Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte

Det tværfaglige samarbejde

Center for Bevægeapparatlidelser
Center for Folkesundhed • Regionshospitalet Silkeborg

Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte. Det tværfaglige samarbejde.

Udarbejdet af:
Lucette Meillier, Sundhedskonsulent, cand.comm, ph.d., Sundhedsfremme og Forebyggelse, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
Stina Lou, sundhedskonsulent, cand.mag. Sundhedsfremme og Forebyggelse, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
Inge Wittrup, Sundhedskonsulent, mag.art. ph.d. Sundhedsfremme og Forebyggelse, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
Bjarne Rose Hjortbak, projekt- og udviklingskonsulent, cand.scient.soc. sygeplejerske MarselisborgCentrets forsknings- og udviklingsfunktion.
Pia Løvschal-Nielsen, projekt- og udviklingskonsulent mag. art., antropolog MarselisborgCentrets forsknings- og udviklingsfunktion.

Transskription af interview: Bente Meillier
Figurer: Pia B. Skovsen

Udgiver: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N, Tlf: 8728 4700, Fax: 8728 4702, e-mail: folkesundhed@rm.dk, www.centerforfolkesundhed.dk

Grafisk produktion og tryk: Huset Venture, Stavtrupvej 34, 8260 Viby J, Tlf. 86 28 35 55
Oplag: 500 stk.
ISBN: 978-87-992553-3-7

Bestilling: Rapporten kan rekvireres i trykt udgave ved henvendelse til Center for Folkesundhed, tlf. 87 28 47 00. Rapporten kan også hentes i elektronisk udgave fra www.centerforfolkesundhed.dk

Tak til alle ved Center for Bevægeapparatlidelser for at åbne møder for vores deltagelse og for at dele erfaringer fra arbejdet gennem interview, tak til teamet bag denne rapport for gode analyser og indfaldsvinker, tak til Bente Meillier for transskription af interview og til Pia B. Skovsen for udvikling af figurer i rapporten.

Forord

I Danmark har sygefraværet igennem en længere årrække haft et betydeligt omfang og fokus på indsatser, der kan nedbringe fraværet har stor opmærksomhed. Der er taget mange initiativer og gjort mange forsøg. Sygefraværet vedbliver at stige.

Kommunerne har beslutningskompetencen, når det drejer sig om administration af Sygedagpengeloven, og de andre sociale love, der er relevante, når der er tale om støtte til tilbagevenden til arbejdsmarkedet og varige forsørgelsesforanstaltninger. Ikke desto mindre involverer indsatsen overfor sygemeldte mange andre aktører, som også har et ansvar: den sygemeldte, arbejdspladsen, familien, de praktiserende sundhedsprofessionelle (læger, fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl.) og sygehuset. Tilbagevenden til arbejde efter sygefravær er oftest ganske ukompliceret. Samspillet mellem den sygemeldte og alle de nævnte aktører kan forløbe uden problemer. Imidlertid er der fra det ukomplicerede et kontinuum af muligheder for, at et forløb kan blive tiltagende svært, kompliceret til håbløst. Alle, der har arbejdet med sygemeldte, og som evaluerer enkeltforløb, der f.eks. har medført alt for tidlig udstødelse fra arbejdsmarkedet af en borger, kender til overvejelser om at ændre praksis. Hvis bare vi tidligt havde iværksat en koordineret, sammenhængende tværfaglig og tværsektorielt indsats overfor vedkommende, kunne vi sikkert have undgået en fastlåst tænkning om sygdommens begrænsninger hos os selv som professionelle, hos den sygemeldte, hos arbejdsgiver osv.

Imidlertid gives der ikke enkle løsninger. Der er endnu ikke nogen, der har kunnet opstille håndfaste og evidensbaserede kriterier for, hvem der tidligt i et sygefraværsforløb, som følge af en given sygdom er i størst risiko for efter et længerevarende fravær ikke at vende tilbage til arbejdsmarkedet og i givet fald hvilken specifik indsats, der skal iværksættes.

Et væsentligt forhold synes dog givet: Det er ikke sygdommen eller sygdommens sværhedsgrad, der er alene er afgørende herfor. Måske drejer det sig snarere om, hvilke forventninger og forestillinger den sygemeldte, de professionelle, arbejdsplads og familie har til sygdommen og dens konsekvenser. Forestillinger og forventninger som ikke altid er hensigtsmæssige i forhold til at leve et aktivt og kvalitetsfyldt liv.

Center for Bevægeapparatlidelser (CfB), Regionshospitalet i Silkeborg er etableret 1. august 2004 for at øge fokus på tidlige koordinerede og sammenhængende tværfaglige og tværsektorielle indsatser overfor sygemeldte med subakutte lænderygsmerter. Centret blev etableret ved en beslutning i Århus Amtsråd. Idéen blev født i dialog med de involverede kommuner. Et væsentligt udgangspunkt først i dette årti var kommunernes bekymring over, at lænderygsmerter efterhånden var begrundelsen for op imod 1/8 af alle sygemeldinger, og sygehusvæsenets oplevelse af manglende muligheder for at skabe hurtige og sammenhængende indsatser. Dette sammenholdt med erkendelse af, at der sjældent kan gives en specifik diagnose henholdsvis behandling, men at lænderygsmerter ofte er noget, man skal lære at leve med, talte for forsøg med nye indsatsmetoder under kontrollerede omstændigheder.

De nye metoder bygger primært på erfaringer fra udlandet, hvor tværfaglige og tværsektorielle indsatser har vist sig effektive. Ligeledes på teorier om sammenhæng mellem det biologiske, psykologiske og sociale, og hvordan den professionelle kontakt ved undersøgelse og dialog kan anvendes til at ændre tanke og handling hos alle involverede aktører til gavn for den sygemeldte. Endelig på anvendelse af procedurer for smidigt samarbejde mellem pro-

fessionelle, hvor der lægges vægt på respekt for hinandens opgaver og handlemuligheder – ligeledes til gavn for den sygemeldte.

Det afgørende nye er, at indsatsen er koordineret fra det tidspunkt, hvor den sygemeldte henvender sig hos egen læge første gang, til vedkommende er tilbage i arbejde. Egen læge henviser efter 4 ugers sygemelding. CfB har herefter ansvar for udrednings- og arbejdsfastholdelsesprocessen. Den individualiserede indsats er tværfaglig og uden ventetid. Indsatsen ender med aftaler på arbejdspladsen, om hvorledes kravene kan tilpasses den aktuelle funktionsevne og siden øges, så patienten fastholdes i arbejde. Nyt er også den gennemgående kontaktperson, som ved behov og efter aftale, koordinerer samarbejdet med relevante parter omkring den sygemeldte.

Der er gået et år siden vi inkluderede den sidste af de ca. 350 sygemeldte, vi havde planlagt. Det er nu muligt for os at fremlægge de første resultater. Der ligger stadig mange analyser forude, og det er vigtigt, at vi har mulighed for at følge patientgruppen i 2 til 5 år, for også at kunne udtale os om langtidseffekter af indsatsen.

Resultaterne fremlægges i tre rapporter med den fælles betegnelse: *Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte*

Det tværfaglige samarbejde
Beskrivelse af den tværfaglige
og tværsektorielle indsats
Et års opfølgning

Resultaterne skal nu publiceres i internationale tidsskrifter.

Vi håber således, at disse rapporter kan være til inspiration for yderligere udvikling af praksis og for den videre forskning i indsatser, der har til formål at reducere sygefraværet.

Vi er glade for, at kommuner og Region Midtjylland har prioriteret at etablere et hospitalsbaseret forskningscenter (CfB), der har til opgave at udvikle og afprøve metoder overfor sygemeldte med bevægeapparatsmerter, hvor fokus er på bio-psyko-sociale, tværfaglige og sammenhængende indsatser mellem kommuner, praktiserende sundhedspersonale, arbejdsplads og hospital. Vi er specielt glade for at Galten, Gjern, Hammel, Ry, Silkeborg og Them kommuner der fra projektets start så nødvendigheden af at lave lodtrækningsforsøg og har været med til at financiere driften.
Vi vil meget gerne takke Jer alle.
Vi vil også takke fagforeninger lokalt og nationalt, virksomheder og arbejdsgivere, kommunale koordinationsudvalg og kolleger fra de arbejsmedicinske klinikker – der alle bakkede projektet op i de tidlige faser. Tak til de lokale koordinationsudvalg for økonomisk støtte til beskrivelse af projektet.

Tak til de sygemeldte som villigt har indgået i projektet, har ladet sig randomisere og flittigt og tilbagevendende svarer på spørgeskemaer efter et halvt, et og to år.

Tak til styregruppen med repræsentanter fra kommuner, hospitalsledelse og afdelingsledelse, der på halvårlige møder med interesse og opmuntring har været med til at bevare optimismen.

Det har været vaskeligt at skaffe ekstern finansiering til evalueringen. Tak til Gigtforeningens udviklingspulje for en donation. Også tak til Klinisk Socialmedicin og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland som både har leveret økonomi og mandskab.

Arbejdsmiljøforskningsfonden har netop bevilliget knap 4 millioner kroner til afledte analyser af dette projekt og til evaluering af et kommende projekt, hvor indsatsen retter sig imod sygemeldte med smerter i skuldre og nakke.

Oktober 2008
Claus Vinther Nielsen, ledende socialoverlæge ph.d.

Indledning

Det tværfaglige samarbejde er en af tre rapporter under den fælles betegnelse *Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte.* Denne rapport og de to andre: *Beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats* og *Et års opfølgning* hænger naturligvis sammen, men kan også læses uafhængigt af hinanden.

Interventionsprojektet evalueres i et MTV-perspektiv. Det betyder, at vi evaluerer

- *Effekten* af selve indsatsen (teknologien). Kommer de sygemeldte i arbejde, får de bedre livskvalitet, mindre frygt, bedre sundhedsvaner osv.?
- *Brugerperspektivet:* de sygemeldtes tilfredshed med indsatsen. Bedres funktionsevnen mv.?
- *Organisationen:* hvorledes fungere det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde?
- *Økonomien:* hvad koster indsatsen pr. patient? Hvad er den økonomiske gevinst ved en eventuel positiv effekt?

De foreliggende tre rapporter har elementer af den tilsigtede evaluering med. Der forestår stadig et analysearbejde over de kommende år af foreliggende data, og nye projekter vil indsamle data med særligt fokus på organisation.

I denne rapport *Det tværfaglige samarbejde* fremlægges resultater af et kvalitativt studie af CfB's tværfaglige samarbejde. Fokuspunkter i evalueringen er personalets definition af tværfagligt samarbejde, samarbejdets organisering og konkrete erfaringer med fordele og ulemper heraf. Vi har i denne rapport fået eksterne kvalitative forskere til kritisk at fordybe sig i blandt andet nogle af de dilemmaer, der udspiller sig i vores praksis. Rapporten rejser en række spørgsmål, som vi på CfB må forholde os til i vores videre proces, og som mange andre, der arbejder på området, vil have glæde af at læse om.

I rapporten *Et års opfølgning* beskrives blandt andet den evidens, denne indsats bygger på, undersøgelsesdesignet, materialer og metode herunder analysestrategi og resultater heraf.
Der sammenlignes to indsatser en mini-intervention og en CfB-intervention, som begge afviger fra det, man kan kalde normal praksis. Begge har de elementer af tværfaglighed i sig, men CfB-interventionen har den bredeste tværfaglighed. Vi står her overfor et centralt metodisk problem, som vi har kendt til helt fra starten. Det er først indenfor de sidste år, kommunerne for alvor har villet acceptere lodtrækningsforsøg. Det skal understreges, at det ikke kun var tilfældet i de kommuner, som deltog i projektet, og som vi i øvrigt har haft et forbilledligt samarbejde med. Disse accepterede et tilnærmet kontrolleret randomiseret forsøg – et komparativt randomiseret design. Man fandt det blandt andet uetisk, at alle involverede i et projekt med lodtrækning ikke fik et tilbud. Dette forhold og konsekvenserne heraf diskuteres.

Der refereres i rapporterne til en række udenlandske undersøgelser, som blandt andet har givet inspiration til etablering af Center for Bevægeappartlidelser (CfB). Karakteristisk for disse undersøgelser er, at der beskrives en tværfaglig indsats, bestående af en række faggrupper og i mindre omfang, hvad det er, de gør. I rapporten *Beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats* beskrives indsatsen. Formålet er at højne bevidstheden om, at indsatsen ikke blot er et spørgsmål om at bringe forskellige monofagligheder sammen og holde møder med bestemte intervaller med bestemt varighed, men i høj grad et spørgsmål om, hvorledes og på hvilken teoretisk baggrund der handles.
Med denne rapport skal også lyde en opfordring til, at man forsøger at lave lignende beskrivelser i andre projekter af samme karakter.

Medarbejdere på projektet:
Ole Kudsk Jensen, overlæge, speciallæge i reumatologi
Ellen Pallesen, sociallæge, afdelingslæge, speciallæge i samfundsmedicin og almen medicin
Bente Knudsen, socialrådgiver
Karina Ruby, ergoterapeut
David Christiansen, fysioterapeut
Karen Svidt, fysioterapeut
Ole Meyer, fysioterapeut
Kirsten Nielsen, sekretær
Lone Jensen, sekretær
Linda Madsen, tidligere sekretær
Tora Dahl, ledende ergoterapeut, MPH, en af initiativtagerne til projektet og leder af det tværfaglige team i perioden 1. 8. 2004 til 1. 8. 2007
Anette Abel, sociallæge, afdelingslæge, speciallæge i samfundsmedicin og arbejdsmedicin indgik i de første år i det tværfaglige team.
Claus Vinther Nielsen, forskningsansvarlig, ledende socialoverlæge, ph.d., klinisk lektor, speciallæge i klinisk socialmedicin udfærdigede sammen med Tora Dahl, konceptet og projektbeskrivelsen.

Jakob Hjort, MPH, datamanager og teamleder. MTV, Center for Folkesundhed, har stået for etablering af CfB's datainfrastruktur både med hensyn til administration og forskning.

En række personer har været involveret i evalueringen. Navne og tilhørssteder fremgår af rapporterne.

Indholdsfortegnelse

Etablering af Center for Bevægeapparatlidelser 9

Baggrund for opstilling af tværfaglig samarbejdsmodel 11

Målgruppe og mål for tværfagligt samarbejde 12

Evaluering af tværfagligt samarbejde 13
- Fokusområder i evaluering af det tværfaglige samarbejde 13
- Metode 13

Tværfagligt samarbejde – en definition 14

Tværfagligt samarbejde – patientforløbsorganisering 16

Tværfagligt samarbejde i Center for Bevægeapparatlidelser – organisation 18

Rammer 19
- Lokalerne 19
- Beklædning 20

Tværfaglig indsats gennem udviklingsproces 21

Medarbejdernes syn på essens af tværfagligt samarbejde 23
- Procesorienteret arbejde 23
- Medarbejderudvikling 24
- Formidling af essens 25

Funktionsdeling i team 26
- Sekretærer 26
- Reumatolog 27
- Fysioterapeut 27
- Koordinatorer 29

Det afgørende nye i tilbud om tværfaglig indsats for rygpatienter 33
- Nyt samarbejde om patienten 33
- Ny samarbejdsmodel mellem organisationer 34
- Tilfredshed med eget arbejde 37

Sammenhængskraft og udvikling af det tværfaglige team **39**
Tværfagligt team mødestruktur 39
Introkursus og ressourcer til fælles grundlag 39
Udvikling af samtalemetoder 40
Praktisk sammenhæng for tværfagligt samarbejde 41
Udvikling af team 41

Opsamling **43**
Tværfaglig samarbejdsmodel ved Center for Bevægeapparatlidelser 43
Det afgørende nye i tværfagligt samarbejde ved Center for Bevægeapparatlidelser 45

Diskussion **47**
Biopsykosocialt forløb i tværfagligt team 47
Funktionsdeling og form for tværfaglighed 49
Samarbejde i kommune og hospitalets ledelsessystem 50

Konklusion **52**
Udvikling af tværfaglig samarbejdsmodel 52

Reference liste **54**

Bilagsoversigt **55**

Etablering af Center for Bevægeapparatlidelser

Vi skal være opmærksomme på de forhold omkring.. og i patienten.. som kan vedligeholde smerter og som kan begrænse patienten i sit hverdagsliv. Jeg tror det er det, der er det afgørende nye. Og så det at man tænker i sammenhæng… Al rehabilitering kræver indsats fra flere sektorer – fra flere faggrupper. Det er simpelthen en nødvendighed. Der er ikke nogen faggruppe, som vil kunne overskue det samlede forløb… Rehabilitering har altid noget at gøre med sammenhæng.. enten sektorsammenhæng eller faglig sammenhæng...

Initiativtager og forskningsansvarlig, Center for Folkesundhed

Den koordinerede faglige indsats for sygemeldte med lænderygbesvær, der i dag eksisterer ved Regionshospital Silkeborg, blev første gang beskrevet i projektbeskrivelse i 2003, og herefter godkendt til etablering af Center for Bevægeapparatlidelser (CfB), med bidrag på 16 mio. kr. over fire år. Projektet forløb som forsøg i perioden september 2004 – august 2008, og er herefter videreført i drift. Budgettet på 4 mio. kr. årligt, var delt mellem kommunerne og Århus Amt (fra 1.1.2007 Region Midtjylland) med hver 1,7 mio. kr. årligt og Silkeborg Centralsygehus (fra 1.1.2007 Regionshospitalet Silkeborg) med 0,6 mio. kr. årligt. Der er således en delt interesse i at få CfB til at fungere over sektorgrænser, selv om alle ansatte medarbejdere placeres på Regionshospitalet Silkeborg, og aktiviteter koordineres herfra.

Initiativtager og forskningsansvarlige, samt en ansat projektkoordinator udformede projektbeskrivelse og definerede rammen for det sammenhængende rehabiliteringsforløb. I dag er der ansat:
1½ sekretær – administration af tilmelding, journalskrivning og spørgeskemahåndtering.
Reumatolog – overlæge med ansvar for det sundhedsfaglige og ledelse af afdelingen. Individuel medicinsk udredning af alle patienter henvist til CfB. Reumatologen arbejder 1½ dag pr. uge på medicinsk afdeling.
Fysioterapeut – med ansvar for formidling af træningsøvelser på baggrund af patientens udredning ved reumatolog.
3 koordinatorer – med forskellig faglig baggrund. Sociallæge, socialrådgiver og ergoterapeut med bidrag af specialviden til det samlede team.
Alle stillinger blev besat efter stillingsopslag.

Sekretærer, reumatolog og fysioterapeut har kontakt med alle patienter i den randomiserede undersøgelse, og har ikke planlagte ekstra ydelser for patienter i interventionsgruppen.
De tre koordinatorer skal hjælpe patienten i interventionsgruppen med tilbagevenden til arbejdet ved at skabe overblik over patientens fysisk, psykiske og sociale situation, afklare muligheder for tilbagevenden til arbejdet og kommunikere med kommune, arbejdsplads samt eventuelt A-kasse, fagforening og forsikringsselskab om forløb og indsats.

Teamet startede 1. september 2004 med fire ugers introduktion til bl.a. forskningsdesign, ryg- og smerteproblematik, personaletræning i teamsamarbejde indeholdende bl.a. mødehåndtering, skelnen mellem produktionsreflekterende emner og personligt domæne ved DISPUK der fortsatte som superviser i gennem forløbet, og en dag om TERM[1]-

1. TERM modellen står for The Extended Reattribution and Mangement Model.
Metoden er udviklet af engelske psykiatere og videreudviklet af Forskningsenheden for Funktionelle lidelser. Metoden er udviklet til samtale med somatiserende patienter, men er velegnet til alle vanskelige samtaler. Det er en struktureret metode, som er opbygget i 3 trin:
1. Forståelse af patientens situation.
2. Lægens bord med tilbagemelding til patienten med respekt for symptomerne.
3. Forhandling om forståelse af symptomerne og efterforløb med kognitivt samtaleforløb om coping med symptomer.

modellen ved socialmedicinsk konsulent der ligeledes fortsatte som superviser i forløbet. Der har fra projektets start været afsat tid og ressourcer til kurser, supervision og løbende kompetenceudvikling, som en vigtig forudsætning for justering og udvikling af tværfagligt samarbejde. Teamet har således, ud fra projektbeskrivelsens grundidé, udviklet den konkrete team-model under pilotfasen og har derefter gennem en løbende udviklingsproces skabt konsensus om niveau af tværfaglig tilgang.

Baggrund for opstilling af tværfaglig samarbejdsmodel

Uspecifikt bevægeapparatbesvær er en væsentlig årsag til sygefravær og førtidspensionering i Danmark. Patienter med uspecifikke lænderygsmerter kan ikke diagnosticeres eller behandles effektivt i klassisk medicinsk forstand.

> *Almindelige rygsmerter har vi ingen effektiv behandling af.. Alle rygbehandlere er kede af at indrømme overfor sig selv, at sådan er det. Men det er faktisk dokumenteret... Vi har ikke nogen effektiv behandling til rygsmerter. Det er udgangspunktet. Problemet er, at det bliver en katastrofe for dem, der er sygemeldte, fordi de tror, at når de er sygemeldte for ryggen, så kan de gå hen og få behandling det ene og det andet sted. Men de får ikke at vide: Vi har ikke nogen effektiv behandling af ryggen. Det, der virker bedst er øvelser, motion og træning. Og det er svært, når det gør ondt. Så enkelt er det i virkeligheden. Men det er der... ikke nogen, der siger højt nok.*

Reumatolog

Der anvendes en biopsykosocial tilgang til forståelse af tilstandene og til interventionen, byggende på rehabilitering ud fra principper fra *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) der har fokus på patientens krop, funktion og deltagelse (1).

Denne tilgang fordrer sammenhæng i patientforløb og fokus på psykologiske og sociale faktorer ud over det medicinske. Der skal derfor tænkes nyt i forhold til klassisk hospitalsindsats overfor rygpatienter. Der kan ikke altid påvises præcise, ensidige årsagssammenhænge. Nedsat funktionsevne hænger sammen med multifaktorielle påvirkninger hos det enkelte menneske. Samspil af multifaktorielle årsager er således også genstand for den biopsykosociale indsats, og det kan være særdeles vanskeligt, at vide hvad der præcist skal adresseres, for at den enkelte patient får en positiv udvikling. Indsatsen er således rettet mod flere individuelle, sociale og samfundsmæssige elementer, der er dokumenterede barrierer eller positive drivkræfter for tilbagevenden til fastholdelse på arbejdet. Der henvises bl.a. i projektprotokollen til, ”at en kognitiv tilgang i kommunikationen med patienten synes at have en positiv effekt, da erkendelse og indsigt ser ud til at have positiv indflydelse på patientens forståelse af sin egen situation og dermed på patientens egne handlemuligheder” (2, 3).

I projektprotokol for randomiseret interventionsstudie i MTV-perspektiv på CfB ved Regionshospitalet Silkeborg fra 2007, står indsatsens ændrede perspektiv beskrevet således (4):

”Det afgørende nye er, at indsatsen er koordineret fra det tidspunkt, hvor den sygemeldte henvender sig hos egen læge første gang, til patienten er tilbage i arbejde. Egen læge henviser efter 4 ugers sygemelding. Centeret har herefter ansvar for udrednings- og arbejdsfastholdelsesprocessen. Den individualiserede indsats er multidisciplinær/tværfaglig og uden ventetid. Indsatsen ender med aftaler på arbejdspladsen, om hvorledes kravene kan tilpasses den aktuelle funktionsevne og siden øges, så patienten fastholdes i arbejde. Nyt er også den gennemgående kontaktperson, som ved behov og efter aftale, koordinerer samarbejdet med relevante parter omkring den sygemeldte.”

Af projektprotokollen fremgår ikke en nøjere definition af tværfaglighed.

Målgruppe og mål for tværfagligt samarbejde

Målgruppen i forsøgsperioden var erhvervsaktive borgere 18-60 år med subakut uspecifikt lænderygbesvær, sygemeldte i 4-12 uger.

I det samlede projekt er der effektmål og procesmål. Evaluering af effektmål og økonomi beskrives i *Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte. Et års opfølgning* (5). Det primære effektmål er sygefravær og "tilbage til arbejde". De sekundære effektmål er funktionsevne, fysiske og psykiske helbredsmål og smerter, ændrede arbejdsforhold, selvvurderet helbred og prognose, smerter, forbrug af sundhedsydelser og sygedagpenge, tilbagefald, fear-avoidance. Følgelig må indsatsen i forhold til patienterne have samme omdrejningspunkt gennem den tværfaglige indsats, og disse mål formidles til patienterne. Den tværfaglige indsats retter sig mod de ovennævnte effektmål og benævnes i denne rapport som **1. ordens mål.**

Projektprotokollen beskriver at "den tværfaglige indsats er central i hele forløbet, at der skal være en fast kontaktperson som følger patienten i hele forløbet, sikrer koordination med praktiserende læge, kommunal socialforvaltning og arbejdsplads. Indsatsen skal foregå uden ventetid og med begrænset forbrug af sygehusressourcer. Patienten skal opleve sig hørt, forstået, taget alvorligt, og det er afgørende, at patienten selv træffer beslutninger om, hvad der skal ske i relation til arbejdsmarked, indenfor eksisterende lovgivningsmæssige rammer" (2).

Målet om udvikling af samarbejdsmodel for tværfagligt samarbejde skal vurderes på etablering af forudsætninger for at opnå 1. ordens mål. Det indebærer belysning af

- dels måden hvorpå der er etableret organisation af det tværfaglige samarbejde
- dels af vurdering af hvilke dele af koordinatorernes faglige og kommunikative indsats, der virker så disse muligheder udfoldes sammen med patienten

De processer, der arbejder frem imod opnåelse af effektmålene, benævnes her **2. ordens mål.**

Evaluering af tværfagligt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde, arbejdsmetoder, organisation af samarbejdet og patientforløb, kommunikationsformer og delmål for personalet, som udgør forudsætninger for at opnå både 1. og 2. ordens mål er genstand for denne kvalitative evaluering.

Fokusområder i evaluering af det tværfaglige samarbejde er således at:

1. Beskrive organisering af CfB´s tværfaglige samarbejde
2. Undersøge personalets definition af, og konkrete erfaringer med, tværfagligt samarbejde
3. Diskutere fordele og ulemper ved organiseringen af det tværfaglige samarbejde i CfB

Metode

Det tværfaglige samarbejde er evalueret med kvalitative metoder. Denne forskningsstrategi er valgt ud fra et ønske om at få indsigt i medarbejdernes egne erfaringer og fortolkninger af det tværfaglige samarbejde i CfB.

Der er gennemført deltagerobservation på CfB. Deltagerobservation er en forskningsmetode baseret på en anerkendelse af kontekstens afgørende betydning for individers erfaring og fortolkning. I deltagerobservationen er der fokus på hverdagens interaktioner og rutiner – eksempelvis på de daglige møder og den uformelle snak i frokoststuen – og på hvordan de fælles og individuelle handlinger og forståelser bidrager til etableringen, vedligeholdelsen og udviklingen af et tværfagligt samarbejde. Deltagerobservationen er gennemført i perioden februar-marts 2008 i sammenlagt fem hele arbejdsdage, hvor en eller to medlemmer af det kvalitative evalueringsteam[2] deltog i medarbejdernes daglige møde- og patientaktiviteter.

Observationerne fra CfB blev registreret som feltnoter og diskuteret i evalueringsteamet. Resultaterne af deltagerobservationen blev analyseret og bl.a. brugt til afgrænsning af centrale problemstillinger og som baggrund for udvikling af interviewguides til de uddybende kvalitative interviews. Feltnoterne indgår endvidere i det samlede materiale.

En medarbejder gennemførte semistrukturerede individuelle interviews med alle medarbejdere på CfB. Der er i alt gennemført 8 interviews af 60-90 minutters varighed. Et interview med initiativtager og forskningsansvarlige er gennemført i januar 2008 (interviewguide se bilag I). Øvrige interviews med medarbejdere er gennemført i april 2008 ud fra en semistruktureret interviewguide med to overordnede temaer (interviewguide se bilag II):

- Organiseringen af det tværfaglige arbejde
- Medarbejderens erfaring med at arbejde tværfagligt

Samtlige interview er optaget på bånd og efterfølgende transskriberet. Interviewene er herefter kondenseret med henblik på identifikation af centrale temaer og brudflader. Det samlede materiale er diskuteret og analyseret af medlemmerne af evalueringsteamet[3].

Det er almindelig praksis at anonymisere de citater, der anvendes i formidlingen af kvalitative analyser. Det er imidlertid vanskeligt at anonymisere det interviewede personale fuldstændig, fordi personalegruppen er forholdsvis lille og består af flere forskellige faggrupper. Efter aftale med interviewdeltagerne er medarbejderes navne, ved anvendelse af citater, erstattet med funktion og fag.

2. Lucette Meillier deltog ved samtlige observationer, Inge Wittrup, Pia Løvschal-Nielsen og Bjarne Rose Hjortbak deltog hver ved en eller to observationsdage
3. Alle interview er foretaget af Lucette Meillier, der også har foretaget den endelige disponering af resultaterne samt formidlingen af dem

Tværfagligt samarbejde – en definition

I projektbeskrivelsen for CfB (2) angives det, at der skal foretages en grundig somatisk og tværfaglig udredning. Den tværfaglige indsats beskrives som central, idet en koordinator følger patienten i hele forløbet og sikrer koordination mellem faggrupper og kontakt til egen læge, kommune og arbejdsplads. Indsatsen skal tilrettelægges som en sammenhængende rehabiliteringsindsats. Indsatsen skal være hurtig, velkoordineret, tværfaglig, tværsektoriel, sundhedsfaglig, psykosocial og socialfaglig.

Tværfagligt samarbejde er en samlebetegnelse, og ofte menes noget meget forskelligt med ordet. For eksempel kan der være stor forskel på hvor dybt deltagere forventes involveret i hinandens arbejdsprocesser i konkrete tilbud i sundhedsvæsenet, for at nå målet med etablering af tilbuddet. En praktisk opdeling, der netop retter sig mod patienter i sundhedsvæsenet, er referenceramme i denne rapport. I artiklen *Tværfagligt samarbejde – implikationer for klinisk praksis* (6) henvises til Fysioterapeut Ester Cottons definitioner af samarbejdsmodeller og rækkevidden af det tværfaglige samarbejde (7):

1. Multidisciplinære team
Hvert medlem har egne mål, og rapporterer til hinanden. Ingen har overblik over patientens udvikling som helhed. Et mundret udtryk herfor kan være flerfagligt team.

2. Interdisciplinære team
Tæt koordineret samarbejde mellem faggrupper. Klientens mål er aftalt mellem faggrupperne, og hvert teammedlem søger med sin faglige ekspertise at støtte patienten i at nå disse mål. Kan også benævnes tværfagligt team.

3. Transdisciplinære team
Der foretages et integreret samarbejde med fælles forberedelse og evaluering for at nå patientens mål. Hvert teammedlem mestrer flere forskellige tilgange. Patienten møder således få personer. Kan benævnes fællesfagligt team.

Hver af disse metoder har deres forcer, de arbejder med en blandet definition med samlebetegnelsen "tværfaglig" og stiller forskellige krav til afbalancering af grundfag og funktion i team. Vi anvender disse definitioner som optik for den kvalitative analyse af det tværfaglige teams funktioner ved CfB.

At indgå i et interdisciplinært eller transdisciplinært team kræver ny orientering i forhold til medarbejderens normale praksis. Teoretikere omtaler to grader af omvæltning i arbejdsorientering. Single loop learning og double loop learning (8,9). Single loop learning kan beskrives som læring indenfor den ansattes eksisterende fagtradition, man forfiner og kvalificerer det, man allerede gør. Det problem man arbejder med, ser man på samme måde og bygger eventuelt bro til andre samarbejdspartnere. Double loop learning indebærer en ny måde at se problemet på, der skiftes perspektiv, og den ansatte må ændre de underliggende værdier for sit arbejde – man rykker sig hermed også længere væk fra sin traditionelle faglige udfoldelse.

Et andet element er, hvorvidt læring af nye funktioner i sit faglige virke sker ved individuel eller kollektiv læring. Læring af nye tilgange i jobbet kan i et kontinuum finde sted ved yderpunkter som egen læsning/kurser, som man omsætter individuelt i sit arbejde eller læres og udvikles gennem dialog og fælles erkendelse mellem forskellige medlemmer af et team. Der foregår en spredning af den fælles erkendelse og den indarbejdes i teamets kultur el-

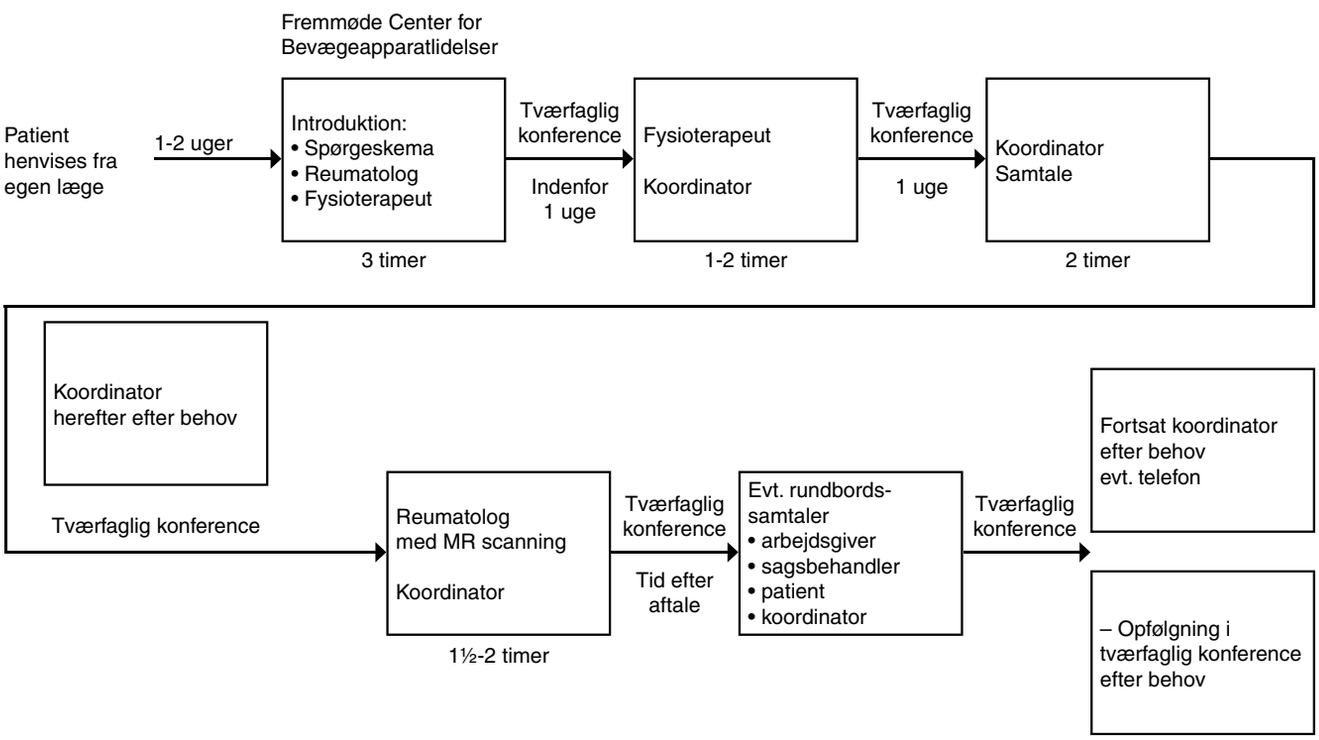
ler i organisationen (10). Afhængigt af rækkevidden i tværfaglig tilgang udfordrer det de ansattes monofaglige tradition og måder at udvikle sig fagligt på. Det fordrer åbenhed og ændringsparathed at arbejde tværfagligt i yderste konsekvens. Jo større ændring væk fra monofaglige tradition i jobfunktion og jo større teamudvikling, des mere behov er der for læring gennem fælles erkendelse. Samtidig bliver der et større behov for udvikling af fælles identifikation og dermed etableres sammenhold.

Tværfagligt samarbejde – patientforløbsorganisering

Procedurehåndbogen er en afdelings- og funktionsbeskrivelse for CfB, udarbejdet af teamet selv. Her indgår hver enkel gruppes bidrag til arbejdet, som ikke refereres i detaljer i dette afsnit (11). De enkelte medarbejdere bidrager til patientens samlede forløb som beskrevet i figur 1.

Patienter henvises til CfB efter kriterier beskrevet i MTV-rapporten over nærværende tilbud til sygemeldte med uspecifikke lænderygsmerter (5).

Første dag introduceres patienten til dagens forløb ved sekretær, udfylder spørgeskema og gennemgår en grundig undersøgelse ved reumatolog og ved fysioterapeut. Reumatologen optager sygehistorie og foretager klinisk undersøgelse, specielt med henblik på, om der foreligger såkaldt røde flag, dvs. symptomer eller tegn på specifik eller alvorlig ryglidelse, som f.eks. nerverodspåvirkning, knoglebrud eller cancer. Fysioterapeuten optager sygehistorie, specielt med henblik på evt. effekt af hidtil givne behandling, og både læge og fysioterapeut er opmærksomme på såkaldt gule flag, der betegnes som forhold der hindrer spontan bedring af rygproblemet på grund af psykiske og sociale bekymringer. Reumatologen informerer grundigt på en ikke-sygeliggørende måde, og fysioterapeuten rådgiver om motion, øvelser og træning og møder patienten igen efter 14 dage til opfølgning og videre rådgivning. Reumatologen ser patienten igen, når der er henvist til MR scanning og patienten skal have resultatet heraf formidlet. Her er det prioriteret at patienten skal indkaldes, der gives ikke telefonisk besked fra undersøgelser. Derudover ser fysioterapeut og reumatolog kun patienten i særlige tilfælde.



Figur 1 **Patientforløb ved koordinatortilknytning i Center for Bevægeapparatlidelser. Forløbet afbrydes når patienten er tilbage i arbejde.**

Koordinator tildeles ved lodtrækning halvdelen af patienterne. Patienter i interventionsgruppen modtager 1. koordinatorsamtale indenfor en uge efter første besøg på CfB. Her foretages psykosocial udredning hvor det undersøges, hvordan sygemeldtes normale deltagelse er i arbejdsliv, familieliv, sociale liv og hvilke interesser patienten har. Der screenes for omgivelsesmæssige faktorer og personlige faktorer der kan hindre genoptagelse af arbejdet og for patientens ressourcer for tilbagevenden. Koordinator undersøger tanker om sygdom, tanker om muligheder i arbejdet, reaktioner på smerte, påvirket deltagelse i sociale sammenhænge, anspændthed, bekymringer, anden sygdom, angst og funktionelle lidelser.

Efter første koordinatorsamtale tilbydes opfølgning ca. hver 14. dag eller efter behov, indtil arbejdet er genoptaget, eller der på anden måde er opnået afklaring af patientens sygdom og situation. Koordinatorer har udgående funktioner. Det vil sige samtaler kan foregå udenfor hospitalets matrikel, der kan foretages afklaringer med arbejdsgiver eller foretages rundbordssamtale med arbejdsplads, socialrådgiver og patient efter behov.

Godt og vel den første måneds forløb involverer således både sekretær, reumatolog, fysioterapeut og koordinator, hvorefter patienten udelukkende har koordinatorkontakt, der rådfører sig med øvrige team på tværfaglig konference. Et patientforløb kan strække sig over få uger til to år: Gennemsnitligt omkring et halvt år.

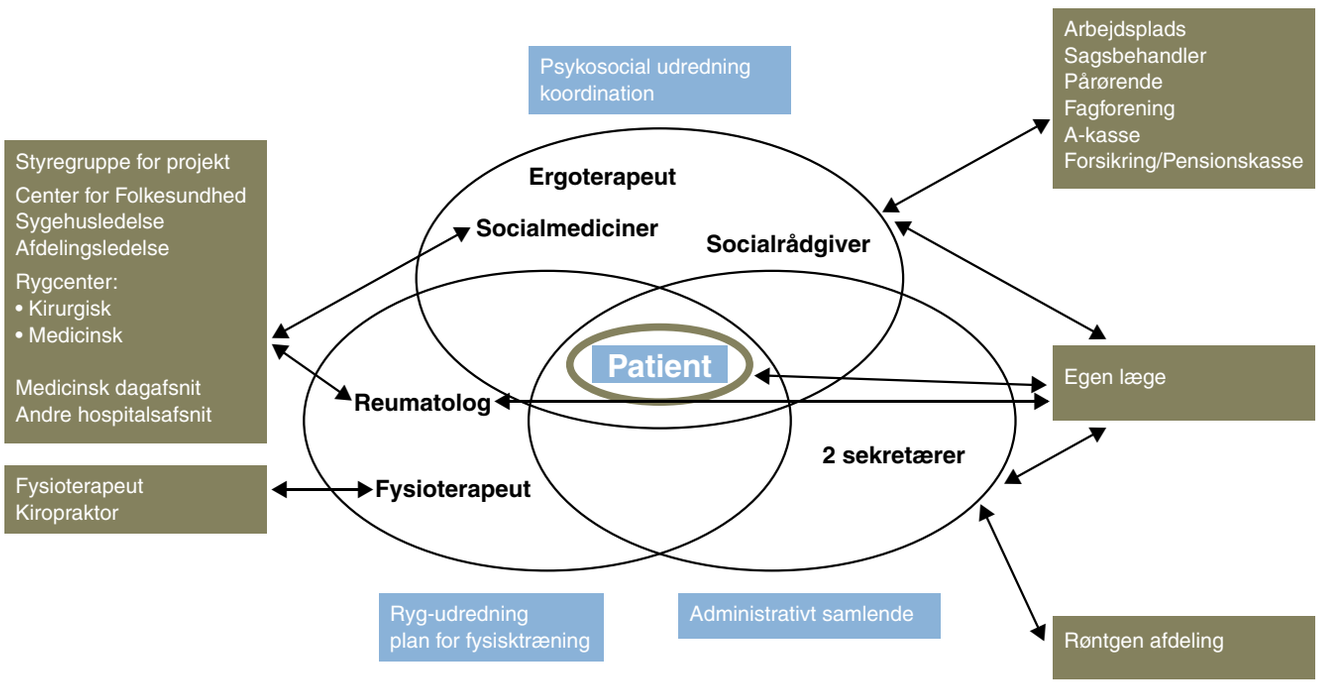
Tværfagligt samarbejde i Center for Bevægeapparatlidelser – organisation

Ved sammenstykning af beskrivelse af funktioner for de enkelte medarbejdere i CfB via procedurehåndbog, medarbejdernes egne beskrivelser og observationer kan teamets medlemmers samarbejde beskrives ud fra funktionsbærende enheder og eksterne kontaktflader.

Reumatologen varetager kontakt med egen læge, bortset fra når pt. primært henvises fra egen læge. Ligeledes er det reumatologen der henviser til røntgenafdeling, medicinsk dagafsnit og andre hospitalsafsnit, og sekretæren varetager det dermed forbundne papirarbejde.

I analysen fremtræder tre undergrupper, der repræsenterer forskellige funktioner i teamet med relation til patientens forløb. Den sekretærmæssige administrativt samlende enhed, fysiske udredning af rygproblemet samt koordinatorfunktionen, der også rummer pyskosocial udredning af patienten.

Ud over intensiv kontakt med hinanden internt i teamet har hver af de patientrelaterede enheder samt ledelsesdelen ved reumatolog og socialmediciner helt forskellige eksterne kontaktflader, med hvem afklaringer kan bringes til torvs under teamets relevante møder.



Funktion

Kontakt

Figur 2 **Center for bevægeapparatlidelser teamets medlemmer i forhold til funktionsbærende enheder og eksterne kontaktflader med relevans for patientforløb**

Rammer

CfB ligger i en nyindrettet loftsetage på Regionshospitalet Silkeborg. Bag en glasafskærmning for enden af den gang der udgør CfB, har gynækologer og obstetrikere kontorlokaler og de deler frokost- og kaffestue med CfB-medarbejderne.

Lokalerne

Patienterne kan tage ophold ved opstillede stole og små borde placeret til venstre i den brede gang. Der er en indbydende og hyggelig atmosfære med lyse og venlige omgivelser under de blotlagte loftsbjælker fra sygehusets tagkonstruktion. Lokalerne er indrettet mindre sygehusagtigt. Alle kontorer samt et toilet har udgang til gangarealet.

Sekretærerne deler et stort kontor umiddelbart ved indgangen til CfB, fysioterapeut og reumatolog har hvert et stort undersøgelseslokale/kontor ud for patientventepladsen, sociallæge har et kontor og de øvrige koordinatorer deler et stort kontor. Derudover findes et mødelokale indrettet med et rundt bord, whiteboard og ekstra skrivebordsplads. Der er i hvert koordinatorkontor opstillet lille bord og to stole hvor samtaler kan foregå. Ergoterapeut og socialrådgiver, der deler kontor, kan ligeledes benytte mødelokalet til koordinatorsamtale med patienter.

Lokalerne er venlige, og medarbejderne udtrykker, de har plads til at udøve nødvendige funktioner.

Sekretærerne nævner, det kan være uroligt for patienterne at sidde på gangen og udfylde spørgeskemaer på tidspunkter, hvor der er mange i venterummet, og det gynækologisk/obstetriske personale bevæger sig rundt i gangene.

> *Så bliver der sådan lidt trangt derude, synes jeg. Og så synes jeg, at det kan være svært at tage imod på en ordentlig måde.. man vil jo gerne sætte sig ned sammen med patienten og informere.. jeg tror, det er forstyrrende for patienten, hvis der sidder en masse omkring og lytter med og kigger næsten over skulderen.... Men vi har snakket om, at hvis det bliver et problem, så kan jeg tage patienten med herned, hvor vi spiser frokost.. så kan man sidde i ro og mag… så får man lige lidt ro på der, når man skal give de informationer, som jo egentlig er vigtige, at patienten har forstået.*

Sekretær

Uro under informationssituationen kan bevirke, at sekretærerne ikke kan etablere ordentlig kontakt til patienten, og dermed kan forståelsen af de budskaber der sendes gå tabt.

Den fysiske nærhed mellem alle i teamet vurderes meget værdifuld for at kunne gennemføre et tværfagligt samarbejde. Som en koordinator udtrykker det:

> *Og det at vi er fysisk placeret her på den samme gang, med kontorer lige ved siden af hinanden, det er jo en kæmpestyrke - mener jeg - som man ikke skal undervurdere. Altså det, at det er så let lige at gå hen og snakke med én af kollegaerne, og det er så let lige at fange hinanden… Det gør, at man får snakket meget mere sammen. Og får udvekslet mange flere små oplysninger og erfaringer omkring patienterne. Så set fra patientsynsvinkel i forhold til at give et sammenhængende patientforløb… så tænker jeg, at det er en stor styrke og en stor fordel.*

Koordinator, ergoterapeut

Fysioterapeuten nævner, at der ikke er mulighed for at træne med patienterne, da det kræver større gulvplads og redskaber samt mulighed for omklædning:

Man ville jo gerne træne noget mere med patienten, når man er fysioterapeut. Men jeg er også godt klar over, at det måske ikke er det, der er vejen frem for de her patienter. Så egentlig har jeg plads og rum nok.

Fysipterapeut

De to af koordinatorerne må rykke lidt rundt for at få uforstyrret samtalerum med patienterne, men udtrykker det er positivt at sidde sammen og have mulighed for uformel gensidig rådgivning om koordinatorfunktioner i løbet af dagligdagen. Bortset fra snævre venterumsfaciliteter oplever teammedlemmerne samlet set, at rammerne og den relativt lille enhed støtter samarbejdet og den tværfaglige funktion.

Beklædning

Personalet har valgt at møde patienterne med forskellig påklædning i forhold til funktion:

Sekretærer og koordinatorer arbejder i civilt tøj. Overlægen arbejder i hospitalskittel og fysioterapeut i bukser og t-shirt, som det tekniske personale på hospitalet bærer. Der er gjort flere overvejelser om beklædningen i teamet:

Reumatolog og fysioterapeut undersøger patienten – sådan fysisk med deres hænder… Så det har noget at gøre med hygiejne.. Det kan godt være, at man som patient ville synes, at det ikke var helt okay hygiejnisk at blive undersøgt af en civilklædt person, som kommer hjemme fra sit eget hjem i sit eget tøj.. Det føles måske rart og trygt som patient, at man ved,.. "Nå, men det er noget sygehustøj vedkommende har taget på, da han mødte her i morges.. Noget rent tøj, så at sige..

Koordinator, ergoterapeut

Personalet har diskuteret påklædningens signaler. Når den fysiske del af rygproblemet er kortlagt, og der er givet råd om hvordan patienten kan bruge sin ryg og lave øvelser, går patienten videre med en koordinator. Følgende argumenter er fremført:

- Koordinator tager sig af tilbagevenden til det civile liv udenfor sygehuset, og ønsker at signalere patienten ikke skal sygeliggøres men tænke på at være på vej tilbage til arbejdet.
- Koordinator ønsker at minimere distance og signalere ligeværdighed i kommunikationen.
- Koordinator tager ud af hospitalsorganisationen på arbejdspladsbesøg og møder i kommuner, hvor det ikke er naturligt at bære kittel.

Under vores første observation på afdelingen udspandt der sig en samtale om den forskellige beklædning medarbejderne imellem. Overlægen nævnte, at der var truffet et bevidst valg ud fra, at patienten havde forventning om, at lægen bar kittel. Hertil replicerede den socialmedicinske koordinator, at de som socialmedicinere jo ikke bruger kittel. Diskussionen om påklædning og de valg der er truffet i CfB er således velovervejet, men de ansatte fremfører forskellige argumenter for princippet.

Set fra et evalueringsperspektiv tolker vi påklædning som en kommentar til, hvordan man kan afklare den biologiske side af en biopsykosocial problemstilling og klart markere, hvornår man med andre medarbejdere og tøjstil går over til den psykosociale del af komplekset.

Tværfaglig indsats gennem udviklingsproces

Der var fra CfB's etablering tænkt på delt ledelse mellem overlægen på den medicinske side og en projektkoordinator på den rehabiliterings- og tværfagligt projektudviklingsmæssige side. Det var projektkoordinators ansvar at udvikle og beskrive en tværfaglig samarbejdsmodel. Halvandet år inde i projektforløbet blev projektkoordinator syg, og ansvaret for udvikling af det tværfaglige samarbejde overgik til sociallægen i teamet. Den ledelsesmæssige del overgik til reumatologen. Efter en tid nedlagdes koordinatorstillingen helt. Reumatolog og sociallæge overtog således større ansvarsområder end oprindeligt tiltænkt, og der resterede færre ressourcer til projektkoordination og udvikling af rehabilitering og det tværfaglige fokus de sidste 2½ år af forløbet. Der ud over har der været ganske få udskiftninger af staben. Sekretærressourcerne blev udvidet fra en til 1½ efter 2½ år, og sociallægestillingen blev overtaget af en ny medarbejder 2½ år inde i forløbet. Samlet peger interviewene på fortsat samarbejdsfokus, respekt for bidrag fra mangfoldig faglighed, nysgerrighed på nye tilgange til patientforløb og at holde patienten og dennes muligheder for at vende tilbage til et tilfredsstillende arbejdsliv i centrum.

Af projektbeskrivelsen fremgik, at teamet skulle inddrages i udvikling af det tværfaglige samarbejde. Det var således ikke beskrevet i detaljer præcis, hvordan arbejdet skulle fungere i dagligdagen. Der var dog oprindeligt tiltænkt større opdeling af funktioner blandt koordinatorer i henhold til deres monofaglige kompetencer. Det var f.eks. først tiltænkt, at patienter med multipel sygdom skulle kunne komme til socialmedicinsk koordinator, patienter med mange sociale og økonomiske problemer skulle kunne komme til socialrådgiver-koordinator og til koordinator med ergoterapeutisk baggrund ved patienter med flest problemer angående arbejdspladsindretning og så videre.

> *Hvis vi sidder og tager imod, så kan vi måske fornemme at der er mange sociale problemer eller et eller andet. Og så kan det godt ske, at vi... ligesom synes at det kunne være... socialrådgiver, der kunne være god. Men det er sjældent".*
>
> Sekretær

Sekretærerne nævnte også, at den ergoterapeutiske koordinator var særlig god til patienter med anden etnisk baggrund, men tildeling af koordinator skete i praksis ud fra ligelig fordeling af patientantal, tid i kalenderen og dermed mere tilfældigt.

Patienter, der viste sig at have problemer med sygdomsbekymring eller vanskeligheder med smertehåndtering, skulle - ud over samtaler med egen koordinator – henvises til samtaler med socialmedicinsk læge, med henblik på bearbejdning i socialpsykologisk sammenhæng. Det oplevedes for opsplittet for forløbet. Både socialrådgiver og ergoterapeut besad eller erhvervede kompetencer til den type samtaler og integrerede håndtering af egen situation med forståelse af smerter, i generel koordinatorvirksomhed.

Der er altså sket en bevægelse hen mod større tværfagligt frem for monofagligt ansvar koordinatorerne imellem indenfor den psykosociale del af rygsmerte komplekset. De særlige behov patienten har, løser den enkelte koordinator ved indhentning af informationer på tværfaglig konference og ved de andre koordinatorer.

Der har gennem årene været en glidende udvikling i fokus for centret:

> *Jeg tror, at det har ændret sig en del. At det var meget fokuseret på det medicinske i det første stykke tid. Fordi det gik jo meget op i, hvordan vi*

udredte patienterne. Men jeg synes egentlig det er fifty-fifty nu. Altså, jeg synes, at der er lige så meget ide omkring det sociale, og hvordan håndterer patienten det.. og sådan noget.

Gruppen har fortløbende udviklet via fælles faglige konferencer, og tillært sig fælles kompetencer:

… Det er også i kraft af de supervisioner, vi har haft… Vi er jo inddraget, og vi deltager i de supervisioner og hører, hvordan socialrådgiver med sin kognitive baggrund og ergoterapeut med sin systemiske baggrund nu, ikke. Hvordan breder de det ud, ikke!! Og socialmediciner med sin socialmedicinske baggrund.

Fysioterapeut

Det var oprindeligt planlagt, at de patienter der overgik til kirurgisk behandling skulle afsluttes. Undervejs i projektet vurderede man, at de ryg-opererede havde lige så stort behov for fortsat koordination for at komme tilbage i arbejde, og praksis blev ændret. Koordinator fortsætter nu til endelig arbejdsafklaring er foretaget uanset behandlingsforløb for inkluderede patienter. Denne beslutning er dels etisk – at koordinatorer ikke skal tages fra patienter – men bidrager også til synlighed af koordinatorfunktionen på andre afsnit.

Personalet har konkret forhandlet sig til en måde at bedrive tværfagligt samarbejde på, og indholdet i tilbuddet har været en udviklingsproces. Der er således sket en skærpelse af tværfagligt arbejde, og udviklet mere vægt over på de psykosociale områder gennem de første fire år. Det har dog ikke været uden sværdslag at komme til at sidde om det samme bord:

Ude på mit gamle arbejde, på Revacentret, der havde jeg sådan … der sad alle socialrådgiverne omkring bordet sammen med patienten. Og så her udenfor døren, der stod lægen. Og så kom lægen ind efter behov… da jeg kom her - jeg var lige ved at dø over det… der sad lægen her (ved bordet i mødelokalet) og så udenfor døren, der stod socialrådgiver og koordinator. Og så kunne man komme venligst ind engang imellem. Sådan -, nu synes jeg, at det er sådan der.(tegner koordinatorer, læge og fysioterapeut ved samme bord).

Koordinator, socialrådgiver

Jeg er jo med til vores supervisionsmøder. Og man kan sige, at det er jo faktisk der, vi går mest ind i, om man så må sige, i kernen af, hvad er den her patients problem?... I starten var jeg noget i tvivl om, jeg skulle bruge to timer hver anden uge på de møder. Men jeg har været meget glad for de møder… Altså, der er mange aspekter ved smerter, som har betydning. Men den biomedicinske læge skal være der, også for at sige, jamen, han har altså en prolaps eller smertemekanismen er sådan og sådan.

Reumatolog

På det monofaglige er der ligeledes sket udviklinger. Der blev i starten af projektperioden henvist til MR-scanning ved lægeligt begrundet behov som omfattede ca 50% af patienterne, men pr. 1. juli 2007 - to år inde i projektperioden - overgik man til den praksis, at alle patienter henvist inden 12 ugers sygemelding skulle MR-scannes og indkaldes til svar ved reumatologen. Herved fandt man flere patienter med specifikke ryglidelser og samlet set 10% færre patienter med uspecifik ryglidelse. Reumatologen havde gerne givet svaret på disse MR-scanninger pr telefon eller via egen læge, men følte sig pålagt at indkalde patienten til overlevering af resultatet, af de erfarne indenfor rehabilitering. Der har altså været forhandlinger, udviklinger eller udvidelser af indsats både indenfor måden at bedrive tværfagligt arbejde og indenfor den specifikt lægefaglige indsats.

Medarbejdernes syn på essensen af tværfagligt samarbejde

Procesorienteret arbejde

Det tværfaglige samarbejde var i projektbeskrivelsen defineret ud fra målet om hurtig adgang, let tilgængelighed af rette faglighed, helhedsforståelse af patientens problem, sammenhængende forløb, og tilstedeværelsen af medarbejdere der kunne udfylde en samlet biopsykosocial tilgang over sektorgrænser.

Som det fremgår af ovenstående, trækker den aktuelle organisering i tværfagligt team meget forskelligt på de enkelte medarbejderes monofaglige og tværfaglige tilbud til patienter i CfB. Sekretærer arbejder med administrative processer og at få patientforløbene til at forløbe glat og hurtigt som forudsætning for tværfagligt samarbejde. Reumatolog og fysioterapeut har overfor den enkelte patient en monofaglig tilgang og deler deres viden i tværfaglig konference med de tre koordinatorer, der i patientkontakten defineres ved deres funktion snarere end deres faglige basisfag.

Sekretærerne vurderer, at tværfaglighed er at finde i de konkrete udvekslingssituationer mellem faggrupper. Overlevering mellem reumatolog og fysioterapeut er en slags tværfaglighed. Når fysioterapeuten møder en patient, der har fået det dårligere og rådfører sig med reumatologen om, hvad der skal ske og når der diskuteres på tværfaglig konference. Sekretærerne ser ikke sig selv som del af det tværfaglige, men vurderer de har en vigtig rolle for, at tværfagligheden kan fungere ved at udføre deres arbejde hurtigt, så forudsætningerne for videndeling mellem de andre faggrupper er til stede.

Alle i teamet definerer tværfaglighed i forhold til mål for patienten eller repræsentation af forskellige redskaber man kan byde ind med i forhold til patientens problemer:

> *Tværfaglighed er, ja, man kan sige, flere fagligheder eller flere personer, der fungerer og arbejder mod et fælles mål. Som for eksempel her som hos os, at det er måske at få en patient tilbage i arbejde, så har teamet et overordnet mål for, hvad patienten skal, eller hvordan vi kan hjælpe patienten. Men hver faglighed har hver deres værktøjer at bruge til det. Og de kan understøtte hinanden. Det er det, jeg forstår ved tværfaglighed.*

Fysioterapeut

> *Man kigger på et kompleks fænomen, hvori der indgår mange aspekter. Og så bruger man hver de forskellige monofaglige videnstyper til at lave en syntese af, hvad er så problemstillingen? Og hvordan skal den angribes? Altså, det er ikke bare ved siden af hinanden… Hvis man skal lave et billede, så kan man sige: Hvis man har kriminalitet i et område, så ved man jo godt, at det tit er mange ting, der indgår. Det kan være noget økonomi, og det kan være uddannelsesinstitutionerne, det kan være politiet eller -. Der er mange ting, der kan indgå. Og hvis man skal forstå den kompleksitet, så skal man måske have nogen, der har forstand på de forskellige ting, for at finde en fornuftig løsning på at få kriminaliteten ned. Og sådan er det måske også lidt med smerter, at når der indgår mange ting, som vedligeholder faktorer i smerterne, at så skal man kigge på mange ting. Og ikke kun på én ting.*

Reumatolog

Koordinatorerne reflekterer også over udvekslingen af indhold mellem faggrupper. Det kommenteres hvor lang rækkevidden af faglig integration for de involverede kan være, eller hvor påvirket den enkelte medarbejder bliver af øvrige teammedarbejderes faglige tilgang under de strukturerede tværfaglige konferencer.

Det er ikke at man bytter fag, synes jeg ikke. Men altså, det er for eksempel, når vi sidder i en tværfaglig konference og snakker om en patient og én synes: Hvad gør vi nu? Det går ligesom ikke fremad. Og så forskellige personer byder ind, stiller nogle spørgsmål: Hvordan, hvad sker der ved sådan, og hvordan er det der og hvordan med arbejde og hvordan derhjemme? Og hvad er der af planer, og hvad skal man regne med helbredsmæssigt og så videre. Og folk byder ind fra hver deres faglighed. Kunne man forestille sig, at man kunne tilbyde patienten det og det? Og kunne man det og det? Og så i fællesskab når frem til en plan. Hvad er det så, der er det rigtige at gøre?

Men det er også, når den enkelte medarbejder individuelt indhenter råd ved hinanden:

Men jeg synes også, at det er tværfaglighed, når bare jeg trisser ned ad gangen og går ind på fysioterapeutens kontor for lige at drøfte den patient, vi lige begge to har set her i formiddag. Og lige vender, hvad, er vi enige om, at det går tilfredsstillende fremad det her? Eller hvordan ser du egentlig på det? Og jeg sagde sådan, jeg rådede patienten til sådan og sådan. Går det i tråd med det, du også har sagt, eller er vi i risiko for at sige noget modsatrettet? Så man lige får clearet af. Det synes jeg også er tværfaglighed.

Koordinator, ergoterapeut

Medarbejderne problematiserer, hvis for meget af koordinatorvirksomheden er på vej ud af det tværfaglige konferencemøde. Der er opmærksomhed på, at hele teamet får lejlighed til at etablere et helhedsbillede af patienten og diskutere det i et fælles forum, så konferencemøderne ikke reduceres til indhentning af faktuelle råd fra det sundhedsprofessionelle personale.

Medarbejderudvikling

Det anses ikke for tilstrækkeligt, at fagpersoner arbejder monofagligt ved siden af hinanden og udveksler informationer om patienten. Ligeledes heller ikke at have de nødvendige faglige kompetencer tilgængelige og kommunikere sit bidrag videre:

Når vi har siddet til møder med hospitalsledelsen, så siger de jo også gentagne gange, Jamen, vi arbejder jo alle sammen tværfagligt. Og det er jo også rigtig... For eksempel på en skadestue, ikke også. Jamen, der er man jo også afhængig af at have en portør og en sygeplejerske og en røntgenafdeling og altså. Så der er jo forskellige fagpersoner involveret, ikke også. Men det, der nok er det specielle her, det er at her er alle fagpersoner lige meget på banen eller kan i hvert fald være lige meget på banen i forhold til at få afklaret, jamen, hvad er det for nogle problemer, vi skal forsøge at gøre noget ved her? Så det er ikke sådan, at man kan sige, jamen, det er lægen, der har behandlingskompetencen… Fordi, der er det mit indtryk, at der hvor man ellers kan tale om tværfaglighed, for eksempel i et ambulatorium, hvor lægen og sygeplejersken jo også ville sidde og konferere, at der er det mere denne her overlevering af, hvad har sygeplejersken registreret? Og hvad tænker lægen, så der skal til, ikke også?

Koordinator, socialmediciner

Tværfaglighed er at sørge for at det, der er væsentligt omkring patienten… bliver bragt til torvs. Og at man så deler den viden og går klogere tilbage… Alle sammen. Hvor jeg tænker monofaglighed – der er der kun en pil ind. Man går ind og gør noget med hver sin faglighed. Men man går ikke forandret tilbage. Med tværfaglighed, der går… både patienten og fagpersonen forandret tilbage.

Koordinator, socialrådgiver

Koordinatorerne ser, ud over hvad der analyseres til at bidrage til problemkompleks, hvad der kommunikeres og hvordan det tværfaglige samarbejde bidrager til en samlet bedre løsning for patienten også på, at det medfører et delt ansvar for at træffe beslutninger om, hvad der skal ske for patienten. Et udkomme formuleres således som, hvordan man formes som medarbejder og udvikler kompetencer

til at kunne bedrive endnu bedre tværfaglighed med det formål at bidrage til løsning af teamets opgaver og tage et medansvar. Tværfaglighed bedrevet på en involverende måde er således defineret ind i et andet felt nemlig på medarbejderudvikling.

Formidling af essens

Når konsekvensen af den valgte tilgang til patientens rygproblem skal formidles, viderebringer en koordinator følgende essens af tværfagligt samarbejde:

> *"Normalt når man kommer ind på et sygehus, så ser lægerne på: "Er der noget, vi kan give noget medicin for eller noget, vi kan skære for"? Og det vi så prøver på her, det er også at se at: "Når du nu har det, som du har det og bliver behandlet medicinsk, som du gør. Hvordan kan vi så gøre det så let som muligt for dig at være syg? Og der hvor der først og fremmest kan gå skår i ens liv, når man er syg, det er jo ens arbejdsliv. Så det kigger vi især på. Men også alt muligt andet". Og så gjorde jeg engang sådan, at jeg tegnede sådan en hånd her og sagde: "Hvis det her er din hånd, så skal jeg gerne sidde inde i midten og så trække i trådene omkring kommune og egen læge og arbejdsplads, så vi får hele hånden til at fungere…. Du skal jo ende i et eller andet igen. Og denne her tid skal du komme så nemt igennem som muligt. På alle mulige måder. I forhold til familie og arbejde og hvad der må være"…. Og så siger jeg, at jeg er din kontaktperson, indtil du er tilbage i skoen eller har overblik over, hvor du står helbredsmæssigt og arbejdsmæssigt og kan se fremad. "Aah", siger folk," det var dejligt".*

Koordinator, socialrådgiver

Funktionsdeling i team

Alle medarbejdere er interviewet om, hvordan patientforløbene er, og hvilke opgaver der løftes af hvem i teamet. I det følgende vil opfattelsen af de enkelte funktioner blive beskrevet ud fra medarbejdernes syn på funktionsdeling, monofaglig og tværfaglig funktion og hvem der træffer beslutninger om forløbsændringer for patienter med tilknyttet koordinator.

Sekretærer

De to sekretærer ser sig, som de, der skal sørge for at patienten får et godt forløb på første mødedag. Herefter overtager koordinator eller fysioterapeut. Det vigtigste er at sørge for flow, og at patienternes forløb går glat igennem. Sekretærerne har udelukkende administrativt fokus, og er dem, der har overblik over hvilke patienter der er i forløb, og skaber sammenhæng i hele centret – ikke i det tværfaglige team.

Sekretærerne har her ud over til opgave at:
- Tage mod henvisninger fra egen læge
- Modtage patienten første dag og informere om randomisering til gruppe 1 eller 2
- Ekspedere henvisninger til røntgen/MR
- Føde informationer om patienter i hospitalets database - grønne system
- Udsende og modtage spørgeskemaer samt indtaste data
- Skrive journal og notater samt sende disse til kommunen
- Sende journal til andre hospitalsafdelinger hvis patienten indlægges
- Har overblik over at forløb afsluttes – at patienten ikke står uafsluttet

Sekretærerne føler, de har overblikket på enheden, da de møder alle patienter. Efter kontakt med patienterne har sekretærerne ikke fokus på at videregive observationer og informationer om patienter, men kan viderebringe iagttagelser i særlige tilfælde. F.eks. hvis det er vanskeligt for patienten at udfylde spørgeskemaet, patienten lugter af alkohol eller andet. Den ene sekretær nævner, at hun prøver at undgå at gå ind i samtaler, når patienten bringer emner på banen, som hun synes hører til ved koordinatorer eller behandlere, idet det opleves at patienten kommer til at møde så mange behandlere på den dag.

En af sekretærerne udtrykker, at hun oplever reumatolog og fysioterapeut hører sammen. De arbejder monofagligt, og har som de selv kontakt med samtlige patienter. Koordinatorerne har kun kontakt med patienter, der randomiseres til gruppe 2. Sekretærerne oplever tæt samarbejde med især reumatolog, der visiterer alle patienter, og sammen med dem har kontakten til de praktiserende læger. Den administrative kontakt med koordinatorer er ikke så stor. Der skrives notater og journaler for dem og fordeles tider til første koordinatorsamtale, men koordinatorerne styrer selv videre kontakt med patienten.

Sekretærerne ser ikke sig selv som del af det tværfaglige team, der skal involvere sig i patientforløbene og spørger ikke ind til det samlede billede af den enkelte patient, selv om sekretærerne flere gange udtrykker medfølelse for patienterne. De deltager således heller ikke i tværfaglig konference, supervision eller tværfagligt udviklingsmøde oprindeligt på grund af tidspres. De føler sig velkomne, hvis de ønsker det.

Det ledelsesmæssige, og samarbejdet med de øvrige rygafsnit anses for væsentligt. En sekretær udtrykker, at reumatologen har en vigtig kontakt til medicinsk afsnit.

Det kan jo ikke hjælpe at vi går her og synes at det er fantastisk godt, det vi laver, hvis ikke andre hører om det.

Sekretær

Det er sekretærens indtryk, at der tages beslutning om patienterne i fællesskab på tværfaglig konference.

Reumatolog

Overlægen ser sig som garant for lægefaglig kvalitet, som ansvarlig for halvdelen af ledelsen af forskningsprojektet samt som afsnitsleder. Af den grund bør han have en tæt kontakt med alle i afsnittet, men har tættere kontakt med nogle i kraft af delte arbejdsopgaver.

Det er reumatologens rolle at være sorteringssluse der sikrer, at de rigtige patienter går ind i projektet, og de rigtige patienter bliver ekskluderet. Det vil sige at gennemføre en grundig reumatologisk og medicinsk undersøgelse af patienterne og finde de patienter, der fejler noget alvorligt – andet ville give projektet et dårligt ry. Det ses som reumatologens ansvar at skabe et fagligt kvalitetstilbud, der giver tilfredse rygpatienter og tilfredse samarbejdspartnere.

Arbejdet med patienterne fokuserer sig om det lægefaglige, gennemføre smertetærskelundersøgelse og at forberede patienterne til det psykosociale i rygsygdomme, men han skal ikke selv varetage det længere. Kontakten med patienten er mere strikt medicinsk fagligt, men i tværfaglig sparring med andre medarbejdere får reumatologen jævnligt justeret sit perspektiv på smerteårsager.

Jamen, det er en utrolig lettelse (at have det socialfaglige personale med fokus på psykosiale årsager i rygprojektet)… Altså i forhold til rygambulatorier – som jeg har erfaring med tidligere, så er det en utrolig lettelse. Fordi, jeg kan jo sådan set koncentrere mig om, hvor kommer smerterne fra? Og hvad kan man gøre ved det? Det er min faglighed. Og bruge meget mere tid på det. Altså, jeg behøver ikke at gå ind i alle de der sociale komplikationer, fordi det er der andre, der gør.

Reumatolog

Det ses ikke som reumatologens rolle at indgå i det tværfaglige overfor patienten. Han rådgiver og står til rådighed med diagnose, til at forklare patienterne hvad der er galt, og til medicinsk smertebehandling og rådgivning af koordinatorer og fysioterapeut. Ved etablering af CfB er der således blevet rum for koncentration om det snævert ryg-faglige i kontakten med patienten, men reumatologen rådgiver og arbejder tværfagligt med det øvrige personale på tværfaglig konference og ved individuelle kontakter. Reumatologen forholder sig til, om der foreligger depression ved første kontakt med patienten, altså inden der har været koordinator på.

Der henvises til, at der er et specielt tæt samarbejde med socialmedicineren i kraft af delt lederskab for det tværfaglige og projektet som sådan. Der er ligeledes tæt samarbejde med fysioterapeuten, da samtlige patienter overleveres fra reumatolog til fysioterapeut. Der videregives sygehistorie og diagnose til fysioterapeuten, så han ikke skal tænke på, hvor meget patienten kan testes fysisk.
Over for patienterne er det overordnede mål for projektet – tilbage i arbejde. En forudsætning herfor er, at patienterne får tillid til at turde bruge deres ryg. Der er usikkerhed om, hvem der tager beslutninger, når det kommer til forløb. På det lægefaglige område er det ham selv, andre gange er det koordinator. Socialfagligt træffer socialrådgiver beslutning.

Fysioterapeut

Som fysioterapeut er der fokus på motion og træning af ryggen, under hensyn til smerteoplevelse. Det er fysioterapeutens oplevelse at han sammen med reumatologen er central i det kliniske arbejde. Der er tæt samspil, da de har alle patienter sammen. Fysioterapeuten har hen ad vejen overtaget nogle lægelige områder – f.eks. omkring rådgivning ved medicin og oplever at der arbejdes tværfagligt sammen med reumatologen i deres kliniske samspil:

Tværfagligheden foregår jo også ved, at jeg kan hive reumatologen ind. Vi har lige haft en patient nu, som havde fået rigtig ondt og ikke kan finde ud af, at han skal tage medicin, når han har ondt. Fordi… han er bange for at blive afhængig. Så hiver jeg… reumatologen ind og siger: "…, er det rigtigt, at man kan blive afhængig af sådan noget? Skal han være nervøs for det?" Og så har jeg jo, det er den rigtige tværfaglighed, for der har hans spidskompetence.

Fysioterapeut

Fysioterapeuten føler sig som brobygger til koordinatorerne og får f.eks. informationer af patienten om, at han eller hun ikke tager deres medicin – en viden som lægen ikke får. Disse informationer tilflyder det samlede team via forskellig roller overfor patienten. Overlevering fra fysioterapeut til koordinator sker på første tværfaglige konference. Her går hans observationer om patienten videre som et ønske til, hvad koordinatoren kan tage fat i ved første samtale:

Hvis jeg har en fornemmelse af, at de gør deres motion rigtigt. … "hvilke medvirkende faktorer er der til, at det her ikke har løst sig selv?... der er noget her, der ikke stemmer i billedet. Altså, der er en eller anden forstyrrelse, som vi ikke har styr på. Som jeg godt kunne tænke mig, at I ville spørge til. Som koordinator".

Fysioterapeut

Fokus er på træning, fysisk formåen, smerter og på hvor der kan være barrierer for udfoldelse af den biologiske del af ryg-komplekset, men patienten kommer oftere med følelsesudladninger ved ham end ved reumatologen. Fornemmelsen af patienten og hvad der er vigtigt at bringe til torvs kan således komme frem under tværfaglig konference. Når patienten kommer til opfølgning 14 dage efter, går fysioterapeut med patient ind til koordinator og overleverer fysisk træning og fremskridt.

Fysioterapeuten deltager entusiastisk i møder om udvikling af det tværfaglige team og har et ønske om at bidrage til en helhed mellem alle funktioner i centeret. De tre koordinatorer ses som ydende en fælles funktion, der ligger ved siden af deres faglige grunduddannelse, og det nævnes, at de håndterer sagerne på meget forskellig måde:

Det er 3 forskellige koordinatorer. Sådan ser jeg det. Fordi, de netop ikke har noget fagligt! De må jo bringe deres faglighed frem i koordinatoren, fordi de ret sjældent har faglige opgaver, som ligger udover deres koordinatorrolle. Så bliver man jo nødt til at lade sin faglighed gå i spil i koordinatoren.

Fysioterapeut

Koordinatorernes monofaglige kompetencer vurderes meget forskelligt efterspurgt. Det er sjældent der efterspørges ergoterapi i patientforløbene, men der er ofte brug for socialrådgiverfaglige kompetencer omkring lovgivning, økonomi og forvaltningsregler. På spørgsmål om, hvem der har indflydelse under patientforløbene og træffer de endelige beslutninger, bringes det på banen, at det er koordinatorerne der beslutter, hvornår en patient skal tages op på tværfaglig konference og med hvilke vinkler:

De lidt mere negative sider ved at arbejde på denne her måde, det er at vi nogle gange godt kan risikere… at miste fokus, synes jeg… ved at koordinatoren har så bindende en stor rolle, så er det vigtigt, at koordinatoren bringer patienten på bordet hele tiden. Hvis der skal ske noget. Og de kan jo godt have en fornemmelse af, at hvis man går som kliniker eller som koordinator selv, så går man og synes:" Det går jo meget godt, det her. Og det går da godt nok lidt langsomt, men det går meget godt. Så jeg behøves ikke hjælp fra andre". Ved at de har den sådan altafgørende magt i, hvornår de sætter deres patienter på.

Fysioterapeut

Dermed er der bragt et magtspørgsmål på banen, om hvilke sider af det biopsykosociale kompleks, der bevidst eller ubevidst arbejdes på i patientfor-

løbet afhængig af grundfaglig baggrund og sted i patientens forløb i CfB.

Det nævnes at han som enlig fysioterapeut i afdelingen kan føle sig lidt ensom, og har etableret uddannelse for rygterapeuter på sygehuset for der igennem at have samarbejde med andre fysioterapeuter.

Reumatologen har som leder solgt konceptet rigtigt godt i hospitalsregi. Det er fysioterapeutens vurdering, at den forskningsansvarlige for projektet ikke har været klar over, hvor vigtig han har været i formidlingsprocessen.

Koordinatorer

Det er koordinatorernes funktion at have fokus på arbejdsfastholdelse gennem opmærksomhed på sygdomshåndtering, smertehåndtering og faktorer der kan påvirke dette. I procedurehåndbogen beskrives koordinatorens opgave som at (10):

”Sikre, den relevante undersøgelse af den sygemeldtes virkelighed og være koordinerende i forhold til aktører omkring den sygemeldte, som minimum kommunal sygedagpengeafdeling og arbejdsplads.”

”Koordinator kan påbegynde et egentligt samtaleforløb med emner, der vurderes som væsentlige for den sygemeldte i forhold til smertehåndtering, for eksempel forholdet mellem ressourcer og krav eller inden for de tre kendte faktorer der kan vedligeholde smerter. Manglende motion, psykisk stress og rygning/livsstil.”

I procedurehåndbogen er det koncept, som teamet har forhandlet sig frem til på baggrund af projektbeskrivelsen beskrevet (11). Patienten følges indtil, de er fuldt raskmeldte og tilbage i arbejde. Koordinatorer indhenter deres første informationer på tværfaglig konference, hvor reumatolog og derefter fysioterapeut overleverer deres vurdering af patientens rygsygdom:

> *Som regel er de jo forbløffende enige, det er jo imponerende, altså. Men det er de. Og hvis de ikke er det, så diskuterer de jo. Men koordinatorerne sidder jo og lytter. Som regel ved vi, hvem det er, der skal være koordinator i forløbet, og det kan godt være at den koordinator lytter lidt mere, det skal jeg ikke kunne sige.*

Koordinator, socialmediciner

Den enkelte koordinator afsøger hvilket fokus, de skal have i første samtale med patienten, ved at der på tværfaglig konference spørges til patienten efter den kliniske fremlæggelse. Der sker også en fælles målretning gennem spørgsmål fra de andre koordinatorer. Hvis det vurderes, at der skal bruges specifikke ergoterapeutiske, socialrådgivermæssige eller socialmedicinske kompetencer spørges de øvrige koordinatorer til råds. En koordinator siger:

> *Det er et arbejdsfastholdelsesprojekt, ikke og… så bliver det meget omkring det at komme tilbage i arbejde. Hvis ikke de kan det, hvad er det så de kan? Hvad skal de så? Så det bliver koordination, og det bliver andet end det helbredsmæssige*

Koordinator, ergoterapeut

Hvis patienten griber det an på en god måde i det efterfølgende forløb koncentrerer man sig om det praktiske omkring tilbagevenden til arbejde. Det er muligt, patienterne kan afsluttes efter to koordinatorsamtaler. Hvis der viser sig større problemkomplekser ”foldes det hele ud”. Det vil sige fokus på psykiske og sociale barrierer for smertehåndtering og tilbagevenden til daglige gøremål under hensyntagen til patientens ressourcer.

Formidling til hele teamet efter første koordinatorsamtale er vigtig, så alle er orienteret om patienten. Herefter er det kun tilbagemelding, hvis der sker noget nyt i sagen. Det vil sige, at koordinator definerer, hvornår der er brug for at indhente ny viden eller formidle om patienten.
Går der lang tid uden, der sker fysiske forbedringer, skal koordinatorerne selv huske at bringe patien-

ten på tværfaglig konference og efterspørge råd ved reumatolog, fysioterapeut eller en af de andre koordinatorer. En koordinator nævner, at det ikke er det lægefaglige, der fylder mest, men koordinatorerne er opmærksom på ikke at overse nogen muligheder for patienten, og at det er væsentligt, at de har god forståelse for, hvor grænsen for egen tværfaglige formåen går, og hvornår andre fagligheder skal hentes ind.

Koordinatorerne nævner, at sekretærer bringer iagttagelse videre – hvis patienten har svært ved at udfylde spørgeskema, fortæller meget eller der er andet påfaldende ved patientens opførsel under første besøg. Disse informationer modtages positivt.

Interviewene af koordinatorerne afspejler ikke en skarp adskillelse af den klinisk biologiske og psykosociale vinkel på patienten, som de øvrige interview gør. Som koordinator anføres fokus på de psykosociale elementer, men også at man hele tiden netop forsøger at have helhedsbilledet på patienten ved at koordinere alle synsvinkler og alle personer og instanser omkring patienten.

> *Der er jo en fagdeling. Men … jeg tror ikke på, at der er nogen af os, der ville synes, at det vi kan gøre, det ville kunne stå alene. At det giver ret meget mening, uden at det andet er med. Altså, så jeg synes egentlig ikke, at det rigtig giver mening, at sige at der er nogen, der arbejder mere tværfagligt end andre.*

Koordinator, socialmediciner

Det anføres, at funktionerne i CfB arbejder serielt efter hinanden, men at samarbejdet og funktionsdelingen ikke kun består i overlevering. Der er overvejelser, refleksion og revurdering med hinanden. Koordinatorerne skal indhente og bruge informationerne fra det klinisk biologiske personale for at komme videre:

> *… vi tre koordinatorer, inddrager nok mere fra de andre fag.. i vores funktioner, end de andre gør. Altså. Det er jo sådan en lidt bred stilling, den der koordinatorstilling. Og det er også derfor, man har sagt fra starten, jamen, den kan man både bestride, hvis man er ergoterapeut, og hvis man er fysioterapeut, og hvis man er socialrådgiver, og hvis man er sociallæge, ikke. Og så efterhånden som man arbejder med det gennem flere år, så lærer man jo også nogen ting af de andre.*

Koordinator, ergoterapeut

> *Jeg tænker på os som ét stort… team. Og jeg ville nødig sidde alene med reumatologen og fysioterapeuten omkring en patient. Også selvom at de to andre ikke har noget med patienten at gøre… Men alligevel, så er det da sådan, at det er reumatologen og fysioterapeuten og mig, der er primære personer omkring patienten. Og jeg tror, at vi alle tre oplever os som sådan.*

Koordinator, socialrådgiver

Det anføres af socialrådgiver, at koordinatorerne har brug for at rådføre sig hyppigere med det kliniske personale end den anden vej rundt. Når patienten har været undersøgt af reumatolog og fysioterapeut, overtager koordinatoren. Reumatologen har brug for at have overblik over det medicinske, og fysioterapeuten vurderes ikke at have brug for informationer om arbejdspladsforhold. Det kliniske personale har en interesse i at følge patientens forløb, og se hvordan udkommet bliver, så informationer om patientens proces er vigtig at bringe ind i den tværfaglige konference og vanskeligheder/justeringer af kommunikationstilgang tages op til supervision. På den baggrund nævner den socialmedicinske koordinator, at tilbagemeldingerne er vigtige, og at f.eks. socialrådgiver er god til at fortælle om, hvad hun gør, så der er udbredt fælles orientering om aktiviteter. Teamet har interessen for patientens forløb, bl.a. for at oparbejde en fælles forståelse og følge til dørs. De fælles fora for det samlede team, vurderes således som meget væsentlige i afpudsning af tilgang, og for at holde fælles fokus blandt alle medarbejdere.

Som koordinator identificerer man sig mere med sin koordinatorfaglige rolle end med sit grundfag. Det anføres, at når det er patientens problem, der definerer, hvad der skal tages fat i som koordinator, bringes der ikke noget op som ikke er relevant, men nogle fag bruges mere end andre. Så selv om alle koordinatorer har en dobbelt faglighed og kan bringe deres oprindelige fag i spil, tales der om en fælles faglighed som koordinator. De monofaglige kompetencer der efterspørges mest nævnes at være reumatolog, fysioterapeut og socialrådgiverfaglighed. Det nævnes, at de socialmedicinske kompetencer er noget, de andre har lært sig op i gennem de sidste fire år, og som derfor ikke efterspørges så meget som monofaglig kompetence.

Der er en klar funktionsdeling på visse spørgsmål. Som socialmediciner kan den ene koordinator ringe til egen læge og afklare sygdomsspørgsmål, hvor de andre koordinatorer har reumatologen til at etablere den kontakt. Ellers er der en klar opdeling af fagområder mellem det lægefaglige og koordinatorfunktionen:

> *Oftest vil det være for eksempel en sygemeldt, hvor vi tænker: "Kunne det være noget depression det her?" Så er arbejdsgangen sådan at… det er reumatologen - der er lægen. Altså i den sammenhæng, selvom jeg er sociallæge, så er jeg ikke medicinsk læge på den måde. Men så er jeg koordinator, ikke også. Så det er reumatologen, der så ville tage en snak med den sygemeldte og komme med sit bud, og som så tager kontakten til egen læge.*

Koordinator, socialmediciner

Hvis der er tvivlsspørgsmål om arbejdspladsindretning trækker alle koordinatorer på ergoterapeuten, og er der brug for vurdering af, om patienten kan klare det arbejde vedkommende har, kommer reumatologen på banen:

> *Fordi, hvis man kan sige til arbejdsgiveren: "Jamen, vores rygspecialist har sagt sådan og sådan og sådan." Så går det igennem - så er den ikke længere.*

Koordinator, socialmediciner

Om beslutningstagning siger socialrådgiveren, at når det er om den konkrete patient, er det aktuelle koordinator og reumatolog samt fysioterapeut, der taler. De andre spørger høfligt til og trækker sig høfligt. Det er de tre, der har det afgørende ord, og bliver enige om, hvad der skal ske. De kan godt høre hinandens input og ændre herefter. Der er enighed blandt koordinatorerne om, at de har stor indflydelse på beslutninger omkring patienter i det videre forløb. Både i kraft af at beslutte hvornår en patients forløb skal tages op til tværfaglig konference og som følge af, hvordan man bliver enig om det, der bringes op der. Den socialrådgiverfaglige svarer på spørgsmål om, hvem der har det endelige ord i et forløb siges:

> *Jeg vil mene, at det er koordinatoren, der har det. Altså. Selvfølgelig meget i samarbejde med den sygemeldte, ikke også. For hvis den sygemeldte ikke er enig, så kommer der jo ikke noget ud af det. Men det er koordinatoren som, når man har siddet og drøftet en problemstilling, ender med at konkludere: "Jamen, så er det sådan og sådan og sådan. Jeg går videre med det her".*

Koordinator, socialmediciner

Hvis koordinator ikke umiddelbart selv kan komme med forslag til en handleplan spørges der på tværfaglig konference, hvor der kommer bud fra de andre om, hvad man kunne gøre. Det anføres også af de andre koordinatorer, at man bliver enige om, hvad der skal ske. De kan godt høre hinandens indfald og ændre noget.

> *Vi bliver enige!... det kan være, at jeg så siger: "Jamen, okay. Nu er det det, du siger. Du siger, at der sker ikke en skid, før hun holder op med at ryge. Og når det er sådan, så bakker jeg op i det, og så prøver jeg at snakke med patienten om det". Og det kan også være omvendt. At reumatologen,*

han siger: "Nå, jeg synes ellers det var sådan en psykisk upåfaldende patient. Men hvis du siger, at hun er stresset, og der er noget med mand og børn og så videre, så bakker jeg op om det, og om at hun skal være sygemeldt et stykke tid endnu, indtil hun får ro på de hjemlige ting. Selvom jeg synes, hun er psykisk upåfaldende." Så der er fuldstændig lydhørhed der… Vi snakker os frem til det. Og så er det vel den, der føler mest for en sag, der får sit ord igennem, ikke. Men altså, tværfagligt omkring patienten, synes jeg, det fungerer optimalt.

Koordinator, socialrådgiver

De ansatte føler sig anerkendt for sin koordinatorfaglige rolle, bl.a. også på grund af skriftlighed ved afslutning på forløb. Her beskrives forløbet, hændelser og handlinger i slutstatus, så man kan se, hvad koordinatorjobbet er mundet ud i. Den nikker alle til, hvis de er enige, og koordinatorens arbejde er synligt på den måde.

Da koordinatorer kun har kontakt med det øvrige personale, hvis patienten fejler noget andet end rygsygdom, som skal koordineres eller udredes, kan de som fysioterapeuten, føle sig lidt isolerede fra det øvrige personale på sygehuset, men de har hinanden til funktionsidentitet.

Reumatologen vurderes også af koordinatorerne til at have en vigtig funktion som talerør for den tværfaglige tilgang i CfB. En koordinator siger, at de for tre år siden var en lille smule til grin over, at de sad der oppe under loftet og *"tror de, de kan sidde der oppe og snakke patienterne raske"*. Gennem den løbende kontakt med medicinsk afsnit og de etablerede fælles fora er der langsomt kommet et holdningsskift. CfB er mere respekteret, og de vil også gerne have koordinatorer i medicinsk afsnit:

Sandsynligvis meget i kraft af, at reumatologen fortæller eksempler og har sagt til de andre overlæger, at han føler sig aflastet ved det, at han har en koordinator på patienten, som tager sig af det og det. Og at han får nogle meldinger tilbage fra koordinatorerne… og han kan se, at det bliver nogle bedre patientforløb.

Koordinator, ergoterapeut

Alle koordinatorer oplever således arbejdsdeling og samarbejde tværfagligt i teamet omkring den konkrete patient som god, og at det er værd at gå ud og sælge modellen på andre afdelinger.

Det afgørende nye i tilbud om tværfaglig indsats for rygpatienter

Der findes ikke andre steder i Danmark, hvor man kan komme i et rygcenter uden ventetid. Målet – tilbage i arbejde - er nyt for en hospitalsorganisation, der traditionelt diagnosticerer patienter og behandler sygdomme. Der er ingen behandling for uspecifikke rygsmerter, og som en behandler siger, kommer folk ikke i arbejde af 1½ times undersøgelse. Den komplekse natur af rygsygdom gør en biopsykosocial tilgang nødvendig for at hjælpe patienten, og arbejdet med International Classification of Function er måden, hvorpå der sættes mål for den biopsykosociale tilgang. Dette helhedssyn skal etableres sammen med en mulighed for at agere sammen med patienten udenfor hospitalssektoren, og hermed er det tværfaglige team med udgående funktioner en afgørende ny dimension af samarbejdsformen i hospitalsstrukturen.

> *Det afgørende nye i det, det er vel så, at det ikke kun er selve sygdommen, vi snakker om. Vi snakker om hele personen, og det gør vi i høj grad mere, end man ville gøre i et almindeligt medicinsk ambulatorium. Ikke, at det ikke kan blive nævnt, det med sociale forhold også, men det kommer ikke til at få det omfang, som det foregår hos os. Og så er det nye jo så også at, jamen, det er alle de områder i personens liv, der kan give problemer i forhold til at fungere og i forhold til at genoptage arbejdet, der bliver taget op, ikke også. Så det er ikke kun selve sygdommen, vi gør noget ved.*

Koordinator, socialmediciner

I hospitalsvæsenet er man således vant til at udføre behandlinger, men ikke vant til at foreslå handlinger på patienternes sociale og arbejdsmæssige liv, med udgående funktioner. Etablering af flow med hurtig sygdomsafklaring ved reumatolog og fysioterapeut, tildeling af koordinator der kan tolke og samordne de instanser, patienten har brug for kontakt til samt en intern mødestruktur, hvor patientens forløb løbende diskuteres, og hele teamets viden inddrages, er CfB's bud på en tværfaglig samarbejdsmodel.

De ansatte i teamet peger på, hvad de opfatter som afgørende nyt, ved den måde teamsamarbejdet aktuelt er organiseret på ved CfB både for patient, for organisation og for tilfredshed med arbejdet.

Nyt samarbejde om patienten

Den store fordel, der genfindes hele vejen rundt blandt teammedarbejdere og sekretærer, samler sig om, hvordan behandlerne oplever at patienten får bedre, mere helhedsorienteret og hurtigere afklaring af sine rygsmerter og sin arbejdssituation. Det er vigtigt at pointere, at nærværende evalueringen ikke belyser patienternes egen opfattelse, kun personalets.

Teammedarbejderne oplever, at der bliver leveret en langt mere sammenhængende indsats, men også at det er nødvendigt med en grundig sygdomsafklaring inden teamet går videre. I meget sjældne tilfælde kan patienten have cancer, der giver rygsmerter, og der er hyppigere end forventet konstateret specifikke ryglidelser som diskusprolaps end forventet. Når patienten har fået grundig undersøgelse og forklaring på sine smerter, oplever personalet, at patienten bliver beroliget.

Sekretærerne har kontakt med alle patienter, der kommer til første undersøgelse af ryggen, inden randomisering, og tildeling af eventuel koordinator. Det opleves sjældent, at patienten kan gå derfra og sige at smerterne forsvandt, men der opleves til gengæld høj tilfredshed:

> *Jeg synes, vi oplever meget positivt.. De kommer og siger: "Det var simpelthen så dejligt at få en*

grundig udredning"… og ja – går herfra egentlig, og er godt tilfreds. Det er i hvad fald det, vi oplever mest inde ved os.

Sekretær

…det vi hører fra koordinatorerne, det er, at når de har været hos lægen og fysioterapeuten, så er mange ting faldet på plads… fordi når folk de har ondt, og de ingenting kan på grund af smerter, så er deres første spørgsmål i hovederne: "Hvad fejler jeg? Hvad er der galt med mig?"

Reumatolog

En grundig sygdomsafklaring og vished om at det ikke er farligt, forventer personalet, giver plads til at turde bruge ryggen mere i dagligdagen og en samtale om de psykosociale aspekter af rygsmerter.

Ved koordinatortilknytning og tværfagligt team bliver alle sider af patientens problem belyst med teamets forskellige faglige vinkler:

Jamen, styrkerne er helt klart, at det bliver mere helhedsorienteret behandlingsforløb, patienten modtager her… Hvis patienten står i midten, så er det nærmest som spotlights, der lyser ind på fra forskellige sider med vores forskellige faglige vinkler. Så der er en god chance for, at vi kommer rundt om hele personen, tænker jeg.

Koordinator, ergoterapeut

Der er altid mulighed for igen f.eks. at koble fysioterapeut på, hvis problemområdet ser ud til at ændre sig over tid. Patienten opleves at have lettere adgang til at afklare usikkerheder via koordinators kontakter til det øvrige behandlerteam, fordi koordinator kan arbejde som det øvrige personales forlængede arm. Patienten har via kontaktpersonen konstant hele behandlerapparatet til rådighed. Det mindsker risikoen for, at svage patienter bliver glemt og tabt af personalet.

God kontakt til patienten er vigtig. Den hurtige afklaring i teamet på et af de tre ugentlige møder og let kontakt til arbejdsgiver og andre involverede sagsbehandlere omkring patienten bidrager til, at tingene ikke går i stå, men tværtimod kommer til at fungere lettere for patienten. Med den helhedsorienterede behandlingstilgang og lette adgang til det øvrige behandlingspersonale både i team, på hospitalet, med egen læge og med arbejdsplads, mener personalet, at der er mulighed for at løse problemer, inden det bliver til noget besværligt eller problematisk for patienten. En koordinator udtrykker det således:

Vi er en ven i nøden. Og det er det vigtigste. Vi er en kvalificeret ven i nøden. Vi er der ved siden hele tiden. Og hele tiden binder det der team sammen… Og det at man oplever det, at man altid kan få fat i en person, der ved lige præcis, hvor man er i forhold til ens arbejdsplads, i forhold til sygedagpenge, i forhold til behandling. Og kan tage fat i en hvilken som helst af de implicerede parter. Det tror jeg er en kæmpe lettelse.

Koordinator, socialrådgiver

Ved den sammenhængende biopsykosociale tilgang, nævnes det, at patienterne begynder at se sammenhænge mellem smerter og forhold til deres arbejde, som de ikke har set før. For eksempel hvis patienten får ondt i ryggen samtidig med, at han eller hun er utilfreds med sit arbejde. Der arbejdes i langt højere grad med patienternes forståelse af årsager til rygsmerterne. Det er nyt, og der lægges mere vægt på, at patienten selv definerer, hvordan de bedst trives med fysisk aktivitet, og hvilken vej der bedst fører tilbage til arbejdet.

Ny samarbejdsmodel mellem organisationer

Vi har ikke haft fokus på det tværsektorielle samarbejde i interviewene. En undersøgelse af hvordan samarbejdsaftaler fungerer i praksis, og hvordan sektorsamarbejdet løbende kan justeres bør undersøges i et andet regi. Under interviewene, om arbejdet i det tværfaglige team, har enkelte elementer af det tværsektorielle presset sig på og er blevet berørt.

Nyt er den udgående funktion, det fysiske nærvær og den direkte dialog gennem besøg på arbejdspladsen og i kommunen.

Der er det jo helt nyt og afgørende og revolutionerende nyt, at vi som ansatte inde på et sygehus også kan bevæge os ud. At vi rent faktisk kan tage vores bil og køre ud på folks arbejdsplads eller køre ud til et møde i en kommunal forvaltning. Og at vi kan gøre det gentagne gange, hvis det er nødvendigt… Vi sidder ikke bare herinde og skriver et eller andet råd på et brev, som vi sender ud. Men at vi decideret fysisk kan bevæge os ud af huset. Det vil jeg mene, er det mest afgørende. Og at vi har meget frie hænder til det. Det er ikke sådan nogen faste procedurer for, hvor mange gange man nu kan have kontakt. Eller hvor mange gange man nu kan tage ud til rundbordssamtale på folks arbejdsplads. Altså. Ofte er det bare én gang. Men der er ikke noget, der hindrer os i at gøre det fire gange i et patientforløb, hvis det er det, der skal til.

Koordinator, ergoterapeut

Personalet oplever at den arbejdsfunktion bliver anerkendt og positivt modtaget i det daglige arbejde. Det tværsektorielle arbejde er essensen i koordinatorens strukturelle funktion, men er ikke særlig fyldig i den organisatoriske udvikling. En koordinator efterlyser således mere systematisk kontakt til beslutningstagere i kommunerne, og at der arbejdes mere på organisatorisk udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

For at systemet skal få den ønskede effekt for patienten og for alles arbejde, stiller det nogle krav til kommunens brug af koordinatorernes ydelser. Hvis koordinatorfunktionen ikke erstatter sagsgange, der ellers ville være udløst i kommunen, vil det ikke skabe mere kontinuitet for patienten:

Hvis vi er et led mere, så virker vi ikke. Altså, hvis jeg skal sidde og lave noget arbejde, som jeg sender til sagsbehandler, som sagsbehandler først skal tænke over og undersøge ved hendes læge, om hun mener det samme. Så går fidusen af fløjten. Det skal være sådan, at sagsbehandler siger: Jamen, tak, nu er det undersøgt for mig. Så behøver jeg ikke at spørge om det… Nogen betragter os helt klart som leverandører. Og så er det gået af fløjten, mener jeg… Hvis vi er leverandører som et Revacenter eller noget (sukker), jamen, så er det eneste man har ud af det, det er at der ingen ventetid er, for at komme til en speciallæge. Så er det det, det kan. Hvis vi er samarbejdspartnere, så virker det godt.

Koordinator, socialrådgiver

Det er nyt at etablere en arbejdsfunktion i hospitalsregi der varetager arbejde, der traditionelt udføres af den kommunale sagsbehandler. Det vil sige, der organisatorisk er flettet kommunal funktion ind i koordinatorrollen, som den enkelte kommune skal acceptere udføres væk fra eget system.

For arbejdspladsen kan der ske en hurtig afklaring af muligheder for tilbagevenden i dialog med teamet. Hvis arbejdsgiveren er bekymret om, hvorvidt patienten kan tåle arbejdsfunktioner, der findes i jobbet, vurderes den direkte kontakt vigtig af personalet:

Det er både i forhold til den sygemeldte, at det kan virke meget beroligende, men jeg bruger det også rigtig meget, når jeg snakker med arbejdsgivere. At: "jamen, rygspecialisten har altså sagt, at det er helt okay at gå i gang med det der arbejde, ikke! Det behøver man ikke at være bekymret overfor." Når de hører det på den måde, jamen, så er der tryghed.

Koordinator, socialmediciner

Arbejdsgiverne er glade for, at have mulighed for, at kunne ringe til koordinator. Det er vigtigt med en kontaktperson, men det er sjældent det bliver brugt.

Internt samarbejde mellem afsnit på sygehuset vurderes ligeledes at have udviklet sig positivt. Reu-

matologen fra CfB deltager nu i fælles visitation mellem de tre afsnit og har fast 1½ dag på medicinsk afdeling. Han var tænkt fuldtidsbeskæftiget i CfB i den oprindelige projektbeskrivelse. Det opleves væsentligt for lægen, at det tværfaglige miljø er tilknyttet hospitalet, og at reumatologen har direkte adgang til at indlægge patienter til medicinsk udredning, hvis der er mistanke om anden lidelse end ryglidelse. Det aflaster medicinsk rygcenter (M-ryg) at CfB tager sig af patienter, der netop er sygemeldte, og at de kan visiteres videre hertil, hvis egen læge ikke har gjort det. Omvendt kan man ved et afsluttet forløb i CfB koble til M-ryg og kirurgisk rygcenter (K-ryg), så patienten har et sted at gå hen. Patienterne oplever ligeledes, at personalet taler sammen og kender hinanden, når der sker overflytninger. Der er en organisatorisk sammenhæng, og enhederne har fordel af hinanden, samtidig med det er en fordel for patienten. Der afholdes som tidligere nævnt møder hver måned mellem CfB, M-ryg og K-ryg. Det giver en god gensidig orientering om og forståelse af arbejdsmetoder ved de tre enheder. Der er ligeledes opnået et godt samarbejdsklima via teambuilding mellem de tre rygafsnit. Der er således gennem flere samarbejdskontakter over tid etableret et værdifuldt samarbejde, der har affødt ønske om koordinatorfunktion ved M-ryg, som der ses positivt på i sygehusledelsen. Det har afstedkommet god patienttilfredshed og gode patientforløb, hvilket er et mål for hospitalet.

Henvisning uden ventetid kræver en organisation, der er gearet til at tage varierende antal af henviste patienter fra praktiserende læger over året. Det er en ulempe, da det er et stort organisatorisk set-up, som er sårbart for skift i patient-flow. Nogen gange kommer der for få patienter og nogen gange for mange. Sidstnævnte er et problem for projektets idé, da der så opstår ventetid for patienterne. Organisationen skal altså hele tiden være gearet til at kunne indtage alle de patienter, der henvises.

Delt finansiering af CfB mellem region, hospital og kommune løser et potentielt økonomisk gråzonefelt mellem sektorer. Funktionen belaster således ikke Regionshospital Silkeborg og udgør ikke en umiddelbart barriere for videreførelse. Det fungerer ved samordning af et problem for patienten, der bruger ydelser i alle organisationstyper. Forløbene omkring rygpatienter er accepterede i hospitalsledelsen og ved den medicinske afdelingsledelse,

> *Reumatologen refererer op til dem og jeg tænker, at det er på driftniveau. På fagligt niveau, der tror jeg simpelthen ikke de ved.. – En medicinsk overlæge… sagde på et fællesmøde med kommuner: "Jamen, blandt patienter og kommune og her på hospitalet, der bliver der udtrykt tilfredshed blandt dem, der er i berøring med de patienter, der har været hos jer…*

men ledelsesniveauet ved Regionshospitalet Silkeborg ved ikke nødvendigvis, hvordan der arbejdes i CfB, idet der fortsættes:

> *… Og det der halløjsa, I så laver…", altså, hun ved ikke, hvad det er for noget, men det giver tilfredshed… Så det, der opleves som kvalitet, det kan være nødvendigt at få ind i drift, selvom der ikke er økonomi i det… Det er økonomi plus patienttilfredshed … Men de aner ikke, hvad det er for noget medicinsk guld, der ligger herovre.*

Koordinator, socialrådgiver

Det afgørende nye er accepteret ud fra at det giver patienttilfredshed, men en gennemgribende formidlingsindsats af det forløbsorienterede og socialfaglige er påkrævet i hele organisationen. Den psykosociale del af arbejdet føler koordinatoren slet ikke er forstået i dele af ledelsen. Der anvendes fagområder, der ligger udenfor ledelsens eget kompetenceområde, og citatet rummer den fortolkning, at koordinatoren føler sig nedgjort med sin faglige indsats. "Halløjsa" skal oversættes til præcise værktøjer, der anvendes af koordinatorerne. Det vil derfor ligeledes være en styrke for formidlingen at uddybe virkningsmekanismerne i dette værktøj nøjere.

Tilfredshed med eget arbejde

Alle medarbejdere beretter om et godt arbejdsmiljø og meget høj tilfredshed med at indgå i et lille team med alle faggrupper i umiddelbar nærhed. Der er arbejdet vedvarende med at etablere et gnidningsfrit forløb for patienterne. Det fordrer adgang til informationsdeling og at praktiske opgaver af betydning for patienternes forløb løses i fællesskab.

> *Det er meget rart arbejdsmæssigt, for man får lidt en forståelse af, hvorfor nogle mennesker gør, som de gør. I stedet for at man bare ser det sådan ud fra sit eget synspunkt, ja. Sin egen lille verden… Fordi, på andre ambulatorier… så kan de nok hurtigere sige: Jamen, det er ikke min opgave. Det må de kunne klare selv. På den måde, ikke også. Altså, hvor man her hurtigere er flinke til at hjælpe hinanden også.*

Sekretær

Det betyder, at sekretæropgaver velvilligt deles mellem sagsmedarbejdere – især koordinatorer - når der opstår arbejdspres, hvilket vurderes meget positivt af alle medarbejdere. Det giver et bedre arbejdsmæssigt klima. Det er ligeledes en stor tilfredsstillelse, at flere ting bliver løst her og nu, inden de hober sig op og bliver til et stort problem for både patienten og den ansatte. Der skal ikke skrives mange huskesedler og lapper på problemer, der skal afklares senere.

Det er ikke muligt individuelt behandlermæssigt at arbejde ud fra tjekliste, vinge sine egne udførte procedurer af og lade andre om at skabe overblik. Det kræver interesse i delt arbejde og at tage et medansvar, hvilket ses som en mere tilfredsstillende måde at arbejde på. Flere medarbejdere vurderer det meget positivt at få del i en bredere faglig indsigt i rygsygdom og handlingsmuligheder indenfor andre fagområder.

Der bruges mere tid på patienten end i et normalt ambulatorium, og behandlere når derved et fagligt mere tilfredsstillende niveau. Både fysioterapeut og reumatolog nævner ligeledes, at de får en forståelse, som andre terapeuter ikke får:

> *Jeg vil sige, at det bliver løftet enormt meget i forhold til rygområdet. At blive løftet op på et lidt højere niveau og kan se nogle sammenhænge, som… andre terapeuter ikke ser… Det der har været nyt, har været lidt en introduktion til den socialmedicinske tankegang, om hvordan man rehabiliterer patienter. Det har været det nye, synes jeg… Og socialrådgiverens måde at tage det på, er jo meget bredere. Og det… giver jo et helt andet perspektiv på rygbehandling. For mig. Da jeg kom her. At socialmedicin skal med, og hvordan ser det ud ude i deres hverdag?*

Fysioterapeut

> *Det giver alle et mere fuldstændigt billede. Det er, for mig at se, meget af ideen med det tværfaglige. Det er, at der sidder repræsentanter fra forskellige faggrupper, som har hver deres vinkel. Og når man så diskuterer det, så er det fra hver sin vinkel. Og det gør, at man bedre kan forstå et komplekst fænomen, der hedder rygsmerter… Jeg får jo et bredere syn. Nogle gange har jeg jo en snæver biomedicinsk opfattelse af, hvad smerterne skyldes. Og så når patienten har været til koordinator, så siger jeg: Nå. Nå, men det er nok helt anderledes. Så det ændrer mit perspektiv… Det ændrer jævnligt mit perspektiv. Ja, det gør det.*

Reumatolog

Ud over at supplere den biomedicinske forståelse af smerter, er det endelige mål om behandling af patienterne så tilbagevenden til arbejdsmarkedet mere tilfredsstillende for reumatologen:

> *Hvis du sidder i et normalt rygambulatorium, så ved du intet om, hvordan det går med dine patienter på længere sigt. Hvis du sidder her, så kan du jo følge, om de kommer tilbage til arbejdsmarkedet. Det er jo vores outcome…:" Tilbage til arbejdsmarkedet".*

Reumatolog

Den behandling patienten får fysisk, psykisk og socialt kan justeres i forhold til, hvad der mest effektivt hjælper til acceptabelt funktionsniveau igen.

Socialrådgiveren nævner, at det er en af stor tilfredsstillelse for koordinatorerne at hente faglig sparring med hensyn til specifikke spørgsmål om en given patient. Der ydes et mere kvalificeret arbejde til gavn for patienten, man kan skræddersy tilbuddene til patienten. Som fagperson byder man ind med, det man har. Hvis der er muligheder for at byde ind med "en forlænget arm" i form af de andres kompetencer på det fysioterapeutiske, lægefaglige og så videre, så får man flere aspekter i spil. Ellers kan man som fagperson kun bringe det i spil, man selv har.

På spørgsmål om ulemper ved tværfagligt teamsamarbejde siger flere, at det er svært at se nogen, men at det måske umiddelbart kan virke som en tidskrævende procedure set med hospitalsøjne. Hertil kommenterer flere, at de er overbevist om, at tiden bliver vundet ind i det lange løb. En anden ulempe er, at man efter mange år i teamet kan synes, det er indlysende, hvad de andre vil sige. Den socialmedicinske koordinator og ansvarlige for teamudvikling nævner, at man skal holde fast i udvikling af team og teamsammensætning for ikke at stoppe udviklingen af den tværfaglige tilgang. Alle fagområder udvikler sig. Det skal der være opmærksomhed overfor blandt andet ved at holde gang i faglig udvikling blandt medarbejdere og i teamet.

Sammenhængskraft og udvikling af det tværfaglige team

Ud over en mødestruktur, hvor de daglige rutiner kan diskuteres og udvikles, kræver tværfagligt samarbejde en koordinering af enkeltmedlemmers bidrag i teamet og en stærk fælles kerne, som alle dedikerer sig til. I procesorienterede forløb med patienter, der skal håndtere sygdom i samspil med deres psykiske konstitution og sociale miljø, udgør denne fælles kerne ICF-tænkning og kommunikativt værktøj.

Tværfagligt team – mødestruktur

I afsnit om patientforløb og organisering blev det beskrevet, hvordan nye patienter indrulleres i CfB, og hvilke grupper teamet består af. Dagligdagen i det tværfaglige team er koordineret ved en række funktionsbestemte møder om afdeling, patienter og udvikling:

Team konference
Koordinere dagens opgaver for alle ansatte.
Alle i afsnittet deltager. (En gang dagligt, 15 min.).
Afsnitsmøde
Personalemæssige områder og organisation af arbejdet. Referat fra møder og kurser, udarbejdelse af fremmødeoversigt, personalepleje og idé-rum for emner til supervision.
Alle i afsnittet deltager. (En gang ugentligt, 1 time).
Tværfaglig konference om patientforløb
Tværfaglig belysning af patientforløb. Systematisk orientering efter første fagspecifikke ydelse og første koordinatorsamtale. Drøftelse af handleplan. Løbende relevant orientering og drøftelse ved ændring i forløb eller handleplan.
Sekretærer deltager ikke. (Tre gange ugentligt 45 min. – herunder på dage for patientinklusion).
Supervision
Sparring i samarbejdet med patienten. Forskellig oplevelse af udvalgte patienters problemer i teamet, til støtte for koordinator og til udvikling af fælles forståelse af problemkomplekser. Understøttelse af anvendte kommunikationsredskaber og TERM model.
Sekretærer deltager ikke. (En gang hver 14. dag, 2 timer).
Tværfaglige udviklingsmøder
Udvikling af nye og eksisterende funktioner i det tværfaglige samarbejde.
Sekretærer og reumatolog deltager ikke. (En gang hver 14. dag, 1 time 30 min.).
Journalklub
Gennemgang af videnskabelige artikler.
Alle medarbejdere fra alle afsnit kan deltage. (En gang hver 14. dag, 1 time).
Fælles rygmøde
Alle afsnit i Ryg-centret orienterer om aktiviteter - herunder M-ryg og K-ryg.
Alle ansatte deltager. (En gang månedligt, 1 time).
Årlig temadag om relevant emne indenfor området.

Introkursus og ressourcer til fælles grundlag

Som nævnt tidligere blev fælles introduktionskursus prioriteret højt, og udgør grundlaget og principper i det tværfaglige samarbejde. Der arbejdes efter ICF principper, der anvendes TERM redskab i kommunikation med patienten, og alle blev fælles introduceret til samarbejds-, afrapporterings- og beslutningsprocedurer ved kursus med DISPUK. Disse fælles basale redskaber kender alle til, og arbejder alle efter, i kombination med den enkelte ansattes specifikke kompetencer og faglige baggrund. Det tværfaglige samarbejde foregår med et sæt af skrevne og uskrevne regler, og det vurderes meget vigtigt af personalet og evaluator, at mål om nye samarbejdsmåder fastholdes, ses kritisk på og udvikles i årene. Det kræver at der afsættes tid og ressourcer.

I projektperioden har der, som tidligere nævnt, været afsat tid til udviklingsmøder for det tværfaglige team og både tid og økonomi til supervision ved TERM-konsulent samt DISPUK konsulenter for medarbejderne. TERM-konsulenten overværede således flere gange tværfaglig konference for at give tilbagemeldinger på, hvordan teamet brugte hinandens viden og kvalifikationer under møderne. Men der har også været ressourcer til individuel kompetenceudvikling, der kan berige arbejdet indenfor de funktioner og interesser, medarbejderne har i teamet. Socialrådgiveren færdiggjorde således en samtaleterapeutisk uddannelse, og deltog i et halvt års kursus i kognitiv tilgang, samt diplomkursus i tværfaglig kommunikation. Ergoterapeuten har færdigheder i systemisk tilgang til patientens problemer. Socialmediciner har færdigheder i anvendelse af TERM-metoden. Fysioterapeuten har gennemgået en række kurser i undersøgelse og behandling af lænderyggen, og er eksamineret på credential niveau i Mekanisk Diagnose og Terapi. Fysioterapeuten har desuden kursus i kommunikation og motivation af patienten og studerer på sidste år på Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse på Århus Universitet (cand.scient.san.).

Udvikling af samtalemetoder

Samtalemetoder er et fælles redskab for teamet og nødvendige forudsætninger for at bedrive rådgivning. Under interviewene lod disse fælles metoder til at være implicitte teamets medlemmer indbyrdes, der var opnået en selvfølgelig samarbejdsproces og fælles forståelse af redskaber i patienthåndteringen. Hvordan disse samtalemetoder virker og bidrager til opnåelse af målet for patienten udgør dog et evalueringsmæssigt mørkeområde. Der evalueres ikke på, hvornår og under hvilke betingelser de forskellige redskaber gør en forskel for patienten – det der tidligere er kategoriseret som 2. ordens mål:

> *Jeg er begyndt nu at taste samtale som samtaleterapi. Altså, men det er også noget fuldstændig nyt. Altså, man kan ikke -, der hvor jeg oplever i kontakt til den enkelte patient, nu skinner lyset. Det var her kajakken vendte. Det kan jeg ikke taste ind i databasen.*

Koordinator, socialrådgiver

En sådan usynlighed på proces der leder frem til, at patienten kommer tilbage i arbejde, udgør også en usynlighed på effekten af koordinatorernes redskaber. Evaluering af de kommunikative redskaber kunne være et værdifuldt bidrag til kvalificering af f.eks. overlevering, samtaleform og vendepunkter for patienterne. Synlighed, på metoder og nye arbejdsfunktioner som koordinatorfunktion, kan være væsentlig ved overgang til drift.

Et andet aspekt af dette citat er, hvorvidt det er besluttet at bedrive terapi i CfB som noget nyt. Der er sket en udvikling fra introduktion af TERM-metoden, over anvendelse af systemisk tænkning og kommunikative redskaber den enkelte medarbejder besidder til egentlig terapi. Ergoterapeuten nævner, at alle er sporet ind på samme tankegang og er introduceret til terminologien under introkurset. På spørgsmål om, hvorvidt koordinatorerne arbejder på samme måde med samtaler med patienten svares:

> *Det ved jeg faktisk ikke. Fordi, vi er selvfølgelig forskellige personer, og nogen har også haft noget andet uddannelse. Samtaleuddannelse eller terapeutisk uddannelse ved siden af og sådan noget. Så nogen kan mere end andre. Men det er vel ikke helt forskelligt, det er ikke helt ved siden af. Tror jeg ikke. Den måde vi arbejder på. Den måde vi snakker på. Det tror jeg ikke.*

Koordinator, ergoterapeut

Supervision hver 14. dag anføres som meget vigtig for at justere koordinatorernes redskaber i forhold til fælles principper. Det er her man sliber hinanden af og justerer på problemopfattelser og håndtering af vanskelige situationer. Supervisionen anses central for at fastholde en god og ensartet praksis. Dette er også fremført af reumatolog og fysioterapeut,

så hele teamet er enige om og understøtter den tilgang, der udvikler sig i kontakt med patienterne, og så der sker en fælles læring af hvad rygkomplekset består af.

Sammenhængskraften i et team styrkes ved supervision. Indhold på supervisionsmøderne besluttes på afdelingsmøder og har ofte med konkrete patientforløb at gøre.

Praktisk sammenhæng for tværfagligt samarbejde

Under interviewene beskrives også praktiske elementer, der skaber sammenhæng for det tværfaglige samarbejde. Et andet kommunikativt redskab der anvendes, er overlevering fra reumatolog til fysioterapeut, og fra fysioterapeut til koordinator. En sådan overlevering af hvad der har været talt om foregår med patientens tilstedeværelse. Fysioterapeuten beskriver denne overlevering som en vigtigt praktisk sammenbindende faktor for forløbene. Alle i personalegruppen er positive overfor disse overleveringer. For personalet gives der vigtige hints både klinisk, og hvordan patientens situation former sig. Patienten behøver ikke gentage sin fortælling, men hører historien én gang til, bevidner hvad der er sagt og reflekterer. På den måde er f.eks. reumatologen eller fysioterapeuten med i lokalet ved overleveringen til næste teammedlem. Det er synligt for patienten, at der arbejdes i et team, og hvad der tales fælles om.

Et kritikpunkt kan være, at patienten ved introduktion til ny person starter kontakten med en overhøring af sin egen historie i 3. person. Personalet har dog ikke fået kommentarer fra patienter om, at det oplevedes ubehageligt, at han eller hun ikke selv er involveret i genfortællingen af sin historie. Ved patienttilfredshedsundersøgelse kunne det være et relevant aspekt af modtagerens oplevelse af det tværfaglige forløb i CfB.

En af sekretærerne anfører, at de ikke forholder sig til kommunikationsformer og indholdet i det tværfaglige team, men at de udgør den administrative sammenhængskraft for, at patienternes forløb glider.

> *Der var for eksempel én i går, han skulle have svar ved reumatolog. Så skulle han til kontrol ved fysioterapeut, 14 dages fysiokontrol og så til koordinatorsamtale med socialrådgiver. Eller opfølgning. Opgaven for os ligger så i, at det skal vi se at få skrevet hurtigst muligt, de tre diktater, der jo så er. For at koordinatoren kan komme videre.*

Sekretær

Udvikling af team

Et andet forum for udvikling er tværfaglige udviklingsmøder, hvor principielle tilgange for teamarbejdet har plads. Det nævnes som et opmærksomhedspunkt, at der i et lukket team er en fare for, at man bliver for selvkørende:

> *Nu er vi jo et team, som så har eksisteret en vis tid, og skulle man forestille sig, at vi skulle sidde det samme team om for eksempel 5 år, så kunne der være en risiko for, at vi ligesom kommer til at køre i tomgang… at vi synes, at vi så får så stor en fælles forståelse, så der i virkeligheden ikke sker så meget udvikling. Og sådan at … vi måske ikke bruger teamet så meget, fordi vi tænker, nå men, reumatologen ville jo sige sådan eller socialrådgiveren ville jo sige sådan. Men også, at man måske godt kan rejse nogle problemstillinger, som man måske alligevel mest rejser, fordi det skal vi jo gøre, ikke også. Uden at man måske egentlig bruger det så aktivt til at få mere viden ind også. Så vi kommer jo til ligesom at synes, jamen, her kan vi jo alt. Og her kører det jo bare godt, ikke også… Der skal man jo så have antennerne ude for, hvad foregår der ude i den store verden? Men skal også tænke på, jamen, det kan da godt være, at det der team, det sådan skal udskiftes løbende eller at der skal nogle nye medlemmer på. Eller at der skal nogle nye faggrupper på hen ad vejen, ikke også.*

Koordinator, socialmediciner, ansvarlig for udvikling af tværfagligt arbejde

Der er således plads til en selvkritisk refleksion, men den skal finde et sted at udmøntes. Det har været et frustrationspunkt for nogen af medarbejderne, at stillingen for den halvdel af ledelsen der stod for rehabiliteringsmæssig og socialfaglig udvikling faldt væk. Selv om der er enighed om, at det tværfaglige omkring patienten fungerer optimalt, er det et organisationsmæssigt kritikpunkt for udvikling. Det har givet anledning til bekymring hos socialfaglige koordinator, som nævner at 50% af det udviklingsmæssige faldt væk:

> *Så alt på socialsektoren, både metodeudvikling i det daglige arbejde, der berører det, og også metodeudvikling på driftssamarbejde. Det er kommet til at halte af uheldige årsager. Men det, der gør det sårbart, det er, at det kun har med mennesker at gøre, ikke. Det er trods alt en lille organisation.*

Koordinator, socialrådgiver

De enlige faggrupper med uddannelse ved siden af sundhedsuddannelserne kan som enlig faglig repræsentant føle sig alene med sin udviklingsinteresse, selv om man er fagligt højt værdsat og nødvendig i det samlede team. Der efterlyses forskningsmæssig interesse i udvikling af tværfagligt og tværsektorielt arbejde og en større faglig sparringsgruppe til at omsætte erhvervede kvalifikationer indenfor sit felt.

> *Ja. Og så føler jeg mig fagligt underudviklet. Og det kan man selvfølgelig sige: "Ved du hvad, altså…" Jeg var i gang med en samtaleterapeutisk uddannelse, da jeg startede her. Den fik jeg resten af, og så har jeg fået et halvt år som kognitiv, og nu går jeg på diplomkommunikation. Og de vil sige: "Hvad fanden, en forkælet socialrådgiver! Hvad bilder du dig ind?" (latter). Men det jeg mangler, det er at have et fagligt rum og bære det op i, og blive taget imod og dele det med. Det bliver enten mit eget skrivebord, ikke. Eller i mit eget hoved… Vi skal udvikle sammen, ikke også. Tænk, hvis jeg havde en eller anden sundhedsantropolog, eller hvad ved jeg, til at sidde og dele det her med. Og sige: "Gud… nu skal vi prøve at lave nogle metoder sammen på det her". Ikke også!!*

Koordinator, socialrådgiver

Der har således været gode ressourcer til udvikling af metoder og supervision, men fordelingen af organisationsudviklingspunkter mellem det medicinske, rehabiliterings¬udviklingen og det socialfaglige bekymrer.

Opsamling

Det afgørende nye i en integreret indsats for sygemeldte patienter med lænderygbesvær er, at indsatsen koordineres fra det tidspunkt, hvor den sygemeldte henvender sig ved egen læge, til patienten er tilbage i arbejde igen. En sådan rehabilitering for tilbagevenden til arbejdsmarkedet kræver indsats fra flere sektorer og fra flere faggrupper. Ingen faggruppe vil kunne overskue det samlede forløb, men på den anden side har det fordele, at patienten har en fast kontaktperson, der har overblik og støtter, især for de lavt uddannede og udsatte patienter. Hvis man vil sådanne patientforløb i hospitalsvæsenet, er det nødvendigt at se på tværfaglige modeller for, hvordan forløbet under sygemelding kan gøres kortest muligt og mest gnidningsfrit for patienten, mest effektivt for de involverede samarbejdspartnere og mest tilfredsstillende for personalet.

En vurdering af organiseringen og den tværfaglige indsats for patienterne på CfB har været fokus for denne rapport. Det har været målet at beskrive:

1. Organisering af CfB's tværfaglige samarbejde
2. Undersøge personalets definition af, og konkrete erfaringer med, tværfagligt samarbejde
3. Diskutere fordele og ulemper ved organiseringen af det tværfaglige samarbejde

Organisering af arbejdet er beskrevet i rapporten. Personalet er refereret for definition af det tværfaglige samarbejde og har medgivet mange erfaringer om dette, som ligeledes er beskrevet i det foregående. Diskussion af fordele og ulemper ved organiseringen af det tværfaglige samarbejde vil blive foldet mere ud i dette afsnit, men først vil nogle af de punkter, som personalet fremhæver i rapporten, blive ridset op:

Tværfaglig samarbejdsmodel ved CfB

CfB har udviklet en tværfaglig samarbejdsmodel. Her er patienten i centrum, sekretærer til administrativ organisation, reumatolog og fysioterapeut til udredning af det fysiske ryg-problem og en gruppe af koordinatorer til udredning af eventuelle psykosociale elementer af ryg-problemet og koordinering af en biopsykosocial indsats frem mod genoptagelse af arbejdet.

Gennem udvikling af CfB er der blevet etableret et godt samarbejde og en god forståelse for hinandens faglige styrkeområder. Der er enighed om arbejdsdelingen, som er udviklet teamets medlemmer imellem, med hensyn til rygpatienternes forløb. Der er en identifikation med tværfagligt arbejde for alle medarbejdere, og alle har patientens forløb i centrum for deres ydelser. Men de enkelte faggrupper definerer sig forskelligt ind i indsatsen overfor patienten:

- Sekretærerne definerer sig som stående udenfor det tværfaglige team, men oplever at de binder enheden som sådan sammen ved deres administrative bidrag. Sekretærerne dedikerer sig til at få patientens forløb til at glide smertefrit ved at yde deres bidrag hurtigt.
- Fysioterapeut og reumatolog definerer sig som tilhørende det tværfaglige team, og identificerer sig med deres fag og bidrager med en monofaglig ydelse overfor patienterne.
- Koordinatorerne definerer sig som tilhørende det tværfaglige team, men identificerer sig mere med deres funktion end deres fag.

Sammenholdet er etableret gennem deltagelse af fælles læring i tværfaglig konference, supervision og tværfagligt udviklingsteam. Koordinatorerne stiller de største krav til fælles læring og etablering

af identifikation med koordinatorrollen. Fysioterapeuten deltager i udvikling af det tværfaglige arbejde og udtrykker også stor interesse for at blive medudvikler af koordinatorteamets metoder. Fysioterapeuten deltager således som den eneste anden på afsnittet i de tværfaglige udviklingsmøder.

Gennem tiden er der sket et skift i fokus fra udvikling af et evalueringsdesign og præcisering af den biologiske side af ryg-komplekset – over mod en større vægt på indholdet i koordinatorfunktionen. Der er sket en udvikling hen mod øget fælles diskussion af patientens rygproblem, mellem reumatolog, fysioterapeut og koordinator, ved de tværfaglige konferencer. Både reumatolog og fysioterapeut har foretaget forstærkning af deres ydelser overfor patienten. Der er for koordinatorerne ligeledes sket en funktionsforstærkning ved nedlæggelse af sociallægens solofunktion, som den der tog samtaler om smertebehandling og sygdomsbekymring, og ved at sekretærer ikke henviser til specifikke faggrupper indenfor koordinatorgruppen. Der er altså sket forstærkning af både det monofaglige og det tværfaglige i perioden, med gensidig forståelse af de forbedringer det har indebåret.

Både sekretærer, reumatolog, fysioterapeut og koordinatorer har behov for kontakt med andre i eller udenfor organisationen der har lignende funktioner. Sekretærerne deltager i aktiviteter med øvrige sekretærmedarbejdere på hospitalet, og det har været vigtigt for reumatologen at have kontakt til det medicinske område for at fastholde sine medicinske kompetencer. Fysioterapeuten har kontakt med andre fysioterapeuter på hospitalet, men koordinatorerne har ikke fundet andre med lignende funktion i hospitalsregi. Koordinatorerne er således lidt mere sårbare i understøttelse af deres funktion, da den for det første er specifikt udviklet til formålet og ikke finder støttegrupper til udveksling og understøttelse indenfor hospitalsvæsenet. Der har været sammenhold om fælles udvikling indbyrdes i koordinatorgruppen, og som enlige fagrepræsentanter med sådanne funktioner, skal man agere som spydspidser i organisationen. Det har afstedkommet et ønske om understøttelse og udvikling af funktionen, således at den kan beskrives og udbredes mere tydeligt. De udgående kontakter til medicinsk afdeling via reumatologen har haft betydning for flow af patienter til de relevante dele af Ryg-centret, men har også haft stor betydning udvikling og spredning af modellen for patientforløb på hospitalsplan.

Som samarbejdende team er den fysiske nærhed central for etablering af et glat forløb for patienterne. Det udtrykkes af både sekretærer, sundhedsfagligt og socialfagligt personale. Det forholdsvis lille team er vigtig for hurtig informationsudveksling og for at give hurtige tilbagemeldinger, men også for at etablere en fælles forståelse for det indhold, der ydes fra alle deltagere i enheden.

Mødestruktur er et vigtigt samlingspunkt både for ovenstående og for at kvalificere medarbejderne til deres funktioner. Det understreges at reumatologen, fysioterapeuten og koordinatorerne i teamet ikke kan adskilles, hvis modellen skal virke i det lange løb. I praksis har der været udvekslet informationer om den konkrete patient både på tværfaglig konference og løbende imellem behandlere og koordinatorer. Der advares imod, at koordinatorerne overgår til for stort omfang af individuelt indhentede råd. Diskussioner og invitation til andres syn på en patient fra flere fag har hjulpet koordinatorerne fremad, når en patients udvikling er gået i stå, og har medvirket til at fastholde helhedsforståelsen af rygkomplekset i teamet. Der er opmærksomhed på, at hele teamet får lejlighed til at etablere et helhedsbillede af patienten og diskutere det i et fælles forum, så konferencemøderne ikke reduceres til indhentning af faktuelle råd fra det sundhedsprofessionelle personale. Der er behov for orientering om tilgangen og perspektiverne fra koordinatorerne, for bidrag af de fysiologiske sider af sagen, og smerteårsager fra reumatolog, og for bidrag med muligheder i fysisk træning ved fysioterapeut. En isoleret koordinatorfunktion uden tæt løb med det

behandlende personale kan ikke fungere, og omvendt får lægen jævnligt justeret sit perspektiv ved møder med koordinatorerne omkring patienten. Supervisionsmøderne udtrykkes således som det sted hvor "kernen af hvad der er den her patients problem" kan komme frem, men også udviklingssted for metoder som koordinatorerne anvender.

I patientforløbene er der enighed om, at den medicinske beslutningskompetence ligger ved reumatologen, og alle peger på, at koordinatorerne deler eller har den afgørende indflydelse på, hvordan et forløb fortsættes. Der bringes et magtspørgsmål på banen, idet koordinatorerne enten mener der tages en fælles stillingtagen, eller at det er dem, der har det sidste ord om, hvad der skal ske med patientens videre forløb. Det problematiseres af både fysioterapeut og koordinatorer, at de har stor indflydelse på forløbet ved, at være dem der enerådigt beslutter, hvornår en patient tages op til tværfaglig konference, og dermed ubevidst kan udelukke dele af teamets bud på, hvad der ville være en fornuftig tilgang.

I et udviklingsforløb har der været en bevægelse fra udvikling af redskaber til sygdomsmæssig afklaring og udredning af patienten til en fifty-fifty fordeling af fokus på den biologiske siden af sagen og koordinatorfunktionen, men der efterlyses fokus på yderligere udvikling af den tværfaglige samarbejdsmodel blandt koordinatorer. Analysen peger også på, at der kan være god grund til skærpelse af den psykosociale udredning og belysning af de metoder, der anvendes blandt koordinatorerne. Der forestår et spændende forskningsarbejde i at synliggøre hvilke dele af koordinatorfunktionen, og de metoder der anvendes, som hjælper hvilke patienter fremad. Kommunikationsformer er ikke berørt i denne evaluering, men det vil være relevant at se på, hvordan de anvendte tilgange korresponderer med og supplerer hinanden, om der er opnået enighed om, hvornår der skal ydes direkte terapi i forløbene, og hvordan de anvendte redskaber registreres til brug for evaluering.

Det afgørende nye i tværfagligt samarbejde ved CfB

Der peges på flere afgørende nye elementer ved det tværfaglige perspektiv på patientforløb:

- Det er lykkedes at etablere et flydende forløb for patienterne fra sygemelding ved egen læge og til tilbagevenden til arbejdspladsen – og det uden ventetid på hospitalet.
- Patientens problem bliver belyst ved spotlights fra alle sider, og der kan træffes en meget kvalificeret beslutning om et forløb.
- Patienten kan ved den anvendte tilgang erkende sammenhænge mellem smerter og deres øvrige liv, som de ikke så før.
- Måden at bedrive tværsektorielt samarbejde er ny. Det er nyt at have udgående funktioner til arbejdsplads og til kommunal sagsbehandler i hospitalsregi.
- Koordinatorerne udfører arbejde, som erstatter visse procedurer ved den kommunale sagsbehandling. Hvis den udførte udredning og resultater ikke anvendes direkte af sagsbehandler, men f.eks. skal gennem deres lægefaglige konsulent til vurdering, anses det som spildt at have koordinatorfunktion ved hospitalet.
- Det skaber høj medarbejdertilfredshed. Ting hober sig ikke op, og der er fælles fodslag om indsatsen. Patienten holdes i centrum for arbejdet, og det medfører stor hjælpsomhed overfor hinanden indbydes i enheden. Medarbejderne føler, de opnår et fagligt mere tilfredsstillende niveau ved den tværfaglige tilgang.

Det diskuteres, at det kan synes mere tidskrævende, men at den brugte tid vindes ind i den anden ende ved at patienten kommer hurtigere i arbejde, og der opstår højere tilfredshed.

Det understreges, at en fortløbende udvikling af tilbuddet over tid anses for nødvendig. Både at få de monofaglige elementer opjusteret hen ad vejen – at der fortsat er liv i udveksling af synspunkter om patienterne, men også fokus på udvikling af teamsammensætning for at udvikle indholdet af

den tværfaglige tilgang. Det anføres, at der er fare for, at teamet bliver for selvkørende – der skal ind imellem udviklingsmøder til, og nogen der påtager sig fugleperspektivet på form og indhold i det tværfaglige samarbejde. Der udtrykkes i den forbindelse også frustration over manglende fokus på organisationsudvikling både over sektorgrænser og for det tværfaglige udviklingsarbejde, efter projektkoordinatoren med ansvar herfor fratrådte sin stilling 1½ år inde i projektet. Den fortsatte udvikling er især vigtig for et team der baseres på indgående faglig udveksling, idet man i fællesskab udvikler funktionen – det er lettere i en monofaglig funktion at erhverve kvalifikationer, man individuelt kan omsætte i sit arbejde. Alle medarbejdere nævner, at de går forandrede tilbage.

Diskussion

Biopsykosocialt forløb i tværfagligt team

Analysen peger på en række diskussioner om, hvordan tværfagligt samarbejde kommer til udtryk i hospitalsvæsenet og hvilke fordele og ulemper, der kan være ved at arbejde tværfagligt efter den udviklede model ved forløb for patienter med lænderygbesvær. De vil blive diskuteret i det følgende.

Der anvendes en biopsykosocial tilgang til forståelse af lænderygbevær og der iværksættes intervention ud fra International Classification of Functioning med fokus på samspil mellem krop, funktion og deltagelse i rehabiliteringsprocessen i CfB. Den biopsykosociale tilgang er fundament i den socialmedicinske helhedstænkning, der ligger til grund for den oprindelige projektbeskrivelse om etablering af "Center for Bevægeapparatlidelser. Indsats for subakut uspecifikt lænderygbesvær hos voksne" (2).

I projektbeskrivelsen omtales starten af forløb for patienterne som en grundig klinisk undersøgelse med henblik på diagnosticering. Herefter en socialmedicinsk undersøgelse efter ressourcemodel og TERM-principper, kortlægning af selvvurderet helbred, prognose, aktivitetsadfærd og arbejdssituation, afklaring af patientens mål, forventninger og introduktion til arbejdsmetoder og rollefordeling mellem patient og team, der omsættes i forslag til prioriteret plan sammen med patienten.

Dette grundlag er blevet omsat til en bestemt fordeling i praksis. Ud fra interviews og observationer kan arbejdsfordelingen mellem det biologiske, psykologiske og sociale felt i den praktiske gennemførelse i CfB beskrives således:

Det biologiske aspekt: Reumatolog og fysioterapeut står for fysisk udredning. Lænderygbesvær afklares og progression/tidsperspektiv og aktiviteter, funktioner i hverdagen og handlinger der ikke er belastende for ryggen kan forklares patienten. De to fagpersoner anvender ikke intervenerende kommunikationsstrategier for de psykosociale aspekter af ryglidelse overfor patienterne, men forbereder patienten på, at andre emner kan komme på tale.

Det psykologiske aspekt: Der anvendes samtaleformer og begreber ud fra TERM-model, ansatte har uddannelse i systemisk tilgang og kognitiv terapi. Der er ikke en specifik psykologisk fagprofil til stede i teamet, men de tre koordinatorer mestrer redskaber, der kan adressere de psykologiske aspekter. Ved mistanke om depressioner samarbejdes med egen læge vedr. evt. medicinsk behandling. Sociallæge og ergoterapeut kan fagligt placeres mellem de biologiske og de psykosociale aspekter af ryglidelser, men identificerer sig mest med indsats overfor den psykosociale funktion. En mulighed vil være at supplere teamet med en psykolog med viden indenfor sundhed og sygdom.

Det sociale aspekt: Alle koordinatorer fungerer som rådgivere ved de sociale dimensioner via samtaleredskaber. Der er en socialrådgiverfaglig koordinator ansat i teamet, der kan dele sin specifikke faglige viden, ligesom ergoterapeuten deler sin. Patientens sociale risikofaktorer udredes, og der bliver tydelighed på hvilke elementer, der er i fokus.

Koordinatorerne er, ud over udredning af det psykosociale aspekt og aktion på tilbagevenden til arbejde, også hele tiden opmærksomme på at indhente viden og råd om det biologiske aspekt af lænderygbesvær. De påtager sig koordinatorrollen for alle faggrupper og organisationer, men har størst fokus på de psykosociale aspekter i egen udredning og kontakt med patienten.

Der er gennem observationer og interview kommet en række forhold frem, der kan kommentere relationen mellem biologisk og psykosocial tilgang:

Nyt i hospitalsregi
Den sygdomsmæssige udredning af patienten er genkendelig indenfor en biologisk forståelsesramme. Helhedstænkning om patienten og et tilbud om aktivitet over sektorgrænser er relativt nyt i hospitalssystemet. Medarbejderne har således et formidlingsarbejde overfor ledelsen af afdelingen og hospitalet. Arbejdet skal synliggøres, og den tværfaglige tilgang er vanskelig at forstå. F.eks. henvises til om man kan "tale patienterne raske" og "det halløjsa" der virker og giver patienttilfredshed. Den valgte organisationsform, hvor der er en tydelig adskillelse af biologiske og psykosociale aspekter, er nødvendig og helt relevant med CfB placeret i hospitalsregi. Det er ligeledes relevant og nødvendigt at lægge vægt på synliggørelse af klare effektmål, men der er et stort behov for tydeliggørelse af indhold, form og virkning af den psykosociale indsats gennem koordinatorfunktionen.

Uniformering
Forskel i påklædning mellem reumatolog/fysioterapeut i kittel og koordinatorer i civil er en velovervejet adskillelse mellem det biologiske aspekt og de psykosociale aspekter. Det er et fysisk udtryk for overgangen til livet udenfor hospitalet, men også overgangen fra det forventelige fra klinisk personale, til det mere personlige og individuelle. Koordinatorerne forventes i højere grad at anvende deres personlighed som instrument i det psykosociale arbejde, og derved minimere distance til patienten så meget som muligt.

Monofaglighed/tværfaglighed
Der arbejdes dels monofagligt og dels tværfagligt i CfB, og skellet i identifikation går mellem biologiske og psykosociale aspekter. Reumatologen og fysioterapeuten identificerer sig med fag, koordinatorerne identificerer sig mere med funktion end med fag. Det understreges af reumatologen, at den tværfaglige koordinatorfunktion er en stor hjælp til koncentration om eget faglige bidrag på den ene side og ændring af perspektiv på ryglidelser på den anden. Denne fagspecialisering er et positivt udkomme af den udviklede tværfaglige samarbejdsmodel i en hospitalskultur, og muligvis en forudsætning for eksport til andre områder. Her bør der være særlig opmærksomhed på, at mødestrukturen omkring det tværfaglige arbejde følger med en sådan eksport, så konsekvensen ikke bliver udgrænsning af fag frem for at integration.

Synlighed af delindsats
I indledningen for rapporten, blev der defineret en række 1. ordens- og 2. ordensmål:

1. ordensmål udgøres af et primært effektmål - tilbage til arbejdet - og en række sekundære effektmål som funktionsevne, fysiske og psykiske helbredsmål og smerter, ændrede arbejdsforhold, selvvurderet helbred og prognose, smerter, forbrug af sundhedsydelser og sygedagpenge, tilbagefald, og fear-avoidance.

2. ordensmål udgøres dels af de organisatoriske og tværfaglige rammer, der skal etableres for at nå frem til effektmålene og dels af vurdering af hvilke dele af koordinatorernes faglige og kommunikative indsats der virker, så disse muligheder udfoldes sammen med patienten.

Der er i det overordnede evalueringsdesign for det samlede rygprojekt lagt op til videnskabeliggørelse af 1. ordensmål som effektmål, hvilket er synligt gennem hele organiseringen og helt nødvendige i vurdering af CfB's eksistensberettigelse. Det har været et mål at udvikle tværfaglige samarbejdsmodeller som en del af 2. ordensmålene at se på de processer, der arbejder frem mod opnåelsen af effektmålene. For dette formål er der behov for tydelighed om hvad de psykosociale dele af udredningen består i, og hvordan de adresseres på linie med effektmålene.

De monofaglige tilgange ved reumatolog og fysioterapeut understøttes af et tydeligt diagnostiserings- og evalueringsredskab i den kvantitative evaluering af lidelser, smerter, funktionsevne m.v.. De psykosociale områder fremstår ikke så klart hverken i metoder til udredning eller evalueringsmæssigt for de tilgange, der benyttes af koordinatorerne. De psykosociale aspekter dækkes af et team med mindre klare grænser for, hvornår der adresseres psykologiske eller sociale aspekter og med hvilke metoder.

Denne samling af psykologiske og sociale tilgange er bevidst og nødvendig for at tilbyde en helhedsbetragtning og et helhedstilbud til patienterne, og taler fra et delt kvantitativt/kvalitativt metodeudgangspunkt ind i en mere strikt kvantitativ medicinsk tradition gennem hospitalstilknytningen. Men utydeligheden bliver prisen for at arbejde i tværfagligt team med en koordinatorfunktion. Her er de tildelte flag og spørgebatteriet om selvvurderet helbred fear-avoidance m.v. vigtige, og bør udvides med tydelighed om hvilke metoder koordinatorerne anvender hvornår, og hvordan de virker i samspil med patienten. Det vil styrke koordinatorfunktionen betydeligt, hvis der kunne udvikles et tydeligt evalueringsredskab for identifikation af processer, der leder til forandring for patienten. Forslag til evalueringsmål kunne være at identificere, hvornår samtaler bibringer processen videre i det arbejde, koordinatorer gør sammen med patienten med udfordringer indenfor f.eks.

- psykisk velbefindende
- sociale belastninger – f.eks. familie
- arbejdspladsforventninger
- forventninger til sygdomsforløb

Koordinatorer har to funktioner: 1. psykosocial udredning, 2. koordination af indsats for tilbagevenden til arbejdet sammen med patienten. Navnet koordinator giver konnotationer til den praktiske samordning, og mindre til den psykosociale udredning og de udviklende samtaler, der foregår med patienten.

Funktionsdeling og form for tværfaglighed

Gennem analysen er der flere elementer, som peger på forskellige tilgange i temaet til de biologiske og psykosociale aspekter:

Den biologiske dimension varetages således monofagligt, og adresserer 1. ordensmål som funktionsevne, fysiske helbredsmål, arbejdsforhold og smerter mere direkte. Reumatolog og fysioterapeut forfiner og kvalificerer deres faglige tilgang i relation til det daglige arbejde med patienterne og indgår læringsmæssigt i både single loop learning og dobbelt loop learning. Det afspejler sig for eksempel i interessen for gennemførsel af MR scanning for alle patienter og fastholdelse af tilknytning til medicinsk afsnit, for ikke at miste kontakten med klinikken. Fysioterapeuten har parallelt hermed deltaget i fagspecifikke kurser og engageret sig i netværk med fysioterapeuter på sygehuset og kan i sit faglige virke koncentrere sig om, hvilken træning patienten kan gennemføre. Det er nødvendigt med en tilknytning til fagområder. På forståelse og værdier for arbejdet med rygpatienter er der sket dobbelt loop learning, begge har en interesse i udvikling af det tværfaglige samarbejde for CfB og udfordres i deres perspektiv på lænderygbesvær. Det udtrykkes, at de gennem arbejdet i centret har fået en langt større forståelse for de psykosociale aspekter for patienterne, end deres kolleger har. Reumatologen understøtter, at koordinatorerne går videre med det psykosociale. Der bygges bro til samarbejdspartnere og reumatologen skærper sin traditionelle faglige udfoldelse. Reumatologen udtrykker lettelse ved at den vanskelige psykosociale side varetages af koordinatorerne.

Den psykosociale dimension varetages af koordinatorer med opløsning af eget fag og med direkte arbejde på 1. ordensmål som tilbage til arbejdet, men indirekte på evalueringsmål som smerter, selvvurderet helbred og fear-avoidance gennem patientens forståelse af sin situation og egen indsats i sit sociale miljø. Gennem interviewene er det tydeligt, at koordinatorerne identificerer sig mere med deres funktion end med deres fag, selv om sociallægen,

socialrådgiveren og ergoterapeuten finder sin egen måde at fungere i koordinatorfunktionen på, og bringer sit fag i spil ved rådgivning og debat under tværfaglig konference. Koordinatorerne indgår ved tilegnelse af funktionsbestemt teamarbejde i double loop learning for at udfylde funktioner i CfB. Det afspejler sig i interesse for kurser i ikke fagspecifikke samtaleterapeutiske retninger, der kan anvendes i koordinatorfunktionen. Det viser sig også ved at samle sig om, hvilke underliggende værdier der skal gælde for koordinatorfunktionen og et behov for at dele/enes om en ny måde at se problemet på. Koordinatorerne bevæger sig væk fra sine traditionelle faglige udfoldelser.

Alle team-medarbejdere udtrykker et behov for at udvikle og lære nye tilgange i fællesskab, og arbejdet gennemføres i en veludviklet team-ånd. Især koordinatorer har brug for kvalificering af deres arbejde gennem fælles erkendelser i tværfaglig konference om patientforløb, tværfaglige udviklingsmøder og ved supervision – men alle i teamet værdsætter forståelsen af den samlede tilgang og bidrager hertil.

Under afsnittet "Tværfagligt samarbejde – en definition" blev det nævnt, at analysen af tilrettelæggelsen af samarbejde i CfB, ses gennem optik med tre forskellige tilgange til tværfagligt samarbejde:
– Multidisciplinære team/flerfaglige team
– Interdisciplinære team/tværfaglige team
– Transdisciplinære team /fællesfaglige team

Alle definerer sig væk fra funktion som multidisciplinært team, hvor hvert medlem har egne mål, og ingen har overblik over patientens udvikling som helhed, men man rapporterer til hinanden.

Overordnet identificerer medarbejderne ved CfB sig til at være et interdisciplinært team med arbejdsfunktioner i tæt koordination mellem faggrupper. Klientens mål er aftalt mellem fagpersonerne, og reumatolog/fysioterapeut bruger sin faglige ekspertise til at støtte patienten i at nå disse mål.

Koordinatorerne identificerer sig som interdisciplinært, men på visse områder som transdisciplinært/fælles fagligt team. På den ene side er klientens mål aftalt mellem faggrupperne, på den anden side foretages et integreret samarbejde, hvor koordinatorerne mestrer flere forskellige tilgange indenfor de psykosociale dimensioner af lænderygproblemer. Der udtrykkes flere gange, at nok er der aftalt et mål om tilbage i arbejde for projektet, men det skal afstemmes med patientens mål for, at det kan lykkes, så der opstår en tilnærmelse af transdisciplinære eller fællesfaglige principper, som er fælles forberedelse og evaluering for at nå **patientens** mål, og hvor patienten møder få personer i forløbet. Som underteam udgør dele af koordinatorernes funktion således et lille fælles fagligt team i det større tværfaglige team i CfB.

Samarbejde i kommune og hospitalets ledelsessystem

Det tværsektorielle samarbejde har ikke været fokus for denne evaluering, men det er nyttigt at se på, hvem der bærer kontakter ind og ud af systemer, og hvor langt man er fra beslutningskompetencen i disse kontakter. Der eksisterer en styregruppe for projektet med repræsentanter for beslutningstagere i både kommunalt regi hospitalsregi og til medicinsk praksiskonsulent, der kan tage stilling til dette.

Der har været løbende kontakt via reumatolog og socialmediciner til ledelsessystemet på hospitalet. Der var således et direkte link mellem den medicinske side af CfB og de øvrige afdelinger/hospitalsledelsen, som var vigtige for eksport af ideen om patientforløb for rygpatienter ved tværfaglige teams. Dette link til både den medicinske afdelingsledelse og hospitalsledelse har været af stor betydning.

Koordinatorer har omvendt kontakter til kommunerne i dagligdagen, og accept her fra er lige så vigtig for overlevelse af ideen om patientforløb med en koordinatorfunktion. Kommunerne skal kunne se relevansen ved, at deres borgere får et bedre for-

løb, en kortere sygemeldingsperiode, og der lettes på sagsbehandlernes arbejde for fortsat at bidrage økonomisk. Koordinatorerne, der bærer de udadgående kontakter, er dog ikke de samme, der har kontakt til beslutningsbærende system i kommunerne. Der er således et ekstra led mellem personale, der har patientkontakt, og de der er beslutningsbærere på den kommunale side. Projektinitiativtageren har sammen med reumatologen en kommunerunde om projektet en gang årligt. Det kræver grundig formidling i den daglige kontakt med sagsbehandlere og en stor viden om det kommunale system.

Det tværsektorielle samarbejde bør evalueres separat og er ikke tilstrækkeligt dækket af denne evaluering.

Konklusion

Der udtrykkes meget stor tilfredshed med det konkrete teamsamarbejde omkring patienten i CfB. Der er udviklet en tværfaglig samarbejdsmodel, der bringer mange fordele:

Fordele for patient: Hurtigt forløb, samordnet forløb, patienten følges helt til dørs. Personalet får ved den anvendte tværfaglige samarbejdsmodel og biopsykosociale tilgang et fælles ønske om at yde den bedste hjælp til patientens selvforvaltning. Disse fordele er set ud fra personalets ståsted, og bør suppleres med et patientperspektiv ved interview med sygemeldte med lænderygbesvær, der har gennemgået et forløb på CfB.

Fordele for organisationerne: Der er høj patienttilfredshed, patientforløb ved koordinator er et udviklingsområde, der har interesse, og hospitalet ønsker at etablere centre of excellence. Den tværfaglige tilgang har givet et godt samarbejdsklima, interesse for gensidig hjælp og skaber sammenhæng over sektorgrænser.

Fordele for personalet: Tværfagligt samarbejde giver godt samarbejdsmiljø, god arbejdsfordeling, der kan foretages løbende justeringer, der højner det faglige bidrag. Det medfører stor indflydelse på eget arbejde at indgå i tværfagligt samarbejde, det udvikler den enkeltes perspektiv på en kompleks sygdom at få bidrag fra flere fag ind i fælles rum, og det er til gavn for patienten. Tværfaglig organisering som i CfB bibringer hurtig informationsudveksling, overblik over patientforløb og medfører højere faglig tilfredsstillelse ved arbejdet.

Ulemper:
Det er vanskeligt for interviewpersonerne at finde ulemper ved den tværfaglige model, der er udviklet omkring forløb for patienter med lænderygbesvær ved CfB. Det tager umiddelbart længere tid at føre en patient gennem et forløb for uspecifikt lænderygbesvær, men det er målet at den tid vindes ind gennem bedre forløb, hurtigere tilbagevenden til arbejde og besparelser et andet sted i samfundet.

De øvrige selvrefleksioner og kritikpunkter der fremføres af personalet, er alle områder, der kan findes en løsning på. Fagpersoner, der fungerer med én person i teamet, kan føle faglig ensomhed, og der kan være behov for kontaktflader på tværs af enheder. Der er synligheds- og evalueringsmæssige mørkeområder for, hvad der virker i koordinatorfunktionen. Der bør arbejdes på at tydeliggøre arbejdsmetoder, så det bliver lettere at se og forstå hvilket værktøj koordinatorerne bruger, og via evaluering kunne sandsynliggøre hvad der virker på hvilke patienter. Det er til refleksion både ved koordinatorer og det biomedicinske personale, at koordinatorer skal passe på ikke at få for altafgørende magt over forløbet ved at være dem, der endeligt beslutter om, en patient under forløb skal tages op i tværfaglig konference om patientforløb. Sidst, men ikke mindst, skal man holde sig for øje, at der udvikles på det organisatoriske over sektorgrænser, selv om funktionen har til huse i hospitalsregi.

Udvikling af tværfaglig samarbejdsmodel

Den udviklede model for tværfagligt samarbejde ved CfB med en tydelighed om de biologiske og en samling af de psykosociale aspekter af sygdom er gangbar i hospitalsregi, og vil kunne give inspiration for patientforløb indenfor andre områder med patienter, der har langvarige sygdomme af biopsykosocial kompleksitet eller med meget social ulighed i prognose.

Det vil være vanskeligt at implementere en model, der gør den biologiske side af sygdomskomplekser

mere udflydende end sædvanlig biomedicinsk tilgang på hospitalet. Ulempen ved den delvist opdelte arbejdsmåde er, at koordinatorfunktion er i risiko for at blive en ikke særligt integreret del af den eksisterende behandling. Herved vil koordinatorfunktionen kunne miste sin berettigelse. Ved manglende integration vil arbejdet lige så vel kunne udføres i kommunalt regi, så man skal holde sig for øje, at koordinatorerne har adgang til ægte integration i den medicinske tilgang, via lægelig deltagelse i tværfaglig konference og gensidig læring for at give fuld mening for patienternes forløb. En mere integreret model, hvor læge og fysioterapeut mødte patienten sammen med koordinator og der bliver foretaget en samlet biopsykosocial udredning, kunne måske finde anvendelse i kommunalt arbejdsmarkedsregi, men næppe i hospitalsregi.

Alle faggrupper skal kunne se relevans af deres fag i den aktuelle indsats og i deres funktion i patientforløb. Som det er tilfældet for CfB, er det en naturlig udvikling, at medarbejderne definerer og udvikler sig i sin faglige identitet. Med en fortsat deling af det biopsykosociale vil der naturligt udvikle sig forstærkning hver sin vej – henholdsvis mod sit fagspeciale eller mod udvikling af fælles funktion som koordinator væk fra sit fagspeciale. Sådanne naturlige udviklinger i et tværfagligt team kan sprænge en medarbejdergruppe, hvis der ikke opretholdes enhedsfølelse. Derfor er det af meget stor betydning, at der afsættes ressourcer til kurser, supervision og løbende kompetenceudvikling af personale der indgår i tværfagligt samarbejde. Det gælder både når afdelingen er en udviklingsplatform, og når tværfagligt teamarbejde skal fungere i drift.

Den ene nødvendighed af at afsætte ressourcer til løbende tværfaglige konferencer om patientforløb og supervision er således, at fastholde konneks og fælles perspektiv på årsager til sygdomskomplekset mellem de to delmedarbejdergrupper der arbejder henholdsvis mest på den medicinske og den psykosociale side af en patients situation. Den anden er at selve arbejdsfunktionen i koordinatorjobbet, under et veludviklet patientforløbsprogram, trækker over mod en transdisciplinær funktion. Jo mere den tværfaglige tilgang nærmer sig interdisciplinær og transdisciplinær arbejdsform, des mere defineres arbejdsfunktioner i fællesskab – og des mere kræver kvalificering af arbejdet et udviklingsforum.

Reference liste

1. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health Organization, 2001.
2. Nielsen CV, Dahl TH. Projektbeskrivelse. Center for Bevægeapparatlidelser. Indsats for subakut uspecifikt lænderygbesvær hos voksne. Interventionsbeskrivelse. Fase 1. Silkeborg Centralsygehus 2003. Socialmedicinsk Enhed, Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt, 2003.
3. Ont i rygen – ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym I. Stockholm: SBU – Statens beredning ör medicinsk udvärdering, 2000.
4. Nielsen CV. Center for Bevægeapparatlidelser ved Silkeborg Centralsygehus – et randomiseret interventionsstudie i et MTV-perspektiv. Projektbeskrivelse. Center for Folkesundhed, 2007.
5. Jensen C. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte. Et års opfølgning. Center for Folkesundhed, 2008
6. Hoeck B, Stylsvig M. Tværfagligt samarbejde – implikationer for klinisk praksis. Upubliceret kopi 2004.
7. Cotton E. Integration of disciplines in the treatment and education of children with cerebral palsy. In: Levin S. ed. Peadiatric developmental therapy. Oxford: Blackwell, 1984.
8. Jeroen DH, van Wijngaarden, de Bont AA, Huijsman R. Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care. Health Policy 2006;79:203-213.
9. Argyris C. On organisational learning. Oxford: Blackwell publishers Ltd.; 1999.
10. Besson J, Buckingham J. Organisational learning for effective use of CAPM. British Journal of Management 1993;4:219-34.
11. Procedurehåndbog. Internt notat ved Center for Bevægeapparatlidelse. Regionshospital Silkeborg 2004.

Bilagsoversigt

Bilag I Interviewguide for initiativtager og forskningsansvarlige, Ledende Socialoverlæge ved Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

Bilag II Interviewguide for medarbejdere ved Center for Bevægeapparatlidelser – Regionshospital Silkeborg.

Bilag I

Interviewguide for initiativtager og forskningsansvarlige,
Ledende Socialoverlæge ved Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Det tværfaglige samarbejde på Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospital Silkeborg

1. Funktion:
Start med visuelt billede af teamet.
Jeg vil bede dig tegne:
– Medlemmer / faggrupper
– I forhold til den ramme den er sat i sygehuset
– I forhold til patienten
– I forhold til samarbejdsorganisationer
– Hvordan ser du koordinatorfunktionen i denne tegning?

Hvem har beslutningskompetence?
– For patientforløb?
– For programopsætning?

Hvad er fordelen ved at arbejde tværfagligt?

Hvad forstår du ved tværfaglighed?

Hvordan skal man arbejde tværfagligt?

Hvad er det afgørende nye ved tværfaglighed i forhold til det eksisterende?
– For patienten?
– For organisationen?
– For det tværsektorielle arbejde?

Hvordan kommunikerer man team-funktionen til patienten?

Hvordan afspejler faggrupper i team sig i outcome-mål?

Hvordan har arbejdet i teamet været markedsført på den afdeling den er tilknyttet?
– Hvordan hæftet op på afdelingen?
– Integreret helt i afdelingen – eller satellit?

2. Etablering:
Interview-spørgsmål om proces vedrørende sammensætning af team. Interessefelt – hvordan var struktur og proces for beslutningstagning? Etablere projektteam der kan løse opgaven:
– Hvordan blev team-gruppens sammensætning besluttet?
– Hvordan blev der rekrutteret til team-gruppen?
– Hvornår i forløb af projektets afvikling og mål blev team-gruppen etableret?
– Jeg vil bede dig udfylde en tidslinie omkring beslutningstagning

Interview-spørgsmål om mål med det tværfaglige team. Interessefelt – definere opgaven klart:
– Jvf. projektbeskrivelsens mål. Skete der ændringer af mål? Udviklinger?
– Definerede opgaver for teamgruppe og team-medlemmer som det ser ud nu.

Interview-spørgsmål om investering i samarbejde og social udvikling af projektteam og muligheder for at påtage sig ansvarlighed og føle engagement:

Hvordan har team været involveret i etablering af
– Fælles mål med indsatsen?
– Fælles principper om pædagogisk metode?
– Fælles principper om samarbejde med kommune, egen læge og øvrige sygehusafdeling?

Interview-spørgsmål om tid, plads og ressourcer til arbejdet løbende:
– Afsat tid til ovenstående involvering?
– Afsat tid til fælles refleksion?
– Afsat tid til samtaler med projektledelsen?
– Afsat tid til efteruddannelse?
– Afsat økonomi til eksterne/interne konsulenter?

Interview-spørgsmål om ekstern støtte, træning og konsultation:
– Hvilke kurser eller konsultationer har været ydet teamet?

Interview-spørgsmål om milepæle for arbejdet og team-involvering i cirkulær målplanlægning:
– Har der været stop-op-vurderinger i forhold til fælles mål og principper for teamets indsats?

Det var mit sidste spørgsmål.

Har du noget på hjertet om tilblivelsen af Center for Bevægeapparatlidelser eller tværfagligt samarbejde, som du gerne vil uddybe?

Tak for at jeg måtte tage din tid.

Lucette Meillier
Janaur 2008

Bilag II

Interviewguide for medarbejdere ved Center for Bevægeapparatlidelser – Regionshospital Silkeborg

Tværfagligt samarbejde

"Projektbeskrivelsen mål med centret"
"Centrets opgave er at foretage en systematisk og hurtig udredning af bevægeapparattilstande, og iværksætte en sammenhængende, velkoordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats, med henblik på, at patienten kan genvinde sin arbejdsevne hurtigst muligt, og at patienter med uspecifikke ryglidelser bliver i stand til at håndtere deres situation og smertetilstand, både i deres arbejdsliv og hverdagsliv i øvrigt".

1. Team-organiseringen (tegning)
Start med visuelt billede af teamet. Jeg vil bede dig tegne:
- Medlemmer / faggrupper
- I forhold til den ramme den er sat i sygehuset
- I forhold til patienten
- I forhold til samarbejdsorganisationer
- Hvordan ser du koordinatorfunktionen i denne tegning?
- Hvor foregår der tværfaglighed i hverdagen (møder/hverdagens situationer)?
- Hvem arbejder du tværfagligt sammen med?

2. Forventninger til tværfagligt samarbejde generelt
- Hvad er styrker og svagheder ved at arbejde tværfagligt som I gør det?
- Hvad forstår du ved tværfaglighed?
- Hvad er det afgørende nye ved tværfaglighed i forhold til det eksisterende?
  - For patienten?
  - For organisationen?
  - For det tværsektorielle arbejde?

Støder du på udfordringer for arbejdet i tværfagligt team i hospitalsstrukturen?

3. Patientforløb / involvering af personale i tidsforløb (tegning)
Jeg vil bede dig tegne en tidslinie for et typisk patientforløb med koordinatorfunktion.
- Hvad er tidsforbruget på de enkelte emner i forløbet?
- Hvor ligger din indsats primært?
- Hvor mange kontakter ligger uden for sygehusets fysiske ramme? (koordinatorer)
- Arbejder alle tværfagligt? Eller arbejder nogen monofagligt og andre inddrager elementer fra flere fagområder?
- Hvem træffer endelig beslutning om patienten hvis der er tvivl om det videre forløb?
- Er der dele af det samlede forløb du synes du har mindre føling med (håndtering, hvad er mulige veje, hvad er mulige tilgange)?

Kommunikation
– Hvordan fortæller du patienten om at der arbejdes tværfagligt?
– Hvordan formidler du din viden om patienten? Og til hvem?

4. Rum for fagspecifik viden i tværfagligt samarbejde
– Situationer patienter sendes til fagspecialer
– Situationer fagspecialer rådspørges
– Hvilken viden kan du bidrage med i team (andel fysisk, psykisk og social funktion)?
– Hvordan kommer det til udtryk konkret i patientens videre forløb/bearbejdning i teamet?
– Hvordan deler du din viden, og med hvem?
– Hvem efterspørger din viden?
– Hvordan modtages din viden?
– Hvordan suppleres og udfordres din viden?

5. Spørgsmål til del-funktioner i teamet
Nævn fem endpoints (emner) du synes alle i teamet relaterer deres funktion til! (Endpoints som succes for patienten, smerter, tilbage til arbejde eller….)
– Kan man se din funktion i outcome-mål?

Specifikke spørgsmål til del-funktion:
Sekretærer
– Hvordan fordeler du patienter til koordinatorer – er der hensyn til særlige problemstillinger for patienten?
– Ville du gerne have flere funktioner i forhold til patienten?

Specifikke spørgsmål til del-funktion:
Koordinatorer
– Ses din faglighed mest i udgående funktioner?
– Får du anerkendelse for dit faglige bidrag ved udgående funktioner? (kontakt med kommuner osv..)
– Giver de udgående funktioner anledning til tilbagelægninger og kommentarer/anerkendelse i team?
– Bliver din del med udgående funktioner anerkendt som sygehusets funktion?

Specifikke spørgsmål til del-funktion:
Reumatolog
– Hvad er for punkter der specifikt formidles videre til fysioterapeuten?/genfortælling af patienthistorien?
– Tager du også stilling til psykiske og sociale funktionsniveau?
– Hvordan bruges TERM-model og samtalemåder i din funktion?
– Hvilke punkter formidles videre til øvrige team? – koordinator.
– Hvilken logik har ført til forløb for patienten?
– Hvad betyder det at have socialfagligt personale i ryg-projektet:
  – for egen faglighed?
  – for organisationen?
  – for patienten?

– Hvordan bruger du socialfaglige oplysninger fra tværfaglige konference?
– Tre fagligheder blandt koordinatorer – hvornår træder de frem?
– Hvad bærer du videre til sygehusledelse / M-ryg?
– Hvis koordinatorfunktion overføres – på hvilken måde da på M-ryg?

Specifikke spørgsmål til del-funktion:
Fysioterapeut
– Hvordan fungerer overlevering af patientens data fra reumatologen?
– Hvad betyder det at få patientens historie genfortalt af en anden?
– Hvordan omsættes det i dit arbejde som fysioterapeut?
– Hvilke punkter formidles videre til øvrige team? – koordinator.
– Hvad betyder det at have socialfagligt personale i ryg-projektet:
  – for egen faglighed?
  – for organisationen?
  – for patienten?
– Hvordan bruger du socialfaglige oplysninger fra tværfaglige konference?
– Tre fagligheder blandt koordinatorer – hvornår træder de frem?

6. Rammer for udøvelse af delfunktioner / synlighed
Fysiske rammer
– Har du plads og rum for dine undersøgelser og samtaler?

Har du et diskussionsforum for din funktion?
– Som sekretær
– Om patientens fysiske funktion
– Om koordinatorfunktion
– (Om TERM-modellen og pædagogisk tilgang – ikke som funktion – men som jeres fælles platform)

Har det haft betydning - for arbejdet praktisk, team-delen, forståelsen for projektet på sygehuset – at reumatologen har haft dage på medicinsk afdeling?

Det var mit sidste spørgsmål.

Har du noget på hjertet om tværfagligt samarbejde, som du gerne vil uddybe?

Tak for at jeg måtte tage din tid.

Lucette Meillier
April 2008

Andre rapporter fra samme projekt:

Randers Kommune

Skanderborg Kommune

Silkeborg Kommune

Favrskov Kommune

regionmidtjylland midt