondenterne i det tværsektorielle samarbejde. Interviewene skal således bruges til at kortlægge selve det tværsektorielle samarbejde mellem aktørerne samt de intraorganisatoriske forhold med det formål at besvare problemformuleringen.

I forbindelse med interviewmetoden kan den interne reliabilitet ligeledes diskuteres. Den interne reliabilitet siger noget om undersøgelsens pålidelighed og handler grundlæggende om, hvorvidt der er konsistens i undersøgelsen (Bryman, 2016, s. 383). Der er flere måder hvorpå den interne reliabilitet kan sikres i en undersøgelse. En af disse måder er at sikre en vis konsistens gennem empiriindsamlingen. Måden dette vil blive gjort på i specialet er, at der vil være en gennemgående interviewer i alle interviewene. Dette betyder, at alle interviewene indsamles på samme måde med det formål at mindske variationer, der kan skævvride empirien. Ligeledes er der også i selve analysestrategien fokus på konsistens. Undersøgelsens pålidelighed kan ligeledes skades, hvis der ikke er tilstrækkelig konsistens gennem kodningen af empirien. Gruppen imødegår denne problematik ved, at alle gruppemedlemmerne deltager i kodningen, således at der er enighed om, hvilke koder der benyttes til hvilke elementer, hvilket betyder, at variationen ift. kodningen mindskes.

Endelig kan den interne reliabilitet også blive påvirket af det faktum, at empirien i denne undersøgelse er indsamlet ved hjælp af online og telefoniske interviews. Dette giver både nogle problematikker ift. kommunikationen, da forbindelsen kan være lidt ustabil, og der vil opstå korte pauser imellem at respondent og interviewer taler. Ligeledes kan det give udfordringer ift. at aflæse kropssprog og på den måde sikre at respondenterne forstår spørgsmålene korrekt og at deres svar bliver tolket korrekt. Disse problematikker kan yderligere være relevante i forbindelse med de telefoniske interviews. Dette er dog problematikker, som der internt i gruppen har været fokus på i forbindelse med indsamlingen af empiri.

I forbindelse med konstruktionen af interviewguiden har gruppen også gjort sig overvejelser om, hvordan empiriindsamlingen kan bidrage til at besvare problemformuleringen. Her er det relevant at skelne mellem henholdsvis den teoretiske og operationelle dimension af interviewguiden. Den teoretiske dimension knytter sig til specialets problemformulering samt afdækning af casen, og har til formål at afklare, hvilken viden der ønskes opnået gennem interviewene. Efter at have belyst den teoretiske ramme følger den operationelle dimension, hvor de konkrete interviewspørgsmål udarbejdes. I relation til projektet er det vigtigt at tage hensyn til, at det primært er fagprofessionelle der interviewes. Derved er det vigtigt, at interviewspørgsmålene er formuleret i et klart sprog uden for mange fremmede fagtermer og indforståede vendinger. (Harrits, Pedersen & Halkier, 2012: 153)

I relation til dette speciale er den teoretiske og operationelle dimension repræsenteret i interviewguiden. De to kolonner *Teoretisk operationalisering* og *Undersøgelsesspørgsmål* (Bilag 2) repræsenterer den teoretiske dimension, hvorved det belyses, hvilken viden det tilstræbes at opnå på baggrund af specialets teori. På samme vis repræsenterer kolonnen med *Interviewspørgsmål* specialets operationelle ramme og indeholder selve interviewspørgsmålene, der skal stilles respondenterne. I den forbindelse kan kvalitetskriteriet konstruktionsvaliditet nævnes. Dette begreb handler om, hvorvidt de begreber der anvendes, kan måle på det der ønskes (Yin, 2003, s. 34-35). Måden hvorpå konstruktionsvaliditeten er forsøgt sikret, er først og fremmest gennem valg af teorien. Denne er udvalgt, således at den kan hjælpe til at undersøge og besvare problemformuleringen. Dernæst er det også gjort gennem operationaliseringen af teorigrundlaget. Gennem den teoretiske operationalisering er interviewspørgsmålene dannet, og derigennem er teorien en del af det måleredskab empirien bliver analyseret ud fra.

3.2.2 Valg af respondenter

Der er som nævnt ovenfor gjort brug af interview som metode og der er her blevet foretaget otte interviews, som vil blive brugt som grundlag for undersøgelsens analyse. Følgende afsnit indeholder en beskrivelse af respondenterne samt en begrundelse for valget af disse. Respondenterne er følgende:

Brobygyggersygeplejersker

- Connie Berthelsen, Projektleder for brobygyggersygeplejersker, Region Sjælland
- Anne Didder Jensen, Udskrivningskoordinator, Sjællands Universitetshospital
- Maiken Tvede Bjørsted Busch, Brobygyggersygeplejerske, Faxe Kommune

Udskrivningsmøde via video

- Gunna Estrid Andersen, Konsulent for det tværsektorielle samarbejde på Regionshospitalet Gødstrup/Hospitalsenhed Vest, tovholder på projektet udskrivelsesmøder via video
- Rikke Schou Kjær, Sygeplejerske, Regionshospital Gødstrup/Hospitalsenhed Vest
- Margrethe Siig, Sygeplejefaglig konsulent i Ringkjøbing-Skjern Kommune

Udskrivningsvisitatorer

- Michelle Nielsen, Udskrivningssygeplejerske Sygehus Lillebælt med udskrivelsesansvar til Vejle
- Inga Fog, Forløbskoordinator/visitator, Vejle Kommune

For at få en overordnet forståelse af indsatsen med brobyggerpsygeplejersker, er der talt med Connie Berthelsen. Berthelsen er leder på projektet, og blev ansat ved projektets start. Hun har siden fulgt brobyggerpsygeplejerskerne gennem TLC-programmet, der bl.a. har til formål at undersøge, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne selv ser på deres arbejdsfunktioner, kompetencer osv.

Anne Didder Jensen er udskrivningskoordinator ved Sjællands Universitetshospital og er tidligere delesygeplejerske under Projekt Delesygeplejersker. Jensen har været med til at lave brobyggeruddannelsen, og har derfor også en dybdegående viden om projektet. Hun anvendes i undersøgelsen som repræsentant for regionen til at afdække denne del af indsatsen om brobyggerpsygeplejersker.

Maiken Tvede Bjørsted Busch er uddannet sygeplejerske og ansat i Faxe Kommune som sygehusvisitator. Busch tager sig primært af udskrivelser fra sygehuset til kommunen, og har derfor daglig kontakt med forskellige sygehuse, hvor faxeborgere er indlagt. Hun anvendes i undersøgelsen som en repræsentant for kommunen til at afdække denne del af indsatsen om brobyggerpsygeplejersker.

For at få en overordnet forståelse for indsatsen om udskrivningsmøder via video i Region Midtjylland er der talt med Gunna Estrid Andersen, der er konsulent for det tværsektorielle samarbejde på Regionshospitalet Gødstrup. Andersen er ansat på regionshospitalet og agerer bindeled mellem kommune, almen praksis og hospitalet, hvor de arbejder ud fra Sundhedsaftalen. Hendes opgaver består bl.a. i at sikre at nye samarbejdsaftaler bliver implementeret både i regionen og kommunerne. Andersen var tidligere tovholder på selve projektet om udskrivelsessamtaler, der løb fra 2017-2019, og nu er det hendes opgave at føre projektet videre.

Rikke Schou Kjær er uddannet sygeplejerske og ansat ved medicinsk/geriatrik afdeling på Regionshospitalet Gødstrup. Kjær er tilkøbt de geriatrike patienter og var med fra start ved indførelsen af videomøderne i 2020. Hun bidrager til undersøgelsen som repræsentant for regionen i samarbejdet omkring udskrivningssamtalerne i Region Midtjylland.

Margrethe Siig er uddannet sygeplejerske med en master og sundhedsfaglig diplomuddannelse indenfor kvalitet og ledelse i sundhedsvæsenet. Siig er sygeplejefaglig konsulent i Ringkøbing-Skjern Kommune og desuden projektleder på "I sikre hænder" i Ringkøbing-Skjern Kommune, hvor hun sidder med i styregruppen for implementering af indsatser ifm. satspuljemidler for den ældre medicinske patient. I denne forbindelse har Siig været med til at udvikle indsatser og implementeringsfasen. Hun bidrager til undersøgelsen som repræsentant for kommunen ifm. udskrivningssamtalerne i Region Midtjylland.

Michelle Nielsen er uddannet sygeplejerske og er ansat ved Sygehus Lillebælt som udskrivningssygeplejerske med udskrivelsesansvar til Vejle Kommune. Nielsen har lang erfaring med udskrivelser af den ældre medicinske patient qua sin tidligere ansættelse på geriatrik afdeling hos Aarhus Universitetshospital. Nielsen har desuden arbejdet i hjemmeplejen før hun blev udskrivningssygeplejerske. Hun bidrager til undersøgelsen som repræsentant for regionen ift. indsatsen om udskrivningsvisitatorer med Vejle Kommune.

Inga Fog er ansat i Myndighedsafdelingen i Vejle Kommune som forløbskoordinator/visitator. Fog var projektansvarlig på projektet om udskrivelsesvisitatorer i Vejle Kommune, og kan derfor bidrage til undersøgelsen med sin brede viden om dette. I sit virke som forløbskoordinator i Vejle Kommune vil Fog bidrage til undersøgelsen som repræsentant for kommunen.

3.3 Videnskabsteoretiske overvejelser

For på den bedst mulige måde at beskrive de grundlæggende antagelser, denne specialgruppe har om det undersøgte felt, vil den videnskabsteoretiske retning, der anses som baggrund for gruppens syn på feltet, blive fremlagt i følgende afsnit.

Den videnskabsteoretiske retning, vi har baggrund i, er kritisk realisme. Den ontologiske antagelse bag kritisk realisme er, at verden og samfundet er et yderst komplekst sted bestående af flere niveauer, som påvirker hinanden. Konteksten, hvori den undersøgte genstand befinder sig, kan have stor betydning for genstanden. Ydermere er der indenfor den kritiske realisme en antagelse om, at den undersøgte genstand eksisterer uafhængigt af undersøgeren (Ingemann, 2014, s. 88-89).

Kompleksiteten, som ontologien bag den kritiske realisme beskriver, er også grundlæggende for de antagelser, vi som undersøgere har omkring det felt af tværsektorielle samarbejder, vi beskæftiger os

med. De indsatser vi beskæftiger os med, bevæger sig på tværs af forskellige organisationer, der hver især arbejder indenfor en forskellig kontekst, det værende sig politisk såvel som de arbejdsopgaver de varetager. Ligeledes er der en forventning om, at parterne kan have forskellige interesser. Der er altså en forventning om et yderst komplekst felt. Denne forventning om emnets kompleksitet kan også ses meget direkte ift. valg af teori, hvor flere forskellige teoretiske perspektiver er blevet udvalgt for at kunne analysere de mange aspekter af de tværsektorielle samarbejder. Dette beskrives i nedenstående Afsnit 4. *Teoretisk grundlag*.

Gruppens epistemologiske tilgang til dette projekt vidner ligeledes om den kompleksitet feltet indeholder. I den kritiske realisme er der den antagelse, at induktion og deduktion begge er nødvendige for at få en forståelse for den undersøgte genstand (Ingemann, 2014, s. 89-90). Med andre ord er der en antagelse om, at både rationel tænkning og observationer ift. genstanden er nødvendigt.

Dette afspejler sig blandt andet ift. analysestrategien, hvor både åben og lukket kodning vil blive anvendt. De lukkede koder dannes på baggrund af den operationaliserede teori, og er den deduktive tilgang, hvor rationel tænkning på baggrund af teorifeltet anvendes til at analysere empirien. Samtidig observeres empirien ved hjælp af den åbne kodning, hvor formålet er at undersøge, om andre relevante emner optræder i det indsamlede data. Metodisk bliver der som beskrevet anvendt kvalitative interviews, hvilket også er med til at imødegå de antagelser, der er om en kompleks verden. Interviewene kan være med til at give en dybdegående forståelse for emnerne, dette kan også være med til at imødekomme antagelsen om en kompleks verden, hvor det er nødvendigt at undersøge genstandsfeltet grundigt for at opnå en forståelse.

4. Teoretisk grundlag

I følgende afsnit vil der først blive begrundet for valget af de teorier, som anvendes som baggrund for specialets analyse. Disse teorier vil ligeledes blive kritiseret og diskuteret, og det vil blive beskrevet, hvordan teorierne skal anvendes ift. hinanden. Efterfølgende vil teorierne blive beskrevet, og i denne sammenhæng vil teorierne løbende blive operationaliseret til anvendelse i de forskellige interviewguides.

4.1 Begrundelse for valg af teori

Dette afsnit har til formål at præsentere et overblik over specialets teoretiske ramme. I valget af teori er det ønsket at udarbejde et teoriapparat, der kan benyttes som værktøjskasse til at analysere casen. Som baggrund for denne værktøjskasse er den organisatoriske institutionalisme, som beskrives ved hjælp af Scott (2001) og hans tre institutionelle søjler. I selve værktøjsskassen vil Browns (1983) teori om grænseflader blive benyttet som primær teori ift. at indfange det tværsektorielle samarbejde bedst muligt. Derudover inddrages teori om fagbureaukratier (Mintzberg, 1979) og om professioner

(Abbott, 1988). Teorierne om fagbureaukratier og professioner medtages for at kunne undersøge de tværsektorielle indsatser og parterne heromkring i dybden.

Som beskrevet benyttes den organisatoriske institutionelle teori som rammesættende for det teoretiske grundlag. Den organisatoriske institutionalisme er et stort teoretisk område indenfor samfundsvidenskaberne, og en teoriretning som bygger oven på megen klassisk og neoklassisk teori. Teorien skal i dette speciale give en bredere forståelse for, hvad der foregår både ved grænsefladerne og internt i organisationerne. Det skal den, da der i dette speciale er en grundantagelse om, at meget af det, som er afgørende for den tværsektorielle forløbskoordinerings styrker og svagheder, er grundet i de institutioner, som samarbejdet er omgivet af. Teorien anvendes i dette speciale meget overordnet, og teorien er således valgt, da den giver en bred og overordnet skitsering af den organisatoriske institutionalisme. Teorien vil derfor analytisk blive anvendt som en baggrund for analysen og supplerende ift. nogle af de andre mere konkrete teorier.

Til at analysere den organisatoriske grænseflade benyttes som nævnt David L. Brown (1983) "Managing Conflict at Organizational Interfaces". Teorien er anvendelig, da den kan bidrage med centrale elementer og dynamikker, der optræder i et tværsektorielt samarbejde. Desuden må det påpeges, at de forskellige indsatser, som specialet tager udgangspunkt i, er forskellige former for grænsefladesamarbejder. Derudover er der ligeledes grænseflader i de enkelte organisationer, som forventes at have en indflydelse på indsatsernes styrker og svagheder. I relation til Brown vil Janne Seemann og Jeppe Gustafssons Brændpunkter også blive inddraget som et supplerende analyseredskab, for at konkretisere teorien om grænseflader. De fem brændpunkter er et analyseredskab, der kan ses som praksisnært ift. hvor, hvorfor og hvordan der kan opstå tilbagevendende problematikker i grænsefladen. Teorien om brændpunkterne anvendes desuden for at kunne analysere og konkretisere konflikterne i grænsefladen. Browns teori er altså anvendelig, da den bidrager med centrale elementer og dynamikker, der optræder i et tværsektorielt samarbejde. Der er dog opmærksomhed på, at grænsefladeteorien også har en række svagheder. For det første er grænsefladeteorien udgivet i 1983, hvorfor de organisatoriske kontekster i bogen udspringer fra denne tidsperiode. Ligeledes er grænsefladeteorien præget af markeds- og konkurrencemekanismer, hvilket ikke er gældende for casen i nærværende speciale, da disse mekanismer i mindre grad gør sig gældende på det offentlige sundhedsområde.

Herefter fremlægges en del af Henry Mintzbergs teori om det professionelle bureaukrati. Formålet med dette er at forklare de organisatoriske rammer, som parterne i det tværsektorielle samarbejde arbejder indenfor. Denne teori er blevet valgt for bedre at opnå en forståelse for, hvilket udgangspunkt de enkelte parter har at arbejde ud fra i de forskellige samarbejder, samt hvordan dette

kan udgøre både styrker og svagheder for forløbskoordineringen. I denne forbindelse vil Andrew Abbotts "The system of professions" blive relateret til det professionelle bureaukrati og bidrage til forståelsen af de fagprofessionelles autonomi i sundhedssektoren. De medarbejdere, der optræder i grænsefladerne, er forskellige former for professionelle, hvorfor det må antages, at de har en stor betydning for samarbejdet. Abbotts professionsteori skal derfor være medvirkende til at belyse, hvilke karaktertræk der gør sig gældende for de medarbejdere i grænsefladen, og de medarbejdere der udgør kernen i de organisationer, der indtræder ved de forskellige grænseflader. For både Mintzberg og Abbotts teorier gælder det dog, at de skal forstås ud fra den tid de stammer fra. I nutidens sundhedssektor er der sket en opgaveglidning, hvor sygeplejersker har overtaget visse opgaver fra læger, dermed har jurisdiktionen ændret sig over årene. Samme udvikling er sket ift. fysioterapeuter, ergoterapeuter og SOSU-medarbejdere. Ligeledes kan Mintzbergs teori karakteriseres som idealtypisk, og organisationerne i den offentlige sundhedssektor passer derfor ikke nødvendigvis til fulde ind i denne teoretisering.

Disse teorier skal som beskrevet anvendes som en teoretisk værktøjskasse, og her skal grænsefladeteorien bidrage til beskrive den interorganisatoriske dimension af casen. For til fulde at få en forståelse for, hvad der gør sig gældende interorganisatorisk, er det også nødvendigt at få en forståelse for det intraorganisatoriske. Til dette formål anvendes teorierne om fagbureaukratiet og fagprofessionelle. I forbindelse med disse perspektiver kunne der også have været andre perspektiver der kunne bidrage til denne undersøgelse. Dette kunne eksempelvis være det økonomiske aspekt, hvor der f.eks. kunne være set på, hvad de enkelte indsatser koster for regioner og kommuner. Dette perspektiv er dog fravalgt, da der ønskes at se på indsatsernes styrker og svagheder ift. borgernes forløbskoordinering. Ligeledes kunne der have været et større fokus på de teknologiske løsninger og herunder teorier om implementering og brug af teknologi. Dette er dog fravalgt, da det kun var en af indsatserne, som havde primært fokus på teknologi. Disse aspekter vil dog, hvor de naturligt optræder i empirien, blive undersøgt induktivt, og perspektiverne bliver i stedet en mere implicit del af undersøgelsen.

4.2 Organisatorisk institutionalisme som teoretiske baggrund

Den teoretiske værktøjskasse i dette speciale tager udgangspunkt i den organisatoriske institutionalisme. Denne teoriramme danner således grundlag for både valg og anvendelse af de følgende teorier. Ligeledes kan den også ses som et led i den videnskabsteoretiske baggrund for projektet, da den organisatoriske institutionalisme beskriver en del af den kompleksitet, som det undersøgte felt indeholder. Denne teoriramme vil derfor blive beskrevet og operationaliseret på et overordnet plan ud fra William Richard Scotts teori om de tre institutionelle søjler. I den videre

teoretisering vil der blive draget paralleller til den organisatoriske institutionalisme, men teorien vil ikke indgå som en eksplicit del af operationaliseringen og interviewguiden.

Scott opfatter institutioner som værende holdbare sociale strukturer med mange facetter bestående af symbolske elementer, sociale aktiviteter og materielle ressourcer. Institutioner besidder derudover ifølge Scott følgende egenskaber: de er relativt modstandsdygtige overfor forandring, og de bliver ofte overført, vedligeholdt og reproduceret gennem generationer. (Scott, 2001, s. 48-49)

Scott beskriver institutioner gennem tre søjler. Den første er den regulative søjle. Denne søjle skal forstås som de institutioner, der begrænser og regulerer adfærd, og er ifl. Scott også det, der betegnes som reglerne for spillet. Herunder er de regulatoriske processer, som involverer muligheden for at etablere regler, inspicere andres overensstemmelse med reglerne, og om nødvendigt muligheden for at sanktionere, belønne eller straffe i et forsøgt på at påvirke fremtidig adfærd. Ifølge Scott er det desuden ikke uden omkostninger at håndhæve og overvåge disse regulativer, ligesom det i mange tilfælde heller ikke er sikkert, at regulativerne vil have den ønskede effekt. (Scott, 2001, s. 51-54)

Den anden søjle er den normative søjle af institutioner. Disse institutioner er normative regler, som introducerer en præskriptiv, evaluerende og obligatorisk dimension i det sociale liv. Normative systemer består af værdier og normer. Værdier kan ses som forestillinger om det foretrukne eller ønskværdige sammen med konstruktionen af standarder, hvormed eksisterende strukturer og adfærd kan sammenlignes og vurderes. Normer præciserer, hvordan ting burde blive gjort, og hvad der kan ses som legitime foretrukne mål og måder at forfølge dem på. Det kan også ses som værende regler for, hvordan man skal spille spillet, og hvad der er fair og praksis på område. I denne type af institutioner, er der også stort fokus på det moralske aspekt, da det ofte er bærende for opretholdelsen af disse institutioner. (Scott, 2001, s. 54-56)

Endelig er der den kulturelt kognitive søjle, som har været bærende inden for den sociologiske nyinstitutionalisme. Denne søjle retter fokus på de samlede opfattelser, som danner grundlag for naturen af den sociale virkelighed og den ramme, hvorigennem mening skabes. Her påpeger Scott den kognitive dimension af menneskelig eksistens. Den menneskelige respons kan således fortælle noget om, gennem hvilke briller man ser verden. Symboler, ord, tegn og gestikulationer påvirker os derved, og herigennem skabes den mening vi tillægger objekter og aktiviteter. (Scott, 2001, s. 54-56)

De tre søjler af institutioner giver altså en samlet forståelse for de mange holdbare sociale strukturer, som omgiver organisationer og deres aktører. Det vil således være de sociale strukturer, som omgiver de tværsektorielle samarbejder, som undersøges i analysen. Det er dog vigtigt at pointere, at de tre

søjler af institutioner vil have forskellige overlap, og derfor benyttes de også mere som en samlet forklaringsramme for organisationerne og deres samarbejder ved grænsefladerne.

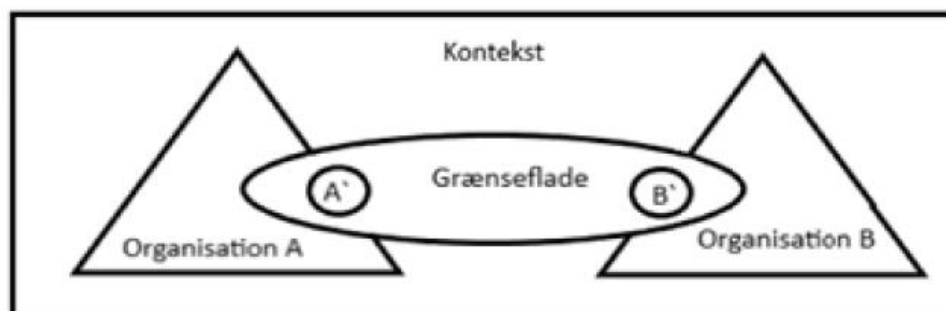
Den regulative søjle skal i analysen forstås som de formelle rammer, der omgiver indsatsernes samarbejde, herunder lovgivningen og de formelle aftaler indgået i forbindelse med indsatserne. Dette kan eksempelvis være lovgivning og bestemmelser omkring varsling af hjemsendelse, dokumentation i forbindelse med udskrivelser, herunder f.eks. epikriser og plejeforløbsplaner. Ligesådan vil de formelle rammer omkring visitationen i kommunerne også høre under den regulative søjle. Den normative søjle af institutioner rummer alle de uformelle regler, som samarbejderne og organisationerne omkring de forskellige indsatser rummer. Dette kan være den gængse praksis på området, de på området gældende diskursive normer og de værdier, normer og på andre måder uskrevede regler som samarbejderne er underlagt. Til sidst kan de kulturelt kognitive institutioner for samarbejdet ses som de briller aktørerne ser på samarbejdet igennem, hvorfor det er relevant at spørge ind til baggrunden for samarbejdet, samt de indlejrede reaktioner og mønstre, som aktørerne bringer ind og med sig i samarbejdet. De kulturelt kognitive institutioner vil typisk være institutioner, som ikke nødvendigvis fremgår eksplicit i empirien, som eksempelvis kulturen i organisationen.

4.3 Tværsektorielle samarbejder

Inden for organisationsteori er der ofte fokus på de interne processer i en organisation, hvilket ligeledes er et fokuspunkt i dette speciale i form af Mintzbergs (1983) teori om professionelle bureaukratier. Dette er der for at forstå, hvilket udgangspunkt regionerne og kommunerne har i arbejdet med de tre indsatser. Det er dog vigtigt at påpege, at en organisation ikke kun skal og kan ses som en afgrænset enhed med lukkede grænser til omverdenen, men at de også interagerer med andre organisationer i form af interorganisatoriske netværk. Det vil ofte gøre sig gældende, at organisationer interagerer med andre organisationer, som har samme værdier og mål, eller med andre organisationer, som kan være behjælpelige, ift. at organisationen når egne mål. De tre indsatser, der er i fokus i denne undersøgelse, er alle kendetegnede ved, at to parter skal samarbejde for at nå et fælles mål. I dette tilfælde er målet en god udskrivelsesproces af ældre medicinske patienter. På baggrund af dette er det derfor vigtigt at få en forståelse for interorganisatoriske samarbejder. Til dette tages der udgangspunkt i Browns (1983) grænsefladeteori. (Kringelum, 2020, s. 148-149)

Brown opstiller fire parametre, som grænseflader kan analyseres ud fra; selve grænsefladen, parterne i grænsefladen, parternes repræsentanter og den kontekst, hvori grænsefladen befinder sig. (Brown, 1983, s. 20)

Browns teori kan opsummeres i nedenstående Figur 1. Her ses en grafisk fremstilling af mødet mellem to organisationer. Organisation A og B mødes her i en grænseflade. Dette gøres ved hjælp af repræsentanterne A og B. Ligeledes er der uden om dette en kontekst.



Figur 1: (Frit oversat) (Brown, 1983, 14).

Brown har med sin grænsefladeteori skabt en række analyseværktøjer, hvor interorganisatoriske netværk kan analyseres ud fra. En grænseflade kan ifølge Brown defineres som: "The meeting grounds where social units come face to face and parties interact" (Brown, 1983, s. 1). Grænsefladen er mødestedet, hvor eksempelvis enheder i samme organisation eller hele organisationer mødes. Møderne kan variere af karakter ved både at være veletablerede med faste rammer, men de kan også være af sporadisk karakter. Det gør sig dog gældende, at der altid sker en interaktion mellem parterne. (Brown, 1983, s. 1)

De grænseflader der fokuseres på i dette speciale, er de tre udvalgte indsats, hvor forskellige regioner og kommuner mødes med det formål at samarbejde ift. udskrivelser af ældre medicinske patienter. I dette speciale gør det sig desuden gældende, at der i alle de tre indsats er tale om relativt organiserede grænseflader, hvor der er formelle rammer og regler, og at møderne parterne imellem ikke er sporadiske men organiserede.

4.3.1 Konflikt og interesser

Som en essentiel del af grænsefladeteorien er konflikt og konflikthåndtering. Konflikt er ifølge Brown inkompatibel adfærd mellem parter med forskellige og modstridende interesser. Begrebet inkompatibel adfærd dækker over, at en part forsøger at frustrere og opponere en anden part gennem beviste handlinger. For parterne i en grænseflade kan der være fælles interesser, hvor det er i alles interesse at løse specifikke problemstillinger. Interesserne kan dog også være modstridende, hvilket kan skabe konflikt. Det vil dog altid gøre sig gældende, at parterne er interdependente i en vis grad, hvorfor der også er visse fælles interesser. Derudover er parternes interesser langt fra altid klare, hverken for parten selv eller for de øvrige parter ved grænsefladen. Ligeledes kan der være en tendens til, at parterne fokuserer på deres kortsigtede interesser, hvorimod de langsigtede interesser glider i

baggrunden. Er der forvirring om parternes interesser kan dette medføre konflikter i grænsefladen. Der kan desuden forefindes en asymmetri i grænseflader, hvor nogle parter har mere magt end andre. Alt dette har naturligvis også en betydning for samarbejdet i en grænseflade. (Brown 1983, s. 4-5 & 214)

Dette betyder, at det er vigtigt at få fastlagt, hvilke interesser parterne i de enkelte indsatser har, da interesserne er et udtryk for parternes præmisser og mål med samarbejdet, hvilket er beskrivende for konfliktniveauet i samarbejdet. For eksempel kan kommunernes og regionernes interesser variere, hvilket kan betyde, at der opstår konflikt, som kan udgøre en hindring for det enkelte samarbejde. Ligeledes må det påpeges, at der er en interdependens parterne imellem, da det er nødvendigt for regionerne og kommunerne at arbejde sammen, for at kunne skabe et godt sammenhængende patientforløb, hvilket som beskrevet er et kommunalt, regionalt og nationalt mål. Ligeledes vil det være nødvendigt at se på, i hvor høj grad henholdsvis regionerne og kommunerne går op i de fælles interesser, de måtte have, og hvor meget de fokuserer på egne interesser. Et for stort fokus på egne interesser, der er modstridende med en anden parts interesser, kan medføre konflikt og blive en hindring for den enkelte indsats, og dermed også få en negativ betydning for ønsket om sammenhængende patientforløb. Spørgsmålet om parternes interesser relaterer sig ligeledes til de normative institutioner, da de antageligvis også vil fungere som institutionelle rammer for samarbejderne.

At der kan være konflikt i et grænsefladesamarbejde, kan ifølge Brown både være positivt og negativt. Konflikt er i litteraturen oftest blevet italesat negativt, men ift. grænsefladeteorien kan der argumenteres for, at konflikt kan være både positivt og negativt afhængigt af, hvilke værdier der observeres ud fra. Det positive ved konflikt i en grænseflade kan være når det medfører klarhed over, hvilke divergerende holdninger, der er i spil, da det bliver klart for parterne, hvilke interesser som driver samarbejdet. Konflikt medfører desuden, at der bliver mobiliseret en del energi ved selve grænsefladen, hvilket bidrager til at drive opgaveudførelsen. Ligeledes betyder en høj grad af konflikt ved grænsefladen, at der bliver lagt energi i at afsøge feltet med det formål at finde alternative løsninger på eventuelle problemstillinger. En høj grad af konflikt kan dog også medføre fjendtlighed og antagonisme parterne imellem, hvor forsøg på at frustrere og opponere kan gøre sig gældende. Ligeledes kan en høj grad af konflikt føre til en begrænset strøm af information, hvilket kan medføre, at dårlige beslutninger tages på et uoplyst grundlag. Et højt konfliktniveau kan desuden betyde, at et fremtidigt samarbejde bliver vanskeliggjort grundet mistro. (Brown 1983, s. 7 & 8)

Udover parternes interesser ift. de tre indsatser vil det også være nødvendigt at se på graden af konflikt parterne imellem, da dette som sagt kan udgøre en hindring for et godt samarbejde. Er der

eksempelvis regionerne og kommunerne imellem et for højt konfliktniveau kan det medføre, at der ikke bliver delt tilstrækkelig information. Ligeledes vil det være nødvendigt at undersøge graden af konflikt, da en vis mængde konflikt kan betyde, at parterne deltager i samarbejdet med baggrund i, at de selv får et positivt resultat ud af det. Denne positive effekt fra konflikt betyder også, at parterne ved, hvor de står, og at de derved i samarbejde kan finde kompromisser. I afsnittet omhandlende brændpunkter, vil der blive fremlagt eksempler på, hvornår der kan opstå konflikt.

4.3.2 Analyse af tværsektorielle samarbejder

En grænseflade kan være organiseret på forskellige måder, hvilket kan være af stor betydning for det arbejde, der sker i grænsefladen. En grænseflade kan være tæt eller løst organiseret afhængigt af, om de ydre grænser er åbne eller lukkede. At en grænseflade er tæt organiseret betyder, at repræsentanternes handlemuligheder kan være begrænsede, samt at der er en mindre grad af fleksibilitet grundet et stramt reglement i grænsefladen, hvor mange regler og procedurer kan være stærkt begrænsende for handlemuligheder parterne i imellem. Ligeledes er udvekslingen af information begrænset, hvilket kan betyde en stilstand, da der ikke bliver noget udgangspunkt at forhandle ud fra. Dog kan en tæt organiseret grænseflade også have den fordel, at der er klare retningslinjer og regler for samarbejdet, som parterne skal følge, hvilket er med til at skabe enighed om målene i grænsefladen. En løst organiseret grænseflade betyder derimod, at der er mulighed for skøn, da der er få regler og procedurer, som binder parterne i deres arbejde. Det kan dog også have den negative konsekvens, at der mangler retningslinjer for samarbejdet, hvilket kan betyde uenighed om arbejdsdeling og arbejdsopgaver. Desuden kan manglende retningslinjer skabe en usikkerhed om mål og betyde en forskel i, hvordan grænsefladen opfattes, hvilket også kan være konfliktskabende. (Brown 1983, s. 20-24 & 35-36)

I de enkelte tværsektorielle samarbejder er det også interessant at undersøge, om repræsentanterne har mulighed for selv at finde individuelle løsninger i de enkelte patientforløb, eller om de er underlagt et stramt reglement, der mindsker muligheden for skøn. Er der mulighed for skøn for de medarbejdere, der koordinerer udskrivelsen, kan det have den betydning, at der vil kunne findes løsninger, der passer bedre til individuelle behov ift. udskrivelser. I den forbindelse vil det være nødvendigt at se på, hvilke regler og retningslinjer der gør sig gældende ift. de tre indsatser. Er der mange regler, er spørgsmålet om det er muligt at udøve et fagligt skøn. Er der få regler og en ureguleret grænseflade, kan det som beskrevet føre til forvirring og uoverensstemmelser. Derfor vil det være interessant at belyse om respondenterne anser de tværsektorielle samarbejder som reguleret. Altså bliver spørgsmålet også om grænsefladen kan siges at være over- eller underorganiseret. Spørgsmålet med graden af organisering kan også knyttes til Scotts pointe vedrørende omkostningerne ved de regulative institutioner. Det er således i høj grad en

grundforudsætning for samarbejder og arbejdet i den offentlige sundhedssektor generelt, at der er omkostninger forbundet med organiseringen. Dette kan eksempelvis være de omkostninger, som er ved arbejdet med sundhedsaftalerne, og de omkostninger som indsatserne medfører.

Parternes repræsentanter spiller en vigtig rolle i en grænseflade, da de har ansvaret for at repræsentere deres part i grænsefladen. Det betyder, at de kan stå i en vanskelig situation, hvor repræsentanterne både skal være lydhøre over for andre repræsentanter, samtidig med at de skal varetage deres organisations interesser. Repræsentanternes rolle internt i den organisation de repræsenterer, kan også have stor betydning for arbejdet i grænsefladen. Er repræsentanterne højt placeret i deres organisation, kan det betyde, at de har mandat til en højere grad af forhandling sammenlignet med repræsentanter, der er menige medarbejdere i deres organisation. Personlighed og personlige kompetencer hos repræsentanterne kan ligeledes være af betydning for grænsefladesamarbejdet. Er repræsentanterne skeptiske eller løsningsorienterede som personer, kan det også få stor betydning. (Brown 1983, s. 33 & 34)

For de tre indsatser er repræsentanterne ved grænsefladen særdeles vigtige. De repræsentanter, der repræsenterer henholdsvis regionerne og kommunerne, indtræder i vigtige roller i de tværsektorielle samarbejder, idet de direkte har til opgave at finde løsninger på konkrete problemstillinger omhandlende udskrivelser af patienter. Derfor må repræsentanterne antageligvis have en meget stor betydning for både styrker og svagheder for de enkelte indsatser. Ligeledes må det antages, at repræsentanterne følger de fastlagte rammer for den enkelte indsats meget nøje, da de ikke har mandat til at afvige fra politiske og ledelsesmæssige beslutninger. I tilfælde af at medarbejderne er nødsagede til at holde sig til de fastlagte rammer, kan det begrænse muligheden for gennem skøn at finde tilfredsstillende løsninger. I den enkelte indsats er det ligeledes nødvendigt at få en fornemmelse af, hvordan de enkelte repræsentanter indtræder i det tværsektorielle samarbejde, eksempelvis om henholdsvis de kommunale og regionale repræsentanter er løsningsorienterede, og kan se problematikkerne fra modpartens side. Er dette ikke tilfældet, kan det udgøre et problem for de enkelte samarbejder.

Repræsentanterne i grænsefladen kan anvende henholdsvis forhandlingstaktikker og problemløsende taktikker. Forhandlingstaktikker kan eksempelvis være selektiv misrepræsentation, tilbageholdelse af information og fastholdelse af positioner, hvilket medfører mindre fleksibilitet i samarbejdet samt direkte trusler. Problemløsende taktikker er bl.a. en relativt fri deling af information, en villighed til at undersøge alternative løsninger på problemstillinger, kompromisser og villighed til at lade sig influere af andre parter. En udbredt brug af forhandlingstaktikker kan medføre en optrapning af konflikter og

vanskeliggøre et produktivt samarbejde. Brugen af de to typer af taktikker kan have afgørende betydning for udfaldet af et grænsefladesamarbejde. (Brown 1983, s. 33 & 34)

Om et samarbejde i en grænseflade lykkes, afhænger som beskrevet også af hvilke taktikker repræsentanterne benytter. I den forbindelse kan blikket vendes mod Høgsgaards (2016a) fund om, at medarbejderne på henholdsvis hospitalerne og i kommunerne kæmpede om retten til at afvise patienterne, hvilket viser betydningen af repræsentanternes forhandling, jf. Afsnit 2.3.2 *National forskning*. Derfor vil det i analysen være nødvendigt at undersøge, om de regionale og kommunale repræsentanter anvender problemløsende taktikker eller forhandlingstaktikker. Anvendes der eksempelvis en overdreven brug af forhandlingstaktikker kan det betyde, at samarbejdet skades, og at der ikke findes tilfredsstillende løsninger for de enkelte borgere. Er der eksempelvis parterne imellem en forståelse for, at hospitalerne skal have frigjort sengepladser, eller at kommunen skal have rettidig varsling inden en udskrivelse, kan dette være medvirkende til at fordre et konstruktivt samarbejde. Således kan en fri udveksling af information være positivt for de enkelte samarbejder, og det modsatte kan være skadeligt.

Selve konteksten, som et grænsefladesamarbejde befinder sig i, har også stor betydning for samarbejdet. Her kan andre organisationer, den pågældende sektor og samfundet som helhed være med til at påvirke samarbejdet. Nationale regler og lovgivning kan eksempelvis være begrænsende i et samarbejde. Desuden kan økonomiske og politiske strømme påvirke samarbejdet. Konteksten er derfor nødvendig at medtage for at få en forståelse for et grænsefladesamarbejde. (Brown 1983, s. 34-35)

I analysen af empirien vil der også være fokus på at belyse den større kontekst, som de enkelte indsatser befinder sig i. Dette kunne eksempelvis være lovgivning, som regionerne og kommunerne kan være begrænset af, og som derfor også har betydning for de enkelte indsatsers styrker og svagheder. Det er desuden gennem specialets indskrivning og forundersøgelser af de tre indsatser forsøgt at belyse feltet omkring de tværsektorielle samarbejder. Denne kontekstuelle viden ligger til grund for gruppens arbejde med de tre indsatser. At der er fokus på konteksten, ligger sig også til den ontologiske antagelse gruppen har ift. det videnskabsteoretiske perspektiv, hvor der som beskrevet er fokus på, at konteksten har en stor betydning for fænomenet. Ligeledes kan dette fokus på konteksten også relateres til den regulative søjle, da denne også har at gøre med de omgivende formelle regler, som ligger til grund for indsatserne. Derudover vil de ledelsesmæssige rammer, som lægges ned over indsatserne også kunne ses som regulative institutioner, da disse rammer vil skulle overholdes og dermed også vil have konsekvenser i samarbejdet.

4.4 Brændpunkter i samarbejder

Seemann og Antoft (2002) anvender begrebet 'brændpunkter', der kan sættes i relation til Brown. Brændpunktsteorien er udviklet af Gustafsson og Seemann (1988) på baggrund af Alvin W. Gouldners (1965) teori omhandlende smågruppekonflikter.

Brændpunkter i organisatoriske grænseflader er kritiske samarbejdsrelationer, hvori der opstår tilbagevendende problematikker, selvom de ofte er forsøgt løst. Problemerne i brændpunkterne kan, jf. Browns grænsefladeteori, komme til udtryk ved, at der enten er for meget eller for lidt konflikt mellem parterne. Seemann og Antoft opstiller fem situationer, hvor brændpunkter ofte kan opstå:

1. Uenighed om, hvem der skal gøre hvad (domænekonflikter, der typisk refererer til uklar arbejdsdeling)
2. Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper (teknologikonflikter, der typisk skyldes forskelle i professions- og sektorlogikker)
3. Uenighed om mål og vurderingskriterier (parter gensidige beklagelser over hinandens resultater/output)
4. Forskelle i de involverede parter interne strukturer, kulturer og processer (gør det vanskeligt for samarbejdsparter "at nå hinanden" - også selvom der ikke er tale behandlingsideologiske modsætninger)
5. Forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform/rerelationsudformning (f.eks. skriftlige samarbejdsaftaler, herunder aftaler om mødehyppighed; stram eller ad hoc udformet tværgående mødestrukturer). (Seemann & Antoft, 2002, s. 26)

Hertil er det ifølge Gustafsson og Seemann (1988) vigtigt at beskrive konsekvenserne for den samlede opgaveløsning i systemet. Dette gøres ved at forklare baggrunden for brændpunkterne. Eksempelvis hvorfor parterne handler som de gør ift. de andre parter og ved at stille forslag om, hvordan problemerne i brændpunkterne kan håndteres, så de stærke sider i systemet bliver fremhævet. (Gustafsson & Seemann, 1988: 168-169)

I analysen vil disse eksempler på udfordringer i et grænsefladesamarbejde blive anvendt til at beskrive elementer i de tre tværsektorielle indsatser, hvor konflikt opstår, og kan udgøre en udfordring for samarbejdet. Er der uenighed om arbejdsmetoderne eller en uklar arbejdsdeling, kan dette også føre til konflikt og have en negativ betydning for samarbejdet.

Brændpunkterne anvendes i denne undersøgelse som et supplement, der bruges til operationelt at konkretisere Browns teori om grænseflader.

4.5 Professionelle organisationer

For at få en forståelse for de organisationer, der udgør parterne i grænsefladen, er det relevant at undersøge selve organisationerne. En måde at gøre dette på er at klarlægge organisationernes strukturer og redegøre for de medarbejdere, der arbejder i organisationerne og i grænsefladerne.

For at få en forståelse for organisationernes strukturer kan Henry Mintzbergs (1979) tanker om forskellige organisationsformer anvendes. Organisationerne i de forskellige grænseflader kan opfattes som professionelle bureaukratier. Mintzberg beskriver, at det professionelle bureaukrati løser komplekse opgaver, hvorfor der er en standardisering af færdigheder hos medarbejderne, som er højt specialiserede. Den høje specialisering betyder, at medarbejderne som er professionelle, har en høj grad af autonomi over deres arbejde. Professionelle bureaukratier er dybt afhængige og styret af de professionelle i den udførende del af organisationen, da det arbejde, der skal leveres, er så specialiseret, at det kræver en professionel viden at udføre det. (Mintzberg, 1979, s. 348-349 & 355)

Organisationerne ved de forskellige grænseflader er altså præget af, at der løses nogle meget komplekse opgaver af professionelle medarbejdere med en specialiseret viden. Disse medarbejdere er som beskrevet selvstændige i deres arbejde og nyder stor autonomi. I og med at denne type medarbejdere udgør så vigtig en del af organisationsformen, er det også vigtigt at forstå disse professionelle. Til at forstå disse professionelle kan Andrew Abbotts teori om professioner anvendes. Abbotts bidrag ift. professionsteori anvender en magttilgang. Her gør det sig gældende, at en profession har et ønske om at skabe monopol på deres område og dermed også at fastslå egen autoritet på et givent område. Magttilgangen ift. professioner har her til formål at imødegå antagelsen om, at en profession forsøger at fremhæve egne interesser og autoritet, hvilket også har til formål at styrke professionens magt og status.

Abbott beskriver, hvad der kendetegner professioner, og hvordan disse agerer. Kernen i at forstå professioner er begrebet jurisdiktion. Ifølge Abbott er målet for alle professioner at opnå fuldstændig jurisdiktion over deres fagfelt. Idealtypen af jurisdiktion betyder, at en bestemt profession er de eneste, der må løfte specifikke arbejdsopgaver. Alle professioner vil søge en fuldstændig jurisdiktion over deres felt, hvilket betyder en juridisk funderet ret til at varetage specifikke arbejdsopgaver. Jurisdiktion er dog ikke kun juridisk funderet, men bygger også på den høje specialisering, der er indenfor nogle professioner. Professionens medlemmer opnår denne specialisering gennem uddannelse, hvorfor de vidensmæssigt er de eneste, der kan løfte fagspecifikke arbejdsopgaver. Gennem uddannelse opnås også et uformelt rammesæt indenfor en profession, hvor professionens medlemmer socialiseres ind i uformelle normer og etiske retningslinjer. At have jurisdiktion på et bestemt fagområde medfører desuden en stor grad af autonomi. Ligeledes vil en profession forsøge

at styrke sin jurisdiktion, og der foregår en jurisdiktionskamp professioner imellem. (Abbott, 1988, s. 70 – 73 & 80)

I analysen vil det på baggrund af Mintzbergs begreb om det professionelle bureaukrati være relevant at se på, hvordan det kommer til udtryk, at kommunerne og regionerne er præget af, at det er professionelle medarbejdere, som udgør kernen i organisationen. Hertil vil det blive undersøgt, om det, at de enkelte medarbejdere føler og har en faglig jurisdiktion, også har en betydning for det tværsektorielle samarbejde. Medarbejderne i professionelle bureaukratier er, som beskrevet, meget styrende for arbejdet i organisationen grundet deres jurisdiktion over det faglige arbejde. Dette betyder, at det sundhedsfaglige arbejde med nogen sandsynlighed vil være et vigtigt fokuspunkt for de fagprofessionelle, der optræder i de enkelte indsatser. Det er i den forbindelse vigtigt at belyse om fagfokuset bliver overskyggende, eller om der stadig kan være interesse i at samarbejde mellem forskellige organisationer, selvom denne opgave ikke falder indenfor medarbejdernes jurisdiktion. Dog er det også et spørgsmål om, hvorvidt udskrivelser i sig selv anses som værende indenfor medarbejdernes jurisdiktion. Altså er dette et spørgsmål om, hvorvidt opgaven ses som kernefaglig opgave, eller om opgaven vil kunne gives til en anden faggruppe. Derudover kan aktørernes faglighed, samt den kultur som medfølger heromkring, også siges at have baggrund i den normative og den kulturelt kognitive søjle, da medarbejdernes faglighed i høj grad er blevet socialiseret til at have og følge bestemte normer og diskurser og til at opfatte verden igennem deres faglige kultur.

Ligeledes er det et vigtigt fokuspunkt, at der i både kommunens og regionens tilfælde er tale om organisationer, hvor medarbejderne er meget autonome i deres arbejde og derfor kan være svære at styre. Dermed ikke sagt, at de ikke er underlagt regler og målsætninger, som har betydning for deres arbejde. Det må i denne sammenhæng antages, at der på hospitalerne er en større specialisering blandt medarbejderne end i kommunerne. Dette kan givetvis også betyde, at medarbejderne på hospitalerne har et større skøn end i kommunerne, hvor de vil være underlagt flere regler og målsætninger. Hertil er spørgsmålet, om de administrativt og politiske fastlagte rammer, som de forskellige indsatser er underlagt, kan udgøre en udfordring i og med, at de professionelle medarbejdere underlægges nogle administrative krav, som falder udenfor deres kerneopgaver.

I forhold til jurisdiktionsbegrebet er det også interessant, om der er en skævvridning, ift. at der på hospitalerne er læger og sygeplejersker som de primære faggrupper, hvorimod der i kommunerne kun er sygeplejersker og SOSU'er som det klareste eksempel på en profession med fuld jurisdiktion. Dette kunne medføre, at medarbejderne på hospitalerne kan være mere dominerende i samarbejdet sammenlignet med medarbejderne i kommunerne. Scotts normative søjle kan ligeledes knyttes til jurisdiktionsbegrebet, da de sundhedsfagliges faglighed vil rumme forskellige typer af formelle og

uformelle regler. I forhold til grænsefladeteorien blev det også påpeget, at der kan være en magtasymmetri mellem parterne. At der er forskellige professioner med en varierende grad af jurisdiktion og viden, i henholdsvis kommunerne og regionerne, kan derudover muligvis betyde en skævvridning ift. magt parterne imellem.

De organisationer der optræder ved de forskellige grænseflader, er altså professionelle bureaukratier, hvor kendetegnet er, at de løser komplekse opgaver der kræver specialiserede medarbejdere. Disse medarbejdere udgør kernen i organisationerne og er i høj grad selvstændige i deres arbejde. De udgør derfor et vigtigt kendetegn for denne type af organisationer.

5. Analyse

Følgende afsnit indeholder en præsentation af undersøgelsens analysestrategi, der således danner baggrund for analysen. Afsnittet vil udlægge, hvordan det teoretiske grundlag, jf. Afsnit 4. *Teoretisk grundlag*, vil bidrage til en besvarelse af problemformuleringen, give et overblik over selve analysestrategien og præsentere analysens hovedkonklusioner. Dernæst udlægges selve analysen på baggrund af det teoretiske grundlag og de semistrukturerede interviews i empiriindsamlingen. Endeligt afsluttes analysen med en konklusion med formålet at kunne besvare specialets problemformulering.

5.1 Analysestrategi

I følgende afsnit vil det blive forklaret, hvordan de forskellige dele af teorierne igennem analysen skal bidrage til at besvare undersøgelsens problemformulering ift. hvilke styrker og svagheder, der er ved forskellige former for tværsektoriel forløbskoordinering i forbindelse med udskrivelser af den ældre medicinske patient. Ligeledes vil analysens struktur og hovedkonklusioner blive gennemgået.

Som bekendt er der i Afsnit 4 *Teoretisk grundlag* blevet udformet en teoretisk værktøjskasse, som har til formål at belyse, hvilke styrker og svagheder der kan være ved forskellige måder at håndtere udskrivelser af ældre medicinske patienter på. Som baggrund for teorien bag denne analyse er nyinstitutionalismen i form af den regulative, normative og kulturelt kognitive søjle. Formålet med disse er at belyse formelle så vel som uformelle regler og normer internt i organisationerne, som kan udgøre udfordringer for et samarbejde om udskrivelser såvel som fordrende elementer. Denne nyinstitutionalistiske teori er ligeledes baggrunden for de øvrige teorier i værktøjsskassen hvor formelle og uformelle regler, normer og værdier også er grundlæggende elementer. For at forstå hvilke styrker og svagheder der kan være i de enkelte indsatser, er det derudover nødvendigt at have grundlæggende og bred forståelse for de enkelte indsatser som helhed og dermed også de samarbejder samt parter og organisationer, som udfører indsatserne. Til dette benyttes først Browns

grænsefladeteori. Denne skal give en forståelse for, hvordan indsætterne fungerer, og dermed hvilke styrker og svagheder der kan være ved dem.

For videre at forstå samarbejdet er det også nødvendigt at få en forståelse for, hvilke parter det er i de forskellige samarbejder. Til at forstå dette er værktøjet Mintzbergs organisationsteori og Abbotts professionsteori blevet anvendt. Disse teorier beskriver ligeledes de regler og normer, der er gældende i organisationerne og for medarbejdere i de tre indsætter. For at skabe et helhedsbillede af de tre indsætter, er det nødvendigt, at alle de teoretiske elementer i værktøjsskassen bliver inddraget for på den måde at skabe en samlet forståelse for de tværsektorielle forløbskoordineringsindsætter for den ældre medicinske patient. På baggrund af dette vil casen således først blive analyseret på baggrund af Browns grænsefladeteori. Dernæst vil der blive analyseret ud fra Mintzbergs organisationsteori og Abbotts professionsteori. Undervejs vil de åbne koder, som er fundet i kodningsprocessen blive analyseret. Endelig vil der blive samlet op på de enkelte indsætter, og deres samlede styrker og svagheder. På baggrund af teorierne er der blevet lavet en række koder, som har til formål at indfange forskellige teoretiske emner i empirien. Desuden er der også oprettet en række åbne koder, som indeholder en række relevante emner, der ikke indfanges af teorien, se Bilag 11.

Hovedkonklusionerne i analysen er bl.a., at indsætten om brobyggerpsygeplejerskerne og indsætten om udskrivelsesmøderne via video er fordrende for dialog mellem parterne, hvilket de efterspørger i indsætten omkring udskrivningsvisitatorer. Med andre ord er det en styrke for både indsætten om brobyggere og indsætten med videomøder, at de lægger op til problemløsende taktikker, der kan dæmpe konflikt. En anden hovedkonklusion i analysen omhandler selve organiseringsgraden af indsætterne, og hvordan repræsentanterne har relativt frie handlemuligheder på trods af formelle rammer og aftaler for den pågældende indsæt. Dermed peger analysen på en styrke i, at de formelle aftaler angiver rammer for indsætterne, men samtidig har repræsentanterne mulighed for at skønne i den enkelte situation, hvis det viser sig at være bedst for patienten. Dette hjælpes desuden på vej af specialiserede medarbejdere, der har en stor viden om området. En tredje hovedkonklusion er ift. at indsætten omkring udskrivningsmøder via video direkte involverer patienter og pårørende i indsætten, hvilket har stor betydning for både trygheden for patienten og den generelle koordination mellem parterne. I denne forbindelse peger analysen på, at det er en svaghed ved de øvrige indsætter, at patient og pårørende ikke er en integreret del af udskrivelsen.

5.2 Interesser og konfliktniveau i samarbejderne

I følgende afsnit vil der blive set nærmere på selve samarbejdet og mødet mellem de forskellige parter, hvor der vil tages udgangspunkt i Browns grænsefladeteori. For at kunne forstå, hvordan repræsentanterne arbejder sammen, er det væsentligt at afdække repræsentanternes interesser og

mål ift. samarbejderne. Desuden beskriver Brown, at en uoverensstemmelse mellem parternes interesser og målet med samarbejderne kan medføre et u hensigtsmæssigt konfliktniveau i grænsefladen og dermed hindre samarbejdets succes. Derfor vil følgende afsnit undersøge parternes interesser og sætte dem i relation til konfliktniveau.

5.2.1 Interesser parterne imellem

For at forstå hvilke styrker og svagheder der er ved de enkelte indsatser, er det vigtigt at forstå den præmis indsatserne har sit udgangspunkt i. En måde at gøre dette på er ved at forstå, hvilke interesser der er i spil, hvilket også kan føre til en forståelse for konflikter og dermed potentielle styrker og svagheder. Det vil ydermere blive klart, at der er flere gennemgående mål og interesser på tværs af indsatserne.

5.2.1.1 Brobyggersygeplejersker

I Region Sjællands indsats omkring brobyggersygeplejersker tegner der sig et klart billede af, hvordan parterne ser på egne og andres interesser. Det helt store tema er økonomi og tilgængelige ressourcer. Derudover er det en generel tilkendegivelse, at det ønskes at skabe en god overgang fra hospital til kommune og gøre det bedste for de ældre borgere. Jensen fra Sjællands universitetshospital siger i den forbindelse: *“Roskilde Universitetshospital har jo dette her slogan; patienten er alt, patienten er i centrum. [...] Men et eller andet sted, er det jo korrekt, fordi det er jo dem, der er omdrejningspunktet”* (Bilag 4). Der er tydeligvis en anerkendelse af, at indsatsen skal være med til at hjælpe til en god udskrivelse, denne generelle holdning er naturligvis fordrende for samarbejdets succes. Der hvor interesserne kan siges at være forskellige i indsatsen er ift. økonomi og fagligt fokus. Disse punkter lader til at føre til visse gnidninger i samarbejdet. Berthelsen forklarer, at kommunerne er under nogle stramme økonomiske rammer, hvilket kan betyde, at der ikke altid er enighed om løsningen, når det kommer til udskrivelsen. Berthelsen forklarer ift. sygehusets anbefalinger om eksempelvis aflastningspladser og kommunernes overvejelser om dette: *“Så siger kommunerne, er der belæg for de ting de skal have, for en ting er at det kunne være fedt, men er der belæg og kan jeg få min chef og økonomien til at sige god for det her.”* (Bilag 3). Respondenterne indenfor brobyggerindsatsen giver alle, inklusiv Busch fra Faxe kommune, udtryk for, at en presset økonomi er et stort fokuspunkt for kommunerne, og er et element der er stor interesse i.

Den umiddelbare forskel ift. fokus på økonomi hos kommunerne og hospitalerne kan forklares ved, at det er gratis for brobyggersygeplejerskerne på hospitalerne at lave sundhedsfaglige anbefalinger i forbindelse med en udskrivelse, hvorimod det koster kommunerne at imødekomme disse anbefalinger. Berthelsen forklarer ydermere: *“I en kommune, der ligger ca. 10% af budgettet på det sundhedsfaglige. Det er jo ingenting, hvor på hospitalerne ligger der 100%.”* (Bilag 3). Altså er der hos Berthelsen en anerkendelse af, at der også er et forskelligt udgangspunkt hos kommunerne

sammenlignet med hospitalerne. Dette gør sig ikke kun gældende ift. økonomien. Det forklares også, at der er et andet sundhedsfagligt fokus på hospitalerne sammenlignet med kommunerne, ift. denne problematik kan der henvises til Afsnit 5.8.1 *Forskel i specialiseringsniveau*, der omhandler de forskellige fagligheder der er i kommunerne og på hospitalerne. Ses dette ift. grænsefladeteorien, er en pointe her, at der kan være en magtasymmetri mellem parterne i et grænsefladesamarbejde, hvilket kan være med til at præge den forhandling der sker, hvor en part kan være dominerende. I dette tilfælde lader det efter Bertelsens mening til at gøre sig gældende, at hospitalerne sidder på en større del af den viden, der er på området, hvilket også har en betydning for den forhandling, der sker ift. den enkelte patient.

Busch forklarer dog, at hospitalerne også har nogle ressourcemæssige interesser ift. udskrivelser. Her taler hun bl.a. om overbelægning som et problem, der efter hendes mening kan have en stor effekt ift. kvaliteten af en udskrivelse. Hun siger: *“så er det jo det der når der er overbelægning på sygehusene, og vi ikke altid kan stå fem min efter med en plejeseng og et hjem, hvor vi siger nogle gange, må vi altså have en eller to dage ekstra”* (Bilag 5). Busch beskriver, at hospitalerne også kan blive pressede på deres ressourcer. Hvis hospitalerne er pressede på sengepladser kan det have den betydning, at patienter udskrives hurtigt uden planlægning af, hvordan denne proces skal foregå, hvilket betyder at kommunerne står uforberedte. Det er problematisk for kommunerne, hvis de ikke kan modtage en udskrevet patient, da det i så fald er kommunen, der skal betale for den forlængede indlæggelse, hvilket beskrives af Busch og Jensen som ganske dyrt.

I samarbejdet omkring brobyggerpsygeplejesker optræder der forskellige interesser parterne imellem. For både kommuner og hospitaler er der tale om et ressourcemæssigt spørgsmål, hvor kommunerne har et stort fokus på deres økonomi og hospitalerne på deres belægning. Ligeledes beskriver Berthelsen, at der på hospitalerne er et andet fokus på specialiseret sundhedsfaglighed, og at der efter hendes mening ikke er samme fokus i kommunerne, da det er en mindre del af deres arbejde. Brown pointerer vigtigheden af, at der er en grundlæggende enighed blandt grænsefladesamarbejdets parter om, hvilke formål samarbejdet har. Her lader det til, at der er en fælles interesse i at skabe et godt udskrivelsesforløb for borgerne, hvilket er fordrende for indsatsens succes, da parterne er enige om målet. Dette bliver dog presset af ressourcemæssige interesser. Til trods for at der er et fælles ønske om at skabe det bedste udskrivelsesforløb for borgeren, skal kommunens medarbejdere tage hensyn til økonomien, mens hospitalerne skal tage hensyn til belægningen. Dette perspektiv kan også relateres til et af brændpunkterne, da de forskellige hensyn til de interne strukturer gør det vanskeligere at nå det overordnede mål om at skabe den bedste udskrivelse for borgeren.

5.2.1.2 Udskrivningsmøde via video

I forhold til interesserne i indsatsen med virtuelle udskrivelsessamtaler er der mange af de samme ting der gør sig glædende som for indsatsen med brobyggere. Siig fra Ringkøbing-Skjern Kommune beskriver, hvad de øvrige respondenter i indsatsen også giver udtryk for. Hun siger:

“Vi siger jo, at vi har fælles interesser omkring patienten ikke også. Jeg ved ikke om man kan sige, at vi også har særskilte interesser, begge sektorer er jo fanget af en presset hverdag som gør, at man er nødt til at træffe nogle beslutninger en gang imellem, og det har betydning for andre.” (Bilag 8)

Først og fremmest er det klart, at der hos respondenterne er en fælles interesse i at skabe en god udskrivelse for patienterne, hvilket betyder at der er enighed om det overordnede mål. Dog bliver det også her klart, at der er andre interesser, der skal tages højde for ligesom ift. indsatsen med brobyggerpsygeplejesker.

Andersen der er konsulent for det tværsektorielle samarbejde på Regionshospitalet Gødstrup samt tovholder på projektet om udskrivelsesmøder via video siger:

“Det der presser os lige nu i sundhedsvæsenet, det er, at vi mange gange er overbelagte i hospitalsregi, og derfor har vi brug for at få prøvet at få skabt et flow. Samtidig skal vi også respektere, at de har brug for at forberede sig ift. at håndtere de her borgere derhjemme. Det kan godt være et clash, det her flow, som man gerne vil have. Vi taler om fælles forberedelsestid her, der skal jo være lov til at være klar til at tage imod borgeren.”
(Bilag 6)

Her italesætter Andersen også nogle af de problemer, der bliver præsenteret i brobyggerindsatsen. Dels er der et ressourcemæssigt spørgsmål, som udgør en interesse for både kommunen og hospitalet. Dels kan hospitalet være presset på belægningen, hvorfor hospitalet presser på for at få en hurtig udskrivelse. Dette kan være forringende ift. at planlægge en god udskrivelse, da kommunen ikke får den tilstrækkelige forberedelsestid. Presset på sundhedssektoren, kan derfor udgøre en udfordring for de virtuelle udskrivelsessamtaler i og med, at den nødvendige tid til at arrangere disse, ikke nødvendigvis er til rådighed.

Kjær påpeger ligesom i brobyggerindsatsen, at succesen også afhænger af de ressourcer, der er til rådighed for både hospitalet og kommunerne. Dette lægger sig som beskrevet tæt op af de problematikker, der blev beskrevet i brobyggerindsatsen. Teoretisk beskriver Brown at, hvis en part presses på egne interesser, kan det have den betydning, at mulighederne for at forhandle i en konkret

situation også begrænses. Dette kan fokuset på overbelægning og forberedelsestid ses som et eksempel på.

5.2.1.3 Udskrivningsvisitatorer

De interesser, der præsenteres ift. indsatsen med udskrivningsvisitatorer, er meget ens sammenlignet med de foregående indsatser. Fog der er forløbskoordinator i Vejle Kommune siger:

“Men grundlæggende er vi der alle sammen for at få lavet den gode udskrivelse og for også at forebygge nye udskrivelser for at give den rigtige hjælp fra dag et og fra borgeren kommer hjem.” (Bilag 10)

Her klargøres det igen, ligesom i de øvrige indsatser, at der er en interesse i at skabe et godt forløb i udskrivelsen af patienterne. Fog beskriver dog, at hun er klar over, at hospitalerne kæmper med overbelægning, og derfor også er nødt til at lave hurtigere udskrivelser. Der er altså en anerkendelse af, at der ift. udskrivelser, og succes af disse, er et ressourcemæssigt spørgsmål. Dette er også noget Nielsen fra Sygehus Lillebælt, der er udskrivningssygeplejerske med udskrivelsesansvar til Vejle, giver udtryk for, hvilket igen relaterer sig til Browns fokus på interesserens betydning for konfliktniveau.

5.2.2 Konflikt

I ovenstående er både interesser og fokus for de enkelte indsatser blevet fremlagt. En undersøgelse af interesser i et grænsefladesamarbejde er her første skridt til at se på konfliktniveauet. Begrebet konflikt kan dog forstås som værende udelukkende negativt. Som beskrevet ift. Browns grænsefladeteori kan konflikt i en grænseflade dog også være positivt, da det kan bringe energi til grænsefladen. Der er her tale om tre indsatser, som ikke er fejlfrie og helt uden kontroverser, da der er tale om forskellige parter med varierende interesser. Det er dog vigtigt at påpege, at der ikke er tale om tre konfliktfyldte indsatser, hvor konfliktniveauet er u hensigtsmæssigt højt. Der er tværtimod tale om indsatser, hvor der er en relativt stor forståelse for hinanden, og hvilke problematikker de enkelte parter står overfor i deres hverdag. Brown beskriver ligeledes vigtigheden af, at der er en fælles forståelse blandt parterne for at et samarbejde kan opnå succes. Set i dette lys er det positivt, at der er fælles mål og en relativt stor forståelse for hinanden. Følgende afsnit har derfor ikke til formål at se på selve konflikterne i indsatserne, men i stedet sættes der fokus på de delelementer i den enkelte indsats, der kan skabe uenighed og situationer med konflikt.

5.2.2.1 Brobyggerpsygeplejersker

Som beskrevet ift. interesserne i indsatsen, er der en række interesser, hvor der kan være grobund for uenigheder. Berthelsen sætter som bekendt fokus på, at der kan være et forskelligt fagligt fokus mellem hospital og kommune, hvilket kan udgøre en udfordring for samarbejdet. Hun siger:

“Jeg tror igen, at det er forskellige kulturer og forskellige måder at se på patienter, og borger på. Der er klart mere fokus på det inde på hospitalet. Det er jo det der er vores fuldtidsarbejde herinde. Det er jo patienten, det er det ikke ude i kommunerne, det er en meget lille del af det, lille del af budgettet og lille del af, hvad der foregår kommunalt.”
(Bilag 3)

De to forskellige kulturer, som også refererer til hvilke sundhedsfaglige opgaver der varetages af hhv. hospital og kommune, kan udgøre en udfordring for den pågældende indsats. Dette gør sig dog muligvis også gældende i de andre indsatser, hvilket kan have en indvirkning på konfliktniveauet. På trods af visse mulige konfliktpunkter, så som manglende økonomiske ressourcer, tyder alt på, at der er et lavt konfliktniveau. Dette kan bl.a. skyldes, at indsatsen med brobyggersygeplejersker lægger op til dialog, som Jensen beskriver det:

“[...] hvis jeg får en patient ind, som jeg ikke rigtig kender, så ringer jeg til kommunen og siger, jeg har fået Hans Erik ind, hvad kan I fortælle om ham, jeg oplever sådan og sådan, hvad siger I til det, er det også det billede I ser? Nu kender jeg Roskilde Kommune ret godt, så jeg ved udmærket godt, hvordan næsten alle steder ser ud. Lad os nu sige, at det er til en anden kommune, hvor man siger, at han siger, at han ikke er vant til at få hjælp, er det korrekt?” (Bilag 4)

Her bliver det tydeligt, at der er en god dialog mellem hospitalerne og kommunerne. Der kunne argumenteres for, at dette grunder i, at brobyggersygeplejerskerne har et netværk sammen, hvilket kan være fordrende for dialog, og det kan også være med til at holde konfliktniveauet nede og løse uoverensstemmelser. Dialog er ifølge Brown noget af det, der er meget effektivt til at holde konfliktniveauet nede. Dette vil blive behandlet i nedenstående Afsnit 5.4 *Repræsentanterne og deres taktikker*.

5.2.2.2 Udskrivningsmøde via video

Ligesom i indsatsen med brobyggersygeplejerskerne, er der i Region Midtjylland en række interesser lignende dem i Region Sjælland. Disse interesser kan ligeledes udgøre udfordringer, hvilket kan have en indvirkning på konfliktniveauet på visse områder. Andersen kommer dog med en god beskrivelse af samarbejdet om indsatsen: *“Det vi plejer at sige, det er jo, at i 90% af tilfældene, der glider det hele uden problemer. [...] det er måske de sidste 10% der fylder.”* (Bilag 6). Her beskriver Andersen, at de virtuelle udskrivelsessamtaler generelt set fungerer, og at det er en mindre del at indsatsen, som kan skabe problemer. Dette vidner også om det generelle konfliktniveau i samarbejdet. Det beskrives blandt respondenterne, at en kilde til frustration kan være, hvis den anden part afviser at have et virtuelt udskrivningsmøde. Det beskrives desuden, at det er både hospitalet og kommunerne, der til

tider afviser at have et møde. Udover at dette kan skabe frustration, kan der ydermere argumenteres for, at dette kan udgøre en svaghed ved denne form for udskrivelseskoordination. Andersen beskriver dog i denne forbindelse, at der ligesom i brobyggerindsatsen er en kultur med dialog mellem sygehus og kommune, hvilket også er hjulpet af, at hospital og kommune sidder overfor hinanden i udskrivelsessamtalen.

Andersen kommer med et andet eksempel, hvor inddragelsen af patienter og pårørende i videoudskrivelsesmødet, som en del af indsatsen, i sig selv er med til at holde konfliktniveauet nede:

“Det er jo der jeg tænker at, og der er også nogle af sygeplejerskerne de faktisk siger, at hvis vi har de her virtuelle udskrivningsmøder, så er vi ikke mellemmand i det her, for så får patienter og pårørende den direkte dialog med kommunen om kan du komme hjem eller skal du direkte på en aflastning eller videre.” (Bilag 6)

At patienter og pårørende er integreret i selve indsatsen er også med til at mindske forvirring og uoverensstemmelser. Dette kan også være med til at holde konfliktniveauet nede i indsatsen. Ligeledes kan inddragelsen af patienter og pårørende i møderne også betyde, at hospital og kommune er nødt til at passe på deres tone i selve mødet, hvilket også kan have en positiv betydning for konfliktniveauet.

5.2.2.3 Udskrivningsvisitatorer

Om konfliktniveauet i indsatsen med udskrivningsvisitatorer kan der ligeledes påpeges, at nogle af de samme problematikker ift. interesser og mål gør sig gældende. Ydermere påpeger Nielsen, at der kan opstå nogle problematikker om de sundhedsfaglige anbefalinger, som hospitalet laver:

“Meget af det, det handler om kommunikation, om kompetencer ude i kommunerne, forståelse for det arbejde vi laver. Nogle gange så, hvis vi beder om en aflastningsplads fordi vi kan se, at situationen faktisk kræver det, at vi så ikke får det, der føler jeg lidt, at det ville bare være rigtig fint, hvis de måske et eller andet sted så, hvad det var vi så, i stedet for at se det på papiret. Det er nogle gange svært at gøre det rigtig godt, når vi kan se, at det ikke er holdbart, at de kommer hjem i eget hjem i en periode.” (Bilag 9)

Nielsen beskriver her, at der kan være sundhedsfaglige konflikter, hvor hospitalet er af en bestemt holdning ift. en sundhedsfaglig vurdering. Dette bliver ikke altid honoreret af kommunen, hvilket lader til at kunne føre til frustration på hospitalet. Dette er en af de eksempler, der er ift. konfliktniveau i indsatsen. Dog nævnes det også i citatet, at det ofte er et spørgsmål om kommunikation mellem parterne, hvilket kan opfattes som en tilgang, der kan være med til at nedbringe konfliktniveauet.

Denne problematik er også noget Fog beskriver ift. kommunen. Hun beskriver også dette som en kilde til noget, der minder om konflikt. Fog siger:

“Og der kan vi nogle gange opleve stor modstand, vi kan også opleve modstand fra vores egne leverandører, at nu sygehuset skriver aflastning, hvorfor gør I det så ikke bare. Og der skal man jo have noget hårdt på brystet for at stå imod for, at når alle råber det samme, og da bruger vi jo så hinanden herinde til at spare med.” (Bilag 10)

Hun beskriver her, at sygehusets anbefalinger også mere internt i kommunen kan skabe problemer, hvor egne leverandører ikke forstår, hvorfor sygehusets anbefalinger ikke følges. Den manglende forståelse fra kommunens leverandører for, hvorfor kommunen ikke følger hospitalets anbefalinger, kan sættes i relation til Abbotts teori om jurisdiktion. Det kan den ift., at også kommunens leverandører har en opfattelse af, at hospitalets medarbejdere er mere specialiserede. At sygehusene kommer med sundhedsfaglige anbefalinger, som det så bliver kommunens opgave at tage stilling til, lader til, som i de andre indsatser, at kunne udgøre en problematik, der kan øge konfliktniveauet.

Endnu et punkt, hvor der kan være konflikt, er den tidshorisont, der er ift. udskrivelser, hvilket kan have en negativ betydning for de enkelte patientforløb. Fog siger følgende:

“Så kan det jo ikke nytte noget, at de fredag eftermiddag klokken halv fire, sender en plejeforløbsplan om, at fru Hansen kommer hjem i morgen, og hun skal i øvrigt også have en hel flok hjælpemidler, som hun ikke har i forvejen, f.eks. plejeseng og lift. Det er jo en umulig situation at sende os i, fordi vores hjælpemiddeldepot er gået hjem, vores APV ansvarlige er gået hjem på weekend. Det kan vi ikke honorere, så derfor bliver vi nødt til at skrive nej.” (Bilag 10)

Her er det igen tydeligt, at der er ressourcemæssige komplikationer ift. gode udskrivelser. Hurtige og kortvarslede udskrivelser fra sygehusene er, som før beskrevet, også et punkt, hvor der kan opstå konflikt parterne imellem i de to øvrige indsatser.

5.2.3 Opsamling på interesser og konflikt

I det ovenstående er det blevet beskrevet, hvilke interesser og mål, der er i de tre indsatser. Ligeledes er det blevet beskrevet, hvordan konfliktniveauet er i indsatserne. Her kan det ses, at der i alle indsatserne er et mål om at lave en god udskrivelse for patienterne. Dette mål bliver dog presset af knappe ressourcer fra både hospitalets og kommunernes side, hvilket kan være med til at skabe problemer og konflikt i de enkelte elementer af indsatserne. Derfor er det også nødvendigt at påpege, at en generel styrke i alle indsatserne er, at der er et ønske om en god udskrivelse, og en generel svaghed er, at der er knappe ressourcer til at nå dette mål med. Tydeligt er det dog, at der er nogle af

indsatserne, der ift. organiseringen bedre kan håndtere de forskellige interesser, og de konflikter der kan opstå. At der er et generelt ønske om en god udskrivelse kan ses ift. den normative søjle, som handler om uformelle regler så som normer. I og med at der er tale om sundhedsprofessionelle, som en vigtig drivkraft i alle indsatserne, må der også være den antagelse, at det er den gældende norm at gøre det bedste for sine patienter.

Der kan altså argumenteres for, at i og med at brobyggerpsygeplejerskerne kender hinanden og er i et netværk sammen, så er indsatsen i Region Sjælland i sig selv med til at skabe rammerne for dialog. Dette kan opfattes som en styrke ift. denne indsats, da dialogen mellem hospitalet og kommunen kan være med til at sørge for, at konfliktniveauet ikke opnår et problematisk niveau. I forhold til de virtuelle samtaler i Region Midtjylland kan der være den svaghed ift. konfliktniveauet, at både hospitalet og kommunerne, indenfor rammerne af indsatsen, kan afvise selve den virtuelle samtale. Dermed kan det skabe frustration hos den anden part, som ønsker samtalen, her er den modsat brobyggerindsatsen ikke fremmede for dialog, hvilket kan ses som en svaghed for denne indsats. Dog må det påpeges, at når møderne gennemføres, så er indsatsen fremmede for dialog. Indsatsen i Vejle er ligeledes drevet af et ønske om dialog. En svaghed kan dog være, at indsatsen i sig selv ikke ligger op til dialog mellem parterne sammenlignet med de øvrige indsatser, hvor der på en anden måde er et formaliseret forum for dialog.

Samlet set for det teoretiske aspekt i analysen kan det ses, at parterne har fælles interesser og mål for grænsefladesamarbejdet, og at de konflikter, der opstår i de enkelte indsatser, i langt de fleste tilfælde kredser om de samme emner. Disse omfatter generelle ressourcer, hvor der på hospitalerne er et fokus på hurtige udskrivelser, mens der i kommunerne er behov for varsling af udskrivelser, og samtidig er der et fokus på økonomi. Disse forskelle i ressourcer er et grundlæggende element i Browns grænsefladeteori og et eksempel på et brændpunkt. Dette har som beskrevet en stor indflydelse på konfliktniveauet og dermed også for samarbejdets succes. At der er et foreneligt mål om gode patientforløb kan, set i lyset af Brown, opfattes som positivt for indsatsernes succes.

Brown beskriver ligeledes, at der er nødt til at være en vis interdependens i et samarbejde. Dette kommer frem i analysen, hvor der af respondenterne generelt set udvises en stor forståelse for hinandens roller i samarbejdet. Parternes ressourcemæssige interesser kan ydermere ses som en kontekstuel omstændighed, som presser grænsefladesamarbejdet. Ifølge Brown kan konteksten, have stor betydning for, hvilke rammer der kan arbejdes ud fra i et samarbejde. Som en af de vigtigste teoretiske konklusioner ift. interesserne og konfliktniveauet, og et fokuspunkt i teorien, er muligheden og ønsket om dialog som også kan anses som en problemløsende taktik. Her kan det konkluderes, at der er et ønske om at indgå i en konstruktiv dialog i samtlige indsatser. Nødvendigt er det dog også at

påpege, at indsatserne ikke er uden konflikt. Udover de ressourcemæssige spørgsmål er specialisering på tværs af parterne, som beskrevet, et spørgsmål der kan skabe konflikt. Teoretisk set bliver modstridende interesser til konflikt, hvis dette ikke italesættes konstruktivt, det lader dog til at ønsket om dialog er med til at imødegå dette.

5.3 Indsatsernes organisering

Ifølge Brown kan selve grænsefladens organisering være af betydning for repræsentanternes handlemuligheder i grænsefladen. I følgende afsnit vil indsatsernes organiseringsgrad blive analyseret. Her undersøges det, om indsatserne er tæt eller løst organiserede. En tæt organiseret grænseflade betyder ifølge Brown, at der er reglementer der begrænser repræsentanternes fleksibilitet. Dog er det også nødvendigt, at der er nogle regler for at give samarbejdet retning. Derimod betyder et for løst organiseret samarbejde, at der ikke er noget for parterne at arbejde ud fra, dog har det den fordel, at der er mulighed for at udøve et større skøn. Dette giver en forståelse for, om repræsentanterne arbejder ud fra bestemte reglementer, der begrænser deres fleksibilitet, eller om repræsentanterne i stedet har relativt frie handlemuligheder.

5.3.1 Brobyggersygeplejersker

Indsatsen om brobyggersygeplejerskerne er organiseret omkring sundhedsaftalen. Busch beskriver i denne forbindelse sundhedsaftalen som spillereglerne for samarbejdet, og at brobyggersygeplejerskerne i netværket er bekendt med sundhedsaftalen og arbejder ud fra den. Hun forklarer, at sundhedsaftalen bliver en sikkerhed for, at man ikke *"udskriver borgeren i blinde"* (Bilag 5), og derfor er det essentielt, at alle sygeplejersker har et kendskab til denne. Berthelsen er enig i dette og forklarer, hvordan sundhedsaftalen bestemmer, at udskrivningsforløb skal dokumenteres:

"Og vi arbejder ud fra noget der hedder sundhedsaftalen som vil at udskrivningsforløb skal dokumenteres, og det skal foregå gennem elektroniske systemer. Men jeg har nogle meget aktive og lidt ulydige brobyggersygeplejersker, så de er begyndt at køre det, der hedder en dialogbaseret udskrivelse. Og det er en af de ting netværket bidrager til netop det at de tager kontakt til hinanden og sørger for at få dokumenteret bagefter." (Bilag 3)

Brobyggersygeplejerskerne er altså forpligtede til at dokumentere udskrivningsforløb via elektroniske systemer, hvilket indikerer, at sundhedsaftalen opstiller retningslinjer for samarbejdet. I denne forbindelse forklarer Jensen, at når de indlægger patienterne på SUH, skal de igennem 12 punkter, som bliver taget med over, når der skal laves en udskrivelse og udformes en plejeforløbsplan. Dette er et eksempel på, at der i samarbejdet er tegn på en tæt organisering med retningslinjer og regler for samarbejdet omkring brobyggersygeplejerskerne, hvilket ligeledes kan relateres til den regulative søjle. Dog beskriver Berthelsen, at netværket åbner op for, at brobyggersygeplejerskerne kan sparre

med hinanden om patienter og således tage kontakt til hinanden. Dette indikerer, at repræsentanterne også har relativt frie handlemuligheder i samarbejdet, idet brobyggersygeplejerskerne foretager dialogbaserede udskrivelser, hvilket viser en løsere organisering. Berthelsens beskrivelse af brobyggersygeplejerskernes ulydighed er derudover særligt interessant og kan forklares ved hjælp af jurisdiktionsbegrebet. Her er det meget sigende, at brobyggerne har formelle rammer at arbejde ud fra, men de tilpasser udskrivelsen, så det passer ind i deres faglighed, og så det giver mening for dem. Jurisdiktionsbegrebet dikterer altså som bekendt autonomi, hvilket dette kan ses som et godt eksempel på. Den løse organisering kan altså forklares af brobyggernes jurisdiktion.

Yderligere kan de frie handlingsmuligheder bakkes op af, at Berthelsen forklarer, hvordan sygeplejerskerne nogle gange omgås reglerne i sundhedsaftalen *"for at gøre det bedst muligt for patienterne"* (Bilag 3). Dette vidner altså om, at selvom brobyggersygeplejerskerne burde følge reglerne i sundhedsaftalen, så er der eksempler på, hvor de ikke gør det. Dette kan muligvis forklares i forbindelse med selve funktionen som brobyggersygeplejerske, idet Berthelsen forklarer, at brobyggersygeplejerske er et tillæg til den stilling, som de er ansat i, hvorfor de alligevel er frie til at træffe individuelle beslutninger:

"Så de arbejder jo ud fra deres stilling, det de er ansat som, og så er meget af det foreneligt med brobyggersygeplejerske. Men man kan ikke sige, at de er ansat ud fra kommisoret fordi de er ansat i forskellige stillinger og afdelinger. Så fordi du er udskrivningskoordinator på medicinsk i Køge, så laver du nødvendigvis ikke det samme som en på medicinsk i Roskilde" (Bilag 3)

Brobyggersygeplejerskerne er altså ikke officielt ansat gennem kommisoret for Berthelsens forskningsprojekt, men er ansat på forskellige afdelinger, hvilket kan være en anden forklaring på, at de alligevel er egenrådige i deres beslutninger og udviser en handlefrihed. Dette er et eksempel på, at man har forsøgt at lave en tæt organisering, der grundet ansættelsesforhold ender med en mere løs organisering, hvor brobyggersygeplejerskerne altså alligevel har frie handlemuligheder. I forhold til grænsefladeteorien, vidner dette om, at grænsefladen ikke er så tæt organiseret, at det hindrer repræsentanterne i at kunne tage et fagligt skøn. I forhold til kompleksiteten med de ældre medicinske patienter kan dette ses som positivt, da kompleksitet i arbejdsopgaver også medfører nødvendigheden af at kunne skønne. Dette er en pointe der berøres i både Abbotts og Mintzbergs teorier.

Derudover er plejeforløbsplanerne en essentiel del af organiseringen af indsatsen. Plejeforløbsplanerne udformes på hospitalerne ved udskrivelsen af patienten. Berthelsen forklarer, at

plejeforløbsplanen er en videre plan for patientens forløb i kommunen. Ligeledes forklarer Jensen, at plejeforløbsplanen bliver en sikkerhed for, at patienten får den rigtige hjælp fra kommunen. Derudover er det en styrke, at den sparer tid ift. at tage kontakt til hinanden. I forlængelse heraf forklarer Jensen, at kommunerne sender en indlæggelsesadvis ved patientens indlæggelse på hospitalet, der beskriver, hvilken hjælp borgeren får på nuværende tidspunkt. På baggrund af denne udformer hun i sit virke som udskrivningskoordinator plejeforløbsplanen med anbefalinger til, hvad patienten skal udskrives til f.eks. aflastning eller opholdssted. Jensen har en opfattelse af, at kommunerne følger anbefalingerne, i det omfang de nu kan. Kommunen holder ligeledes planmøder, hvor de inviterer pårørende, patient og plejepersonale og laver en god plan for patienten. Plejeforløbsplanen er derved et eksempel på en både tæt og løs organisering, hvor den overordnet agerer ramme for patientens behandling i kommunen, men kommunen har mulighed for at udføre skøn og træffe den endelige beslutning i sidste ende.

Imidlertid er organiseringen omkring sundhedsaftalen ikke uden betydning for kommunernes muligheder for at tage imod en patient i sidste ende. Busch giver udtryk for, at de i Faxe Kommune mangler en varsling, som de havde i gamle dage. Før sundhedsaftalen blev kommunen varslet om en patient tre dage før udskrivelsen. Hun beskriver:

"Men den der med at man kan varsle en meget meget tung patient, altså 5 minutter i tre, altså [...] Det er svært nogle gange som kommune at skulle klappe hælene sammen og altså have fem minutter til at løse en opgave i som måske krævede en dags arbejde i koordinering ikke, og dem oplever vi, så det kunne man da godt ønske sig, at der var lidt noget tid på afen eller anden art, at man ikke bare kunne udskrive på fem minutter" (Bilag 5)

Citatet er et eksempel på, hvordan organiseringen også på nogle områder ikke er konkret retningsgivende ift. udskrivelsen af patienterne. På trods af at plejeforløbsplanerne burde give en klarhed over, hvornår patienten bliver udskrevet, giver Busch imidlertid udtryk for, at sygehusene udskriver patienter uden varsel. Om svaret skal findes i organisering ift. sundhedsaftalen eller om det i stedet handler om overbelægning fra sygehuset, står uklart. Dog er dette et eksempel på, at på trods af retningslinjer fra sundhedsaftalen, da synes samarbejdet alligevel at være mere løst i forbindelse med frie handlingsmuligheder fra sygehusets side.

Imidlertid er det ikke overraskende, at der kan være forskellige opfattelser af sundhedsaftalen på tværs mellem sygehus og kommune, hvilket kan påvirke samarbejdet. Både Berthelsen og Busch peger på, at der generelt mangler en forståelse for sundhedsaftalen samt en entydig forståelse for sundhedsaftalen. Busch mener, at en introduktion til sundhedsaftalen bør være en del af

introduktionen til den almene sygeplejerskes arbejde, som det gør sig gældende for brobyggersygeplejerskerne. Derudover peger Berthelsen på en udfordring ift. at have den samme forståelse for sundhedsaftalen på tværs mellem sygehus og kommune. Hun forklarer, at sundhedsaftalen ligger i tre forskellige formater, hvori den ene er den regionale sundhedsaftale, en anden, som de kalder værktøjskassen og en tredje, der er en piximodel. Disse tre formater stemmer ikke overens, hvilket giver en udfordring for samarbejdet ift. at brobyggersygeplejersker og almene sygeplejersker på sygehusene ikke arbejder ud fra samme udgangspunkt, som de gør i kommunen.

Hertil forklarer Berthelsen, at der generelt er et mindre kendskab til sundhedsaftalen på hospitalerne, hvorfor de i netværket fokuserer på at uddanne alle brobyggere i sundhedsaftalen, så der kommer den samme forståelse for sundhedsaftalen på tværs af region og kommune. Netop den manglende forståelse eller forskellig forståelse, kan være en årsag til, at der opstår uenigheder mellem kommune og sygehus, når en patient udskrives, som Busch beskriver ift. den manglende varsel. I denne forbindelse bliver netværkets funktion at skabe en ensrettet forståelse af sundhedsaftalen hos brobyggersygeplejerskerne, hvilket kan opfattes som en måde at udforme mere ensretning ift. forståelserne for målene med samarbejdet. Yderligere kan der refereres tilbage til teorien om brændpunkterne, jf. Afsnit 4.4 *Brændpunkter i samarbejder*, ift. Brændpunktet vedr. forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform. Således kan organiseringen omkring sundhedsaftalen opfattes som en måde at skabe en ensretning omkring samarbejdsformen i indsatsen, hvor der ellers ville have været grobund for mere konflikt. Teoretisk set beskriver Brown, at det er problematisk, hvis der er en grundlæggende uenighed om samarbejdets udgangspunkt. Det kan derfor opfattes som en svaghed for indsatsen, at de formelle regler i form af sundhedsaftalerne er modstridende, da det giver et tvetydigt udgangspunkt at arbejde ud fra. Forsøget på at styre indsatsen via sundhedsaftalerne er ydermere et eksempel på de formelle institutioner, der også er styrende for en indsats. I det her tilfælde et regulativt element, der er politisk bestemt, og som præger indsatsen.

5.3.2 Udskrivningsmøde via video

Som det er tilfældet ved brobyggersygeplejerskerne, er indsatsen omkring virtuelle udskrivelsessamtaler organiseret ud fra sundhedsaftalen. Andersen beskriver det således:

"Sundhedsaftalen er jo den overordnede ramme i samarbejdet mellem almen praksis, kommuner, og det er der jeg jo også sidder sammen med en kollega og er med til at binde det sammen i samarbejdet med nogle konsulenter ude i kommunerne" (Bilag 6)

Andersen beskriver her, hvordan sundhedsaftalen er den overordnede ramme for samarbejdet. Hertil forklarer Andersen, hvordan samarbejdet har en organisatorisk opbygning med en klyngestyregruppe med direktøren og fokusgrupper, der er placeret på et operationelt niveau. Hun forklarer desuden, at

når der kommer nye tiltag, der skal implementeres, så er det hendes job at komme ud på afdelingerne og snakke med personale og følge op på, hvordan det går med samarbejdsaftalerne, og hvordan man får dem omsat til praksis. Andersens beskrivelse vidner altså om, at sundhedsaftalen er rammesættende for arbejdet med udskrivelssamtalerne.

Yderligere forklarer Andersen, at de har udformet en manual for videomøderne, som klinikerne selv har været med til at udforme. Manualen indeholder en dagsorden for, hvad videomøderne skal indeholde, hvilke områder de skal omkring, samt hvordan de bedst muligt får inddraget patienten og pårørende. At de sundhedsprofessionelle har været med til at lave manualen, kan ses som et eksempel på, at de har taget jurisdiktion over området. Ligeledes modtager patienten en pjece med informationer om videomødet inden det virtuelle udskrivningsmøde. Yderligere forklarer Andersen:

"Og så har vi også nogle helt klare aftaler om, hvordan aftaler vi det her videomøde, det skal foregå via vores plejeforløbsplaner, hvor man skriver det ind. Vi har faktisk også en aftale om, at det så vidt muligt skal ligge mellem 12 og 14, og nogle gange kan det godt være, at det passer bedre på et andet tidspunkt, men det er ligesom for at sige, at det er der vi forsøger at ramme det. Så kan man også som kommunal sygeplejerske planlægge det i forhold til, at man jo som regel er ude at køre om formiddagen." (Bilag 6)

Andersen forklarer i citatet, hvordan de har klare aftaler om videomøderne, og hvordan de skal skrives ind i plejeforløbsplanerne. Dette er et eksempel på en tæt organisering, idet der angives en retningslinje for arbejdet. Dog kan der ligeledes argumenteres for, at samarbejdet til en vis grad også er mere løst organiseret, idet tidspunkterne for videomøderne kan være mere fleksible.

I forhold til screening af de patienter, der bliver tilbudt videomøder, er der ligeledes nogle rammer for denne procedure. Siig forklarer, at sygehuset screener patienterne efter et screeningsredskab, og som udgangspunkt er det de patienter, der er i målgruppen, der får tilbudt en virtuel udskrivelssamtale. Dette bliver efterfølgende skrevet ind i plejeforløbsplanen, som Andersen ligeledes har forklaret. Herefter bliver plejeforløbsplanen sendt ud til myndighedsafdelingen i kommunerne, der også bliver informeret om udskrivelssamtalen. Der kan i denne forbindelse argumenteres for, at plejeforløbsplanerne bliver en sikkerhed for, at patienterne modtager udskrivelssamtalerne, hvor både hospital og kommune er indforstået med, at det skal ske. Plejeforløbsplanerne kan derfor også ses som et eksempel på en tæt organisering, da der er retningslinjer for samarbejdet omkring udskrivelssamtalen. Dog oplever Siig, at det i nogle tilfælde kan være svært at få en videosamtale med sygehuset. De har givet hinanden håndslag på, at de ikke kan sige nej, men oplever alligevel, at begge parter til tider springer fra. Dette kan være et eksempel på, hvordan repræsentanterne gør, at

samarbejdet bliver mere løst organiseret, idet de på trods af retningslinjerne benytter sig af en handlingsfrihed.

5.3.3 Udskrivningsvisitatorer

I Vejle Kommunes arbejde er SAM:BO rammesættende for arbejdet med udskrivelser, idet Fog beskriver: *"vi har SAM:BO, som vi bruger omkring, hvad skal man sige, bibel omkring udskrivelser"* (Bilag 10). SAM:BO kan i denne forbindelse siges at være rammesættende for udskrivelserne i Vejle Kommune, ifølge Fog. Dette bakkes yderligere op af Nielsen:

"Jamen det foregår jo sådan, at vi har denne her SAM:BO-aftale, hvor vi jo indenfor 48 timer, hvis vi kan se, at indlæggelsen er over 48 timer, skal lave denne her plejeforløbsplan. Her skriver vi i forhold til det fysiske funktionsniveau, hvad kan de, og så i forhold til alle de her sygeplejeting, hvad er vigtigt osv. Og ud fra det, så sætter visitator egentlig selv hjælp på derhjemme. Vi kan godt give udtryk for, hvad vi synes, men det er egentlig visitator i sidste ende, der bestemmer, hvad der skal på af hjælp. Øhm ja. Og så har vi en masse kommunikation frem og tilbage omkring, hvad der bliver sat på af hjælp og i forhold til denne her udskrivelse. Altså det kører online det hele. Engang i mellem så når jeg til et punkt, hvor jeg tænker, jeg har brug for at sætte nogle andre ord på end jeg kan skrive, og så ringer jeg til dem. Men det primære er via systemet." (Bilag 9)

Nielsen udsagn er her et eksempel på, at SAM:BO aftalen er rammesættende for udskrivelsen af patienten, idet den dikterer, at der skal udformes en plejeforløbsplan. Dog er sygehuset i tæt dialog omkring indholdet af plejeforløbsplanen. Ligeledes er det i sidste ende visitatoren ude i kommunen, der beslutter hvilken hjælp, borgeren skal have. Dette er derfor et eksempel på, at samarbejdet bærer præg af en tæt organisering ift., at SAM:BO-aftalen bestemmer, at der skal udformes en plejeforløbsplan, hvilket kan siges at være en fordel i udskrivelserne, da der bliver lavet en plan for patienten. Samarbejdet kan ligeledes siges at bære præg af en mere løs organisering, idet kommunerne i sidste ende bestemmer, hvad borgeren skal have af hjælp, hvilket kan være en fordel, da kommunerne i sidste ende har kendskab til patienten før indlæggelsen og kender mere til, hvad patienten kunne have brug for af hjælp efter udskrivelsen.

Nielsen peger dog på en ulempe i forbindelse med plejeforløbsplanerne. Hun beskriver, at reglen med, at de skal sende planen indenfor de 48 timer, fører til at sygehuset hurtigt kan komme op og sende syv planer i løbet af de 48 timer. I tilfælde af at sygehuset skal lave et par ændringer i plejeforløbsplanen, er de nødt til at sende en ny plan ud til kommunen, hvilket derfor hurtigt kan ende op i mange plejeforløbsplaner. Nielsen kunne derfor godt tænke sig, at man droppede de 48 timer og venter med at skrive en plejeforløbsplan før de på sygehuset kan se, at patienten er ved at nå et

realistisk funktionsniveau ift. at skulle hjem. Ifølge Nielsen ville dette kunne spare sygehuset for at sende flere plejeforløbsplaner ud. Dette er et eksempel på, at samarbejdet i nogle tilfælde er tæt organiseret, hvilket begrænser Nielsens handlemuligheder som udskrivningssygeplejerske på hospitalet. Dette er ligeledes en svaghed for indsatsen, da det er tidskrævende at sende flere plejeforløbsplaner afsted.

5.3.4 Opsamling på indsatsernes organisering

I grænsefladeteorien har selve organiseringen af en grænseflade stor betydning for handlemulighederne i samarbejdet. Brown beskriver, at en tæt organisering kan være med til at give et samarbejde retning, men det kan også være begrænsende for repræsentanternes handlemuligheder. En løs organisering giver plads til et fagligt skøn, men en for løs organisering kan også betyde, at der er for få retningslinjer, hvilket kan skabe forvirring og stilstand. I forbindelse med organiseringen af de tre indsatser er en gennemgående faktor, at alle tre indsatser på den ene eller den anden måde er organiseret ud fra en samarbejdsaftale. Indsatsen om brobyggerpsygeplejersker og virtuelle udskrivelsesmøder er begge organiseret ud fra sundhedsaftalen i de to regioner, hvor indsatsen om udskrivningsvisitatorer er organiseret ud fra SAM:BO. Dette har den effekt, at der i princippet indenfor alle tre indsatser arbejdes efter retningslinjer, hvorfor der ligeledes forekommer en tæt organisering. Dog viser det sig til en vis grad for alle tre indsatser, at repræsentanterne ikke lader sig begrænse af reglerne indenfor aftalerne, og at grænsefladerne derfor også har tegn på, at de i nogle situationer er mere løst organiseret. Dette kan forklares med, at repræsentanterne i de enkelte indsatser har en professionel viden og nyder en relativt stor faglig autonomi i deres arbejde. Så på trods af, at der formelt set er en række regler for alle indsatser, så medfører medarbejdernes jurisdiktion på området, at de tilpasser reglerne til, hvad der er praktisk og fagligt passende. Dog må det påpeges, at indsatserne er formelt organiseret, hvilket er med til at give retning for de enkelte indsatser. Grænsefladeteorien beskriver, at repræsentanter i en grænseflade, der er menige medlemmer af deres organisation, normalt vil følge regler meget nøje. Her viser det sig dog, at de eks. i brobyggerindsatsen bøjer reglerne lidt. Dette kan igen forklares ud fra deres faglige skøn og jurisdiktion på området.

5.4 Repræsentanterne og deres taktikker

I dette afsnit vil repræsentanterne, og de taktikker de anvender i deres samarbejder, blive analyseret. Der lægges i grænsefladeteorien som bekendt stor vægt på, hvordan parternes repræsentanter agerer i selve grænsefladen. Her er det særligt vigtigt, hvilke taktikker de anvender i forhandlingssituationer. Anvendelsen af problemløsende taktikker, såsom konstruktiv dialog og deling af information, kan være med til at holde konfliktniveauet nede. Set i lyset af Brown vil det være en styrke for en indsats, hvis der er en større brug af problemløsende taktikker end forhandlingstaktikker i en indsats.

Forhandlingstaktikker handler eksempelvis om fastholdelse af positioner, misinformation osv. og en brug af disse taktikker kan derfor udgøre en svaghed for en indsats. Derudover vil det blive undersøgt, hvilken indvirkning repræsentanternes brug af taktikker har på de forskellige indsatser, samt på hvorledes indsatserne påvirker repræsentanternes muligheder for at agere i samarbejdet og bruge forskellige taktikker.

5.4.1 Brobyggerpsygeplejersker

For brobyggerindsatsen er det i denne undersøgelse, som tidligere nævnt, Berthelsen, Busch og Jensen, der er repræsentanter. Berthelsen er som tidligere nævnt projektleder for brobyggerindsatsen, og derfor er hun heller ikke som sådan en repræsentant ved grænsefladen, på trods af at hun sidder med i netværket. Hun repræsenterer således ikke en af organisationerne ved grænsefladen. Dog har hun et indgående kendskab til selve indsatsen, ift. hvordan brobyggerindsatsen i sig selv er fordrende for problemløsende taktikker og for repræsentanternes muligheder for at varetage deres organisations interesser.

For brobyggerindsatsen nævner Berthelsen således følgende fordele:

"Det netværk der ligger for brobyggerpsygeplejersker, der er fordelene jo igen at de mødes relationelt, de bliver bedre til at samarbejde, de bliver bedre til at forstå hinandens mangler og hinandens kulturer og hvordan man arbejder. De er også ude i praktikforløb ved hinanden på tværs. Så f.eks. hvis jeg var på hospitalet, så vil jeg være på besøg hos en hos kommunen for at se og være der et par dage." (Bilag 3)

Det er således en styrke ved denne indsats, at repræsentanterne kommer til at kende hinanden på tværs ved grænsefladen, hvilket gør det nemmere at forstå hinandens kulturer og baggrunde. I forhold til Browns grænsefladeteori, medfører en forståelse for hinanden at konfliktniveauet også bliver holdt nede. Dette er praktikforløbene også med til at gøre. Dette gør også ifølge Berthelsen, at det bliver nemmere at ringe til hinanden. I forhold til dette viser Berthelsens forskning også, at dialogen bliver mildere, når man har kendskab til hinanden og fysisk har mødtes i virkeligheden. Dette bekræftes også af Busch:

"For det første er det bare rart at vide, hvem man snakker med i den anden ende. Og nu efter vi kender hinanden i netværksgruppen, så ved jeg godt når jeg ringer til Køge sygehus afdeling M2, hvordan hun ser ud og hun kender også mig fra de samtaler og gruppemøder vi har. Det gør bare samarbejdet nemmere, og når man kun sidder og arbejder med det, så bliver man bare meget mere fokuserede på, hvad der er vigtigt i forbindelse med en udskrivelse og vi bliver bare meget dygtigere til det. Og det kan man virkelig se ift. de

afdelinger, der ikke har det fokus, hvor det er alle sygeplejersker, der skal kunne alt.” (Bilag

5)

For Busch som selv agerer repræsentant for Faxe Kommune er det således vigtigt, at man kender hinanden, og ved hvem man taler med. Teoretisk beskriver Brown også at repræsentanternes rolle i en grænseflade kan have en stor betydning. Her beskrives det, at der kommer en tættere relation mellem repræsentanterne, hvilket ifølge grænsefladeteorien også kan have en stor betydning for et grænsefladesamarbejdes succes, da dette også er med til at skabe en positiv relation. Brown beskriver ligeledes, at hvis repræsentanterne som person er imødekommende, så er det med til at tage eventuelle konflikter i opløbet. Citatet er et godt eksempel herpå. Derudover nævner Busch, at det er vigtigt med god kommunikation, da det har store konsekvenser for deres arbejde, hvis ikke kommunikationen fungerer. Ligeledes bliver de ifølge hende også mere specialiserede ved hjælp af netværket. Herunder nævner hun også, at det er en fordel, når personalets arbejdsområder er specialiserede inden for eksempelvis udskrivelser, og at netværkene, samt det faktum at man mange steder har en specifik gruppe af ansatte, som beskæftiger sig med udskrivelser, gør at de tager mere ansvar. Om praktikken nævner Busch også, at de har nogle gode lange samtaler omkring forskellige sager, og at de har fået en større forståelse for hinandens arbejde. Eksempelvis gjorde Busch her en kollega opmærksom på, at det er vigtigt, at de henvender sig for at få opdaterede oplysninger om patienten i forbindelse med en udskrivelse, da kollegaen jo ellers ikke kan bruge informationen til noget.

Jensen, som er udskrivningskoordinator ved neurologisk afdeling på Sjællands Universitetshospital, benytter sig også ofte af de kontakter, hun har i kommunen, da det er dem, som ofte har et mere indgående kendskab til de patienter, hun har med at gøre. I forbindelse med dette nævner hun også, at det for hende er vigtigt med den gode kommunikation. Ligeledes fortæller hun: *”Personligt gør jeg meget ud af, at det er legitimt, at man ringer, det er helt i orden, hvis man har nogle spørgsmål, man ikke forstår.”* (Bilag 4). I forlængelse af dette nævner hun også, at der er vigtigt for hende, at der ikke er noget mobberi ift. at kontakte hinanden for meget, og at man gør det, for at patienten skal have et godt forløb. Dette gør også, at kommunerne bedre kan henvende sig og sige, at det ikke fungerer for dem, hvis eks. en udskrivningskoordinator har været på ferie, og de derfor har fået opringninger og plejeforløbsplaner fra forskellige udskrivelsespersonaler. Dette uddyber hun også på følgende måde:

”Altså jeg tror uanset hvad, er kommunikation altid vejen frem. Man skal altid lægge sig fladt ned, hvis der er nogen, som har en bedre viden end en selv, og så tror jeg bare, at det her med, at man mødes på niveau, at det er godt.” (Bilag 4)

Det er således vigtigt, at man i kommunikationen tør at anerkende, at andre kan vide bedre end en selv, og dette bliver også nemmere, når man mødes på samme niveau. Teoretisk beskrives det ift. grænsefladeteorien, at det er vigtigt, at repræsentanterne, i et møde med en anden part, lytter til hinanden og lader sig påvirke af andres argumenter. Her beskrives også, at man følger sig for andres viden, hvilket ovenstående er et godt eksempel på. Ligeledes er det interessant, at de mødes på samme niveau, dette hjælpes sandsynligvis også af, at repræsentanterne på begge sider af grænsefladen tilhører samme type af profession. Ligeledes nævner Jensen, at en funktion som udskrivelseskoordinator letter arbejdet for både hendes kolleger og kommunerne på den måde, at de får præcis den information de skal bruge og ikke mere end det. Denne pointe bliver også underbygget af Busch:

"For vi sidder jo også og snakker problemstillinger, vi undrer os over, at I altid gør det her, vi kunne godt tænke os, at I gjorde sådan her i stedet for, fordi det betyder faktisk meget for os, den viden på den anden side, og igen gud det har vi aldrig tænkt over, eller et eller andet ik eller at man lige forklarer dem, hvorfor det betyder så meget eller? Det kan være alt muligt, ikke. I skriver altid bare sårpleje, ja men hvornår skal vi komme første gang, og hvor er såret egentlig henne, giver I et plaster med, så vi ikke skal have hele forbindingskassen med." (Bilag 5)

Som Busch forklarer, er det altså også et vigtigt element ved brobyggernetværket, at det giver mulighed for at vende emner og problemstillinger, som kan lette arbejdet i dagligdagen.

Der er altså mange elementer ved brobyggerindsatsen, som i sig selv er fordrende for problemløsende taktikker. Som beskrevet ift. grænsefladeteorien gør en udpræget brug af problemløsende taktikker, at konfliktniveauet ikke bliver for højt, hvilket er positivt. Ligeledes er indsatsen også i sig selv fordrende for samarbejde imellem parterne, og på den måde bliver mange problemer løst hurtigt og nemt, hvilket er en styrke i det tværsektorielle samarbejde.

Der er dog også eksempler, hvor brugen af problemløsende taktikker ikke kun skyldes indsatsen, men også kan henledes til repræsentanterne selv. Her nævner Jensen eksempelvis, at hun i nogle tilfælde holder patienterne indlagt en ekstra dag, fordi de skal være trygge ved at komme hjem og for på den måde at være imødekommende og kommunikere med kommunerne, da det ifølge hende giver noget på den lange bane. I forhold til dette nævner hun også, at hun ved at agere på denne måde ser, at de nogle gange pludselig har en ekstra plads til aflastning. Derudover nævner Berthelsen, at brobyggerpsygeplejersker i nogle tilfælde tager mere kontakt, end hvad sundhedsaftalen dikterer, for at patienten får så godt et forløb som muligt. Ligeledes beskriver Busch også, at de i Faxe Kommune meget gerne vil snakke med sygeplejersken, for at sikre at alle er trygge hele vejen rundt.

Repræsentanterne fra Faxe Kommune gør altså her en aktiv indsats for at sikre yderligere problemløsende dialog i samarbejdet. På den måde er der mange af de problemløsende taktikker i Brobyggersamarbejdet, som kan føres tilbage til indsatsens struktur og virke, men der er således også eksempler, hvor det er repræsentanterne selv, som står for at have yderligere fokus på problemløsende taktikker.

På trods af disse mange og store styrker ved brobyggerindsatsen findes der dog også få eksempler på brug af forhandlingstaktikker repræsentanterne imellem. Her nævner Jensen eks. udskrivelsestidspunktet som et punkt, hvor der ofte kan opstå forhandlinger:

"Ja en faldtruet patient eller en der måske er opereret i sit hoved og som har brug for noget massiv genoptræning. Vi anbefaler lægerne og fysioterapeuterne og ergoterapeuterne, at de anbefaler at man får en aflastningsplads, en genoptræningsplads, at det skal vi ikke bestemme. Og så kan vi godt have lidt tovtrækkeri, og nogle gange ender det med, at vi får ret og nogle gange gør vi ikke, det bliver sådan lidt hvem der puster sig mest op, men igen vi kan kun anbefale." (Bilag 4)

Som hun beskriver, kan disse situationer ende med noget tovtrækkeri og handler om, hvem der puster sig mest op. Hun beskriver dog også, at de i nogle situationer kan imødekomme kommunerne og beholde borger en ekstra dag, hvilket også underbygger, at der er tale om forhandling og ikke kun nødvendighed. Ligeledes siger hun også, at den forhandling der finder sted omkring udskrivelser til aflastning gør, at de gør sig meget umage med, at plejeforløbsplanerne skal være fuldstændig skarpe første gang. Dette kan således både være et eks. på en styrke ift. at de gør sig mere umage, men det kan også være et eks. på en forhandlingstaktik, da de forsøger at formulere plejeforløbsplanen således, at de får gennemført deres egen faglige interesse. Hvorvidt dette har at gøre med deres mål om patientens bedste eller er et resultat af deres egne ressourcemæssige og faglige interesser kan dog være et diskussionspunkt. Det teoretiske grundlag beskriver generelt her, at parterne har et ønske om at fremme egne interesser.

Disse forhandlinger omkring udskrivelsessituationen nævner Busch også:

"Jamen det kan jo specielt omkring hjælpemidler, hvis de færdigmelder en borger, og vi nærmest ikke kan komme ind med hjælpemidler, øhm vi har ikke nogen til at låse døren op, vi har ikke nogen til at rydde og fjerne den gamle seng osv. osv. og vi kan ikke få borger hjem til den tid. Altså så bliver der sat hårdt mod hårdt, hvor sygehuset siger jamen vi udskriver borger, borger er færdigmeldt. Hvor vi siger jamen vi bliver nødt til at betale for, at borger forbliver færdigindlagt i en eller to dage, for vi kan ikke løse den nu." (Bilag 5)

Der er således situationer, hvor de sætter hårdt mod hårdt, fordi udskrivelserne ofte går så hurtigt, at kommunerne ikke kan følge med. Det er dog igen et eks. på, at det handler om egne praktiske forhold og økonomi, som repræsentanterne ved hjælp af forhandlingstaktikker forsøger at fremme. Dog er der også situationer, som nævnt ovenfor, hvor nogle repræsentanter som eksempelvis Jensen i stedet foretrækker imødekommenhed og kommunikation.

5.4.2 Udskrivningsmøde via video

For de virtuelle udskrivelsessamtaler er det i denne undersøgelse, som tidligere nævnt, Andersen, Kjær og Siig der er repræsentanter. Andersen er som tidligere nævnt tovholder på indsatsen om virtuelle udskrivelsessamtaler, og hun er derfor ikke som sådan en repræsentant ved selve grænsefladen. Dog har hun et indgående kendskab til selve indsatsen, og hvordan denne er fordrende for problemløsende taktikker mellem repræsentanterne i grænsefladen. Andersen har netop til opgave i sit arbejde at følge op på videosamtalerne, og hvorfor nogle parter vælger at aflyse videomøderne. Hertil forklarer Andersen, at hun nogle gange er ude på afdelingerne på sygehuset og høre, hvor mange videosamtaler de har gennemført. Ligesådan har hun dialog med kommunerne omkring, hvorfor nogle vælger at aflyse et videomøde, som man havde ønsket at få fra sygehuset. Andersen mener i denne forbindelse, at det er nødvendigt at følge op på videomøderne for at få det implementeret og få begge parter til at holde fast. I denne forbindelse kan der drages paralleller til teorien omkring brændpunkter ift. forskelle i de involverede parters interne strukturer, kulturer og processer. Andersen forsøger således at få en forståelse for, hvad der lægger bag, når parterne fravælger videomøderne. At parterne uden videre kan afvise møderne er som tidligere beskrevet også en kilde til konflikt parterne imellem. Der er her tale om et eksempel på en forhandlingstaktik, hvor en part vælger ikke at forhandle med den anden. Ifølge Brown kan sådanne taktikker være meget skadende for et samarbejde. Her kan der også argumenteres for, at det er en svaghed for indsatsen, da samarbejdet om udskrivelser direkte kan afvises.

Desuden nævner Andersen fordelene ved videomøderne som følgende:

“Jeg kan sige det, som en sygeplejerske hun sagde helt da vi startede. Hun sagde så, det var rart, at vi får sat ansigt på de samarbejdspartnere, som jeg har samarbejdet med i 8 år, så det gør noget på det relationelle plan, sådan face to face i stedet for, at du bare ringer i en telefon. Så det er der ikke nogen tvivl om det gør noget ved den relation, når man ligesom ser hinanden. Du kommer til også at kende et ansigt, og som en også sagde, at når jeg har mødt vedkommende, så det også lettere for mig at ringe, lige at tage en telefon, for så ved jeg at man kommer til at snakke med Susanne, og det ved jeg hvem er. Så det betyder noget på det relationelle.” (Bilag 6)

Det er således en fordel ved de virtuelle udskrivelsessamtaler, at repræsentanterne får sat ansigt på hinanden og får dannet en relation til deres samarbejdspartnere. Det bliver derved lettere for repræsentanterne at ringe til hinanden, idet de har skabt en relation gennem videomøderne. Relationen mellem hinanden er altså en væsentlig pointe. Dette er således et eksempel på, at de i deres hverdag gør brug af problemløsende taktikker. Hertil nævner Andersen ligeledes, at videomøderne giver noget faglig sparring på tværs. Dette bekræftes af Siig:

"Det der med at få mere kendskab til, og få afklaret i de her samtaler, hvad er muligt når I kommer hjem. Vi ser sådan og sådan på sygehuset, kan det lade sig gøre derhjemme, eller er der noget andet I kan gøre. Det der med at få forståelse for hinanden og få en fælles plan. Det er helt klart noget af styrken." (Bilag 8)

Siig forklarer altså, at videomøderne medfører et større kendskab til hinanden på tværs og en større forståelse for hinandens kulturer og baggrunde. Videomøderne medvirker ligeledes til, at repræsentanterne kan lægge en fælles plan for patienten, hvilket kan ses som en form for lydhørhed overfor andre repræsentanters interesser. Dette vidner om brugen af problemløsende taktikker, som i dette tilfælde er med til at styrke samarbejdet omkring udskrivelser.

Som Brown beskriver, er deling af information vigtigt i et grænsefladesamarbejde, da dette giver parterne noget at arbejde ud fra. Dette oplever Andersen, og hun fortæller således, hvordan der generelt i samarbejdet er en god informationsdeling:

"Jeg tænker langt hen ad vejen, så er det fornuftigt, det vi sender mellem hinanden. Men det er jo også en ongoing proces, også at arbejde med og få den forståelse af, at når jeg giver den her borger videre i den her organisation, lige meget om det er ind eller det er ud, hvad er så den nødvendige information, for at de kan bruge det her efterfølgende."
(Bilag 6)

Andersen giver i denne forbindelse et eksempel på, hvordan repræsentanten selv er fordrende for det gode samarbejde med hensyn til informationsdeling. Dette bekræftes ligeledes af Kjær, der fortæller, at hun som sygeplejerske deler meget information, og at meget af deres tid inde på sygehuset går med at skrive ned og informere kommunen. Ifølge Andersen sker der generelt en fornuftig informationsdeling mellem kommuner og sygehus.

Dette bekræftes ligeledes af Siig, der fortæller, hvordan de virtuelle udskrivelsessamtaler giver et godt grundlag for at dele informationer mellem hinanden på tværs og giver en større forståelse for hinandens virkelighed. Hun fortæller:

"Altså vi får simpelthen på en helt anden måde snakket udskrivelserne igennem og får en forståelse af, hvad handler det her om. Og på den måde er der jo også noget af den viden den kommunale sektor har, som vi måske ikke altid er så gode til at få kommunikeret på skrift til sygehusene, men som kan blive formidlet og involveret i planen fremadrettet. Så når det lykkes at have udskrivningsmøderne, er der faktisk stor tilfredshed. Og i evalueringen der snakkede vi med sygehusets personale der oplevede at tidsforbruget efter udskrivelserne faktisk blev minimeret, der var ikke nær så mange opringninger bagefter." (Bilag 8)

Siig forklarer, at videosamtalerne er en god måde at få kommunikeret med hinanden. Hun forklarer dermed også, at de informationer ude i kommunen, som de måske ikke altid er så gode til at få kommunikeret ud på skrift, kan blive videregivet i dette forum. Dette skal også ses i forbindelse med, at Siig oplever en generel mangel på information mellem kommune og sygehus. Kommunerne er ikke altid gode til at udfylde en indlæggelsesrapport, hvilket betyder, at de ikke altid har de rigtige oplysninger at arbejde ud fra på sygehusene. Omvendt modtager kommunerne ikke nødvendigvis en handleplan fra sygehusene ved borgerens udskrivelse. En styrke ved udskrivelsessamtalerne bliver derved, at det bliver en platform for informationsdeling mellem repræsentanterne og til at få skabt en samlet handlingsplan for patienten. I denne forbindelse forklarer Siig, at videosamtalerne hjælper med at give en fælles forståelse for hinanden og borgerens behov, og repræsentanterne kan få afklaret eventuelle misforståelser. Dette bekræftes ligeledes af Kjær, der i sit arbejde som sygeplejerske, har erfaring og sidder med til udskrivelsessamtaler. Hun fortæller, at de inde på sygehuset bruger meget tid på at skrive ned og få sendt informationer ud til kommunen. Ude i kommunen er det ikke altid, at visitator er sygeplejerske, hvorfor de kan sidde med spørgsmål, som de kan få svar på ved udskrivelsessamtalen. De virtuelle udskrivelsessamtaler kan grundet den øgede dialog siges at være fordrende for problemløsende taktikker.

På trods af at indsatsen lægger op til, at repræsentanterne deler tilstrækkelig information, indgår i dialog og forsøger at skabe en forståelse for hinanden, ses der samtidig eksempler på, at det er nemt for begge sektorer at afvise de virtuelle udskrivelsessamtaler. Siig fortæller, at det både er kommune og sygehusets ansvar at få stablet et videomøde på benene. Imidlertid oplever flere af respondenterne, at det er nemt at aflyse videomøderne. Andersen forklarer bl.a., at det er svært at fastholde sygehusets sygeplejersker på at afholde de virtuelle videomøder, hvis de oplever at blive afvist ude i kommune. Hertil fortæller hun, at de oplever, at kommunerne aflyser den virtuelle udskrivelsessamtale og i stedet tilbyder en aflastningsplads.

Denne problematik bekræftes ligeledes af Kjær, der uddyber, at det for kommunerne muligvis handler om ressourcer. Samtalerne er beregnet til at vare en halv time, og derudover er der noget forberedelsestid og opfølgning. Hun fortæller, at den halvanden time kan kommunen spare ved at give en aflastningsplads med det samme. Hertil forklarer Kjær, at hun oplever, at hvis de fra sygehusets side foreslår et videomøde, da får patienten nemmere en aflastningsplads:

"Det er også fordi, at vi ved, at kommunerne aflyser videomøderne, hvis de vil have dem på aflastning. Så tidligere har vi sagt, at vi vil gerne have en aflastningsplads eller et videomøde med pårørende og kommunen, så er det meget nemmere at få en aflastning, hvis alternativet var et videomøde." (Bilag 7)

I denne forbindelse er det nemmere for kommunen at have patienten til aflastning end at afholde et videomøde med sygehuset. Det, at kommunen vælger en aflastningsplads fremfor et videomøde, indikerer en form for forhandlingstaktik, der er baseret på kommunens interesser. Dog fortæller Kjær ligeledes, at det sker fra begge sider, at videomøderne afvises. Selve muligheden for at aflyse den virtuelle udskrivelsessamtale er et eksempel på, at både kommunen og sygehuset gør brug af en forhandlingstaktik før afholdelsen af den virtuelle udskrivelsessamtale. Derudover kan det nævnes, at det fra sygehuset kan ses som en måde at fremme deres interesse for at patienter får en aflastningsplads. Dog kan det også ses som et eks. på parternes ressourceknaphed, da de ikke altid har tid til at afholde møderne. Ligeledes kan der drages paralleller til teorien om brændpunkter ift. forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform. Pointen er her, at der i en grænseflade kan være uenighed om måden at samarbejde på. Det kan her ses, at der er forskel i, om og hvordan, de ønsker brugen af videomøderne. Denne uenighed om brugen af videomøderne kan også ses som en svaghed for samarbejdet, da det kan vidne om en generel forskel i, hvordan parterne ønsker at gøre brug af udskrivelsesmøderne.

5.4.3 Udskrivningsvisitatorer

For indsatsen med udskrivningsvisitatorer er Fog og Nielsen repræsentanter, men da denne indsats ikke til fulde er i funktion, og der derfor er mindre interaktion, bliver der også gjort mindre brug af problemløsende- og forhandlingstaktikker. Ligeledes er selve indsatsen med udskrivningsvisitatorer ikke på samme måde fordrende for problemløsende taktikker, da de ikke på samme måde har et forum, hvor repræsentanterne i grænsefladen kan mødes.

Først og fremmest kan det nævnes ift. at repræsentanterne er specialiseret inden for udskrivelser, at dette ikke kun er en styrke. Dette beskrives af Fog på følgende måde:

"Det er nok den seneste udfordring vi har, det er at udskrivningskoordinatorerne, de får en halv vind fra den sygeplejerske, der har passet borgeren eller patienten, og så sætter

de sig til at skrive en plejeforløbsplan. Og det vil sige, at det er anden og tredjehåndsviden, der kommer ind i plejeforløbsplanen, og det bærer den nogle gange præg af.” (Bilag 10)

Det er således en svaghed ved de specialiserede repræsentanter, at de ikke får et lige så stort kendskab til de enkelte patienter, som det almene personale. Ligeledes nævner Fog, at noget af det som kan være hæmmende for det tværsektorielle samarbejde er, når der mangler viden om hinandens områder, hvilket hun selv har, grundet sin mangeårige erfaring inden for andre sygeplejefaglige funktioner. Herunder ønsker Fog, at problemer med, at man indsætter linjer som ikke passer ind i de forskellige rubrikker, fordi man bruger standardfraser, kunne undgås. Ligeledes beskriver Nielsen, at hun også ønsker en øget kommunikation:

”Jamen altså, jeg kunne godt tænke mig, at vi fik noget mere af, at visitator måske kom op til os, og vi kunne se, jamen hvem er det egentlig vi kommunikerer med? Nu min kollega og jeg vi tog initiativet, da vi ligesom startede i den her stilling med at selv tage ned til Vejle og sige, jamen nu vil vi gerne se jer og høre om jeres arbejde, og hvordan vi kan hjælpe jer. Det synes jeg var rigtig godt. Men endnu mere af sådan noget, hvor vi ligesom får lov at se hinanden i øjnene og få en snak sammen, det tror jeg, det kunne højne samarbejdet rigtig meget. Fordi lige nu her er vi jo nogle enkelte brikker, der sidder rundt omkring og skriver og hvem er vi egentlig og hvordan arbejder vi”. (Bilag 9)

Nielsen savner altså, at de mødes og ser hinanden i øjnene, da dette også ifølge hende vil kunne højne samarbejdet. Herunder nævner hun også, at det meste af deres information går gennem online systemer, men at hun en gang imellem, når der er brug for at sætte andre ord på det, ringer til dem. Derudover nævner Nielsen også, at hun, især ift. komplicerede udskrivelser, ville ønske, at man kunne få en dialog med hjemmesygeplejen eller hjemmehjælperen, som kommer fast i hjemmet, for at høre, hvilke udfordringer de ser, og på den måde arbejde i samme retning. Ligeledes vil det også kunne gøre, at de ved noget mere om hinandens arbejde og kunne kommunikere for at undgå brug af standardfraser. Fog og Nielsen savner altså et forum for samarbejde og faglig vidensdeling for på den måde at kunne styrke samarbejdet. De savner altså et forum, som er fordrende for problemløsende taktikker, da den manglende kommunikation, faglige sparring og relation kan siges at være modsatte eksempler på problemløsende taktikker.

Ligeledes nævner Nielsen også, at hun i forbindelse med en tidligere stilling oplevede, at visitatoren kørte ud på sygehusene. Dette medvirkede til, at man fik et andet syn på, hvad det er for nogle problemstillinger man sidder overfor, og så var der også her mulighed for at inddrage de pårørende.

Når det kommer til brugen af forhandlingstaktikker, gør nogle af de samme ting sig gældende, som for de tidligere indsatser. Eksempelvis nævner Fog også situationen, hvor det er af praktiske årsager, ikke er muligt for dem at tage imod en borger, fordi udskrivelserne går så hurtigt, at de i kommunen ikke har nået at forberede sig. En anden interessant konflikt, som går igen, omhandler deres beskrivelse af, om en borger skal udskrives til hjemmet eller aflastning. Der er dog igen tale om en faglig diskussion, hvilket gør, at det er svært at vide, om repræsentanterne repræsenterer deres organisation eller deres egen faglige holdning. De benytter dog begge forhandlingstaktikker. Fog forklarer på følgende måde om udskrivelsen af nogle af de ældre borgere:

"Der kan være mange forskellige grunde til, at vi vurderer det, men vi vurderer ikke altid fordi sygehuset skriver aflastning i plejeforløbsplanen, og der har vi fat i den lange ende, altså det er os, der bestemmer det. Og der kan vi nogle gange opleve stor modstand, vi kan også opleve modstand fra vores egne leverandører, at nu sygehuset skriver aflastning, hvorfor gør I det så ikke bare. Og der skal man jo have noget hårdt på brystet for at stå imod for, at når alle råber det samme, og da bruger vi jo så hinanden herinde til at spare med. Men hvis det er en borger der ikke er forsøgt hjulpet i eget hjem, så mener vi også, at det skal forsøges." (Bilag 10)

Fog mener, altså med baggrund i hendes organisation og de rammer hun her skal følge, at man nogle gange bliver nødt til at stå imod og have hårdt på brystet, for på den måde at få sin vilje. Denne fastholdelse af position er således et eks. på brug af forhandlingstaktikker. Der bruges dog fra Nielsens perspektiv lignende taktikker, hvilket kan belyses ud fra følgende citat:

"Det er især der, hvor jeg tænker, at det her burde helt sikkert være en aflastningsplads, det er uforsvarligt at sende dem hjem i eget hjem. Men som kommunerne siger, kan de passes i eget hjem, så skal de hjem i eget hjem. Og så er de næsten ligeglade med hvordan det ser ud og hvordan det kan lade sig gøre. Der har jeg haft nogle stykker, hvor jeg er blevet nødt til at sige, at der er jeg ikke enig i jeres beslutning, og jeg synes, at det er uforsvarligt, men det er jeres beslutning og det er jer, der skal tage vare på borgeren efterfølgende, så det må være jer. Og det tænker jeg, at vi vil blive ved med, så længe at kommunikationen er som den er, fordi de jo ikke ved hvad det er, de står over for, før de kommer hjem i eget hjem, og det måske er for sent til at redde det hele." (Bilag 9)

Nielsen fortæller altså her om situationen set fra hendes perspektiv, hvor det i høj grad handler om, at hun mener, at det fagligt uforsvarligt at udskrive dem til eget hjem. Som Nielsen dog også selv kommer ind på, handler denne brug af forhandlingstaktikker også i høj grad om manglende mulighed

for anvendelsen af problemløsende taktikker, og på den er dette et udtryk for repræsentanternes brug af taktikker, men det er også et udtryk for indsatsens styrker og svagheder.

5.4.4 Opsamling på repræsentanterne og deres taktikker

Teoretisk er det ift. grænseflader blevet klart, at de taktikker, repræsentanterne i en grænseflade anvender, kan have betydning for konfliktniveauet, og de løsninger de finder i et samarbejde. Ligeledes kan repræsentanternes personlige involvering også have en betydning for et samarbejde. Analysen har vist, at nogle af indsætterne i sig selv er fordrende for problemløsende taktikker, herunder indsatsen om brobyggerpsygeplejersker, der fordrer dialog og samarbejde på tværs mellem brobyggerpsygeplejerskerne. Her nævner respondenterne, at særligt den gode kommunikation mellem dem er vigtig for at samarbejdet kan fungere. Ligeledes er der eksempler på, at repræsentanterne selv er fordrende for de problemløsende taktikker. Yderligere findes der et par eksempler på, at repræsentanterne anvender forhandlingstaktikker, dog er disse mere betinget af, at repræsentanterne vil gøre det bedste for patienten samt praktiske forhold og økonomi.

I forbindelse med indsatsen om de udskrivningssamtaler via video er denne ligeledes fordrende for problemløsende taktikker, hvor parterne altså får et større kendskab til hinanden og giver en større forståelse for hinandens kulturer på tværs. Derudover er repræsentanterne gode til at kommunikere informationer mellem hinanden, når de indgår i samarbejdet omkring de virtuelle udskrivelsessamtaler. Dog er der blevet argumenteret for, at selve det, at repræsentanterne har mulighed for at afvise samtalerne kan opfattes som en forhandlingstaktik. I denne forbindelse er der en generel problematik i, at kommunerne vælger at sende borgeren på aflastning, fremfor at sige ja til et videomøde. I den tredje indsats omkring udskrivningsvisitatorer, savner både Nielsen og Fog, et forum for samarbejde og faglig vidensdeling, som kan være fordrende for problemløsende taktikker. Derudover er der ligeledes eksempler på, at både kommune og sygehus anvender forhandlingstaktikker for at fremme egne interesser. Dog er der grundet de sundhedsprofessionelles autonomi på området også en organisering af grænsefladen der betyder, at der er plads til fagligt skøn. Der kunne i den forbindelse også argumenteres for, at dette er fordrende for anvendelsen af problemløsende taktikker, hvilket kan også ses som en styrke ift. at tilrettelægge individuelle forløb i en given udskrivelse.

5.5 Indsætternes kontekst

Browns teori om grænseflader er som bekendt opdelt således, at der uden om grænsefladerne, organisationerne og repræsentanterne er en kontekst. Den kontekst, som de enkelte indsætser befinder sig i, samt den samlede kontekst på området vedr. tværsektoriel forløbskoordination, vil blive undersøgt i følgende afsnit.

Først og fremmest består den kontekst, som samlet omgiver grænsefladerne og herunder de forskellige indsatser, af et politisk område, som taler ind i mange af tidens trends og behov ift. tværsektoriel forløbskoordination. Dog oplever Berthelsen, at lokalpolitikkerne ofte er mere begejstrede for at få omtale af deres interesse for området, end for eksempelvis at give penge til hendes forskning på området. Ligeledes oplever Siig, at den nationale politik ofte mangler fokus på kommunernes komplekse opgaver, dette beskriver hun således:

"Jeg tror, at man fra politisk hold er nødt til at få en større forståelse for den kompleksitet, der er sundhedsfagligt i kommunerne, hvor vi jo har meget fokus. Det kan man jo også høre på de nationale politikere hvor, når vi taler ældrelov, at man har meget fokus på livsbetingelser på livsvilkår og måske mindre fokus på den der faglige viden, der skal være når man skal løfte de her opgaver, der ligger i kommunalt regi". (Bilag 8)

Siig beskriver således, at opgaveglidningen fra sekundær til primær sektor er en tendens, som mangler opbakning ift. at sikre den faglige viden, som det kræver at løfte opgaven ude i kommunerne. Dette behandles yderligere i Afsnit 5.8.4 *Opgaveglidning fra hospital til kommune*.

Derudover er den politiske kontekst også, som tidligere beskrevet, i høj grad præget af, at det er et område, som ofte er presset på ressourcer, herunder økonomiske ressourcer og ift. rekruttering af medarbejdere. Dette kommer til udtryk ved at Siig nævner, at på trods af de gode takter, der er i den nye samarbejdsaftale, man har lavet i Region Midtjylland, så går det nogle gange så stærkt, at der alligevel ikke er tid til fælles forberedelsestid ift. udlevering af hjælpemidler. Dette refererer Andersen også til, da det ifl. hende ofte kan være svært at have det flow, man ønsker med udskrivelser, fordi kommunerne også har travlt og skal nå at have forberedelsestid før en udskrivelse. Ligeledes nævner også både Fog og Busch, at de godt kan se og fornemme i deres arbejde, at sygehusene har travlt, hvilket også gør, at patienterne nogle gange kommer lidt for hurtigt hjem, ift. hvor meget de mangler af deres behandling. Her nævner Fog dog, at de også i Vejle Kommune efterhånden har så travlt, at de ikke har tid til at tale med deres kolleger på sygehuset, men blot beder om at få alt på skrift.

En vigtig pointe ift. dette er dog, at denne økonomiske ressourceknaphed, som det også beskrives af flere af respondenterne, i høj grad hænger sammen med den politiske velvilje og interesse på området. Dette beskrives af Berthelsen således:

"Det er også derfor, at kommunerne er så forskellige som de er, fordi de bliver styrede af nogle politiske og økonomiske interesser. Så det er bare ikke det som der bliver prioriteret penge til. Det er jo uanset hvilken kommune det er. Hvis der er noget der kan skæres i, så

er det altid der, og så bliver der oprettet private firmaer i stedet for til hjemmeplejeydelser". (Bilag 3)

Den økonomiske kontekst handler altså ifølge Berthelsen også i høj grad om, hvilken politisk linje som bliver lagt på det kommunalpolitiske områder. Her beskriver hun også, at 10% af budgetterne i kommunerne går til sundhed, hvor det på hospitalerne er 100%. Derfor kan det også være svært at finde midler i kommunerne til nogle af de ekstra opgaver som f.eks. blodprøvetagning, som skubbes ud til kommunerne, fordi de ældre patienter har langt ind til sygehusene.

Udover den samlede politiske kontekst som er gældende på tværs af landet, så er det også tydeligt, at der er stor forskel på den politiske linje, som bliver lagt for de enkelte kommuner. Dette italesættes også direkte af flere af respondenterne. Eksempelvis er der ifølge Kjær nogle kommuner, som er hurtigere til at sende patienterne på aflastning end andre, og andre kommuner har som udgangspunkt, at patienterne skal tilbage i eget hjem. Dette hænger ifølge Jensen sammen med de økonomiske prioriteringer, men derudover er det også et udtryk for de forskellige politiske linjer, der er lagt for kommunens ældre- og udskrivningsområde. Dette beskriver Fog ift. Vejle Kommune på følgende måde:

"I Vejle Kommune har vi en politik, der hedder, at rehabilitering foregår som udgangspunkt i eget hjem og ikke på et midlertidigt ophold. Vi har midlertidige ophold, og vi har rehabiliteringspladser på vores midlertidige ophold. Dem bruger vi til de mennesker, hvor vi vurderer, at de enten ville kunne profitere meget af at komme sådan et sted hen, og/eller at det ikke er muligt i de omgivelser de har at rehabilitere dem bedst mulig". (Bilag 10)

Som Fog beskriver, har de altså i Vejle Kommune en politik, som hedder at man skal forsøge at hjælpe folk i eget hjem først og fremmest. Ligeledes beskriver Jensen, at man i Roskilde Kommune har et projekt, som hedder hjælp til selvhjælp, hvor borgerne næsten bliver mandsopdækket i deres genoptræning frem for at komme på aflastning. Dette fungerer også ifølge Jensen, selvom at hun i enkelte tilfælde ville ønske, at de fik en aflastningsplads inden dette forløb. Endelig fortæller Kjær, at de i Ringkøbing Skjern Kommune har mange aflastningspladser, og derfor også benytter dem mere velvilligt, og at kommunerne efter hendes mening har deres aflastningspladser besat, men at der er forskel på, hvad man arbejder ud fra. Her refererer hun til, at nogle kommuner er hurtigere til at sende patienten på aflastning, og så er der de kommuner, der har som udgangspunkt, at patienterne skal tilbage i eget hjem. Udover forskelle ift. prioriteringer af aflastningspladser er der også ifl. Nielsen og Berthelsen stor forskel på, hvilke opgaver kommunerne prioriterer at have kompetencer til at udføre. Dette beskriver Berthelsen ift. de regler, der er omkring IV-medicin:

"Altså de har jo også forskellige regler. F.eks. ift. IV-medicin så kan der være én kommune der ikke giver IV-medicin til borgerne overhovedet. Så er der en anden kommune, der kan give IV-medicin til maks. fem borgere, så er der en tredje kommune, der godt kan give IV-behandling, men kun i 14 dage, så er der en fjerde kommune der godt kan give to slags behandling. Det er bare en ting, hvor alle ting er forskellige i alle kommuner. Det kunne altså godt være rart, med en lige linje, men det er jo også igen hvad der bliver prioriteret penge til." (Bilag 3)

Berthelsen ønsker sig altså en mere lige linje for den regulative kontekst, da dette er noget som kan vanskeliggøre det tværsektorielle samarbejde. Dette beskrives også af Nielsen, som tidligere har arbejdet i en anden region, hvor man i højere grad prioriterede, at det kommunale personale skulle varetage komplicerede opgaver.

Det faktum, at nogle kommuner prioriterer at få patienterne hjem meget hurtigt, er også beskrevet i form af et begreb, som tidligere er nævnt i Afsnit 2.3.2 *National forskning* samt Afsnit 3.1.3 om forundersøgelser. Der opereres nemlig i hele sundhedssektoren med et begreb, som kaldes accelererede patientforløb. Dette begreb beskrives af Kjær på følgende måde:

"Jamen det er jo bare det her med, at det går mega stærkt, og patienterne er knap nok indlagte før vi skal begynde at snakke om, at nu skal de også snart hjem igen. Derudover så har vi virkelig meget, vi skal nå at have fundet ud af på den korte tid, de er her." (Bilag 7)

Dette begreb er således også vigtigt for at beskrive den kontekst, som indsatserne er en del af, og ifølge Nielsen er de accelererede patientforløb da og også medvirkende til, at man i højere grad har behov for det tværsektorielle samarbejde. Siig beskriver også de accelererede patientforløb, da hun fortæller, at borgerne kommer hurtigere hjem, og at man engang sagde, "når de var færdigbehandlede", det er de dog på ingen måde, når de kommer hjem nu. Denne pointe beskrives også af Busch, som tilføjer, at det giver meget mere arbejde både for regionerne og kommunerne. Dette hænger altså også sammen med den opgaveglidning, som vil blive beskrevet i Afsnit 5.9.1 *Udskrivelse begynder ved indlæggelsen*.

Ligeledes skal det nævnes, at denne analyse om den politiske kontekst, på mange måder danner baggrund for de mål og interesser, som er beskrevet tidligere i analysen. Det gør de, da de politiske bestemmelser og økonomiske prioriteringer, som er beskrevet ovenfor, ikke direkte er repræsentanternes egne interesser for grænsefladesamarbejdet, men i høj grad er formet af den kontekst, som danner rammen for de tværsektorielle indsatser.

Afslutningsvis skal det også bemærkes, at kontekst også kan forstås i en mere fysisk og geografisk forstand, og således er der også praktiske hensyn, som påvirker indsatserne. Eksempelvis nævner Andersen, at de på deres nye sygehus, Regionshospitalet Gødstrup, har fået enestuer, hvilket er en fordel for deres virtuelle udskrivelsessamtaler, så man på den måde ikke behøver at flytte patienten over i et mødelokale for at afvikle samtalerne. Ligeledes nævner hun flere gange, at de har sygeplejerskemangel og derfor tænker i at benytte andre typer af fagprofessionelle, som terapeuter til udskrivelsessamtalerne. Denne sygeplejerskemangel er også en af årsagerne til, at de ifølge Andersen ikke på sygehusene i Region Midtjylland har udskrivelseskoordinatorer, som nogle af de andre sygehuse har. Sygeplejerskemanglen beskriver hun også som sammenhængende med de meget store geografiske afstande, de har i regionen, og disse afstande er således også en af grundene til, at man i første omgang begyndte at tænke i virtuelle løsninger.

5.5.1 Opsamling på indsatsernes kontekst

En grænseflades kontekst, kan ifølge Brown, have stor betydning for arbejdet i grænsefladen. Konteksten kan bl.a. omhandle juridiske, politiske og økonomiske forhold. Dette har vist sig i høj grad også at gøre sig gældende for alle de tre indsatser. I en politisk kontekst oplever Siig, at opgaveglidningen fra sekundær til primær sektor mangler politisk opbakning ift. at sikre, at kommunerne er i stand til at løfte deres opgave. Yderligere bærer den politiske kontekst præg af, at sundhedsområdet er presset på både økonomiske ressourcer og rekruttering af medarbejdere. Ifølge Berthelsen har den politiske linje ligeledes indflydelse på, hvor stort et budget der gives til henholdsvis kommuner og sygehuse. Derudover er der internt mellem kommunerne også en forskel i den politiske linje, hvorfor der ligeledes er en forskel i behandlingen, hvor nogle patienter sendes i eget hjem, og andre sendes på aflastning. Ligeledes er der forskel fra kommunerne ift., hvilke opgaver de prioriterer kompetencer til at udføre. Yderligere er begrebet om det accelererede patientforløb væsentligt for konteksten, idet det giver mere arbejde for både region og kommune.

5.6 Deling af data mellem hospital og kommune

I forbindelse med indlæggelsen og udskrivelsen af en patient, er der et stort behov for at dele informationer mellem hospital og kommune om den enkelte patient. Der er dog en oplevelse blandt respondenterne af, at der i mange situationer ikke bliver delt de nødvendige informationer. Følgende afsnit vil derfor præsentere de empiriske fund, der omhandler deling af data mellem hospital og kommune.

5.6.1 Brobygger-sygeplejersker

Jensen fortæller, at det sundhedsfaglige personale i kommunen efter udskrivelsen af en patient kun har mulighed for at se en plejeforløbsplan, en udskrivelse i papir og det fælles medicinkort. De får dog ikke nogen informationer om, hvorfor patienten er blevet indlagt. For at give en bedre forståelse til

kommunen af, hvorfor patienten er blevet indlagt, vælger Jensen derfor at sende notater med til kommunen, for at de kan få en forståelse for patientens forløb, og samtidig lette arbejdsbyrden for kommunen. Jensen mener, at der i det hele taget bør være bedre mulighed for at få adgang til kommunens systemer, da det vil give dem et bedre helhedsblik over patienten. De har anmodet om, at udskrivningskoordinatorerne kan få adgang til kommunernes journaler, dog har de fået et nej til at få adgang til disse systemer. Jensen fortæller, at hun tidligere som delesygeplejerske havde denne mulighed:

“[...] det havde vi faktisk, da jeg var som delesygeplejersker, der fik vi faktisk, men det var jo så kun Roskilde Kommune, at der kunne man gå ind og se, hvordan er det gået det sidste stykke tid hjemme hos patienten inden de blev indlagt, hvad er det for nogle ting man kunne gøre anderledes.” (Bilag 4)

Denne forskel mellem kommunerne viser også, at det handler om konteksten, når forskellige kommuner i samme region, har forskellige holdninger ift. datadeling, men at det samtidig også er et spørgsmål om GDPR-regler. Ifølge Jensen kan der dog også komme for stor datadeling til kommunerne, og hun mener, at de allerede har en god deling af data til kommunerne, da de forhåbentlig får gode plejeforløbsplaner fra hospitalet: *“De kan jo også drukne i papirer kan man sige, og jeg ved at kommunerne, de har ikke tid til at sidde og nørde, det har de ikke, de kører rigtig stærkt derude”* (Bilag 4). Der er derfor også en grænse ifølge Jensen, da datadelingen heller ikke skal føre til unødigt merarbejde.

Busch fra Faxe Kommune savner også, at der er et fælles system mellem de forskellige kommuner og sygehuset, så hun ikke skal skrive om, hvorfor borger har været indlagt i deres eget system. Busch nævner, at hun ved, at det handler om udbud, men hun synes, at det er ærgerligt, at der ikke er et fælles system. Berthelsen er enig i Buschs ønske om et fælles system, og håber på at der kunne komme et fælles dokumentationssystem. Hun ser dog, at udfordringen for en fælles løsning er økonomien i det og kommunalpolitikkerne.

5.6.2 Udskrivningsmøde via video

I Ringkjøbing-Skjern oplever Siig, at de ikke nødvendigvis får de nødvendige informationer i forbindelse med en udskrivelse, da borgerne kan have været omkring to til tre forskellige hospitalsspecialer gennem sin indlæggelse. Det medfører, at den udskrivende afdeling ikke altid får samlet op på hele forløbet, og der er mangel på informationer, når de sendes til kommunen, hvilket kan have betydning for andre områder:

“Det gør i hvert fald, specielt på medicinområdet, at vi er nødt til at dykke lidt ned i, hvorfor der er sket de her forandringer, hvad handler det om, er det en fejl? Der sker også mange fejl eller er det bevidst at den her medicinændring er sket.” (Bilag 8)

Siig fortæller også, at der ved fejl i kommunikationen kan ske utilsigtede hændelser, hvor der kan mangle noget til udskrivelsen eller, at det fælles medicinkort ikke er blevet ajourført.

Siig fortæller, at manglen på informationer dog kan være gensidig, og at de heller ikke altid i kommunen er gode nok til at videregive informationer i forbindelse med en indlæggelse, når der skal udarbejdes en manuel indlæggelsesrapport til hospitalerne:

“I den skal der stå nogle informationer til sygehuset om, hvad er det for en hjælp borgeren får, hvad er det for nogle hjælpemidler der er i hjemmet, hvad er situationen når den er stabil og hvad er situationen i den akutte situation, forud for indlæggelse. Det er vi ikke altid gode til, og det er heller ikke altid, at vi er involveret når borgeren bliver indlagt. Så der kan være nogle forhindringer i det, men det betyder jo, at de ikke altid har de rigtige oplysninger at arbejde ud fra på sygehusene.” (Bilag 8)

Siig fortæller også, at den eneste fælles informationskilde, som de har, er det fælles medicinkort. Under Corona har de også haft en begrænset adgang til Sundhed.dk, hvor sygehuset ligger deres journalmateriale ud med en vis latenstid. Dette redskab skulle bruges, hvis de fik en Corona-positiv patient hjem, hvor behandlingen skulle fortsætte i eget hjem. Selvom Siig ser, at aftalen på nogle punkter har været okay, så forestiller hun sig, at den kunne være med til at underminere aftalen mellem region og kommune om, at de skal blive bedre til at give hinanden informationer. Samtidig ser Siig, at der ligger et etisk aspekt ved at have adgang til Sundhed.dk:

“Der ligger jo noget omkring samtykke og det etiske i, at vi kan gå ind og læse i folks helbredsinformationer på den måde. Jeg er jo helt sikker på, at alle har interesse i at gøre det, gøre det korrekte, men der ligger bare en fare i det.” (Bilag 8)

Det kan derfor ses, at Siig er enig med Jensen i, at der også kan blive delt for meget data om borgeren, og at det derfor er nødvendigt at tænke over, hvad der er behov for at dele af data mellem hospital og kommune.

5.6.3 Udskrivningsvisitatorer

I Region Syddanmark oplever Nielsen også, at deres system til at kommunikere med kommunen ikke fungerer optimalt:

“Jeg synes det her system, som vi kører lige nu, som hedder Cosmic, det er meget stift, øhh jamen meget forældet. Jeg synes vi kan sende en plejeforløbsplan, visitatoren kan

godt svare tilbage på det, men vi kan ikke svare tilbage i samme tråd, altså der skal vi ind og lave en indlagt korrespondance. Altså jeg mangler en eller anden fleksibilitet ift. den her kommunikation” (Bilag 9)

Der er altså nogle problemer i selve kommunikationssystemet, der er med til at besværliggøre kommunikationen mellem hospital og kommune.

I indsatsen for udskrivningsvisitatorer er det dog herudover begrænset, hvor meget de to respondenter har fokus på selve datadelingen mellem hospital og kommune. Dette kan også ses i lyset af, at der ikke har været en respondent for indsatsen om udskrivningsvisitatorerne, som har det overordnede ansvar for indsatsen. Der er således ikke en respondent ligesom Berthelsen og Andersen, der i højere grad sætter fokus på datadelingen mellem de to sektorer. Derudover hænger det også sammen med, at indsatsen i sig selv ikke længere er aktiv i samme grad som de to øvrige indsatser.

5.6.4 Opsamling på deling af data mellem hospital og kommune

Samlet set kan det siges for de tre indsatser, at der er et problem med datadeling mellem region og kommune. Her handler det i alle tre indsatser om, at de ikke har adgang til hinandens programmer, og at deres systemer ikke taler sammen. Flere af respondenterne giver dog også udtryk for, at den begrænsede adgang til hinandens systemer er grundet GDPR-regler og etiske aspekter i delingen af data. Den manglende deling af data i de tre indsatser er dog en svaghed for samarbejdet, da det kan være hindrende for at patienten kan få en god overgang mellem hospital og kommune og omvendt, og i værste tilfælde føre til utilsigtede hændelser, grundet manglende informationer eller dårlig kommunikation.

5.7 Ledelsesopbakning

I forhold til den intraorganisatoriske analyse peger dele af analysens empiriske fund på vigtigheden i ledelsesopbakningen omkring indsatserne. Følgende afsnit vil derfor præsentere, hvordan respondenterne giver udtryk for vigtigheden i at have ledelsens opbakning i indsatserne.

For at indsatserne kan fungere mellem hospital og kommune, ser Andersen vigtigheden i, at der er ledelsesopbakning på alle niveauer i hele organisationen. Samtidig er der også behov for enighed om målet for indsatsen på tværs af en klynge:

“At vi er nødt til at stå på, at det er en fælles beslutning på tværs af vores kommuner og region, at det ikke bare er noget vi som hospital har fundet på, men det er noget at det er faktisk en tværsektoriel beslutning, at det er det her vi vil.” (Bilag 6)

Der kan altså ses, at der er et behov for i en stor organisation, som et hospital, at alle ledelseslag tager et ansvar for at få de fagprofessionelle til at tage et ansvar for deres del af dette arbejdsområde. Her

er der ligeledes et perspektiv til den regulative søjle, hvor det bliver vigtigt, at der er en formel ledelsesmæssig opbakning for at legalisere indsatsen. Ses dette ift. Mintzbergs professionelle bureaukrati er dette en smule overraskende, da der her er en antagelse om, at topstyring kan være vanskeligt i denne type organisationer. Dog er det ikke overraskende, at en ledelsesmæssig opbakning naturligvis i en eller anden grad, vil legalisere indsatsen, specielt hvis denne ligger indenfor nogle kerneværdier, som de fagprofessionelle kan stå inde for, hvilke lader til at gøre sig gældende ift. et godt patientforløb.

Samtidig foregår arbejdet med at implementere en indsats også helt nede på den enkelte afdeling, hvor der skal fokus på det konkrete tiltag i indsatsen fra afdelingssygeplejersken:

“Hun siger, jeg er nødt til simpelthen hver eneste dag og stå op og finde ud af, har I overvejet en ny konference på de her patienter, altså vi er nede i noget helt håndholdt. Så det der med implementeringen, det er den der er svær tænker jeg nogle gange.” (Bilag 6)

Andersen forklarer hertil, at hun som konsulent på Regionshospitalet Gødstrup kan gøre meget for at få sygeplejerskerne til at tage videoudskrivningssamtalerne til sig, f.eks. taler hun med sygeplejerskerne og giver dem data. Dog har hun brug for, at der er nogle i det yderste led, der også viser vejen for projektet og sætter retningen over for sygeplejerskerne. Andersen har et blik for, at det er selve implementeringsprocessen, som gør processen svær.

For selve indsatsen om videoudskrivningsmøderne, kan det ses som en styrke, at der er ledelsesopbakning til projektet og fokus på, at indsatsen skal implementeres bedst muligt. Samtidig er der også fokus på, at det er svært at implementere til sådan en indsats.

5.8 Jurisdiktion i samarbejderne

Browns grænsefladeteori giver et indblik i, hvordan der arbejdes interorganisatorisk i indsatserne. For at få en dybere indsigt i indsatserne er det væsentligt at få en forståelse for, hvordan der arbejdes intraorganisatorisk. I denne forbindelse vil analysen i det følgende undersøge de fagprofessionelles jurisdiktion og sætte i relation til Abbotts og Mintzbergs teorier. For at undersøge de fagprofessionelles jurisdiktion er det værd at se nærmere på, hvordan respondenterne beskriver deres arbejdsområder ift. indsatserne. Formålet er her at forstå, om dette kan udgøre styrker eller svagheder ved de enkelte indsatser. Herunder er væsentlige pointer, at der er forskel i specialiseringsniveauet hos sygeplejerskerne i henholdsvis region og kommune. Derudover har respondenternes autonomi en betydning for udskrivelsen af patienten. Endeligt peger analysen på, at der er kommet større fokus på kompetenceudvikling ude i kommunerne.

5.8.1 Forskel i specialiseringsniveau

Overordnet for de tre indsatser beskrives det af respondenterne fra henholdsvis regioner og kommuner, at der er forskel i specialiseringsniveauet blandt sygeplejerskerne i regionen og kommunerne. Andersen fra Regionshospitalet Gødstrup forklarer, at de kommunale sygeplejersker ikke nødvendigvis har det samme højt specialiserede niveau, som sygeplejerskerne på hospitalerne, der er specialister inden for deres område. Det er derfor vigtigt at have for øje at kunne give denne viden videre. Selve jurisdiktionsbegrebet som også er underliggende i Mintzbergs bureaukratiske organisationsform, dækker i sig selv over både formelle og uformelle regler, hvilket også er beskrevet. Hertil er det interessant at drage paralleller til de regulative og normative søjler. En ramme for alle indsatserne i sig selv er, at det er fagprofessionelle, der er kernemedarbejderne, og at disse har jurisdiktion over det sundhedsfaglige område. Dette betyder, at det helt formelt er dem der må arbejde med indsatserne, og også at der er nogle helt uformelle normer, såsom at ville det bedste for patienten.

Berthelsen anlægger samme perspektiv på forskellen mellem de kommunale sygeplejerskers generelle kompetencer og de mere specialiserede kompetencer hos sygeplejerskerne på hospitalerne. Berthelsen forklarer her årsagen til specialiseringen på hospitalerne:

“Hospitalet er bygget op efter lægens specialer, og det er siloer i sig selv, for en ortopædkirurgisk overlæge for han kan jo ikke håndtere en lungebetændelse, så bliver patienten jo sendt rundt mellem siloerne.” (Bilag 3)

Der ligger derfor også et større krav til sygeplejerskerne i kommunerne som generalister, ift. hvilke ydelser der skal gives i kommunerne. Der er her også enighed mellem Andersen og Berthelsen om, at den specialiserede viden på sygehuset gør, at sygeplejerskerne ved udskrivelsen af en ældre medicinsk patient skal være mere opmærksom på at få klædt den kommunale sygeplejerske ordentligt på til at håndtere de opgaver, som er specialistopgaver på hospitalerne. Dette lader gennem alle de tre indsatser til at gøre sig gældende, hvilket derfor skal være et fokuspunkt for, at der kan opnås succes ift. det enkelte patientforløb. Denne opmærksomhed på at få klædt de kommunale sygeplejersker på, gør også at det undgås, at der kommer domænekonflikter på baggrund af en uklar arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektor, som kan være et eksempel på brændpunkt.

Forskellen i specialiseringen af arbejdsopgaver mellem hospital og kommune fremhæves også af Siig fra Ringkjøbing-Skjern Kommune. Hun udtrykker forskellen, som “to forskellige verdner” mellem hospital og kommune, hvor der tales to forskellige sprog:

“Det er en af udfordringerne, og i det ligger der også det her specialiseringssprog som mange gange bliver brugt på hver side af sektorerne, som måske også gør, at vi har svært ved at kommunikere med hinanden.” (Bilag 8)

I denne sammenhæng forklarer Siig også, at hun tror, at udfordringerne også ligger i, at det er travle sektorer, hvor man prøver at afgrænse sit eget aktivitetsområde for at have tid til at udføre arbejdsopgaverne ordentligt. Selve kommunikationen mellem de to sektorer, der afspejler det sprog, som de bruger i hver deres sektor, medfører ifølge Siig, at der er nogle forvekslinger og misforståelser. I forhold til jurisdiktionsbegrebet, er det altså værd at tage med, at der lader til at være forskel i jurisdiktionen mellem det kommunale sundhedspersonale og sundhedspersonalet på sygehuset. Sundhedspersonalet på sygehusene beskrives, som mere specialiserede og derfor på nogle punkter mere vidende om patientens sygdomsproblematikker sammenlignet med det kommunale sundhedspersonales generaliserede viden. Dette kan også sættes ift., at det er blevet klart, at hospitalerne laver en form for sundhedsfaglig anbefaling ift. patientens videre behandling i det kommunale. Det lader her til, at hospitalet derfor sidder tungt på den sundhedsfaglige jurisdiktion. Dette kunne udgøre en udfordring i og med, at kommunen ikke har samme sundhedsfaglige viden, og derfor som beskrevet måske ikke til fulde forstår alle de sundhedsfaglige komplikationer ift. en given patient. Det er tidligere beskrevet, at de netværk brobyggerisygeplejerskerne befinder sig i giver mulighed for dialog på en række punkter. Der kan ligeledes argumenteres for, at problematikken omkring forskel i jurisdiktion og sundhedsfaglig jurisdiktion kan udlignes ved, at der er etableret et forum, hvor der er plads til dialog ift. sundhedsfaglige problemstillinger. Det må ydermere påpeges, at hospitalet sidder på en uformel sundhedsfaglig jurisdiktion på området, da de har mulighed for at lave en anbefaling for udskrivelsen. Dog ligger den formelle jurisdiktion ift. beslutningen om, hvad der skal ske med en patient efter udskrivelsen hos kommunen, da de alene har myndighed over, hvilke ydelser en borger skal tilbydes. Dette kan som beskrevet også føre til konflikter mellem hospitalerne og kommunerne.

For at få overdraget den specialiserede faglige viden og den nødvendige viden om patienten benyttes der i indsatsen i Region Sjælland, særlige udskrivningskoordinatorer, der kan sikre overgangen for patienten fra hospital til kommune. Her fremhæver Jensen, at hun som udskrivningskoordinator har for øje hvilke notater, der skal sendes til kommunerne:

“Så jeg sender altid de sidste notater med, ergo og fys notater, udskrivelsesnotat, AUPén det er, altså alt hvad der er fra indlæggelse og til slut bare ikke alle notaterne, kun de notater der er umiddelbart vigtige fordi det giver også en respekt overfor det personale som modtager” (Bilag 4)

Der er altså en forståelse fra udskrivningskoordinatoren for, hvilke notater der er vigtige at medsende fra de andre fagprofessionelle, der har været inde over patientens forløb. Samtidig er der et blik for at lette kommunernes handlingsanvisninger og bidrage til et fuldstændigt overblik over patienten. Derved er der i udskrivningskoordinatorens faglighed en evne til at kunne sætte sig ind i andre fagprofessioners felt og forstå de vigtigste opgaver, der skal til for, at patienten har et gnidningsfrit forløb mellem sygehus og kommune. Altså har udskrivelseskoordinatorerne en specialiseret viden om området, hvilket kan ses som en stor styrke i denne indsats. I forhold til jurisdiktionsbegrebet kan der her argumenteres for, at udskrivelser bliver en integreret del af medarbejdernes jurisdiktion, hvilket også kan have en stor betydning for, hvordan opgaven med udskrivelser ses. Ved at have en funktion som forløbskoordinator oplever Jensen også, at det bliver tydeliggjort, hvem der ansvar for forløbskoordinationen:

“Jeg tror, at ansvaret er blevet flyttet lidt. Jeg tror ikke, at det er blevet mere eller mindre. Jeg tror bare, at det er blevet mere synliggjort, hvem det er der har ansvaret, og hvem det er der gør hvad.” (Bilag 4)

Der er derfor sket en mere klar arbejdsdeling gennem forløbskoordinationen, for hvem der har hvilke ansvarsområder. Derudover forklarer Jensen, at samarbejdsaftalerne er med til at tydeliggøre det fælles ansvar, så også de menige sygeplejersker og kommunale sygeplejersker er bevidste om hvordan, at alle har et fælles ansvar for opgaven, og at man griber den del af opgaven, som man har et ansvar for. Busch forklarer dog, at den menige sygeplejerske på gulvet på de enkelte afdelinger ikke kan sundhedsaftalerne på ryggraden, selvom de udgør hovedfokusset for deres samarbejde, og samtidig er vigtige i forbindelse med udskrivelsen af en patient. Berthelsen forklarer dog, at brobygger-sygeplejerskerne en gang imellem er nødt til at omgå reglerne i sundhedsaftalen, for at gøre forløbet for patienten, så godt som muligt. I forhold til organiseringen af grænsefladen blev det i Afsnit 5.3.1 *Brobygger-sygeplejersker*, omhandlende indsatsernes organisering, beskrevet, at sundhedsaftalen danner den formelle ramme om indsatsen. Det er dog særligt interessant, hvis sygeplejerskerne på hospitalet ikke kender sundhedsaftalen, da dette også betyder, at hospitalets personale ikke retter sig efter det formelle ved indsatsen.

I forhold til Mintzbergs professionelle bureaukratiske organisationsform, der beskriver de professionelle medarbejders autonomi i organisationen, kan det for brobyggerindsatsen nævnes som en styrke, at det lader til, at brobygger-sygeplejerskerne er meget autonome ift. at finde de rigtige løsninger på en udskrivelse. Ifølge Mintzberg er hele argumentationen for medarbejdernes autonomi, at de varetager komplekse opgaver, hvor kontrol er vanskeligt og ville hindre det faglige skøn. Hertil bør den regulative søjle også nævnes, for selvom der er fastlagte regler, så som sundhedsaftalen, lader

det dog til at brobyggersygeplejerskerne har mulighed for, bl.a. i form af deres netværk, at finde faglige løsninger, uden at være bundet af for mange formelle regler. Dette lægger sig ligeledes til organiseringsgraden af grænsefladen, der som bekendt er reguleret af sundhedsaftalen. Hertil er det dog nødvendigt at påpege, at der er ressourcemæssige begrænsninger, som også gør sig gældende for denne indsats.

Berthelsen ser det også som vigtigt, at brobyggernetværket opretholdes som en specialistfunktion, hvor der ikke indgår almindelige sygeplejersker i netværket. Hun forklarer, at de almindelige sygeplejersker kan varetage almindelige udskrivelser, men at der er behov for en specialistfunktion ved de udskrivelser, der tager længere tid, og som kræver en høj grad af koordinering. Her er der ligeledes et eksempel på, at udskrivelser bliver en integreret del af jurisdiktionen og dermed også en kerneopgave. Derudover er det vigtigt med kendskab til både primær og sekundær sektor. Dette uddyber Berthelsen ved at fortælle, at en af brobyggersygeplejerskerne har fortalt, at: *“Man skal vide hvad man bygger bro til”* (Bilag 3). Dette bakker Berthelsen op om, og forklarer at det er vigtigt at brobyggerne kender til begge sider, og at de kan tænke det tværfaglige samarbejde ind. Her er det både vigtigt, at de kan varetage den eksterne koordinering og den interne koordinering med andre faggrupper. Det kan ydermere ses som en styrke for brobyggerindsatsen, at der er en medarbejdergruppe, som har taget jurisdiktionen på området, da dette vil betyde et større fokus. Kendskabet til både primær og sekundær sektor som brobyggersygeplejerske gør, at risikoen for domænekonflikter reduceres. Samtidig er der en større forståelse for de forskellige organisationers interne strukturer, kulturer og processer. Dette vil ifølge teorien om brændpunkter være med til at forebygge tilbagevendende problematikker ved grænsefladen.

Overordnet kan det altså ses, at der er en forskel i specialiseringsniveauet mellem det sundhedsfaglige personale på sygehuset og i kommunerne. Årsagen til den mindre specialisering i kommunerne skyldes dog også, at de har brug for at have en mere generel vinkel på borgeren, da de ikke har mulighed for at trække på de samme specialiserede sundhedsfaglige grupper, så som læger. De forskellige specialiseringsniveauer mellem primær og sekundær sektor er dog medvirkende til, at der kan være en manglende forståelse for hinandens arbejde, og hvilke kompetencer der kan trækkes på. Indsatserne for brobyggersygeplejerskerne og de virtuelle udskrivningssamtaler viser dog, at de er med til skabe et bedre blik for de to sektors kompetencer. På Regionshospitalet Gødstrup har de fokus på, at de samarbejder med mindre specialiserede faggrupper ude i kommunerne. Særligt brobyggerindsatsen er med til at skabe en større viden mellem sekundær og primær sektor, da der er opfordres til, at man tager praktikker i både primær og sekundær sektor, når man indgår i netværket som brobyggersygeplejerske. Det kan derfor ses som en styrke, at der i brobyggernetværket er fokus på hinandens kompetencer for at styrke det tværfaglige samarbejde.

5.8.2 Udskrivelsen af patienten

På Regionshospitalet Gødstrup har deres indsats med videoudskrivningssamtaler via video også bidraget til at skabe mere faglig sparring mellem kommune og hospital, hvor der også er mulighed for at få lægen indover, hvis der er behov for det. Dog er det også i denne type situation, hvor sygeplejerskernes forskellige fagligheder i henholdsvis kommune og på hospital kommer til udtryk, hvor der er en forskel mellem det specialiserede niveau på hospitalet og den mere generelle opgavevaretagelse i kommunerne. Her ses det til udskrivningsmøderne, at den kommunale visitator har brug for en generel viden om patientens funktionsniveau og patientens evne til at være i eget hjem. Andersen kommer hertil med eksempler på oplysninger, som visitationen ønsker fra hospitalet: *"[...]så er det jo helt nede på om patienten kan tage en strømpe på selv, altså børste tænder, smøre deres mad, altså det er jo for, at de kan visitere hjælpen."* (Bilag 6). Andersen forklarer, at dette ikke nødvendigvis er en viden om patienterne, som sygeplejerskerne opnår viden om i løbet af den korte tid, som de fleste patienter er indlagt. Andersen har derfor en tanke om, at sygeplejerskerne er bekymrede for at skulle stå til ansvar for at have en detaljeret viden om patienten, som sygeplejerskerne ikke selv mener, at de besidder. Hertil er et interessant perspektiv til jurisdiktionsbegrebet, hvor der kan argumenteres for, at detaljeret viden om patienten umiddelbart ligger indenfor sygeplejerskernes område og dermed jurisdiktion. Dog er det viden som sygeplejerskerne ikke nødvendigvis besidder, og derfor ikke ønsker at stå til regnskab for. Der kan her argumenteres for, at forventningen om, at hospitalets medarbejdere har en fuldstændig viden om patienterne kan være en svaghed for denne indsats. I og med at indsatsens kerne er et møde, som kan regnes for relativt komprimeret, vil manglende viden fra hospitalets side, være en udfordring og kan derfor virke afskrækkende.

Kjær der er sygeplejerske på Gødstrup forklarer, at hendes opgave til mødet er at: *"[...] formidle og gøre opmærksom på, hvad patienten har af plejebehov [...]"* (Bilag 7). Kjær ser dog sin opgave som lille til udskrivningsmødet, da det er visitatoren som sundhedsmyndighed, der skal bevilge hjælpen, og dermed er det også visitatoren, som bestemmer om patienten skal have en aflastningsplads eller skal hjem til eget hjem. Udskrivningerne fra hospitalet tager dog også meget af Kjærs tid, da kommunerne har mulighed for at ringe med spørgsmål om patienterne efter selve udskrivelsen. Hertil forklarer Kjær:

"Jeg har nye kolleger, jeg skal tage mig af og hjælpe med at lære op, og så samtidig har jeg, i dag har jeg tre patienter og to udskrivelser og har snakket i telefon fem gange med kommunen eller plejehjemmet eller hvad de skal hjem til." (Bilag 7)

På denne vis bliver der taget tid fra Kjærs kerneopgaver, og hun oplever det som et forstyrrende element, at kommunerne har mulighed for at ringe til hende, fra kl. 8 til 15, mens hun skal finde de enkelte kommuners telefontider, hvis hun har behov for at kontakte dem. En af opgaverne som

sygeplejerskerne på afdelingen for ældresygdomme bruger rigtig meget tid på, er dog selve udskrivelsen af patienten. Andersen nævner, at der bliver brugt 2-3 timer på udskrivelsen af en patient. Der ligger derfor også en kernefaglighed for sygeplejerskerne i selve udskrivelsen af patienter. Kernefagligheden for den enkelte sygeplejerske bunder, ifølge Andersen, i hvor de arbejder henne i organisationen, da sygeplejerskerne har et blik for at tænke helhedsorienteret:

"[...] mange sygeplejersker har jo den der holistiske tilgang og kigger hele vejen rundt. Men man kan jo godt være farvet af, at man er i et speciale herinde, hvor man har en tilgang til, hvad er så kernefagligheden i det." (Bilag 6)

I forhold til både Mintzberg og Abbots teorier, er der altså her tale om et interessant perspektiv, selvom at udskrivelserne tager lang tid og kan presse hverdagen, falder opgaven stadig ned i medarbejdernes kernefaglighed og dermed jurisdiktion. Dette kan være fordrende for indsatsens succes da både jurisdiktionsbegrebet og den bureaukratiske organisering beskriver kernen i medarbejdernes faglighed, og at medarbejdere primært har fokus på deres faglighed i deres arbejde. Dette er en styrke for denne indsats. Det må dog påpeges, at det med nogen sandsynlighed også vil gøre sig gældende for de andre indsatser, at udskrivelser regnes for at ligge indenfor kernefagligheden og derfor kan regnes som en generel styrke.

I selve udskrivelsen af patienten fra hospital og kommune er der dog forskellige opfattelser af, hvilken rolle hospitalet og sygeplejerskerne har i udskrivelsen af patienterne på de forskellige hospitaler. Andersen fra Regionshospitalet Gødstrup ser, at hospitalets opgaver er at beskrive borgernes funktionsniveau og borgernes behov for hjælp, hvortil hun forklarer: *"Vi plejer at sige herinde fra, at vi må faktisk ikke anbefale eller skrive at de skal have en aflastningsplads kommunen."* (Bilag 6). Dog sker det, at sygeplejerskerne og visitatorerne fra kommunerne har forskellige opfattelser af, hvad der er bedst for borgeren, og også at sygeplejerskerne giver udtryk for, over for kommunen, at de anbefaler eller ønsker en aflastningsplads til borgeren. Her kan der også argumenteres for, at der er et ressourcemæssigt perspektiv som beskrevet ift. parternes interesser.

I Region Sjælland har Jensen et andet syn på udskrivelsen til kommunen, hvor hun beskriver, at de har mulighed for at anbefale, hvad der skal ske med patienten efter udskrivelsen. Hendes indtryk er, at kommunerne ofte prøver at følge hospitalets anbefalinger i det omfang, der er muligt. Fog fra Vejle Kommune fortæller, at det er et skøn, der bliver lavet hver gang de skal bedømme, om en borger skal på midlertidigt ophold. Hun fortæller, at skønnet f.eks. også handler om planløsningen af borgernes huse, når de skal lave et skøn i sådanne sager. Ifølge Fog kan der dog visiteres til det meste i kommunerne. Det handler om, at der skal være en faglig begrundelse i plejeforløbsplanerne, hvilket ikke altid er skrevet grundigt. Nielsen fra SUH ser heller ikke, at hun overfor kommunerne har

mulighed for at præge den endelige beslutning. Hun mener, at det som hun kan være med til at beslutte er ift. hvilke hjælpemidler, der er nødvendigt, men at hospitalet ellers kun har mulighed for at komme med opfordringer og anbefalinger til borgernes forløb efter udskrivelse. Andersen forklarer, at der dog kan være tilfælde, hvor det er svært for kommunen at undgå at give patienten en aflastningsplads, da det sker, at en læge siger at patienten skal have en aflastningsplads. Her kan det være svært for kommunerne at afvige fra lægens tilsagn.

De forskellige opfattelser mellem hospital og kommune, bunder ifølge Andersen også i, at der fra sygeplejerskernes side mangler en forståelse af, hvad der er muligt ude i kommunerne, og hvilke opgaver de enkelte kommuner kan varetage. Nielsen på SUH er også enig i, at der mangler en viden om, hvordan det fungerer ude i kommunerne, og hun ser det som en styrke, at hun tidligere har arbejdet i primær sektor i forskellige funktioner, hvor hun har fået indsigt arbejdsgangene, og hvilke opgaver de kan varetage i kommunerne. Hun oplever dog, at der også mangler en forståelse i kommunerne for arbejdet på hospitalerne, når de beder om en aflastningsplads til en patient: *“Jamen jeg tænker meget af det, det handler om kommunikation, om kompetencer ude i kommunerne forståelse for det arbejde vi laver.”* (Bilag 9). Hun tænker dog, at de forskellige syn på patienten skyldes, at kommunen kun ser patienten på papiret, og ikke ser patienten, som de ser inde på sygehuset. Dette påpeger hun, at det også er noget af det, som gør det svært som sygeplejerske:

“[...] der føler jeg lidt, at det ville bare være rigtigt fint, hvis de måske et eller andet sted så, hvad det var vi så, i stedet for at se det på papiret. Det er nogle gange svært at gøre det rigtig godt, når vi kan se, at det ikke er holdbart, at de kommer hjem i eget hjem i en periode.” (Bilag 9)

Der er dog også tidspunkter, hvor Nielsen fortæller kommunen, at hun ikke er enig i deres beslutning ift. borgeren:

“Der har jeg haft nogle stykker, hvor jeg er blevet nødt til at sige, at der er jeg ikke enig i jeres beslutning, og jeg synes, at det er uforsvarligt, men det er jeres beslutning, og det er jer, der skal tage vare på borgeren efterfølgende, så det må være jer.” (Bilag 9)

Der er altså tidspunkter i udskrivelserne af patienterne, hvor Nielsen ikke fagligt kan stå inde for kommunens beslutning ift. den enkelte borger. Dog ved Nielsen, at det er uden for hendes beslutningskompetence at afgøre den sidste beslutning, men hun gør tydeligt opmærksom på, hvor ansvaret ligger efter udskrivelsen af patienten. Nielsen er dog bevidst om, at nogle borgere vil have det bedre i eget hjem end ved at være indlagt på sygehuset, og i stedet kunne komme hurtigere hjem og fortsætte behandlingen i eget hjem.

I forbindelse med selve udskrivelsen af patienterne er respondenterne fra hospitalerne klare over, hvor meget autonomi de har. Forskellen for nogle respondenter ligger dog i om de mener, hvorvidt de har mulighed for at anbefale til kommunen, hvad patienten vil have bedst af, eller om de ikke må dette. Uanset om de ser det at anbefale som en mulighed, så er klarheden over deres egen autonomi med til, at der vil være få domænekonflikter i overgangen fra hospital til kommune for patienten. Dog kan den manglende indsigt i hinandens viden og kompetencer føre til, at det kan være svært at nå hinanden i samarbejdet om patienten. Dette vil ifølge teorien om brændpunkter være med til at gøre, at der sker en tilbagevendende problematik. Det er dog en styrke i de tre indsatser, at der er fokus på graden af autonomi for respondenterne i henholdsvis primær og sekundær sektor. Det kan dog være en svaghed for samarbejdet, at nogle af sygeplejerskerne på hospitalerne giver udtryk for deres uenighed overfor kommunerne, hvis de er uenige i kommunens beslutning for borgerne, da de indtræder på et område, som ikke er deres jurisdiktionsområde.

5.8.3 Kompetenceudvikling mellem primær og sekundær sektor

Jensen fra Region Sjælland oplever, at der også er sygdomme og dets følgesygdomme, hvor det kommunale personale har en begrænset viden, der gør det sværere i opgavevaretagelsen i kommunerne. Her har Jensen medvirket til at sikre, at opgaverne om de mere tunge patienter også blev løftet: *“Og da var det simpelthen sådan, at vi, eller jeg gjorde i hvert fald sammen med en læge, så tog vi ud og underviste en hjemmeplejegruppe i, hvad er denne her sygdom.”* (Bilag 4). Jensen har derfor som en mere specialiseret sygeplejerske fra hospitalet bidraget til at give bl.a. den kommunale hjemmeplejegruppe en større indsigt i de mere tunge patienter, som også er en del af arbejdsopgaverne i kommunerne. Derudover forklarer Andersen, at den ændrede opgavevaretagelse medvirker til et særligt behov for, at der gives den rigtige information til sygeplejerskerne i kommunerne: *“[...] det kræver nok lidt mere også i samarbejdet, at man er tydelig omkring, hvad er det den kommunale sygeplejerske skal håndtere efterfølgende.”* (Bilag 6). De komplekse patienter skal der derfor have større opmærksomhed omkring udskrivelsen til kommunerne. Samtidig fortæller Andersen, at akutsygeplejerskerne i kommunerne ofte bliver inddraget i disse sager.

Nielsen fortæller, at de sygeplejersker, der har været i kommunerne i mange år, har en mere forældet viden. Gennem de senere år er der blevet lavet vidensdeling, små praktikophold eller noget uddannelse, for at få opdateret viden på tværs af sektorer:

“Jeg tror, det var Aarhus der startede i sin tid med et projekt der hed fælles skolebænk, hvor man både var sygehuspersonale og personale fra primær sammen og gik i dybden med nogle emner ift. den gode udskrivelse. Og det synes jeg er noget man skal gøre endnu

mere i for at højne hinandens viden og måske nogle så praktikophold ude i kommunen.”

(Bilag 9)

Kompetenceudviklingsmulighederne i kommunerne er dog begrænsede, da der er få midler til at videreuddanne det sundhedsfaglige personale. Hertil forklarer Berthelsen:

“Vi havde i Roskilde Kommune en brobyggerpsygeplejerske der læste en master i klinisk sygepleje, og fordi hun gjorde det, den koster 120.000, fordi hun gjorde det, så brugte hun hele budgettet for alle sygeplejersker, assistenter alle ift. at kunne tage uddannelse i to år. Så der er bare ikke muligheder for at blive opgraderet, det er meget ringe.” (Bilag 3)

Det kan derfor være svært for det sundhedsfaglige personale i kommunerne at opnå en større viden om mere komplekse sundhedsfaglige områder, da uddannelsesmulighederne er begrænsede. Siig fra Ringkøbing-Skjern Kommune fortæller også, at fagligheden er vigtig, da det f.eks. er hjemmesygeplejerskerne, der står med den sidste beslutning, da der ikke er mulighed for at få fat på en læge på samme måde, som på hospitalet. Dette har også indflydelse på, om borgerne kan beholdes i hjemmet:

“Det har helt klart betydning for, hvad er det der kan lade sig gøre, altså hvis vi havde en læge tæt på f.eks., så kunne vi måske beholde flere patienter i hjemmet, fordi vi kunne få sparringen når der sker udvikling i det.” (Bilag 8)

Den manglende faglighed fra en læge, der hurtigt kan træde til i kommunerne, gør derfor at kommunerne har en mindre opgavevaretagelse end hospitalerne, hertil er de færre uddannelsesmuligheder i kommunerne heller ikke med til at udvide jurisdiktionsområderne.

Samlet set kan det altså siges, at det mere generelle faglige niveau påvirker arbejdet for de kommunale sygeplejersker og har betydning for, hvilke borgere de kan have i hjemmet. Samtidig er der ikke det samme fokus på at løfte niveauet og øge specialiseringen ude i kommunerne, som der er på hospitalerne. Dog giver respondenterne udtryk for, at der de senere år er kommet et større fokus på, at der også skal være et højere fagligt niveau hos den kommunale sygepleje. Hertil er der et godt samarbejde mellem hospitaler og kommune, hvor hospitalernes personale, gennem undervisning og kurser, bidrager til at højne niveauet for det kommunale sundhedsfaglige personale.

5.8.4 Opgaveglidning fra hospital til kommune

I ovenstående er der blevet analyseret på sygeplejerskernes jurisdiktion i primær og sekundær sektor. Her var en af hovedpointerne, at sygeplejerskerne på hospitalerne har en mere specialiseret viden end de kommunale sygeplejersker, der har behov for en mere generel viden ift. deres opgavevaretagelse. Dog peger empiriske fund i analysen på, at der er sket en opgaveglidning fra

hospital til kommune, således at kommunerne bl.a. har flere komplekse opgaver at løse. Dette vil præsenteret i følgende afsnit.

Busch forklarer, at der er sket en ændring i opgavevaretagelsen mellem hospital og kommune de seneste år:

“Amen borgerne bliver udskrevet fra sygehuset, meget tidligere, end de gjorde for år tilbage, der fik de 1-2 dage ekstra, det gør man ikke mere! Så vi har jo meget mere arbejde med, at de bliver udskrevet så hurtigt. Der er meget mere hjælp der skal sættes i værk, der er meget mere koordinering der skal sættes i værk, øhm hvor på de tre dage kunne borger måske selv gå i stedet for at blive liftet?” (Bilag 5)

Den tidligere udskrivelse medfører ifølge Busch også et arbejde for både hospitalet og kommunen, da de svagere borgere, der bliver udskrevet, betyder at der skal et større koordineringsarbejde til mellem hospital og kommune for at få afklaret, hvilke hjælpemidler borgeren skal bruge i kommunen. Derudover kan det siges, at de tidligere udskrivelser har haft en påvirkning på opgaveglidningen, da kommunerne får en anden type af borgere hjem, da nogle, som tidligere nævnt, fortsat kræver behandling ved udskrivelsen.

Siig fra Ringkjøbing-Skjern Kommune ser også, at der er sket en opgaveglidning mellem region og kommune. Dette gør dog også, at kommunerne får mere specialiserede behandlingsformer. Hun oplever dog, at de i kommunen har svært ved at være på forkant med det. I Vejle Kommune oplever de også, at de har flere komplekse borgere, hvor der skal varetages mere behandling i eget hjem. Fog forklarer, at deres kapacitet er begrænset til at kunne varetage de mere komplekse borgere, f.eks. i forbindelse med IV-behandling:

“Vi har nogle akutsygeplejersker i kommunen, som varetager det, og deres kapacitet den er begrænset. Så hver gang vi har en af dem, så skal vi faktisk have fat i akutsygeplejen og fundet ud af, har de kapacitet til at tage en borger, der skal have IV gange tre i døgnnet de næste fjorten dage for eksempel.” (Bilag 10)

Der er derfor et vist mismatch i opgaveglidningen fra hospital til kommune, hvor der ikke helt er den kapacitet, som der efterspørges fra hospitalerne for at kunne varetage, den ændrede opgavevaretagelse i kommunerne.

Opgaveglidningen har dog også medført, at der er sket ændringer i planerne for borgerne fremadrettet efter udskrivelse:

“Så der er jo også nogle opgaver, som ligger hos kommunerne nu, som før lå mere på sygehusniveau, hvor man fik lavet nogle mere veludviklede planer for det fremadrettet, og borgerne kunne mere, når de kom hjem.” (Bilag 8)

Siig ser også, at hastigheden i indlæggelsessituationen, hvor patienterne i stedet for en indlæggelse kommer ind på akutmodtagelsen gør, at det er svært at arrangere videoudskrivningsmøderne med hospitalet, da de ikke har tid til at arrangere:

“Ved at man gør det på den måde, så aktiverer vi faktisk ikke de her naturlige kommunikationsformer, som vi har mellem sygehus og kommunerne, men det betyder jo også, at vi faktisk ikke rigtigt kan nå at få det iværksat.” (Bilag 8)

Siig forklarer også, at hun tror, at den større brug af akutmodtagelsen fremfor indlæggelse gør, at der bliver kigget specifikt på henvisningsdiagnosen, og der i mindre grad fokuseres på kompleksiteten i borgernes situation. Hun tror dog, at der vil komme et større tværfagligt fokus på patienten i forbindelse med sammenlægningen af Holstebro Sygehus og Herning Sygehus på Regionshospitalet Gødstrup: *“En del af vores patienter vil blive indlagt i geriatrien, og så blive behandlet i det specialiserede og så komme tilbage til geriatrien inden de bliver udskrevet.” (Bilag 8)* Det nye regionshospital i Region Midtjylland med både geriatri og andre specialer, kan derfor ifølge Siig hjælpe til at få set hele sygdomsbilledet af disse borgere med mange forskellige sygdomme.

Ligeledes ses der et behov for en anderledes organisering i kommunerne. Andersen oplever, at nogle kommuner er begyndt at arbejde tættere sammen mellem det sundhedsfaglige område og myndighedsplanet. Her er der mulighed for at arbejde i en tættere funktion for at se på udskrivingerne sammen i visitationen. Andersen tilføjer, at det ofte også var denne arbejdsmetode, der blev brugt i det udførende led i kommunerne, inden de fik visitatorer.

Samlet set kan det ud fra respondenternes udsagn siges, at der er sket en opgaveglidning fra sekundær til primær sektor. Denne opgaveglidning er bl.a. forårsaget af den tidligere udskrivelse. Opgaveglidningen betyder derudover, at flere komplekse og behandlingskrævende opgaver er rykket ud til kommunerne, hvor der ikke altid er kapacitet til at tage de mere komplekse og ressourcetunge patienter. Derudover medvirker hastigheden i udskrivelserne også til, at der er mindre tid til at lave udførlige planer for patienter i forbindelse med udskrivelse. I sammenhæng med dette oplever de kommunale respondenter, at der ikke altid er et helhedsperspektiv på borgeren i forbindelse med deres forløb på hospitalet.

5.8.5 Opsamling på jurisdiktion i samarbejderne

Det er blevet klart, at der ift. styrker og svagheder i de enkelte indsatser er en stor sammenhæng mellem de kendetegn der er ved de forskellige organisationer og selve grænsefladen. Der har ift. jurisdiktionsbegrebet og det professionelle bureaukrati været stort fokus på de fagprofessionelle, der udgør kernemedarbejderne i alle indsatserne. Desuden er det klart, at nogle af de forventelige kendetegn hos denne type medarbejdere udgør en vigtig del af alle indsatserne og dermed også i grænsefladesamarbejdet. Den sundhedsfaglige viden, den underliggende norm og at gøre det bedste for patienterne gennemsyrrer samarbejderne, og er ift. grænsefladen med til at gøre det klart hvilke mål, der er for samarbejdet. Dog er forskellen i uformel og formel jurisdiktion mellem hospital og kommune også noget, der generelt set er med til at udgøre en udfordring for indsatserne, da der i nogle tilfælde mangler en forståelse for modpartens vurdering. Det kan dog ikke underkendes, at de fagprofessionelle, der indtræder i alle indsatserne, har en lignende baggrund og derfor også til en vis grad en fælles forståelse for området, og de opgaver der skal løses. Medarbejdernes sundhedsprofessionelle tilgang til arbejdet med udskrivelser og deres jurisdiktion på området, kan ligeledes siges at hjælpe indsatserne på vej. Der er som beskrevet formelle regler for alle indsatserne særligt ift. sundhedsaftalerne. Men hos de medarbejdere der indtræder i indsatserne, er der også en stor faglighed og en norm om at træffe individuelle skøn, der tilgodeser den pågældende situation og patient. Det lader her til, at denne tilgang er med til at hjælpe den forhandling, der er i grænsefladen. Yderligere kan det tilføjes, at i indsatserne om de virtuelle udskrivningssamtaler og brobyggerindsatsen, er dialogen mellem hospital og kommunen med til at styrke indsatsen og selve samarbejdet. Den samme form for faglig dialog lader dog ikke til at være til stede i samme grad i indsatsen for udskrivelsesvisitatorer.

5.9 Patientens forløb

Gennem empiriindsamlingen giver respondenterne udtryk for, at der bør være fokus på helhedsbilledet af patienten og inddragelse af både borger og pårørende i indsatserne. Dette er essentielle pointer for analysen, dog kan det ikke appliceres på projektets teoretiske udgangspunkt. Afsnittet vil sætte fokus på, hvordan respondenterne mener, at de fagprofessionelle bør forberede patientens udskrivelse allerede ved indlæggelsen, samt have et helhedsbillede af patienten. Derudover vil holdningerne til inddragelse af borger og pårørende blive berørt. Endeligt vil forbedringspotentialerne for indsatserne blive præsenteret.

5.9.1 Udskrivelse begynder ved indlæggelse

Flere af respondenterne giver udtryk for, at en god udskrivelse allerede har sin start ved indlæggelsen af den ældre medicinske patient. Jensen fra brobyggerindsatsen siger følgende:

“Et godt patientforløb er, at en indlæggelse altid starter med en udskrivelse. Så i det øjeblik, at du får en patient ind, så skal du tænke på at patienten skal ud igen og det lyder lidt hårdt. Men det er faktisk det med, at man laver de bedste udskrivelser, det er, at man laver nogle gode planer for patienten når patienten skal hjem.” (Bilag 4)

Jensen beskriver her, at udskrivelsesprocessen er langstrakt og ikke kun er relevant i de sidste dage af en indlæggelse. En spekulation kunne være, at dette har sin rod i de accelererede patientforløb, som løbende er beskrevet gennem dette speciale som et væsentligt begreb i den danske sundhedssektor. Der kan argumenteres for, at de ofte hurtige forløb, patienter er igennem i dag, naturligt ligger op til, at udskrivelsen også planlægges tidligt. Dog er der som beskrevet også en holistisk, helhedsorienteret tilgang til patienten blandt de fagprofessionelle, hvilket medfører et naturligt fokus på, hvad der venter patienten også ift. udskrivelsen. Siig fra Ringkøbing-Skjern Kommune beskriver ligeledes, at der bør være fokus på udskrivelsen helt fra starten af en indlæggelse:

“Jamen når borger/patient er indlagt, så skal vi begynde at forberede udskrivelsen. Det har man jo gjort fra sygehusene i mange år, og det skal vi være bedre til i kommunerne og sige, jamen vi skal være foran vi skal have planlagt den her udskrivelse, som vi ved kommer.” (Bilag 8)

Her er der bl.a. tale om et forbedringspotentiale fra kommunens side. Fokusset på udskrivelsen fra hospitalets side lader ikke til at strække sig ud til kommunerne. Dog lader det til, at Siig her gør sig nogle af de samme tanker, som der bliver gjort på hospitalet, altså at et patientforløb ikke er en række selvstændige steps, men bør være en helhedsorienteret proces. At kommunen ifølge Siig bør planlægge efter udskrivelser, vil få en positiv betydning for koordinationen mellem kommune og hospital ved selve udskrivelsen.

5.9.2 Det hele menneske

At der er fokus på udskrivelsen allerede fra indlæggelsens start, grunder som beskrevet i et ønskværdigt fokus på at se patienten som et helt menneske, eller med andre ord at se på alle de problematikker den enkelte patient står overfor. Fog fra Vejle kommune kommer med en kritik ift. udskrivelserne i indsatsen med udskrivningsvisitatorer:

“[...] ja det der med at se det hele menneske, at hvis der er nogle psykiatriske issues, eller der er nogle andre somatiske ting. Det er de ikke ret gode til at se, altså de sender folk hjem med noget, hvor man tænker, at der burde de i det mindste have bedt om medicinsk tilsyn eller psykiatrisk tilsyn eller et eller andet. Altså hvor man tænker, at det kunne have været undgået, hvis ikke man havde haft sine fagskyklapper på i de enkelte afdelinger.” (Bilag 10)

Fog beskriver her en svaghed ved den høje specialisering der som beskrevet er på hospitalerne. Hun beskriver, at der ofte kun er fokus fra hospitalets side på det speciale de beskæftiger sig med, hvilket har betydning for, at der ikke er fokus på andre vigtige problematikker, som ligger ud over den pågældende specialisering hos den udskrivende afdeling. Der kunne her argumenteres for, at den høje specialisering kan være en stopklods for at se på det hele menneske, hertil kan det være at generalistfærdighederne i kommunerne måske i højere grad er anvendelige til at se på alle de problematikker, der kan opstå omkring de komplekse ældre patienter. Siig fra Ringkøbing-Skjern Kommune kan ligeledes savne fokus på det hele sygdomsbillede. Hun beskriver også, at der kan være et for snævert specialiseret fokus. Her beskriver hun det gavnlige i, at patienterne også bevæger sig indenfor forskellige hospitalsområder:

“[...] en del af vores patienter vil blive indlagt i geriatrien, og så blive behandlet i det specialiserede og så komme tilbage til geriatrien inden de bliver udskrevet. Og det betyder, at vi får et mere tværfagligt fokus på borgeren, og måske får hjulpet mere på det hele på sygdomsbillede. Det her er jo borgere, med mange, mange forskellige sygdomme, og kroniske sygdomme, der får ekstremt meget medicin, og er skrøbelige.” (Bilag 8)

Siig beskriver her, at der kommer et mere helhedsorienteret fokus, som giver et bedre billede af alle patientens problematikker, hvilket også er gavnligt ift. kommunens videre arbejde efter udskrivelsen. Det skal dog påpeges, at der i indsatsen med de virtuelle udskrivelsessamtaler, som Siig også repræsenterer, ifølge Kjær på hospitalet, er en viden om og anerkendelse af, at der er tale om meget komplekse patienter med mange forskellige sygdomme.

5.9.3 Borger og pårørende i indsatserne

Gennem empiriindsamlingen og den foreløbige analyse er det blevet klart, at et vigtigt område ift. udskrivelser af ældre medicinske patienter er deres pårørende, og hvilken plads patienten selv indtræder med i indsatsen. De pårørendes vigtighed er også noget, der bakkes op af forundersøgelsen med Ældre Sagen. Nielsen fra Sygehus Lillebælt beskriver eksempelvis, hvor vanskeligt et sygdomsforløb kan være for patienter uden pårørende. Jensen fra brobyggerindsatsen beskriver, hvordan hospitalet skal være en medspiller for de pårørende i hele processen omkring en indlæggelse og udskrivelse:

“Personligt er jeg bevist om, at man går jo inde på folks private svære. Så det her med, at man møder den pårørende og patienten, og man sørger for, at man ikke træder nogle over tæerne, men at man er en medspiller. Det her med, at du gør det for at lette den pårørende, og for at patient/borger ikke bliver indlagt, så man ligesom bakker op om det hjem der er. Og det giver tryghed, fordi ofte er der jo de pårørende, der ikke føler, at de

bliver hørt, og det er mange gange, at de ikke er oplyst om, hvad det er for nogle muligheder, de har.” (Bilag 4)

I citatet ligger der også det, at det er vigtigt for hospitalet at spille sammen med de pårørende og borgeren, så man ikke kommer til at støde nogen. I den forbindelse er konflikter ikke ønskværdige, hvilket ikke er begrænset til hospital og kommune, men ligeledes mellem sundhedssektoren og patienten samt pårørende. Fokuset i dette speciale ligger i høj grad på de konflikter og problematikker, der kan opstå mellem hospital og kommunerne, og ikke så meget på de konflikter, der kan opstå med de pårørende og patienten selv. Det betyder dog ikke, at konflikter ikke også kan opstå med patienter og pårørende. Et godt eksempel, hvor patienten og de pårørende er blevet indtænkt i en indsats, er i de virtuelle udskrivelsessamtaler i Region Midtjylland, hvilket også udgør en styrke ift. netop denne indsats. Andersen fra Regionshospital Gødstrup kommer med et konkret eksempel, hvor en usikker borger og pårørende blev hjulpet af den konkrete indsats:

“Så ringer visitationen i løbet af et kvarter, og så siger afdelingen, vil I være med til et videomøde her og nu med denne her borger og pårørende? Og så laver de er hurtigt videomøde, og så falder der fuldstændig ro på, fordi denne her borger og pårørende får lov til at tale med kommunen også, og de får drøftelser. [...] Og det er noget af det, der er lagt ind i den dagsorden, og det vender jeg tilbage til at sige, at hvordan får vi patienter og pårørende inddraget ift. deres ønsker og behov. Vi kan godt synes, at det er nemt lige at koordinere, men hvis det er noget helt andet de ønsker, så er det det, vi skal tage hensyn til.” (Bilag 6)

Her tydeliggør Andersen den vigtige plads, som patient og pårørende også indtræder med i en udskrivelsesproces, men hun tydeliggør også en fordel ved indsatsen med de virtuelle samtaler, nemlig at patient og pårørende også får mulighed for at være en aktiv og integreret del af udskrivelsen. Der ligger i alle indsatserne stor vægt på patienten og på de pårørende, og som Andersen senere beskriver, så har de pårørende en enormt stor viden om, hvad patienten har behov for, hvilket er en viden både hospitalet og kommunerne ikke ellers kan opnå. Derfor virker borgernes og de pårørendes involvering som en styrke i indsatsen i Region Midtjylland. Andersen beskriver desuden de pårørende som patientens talerør og en meget vigtig samarbejdspartner ift. en kompleks patientgruppe. Andersen siger desuden i forbindelse med videomøderne og patienternes tilstedeværelse:

“At man på den anden side får set patienten, får mærket og fornemmet, hvad foregår der i rummet, det betyder noget. Og jeg tænker, det der med, at vi ser, der kan man jo helt anderledes se borger, vi sidder overfor, i stedet for at det bare er noget, som jeg får fortalt i plejeforløbsplan eller i telefonen.” (Bilag 6)

Her tydeliggøres det igen, hvor stor værdi Andersen tilskriver det at kunne se og tale fysisk med patienten, som en styrke. Derudover forklarer Siig, at sproget blandt de fagprofessionelle også kommer ned på et andet niveau i udskrivesamtalerne:

“Det der med, at borgeren er involveret i samtalen og pårørende er involveret i samtalen, gør også, at vores sprog bliver anderledes, og det gør, at mange af de oplevelser, som man ved på tværs af de her grænser er, de bliver drøftet igennem. Man får snakket om, hvad er det for medicin, hvor længe skal det fortsætte, hvad er det for nogle behandlinger der er sat i gang.” (Bilag 8)

Udover at patient og pårørende får en bedre forståelse af, hvad der skal ske ift. udskrivelsen, så lader det også til, at kommunikationen mellem hospital og kommune bliver mere flydende. Dette kunne muligvis være godt, ift. det skel der er mellem en høj specialisering på hospitalet og generalistfærdighederne i kommunen. Kjær fra Regionshospital Gødstrup, beskriver de ældre patienter: “[...] de har svært ved at forstå, hvad et videomøde gennem en skærm er. Så normalt er det noget, jeg ville snakke med de pårørende om [...]” (Bilag 7). Her beskrives en svaghed ved denne indsats i forbindelse med det tekniske aspekt, der altså også udgør en svaghed ift. den patientgruppe indsatsen skal hjælpe.

5.9.4 Forbedringspotentialer i indsatserne

Respondenterne giver gennem interviewene udtryk for, at der hos hver enkelt indsats er mulighed for forbedringer, som ligger uden for de ovenfor teoretisk analyserede styrker og svagheder. I forbindelse med indsatsen om brobyggersygeplejerskerne der er selve brobyggernetværket essentielt. Busch giver udtryk for, at der internt i brobyggernetværket er en udskiftning, bl.a. fordi sygeplejerskerne får nye jobs. Dette ser hun dog som en god mulighed for at sprede budskabet om brobyggersygeplejerskerne. Derudover medvirker netværket til, at nye brobyggersygeplejersker gør et stort stykke arbejde for at være grundige. Imidlertid peger Busch på, at der burde være flere forskellige specialer repræsenteret i netværksgruppen. Hun nævner bl.a. psykiatrien, kirurgiske afdelinger og skadestuer i denne forbindelse. Dette for at sprede budskabet og styrke fagligheden internt i netværket og hjælpe til, at de bliver endnu dygtigere. Denne holdning deler Berthelsen, der forklarer, at de i forvejen i netværket arbejder med praktikforløb, hvor de besøger hinandens afdelinger. I denne forbindelse giver hun udtryk for, at det ville kunne styrke samarbejdet, hvis de i højere grad fik flere repræsentanter med fra kirurgiske afdelinger og flere repræsentanter med fra kommunerne. En udfordring her er desuden, at kommunernes fremmøde generelt er svingende i netværket.

En udfordring, som Busch peger på, er i forhold til, at de ikke længere har en varsling, som de havde tidligere. Hun synes, at det er meget udfordrende for kommunen, at hospitalet nu i dag har mulighed for at varsle en patient kort tid før en weekend. Fra kommunens side, tager det mere en fem minutters arbejde at få udskrevet en patient, så hun ønsker, at udskrivelser varsles i bedre tid. Derudover giver Jensen udtryk for, at det ville kunne styrke indsatsen, hvis brobyggerpsygeplejerskerne kom hjem til patienterne og så, at alt er som det skal være hos den udskrevne patient.

Ligeledes peger respondenterne fra de virtuelle udskrivelsesmøder på, at der er muligheder for forbedringer ved indsatsen. Andersen giver udtryk for, at hun har et ønske om, at udskrivningsmøderne bliver en fast del af indlæggelsen på hospitalet, således at hver gang en patient udskrives får denne et udskrivningsmøde. Yderligere forklarer Andersen, at mange sygeplejersker har svært ved at finde tid til udskrivelsesmøderne:

“Jeg tror, at det er mange sygeplejersker, der ikke har set lyset endnu, det er jo det, vi skal have dem til at se, at det faktisk sparer tid. Det er de ikke kommet til endnu, fordi lige nu synes de, at det være er svært at finde tiden til det.” (Bilag 6)

Et forbedringspotentiale er således i denne forbindelse, at sygeplejerskerne i højere grad bliver bevidste om, at disse udskrivelsessamtaler faktisk i sidste ende kan spare dem en masse tid.

Siig mener også, at der bør være flere udskrivelsessamtaler end der er i dag. I øjeblikket får de gennemført mellem nul og fem videomøder på en måned i Ringkøbing-Skjern Kommune, men hun mener, at der burde være flere. Yderligere peger Siig på, at en styrke ved videomøderne er, at de har mulighed for at inddrage flere faggrupper, hvor de eksempelvis kan have en læge med, hvis noget er uklart i behandlingsplanen. Imidlertid er det udfordrende at planlægge videomøderne med de praktiserende læger, da de har en fyldt kalender. Selve koordineringen med at fastlægge videomødet med andre faggrupper er noget af det, som Siig peger på, som en generel udfordring i samarbejdet. En anden udfordring i samarbejdet er, som beskrevet i Afsnit 5.4.2 *Udskrivningsmøde via video*, at både kommuner og sygehus springer fra ved udskrivelsessamtalerne, hvilket Andersen arbejder med i implementeringsgruppen. I denne gruppe sidder en repræsentant fra hver kommune og hospitalsrepræsentanter. De afholder møder hvert fjerde kvartal, hvor Andersen går i dialog med repræsentanter fra kommunerne og repræsentanter fra hospitalet, hvor de kan få afklaret, hvorfor eksempelvis en kommune har afvist at afholde videomøder flere gange i streg.

I forbindelse med brugen af teknologi ved udskrivelsessamtalerne forklarer Siig, hvordan hun oplever, at der er en berøringsangst ved brugen af videomøderne. Samtidig er der et aspekt af, at billedkvaliteten kan være en udfordring, hvilket dog er ved at blive forbedret. Ligeledes oplever

Andersen, at sygeplejerskerne på hospitalerne har svært ved at tage teknologien ind. Her har Andersen konkret oplevet, at sygeplejerskerne havde svært ved at sætte sig ind i, hvordan virtuelle møderum ikke kun er bundet op på en fysisk skærm, men at der er mulighed for at vælge forskellige møderum til den samme skærm. Andersen tænker dog, at teknologien kan være svær at tage ind, da der er andre arbejdsopgaver, der presser dem. Altså kan der for udskrivningsmøderne via video ses, at det er hæmmende for samarbejdet, at sygeplejerskerne er utrygge ved teknologien og har svært ved at tage den ind.

Endeligt peger respondenterne fra indsatsen om udskrivningsvisitatorer ligeledes på forbedringspotentialer ved den eksisterende indsats. Eksempelvis nævner Nielsen, at hun har et ønske om, at de på sygehuset kunne få en dialog med hjemmesygeplejersken eller hjemmehjælperen i kommunen for at få klarlagt, hvilke udfordringer der er i hjemmet hos borgeren. Hertil fortæller Nielsen, at dette også ville kunne hjælpe begge parter til at arbejde i en fælles retning. Yderligere kunne hun tænke sig, at de havde et større kendskab til hinanden på tværs af sygehuset og kommunen, for ligeledes at få et større kendskab til, hvordan de hver især arbejder. Kendskabet til dem i den anden ende, er altså en mangel i denne indsats, og noget som Nielsen tror ville kunne forbedre samarbejdet. Derudover fortæller Nielsen, at de generelt i sundhedsvæsenet kan gøre meget for at højne hinandens viden på tværs, hvortil hun nævner, at praktikophold hos hinanden er noget, man bør fokusere mere på. Netop denne pointe er noget af det, de har fokus på i indsatsen om brobyggerisygeplejerskerne.

5.10 Konklusion på analysen

Ovenstående analyse beskæftiger sig med tre indsatser, der på mange punkter ligner hinanden ift. formål, og hvilke problemer der kan opstå i udskrivelsen af ældre medicinske patienter, hvilket er med til at gøre dem relativt nemme at sammenligne. Der hvor indsatserne adskiller sig er ift. hvordan, og på hvilken måde udskrivelserne bliver udført. Denne analyse har haft til formål at undersøge styrker og svagheder ved forskellige former for tværsektoriel forløbskoordinering i udskrivelsen af ældre medicinske patienter.

I starten af denne analyse bliver det klart, at der i alle tre indsatser er et ønske og mål om at skabe den bedst mulige udskrivelse for en sårbar og kompleks patientgruppe. Ligeledes er et gennemgående tema, at opnåelsen af dette mål presses af knappe ressourcer for alle parterne og af en forskellig faglighed og tilgang i hhv. kommunerne og hospitalerne.

Derudover kan det konkluderes, at det er en styrke, at der er fælles ønsker og målsætninger, men som beskrevet er der også forskellige interesser. Både ift. teorien om grænseflader og respondenternes udsagn kan konstruktiv dialog dæmpe konfliktniveauet. Der er i alle indsatserne et ønske om dialog,

men nogle af indsatserne fordrer dette bedre end andre. I brobyggerindsatsen er det en styrke, at netværkene mellem kommune og hospital fordrer en god og konstruktiv dialog bl.a. fordi brobyggerne gennem netværkene kender hinanden. I forhold til de virtuelle udskrivelsessamtaler er der ligeledes et ønske om dialog, hvilket lykkes i tilfælde, hvor møderne gennemføres. En svaghed er dog, at møderne kan afvises uden grund fra begge parter side, hvilket sætter en stopper for dialog. Altså er disse to indsatser fordrende for problemløsende taktikker, dog kan det siges at være en forhandlingstaktik i sig selv at afvise et virtuelt møde. I indsatsen med udskrivningsvisitatorer er der ligeledes et ønske om dialog. Dog lader indsatsen i sig selv ikke til at fordrer dialog sammenlignet med de øvrige indsatser, da der ikke på samme måde er et forum til at fremme dette. Yderligere findes der eksempler i indsatserne på, at repræsentanterne anvender forhandlingstaktikker. Brugen af forhandlingstaktikker kan føres tilbage til faktorer i konteksten, som eksempelvis praktiske forhold og ressourcer. I indsatsen med udskrivelsesvisitatorer er der efterspørgsel efter et forum for samarbejde og faglig vidensdeling, og dermed et forum, der er fordrende for problemløsende taktikker. Brobyggerindsatsen og indsatsen med udskrivelsessamtaler har altså den styrke, at de lægger op til problemløsende taktikker, der kan dæmpe konflikt.

I forhold til ønsket om dialog mellem parterne i de enkelte indsatser er dette noget, der får betydning for organiseringen af selve grænsefladen. Der foreligger i alle indsatserne formelle rammer og aftaler for indsatsens organisering, herunder sundhedsaftaler mellem kommunerne og regionerne. Den formelle organisering medvirker til at legalisere og retfærdiggøre indsatsen. Som beskrevet kan en for stram organisering af en grænseflade være hæmmende for, at der kan træffes individuelle beslutninger tilpasset til den enkelte situation. Det er dog blevet klart gennem analysen, at alle respondenterne føler, at de har relativt frie rammer ift. den enkelte udskrivelse og ikke føler sig tyngt af de formelle regler. I forhold til både Mintzbergs og Abbotts teoretiske ramme, om det professionelle bureaukrati og jurisdiktion, er dette ikke overraskende, da fagprofessionelle udgør en kerne i indsatserne. Derfor er det nødvendigt med en vis frihed og mulighed for skøn i arbejdet med den ældre medicinske patient. Ligeledes lader det til, at udskrivelser anses som en del af de sundhedsprofessionelles kernefaglighed og derfor også en del af deres jurisdiktion. Dette er muligvis hjulpet på vej af, den specialisering ift. udskrivelser af medarbejderne der er i brobyggerindsatsen og i indsatsen med udskrivelsesvisitatorer. Dette udgør ydermere en styrke i disse indsatser, da specialiseringen af medarbejdere betyder en større forståelse for området.

Altså er det en styrke for alle tre indsatser, at de er formelt legaliseret i form af en formel aftale, hvilket medvirker til at angive retning for samarbejdet. Denne formalisering er dog ikke hindrende for individuelle skøn og dialog. Yderligere er der forskellige specialiseringsniveauer mellem hospitalerne og kommunerne, hvilket i alle tre indsatser lader til at medføre manglende forståelse for hinandens

arbejde, og hvilke kompetencer der kan trækkes på. Indsatserne for brobyggerpsygeplejerskerne og de virtuelle udskrivningssamtaler viser dog, at specialiseringsniveauerne medvirker til at skabe et bedre blik for de to sektors kompetencer grundet kontinuerlig dialog. Det lader altså til at udgøre en generel udfordring i alle samarbejderne, at hospitalernes mere specialiserede viden, har betydning for de anbefalinger, som videregives til kommunerne. I forbindelse med om disse anbefalinger udføres indtænker kommunerne dog også deres eget ressourcemæssige perspektiv og egne vurderinger af borgerne.

Endeligt bør det nævnes, at der er en styrke i, at patienter og pårørende bliver direkte involveret i indsatsen med udskrivningssamtaler. Denne involvering har en stor betydning for tryghed og den generelle koordination parterne imellem. Det må derfor også regnes for en svaghed for de øvrige to indsatser, at de ikke på samme måde gør patienter og pårørende til en integreret del af udskrivelsen, da viden kan gå tabt, og der ikke på samme måde skabes en forståelse for forløbet hos patient og pårørende.

6. Diskussion

På baggrund af analysen er der en række emner og fund der er relevante at behandle yderligere og i visse tilfælde også at diskutere. Der er her tale om emner, der både har sin rod i empirien, og eksempelvis i teoriens sammenspil med den analyserede empiri. Dette er nogle af de emner, der i det følgende vil blive beskrevet og diskuteret, inden den endelige konklusion på dette speciale.

6.1 Politik og ledelse

Fælles for de tre indsatser er, at de alle er politisk sanktioneret. Det politiske niveau har dog ikke været et fokuspunkt i dette speciale, da fokus i stedet har været på det praktiserende niveau med formålet at undersøge styrker og svagheder ved indsatserne ift. udskrivelser af ældre medicinske patienter. Her er det blevet klart, at de ressourcemæssige begrænsninger for henholdsvis hospitaler og kommuner har en stor betydning for hvilke svagheder, der er ved indsatserne. I forbindelse med, at tilførslen af ressourcer er et politisk spørgsmål, ville en involvering af politikere fra henholdsvis kommuner og regioner muligvis kunne kaste et andet lys over de ressourcemæssige prioriteringer, der er nødvendige på området. Dette er interessant taget i betragtning af, at det er begrænsede ressourcer der lader til at presse indsatserne mest.

Et andet aspekt er også, at man kunne inddrage embedsmænd og ledere ift. implementeringen af den enkelte indsats. Implementeringen er dog foregået inden specialets undersøgelse, men det har imidlertid været et fokuspunkt for nogle af respondenterne. For dem er det en løbende proces at få implementeret den formelle aftale i dagligdagen. Dette kommer Andersen fra Regionshospitalet

Gødstrup særligt ind på, idet hun beskriver, hvor afgørende det er, at alle ledelsesniveauer på hospitalet tager indsatsen til sig for at kunne få den implementeret bedst muligt. Implementeringen sker på baggrund af en nedskrevet aftale mellem hospitalsklyngen og kommuner med tilknytning til den enkelte hospitalsklynge. Indsatsen om udskrivningsmøder via video er derfor en formel aftale med klare rammer for samarbejdet. Dog er der behov for, at aftalen implementeres i en sådan grad på alle niveauer i organisationen, at aftalen bliver en del af hverdagen, således at de fagprofessionelle ikke tænker over, at de arbejder ud fra en formel aftale. Altså handler det om, hvordan der skabes et bindeled fra formelle regler til, at disse bliver en del af normen på en afdeling. Her kan ligeledes perspektiveres til nyinstitutionalismen, hvor der kan argumenteres for, at det er nødvendigt at gå fra et regulativt udgangspunkt, til at indsatsen får en normativ virkning. Med andre ord, at udskrivelsesindsatserne bliver en faglig baseret norm for de fagprofessionelle.

I forhold til implementeringen har der som bekendt været fokus på det udførende led, men i forbindelse med vigtigheden af en ledelsesopbakning, kunne en involvering af politikere, chefer og embedsmænd sandsynligvis have bidraget med yderligere viden. Ifølge Andersen forsøger hun at komme rundt på afdelingerne, og bidrage til at videoudskrivningsmøderne kommer i spil. Dog nævner hun, at hendes arbejde alene ikke er nok til implementeringen. Imidlertid er det vigtigt, at både afdelingssygeplejerskerne og ledelsen tager aftalen til sig. Særligt er det vigtigt, at afdelingssygeplejersken hele tiden har for øje, hvornår disse videoudskrivningssamtaler kan bruges. For at implementeringen kan lykkes, er der altså et behov for, at der er nogen, som tager ansvar for, at de fagprofessionelle oplever, at dette bliver en del af deres hverdag. Samtidig kan der også ligge et aspekt i, at de fagprofessionelle skal have tiden til at sætte sig ind i det nye, som bliver implementeret.

6.2 Teoriens anvendelighed

Et andet og vigtigt diskussionspunkt er overensstemmelse mellem den anvendte teori og empirien. Der kan argumenteres for, at den anvendte teori er præget af magt og konflikt. Det viser sig dog i empirien, at dette magt- og konfliktperspektiv ikke umiddelbart er til stede på samme måde i indsatserne, som teorien lægger op til. Som beskrevet er der et stort fokus på dialog og på i fællesskab at løse de problematikker der kan opstå. Desuden er der i nogen grad også en forståelse for, hvilket udgangspunkt de forskellige parter har. I forhold til Abbotts jurisdiktionsbegreb og Mintzbergs professionelle bureaukrati er der den magttilgang, at professionelle søger autonomi bl.a. på grund af den kompleksitet deres arbejdsopgaver indeholder. Det har dog vist sig, at udskrivelser anses af de sundhedsprofessionelle, som noget der ligger indenfor deres jurisdiktion, dog med den mulighed at visse opgaver i forbindelse med udskrivelsen kan varetages af andre faggrupper. Desuden bliver det klart, at medarbejderne trods disse formelle indsatser stadig er relativt autonome i koordineringen af udskrivelserne, hvorfor der ikke lægges op til kamp, som magttilgangen ligger op til.

Ydermere er et centralt begreb i Browns grænsefladeteori som bekendt konflikt. Der er blevet redegjort for, at konflikt ikke kun skal anses som værende negativt, men også kan være med til at skabe noget positivt energi i grænsefladen. Det er blevet tydeligt, at der i indsatserne generelt er enighed om mål. Parternes interesser handler altså i mindre grad om specifikke interesser hos den enkelte part, og i højere grad om en generel håndtering af det pres og den ressourceknaphed sundhedssektoren er udsat for. Der er ligeledes et væsentligt fokus på dialog, henholdsvis i brobyggerindsatsen og i de virtuelle udskrivelsessamtaler, hvor indsatsen er faciliterende ift. dialogen og et ønske om i indsatsen med udskrivelsesvisitatorer at få værktøjer til at fremme dialogen. Det gør sig derfor gældende, at konfliktniveauet er relativt lavt og anvendelsen af forhandlingstaktikker dermed også er relativt lavt i alle indsatserne, hvilket også flytter fokus fra konflikt delen af teorien. Teorien kan altså være med til at skabe et sidespor, hvor magt og konflikt får en uhensigtsmæssigt stor rolle sammenlignet med de fund der er i empirien.

6.3 Forskellige typer af indsatser

Det er i analysen blevet tydeligt, at brobyggerindsatsen og indsatsen med de virtuelle udskrivningsmøder adskiller sig fra indsatsen med udskrivelsesvisitatorer. Forskellen mellem disse er, at brobyggerindsatsen og indsatsen om udskrivningsmøde via video indeholder flere elementer sammenlignet med indsatsen omkring udskrivelsesvisitatorer. Sidstnævnte består kort beskrevet i, at en udskrivelsesvisitator er specialiseret i at tage sig af udskrivelser, men der er ikke på samme måde, som i de øvrige indsatser, et forum for koordination. Ligeledes efterspørges dette forum for dialog og koordination af respondenterne i denne indsats. Det faktum, at indsatsen i sig selv er snæver, og består af få elementer, har betydning for, at konklusionerne om denne indsats er relativt begrænsede. Særligt er det vanskeligt at udpege særlige styrker ved denne indsats sammenlignet med de to øvrige indsatser. Dog er det interessant, at den relativt begrænsede indsats omkring udskrivelsesvisitatorer medvirker til at tydeliggøre styrkerne i de øvrige indsatser. I forlængelse af analysen kan der drages paralleller til et eksperimentelt design, hvor der i to af indsatserne er givet en relativ stor påvirkning i form af den implementerede indsats, og i indsatsen med udskrivelsesvisitatorer er der ikke på samme måde givet en påvirkning.

Et andet element, hvor indsatsen med udskrivelsesvisitatorer adskiller sig fra de øvrige indsatser, er ift., at der ikke på samme måde er en, der har ansvaret for indsatsen, som Berthelsen har det i brobyggerindsatsen og Andersen har det i indsatsen med virtuelle udskrivelsessamtaler. I indsatsen med udskrivelsesvisitatorer har Magrethe Ørum Schack, som var en del af forundersøgelsen for denne indsats, det overordnede ledelsesmæssige ansvar for indsatsen. Imidlertid har Schack ikke været med fra indsatsens start, og har derfor heller ikke samme viden, som Berthelsen og Andersen har om deres indsatser. Dette betyder, at der ikke er adgang til samme viden som i de to øvrige indsatser. Derfor

bliver det vanskeligt at tydeliggøre unikke elementer for denne indsats, sammenlignet med de to andre. Hertil kommer, at indsatsen med udskrivelsesvisitatorer har udviklet sig, og som bekendt tidligere har indeholdt noget af det, der efterspørges i den nuværende form, herunder muligheden for dialog ved besøg mellem hhv. hospital og kommune.

Forskellene ift. indsatserne er dog med til at tydeliggøre styrker og svagheder ved alle indsatserne og gør det dermed også nemmere at konkludere, hvad styrkerne og svaghederne er ved de enkelte indsatser.

6.4 Kontekstuelle faktorer for indsatserne

Igennem analysen er det blevet belyst, at konteksten spiller en væsentlig rolle for de tværsektorielle samarbejder. Konteksten kan dog forstås på forskellige måder lige fra det politiske til det praktiske og til sundhedssektoren generelt. Det skal dog her nævnes, at respondenternes hverdag og den daglige praksis også spiller en stor rolle for de forskellige indsatser. Denne kontekst og herunder daglige praksis varierer dog fra kommune til kommune og fra sygehus til sygehus. Ligeledes er den også forskellig i de enkelte regioner. Disse forskelle hænger dog igen sammen med deres forskellige politiske baggrunde.

Ligeledes er det vigtigt at påpege, at disse forskelle har spillet ind på det empiriske materiale og analysen af dette, da respondenterne ofte refererer til problemstillinger, som er vigtige for deres daglige arbejde og herunder det tværsektorielle samarbejde, men som ikke nødvendigvis har baggrund i selve indsatsens virke. Dette er eksempelvis problemstillinger som ressourceknaphed og datadeling. Disse problemstillinger er dog alligevel blevet afdækket i analysen, da de anses som vigtige for indsatsernes effekter på den daglige praksis, da indsats og kontekst i høj grad spiller sammen. Det kan således være svært at skelne mellem kontekst og indsatsens virke. Ligeledes er de nævnte daglige problemstillinger vigtige for at forstå de tværsektorielle samarbejder, herunder hvilke elementer der er hæmmende og fremmende i indsatserne.

At der har været belyst problemstillinger, som ikke har knyttet sig direkte til indsatsen, gør sig gældende for alle tre indsatser. Dog gør det sig i særlig grad gældende for indsatsen omkring udskrivelsessamtaler via video, da det er begrænset, hvor ofte de virtuelle udskrivelsessamtaler benyttes. Dette kommer Siig fra Ringkjøbing-Skjern Kommune også ind på, da hun nævner, at de typisk kun har op til fem videomøder om måneden. Der kan derfor argumenteres for, at der ved indsats i højere grad analyseres på deres generelle samarbejde mellem hospital og kommune end på selve indsatsen om videomøder.

Endelig kan der argumenteres for, at det har været særlig vigtigt at belyse både indsatserne og de omkringliggende kontekstuelle faktorer, som spiller ind på de tværsektorielle samarbejder. Det er væsentligt, da det kontekstuelle er vigtigt, når man har valgt at undersøge ved hjælp af et casedesign. Ligeledes er det særligt vigtigt ift. det indlejrede casedesign, hvor det som tidligere nævnt er en faldgrube, at man ikke får set det samlede billede og får beskrevet casen som helhed.

Det kan altså være en kritik af ovenstående analyse, at det kan være svært at skelne indsatserne og deres styrker og svagheder fra de kontekstuelle omstændigheder og den generelle forløbskoordinering. Herunder skal det nævnes, at fokus i stedet har været på at belyse styrker og svagheder ved forskellige former for tværsektoriel forløbskoordination ved udskrivelsen af den ældre medicinske patient som helhed, da dette er den undersøgte case og problemformulering. Der kan altså argumenteres for, at forløbet går ud over indsatserne, og derfor har det været vigtigt for gruppen også at medtage de kontekstuelle omstændigheder og den generelle forløbskoordinering i undersøgelsen.

6.5 Generaliserbarhed

I forbindelse med valget af casedesign faldt valget på en kritisk case. I dette afsnit beskrives det, at hvis disse indsatser kan lykkes med et tværsektorielt udskrivelsesforløb for en så kompliceret patienttype som den ældre medicinske patient, så kan det også anvendes på mindre komplicerede patienttyper. Indsatserne vil derfor ifølge dette design kunne bruges forbilledligt overfor bl.a. mindre komplicerede patienttyper på baggrund af, at det blev klarlagt i analysen, at særligt brobyggerpsygeplejersker og udskrivningsmøder via video har en del styrker. Dog er det relevant at diskutere, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at applicere disse indsatser til mindre komplicerede samarbejder. Holm et al. (2006) der har undersøgt det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og hospital konkluderer, at det er uhensigtsmæssigt at etablere et samarbejde, hvis der ikke er gensidig afhængighed mellem parterne, da der er grund til at samarbejde, hvis problemet der skal løses kan løses af en part. Derfor er der altså primært behov for tværsektorielle samarbejder for de patientgrupper, som har berøring med flere forskellige sundhedstilbud. Yderligere kan det nævnes, at dette også er en pointe i Browns grænsefladeteori, hvor den gensidige afhængighed også nævnes.

Der kan derfor argumenteres for, at det er vigtigt at tage stilling til, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at generalisere disse indsatser til andre områder, der er mindre komplicerede, og i så fald hvilke. DÆMP-indsatserne er som beskrevet et relativt komplekst felt. Det er derfor i denne forbindelse væsentligt at overveje, hvilke typer af patientgrupper, der er et ønske om at skabe et tværsektorielt samarbejde for, og hvorvidt der er en gensidig afhængighed mellem parterne.

Yderligere skal nævnes, at der i specialet er fundet overensstemmelser mellem de empiriske fund og det teoretiske grundlag. Dette kan ses, da grænsefladeteorien, som beskrevet, lægger stor vægt på dialog og kompromissøgende adfærd for at et samarbejde skal lykkes. Desuden lægges der teoretisk vægt på, at der er en formaliseret retning i et grænsefladesamarbejde. Respondenterne i undersøgelsen bekræfter således teorien, når de lægger vægt på dialog og kompromisser i de enkelte indsatses. Dette gør sig ligeledes gældende ift. jurisdiktion og professionsbegrebet, hvor teorien bakes op af de empiriske fund så som vigtigheden af det faglige skøn og specialiseret viden på området. Ud fra det teoretiske perspektiv kan det altså siges, at de empiriske fund er analytisk generaliserbare og dermed også vil kunne være vejledende og visse andre lignende situationer.

6.6 Det sammenhængende patientforløb

Hvad er et sammenhængende patientforløb? Og hvornår er en indsats lykket? Disse to spørgsmål svarer vel i virkeligheden på hinanden. En indsats er lykkedes, når den er med til at skabe et godt patientforløb, og et sammenhængende patientforløb hjælpes på vej af en god indsats. Gennem dette speciale er det blevet klart, at arbejdet med tværsektoriel koordination mellem primær og sekundær sektor går langt tilbage og længe har været et fokuspunkt. Flere af respondenterne beskriver, hvordan de i årevis har arbejdet med forløbskoordination ift. udskrivelser, og det beskrives, at det ikke er lykket fuldstændig endnu at skabe en ideel flydende overgang fra hospital til kommune. Indsatser som de, der er undersøgt her, er dog med til at forbedre området. Ud fra de fund der er gjort i analysen, er det klart, at det at skabe tryghed for patienterne, men også for deres pårørende, er essentielt i forbindelse med en udskrivelse. Derudover er kommunikationen mellem hospital og kommune altafgørende for, at der kan tages de rigtige sundhedsfaglige beslutninger ift. den enkelte patient. Dette bunder ligeledes i kompleksiteten i patientgruppen. Her er svaret også på, hvad et godt sammenhængende patientforløb er, nemlig et trygt forløb for patienter og pårørende, samt et forløb, hvor det er blevet klarlagt, hvilke sundhedsfaglige problematikker der er i spil, og hvordan disse løses i overgangen fra hospital til kommune.

Vigtigt er det dog at holde sig for øje, at udskrivelser af særligt ældre medicinske patienter ikke er en standardiseret opgave, der kan løses i en række enkelte skridt, men at det derimod kræver individuelle løsninger. Desuden er det væsentligt, at der er tale om parter med forskellige udgangspunkter, der skal samarbejde. Derfor er det forventeligt givet kompleksiteten, at der vil opstå problematikker i denne form for samarbejde.

6.7 Fremtidens forløbskoordination

De undersøgte indsatser er ikke perfekte og løser ikke alle aspekter ift. udskrivelser af DÆMP patienter. Som beskrevet er det i mange tilfælde kontekstuelle elementer, der er med til at presse

udskrivelserne. De accelererede patientforløb presser allerede på nuværende tidspunkt hospitalerne til at udskrive patienter hurtigere, hvilket har den betydning, at kommunerne bliver pressede. Ligeledes er det blevet klart gennem analysen, at der i de senere år er sket en opgaveglidning, hvorfor kommunerne kommer til at varetage flere opgaver. I kommunerne skal man vænne sig til, at det ikke er raske borgere, der bliver udskrevet til sundhedstilbuddene, men derimod i visse tilfælde dårligere patienter, der har brug for en del sundhedsmæssig opmærksomhed.

Danmarks statistik anslår, at der fra 2020 til 2030 kommer til at være 59% flere danskere over 80 år (Danmarks Statistik, 2020). Set i lyset af dette vil sundhedssektoren blive presset yderligere, og dermed vil begrebet accelererede patientforløb også være væsentligt i fremtiden. Som beskrevet er noget af det, der presser indsatserne, overbelægning og dermed også kortvarslede udskrivelser til kommunerne. Tager man alt dette i betragtning, vil der i fremtiden også være et stort behov for forløbskoordination ift. udskrivelser af ældre medicinske patienter. Det er dog vanskeligt at spå om, hvordan området vil udvikle sig generelt set, men ses der eksempelvis på indsatsen i Region Midtjylland, er der som beskrevet et ønske om at udbrede de virtuelle udskrivelsessamtaler til andre hospitalsklynger i regionen. Dette kunne også være et tegn på, at der kan være et ønske om mere tværsektoriel koordination, da behovet lader til at være der. Dette er en tendens der også kan gøre sig gældende på et mere generelt plan.

6.8 Den ideelle indsats

Som afslutning på specialets diskussion og specialet generelt set, rejser spørgsmålet sig: Hvordan ser den ideelle indsats ud? Der er her tale om et spørgsmål, der med al sandsynlighed ikke har et entydigt svar, og som uden tvivl vil variere afhængigt af den givne kontekst. Oplagt er det dog at plukke alle de styrker der er blevet beskrevet i de enkelte indsatser med det formål at se, hvordan ser den ideelle indsats ift. udskrivelsen af ældre medicinske patienter ud.

Respondenterne vil uden tvivl sætte fokus på spørgsmålet om rekruttering til både hospitaler og kommuner som en ydre problemstilling, der vanskeliggør gode udskrivelser. Accelererede patientforløb og den hurtighed, som patienter skal udskrives med, lader ligeledes til at presse både hospitaler ift. overbelægning og kommunerne med kortvarslede udskrivelser. En forøget ressourcetilføjelse, så det bliver nemmere for kommunerne at imødekomme hospitalets sundhedsfaglige anbefalinger, ville med nogen sandsynlighed, blive hilst velkommen af både kommuner og hospitaler.

Imidlertid kan der stilles spørgsmål ved, hvilken indsats, der ud fra nærværende undersøgelse, er den ideelle. I henholdsvis brobyggerindsatsen og indsatsen med udskrivelsesvisitatorer er der sket en specialisering af de medarbejdere, der varetager udskrivelser. Dette betyder, at der opnås en større

viden om selve området, hvilket er en styrke ved de to indsatser. Ligeledes peger analysen på vigtigheden i, at en indsats kan være faciliterende ift. dialog. Dette efterspørges i indsatsen med udskrivelsesvisitatorer og lykkes i særligere grad i brobyggerindsatsen og indsatsen for udskrivningsmøde via video. Særligt brobyggerindsatsen beskrives som god til skabe dialog, idet den enkelte brobygger får et personligt kendskab til de andre brobyggere. Endeligt skulle den ideelle indsats sandsynligvis direkte involvere patienter og pårørende i højere grad. Inddragelsen af både patienter og pårørende berøres i særlig grad ift. de virtuelle udskrivningsmøder som særligt givende både ift. tryk for patienter og pårørende. Yderligere er inddragelsen en måde at få adgang til viden om patienten, som ellers ikke ville være tilgængelig. Ligeledes beskrives det som en styrke, at kommunerne fysisk kan se patienten, da det i højere grad er muligt at danne sig et indtryk af, hvilken hjælp der er behov for.

7. Konklusion

Dette speciale har haft til formål at undersøge sundhedsområdet og den tværsektorielle forløbskoordination, som finder sted mellem kommuner og regioner, når ældre medicinske patienter skal udskrives. Derfor er sundhedssektoren og den historie, som har været med til at forme den, først blevet undersøgt. Her kunne det ses, at der er en række strukturelle udfordringer ved samarbejdet mellem den primære og sekundære sundhedssektor. Der er således et væsentligt behov for et godt tværsektorielt samarbejde imellem sektorerne, og der er da også i dag et stort fokus på dette i sundhedssektoren. Herunder specielt på det geriatriske område, da dette er borgere hvis forløb ofte går på tværs af forskellige medicinske specialer. Disse ofte mere sårbare borgere har derfor også typisk mere komplekse forløb. Derudover blev den akademiske litteratur på området undersøgt, og det kunne her ses, at området både nationalt og internationalt er vigtigt for sundhedsområdet. Der findes dog ikke meget forskning, som beskæftiger sig med konkrete initiativer, som kan sikre den sammenhæng mellem sektorerne. Litteraturgennemgangen viste således, at der i høj grad er behov for forskning, som beskæftiger sig med, hvordan man konkret kan sikre denne sammenhæng i sundhedssektoren.

På baggrund af dette har nærværende speciale haft et ønske om at undersøge, hvilke styrker og svagheder, der er ved forskellige former for tværsektoriel forløbskoordination. Der er her blevet taget udgangspunkt i et enkelt indlejret casedesign, hvor der er blevet udvalgt tre forskellige analyseenheder, som har bidraget til at afdække undersøgelsens spørgsmål. Disse tre analyseenheder er alle indsatser, som har til hensigt at fremme den tværsektorielle forløbskoordination og at give patienterne et bedre sammenhængende forløb i det offentlige sundhedssystem. Indsatserne er således blevet undersøgt gennem otte kvalitative interviews, med aktører inden for indsatserne og på baggrund af en teoretisk værktøjskasse, som er sammensat således, at teorierne tilsammen kunne afdække de organisatoriske og sociale grænseflader, som opstår i de forskellige indsatser.

Analysen konkluderer, at både indsatsen om udskrivelsessamtaler via video og brobyggerindsatsen fordrer dialog og relationer imellem de forskellige repræsentanter og organisationer. Dette er en styrke, som medvirker til at sikre bedre sammenhæng i patientforløbene, da der er større forståelse for de forskelligheder, som er at finde mellem organisationerne og deres fagprofessionelle. Derudover er det en styrke for alle tre indsatser, at der er en organisering via sundhedsaftaler og SAM:BO, som er med til at sætte vision og retning samt legalisere og retfærdiggøre indsatserne. Organiseringen er dog ikke hæmmende for, at de fagprofessionelle fortsat har mulighed for at udøve deres faglighed og skøn i arbejdet. Ligeledes er en styrke for både indsatsen med udskrivelsesvisitatorer og brobyggere, at man har at gøre med personale, som er specialiserede inden for udskrivelser. Derved er det de

samme personer, som kommunikerer med hinanden og har viden om, hvad der er vigtigt for at sikre et godt tværsektorielt forløb. Endelig er det en styrke ved udskrivningsmøder via video, at der er en naturlig inddragelse af patienter og pårørende i indsatsen, da denne involvering skaber tryghed og bringer øget viden om patienterne ind i forløbet.

Af svagheder kan det nævnes, at der i indsatsen med udskrivelsesvisitatorer ikke er den samme mulighed for dialog, da de ikke længere kører ud til sygehuset, samt at der i den oprindelige indsats ikke var indtænkt dialog imellem de fagprofessionelle i de to sektorer. Der efterspørges dog et forum for denne dialog og faglige vidensdeling, hvilket yderligere bekræfter, at dette er et vigtigt aspekt af sådanne indsatser. Ligeledes er det ift. styrken ved specialiseret udskrivelsespersonale en svaghed for udskrivningsmøder via video, at de ikke har udskrivelsespersonale på sygehusene, som alene beskæftiger sig med udskrivelser. Ligeledes er det en svaghed for de virtuelle udskrivelsessamtaler, at der er mulighed for at afvise møderne, da dette gør, at indsatsen ikke har sin fulde effekt.

Derudover kan det nævnes generelt, at det er vigtigt for indsatser for tværsektorielle forløbskoordination, at man har fælles mål og ønsker. Dette er gældende for alle tre indsatser og er med til at gøre, at indsatserne har et godt udgangspunkt. Ligeledes er det praktiske, ressourcemæssige og økonomiske aspekt et gennemgående tema for de tre indsatser, da de alle beskriver, hvordan ressourcer og konteksten omkring dem er bestemmende for deres muligheder for at give borgerne et sammenhængende patientforløb. Derudover er det en udfordring, at der er forskel mellem sektorerne og deres faglige muligheder, da flere mere komplicerede opgaver flyttes ud til kommunerne, på trods af, at specialiseringen i den primære sektor ikke er lige så høj som i den sekundære sektor.

Litteratur

Abbott, A. (1988). The system of professions: An essay on the division of expert labor. Chicago, Ill: University of Chicago Press

Andersen, G., Christensen, A., & Steffensen, N. M. (2020). Rapport på projekt 'Kom godt hjem' Vestklyngen. Hospitalsenheden Vest og Kommunerne i Vestklyngen. Indhentet d. 10. februar 2022. Tilgængelig på: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/projekter/rette-tilbud/200220/rapport-kom-godt-hjem---endelig.pdf>

Antoft, R., & Salomonsen, H. H. (2007). Kapitel 1 Det kvalitative casestudium. I: R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (red.), Håndværk & Horisonter. Syddansk Universitetsforlag.

Berthelsen, C., Bunkenborg, G., Carkaci, H., Kollerup, M.G., Kjærgaard, K. M., Larsen, ... Møller, N. (2022). *Brobyggerprojektet: Brobyggersygeplejerskernes kompetencer, funktion og praksis i koordineringen af komplekse tværsektorielle forløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom (1. udgave)*. Roskilde: Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital.

Berthelsen, C., Kollerup, M.G., Lerbæk, B. & Møller, N. (u.å.) Beskrivelse af Brobygger-projektet: Identificering af viden om brobyggersygeplejerskernes kompetencer og arbejdsfunktion samt deres og de ældre multisyge borgeres oplevelser i de tværsektorielle overgangsforløb. Indhentet d. 8. april 2022. Tilgængelig på: <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/Documents/Brobygger-projekt.pdf>

Brinkmann, S., Tanggaard, L., & Flyvbjerg, B. (2015). 24. Fem misforståelser om casestudiet. I: Kvalitative Metoder: En grundbog (2. udgave., s. 497–519). Hans Reitzels forlag.

Brown, L. D. (1983). Managing conflict at organizational interfaces. Reading, MA: Addison-Wesley

Bryman, A. (2016). Social research methods. Oxford: Oxford University Press.

Buch, M. S., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C. & Ladekjær, E. (2016). Evaluerings af indsats for forløbskoordination - Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner. København: KORA

Danmarks Statistik (2020). 59 pct. Flere over 80 år i 2030. Indhentet d. 20. Maj 2022. Tilgængelig på: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674>

Danske Regioner. (u.å.a). Bloktilskud. Danske Regioner. Indhentet d. 2. marts 2022. Tilgængelig på: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/bloktilskud>

Danske Regioner. (u.å.b). Finansiering Fra Kommunerne. Danske Regioner. Indhentet d. 2. marts 2022. Tilgængelig på: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/finansiering-fra-kommunerne>

Danske Regioner. (u.å.c). Nærhedsfinansiering. Danske Regioner. Indhentet d. 2. marts 2022. Tilgængelig på: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/naerhedsfinansiering>

Duque, S., Inizitari, M., Albayrak, A. & van der Cammen, T. (2021). Integrated Care for older patients: Geriatrics. I: V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte, & R. Balicer (red.), Handbook Integrated Care (2. udg., s. 699–717). Springer.

Flyvbjerg, B. (2015). 24. Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkmann, S., Tanggaard, L. (red.), Kvalitative Metoder: En grundbog. (2. udgave., s. 497–519). Hans Reitzels forlag.

Goodwin, N., Stein, V., & Amelung, V. (2021). What is Integrated Care? I: V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte, & R. Balicer (red.), Handbook Integrated Care (2. udg., s. 3–25). Springer.

Gouldner, A. W. (1965). Wildcat strike: A study in worker-management relationships. New York: Harper & Row.

Gustafsson, J. & Seemann, J. (1988). Foranstaltninger set på tværs - en brændpunktsanalyse. I: Jensen, O. B. (red.), Helhedsveje – Fra Københavnerflip til den jyske muld. (s. 155-170). ALFUFF.

Harrits, G.S., Pedersen, C. S. & Halkier, B. (2017). Indsamling af interviewdata. I: Andersen, L. B., Hansen, K. M., & Klemmensen, R. (red.), Metoder i statskundskab. (s. 144-172). Hans Reitzels forlag.

Holm T., Lassen J.F., Genefke J., Melchiorson H., Hybel U., Sørensen J. (2006). Tværsektorielt samarbejde mellem almenpraksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006; 6(2) København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

Høgsgaard, D. (2016a). *Tværsektorielt samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives*. Roskilde: Roskilde Universitet. Ph.d. afhandling.

Høgsgaard, D. (2016b). Det muliges kunst. Om betingelserne for det tværsektorielle samarbejde i et New Public Managementorienteret sundhedsvæsen. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 18(3), 64-80.

Ingemann, J. H. (2014). Videnskabsteori for økonomi, politik og forvaltning (1. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Kehlet, K. H., & Nielsen, A. P. (2020) *En værdig behandling: Ældre medicinske patienters oplevelse af værdighed i mødet med sundhedsvæsenet*. Indhentet d. 25. april 2022. Tilgængelig på: <https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/analyser-og-undersoegelser/2020-analyse-en-vaerdig-behandling-091020>

Kringelum, L. B. (2020). Organisering på tværs af Organisatoriske Grænser. Samfundslederskab i Skandinavien, 35(3), 147–163. <https://doi.org/10.22439/sis.v35i3.5955>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg.) København: Hans Reitzels forlag.

Larsen, N., Mikkelsen, K., Nissen, L. & Sestoft B. (2018). Klinik, Grundbog i sygepleje (2. udg.) København: Munksgaards Forlag.

Mintzberg, H. (1979). The structuring of organization: A synthesis of the research. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Naylor, M. D., & Van Cleave, J. (2010). The transitional care model for older adults. I: Meleis AI (red.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (s. 459-465). Springer Publishing Company, NY, USA.

Nørgaard, B., & Vestergaard, S. (2014). Integrated Care - litteraturgennemgang. Arbejdsrapport. Syddansk Universitet. Indhentet d. 25. februar 2022. Tilgængelig på: https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cast/pdf_filer/integrated+care+litteraturgennemgang.pdf

PA Consulting (2018) ANALYSE AF SKÆRMBESØG OG VIRTUELLE KONSULTATIONER (Hovedrapport). Indhentet d. 1. april 2022. Tilgængelig på: <https://digst.dk/media/19295/rapport-analyse-af-skaermbesog-og-virtuelle-konsultationer.pdf>

PLO (u.å.) Samarbejdsstrukturer – kommuner, regioner og almen praksis. Indhentet d. 2. marts 2022 Tilgængelig på: <https://www.laeger.dk/samarbejdsstruktur-kommuner-regioner-og-almen-praksis>

Region Hovedstaden, Kompetencecenter for Patientoplevelser & Ældre Sagen (2020). *Ældre patienter skal have ret til værdig behandling*. Indhentet d. 19. april 2022. Tilgængelig på: <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/sundhedsvaesen>

Sandberg-Larsen, M., Schiøtz, M., Silver, J., Frølich, A., Andersen, J., Grartz, L., ..., Hsu, J. (2010) *Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? A comparative study of Kaiser*

Permanente Northern California and the Danish healthcare system. Tilgået 30/3-2022 på:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1472-6963-10-91.pdf>

Scott, W. R. (2001). *Institutions and organizations* (2. udg.). Sage Publications.

Seemann, J. (2010). Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen. I: Timm, H. (red.), *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet* (s. 147–161). Videnscenter for sammenhængende forløb - Professionshøjskolen metropol.

Seemann, J. & Antoft, R. (2002). Shared Care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis. Indhentet d. 9. marts 2022.

Tilgængelig på: https://research-api.cbs.dk/ws/portalfiles/portal/59176657/2002_3flos.pdf

Shaw S, Rosen R, Rumbold B. (2011). What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. Indhentet d. 24. februar 2022. Tilgængelig på: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>

Sundheds- og Ældreministeriet (2016). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National Handlingsplan 2016*. Indhentet 16. marts 2022. Tilgængelig på:

<https://sm.dk/publikationer/2016/jun/styrket-indsats-for-den-aeldre-medicinske-patient>

Sundheds- og Ældreministeriet (2018, 4. juni). *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. Indhentet d. 24. marts 2022. Tilgængelig på:

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9504>

Sundhedsministeriet (u.å.). *8 nationale mål for sundhedsvæsenet*. Indhentet 21. marts 2022.

Tilgængelig på: <https://sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>

Sundhedsstyrelsen (2016). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient*. Indhentet d. 16. marts

2022. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Styrket-indsats-for-den-aeldre-medicinske-patient.ashx?la=da&hash=8F69A91EB3B59BC7AF2ABA646A7089D99BCD660E>

Sundhedsstyrelsen (2021, 25. januar). *Sundhedsaftaler*. Indhentet 21. marts 2022. Tilgængelig på:

<https://www.sst.dk/da/Opgaver/Sundhedsvaesen/Sundhedsaftaler>

Sundhedsstyrelsen (u.å.). *Det primære sundhedsvæsen*. Indhentet 27. maj 2022. Tilgængelig på:

<https://www.sst.dk/da/opgaver/sundhedsvaesen/primaere-sundhedsvaesen>

Timm, H.U. (2010). *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. Videncenter for Sammenhængende Forløb.

Torfig, J. & Triantafillou, P. (red.). (2017). New public governance på dansk (1. udg.). København: Akademisk forlag.

Usinger, L. (u.å.). Indlæggelse og udskrivelse af den ældre patient Sundhed.dk. Indhentet d. 21. februar 2022. Tilgængelig på:

[https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/diverseproblemstillinger/in
dlaeggelse-og-udskrivelse-af-den-aeldre-patient/](https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/diverseproblemstillinger/in
dlaeggelse-og-udskrivelse-af-den-aeldre-patient/)

Vikkelsø, S. & Vinge S. (2004). Udforskning af arbejdspraksisser. I: Vikkelsø, S. & Vinge S. (red.) Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet (s. 43-62) Handelshøjskolens Forlag.

Vinge, S. (2014). Hjemmesygeplejen i udvikling: nye udfordringer til organisering og kompetencer. I: Pedersen B. M. & Petersen, S. R. (red.) Det kommunale sundhedsvæsen (S.151-176) Hans Reitzels Forlag, København

Vinge, S. & Kjellberg, J. (2009). 8. Kommunerne får pisk, mens almen praksis får gulerødder. I: Skammekrogen: Debatbog om Medicinske Patienter (s. 113–127). Dagens Medicin Bøger.

Wentzer, H. S. (2020). Fra hospital til hjem - Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune. Indhentet d. 25. februar 2022. Tilgængelig på: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/fra-hospital-til-hjem-skrøbeligheder-i-aeldres-forloeb-i-en-landkommune-14892/>.

Yin, R.K. (2003). Case Study Research – Design and Methods. Sage Publications. 3. udgave Californien.

Ældre Sagen & Lægemiddelindustriforeningen (Lif) (2019). *Ekspertdag 2019 Den ældre medicinske patient – Refleksioner, pointer og anbefalinger*. Indhentet d. 16. marts 2022. Tilgængelig på: <https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/oevrige/2019-anbefalinger-ekspertdag-aeldre-medicinske-patient>

Bilagsliste

Bilag 1: Forløb og genindlæggelser for personer 67år og derover, efter område tid, diagnose og enhed.

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Transskribering af interview med Connie Berthelsen

Bilag 4: Transskribering af interview med Anne Didder Jensen

Bilag 5: Transskribering af interview med Maiken Tvede Bjørsted Busch

Bilag 6: Transskribering af interview med Gunna Estrid Andersen

Bilag 7: Transskribering af interview med Rikke Schou Kjær

Bilag 8: Transskribering af interview med Margrethe Siig

Bilag 9: Transskribering af interview med Michelle Nielsen

Bilag 10: Transskribering af interview med Inga Fog

Bilag 11: Kodeliste