

Det tværsektorielle behandlingssamarbejde

omkring den voksne psykiatriske patient,
der bor på botilbud

REGION
SJÆLLAND



-vi er til for dig

Fokusprojekt

Det tværsektorielle behandlingssamarbejde omkring den voksne psykiatriske patient, der bor på botilbud

Udarbejdet på vegne af

Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe i Region Sjælland

Undersøgelser og tekst

Janet Johannessen, Regional Risikomanager, Region Sjælland
Nynne Dreyer Nies, Patientsikkerhedsansvarlig, Region Sjælland
Nanna Cassandra Læssøe, Lægefaglig Risikomanager, Region Sjælland
Anne Otto Hansen, Risikomanager Psykiatrien, Region Sjælland
Christine Vammen Petersen, Kvalitets – og udviklingskonsulent, Odsherred Kommune
Mette Axelsen, Risikomanager, Roskilde kommune

Grafik og print

Februar 2015
Region Sjælland
Alléen 15
4180 Sorø

0.0 Indholdsfortegnelse

0.0 Indholdsfortegnelse	2
Del 1 Indledning og baggrund for projektet	4
1.0 Indledning	4
2.0 Litteratur om emnet	5
3.0 Baggrund for fokusprojektet	6
Del 2 Undersøgelser og resultater	7
4.0 Fokusprojektet	7
4.1 Projektbeskrivelse	7
5.0 Undersøgelsesresultater	8
6.0 Fokuseret møde mellem sociale botilbud og risikomanagere	8
7.0 Psykiatriens oplevede samarbejde med de sociale botilbud	8
7.1 Sammenfatning	10
8.0 Spørgeskemaundersøgelse – De privatpraktiserende psykiatere	11
8.1 Sammenfatning	13
9.0 Spørgeskemaundersøgelse – ledere af botilbud	13
9.1 Sammenfatning	18
10.0 Tendenser i utilsigtede hændelser	19
10.1 Socialt botilbud	20
10.2 Psykiatri	22
10.3 Praktiserende læge	23
10.4 Privatpraktiserende psykiatere	25
10.5 Sammenfatning	26
Del 3 Anbefalinger, indstilling og konklusion	27
11.0 Anbefalinger	27

<i>11.1. Kommunikation</i>	27
<i>11.2 Medicinering</i>	30
<i>11.3 Kendskab til kompetencer og ansvarsområder</i>	32
<i>11.4 Tilgængelighed</i>	33
12.0 Indstilling	34
13.0 Konklusion	35
14.0 Litteraturliste	36
Bilag	38
<i>Bilag 1: Spørgeskema til speciallæger</i>	38
<i>Bilag 2: Spørgeskema ledere botilbud</i>	39

Del 1 Indledning og baggrund for projektet

1.0 Indledning

Denne rapport er produktet af Region Sjællands Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppes afdækning af de udfordringer, der er i det tværsektorielle behandlingssamarbejde omkring den voksne psykiatriske patient, der bor på sociale botilbud.

Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe er nedsat på baggrund af Sundhedsaftalerne 2011 – 2014 mellem regionen og de 17 kommuner i Region Sjælland (Kommunekontakttråd Sjælland KKR og Region Sjælland, 2013). Gruppen består af risikomanagere fra kommunerne, sygehusene, psykiatrien, Præhospitalet samt den regionale primærsektor. Formålet med Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe er at sikre videndeling og læring såvel vertikalt som horisontalt.

De sidste årtiers organisatoriske ændringer i det danske sundhedsvæsenet har medført, at behandlingen af psykiatriske patienter varetages af forskellige sektorer og faggrupper. Tidligere undersøgelser viser, at borgere med langvarige og komplekse sygdomsforløb generelt oplever, at deres behandlingsforløb ikke er sammenhængende – der er en oplevelse af manglende kommunikation, samarbejde og koordination på tværs af sektorerne (Rådgivende Sociologer og Region Hovedstadens Psykiatri, 2012). Alt sammen udfordringer, som kan påvirke sikkerheden for patienterne i overgangene og samarbejdet mellem sektorerne.

Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe ønsker med et målrettet fokusprojekt at afdække disse patientsikkerhedsrisici og udfordringer. Gruppen vil med denne rapport afdække disse risici samt præsentere en række anbefalinger til, hvordan regioner og kommuner kan styrke koordinationen og samarbejdet omkring voksne psykiatriske patienter, der bor på botilbud.

Rapportens første del indeholder en kort litteraturgennemgang, som belyser fokusprojektets problemstillinger samt en kort baggrund for projektet. Anden del af rapporten omhandler projektets undersøgelser og resultaterne af disse. I tredje del præsenterer rapporten en række anbefalinger til, hvordan samarbejdet fremadrettet kan optimeres. Rapporten afrundes med en konklusion.

2.0 Litteratur om emnet

For at belyse projektets problemstilling gennemførte arbejdsgruppen en overordnet litteraturafdækning, der primært var fokuseret på resultaterne fra lignende projekter.

Samarbejdet omkring den voksne psykiatriske patient, som bor på sociale botilbud, er blevet beskrevet og diskuteret i lignende projekter. Det er blandt andet blevet beskrevet, at borgere med langvarige psykiatriske sygdomsforløb oplever manglende sammenhæng og koordinering på tværs af sektorer. Samtidig oplever medarbejdere og ledere i sektorerne en manglende forståelse for hinandens arbejdsprocedurer samt mangel på kommunikation og gensidig respekt medarbejderne imellem (Frederiksberg Kommune, Region Hovedstaden Psykiatri og Videncenter for Velfærdsledelse, 2013).

En af de største udfordringer, i det tværsektorielle samarbejde, er de ansattes begrænsede viden og indsigt i den anden sektors arbejde (Kessing & Poulsen, 2012.). En undersøgelse har således identificeret en række konkrete problemstillinger i samarbejdet mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri. Problemstillingerne handler blandt andet om udskrivelsesproblematikker, herunder mangelfuld kommunikation om borgerens medicin. I forbindelse med borgeres udskrivelse fra psykiatrisk afdeling oplever botilbuddene, at de ikke bliver informeret tilstrækkeligt om borgerens medicinske behandling (ibid.).

Yderligere er der identificeret problemstillinger i forhold til udskrivelse med kort varsel. I nogle tilfælde kan det være borgeren selv, der forlanger sig udskrevet fra psykiatrisk afdeling. Hvis borgeren ikke kan tilbageholdes med hjemmel i Psykiatriloven, vil afdelingen/lægen være nødsaget til at udskrive borgeren (Region Hovedstadens Psykiatri, 2013).

Størstedelen af personalet på de socialpsykiatriske botilbud er ikke sundhedsfagligt uddannet men har i stedet en pædagogisk uddannelsesmæssig baggrund. I udgangspunktet har personalet derfor ikke de faglige kompetencer og viden til at administrere medicin samt observere for effekter og bivirkninger af medicinen. Disse udfordringer gør sig særligt gældende i ydertimerne aften, nat og weekend (Region Hovedstadens Psykiatri, 2013). Netop fordi hovedparten af de ansatte på botilbuddene har pædagogisk uddannelse, forestår der en vedvarende opgave i at uddanne personale i medicineringsprocesser (ibid.).

3.0 Baggrund for fokusprojektet

Erfaringer, fra patientsikkerhedsarbejdet i Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe samt rapporterede utilsigtede hændelser i Region Sjælland, har vist, at der er patientsikkerhedsmæssige udfordringer i behandlingsforløbet for de psykiatriske patienter, der bor på sociale botilbud. Særligt opleves der udfordringer, hvor såvel primær- som sekundærsektor er involveret. I 2013 valgte Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe derfor at sætte fokus på området ved at starte et projekt. Projektet skulle afdække patientsikkerhedsbrist og forbedringspotentialer i behandlingsforløbet for psykiatriske patienter, der bor på botilbud.

Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe har valgt at afgrænse projektet til at omhandle voksne psykiatriske patienter, som bor på sociale botilbud. Denne afgrænsning var dels begrundet i et ønske om at sætte fokus på én bestemt patientgruppe og dels på baggrund af erfaringerne fra de utilsigtede hændelser, som omhandlede den voksne del af psykiatriske patienter på botilbud.

Fokusprojektet blev problematiseret således:

Det tværsektorielle samarbejde mellem ordinerende enheder og udførende enhed i sociale botilbud med fokus på:

- *Kommunikationsbrist mellem behandlingspsykiatrien og sociale botilbud vedrørende behandling og behandlingsopfølgning*
- *Kendskab til hinandens kompetencer i forhold til medicinering, observation og behandlingsopfølgning*

Fokusprojektet har været styret af en arbejdsgruppe med repræsentation fra kommuner, region og psykiatri.

Del 2 Undersøgelser og resultater

4.0 Fokusprojektet

4.1 Projektbeskrivelse

Projektet blev påbegyndt i starten af 2013 og er forløbet over to år. Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe nedsatte en arbejdsgruppe, der skulle stå for at afgrænse projektet, indsamle data samt udfærdige den endelige rapport.

Projektets faser

Projektet består af fem faser.

1. Opstart og afgrænsning af projektet
2. Dataindsamling
3. Databearbejdning
4. Udfærdigelse af rapport
5. Formidling af rapport

Projektet formål

Projektets formål er at sætte fokus på behandlingssamarbejdet og patientforløbet for de voksne psykiatriske patienter, som bor på sociale botilbud i Region Sjælland, for derigennem at identificere patientsikkerhedsmæssige udfordringer og komme med anbefalinger til at forbedre patientsikkerheden på tværs af regionens sektorer.

Afrapportering

Rapporten præsenteres for:

- Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe
- Den Administrative Styregruppe
- Det Tværgående Samarbejdsforum for Psykiatri
- Det Regionale Kvalitetsråd
- Andre relevante samarbejdsorganisationer, netværk og institutioner

Evaluering

Projektet evalueres af Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe. I slutningen af 2015 vil gruppen undersøge, hvilke forbedringstiltag der er iværksat, og afdække mønstre og tendenser i de rapporterede utilsigtede hændelser.

5.0 Undersøgelsesresultater

Rapporten er det endelige og afsluttende produkt af fokusprojektet. Fokusprojektet indeholder undersøgelser, hvor botilbud og psykiatri er blevet spurgt om deres samarbejde med anden sektor. Derudover indeholder projektet to spørgeskemaundersøgelser samt en grundig afdækning af de rapporterede utilsigtede hændelser på området.

I det følgende redegøres for hvordan undersøgelserne er gennemført samt undersøgelsesresultater.

6.0 Fokuseret møde mellem sociale botilbud og risikomanagere

For at undersøge hvilke problemstillinger de sociale botilbud oplever i samarbejdet omkring den voksne psykiatriske patient, afholdt arbejdsgruppen et møde med kommunale og private botilbud. Der var inviteret tre kommunale og tre private botilbud med målgruppen psykisk syge voksne. Til mødet deltog repræsentanter fra tre kommunale og et privat botilbud, samt risikomanagere fra kommune, psykiatri og region.

Blandt botilbuddenes repræsentanter var der blandende erfaringer i forhold til samarbejdet med privatpraktiserende psykiatere og distriktskykiatrien, når det omhandlede beboernes helbredsproblemer. Botilbud, hvor der var tilknyttet en fast psykiater, havde generelt gode oplevelser, hvorimod botilbud der havde flere psykiatere involveret oplevede et mindre godt samarbejde – de følte sig i mindre grad hørt i forhold til deres observationer og bekymringer.

Der var enighed om, at der var mange udfordringer i det psykiatriske behandlingsforløb, men samtidig at der var et stort potentiale for forbedring.

7.0 Psykiatriens oplevede samarbejde med de sociale botilbud

For at afdække, hvordan medarbejderne i psykiatrien oplevede samarbejdet med de sociale botilbud, blev nedenstående spørgsmål sendt til alle psykiatriske afdelinger i regionen (undtagen Afdeling For Specialfunktioner (Ældrepsykiatrien)):

Vi er nu i gang med at beskrive projektet om behandlingsopfølgning hos den resourcesvage psykiatriske patient, som bor på botilbud. I den forbindelse vil jeg bede jer om at sende mig beskrivelser af arbejdsgange i forhold til medicinering, se nedenstående punkt:

- a) *Hvordan arbejdsgangene er i forhold til medicinering af patienten (selvmedicinering, dosisdispensering osv.)?*
- b) *Hvordan kommunikeres dette videre?*
- c) *Hvordan sikres det, at der er de rigtige kompetencer i tilbuddene?*

Oplysningerne er indhentet fra fire forskellige afdelinger og afspejler forskellige vilkår. Afdelingerne beskriver forskellige tilgange til formidling af informationer til kommunerne med henblik på at understøtte en optimal helbredsmæssig opfølgning.

Nedenfor er besvarelsenerne opsummeret ud fra de tre spørgsmål.

a) *Hvordan er arbejdsgangene i forhold til medicinering?*

- Det vurderes individuelt om patienten kan administrere egen medicin
- Patientens kontaktperson på botilbuddet rådgives og vejledes om patientens medicin
- Med patientens tilladelse sendes skriftlig information om medicinen til botilbud

b) *Hvordan kommunikeres forhold omkring patientens medicinering?*

- Patientens botilbud og kontaktperson involveres fra starten af indlæggelsen
- Der afholdes behandlingskonferencer og samarbejds møder mellem botilbud og psykiatri
- Personalet fra botilbuddene inddrages i behandlingen enten telefonisk, ved hjemmebesøg eller ved deltagelse i fælles møder
- Epikriser sendes altid til egen læge
- Egen læge sættes på som kopimodtager af blodprøvesvar og der sendes opdateret medicinstatus
- Botilbud får opdateret medicinstatus og med samtykke fra patienten kan botilbuddet få udleveret patientens behandlingsplan
- Månedlige møder med botilbud angående patienternes medicinering

c) *Hvordan sikres de rette kompetencer i botilbuddene?*

- Medicinoversigten udleveres til patienten og efterfølgende gennemgås den med en læge
- Patientens kontaktperson på botilbuddet vejledes omkring medicinering
- Distriktssygeplejerske sender løbende udskrifter af medicinstatus til botilbuddene

d) Afdelingernes andre kommentarer og forslag

- En afdeling nævner, at der ofte opstår medicinsvigt samt medicinmisbrug, når patienterne selv administrerer deres medicin
- I tilfælde, hvor botilbuddet ikke kan hjælpe med medicinadministrationen, involveres den kommunale hjemmepleje
- Der ytres ønske om mulighed for yderligere tilsyn af patienterne på botilbuddene

Generelt oplever afdelingerne, at det er vigtigt med en direkte kontakt til personalet på de enkelte botilbud for at sikre en optimal helbredsmæssig opfølgning for den enkelte patient.

Mange afdelinger har fokus på at inddrage kontaktpersoner fra botilbuddene fra starten af et behandlingsforløb. Der beskrives forskellige måder at inddrage kontaktpersonerne på, blandt andet telefonmøder, deltagelse i konferencer og netværksmøder. Nogle afdelinger har etableret faste månedlige møder med et botilbud.

Flere afdelinger efterlyser sundhedsfaglige kompetencer på de sociale botilbud, og flere beskriver plads til forbedring i forhold den helbredsmæssige opfølgning for den enkelte patient ved medicinsvigt op til indlæggelsen.

Der er ingen konkret beskrivelse af, hvordan psykiatrien sikrer, at der findes de rigtige kompetencer på de sociale botilbud.

7.1 Sammenfatning

Det fokuserede møde med de sociale botilbud og undersøgelsen af de psykiatriske afdelingers arbejdsgange viser, at der er blandede erfaringer med det tværsektorielle samarbejde omkring den voksne psykiatriske patient, der bor på socialt botilbud. Nogle botilbud og psykiatriske afdelinger har generelt et godt tværsektorielt samarbejde omkring patienten, mens andre ikke oplever, at samarbejdet fungerer hensigtsmæssigt. Afdækningen viser dog, at der generelt opleves en udfordring med manglende sundhedsfaglige kompetencer på de sociale botilbud, hvilket medfører behandlingsmæssige udfordringer, og som kan udgøre en patientsikkerhedsrisiko. Generelt giver afdækningen et billede af et kompleks område, men samtidig også et område, hvor der er en stor villighed til og potentiale for forbedringer.

8.0 Spørgeskemaundersøgelse – De privatpraktiserende psykiatere

For at afdække, hvilke udfordringer de privatpraktiserende psykiatere samt de sociale botilbud oplever i det tværsektorielle samarbejde, udarbejdede arbejdsgruppen to spørgeskemaer, et til de privatpraktiserende psykiatere og et til lederne af de kommunale og regionale sociale botilbud. Resultaterne af disse undersøgelser gennemgås i det følgende.

Det er i flere tilfælde en privatpraktiserende psykiater, som har ansvar for den psykiatriske behandling af patienterne på sociale botilbud. Arbejdsgruppen fandt det derfor vigtigt at få et indblik i de privatpraktiserende psykiatres oplevelser og holdninger til det tværsektorielle samarbejde. Der blev sendt et spørgeskema til Region Sjællands 29 privatpraktiserende psykiatere med pointering om, at spørgeskemaet henvendte sig til dem, som havde et behandlingssamarbejde med botilbud (Bilag 1).

Spørgeskemaet indeholdt følgende tre spørgsmål:

- *Praksis vedrørende samarbejdet med de sociale botilbud om behandlingen og behandlingsopfølgning af den psykiatriske patient (hvordan kommunikerer og samarbejder du/I?)*
- *Hvad fungerer godt (eksempler på gode patientforløb og samarbejdsoplevelser)?*
- *Forbedringsforslag (hvad ville forbedre behandlingsforløbet for den psykiatriske patient og for samarbejdet med de sociale botilbud)?*

Ud af 29 privatpraktiserende psykiatere i Region Sjælland, har seks besvaret eller kommenteret på det udsendte spørgeskema.

Nedenfor er besvarelsenerne opsummeret ud fra de tre spørgsmål

a) Samarbejdet generelt

- En psykiater mener ikke, at psykiatriske patienter, som bor på botilbud, bør behandles i speciallægepraksis. Behandlingen skal foregå i regionspsykiatrien via distriktspsykiatrien, som det fremgår af Region Sjællands Psykiatriplan. Disse patienter har altid en social handlingsplan, som en psykiatrisk behandlingsplan naturligt skal samarbejde med

- En har kun gode erfaringer med det sociale botilbud, som vedkommende samarbejder med, og har ingen forbedringsønsker
- Hos en psykiater kommer der altid en kontaktperson med fra botilbuddet. I samme botilbud er det personalet, der står for medicin-håndteringen
- Hvis kontaktpersonen er med til konsultationen, informeres kontaktpersonen på samme niveau, som en pårørende ville blive. Det kan ske, at der skal telefonisk opfølgning til og her tales igen med kontaktpersonen
- Et enkelt botilbud har lidt svært ved at holde styr på tingene, hvorfor alt bliver skrevet ned, når der bliver lavet medicinændringer og faxet til botilbuddet

b) Det der fungerer godt i samarbejdet

- At kontaktpersonen følger med til konsultation hver gang
- At patienten har den samme kontaktperson eller eventuelt max to kontaktpersoner
- At kontaktpersonen ringer ved enhver tvivl
- At der udføres sikker medicin-håndtering på botilbuddene
- At fastsatte tid for konsultation overholdes
- At flere medarbejdere deltager i møder ved tilbagemeldinger og eventuelle opfølgninger, således at alt personalet får mulighed for at få besvaret spørgsmål
- At kontaktpersonen har godt indblik i patientens situation og ved, om der kan gøres yderligere pædagogiske tiltag eller om medicinsk regulering er nødvendig

c) Forbedringsforslag

- At der altid følger kontaktpersoner med til konsultationen
- At minimum en medarbejder på botilbuddet er sundhedsfagligt uddannet
- At medarbejderne har fået kursus i medicin-håndtering
- At den medarbejder, der sørger for recepter, medicinindkøb og dosis-dispensering, har medicinsk kendskab

- At medarbejderne oplæres i medicineringen, så de kan medvirke til, at psykiateren får de nødvendige beskrivelser og observationer
- Så vidt det er muligt, at pårørende også deltager i konsultationerne – alt efter deres evner/ressourcer

8.1 Sammenfatning

Da det er meget få privatpraktiserende psykiatere, der har besvaret spørgeskemaet, vil resultaterne kun være et udtryk for de enkelte psykiaters subjektive holdning til spørgsmålene. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen kan derfor ikke generaliseres til alment gældende holdninger blandt privatpraktiserende psykiatere.

Det tætte samarbejde med kontaktpersonen

Alle besvarelser omhandler vigtigheden af at have et tæt samarbejde med kontaktpersoner og de sociale botilbud. Enten beskrives det, som et samarbejde der fungerer godt, eller også efterspørges det.

Medicineringen

De adspurgte privatpraktiserende psykiatere ønsker enten sundhedsfaglige medarbejdere ansat på botilbuddene, eller at medarbejderne har fået kurser og kompetencer i medicin håndtering. Der ønskes en større sikkerhed i medicineringsprocessen, samt at der observeres på den medicinske behandling.

9.0 Spørgeskemaundersøgelse – ledere af botilbud

For at undersøge de sociale botilbuds samarbejdsrelationer i patienternes psykiatriske behandling samt den oplevede kvalitet, udarbejdede arbejdsgruppen et spørgeskema.

Målgruppen for spørgeskemaet var lederne af Region Sjællands kommunale og regionale sociale botilbud, hvorpå der bor voksne psykiatriske patienter. Spørgeskemaet blev distribueret i start december 2013 og afsluttet 4. februar 2014. Spørgeskemaet og en kort introduktion (Bilag 2), blev sendt til Region Sjællands 17 kommunale risikomanagere samt den regionale risikomanager. Risikomanagerne distribuerede derefter spørgeskemaet videre til egne relevante botilbud. I alt svarede 51 ledere på spørgeskemaet. Fordi de enkelte risikomanagere har videredistribueret spørgeskemaet til relevante botilbud, er det ikke muligt at vide præcis, hvor mange ledere spørgeskemaet reelt er sendt til.

Spørgeskemaet bestod af syv spørgsmål. Fire spørgsmål var afdækkende i forhold til tilbuddets størrelse, antallet af psykiatriske beboere og om der var

sundhedsfagligt personale ansat. Dertil fulgte et spørgsmål om, hvem botilbuddene samarbejdede med i forhold til den psykiatriske behandling, mens de sidste omhandlede den oplevede kvalitet i samarbejdet.

Besvarelsene danner grundlag for nedenstående resultater.

9.0.1 Baggrundsdata

Der var stor variation i botilbuddenes størrelse, hvor der i det mindste botilbud var ansat 2 medarbejdere og i det største 140 medarbejdere.

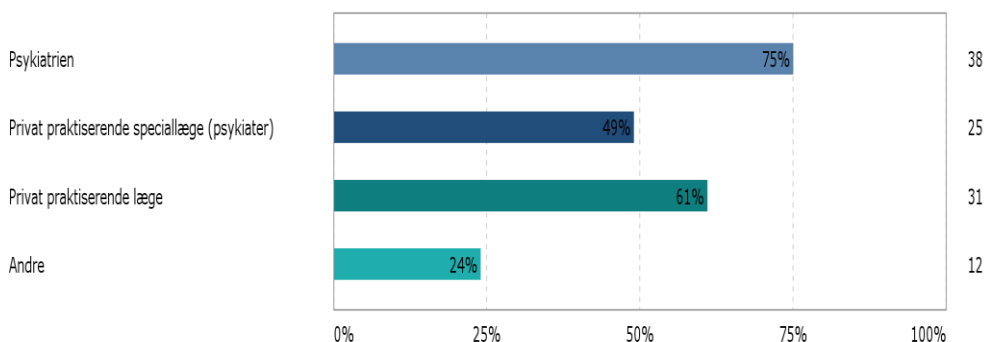
Spørgsmålet om antallet af ansatte med sundhedsfaglig autorisation viste stor variation botilbuddene imellem. På 7 ud af de 51 botilbud var der ikke ansat sundhedsfagligt personale. Botilbuddets størrelse havde ingen sammenhæng med andelen af sundhedsfagligt personale. På det største botilbud med 140 ansatte var der intet sundhedsfagligt personale ansat. Det samme gør sig gældende for det mindste botilbud, hvor ingen af de 2 ansatte var sundhedsfagligt uddannet. I modsætning hertil var der et botilbud med 77 ansatte, hvoraf 70 var sundhedsfagligt personale.

Herunder gennemgås resultaterne af spørgeskemaet.

1. ”Hvem har det psykiatriske behandlingsansvar?”

Det var muligt for lederne at afkrydse flere svarkategorier. Procentsatserne er derfor ikke et absolut tal for hvilken instans, der har det primære ansvar, men er i stedet et udtryk for at botilbuddene har flere forskellige samarbejdsrelationer i forbindelse med patienternes psykiatriske behandling.

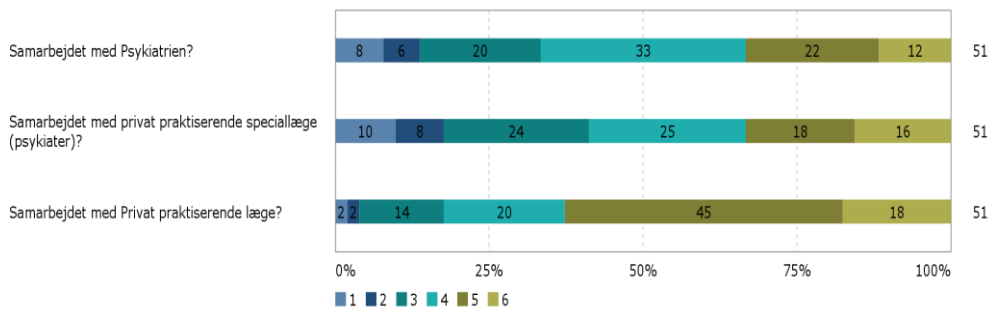
Figur 1: Psykiatriske behandlingsansvar



2. "Hvordan vil du på en skala fra 1-6 karakterisere jeres samarbejde med psykiatrien, privatpraktiserende psykiater og praktiserende læge på en skala fra 1-6"

Lederne havde her mulighed for at vurdere botilbuddets samarbejde med psykiatrien, privatpraktiserende psykiater og praktiserende læge.

Figur 2: Vurdering af samarbejdet på en skala fra 1-6 hvor 1 er meget dårligt og 6 meget godt



3. "Hvordan fungerer samarbejdet mellem botilbuddet og de ansvarshavende for den psykiatriske behandling"

Til dette spørgsmål havde lederne mulighed for i prosa at redegøre for, hvad der fungerede godt i samarbejdet med den/de ansvarshavende instanser, samt hvad der fungerede mindre godt. Besvarelserne er grupperet i nedenstående afsnit.

- Årsager til, at samarbejdet fungerer mindre godt
- Årsager til, at samarbejdet fungerer godt
- **Årsager til, at samarbejdet fungerer mindre godt**

Ud fra lederne svar kan der identificeres fire overordnede områder, hvor samarbejdet fungerer mindre godt. De fire områder er fundet ved grundig gennemlæsning af samtlige besvarede spørgeskemaer, hvor hvert udsagn er blevet kategoriseret ud fra prosabeskrivelsen. De udfordringer lederne oftest møder relaterer sig til:

- Manglende kendskab og forståelse for hinandens arbejdsgange og organisering af botilbud og afdeling/læge imellem
- Utilstrækkelig supervision
- Fejlkommunikation og fejlkoordinering
- Manglende lægefaglige ressourcer

a) Manglende kendskab og forståelse for hinandens arbejdsgange og organisering

Flere ledere nævner problematikker, der relaterer sig til manglende lydhørhed eller misforståelser ved udskrivelser fra psykiatrien. Blandt andet skriver en leder:

”Der kan opstå misforståelser i forhold til observation omkring borgere. Botilbuddet oplever, at de ikke bliver hørt ved bekymring omkring medicin eller psykotiske tegn. Holdningen er oftest, ‘at vi jo er uddannet’ til at tage os af den psykotiske borger, og at de[borgerne] derfor udskrives hurtigere i forhold til den medicinske behandling”.

Derudover oplever de sociale botilbud særlige problemer i forhold til udskrivelse af voldelige og truende patienter. Lederne oplever, at patienter bliver udskrevet for hurtigt med henvisning til, at patienten har brug for en pædagogisk indsats og ikke behandling i sygehus regi. En enkelt nævner, at det virker som om, at denne patientgruppe er svær at håndtere for psykiatrien. Som en af lederne skriver:

”Vores samarbejde med psykiatrien omkring patienter der er voldelige, truende og svært tilpassede fungerer mindre godt. De [patienterne] udskrives efter få timers/få dages ophold på afdelingen med begrundelse om, at det er en kommunal opgave af pædagogisk art”.

En anden problematik omhandler respekt for og vidensdeling imellem botilbud og psykiatrisk afdeling. Flere ledere tilkendegiver, at der mangler kommunikation, kendskab og forståelse - botilbud og afdeling imellem. En af lederne udtrykker det således:

”Den viden og erfaring vi har i forhold til vores beboere bliver desværre ikke taget for gode ‘varer’, når vi er i dialog med sygehus psykiatrien/vagtlægen i forhold til evt. indlæggelser. Desuden er dialogen mellem sygehus afdeling og botilbud næsten ikke tilstede under indlæggelsen”.

b) Utilstrækkelig supervision

En leder nævner, at der mangler supervision på den pædagogiske indsats samt undervisning i konkrete indsatser.

c) Fejlkommunikation og fejlkoordinering

I forhold til kommunikation og koordinering peger lederne af de sociale botilbud specielt på to udfordringer.

Den ene udfordring omhandler lange ventetider, hvilket i alt seks ledere nævner. En af lederne forklarer:

"Ventetiden fra henvisning til første konsultation er alt for lang".

Et andet problem flere ledere nævner er vanskeligheder i forhold til kommunikation og i særdeleshed vanskeligheder ved at få kontakt til lægerne (både praktiserende læger, privatpraktiserende psykiater og læger i psykiatrien). Dette vanskeliggør behandling og opfølgning samt etablering af kontakt mellem botilbud og behandlende instans:

"Det er ofte vanskeligt (umuligt) at træffe den ansvarlige overlæge på telefon. Fast telefontid er måske en løsning. Ofte er der lang responstid på mail".

d) Manglende lægefaglige ressourcer

I alt nævner fire ledere, at manglende lægefaglige ressourcer har en betydning for, hvordan samarbejdet fungerer.

"Der mangler ofte forståelse og ressourcer".

➤ Årsager til at samarbejdet fungerer godt

I spørgeskemaet har lederne af botilbuddene generelt haft flere positive end negative tilkendegivelser i forhold til deres samarbejde med behandlende instanser. I gennemgangen af svarene blev identificeret fire overordnede områder, som beskriver, hvad der fungerer godt i samarbejdet.

- a) Fast samarbejde med kendte personer
- b) Supervision fra samarbejdspartnere
- c) Kommunikation/lydhørhed
- d) Tilgængelighed

a) Fast samarbejde med kendte personer

Mange ledere nævner, at et fast samarbejde med læger/psykiatere, der kender patienterne/borgerne er udslagsgivende for, at samarbejdet fungerer godt. En af lederne skriver:

"Vi har møde cirka hver 6. uge med psykiateren, hvor vi gennemgår beboerne, og hvor han har lejlighed til at møde dem".

En anden uddyber:

"Med distriktskykiatrien har vi behandlingsmøder én gang om måneden, hvor behandlende læge endvidere har dialog med de borgere, der ønsker det. Foruden lægen deltager sygeplejerskerne også".

b) Supervision fra samarbejdspartnere

Fem ledere nævner, at supervision er en medvirkende årsag til, at samarbejdet fungerer. Som en af lederne skriver:

”Samarbejdet har fungeret i 10 år. Personalet bliver 4 gange årligt undervist af psykiater med udgangspunkt i de problemstillinger og psykiatriske diagnoser beboerne har”.

c) Kommunikation/lydhørhed

Mange ledere beskriver samarbejdet med praktiserende læger, privatpraktiserende psykiater og psykiatrien som rigtig godt. Som her hvor en leder beskriver en gensidig forståelse og respekt for arbejdsområder:

”Det er et godt samarbejde, da vi hele tiden, sammen med borgeren, kan koordinere og tilpasse den bedste behandling. Der er en stor forståelse for tilbuddets behandling, som er Dialektisk Adfærdsterapi (DAT), da psykiatrien også er uddannet i denne behandling. Vi føler os altid lyttet til, og der er en gensidig respekt for hinandens arbejdsområder. Vi kan undgå indlæggelser pga. dette gode samarbejde”.

d) Tilgængelighed

Lederne beskriver, at det er vigtigt for samarbejdet, at botilbuddene hurtigt kan komme i kontakt med behandlende enhed/læge. Dette eksemplificeres i citatet herunder.

”Borgeren kan oftest tilses hurtigt, når der er behov for det.”

Dette bliver understøttet af et andet citat, som beskriver at botilbuddet altid kan få fat i en speciallæge, også i akutte situationer.

”Tilbuddet har ansat en speciallæge i psykiatri (overlæge) som psykiatrisk konsulent. Dette fungerer godt, fordi vi stort set altid kan få kontakt til psykiateren, både via sekretær i psykiatrien samt i akutte situationer på privat nummer.”

9.1 Sammenfatning

Figur 1 viser, at det ikke er én enkelt instans, der har hele behandlingsansvaret, men derimod, at der er flere instanser involveret i en patients psykiatriske behandling. Dette eksemplificerer samtidig kompleksiteten af det tværsektorielle samarbejde omkring den voksne psykiatriske patient. Jævnfør figur 2 var der overvægt af tilfredshed i samarbejdet med de praktiserende læger sammenlignet med både privatpraktiserende psykiatere og psykiatrien. Det er ikke muligt at forklare, hvorfor det forholder sig sådan, men måske kan det skyldes, at den patientgruppe, der følges af egen læge, muligvis ikke

modtager psykofarmaka, og måske ikke er lige så kronisk syg, som den patientgruppe, der følges af en speciallæge. Eller at den praktiserende læge ikke var primær behandlingsansvarlig for den psykiatriske behandling.

Der ses et sammenfald mellem hvilke områder lederne fremhæver som godt – og dårligt fungerende. Eksempelvis kommunikation, som flere ledere fremhæver i forhold til den gode kommunikation mellem sektorerne, mens andre ledere nævner fejlkommunikation som noget der fungerer dårligt. Sammenfaldet tydeliggør, at lederne vurderer området som vigtigt.

I tilknytning til problematikkerne omkring for hurtig udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, kan udfordringerne muligvis skyldes de forskellige hensyn til lovgivning, der er i de to sektorer. Personalet arbejder i nogle henseender med forskellige love fx Serviceloven i kommunalt regi og Psykiatriloven i Psykiatrien. Disse hensyn samt patientens ret til selvbestemmelse kan medføre misforståelser mellem botilbud og udskrivende psykiatriske afdeling. Denne problematik ses især i indlæggelsesforløb på psykiatriske afdelinger, hvor patienten udskrives eller udskrives sig selv umiddelbart eller kort tid efter indlæggelse.

10.0 Tendenser i utilsigtede hændelser

Behandlingen af den psykiatriske patient, som bor på sociale botilbud, kræver et samarbejde på tværs af sektorerne. Rapporterede utilsigtede hændelser afspejler ikke det reelle antal utilsigtede hændelser, da vi ved, at der sker en generel underrapportering af hændelser (Sundhedsstyrelsen, 2014). Hændelserne skal derfor ikke ses som et udtryk for antal hændelser, men anvendes i stedet til at afdække, hvilke sundhedsfaglige udfordringer, der opleves i dette samarbejde.

En utilsigtet hændelse er en beskrivelse af rapportørens oplevelse af hændelsen. Utilsigtede hændelser giver således et godt billede af de udfordringer rapportøren oplever i samarbejdet på tværs af sektorerne. Det skal understreges, at utilsigtede hændelser tegner rapportørens subjektive beskrivelse af hændelsen.

I perioden 01. 09. 2010 – 31. 05. 2014 er der, fra Dansk Patientsikkerheds Database, trukket de utilsigtede hændelser, som vedrører behandlingen af den psykiatriske patient i Region Sjælland, hvor den utilsigtede hændelses primære lokalitet har været hos:

- Sociale botilbud (kommunalt og regionalt)
- Psykiatrien

- Praktiserende læger
- Privatpraktiserende psykiatere

Der er identificeret i alt 69 rapporterede utilsigtede hændelser. Ud fra disse hændelser har det været muligt at afdække de rapporterede udfordringer og problemstillinger i samarbejdet omkring den psykiatriske patient, der bor på botilbud. Disse udfordringer beskrives nærmere herunder.

10.1 Socialt botilbud

I perioden er der rapporteret 24 utilsigtede hændelser med socialt botilbud som primært hændelsessted. Hændelserne er fordelt ligeligt mellem kommunale – og regionale sociale botilbud.

Hændelserne falder inden for følgende typer:

- a) Medicinering
- b) Kompetencer
- c) Afhentning af medicin
- d) Indlæggelse
- e) Udskrivelse
- f) Selvmord og selvskade

a) Medicinering

Størstedelen af de utilsigtede hændelser handler om medicinering, hvor beboeren på botilbuddet ikke har fået den medicinske behandling som planlagt. Dette skyldes typisk manglende eller forkert opdatering af beboerens medicinliste efter ændringer i behandlingen foretaget i psykiatrien eller af beboerens egen læge. I et tilfælde var der i distriktpspsykiatrien ændret i patientens medicinske behandling, og medicinlisten var sendt til egen læge samt patientens botilbud. Det var imidlertid hjemmesygeplejen, som administrerede medicinen, og de havde ikke modtaget den nye medicinliste, hvilket resulterede i, at patienten fik forkert medicin.

Citat fra en utilsigtet hændelse:

”I forbindelse med den unges overflytning fra et botilbud til et andet bliver Truxal, som er ordineret som p.n. [ved behov]medicin, fejlagtigt beskrevet som fast medicin. Truxal bliver derfor udleveret som fast medicin.”

b) Kompetencer

Andre hændelser drejer sig om botilbuddenes ansvar og kompetencer i forhold til medicinering. I et tilfælde havde en patient brug for injektion af beroligende medicin på grund af patientens akut dårlige psykiske tilstand.

Dette kunne ikke udføres af botilbuddets personale, da der ikke var sundhedsfaglige ansat. Derfor blev hjemmesygeplejersken tilkaldt, hvilket betød ventetid, hvor patienten fik det værre.

c) Afhentning af medicin

To utilsigtede hændelser handler om afhentning af medicin på apoteket. I et tilfælde havde en læge ordineret medicin og sendt besked til hjemmeplejen om, at de skulle hente medicinen. Hjemmeplejen havde dog ikke modtaget beskeden, hvilket betød at beboeren ikke fik sin medicin.

Citat fra en utilsigtet hændelse:

”Patient har en aftale om at få låst medicin ind i hjemmet via kommunal hjemmesygeplejerske. Patient oplever en situation, der gør at hun kommer i affekt og skal vente x-antal timer på at få låst den medicin ind, som hun har hentet på apoteket. Patient kører ud til familie for at aflevere medicinen og da de ikke er til at komme i kontakt med tager hun en overdosis medicin.”

d) Indlæggelse

En utilsigtet hændelse drejer sig om en beboer, der blev psykisk dårlig og bad personalet om at blive indlagt på psykiatrisk afdeling. Personalet kontaktede vagtlægen, som arrangerede indlæggelsen og sendte en ambulance. I ventetiden drak beboeren sig beruset. Næste dag viste det sig, at beboeren var blevet afvist i psykiatrisk akutmodtagelse, da han var beruset, og i stedet var blevet indlagt på somatisk akutmodtagelse. Da han senere kom tilbage til botilbuddet, ville han ikke indlægges på psykiatrisk afdeling, da han oplevede, at de havde afvist ham og ikke ville hjælpe.

e) Udskrivelse

En utilsigtet hændelse drejer sig om en beboer, der blev tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling, fordi han var meget truende over for personalet. Han blev udskrevet nogle dage senere, men blev tvangsindlagt igen senere samme dag, da han igen var meget truende.

f) Selvmord, selvmordsforsøg og selvskade

Fem utilsigtede hændelser drejer sig om beboere, der forsøger eller gennemfører selvmord eller selvskade. I et tilfælde var en beboer på besøg hos sin familie i weekenden. Familien havde fået udleveret medicinen, da beboeren var selvskadende. Beboeren fandt Panodil i familiens hus og indtog en overdosis, hvilket resulterede i akut indlæggelse for forgiftning.

10.2 Psykiatri

I perioden er der rapporteret 22 utilsigtede hændelser med psykiatri som primært hændelsessted. Hændelserne falder inden for følgende typer:

- a) Medicinering
- b) Forveksling
- c) Udskrivelse
- d) Selvmordsforsøg
- e) Uenighed

a) Medicinering

Størstedelen af de utilsigtede hændelser drejer sig om medicinering, hvor patienterne ikke får den medicinske behandling som ordineret. Dette skyldes i flere tilfælde manglende eller forkert opdatering af medicinlister efter ændringer i behandlingen foretaget på psykiatrisk ambulatorium eller under indlæggelse. Dertil har enkelte botilbud rapporteret utilsigtede hændelser, der omhandler manglende nedtrappingsplan for benzodiazepiner. I hændelsernes sagsopfølgning beskriver psykiatrien, at det er speciallægens ansvar at følge behandlingen, og at der hos kroniske psykiatriske patienter kan være indikation for at forlænge behandlingen med benzodiazepiner.

Citat fra en utilsigtet hændelse:

”Borgeren har været indlagt på XX og vi får et opkald, hvor der bliver sagt, at borgeren bliver sendt hjem i dag. Borgeren ankommer men uden dokumentation eller udskrivningspapir på om, der er medicin ændringer eller andet”.

b) Forveksling

Tre utilsigtede hændelser handler om forveksling. I et tilfælde blev et notat om ændringer af medicin sendt ud til kommune og egen læge, men notatet omhandlede en forkert patient. I et andet tilfælde aftalte personalet på et botilbud medicinændring med en psykiater, men i det efterfølgende notat stod en anden ændring end den aftalte.

c) Udskrivelse

Fem utilsigtede hændelser drejer sig om patienter, der bliver udskrevet fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling, hvor deres botilbud ikke oplever sig tilstrækkeligt inddraget i udskrivningsplanerne. I flere tilfælde viser det sig, at patienterne pludseligt har krævet sig udskrevet, hvorfor det ikke har været muligt for psykiatrien at afholde en udskrivningssamtale sammen med botilbuddet.

d) Selvmordsforsøg

To utilsigtede hændelser drejer sig om patienter, der kort efter kontakt med psykiatrisk akutmodtagelse forsøger at begå selvmord. I et tilfælde forlader en patient psykiatrisk akutmodtagelse uden aftale, og botilbuddet bliver ikke orienteret. Da patienten kommer retur til botilbuddet, forsøger hun at begå selvmord. Der er i de konkrete hændelsesforløb udarbejdet dyberegående analyser, med deltagelse af repræsentanter fra de involverede sektorer. Handleplaner fra analyserne beskriver behovet for, at der på tværs af sektorerne er kendskab til hvor og til hvem, man skal rette henvendelse til uden for normal arbejdstid.

e) Uenighed

Flere af de utilsigtede hændelser handler om forskellige holdninger til medicinering mellem det sundhedsfaglige personale i psykiatrien og det pædagogiske personale på botilbuddene. I et tilfælde undrer botilbuddet sig over nedtrapning af medicin, da de oplever, at patientens tilstand forværres. Psykiatrien mener ikke, at der er en sammenhæng, da det er velkendt, at patientens tilstand i lange perioder er svingende.

10.3 Praktiserende læge

I perioden er der rapporteret 16 utilsigtede hændelser med alment praktiserende læger som primært hændelsessted.

Hændelserne falder inden for følgende typer:

- a) Medicinering
- b) Recepter
- c) Afrusning
- d) Tvangsindlæggelse

a) Medicinering

Størstedelen af de utilsigtede hændelser drejer sig om medicinændringer foretaget af privatpraktiserende speciallæge eller sygehusafdeling, hvor patientens egen læge ikke har modtaget besked om ændringen, eller har overset en besked om ændringen. Dette har i flere tilfælde resulteret i, at patienten i en periode ikke fik den korrekte medicin.

I et tilfælde blev patientens egen læge bedt om at forny recepter, men udskrev et forkert lægemiddel svarende til den medicin patienten fik tidligere, idet det fremgik af medicinlisten. I et andet tilfælde fik en patient ved konsultation hos en privatpraktiserende speciallæge at vide, at han ikke længere skulle tage et lægemiddel. Medicinen var dog stadig i dosispakkerne fra apoteket, da hverken speciallægen eller egen læge ændrede recepterne til dosispakning.

Citat fra en utilsigtet hændelse:

”Vi erfarer - i forbindelse med gennemgang af dosisdispenseringskema – at hun, trods medicinændringer i familieambulatoriet (pt. er i mellemtiden blevet gravid) og i distriktspsykiatrien – fortsat har afhentet og indtaget (formentlig solgt) den ordinerede medicin. De nævnte ambulatorier har ikke kommunikeret korrekt sammen, vi har ikke modtaget notater fra psykiatrisk ambulatorium, hvorfra hendes meget kraftige antipsykotiske medicin doseres”.

Tre utilsigtede hændelser drejer sig om medicin, der både blev udskrevet af patientens egen læge og af misbrugscenter eller psykiatri. Dette resulterede i, at patienten i en periode fik dobbelt dosis.

Citat fra en utilsigtet hændelse:

”Da borgeren ikke tager sin medicin som ordineret og blev tiltagende dårlig tager jeg kontakt til Rådgivningscenteret i XX (i borgers medicinoversigt står at det er Rådgivningscenteret i XX, der ordinerer) og får at vide, at ordinationsretten på borgerens metadon er videregivet til borgers egen læge. Jeg får mistanke om at noget er galt, og kontakter derfor både borgers egen læge og distriktspsykiatri. Det viser sig at de begge uafhængigt af hinanden udleverer metadon således at borger får dobbelt dosis”.

b) Recepter

To utilsigtede hændelser handler om medicin, som patientens egen læge efter aftale med hjemmepleje eller botilbud skulle lave recepter på. Da hjemmepleje eller botilbud efterfølgende tog kontakt til apoteket, var der ikke kommet nogen recept. Dette resulterede i, at de måtte rykke egen læge, og at patienten fik sin medicin med forsinkelse.

c) Afrusning

En utilsigtet hændelse drejer sig om en alkoholmisbruger, der bad egen læge om hjælp til afrusning. Lægen afviste at indlægge patienten, men udskrev beroligende medicin mod abstinenserne. Patienten kunne ikke klare afrusningen alene, og oplevede at blive afvist, da hun bad om hjælp.

d) Tvangsindlæggelse

En utilsigtet hændelse handler om en tvangsindlæggelse, hvor politiet bad en læge tilse og udfærdige papirer til tvangsindlæggelse på en voldsomt udad reagerende mand. Lægen havde mange ventende patienter i klinikken, og færdiggjorde først papirerne efter et par timer. Dette resulterede i, at politiet og psykiatrisk akutmodtagelse måtte fastholde manden i to timer, mens de ventede på papirerne til tvangsindlæggelse, så manden kunne blive indlagt.

10.4 Privatpraktiserende psykiatere

I perioden er der rapporteret 7 utilsigtede hændelser med privatpraktiserende psykiatere som primært hændelsessted.

Hændelserne falder inden for følgende typer:

- a) Medicinering
- b) Udredning

a) Medicinering

Størstedelen af de utilsigtede hændelser drejer sig om medicinændringer foretaget af privatpraktiserende psykiater, hvor det sociale botilbud, hjemmesygeplejen eller egen læge ikke har modtaget besked om ændringen. Dette har i flere tilfælde resulteret i, at patienten i en periode ikke fik den korrekte medicin.

I et tilfælde ordinerede en privatpraktiserende psykiater beroligende medicin til abstinensbehandling uden at orientere patientens botilbud, som derfor ikke havde mulighed for at hjælpe patienten med administration af medicinen. Patienten tog for mange piller og blev indlagt til behandling for medicinforgiftning. I et andet tilfælde sendte den privatpraktiserende psykiater en elektronisk besked til patientens egen læge om en medicinændring. Lægens it-system registrerede beskeden under en forkert dato, og lægen overså beskeden.

Citat fra en utilsigtet hændelse:

”Efter specialist konsultation ændres der i medicinen, dette når ikke hjemmesygeplejen, hvorved borger ikke får den ordinerede medicin.”

To utilsigtede hændelser drejer sig om fejl i medicinordinationer, hvor en privatpraktiserende psykiater har udskrevet et forkert lægemiddel eller en forkert dosis. I begge tilfælde blev fejlen opdaget inden patienten nåede at få medicinen.

b) Udredning

En utilsigtet hændelse drejer sig om en forsinket henvisning til udredning, hvor en privatpraktiserende psykiater efter flere afbud fra patienten glemte at følge op på et unormalt EKG (elektrokardiogram), da patienten kom til konsultation. Patienten blev først henvist til hjertemedicinsk udredning, da egen læge kontaktede den privatpraktiserende psykiater og spurgte til behandlingen.

10.5 Sammenfatning

De utilsigtede hændelser har givet et generelt indblik i, hvor i patienternes forløb, der opstår patientsikkerhedsbrist.

Overordnet handler en stor del af de utilsigtede hændelser om kommunikationsbrist mellem sektorerne. Kommunikationsbrist, der vedrører patientens medicin, har den konsekvens at der bliver usikkerhed om, hvem der har ansvar for behandlingen af patienten, samt hvilken medicin patienten skal have. Samtidig bliver det svært for de involverede sektorer at samarbejde om en fælles plan for patienten, hvilket resulterer i flere sideløbende indsatser.

De rapporterede utilsigtede hændelser omkring udskrivelse af patienter giver et indblik i de forskellige vilkår og regelsæt, der eksisterer i de forskellige sektorer. Hurtig udskrivelse fra psykiatrisk afdeling af en patient, der ønsker sig udskrevet, og som ikke kan tilbageholdes jævnfør Psykiatriloven, kan opleves som utilfredsstillende af både personalet på botilbud og i psykiatrien.

En udfordring, der går igen i mange af de utilsigtede hændelser, handler om et misforhold mellem behandlingskrævende psykisk syge beboere og manglende sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddene. Botilbud er ikke behandlingssteder og har derfor primært pædagogisk personale ansat.

De utilsigtede hændelser viser også, at der er udfordringer med dobbeltdiagnosticerede¹ borgere. Når en borger ønsker hjælp til behandling, er der i de utilsigtede hændelser en oplevelse af, at psykiatrien ikke behandler påvirkede personer, samt at misbrugscentre ikke behandler psykiske lidelser. Konsekvensen er, at patienterne kan komme til at føle sig afvist, når de beder om hjælp.

¹ Borgere med en psykiatrisk diagnose og et samtidigt misbrug.

Del 3 Anbefalinger, indstilling og konklusion

11.0 Anbefalinger

På baggrund af det gennemførte fokusprojekt og resultater fra dataindsamlingen har arbejdsgruppen udarbejdet en række anbefalinger, der kan styrke det tværsektorielle samarbejde og dermed øge patienternes sikkerhed i sektorovergange. Anbefalingerne opdeles i følgende områder:

- Kommunikation
- Medicinering
- Kendskab til kompetencer og arbejdsområder
- Tilgængelighed

11.1. Kommunikation

De foregående afsnit viser tydeligt, at en stor del af udfordringerne ligger i kommunikationen på tværs af sektorerne samt mellem de behandlende enheder og de sociale botilbud.

Kommunikationen i behandlingssamarbejdet er overordentlig vigtig, og det anbefales at rammerne for kommunikation drøftes i de involverede enheder.

Da kommunikation og sproglig forståelse også udspringer af faglige kulturer, kan der ofte opstå misforståelser i dialogen. Samtidig er mundtlig kommunikationsbrist en hyppig årsag til utilsigtede hændelser (Trier, 2012). Det anbefales derfor, at de involverede enheder arbejder med at strukturere deres kommunikation. Et værktøj til at strukturere mundtlig kommunikation er ISBAR². Dette kommunikationsværktøj kan med fordel anvendes og implementeres i de involverede enheder, da strukturering af information giver et mere præcist og fyldestgørende budskab. Herudover forbedrer ISBAR patientsikkerhedskulturen i bred forstand(ibid.).

Kommunikationen skal foretages af og til de relevante enheder, og det er vigtigt at sikre sig, at det kommunikerede budskab er modtaget af de korrekte og på den korrekte måde.

Med baggrund i resultaterne fra de foregående afsnit anbefaler arbejdsgruppen, at der arbejdes med nedenstående kommunikationstiltag.

² ISBAR er et kommunikationsredskab, der skal sikre mundtlig kommunikation om borgerens helbredstilstand. ISBAR står for Identifikation-Situation-Baggrund-Analyse-Råd.

11.1.1 Ved udskrivelse fra psykiatrisk afdeling til socialt botilbud

Socialt botilbud

- Der udarbejdes en tjekliste, som botilbuddet anvender ved udskrivelse fra psykiatrisk behandling. Tjeklisten skal bruges til at sikre:
 - At medicinændringer bliver registreret
 - At der er udarbejdet en behandlingsplan
 - At der er givet besked om ambulant kontrol og blodprøvetagning
 - At der er givet besked om kontrol og dokumentation af værdier på botilbud (fx blodtryk, vægt, score af sindstilstand)
 - At aktuel medicinliste udleveres (aftale om at den faxes, hvis der er tale om telefonudskrivelse)
- Tjeklisten afprøves i mindre målestok og rettes til, hvorefter den kan udbredes
- Tjeklisten skal ligge i elektronisk form i botilbuddets journalsystem

Psykiatrisk afdeling

- Den nuværende retningslinje *Samarbejde med kommuner ved indlæggelse og udskrivelse - psykiatrien* skal revideres, så det fremgår, at der ved udskrivelse skal sendes oplysninger om patientens helbredsmæssige opfølgning til det personale, der konkret er involveret
- Der udarbejdes en tjekliste, som psykiatrien anvender ved udskrivelse til at sikre:
 - At der er indhentet samtykke fra patienten til indhentelse og videregivelse af relevante behandlingsmæssige oplysninger
 - At det er aftalt, hvem der skal hjælpe patienten med opgaver omkring medicinhandling og behandlingsopfølgning
 - At psykiatrisk afdeling har kontaktet alle relevante medarbejdere om udskrivelsen; fx botilbuddet, hjemmeplejen, privatpraktiserende psykiater, almen praksis eller pårørende
 - At information om medicinændringer er videregivet til botilbud og andre relevante aktører for behandlingsforløbet. Medicinlisten kan fx sendes via fax eller mail. Hvis det sker som mundtlig overlevering, anbefales det at bruge ISBAR, som sikker mundtlig kommunikation
 - At sygeplejestatus bliver faxet/sendt til rette vedkommende

- At besked om ambulante kontrolbesøg/blodprøvetagning er sendt til rette vedkommende
- At opgaver omkring særlige observationer, screeninger, målinger og lignende, der er vigtige for behandlingen, er givet til botilbud, egen læge eller andre der er involveret i patientens behandlingsforløb
- At der er udarbejdet en kriseplan til anvendelse, hvis patientens tilstand forværres. Patienten skal være inddraget og godkende kriseplanen
- Tjeklisten afprøves i mindre målestok og rettes til, hvorefter den kan udbredes
- Den udfyldte tjekliste skal ligge i patientens journal

11.1.2 Det sociale botilbuds opgaver ved indlæggelser eller kontakt til patientens læge eller psykiater

Botilbuddet udformer en tjekliste, som sikrer at relevante informationer deles med behandlende instanser. Tjeklisten skal sikre:

- At der er indhentet samtykke fra patienten til indhentelse og videregivelse af relevante behandlingsmæssige oplysninger
- At der er videregivet besked om aktuel medicin skriftligt eller fx telefonisk (hvor der anvendes ISBAR som sikker kommunikation)
- At der er givet besked om aktuel tilstand, observationer og problemområder

11.1.3 Dokumentation af sundhedsfaglige observationer og tiltag internt på de sociale botilbud

- At der udarbejdes en retningslinje, som sikrer at der på botilbuddene dokumenteres sundhedsfaglige observationer og tiltag, jævnfør Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013)
- At der bliver fuldt op på, om dokumentationen opfylder gældende retningslinje
- At retningslinjen medvirker til, at der dokumenteres ensartet og struktureret. I situationer hvor en patient får behov for lægehjælp, skal der fra dokumentationen kunne gives de relevante informationer. Det skal således ikke nødvendigvis være kontaktpersonen, der skal have kontakten til lægen

- At alle medarbejdere, der er involveret i patientens behandling og pleje, til enhver tid skal kunne se, hvilke observationer, behandlinger og tiltag, der er udført og planlagt

11.2 Medicinering

I de foregående afsnit er der identificeret en række problemstillinger i forhold til medicinering, herunder efterlyses blandt andet nedtrappingsplaner for benzodiazepiner, opdaterede medicinlister samt bedre koordinering af den medicinske behandling. Disse problemstillinger viser, at der er brug for klare retningslinjer for samarbejdet omkring patientens medicinering. Ikke-sundhedsfaglige medarbejdere har desuden brug for information og viden om medicins virkning og bivirkning for at sikre en bedre medicin håndtering på botilbuddene. Arbejdsgruppen har derfor følgende anbefalinger:

11.2.1 Opdatering af retningslinjer

- At psykiatrien i retningslinjen: ” *Samarbejde med kommunerne ved indlæggelse og udskrivelse - psykiatrien* ” præciserer, hvordan koordinering og kommunikation omkring medicinering skal foregå

11.2.2 Medicin håndtering

- At kommunerne og regionen facilitere faste kurser i medicin håndtering for ikke - sundhedsfaglige medarbejdere fra de social botilbud. Kurset skal omhandle medicin håndtering med særligt fokus på dispensering, administration og observation af medicinens virkning og bivirkning. Derudover skal undervisningen sikre, at ikke-sundhedsfaglige medarbejdere får kompetencer til at vurdere og administrere PN (efter behov) ordinationer
- At distriktpspsykiatrien eller hjemmeplejen involveres i de tilfælde, hvor botilbuddet ikke har sundhedsfaglige kompetencer til at sikre medicin håndteringen eller, hvis medicineringsprocessen vurderes som kompleks

11.2.3 Egen læge og ordinerende læge

- At alle læger ordinerer, seponerer og opdaterer medicinen i FMK (Det Fælles Medicinkort), således at FMK altid angiver patientens samlede aktuelle og historiske medicinstatus
- At egen læge sættes på som kopimodtager af blodprøvesvar

11.2.4 Patientens kontaktperson

- At kontaktpersonen fra botilbuddet involveres tidligt i et indlæggelsesforløb og inddrages i beslutning om selvadministration, herunder stillingtagen til om det skal være hjemmeplejen, der overtager opgaven
- At kontaktpersonen fra botilbuddet vejledes i medicinhandling

11.2.5 Patient samtykke

- At medicinliste og sygeplejestatus i udgangspunktet fremsendes med patientens samtykke. Der kan dog være situationer, hvor de, af hensyn til patientens helbredsmæssige tilstand, kan fremsendes uden samtykke (jævnfør Sundhedslovens § 41 stk. 2). Ved orlov i forbindelse med indlæggelse anvendes medicinliste fra OPUS- medicin (sygehusenes elektroniske medicinmodul), da der endnu ikke er foretaget en medicinafstemning, og dermed er medicinen endnu ikke dokumenteret i FMK

11.2.6 Koordinering

- At alle sektorer, ved enhver start af et patientforløb, afklarer og dokumenterer, hvem der skal have tilsendt en opdateret medicinliste. Dette gælder både i forbindelse med indlæggelse og ved ændringer i den medicinske behandling i ambulante forløb. Den opdaterede medicinliste medgives patienten ved udskrivelse, eller fremsendes til det personale, der hjælper patienten med at håndtere sin medicin. Ved medicinændringer i ambulatoriet, skal ambulatoriet sikre, at den opdaterede medicinliste tilgår de medarbejdere, der hjælper patienten med at håndtere sin medicin
- At botilbuddet modtager en sygeplejestatus og medicinliste med eventuelt tilhørende nedtrapningsskema, for at sikre korrekt medicinering. I sygeplejenotatet skal det fremgå, hvilke observationer, der skal finde sted og hvornår
- At der indgås en udskrivningsaftale, i samarbejde mellem patienten, den psykiatriske afdeling samt relevante myndigheder, om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Det bestemmes i aftalen, hvem der har hovedansvaret for at gribe ind, såfremt patienten ikke følger planen. Der fastlægges et tidspunkt for revision af planen, sædvanligvis i forbindelse med planlægning af et nyt møde imellem patienten og de relevante støttepersoner

- At overlægen i de tilfælde, hvor patienten ikke kan eller vil medvirke til en udskrivningsaftale, har ansvaret for, at der sammen med relevante myndigheder og relevante samarbejdspartnere udarbejdes en koordinationsplan med de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten

11.3 Kendskab til kompetencer og ansvarsområder

I rapporten er der identificeret en række problemstillinger i forhold til sektorernes kendskab til hinandens kompetencer og ansvarsområder. Arbejdsgruppen ser derfor et behov for en række anbefalinger i relation hertil. Sociale botilbud er et tilbud efter socialservice loven, hvorfor botilbuddene sjældent er sundhedsfaglige behandlingstilbud. Et botilbud er et pædagogisk tilbud for velbehandlede patienter, der skal kunne få gavn af en pædagogisk indsats. Personalet har derfor overvejende en pædagogisk kompetenceprofil og anses i sundhedsfaglige sammenhæng for uddannet personale. Det sociale botilbuddet er underlagt sundhedsloven og skal kvalitetsmæssigt kunne honorere Sundhedsstyrelsens krav ved tilsyn på plejecentre og botilbud. For at opnå bedre kendskab til kompetencer og ansvarsområder kan følgende anbefalinger overvejes:

11.3.1 Botilbud

- At botilbuddet arbejder dynamisk med, at botilbuddets målgruppe og målsætning stemmer overens med de mennesker, der bor på tilbuddet
- At der sammensættes en samlet kompetenceprofil på botilbuddet, som aktivt matcher de pædagogiske og sundhedsfaglige opgaver
- At der på botilbuddet ansættes en sygeplejerske til koordinering og strukturering af den sundhedsfaglige udviklingsproces på tilbuddet
- At der indføres årlig lovpligtige embedslægetilsyn på botilbud
- At botilbuddets pædagogiske personale får løbende sundhedsfaglig undervisning på relevant niveau

11.3.2 Tværsektorielt

At der skabes tværsektorielle samarbejdsfora, som ikke er afhængige af personlige relationer, men derimod bygger på en formel tværsektoriel struktur, som fx indeholder mulighed for blandt andet:

- At botilbuddets ledelse har ansvar for at gøre den ordinerende læge opmærksom på, hvis der ikke findes personale, der har kompetencer i medicin håndtering. Lægen skal i disse situationer tage stilling til,

om medicin håndteringen kan varetages af personalet efter tilstrækkelig instruktion, om distriktpsychiatrien eller hjemmesygeplejerske skal involveres, eller om patienten eventuelt skal indlægges på sygehus

- At der udarbejdes fælles vejledning for samarbejdet i sektorovergangene
- At der foregår en koordinering af indsatsen for patienten, som har flere kontakter i sundhedsvæsenet og i de pædagogiske tilbud

11.3.3 Behandelende enhed

- At der, jævnfør Sundhedsstyrelsen vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, tages højde for uddannelsesniveau og baggrund hos de personer, som der delegeres sundhedsfaglige opgaver til. Endvidere, at der i denne form for delegation (konkret delegation) følges op med skriftlig vejledning
- At behandlingen tilrettelægges i overensstemmelse med patientens levevilkår, ressourcer og rammer for boform
- At man herunder især er opmærksom på, at et socialt botilbud er et pædagogisk tilbud og ikke et behandlingstilbud
- At patientens behandling aktivt følges op af behandelende psykiater og/eller praktiserende læge

11.4 Tilgængelighed

Afdækningen af dette område viser, at hvis det psykiatriske behandlingsforløb skal sikres, er der brug for et tæt samarbejde mellem alle behandelende enheder. Psykiatrien arbejder med forskellige måder at inddrage kontaktpersonerne på, og botilbuddene fortæller om udfordringerne i at komme i kontakt med såvel psykiatrien, praktiserende psykiater og almen praksis. Dette sammenholdt med de ofte psykisk dårlige patienter, som bor på sociale botilbud gør, at arbejdsgruppen anbefaler, at botilbuddene har let adgang til støtte og vejledning hos de behandelende enheder. For at dette skal kunne lykkes, kan følgende anbefalinger overvejes:

- At botilbuddet har et direkte telefonnummer til behandelende instanser, som de ved enhver tvivl kan anvende
- At der prioriteres kontinuitet i behandlingsansvaret således, at botilbuddet har mulighed for at kontakte en, som er kendt med patienten, og som er ansvarlig for behandlingen
- At det overvejes at etablere telefontid som en løsningsmulighed

- At der aftales rammer for, hvornår og hvor, der skal/kan rettes henvendelse
- At der aftales en forventet svartid på mail, som er kendt for både botilbud og behandler

12.0 Indstilling

Gruppen anbefaler at forbedringstiltag implementeres efter ”Forbedringsmodellen” (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013)

Modellen består af to dele:

1. Svar på tre grundlæggende spørgsmål:

1. Hvad ønsker vi at opnå?
2. Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
3. Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?

De første to spørgsmål hjælper til at fastsætte klare mål og at beslutte, hvilke målinger der skal gennemføres for at belyse, om ændringer fører til forbedring

2. PDSA-cirklen (Plan-Do-Study-Act)

PDSA-cirklen er en systematisk metode til småskala-test, det vil sige, at forandringstiltag testes på en enkelt episode (fx hos én patient). Erfaringer fra en test danner grundlag for småjusteringer og nye test. Tanken med PDSA-cirklen er, at forbedringstiltag testes i småskala, indtil en optimal løsning, som fungerer i praksis, er fundet.

Først derefter implementeres i stor skala. Metoden har vist sig velegnet til at skabe forbedringer i hurtigt tempo.

13.0 Konklusion

Denne rapport har præsenteret flere sikkerhedsbrist i behandlingssamarbejdet omkring den voksne psykiatriske patient, der bor på socialt botilbud.

Rapporten viser, at samarbejdet omkring denne patientgruppe er kompleks, og at der ofte er flere instanser og sektorer involveret i behandlingen.

En gennemgående og måske den største udfordring er kommunikationen og samarbejdet på tværs af sektorerne. Sættes der ind på dette område, viser rapporten, at sikkerhedsbrist i forhold til medicinering og behandlingsopfølgning i mange tilfælde kan forebygges.

Udfordringerne omkring den manglende viden om og kendskab til andre sektors arbejde, kompetencer og lovgivninger, har betydning for samarbejdet. Det kan medføre misforståelser i eksempelvis udskrivesituationer og behandlingsopfølgningen. Derudover finder rapporten det essentielt, at personalet på botilbuddene har tilstrækkelige kompetencer i forhold til medicinhåndteringen, hvilket også er et vigtigt indsatsområde.

Fra de identificerede patientsikkerhedsbrist har rapporten præsenteret en række konkrete anbefalinger til, hvordan regioner og kommuner kan styrke patientsikkerheden og sammenhængen i psykiatriske patienters behandlingsforløb. Rapporten kan derfor danne grundlag for organisationsmæssigt at kigge på, hvordan samarbejdet kan optimeres til gavn for patienterne.

Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe håber, at nærværende rapport kan bidrage til det fremtidige arbejde med at forbedre sikkerheden for de voksne psykiatriske patienter, der bor på sociale botilbud i Region Sjælland.

Rapporten vil, som tidligere nævnt, blive fremlagt og delt med det formål, at der iværksættes forandringstiltag til at forbedre behandlingsforløbene for de psykiatriske patienter, som bor på botilbud i Region Sjælland. Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe vil evaluere projektet og følge mønstre og tendenser i rapporterede utilsigtede hændelser på området.

14.0 Litteraturliste

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013. *Forbedringsmodellen*. Tilgængelig på: - <http://www.patientsikkertsygehus.dk/forbedringsmodellen.aspx> [Hentet 05.02.2015]
- Frederiksberg Kommune, Region Hovedstaden Psykiatri og Videncenter for Velfærdsledelse, 2013. *Inspirationskatalog Sådan kan I styrke det tværsektorielle samarbejde mellem regioner og kommuner*. Tilgængelig på: <http://www.velfaerdsledelse.dk/public/dokumenter/Inspirationskatalog.pdf> [Hentet 10.09.2014]
- Kessing, M. L & Poulsen, O.L., 2012. *Ledelse af det tværsektorielle samarbejde omkring den psykiatriske patient – en kondenseret udgave af undersøgelsens resultater*. Tilgængelig på: <http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/4C96690D-5E21-46EE-A3A5-4A7DE777D3B3/o/Kondenseretrapport.pdf> [Hentet 30.09.2014]
- Kommunekontaktråd Sjælland (KKR) og Region Sjælland, 2013. *Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum. Sundhedsaftalen 2010-2014*. Tilgængelig på: http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen%202010-2014/Documents/Sundhedsaftalen%202010-2014_Version%204%207%202013.pdf [Hentet 05.02.2015]
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013. *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*. Tilgængelig på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979> [Hentet 27.01.2015]
- Region Hovedstadens Psykiatri, 2013. *Samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og socialpsykiatriske botilbud i Københavns Kommune vedr. borgere i psykofarmakologisk behandling*. Tilgængelig på: <http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/C8574856-63FB-4F27-8BF5-34358B29B32E/o/Rapportvedr-samarbejdemellemKKogRHP.pdf> [Hentet 11.09.2014]
- Rådgivende Sociologer og Region Hovedstadens Psykiatri, 2012, *Tværsektorielle overgange i psykiatrien*. Tilgængelig på: <http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/A73CA0D3-5EF9-49BB-A3F8-06229D941A16/o/Overgangeipsykiatrien.pdf> [Hentet 10.12.2014]

- Sundhedsstyrelsen, 2014. *Rapport om serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser*. Tilgængelig på: http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Rapport-om-serviceeftersyn-af-rapsystem-utlisigtede-haendelser-juli-2014/Rap-om-serviceeftersyn-rapporteringssystemet-utlisigtede-haendelser.ashx [Hentet 27.01.2015]
- Trier, H., 2012. *Fordele ved at strukturere mundtlig kommunikation*. Ugeskrift for Læger 174/26-33. Tilgængelig på <http://www.laeger.dk/LF/UFL/2012/26/pdf/VP61939.pdf> [Hentet 27.01.2015]

Bilag

Bilag 1: Spørgeskema til speciallæger

Spørgeskema vedr. samarbejdet omkring den psykiatriske patient, som bor på socialt botilbud

Vi vil gerne bede jer udfylde nedenstående tre spørgsmål.

Det udfyldte skema kan I enten maile til: jjoh@regionsjaelland.dk eller sende til:

Janet Johannessen
Kvalitet og Udvikling
Regionshuset
Alléen 15
4180 Sorø

1. Praksis vedr. samarbejdet med de sociale botilbud om behandlingen og behandlingsopfølgning af den psykiatriske patient
--

<i>Beskriv hvordan du/I kommunikerer og samarbejder med de sociale botilbud.</i>
--

2. Hvad fungerer godt?

<i>Beskriv kort eksempler på gode patientforløb og gode samarbejdsoplevelser med sociale botilbud</i>

3. Forbedringsforslag

<i>Beskriv hvilke forbedringsforslag du/I kunne forestille jer, ville forbedre behandlingsforløbet for den psykiatriske patient og samarbejdet mellem de sociale botilbud og jer.</i>

Tak for ulejligheden

Bilag 2: Spørgeskema ledere botilbud

Behandling og behandlingsopfølgning af den voksne psykiatriske patient der bor på socialt botilbud

Formålet med dette spørgeskema er, at undersøge hvordan samarbejdet mellem de sociale botilbud og de ordinerende enheder (psykiatri, speciallæge og praktiserende læge) fungerer, når de skal samarbejde om den voksne (> 18 år) psykiatriske patient.

Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe i Region Sjælland har erfaret, at der er patientsikkerhedsmæssige udfordringer og dermed forbedringsmuligheder i samarbejdet mellem netop de sociale botilbud og de ordinerende enheder.

Det er derfor vigtigt, at vi får viden om, hvilke udfordringer I som botilbud møder i jeres dagligdag i det samarbejde, I har med psykiatri, speciallæge og praktiserende læge.

Derfor vil vi bede dig om at udfylde nedenstående spørgeskema. Besvarelsen er anonym, og tager cirka 5 minutter.

Dette spørgeskema henvender sig udelukkende til ledere af sociale botilbud, i de tilfælde hvor botilbuddet har beboere med psykiske lidelser.

1. Hvor mange medarbejdere er ansat i botilbuddet?

2. Hvor mange medarbejdere i botilbuddet, er sundhedsfagligt autoriseret (Social og sundhedsassistent eller sygeplejerske)?

3. Hvor mange voksne bor på dette tilbud?

4. Hvor mange beboere er i psykiatrisk behandling?

5. Hvem har det psykiatriske behandlingsansvar? (Sæt gerne flere krydser)

- (1) Psykiatrien
 - (5) Privat praktiserende speciallæge (psykiater)
 - (2) Privat praktiserende læge
 - (4) Andre
-

6. Hvordan vil du på en skala fra 1-6 karakterisere jeres samarbejde med nedenstående behandlingsenheder? 1 er meget dårligt, og 6 er meget godt.

	1	2	3	4	5	6
Samarbejdet med psykiatri (sygehus psykiatri)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Samarbejdet med privat praktiserende psykiater?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Samarbejdet med npraktiserende læge (egne læge)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

7. Hvordan fungerer samarbejdet mellem botilbuddet og de ansvarshavende for psykiatrisk behandling? jævnfør spørgsmål 4.

Hvad synes du der fungerer godt i samarbejdet?

Hvad synes du fungerer
mindre godt i samarbej-
det?

Mange tak for din deltagelse i vores spørgeskemaundersøgelse.

Venlig hilsen

Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe i Region Sjælland

