

Fælles visitation i Randersklyngen og Midtklyngen

Hvilke organisatoriske forhold hæmmer og fremmer fælles visitation?

Marts 2019



Fælles visitation i Randersklyngen og Midtklyngen
- Hvilke organisatoriske forhold hæmmer og fremmer fælles visitation?

© DEFACTUM, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, marts 2019

Udarbejdet af:

Lise Marie Witt Udsen, konsulent

Stina Juel Lanken, konsulent

Rapporten kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM
Region Midtjylland
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Tlf. 7841 0003

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INTRODUKTION	1
1.1	BAGGRUND	1
1.2	HVAD ER FÆLLES VISITATION?	1
1.3	KORT OM DE TO KLYNGEPROJEKTER	1
1.4	OM ORGANISATIONSANALYSEN	2
2	OPSUMMERING OG KONKLUSION	4
2.1	OPSUMMERING	4
2.2	KONKLUSION	5
3	HÆMMENDE FAKTORER	7
3.1	KONFERENCKALDET FUNGERER IKKE SOM TILSIGTET	7
3.2	REKVIRERING AF AKUTTEAM ER BESVÆRLIGT FOR LÆGEN	11
3.3	VAGTLÆGEN STÅR UDEN FOR SYSTEMET	13
3.4	BEGRÆNSNINGER PÅ AKUTTEAMETS MULIGHED FOR AT VÆRE ET ALTERNATIV TIL INDLÆGGELSE	15
3.5	KENDSKAB TIL HINANDENS KOMPETENCER ER ENDNU IKKE UDBREDT	16
3.6	DER MANGLER AFTALER OM PATIENTTYPER OG ANSVARFORDELING	18
3.7	RAMMERNE FOR PROJEKTET	18
4	FREMMENDE FAKTORER	20
4.1	SAMARBEJDET MELLEM DE TRE AKTØRER FUNGERER GODT	20
4.2	AKUTSYGEPLEJERSKERNES KOMPETENCER	22
4.3	ØGET BRUG AF AKUTTILBUD	22
4.4	BEHANDLINGSMÆSSIGT KAN DET GIVE MENING AT UNDGÅ INDLÆGGELSE	23
5	BILAG	25
5.1	BILAG 1: METODISKE OVERVEJELSER	25
5.2	BILAG 2: BESKRIVELSE AF DIAGRAM OVER VAGTLÆGENS HANDLEMULIGHEDER	26

1 INTRODUKTION

1.1 Baggrund

Sundhedsstyregruppens formandskab har bevilget midler fra Beredskabspuljen til en organisationsanalyse af to projekter om afprøvning af fælles visitation af ældre medicinske patienter over 65 år i Randersklyngen og Midtklyngen. Klyngeprojekterne om fælles visitation er en del af satspuljeprojektet "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt", som løber fra 2017 til 2019.

Organisationsanalysen er gennemført af DEFACTUM.¹

1.2 Hvad er fælles visitation?

Fælles visitation skal forstås således, at visitationen af patienterne foretages koordineret i et samarbejde mellem almen praksis, hospitalsvisitation og kommunale akutteams. Konkret har man i projekterne forsøgt at skabe en fælles visitation med udgangspunkt i hospitalsvisitationerne. Det er foregået således, at hospitalsvisitationen har forsøgt at koble en sygeplejerske fra det kommunale akutteam i den relevante kommune på samtalen via konferencekald, når en læge har ringet til hospitalsvisitationen om en patient i målgruppen for projektet.

Målet med fælles visitation er at sikre det rette tilbud til patienterne og om muligt hindre indlæggelser, når det er relevant med et andet tilbud end indlæggelse.

1.3 Kort om de to klyngeprojekter

1.3.1 Konferencekald

Begge klyngeprojekter har afprøvet konferencekald i vagttid som et redskab i den fælles visitation men i to forskellige varianter. I denne analyse bruges begrebet konferencekald som en fælles beskrivelse for de to løsninger.

Konferencekaldet skal koble samtalen mellem vagtlæge, kommunalsygeplejerske og hospitalsvisitation sammen, så det hurtigt kan afklares, hvilket tilbud der er bedst for patienten/borgeren. I Randersklyngen har man afprøvet en telefonsvarerbesked, når lægen ringer ind til hospitalsvisitationen, hvor lægen ved at taste 1-2-3 eller 4 kan angive, om han/hun ønsker at få en kommunal akutsygeplejerske fra en af de fire kommuner i klyngen koblet på samtalen via konferencekald. I Viborg har sygeplejerskerne i hospitalsvisitationen selv spurgt lægerne, når de har ringet ind, om det var relevant at koble en kommunal akutsygeplejerske på samtalen via konferencekald.

1.3.2 Midtklyngen

I Midtklyngen har man fokuseret på at integrere hospitalsvisitation, Callcenter og sygeplejersker fra kommunernes akutfunktioner i en enhed ved navn 'Sundhedsvisitation Midt', og bemanningen er blevet udvidet frem til klokken 22.00 alle ugens dage. Intentionen er, at Sundhedsvisitation Midt koordinerer de enkelte patientforløb i et integreret samarbejde mellem almen praksis, kommunal akutfunktion/hjemmesygeplejersker og det i forvejen eksisterende Callcenter.

Midtklyngens projekt har primært fokuseret på relationsdannelse mellem de involverede aktører som et redskab i den fælles visitationsproces. I hospitalsvisitationen har der desuden været fokus på at opbygge viden om de kommunale akuttilbud i klyngen for at kunne vejlede lægerne. Konferencekaldet har i Midtklyngen kun været en mindre del af projektet og har kun været anvendt i

¹ DEFACTUM er et forsknings- og konsulenthus i Region Midtjylland.

samarbejdet om patienter i Viborg Kommune på grund af tekniske udfordringer i forhold til de andre kommuner i klyngen.

1.3.3 Randersklyngen

I Randersklyngen har man arbejdet på at udvikle og etablere en virtuel, tværsektoriel visitationsenhed ad to veje:

- 1) At koble samtalen mellem egen læge, kommunalsygeplejerske og hospitalsvisitation sammen, så det hurtigt kan afklares, hvilket tilbud der er bedst for patienten/borgeren.
- 2) At udvikle et fælles IT-overblik over tilgængelig kapacitet på tværs af kommune(r) og hospital.

Der har undervejs i projektet været overvejelser om, hvorvidt et fælles IT-overblik ville fungere rent teknisk og efter hensigten, og i tiden for interviewene til denne analyse var det blevet besluttet at opgive arbejdet med IT-overblikket. Siden afslutningen af interviewene er det imidlertid blevet besluttet at genoptage arbejdet med IT-overblikket, men det er således ikke et forhold, der er belyst i denne analyse.

1.4 Om organisationsanalysen

Organisationsanalysen er gennemført i perioden december 2018 – marts 2019. Interviewene, som organisationsanalysen bygger på, er foretaget i januar 2019.

Formålet med organisationsanalysen er at identificere hvilke organisatoriske vilkår – knyttet til den fælles visitation – som virker fremmende/hæmmende for, at de svageste ældre ved akut sygdom får det rette tilbud ved den første kontakt i vagttid.

Organisationsanalysen skal give svar på hvilke fremmende/hæmmende faktorer, der kan tænkes ind i en eventuel fremtidig implementering af fælles visitationsenheder.

Afgrænsning af analysen

Klyngerne har valgt at organisere sig forskelligt i arbejdet med at skabe en fælles visitation. Organisationsanalysen vil derfor ikke have til formål at pege på den ene model frem for den anden, men i stedet fokusere på at belyse, hvilke organisatoriske udfordringer/barrierer projekterne er stødt på undervejs, samt hvilke interventioner der har givet positive/fremmende resultater i arbejdet for at skabe en fælles visitation på tværs af almen praksis, kommunalt og regionalt regi.

Undersøgelsen er foretaget via telefoninterviews med ti repræsentanter fra almen praksis, kommunale akutteams, hospitalsvisitation samt klyngeprojekterne. Den metodiske tilgang beskrives i bilag 1.

De to klyngeprojekters afprøvning af konferencekald, hvor den kommunale akutsygeplejerske kobles på samtalen mellem lægen og hospitalsvisitationen har kun resulteret i få konferencekald til kommunale akutsygeplejersker. Det betyder, at interviewpersonerne i flere tilfælde ikke eller kun meget få gange har medvirket i et konferencekald mellem lægen, akutsygeplejersken i kommunen og hospitalsvisitationen. Interviewene har derfor også omhandlet interviewpersonernes erfaringer i samarbejdet mellem almen praksis, akutteams og hospitalsvisitation ud over de konkrete prøvehandlinger.

Analysen fokuserer på vagttid. Dette skyldes, at der i dagstid allerede eksisterer et vist samarbejde mellem almen praksis og kommunale akutteams, og at lægen ofte har haft kontakt til det kommunale akutteam forud for kontakt til hospitalsvisitationen i dagstid. Af samme grund har klyngeprojekterne justeret deres prøvehandlinger til at foregå i vagttid. I Randersklyngen har

man lavet første prøvehandling i dagstid kl. 10-15 i perioden januar 2018 - marts 2018 og fra 1. november 2018 er der sat gang i en prøvehandling i vagttid fra kl. 16-21. I Midtklyngen har man udvidet Callcenterets åbningstid til kl. 22, og prøvehandlingen med konferencekald blev sat i gang medio maj 2018. Konferencekaldet er dog kun afprøvet i forhold til patienter i Viborg Kommune.

2 OPSUMMERING OG KONKLUSION

I det følgende gengives hovedpointerne fra analysen af henholdsvis hæmmende og fremmende organisatoriske faktorer i oversigtsform. Pointerne er beskrevet og underbygget med citater i de følgende kapitler i rapporten, hvor man således kan læse mere om, hvorfor netop disse organisatoriske forhold virker hæmmende eller fremmende for målet om at skabe en fælles visitation, der foregår i et koordineret samarbejde mellem almen praksis, hospital og kommune.

Efter de to opsummerende tabeller følger konklusionen på analysen.

2.1 Opsummering

I de følgende to tabeller er de hæmmende og fremmende faktorer, som er kommet frem på baggrund af interviewene, vist i oversigtsform.

Tabel 2.1 Oversigt over hæmmende faktorer

OVERSIGT OVER HÆMMENDE FAKTORER OPLEVET I DE TO KLYNGEPROJEKTER	
Konferencekaldet fungerer ikke som tilsigtet	<ul style="list-style-type: none">• Konferencekaldet ligger for sent i beslutningskæden• Vanskeligt at gøre konferencekaldet relevant i nuværende set-up• Konferencekaldet tager tid• Telefonsvarerbesked fører ikke til konferencekald• Manglende kendskab til projektet blandt lægerne
Rekvirering af akutteam er besværligt for lægen	<ul style="list-style-type: none">• Det tager tid i en presset vagt og mangler fast procedure• Ingen elektronisk udveksling af data mellem vagtlæge og akutteam• Lægerne ønsker honorering for rekvirering af akutteams i vagttid• Patienten skal i nogle tilfælde selv betale for transport til akutplads• De pårørende presser på for indlæggelse
Vagtlægen står uden for systemet	<ul style="list-style-type: none">• Vagtlægen kender ikke patienten og kan ikke se patientens journal• Vagtlægen kender ikke lokale akuttilbud i kommunen• Manglende mulighed for opfølgning og tryghed for vagtlægen• Vanskeligt at videregive behandlingsansvaret til andre
Begrænsninger på akutteamets mulighed for at være et alternativ til indlæggelse	<ul style="list-style-type: none">• Restriktioner på opbevaring af medicin og væske samt handlemuligheder• Dækning og normering – geografien kan udfordre
Kendskab til hinandens kompetencer er endnu ikke udbredt	<ul style="list-style-type: none">• Kendskab og relationer opbygges en-til-en• Samarbejdet foregår kun telefonisk• Er der fokus på den rette vagtlægefunktion?
Der mangler aftaler om patienttyper og ansvarsfordeling	<ul style="list-style-type: none">• Vagtlægen har ingen aftaler at støtte sig til
Rammerne for projektet	<ul style="list-style-type: none">• Variation i projektdeltagernes organisatoriske tilhørsforhold• Svært genstandsfelt – indsatsen kan ikke planlægges• Projektleddelse sideløbende med daglig drift

Tabel 2.2 Oversigt over fremmende faktorer

OVERSIGT OVER FREMMENDE FAKTORER OPLEVET I DE TO KLYNGEPROJEKTER	
Samarbejdet mellem de tre aktører fungerer godt	<ul style="list-style-type: none"> • God tone, velvilje og fælles mål • Tiltag til at skabe større kendskab mellem aktører er i gang og flere er på vej • Flexibilitet i hverdagen
Akutsygeplejerskernes kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinationen af særlige kliniske kompetencer og beslutningskompetence
Øget brug af akuttilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Kendskab til hinanden giver øget brug af akutteam • Der er kommet mere fokus på akutpladser og flere af dem
Behandlingsmæssigt kan det give mening at undgå indlæggelse	<ul style="list-style-type: none"> • Det kan være en fordel at undgå indlæggelse for nogle grupper

2.2 Konklusion

På baggrund af de indsamlede data træder det frem, at konferencetildet ikke opfylder det formål, som det var tiltænkt – nemlig at sikre, at det kommunale akutteam kommer med i vurderingen af, om patienten kan få et kommunalt akuttilbud som alternativ til indlæggelse. Interviewpersonerne vurderer, at konferencetildet ligger for sent i beslutningskæden, og derfor har lægen allerede truffet sin beslutning, når vedkommende ringer op til hospitalsvisitationen. Man kan overveje, om der med fordel kan laves prøvehandlinger tidligere i forløbene, så akutteams tænkes ind som en samarbejdspart allerede der, hvor den visiterende vagtlæge overvejer forskellige muligheder. Det fremgår desuden, at lægen kan føle sig mere tryk ved at holde patienten i hjemmet eller på en kommunal akutplads, hvis kommunikationen foregår med en kommunal akutsygeplejerske, som kan tale lægens sprog og observere og vurdere samt foretage vitale målinger. Spørgsmålet er, om de kommunale akutsygeplejerskers særlige kliniske kompetencer og beslutningskompetence i højere grad kunne bringes i spil tidligere i patientens forløb.

Det fremgår af data, at rammerne ikke understøtter, at vagtlægen vælger et kommunalt akuttilbud – det er for besværligt, der mangler en fast procedure for de alternative løsninger til indlæggelse, det tager tid, og så mangler der ifølge lægerne honorering. Samtidig har vagtlægen ikke mulighed for at danne sig det fulde overblik over patientens situation, fordi vagtlægen som aktør står uden for det resterende sundhedssystem og dermed uden relevant data om borgeren fra kolleger, kommune, hospital eller praktiserende læger. Det vil sige, at vagtlægen skal tage hurtige beslutninger uden at have nogen informationer at støtte sig til, når vedkommende står ude hos patienten. Hvis vagtlægen skal kunne træffe andre beslutninger – og flere beslutninger om at bruge kommunale akuttilbud – skal der skabes rammer, herunder IT-mæssige rammer, som understøtter dette og giver vagtlægen det nødvendige beslutningsgrundlag.

Samtidig efterlyser interviewpersonerne, at der træffes beslutninger om, hvordan behandlingsansvaret kan gives videre – fra en vagtlæge til en anden, fra en vagtlæge til egen læge, fra en vagtlæge til en sygehuslæge som kontakt for akutteamet efter, at vagtlægens vagt er slut. Det kan derfor være en fordel at forventningsafstemme og præcisere i eventuelle fremtidige samarbejdsaftaler om fælles visitation for projektets målgruppe, hvordan man håndterer problemstillingen med behandlingsansvaret ved vagtskifte.

På tværs af interviewene fremhæves det, hvor vigtigt kendskabet til hinandens kompetencer er som grundlag for, at lægen benytter det kommunale akutteam. På baggrund af de indsamlede

data ser det således ud til, at det er lægens kendskab til akutteamet, som er helt afgørende for om akutteamet kommer i spil. Det nævnes også af flere interviewpersoner, at de læger, som allerede kender akutteamet, er gode til at benytte akutteamet og ofte også allerede selv har haft kontakt til den kommunale akutsygeplejerske, inden de ringer op til hospitalsvisitationen. Tanken med konferencekaldet i hospitalsvisitationen var, at det rette tilbud skulle sikres ved at få de tre parter til at tale sammen i samme telefonopkald. Måske kan man opnå samme virkning ved at satse mere på at styrke den bilaterale kontakt mellem vagtlægen og akutteamet.

En øget bilateral kontakt fra vagtlægen til de kommunale akutteams forudsætter dog, at det er nemt for vagtlægen at gennemskue og få overblik over kommunale akuttilbud på tværs af kommuner. Det er vigtigt at fjerne tvivl om, hvad den enkelte kommune har af kompetencer og tilbud på det akutte område, så det ikke er lægens tvivl om mulighederne i de forskellige kommuner, der gør det vanskeligt at benytte de kommunale akuttilbud.

Lægen bliver således den centrale brik i arbejdet om fælles visitation, eftersom lægen har indlæggelsesretten. Derfor er det afgørende at få den allerførste vagtlæge, der er i kontakt med patienten eller pårørende i vagtlægetelefonvisitationen, til at betragte det kommunale akutteam som en samarbejdspart, der med fordel kan aktiveres tidligt i forløbet. Hvis kendskabet til hinanden er den afgørende faktor for lægernes brug af de kommunale akutteams, er det vigtigt at fokusere kræfterne på at skabe dette kendskab. Det vil sige, at få flere akutsygeplejersker med vagtlægerne på vagt, hvis det er muligt, fremfor at forsøge at få et konferencekald, som i de hidtidige prøvehandlinger næsten ikke er blevet benyttet i vagttid, til at fungere. Der er allerede gode takter at spore for viljen til at samarbejde blandt de tre aktører – især når de kender hinanden.

3 HÆMMENDE FAKTORER

I dette afsnit beskrives de organisatoriske faktorer, der virker hæmmende for en visitationsproces, der inddrager alle tre parter: almen praksis, hospitalsvisitation og det kommunale akutteam.

3.1 Konferencekaldet fungerer ikke som tilsigtet

3.1.1 Konferencekaldet ligger for sent i beslutningskæden

Som en del af organisationsanalysen er der udarbejdet et diagram over vagtlægens handlemuligheder – se figur 3.1.² på den følgende side. Diagrammet viser også, hvornår hospitalsvisitationen kommer ind i forløbet – og dermed, hvornår i forløbet det med det nuværende set-up er muligt at foretage et konferencekald mellem almen praksis, kommunal akutsygeplejerske og hospitalsvisitation.

Diagrammet illustrerer, at hospitalsvisitationen typisk først kommer ind i forløbet, når lægen har foretaget en vurdering af patienten. Det betyder, at lægen for det meste har truffet sin beslutning, når vedkommende taler med sygeplejersken i hospitalsvisitationen. Det betyder, at lægen i mange tilfælde ikke finder det relevant, at hospitalsvisitationen kobler en kommunal akutsygeplejerske på samtalen for at se, om det var en opgave, der kunne løses i kommunalt regi. Dette bekræftes af både læger og sygeplejersker i interviewene, som fortæller, at lægen som regel har besluttet sig for, om en patient skal indlægges, når vedkommende ringer op til hospitalsvisitationen. Resultatet heraf bliver, at den kommunale

*"Jeg tror, at hvis man sidder som vagtlæge og har brugt rigtig meget tid på måske at undersøge derude om det kan klares i hjemmet og tale med familien, og så har man sagt, "Nu ringer jeg op og indlægger dig", så har man ligesom også sagt til familien, at det er det, man gør. Og så er det rigtig frustrerende at skulle bruge rigtig meget tid på at skulle igennem sådan en proces om, at man måske skal ud i noget helt tredje eller noget andet. Så det er et lidt svært tidspunkt. Så ideelt set, så skulle det jo foregå lidt før det."
(Læge)*

akutsygeplejerske på samtalen, som det ellers var tanken med konferencekaldet, da lægen har indlæggelsesretten.

Derfor bliver det vanskeligt at opnå den ønskede virkning med den nuværende konstruktion med konferencekald koblet op på hospitalsvisitationen – altså, at flere patienter undgår indlæggelse og i stedet tilbydes et kommunalt akuttilbud i eget hjem eller på en akutplads.

I hospitalsvisitationen i Randers oplever de, at nogle læger allerede har haft en bilateral kontakt til akutteamet, inden de ringer til hospitalsvisitationen. Dette er dog oftest i dagstid.

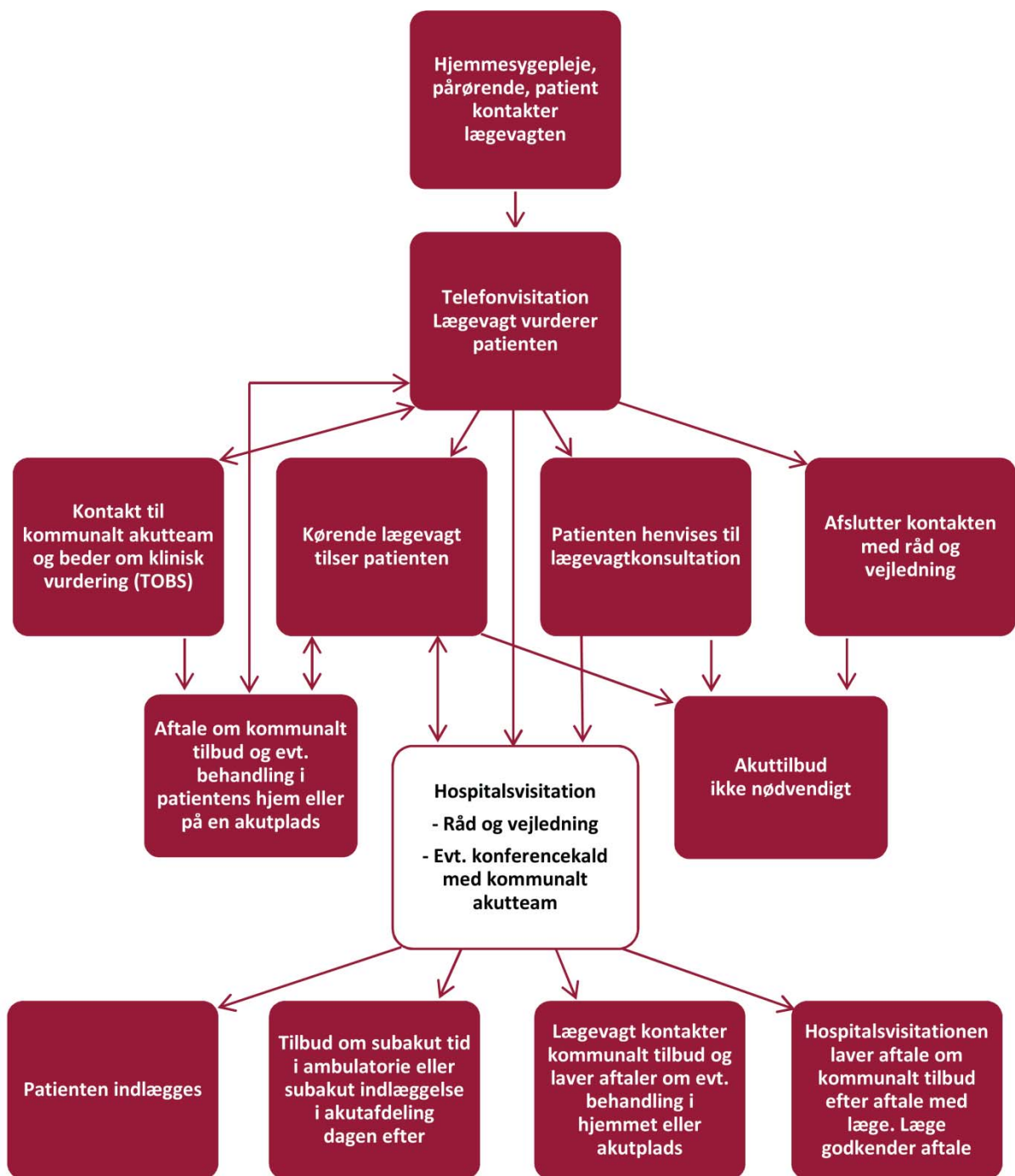
Sygeplejersken fra hospitalsvisitationen i Randers fortæller videre, at hun kun har oplevet en enkelt gang, hvor lægen havde tastet ja til at koble en kommunal akutsygeplejerske på samtalen, hvor det rent faktisk resulterede i et konferencekald med alle tre parter.

"... der oplever vi faktisk rigtig meget, at hvis de har tænkt den tanke, så har de taget kontakt til akutsygeplejerskerne, før de ringer til os. Det synes jeg, de er gode til at tænke over selv, hvilket gør, at vi ikke får så meget de der "frem-og-tilbagepatienter", som vi havde før. Det er de rigtig gode til, synes jeg." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

Hospitalsvisitationen i Viborg har oplyst, at der indtil videre kun har været én samtale, hvor det er lykkedes at lave et konferencekald i projektperioden.

² Diagrammet er beskrevet mere udførligt i bilag 2.

Figur 3.1 Vagtlægens handlemuligheder



3.1.2 Vanskeligt at gøre konferencekaldet relevant i nuværende set-up

Sygeplejerskerne i hospitalsvisitationen giver udtryk for, at det kan være en udfordring med konferencekaldene. Udfordringen består i, at lægen i nogle tilfælde vil opleve at skulle forklare det samme igen, når akut-

"Det har i hvert fald betydning, at man ikke bliver koblet direkte på – altså akutsygeplejersken. For de praktiserende læger kan jo godt have været i kø i noget tid, før de så endelig kommer frem, og hvis vi så også siger "Lige et øjeblik", og vi lige skal koble akutsygeplejersken på, og det tager også noget tid, før hun tager telefonen. (...) Det kan have været et irritationsmoment for lægerne, og det er også en ekstra arbejdsgang for os." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

sygeplejersken kobles på, hvilket kan opleves besværligt og tidskrævende. Telefonsvarerløsningen i Randers har været et forsøg på at få akutsygeplejersken med fra samtalen start for at undgå den gentagne forklaring af problemstillingen. Det er dog ikke lykkedes at få lægerne til at taste ja til at få akutsygeplejersken koblet på samtalen, uden at det var en fejl eller misforståelse. En sygeplejerske i hospitalsvisitationen oplever, at det giver en ekstra arbejdsgang med konferencekaldet på den måde, som det er sat op på.

"Det, jeg tror, der er helt, helt, altafgørende, det er, at man så ikke skal ringe videre og stilles for meget om. (...) Når de er kommet dertil, så har de brug for en løsning på patienten her og nu. Og at nogen andre tager over – hvad enten det så er indlæggelse eller akutsygeplejersken." (Læge)

En af de interviewede læger påpeger, at det er vigtigt, at lægen kan få en løsning i opkaldet til hospitalsvisitationen, så lægen ikke skal ringe videre bagefter. Når lægen er nået til hospitalsvisitationen er det således ønsket fra lægen, at hospitalsvisitationen tager over – hvad enten det

"Hvis jeg kan fornemme, han vil egentlig godt være med for at lave noget lidt alternativt og så alligevel ikke har ordentlig tid til det. Så kan jeg sige til ham: "Jeg vil rigtig gerne undersøge, om det er en mulighed, at vi kan lave noget alternativt. Hvis du giver mig dit nummer, hvor jeg kan få fat i dig". (...) Så kan jeg prøve at ringe til akutteamet eller til den kommunale visitation eller et eller andet for at høre, hvad er der af muligheder her, og så ringe tilbage til ham og sige: "Det her, det er det, der er af muligheder – var der noget af det, du kunne bruge til noget?" Det kan jeg godt finde på at gøre i dagtid." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

er ved at indlægge patienten eller ved at lave en aftale med akutteamet. I hospitalsvisitationen i Viborg har man i nogle tilfælde tilbudt, at sygeplejersken i hospitalsvisitationen ringer til akutteamet for at høre, om det er muligt at lave en aftale om et akuttilbud, hvorefter hun ringer tilbage til lægen, så lægen kan sige god for planen. Dette er dog kun foregået i dagtid.

I Randers sker det heller ikke altid, at konferencekaldet kommer i anvendelse, selvom der er en situation, hvor en patient kan få et kommunalt akuttilbud i stedet for en indlæggelse. En sygeplejerske fra hospitalsvisitationen i Randers fortæller, at de i flere tilfælde henviser lægen til selv at ringe videre til det kommunale akutteam. Sygeplejersken oplever, at lægerne i flere tilfælde tager godt imod det, fordi hospitalsvisitationen kan give det præcise telefonnummer til lægen – selvom de måske oplever det som besværligt.

"Det er jo et ekstra opkald, de skal have i den her travle hverdag. Men jeg tror godt, de kan se meningen med det, når vi forklarer, at det måske ikke er så hensigtsmæssigt, at gamle demente fru Jensen skal indlægges for at få taget blodprøver, for det behøver man ikke blive indlagt for." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

3.1.3 Konferencekaldet tager tid

Det kan være vanskeligt for hospitalsvisitationen at afsætte tid til at foretage konferencekald.

"Han havde taget beslutningen om, at den her patient var bedst tjent på en akutplads, og der ringede jeg sygeplejersken op og vi fik en rigtig god samtale. Det var mest dem, der styrede samtalen. Og der fik vi aftalt, hvordan patienten kom på den der akutplads. (...) Jeg tror, det tog en 10-12 minutter, hvilket er utrolig tidskrævende, når man sidder ene mand i visitationen og har nogen i kø." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

Sygeplejersken i hospitalsvisitationen er måske alene i hospitalsvisitationen om aftenen, og det kan derfor være længe at optage linjen. Sygeplejersken i hospitalsvisitationen i Randers fortæller om et enkelt konferencekald, som lykkedes, og at det tog 10-12 minutter. I denne situation havde lægen dog besluttet på forhånd, at det var bedst med en kommunal akutplads til patienten, og på den måde

blev hospitalsvisitationen brugt som indgang til at hjælpe med at komme i kontakt med akutteamet i kommunen for at arrangere opholdet på akutpladsen.

3.1.4 Telefonsvarerbesked fører ikke til konferencekald

I hospitalsvisitationen i Randers har man afprøvet en telefonsvarerbesked, hvor lægen bliver bedt om at taste 1-2-3 eller 4, hvis en kommunal akutsygeplejerske må blive koblet på samtalen. Tallene indikerer, hvilken af de fire kommuner i klyngen patienten kommer fra. En sygeplejerske i hospitalsvisitationen fortæller, at flere læger siger, at akutsygeplejersken gerne må være med i læringsøjemed, men at de har besluttet, at patienten skal indlægges. Sygeplejersken overvejer derfor, om lægerne misforstår telefonsvarerbeskeden.

Sygeplejersken har ligeledes oplevet i flere tilfælde, at lægen har tastet ja til at få en kommunal akutsygeplejerske med i samtalen, men at det var en fejl. Derfor bliver lægerne altid spurgt, om de vil have en akutsygeplejerske med i samtalen, for at sikre at det er rigtigt, hvis de har tastet ja til det. Der har også været eksempler på, at flere læger troede, at de kom hurtigere igennem til hospitalsvisitationen, hvis de tastede ja.

Selvom man i Randers har forsøgt at få den kommunale akutsygeplejerske koblet på samtalen fra starten af for at undgå, at lægen skulle gentage noget ved en senere opkobling af akutsygeplejersken på samtalen, så har det ikke fungeret som tilsigtet.

*"Da vi trak statistik på den på vores sidste møde, så var der 29 gange, hvor lægerne havde tastet Randers kommune, 7 gange Norddjurs, 7 gange Favrskov og 7 gange Syddjurs. Men når så hospitalsvisitationen fik fat i dem, så viste det sig bare, at de tastede det, så de ville komme hurtigere igennem."
(Leder af kommunalt akutteam)*

"Ja, så kan vi jo se på Trio, at så kommer det frem, at praktiserende læge ønsker en akutsygeplejerske fx fra Randers til at deltage i samtalen. Og når jeg så tager telefonen, så siger jeg: "Lige et øjeblik, så kobler jeg lige akutsygeplejersken på". Så bliver der nogle gange afbrudt ved at sige, at "Det må du godt, hvis det er i læringsøjemed, men jeg har altså taget en beslutning om, at hun skal indlægges – det gør ingen forskel, om du tilkobler hende eller ej". (...) Så faktisk når jeg næsten ikke at koble dem på." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

Dette kommer også til udtryk i statistikken for brugen af telefonsvarerløsningen, og selvom lægerne har tastet ja til at få en akutsygeplejerske med i samtalen flere gange, har det således ikke

ført til særligt mange konferencekald med den kommunale akutsygeplejerske koblet på.

3.1.5 Manglende kendskab til projektet blandt lægerne

I klyngeprojekterne er der gjort forskellige forsøg på at informere almen praksis om projekterne – både via de læger, som er med i projekterne, fx i styregruppen, og via mail i Randersklyngen samt via besøg på lægelaugsmøder³ i Midtklyngen, hvor alle praktiserende læger i klyngen deltager. Her har klyngeprojektlederen fortalt om projektet og det kommunale team. Klyngeprojektlederen understreger imidlertid, at det tager tid at ændre på og skabe et samarbejde mellem akutteam og læger.

Det er ikke oplevelsen blandt interviewpersonerne, at kendskabet til projektet

*"For det er jo et spørgsmål om, at man gerne vil, at man bruger det akutte kommunale tilbud i højere grad end at indlægge og så ser akutteamet som en medspiller i det. Og det, tror jeg, at det er sådan noget, der skal komme mere over tid. Det kan jeg ikke bare gå op på et møde og sige, og de kan sige nå ja, men det er jo ikke noget, der får dem til at gå ud at ændre praksis. Der skal mere til."
(Klyngeprojektleder)*

³ Lægelaug er en tidligere betegnelse for det forum, der i dag hedder PLO-Kommunalt (PLO-K), som er en forening af praktiserende læger i en kommune. Formålet er at repræsentere de praktiserende læger i det kommunalt lægelige samarbejde, herunder stille repræsentanter til det kommunalt-lægelige udvalg (KLU).

er udbredt blandt lægerne på nuværende tidspunkt. På trods af at lægerne også er repræsenteret i projekterne, har det således vist sig vanskeligt at få spredt budskabet til lægerne om, at lægerne kan benytte det kommunale akutteam i vagttid. Dette mindsker sandsynligheden for, at en læge tænker det kommunale akutteam ind som et alternativ til indlæggelse.

3.2 Rekvirering af akutteam er besværligt for lægen

3.2.1 Det tager tid i en presset vagt og mangler fast procedure

For lægen har det stor betydning, at indlæggelse foregår nemt, hurtigt og smidigt. Derfor er det rent praktisk nemmere for lægen at indlægge patienten fremfor at arrangere et kommunalt akuttilbud, hvis det er muligt. En af de interviewede læger fortæller, at det tager ca. 20 minutter at aftale alle forhold omkring et kommunalt akuttilbud, hvilket både indbefatter, at der skal lægges en plan med akutsygeplejersken for, hvad der skal gøres – også hvis der sker en forværring – samt hvordan der følges op. Derudover skal der i nogle tilfælde også arrangeres transport hen til en kommunal akutplads, hvis ikke det kan klares i hjemmet. Hertil kommer, at der måske skal sendes noget medicin med patienten. Da tiden i lægens vagttid er presset, vanskeliggør dette, at lægen vælger en anden løsning end indlæggelse, som er hurtigt for lægen at henvise patienten til.

Hertil kommer, at der endnu ikke er etableret en fast procedure for, hvordan lægen kan rekvirere et kommunalt akuttilbud til patienten. Derfor står vagtlægen i hvert enkelt tilfælde og skal finde ud af, hvordan situationen skal håndteres. En af de interviewede læger fortæller, at man som vagtlæge godt kan give op i forhold til at finde en praktisk løsning, hvis det tager lang tid og bliver besværligt.

"Den vagtlæge, der sidder ude ved patienten, sidder med problemet, og har efter lang tids bøvle bare ikke incitamentet til at bøvle med det. De har jo en løsning, hvor de kan skaffe en transport og de kan få patienten kigget på. Så må de bruge det system, de kender, og det der fungerer – og det er indlæggelse, det har vi haft i lang tid, og det er det vi er uddannet i, og det kender vi, og der er en procedure for det." (Læge)

"... Og der har vi bare et mere effektivt system, når vi indlægger – der sender vi en elektronisk henvisning, vi kører AMK, bangfærdig, så kører det. Det har vi nogle meget gode procedurer for. Det andet det er mere tidstungt, og vi skal lige have fat i dem, og der skal lige findes ud af nogen ting, og det er ikke så let. (Læge)

Når rekvirering af et kommunalt akuttilbud opleves som besværligt for lægen, og når indlæggelse af patienten omvendt er nemt og har en helt fast procedure, kan det bi-

drage til, at indlæggelse foretrækkes fremfor et kommunalt akuttilbud – alene på grund af praktiske vanskeligheder med at organisere det.

3.2.2 Ingen elektronisk udveksling af data mellem vagtlæge og akutteam

Et andet forhold, som ligeledes udfordrer vagtlægens muligheder for at rekvirere et kommunalt akuttilbud, er, at det ikke er muligt for vagtlægen og det kommunale akutteam at kommunikere elektronisk. Al kommunikation foregår via telefon, hvilket hverken gør det nemt for vagtlægen eller den kommunale akutsygeplejerske. En kommunal akutsygeplejerske fortæller, at den kommunale akutsygeplejerskes dokumentation af sine besøg går til patientens egen læge og ikke vagtlægen, selvom det foregår i vagttid.

"Det, vi gør, når vi har været ude i en eller anden situation, så skal vi jo dokumentere, og det gør vi jo i vores system, og det går jo ikke til vagtlægen, det går til den praktiserende læge. Så hvis vi har brug for noget opfølgning, så har vi simpelthen brug for, at der lige er noget telefonisk kontakt, eller at der er en vagtlæge, der ringer tilbage. (...) Og det kan nogen gange godt være lidt svært at få det sat i stand." (Kommunal akutsygeplejerske)

Det har også betydning for muligheden for opfølgning på besøget. Fordi der ikke er noget elektronisk system, som de to parter kan bruge til at kommunikere, er de nødt til at bruge telefonen som kommunikationsmiddel. Der er således bedre muligheder for kommunikation mellem akutteamet og egen læge end mellem akutteamet og vagtlægen.

3.2.3 Lægerne ønsker honorering for rekvirering af akutteams i vagttid

Eftersom det tager ekstra tid for vagtlægen at rekvirere et kommunalt akuttilbud sammenlignet med at indlægge patienten, så er det også vigtigt for lægen at kunne dokumentere dette tidsfor-

"Og hvorfor – hvis man skal tænke lidt organisatorisk – hvorfor skal man som vagtlæge bruge ekstra tid på telefonopkald, overgive informationer, udskrive medicin, lægge planer, tage et ansvar for en akutsygeplejerske, og andre ting, når man også lidt selv er i tvivl om det og ikke kan følge op på det? Og ikke får noget betaling for det? Det tror jeg kan være nogle barrierer i vagttid." (Læge)

brug som en ydelse. Og det er indtil videre kun muligt i Randers, hvor man har lavet en lokal aftale. En af de interviewede læger oplever, at dette forhold også kan bidrage til, at vagtlægen har mindre incitament til at henvise patienten til et kommunalt akuttilbud end til at indlægge.

Hvis vagtlægen ikke kan dokumentere sit arbejde med at organisere et kommunalt akuttilbud som en ydelse, bliver det nemmere at vælge indlæggelse, som minimerer vagtlægens tidsforbrug på håndte-

ring af patientens situation. En læge fortæller, at det for en vagtlæge skal give virkelig god mening for patienten, hvis der skal bruges tid og besvær på at organisere et kommunalt akuttilbud – især uden honorering.

I Randersklyngen har de lavet en lokal aftale, som giver praktiserende læger honorering for kommunikation med det kommunale akutteam. Aftalen gælder kun i dagstid.

"Det er noget, man gør for nogle patienter, hvor man tænker, ej det ville godt nok være ærgerligt, at de kom på sygehuset, måske en terminal patient. Men i de fleste tilfælde ville man gøre det, man plejer – så indlægger jeg, og så ved jeg, at det er i orden, og at det bliver gjort." (Læge)

3.2.4 Patienten skal i nogle tilfælde selv betale for transport til akutplads

Når en patient indlægges på et hospital, bliver der automatisk sørget for transport af patienten til hospitalet. Sådan er det ikke, hvis en patient skal transporteres fra eget hjem og hen til en kommunal akutplads. Her kan det nemlig ske, at patienten selv skal betale for transporten, hvis der er tale om siddende transport, og hvis ikke patienten har pårørende, der kan sørge for transporten. Det kan gøre det vanskeligt for lægen at overbevise patienten om, at det er bedre at komme hen på en kommunal akutplads frem for at blive indlagt.

"Ja, det er en barriere. Hvis ikke de har en, der kan sætte dem ud i en bil og køre dem derhen, så bliver det nok ikke akutpladsen, der bliver brugt." (Læge)

Betaling for transport betyder, at en kommunal akutplads ikke reelt sidestilles som alternativ til en indlæggelse for patienten. I hospitalsvisitationen i Randers har en sygeplejerske også oplevet, at transporten af patienten hen til akutpladsen har været en udfordring for at kunne benytte det kommunale akuttilbud. Der fandt man dog en løsning.

Transport af patienten hen til en kommunal akutplads kræver altså, at de involverede parter finder en løsning i den enkelte situation, fordi der ikke på forhånd eksisterer en fælles aftale om, hvordan patienten skal transporteres.

"Man havde nogen problemer med, hvordan patienten skulle komme derhen. Og der kan jeg huske, at sygeplejersken sagde noget med, at man ikke betalte for transport. (...) Men der tænkte jeg, at det måtte bare løses. Altså, hvis man har en akutplads og har en patient, der kan komme derhen - det måtte vi bare løse." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

3.2.5 De pårørende presser på for indlæggelse

En akutsygeplejerske oplever, at vagtlægerne er under pres fra de pårørende til at indlægge patienten. Det kan være vanskeligt for vagtlægen at stå imod dette pres, da vagtlægen ikke har patientens sygehistorie at støtte sig til – og måske heller ikke har viden om, hvad det lokale kommunale akutteam kan sætte ind med af beroligende tiltag i form af flere besøg eller mere støtte i hjemmet.

"Men jeg tænker, der hvor vi egentlig oplever den største udfordring, og det tror jeg også, det er det, der bremser de praktiserende læger lidt, det er det med de pårørende. Fordi de ikke altid er enige i, at det er det bedste at blive hjemme." (Kommunal akutsygeplejerske)

"Og jeg tænker også nogen gange, at de praktiserende læger ikke får taget den der snak med de pårørende. At de bare kigger på det syge menneske i stedet for at kigge hele vejen rundt. Fordi jævnligt oplever vi også, at de praktiserende læger måske har været derude fredag og så starter noget penicillin op, og vi egentlig synes, det fungerer ret godt, og man kan lige vælge at se tiden an og lade gamle Fru Hansen blive hjemme. Og så kommer datteren lørdag formiddag og siger "Hold da op, du har det da skidt, mor", og ringer til vagtlægen og indlægger hende. Hvis man nu tog den der snak, inden man nåede dertil." (Kommunal akutsygeplejerske)

Akutsygeplejersken har oplevet, at pårørende i nogle tilfælde kommer til at bryde ind i et behandlingsforløb, som er aftalt mellem egen læge og akutteamet, og at det efter den pårørendes kontakt til vagtlægen ender med en indlæggelse. Derfor er det vigtigt, at de pårørende også er med på, at man i første omgang prøver at gøre noget andet end at indlægge – og med på, hvorfor det kan være hensigtsmæssigt for patienten at blive hjemme.

3.3 Vagtlægen står uden for systemet

3.3.1 Vagtlægen kender ikke patienten og kan ikke se patientens journal

I lægevagten kender patient og læge ofte ikke hinanden, og det kan hæmme lægens brug af det kommunale akutteam i vagttid sammenlignet med dagtid, hvor lægen er i egen praksis og kender sine patienter. Vagtlægen kan desuden ikke se patientens journal hos egen læge. Det vil sige, at vagtlægen ikke har information om patientens sygehistorie eller eventuelle aftaler med patienten eller pårørende at støtte sig til, når vagtlægen skal træffe en beslutning om, hvad der skal ske med en patient. En læge fortæller, at aftaler med kommunale akutteams ofte

"Jeg tror, at vagtlægerne kan føle sig mere utrygge ved det, og det kan jeg godt forstå med rette, for igen, som jeg sagde, det er nogle patienter og nogle sygdomsbilleder, som de ikke kender, og de har ikke journalen." (Læge)

"Vi bruger akutteamet meget mere i dagtid – det gør vi i vores klinik i Randers. Dels fordi det er patienter, vi kender og kender sygehistorien på, og føler os trygge ved at bruge akutteamet." (Læge)

kan laves, når lægen har en idé om, hvad der kunne være på spil.

"Vi har et journalsystem i kommunerne. Hospitalerne har et journalsystem. Praktiserende læger har et journalsystem, og så har vi nogle vagtlæger, der ikke kan tilgå noget som helst. Vagtlægerne kan ikke kigge i den praktiserende læges journal, hvor der måske står, akutteamet har været inde over og bla bla bla. Eller den her borger skal behandles på den og den måde. Han står fuldstændig blank derude." (Leder af kommunalt akutteam)

Vagtlægens manglende mulighed for at udnytte elektronisk information om patienten fra andre aktører gør det vanskeligt for vagtlægen at vurdere, om det kunne være en mulighed med en anden løsning end indlæggelse. Hvis vagtlægen skal kunne agere anderledes end i dag, er der således behov for at give vagtlægen et bedre beslutningsgrundlag i situationen gennem mere viden om patienten.

3.3.2 Vagtlægen kender ikke lokale akuttillbud i kommunen

Det er en udfordring for vagtlægen, at vedkommende ikke har det lokale kendskab. Det betyder, at vagtlægen ikke ved, hvilke akuttillbud den enkelte kommune har, som det kunne være relevant at gøre brug af. Det manglende lokalkendskab gør det vanskeligere at skabe et samarbejde med det kommunale akutteam i vagttid.

Hvis vagtlægen skal kompensere for det manglende lokalkendskab, så skal det være meget nemt at tilgå oplysninger om lokale akuttillbud.

"Det, der er udfordringen for samarbejdet med vagtlægen, det er, at der er så mange forskellige, som ikke har et lokalt kendskab. Det er nemmere, hvis det er de lokale læger." (Klyngeprojektleder)

"Det slutter jo mange steder kl. 23. Og det kan man jo godt være i tvivl om, når jeg sidder som vagtlæge, hvor er der og hvor lang tid er det nu, det kører her. Og hvem er det lige, jeg skal ringe til? Det skal jeg kunne finde ud af ret hurtigt. Hvis jeg skal bruge mere end et par minutter på det, så bliver det ikke til noget. Ikke i vagten i hvert fald. Hvis man går ind på praksis.dk, så kan man se (...) akuttillbud i kommunerne. (...) Nogle kommuner er gode til at skrive alle deres akuttillbud, herunder døgnvagt i hjemmet, (...), og nogen skriver bare "Akut-sygeplejerske – ring på det der nr." (Læge)

En læge oplever, at der i vagttid nemt kan opstå tvivl om, hvad det lokale akuttillbud består i. Samtidig er der ikke ret lang tid til at finde sådanne oplysninger. Lægen oplever, at der er forskel på, hvordan kommunerne formidler deres akuttillbud på praksis.dk.

3.3.3 Manglende mulighed for opfølgning og tryghed for vagtlægen

Hvis en læge skal benytte et kommunalt akuttillbud som et alternativ til en indlæggelse, kræver det, at lægen er tryk ved denne mulighed. Her opstår der især i vagttid en udfordring for vagtlægerne, hvilket kan betyde, at det ender med en indlæggelse. Det er især den manglende mulighed for opfølgning, som har betydning for vagtlægernes tryghed ved situationen – hvad sker der, når min vagt slutter?

"Hvis man er i tvivl, og man ikke kender dem (patienterne), så tror jeg, man tænker, at det sikreste er nok at indlægge. Og det er det, vi har været vant til." (Læge)

"Hvis man har en patient kl. ni om aftenen, som man skal have akutteamet til at måle nogle værdier eller gøre et eller andet, så slutter ens vagt måske kl. 24, og hvad skete der nu efter, at man overlader patienten til en anden. Der vil være en større utryghed. Jeg kommer jo på arbejde næste dag og kan tage kontakt til patienten, eller vi har måske en aftale om, at akutteamet kigger derud igen, eller min kollega kører et opfølgende sygebesøg – det har man ikke i lægevagten. Man skal VIRKELIG kunne stole på, at den plan, man laver, kan holde." (Læge)

Hvis vagtlægen er i tvivl, om det er sikkert nok at holde patienten hjemme, vil resultatet oftest blive en indlæggelse. Vagtlægens utryghed er således et vigtigt forhold i forsøget på at undgå flere indlæggelser i vagttid.

3.3.4 Vanskeligt at videregive behandlingsansvaret til andre

En af de helt store forhindringer i vagttid for lægen er, at aftaler med et kommunalt akutteam ofte kan række videre end lægens egen vagt. En af lægerne giver udtryk for, at det er vanskeligt at videregive behandlingsansvaret for en patient til en kollega, fordi lægen står som garant for egne beslutninger om behandling. Derfor er det nemmere i dagtid end i vagttid, fordi lægen i egen praksis har mulighed

"Man beder jo egentlig lægen om at tage et ansvar for nogen ting eller lægge en plan i samarbejde med en sundhedsperson, som rækker videre end ens egen vagt. Og det er lettere at gøre, hvis det er ens egen patient, hvor man også kan følge op og man ved, at man også har ansvaret dagen efter alligevel for at følge op på tingene, så ved man, at så står man selv som garant for det." (Læge)

for at følge op næste dag – og dermed ikke skal videregive behandlingsansvaret.

*"Hvis man nu fx har gamle Fru Hansen en fredag eftermiddag, som er blevet startet op i noget penicillin, eller hvad det nu måtte være, og hun så bliver dårligere i løbet af weekenden, så har vi ikke andre muligheder end at tage fat i vagtlægesystemet, som så ikke kan se andre muligheder end at indlægge hende. I stedet for hvis man lige havde en eller anden kontaktperson på sygehuset, man kunne få fat i og høre, om man lige kan opstarte det og det behandling i stedet for og så prøve det i stedet for at indlægge. (...) Hvis nu sygehuset kunne se, hvad egen læge havde skrevet, så ville det også hjælpe på mange ting. De ville turde tage et ansvar uden at have set borgeren."
(Kommunal akutsygeplejerske)*

En akutsygeplejerske oplever, at vagtlægens manglende mulighed for at give behandlingsansvaret videre – fx til den næste vagtlæge – i nogle tilfælde betyder, at aftaler mellem egen læge og det kommunale akutteam ikke kan føres gennem weekenden, hvis en patient får det dårligere. I vagttid har akutteamet kun mulighed for at tage fat i vagtlægen, som vil foretrække at indlægge. Akutsygeplejersken overvejer, om en kontaktperson på hospitalet kunne være en løsning – hvis vedkommende kunne se, hvad egen læge havde skrevet i journalen.

En af interviewpersonerne italesætter, at vagtlægen måske ser sig selv som en, der arbejder alene. Som kørende vagtlæge er man alene ude ved patienten, og man er alene om at have ansvaret for patienten. Med akutteamet har vagtlægen fået en mulig samarbejdspartner. Det tager imidlertid tid at vænne sig til nye samarbejdsflader. Hvis det er en etableret kultur, at man som vagtlæge arbejder alene, så kan det måske være vanskeligt for vagtlægen at begynde at bruge det kommunale akutteam.

*"Det, tror jeg, er meget forskelligt, om lægerne har et syn på, at det er en samarbejdspartner for dem. Jeg tror ikke, at de identificerer sig som nogen, der har en samarbejdspartner på den måde. Jeg tror, det er meget forskelligt, hvordan de ser sig selv – om de er alenearbejdende, eller om de har nogen, de kan bruge lidt."
(Klyngeprojektleder)*

3.4 Begrænsninger på akutteamets mulighed for at være et alternativ til indlæggelse

3.4.1 Restriktioner på opbevaring af medicin og væske samt handlemuligheder

Med den nye apotekerlov er der kommet begrænsninger på akutteamets mulighed for at opbevare medicin og væske. Det betyder, at medicin og væske først skal ordineres af en læge og derefter

"Vi har ingen apoteker, der har åbent om aftenen. Så hvis vores læge kl. syv om aftenen siger, nu skal vi give væske, så må vi sige: beklager, han skal indlægges, vi har ingen væske. Kæmpe barriere." (Leders af kommunalt akutteam)

hentes på apoteket. Det er imidlertid ikke alle steder, der er et apotek, som har åbent om aftenen i weekenden. Det kan nogle gange være udslagsgivende i forhold til, om akutteamet kan hjælpe til at undgå en indlæggelse.

Dertil kommer, at de forskellige akutteams er underlagt forskellige lokale rammeaftaler om, hvilke opgaver de må udføre – eksempelvis særlige typer af behandlinger såsom IV-væske og IV-medicin. Det er ikke direkte en barriere for fælles visitation, men det kan være med til at forklare, at der er en forskel i, hvilke typer af problemstillinger der kan løses i kommunerne. Fx kan akutteamet i Viborg måske beholde flere borgere hjemme end fx akutteamet i Favrskov, fordi de i Viborg har flere handlemuligheder. Det har således betydning for akutsygeplejerskens muligheder for at bidrage til et forløb, hvor det lykkes at holde patienten hjemme og dermed undgå en indlæggelse.

3.4.2 Dækning og normering – geografien kan udfordre

Det er kun fåtallet af kommunale akutteams, der har døgndækning. Det vil sige, at der ofte ikke kan laves aftaler om alternativer til indlæggelse med akutteamet, når aftenvagten slutter. Vagtlægen har således ikke mulighed for at få støtte af akutteamet om natten.

"Der er kun X antal personaler på arbejde. De kan jo kun være et sted af gangen. Så der er noget i forhold til interne ressourcer, som nogle gange får det til at knibe med at hænge sammen, hvor man måske kunne sige, hvis nu Fru Hansen kunne få tre besøg mere i løbet af den aften, så var det måske mere forsvarligt at lade hende blive hjemme. Men det er bare ikke altid, det kan lade sig gøre." (Kommunal akutsygeplejerske)

"De kan jo stort set det samme, men bemanningen er forskellig. Distrikterne er jo også – der er jo kun en i Skive. Og skal de køre i det store distrikt med Salling også, så er der jo langt, hvis de skal op og sætte et eller andet drop eller tage nogle prøver i Glyngøre. Så går der i hvert fald en hel time med det. Så på den måde er der en forskel, og så at de ikke er dækket om natten." (Læge)

I nogle kommuner er det geografiske område, som akutteamet skal dække, meget stort. Fx i Skive, hvor akutsygeplejersken kan være langt væk. Hvis der samtidig kun er en enkelt akutsygeplejerske på vagt ad gangen, kan det i nogle tilfælde have betydning for, om lægen reelt har mulighed for at benytte akutteamet.

Også travlhed kan påvirke akutteamets muligheder. En akutsygeplejerske fortæller, at det i nogle tilfæl-

de kan være svært at få plads til de besøg, som ville gøre en forskel for at kunne forhindre en indlæggelse. Der kan derfor opstå situationer, hvor akutteamet må melde pas.

3.5 Kendskab til hinandens kompetencer er endnu ikke udbredt

3.5.1 Kendskab og relationer opbygges en-til-en

Flere interviewpersoner giver udtryk for, at akutteamet bliver brugt af de læger, som kender dem. Hvis lægen ikke har kendskab til akutteamet, bliver det omvendt meget svært at få lægen til at bruge akutteamet – især i vagttid. Det handler om, at der skal være kendskab til akutteamets

"Så jeg tror kun, at akutsygeplejerskerne nu bliver brugt af de læger, der kender dem og som tilfældigvis sidder på visitationen inde (i lægevagten) og ved, hvem de skal ringe til og tænker, at det her kan jeg høre på den her samtale, at det kunne godt være noget, akutsygeplejersken kan klare, så nu starter vi med det." (Læge)

kompetencer, så lægen kan få en idé om, i hvilke situationer det kunne være relevant at bringe akutteamet i spil.

I klyngeprojekterne har man lavet flere tiltag for at udbrede kendskabet til akutteamets kompetencer – fx at være ude at køre med vagtlægen. Her kan akutsygeplejersken byde ind med, hvad hun kan gøre i forskellige situ-

ationer. Det er dog en langsom udbredelse af kendskabet, idet det kun er én person ad gangen, der får kendskab til akutteamets kompetencer. Det er imidlertid ikke lykkedes at finde andre og bedre måder indtil videre.

Kendskabet er således en afgørende faktor. Det er dermed usandsynligt, at lægen kommer til at benytte akutteamet, hvis ikke vedkommende personligt har haft mulighed for at få kendskab til akutteamet. Det ser altså ikke ud til at skabe mere kendskab til akutteamet – og mere brug af akutteamet – ved at informere om det via mail eller anden skriftlig information.

"Jeg tror nogen gange heller ikke, at den praktiserende læge altid ved, hvad de kan, og det er jeg også rigtig god til at informere dem om – det kommer lidt bag på dem nogen gange, hvad de kan. Så på den måde får vi nogen patienter tilset af akutsygeplejersken eller henvist til en akutplads." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

3.5.2 Samarbejdet foregår kun telefonisk

De tre parter – lægen i almen praksis, akutsygeplejersken i kommunen og sygeplejersken i hospitalsvisitationen – mødes kun sjældent, og samarbejdet foregår som oftest pr. telefon. Derfor er det vanskeligt at opbygge et kendskab til hinanden og dermed danne relationer og opbygge tillid,

"Vi har kun snakket med dem, når de bliver koblet på. Nu kender jeg mange af dem, fordi det er tidligere kolleger, men ellers så kender vi jo ikke noget til sygeplejerskerne som sådan og har ikke noget forhold til dem, og det kunne måske have været rigtig godt med noget udveksling, og at vi havde været på studiebesøg, tænker jeg, forud for projektet. Men vi har ikke andet samarbejde, end at vi bare lige ringer dem op og henviser læger til dem."
(Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

som kan bidrage til øget samarbejde. Sygeplejersken i hospitalsvisitationen i Randers kender nogen af akutsygeplejerskerne i kommunerne i Randersklyngen, men alene af den grund, at de er tidligere kolleger.

"Vi snakker sammen i telefonen. Vi mødes ikke med dem. Selvfølgelig kan det være, at vi ender med at stå der med dem i en eller anden situation, men det er ikke planlagt, at man mødes på den måde. (Kommunal akutsygeplejerske)"

Tillige er det meget sjældent og tilfældigt, at akutsygeplejersken og vagtlægen mødes hos en patient. Den telefoniske kommunikation er desuden

"Nogen gange er de jo også flinke, og tit gør jeg jo det, at jeg lægger mit telefonnummer ved borgeren og siger, vil du være venlig at ringe til mig, når du har tilset den her patient. Og nogen gange må man jo ringe ind på vagtlægecentralen og få dem til at læse op, hvad der står skrevet ved deres besøg. Og så kan de jo nogen gange godt bede deres kollega om at give et kald eller et eller andet."
(Kommunal akutsygeplejerske)

udfordret af, at det kan være vanskeligt for akutsygeplejersken at give eller få en opfølgning fra vagtlægen. Den kommunale akutsygeplejerske fortæller, at hun ikke har et direkte nummer til lige præcis den vagtlæge, som har været ude ved patienten. Derfor har hun lært sig nogle tricks til at få den nødvendige information.

Kontakten mellem kommunal akutsygeplejerske og vagtlæge kan således i høj grad være udfordret af manglende muligheder for at mødes fysisk eller udveksle information elektronisk samt vanskeligheder ved at fange hinanden telefonisk.

3.5.3 Er der fokus på den rette vagtlægefunktion?

En klyngeprojektleder rejser spørgsmålet om, hvilken af de tre vagtlæge-funktioner det er vigtigst at skabe relationer til for at fremme kendskabet til de kommunale akutteams. I Skive har man sideløbende med projektet – men ikke som en del af dette projekt – etableret fysiske rammer, så vagtlægekonsultationen, hvor patienterne kommer ind, sidder i samme bygning som det kommunale akutteam og den regionale akutklinik. Denne vagtlæge kan også komme ud at køre på sin vagt, hvis

"Hvis det er vagtlægevisitationen, så har de ikke set patienten, og så tror jeg ikke, at de vil tage det ansvar. (...) Og så hører jeg tit, at de har meget travlt, og de har mange i kø, og så tror jeg, de tænker – det skal stå for min egen regning – at det er lidt problematisk at skulle ringe til en akutsygeplejerske, og at hun så skal vende tilbage. Det tror jeg, de også ser som ekstraarbejde." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

"Ja, for der har de set patienten, så der tør de måske godt at involvere akutsygeplejersken, så hun kan komme og følge op på det, som han har set. Og hvis så patienten TOBS'er højere eller der sker nogen yderligere ting, så kan patienten jo så blive indlagt på den måde. Men ellers så har vi også oplevet, at så kan patienten holdes i eget hjem til dagen efter og gå til egen læge, der kender patienten. Hvis det skal kunne lykkes, så har det været på den måde. Ved den læge, der har set patienten, har jeg oplevet." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

ikke, der er patienter i konsultationen. Gennem de fælles fysiske rammer er der arbejdet med at skabe større kendskab til akutteamets kompetencer.

De tre vagtlægefunktioner – vagtlægetelefonvisitationen, vagtlægekonsultationen og den kørende vagtlæge – har imidlertid forskellige forudsætninger for at kunne gøre brug af det kommunale akutteam. En sygeplejerske i hospitalsvisitationen oplever, at det er nemmere for den vagtlæge, som har været ude at tilse patienten, at træffe en beslutning om at benytte et kommunalt akuttilbud. Sygeplejersken i hospitalsvisitationen fortæller endvidere, at det er sværest at få akutteamet aktiveret, hvis det er vagtlægetelefonvisitationen, der ringer.

3.6 Der mangler aftaler om patienttyper og ansvarsfordeling

3.6.1 Vagtlægen har ingen aftaler at støtte sig til

En klyngeprojektleder pointerer, at der mangler aftaler om for hvilke patienttyper, det især er relevant at tænke det kommunale akutteam som et første skridt for at forsøge at undgå indlæggelse. Det er vigtigt, at der laves sådanne aftaler, som vagtlægen kan støtte sig til, når vedkommende står ude ved patienten og skal tage en hurtig beslutning.

"Hvis man nu havde besluttet, at den og den type patienter kunne man godt behandle i eget hjem, så var det ligesom klarere, end hvis du står og skal træffe en hurtig beslutning ude ved patienten om, hvad skal der ske her. Og hvis du ikke rigtig kender den her borger/patient, og du måske heller ikke kender, hvad er det så for en praktiserende læge, du sætter til at have behandlingsansvaret for den her patient i morgen. Det skulle der være en større afklaring af, hvad er det for nogle patienter. Nu har vi godt nok i vores egen projektbeskrivelse skrevet, at det er de her diagnoser, der er i forhold til forebyggelige indlæggelser. Men det er også en meget bred, bred gruppe." (Klyngeprojektleder)

Derudover er der også behov for tydelige aftaler om, hvem der har ansvaret i hvilke situationer, så der ikke opstår tvivl om det i den enkelte situation. Her henvises til forløbsprogrammer som eksempel. Hvis der var en helt

"Hvis man virkelig skal ændre noget, så skal det jo virkelig skrives ind, så det bliver en aftale, der er med de praktiserende læger. Ligesom med forløbsprogrammer hvor det er helt klart defineret, hvad er det den praktiserende læge står for, og hvad står hospitalet for, og hvad står kommunen for. Og noget man også skal være helt klar på i det, hvor man skal gøre mere hjemme, det er, at man skal være Så klar på, hvem har behandlingsansvaret for ikke at lade den kommunale hjemmesygepleje eller akutsygeplejerske eller borgeren i stikken." (Klyngeprojektleder)

tydelig aftale mellem de praktiserende læger og vagtlæger samt kommune og hospital om for hvilke patienttyper, man vil forsøge at bruge et kommunalt akuttilbud som første skridt, kunne det måske give vagtlægen et mere trygt beslutningsgrundlag, når vedkommende står i en konkret situation med en patient.

3.7 Rammerne for projektet

3.7.1 Variation i projektdeltagernes organisatoriske tilhørsforhold

Klyngeprojekternes omdrejningspunkt i organiseringen er hospitalet og kommunerne. Begge dele er organisationer, som kan træffe beslutninger på vegne af deres medarbejdere, og som gennem ledelsesretten kan beslutte, at alle medarbejdere fremover skal agere på en bestemt måde. Den tredje part i projektet – lægerne – kan som selvstændige erhvervsdrivende kun tale for sig selv. På trods af at lægerne er med i styregruppen for projektet, er det således ikke muligt at sikre eller lave aftaler om, at nu vil alle læger i klyngen forsøge at benytte akutteamet. Selvom læger-

ne i projektgruppen gerne vil hjælpe med at brede gode ideer ud, så kan de ikke tage deres kolleger i ed.

"Det, der er en kæmpe udfordring, synes jeg, det er, at i det her samarbejdsfællesskab, der gerne skulle være, der har vi jo nogen parter – læger, praktiserende læger eller vagtlæger – som for dem er det ikke lige så enkelt at ændre på det her. En vagtlæge, der kommer ud, kunne måske godt tænke sig, at borgeren kunne blive derhjemme og blive behandlet derhjemme, men den behandling der skal sættes i gang, det kan være, at man ikke plejer at sætte den i gang derhjemme, og han kender heller ikke borgeren så godt. Og samtidig har borgeren en praktiserende læge til hverdag, som man ikke ved, om han vil overtage den type opgave. Så derfor er der rigtig meget, der ikke er på plads eller aftalte spilleregler imellem vagtlæge og praktiserende læge og imellem lægestanden og resten af sundhedsvæsenet – der er det kommunale og der er hospitalet – så lægen bliver ligesom en blind makker i det, synes jeg." (Klyngeprojektleder)

Den mest afgørende aktør i dette arbejde om at skabe en fælles, koordineret visitation i samarbejde mellem de tre aktører – lægen – deltager således i projektet på et andet grundlag end kommunerne og hospitalet. Dette sætter en begrænsning på, hvor langt det er muligt at nå med dette projekt set-up.

3.7.2 Svært genstandsfelt – indsatsen kan ikke planlægges

"Det er jo ikke noget, man kan planlægge på samme måde, som når man har et opfølgende hjemmebesøg, så kan man jo planlægge, at man kommer ud efter det og det i den periode og det er de og de aktører, der er i gang, og hvad skal indholdet være. Det kan vi ikke her. Vi kan som akutteam være meget parat, men vi er jo ikke nødvendigvis tilstede der, hvor lægen står. Når man så ikke på forhånd kan have aftalt mellem aktørerne, hvem gør hvad, så er det næsten tilfældigt, om man som akutteam lige er involveret på det her tidspunkt, hvor lægen skal træffe en beslutning, om en patient skal indlægges eller skal blive hjemme." (Klyngeprojektleder)

Samarbejdet om at foretage en visitation i fællesskab mellem almen praksis, det kommunale akutteam og hospitalsvisitation er grundlæggende udfordret af, at det er et svært genstandsfelt.

Til forskel fra samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg, hvor arbejdet kan planlægges, så opstår de situationer, hvor en fælles vurdering af, om et kommunalt akuttilbud kan komme i spil, uden varsel og uden mulighed for aktørerne for at planlægge, hvor de befinder sig. Dette element af tilfældighed i timingen af arbejdet vanskeliggør, at de tre aktører kan få det optimale samspil omkring vurderingen af patientsituation.

3.7.3 Projektledelse sideløbende med daglig drift

Klyngeprojekterne har – især i Midtklyngen – haft en stærk forankring i praksis. Det vil sige, at projektledelsen i praksis er foregået sideløbende med den daglige drift. Dette kan både være en fordel og en ulempe. Det kan være udfordrende, da den daglige drift nemt kan komme til at fylde – også i den tid, der var afsat til projektet. Derfor kan det være en udfordring at holde fokus på projektet, når praksisforankringen er så stærk, som den har været i dette tilfælde. En af projektlederne overvejer, om det har nogen betydning for, hvor langt projektet er nået på nuværende tidspunkt, at der ikke har været en fuldtids-projektleder for projektet.

"Der er en stærk forbindelse til praksis, men det konkurrerer også med mange andre ting, der er på færde." (Klyngeprojektleder)

4 FREMMENDE FAKTORER

I dette afsnit beskrives de organisatoriske faktorer, der virker fremmende for arbejdet med at skabe en visitationsproces, hvor alle tre parter – almen praksis, kommunalt akutteam og hospitalsvisitationen – inddrages.

4.1 Samarbejdet mellem de tre aktører fungerer godt

4.1.1 God tone, velvilje og fælles mål

Alle interviewede personer betoner, at der er et godt samarbejde mellem alment praktiserende læger/vagtlæger, kommunale akutsygeplejersker og hospitalsvisitationen. Fx fortæller en sygeplejerske i hospitalsvisitationen, at de har et rigtig godt samarbejde med lægerne. Sygeplejersken oplever, at lægerne lytter til dem og tager deres rådgivning seriøst. Det samme gør sig gældende for det kommunale akut-

"Men de læger vi har et tæt samarbejde med, det fungerer rigtig godt, og vi oplever stor tillid og tiltro til vores kompetencer – og de stoler på vores vurderinger – og de er åbne for sparring også, når vi ringer." (Kommunal akutsygeplejerske)

team, som også fortæller om et godt

samarbejde med lægerne. Samtidig roser lægen hospitalsvisitationen for at være fleksibel og venlig, og at det er tydeligt, at de vil patienten det bedste. Lægen har også stor ros til overs for det kommunale akutteam, som ifølge lægen tager ansvar og selv tilbyder at følge op.

"Vi har altid et rigtig godt samarbejde med lægerne. Vi kender jo næsten alle sammen hinanden, så jeg synes, vi har et rigtig godt samarbejde. Og de lytter til os. Vi har jo en vejledende funktion, og vi sammen-tænker alternative løsninger nogle gange. Så jeg synes, vi har et rigtig godt samarbejde – ikke bare under projektet her men altid." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

På tværs af de tre aktører går det igen, at de oplever, at de har det samme mål: At finde det bedste tilbud til patienten. Det fremmer deres mulighed for samarbejde om at lave en god løsning for patienten, at de ser det samme mål med deres arbejde.

En klyngeprojektleder fortæller, at projektet har vist, at hospital og kommune er i stand til at samarbejde godt og tæt, og at der fra begge parter ses en vilje til at samarbejde og forsøge at indrette sig på en måde, som kan støtte op om det fælles arbejde.

"Jeg kan jo mærke, at de er blevet en succes, for de har også fået rigtig travlt... De kan godt have ventetid. ... Jeg tror, at de er blevet overrasket over, hvor meget de får at se til. De tager ansvar, det synes jeg, de gør, for de tilbyder selv at komme med den her opfølgning, og det synes jeg jo et hædersmærke på, at man tager ansvar, at man godt vil følge op og lave en aftale om et nyt besøg. Og de skriver gode korrespondancer til os omkring de her observationer, og at de har aflagt et besøg, og hvad der er kommet ud af det." (Læge)

4.1.2 Tiltag til at skabe større kendskab mellem aktører er i gang og flere er på vej

I Midtklyngen har de arbejdet med relationsopbygning mellem kommunale akutteams og hospitalsvisitationen – dog særligt for Viborg Kommune, hvor akutteamet har geografisk nærhed til

"Samarbejdet mellem akutafdelingen og klyngen, altså Midt, det er rigtig godt, og vi kender jo hinanden. (...) Det, at vi kender hinanden rigtig godt og ved, hvad vi står for, gør, at vi hurtigere kan beslutte, jamen, det er bedre, at I gør det. Det er en rigtig god sidegevinst ved det samarbejde, der er på akutområdet, hvor det her projekt jo bare er en lille del af det. Det er en positiv gevinst, der vil kunne bære ting videre." (Klyngeprojektleder)

hospitalsvisitationen. Når der kommer nye akutsygeplejersker i det kommunale akutteam, tager de hen på hospitalet og præsenterer sig selv i hospitalsvisitationen. Det opbyggede kendskab til hinanden har givet gevinst ved at gøre samarbejdet nemmere.

I Randersklyngen er der planlagt systematisk udveksling mellem kommunernes akutteams og hospitalsvisitationen for at opbygge relationer og øge kendskabet til hinandens kompetencer.

Derudover arbejder man i Midtklyngen på at oprette delestillinger mellem hospitalsvisitationen og de tre kommuner i klyngen, hvor en sygeplejerske fra hver af de tre kommuner vil blive ansat. Formålet er at øge visitationssygeplejerskens viden om de kommunale tilbud i hele Midtklyngen, samt at øge de kommunale akutsygeplejerskers viden om arbejdsgange i akutafdelingen. Stillingerne vil være med virkning fra 1. maj 2019 – 30. november 2019 i en prøveperiode. I første prøveperiode vil den kommunale akutsygeplejerske deltage i vagter svarende til ¾ stilling i akutafdelingen og ¼ stilling i kommunalt regi.

I både Midt- og Randersklyngen har de også arbejdet med at opbygge relationer til vagtlægerne ved, at akutsygeplejersker har været ude at køre med vagtlægen i nogen af kommunerne. Interviewpersoner fra begge klynger fortæller, at det har åbnet vagtlægernes øjne for, hvordan akutteamet kan bruges i forskellige situationer, og hvad akutteamet har mulighed for at iværksætte af ekstra besøg eller hjælp i hjemmet.

"Det var lærerigt, og det gik begge veje. Jeg kørte med en vagtlæge, der ikke rigtigt kendte til os, som alligevel fik øjnene op for os – hvad han kunne bruge os til." (Kommunal akutsygeplejerske)

4.1.3 Flexibilitet i hverdagen

Flere af interviewene fortæller om, at samarbejdet i praksis foregår meget fleksibelt – og at den fleksibilitet er nødvendig for at kunne agere blandt forskellige barrierer såsom apotekerloven.

"Vi bruger dem jo altså også den anden vej rundt. Hvis vi står med en eller anden og mangler noget medicin en lørdag aften fx, så kan vi få dem til... uden at vi skal til at ringe til vagtlægen og hele møllen igennem. Så kan vi gå ind at snakke med dem, CPR nummer, foreligge dem sagen og så kan de skrive det ind, og vi kan låne medicinen, og så kan vi køre ud. Så på den måde fungerer det rigtigt godt." (Kommunal akutsygeplejerske)

Denne fleksibilitet vidner om en vilje til at samarbejde, og kan ses som et udtryk for en god samarbejdskultur blandt de tre aktører, hvor man forsøger at få tingene til at glide ved at hjælpe hinanden. Fx fortæller en akutsygeplejer-

"Det kan være en fordel at kunne låne medicin af vagtlægen eller akutklinikken, hvis det er ordineret et eller andet sted fra. Så vi kan forebygge nogle ting på den måde. Jeg har været ude for at låne penicillin tabletter til en dame, hvor vi skulle opstarte penicillin for en blærebetændelse en lørdag aften. Så lånte vi 5 tabletter og kører ud og afleverer dem, så de kunne klare sig, til apoteket åbner mandag morgen." (Kommunal akutsygeplejerske)

ske i Skive, at lokalfællesskabet med vagtlægen gør det muligt at få fat i den nødvendige medicin i tilfælde, hvor akutsygeplejersken ellers ville skulle omkring apoteket – som måske ikke har åbent en lørdag aften. Det giver samtidig mulighed for at forebygge, at nogle situationer udvikler sig til en indlæggelse.

4.2 Akutsygeplejerskernes kompetencer

4.2.1 Kombinationen af særlige kliniske kompetencer og beslutningskompetence

En læge fortæller, at akutsygeplejerskerne er en værdifuld støtte, fordi de kan mere end hjemmeplejen. Det er af særlig betydning, at akutsygeplejerskerne både kan observere patienten og selv lave en vurdering af patienten og hvad der muligvis er på spil, som ikke kun bygger på de målte værdier. Det er netop disse kompetencer, der gør akutteamet til en god og relevant samarbejdspartner for lægen.

"Fra hjemmeplejen der får vi, at hun har ondt, det er lidt underligt, hun har det skidt og er rigtig dårlig, blodtrykket ligger rigtig fint og pulsen ligger fint, og temperaturen er 37,7 – hvad gør vi? Der er et eller andet. De er ikke ret gode deskriptive i forhold til det sprog, vi læger taler. Der er akutsygeplejerskerne bedre til at komme med en vurdering. Vi kan godt mærke, at de er dygtigere til at observere patienten, og de kan også lave en vurdering, som ikke kun er baseret på værdierne." (Læge)

"Så sådan nogle tilfælde, hvor man tænker, at det er nok det kommunale system, der skal bruges, men der er en utryghed, der har de både mulighed for at observere tingene, og de har også mulighed for at sætte de ting i værk, der skal gøres. Det er ikke sådan, at jeg skal ringe til en ny person og have fat i ham for at få arrangeret det, nej de har stjerner på skulderen til, at de kan sætte nogle af de her ting i gang." (Læge)

Samtidig er det vigtigt for lægen, at akutsygeplejersken kan sætte ting i værk – hun kan sørge for, at der kommer flere besøg, mere hjemmehjælp, mad, hjælpemidler eller at patienten holdes under tæt observation. Det vil sige, at når lægen aftaler med akutsygeplejersken, så kan hun også effektuere den plan, som hun har lagt med lægen.

Akutsygeplejerskernes særlige kliniske kompetencer og beslutningskompetence giver således lægen en øget tryghed i at benytte et kommunalt akuttilbud frem for en indlæggelse.

4.3 Øget brug af akuttilbud

4.3.1 Kendskab til hinanden giver øget brug af akutteam

Der gives samstemmende udtryk for, at de læger, der kender akutteamet, er gode til at bruge dem – og at jo flere gode oplevelser de får med at få hjælp af akutteamet, jo mere bruger de akutteamet. Samtidig bliver det fremhævet, at det har givet lægen et kend-

"Hvis det er vores egne praktiserende læger, som kender os i forvejen, så er der en tendens til de bruger os mere, end dem der ikke kender os. (...) Og det er jo derfor, vi har været ude at køre med dem på skift, så de kan lære os at kende, og hvad vi egentligt kan byde ind med." (Kommunal akutsygeplejerske)

"Vores egne praktiserende læger, når først akutteamet har kørt nogle år, så er de faktisk rigtig gode til at bruge akutteamet... mere og mere, altså jo mere de (lægerne) får succes med at bruge akutteamet, så bruger de dem mere og mere." (Leder af kommunalt akutteam)

skab, når akutsygeplejersken har været ude at køre med lægen i begge klynger.

I Skive

møder det kommunale akutteam ind i samme bygning som lægevagten. Her er også den regionale akutklinik placeret. Dette lokalefællesskab mellem de tre aktører har givet en

"Hvis du sidder tæt på akutteamet, så vil du helt sikkert også bruge dem mere. Fordi de har sikkert nogle gode forslag til, det kunne du jo også bruge mig til. Det er det der personkendskab, vi skal have fat i." (Læge)

stor gevinst, fordi lægevagten bedre kan huske på at bruge akutsygeplejerskerne, og fordi de løbende kan udveksle, hvordan akutteamet kan hjælpe lægerne. Den helt konkrete mulighed for at kunne holde pause sammen har betydning for, hvordan arbejdet foregår.

Hospitalsvisitationens mulighed for at give lægen råd og vejledning om brug af akutteam i kommunen styrkes også af, at der er blevet opbygget et større kendskab mellem vagtlægen og sygeplejerskerne i hospitalsvisitationen, fordi hospitalsvisitationen deler gang med lægevagtskonsultationen. Det betyder, at lægevagten derfor rent fysisk kommer ind i hospitalsvisitationen for at melde patienter, hvorved kendskabet mellem de to parter opbygges.

"Det betyder rigtigt meget, og det betyder også, både at de kan sætte ansigt på os, men også at de husker os. De ved, vi er der, og hvis man har en pause, så kan man snakke om: Jamen hvad er det egentligt, I gør, og hvad er det egentligt, vi kan, og hvad muligheder er der. Det har gjort rigtigt stor forskel, det er der slet ikke nogen tvivl om." (Kommunal akutsygeplejerske)

4.3.2 Der er kommet mere fokus på akutpladser og flere af dem

"Der er kommet flere akutpladser, fornemmer jeg, med det her projekt. (...) Det kunne vi mærke førhen, at der var ikke så mange, så der kom flere indlæggelser, fordi man ikke kunne skaffe en akutplads, og det er i hvert fald ikke det nu, der hindrer det." (Sygeplejerske, hospitalsvisitation)

I hospitalsvisitationen kan de mærke, at der er kommet flere akutpladser i kommunerne, og de oplever ikke længere, at der er problemer med at finde en akutplads til en patient, hvis det er relevant. De oplever således ikke, at kapaciteten af akutpladser udgør en

forhindring for at få flere patienter henvist til et kommunalt akuttilbud.

Samtidig oplever flere interviewpersoner, at der er kommet mere fokus på at undgå indlæggelser, og dette betyder også, at der er kommet større fokus på at benytte kommunens akutpladser, når det er muligt.

4.4 Behandlingsmæssigt kan det give mening at undgå indlæggelse

4.4.1 Det kan være en fordel at undgå indlæggelse for nogle grupper

Der er nogle grupper, hvor det giver særlig god mening at forsøge at undgå en indlæggelse. Interviewpersonerne nævner flere målgrupper, hvor en indlæggelse ofte vil være en hård oplevelse for patienten og derfor med fordel kan laves om til behandling hjemme eller på en akutplads, hvis det er muligt.

Det handler særligt om ældre, skrøbelige borgere, der har det bedst hjemme i deres egen hverdag og med deres egen mad og i deres egne omgivelser.

Flere interviewpersoner nævner demente borgere som en gruppe, der sjældent har fordel af at komme ind på et hospital, fordi de vil blive meget forvirrede og måske udadreagerende. For dem er det bedre at kunne blive behandlet i vante omgivelser og af den læge, som de kender.

"Vi vil jo rigtig gerne beholde de demente på demensplejecentrene, og vi vil rigtig gerne beholde dem i vante omgivelser, fordi erfaringen viser jo, at de bliver endnu mere konfuse og nogle måske mere udadreagerende osv., hvis de kommer ind på sygehuset." (Kommunal akutsygeplejerske)

"Det kunne være de der skrøbelige KOL-borgere, som jo tit og ofte ryger ind og ud af sygehusene. Så har sygehuset måske ansvaret for en ting, og egen læge har ansvaret for en anden ting, og hvem er det lige, de skal have fat i. Der tænker jeg, det nogen gange kunne være en fordel, at lægerne kunne blive bedre til at snakke sammen, og vi kunne være med på sidelinjen. Sådan at vi ligesom kunne lave en plan for... vi prøver lige det her, inden vi laver en indlæggelse." (Kommunal akutsygeplejerske)

Generelt nævnes de, der har hyppige indlæggelser uden, at man finder ud af, hvad der er galt. Her har akutteamet mulighed for at tage ud at lave målinger og samtidig give patienten tryghed ved, at der kommer nogen og tjekker, hvor galt det står til.

En anden gruppe, som nævnes, er skrøbelige KOL-patienter, som oplever mange korte indlæggelser. Her ser akutsygeplejersken en mulighed for, at akutteamet kan hjælpe med at lave en plan for, hvad der skal prøves inden indlæggelse.

"Dem der har mange hyppige indlæggelser, hvor der ikke rigtigt bliver fundet frem til noget, hvor man finder ikke rigtigt noget nyt under hver indlæggelse. Dem vil vi også gerne have fingre i og se, om vi kan lave en handleplan, der bliver sat i værk hver gang en borger så prøver at få kontakt – og ved at de har behov for indlæggelse – kan vi så tage ud og måle igennem og få os en snak om, hvordan går det og er der noget tryghed vi skal give. Eller er der faktisk noget i vejen nu." (Kommunal akutsygeplejerske)

5 BILAG

5.1 Bilag 1: Metodiske overvejelser

Organisationsanalysen er gennemført af DEFACTUM, der er Region Midtjyllands forsknings- og konsulenthus. Her følger en kort beskrivelse af, hvilken metode der er anvendt i organisationsanalysen.

5.1.1 Dataindsamling

Dataindsamlingen til organisationsanalysen er foretaget i form af semistrukturerede kvalitative telefoninterviews – det vil sige, at interviewene er gennemført som en samtale med udgangspunkt i en interviewguide, men at der også har været rum til at forfølge emner uden for interviewguiden, som interviewpersonen har taget op undervejs i interviewet.

Der er gennemført ti individuelle telefoninterviews i en kumulativ proces, hvor viden fra det første interview er blevet anvendt i det næste interview og så fremdeles. Dette er gjort for at øge udbyttet af viden fra hvert enkelt interview. Den kumulative proces betyder samtidig, at interviewguiden er blevet justeret efterhånden, som der er opstået ny viden undervejs i interviewprocessen. Der er udarbejdet interviewguides til hver af de fire nedenstående grupper af interviewpersoner.

Gennem interviewene er det forsøgt at opnå en forståelse af de forhold, som kan virke fremmende og hæmmende for, at fælles visitation kan lykkes.

5.1.2 Interviewpersoner og repræsentativitet

Organisationsanalysen bygger på indsamlet data fra interviewpersoner, som repræsenterer de tre parter i klyngeprojekterne: Region, kommune og almen praksis (herunder vagtlægeordningen). De ti interviewpersoner er udvalgt på følgende måde:

- To visitationssygeplejersker fra den fælles visitation fra henholdsvis Randersklyngen og Midtklyngen
- To projektledere fra klyngesamarbejdet, én repræsentant fra hver klynge.
- Fire repræsentanter fra kommunernes akutteams i henholdsvis Favrskov, Randers, Viborg og Skive kommune.
- To repræsentanter fra almen praksis/vagtlægeordningen, én fra hver klynge.

De ti interviewpersoner er udvalgt på baggrund af deres kendskab til de to klyngeprojekter og de tiltag, som er afprøvet i projektperioden, samt ud fra deres organisatoriske tilhørsforhold og faggruppe. Formålet med at interviewe personer fra de forskellige perspektiver, som er involveret i klyngeprojekterne, er at sikre, at de forskellige parters perspektiver kommer frem og kan blive holdt op imod hinanden.

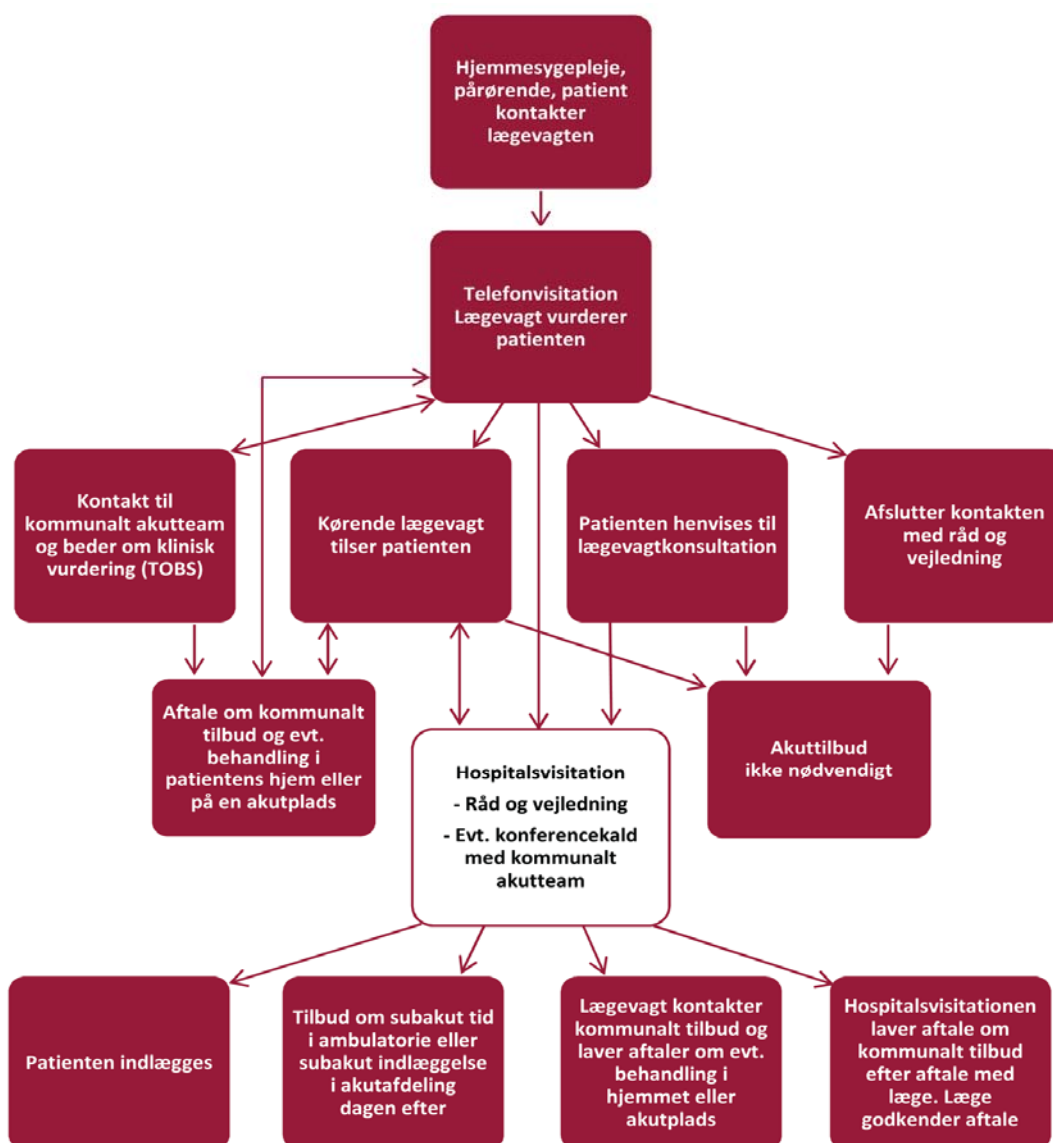
Eftersom der kun er foretaget interview med ti personer, er det ikke muligt at udlede, at alle potentielle forhold omkring arbejdet med fælles visitation er blevet afdækket. Det er dog forsøgt at sikre, at så mange forhold som muligt er blevet undersøgt ved at sprede interviewene på de fire forskellige grupper, som er skitseret ovenfor.

Interviewpersonerne er udpeget af de fire klyngeprojektledere fra Randers- og Midtklyngen.

5.2 Bilag 2: Beskrivelse af diagram over vagtlægens handlemuligheder

Her følger en detaljeret beskrivelse af nedenstående diagram over vagtlægens handlemuligheder, som også vises i figur 3.1.

Figur 5.1 Vagtlægens handlemuligheder



Når vagtlægen i vagtlægetelefonvisitationen modtager et opkald vedrørende en patient, har vedkommende følgende handlemuligheder:

- **Afslutter kontakten med råd og vejledning**
Vagtlægen afslutter kontakten med råd og vejledning til patienten, pårørende eller hjemmesygeplejerske.
- **Kørende lægevagt tilser patienten**
Vagtlægen i telefonvisitation visiterer patienten til en køreliste, hvorefter den kørende lægevagt tilser patienten i eget hjem.

- **Kontakt til kommunalt akutteam og beder om klinisk vurdering (TOBS)**

Vagtlægen kan tage kontakt til det kommunale akutteam og bede akutsygeplejersken om at lave en klinisk vurdering og relevante målinger, såsom TOBS⁴ målinger, blodprøver mv. Lægen og akutsygeplejersken aftaler, at sygeplejersken ringer tilbage med sin vurdering og resultat af målinger.

- **Patienten henvises til lægevagtkonsultation**

Den visiterende vagtlæge kan henvise de patienter, hvor det er muligt, til at møde op i lægevagtkonsultationen.

- **Hospitalsvisitation**

Ved opkald til hospitalsvisitationen kan en patient enten indlægges, eller der kan søges råd og vejledning til alternative handlemuligheder i kommunalt eller regionalt regi:

- Vagtlægen kan få råd og vejledning ved en speciallæge på hospital ved at kontakte hospitalsvisitationen, som viderestiller lægen til den relevante speciallæge eller laver et conferencekald med speciallægen.
- Vagtlægen kan få råd og vejledning til at finde et kommunalt alternativ til indlæggelse. Hospitalsvisitationen kan formidle kontakt til akutteamet i patientens hjemkommune. Dette kan foregå ved, at vagtlægen bliver oplyst et direkte telefonnummer på akutteamet i patientens hjemkommune, eller ved at den visiterende sygeplejerske sammenkobler telefonopkald, så vagtlægen og den kommunale akutsygeplejerske kan konferere om en eventuel akutplads eller opstart af behandling i patientens eget hjem.
- I Randersklyngen har lægen mulighed for at taste 1-2-3-4 alt efter fra hvilken kommune, de ønsker at få en akutsygeplejerske koblet på opkaldet sammen med hospitalsvisitationen.
- I Midtklyngen er det også muligt at træffe aftale med den visiterende sygeplejerske om at kontakte det kommunale akutteam og træffe aftale om en eventuel akutplads eller opstart af behandling i eget hjem på vegne af lægen. Denne type aftaler godkendes efterfølgende af lægen.
- Hospitalsvisitationerne i Randers- og Midtklyngen kan tilbyde subakutte ambulatorietider eller subakut indlæggelse i akutafdelingen som et alternativ til indlæggelse.
- Patienten indlægges via hospitalsvisitation.

⁴ TOBS står for Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom. TOBS-algoritmen er en samlet vurdering af: puls, bevidsthedsniveau, temperatur, respirationsfrekvens, systolisk blodtryk. Ud fra scoringen giver algoritmen vejledning til sygeplejersken i, hvilken reaktion der er hensigtsmæssig.