

Sektorsamarbejde

Et projekt til undersøgelse af samarbejde mellem H:S psykiatrisk afdeling, Amager Hospital og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune.

Styregruppe:

Helle Aggernæs, ledende overlæge, Psykiatrisk afdeling, Amager Hospital
Henrik Stahl Nielsen, chefkonsulent, 8.kontor, Familie- og
Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune
Anne Marie Lysgaard, fuldmægtig, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen,
Københavns Kommune
Kristen Kistrup, Psykiatrioverlæge, Direktionen, Hovedstadens Sygehusfællesskab

Projektleder:

Overlæge, dr.med. August G. Wang

Projektmedarbejder:

Morten Kistrup, psykologi studerende

Følgegruppe:

Centerchef Jesper Holbæk, Sundbygård
Leder Inge Lise Olsen, Sundbyhus/Skt. Annæ Hjem
Britt Jensen, Centerrådet på Sundbygård
Charlotte Strandgaard, Centerrådet på Sundbygård
Michael Clemmesen, brugerrådet DPC Lyongade
Medarbejder Henrik Bachmann, DPC Lyongade
Clemens, DPC Kirkegårdsvej
Pia Oppermann, DPC Kirkegårdsvej
Voksenteamchef Gitte Høg Larsen, Lokalcentret Sundby Syd
Leder Niels Hjort, Nabocenter Amager Hospital
Overlæge Claus Breddam, Amager Hospital

Indholdsfortegnelse

Forord.....	7
Tak	7
Resumé.....	8
1. Indledning.....	11
1.1 Baggrund	11
1.2 Undersøgelsen	13
2. Metode	15
2.1 Undersøgelsens fremgangsmåde.....	15
2.1.1 Interviews	15
2.1.2 Den kvantitative metode.....	15
2.1.3 Den kvalitative metode	15
3. Resultater	16
3.1 Indledning	16
3.1.1 Bortfaldsgruppe	16
3.1.2 Deltagere.....	17
3.2 Kvantitative resultater	18
3.2.1 Det konkrete forløb.....	18
3.2.2 Opsummering.....	21
3.2.3 Den generelle vurdering	22
3.2.4 Opsummering.....	24
3.3 Kvalitative resultater	25
3.3.1 Det konkrete forløb.....	25
3.3.2 Opsummering.....	26
3.3.3 Det generelle indtryk	27
3.3.4 Opsummering.....	29
3.4 Pårørende.....	30
3.4.1 Kvantitative resultater.....	30
3.4.2 Kvalitative resultater	31
3.4.3 Opsummering.....	32
4. Vurdering.....	33
4.1 Vurdering af metode	33
4.2 Vurdering af resultater	34
5. Forslag til forbedringer i samarbejdet	35
5.1 Overordnede forslag	35
5.2 Konkrete forslag.....	36
Litteraturliste.....	37
Bilag	39
Spørgeskema: Beboer/patient	39
Spørgeskema: Pårørende.....	40
Spørgeskema: Bo-/støtteordningen (en kontaktperson)	41
Spørgeskema: Psykiatrisk afdeling (en kontaktperson)	42
ConSat (Consumer Satisfaction Rating Scale)	43

GAF (Global Assessment of Functioning Scale)	44
CGI (Clinical Global Impression).....	46
Kvalitative udsagn fra psykiatrisk afdeling	47
Kvalitative udsagn fra bo-/støtteordningen.....	49
Kvalitative udsagn fra patienter.....	53

Forord

I 2001 fik Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune v/psykiatrikoordinator Henrik Stahl Nielsen og Psykiatrisk afdeling, Amager Hospital v/ledende overlæge Helle Aggernæs bevilget økonomisk støtte fra Socialministeriet til projekt Sektorsamarbejde - Udvikling af nye tilbud til psykisk syge på Amager.

Senere suppleredes med en bevilling fra H:S direktionen.

Ønsket med projektet var, at belyse samarbejdet i psykiatrien mellem behandlingssektoren og den sociale sektor omkring den enkelte bruger. Det var ønsket, at interviewe såvel patienten/brugeren selv som medarbejdere i den sociale sektor og medarbejdere i psykiatrisk afdeling.

Især forholdene på Amager (Københavns Kommune) fandtes interessante p.g.a. en udvidelse af botilbud til psykisk syge samt udflytning af Kommunehospitalets psykiatriske afdeling til nye lokaler på Amager.

Det var ønsket, at udføre status, finde forslag til bedring af kvaliteten i samarbejdet og senere gentage undersøgelsen. Alt med ønsket om at lave et bedre forløb for den enkelte beboer/patient.

I det følgende præsenteres rapporten vedr. første fase af undersøgelsen.

I første fase blev beboere/patienter, behandlere og kontaktpersoner fra Psykiatrisk afdeling og fra botilbuddene samt pårørende interviewede.

Tak

Ved dette forskningsprojekts tilblivelse har en række mennesker vist deres engagement og støtte. Vi takker hermed deltagerne, der har medvirket i projektet og dermed bidraget til undersøgelsen, for deres velvilje.

Undersøgelsen er støttet økonomisk af Hovedstadens Sygehusfællesskab og Socialministeriet.

Resumé

Undersøgelsen "Sektorsamarbejde" er iværksat af Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen (FAF), Københavns Kommune, Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og psykiatrisk afdeling, Amager Hospital.

Formålet med projektet er, at belyse tilfredsheden med kvaliteten af samarbejdet mellem sektorerne, henholdsvis den psykiatriske afdeling og bo-/støtteordningen. Dette gøres ved en række interviews og spørgsmål. Primært spørges personer, der i de sidste 12 måneder har været i kontakt med begge sektorer, ved bo-/støtteordningen via FAF og indlagt på psykiatrisk afdeling på Amager Hospital. Herefter spørges kontaktpersoner på bo-/støtteordningen og på psykiatrisk afdeling. Hvis den pågældende bruger tillader det, spørges ligeledes pårørende.

I forbindelse med undersøgelsen er der udformet et nyt *trio-interviewdesign*, der har centrum i brugeren, således at der eksempelvis ud fra bruger 1 ligeledes interviewes kontaktperson 1 fra den psykiatriske afdeling og kontaktperson 1 fra bo-/støtteordningen samt evt. pårørende.

Metodisk er projektet bygget op omkring henholdsvis en kvalitativ og en kvantitativ interviewmetode, således at den adspurgte med de kvalitative spørgsmål, har mulighed for frit at komme med sin egen forståelse og forklaring, samtidig med at de kvantitative spørgsmål tillader, at der kan spørges ind til mere specifikke emner.

Undersøgelsens resultater:

Ud fra de kvantitative data vedrørende det konkrete indlæggelsesforløb kan det udledes, at brugernes grad af tilfredshed med samarbejdet mellem de to ovenstående sektorer overvejende er "god" eller "meget god". Kontaktpersonerne fra bo-/støtteordningen placerer sig således, at ca. halvdelen anfører en "neutral" tilfredshed, men 35 % benævner den som positiv. Kontaktpersonerne på den psykiatriske afdeling er generelt positive overfor samarbejdet vedrørende det konkrete indlæggelsesforløb. Her benævner 55 % tilfredsheden som "god" eller "meget god" og kun 20 % anfører den som "dårlig".

Ud fra kvantitative data vedrørende den generelle vurdering af samarbejdet mellem sektorerne er resultaterne som følger: Brugernes generelle tilfredshed med samarbejdet er overordnet positiv. Den generelle vurdering af samarbejdet ud fra de to sektors vurdering af hinandens bidrag til samarbejdet, er modsat vurderingen af samarbejdet i det konkrete forløb, mindre positive. Både hos bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling er der få, der vurderer samarbejdet som godt eller meget godt. Flertallet anfører neutral vurdering, oftest som udtryk for, at samarbejdet ikke eksisterer.

Ud fra de kvalitative data vedrørende det konkrete forløb, kan følgende udledes om samarbejdet mellem bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling: Brugerne fremhæver især besøg fra bo-/støtteordningen som værende positivt og benævner 'behandling mod eget ønske' samt 'lang ventetid' som negativt. Bo-/støtteordningen fremhæver blandt andet 'den gode modtagelse' samt en 'rummelighed i forhold til beboerne' som positivt. En større del af personalet (45 %) herfra fremhæver dog 'dårlig information' som værende negativt. Under de negative udsagn findes her

ligeledes hos personalet på bo-/støtteordningen 'lang ventetid'. Den psykiatriske afdeling fremhæver blandt andet den 'gode kontakt' og det 'gode samarbejde' som værende positivt og 'for tidlige indlæggelser' som værende negativt.

Ud fra kvalitative data vedrørende det generelle indtryk af samarbejdet mellem bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling, kan følgende udledes: Brugerne vægter fra bo-/støtteordningen 'fællesskabet', 'god kontakt med personalet', 'tryghed' og 'udfoldelse' som positivt og fremhæver 'uro' og 'for mange handleplaner/projekter' som værende negativt. Ved den psykiatriske afdeling vægter brugerne den 'gode mad/smøger', 'kontakten' samt 'aktiviteter' som positivt og fremhæver et 'lukket miljø', 'for hurtige udskrivinger' og samtidig 'dårlig kontakt med personalet' (som dog også vægtes positivt) som værende negativt. Bo-/støtteordningen fremhæver 'åbenheden', den 'gode kontakt med personalet på psykiatrisk afdeling', den 'gode beliggenhed og tilgængelighed' samt 'at beboerne tages alvorligt ved sygdom' og 'information' som positivt. De vægter 'lang ventetid', 'for hurtig udskriving', 'manglende forståelse' og 'dårlig information og kommunikation' som værende negativt. Den psykiatriske afdeling vægter det 'gode samarbejde', de 'jævnlige besøg fra bo-/støtteordningen' samt 'engagement' som værende positivt og fremhæver bo-/støtteordningens 'for store krav til patienten', 'at de ikke er tilstrækkeligt uddannede', 'at de skal kontaktes for at tage del i indlæggelsen' samt 'at de ikke er rummelige nok' og 'at patienterne indlægges for tidligt' som værende negativt.

Samlet set er de pårørende (som desværre kun deltager med 8 ud af de 20 potentielle deltagere), ud fra de kvantitative data, generelt tilfredse med det konkrete forløb. De er overvejende meget tilfredse med bo-/støtteordningen og tilfredse med den psykiatriske afdeling. Ud fra de pårørendes kvalitative udtalelser om samarbejdet mellem bo-/støtteordningen samt psykiatrisk afdeling ved det konkrete forløb og deres generelle indtryk af henholdsvis bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling kan følgende udledes: Vedrørende det konkrete forløb fremhæver de pårørende især den 'gode kontakt', 'støtte' og 'tryghed' samt den 'fysiske beliggenhed' som positivt og 'dårlig rummelighed' samt 'dårlige oplevelser med medicinering' som værende negativt. Vedrørende de pårørendes generelle indtryk af bo-/støtteordningen fremhæver halvdelen af de pårørende, 'personalets menneskelige forståelse', 'engagement' og 'imødekommenhed' som positivt og en 'dårlig viden om medicin' samt 'ubehjælpssomhed' som negativ. Ud fra de pårørendes udtalelser om den psykiatriske afdeling generelt, kan det udledes, at de vægter den 'gode kontakt' og 'venlighed' som positivt og 'mangel på tid til patienterne', 'få ressourcer og aktiviteter' sammen med 'for korte indlæggelser' og 'for hurtig udskriving' som negativt.

Overordnede og konkrete kvalitetsforbedrende forslag:

Ud fra undersøgelsens resultater kan det udledes, at der overordnet set forefindes en opfattelse både på den psykiatriske afdeling og på bo-/støtteordningen, af at samarbejdet kunne være bedre. Derfor har vi i rapporten blandt andet forsøgt at opstille både overordnede og konkrete forslag til kvalitetsforbedrende tiltag. Disse er inddelt i overordnede forslag og konkrete forslag.

Af de overordnede kan det blandt andet nævnes, at der kan tilstræbes en overordnet drøftelse af de roller/opgaver som de respektive kontaktpersoner har i forhold til brugerne. Ydermere kan det diskuteres om medarbejderne bør opfatte hinanden som co-medarbejdere eller som gæster, idet det sidste er tilfældet ud fra bo-/støtte-

ordningens vurdering af besøgene på psykiatrisk afdeling. Det bør undersøges, om der gensidigt er manglende viden om hinandens opgaver og kompetencer. Endelig bør drøftes om der er "kulturforskelle" og manglende information af de vilkår, man arbejder under.

Af konkrete kvalitetsforbedrende forslag kan følgende nævnes: Man kunne, for at undgå de kommunikationsproblemer som fremgår af undersøgelsens resultater, fastlægge en rutinemæssig indlæggelsesprocedure. Dette gælder blandt andet i modtagelsen, hvor der bør foretages en ændring af den lange ventetid. Denne indlæggelsesprocedure bør indeholde en fast gensidig meldepligt og klare aftaler og ordninger. Hertil kan tilstræbes faste møder relateret til indlæggelserne.

1. Indledning

1.1 Baggrund

Omlægningen af støtte og behandling til psykisk syge har gennem de sidste årtier, både i udlandet og herhjemme, påkaldt sig opmærksomhed i befolkningen, i brugerorganisationer, blandt politikere og administratorer og i faglige kredse (Sektorplan psykisk syge 2000-2003, Sektorsamarbejde 2001, Middelboe et.al. 2000, H:S psykiatriplan 2003).

Konsekvenserne af omlægningen er tydelige, der er sket en reduktion af de psykiatriske sengepladser på hospitalerne (Häfner 1987) og en udbygning af ambulante støtte-, bo- og behandlingstilbud (Sektorplan psykisk syge 2000-2003).

Nogle af ideerne bag denne omlægning af støtte og behandling vedrørende langvarigt psykisk syge, er hensynet til den enkeltes autonomi samt forestillinger om institutioners skadelige virkning (Wing 1981). Man kan imidlertid ikke – med de for tiden kendte metoder – tilbyde en behandling, som rehabiliterer eller normaliserer hele gruppen af langtidssyge, især patienter med skizofreni, så livet i egen bolig bliver realistisk og attraktivt for alle (Häfner 1987, Jensen et.al. 1998).

Flere undersøgelser peger på, at hovedparten af de langvarigt og alvorligt psykisk syge har haft gavn af omorganiseringen. Der resterer imidlertid en minoritet, for hvem udviklingen kan have haft negative konsekvenser. Nogle undersøgelser peger på, at der er en tiltagende marginalisering af disse psykiatriske syge (Brandt 1992), en øget forekomst af kriminalitet (Kramp 1993, Munkner R 2004) og misbrugsproblemer (Junith m.fl. 1994). Omvendt ser det ud til, at selvmordsraten blandt psykisk syge følger den generelt faldende selvmordstendens (Mortensen m.fl. 1990, Nordentoft m.fl. 2004).

Der er udviklet en række former for bo-/støtteordninger, strækkende sig fra døgndækkede bo-tilbud til støtte til at klare livet i en almindelig bolig. For den mere psykisk syge del af disse brugere, tilbydes fortrinsvis boliger med støtte fra personale største del af døgnet til opsøgende støtte i såkaldte satellitboliger, der ligger som satellitter i et boligområde med dertil knyttede intensive støttefunktioner (bo-/støtteam).

For en del af disse beboere, vil der være perioder med forværring af sygdommen og et deraf følgende behov for en indlæggelse på psykiatrisk afdeling, enten på grund af øget behandlingsbehov eller fordi adfærden og forpintheden kræver et behandlingspræget miljø. Selv om de fleste af de anførte beboere løbende har kontakt til distriktskykiatrisk center eller en psykiatrisk konsulent, opstår der omkring indlæggelsesperioderne et særligt behov for samspil og koordination mellem socialvæsenet og hospitalsvæsenet, idet den syge også samtidig vil være i en krisepræget tilstand og ikke altid selv kan bidrage til, at "behandlingskæden" forbliver sammenhængende.

Flere har peget på behovet for at udvikle dette samarbejde, især i de faser i brugerens liv, hvor der er regiskift (Brugerpolitik Københavns Kommune 2003).

I interorganisationel forskning vil man opfatte disse overlapninger som "brændpunkter", hvor der er et særligt stort behov for samarbejde, men hvor dette også er sværest, fordi "systemerne" bliver belastet og brugeren mangler overskuddet til selv at koordinere den hjælp, der tilbydes (Seeman 2002).

På Amager har man siden oktober 2001 haft en psykiatrisk afdeling med sengeafsnitsbygning placeret under 1 km fra bocentret Sundbygaard og har en udbygget distriktskykiatri med distriktskykiatriske centre. En overlæge fra afdelingen er behandlingsansvarlig for Sundbygaard-patienter. Samtidig er det sociale område blevet udbygget med flere tilbud. Der er over år sket en udbygning af Sundbygaard, oprettet bosteder på Sankt Annæ Hjemmet og Sundbyhus samt etableret satellittilbud. Der er i alt omkring 240 boliger på Amager til psykisk syge. Der er til dels foretaget vurderinger af kvalitet og brugertilfredshed (Satellitten 2002, Sankt Annæ Hjem, 2003).

1.2 Undersøgelsen

Undersøgelsen indeholder følgende:

- *Man ønsker at undersøge oplevelsen af kvalitet og tilfredshed hos enkelte beboere, som har haft en periode med indlæggelsesforløb for at afdække ovennævnte "brændpunkter". Dette gælder såvel bo-/støtteordningen samt den psykiatriske afdeling.*

Etik

Undersøgelsen har mundtligt været forelagt Videnskabsetisk komité og Datatilsynet. Vi blev oplyst om, at den ikke omfattedes af det videnskabsetiske regelsæt. Vedrørende opbevaring af data er undersøgelsen omfattet af hospitalets tilladelse til opbevaring af journaloplysninger. Deltagerne blev orienteret mundtligt og skriftligt og har givet skriftligt samtykke. Oplysningerne opbevares i anonymiseret form.

Metoder

Der gennemførtes interviewundersøgelser med patienter/beboere, kontaktpersoner fra de to sektorer, henholdsvis bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling samt pårørende. Disse interviewundersøgelser planlægges gentaget et år senere med samme inklusionskriterier.

Fase 1

Undersøgelsen rettede sig (jf. ovenfor) mod følgende patientgruppe:

- *Bo-/støtteordningsbrugere, der har været indlagt indenfor 12 måneder på psykiatrisk afdeling, Amager Hospital.*

Personer, indlagt på andre psykiatriske afdelinger blev registreret, men der blev ikke foretaget interviews.

Af beboere på Sundbygaard, Sundbyhus, Sankt Annæ og satellitterne har omkring 60 været igennem en indlæggelse i løbet af de 12 foregående måneder. Man søgte at opnå deltagelse fra mindst halvdelen, det vil sige omkring 30. Endvidere søges deltagelse af en pårørende hos hovedparten af disse. Fra bostedet og fra psykiatrisk afdeling deltog en kontaktperson fra hvert sted for hver bruger (en som har været tilknyttet brugeren).

Undersøgelsen omfattede 4 dele:

1. Oplevelse af kvalitet og tilfredshed vedr. samarbejde
2. Oplevelse af kvalitet og tilfredshed med indlæggelsesforløb
3. Oplevelse af kvalitet og tilfredshed med socialpsykiatriske bo-/støtteordninger
4. Oplevelse af kvalitet og tilfredshed med psykiatrisk afdeling

Målemetoder

Se skema til grundoplysninger og interviews.

Outcome

Defineredes som et godt forløb i en periode før, under og efter indlæggelse:

1. Det gode forløb blev afgjort ud fra brugerens eget udsagn (på 5 punkts Likert-skala)
2. Sammenfald mellem flere aktørers tilfredshed med samarbejdet.

Bearbejdning af data

Gode forløb vs. dårlige forløb blev relateret til de øvrige parametre med henblik på, at identificere faktorer af betydning for gode forløb.

Sekundært blev samarbejdet sat i fokus og der blev relateret til dette med henblik på, at identificere mulige faktorer af betydning for et godt samarbejde.

Fase 2

Interviewundersøgelsen planlægges gentaget efter gennemført kvalitetsforbedring.

2. Metode

2.1 Undersøgelsens fremgangsmåde

Projektet 'Sektorsamarbejde' blev udført ud fra to metoder: En *kvalitativ* og en *kvantitativ*. Som det ligeledes kan ses i spørgeskemaerne (se bilag), som har dannet grundlag for de udførte interviews, har spørgsmålene være inddelt i to: Det konkrete nærværende indlæggelsesforløb og det generelle indtryk over længere tid. Alle interviews er i hver af de to dele blev indledt med et kvalitativt spørgsmål, idet der her blev givet plads til at den adspurgte uafhængigt af de mere specifikke spørgsmål der fulgte, kunne tilkendegive sin personlige kvalitative vurdering.

2.1.1 Interviews

Undersøgelsen har, som nævnt i det foregående, haft patienten/beboeren i centrum og interviewene er derfor udført med personer, der knyttede sig til den pågældende bruger. Dette indbefattede kontaktperson på bo-/støtteordningen, kontaktperson på den psykiatriske afdeling samt pårørende. Det skal dog i denne forbindelse nævnes, at i kun 10 tilfælde blev der af brugeren givet tilladelse til at kontakte pårørende, hvoraf 8 pårørende medvirkede i undersøgelsen, hvorfor vi har valgt at behandle disse data i et særskilt afsnit.

Indledningsvis i interviewet blev der kvalitativt spurgt til deltagerens vurdering af samarbejdet. Formålet var at give den pågældende mulighed for frit at fortælle, hvad der faldt dem ind, inden de blev interviewet med kvantitative, mere specifikke spørgsmål.

2.1.2 Den kvantitative metode

Udover de kvalitative spørgsmål bestod spørgeskemaerne (se bilag) af en række kvantitative spørgsmål, hvor den adspurgte skal vurdere tilfredsheden med samarbejdet på en fem-delt Likert-skala fra 1-5, inddelt som følger: Meget god (5), god (4), neutral (3), dårlig (2), meget dårlig (1).

Statistiske metoder

Analyse af de kvantitative data af deltagere og bortfaldgruppe er foretaget ved hjælp af χ^2 og korrelationsberegning (Olsen J m.fl. 1998).

2.1.3 Den kvalitative metode

De kvalitative data er medtaget, idet forsøgspersonerne her fik en mulighed for, at nuancere og forklare deres opfattelse af samarbejdet. I undersøgelsen udgjorde de kvalitative data en vurdering af den adspurgtes opfattelse af samarbejdet og er udformet således, at der kunne optegnes op til tre gode og dårlige ting vedrørende samarbejdet.

Fortolkning

Fortolkning af udsagnene er sket ved meningskategorisering (Kvale S 2000).

3. Resultater

3.1 Indledning

Resultaterne omfattede de brugere, der havde bopæl på en af bo-enhederne Sundbygaard, Sankt Annæ eller Sundbyhus, eller havde kontakt og støtte fra satellitten, Sundbygaard.

Interviews fandt sted fra november 2004 til februar 2005 og inkluderede personer, der på interviewtidspunktet også havde været indlagt på Psykiatrisk afdeling, H:S Amager Hospital, indenfor de seneste 12 måneder. Sammenlagt opfyldte 51 personer kriterierne og heraf accepterede 20 deltagelse i projektet.

3.1.1 Bortfaldsgruppe

Tabel 1 viser sammenligning i kønsfordelingen mellem deltagere og bortfaldsgruppen (de 31 der ikke deltog i projektet).

Tabel 1: Sammenligning af køn i deltagergruppe versus bortfaldsgruppe:

		Deltager	Bortfaldsgruppe	Total
Køn	Mand	10	15	25
	Kvinde	10	16	26
Total		20	31	51

Ud fra denne sammenligning kan det udledes, at der statistisk set ikke var signifikant forskel mellem de to grupper (χ^2 -test, $p=0,721$; tosidet).

Endvidere sammenlignes de to grupper vedrørende aldersgruppe i tabel 2.

Tabel 2: Sammenligning af aldersgruppe i deltagergruppe versus bortfaldsgruppe:

	Aldersgruppe	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Total
Type	Deltager	1	3	7	2	4	2	1	20
	Bortfaldsgruppe		4	13	11	1	2		31
Total		1	7	20	11	5	4	1	51

Ligeledes ses det vedrørende aldersfordelingen, at der statistisk set, ikke var signifikant forskel mellem deltagerne og bortfaldsgruppen (χ^2 -test, $p=0,183$; tosidet).

Gennemsnitsalder for deltagere er 42,2 år og 39,7 år for bortfaldsgruppen. T-test for gennemsnit viste ingen forskel; $p=0,495$.

Vedrørende sygelighed, anvendtes GAF test, som er et psykosocialt funktionsmål (Jones SH m.fl. 1995). GAF blev her anført som det seneste, det vil sige nogenlunde svarende til interviewtidspunktet.

Gennemsnit for de to grupper var for deltagerne 37,4 og for bortfaldsgruppen 34,8. Der er en lille forskel, men ikke signifikant ($p=0,119$). Forskellen bestod i, at gennemsnittet for bortfaldsgruppen er lidt lavere, dog kun 2,6 points. Dertil var spredningen i værdier mindre i bortfaldsgruppen.

3.1.2 Deltagere

Brugerne udgjorde kernen blandt deltagerne, idet projektet var opbygget omkring disse således, at tilknyttede kontaktpersoner fra henholdsvis bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling samt (8) pårørende til den pågældende bruger, deltog i projektet. Disse blev beskrevet nærmere ved hjælp af forskellige parametre.

I det ovenstående ses at kønsfordelingen var fifty-fifty, og aldersfordelingen havde hovedvægten omkring 40 år, men med stor spredning.

Vedrørende sygelighed og funktionsnedsættelse, blev disse belyst ved CGI (Haro JM m.fl. 2003) og GAF, svarende til interviewtidspunktet.

CGI er i gennemsnit 5,2 med fordeling fra 4 til 6. GAF var, som det fremgik af forrige afsnit, på 37,4, og strækker sig fra 25 til 60. Begge dele afspejlede en svær sygelighed og stor funktionsnedsættelse.

Vedrørende øvrige parametre fandtes ud fra journaloplysninger, at der var tre deltagere med anden etnisk baggrund end dansk og fire deltagere med en forhistorie med svære, determinante selvmordsforsøg. Vedrørende tvang blev der af praktiske grunde anvendt et samlet tal for tidligere tvang, aktuel tvang, indlæggelse med tvang og dom til behandling. I alt falder syv deltagere ind under disse kategorier. Halvdelen af brugerne havde et misbrug, mere eller mindre aktivt. Diagnostisk var der overvejende tale om skizofreni af paranoid type.

Profil generelt fremgår af følgende figur:

Figur 1: Karakteristika vedrørende deltagere:

Køn		10 mænd, 10 kvinder
Alder		Gns. 40,7 (24-70)
Debutalder		25 (14-40)
Sygdomsvarighed		15,7 (4-40)
Bovarighed		4,7 (1-10)
Bopæl		15 af 20 Sundbygård
CGI		5,2 (4-6)
GAF		37,2 (25-64)
Misbrug		10 af 20
Ufrivillig behandling		7 af 20
Anden etnisk baggrund end dansk		3 af 20
Suicidal adfærd med determinant metode		4 af 20

3.2 Kvantitative resultater

3.2.1 Det konkrete forløb

Samarbejdet mellem de to sektorer, henholdsvis bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling, blev i projektet belyst ved forskellige spørgsmål om tilfredshed med (kvaliteten af) samarbejdet. Det har ikke været muligt at finde nogen egentlig videnskabelig målemetode vedrørende dette, men vi har konstrueret en række spørgsmål, der skal belyse tilfredsheden (se bilag). Deltageren skulle i vores undersøgelse, som beskrevet ovenfor, selv placere sit svar på en Likert-skala, en fem-delt grad af tilfredshed med samarbejde. Herudover var der en række kvalitative spørgsmål, hvilket belyses senere i rapporten.

Baggrunden for besvarelse af spørgsmålene, lå blandt andet i det konkrete forløb hos den enkelte bruger, det vil sige i opløbet til en indlæggelse, selve indlæggelsen og perioden omkring udskrivelse.

I tabel 3 ses fordelingen af tilfredshedsgraden hos de tre grupper af svarpersoner, henholdsvis brugere, kontaktpersoner fra bo-/støtteordningen og kontaktpersoner fra den psykiatriske afdeling, fordelt på de fem svarmuligheder.

Tabel 3: Graden af tilfredshed med det konkrete forløb(% i parentes)

	Meget dårlig	Dårlig	Neutral	God	Meget god
Brugere	3 (15)	2 (10)	6 (30)	4 (20)	5 (25)
Bo-/støtteord.	0	4 (20)	9 (45)	5 (25)	2 (10)
Psyk. afd.	0	4 (20)	5 (25)	9 (45)	2 (10)

Ud fra ovenstående tabel kan det blandt andet udledes, at brugerne spredte sig over svarmulighederne. Som et enklere mål, kan man eksempelvis anvende, at 9 (45 %) af brugerne angiver en "god" eller "meget god" tilfredshed med samarbejdet. Der blev ligeledes spurgt mere detaljeret om de forskellige faser i forløbet, disse resultater bringes, dog ikke alle i detaljer, nedenfor.

Tilsvarende blev kontaktpersoner i bo-/støtteordningen ligeledes adspurgt. Her var resultaterne som følger: I forhold til brugerne var svarene her mere midtsøgende. Ingen svarede "meget dårlig" og der er færre "god" eller "meget god" tilfredshed. Sammenlagt svarede 7 personer (35 %) dog enten "god" eller "meget god".

Endelig ses svarene fra kontaktpersonerne fra psykiatrisk afdeling. Svarene her var generelt mere positive end de forrige, således var der hele 11, der svarer "god" eller "meget god" (55 %), hvorimod kun 4 personer (20 %) svarede "dårlig".

Både blandt kontaktpersoner i bo-/støtteordningen og på psykiatrisk afdeling var næsten alle de "neutrale" svar (udgjorde i alt henholdsvis 45% og 25%) udtryk for, at man ikke oplevede noget samarbejde.

Selv om de anførte forskelle forefandtes, var de ikke store nok til at være statistisk holdbare (antallet af deltagere er muligvis for lille). Der var ikke statistisk signifikante forskelle mellem alle tre grupper, ej heller mellem dem parvis. Det samme gjaldt, selv

om vi forenkledede og kun kalkulerede med to muligheder, f.eks. dem der svarer "god" plus "meget god" versus resten.

Forløbet var, som kort berørt ovenfor, inddelt i faser omhandlende selve indlæggelsesfasen, indlæggelsesperioden, udskrivningsfasen og planlægning af efterbehandling. For ikke at tynde selve rapporten med alt for mange tal og dermed tabe overskueligheden blev der foretaget en forenkling i beskrivelsen. Her blev andelen, som svarede "god" plus "meget god" anvendt som succesmål, angivet som tal ud af de i alt 20 og procent i parentes:

Tabel 4: Graden af tilfredshed("god" plus "meget god") ved fire faser ved indlæggelsen (% i parentes)

	Inkl. fase	Inkl. periode	Udskr. fase	Planl. efterbeh.
Brugere	9 (45)	8 (40)	7 (35)	7 (35)
Bo-/støtte ord.	11 (55)	6 (30)	4 (20)	1 (5)
Psyk. afd.	7 (35)	10 (50)	13 (65)	6 (30)

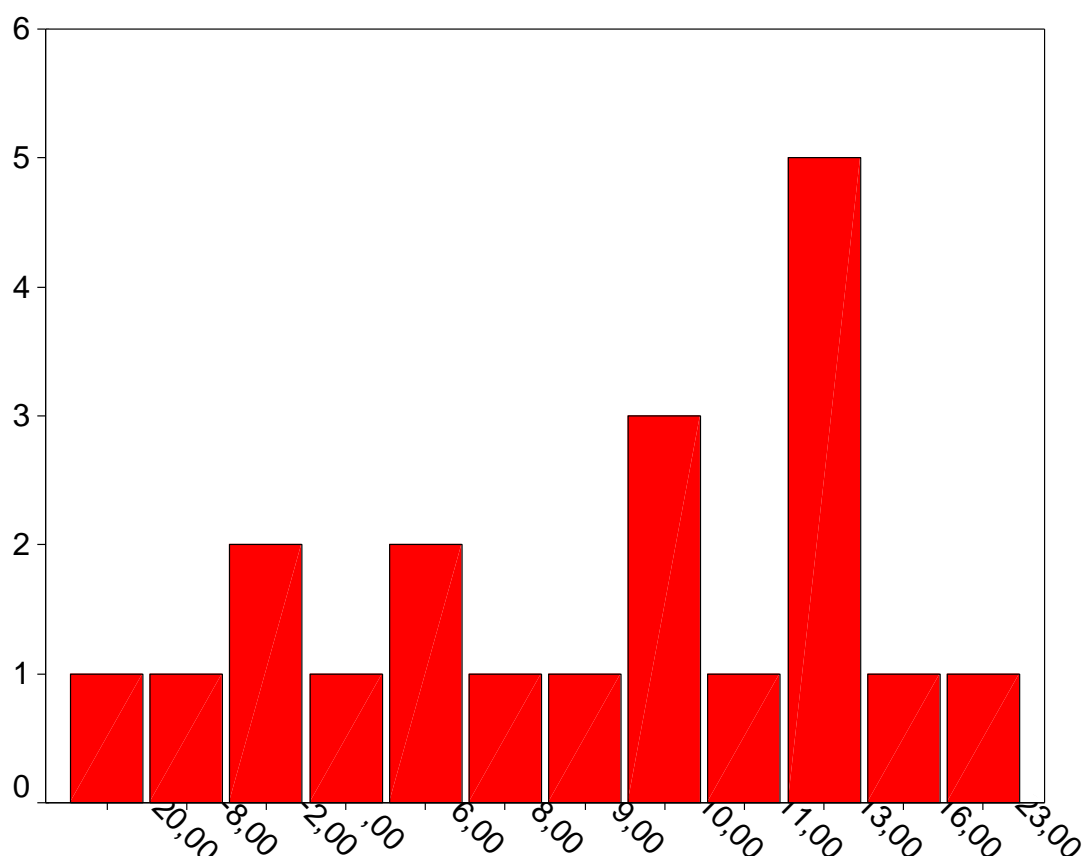
Det ses her, at graden af tilfredshed hos kontaktpersonerne i bo-/støtteordningen er stærkt faldende gennem forløbet. Vedrørende udskrivningsfase og planlægning af efterbehandling, så man en diskrepans mellem bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling. Ser vi på disse fordelinger alene, var der vedrørende udskrivningsfase og planlægning af efterbehandling statistisk signifikant forskel mellem tilfredsheden hos disse (χ^2 -test; p-værdi er henholdsvis: $p < 0,01$ og $p < 0,05$).

Consumer Satisfaction

ConSat (Consumer Satisfaction) er et afprøvet mål for tilfredshed med et indlæggelsesforløb (eller ambulante forløb). Højeste positive totalresultat er 24 og laveste er -24. Subskalaer er vedrørende selve processen højest 18 og lavest -18, tilsvarende subskala for resultat er højest 6 og lavest -6 (Ahlfors UG m.fl. 2001). Her præsenteres resultaterne fra Totalskala.

Diagram 1: Consumer Satisfaction hos brugerne:

Consumer Satisfaction



Ud fra Consumer Satisfaction undersøgelsen kan det udledes, at deltagerne overordnet set, var repræsenteret bredt på spektret, men størstedelen (ca. 25 %) befandt sig på 13,00 og (yderligere 15 %) på 10,00. Det kan altså herudfra udledes, at totalresultatet af Consumer Satisfaction undersøgelsen af tilfredshed blandt brugerne, i overvejende grad var positivt.

3.2.2 Opsummering

Ud fra ovenstående kvantitative data vedrørende det konkrete forløb kan følgende udledes:

- Brugernes grad af tilfredshed spredte sig over svarmulighederne, dog kan det anføres, at 9 ud af de 20 deltagere kaldte tilfredsheden med samarbejdet "god" eller "meget god".
- Kontaktpersonerne var mere midtsøgende. På bo-/støtteordningen placerede 9 personer deres tilfredshed som værende neutral, hvor 7 benævnte den som "god" eller "meget god". Kun 4 anførte tilfredsheden med samarbejdet som "dårlig". De 9 "neutrale" udtrykte, at der intet samarbejde var at vurdere.
- Kontaktpersonerne på den psykiatriske afdeling var generelt mere positive overfor samarbejdet vedrørende det konkrete forløb. Her placerer 11 personer deres tilfredshed som "god" eller "meget god", hvor kun 4 benævnte den som "dårlig". De 5 "neutrale" udtrykte, at der intet samarbejde var at vurdere.
- Ser man på graden af tilfredshed ved de fire faser i indlæggelsen er det benævnelsesværdigt, at bo-/støtteordningens tilfredshed var stærkt faldende gennem forløbet, især vedrørende udskrivningsforløb og planlægning af efterbehandling.

3.2.3 Den generelle vurdering

Baggrunden herfor var ikke det konkrete forløb, men de samme personers svar på deres generelle opfattelse af tilfredshed med samarbejde og forskellige områder, belyst ud fra en vinkel vedrørende samarbejde over længere tid. Denne byggede derfor på spørgsmål, der ikke knyttede sig til det bestemte forløb, men mere generelt, et udtryk for tilfredshed med kvaliteten af samarbejde.

Brugernes vurdering

Brugernes svar belyses her med en tabel over graden af tilfredshed med henholdsvis bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling vedrørende samarbejde. Her vurderedes bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling særskilt.

Tabel 5: Brugernes generelle tilfredshed ved bo-/støtteord. og psykiatrisk afdeling (% i parentes)

Tilfredshed / Institution	Bo/støtte ord.	Psykiatrisk Afdeling
1. Meget dårlig	2 (10)	2 (10)
2. Dårlig	5 (25)	3 (15)
3. Neutral	3 (15)	5 (25)
4. God	5 (25)	7 (35)
5. Meget god	5 (25)	3 (15)

I begge tilfælde vurderede 50 % af brugerne tilfredsheden med samarbejdet som "god" eller "meget god". De "neutrale" kan ses som udtryk for, at man ikke rigtig ved, hvad man skal svare.

Tilfredshedsgraden i forbindelse med delspørgsmål ses i følgende tabel. Først spørges til kendskabet til de mere formelle ting. Disse var i form af kendskab til kontaktpersoner og kendskab til handleplan på bo-/støtteordningen og behandlingsplan på psykiatrisk afdeling. Herefter følger tilfredshedsgraden ved forskellige delområder. Alt dette blev belyst ved at man har sammenlagt tallene for "god" og meget god".

Tabel 6: Brugernes generelle tilfredshed ved delspørgsmål:

Område	Bo/støtte (%)	Psykiatrisk afd. (%)
Kendskab til kontaktperson	100	95
Kendskab til handleplan/behandlingsplan	95	55
Information af bruger	55	65
Inddragelse af bruger	65	25
Inddragelse af pårørende	65	40

Det ses ud fra tabel 6, at der var ret pæne positive svar. Vedrørende den psykiatriske behandlingsplan, så har den ikke gjort så stort indtryk som den sociale handleplan, men den omhandler dog også et mere afgrænset område og et tidsrum der ligger indtil et år tilbage. Tilfredsheden med informationsgraden både i bo-/støtteordningen og på psykiatrisk afdeling var ret høj, 55% og 65% respektive, mens følelsen af inddragelse til gengæld var lav på psykiatrisk afdeling. Tilfredshed med inddragelse af pårørende var et vanskeligt spørgsmål, og fortolkningen af svarene må være forsigtig, da flere brugere ikke ønskede de pårørende orienteret eller inddraget.

Som et sidespørgsmål blev spurgt specifikt vedrørende graden af tilfredshed med medicin (psykofarmaka). Her svarede 65 % at tilfredsheden med medicin var "god" eller "meget god".

De to institutioners vurdering

Dette belyses ved kontaktpersonernes svar på noget lignende spørgsmål som ovenfor. Spørgsmålene er dog tilpasset således, at de gav mening i forhold til de pågældende deltagere, og er i stor udstrækning en vurdering af hinanden.

Først belyses den generelle vurdering af tilfredshed af samarbejdet (reelt en vurdering af den anden parts bidrag til samarbejdet).

Tabel 7: Institutionernes generelle vurdering af tilfredsheden med samarbejdet (% i parentes)

Tilfredshed \ adspurgt inst.	Bo/støtte vurdering	Psykiatrisk vurdering
1 Meget dårlig	0 (0)	0 (0)
2 Dårlig	7 (35)	5 (25)
3 Neutral	12 (60)	10 (50)
4 God	1 (5)	5 (25)
5 Meget god	0 (0)	0 (0)

Det ses, at den generelle vurdering af samarbejdet, kunne være bedre idet kun henholdsvis 35% og 25 %, bo/støtte og Psyk. Afd. respektive, vurderede samarbejdet som godt. Der er både hos bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling gennemgående en generel vurdering af tilfredsheden med samarbejdet som værende ikke eksisterende, hvad der udtrykkes i de høje "neutrale" svar (henholdsvis 60% og 50%). Denne opfattelse blev ikke delt af brugerne, idet vi ud fra den forrige tabel 6, at 50 % vurderede tilfredsheden med samarbejdet, både for bo-/støtteordningens side og fra psykiatrisk side, som "god" eller "meget god". Utilfredsheden med samarbejdet generelt findes derfor mellem sektorerne.

Andre resultater

Da der foreligger en del grundoplysninger om brugerne ud fra journaloplysninger, var der mulighed for at belyse, om der var kendte forhold, der påvirker vurderingen af samarbejdet.

Designet bevirker, at man i nogle tilfælde kan anvende en stærkere statistik end f.eks. χ^2 -test. Da de anførte svarværdier var "retningsbestemte", kan vi anvende korrelationstest for non-parametriske data, Spearman's korrelationskoefficient r . Det fremgår heraf, at der var nogle parametre, der er relateret til svar vedrørende tilfredshed med samarbejdet. Heraf fremgår parametre, der er korreleret med en signifikant effekt, $p < 0,05$. Baggrundparametre, der var todelte, f.eks. køn, ufrivillighed, suicidalitet og misbrug, blev tilsvarende testet ved χ^2 -test.

Vedrørende tilfredshedsniveau med samarbejde i de konkrete tilfælde ses ingen korrelation med baggrundparametre. Vedrørende tilfredshedsparametre for selve forløbet, herunder indlæggelse, indlæggelsesperiode, udskrivning og planlægning af efterbehandling, ses positiv korrelation mellem tilfredshed generelt med forløbet og tilfredshed for indlæggelsesfase og planlægning af efterbehandling ($r=0.556;p=0.011$ og $r=0.529;p=0.016$).

Ser vi tilsvarende på tilfredshedsniveauet for generel tilfredshed med bo-/støtteordningen fandtes positiv korrelation med informationstfredshed ($r=0.469$; $p=0.037$). Med baggrundsparetre ses kun korrelation med køn ($p=0.024$), idet kvinder udtrykte en større tilfredshed.

Tilsvarende for tilfredshedsniveauet for generel tilfredshed med psykiatrisk afdeling, sås positiv korrelation med informationstfredshed og tilfredshed med inddragelse ($r=0.560$; $r=0.051$ og $r=0.441$; $p=0.010$). Ligeledes sås her relation til køn ($p=0.024$), idet der også her var en større tilfredshed blandt kvinderne.

3.2.4 Opsummering

Ud fra ovenstående kvantitative data vedrørende den generelle vurdering af samarbejdet mellem sektorerne var resultaterne som følger:

- Brugernes generelle tilfredshed med samarbejdet var overordnet meget positiv. Tilfredsheden med informationsgraden var, både på den psykiatriske afdeling og på bo-/støtteordningen, ret høj. Dog er følelsen af inddragelse på den psykiatriske afdeling lav.
- Den generelle vurdering ud fra de to sektors vurdering af hinandens bidrag til samarbejdet var ringe. Både bo-/støtteordningen og den psykiatriske afdeling vurderer overvejende tilfredsheden med samarbejdet som værende "neutral", i virkeligheden udtryk for, at man fandt samarbejdet ikke eksisterende. Blandt kontaktpersonerne i bo-/støtteordningen var der kun 5%, der svarede "god" eller "meget god", på psykiatrisk afdeling var dette tal 25%.

3.3 Kvalitative resultater

I det følgende vil vi belyse resultaterne fra de kvalitative spørgsmål. Disse var udformet således, at man kunne anføre op til tre gode udsagn og op til tre dårlige udsagn. Den spurgte skal selv komme med formuleringen, helst med korte "kodeord". For gode og dårlige udsagn samledes udsagnene i grupper, ud fra en vurdering af indholdet. De udsagn, der i 1.prioritet optræder flere gange noteres. Herefter gennemgås 2. og 3. prioritet, for at se om det medfører ændringer. Resultaterne fremgår i det følgende.

3.3.1 Det konkrete forløb

Brugerne

Gode udsagn:

- Besøg fra bo-/støtteordningen (4 fra 1. prioritet, 6 fra alle prioriteter)
- God mad på psykiatrisk afdeling (1 fra 1. prioritet, 3 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn:

- Behandling mod eget ønske (3 fra 1. prioritet, 4 fra alle prioriteter)
- Lang ventetid i modtagelsen (3 fra 1. prioritet, og 3 fra alle prioriteter)
- For hurtig udskrivning (1 fra 1. prioritet, 2 fra alle prioriteter)

Bo-/støtteordningen

Gode udsagn:

- God modtagelse (2 fra 1. prioritet, 2 fra alle prioriteter)
- Rummer bruger (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Tryghed og ro (1 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn:

- Dårlig information (6 fra 1. prioritet og 9 fra alle prioriteter)
- Lang ventetid (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- Dårlig kommunikation (1 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Psykiatrisk afdeling

Gode udsagn:

- God kontakt (6 fra 1. prioritet og 6 fra alle prioriteter)
- Godt samarbejde (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- God information (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn:

- For tidlig indlæggelse (2 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)

3.3.2 Opsummering

Ud fra ovenstående kvalitative data vedrørende det konkrete forløb, kan følgende udledes om samarbejdet mellem bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling:

- Brugerne fremhæver især besøg fra bo-/støtteordningen som positivt og behandling mod eget ønske samt lang ventetid som negativt.
- Bo-/støtteordningen fremhæver den gode modtagelse samt en rummelighed i forhold til beboerne som positivt og en stor del af personalet (45 %) fremhæver en dårlig information som værende negativ. Under de negative udsagn findes her ligeledes lang ventetid.
- Den psykiatriske afdeling fremhæver den gode kontakt og det gode samarbejde som værende positivt og for hyppige indlæggelser som værende negativt.

3.3.3 Det generelle indtryk

Brugerne

Gode udsagn om bo-/støtteordningen:

- Fællesskab (3 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Personalet er gode at snakke med (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- Praktiske gøremål (2 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- God udfoldelse (2 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Tryghed (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn om bo-/støtteordningen:

- Uro og "korridoraftaler" (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- For mange projekter og handleplaner (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- For meget personaleskift/ligeglad personale (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Gode udsagn om psykiatrisk afdeling:

- God mad/smøger (4 fra 1. prioritet og 6 fra alle prioriteter)
- Kontakt (4 fra 1. prioritet og 5 fra alle prioriteter)
- Aktiviteter/gymnastik (2 fra 1. prioritet og 5 fra alle prioriteter)
- Patientfællesskab (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn om psykiatrisk afdeling:

- Lukket miljø (3 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- For hurtig udskrivning (3 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Ingen kontakt med personalet (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)

Bo-/støtteordningen

Gode udsagn om samarbejdet med psykiatrisk afdeling:

- Åbenhed (3 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Kontaktperson fra psykiatrisk afdeling (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- God fysisk beliggenhed (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Tages alvorligt ved sygdom (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Information (1 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- God tilgængelighed/modtagelse (0 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn om samarbejdet med psykiatrisk afdeling:

- Lang ventetid (4 fra 1. prioritet og 5 fra alle prioriteter)
- For tidlig/pludselig udskrivning (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Ikke lydhørhed/forståelse (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Ingen kontakt/gæstestatus (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Dårlig modtagelse/information til beboer (0 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Man skal selv kontakte (1 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Dårlig kommunikation (1 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Psykiatrisk afdeling

Gode udsagn om samarbejdet med bo-/støtteordningen:

- Godt samarbejde (4 fra 1. prioritet og 6 fra alle prioriteter)
- Jævnlig besøg (3 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- Engagement (1 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn om samarbejdet med bo-/støtteordningen:

- For store krav til bruger (6 fra 1. prioritet og 7 fra alle prioriteter)
- Ikke tilstrækkeligt uddannede (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- Skal kontaktes (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)
- For lidt rummelighed (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- For tidlig indlæggelse (0 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Ressourcer (0 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- For liberale (0 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

3.3.4 Opsummering

Ud fra ovenstående kvalitative data vedrørende det generelle indtryk af samarbejdet mellem bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling, kan følgende opsummeres:

- Brugerne vægter fra bo-/støtteordningen fællesskabet, at personalet er gode at tale med, samt tryghed og udfoldelse som positivt og fremhæver uro og for mange handleplaner/projekter som værende negativt. Ved den psykiatriske afdeling vægter brugerne den gode mad/smøger, kontakten samt aktiviteter som positivt og fremhæver et lukket miljø, for hurtige udskrivinger og samtidig dårlig kontakt med personalet (som dog også vægtes positivt) som værende negativt.
- Bo-/støtteordningen fremhæver åbenheden, den gode kontakt med personalet på psykiatrisk afdeling, den gode beliggenhed og tilgængelighed samt at beboerne tages alvorligt ved sygdom og informationen som positivt. De vægter lang ventetid, for hurtig udskriving, manglende forståelse og dårlig information og kommunikation som værende negativt.
- Den psykiatriske afdeling vægter det gode samarbejde, de jævnlige besøg fra bo-/støtteordningen samt engagementet som værende positivt og 35 % fremhæver bo-/støtteordningens for store krav til patienten, at de ikke er tilstrækkeligt uddannede, at de skal kontaktes for at tage del i indlæggelsen samt at de ikke er rummelige nok og at patienterne indlægges for hyppigt som negativt.

Generelt er der visse argumenter fra henholdsvis bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling, der strider imod hinanden. Her kan nævnes, at bo-/støtteordningen finder at patienterne udskrives for hurtigt og at den psykiatriske afdeling mener, at bo-/støtteordningen ikke har rummelighed nok og i øvrigt indlægger patienterne for hyppigt. Ydermere er der et modstridende forhold, idet den psykiatriske afdeling mener, at bo-/støtteordningen stiller for store krav til patienterne og ikke har forståelse for deres sygdom, hvor bo-/støtteordningen savner forståelse for deres kompetence og vurdering. Det fremgår af interviewene, at der synes at være modarbejdende tendenser i de to grupper, idet de arbejder ud fra forskellige syn på patienten/beboeren og disse kan karambolere og spolere samarbejdet. Der synes gensidigt at være manglende viden om hinandens uddannelse og kompetence. Inddrages brugernes syn på samarbejdet kan det siges, at disse også finder at udskrivingerne er for hurtige og at de mange handleplaner på bo-/støtteordningen er for meget.

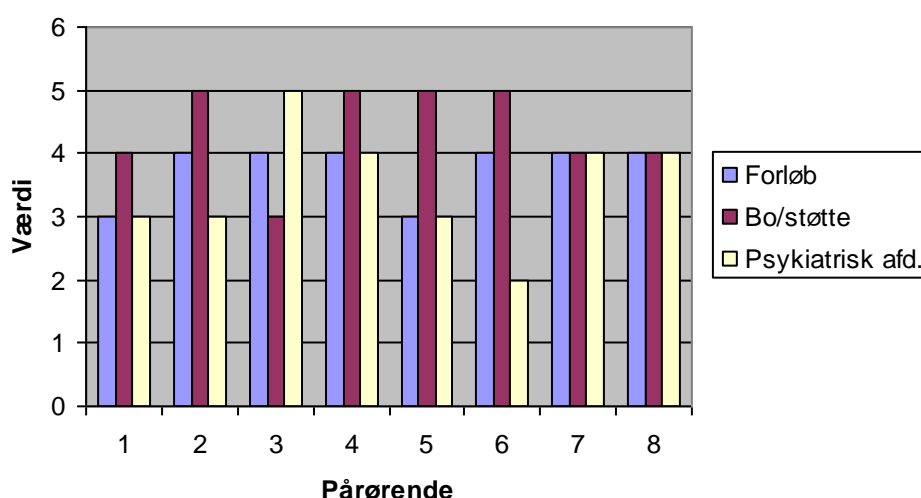
3.4 Pårørende

Pårørende var desværre ikke med i ovenstående. Dette skyldtes at kun ti brugere gav tilladelse til at kontakte pårørende, hvoraf 8 havde mulighed for at deltage i projektet. Da antallet var lille, er beskrivelsen af resultaterne her beskrevet selvstændigt.

3.4.1 Kvantitative resultater

Ud fra de kvantitative data, kan følgende diagram opstilles:

Diagram 2: Pårørendes vurdering af tilfredsheden med samarbejdet mellem bo/støtteordningen og psykiatrisk afdeling.



Ud fra ovenstående diagram ses det, at de pårørende overvejende var tilfredse med samarbejdet. Ved de konkrete forløb, vurderedes tilfredsheden med samarbejdet kun i et enkelt tilfælde som "dårlig", ellers svarede 75 %, "god" og de resterende 25 % "neutral". Ser man på de pårørendes grad af tilfredshed med bo-/støtteordningen, fremgik det at hele 87,5 % svarer enten "god" eller "meget god" og kun 12,5 % svarer "neutral". Ved de pårørendes vurdering af tilfredsheden med den psykiatriske afdeling, svarede 12,5 % "dårlig" og 37,5 % svarede "neutral". Også 37,5 % svarede "god" og 12,5 % svarede "meget god". Samlet set var de pårørende altså generelt tilfredse med det konkrete forløb, de var overvejende meget tilfredse med bo-/støtteordningen og tilfredse med den psykiatriske afdeling. Det skal dog medtages, at nogle af de pårørende kun i ringe grad havde haft kontakt til den psykiatriske afdeling, idet deres pårørende under indlæggelser ikke ønskede deres involvering. I modsætning hertil havde de pårørende en hel del kontakt med bo-/støtteordningen, hvorfor den mere positive vurdering af bo-/støtteordningen måske kan relateres.

2.4.2 Kvalitative resultater

Ud fra de kvalitative data kan følgende udledes:

Det konkrete forløb

Pårørende

Gode udsagn om samarbejdet ved det konkrete forløb:

- Tryghed, støtte og god atmosfære (2 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- God kontakt med bo-/støtteordningen (1 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Gode fysiske omgivelser (0 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Samtaler og kontakt under indlæggelse (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn:

- Dårlig rummelighed (1 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- Dårlig medicinering (1 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Det generelle indtryk

Pårørende

Gode udsagn om bo-/støtteordningen

- Imødekomende og menneskelig forståelse (3 fra 1. prioritet og 10 fra alle prioriteter)
- Tryghed (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn om bo-/støtteordningen

- For lidt behjælpelighed og kontakt (2 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)
- Ikke nok viden om medicin (1 fra 1. prioritet og 1 fra alle prioriteter)

Gode udsagn om psykiatrisk afdeling

- God kontakt, venlighed (2 fra 1. prioritet og 4 fra alle prioriteter)

Dårlige udsagn om psykiatrisk afdeling

- For lidt tid, ressourcer, aktiviteter (2 fra 1. prioritet og 3 fra alle prioriteter)
- For korte indlæggelser, hurtig udskrivning (0 fra 1. prioritet og 2 fra alle prioriteter)

2.4.3 Opsummering

Ud fra de pårørendes kvalitative udtalelser om samarbejdet mellem bo-/støtteordningen samt psykiatrisk afdeling ved det konkrete forløb og deres generelle indtryk af henholdsvis bo-/støtteordningen og psykiatrisk afdeling kan følgende opsummeres:

- Vedrørende det konkrete forløb fremhæver de pårørende især den gode kontakt, støtte og tryghed samt den fysiske beliggenhed som positivt og dårlig rummelighed samt dårlige oplevelser med medicinering som værende negativt.
- Vedrørende de pårørendes generelle indtryk af bo-/støtteordningen fremhæver 50 % af de pårørende personalets menneskelige forståelse, engagement og imødekommenhed som positivt og for lidt viden om medicin som negativt. Ud fra de pårørendes udtalelser om den psykiatriske afdeling kan det udledes, at de vægtede den gode kontakt og venligheden som positivt og mangel på tid til patienterne, de få ressourcer og aktiviteter som negativt sammen med for korte indlæggelser og for hurtig udskrivning.

4. Vurdering

4.1 Vurdering af metode

Som det fremgår indledningsvis forefindes der desværre i dette projekt en bortfaldsgruppe på 31 brugere. Der er derfor gjort anstrengelser for at finde informationer om denne gruppe, for herved at sikre sig, at denne ligner deltagergruppen. Det er dog velkendt fra tilfredshedsundersøgelser, at deltagerprocenten er moderat og at det kan være svært at gennemskue om det er en selekteret gruppe (Olsen J m.fl. 1998).

Det skal pointeres, at der i projektet både er anvendt en kvalitativ og en kvantitativ metode, for at berige og styrke undersøgelsens udfald, skønt deltagerantallet er forholdsvis småt.

Der er foretaget en kvalitativ undersøgelse for at give deltagerne en mulighed for at tale frit samt at komme med uddybende forklaringer og forslag til ændringer. Ligeledes har undersøgelsens udformning tilladt at konkrete spørgsmål besvares, idet der er medtaget kvantitative data.

Det er vort ønske at der i projektet både medtages udsagn fra brugere og pårørende samt medarbejdere fra begge sektorer. Desværre var det kun i 10 tilfælde, at brugerne gav tilladelse til at kontakte pårørende, og det har kun været muligt at interviewe et lille antal pårørende (8), hvilket har medført at disse ikke figurerer i blandt sammenligningerne med det resterende datamateriale, men findes i et særskilt afsnit i rapporten. Hvis dette skulle have været undgået, kunne man med fordel have lavet en undersøgelse med udgangspunkt i de pårørende.

Der er i forbindelse med undersøgelsen udviklet et særligt *trio-interviewdesign* med centrum i brugerne, således at der eksempelvis fra bruger 1 er interviewet henholdsvis kontaktperson 1 fra den psykiatriske afdeling og kontaktperson 1 fra bo-/støtteordningen samt en pårørende til bruger 1.

Andre der har lavet tilfredshedsundersøgelser om sektorsamarbejde har anvendt medarbejderinterviews, hvor der derfor i disse undersøgelser primært har deltaget medarbejdere (Seemann J & Antoft R 2002). Vores nye trio-interviewdesign er udviklet således, at det både indbefatter brugere og medarbejdere. Dette design har vi ikke set brugt tidligere.

Det har ikke været muligt at finde et afprøvet skema vedr. validitet og reliabilitet. Dog har vi anvendt Consumer Satisfaction, som er afprøvet, men dette indeholder alene brugerens tilfredshed med selve indlæggelsen.

4.2 Vurdering af resultater

Vedr. den egentlige vurdering af resultaterne henvises til kapitel 3 'Resultater' i rapporten.

Det mest påfaldende ved resultaterne i rapporten er forskellen mellem de to medarbejdergrupper samt brugernes vurdering. Brugerne vurderer deres tilfredshed med samarbejdet ud fra anderledes faktorer end medarbejderne, idet de ofte lægger vægt på faktorer som mad, aktiviteter og selskab med andre brugere. De har dog generelt en høj grad af tilfredshed, modsat medarbejderne.

Ydermere skal det pointeres, at resultaterne fra de indsamlede data fra de pårørende formentlig er præget af den forholdsvis lille gruppe. F.eks. er der ingen der nævner misbrugsproblemer, selv om sådanne forekommer hyppigt og også har været genstand for presseomtale.

Undersøgelsen koncentrerer sig om de i indledningen nævnte "brændpunkter", hvor det anføres, at der kan forventes beklagelser i form af en fortætning af frustrerede forventninger til hinanden. Nogle forfattere ser dette som et udtryk for tab af autonomi (Adler & Hage 1993).

Andre forskere har forsøgt at klassificere konflikttypologier, der opstår i grænsefladerne, som udtryk for forskellige interesser og forskellig adfærd (Brown 1983). Brown beskæftiger sig med om disse brændpunkter kan være underorganiserede og derfor være genstand for frustration, men at man samtidig også kan opleve overorganisering, som kan medføre, at brugeren sættes helt ud af spillet (f.eks. hvis alt er aftalt mellem to sektorer). De konflikter, der opstår, kan være destruktive, hvis de udløser en "krigsadfærd", hvor man isolerer sig i hver sin "fæstning", eller hvis der udløses for meget aftalt spil, eller isolation (Brown 1983).

Man kan dog ifølge litteraturen se disse brændpunkter som arnested for "produktive" konflikter, hvorfra der løbende kan skabes nye måder at løse problemer på (Denis & Lamothe 1999).

5. Forslag til forbedringer i samarbejdet

Det skal pointeres, at tager man udgangspunkt i de positive udtalelser, kan det udledes hvad der bør fastholdes i det nuværende samarbejde.

Ud fra de kvantitative data er det dog blandt andet vist, at de to sektorer generelle vurdering af tilfredsheden med samarbejdet er ringe. Ligeledes ses det ud fra de kvalitative data, at denne holdning går igen. Vi vil derfor i det følgende forsøge at opstille nogle forslag til hvordan denne tydeligt negative opfattelse af samarbejdet mellem de to sektorer kan ændres. Dette er blandt andet udarbejdet ud fra de kvalitative data, idet der herudfra kan udledes en række specifikke punkter, hvori utilfredsheden i særlig grad bunder. Først følger mere overordnede forslag, hvorefter mere konkrete forslag gennemgås.

5.1 Overordnede forslag

Overordnet kan følgende forslag udledes på baggrund af undersøgelsens resultater:

1. Der kan tilstræbes en overordnet drøftelse af de roller/opgaver som de respektive kontaktpersoner har i forhold til brugerne. Eksempelvis har psykiatrisk afdeling typisk en opfattelse af, at der foretages for tidlige indlæggelser og at der lægges et pres på beboerne, idet der forlanges mere af dem end de kan magte grundet deres sygdom. Bo-/støtteordningen mener modsat, at der er for hurtig udskrivning og at den psykiatriske afdeling ikke forstår bo/støtteordningens arbejde. Ud fra brugernes vurdering af manglende inddragelse på psykiatrisk afdeling bør dette give anledning til overvejelse.
2. Det kan overordnet diskuteres om medarbejderne bør opfatte hinanden som co-medarbejdere eller som hinandens gæster. Bliver medarbejdere fra de to sektorer alt for "indspiste", kan det omvendt mindske brugerens indflydelse.
3. Der bør etableres fælles uddannelse og gensidig information vedrørende faglig viden og forståelse for hinandens kultur.
4. Repræsentanter for bo/støtteordningen, psykiatrisk afdeling, brugere og pårørende bør drøfte og komme med forslag m.h.p. nedbringelse af ventetid i psykiatrisk skadestue ved akut indlæggelse og bedre information til brugeren.

5.2 Konkrete forslag

Det fremgår af resultaterne, at der ofte henvises til en dårlig kommunikation og information mellem de to sektorer. Det viser sig, at mange er glade, når det kommer til det egentlige samarbejde, men er dårligt tilfredse med informationssvigt og kommunikation på tværs af sektorerne. Dette mener vi kan sammenkobles med en mangel på procedurer. I det følgende vil vi forsøge, at komme med nogle konkrete forslag til hvordan dette kan ændres.

1. En fastlæggelse af indlæggelsesprocedure. Dette gælder blandt andet i den psykiatriske skadestue, hvor ventetiden for brugeren bør nedbringes. Medarbejdere fra bo-/støtteordningen fortæller, at de ofte sidder i gangen og ikke må 'komme ind i varmen'.
2. Der bør tilstræbes en indlæggelses- og udskrivelsesprocedure, der er kendt af alle inkl. brugeren. Der bør være gensidig meldepligt og klare aftaler, således at kommunikation og koordination af handleplaner vil forløbe bedre. Proceduregrundlaget bør tage afsæt i Kvalitetsudvikling af sektorsamarbejde SFR (2001).
3. Der bør tilstræbes faste møder relateret til indlæggelserne, således at informationsproblemerne forbedres.

5.3 Styregruppens forslag/tiltag

Styregruppen har efterfølgende besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Sundbygård og Psykiatrisk afdeling med henblik på at præcisere kvalitetsforbedringsforslag.

Arbejdsgruppen har haft flere møder fra ultimo november 2005 og har implementeret flere forslag i et løbende udviklingsprojekt (jfr. gennembrudsmetoden).

Sidste udgave vedr. kvalitetsforbedring fremgår af notat af 20. marts 2006 udarbejdet af Psykiatrisk afdeling og Sundbygård.

Litteraturliste

Ahlfors UG, Lewander T, Lundstrøm E, Malt UF, Lublin H, Malm U. Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat). *Nordic Journal of Psychiatry*; 2001; 55:91.

Bayer S, Dam Lise Valetin. *Evaluering af Sankt Annæ Hjem*. 2003.

Brandt P. *Yngre hjemløse i København*. Disp. Kbh. FADL 1993.

Brugerpolitik på psykiatriområdet i Københavns Kommune.

Haro JM, Kameth SA et al. SOHO Study Group. The Clinical Global Impression - Schizophrenic Scale: a simple method to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. 2003; *Supplementum* (416): 16-23.

Häfner H. Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. *Acta Psychiat Scand* 1987, 75:113-126.

Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale - interreliability and validity of the Global Assessment of Functioning. *British Journal of psychiatry*, 1995; 166: 654-659.

Kramp P. Psykotiske lovovertrædere: Kriminalitetsudvikling og behandlingsstruktur. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 1993, 71: 17-23.

Kvale S. *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag 2000.

Kvalitetsudvikling af sektorsamarbejde omkring patientforløb i Psykiatrien i HS. Rapport fra HS 2001.

Kvalitetsundersøgelse af brugertilfredsheden, Sundbygaard Satellitten. okt. 2002.

Middelboe Th. m.fl. *Sammenhæng og brud i psykiatrien*. Lægeforeningens Forlag. 2000.

Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta psychiat Scand*. 1990, 81: 372-377.

Munkner R. *Schizophrenia and Crime*. Ph.d. thesis. Eget forlag. København 2004.12.05

Nordentoft M, Laursen ThM, Agerbo E, Qin P, Høyer EH, Mortensen PB. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-1997. *BMJ* 2004, 329 July: 261-264.

Nordentoft M. Homelessness, social integration and quality of life in psychiatric

patients in Copenhagen. Ph.d. diss. FADL, Kbh. 1994.

Olsen J, Overvad K, Juhl S. Analytisk epidemiologi. Munksgaard København 1998.

Seemann J. Organisationer set på tværs – introduktion til interorganisatorisk analyse. I "Sociale organisationer i en omstillingstid. Socialpædagogisk Bibliotek(2.udg.), Kbh. 2002.

Seemann J & Antoft R. Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg kommunes Demensudredningsmodel i praksis. No. 3 – 2002.

Sektorplan. Psykisk syge. FAF 2003.

Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. Br J Psychiatry 1994, 165: 13-21.

Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri, 2001.

Wing JK. From institutional to community care. Psychiatric Q 1981,53: 139-152.

Bilag

Grundoplysninger og interview af beboer/patient, kontaktperson i bo-/støtteordningen og kontaktperson på den psykiatriske afdeling, samt pårørende

Spørgeskema: Beboer/patient

Navn: _____ CPR-nummer: _____
(I det videre forløb, bearbejdning, etc. Anonymiseres oplysningerne.)

Baggrund:

Bopæl

Satellit

Sundbygaard

Sundbyhus

Sankt Annæ

Køn

Mand Kvinde

Alder

År:

Indflytning i bo-/støtteordningen

Dato:

1. kontakt til behandling

År:

Klinisk diagnose (grunddiagnose)

F-nummer:

Misbrug

Misbrugsstof(fer)

Alkohol:

Hash:

Morfika

Amfetamin

Kokain

Andet:

Suicidal adfærd:

Ingen handling:

Forsøg:

Forsøg m. voldelige midler

Sidste 12 mdr.

Antal indlæggelser

Dage indlagt i alt:

Henvendelser i psyk. skadestue

Aktuelle indlæggelser ved tvang

Ja Nej

Tvang under indlæggelse

Ja Nej

Tidligere tvang

Ja Nej

Dom til behandling

Ja Nej

GAF (seneste el. aktuel)

Ja Nej

Interview-del:

Hvor der anføres 1-5 skal det ikke forstås som points, men klassificering i:

1. Meget utilfreds 2. Utilfreds 3. Neutral 4. Tilfreds 5. Meget tilfreds

Oplysninger vedr. gode og dårlige ting uddybes på bagsiden

Forløb

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved forløbet:

Gode: 1. 2. 3.

Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed med samarbejdet under forløb som helhed: (1 til 5) Ubesv.

Med samarbejde:

Vedr. indlæggelsesfase (1 til 5) Ubesv.

Vedr. indlæggelsesperiode (1 til 5) Ubesv.

Vedr. udskrivningsfasen (1 til 5) Ubesv.

Vedr. plan om efterbehandling (1 til 5) Ubesv.

Vedr. psykofarmaka behandling (1 til 5) Ubesv.

Bo-/støtteordningen

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved bo-/støtteordningen:

Gode: 1. 2. 3.

Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed generelt (1 til 5) Ubesv.

Kendskab til social handleplan Ja Nej

Evt. forslag til ændring i social handleplan:

Kendskab til social kontaktperson Ja Nej

Tilfredshed med information (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse/medbestemmelse (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse af pårørende (1 til 5) Ubesv.

Psykiatrisk afdeling

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved psykiatrisk afdeling:

Gode: 1. 2. 3.

Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed generelt (1 til 5) Ubesv.

Kendskab til psykiatrisk behandlingsplan Ja Nej

Evt. forslag til ændring i psyk. behandlingsplan:

Kendskab til psykiatrisk kontaktperson Ja Nej

Tilfredshed med information (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse/medbestemmelse (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse af pårørende (1 til 5) Ubesv.

Vedr. psyk. afd./incl. anvendes også **ConSat (Consumer Satisfaction)**

Spørgeskema: Pårørende

Forløb

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved forløbet:

Gode: 1. 2. 3.

Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed med samarbejdet under forløbet som helhed (1 til 5) Ubesv.

Bo-/støtteordningen

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved bo-/støtteordningen:

Gode: 1. 2. 3.

Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed generelt (1 til 5) Ubesv.

Psykiatrisk afdeling

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved psykiatrisk afdeling:

Gode: 1. 2. 3.

Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed generelt (1 til 5) Ubesv.

Spørgeskema: Bo-/støtteordningen (en kontaktperson)

Beboer:

Forløb

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved forløbet:

Gode: 1. 2. 3.
Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed med samarbejdet under forløb som helhed: (1 til 5) Ubesv.

Med samarbejde:

Vedr. indlæggelsesfase (1 til 5) Ubesv.

Vedr. indlæggelsesperiode (1 til 5) Ubesv.

Vedr. udskrivningsfasen (1 til 5) Ubesv.

Vedr. plan om efterbehandling (1 til 5) Ubesv.

Vedr. inddragelse af beboer (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med egen inddragelse som kontaktperson (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med information til kontaktperson (1 til 5) Ubesv.

Kendskab til psykiatrisk kontaktperson (1 til 5) Ubesv.

Kendskab til psykiatrisk behandlingsplan (1 til 5) Ubesv.

Hvis kendskab, evt. forslag til ændringer i psyk. beh. plan (1 til 5) Ubesv.

Psykiatrisk afdeling (generelt indtryk)

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved psykiatrisk afdeling:

Gode: 1. 2. 3.
Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed generelt (1 til 5) Ubesv.

Kendskab til psykiatrisk behandlingsplan Ja Nej

Kendskab til psykiatrisk kontaktperson Ja Nej

Tilfredshed med information til beboer (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse/medbestemmelse af beboer (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse af pårørende (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med information til kontaktperson (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med egen inddragelse som k.p. (1 til 5) Ubesv.

Spørgeskema: Psykiatrisk afdeling (en kontaktperson)

Patient:

Forløb

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved forløbet:

Gode: 1. 2. 3.
Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed med samarbejdet under forløb som helhed: (1 til 5) Ubesv.

Med samarbejde:

Vedr. indlæggelsesfase (1 til 5) Ubesv.

Vedr. indlæggelsesperiode (1 til 5) Ubesv.

Vedr. udskrivningsfasen (1 til 5) Ubesv.

Vedr. plan om efterbehandling (1 til 5) Ubesv.

Vedr. inddragelse af patienten (1 til 5) Ubesv.

Vedr. inddragelse af pårørende (1 til 5) Ubesv.

Vedr. information til patienten (1 til 5) Ubesv.

Kendskab til social kontaktperson Ja Nej

Kendskab til social handleplan Ja Nej

Bo-/støtteordningen (generelt indtryk)

Anfør op til 3 gode og tre dårlige ting ved bo-/støtteordningen:

Gode: 1. 2. 3.

Dårlige: 1. 2. 3.

Tilfredshed generelt (1 til 5) Ubesv.

Kendskab til social handleplan Ja Nej

Hvis kendskab, evt. forslag til ændringer i social handleplan:

Kendskab til social kontaktperson Ja Nej

Tilfredshed med information til patient (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse/medbestemmelse af patient (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med inddragelse af pårørende (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med information til kontaktperson (1 til 5) Ubesv.

Tilfredshed med egen inddragelse som k.p. (1 til 5) Ubesv.

ConSat (Consumer Satisfaction Rating Scale)

UKU-ConSat (Consumer Satisfaction Rating Scale)

Bedømmelsesskema for patienttilfredshed.

Patientens navn/initialer:

Fødselsdato:

Køn: Mand Kvinde

Interviewer:

Interviewdato:

Evalueringsperiode: -
Fra dato Til dato

Intervieweren er involveret i behandlingen af denne patient: Ja Nej

Vurderingen omfatter: Indlagt patient Dagpatient Ambulant
Tvangsindlæggelse Frivillig indlæggelse

A. Strukturproces

1. Tilgængelighed af behandling/pleje

Mulighed for at få hjælp ved behov. Noter evt. positive/negative faktorer som har påvirket indlæggelse eller ambulant behandling, f.eks. venteliste og lignende.

Fratræk 1 point for misfornøjelse med tvangsbehandling eller pres til at søge behandling.

Tillæg 2 point for patientens forståelse af tvangsforanstaltninger. Det givne antal point må dog ikke være lavere end -3 eller højere end +3.

2. Behandlingsmiljø og service

Afsnittets eller den ambulante funktions atmosfære, arrangementer, serviceniveau, personalets holdning og imødekommenhed.

3. Tilgængelighed af/eller tilbud om forskellige behandlinger

Mulighed for samtale og terapiformer. Personalets tilgængelighed og kontinuitet.

4. Information

Tilgængelighed af spontan information eller information givet på begæring om behandlingsplaner, deres natur og indhold, omfattende beslutninger, diagnostik m.v. samt deltagelse/medvirken i beslutningerne.

5. Medikamentel behandling

Patientens subjektive opfattelse om lægemidlernes egenskaber, administrationsmåde, virkninger og bivirkninger. OBS: Hvis der ikke er påkrævet nogen lægemidler, marker med en streg (-)*

6. Psykosociale metoder

Social færdighedstræning, hjælp med familieproblemer, tilbudte og effektuerede sociale indsatser, som har kunnet påvirke f.eks. økonomi, beskæftigelse, boligsituationen. OBS: Hvis der ikke er påkrævet nogen psykosocial intervention, marker med streg (-)*

Subtotal, items 1-6:

A. Resultat

7. Nytte af behandlingen

Opnået respektive ingen nytte af behandling.

8. Alment velbefindende

Tilfredshed med tilværelsen som et resultat af behandling, er godt eller dårligt til mode, optimistisk eller pessimistisk.

Subtotal, items 1-6:

Total score:

*) Ved scoring – se manualen

GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

Forsøg at betragte patientens psykologiske, sociale og arbejdsmæssige funktionsniveau på en kontinuerlig skala, der går fra tilstanden ved svær psykiatrisk sygdom og strækker sig til den bedst mulige funktion. Medregn ikke funktionstab på grund af fysiske eller miljømæssige begrænsninger.

Score	Funktionsniveau
-------	-----------------

91 til 99	Strålende funktionsniveau inden for en lang række områder, mister aldrig overblikket over problemer, opsøges af andre på grund af mange positive kvaliteter.
81 til 90	Godt funktionsniveau på alle områder, interesseret og i gang med et stort spektrum af aktiviteter, socialt velfungerende, generelt tilfreds med tilværelsen, kun hverdagsproblemer og bekymringer (fx et lejlighedsvist skænderi med en i familien).
71 til 80	Ubetydelig, midlertidig og situationsbestemt nedsat social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (fx rent midlertidig bagud med skolearbejdet).
61 til 70	Nogle vanskeligheder med social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (fx lejlighedsvis skulken eller rapseri i hjemmet).
51 til 60	Moderate vanskeligheder med social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (meget få venner, problemer med dem der skal samarbejdes med).
41 til 50	Alvorlig forstyrrelse af social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (fx ingen venner, ude af stand til at bevare et job, hyppige butikstyverier).
31 til 40	Større funktionssvigt på adskillige områder så som arbejde, skole eller familieforhold (fx undgår kontakt med venner, forsømmer familien og kan ikke passe sit arbejde).
21 til 30	Manglende evne til at fungere inden for næsten alle områder (ligger i sengen hele dagen, har ikke job, bolig eller venner).
11 til 20	Personen er lejlighedsvis ikke i stand til at opretholde minimal personlig hygiejne (fx smører afføring ud).
1 til 10	Permanent ophævet evne til at opretholde minimal personlig hygiejne.

(Jones SH m.fl. 1995)

CGI (Clinical Global Impression)

Brugerens sygdomsgrad vurderes ud fra CGI (hev.). Her placeres brugeren i forhold til andre med tilsvarende sygdom på en skala fra 0/1/2 – 3/4 – 5/6 – 7.

Baggrunden er følgende: Det indtryk (impression) som interviewereren får.

Sygdomsgrad (CGI):

- 0: Intet
- 1: Tvivlsomt
- 2: Minimalt
- 3: Mildt
- 4: Moderat
- 5. Markant
- 6. Svært
- 7. Ekstremt

(Haro JM m.fl. 2003)

Kvalitative udsagn fra psykiatrisk afdeling

Forløb

Forløb			
	Gode		
Patient	1.	2.	3.
1	Jævnlig besøg	Engagement	
2	God kontakt til soc.		
3			
4	God information	Enighed ml. psyk/bo-/støtteord.	
5	Pt. har medbestem.	God information	Velkomst
6	Stabil kont.pers.		
7			
8	God kontakt til b-s.		
9	Godt sam.arb.	Pårørende kontakt	
10			
11	Godt sam.arb.		
12			
13			
14	Omsorgsfulde	Samarbejdsvillige	Opsøgende
15	Jævnlig besøg	God information	Undgår tvang
16	God kontakt til pt.	Pass. krav, forståelse	Godt sam.arb.
17			
18			
19			
20			
	Dårlige		
Patient	1.	2.	3.
1			
2			
3			
4			
5	For få besøg		
6	For tidl. Indl.		
7	For mange stoffer, pt.	For lidt information	
8		For tidl. Indl.	
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20	Nødmodtagelser		

Om bo-/støtte

Gode			
Patient	1.	2.	3.
1	Engagement		
2	Godt sam.arb.		
3			
4	Godt sam.arb./lydhør		
5	Godt sam.arb.	Rummelige	
6			
7			
8	Gode til at kontakte		
9			
10			
11			
12			
13	God kontakt		
14			
15	Godt sam.arb.	Godt samarb. ml. KP	
16	Samme kontaktpers.	Godt sam.arb. m. overlæge	
17	Jævnlig besøg	Opsøgende	
18	Enighed ml. psyk/bo-/støtte		
19	Omsorgsfulde	Engagement	
20			
Dårlige			
Patient	1.	2.	3.
1	Skal kontaktes		
2			
3	Ikke tilstræk. Udd.		
4	For store krav t. pt.	For tidl. indl.	Ressourcer
5	Skal kontaktes	For store krav	
6	Ikke medvir. I udskr.	Ressourcer	
7	For store krav t.pt.	Ikke tilstræk. Udd.	Udskiftning
8	Ikke tilstræk. udd.	For liberale	soc. Lovgivning
9	For store krav t. pt.	For lille rummelighed	For tidl. indl.
10	For lidt sam.arb.		
11	Ikke medvir. i indl.		
12			
13			
14	Usamarbejdsvillige	Ikke opsøgende	Uengagerende
15	Rummer for lidt	Ressourcer	Ikke tilstræk. udd.
16	For store krav t. pt.		
17	Ikke besøg	Ikke opsøgende	
18	Imod tidl. udskriv.		
19	For engagerende		
20	For store krav t.pt.	For lille rummelighed	For liberale

Kvalitative udsagn fra bo-/støtteordningen

Forløb

Gode			
Patient	1.	2.	3.
1	God modtagelse	God forståelse for pt.	
2	Miljø med andre pt.	Psykosoc. Mulighed.	Eneværelse
3	Godt sam.arb.	Mere ro u. indl.	
4	Muligheden er der		
5	Rød/gul papir	Brug for behandl.	
6	Plan for udskr.	Godt personale	Mere ro u. indl.
7	Hyppig kontakt u. indl.		
8	God indl.		
9	Opdatering v. spørgs.		
10	God kontakt m A1	God info u. indl.	
11	Pt. fik det godt	Lydhør	
12			
13			
14	Pt. er tilfreds.		
15	Rummer beboer	Ændrer med.	
16	Tryghed for beboer	Container pt. i vansk.	
17	Rummer beboer	Tryghed for beboer	
18	Gavn af indl.		
19	Hurtig kontakt	Velvillighed	
20	Lydhørhed		
Dårlige			
Patient	1.	2.	3.
1	Lang ventetid, ing info	Kort varsel v. mødepl.	
2	Afvises tit	Koldt personale	
3	Dårlig info om beh.	Kontakt; opfat. dårligt	Lang tid; overfør DPC
4	Forsk. Oplevelser	For kort indl.	
5	Læg opf. Ikke signal	Udskriv. Lige så dårl.	Skal tigge om konf.
6	Dårlig information	Man er gæst v. besøg	
7	Dårlig info om beh.		
8	Ing. kotume v. kontakt	Dårlig info om beh.	
9	For tidl. Udskriv.	Lytter ikke	Dårlig info om beh.
10	Lang ventetid	Mangl. papir v. udskriv	
11			
12	Dårlig kommunikation	Os, der kontakter	
13			
14			

15	Dårlig info om beh.		
16	Dårlig info om beh.	Komm. Brist	
17	Mangl. forst. for økn.		
18	Mangl info v indl/udskr	Mangl viden om bo-støtteordningen	Lang ventetid
19	Kniber med løb. Samarb.	Mangl info v. udskr.	
20			

	Gode		
Patient	1.	2.	3.
1			
2	Mere kontakt til pt.	Besøg fra afsnit	
3	Åbenhed for pt.	Beliggenhed	
4	Tages alvorligt v.sygd	Stabiliserer tilstand	
5			
6			
7			
8	Gode beh.planmøder	Gode kontaktpers.	For lidt sam.arb.
9	Tages alvorligt v.sygd	God modtagelse	
10	Lydhør v status	Beboer er tilfredse	Skal være opsøgen.
11	Ringer v udskriv.	Besked v uorlov	
12	Åbne, hvis syg pt.		
13			
14	Beliggenhed	Altid tilgængeligt	
15			
16	Rummer beboer	Kontaktpers.	
17			
18	Kontaktpers.	Venlighed	Ligger tæt på
19	Åbenhed	Mere end medicin	
20	God samt. M læge	God kontakt t pt.	
	Dårlige		
Patient	1.	2.	3.
1			
2	Dårlig opfølgning	Information overses	
3			
4	Man er 'gæst v.besøg	Os, der kontakter	Ingen konf.
5			
6			
7			
8			
9	Lang ventetid	Ikke plads	For lidt inddr. V.beh
10	Lang ventetid	Dårlige pap.v udskr.	For meget ind. Initia
11	Lang ventetid	Dårlig info v. beh.	Sure kontakter på ps
12	V besøg, ingen kont.		
13	Os der kontakter	For tidl.udskr.	Ikke lydhør
14	For tidl.udskr.	For lidt kontakt.	
15			
16	Dårlig kommunikation		
17			
18	Ventetid	Forvirrende komm.	Dårlig indd af beboer
19	Praktiske ting glipper		

20	De tror det er for sjov	Lang ventetid	Pludselig udskrevet.
----	----------------------------	---------------	-------------------------

Kvalitative udsagn fra patienter

Forløb

Forløb			
	Gode		
Patient	1.	2.	3.
1	Besøg fra bo-/støtteordningen		
2	God almen behandling		
3	God kontakt		
4	God mad	kaffe	aftenkaffe
5	Godt forløb, idet medførte en ny bolig		
6	En bo-/støtte pers. var med		Tryk
7	Afvekslende	Morgensang	
8			
9			
10			
11	Bo-/st. gode til besøg	Bo-/st. gode at hente ting	
12			
13	God kontakt til Claus		
14	Godt forløb		
15	God mulighed, når jeg er dårlig		
16			
17			
18			
19	God kontakt fra bo-/st. under indl.	Ringer, så kommer bs.	
20	Tryk		
	Dårlige		
Patient	1.	2.	3.
1	Eft.beh. mod egt øns		
2	Behandlet ud fra forkerte præmisser		
3	Indholdsløst kontakt		
4			
5			
6	Ventede 5 timer		
7	Dåligt sam.arb. ml.psyk og bostøtte		
8	Beh.mod vilje	Overleg/barnlig adf.	Uenig i medicin
9			
10			
11			
12			
13			
14	Kan ikke fordrage "smelt" tabletter		
15			
16	Aldrig plads, skal vente		
17			
18	For hurtigt udskrevet		
19	Var 5 dage i modtagelsen	For tidligt udskrevet	
20			

Om psykiatrisk afdeling

	Gode		
Patient	1.	2.	3.
1	Daglig kontaktpers	Respekt for privatliv	
2	Nogen at tale med		
3	Venlighed		
4	God mad	Kaffe	Aftenkaffe
5	God soc. forståelse		
6	Adgangsmulighed		
7	Aktiviteter		
8			
9	Gode smøger	Klubaktivitet	Gymnastik
10			
11	Mange kendte medpatienter		
12	God mad	Venlige	
13	God forplejning		
14			
15			
16			
17			
18	Mulighed for fysioterapi	Man kan låne radio	
19	Godt fællesskab med med ptt.		
20	Tryghed		
	Dårlige		
Patient	1.	2.	3.
1	For hurtig udskriv.		
2	For meget TV		
3	Forskellige beskeder		
4			
5	Nattero		
6			
7	For lidt kontakt	For mange praktiske gøremål	
8	Lukket miljø	Dårlig karma	For mange skøre
9	Lukket miljø	For meget medicin	
10	For sparsom med medicin		
11	Kun udgang med følge	Tvangstilbageholdt	Drak øl
12	Udskrevet pludseligt	Hjælp til socialt mangler	
13	Medpatienter kunne ikke lide en		
14			
15			
16	Dårlig plads, skal vente ved indl.		
17			
18	For hurtigt udskrevet	Personalet for meget på kontoret	mere imødekommende
19	Forskellige beskeder	Pers. Snakker for lidt sammen	Dårlig stue indretning
20	Ventetid 5 timer		

Om bo-/støtteordningen

Gode			
Patient	1.	2.	3.
1	Fællesskab		
2	Fællesskab		
3	Trygge rammer	Gode at snakke med	
4	Gode at snakke med		
5	Kan slappe af		
6			
7	Adgang til psykolog		
8			
9	Fællesskab		
10	Maling	Undervisning	
11			
12			
13	Gode til praktiske ting		
14	Frit		
15	Kan udfolde sig med f.eks. musik		
16	Man har sit eget		
17			
18	Har styr på tingene	God kontakt	God praktisk kontakt
19	Hjælp fra bo-/st., f.eks. Oprydning		
20	Tager fat i en, når man har det dårligt		
Dårlige			
Patient	1.	2.	3.
1	Utryghed om natten		
2	De tror jeg er skør	Taler for lidt med m.	Kræver for mgt. orden
3	Mangler diskussion	Ikke egnet til gæster	Mangler mål
4	Skiftende personale		
5	En af beboerne er bøsse		
6	Ligeglad personale	Misbrug	Stor enhed, intriger
7	For meget uro og ballade		
8	Fejlopfattelse af bebo	For meget i bolig	For dyrt
9	For mange projekter	For dyrt	
10	Modarbejder ønsket medicin		
11	Beboere tilbageholdende	Andre for gamle	Handleplan disk.for tit
12	Personalet blander sig	Burde være mindre fælles	
13			
14			
15	Kan ikke lide at lave mad		
16			
17			
18			
19	(Af)taler for meget med hinanden		
20			

KVALITETSFORBEDRENDE TILTAG I SAMARBEJDET MELLEM PSYKIATRISK AFDELING AMAGER HOSPITAL OG BOCENTRE PÅ AMAGER

Baggrund:

Rapport om første fase af Projekt Sektorsamarbejde afslørede, at der kunne ske forbedringer i samarbejdet mellem psykiatrisk afdeling og bocentre på Amager i forbindelse med udskrivning, indlæggelse og akutte henvendelser. Endvidere konstateredes behov for bedre gensidig information om arbejdsbetingelser og kultur i henholdsvis bocentre og psykiatrisk afdeling.

M.h.p. at bedre samarbejdet blev der nedsat en arbejdsgruppe, som er kommet med forslag til tiltag i forbindelse med indlæggelse, udskrivning og akutte henvendelser. Endvidere har projekt-styregruppen og afdelingsledelsen og repræsentanter fra bocentrene drøftet, hvordan der kan ske en bedre gensidig information.

Nedenstående ønskes implementeret (flere ting vedr. indlæggelse, udskrivning og akut henvendelse er allerede gennemført), i løbet af kalenderåret 2006 m.h.p. gennemførelse af sidste fase af Projekt Sektorsamarbejde, d.v.s. fornyet interviewundersøgelse af personalemedlemmer, patienter og pårørende.

Kvalitetsforbedrende tiltag:

I. Bedre kommunikation/information imellem sektorerne.

I.1 Information af brugere/patienter. Som hidtil skal patienter om muligt have udleveret kopi af psykiatrisk afdelings behandlingsplan og bocentrets sociale handleplan samt løbende informeres og medinddrages i planerne.

I.2 Information af pårørende, hvor det efter gældende regelsæt om tavshedspligt er muligt, skal såvel personale på Sundbygård som personale på Psykiatrisk afdeling informere pårørende.

I.3 Gensidig information af personalemedlemmer m.h.p. gensidig forståelse af hinandens kultur.

- Lederne af de enkelte boenheder på Sundbygård samt af andre bosteder på Amager: Sundbyhus, Sct. Annæ hjem m.v. skal inviteres til at deltage i udvalgte dele af introduktion for nye medarbejdere på Amager Hospital, psykiatrisk afdeling som sædvanligvis foregår 2. og 3. hverdag i kalendermånederne, såfremt der er mindst 5 ordinære personalemedlemmer, der skal på introduktion.
- Der skal etableres gensidige informationsmøder for alle ansatte. Indledningsvis 2 x årligt, første gang i juni 2006. Psykiatrisk afdeling etablerer for op til 30 personalemedlemmer i konferencerummet på Digevej et informationsmøde af 2 timers varighed en eftermiddag. Der skal inkluderes orientering om afdelingen samt rundvisning i relevante enheder (psykiatrisk skadestue PC1 og PA afsnit).
- Bostederne arrangerer på Sundbygård et 2 timers kursus, ligeledes med information om bostederne på Amager samt i første omgang rundvisning til udvalgte boenheder på Sundbygård.
- Efterfølgende evalueres m.h.p. målgruppe, men i første omgang er juni møderne åbne for alle interesserede. Det er planen, at informationsmøderne og introduktionen om den "anden" sektor skal indgå som fast del af introduktion af alle nyansatte.

II. Samarbejde mellem psykiatrisk afdeling og bosteder, når patienter henvender sig akut, indlægges og udskrives.

II.1 Modtagelse/viderevisitation:

- I tilfælde hvor kontaktpersonen følger patienten til psykiatrisk skadestue, modtages patienten sammen med kontaktpersonen, af plejepersonale fra psykiatrisk skadestue.
- Bostedets personale orienter pårørende – hvis det er aftalt forud.
- I tilfælde hvor patienten af kontaktperson, vurderes psykisk dårlig, samt hvor der ikke inden for kort tid, er mulighed for lægesamtale; visiteres patienten og tilbydes ophold i Psykiatrisk skadestues opholdstue (i det omfang, det er forsvarligt).
- Kontaktpersonen skal ikke nødvendigvis blive hos patienten, men kan efterfølgende returnere til eget....
- Det kan aftales at kontaktpersonen deltager i modtagelsesinterviewet såfremt patienten accepterer dette.
- I tilfælde hvor patienten ankommer alene til Psykiatrisk skadestue, er det de normalt gældende procedurer jvnf. VIP dokument "Modtagelse af patienter i den Psykiatriske Skadestue". Sundbygård personale orienteres jf. regelsæt om tavshedspligt.
- Hvis henvendelsen sker efter aftale med kontaktpersonen, bør der hvis det er muligt, medgives en skriftlig status fra boenheden.
- Ved morgenkonferencen aftales, hvis det er muligt, hvornår der er gennemgang af patienter fra boenheder.
- Personalet i PC1 kontakter herefter boenheden telefonisk, med tidspunkt for gennemgangen med henblik på at kontaktpersonen kan deltage.
- Hvis patienten overnatter i Psykiatrisk skadestue, er det boenhedens ansvar at informerer pårørende.

II. 2 Ved overnatning/indlæggelse:

- I de tilfælde hvor det er muligt, vil det være en stor hjælp hvis patienterne har egen medicin med til de første døgn.

II. 3 Under indlæggelse:

- Kontaktpersonen på Digevej er ansvarlig for at indkalde til samarbejds møde, konferencer og lignende.
- Kontaktpersonen i sengeafdelingen skal snarest muligt, og senest førstkommande hverdag kontakte kontaktpersonen på Sundbygård/andre bosteder m.h.p. aftaler om deltagelse i gennemgang/stuegang af patienten, under forudsætning af patientens accept.
- Det tilstræbes at kontaktpersonen fra bostederne besøger patienten minimum en gang om ugen.
- Aftaler om udskrives forløb (overnatning, besøg osv.) planlægges i videst mulig omfang kontaktpersonerne imellem.

II. 4 Ved udskrivning:

- Kopi af feltjournal/journalnotater/medicinskema medgives patienten, eller faxes til boenheden inden for sammen døgn.
- Ved ordination af nye medicinpræparater medgives/telefoneres recept.
- Medicin udleveret fra Psykiatrisk skadestue, skal række til 2 hverdage.

II. 5 Dagligt samarbejde:

- Vi er alle professionelle inden for vores eget felt. Derfor bidrager vi alle med rådgivning, hvis der er behov.
- Det er vigtigt at forstå, at mål og forudsætninger er forskellige, når afsættet er en behandlingsplan vs. social handlings plan.
- Misforståelser klares bedst ved at spørge ind til kernen.

Der henvises i øvrigt til rapport Projekt Sektorsamarbejde af 14. sept. 2005

Helle Aggernæs, ledende overlæge
repræsenterende
Psykiatrisk afdeling
Amager Hospital

Jesper Holbæk, forstander
repræsenterende
bocentre og enheder i
Københavns Kommune på Amager