

Sektorsamarbejde i psykiatrien

Cand.psych. Morten Kistrup, cand.psych. Jesper Madsen, klinikchef Karin Helle Aggernæs & overlæge August G. Wang

ORIGINALARTIKEL

Psykiatrisk Center
Amager

RESUME

INTRODUKTION: Udviklingen har medført et øget behov for samarbejde mellem psykiatri og socialsektor. Intersektorielle brændpunkter afdækkes i en organisationspsykologisk analyse. Formålet er at undersøge sektorsamarbejdet og præsentere et nyt metodadesign, som medtænker patienter og personale i kvalitetsudvikling.

MATERIALE OG METODER: Resultater fra en opfølgingsundersøgelse af samarbejdet mellem Psykiatrisk Center Amager (PCA) og botilbud (BO) i Københavns Kommune præsenteres. Der blev indsamlet data ved strukturerede interview med patienter og kontaktpersoner fra begge sektorer (n = 60 i 2005, n = 87 i 2007). Der blev anvendt kvantitativ og kvalitativ metode samt et nyt triointerviewdesign med informantriader til undersøgelse af kvaliteten af intersektorielt samarbejde.

RESULTATER: Kvantitative data viste, at sektorsamarbejdet blev vurderet til at være utilfredsstillende i 2005 og 2007. Fra BO var der større tilfredshed i 2007 i forhold til 2005 for visse faser af den seneste konkrete indlæggelse. Kontaktpersonernes oplevelse af samarbejdet under det seneste konkrete indlæggelsesforløb var bedre end det generelle indtryk. Kvalitative data fra 2007 viste, at personalets holdning havde betydning for opfattelsen af samarbejdet hos alle informantgrupper.

KONKLUSION: Der var ingen større forbedringer fra 2005 til 2007. De konkrete forløb blev vurderet bedre end samarbejdet generelt.

Omlægningen af behandling af mennesker med psykiske sygdomme har medført en reduktion i antallet af psykiatriske sengepladser og udbygning af støtte-, bo- samt ambulante behandlingstilbud [1]. Sindslidende, der blev behandlet på Psykiatrisk Center Amager (PCA) med bopæl på botilbuddet Sundbygård, er tidligere beskrevet [2, 3]. I København blev der foretaget udbygning af botilbud (BO) i begyndelsen af årtusindeskiftet. Udviklingen har medført et behov for samarbejde på tværs af organisationer [4]. Inden for den interorganisatoriske forskning opfattes regiskift, hvor beboere på socialpsykiatriske BO periodevis indlægges, som brændpunkter mellem organisationer [5], idet der i disse tilfælde har vist sig at være et behov for samarbejde mellem sygehus- og socialsektoren [6].

Organisationspsykologien har beskæftiget sig med intergruppedynamik, som er de psykologiske processer, der foregår mellem grupper af mennesker [7]. Inden for dette felt er den eksperimentelle social-

psykologi blevet anvendt. *Sherif & Sherif* (1969) konkluderede med *Summer Camp*-eksperimenterne, at deltagere fra to konkurrerende grupper danner en intern samhørighed, negligerer interne forskelle og udvikler positive stereotyper om deres egen gruppes medlemmer (ind-gruppe-favorisering), mens der opstår negative stereotyper om den anden gruppes medlemmer (ud-gruppe-diskrimination). Ved samarbejde om et fælles projekt mellem grupper udvises den sociale positionering [8]. *Tajfel* (1981) udførte minimalgruppestudier, hvor han opstillede den mindst mulige gruppesituation. Der forekom hverken forhistorie eller interaktion imellem gruppe-medlemmerne, blot en konstatering af at de var medlemmer af en gruppe. *Tajfel* fandt til stadighed ind-gruppe-favorisering og ud-gruppe-diskrimination [9]. *Turner* (1982) fremførte, at fremtrædende sociale kategorier medfører en selvkategorisering i kontrast til andre [10]. *Tajfel & Turner* (1982) opstillede herefter et kontinuum mellem interpersonelle relationer og intergrupperelationer og udviklede den sociale identitetsteori. I den førstnævnte pol er individet fremtrædende og relationen til gruppen mindre betydningsfuld, mens individet i sidstnævnte pol depersonaliseres til fordel for gruppe-medlemskabet [11].

Artiklen er baseret på en interorganisatorisk undersøgelse af samarbejdet mellem PCA og BO i Københavns Kommune, Amager. Formålet er at belyse kvaliteten af samarbejdet gennem en organisationspsykologisk analyse samt at præsentere et nyt metodisk design.

MATERIALE OG METODER

Undersøgelsen blev iværksat af PCA og Københavns Kommunes Socialforvaltning. Formålet var at undersøge samarbejdet mellem PCA og BO. Undersøgelsen afdækkede intersektorielle brændpunkter relateret til perioder op til, under og efter indlæggelser. Dette blev målt ved graden af tilfredshed med samarbejdet hos den enkelte patient og dennes kontaktpersoner på henholdsvis PCA og BO. Med patienternes accept blev pårørende også interviewet [12].

Undersøgelsen var baseret på empirisk problemidentifikation med indsamling af data i 2005 og en opfølgende undersøgelse i 2007. Sidstnævnte var forudgået af kvalitetsforbedring i form af en samarbejds-

aftale, der omfattede: 1) bedre gensidig information ved introduktion af nyt personale og gensidige informationsmøder, 2) procedurer for samarbejde ved akutte henvendelser, indlæggelse og udskrivning, samt 3) procedurer for samarbejde under indlæggelsesperioden. Data blev indsamlet ved strukturerede interview med tre grupper af informanter: Patienter og kontaktpersoner fra henholdsvis PCA og BO. Inklusionskriterierne var som følger: Indlæggelse inden for de seneste 12 måneder på PCA samt bolig på BO. Baggrundsdata for deltagere/ikkedeltagere (bortfaldsanalyse) er fremkommet ved journaloplysninger.

Der blev målt *Global Assessment of Functioning* (GAF) som mål for funktionsnedsættelse. Denne skala er valideret [13]. Der er anvendt samme udgave, som indgår i det Nationale Indikatorprojekt (NIP) vedrørende skizofreni [14].

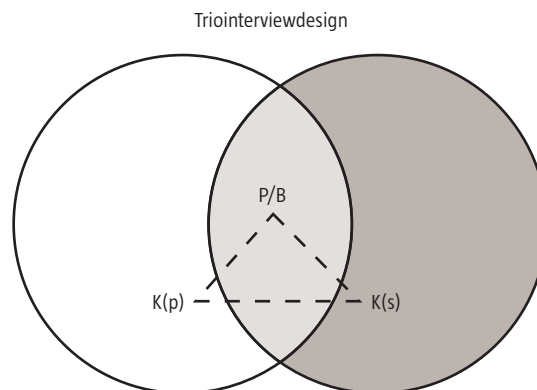
Undersøgelsens interview var baseret på spørgeskemaer, der belyste samarbejdet ved seneste indlæggelsesforløb og det generelle indtryk af samarbejdet. Spørgeskemaerne bestod af en kvantitativ og en kvalitativ del. Den kvantitative del belyste tilfredsheden med samarbejdet på en Likertskala fra 1 til 5. Den kvalitative del var udformet således, at informanterne anførte op til tre positive og negative kvalitative udsagn vedrørende sektorsamarbejdet. Udsagnene blev fortolket på baggrund af meningskondensering og -kategorisering [15].

TRIOINTERVIEWDESIGN

Almindeligvis anvendes medarbejderinterview i tilfredshedsundersøgelser om interorganisatorisk samarbejde [16]. I denne undersøgelse er der blevet udviklet et nyt triointerviewdesign (Figur 1). Metoden er et redskab til strukturering af spørgeskemainterview. Der tages udgangspunkt i patienten og kontaktpersoner fra de to sektorer, som er tilknyttet denne. Således opstår informanttriader, som belyser samarbejdet mellem sektorerne ud fra tre synsvinkler. Disse kan efterfølgende sammenholdes i en overordnet vurdering. Spørgeskemaerne blev konstrueret, så de be-

FIGUR 1

Grafisk fremstilling af triointerviewdesignet. Cirklene illustrerer de to sektorer, henholdsvis det psykiatriske center (hvid) og det socialpsykiatriske botilbud (mørkegrå), som overlapper i et brændpunkt (lys grå), hvor behovet for intersektorielt samarbejde er forøget. Patienten/beboeren (B/P) befinder sig i dette overlap, hvor kontaktpersoner fra de to sektorer – kontaktperson fra psykiatriske center (K(p)) og kontaktperson fra det socialpsykiatriske botilbud (K(s)) – samarbejder.



lyste samme genstandsfelt; kvaliteten af samarbejdet. Det var vores ønske at inddrage en fjerde aktør, pårørende, men blot otte ud af 20 (2005) og ti ud af 29 (2007) patienter tillod interview med pårørende.

ETIK

Undersøgelsen er ikke omfattet af Lov om et Videnskabetisk Komitesystem og Behandling af Biomedicinske Forskningsprojekter. Brug af patientdata omfattes af hospitalets tilladelse til opbevaring af journaloplysninger. Data var anonymiserede. Patienterne gav informeret samtykke til interview.

STATISTIK

Analyse af de kvantitative data for deltagere og ikkedeltagere (bortfaldsanalyse) gennemførtes ved hjælp af χ^2 -test for køn og t-test for alder og GAF. Besvarelsenerne af spørgeskemaet blev baseret på en fempunkts

TABEL 1

Baggrundsdata for deltagere og ikkedeltagere i 2005 og 2007.

	2005			2007		
	deltagere (n = 20)	ikkedeltagere (n = 29)	p-værdi	deltagere (n = 29)	ikkedeltagere (n = 15)	p-værdi
Køn, n (kvinder/mænd)	10/10	15/14	0,72 ^a	18/11	7/8	0,53 ^a
Alder, år (gns.)	42,2	39,7	0,48 ^b	41,9	40,0	0,78 ^b
GAF (gns.)	37,4	34,8	0,12 ^b	35,8	31,8	0,12 ^b

GAF = *Global Assessment of Functioning*.

a) χ^2 -test; b) t-test.

TABEL 2

Vurdering af sektorsamarbejdet (patienter/beboere). Antal og procent angiver positiv besvarelse (godt og meget godt). Mann-Whitney-testen er udregnet på basis af en fempunkts Likertskala.

	2005, n (%) (n = 20)	2007, n (%) (n = 29)	Mann-Whitney-test
Konkret forløb	9 (45)	17 (59)	0,46
Indlæggelsesfase	9 (45)	13 (45)	0,90
Indlæggelsesperiode	8 (40)	16 (55)	0,18
Udskrivelsesfase	7 (35)	17 (59)	0,12
Planlægning af efterbehandling	7 (35)	6 (21)	0,74
Generel vurdering, PCA	10 (50)	16 (55)	0,52
Generel vurdering, BO	10 (50)	18 (62)	0,30

PCA = Psykiatrisk Center Amager; BO = botilbud.

TABEL 3

Vurdering af sektorsamarbejdet (kontaktpersoner fra Psykiatrisk Center Amager og Botilbud). Antal og procent angiver positiv besvarelse (godt og meget godt). Mann-Whitney-testen er udregnet på basis af fempunkts Likertskala.

	2005, n (%) (n = 20)	2007, n (%) (n = 29)	Mann-Whitney-test
<i>Kontaktpersoner på PCA</i>			
Konkret forløb	11 (55)	15 (52)	0,74
Indlæggelsesfase	7 (35)	9 (31)	0,30
Indlæggelsesperiode	10 (50)	14 (48)	0,59
Udskrivningsfase	13 (65)	16 (55)	0,38
Planlægning af efterbehandling	6 (30)	7 (24)	0,79
Generelt indtryk	5 (25)	13 (45)	0,36
<i>Kontaktpersoner på BO</i>			
Konkret forløb	7 (35)	16 (55)	0,23
Indlæggelsesfase	11 (55)	14 (48)	0,13
Indlæggelsesperiode	6 (30)	20 (69)	0,04 ^a
Udskrivelsesfase	4 (20)	15 (52)	0,02 ^a
Planlægning af efterbehandling	1 (5)	9 (31)	0,04 ^a
Generelt indtryk	1 (5)	7 (24)	0,08

PCA = Psykiatrisk Center Amager; BO = botilbud.

a) Statistisk signifikant (positiv) ændring.

Likertskala (1: meget dårligt, 2: dårligt, 3: neutralt, 4: godt, 5: meget godt) og er belyst som et positivt resultat (værdierne 4 og 5). Statistikken blev baseret på Mann-Whitney-test. Styrkeberegning blev foretaget ved hjælp af StudySize 2.04 [17].

RESULTATER

I Tabel 1 præsenteres baggrundsdata for deltagere/ikkedeltagere i 2005 og 2007. Der blev ikke fundet

signifikante forskelle for hverken køn, alder eller GAF. I 2005 og 2007 opfyldte henholdsvis 49 og 44 patienter inklusionskriterierne, hvoraf 20 og 29 deltog. Deltagernes gennemsnitlige GAF-værdi var 37,4 i 2005 og 35,8 i 2007. Der var ikke signifikant forskel på GAF for deltagerne i 2005 og 2007 ($p = 0,34$).

Af Tabel 2 fremgår de kvantitative data om patienternes oplevelse af tilfredshed med samarbejdet mellem PCA og BO i 2005 og 2007, både for samarbejdet under det seneste konkrete indlæggelsesforløb og det generelle indtryk af samarbejdet. Den konkrete indlæggelse er inddelt i faser. Der blev ikke fundet signifikante ændringer fra 2005 til 2007.

I Tabel 3 vises, hvordan kontaktpersoner på PCA og BO vurderede oplevelsen af samarbejdet. Blandt PCA-kontaktpersoner blev der ikke fundet signifikante ændringer fra 2005 til 2007. Blandt BO-kontaktpersonerne blev der fundet signifikant positiv ændring for tre af faserne i det seneste konkrete indlæggelsesforløb: Indlæggelsesperioden, udskrivningsfasen og planlægning af efterforløbet, men ikke for indlæggelsesfasen, ej heller for det konkrete forløb som helhed. Samarbejdet under det seneste indlæggelsesforløb blev vurderet bedre end det generelle indtryk af kontaktpersoner fra både PCA og BO og både i 2005 og 2007 (for alle kontaktpersoner og for begge årene: $p = 0,001$).

I Tabel 4 vises de kvalitative udsagn om samarbejdet fra de tre informantgrupper. I den kvalitative del af undersøgelsen viste det sig, at patienterne i 2007 fremhævede personalet, når samarbejdet mellem sektorerne blev vurderet. I 2007 blev personalet i højere grad end i 2005 fremhævet, når samarbejdet blev vurderet som negativt. Når kontaktpersonerne på BO vurderede personalet på PCA, var det særligt samarbejdsvilje og imødekommenhed, som blev fremhævet ved de positive vurderinger, mens det var manglende og dårlig information fra PCA ved de negative vurderinger. Kontaktpersonerne på PCA fremhævede samarbejdsvilje og besøg samt imødekomende personale i 2007 som positive elementer, og manglende besøg, manglende information samt manglende kontakt til BO i 2007 som negative elementer. I 2005 fandt PCA-kontaktpersoner, at BO-kontaktpersoner ønskede hyppigere/tidligere indlæggelse end vurderet fra PCA.

DISKUSSION

Triointerviewdesignet giver mulighed for at undersøge kvaliteten af samarbejde på en ny måde. Designet muliggør en direkte inddragelse af patienter og disses kontaktpersoner. Undersøgelsen er foretaget i 2005 med opfølgning i 2007, og således er samarbejdet belyst før og efter implementering af kvalitetsfor-



TABEL 4

Kvalitative udsagn om sektorsarbejdet i 2005 og 2007.

Undersøgelse	Positive udsagn		Negative udsagn	
	konkret forløb: n (%)	generelt indtryk: n (%)	konkret forløb: n (%)	generelt indtryk: n (%)
<i>2005 (n = 20)</i>				
Patienter/beboere	Besøg fra BO: 6 (30) Forplejning: 3 (15)	Gode samtaler: 4 (20) Forplejning: 3 (15)	Behandling mod eget ønske: 4 (20) Lang ventetid i modtagelse: 3 (15)	Uro/korridoraftaler: 4 (20) Lukket miljø: 4 (20)
Kontaktpersoner, BO	Tryk og ro: 4 (20) Rumme beboere: 2 (10)	Åbenhed: 3 (15) Gode kontaktpersoner: 3 (15)	Dårlig information: 9 (45) Lang ventetid: 4 (20)	Åbenhed: 3 (15) Gode kontaktpersoner: 3 (15)
Kontaktpersoner, PCA	God kontakt: 6 (30) Godt samarbejde: 4 (20)	Samarbejdsvilje: 6 (30) Jævnlig besøg: 4 (20)	For tidlig indlæggelse: 3 (15)	Store krav til patienten: 7 (35) Mangelfuld uddannelse: 4 (20)
<i>2007 (n = 29)</i>				
Patienter/beboere	Forplejning: 12 (41) Venligt personale: 10 (35)	Venligt personale: 11 (38) Venligt personale: 20 (69)	For lidt tid til patienterne: 6 (21) Nedladende personale: 6 (21)	Utilfredshed med kontaktperson: 5 (17) Irritabelt personale: 8 (28)
Kontaktpersoner, BO	Effekt af indlæggelse: 7 (24) Samarbejdsvilje: 6 (21)	Imødekommenhed: 12 (41) Samarbejdsvilje: 8 (28)	Manglende information: 4 (14) Lang ventetid ved modtagelse: 4 (14)	Manglende info ved udskrivelse: 8 (28) Manglende info under indlæggelse: 7 (24)
Kontaktpersoner, PCA	Imødekomende personale: 11 (38) Samarbejdsvilje: 7 (24)	Samarbejdsvilje: 6 (30) Jævnlig besøg: 4 (20)	Manglende information: 4 (14) Dårlig telefonisk kontakt: 4 (14)	Manglende besøg: 9 (31) Dårlig daglig kontakt: 5 (17)

BO = botilbud; PCA = Psykiatrisk Center Amager.

bedrende tiltag. Det er en svaghed, at undersøgelsen er begrænset til et relativt lille antal respondenter. I den kvantitative del er undersøgelsen kun i stand til at opfange middelstore ændringer (omkring 0,3) med rimelig statistisk styrke (forklaringskraft på omkring 0,8), vurderet ved hjælp af StudySize 2.04.

De kvantitative data i Tabel 2 og 3 er fremstillet således, at neutralt er kategoriseret som negativt. Dette skyldes dels overskuelighed, dels at mange deltagere vurderede samarbejdet som neutralt, fordi de mente, at der ikke var noget samarbejde at vurdere. Dette bør derfor forstås som et negativt udsagn om samarbejdet.

Mens de kvantitative data giver et mål for tilfredsgraden med samarbejdet mellem de to sektorer, så muliggør de kvalitative data en præcisering af, hvilke faktorer ved samarbejdet, der fører til de positive eller negative vurderinger. Denne viden er afgørende, når der senere skal indføres kvalitetsforbedrende tiltag. Den kvalitative undersøgelse viser, at alle informanter bevæger sig fra at betone andre faktorer, som trykke rammer og ro i 2005, i retning af at fremhæve personalet, såvel positivt som negativt i 2007. Personalets venlighed og imødekommenhed blev fremhævet, når samarbejdet oplevedes som tilfredsstillende, og personalets nedladenhed, irritabilitet samt manglende tid til patienterne blev fremhævet, når samarbejdet oplevedes som utilfredsstillende.

Fælles for samarbejdet i 2005 og 2007 er, at det fungerede bedre under selve indlæggelsen og i forbindelse med udskrivelse. Både i 2005 og 2007 fore-

kom der hos kontaktpersonerne i de to sektorer en signifikant diskrepans mellem oplevelsen af samarbejdet ved det seneste indlæggelsesforløb og det generelle indtryk af samarbejdet mellem sektorerne, om end diskrepansen var størst i 2005. En mulig forklaring på denne diskrepans er intergruppedynamik [7]. Kontaktpersonerne fra de to sektorer tog udgangspunkt i negative stereotyper og sociale kategoriseringer af hinanden, når de vurderede det generelle indtryk af samarbejdet. De sociale kategorier, man identificerer sig med, er afhængige af forskellen i de sociale kategorier, man møder hos den anden [8-11]. Således vil en kontaktperson fra psykiatrien i den generelle vurdering af samarbejdet med en kontaktperson fra socialpsykiatrien se sin arbejdsopgave som markant anderledes og vice versa, hvilket kan besværliggøre samarbejdet, idet den sociale positionering fastholdes. Dette gælder ikke under det seneste indlæggelsesforløb. Her samarbejder man konkret med en (kontakt-)person fra den anden sektor om en patient, der befinder sig i et overlap mellem sektorerne under indlæggelse eller udskrivelse. Her er det muligt for kontaktpersonerne at arbejde sammen. Det kan antages, at der her opstår et skift fra en intergrupperelation til en interpersonel relation, hvor individet træder frem og gruppedannelsen i baggrunden. Dermed opstår en ny gruppedannelse mellem patienten og dennes kontaktperson på PCA og BO, der er baseret på et samarbejde om behandling og omsorg for den enkelte patient.

Resultaterne viser, at kvalitetsforbedringerne i

2006 i et begrænset omfang havde den ønskede effekt. Kun kontaktpersoner på BO vurderede på nogle områder samarbejdet bedre i 2007. Årsagen til dette kan være, at de kvalitetsforbedrende tiltag ikke er blevet fuldt ud implementeret, dvs. kendt af personale og patienter. Personaleudskiftning og manglende prioritering af sektorsamarbejdet grundet andre arbejdsopgaver, herunder implementering af kommunalreformen, kan også have haft betydning. En væsentligere årsag kan være forskellige arbejdskulturer, der er begrundet i forskellige ideologier og regelsæt, som belyst i ovenstående. En psykiatrisk patient skal have en behandlingsplan [18], og en beboer skal have en social handleplan [19]. Snitfladen imellem disse to planer er et brændpunkt, der er en udfordring for samarbejdet mellem sektorerne.

EFTERSKRIFT

Undersøgelsen Sektorsamarbejde [12] blev drøftet på møde med projektgruppe, patienter, pårørende og personale. Det blev besluttet at justere samarbejdsaftalen under hensynstagen til den lovbestemte Sundhedsaftale [20] og sætte fokus på:

- 1) Åbenhed og imødekommenhed hos personalet.
- 2) Opsøgende kontaktpersoner.
- 3) Møder ved indlæggelse og udskrivelse og kontakttider mellem kontaktpersoner fra de to sektorer.
- 4) Orienteringsmøder om forskellige arbejdsvilkår og -metoder sektorerne imellem.
- 5) Arbejdsmetoder og -kultur. Dette skal indbefatte uddannelse om arbejdsmetoderne i de to sektorer, samt hvordan sektorerne kan komplettere hinanden i et intersektorielt samarbejde.

KORRESPONDANCE: August G. Wang, Psykiatrisk Center Amager, Digevej 110, DK-2300 København S. E-mail: August.wang@amh.regionh.dk

ANTAGET: 20. april 2009.

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Personale på Psykiatrisk Center Amager og botilbud i Københavns Kommune samt patienter og pårørende takkes for værdifuldt arbejde og stor hjælp. Støtte: Socialministeriet j.nr.87131-0942 og bevilling fra H:S-direktionen.

LITTERATUR

1. Leff J. Why is care in the community perceived as a failure? Editorial. Br J Psych 2001(179):381-3.
2. Jensen P, Wang AG, Aggernæs KH. Fra psykiatrisk plejehospital til bcenter for yngre sindslidende. Ugeskr Læger 1999;162:1214-8.
3. Breddam C, Wang AG, Aggernæs KH. Beboere på den psykiatriske boinstitution Sundbygaard. Ugeskr Læger 2007;169:307-10.
4. Seemann J. Organisationer set på tværs – introduktion til interorganisatorisk analyse. I Bømler TU, ed. Sociale organisationer i en omstillingstid. København: Socialpædagogisk Bibliotek, 2. udgave, 2002:202-20.
5. Seemann J. Når organisationer skal samarbejde. Munksgaard, 1996:47-66.
6. Seemann J. Organisationer set på tværs – introduktion til interorganisatorisk analyse. I: Bømler TU, ed. Sociale organisationer i en omstillingstid. København: Socialpædagogisk Bibliotek, 2. udgave, 2002: 202-20.
7. Visholm S. Intergruppedynamik. I: Heinskou T & Visholm S, eds. Psykodynamisk organisationspsykologi, København: Munksgaard, 2004:127-58.
8. Sherif M & Sherif C. Social Psychology. New York: Harper and Row, 1969.
9. Tajfel H. Human groups and social categories. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
10. Turner JC. Towards a cognitive redefinition of the social group. I: Tajfel H, ed. Social identity and intergroup relations. Cambridge: Cambridge University Press, 1982:15-40.
11. Tajfel H. Social identity and intergroup relations. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
12. Sektorsamarbejde, Psykiatrisk Center Amager, www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatriske+centre/Psykiatrisk+Centre+Amager/ (4. december 2008).
13. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M et al. A brief mental health outcome scale – interreliability and validity of the Global Assessment of Functioning. Br J Psych 1995;166:654-9.
14. www.nip.dk (4. december 2008).
15. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels forlag, 2000.
16. Seemann J & Antoft R. Shared care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg: Aalborg kommunes Demensudredningsmodel i praksis, 2002:3.
17. www.studysize.com (4. december 2008).
18. Lovbekendtgørelse nr. 1111 af 01.11.2006. Bekendtgørelse af Lov om Anvendelse af Tvang i Psykiatrien (Psykiatriloven).
19. Lovbekendtgørelse nr. 1117 af 26.09.2007. Bekendtgørelse af Lov om Social Service.
20. Samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelse (voksne) mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune. www.psykiatri-regionh.dk/menu/Sygdom+behandling/Kommunesamarbejde/Sundhedsaftaler/Samarbejdsaftaler++voksenpsykiatri/ (19. september 2008).

Diagnostik og behandling af spigellihernie

Reservelæge Martin Louring-Andersen, overlæge Flemming Pii Hjørne, overlæge Jan Skovdal & overlæge Thue Bisgaard

ORIGINALARTIKEL

Køge Sygehus,
Kirurgisk Afdeling

RESUME

INTRODUKTION: Spigellihernie er sjældent og har høj risiko for strangulation. Diagnosen er vanskelig, og symptomerne kan imitere en række andre lidelser. Vi beskriver vores erfaringer og diskuterer diagnostik og behandling i relation til den sparsomme litteratur.

MATERIALE OG METODER: Syvårigt, retrospektivt enkeltcenter studie med prospektiv followup af et konsekutivt materiale.

RESULTATER: Ud af 379 patienter med ventralhernie fandtes 12 patienter med 13 spigellihernier. Der blev foretaget fire akutte herniotomier (åben operation) grundet strangulation og otte elektive herniotomier (laparoskopisk (n = 7); åben (n = 1)). Over for en patient anvendtes en afventende holdning. Hyppigste klager var smerter og udbuling. Ni patienter havde en palpabel udbuling, som hos tre kunne reponeres. Kun to af de ni patienter havde en palpabel brokport. Udredningsforløbene var led-