

# Det præhospitale område i Region Sjælland

En interviewundersøgelse af medarbejdernes perspektiver

Notat

Sidsel Vinge

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, som er en sammenlægning af DSI, AKF og KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

© KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Udgiver: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning  
Dampfærgevej 27-29  
2100 København Ø  
Telefon: +45 35 29 84 00  
ds@dsi.dk

ISBN: 978-87-7488-737-9  
Projekt 3583  
September 2012

**KORA**  
**Det Nationale Institut**  
**for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595  
2100 København Ø  
Telefon: +45 35 29 84 00

# Indhold

Resumé .....	4
1. Indledning .....	9
1.1 Baggrunden for undersøgelsen: Ændring på det præhospitale område .....	9
1.2 Undersøgelsens formål.....	9
1.3 Kort introduktion til det præhospitale område i Region Sjælland.....	10
1.4 Metode .....	12
1.5 Afgrænsning .....	14
2. Arbejdet i AMK-Vagtcentralen .....	16
2.1 Kommunikation i mellem faggrupperne i AMK-Vagtcentralen .....	16
2.2 To kulturer i tæt samarbejde: Udfordringer i hverdagen.....	17
2.3 Samarbejdet med politiet .....	19
2.4 Vedligeholdelse af kompetencer .....	20
2.5 Sammenfatning .....	20
3. Arbejdet på skadesteder og under transport .....	22
3.1 Kommunikation mellem AMK-Vagtcentralen og redderne .....	22
3.2 Samarbejdet mellem AMK-lægerne og redderne .....	23
3.3 Tekniske problemer i kommunikationen mellem hospitaler og redderne .....	25
3.4 Dataadgang og måling af vitalparametre præhospitalt .....	26
3.5 Sammenfatning af arbejdet på skadestedet og under transport.....	29
4. Relationen mellem det præhospitale område og lægevagten/almen praksis.....	31
4.1 Ingen kobling mellem lægevagten og det præhospitale område .....	31
4.2 Unødvendige indlæggelser når indlæggende læge ikke ser patienten .....	31
4.3 Sygehusene ønsker vitalparametre fra indlæggende læger .....	32
4.4 Sammenfatning af relationen mellem det præhospitale område og lægevagten/almen praksis .....	33
5. Visitation: Hvor skal patienten hen?.....	34
5.1 Hvorfor er visitation så svært, og hvorfor er det så afgørende? .....	34
5.2 Forhandlinger om hvem der skal tage patienten? .....	40
5.3 Udfordringer i forhold til manglende information og omvisitation .....	45
5.4 Uhensigtsmæssigheder i relation til 112 og akuttelefonen .....	49
5.5 Afrunding.....	51
6. Overlevering fra redderne til sygehus .....	52
6.1 Ventetid ved overlevering fra ambulance til hospital.....	52
6.2 Usikkerhed om registrering, sikring og brug af informationer .....	55
6.3 Forskellige skemaer til traumescore i biler og på hospitaler .....	58
6.4 Sygehusenes ønsker om bedre adgang til patientinformationer .....	59
6.5 Sammenfatning på overlevering fra redderne til sygehusene .....	60
7. Temaer på tværs af patientforløb .....	62
7.1 Lægebilernes tilbagetrækning .....	62
7.2 Beredskabssituationer .....	65
7.3 Reddernes færdigheder, viden, rutine og træning .....	67

7.4 Viden, samarbejde og kontakt på tværs af det præhospitale system .....	69
7.5 Sammenfatning af temaer på tværs af patientforløb.....	71
8. Konklusion.....	73
Bilag 1: Interviewdeltagere.....	77

Dansk Sundhedsinstitut (DSI), Anvendt KommunalForskning (AKF) og KREVI er pr. 1. juli 2012 blevet fusioneret til et samlet institut.

Denne publikation udgives derfor i regi af *KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning*, men da selve undersøgelsen er foretaget af DSI før fusionen, henvises der til DSI i teksten.

## Resumé

Region Sjælland har pr. 1. marts 2011 etableret en ny struktur på det præhospitale område blandt andet med det formål at sikre en mere ensartet service i hele regionen. Hovedelementer heri er indsættelse af lægesuperviserede akutbiler og ambulancer med paramedicinere, tilbagetrækning af læge-/sygeplejerskebemandede akutbiler samt sundhedsfaglig visitation af 112-opkald.

Denne undersøgelse afdækker medarbejdernes perspektiver på arbejdet på det præhospitale område på baggrund af syv gruppeinterviews – ét på hvert af regionens seks sygehuse samt ét i AMK-Vagtcentralen<sup>1</sup> – med i alt 43 medarbejdere. Der fokuseres på organisatoriske forhold omkring teknologi og kommunikationsstrukturer, arbejdsgange og organisering, ansvars- og opgavefordeling samt selvoplevede færdigheder. Følgende opsummerer hovedkonklusionerne af undersøgelsen, og følger i sin struktur rapportens opbygning i afsnit:

I afsnit 2 peger medarbejderne i **AMK-Vagtcentralen** på en række udfordringer i relation til det interne samarbejde og kommunikationen internt mellem de grupper af henholdsvis sundhedsfaglige visitatorer og tekniske disponenter, men også i relation til samarbejdet med 112/politi, som de får opkaldene viderestillet fra. Enkelte af disse forhold er af mere teknisk art, men de fleste er samarbejds-mæssige og indikerer, at der endnu ikke eksisterer en klar og velfungerende arbejdsdeling mellem grupperne i AMK-Vagtcentralen, hvilket giver sig udslag i såvel misforståelser som forhandlinger om de konkrete disponeringer. Medarbejderne oplever, at samarbejdet er blevet bedre, men efterlyser en mere målrettet indsats for at forbedre samarbejdet i hverdagen og løse de snitflader, som giver udfordringer.

I afsnit 3 om **reddernes arbejde på skadesteder og under transport** efterlyser de mere rettidig og mere relevant information fra AMK-Vagtcentralen med fokus på patientens aktuelle tilstand, vitalparametre, hvis de foreligger, samt den aktuelle årsag til henvendelsen. Der peges på tekniske problemer i forhold til forsinkelser af information fra vagtcentralen til redderne og i forhold til kommunikationen mellem redderne og sygehusene, som i en del tilfælde refereres at foregå via mobiltelefoner.

Redderne oplever store forskelle mellem AMK-læger med hensyn til delegering, og der eksisterer i et vist omfang en praksis, hvor redderne går udenom AMK og i stedet kontakter sygehuslæger, de kender. Redderne efterlyser mere ensartethed blandt AMK-lægerne samt et tættere samarbejde, der kan højne tilliden til reddernes observationer og kompetencer.

Måling af vitalparametre og dataadgang under transport fyldte meget. Særligt ønsker til hvordan der måles (mere kontinuerlig monitorering vs. nuværende spotmålinger), og hvem der har adgang til det (sendes til hospitaler vs. mere løbende adgang i fremtiden) fyldte meget. Der peges desuden på udfordringer nogle steder med måling af vitalparametre i ambulancer, hvor de fleste reddere

---

<sup>1</sup> AMK-Vagtcentralen er en del af Præhospitale Center, der er beliggende på Slagelse Sygehus. AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter), der er bemandede med anæstesiologiske speciallæger og sygeplejersker hele døgnet, har det overordnede ansvar for sundhedsberedskabet i regionens sundhedsvæsen. AMK er fysisk og organisatorisk integreret med Vagtcentralen, der disponerer ambulancer og andre præhospitale enheder, og som regionen driver i partnerskab med ambulanceoperatørerne Falck og Roskilde Brandvæsen.

mener, at der er "klokkeklare retningslinjer" for vitalparametre på kategori A, B og C kørsler, mens andre mente, at der ikke skal tages vitalparametre ved kategori C kørsel. Der var dog enighed om, at vitalparametre er centrale, fordi de giver et bedre grundlag for at vurdere patientens tilstand, herunder evt. op- eller nedgradere kørselsformen, men også fordi vitalparametrene er en vigtig forudsætning for triagen på akutmodtagelserne. Mange sygehusmedarbejdere ønsker mere løbende adgang til patientdata, særligt vitalparametre, under transport. Det vil give grundlag for op- og nedgradering af beredskaber, så traumevagter ikke står og venter, hvis vitalparametrene ikke bekræfter det, påpeger nogle læger. Redderne ser også fordele ved mere løbende adgang, hvis det fratager dem fra at skulle bruge tid på at ringe og melde værdier, særligt ved svært syge/tilskadekomne. Skeptikere peger dog på, at løbende monitorering vil binde sygehusressourcer til overvågning og kan skabe en uklar rolle- og ansvarsfordeling mellem AMK-lægen og sygehuslægerne.

Afsnit 4 om relationen til **lægevagt/almen praksis** er præget af en uforståenhed over, at lægevagten ikke samarbejder med det præhospitale område, og at de to systemer eksisterer parallelt. Der opleves unødvendige indlæggelser, når vagtlæger/praktiserende læger indlægger patienter, de ikke har set. Desuden efterlyses vitalparametre fra de indlæggende læger. Det skal understreges, at lægevagten/almen praksis ikke har været inviteret til at deltage i denne undersøgelse, hvorfor belystningen af dette område er ensidig.

Afsnit 5 behandler udfordringer i forbindelse med **visitation**, som var det største emne på tværs af interviewene. Det er for det første svært at afgøre præhospitalt, hvad en patient fejler, og dermed hvilket speciale og sygehus patienten skal til. Desuden er beslutningen mere afgørende, fordi specialerne er blevet fordelt på regionens hospitaler. Specialefordelingen har medført forskellige optageområder specialerne imellem, og kombineret med vedvarende ændringer skaber det øget kompleksitet såvel som mere usikkerhed på området. Endvidere opleves det nogle steder, at de tidligere optageområder (amtsgrænser) i et vist omfang stadig eksisterer. Der berettes flere steder om uklarhed i forhold til afgrænsningerne af "basisfunktion" og "regionsfunktion", af "bedst egnede" og "nærmeste egnede" sygehuse, samt spørgsmålet om hvordan visitationsreglerne forholder sig til patienternes ret til frit sygehusvalg. Alle disse forhold gør den præhospitale visitation til en svær og kompleks opgave, samtidig med at det er blevet mere afgørende, at der visiteres korrekt.

I forbindelse med visitation opleves *forhandling* mellem sygehusene, redderne og AMK om, hvem der skal tage patienten. Både på grund af de uklarheder og usikkerheder, som er beskrevet, og fordi det er svært at afgøre, hvorvidt noget er en (kirurgisk) skade eller et medicinsk problem. En del af forhandlingerne opleves af patienterne på skadestedet eller under transporten, og medarbejderne peger på, at dette kan have negative konsekvenser for patienternes oplevelse af forløbet. Forhandlingerne omkring visitation fylder ifølge medarbejderne ikke lige meget alle steder og handler således også om lokale forhold og kulturer – ikke kun om generelle usikkerheder og komplekse regler. Flere peger på, at problemerne er på retur, og at udviklingen går den rette vej.

Forhandlinger i visitationssituationer kan også skyldes patienternes ønske om *sammenhængende forløb*. Mange kronikere er allerede tilknyttet et sygehus, og indlægges patienten for noget, der vurderes at være relateret til denne sygehuskontakt, kan det føre til forhandlinger, fordi patienterne ønsker et mere sammenhængende forløb, hvilket kan komme på tværs af reglerne. Redderne konfronteres direkte med patienternes ønsker om sammenhæng, mens AMK og hospitalspersonalet har andre retningslinjer og ressourcemæssige hensyn at tage og har ikke sammenhængende forløb som eksplicit prioritet, omend sygehuspersonalet flere steder udtrykker ønske om mere sammenhængende forløb.

Flere medarbejdergrupper peger på, at systemet generelt har svært ved at håndtere det behov, der til tider opstår i forhold til *manglende information om baggrunden for den initiale (fejl)visitation*. Det opleves som svært at finde frem til personer, beslutninger, information og datagrundlag. Det kan både skyldes fejl og mangler i kommunikationen såvel som en tradition for mundtlige overleveringer i monofaglige søjler fra sygeplejerske til sygeplejerske. Redderne oplever samme grundlæggende udfordring, både når de har behov for at få fat i den sundhedsfaglige visitator, som har talt med en bestemt indringer, eller når de har svært ved at ændre en indlæggende læges visitation foretaget uden måling af vitalparametre, når redderne måler vitalparametre, der peger på

en anden diagnose – og dermed et andet speciale på et andet sygehus. Kommunikationssystemet opleves ikke som værende indrettet på, at fejl, mangler og misforståelser sker, og at medarbejderne kan have brug for at gå baglæns, ændre beslutninger og indhente mere information.

Endelig peger analysen på, at medarbejderne oplever, at *langt fra alle borgere ved, hvor de skal ringe hen ved akut sygdom*: Lægevagt/egen læge, 112 eller akuttelefon? Og en del ved heller ikke, at de skal ringe først og visiteres, inden de henvender sig på visiterede skadestuer/skadesklinikker. Problemerne forstørres af, at de forskellige indgange har forskellige konsekvenser: Praksis på området er ifølge regionen, at hvis der efter et 112 kald via AMK-Vagtcentralen er visiteret en ambulance, skal patienten indbringes til en akutafdeling/skadestue og ikke en skadeklinik. Flere medarbejdere peger imidlertid på, at dette i nogle tilfælde kan føre til overbehandling.

I afsnit 6 om **overlevering fra ambulance til hospital** er det problem, der oftest blev peget på, reddernes oplevelse af *ventetid* ved overlevering af (primært) ikke-akutte patienter. Desuden oplever redderne, at de særligt på nogle sygehuse kan have svært ved at finde en sygeplejerske at melde patienterne hos. Flere peger på, at problemet er stigende, og at der er store forskelle mellem sygehuse. Ventetid nedsætter kapaciteten i ambulanceberedskabet, og redderne går i nogle tilfælde igen uden at lave en mundtlig overlevering til en sygeplejerske. De modtagende sygeplejersker er generelt enige med redderne og beskriver nogle steder store frustrationer over, at de ikke kan leve op til deres mål for triagen. Der er flere eksempler på *forsinket patientregistrering* som følge af, at sekretærerne ikke får en journalkopi i de tilfælde, hvor paramedicinerne har været involveret (fordi den skal sendes til regionen ifølge paramedicinerne), eller at ambulancejournalen først skrives efter indlæggelse, hvis der er tale om patienter, der har været stærkt behandlingskrævende under transporten. Konsekvenserne er u hensigtsmæssige for patienter og pårørendes oplevelse af systemet, men også i forhold til patientsikkerhed og risici for fejl i forbindelse med patientidentifikation. Her opstår også usikkerheder – nogen steder dagligt – på grund af brister og fejl i forbindelse med overleveringer af patienter, særligt blandt de ikke akutte – fx ældre, dehydrerede og demente, som risikerer at bliver overset. Særligt redderne oplever, at væsentlige informationer ikke altid kommer med over i sygehusjournalen, men går tabt i overleveringen. Det får flere reddere til at foreslå, at de i indlæggelsesjournalen får et felt til overleveringen, hvoraf det fx fremgår, hvilken medicin der er givet præhospitalt.

Mange pegede på udfordringer med at have *forskellige skemaer at score – og dermed klassificere – traumepatienter* blandt redderne og på sygehuse. De fleste mener, at forskellene er relativt små, men det fører dog til op- og nedgraderinger i forbindelse med overlevering af traumepatienter, som opleves som u hensigtsmæssige.

Flere hospitalsmedarbejdere ønsker *adgang til flere informationer om patienterne fra andre dele af sundhedsvæsenet* – inkl. den kommunale sektor – som grundlag for deres beslutninger om alt fra visitation til behandling. Flere steder efterlyses bl.a. bedre adgang til patientdata i primærsektoren og lettere tilgang til at kontakte indringere og/eller pårørende. Der er en lang række tekniske, etiske og juridiske udfordringer forbundet med dette. Men de ændrede behandlingsformer (med langt mere fokus på triage og tempo), de ændrede specialefordelinger (med længere afstande til rette specialafdeling) og den stigende forekomst af multimorbide kronikere med flere permanente behandlings- og kontrolforløb i forskellige regi øger behovet for hurtig adgang til mere information, både til eksisterende data i andre systemer og bedre muligheder for at kunne indhente nye oplysninger fra andre sundhedspersoner eller patienter og pårørende.

I afsnit 7 belyses **fire temaer, der går på tværs af patientforløb**: For det første *lægebilernes tilbagetrækning*. Der var markant forskel på oplevelserne af lægebilernes tilbagetrækning sygehuse imellem. På ét sygehus, som tidligere havde lægebil tilknyttet, oplever lægerne flere traumekald, som lægger beslag på kirurgisk kapacitet, og at kritisk syge ikke længere kan visiteres og behandles præhospitalt i samme grad. Sygeplejersker og reddere på dette sygehus har ikke en oplevelse af, at lægebilernes tilbagetrækning har givet flere traumekald, og sygeplejerskerne peger på, at det skyldes et større opgaveområde og dermed flere patienter. Regionen oplyser, at antallet af traumemodtagelser samtidig med lægebilernes tilbagetrækning er reduceret fra seks til fire. Ingen på de øvrige sygehuse – som i varierende omfang har haft lægebiler – har samme oplevelse

af øget aktivitet som følge af lægebilernes tilbagetrækning. Erfaringen med lægebilerne kan således kun delvist forklare de markante forskelle i oplevelserne af konsekvenserne. Flere sygehusmedarbejdere oplever et højere behandlingsniveau blandt indbragte patienter. Nogle peger på enkelte tilfælde, hvor de mener, at en patients prognose ville have været ændret, hvis der havde været en læge i bilen. Redderne peger på, at en afledt konsekvens af lægebilernes tilbagetrækning er, at de ikke har så godt og tæt et samarbejde med lægerne mere, hvilket savnes.

Der blev påpeget problemstilling omkring manglende beslutning om behandlingsstop ved hjertestop, hvor der er etiske problemer forbundet med forlænget genoplivning under lange transporter på patienter, som er døde, men som ikke kan erklæres døde uden en læge.

I forbindelse med *beredskabssituationer* kan der ikke konkluderes entydigt, da de sjældent opstår (2 siden den nye struktur), og da medarbejderne i interviews ikke har skelnet skarpt mellem problemstillinger *før* og *efter* den nye struktur. Med disse forbehold in mente peges der for det første på udfordringer omkring kommunikation og information. Kommunikationssystemerne beskrives som enstrengede og hierarkisk opbygget, og flere efterlyser en anden model med mere udvidet adgang til de data og informationsstrømme, som eksisterer, i stedet for at skulle afvente enstrengt kommunikation. For det andet er det et spørgsmål om træning, at være skadesvant og have skadestedserfaring, hvorfor flere efterlyser mere træning i katastrofer, ikke mindst nu hvor lægerne i AMK ikke i samme grad har hverken dagligt samarbejde og kendskab til redderne eller til skadesteder.

Med hensyn til *reddernes færdigheder* var der ikke kritik af det faglige niveau – dog bør det tilføjes, at gruppeinterviews ikke er den nemmeste situation at fremsætte eventuel kritik i. Der var til gengæld en del roser til reddernes arbejde, ikke mindst fra lægerne. Generelt oplever redderne ikke selv, at de står i situationer, som de ikke kan håndtere på grund af manglende færdigheder. Derimod peger flere, men ikke alle reddere på, at de ønsker flere "håndgreb", fx muligheder for at fjerne fremmedlegemer i luftveje, nødtracheostomi og bedre muligheder for trykaflastning af lungerne.

En del reddere oplever, at mange i det præhospitale system – særligt indlæggende læger i almen praksis/vagtlæger – ikke kender de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder i ambulancerne. Det kan føre til forkerte dispositioner, hvor indlæggende læge er uforstående overfor reddernes prioritering af fx at tage og sende EKG præhospitalt. Redderne mener, at det handler om manglende viden blandt lægerne om, hvad systemet kan. Dette skal ses i lyset af en kraftig udvikling i det præhospitale kompetenceniveau de seneste år, kombineret med at de indlæggende læger i lægevagt og almen praksis ikke er koblet til det præhospitale system, og deres primære opgave er ikke at foretage indlæggelser.

Afslutningsvis har undersøgelsen diskuteret et mere perspektiverende emne: Medarbejdernes efterlysning af mere **viden, samarbejde og kontakt på tværs af hele det præhospitale system**. Interviewene var i varierende grad præget af, at medarbejderne havde stort behov for at få afklaret problemer, tvivler og uenigheder med hinanden, og i nogle tilfælde medførte det ændringer i samarbejdsrelationer aftalt på stedet. Generelt efterlyser medarbejderne mere viden, samarbejde og kontakt på tværs af systemet, ikke mindst relationen mellem modtagelserne og AMK-Vagtcentralen, men også modtagelserne imellem på de forskellige sygehuse, hvor medarbejderne ikke oplever, at der er nogen kontakt. Flere beskriver kommunikations- og beslutningsvejene som relativt (ledelses)tunge, og at de ikke er inddraget i det tværsektorielle samarbejde eller i samarbejdet mellem sygehuse.

Samlet set har undersøgelsen peget på en lang række emner, som tilsammen udgør medarbejdernes perspektiv på det præhospitale område inden for de fire overordnede temaer: Teknologi og kommunikationsstrukturer, arbejdsgange og arbejdsorganisering, ansvars- og opgavefordeling samt medarbejdernes færdigheder.

Fordi metoden har lagt vægt på at kortlægge medarbejdernes perspektiv, har undersøgelsen peget på en række forhold, som ikke er direkte relateret til den præhospitale plan. I relation til visitation ses udfordringer relateret til specialefordelingen mellem sygehuse, de forskellige optageområder



og ændrede visitationsvejledninger. Dette udspringer primært af regionens sygehusplan og specialeplanlægningen – ikke af den præhospitale plan.

Alt i alt peger undersøgelsen på, at der ligger betydelige ledelsesmæssige opgaver regionalt, i AMK-Vagtcentralen og lokalt på sygehusene i forhold til at implementere den præhospitale plan i praksis og få arbejdsgange og samarbejdsrelationer forbedret.

# 1. Indledning

## 1.1 Baggrunden for undersøgelsen: Ændring på det præhospitale område

Region Sjælland har pr. 1. marts 2011 etableret en ny struktur på det præhospitale område, der bl.a. andet indeholder følgende væsentlige ændringer i forhold til tidligere:

- Seks akutbiler bemandede med paramediciner i døgnberedskab er placeret i yderområder langt fra akutsygehusene i døgnberedskab.<sup>2</sup>
- Ti ambulancer (12 efter juni 2012) er opgraderet med paramediciner i døgnberedskab og placeret nær regionens seks sygehuse.<sup>3</sup>
- Fem læge-/sygeplejerskebemandede akutbiler, der kørte en del af døgnnet, er trukket tilbage.<sup>4</sup>
- Speciallæger i døgnberedskab på AMK-Vagtcentralen superviserer paramedicinere og reddere og rykker ud i akutbil til større ulykker i hele regionen og til alvorlig sygdom og tilskadekomst i nærområdet.
- Sygeplejersker i døgnberedskab på AMK-Vagtcentralen foretager visitation og rådgiver borgere, der ringer 112.

Formålet med den nye struktur er bl.a. at sikre en mere ensartet service i hele regionen, hvor 90 % af borgerne kan nås af en paramediciner inden for 15 minutter hele døgnnet med større mulighed for lægefaglig supervision og sparring fra AMK.<sup>5</sup> Dette skal ses i forhold til den tidligere struktur, hvor under 30 % af borgerne kunne nås af en læge inden for 15 minutter i tidsrummet kl. 8-23 (dog kun hver anden uge fra Vordingborg eller Maribo), yderligere 20 % kunne nås inden for 15 minutter af en sygeplejerske eller paramediciner, og der kun var mulighed for lægefaglig supervision i dagtiden.

## 1.2 Undersøgelsens formål

Undersøgelsens formål er at afdække medarbejdernes perspektiver på arbejdet på det præhospitale område ved at kortlægge, hvilke styrker og svagheder medarbejderne oplever i relation til ændringerne, og hvilke forslag de eventuelt har til forbedring og ændringer inden for fire overordnede temaer:

- *Teknologi og kommunikationsstrukturer:* Hvordan fungerer den teknologiske understøttelse af kommunikationen i den præhospitale kæde, og er der forhold i den nye kommunikationsstruktur, som bør optimeres?
- *Arbejdsgange og arbejdsorganisering:* Hvordan fungerer de nye arbejdsgange i praksis, og er der elementer, overgange og relationer, som bør forbedres?
- *Ansvars- og opgavefordeling:* Er ansvars- og opgavefordelingen hensigtsmæssig? Og er den klar og entydig? Eller er der områder, som bør revideres?

---

<sup>2</sup> Placeret i/ved Nykøbing Sjælland, Kalundborg, Præstø, Stege, Maribo og Nakskov. Der var også døgnbemandede akutbiler med paramediciner i Kalundborg og Nakskov før 1. marts 2011.

<sup>3</sup> Placeret i Holbæk, Slagelse, Køge, Nykøbing Falster, Næstved og Roskilde. Fra juni 2012 er der opgraderet to ambulanceberedskaber med paramedicinerbemanding i Ringsted (et i døgnberedskab og et i deldøgnberedskab).

<sup>4</sup> Var placeret i Holbæk kl. 08-23 (læge), Slagelse kl. 07-23 (læge), Nykøbing Sjælland kl. 08-24 (sygeplejerske), Vordingborg og Maribo kl. 08-22 (skiftevis læge henholdsvis sygeplejerske hver anden uge).

<sup>5</sup> AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter) er bemandede med anæstesiologiske speciallæger og sygeplejersker hele døgnnet, og har det overordnede ansvar for sundhedsberedskabet i regionens sundhedsvæsen. AMK er integreret med Vagtcentralen, der disponerer ambulancer og andre præhospitale enheder, og som regionen driver i partnerskab med ambulanceoperatørerne Falck og Roskilde Brandvæsen.

- *Færdigheder*: Oplever medarbejderne, at de selv – og deres kollegaer i den præhospitale kæde – har de færdigheder og den træning og rutine, der kræves til de forskellige dele af opgaveløsningen?<sup>6</sup>

Denne undersøgelse er del af et større evalueringsdesign på det præhospitale område i regionen, der omfatter en evaluering på kort sigt og på længere sigt. Medarbejderundersøgelsen er en del af kort-sigt evalueringen af den nye struktur med fokus på medarbejdernes perspektiv på de fire organisatoriske temaer. Det organisatoriske fokus indgår i et MTV-lignende design, hvor der også indgår et patientperspektiv (borgerperspektiv)<sup>7</sup>, et økonomisk og et sundhedsfagligt perspektiv. Det samlede evalueringsdesign er beskrevet i en rapport, der sammenfatter denne og andre undersøgelser, der indgår i evalueringen på kort sigt. Formålet med denne devaluering er at skaffe velbegrundede og kvalificerede påpegninger af de udfordringer og eventuelle forslag til forbedring på det præhospitale område, som medarbejderne har.

### 1.3 Kort introduktion til det præhospitale område i Region Sjælland

Dette afsnit indeholder en kort introduktion til de centrale aktører på det præhospitale område, primært med fokus på de grupper, der indgår i denne undersøgelse. Introduktionen er målrettet læsere, der ikke i forvejen har et indgående kendskab til området. De faktuelle oplysninger er givet af Region Sjælland.

Den basale præhospitale indsats sker i samspil mellem ambulancetjenesten og akutsygehusene. Der er afhængig af årstid og belastning 62-70 ambulanceberedskaber i regionen, hvoraf nogle kun er aktive i en del af døgnet. Som supplement til dette basisberedskab er der indsat avancerede præhospitale ressourcer i form af paramedicinerbemandede akutbiler og ambulancer, som kan iværksætte hurtig livreddende og stabiliserende behandling inden/ under ambulancetransport til sygehus.

Arbejdet på det præhospitale område kan ses som en kæde af indsatser, der i mere eller mindre kronologisk rækkefølge sikrer, at akut syge patienter kommer under den rette behandling så hurtigt som muligt – deraf betegnelsen kæde.

I det følgende beskrives den præhospitale kæde og de centrale aktører i meget kort form. Da området er komplekst, henvises til Region Sjællands "Plan for Sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats" for yderligere beskrivelse og præcisering af arbejdet i de enkelte led i kæden.

- **Skadestedet: Patient(er), pårørende og evt. andre**
  - Som oftest vil én person blive syg eller komme til skade, men der kan også være tale om flere personer ved fx trafikulykker.
  - På skadestedet er der ofte også pårørende og/eller andre tilstede, som i nogle tilfælde også er dem, der har tilkaldt hjælp (indringere).
- **AMK- Vagtcentralen: Sundhedsfaglige visitatorer, tekniske disponenter og læger**
  - Hvis der ringes 112, og det drejer sig om noget sundhedsfagligt, stilles indringer videre til AMK-Vagtcentralen i Slagelse, hvor sundhedsfaglige visitatorer vurderer behovet for hjælp og evt. rekvirerer en præhospital enhed (ambulance, akutbil, helikopter mv.). Det er heref-

---

<sup>6</sup> Begrebet færdigheder skal i denne analyse forstås som evnen til at udføre en opgave – altså en kombination af uddannelse, viden, træning og rutine. Der menes således ikke formel kompetence, forstået som en ret til at træffe en bestemt type beslutning eller udføre en bestemt form for opgave. Der lægges vægt på medarbejdernes begrundede og konkrete eksempler på, hvor de oplever, at de selv, eller andre i den præhospitale kæde, mangler eller ønsker uddannelse, viden, træning og rutine, i relation til deres arbejdsopgaver. Det er væsentligt at understrege, at der er tale om en selvevaluering af medarbejdernes egne oplevelser af færdigheder – ikke DSI's vurdering. (I det samlede evalueringsdesign indgår en evaluering af kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats og kvalitetssikring).

<sup>7</sup> Devalueringen om borgernes oplevelser og tilfredshed laves også af DSI og publiceres særskilt.

ter tekniske disponenter, der afsender den relevante præhospitale enhed og har kommunikationen med denne.

- De sundhedsfaglige visitatorer er primært 19 sygeplejersker med fast ansættelse på AMK-Vagtcentralen. Paramedicinere indgår sammen med sygeplejersker i gruppen af sundhedsfaglige visitatorer.
  - De tekniske disponenter er ikke sundhedsfagligt uddannet og er ansat i henholdsvis Falck og Roskilde Brandvæsen.
  - De sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske disponenter sidder i ét stort rum (med 8-12 arbejdsstationer), og kommunikationen mellem de to grupper om disponering af køretøjer foregår i vid udstrækning mundtligt.
  - På AMK-Vagtcentralen er der desuden en anæstesiologisk speciallæge i døgnvagt. I alt 17 læger, der overvejende har deres hovedansættelse på sygehusenes anæstesiologiske afdelinger, har på skift henholdsvis tilstedeværelsesvagt og tilkaldevagt. AMK-lægen har supervisionsopgaver i forhold til paramedicinere og reddere i ambulancer og akutbiler samt i forhold til de sundhedsfaglige visitatorer. AMK-lægen rykker sammen med en paramediciner ud i akutbil til alvorlig ulykke og sygdom i nærområdet (gennemsnitligt én gang i døgnet). I tilfælde af større ulykker eller katastrofer rykker den vagthavende AMK-læge ud som sundhedsfaglig indsatsleder på skadestedet (KOOL), og en AMK-læge i tilkaldevagt indkaldes til at varetage den overordnede sundhedsfaglige ledelse på AMK-Vagtcentralen.
- **Ambulancer og akutbiler: Ambulanceassistenter, ambulancebehandlere og paramedicinere**
    - **Ambulanceassistenter (niveau 1)** er i stand til at udføre almindeligt forekommende opgaver i ambulancetjenesten.
    - **Ambulancebehandlere (niveau 2)** er i stand til at udføre ambulancebehandling, herunder behandle patienter med astma, kramper, insulinchok, allergiske reaktioner mv. Desuden kan ambulancebehandlere udføre overvågning og behandling under transport af patienter efter lægelig delegation og ordination, herunder i forbindelse med telemedicinsk overvågning.
    - **Paramedicinere (niveau 3)** er i stand til at iværksætte avanceret medicinsk behandling af en lang række tilstande og derved supplere den almindelige ambulancebehandling. Udover de medicinske kompetencer, er paramedicinere uddannet til at kunne fortage visse transporter mellem hospitaler, herunder hjertepatienter til akut ballonudvidelse, samt i visse situationer at kunne afslutte behandlingen i hjemmet efter lægelig ordination.
    - Da medarbejderne omtaler personalet i ambulancer og akutbiler som redderne bruges betegnelse *redderne* i analysen som en samlet betegnelse for disse tre medarbejdergrupper.
  - **Hospitalerne: Læger, sygeplejersker og sekretærer**
    - På de 6 sygehuse i Region Sjælland findes forskellige specialefordelinger, og derfor er det forskellige typer akutte indlæggelser, som foretages på sygehusene.
    - Triagering anvendes ved modtagelse af akutte patienter, hvilket betyder, at en modtagende sygeplejerske scorer patienten ud fra forskellige (vital)parametre og foretager en samlet vurdering af, hvor akut situationen er.
  - **Kørselstyper:**
    - Ved visitation af et 112-opkald foretages en hastegradsvurdering, der er bestemmende for den kategori af præhospital indsats, der iværksættes. Der arbejdes med kategorierne A, B, C, D og E. Kategorierne dækker et spektrum, hvor A benyttes ved akut livstruende sygdom eller tilskadekomst og omfatter som minimum ambulance med udrykning, mens kategori E i den anden ende af skalaen dækker anden form for hjælp, fx siddende sygetransport.

Medarbejderne omtaler også de første tre kategorier som henholdsvis kørsel 1, 2 og 3, hvilket var de tidligere betegnelser. Kategoriopdelingen afhænger graden af akut sygdom/tilskadekomst og har derfor indflydelse på, hvilke responstider der skal overholdes, men også med hensyn til reddernes forpligtelser til måling af vitalparameter og dokumentation (ambulancejournal).

## 1.4 Metode

I dette afsnit redegøres for undersøgelsens datagrundlag, interviewgruppernes sammensætning, den praktiske gennemførelse af interviews, hvordan processen fra data til rapport har været samt rapportens opbygning og baggrunden for den.

### 1.4.1 Interviewundersøgelse og valg af informanter

Undersøgelsen er udarbejdet på basis af syv gruppeinterviews – ét på hvert sygehus samt ét i AMK-Vagtcentralen – med i alt 43 medarbejdere samt en indledende baggrundssamtale med ledelsen af det præhospitale center i Slagelse, Benny Steve Jørgensen (præhospital driftschef), Tommy Jonasson (vagtcentralchef) og Henning Jans (præhospital leder). De citeres ikke fra baggrundssamtalen. Alle deltagere i interviews er listet med titel og organisatorisk tilhørsforhold i bilag 1. Interviewene var af ca. to timers varighed, og den planlagte sammensætningen var:

- Ét interview med henholdsvis to læger og to sundhedsfaglige visitatorer på AMK-Vagtcentralen samt to tekniske disponenter på vagtcentralen.
- Seks interviews med hver to ambulancereddere (én paramediciner og én ambulancebehandler), to sygehuslæger, to sygeplejersker og en sekretær på henholdsvis Næstved, Holbæk, Nykøbing Falster, Køge, Roskilde og Slagelse Sygehuse.

Begrundelsen for den ønskede gruppesammensætning var for det første et ønske om at analysere forskellige led i den præhospitale kæde, herunder arbejdet i den nye AMK-Vagtcentral, hvilket er begrundelsen for det første interview. Samtidig var det et ønske at belyse særlige forhold, som er mere sygehuspecifikke, hvorfor de seks sygehusinterviews er foretaget med udgangspunkt i sygehusene i stedet for fx med monofaglige grupper.

Som det fremgår af oversigten over interviewdeltagerne i bilag 1, deltog ingen læger i interviewet med AMK-Vagtcentralen. Dette skyldes, at de to læger, der havde givet tilsagn om at deltage, måtte melde afbud på grund af sygdom, og det lykkedes ikke med meget kort varsel at finde afløsere for dem. Desuden ses, at medarbejdersammensætningen på de sygehusbaserede interviews afveg en smule fra det skitserede, primært fordi der nogle steder deltog flere medarbejdere og/eller medlemmende end de skitserede.

Sammensætningen af grupperne er sket med udgangspunkt i Region Sjællands mål med undersøgelsen. Udvælgelsen af de enkelte medarbejdere og den praktiske tilrettelæggelse af interviewene er udført af medarbejdere i Region Sjælland. Baggrunden for dette er, at evalueringen ikke rummer nogen form for ekstern kontrol, men alene er et udtryk for regionens eget ønske om at få mere viden om medarbejdernes perspektiver. Derfor var det mest hensigtsmæssigt, at Regions Sjælland selv fandt en praktisk metode til at udvælge de relevante deltagere til gruppeinterview, da regionen således har kunnet sikre en bred sammensætning ud fra et langt bedre internt kendskab til såvel specialefordeling som de enkelte medarbejdergrupper. I praksis har sygehusledelserne, i samarbejde med de respektive afdelingsledelser, udpeget interviewdeltagerne blandt medarbejdere, der aktivt havde deltaget i arbejdet med modtagelse af akutte patienter efter 1. marts 2011. Ved udpegningen på sygehusene er der tilstræbt en spredning på forskellige specialer/afdelinger, eksempelvis akutafdelinger, børnemodtagelse og trombolyse.

### 1.4.2 Gennemførelse af interviews

Der har deltaget to medarbejdere fra DSI i alle interviews: Sidsel Vinge har været interviewer alle steder, mens projektassistenterne Jessica Larsen og Christine Lærke Witzke har skiftedes til at

tage referat under interviewene (understøttet af en lydoptagelse til efterfølgende supplerung af referater og dokumentation).

Alle informanter er lovet, at der ikke vil blive citeret ved navns nævnelse fra interviews. I referaterne er anvendt titler, ikke personnavne.

De enkelte interviews er gennemført som workshops med følgende form:

- Interviewene er startet med en introduktion til formål, indhold og form.
- Deltagerne er herefter blevet bedt om individuelt at skrive post-it sedler med udfordringer, problemer, svagheder, mangler, muligheder, styrker, løsnings- eller forandringsforslag til arbejdet i den præhospitale struktur indenfor de fire udvalgte temaer (der blev sat op på en væg, synligt for alle). Dette tog 10-15 minutter.
- Sedlerne blev løbende sat op på en tavle/væg med fire felter (med ét tema skrevet i hver + en åben kategori til emner, som ikke passer ind i de fire udvalgte temaer).
- Interviewlederen sorterede løbende sedlerne i tematiske undergrupper for at få et overblik over, hvilke emner der fyldte i deltagerens hverdag, og som interviewet derfor skulle dække.
- Efter den individuelle periode med sedler og sortering i undertemaer blev sedlerne brugt som dagsorden og struktur for resten af interviewet. Interviewlederen gennemgik sedlerne enkeltvis (eller i grupper, hvis to eller flere sedler handlede om det samme). Et typisk forløb var at sedlen blev læst højt, og de personer, der havde skrevet dem, blev bedt om at uddybe indholdet, hvorefter de øvrige deltager ofte bidrog med deres perspektiv på emnet.
- Deltagerne blev bedt om så vidt muligt at underbygge deres oplevelser og perspektiver på det præhospitale område med konkrete og illustrative eksempler fra praksis frem for deres generelle betragtninger og vurderinger.

Denne interviewform er effektiv til at finde temaer og emner, hvor medarbejderne enten ønsker forbedringer og måske ligefrem har løsningsforslag. Men i og med at medarbejderne fokuserer på det, som kan forbedres, og dermed underforstået også det, som er problematisk, er undersøgelsen ikke nogen måling af medarbejdernes tilfredshed med organiseringen af det præhospitale område. Interviewformen giver data til en analyse indenfor de fire valgte temaer, hvor den kan kortlægge netop de udfordringer og forbedringsmuligheder, de udvalgte medarbejdere oplever.

#### 1.4.3 Fra data til analyse og rapportens struktur

Referaterne af interviewene kombineret med de gule sedler, som deltagerne har skrevet undervejs, udgør datagrundlaget for analysen. Ligesom dagsorden og struktur for interviews var et produkt af deltagerens oplevelser (via deres gule sedler), er strukturen i analysen søgt opbygget på samme vis, og strukturen er produkt af de konkrete emner, som fyldte mest under interviewene. Rapportens opbygning følger således *ikke* de fire udvalgte organisatoriske temaer (som er beskrevet i afsnit 1.2).

Det betyder, at de fire organisatoriske temaer behandles løbende, og i det omfang deltagerne fandt dem relevant. De to temaer, som fyldte mest under interviewene, var dem, der omhandlede *arbejdsgange og organisering* samt *ansvars- og opgavefordeling*. Temaet om *teknologi og kommunikationsstrukturer* blev primært bragt op i relation til reddernes brug af kommunikationssystemer i forbindelse med såvel telemedicin som indbringning af patienter. Temaet omkring *færdigheder* blev primært bragt op af medarbejderne i relation til såvel reddernes udvidede faglighed og muligheder samt (særligt på nogle sygehuse) lægernes ændrede rolle i den præhospitale kæde i forbindelse med lægebilernes tilbagetrækning.

Desuden er der valgt en fremstillingsform, hvor medarbejderne i så vidt omfang som muligt kommer til orde gennem citater og uddrag af samtaler mellem dem. Dette er både gjort for at illustrere de generelle pointer med konkrete eksempler, men også for at give læseren så tæt og godt et indblik i de forskellige medarbejdergruppers perspektiver, herunder deres sprog, jargon, og måder at

formulere sig på – kort og godt: deres kultur. Tonen i interviewene var mange steder ganske fri, og det bærer nogle af citaterne præg af. Derfor er det væsentligt at læse dem, som det, de er: Uddrag af samtale og ikke sammenhængende skriftlige fremstillinger.

#### 1.4.4 Læsevejledning: Indholdet i de enkelte afsnit

Analysens opbygning følger så vidt muligt det præhospitale patientforløb. Årsagen er, at langt de fleste emner, som medarbejderne bragte op under interviewene, naturligt nok omhandlede forskellige aspekter af patientforløbene.

Rapportens første afsnit omhandler således arbejdet i AMK-Vagtcentralen (afsnit 2), dernæst arbejdet på skadestedet og under transporten (afsnit 3), og herefter et afsnit om samarbejdet med lægevagt og almen praksis (afsnit 4). Et område som fyldte meget i interviewene var visitationsprocessen, som behandles i afsnit 5, og til sidst et afsnit om det sidste element i det præhospitale patientforløb: overleveringen til hospitalet (afsnit 6).

Som nævnt var langt de fleste emner, medarbejderne bragte op, relateret direkte til det daglige arbejde i patientforløbene. Men enkelte emner gik på tværs, og derfor behandles disse særskilt i analysens sidste afsnit 7. Det drejer sig om medarbejdernes perspektiver på fire forskellige emner: Lægebilernes tilbagetrækning, det præhospitale systems håndtering af katastrofesituationer, temaer relateret til reddernes færdigheder og rutine, og til sidst et mere perspektiverende afsnit om viden, samarbejde og kontakten på tværs af det præhospitale system.

Rapporten afsluttes med en opsummerende konklusion (afsnit 8).

### 1.5 Afgrænsning

Da denne undersøgelse er del af et større evalueringdesign, afgrænser denne undersøgelse sig fra en række analytiske såvel som empiriske områder. Først præsenteres de analytiske afgrænsninger, som er med til at præcisere formålet med analysen. Dernæst præsenteres de empiriske afgrænsninger i form af de dele af den det præhospitale system, som ikke behandles i denne undersøgelse.

#### 1.5.1 Analytiske afgrænsninger

En medarbejderundersøgelse kan i evalueringssammenhæng bruges til to typiske formål, som her er fra-valgt af opdragsgiver, hvilket fortjener en eksplicit afgrænsning for at undgå fejlfortolkninger af undersøgelsen:

For det første er analysen *ikke en test af implementeringsgrad eller implementeringsfejl* i forbindelse med ændringerne af den nye præhospitale struktur. Undersøgelsen tester således ikke, hvorvidt medarbejdernes opfattelse af gældende praksis er i overensstemmelse med intentioner og gældende regler og rammer for det præhospitale område efter indførelsen af den nye struktur på det præhospitale område. Der er således ikke tale om en analyse af implementeringsgraden, der systematisk tester for implementeringsfejl. Imidlertid var medarbejdernes egne oplevelser af ikke at kende strukturer, regler, rammer og arbejdsgange på området et tilbagevendende tema i interviewene, hvorfor emnet afslutningsvis behandles i afsnit 7.4.

For det andet er rapporten *ikke en (mål)evaluering* i traditionel forstand i betydningen en undersøgelse, der tester, i hvilket omfang konkrete og på forhånd opstillede mål er blevet nået via en bestemt indsats.

Rapporten er i stedet – på opdragsgivers ønske – en bred og åben undersøgelse af medarbejdernes oplevelse af udfordringer, svagheder, muligheder, styrker og forbedringspotentialer på det præhospitale område. Det er således *ikke formålet at evaluere den nye struktur op imod den gamle* for at afgøre, hvilken struktur forskellige medarbejdere foretrækker.

I relation til det større evalueringsmæssige MTV-lignende design skal det afslutningsvist understreges, at undersøgelsen ikke har til formål at analysere andet og mere end *det organisatoriske perspektiv*, som det kommer til udtryk via medarbejdernes oplevelser. Der er således ikke tale om en

sundhedsfaglig evaluering, som kan bedømme kvaliteten af det sundhedsfaglige arbejde, der udføres af forskellige medarbejdergrupper i den præhospitale kæde.

#### 1.5.2 Empiriske afgrænsninger

Det præhospitale område er vidt forgrenet og tværsektorielt og består af mange aktører med forskellig tilknytning til det regionale sundhedsvæsen. Ikke alle elementer i systemet er fokus for denne undersøgelse. Her fokuseres på de medarbejdere, som udgør det præhospitale basisberedskab i regionens AMK-Vagtcentral, på skadessteder og under transport, og på de modtagende sygehusafdelinger. Dette tilvalg indebærer selvfølgelig også fravalg, idet en række supplerende præhospitale ordninger ikke har været inddraget i undersøgelsen.

Som supplement til det præhospitale basisberedskab er der foreløbig som et forsøg etableret et antal **nødbehandlereenheder** bemandet med kommunalt ansat personale (fortrinsvis brandfolk) samt en ordning med frivillige **112-akuthjælpere** på regionens øer. Da disse ordninger først er iværksat kort før denne undersøgelse, og da der sker en selvstændig stillingtagen til, om ordningerne skal fortsætte efter forsøgsperioderne, er det valgt ikke at lade dem indgå i undersøgelsen.

Tilsvarende gælder for det forsøg med **lægehelikopter**, der på baggrund af en donation fra Tryg-Fonden blev iværksat 1. maj 2010 og er blevet forlænget foreløbig til 1. maj 2013. Forsøget har været genstand for en særskilt evaluering (DSI rapport 2012.01: Akutlægehelikopter i Danmark).

**Lægevagten** og **almen praksis** spiller ligeledes en væsentlig rolle på det præhospitale område i kraft af deres rolle som indlæggende læger. Deres perspektiver på det præhospitale område er således meget relevante, men er udeladt i denne undersøgelse for at fokusere på de medarbejdergrupper, som har deres primære virke på det præhospitale område, og hvis arbejde og kompetencer i højere grad påvirkes af de ændringer, som den præhospitale plan indebærer.

Da implementering og udvikling af **elektronisk patientjournal** (EPJ) på det præhospitale område behandles i andre dele af den samlede evaluering, har denne undersøgelse ikke haft fokus på EPJ.



## 2. Arbejdet i AMK-Vagtcentralen

Dette afsnit analyserer de emner, som fyldte mest i interviewet med AMK-Vagtcentralen<sup>8</sup>. For det første behandles den interne kommunikation mellem faggrupperne i forbindelse med disponering af bilerne, hvilket berører såvel tekniske som samarbejds-mæssige forhold. For det andet behandles medarbejdernes oplevelse af det interne samarbejde mellem grupperne mere generelt, og de udfordringer det giver i hverdagen. I forlængelse heraf peges på eksterne samarbejdsudfordringer i relation til 112 (politiet) og til sidst medarbejdernes refleksioner omkring vedligeholdelse af deres færdigheder.

### 2.1 Kommunikation i mellem faggrupperne i AMK-Vagtcentralen

Medarbejderne i AMK-Vagtcentralen sidder i ét lokale, hvor de tekniske disponenter sidder i den ene ende af lokalet, mens de sundhedsfaglige visitatorer sidder i den anden. En stor del af kommunikationen mellem dem i de konkrete sager om udsendelse af køretøjer foregår mundtligt. Alle medarbejdergrupper peger på, at der er risici forbundet med den mundtlige kommunikation, og at der er brug for mere sikre metoder for at undgå misforståelser. (I denne forbindelse bør det oplyses, at der ifølge regionen implementeres et nyt integreret it- og telefonsystem i AMK-Vagtcentralen i 2013, der sikrer elektronisk kommunikation og overlevering af data mellem de involverede medarbejdere i alle led i den præhospitale kæde. Hvorvidt det løser de her beskrevne problemer, kan ikke vurderes).

En teknisk disponent peger på, at systemet med den mundtlige kommunikation *"sikrer ikke, at oplysninger kommer derhen, hvor de skal"*. Hun oplever, at *"man siger det blot ud i lokalet, og det giver upræcis kommunikation"*.

Medarbejderne kommer med flere eksempler på, hvad misforståelserne betyder i praksis, fx at beredskaber sendes til forkerte adresser, som denne tekniske disponent forklarer:

*"De anmoder om en paramediciner til Nakskov, og han sendes til den forkerte adresse i Nakskov, fordi der lige var to opkald fra Nakskov samtidig". (Teknisk disponent)*

Andre eksempler handler om, at lægehelikopteren på grund af misforståelser i kommunikationen bliver sendt det forkerte sted hen.

Problemerne – og misforståelserne – opstår særligt, når der er pres på, i det medarbejderne kalder *'rush-hour'*. De peger selv på flere typer af løsninger. På den ene side handler det om måden, man bruger den mundtlige kommunikation. En sundhedsfaglig visitator peger således på at:

*"Det er vigtigt at have øjenkontakt og sikre sig, at den anden har forstået det. Det er ikke en god idé at råbe ud i rummet, det stresser. Men vi mangler øvelse i pressede situationer. Vi skal kunne håndtere det". (Sundhedsfaglig visitator)*

Det handler dog ikke kun om øvelse og spilleregler for, hvordan den mundtlige kommunikation foregår. De tekniske disponenter peger på, at det er et praktisk problem for dem at spotte, hvilken sundhedsfaglig visitator der har hvilke opkald – og dermed hvem det er, de skal have øjenkontakt med for at kommunikere. De tekniske disponenter peger på, at det forholdsvis let kunne løses rent teknisk ved at anvende farvekoder til at signalere, hvilke arbejdsstationer der aktuelt har hvilke opkald på skærmene.

Imidlertid er medarbejderne enige om, at det er en fordel at holde de sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske disponenter i samme rum, så de kan kommunikere mundtligt og følge med i hinandens arbejde – uagtet alle udfordringerne af såvel teknisk som samarbejds-mæssig art: *"Der er bevaret tæt samarbejde mellem tekniske disponenter og sundhedsfaglige visitatorer. Det giver*

---

<sup>8</sup> En praktisk bemærkning om citering: Da der i interviewet deltog to tekniske disponenter og to sundhedsfaglige visitatorer, men i sagens natur kun én afdelingssygeplejerske for AMK, citeres han i det følgende som sundhedsfaglig visitator, da han ellers ikke, som alle andre informanter kan citeres anonymt – som lovet.

*noget godt, selvom det er svært*", som en sundhedsfaglig visitator formulerer det. Flere medarbejdere har eksempler fra andre steder i landet, hvor de to funktioner er fysisk adskilt, og man oplever, at det giver et ringere samarbejde og ikke mindst en lavere grad af fælles ansvarsfølelse over for det samlede forløb af opkald og disponering – det bliver til *"et ekspeditionskontor"*, som én formulerer det. Medarbejderne peger også på, at der vindes tid ved, at de tekniske disponenter kan fornemme, hvad der foregår hos de sundhedsfaglige visitatorer, når de er i samme lokale og derfor har en anden parathed, når noget er på vej. En sundhedsfaglig visitator forklarer:

*"Der vindes tid, for de tekniske disponenter har tænkt i forvejen, hvis de kan se, at en sundhedsfaglig visitator sidder med et akutopkald". (Sundhedsfaglig visitator)*

Et sidste aspekt af kommunikationen mellem de tekniske disponenter og de sundhedsfaglige visitatorer i AMK-Vagtcentralen er teknisk og handler om de uhensigtsmæssigheder, der opstår, fordi de to medarbejdergrupper har forskellige telefonsystemer, som ikke er integreret. Ifølge flere af medarbejderne i vagtcentralen betyder det, at de sundhedsfaglige visitatorer med deres trådløse headset godt kan stille opkald over til de tekniske disponenter, men at det omvendte er meget besværligt, fordi der skal tages en lang kode med tal og bogstaver. Men fx i situationer, hvor alle de tekniske disponenter er optaget, har de brug for at kunne stille opkald over til en sundhedsfaglig visitator.

## 2.2 To kulturer i tæt samarbejde: Udfordringer i hverdagen

For at forstå nogle af de udfordringer, der opstår i AMK-Vagtcentralen, er det væsentligt at se det i et historisk perspektiv, som flere af medarbejderne gør opmærksom på: Tidligere var der ikke sundhedsfaglige medarbejdere involveret i disponeringen af beredskab. Det var en opgave, som blev løst af henholdsvis politi (på 112) og tekniske disponenter på vagtcentralerne. I dag er der kommet sundhedsfaglige visitatorer ind i beslutningskæden med det formål at højne kvaliteten af såvel dispositionerne som af den rådgivning, der kan gives til indringer. Men det har samtidig betydet et nyt led i kæden, som har overtaget beslutningskompetence, rolle og opgaver, som henholdsvis politi og tekniske disponenter tidligere havde. Nye roller, snitflader og arbejdsdelinger skal findes, og den proces tager tid, gør medarbejderne opmærksom på. I dette afsnit behandles udfordringer omkring at finde en ny og hensigtsmæssig modus vivendi mellem sundhedsfaglige visitatorer og tekniske disponenter i AMK-Vagtcentralen. I det næste behandles samarbejdsfladerne med politiet (112) kort, da dette også giver udfordringer.

En sundhedsfaglig visitator beskriver sit perspektiv på udfordringer og baggrunden for dem:

*"De tekniske disponenter har gjort det godt, men nu skal andre – paramedicinere og sundhedsfaglige visitatorer – gøre det. Derfor føler nogle sig forsmået. Det er urimeligt, føler de tekniske disponenter. Derfor gør de tekniske disponenter opmærksom på, hvis de føler, at de kunne have gjort det bedre i en situation. Begge grupper kender ikke helt deres plads endnu. Det handler om, at ansvars- og opgavefordeling ikke er implementeret". (Sundhedsfaglig visitator)*

Både tekniske disponenter og sundhedsfaglige visitatorer oplever, at der kan opstå forhandlinger omkring beslutningerne, og nogle medarbejdere oplever, at der "konstant" foregår forhandlinger. En teknisk disponenter oplever også, at det handler om snitfladeproblemer i hverdagen:

*"Det handler om snitflader: De sundhedsfaglige visitatorer skal visitere, og de tekniske disponenter skal sørge for at få biler af sted. De skal ikke blande sig i hinandens opgaver. Men det har været svært at acceptere, at andre har taget ens arbejde. Vi har ikke den gensidige respekt for hinanden, som vi bør have. Det er et problem. Forhandlingen kan tages bagefter den aktuelle situation. Ikke før handlingen i selve situationen. Opgaven skal løses først, og herefter kan der tales om, hvad der eventuelt kunne have været gjort anderledes". (Teknisk disponenter)*

Medarbejderne peger på forskellige situationer, hvor forhandlinger kan opstå og ændringer eventuelt overvejes. Således peger en sundhedsfaglig visitator på, at de måske er inde over for mange beslutninger, og at nogle godt kan træffes af tekniske disponenter: Fx når *"man på skadestedet"* kalder tilbage til vagtcentralen – til de tekniske disponenter – for at få en paramediciner ud. Her

skal en sundhedsfaglig visitator spørges om lov – og det er unødvendigt, som denne sundhedsfaglige visitator ser det:

*"Paramedicinere behøver vi ikke at blive involveret i. Man kan springe leddet over med en sundhedsfaglig visitator – jeg ville alligevel aldrig nægte at sende en paramediciner, hvis man på stedet vurderer, at der skal sendes en paramediciner". (Sundhedsfaglig visitator)*

Denne undersøgelse kan ikke bruges til at afgøre, hvordan opgavefordelingen mellem de to grupper bør være. Men den kan pege på, at der blandt medarbejderne ses et behov for at justere på den nuværende opgavefordeling. Når de tekniske disponenter peger på, at det kan være svært at acceptere, så kan det muligvis også skyldes, at for mange opgaver er overgået til de sundhedsfaglige visitatorer i første omgang, idet de sundhedsfaglige visitatorer selv kommer med eksempler på opgaver, de gerne vil give fra sig til de tekniske disponenter, fordi de ikke mener, der er en reel sundhedsfaglig vurdering i det. Desuden peger de på, at det er væsentligere at stole på de medarbejdere, som er på stedet, frem for at sætte et ekstra led ind i kæden som kan 'overrule' dem – hvilket de alligevel ikke gør ifølge en sundhedsfaglig visitator.

Men forhandlingerne opstår ikke bare, fordi de tekniske disponenter har meninger om, hvordan de sundhedsfaglige visitatorer udfører det arbejde, de tidligere selv udførte. Det handler også om, at de sundhedsfaglige visitatorer fx kan have brug for mere præcis information om de aktuelle kørselstider for at kunne træffe en beslutning om niveau. En sundhedsfaglig visitator forklarer her, at hvordan usikkerhederne opstår omkring kørsel 2:

*"Problemet er, at vi sundhedsfaglige visitatorer gerne vil vide, hvor lang tid en K2 tager. Officielt kan der gå op til en time, men langt de fleste går hurtigt, selvom det er K2. Så er det 15 minutter eller 20 minutter, så der ikke går op til en time? Jeg starter med at skrive, at det er K2, og før var det først ledige ambulance, men det er det ikke længere. Nu er det fra 0 minutter til 1 time. Og det handler om at have mere klar viden om, hvad en K2 er? Der er en stor grå kategori imellem 0 [minutter] og 1 time, og den skal gradueres". (Sundhedsfaglig visitator)*

En teknisk disponenter forstår godt behovet for mere klarhed og supplerer med, at der er et arbejde i gang med at lave en model, der siger, at "som hovedregel er K2 inden for en halv time".

Problemerne omkring kommunikationen opstår også, når de sundhedsfaglige visitatorer får kritiske opkald, som kræver, at de på den ene side vejleder om førstehjælp øjeblikkeligt, men på den anden side også får sendt besked videre til de tekniske disponenter, så beredskabet kan komme af sted, som denne sundhedsfaglige visitator forklarer:

*"I særlige tilfælde får man ikke sendt det videre [til de tekniske disponenter], fordi man har travlt med at fortælle om førstehjælp. Det stresser". (Sundhedsfaglig visitator)*

Flere medarbejdere peger på, at samarbejdet er blevet bedre med tiden, men siger også at der er behov for at gøre noget aktivt for at forbedre samarbejdet i hverdagen. Følgende fire udtalelser er individuelle citater med medarbejderes bud på, hvad der skal til:

*"Det handler om ledelse og kultur: Det skal italesættes overfor den enkelte medarbejder, hvordan organisationen er skruet sammen. Det handler om respekt, for eksempel hvis én har taget en beslutning, så skal den anden bakke op uanset hvad". (Sundhedsfaglig visitator)*

*"Snitfladerne er ikke blevet adskilt fra starten, der er overlap, som skal præciseres. Der mangler overblik over, hvem der har hvilke opgaver". (Teknisk disponenter)*

*"Samarbejdet mellem tekniske disponenter og sundhedsfaglige visitatorer er for personafhængigt. Det psykiske arbejdsmiljø skal forbedres". (Sundhedsfaglig visitator)*

*"Det handler om forskellige kulturer mellem tekniske disponenter og sundhedsfaglige visitatorer. De to grupper skal rystes bedre sammen, men udviklingen går fremad". (Sundhedsfaglig visitator)*

Samlet set efterlyser medarbejderne i AMK-Vagtcentralen i høj grad muligheder for at tale sammen på tværs og afklare misforståelser såvel som at opbygge en fælles forståelse og spilleregler. Flere henviser til et afholdt stormøde, hvor de fik "7 minutter til at tale sammen ved bordene", som en

medarbejder formulerer det. Men det var snakken ved bordene medarbejderne imellem, som de oplevede havde værdi for dem, og de efterlyser mere af den slags frem for aktiviteter, hvor de skal sidde mere passivt og lytte.

### 2.3 Samarbejdet med politiet

Relationen til politiet er på flere områder blevet påvirket på samme måde som relationen mellem de sundhedsfaglige visitatorer, der fik tildelt opgaver, som tidligere blev løst af tekniske disponenter. Det får en sundhedsfaglig visitator til at bemærke om relationen til politiet, at *"det er det samme som før [forholdet mellem sundhedsfaglige visitatorer og tekniske disponenter]: Nogle er blevet frataget opgaver, og de bliver sure"*.

Medarbejderne peger på to forskellige typer af udfordringer: For det første oplever de sundhedsfaglige visitatorer, at politiet ikke altid viderestiller opkald med det samme, lokaliteten er bestemt, og det står klart, at det drejer sig om noget sundhedsfagligt, og i vagtcentralen opleves det, at *"politiet bliver for længe i røret. Det tager for lang tid"* og at *"der bliver spurgt alt for meget. Vi kobles på for sent"*.

AMK-Vagtcentralen modtager opkald fra såvel en øst- som en vest-central (i Århus), og medarbejderne peger på, at der er store forskelle i samarbejdet med de to centraler, og at problemerne opstår i relation til vest-centralen (Århus). Medarbejderne mener selv, at samarbejdet med øst (i Slagelse) er meget bedre, fordi kendskabet på tværs er bedre:

*"Det er mest Århus, der er et problem. I Slagelse er det løst via godt samarbejde: Der har været rigtig meget politi fra Slagelse oppe på vores central, og vi har været deroppe. Det gav rigtig meget, at man så hinanden og hinandens opgaver, og hvordan det giver problemer, hvis jeg gør sådan og sådan". (Sundhedsfaglig visitator)*

Problemet er særligt udtalt i relation til alvorlige ulykker, hvor der både er politimæssige, sundhedsfaglige – og muligvis også andre instanser involveret, fx brandvæsen. Medarbejderne i vagtcentralen oplever, at det giver forsinkelse på de akutte opkald, og dermed forsinkelser i udsendelse af beredskab. Medarbejderne forklarer, hvad de oplever:

*"Der er problemer med forsinkelser på de akutte opkald: Der kan være en drukneulykke, hvor politiet har travlt med at bjærge manden, og der går tid, før vi finder ud af, at der er en person ude i vandet, men ingen tilkalder en ambulance, som kan stå klar, når de får ham ind. Der sker ikke noget, fordi politiet har travlt med andet. De kobler os af, og de vil ikke slippe anmelder over til vagtcentralen". (Teknisk disponent)*

Den type oplevelser får medarbejderne til at foreslå, at vagtcentralen skal kobles, så de kan lytte med, så kommunikationen ikke bliver så enstrengt når der er behov for flere typer akut hjælp. De tekniske disponenter peger på, at det særligt er ved brand- og drukneulykker, problemerne opstår – hvilket netop er de situationer, hvor flere beredskaber involveres. Det er frustrerende for de tekniske disponenter:

*"Man kan bare se den stå på skærmen, men der sker ikke noget. Og efter syv minutter så finder man ud af, at der måske alligevel skal bruges en ambulance. Det handler om, at beredskabet er fordelt på tre steder – beredskab, sundhedsfaglige og politi. Men der skal være én regel om, at i nogle tilfælde skal der ikke ventes, der skal bare sendes!" (Teknisk disponent)*

Medarbejderne forklarer, at det ofte er det, man gør ved færdselsulykker med fastklemte: *"I de tilfælde vil det ofte blot køre"*, som en sundhedsfaglig visitator udtrykker det.

En anden udfordring er oplevelsen af, at opkald der ikke er sundhedsfaglige, sendes videre til AMK-Vagtcentralen, og som politiet tidligere klarede selv. En teknisk disponent mener, det handler om, at opgaver er taget fra politiet – ligesom de er taget fra de tekniske disponenter, og at der opstår en kultur, som siger, at *'hvis de vil have alt det sundhedsfaglige – så får de det hele'*. En teknisk disponent kommer med et eksempel:

*"Alle opgaver bliver sendt videre til vagtcentralen: For eksempel alle drukanemonerne, dem ville politiet selv have taget før. Dem får vi nu, og det er spild af ressourcer. Den indledende visitation skal være mere klar. Der skal være mulighed for at stille tilbage til politiet, hvis det ikke er sundhedsfagligt relevant". (Teknisk disponert)*

Medarbejderne i AMK-Vagtcentralen peger på, at samarbejdet med politiet i vest langt fra er så godt som i øst, og at der er behov for forbedringer og en mere klar fælles tilgang til opgavefordeling og snitflader, såvel som der er forslag om mindre enstrengede kommunikationsstrukturer i sager, som involverer flere forskellige typer af beredskaber – et tema som går igen i mange andre aspekter af denne analyse, bl.a. katastrofesituationer.

## 2.4 Vedligeholdelse af kompetencer

Et sidste tema handler om vedligeholdelse af medarbejdernes kompetencer: Arbejdet i AMK-Vagtcentralen kræver en stor indsigt i henholdsvis akut syge og arbejdet i ambulancerne. Og begge medarbejdergrupper oplever, at de "ruster", når de ikke har løbende vedligeholdelse af ikke blot de teoretiske kompetencer og færdigheder, men i lige så høj grad det sygeplejerskerne kalder deres "kliniske blik", mens de tekniske disponenter taler om behovet for at "være med ude i ambulancerne", hvilket følgende to citater illustrerer:

*"For at være skarp til at visitere har jeg et behov for at have finger på pulsen vedrørende medicin og sygdomme: Jeg skal kunne se patienten for mig. Det handler om mit kliniske blik. Man ruster lidt. Vi mangler vedligeholdelse af kompetencer. Jeg er bange for, at jeg ikke er dygtig nok. For eksempel ved traumepatienter, der bruger jeg mit kliniske blik, men for at være skarp, mangler jeg vedligeholdelse af det. Jeg skal for eksempel grave dybere for at vurdere, om en patient kan klare at sidde op under en kørsel". (Sundhedsfaglig visitator)*

*"Det gælder også den tekniske del: Vi har et kursus, når man starter, hvor man kører med i ambulancerne. Men ellers har jeg ikke kørt de sidste 16 år. Jeg har brug for at være med ude i ambulancen og se, hvad der sker ude i praksis". (Teknisk disponert)*

I relation til de sundhedsfaglige visitorers kompetencer peger enkelte overlæger på, at visitorerne ikke har gode nok faglige kompetencer på enkelte områder. Et, som går igen, er neurologien. En overlæge forklarer, hvad han oplever:

*"De [sundhedsfaglige visitorer] har et problem specielt med neurologiske patienter. De ved ikke, hvor de hører til, og de spørger ikke nok ind til problemstillingen. Vi får tit opringninger om noget, der slet ikke er et neurologisk problem, men de træffer en beslutning og siger 'OBS apopleksi'. Så kører paramedicinen ud, og problemet er, at man ikke spørger nok ind. For eksempel om de er kendt med neurologiske sygdomme, epilepsi eller sukkersyge. De kæder det ikke nok sammen. At specialerne ikke er placeret på samme sygehus, gør også, at det bliver enormt ufleksibelt". (Overlæge)*

Overlægen i citatet peger på et område, hvor visitation fører til mange udfordringer, og hvor AMK's kompetencer er afgørende for at sikre den rigtige visitation, som er særligt afgørende, fordi specialerne ikke længere er placeret på samme sygehus – som overlægen påpeger – et tema som behandles særskilt i afsnit 5.1.2. Det skal dog understreges, at der ikke blev rejst generel kritik af de sundhedsfaglige visitorers kompetencer, og at der ikke var mange citater som dette. Hertil kommer, at en interviewundersøgelse ikke kan vurdere færdigheder og kompetencer – kun referere medarbejdernes oplevelser af dem.

## 2.5 Sammenfatning

Medarbejderne i AMK-Vagtcentralen peger på udfordringer i relation til det interne samarbejde og kommunikationen medarbejderne imellem, men også i relation til samarbejdet med 112/politi, som de får opkaldene fra. Enkelte forhold er af teknisk art og vedrører bl.a. telefonsystemer og dårlige muligheder for viderestilling og for at vide, hvem der har hvilke opkald. Men de fleste af udfordringerne har deres rødder i det faktum, at de sundhedsfaglige visitorer er blevet indsat som ekstra

visiterende led mellem 112 og de tekniske disponenter. Dermed har de fået opgaver, som tidligere blev løst af 112 og tekniske disponenter, som har skullet afgive opgaver. Endnu har en velfungerende arbejdsdeling mellem grupperne ikke indfundet sig, og det giver sig udslag i såvel misforståelser som diskussioner og forhandlinger om de konkrete disponeringer. Medarbejderne oplever dog en udvikling i den rigtige retning, men efterlyser en mere målrettet indsats for at forbedre samarbejdet i hverdagen og løse de snitflader og situationer, som giver udfordringer.

Desuden peger begge grupper på, at de har behov for mere løbende vedligeholdelse af kliniske og praktiske færdigheder og erfaring, ikke kun at de er ajour med teori og gældende regler og retningslinier om visitation og udbyderkontrakterne med Falck/Roskilde Brandvæsen. Enkelte sygehusmedarbejdere oplevede, at der var enkeltområder, fx neurologien og apopleksier, hvor de sundhedsfaglige visitatorer ikke var gode nok til at foretage visitation.

### 3. Arbejdet på skadesteder og under transport

I dette afsnit behandles forskellige aspekter af arbejdet på skadestedet og under transporten ind til sygehus. Der sættes fokus på udfordringer i forbindelse med kommunikationen mellem AMK-Vagtcentralen og redderne, samarbejdet mellem redderne og AMK-lægerne, kommunikationen mellem hospitalerne og redderne, og på ønsker om øget dataadgang og måling af vitalparametre præhospitalt.

#### 3.1 Kommunikation mellem AMK-Vagtcentralen og redderne

I dette afsnit behandles to aspekter af kommunikationen mellem vagtcentralen og redderne. For det første tekniske udfordringer omkring forsinkelser i informationen fra de sundhedsfaglige visitatorer ud til redderne, for det andet udfordringer relateret til forskellige syn på hvad der er relevant information i samarbejdet mellem vagtcentralen og redderne.

##### 3.1.1 Forsinkelse af information fra AMK-Vagtcentralen til kørende personale

Redderne på samtlige sygehuse påpeger, at den information, de får elektronisk fra de sundhedsfaglige visitatorer om de kørsler, de er sendt ud på, kommer for sent – ofte efter at de er nået frem til skadestedet. En redder beskriver:

*“Jeg mangler information om turene. Det kan være, at der bare står “sygdom” i meldingen. AMK kender godt de informationer, men de kommer for sent. Jeg ville være mere forberedt og mere skarp, hvis jeg vidste noget mere”. (Paramediciner)*

På alle sygehuse kommer redderne med lignende beskrivelser, og de peger selv på, at det delvis er *“noget rent teknisk”*, som handler om, hvorvidt de sundhedsfaglige visitatorer husker at opdatere løbende (*“de skal huske at sætte et komma først”<sup>9</sup>*), som en redder formulerer det; eller om simpel forglemmelse – at *“AMK glemmer at sende det, de ved, med til os i bilen”* (redder). Men redderne beskriver, at de relativt ofte kommer ud på en kørsel, hvor de først får informationerne fra de sundhedsfaglige visitatorer, når de har hentet patienten, og i en del tilfælde også selv har indhentet de samme informationer. Flere reddere peger på, at det ville spare en del spørgsmål – både til patienterne, men i nogle tilfælde også tilbage til de tekniske disponenter på vagtcentralen – hvis informationen til dem blev forbedret:

*“Vi mangler de oplysninger, AMK har brugt tid på at finde. Så skal jeg stille patienten de samme spørgsmål. Vi får dem først, når de opdaterer”. (Ambulancebehandler)*

Problemerne med de sene opdateringer skyldes ifølge medarbejderne som sagt primært tekniske forglemmelser, og løsning er derfor muligvis relativt simpel. Det er dog væsentligt at påpege, at det er et tema, som fylder en del for redderne, og at flere gør opmærksom på, at det ikke altid har været sådan. Det kvalitetsløft, som de sundhedsfaglige visitatorer således kunne medvirke til at give arbejdet i den præhospitale kæde, bliver mindre, hvis resultaterne af deres arbejde ikke altid kommer i spil som intenderet – af såvel tekniske som menneskelige årsager.

##### 3.1.2 Forskellige perspektiver på hvad der er relevant information

Undersøgelsen rummer en del eksempler på, at der er perspektivforskelle mellem redderne og de sundhedsfaglige visitatorer med hensyn til, hvad der er relevant information at indhente fra indringer og dernæst videregive til redderne. Redderne kom således med en række eksempler på oplysninger fra vagtcentralen i forbindelse med kørsler, som de ikke finder relevante:

*“De oplysninger, vi får fra AMK, er ofte mærkværdige: ‘Opereret i foden for tre måneder siden’ – men hvilket er irrelevant for den tur, vi er ude på”. (Paramediciner)*

---

<sup>9</sup> Region Sjælland oplyser til DSI, at er der tale om en uhensigtsmæssighed i vagtcentralens software, som benyttes midlertidigt, indtil et helt nyt vagtcentralsystem implementeres i starten af 2013.

*"For eksempel: 'Mange hjemmeplejere på stedet. Tager piller.' I dag fik jeg beskeden: 'Indringer er halvanden time væk'. Ved patienten så, at der er en ambulance på vej? Hvorfor får jeg det at vide? Jeg kunne ikke bruge informationen, men det skaber forvirring. Jeg vil hellere have: 'Ukendt sygdom, kørsel 1'. Så ved jeg, jeg selv skal indhente oplysningerne på stedet". (Ambulancebehandler)*

Redderne vurderer, at de ofte – nogen siger på hver vagt, andre flere gange på hver vagt – oplever kørsler, hvor de synes, de får oplysninger, som i bedste fald er irrelevante, i værste fald er forvirrende. Redderne peger selv på, at der er behov for en højere grad af standardisering af den information, de får fra vagtcentralen, og sammenligner den ensretning, de ønsker, med den der er sket med indførelsen af ensartet triage af de akutte patienter i modtagelserne. En paramediciner kommer med følgende beskrivelse af, hvad han mener, informationen fra AMK-Vagtcentralen skal fokusere på:

*"Vi skal bruge oplysninger, der refererer til den situation, der gør, at ambulancen er tilkaldt. Tit og ofte får vi en sygdomshistorie, som er irrelevant i forhold til tilskadekommelsen. Vi skal bruge det vitale: ABC<sup>10</sup>, puls, blodtryk, bløder/bløder ikke. Alt andet kan vi selv indhente: Medicin- og tidlige sygehistorie kan være relevant nok, men ikke på vej hen til stedet. Tit er det den, vi får først. Så får vi årsagen til, vi blev kaldt, bagefter". (Paramediciner)*

Redderne forklarer, at når de er i tvivl eller mangler oplysninger, så har de muligheden for at "trykke på opkald" og kontakte AMK-Vagtcentralen, men de kan ikke ringe direkte til den sundhedsfaglige visitator, som har sendt de oplysninger, de vil spørge til. Redderne kan kalde en teknisk disponent, som så skal prøve at finde tilbage til den sundhedsfaglige visitator, som har sendt den besked, redderne vil spørge ind til. Derfor beskriver en redder det at få en uddybning fra AMK-Vagtcentralen som "en hviskeleg med fire led" – hvilket som bekendt ofte ender med, at noget bliver misforstået eller glemt. Redderne peger på, at det ville forbedre deres mulighed for at få uddybninger, hvis de direkte kunne få fat i den sundhedsfaglige visitator, som har talt med indringer. Men de peger samtidig på, at det ikke er en optimal løsning for dem, at de skal ringe tilbage til vagtcentralen. En redder forklarer hvorfor:

*"Vi skal holde for øje, at vi ikke har lang tid, så vi skal helst undgå at ringe op. Jeg skal både nå at starte journal op, vi kører med udrykning, og jeg skal se, om der kommer nogen fra højre. Så skal jeg ikke også ringe til sundhedsfagligt personale. Ikke hvis det kan undgås". (Ambulancebehandler)*

Set fra reddernes perspektiv er en standardisering af informationen derfor langt at foretrække. En paramediciner forklarer:

*"Den optimale løsning var, at de sundhedsfaglige visitatorer vidste, hvad der er relevant og irrelevant at få af oplysninger". (Paramediciner)*

Og paramedicineren tilføjer, at han oplever udviklingen går i den rigtige retning, og at informationerne er blevet bedre, end de har været. Men redderne oplever stadig, at der ikke er samme perspektiv blandt sundhedsfaglige visitatorer og reddere, på hvilke oplysninger der er relevante, og hvordan informationen skal prioriteres.

### 3.2 Samarbejdet mellem AMK-lægerne og redderne

Dette afsnit behandler *kun* reddernes oplevelse af samarbejdet med AMK-lægerne, fordi ingen AMK-læger deltog i undersøgelsen<sup>11</sup>. Det omhandler to emner: Reddernes oplevelse af individuelle forskelle mellem AMK-lægerne, og en praksis med i nogle tilfælde at gå udenom AMK-lægen og kontakte sygehuslæger i stedet. Desuden beskrives de perspektivforskelle, redderne oplever med hensyn til, om patienter skal afsluttes på stedet eller bringes ind.

---

<sup>10</sup> 'ABC' står for Airways, Breathing, Circulation.

<sup>11</sup> Det skal igen understreges, at ingen AMK-læger har medvirket i undersøgelsen. De to læger, der var inviteret til at deltage, meldte med kort varsel afbud på grund af sygdom, og det var ikke muligt at erstatte dem. Samarbejdet kan i denne analyse derfor kun belyses fra reddernes perspektiv.



### 3.2.1 Forskelle mellem AMK-lægerne og kontakten mellem reddere og sygehuslæger

Flere reddere oplever, at der er store individuelle forskelle mellem lægerne i AMK-Vagtcentralen, særligt i forhold til hvilke ordinationer de delegerer. Redderne oplever, at nogle AMK-læger ikke giver ordinationer til fx smertedækningen, mens andre gør, og at der således *"ikke er nogen ensartethed"*, som en paramediciner formulerer det. Forskellene mellem lægerne har ifølge redderne flere årsager, bl.a. at lægerne – ifølge redderne – i meget varierende grad stoler på de fund og observationer, redderne gør:

*"Nogle [reddere] bliver afvist af AMK [lægen] med begrundelsen: 'Jeg har jo ikke set patienten'. Men så virker systemet ikke. For han kan ikke se patienten, han skal se det gennem reddernes øjne. Hvis ikke den tillid er der, så fungerer det ikke". (Ambulancebehandler)*

*"De fund af vitalparametre, vi gør, er ikke sufficente i forhold til AMK [lægen]". (Paramediciner)*

Flere redderne mener, at det skyldes, at AMK-lægerne i meget varierende grad har tillid til – og i nogen grad måske heller ikke helt kendskab til – reddernes kompetencer. En paramediciner (som også er sygeplejeuddannet) forklarer:

*"Vi stod for eksempel med en cancerpatient med smerter, der ikke var sufficient smertedækket. Det var synd for hende at køre hende ind, når vi kunne behandle hende. Vi skulle køre 70 km. Jeg ringede til AMK-lægen for at få ordination [til at give smertestillende]. Han ville ikke give den. Så trak jeg sygeplejerskekortet, og så gav han den". (Paramediciner)*

Flere reddere og sygehuslæger beretter om en praksis med at *"shoppe rundt"* blandt sygehuslæger som alternativ til AMK-lægen. En paramediciner forklarer:

*"Det [oplevet forskellighed mellem AMK-lægerne] gør, at kolleger shopper rundt og ringer til sygehuslæger direkte i stedet for AMK-lægen, som er proceduren. For man kan for eksempel stole på L [en overlæge i interviewgruppen]. Problemet ved at ringe til L er, at det ikke bliver dokumenteret og båndet. Men hun kan godt give mig en ordination". (Paramediciner)*

Og overlægen L bekræfter:

*"Det hænder, at de [redderne] ringer til mig. For eksempel ringede de om en VT<sup>12</sup>; han var upåvirket og røgende klar. De spørger: Skulle de starte [behandling med] Cordarone? Jeg sagde nej. Men så stod vi klar, da de kom ind med ham. Men der skulle de i princippet have snakket med AMK-lægen". (Overlæge)*

I eksemplet siger overlægen nej til redderne, men redderne har som nævnt også eksempler på, at de får ja. En redder beskriver her de dilemmaer, han oplever i forhold til kontakten til AMK-lægen:

*"Som paramediciner og behandler må man forvente, at lægen i AMK ved, hvilke medikamenter vi har at agere ud fra. Det ville L [overlægen på sygehuset] have svært ved at håndtere. Omvendt kan en situation opstå, man synes er ligetil, man kontakter AMK og får ikke lov [til at opstarte en behandling]. Og hvis ikke man må for far, spørger man mor i stedet for! Det er forkert, men man vil patienterne det bedste". (Paramediciner)*

Der er flere udfordringer i spil. På den ene side er der spørgsmålet om overholdelse af gældende regler. Interviewrunden peger ikke på, at det er uklarhed omkring regler og procedurer for lægekontakten, der er årsagen til, at der i nogen tilfælde ringes udenom AMK-lægen og direkte til en sygehusoverlæge. Ingen af redderne har givet udtryk for, at de er i tvivl om, hvem de skal kontakte i situationer omkring ordinationer.

En årsag til den direkte kontakt mellem reddere og sygehuslæger er ifølge flere af redderne, at mange af dem kender sygehuslægerne fra dengang, der var lægebiler. Og sygehuslægerne kender nogle af reddere, deres erfaring og kompetencer mere indgående, hvilket kan være en medvirkende årsag til, at redderne har lettere ved at få ordinationer gennem de sygehuslæger, de kender,

---

<sup>12</sup> 'VT' er forkortelse for Ventrikulære Takykardier, som er en kardiologisk diagnose.

end gennem AMK-lægen. Dilemmaerne handler således om, at det personlige kendskab mellem sygehusoverlæge og reddere kan gøre det lettere at stole på hinandens observationer og have tillid til hinandens kompetencer. Men som flere af redderne gør opmærksom på, så har sygehuslægerne ikke (nødvendigvis) den samme viden om udstyr og medikamenter i bilerne, som AMK-lægen har. Samtidig rummer det risici i forhold til dokumentation af kommunikation og ordination. Endelig er det imod de gældende regler.

Denne undersøgelse kan ikke afgøre, hvor udbredt det er, at redderne går udenom AMK-lægen og kontakter en hospitalslæge direkte. Den kan kun konstatere, at medarbejderne siger, at det sker. Det er vigtigt at understrege, at årsagen til denne praksis grundlæggende set er, at redderne gerne vil hjælpe de patienter, de har ansvaret for, så godt, hurtigt og effektivt som muligt. Når medarbejdere går udenom reglerne, er det væsentligt at forstå, hvorfor de gør det – ikke mindst hvis man i fremtiden ønsker at ændre denne praksis og sikre, at de regler, der er, bliver fulgt.

### 3.2.2 Forskelle i perspektiv: Skal patienten afsluttes eller skal patienten indlægges?

Et sidste område, hvor redderne oplever perspektivforskelle mellem dem og AMK-lægerne, handler om, hvilke patienter der kan afsluttes på stedet. Flere af redderne oplever, at AMK-lægerne ikke giver dem mulighed for at afslutte så mange på stedet, som de synes, de kunne. Men flere peger også på det dilemma, de mener, at AMK-lægerne står i:

*“Når vi snakker med AMK, kan lægen ikke se patienten. Men vi kan se, at patienten er upåvirket. De oplysninger skal jeg videregive til lægen, der ikke kan se patienten. Men problemet er, at lægen skal stå til ansvar for sine beslutninger, og så vil han ofte sige: Kør ham ind”. (Paramediciner)*

En paramediciner kommer med følgende eksempel:

*“Forleden hentede vi en knægt, der var beruset. Han kom hjem ved 24-tiden. Ved 3-tiden kaster han op; naturlig reaktion. Forældre ringer efter en ambulance. De synes, det er forfærdeligt, at ønskebarnet ligger og er dårlig. Ambulancen når frem og er enige om, at der ikke er noget unormalt eller farligt i den situation. Vi ringer til AMK-sygeplejersken [sundhedsfaglig visitorator] først, for [AMK] lægen er gået i seng. Alle er enige om, at patienten skal blive hjemme. Indtil lægen hører, at forældre siger, de er utrygge ved situationen. Så siger lægen, at han skal ind. Der bliver alles vurderinger overrulet, fordi lægen hører, at forældre er urolige”. (Paramediciner)*

Det er oplevelserne af de individuelle forskelle mellem AMK-lægerne og af at blive 'overrulet' – både i forhold til medicinordinationer og indbringning af patienter – som gør, at redderne ønsker en større grad af ensartethed mellem AMK-lægerne, med også et tættere samarbejde, som kan skabe mere tillid til deres observationer og kompetencer.

### 3.3 Tekniske problemer i kommunikationen mellem hospitaler og redderne

Når redderne er på vej mod et hospital med en patient, ringer de og melder patienten i afdelingen. Men stort set alle oplever, at der er problemer med mobildækningen i den forbindelse. Det handler ifølge informanterne bl.a. om geografi, idet der er områder i regionen, hvor de ved, at der er dårlig dækning. Men det handler også om, at bilerne kører, og at dækningen derfor ikke altid er stabil, hvilket giver nogle særlige udfordringer for telemedicinsk overførelse af EKG, idet personalet så skal starte forfra.

Udfald sker relativt ofte ifølge de interviewede, og således estimerer flere modtagende sygeplejersker, at det sker 5-10 gange om dagen. Udfaldene er generende i hverdagen: *“Det forsinker procedurene”,* forklarer en sekretær. En redder uddyber:

*“Når vi kører mere end 130 km i timen, oplever vi udfald. Men også selvom vi ikke kører stærkt. Så får vi kun leveret aktionsdiagnose og tidspunkt, men det ville være hensigtsmæssigt for patienterne, at vi kom hele vejen rundt – når vi nu har været hele vejen rundt”. (Ambulancebehandler)*

Samtidig er der generel enighed om, at det ikke er et stort problem, og at medarbejderne ved, hvordan det løses – ved at ringe op igen, evt. bruge en anden telefon – om end det er et forstyrrende element i en hverdag, hvor det ofte skal gå stærkt.

Redderne omtaler det nye SINE-kommunikationssystem, som er under indkøring, og som skulle kunne løse problemerne. Men der opleves nogle steder en del tekniske problemer i de tests, der er gjort indtil videre.

*"Vi kørte nogle forsøg [med SINE] på X-sygehus, men der var udfald og noget med modtagelsen på sygehuset, som ikke var godt. Men det ville komme patienterne til gode, og SINE vil være mere effektivt". (Paramediciner)*

Andre steder er det i drift, men her peges flere steder på udfordringer med manglende kendskab og rutine med SINE. Desuden peger flere på, at det kun er modtageafdelingerne, som har SINE modtagestationer, og at specialafdelingerne ikke har SINE.

### 3.4 Dataadgang og måling af vitalparametre præhospitalt

Dette afsnit omhandler flere forskellige aspekter af øget dataadgang: både mulighederne for at øge dataadgangen for hospitalspersonalet til fx vitalparametre mv. under transport, og spørgsmålet om hvilke data der skal indsamles præhospitalt. Dataadgang skal i denne sammenhæng forstås bredere end blot kommunikation af data. Det handler også om at kunne se (vitale) data synkront inde på hospitalerne og om muligheden af fx videoadgang til arbejdet i bilerne.

#### 3.4.1 Udfordringer i relation til mangler og uklarheder omkring vitalparametre

Det modtagende personale beretter flere steder, at de oplever, at der ikke altid er vitale værdier på de patienter, som kommer ind. Her en modtagende (børne)sygeplejerske:

*"Der tages ikke værdier i ambulancen. Nogle børn der kommer ind, og de er dårlige, men der er ikke taget puls, der er ikke taget blodtryk – og det er kørsel 1 og kørsel 2". (Sygeplejerske)*

Paramedicinerne pegede flere steder meget prompte på, at det ikke burde kunne ske:

*"Det håber vi ikke forekommer! Alt hvad der køres K1, skal der tages puls osv. på". (Paramediciner)*

Det skal tilføjes, at netop på børneområdet er der særlige udfordringer, som kan gøre det vanskeligt at tage vitalparametre under kørsel:

*"Det kan være svært at måle på børn. De vil sidde hos mor. De sparker måleudstyret af. Men der skal laves en skrivelse om, at vi har forsøgt". (Paramediciner)*

Men en anden paramediciner (på andet sygehus) støtter også op om, at der er klare regler, idet han svarer en læge, der oplever, at vitalparametre i nogle tilfælde mangler:

*"Der er klokkeklare retningslinjer: Der skal måles vitalparametre på kørsel ABC. Ikke D og E, som kan vente rigtig længe. Men ABC-kørsler er journalkrævende ture. Du kan sagtens tillade dig at sige: Hvor er de henne?" (Paramediciner)*

Men nogen steder var der ikke en helt entydig holdning til vitalparametre på kørsel C (kørsel 3). En sygeplejerske efterlyser vitalparametre på kørsel 3, og en redder svarer hende:

*"Det er ikke et krav nu på ikke-akutte. En ambulancejournal skal være fyldestgørende og skal kunne stå alene. Men hvis man begynder at skrive vitalparametre, er de ikke fyldestgørende, og så devaluerer man ambulancejournalens værdi. Måske skulle man have en anden dokumentation for kørsel 3'ere? Jeg synes det er synd at skrive dem over på et dokument [ambulancejournalen], hvor der er alt muligt andet, som så ikke bliver udfyldt". (Ambulancebehandler)*

I interviewene var der således både nogle, som mente, at der var "klokkeklare retningslinjer" for vitalparametre på kørsel 3 eller C, mens andre har en anden opfattelse. Ingen udtrykker tvivl om at der skal tages vitalparametre ved kørsel 1 og 2 (A og B).

### 3.4.2 Fordele ved at tage vitalparametre under kørsel og sende dem til hospitalerne

Medarbejderne peger på to primære årsager til, at der bør tages og sendes vitalparametre under kørsel. For det første kan det accelerere hele behandlingsprocessen, ikke mindst de modtagende sygeplejersker triage:

*"Hvis der var vitalparametre, når de kommer, kunne det hjælpe os i triagen. Når jeg modtager en 'kørsel 3-lungebetændelse' [uden vitalparametre], så bliver jeg låst. For at jeg kan få en fornemmelse for en rækkefølge, er det rart med vitalparametre. Så kan jeg hurtigt få en fornemmelse af, hvor de skal hen". (Modtagende sygeplejerske)*

En anden årsag til at tage vitalparametre – særligt på de mindre akutte kørsler – er, at den oprindelige kategorisering ofte er foretaget på et usikkert grundlag, fx telefonisk information fra en indringer vurderet af en sundhedsfaglig visitorator. Og netop vitalparametrene kan være årsag til, at man opdager, at patientens tilstand i virkeligheden berettiger til en mere eller mindre akut kørsel. En paramediciner forklarer:

*"Man kommer ud på kørsel 1, hvor lægen over telefonen synes, det er helt forfærdeligt, men [så kommer man ud og ser det, og] kører ind på kørsel 3. Men det sker også omvendt. Ofte er vi det første sundhedsfaglige personale, der tilser patienten, fordi resten er klaret telefonisk. Jeg har rykket lige så mange kørsel 3 [til kørsel 1 eller 2], som jeg har rykket kørsel 1 [til et lavere niveau]". (Paramediciner)*

Den oplevelse deles af flere i det modtagende personale:

*"Jeg har været i systemet i 15 år og modtaget mange kørsel 3'ere, hvor patienterne først prioriteres i afdelingsregi, altså hvor de ikke er vurderet korrekt. Det sker stadig. Så må man finde et system for at sikre vitalparametre". (Modtagende sygeplejerske)*

De tilsyneladende uklarheder om vitalparametre på kørsel 3 til trods er der dog enighed blandt alle medarbejdergrupper om, at vitalparametre under kørsel er væsentlige. Præcist hvilke vitalparametre der skal tages på hvilke patienter på hvilke ture, kan denne undersøgelse ikke pege på. Men en overlæge påpeger: "Alle, der kommer ind, skal have målt vitalparametre", mens en paramediciner i et andet interview tilføjer: "Vi skal undgå københavnske tilstande, hvor de også skriver det på hjemkørsler".

### 3.4.3 Dilemmaet mellem at melde patienter i god tid vs. sikre vitalparametre

Selvom regionen er stor og har mange tyndere befolkede områder, bor en stor del af indbyggerne i byområderne relativt tæt på hospitalerne. Derfor er der også en stor mængde kørsler, som er relativt korte – under 10-12 minutter – ifølge redderne. Her opstår ofte et dilemma: Hvis redderne skal nå at tage vitalparameter, kan det medføre, at de melder patienterne for sent. En modtagende sygeplejerske forklarer:

*"Som triagerende oplever jeg flere gange i vagten, at de [redderne] melder en patient: 'Vi er der om 1 minut', det vil sige, de er i porten! Vi får kaos i afdelingen, hvis vi har patienter, der lige skal bytte stuer. Det giver kaos i triageringen. Det er typisk kørsel 2. Så kunne det være rart at vide, at de er på vej – ikke når de først er der. Det kan gøre, at vi bliver mere forberedte på, at man har tre på vej og skal have tre stuer klar inden for 5-10 minutter". (Sygeplejerske)*

Men det rummer et dilemma set fra reddernes synspunkt:

*"Ved kørsel 2 vil vi have så mange fakta som muligt. Men så er man pludselig for tæt på hospitalet. Vi bruger for meget tid på at samle information, men den, der skal melde patienten, er ham bagi. Og han ved ikke lige, hvor man er". (Paramediciner)*

Under flere interviews diskuterede medarbejderne det hensigtsmæssige i at ringe og melde patienter på vej (uden vitalparametre) og evt. igen senere (med vitalparametre). Men flere hospitalspersonaler var skeptiske, for det ville betyde flere afbrydelser i deres arbejde, hvis redderne ringer flere gange om de samme patienter. Dilemmaet mellem på den ene side at skulle melde patienter-

ne på en fyldestgørende måde med alle vitalparametre og på den anden side at gøre det hurtigt, opleves som af bl.a. denne redder, som sætter det på spidsen i dialogen med en sygeplejerske:

*"Hvad vil I helst have: At vi ringer 10 minutter før, eller at vi har vitalparametre? Vi vil gerne svare på alle spørgsmålene på listen. Derfor indhenter man nogle gange det hele, før man ringer. Men skal man tage et blodtryk nede fra midtbyen i Køge, så er vi her!" (Ambulancebehandler)*

#### 3.4.4 Fra spot-målinger til øget adgang til løbende monitorering under kørsel

Flere medarbejdere efterlyser muligheder for, at hospitalerne får bedre og løbende adgang til arbejdet i bilerne og de data, som indsamles her. Det drejer sig både om ønsker om videoforbindelse til ambulancerne, fordi det *"kan være behjælpeligt, hvis vi kan se patienten, og den vagthavende børnelæge kan være med"*, som en overlæge formulerer det. Men det drejer sig også i høj grad om løbende adgang til vitalparametre som fx blodtryk, saturation (iltning af blod), puls og EKG. Ønsket om øget adgang til både video og vitalparametre blev primært diskuteret i relation til svært syge eller tilskadekomne.

Medarbejderne peger på forskellige fordele ved en mere løbende overvågning. Set fra et hospitalsperspektiv kan en mere præcis og opdateret viden om patientens tilstand betyde, at såvel op- som nedtrapning af beredskab kan finde sted. En læge forklarer:

*"Det er jo ikke, fordi der ikke bliver meldt vitalparametre ind fra ambulancen. Men der sker det, at det udvikler sig i ambulancen, og det kommer aldrig til vores kendskab. En nedtrapning af beredskab kan ikke finde sted – og der står to traumevagter klar på sygehuset. Det er ikke rimeligt". (Overlæge)*

Et andet aspekt, som en kardiologisk overlæge understreger, er at *"mentalt er det en fordel, at man kan tænke lidt før"*. En sygeplejerske har følgende eksempel:

*"Ved trombo-patienter [blodproppatient] kan det også være givtigt at se EKG for at vide, om patienten er i gang med at få et AMI [blodprop i hjertet]. Det kan være svært at se på nogle, og så kan vi være klar med en behandling hurtigere. Nu får bagvagten beskeden første gang om, at 'han er lidt højtrykket' – 'vi kigger på det'. Men det kunne være rart at følge det på monitoren". (Sygeplejerske)*

Set fra reddernes perspektiv vil det ved svært dårlige patienter være en fordel *"ikke også at skulle bruge tid på at ringe ind"*, som en paramediciner formulerer det.

En sygeplejerske peger på, at der også kan være et patienthensyn i det:

*"Jeg tænker også på [hjerte]stoppatienterne, eller én der er tæt på at blive rigtig dårlig. Det må være anstrengende for patienterne selv at få at vide, hvad der sker: At I [redderne] giver besked videre på telefon: 'Hov, nu bliver han rigtig dårlig!'. Det ville være bedre, at vi kunne se det på monitoren". (Sygeplejerske)*

Flere kørende medarbejdere refererer til positive erfaringer fra udlandet såvel som fra Region Nordjylland med en højere grad af sygehusadgang til bl.a. vitalparametre under kørsel.

Men der er også sundhedsfaglige, som peger på dilemmaer ved en øget adgang til løbende data. Flere læger peger på, at det skal overvejes nøje, hvad og hvem der skal monitoreres, for det vil binde ressourcer på hospitalerne at skulle foretage en mere løbende monitorering under transporten. Som en læge så pragmatisk konstaterer: *"Det kræver jo, at der er én, der sidder og ser på det!"* Desuden peger nogle læger også på, at det kan blive uklart, hvad der er AMK-lægens ansvar og rolle, og hvad der er den modtagende læges/afdelings ansvar og rolle, hvis modtagende læge/afdeling får løbende adgang til fx vitalparametre under transport.

Teknologisk set er der således mange muligheder for kontinuerlig overvågning af vitale værdier og en mere udvidet adgang til disse data for sygehusene såvel som mulighed for egentlig videoovervågning i bilerne. Men samtidig peges på, at mere løbende monitorering risikerer at binde uforholdsmæssigt mange ressourcer samt skabe uklarheder omkring rolle- og ansvarsfordelinger, som kræver nøje afvejning og præcisering. Ellers er der risiko for, at ansvaret for at reagere på målin-

gerne kan blive uklart af, at flere får mulighed for, men ikke nødvendigvis pligt til, at følge med i udviklingen i bl.a. vitalparametre i ambulancen, og der kan opstå usikkerheder for redderne om, hvad hospitalet egentlig har fået af informationer. Uklarhederne og ansvarsfordelingerne kan man – teoretiske set – definere sig ud af. Ressourcetrækket er et spørgsmål om prioritering af sygehuspersonalets tid.

Afslutningsvis skal det bemærkes, at ønskerne om øget adgang til patientdata også går den anden vej, idet redderne flere steder peger på, at det i nogle tilfælde ville være en fordel for dem også at have elektronisk adgang til hospitalsjournaler på patienter, der allerede er kendt i systemet.

Og flere steder peger lægerne også på, at der kan være klare fordele ved, at redderne får bedre adgang til patientdata. En læge forklarer:

*”Det vil være godt, hvis de har adgang til patientjournalen i ambulancen. Det kan fx være i forhold til allergi og medicin. Fx et barn der har feberkræmper, og barnet er kendt med epilepsi. Hvis der fx står, at barnet ikke må få Stesolid. Der er ting, der skal vides ude i ambulancen. Den viden er tilgængelig på afdelingen, men ikke i ambulancen, men det vil ambulancen være i stand til at handle på”. (Overlæge)*

Der er juridiske såvel som patientetiske udfordringer forbundet med disse ønsker om øget adgang, som denne rapport ikke skal forholde sig til. Det bør i denne sammenhæng oplyses, at Region Sjælland – sammen med de øvrige regioner – i 2014 implementerer en ny præhospital patientjournal, som muliggør elektronisk dokumentation og kommunikation af kliniske data mellem AMK-Vagtcentralen, ambulancer og akutbiler og sygehusenes akutafdelinger, og som muliggør at redderne kan få adgang til oplysninger fra sygehusenes patientjournaler.

Undersøgelsen viser, at der er ønsker om bedre og mere løbende adgang til flere data og monitoreringer i snitfladerne mellem redderne og hospitalspersonalet, i takt med at der rykkes flere kompetencer, færdigheder og muligheder ud på det præhospitalt område.

### 3.5 Sammenfatning af arbejdet på skadestedet og under transport

Redderne efterlyser mere rettidig og relevant information fra de sundhedsfaglige på AMK. Rettidigheden handler ifølge medarbejderne primært om tekniske forglemmelser i relation til opdateringer, men selvom løsningen muligvis er enkel, opleves udfordringerne relativt tit blandt redderne. Spørgsmålet om oplysningernes relevans handler om forskellige opfattelser af, hvad der er vigtigt i relation til akutte indlæggelser. Her efterlyser redderne en standardisering på området efter samme principper, som man har indført triage ved akutmodtagelse, altså et større fokus på ABC og vitale parametre og mindre på tidligere sygehistorie og evt. baggrundslidelser.

Redderne oplever, at der er individuelle forskelle mellem de forskellige AMK-læger med hensyn til deres delegering af ordinationer til dem, og de forklarer, at det er en af årsagerne til, at nogle redde i visse tilfælde går udenom AMK-lægen og kontakter sygehuslæger, de kender, i stedet. Desuden oplever redderne, at der er perspektivforskelle mellem redderne og AMK-lægerne med hensyn til, hvorvidt redderne kan afslutte patienter på stedet, eller de skal bringes ind – redderne oplever, at AMK-lægerne godt kunne lade dem afslutte flere på stedet, men at AMK-lægerne ønsker patienterne indlagt. Samlet set ønsker redderne en større grad af ensartethed mellem AMK-lægerne dispositioner, men også et tættere samarbejde med dem, som kan højne tilliden til deres observationer såvel som deres kompetencer.

Et andet aspekt af arbejdet under transport er tekniske vanskeligheder i forbindelse med mobilkommunikationen med sygehusene, hvor der ofte opleves udfald og dårlig dækning. Dog er der generelt enighed om, at der ikke er tale om et stort problem, og at medarbejderne ved, hvordan det løses – ved at ringe op igen og evt. bruge en anden telefon, om end det er et forstyrrende element i en hverdag, hvor det ofte skal gå stærkt.

Et sidste tema handler om, hvad der måles i bilerne, hvordan (kontinuerlig monitorering vs. spotmålinger), og hvem der har adgang til det (sendes til hospitaler vs. løbende adgang). Dette tema fyldte en del i interviewene. For det første oplever man på flere sygehuse, at de nuværende ret-

ningslinjer for måling af vitalparametre i ambulancer ikke altid overholdes, hvilket særligt paramedicinerne påpegede ikke måtte ske. At dømme ud fra interviewene har de fleste reddere den opfattelse, at der er "klokkeklare retningslinjer" for vitalparametre på kørsel 1, 2 og 3 (A, B og C), mens der ét sted var den opfattelse, at der ikke skal tages vitalparametre ved kørsel 3 (C). Alle er dog enige om, at vitalparametre under kørsel er væsentlige. Både fordi vitalparametre er afgørende for at op- eller nedgradere graden af akut indbringning, og fordi vitalparametre er en vigtig forudsætning for triagen på akutmodtagelserne.

Imidlertid støder ønsket om at få målt vitalparametre på alle patienter præhospitalt ved de mange kortere kørsler imod ønsket om at få meldt patienterne i god tid. Et dilemma som ingen havde nogen egentlig løsning på. Et forslag om at ringe flere gange – først for at melde patienten på vej og dernæst for at melde værdierne – blev ikke entydigt godt modtaget, for det ville forstyrre både reddere og modtagende personaler dobbelt så meget.

Der var en del ønsker fra hospitalsoverlæger om bedre og mere løbende adgang til vitalparametre, primært hos svært syge. Nogle peger på, at det vil give mulighed for op- og nedgradering af beredskaber samt praktisk såvel som mere mental forberedelse. Redderne ser også fordele i ikke at skulle bruge tid på at ringe til hospitalet. Desuden kan det skåne patienterne for at høre kommunikationen over telefonen, når redderne melder om forværringer i patientens tilstand. Men samtidig peger skeptikere på, at løbende monitorering vil binde hospitalsressourcer på et tidspunkt i forløbet, hvor lægerne ikke kan udrette noget. Desuden kan det skabe usikkerhed om kommunikationen mellem reddere og sygehuset og falsk tryghed om, at sygehuset er informeret om en patient, som bliver akut dårlig, hvis der ikke er konstant overvågning af de tilgængelige data på sygehuset. Endelig kan det skabe en uklar rolle- og ansvarsfordeling mellem AMK-lægen og hospitalslægerne.

Nogle steder ønsker redderne også udvidet adgang til hospitalsjournaler på kendte patienter, hvilket flere overlæger ser behandlingsmæssige fordele i<sup>13</sup>.

Undersøgelsen peger på, at der generelt er ønsker om bedre og mere løbende adgang til data i snitfladerne mellem redderne og hospitalspersonalet i takt med, at der rykkes flere og flere kompetencer, færdigheder og muligheder ud i det præhospitalt område.

---

<sup>13</sup> Region Sjælland oplyser, at der i 2014 implementeres en præhospital patientjournal, der muliggør elektronisk kommunikation af kliniske data mellem AMK-Vagtcentralen, ambulancer og akutbiler og sygehusenes akutafdelinger, og som muliggør, at redderne kan få adgang til oplysninger fra sygehusenes patientjournaler.

## 4. Relationen mellem det præhospitale område og lægevagten/almen praksis

Interviewundersøgelsen har efter Region Sjællands ønske fokuseret på de medarbejdere, som udgør kernen i det præhospitale område og har deres primære beskæftigelse her (som beskrevet i afsnit 1.5.2). Derfor inkluderer undersøgelsen ikke repræsentanter for lægevagt og almen praksis, selvom de indlægger en stor del af patienterne.

Imidlertid bragte såvel hospitalsansatte som reddere temaer op, som vedrører vagtlægernes/almen praksis' rolle i det præhospitale system og samarbejdet med dem, herunder ikke mindst den simple konstatering, at *"der er ikke sammenhæng mellem lægevagtsystem og AMK-centralen"*, som en sundhedsfaglig visitator påpegede.

Emnerne behandles i de følgende afsnit, men det bør understreges, at lægevagt/almen praksis ikke har deltaget i undersøgelsen, og analysen indeholder derfor kun sygehuspersonales og reddernes perspektiver på lægevagts/almen praksis' rolle og samarbejdet med dem. Dette afsnit kan og bør derfor ikke alene danne grundlag for en evaluering eller anden form for vurdering af relationen mellem det præhospitale område og lægevagt/almen praksis generelt, da analysen kun rummer den ene parts perspektiv.

### 4.1 Ingen kobling mellem lægevagten og det præhospitale område

Set fra hospitalsmedarbejdernes og reddernes perspektiv er lægevagtbilerne mobile enheder med læger *"og hjertestartere"*, som én bemærkede, der kører rundt til akut syge patienter i Region Sjælland, men ikke har noget samarbejde med hverken akutbiler eller ambulancer. Denne adskillelse har rødder i den strukturelle opbygning, hvor lægevagten er forlængelsen af almen praksis udenfor dagtiden, mens akutbiler og ambulancer har deres rødder i hospitalssektoren, og systemernes opbygning såvel som deres styring og honorering har været adskilt og derfor udviklet sig isoleret.

Men set indefra undrer det flere af medarbejderne, at der ikke er nogen sammenhæng mellem systemerne, og at regionens samlede mobile ressourcer på det akutte område ikke kan anvendes mere integreret og koordineret. Ikke mindst i lyset af de lange afstande, som samlingen af de akutte funktioner og ændringerne i specialefordelingen skaber.

Det skal understreges, at DSI på baggrund af denne undersøgelse ikke har grundlag for anbefale en tættere integration af disse områder. Men undersøgelsen viser, at det set i et medarbejderperspektiv kan virke uhensigtsmæssigt, at der intet samarbejde er mellem de to søjler på det akutte/præhospitale område.

### 4.2 Unødvendige indlæggelser når indlæggende læge ikke ser patienten

Flere sygehusmedarbejdere mener, at det i nogle tilfælde fører til unødvendige indlæggelser, når den indlæggende læge ikke selv ser patienten, men indlægger på baggrund af telefoniske oplysninger. En sygeplejerske forklarer, hvad hun oplever på børneområdet:

*"Lægevagten ser ikke patienten, men vælger bare at ringe over [og indlægge]. Når patienten kommer ind, er det noget helt andet. Måske kunne lægevagten have sat barnet i antibiotika? En læge kunne have afsluttet. Der opstår nogle unødvendige visitationer på grund af den manglende direkte kontakt [mellem indlæggende læge og patienten], og det sker flere gange om måneden". (Sygeplejerske)*

En sygehuslæge oplever det samme problem blandt plejehjemsbeboere:

*"Det sker flere gange om dagen. En lægevagt ville kunne afslutte patienterne – for eksempel de dehydrerede plejehjemsbeboere. De kan hælde en liter vand i dem. Det kunne de sagtens have gjort". (Overlæge)*



Undersøgelsen kan ikke pege på, hvor udbredt problemet er, men den manglende kobling mellem de to systemer befordrer i hvert fald ikke en udvikling i retning af en større forståelse for hinandens arbejdsvilkår.

Som undtagelsen, der bekræfter reglen om den manglende integration mellem systemer, fortæller en overlæge dog her om en situation, hvor hun selv tog kontakt til lægevagten i en konkret situation:

*“En lørdag aften kommer der tre børn ind med ambulance fra [X-by], og rent faktisk skulle alle de børn køre hjem igen. Og alle tre havde ringet til lægevagten, som havde indlagt dem. Så greb jeg knoglen og ringede til lægevagten, og jeg sagde bare at ‘du dræner jo fuldstændig vagtberedskabet i [X-området] for ambulancer, hvis fru Jensen får et AMI, fordi de kører rundt med børn, der skrider – bare skrider – ikke fordi de er specielt syge’. Og så sagde han: ‘Det skal aldrig ske mere’. Nogle gange skal man handle på det, lige når det sker, og ikke vente til det bliver sådan en eller anden administrativ ting, vi må tage op. Fordi nogle gange handler det om, at man ikke lige ved, hvordan det nu er, at man gør tingene”. (Overlæge)*

Overlægen her er som sagt undtagelsen, der bekræfter reglen om, at der er meget ringe eller ingen kontakt mellem systemerne. Men det viste sig, at de to læger – i hver deres system – åbenbart godt kunne blive enige, da de først fik talt sammen om situationen. Eksemplet kan ikke bruges til at generalisere ud fra, i den forstand at samtale nødvendigvis vil lede til forståelse. Men det er helt sikkert, at manglende kontakt *ikke* leder til mere viden om konsekvenserne for andre medarbejdere, enheder og patientgrupper af de handlinger og dispositioner, der foretages i ét system.

#### 4.3 Sygehusene ønsker vitalparametre fra indlæggende læger

I takt med at sygehusene har fået mere og mere fokus på hurtig diagnostik og ikke mindst triagering baseret på vitalparametre, og at redderne i højere grad sikrer disse målinger, efterlyser hospitalerne i højere grad, at praktiserende læger og vagtlæger også leverer vitalparametre. En sygehuslæge forklarer her, at han oplever, at det fører til forkert triagering og dermed forkert prioritering, når han mangler vitalparametre fra vagtlægerne:

*“Hele vores organisation er baseret på triagering af patienter, så vi kan prioritere vores arbejde. Men stort set ingen vagtlæger eller praktiserende læger måler parametre. Vi spørger dem altid, og de svarer, at de ikke har målt: Han har ikke lige et termometer. ‘OK, har du blodtryk?’. ‘Nej, men hun har det skidt og har for høje infektionstal’. Så melder de patienten ‘OBS pneumoni’. Det siger ikke ret meget. Og vi baserer behandlingen ud fra vitalparametre. Vi risikerer at få en patient ind, der har det ekstremt dårligt, men de er bare meldt som at ‘være skidt’. Vi har sendt skrivelse rundt til de praktiserende læger om vitalparametre, men det skal overenskomstmæssigt ændres, før de vil gøre det. Der er ikke sket noget som helst. Man skulle synes, det var helt naturligt og basalt at have med. Så det undrer mig, at læger kan undslå sig at måle vitalparametre. Det er tit vagtlægerne, der siger, de ikke har et termometer. Jeg oplever det dagligt. Det sker stort set hos 9/10, der kommer fra praktiserende læge eller vagtlæger. Jeg oplever aldrig, at alle vitalparametre er målt fra dem. Det drejer sig om puls, blodtryk, temperatur, respirationsfrekvens”. (Overlæge)*

En anden sygehuslæge supplerer med et bud på de indlæggende lægers perspektiv:

*“Fra deres synspunkt skal de bruge 10 minutter på at skaffe noget, der ikke ændrer noget. Deres synspunkt er: Jo tidligere de ringer, jo tidligere kommer patienten ind. Det kan jeg godt forstå, det synspunkt”. (Overlæge)*

Hvorvidt dette reelt er problemet, kan ikke afgøres, fordi vagtlæge/almen praksis ikke har deltaget. Det, der imidlertid står klart, er, at den omstilling af det akutte arbejde, som er sket de seneste 10-15 år, med langt mere fokus på hurtig diagnostik og behandling samt bedre prioritering af patienterne med udgangspunkt i triage på basis af vitalparametre, har konsekvenser langt ud over sygehusenes grænser: Det skaber forventninger til samarbejdsparter i andre dele af sundhedsvæsenet, ikke mindst i almen praksis og lægevagten i deres egenskab af indlæggende læger. Men spørgsmålet er, i hvilket omfang almen praksis/lægevagten har været del af denne omstilling og

deler hospitalernes syn på, hvor væsentligt det er, og hvad der skal til for at få en højere grad af fælles arbejdsmåde, akutkultur og prioritering på hele det præhospitale område – inkl. lægevagten/almen praksis.

#### 4.4 Sammenfatning af relationen mellem det præhospitale område og lægevagten/almen praksis

Den traditionelle og strukturelt betingede adskillelse mellem det præhospitale område og lægevagt/almen praksis undrer en del af medarbejderne, som har svært ved at se den sundhedsfaglige og beredskabsmæssige begrundelse for, at lægevagtbilerne, der kører rundt til akut syge, ikke har noget samarbejde med akutbiler, ambulancer eller AMK.

Medarbejderne oplever udfordringer i forbindelse med unødvendige indlæggelser, som konsekvens af at vagtlæger/praktiserende læger indlægger patienter, de ikke selv har set.

Sygehusene efterlyser desuden vitalparametre fra de indlæggende læger, idet vitalparametre spiller en stor rolle i triagering, og når redderne sikrer disse målinger, efterlyses de også fra praktiserende læger og vagtlæger – dog uden held ifølge flere sygehuslæger.

Det skal igen understreges, at analysen af relationen mellem det præhospitale område og lægevagten/almen praksis er partiel, da hverken lægevagten/almen praksis har været en del af denne undersøgelse.

## 5. Visitation: Hvor skal patienten hen?

Præhospitalet visitation af patienter, var det emne, som fyldte mest på tværs af interviews. Emnet er komplekst: Grundlæggende set handler det om beslutningen om, hvor patienten skal hen, hvem der skal træffe beslutningen herom, på hvilket grundlag og med hvilke argumenter – samt mulighederne for at ændre beslutningen.

Afsnittet rummer følgende underafsnit: Afsnit 5.1 handler om selve visitationsopgavens natur og giver et indblik i, hvorfor medarbejderne mener, visitation er så afgørende, men også hvorfor det er så svært – herunder hvilke faktorer der er med til at øge kompleksiteten på området. Afsnit 5.2 handler om de forhandlinger, som medarbejderne oplever, der foregår indbyrdes mellem forskellige led i det præhospitale system omkring visitation. I afsnit 5.3 behandles udfordringerne i relation til – forsøg på – omvisitation, og i det afsluttende afsnit 5.4 beskrives de udfordringer, medarbejderne ser i relation til borgernes vej ind i akutsystemet via bl.a. 112 og akuttelefonen. Da afsnittet er langt, er det forsynet med sammenfatninger efter hvert underafsnit i stedet for én sammenfatning til sidst.

### 5.1 Hvorfor er visitation så svært, og hvorfor er det så afgørende?

Medarbejderne pegede på en række årsager til, at visitationsopgaven både er svær og kompleks. Men de pegede også på, hvorfor udviklingen de seneste år har gjort visitationsbeslutningen mere væsentlig, end den tidligere har været. De væsentligste årsager til, at opgaven er svær, er for det første opgavens natur, som behandles i afsnit 5.1.1, men i høj grad også den kompleksitet som følger af, at der er forskellige geografiske og aldersmæssige afgrænsninger af optageområderne, hvilket behandles i afsnit 5.1.3, at reglerne i et vist omfang opleves som uklare (afsnit 5.1.4), og at der løbende sker forandringer (afsnit 5.1.5). Den primære årsag til, at visitation er blevet så afgørende en opgave, er imidlertid den øgede specialisering og koncentration af forskellige specialer på forskellige afdelinger (afsnit 5.1.2).

#### 5.1.1 Opgavens natur: Visitation på baggrund af mangelfuld information

*"Hvis du havde en krystalkugle, var det nemt!"* Sådan opsummerer en overlæge en diskussion under et interview om den præhospitale visitationsopgave, altså spørgsmålet om hvor patienten skal hen. Men når man har en indringer i røret, eller man står derude på skadestedet, er det i mange tilfælde langt fra nogen let eller entydig opgave at afgøre, hvilket speciale og dermed hvilket sygehus patienten bør køres til. Medarbejderne beskriver mange situationer og symptomer, hvor det er svært at afgøre, hvor patienten skal hen:

*"Det er ikke altid til at skille ad og finde ud af, hvad der er problemet. Det er typisk, hvorvidt det er maven eller brystet: Smerter bag brystbenet, hvad skyldes det? Det er et dagligt problem". (Overlæge)*

Og selvom sygehuspersonalet mange steder udtrykker stor frustration over det, de oplever som fejlvisitationer, så udtrykker de også en stor forståelse over for, at opgaven er svær, når man ikke har hospitalets diagnostiske apparatur til rådighed, og beslutningerne skal træffes hurtigt:

*"Det handler om, at det kan være svært at finde ud af, hvad patienten fejler. Det er nemmere, når de kommer ind og får målt 27 ting". (Overlæge)*

Derfor er personalet på hospitalerne også bevidste om, at det, hospitalsmedarbejderne oplever som fejlvisitationer, ikke kun skyldes fejl. Som en overlæge formulerer det: *"Det er ikke kun fejl. Det er også tvivl"*. Og som analysen vil vise, kan alle kan tage fejl – både sundhedsfaglig visitorator, indlæggende læge og redderne – fordi ingen har fuldstændig information, og fordi alle skal handle hurtigt.

### 5.1.2 Samling af specialer øger væsentligheden af korrekt visitation

Når det er opgavens natur, der er med til at gøre visitation til en svær beslutning, siger det sig selv, at disse aspekter ikke har ændret sig væsentligt som følge af implementeringen af den præhospitale plan: Det er og bliver svært at afgøre, hvad patienter fejler præhospitalt, om end der gradvist kommer øgede diagnostiske muligheder i bilerne.

Det, der til gengæld har ændret sig, er specialefordelingen. Særligt hospitalslægerne peger på, at visitationsbeslutningen er blevet langt mere afgørende, fordi specialerne er blevet fordelt mellem de forskellige hospitaler i regionen, bl.a. for at tilgodese krav til enhedernes størrelse og patientunderlag som grundlag for funktionsbærende enheder. Det betyder, at man får det rette – i hvert fald større – patientunderlag og dermed også færre vagthold ved at placere børn ét sted, hjerter et andet, gastro-kirurger et tredje, osv. Men det giver udfordringer, når det er svært at afgøre, hvad patienten fejler.

I de allerværste tilfælde, redderne beretter om, *kan* de faktisk ikke køre patienterne forskellige steder hen – idet flere reddere pegede på, at traumatiserede højgravide var en sådan lille, men heldigvis sjældent forekommende gruppe, hvor redderne flere steder oplevede dilemmaer i forhold til specialefordelingen, fordi det ifølge redderne ikke altid er muligt at gøre det bedste for både moren og barnet.

Ændringerne i specialefordelingen har således medvirket til at gøre korrekt visitation langt mere afgørende, end det tidligere har været. En overlæge forklarer:

*"Det handler om, at før, når man visiterede patienterne, betød det ikke så meget, fordi alle specialer var til stede [på samme sygehus]. Det er de ikke mere – og vi kan ikke tage alle patienter". (Overlæge)*

En overlæge i et andet interview peger på den samme udfordring og understreger, at konsekvenserne af fejlvisitation, og den usikkerhed som altid har eksisteret omkring visitation, har ændret sig på grund af specialefordelingen. Tidligere var man også i tvivl om, hvad patientens symptomer skyldtes, men det væsentlige var at få dem ind til diagnostik på et sygehus. I dag har tvivlen større konsekvenser:

*"Det har større konsekvenser nu, fordi man ikke ved, hvor de skal køres hen". (Overlæge)*

Interviewene rummer flere eksempler på, hvad det betyder, når sygehusene får det, de oplever som fejlvisitationer. I flere tilfælde betyder specialefordelingen, at de nødvendige kompetencer ikke er på sygehuset, og flere beretter om det, de kalder "nødberedskaber", fordi de er nødt til at gøre noget for at stabilisere akutte patienter uden for deres specialer. Her er to eksempler fra ikke akutte hospitaler, som ikke har kirurger:

*"Vi får nogle gange patienter ind, der ikke skulle være her: Vi er det nærmeste sygehus, men vi er ikke akutte. For eksempel perforerede lunger, de skal ikke være hos os. Vi må lave nødberedskab her – ikke officielt. Det er u hensigtsmæssigt, men vi må lave en nødplan, når vi får patienter, der er visiteret forkert, og vi er nødt til at lave et nødkirurgisk beredskab, så de kan transporteres videre". (Overlæge)*

*"Det er den blødende patient, der kommer ind fra plejehjem og visiteres til os på grund af smerter i brystet. De skal transporteres 30 km. Det er ikke hensigtsmæssigt. Problemet er større, fordi vi ikke har kirurgi. Vi skal bede om en transport, der skal køre hurtigt til [kirurgerne], og vi skal ledsage patienten". (Overlæge)*

I dette sidste tilfælde har tvivl om diagnosen spillet ind i forhold til den initiale visitation ifølge overlægen. En anden overlæge, der har peget på nogle af de samme generelle udfordringer, understreger, at de særligt opstår i relation til bestemte patientgrupper:

*"Det er i princippet de samme, vi snakker om hele tiden: Det er ryg, mave, hjerte, øre-næse-hals, besvimelse. Det er dem, der har berøring til forskellige specialer på forskellige sygehuse. Det er en svær afgrænsning, og det er ikke sikkert, at du kan afgrænse det. Men fordi du har lavet den opde-*

*ling på grund af specialeplanlægning, så får du den problemstilling hver dag: Kæmpestore problemer – hver dag”. (Overlæge)*

Denne interviewundersøgelse kan ikke bruges til at generalisere om problemets omfang. Desuden skal man være opmærksom på det, en overlæge kaldte *“erindringsforskydning”* i denne sammenhæng, hvor problemerne med fejl- og omvisitation opleves som særligt frustrerende, og derfor kan fylde mere i hukommelsen, end det måske gør i praksis. Men specialefordelingens konsekvenser for (fejl)visitation var et tema, som fyldte meget i interviewene. Både for sygehuspersonalet, som oplever at stå med patienter, de ikke kan hjælpe og har svært ved at få omvisiteret, men også for redderne der ofte er involveret i omvisitationerne.

### 5.1.3 Forskellige geografiske og aldersgrænser mellem specialerne øger kompleksiteten

Udfordringerne med at få de rette patienter til rette sted handler ikke kun om, at opgaven er kompleks, og at specialefordelingen gør det særligt væsentligt at træffe den rigtige beslutning. Specialefordelingen har ikke kun skabt større optageområder – den har også medført forskellige optageområder specialerne imellem. Ifølge flere medarbejdere gør det systemet mere komplekst at overskue og får en overlæge til at konkludere, at det er *“et stort problem, at der er forskellige optageområder pr. speciale”* (overlæge). Begrundelsen er, at det gør systemet komplekst og svært at finde rundt i og skaber større risiko for fejlvisitationer, fx på grund af at en indlæggende læge ikke kender systemet og de forskellige optageområder, aldersgrænser mv. til bunds.

Også differentieringer på alderskriterier gav anledning til en del diskussioner og opklarende spørgsmål deltagerne imellem under flere interviews. Et eksempel er dette uddrag, hvor en paramediciner – som arbejder med visitationsretningslinjerne hver dag – forklarer de sygehusansatte, hvordan reglerne er på det kirurgiske børneområde:

Paramediciner: *“Mave-/tarmkirurgiske børn over tre og under fem år i det her område de skal til Holbæk. Men i Stevns skal de til Slagelse, hvor aldersgrænsen så er fjorten år”.*

Overlæge: *“Hvad med dem under tre år?”*

Paramediciner: *“Under tre år er ikke kirurgiske – så er det Rigshospitalet. De indlæggende læger har de samme retningslinjer”.*

Ambulancebehandler: *“Nogle kan de nye retningslinjer, nogle kan de gamle. Derfor er det un-fair, at de [indlæggende læger] kan få lov at bestille ture direkte. Lægerne [indlæggende] skulle have fat i en livline”.*

Ifølge redderen har visitationsreglernes kompleksitet den konsekvens, at ikke alle læger kan alle detaljerne – hverken de sygehuslæger, som her spørger ind til reglerne, fordi de ikke kender dem, eller de indlæggende læger som har retten til *“at bestille ture direkte”* til et bestemt sygehus (men som ikke har deltaget i denne undersøgelse). Andre interviews pegede også på, at det er problematisk, at *“praktiserende læger ikke er orienteret om optageområder”*, som det blev formuleret på en seddel i et andet gruppeinterview, og hvor den læge, som havde skrevet sedlen, gjorde opmærksom på, at det ikke var nogen lille opgave at blive *“orienteret om optageområder”*:

*“Der er en visitationsliste, som man skal læse mange gange, før man forstår det. Tidligere var der en klar skillelinje. Nu er det delt i hvis og hvis og hvis, og det gør det vanskeligt at skelne [mellem hvor patienterne skal hen]”. (Overlæge)*

Det får overlægen til at foreslå, at de indlæggende læger burde være nødt til at konsultere nogen, som kan de til enhver tid gældende regler – *“en livline”* som en redder kaldte det – inden de kan vælge sygehus. Det skal understreges, at forslaget fra medarbejderne på ikke handler om at begrænse indlæggende læges ret til at indlægge. Det handler udelukkende om at begrænse retten til at vælge sygehus uden at have konfereret med en instans, som altid er ajour med de stadig mere komplekse visitationsregler. Ikke mindst fordi konsekvenserne af fejlvisitation er så store.

Et sidste eksempel på de udfordringer, som de komplekse i visitationsretningslinjerne skaber, illustrerer, hvor væsentlig den indledende visitation er. Dette uddrag af en samtale mellem medarbejdere illustrerer de udfordringer, som lægelige fejlvisitationer skaber:

Overlæge i modtagelse: *"For medicinske børn er aldersgrænse 18, men der er forskellige aldersgrænser for specialerne. Man kan finde ud af det, men det tager lidt tid og er lidt forvirrende. Patienten kommer forkert, fordi egen læge eller vagtlæge ikke er opmærksomme på det".*

Sygeplejerske i modtagelse: *"Nogle gange ringer vagtlægerne ind, efter de har sendt patienten af sted. Så står vi med problemet, for vi må ikke bare sende dem videre. Måske er vi heldige at få fat i ambulancen og sende dem til Holbæk. Men så oplever vi også problemer med samarbejde mellem de forskellige sygehuse".*

Ambulancebehandler: *"Når læger bestiller en tur, går de uden om den almindelige visitation. De bestiller direkte. De bestemmer også selv til hvilken modtagelse. Og man kan ikke gøre en beslutning om, når den er taget af en læge præhospitalt. Vi har ikke så mange andre muligheder, selvom vi ved, det er en fejl".*

Udfordringerne i relation til den kompleksitet, som er et resultat af forskellige fx geografiske og aldersmæssige grænser for de forskellige specialer i visitationsvejledningen, er grundlæggende set, at visitation er en mindre del af arbejdet for de indlæggende læger (i lægevagten/almen praksis) samtidig med, at de har retten til at vælge sygehus, hvilket ifølge redderne og hospitalsmedarbejderne er med til at skabe fejlvisitationer.

#### 5.1.4 Oplevelsen af uklare regler og forskellige kriterier øger kompleksiteten

Udover de forskellige og specialespecifikke geografiske og aldersmæssige afgrænsninger af optageområderne peger medarbejderne på en række andre begreber i relation til visitation, som er med til at skabe en oplevelse af uklarhed på området.

For det første peges der på, at det indenfor nogle specialer opleves som uklart, hvad der er henholdsvis *"basisfunktion"* og *"regionsfunktioner"*, som denne overlæge påpeger:

*"Det handler om specialplanlægning. Der er nogle specielle regler, men det er ikke ordenligt defineret, hvad der er basis- og regionsfunktioner. De er overlappende, og selvom der er retningslinjer, er de uklare. Men det er også nyt. Og det ender nogle gange med fejlvisitation, både fordi det er uklart og nyt, og reglerne ikke er implementeret". (Overlæge)*

For det andet handler det om forholdet mellem udtrykkene *"bedst egnede sygehus"* og *"nærmeste sygehus"*, som medarbejderne refererer til. Det følgende eksempel omhandler neurologien, som er et område, hvor der især høj grad opleves udfordringer omkring visitation. Hospitalsmedarbejdere flere steder udenfor Roskilde (hvor trombolysen<sup>14</sup> ligger) giver udtryk for, at de er uforstående overfor praksis på området. Følgende uddrag fra et interview illustrerer flere problematikker, som efterfølgende diskuteres:

Sygeplejerske (1): *"Vi oplever rigtig tit neurologiske patienter, hvor redderne ringer til neurologen i Roskilde. De siger: 'Nej, I kører til nærmeste sygehus'. De kommer med 'OBS apopleksi x-antal timer' til os. Vi begynder at nærme os [tids]grænsen for trombolyse. Så handler vi, og så kører vi dem til Roskilde".*

Paramediciner: *"Vores visitationsvejledning siger, at henter vi en neurologisk patient, hvor vi ikke kan overbevise neurologen på trombolysen i Roskilde, så er det til jer. Vi har et tjek-skema, og er svaret nej bare én gang, så vil de ikke have patienten på Roskilde. Jeg snakker med neurologen i trombolysvagten, og når vi har udfyldt skemaet, siger neurolog ja eller nej til trombolyse. Er svaret nej, træder visitationsvejledningen i kraft. Så er det sygehuset i patientens optageområde. Her er der så en læge, der kigger på patienten og tænker, det er til trombolyse. Så ringer han op til trombolysvagten. Lægen har lidt større skuldre end en paramediciner. Så siger trombolysvagten:*

---

<sup>14</sup> En medicinsk behandling af blodpropper i bl.a. hjernen (apopleksi).

*‘OK, kom op med patienten alligevel’. Så ringer de efter en ambulance, og så kører vi op med patienten”.*

Sygeplejerske (2): *“Jeg kan godt forstå det med trombolyselagten. De sorterer en masse fra. Men det kan være svært som en del af systemet at se, at når det er i hovedet, og man har en neurolog i regionen, at så er det ikke til sygehuset med den bedste ekspertise. For mig er det svært at forstå. Hvordan kan man lave en regel, der hedder ‘bedst egnede sygehus’ og så ikke køre patienten til Roskilde? Ordet ‘egnet’ kan man undre sig over”.*

Ambulancebehandler: *“I det her tilfælde er det ikke ‘bedst egnet’, her er det beskrevet med navns nævnelse, hvilket sygehus det er – det går efter postnummer”.*

Sygeplejerske (2): *“Det må være patientens tarv, der er det vigtigste. Jeg forstår det ikke!”*

Uddraget illustrerer flere ting. Definitionerne af, hvornår det er ‘bedst egnede’ og hvornår det er ‘nærmeste’ sygehus, virker i nogle tilfælde ikke logiske for medarbejderne. Det betyder mindre opbakning til regler, hvis de virker uforståelige – måske ligefrem urimelige – og ikke fremmende for *“patienternes tarv”*, som sygeplejersken formulerede det. Den manglende forståelse kan føre til flere lokale work-arounds, mere forhandling og diskussion omkring visitation og en mindre grad af implementering og efterlevelse af reglerne. Derfor spiller forhandling en rolle, og her betyder de faglige og hierarkiske placeringer noget for udfaldet, som illustreret i uddraget: Redderen kan ikke *“overbevise”* trombolyselagten, men det kan lægen med de *“større skuldre”* i nogle tilfælde.

Det tredje tema, som er med til at skabe uklarhed for nogle medarbejdere, er, at reglerne omkring frit sygehusvalg på det akutte område ikke blev oplevet som klare blandt flere medarbejdere. Ved et interview havde en medarbejder for eksempel skrevet en gul seddel med et spørgsmål: *“Er der frit sygehusvalg i akutte situationer?”*, og følgende citat fra en overlæge illustrer denne oplevelse af uklarhed:

*“Før var der ikke frit valg. Nu kan patienterne godt bestemme selv. Men om der er faste regler eller ej, det ved jeg ikke”. (Overlæge)*

Den udlægning var alle deltagere ikke enige i, og diskussionen endte med, at de blev enige om, at de var uklare på reglerne om frit sygehusvalg på det akutte område.

De tre forhold, som er med til at skabe yderligere uklarhed i forhold til visitation, er fortolkningen af begreber som *“basisfunktion”* og *“regionsfunktioner”*, *“bedst egnede”* og *“nærmeste egnede”* sygehuse, samt spørgsmålet om hvordan visitationsreglerne forholder sig til patienternes ret til frit sygehusvalg.

#### 5.1.5 Løbende ændringer og lokale fortolkninger medvirker til usikkerhed

Ændringer på området kan i sig selv være med til at skabe yderligere usikkerhed omkring regler og retningslinjer af den simple årsag, at det tager tid, inden gamle regler erstattes af nye i praksis. Men tid er ikke nok: Man kan heller ikke antage, at uklarhed forårsaget af ændringer forsvinder af sig selv med tiden. Af flere årsager.

For det første kan **løbende ændringer** skabe en vedvarende oplevelse af uklarhed på et område. Redderne er den medarbejdergruppe, som arbejder mest med visitationsvejledningerne, og som af samme grund sætter sig meget grundigt ind i dem, da det er et væsentligt arbejdsredskab for dem. Alligevel oplever de, at det er svært at være helt opdateret. En paramediciner beskriver situationen:

*“Der er kommet to visitationsvejledninger på halvanden måned. Fair nok. Men man skal sidde og se dem sammen for at kende forskel. Man kunne sætte det nye i kursiv, så man kan se det. Det er et irritationsmoment at bruge tid på at finde det”. (Paramediciner)*

Selvom ændringerne således muligvis er små fra version til version, så skaber det usikkerhed blandt medarbejderne om, hvad der er gældende regler, når der kommer nye versioner, og det ikke opleves som klart og let tilgængeligt for medarbejderne, hvad det nye helt præcist består i, og hvad der forbliver uændret.

Også sygehuspersonalet efterlyser flere steder, at de *"orienteres bedre"* om ændringer i visitationsvejledninger. Sygehuspersonalets arbejde er i høj grad påvirket af visitationsvejledningerne, og de er i en del tilfælde en aktiv del af visitationsbeslutningen – ikke mindst ved (forsøg på) omvisitation. Og de løbende ændringer fører til, at færre medarbejdere – alt andet lige – er opdaterede og føler sig sikre på, at de kender gældende version.

En anden årsag til uklarhed omkring visitationsretningslinjer er, at generelle regler ofte kræver en form for fortolkning, når de skal bringes i anvendelse i konkrete tilfælde. Dermed sker en *"lokal oversættelse"*, som denne overlæge beskriver den praksis, han oplever i forhold til rygpatienter:

*"Folk med dårlige rygge er defineret medicinsk. Så burde det være et gigtlægeproblem [reumatologisk]. Indtil du skal have patienten indlagt. Man har lavet regler, som man ikke kan overholde, fordi man ikke har kompetencer, fordi man får fjernet økonomiske midler, og fordi de [patienterne] er besværlige. Så oversætter man lokalt: Så bliver det et nærhedsprincip. Alle andre rygpatienter end fald er et stort problem: Hvor skal de ligge henne? Jeg tror, at i definitionen [i vejledningen] er det klart, men i praksis er det uklart. Der er overordnede regler, de bliver bare ikke overholdt".*  
(Overlæge)

Overlægen peger på, at lokal oversættelse skyldes flere forhold – ikke *kun* at reglerne kan opleves som uklare. De kan i nogle tilfælde være ganske klare, som overlægen påpeger, og alligevel sker der en lokal oversættelse. En årsag er oplevelsen af at mangle de ressourcer, som visitationsreglerne forudsætter. En anden kan være et ønske om at undgå særlige *"besværlige"* patientgrupper. En tredje er oplevelsen af at mangle kompetencerne. Flere andre peger netop på oplevelsen af at **mangle kompetencer** som en medvirkende årsag til, at reglerne på et område ikke overholdes eller oversættes lokalt. Et andet eksempel illustrerer, at det også gælder andre patientgrupper, som denne sygeplejerske forklarer:

*"Vi havde en pige med lungeemboli, og vi tænker, hun skal til Roskilde. Men de vil ikke have hende, for de havde ikke kompetencerne. Men det er meldt ud, at de havde de kompetencer. Det handler om, at de ikke kan leve op til det, der er beskrevet i retningslinjerne".* (Sygeplejerske)

Hvorvidt man i Roskilde er enige i denne sygeplejerskes udlægning af manglende kompetencer kan ikke afgøres her. Og hvorvidt uklarhederne reelt og udelukkende skyldes (en oplevelse af) manglende kompetencer, eller det fx også spiller ind, at nogle patientgrupper opleves som *"besværlige"*, som overlægen formulerede det, kan heller ikke afgøres. Men det står klart, at argumentet omkring manglende kompetencer bruges i de løbende forhandlinger omkring visitation – hvem skal tage patienterne? – og at det er med til at skabe en oplevelse af lokal oversættelse og uklarhed.

Sidst, men ikke mindst, findes der også flere steder eksempler på det velkendte fænomen, at noget nyt ikke nødvendigvis helt og holdent erstatter det gamle. Således eksisterer de **gamle optageområder** og amtsgrænser nogle steder stadig i et eller andet omfang, ifølge flere informanter:

*"Man har de her sygehuse med tidligere optageområder helt tilbage fra amterne. Så laver de regler, hvor du har et problem med de gamle optageområder. Men de gamle optageområder bliver ved".* (Overlæge)

#### 5.1.6 Sammenfatning: Om visitation og hvorfor det er både svært og afgørende

Den første årsag til, at visitation er en svær opgave, handler om opgavens natur: Det er i mange tilfælde langt fra nogen let eller entydig opgave at afgøre præhospitale, hvilket speciale, og dermed hvilket sygehus patienten bør køres til.

Samtidig er visitationsbeslutningen blevet langt mere afgørende, fordi specialerne er blevet fordelt mellem de forskellige hospitaler i regionen bl.a. for at tilgodese krav til enhedernes størrelse og patientunderlag. Specialeplanlægningens konsekvenser for (fejl)visitation var et tema, som fyldte meget.

Specialefordelingen har også medført forskellige optageområder specialerne imellem, hvilket ifølge flere medarbejdere gør systemet mere komplekst. Udfordringen er bl.a., at visitation er en mindre



del af lægevagtens/almen praksis' arbejde, samtidig med at de har retten til at vælge sygehus – hvilket ifølge medarbejderne skaber fejlvisitationer.

Medarbejderne peger på tre yderligere forhold, som er med til at skabe uklarhed i forhold til visitation: Skellet i praksis mellem "basisfunktion" og "regionsfunktion", mellem "bedst egnede" og "nærmeste egnede" sygehuse, samt spørgsmålet om hvordan visitationsreglerne forholder sig til patienternes ret til frit sygehusvalg.

Endelig peges der på, at løbende ændringer medvirker til at skabe usikkerhed om gældende regler, at en oplevelse af manglende kompetencer og/eller ressourcer kan medvirke til at skabe lokale oversættelser af regler, og at det nogen steder opleves, at de tidligere optageområder og amtsgrænser i et eller andet omfang stadig eksisterer.

Samlet set er alle disse forhold med til at gøre visitationsopgaven både svær og kompleks, men også meget afgørende.

Det skal understreges, at denne undersøgelse ikke kan afgøre, hvorvidt medarbejderne så at sige har *ret*, når de påpeger, at reglerne er uklare, modstridende eller mangler implementering. Dette er heller ikke undersøgelsens formål. Formålet er at netop at undersøge medarbejdernes perspektiv, altså hvad medarbejderne *oplever*, og redegøre for dette så detaljeret og nuanceret som muligt på baggrund af datagrundlaget.

## 5.2 Forhandlinger om hvem der skal tage patienten?

Kombinationen af, at visitation på den ene side er så afgørende, og at opgaven på den anden side er så svær og koblet til betydelige oplevede usikkerheder og uklarheder, fører til en situation, hvor medarbejderne beretter om diskussioner, parlamentaren og forhandlinger om, hvem der skal tage den enkelte patient. Særligt redderne, som i sagens natur arbejder med kørsel af patienter hele tiden, oplever forhandlingerne. To reddere forklarer her, hvad "gråzoner" fører til:

*"Der mangler klare regler for gråzonepatienterne. Fx otteårig med synkope: Hun har slået hovedet på sengekanten. Der stod valget mellem Slagelse eller Næstved. De afvises på Slagelse, og de bliver afvist på Næstved. For hvornår er det en skade, og hvornår er det et medicinsk problem? Fx de berusede, der ligger og sover på gaden: Hvor skal vi køre dem hen, hvis de kan udskives hurtigt? Vi kører dem fra Herodes til Pilatus. Jeg skal stå i forhandlingen, og det tager tid. Så ringer jeg til et andet sted. Vi bruger oceaner af tid. Det sker jævnligt – ca. hver anden vagt, at jeg skal parlamentere". (Paramediciner)*

*"Jeg har den samme oplevelse. Om det er medicinsk eller skade, det er hønen eller ægget. Det er typisk der, vi har parlamenteringen". (Ambulancebehandler)*

En anden paramediciner peger på neurologien, som også går igen i andre interviews:

*"Det er specielt med de neurologiske patienter, at vi jævnligt har – ikke kontroverser, men en lille meningsudveksling om, hvor patienten skal hen". (Paramediciner)*

En del forhandling har ifølge medarbejderne rødder i de før beskrevne årsager til uklarhed og usikkerhed. Men personalet på hospitalerne peger også på, at oplevelsen af at være "presset" i sig selv er medvirkende til at skabe forhandlinger om visitation, hvilket denne dialog illustrerer:

Akutsygeplejerske: *"Falck ringer til sekretæren og vil læsse patienten af hos os, som er kommet ind fra Kalundborg. Men det er egentlig en Holbæk-patient. Lægerne vil ikke tage sig af de patienter, der ikke er deres patienter".*

Overlæge: *"Min holdning er, at hvis patienten er kommet ind, så skal vi tage dem!"*

Akutsygeplejerske: *"Det er jo, fordi man er presset, at man vil undgå patienter, der ikke er ens egne".*

Sygeplejersken starter med at sige, at problemet er, at lægerne ikke vil tage patienterne, men da hendes kollega – overlægen – modsætter sig den forklaring, peger hun i stedet på, at det også er oplevelsen af at være "presset", som gør, at "man vil undgå patienter".

På et andet sygehus kommer det samme aspekt frem i relation til visitation af neurologiske patienter, og sygeplejersken her oplever det ikke som rart at skulle diskutere med hendes kollegaer på andre sygehuse om visitation af patienter:

*"Det er ikke alle neurologiske patienter, hvor vi laver en dialog over telefonen for at få dem til Roskilde. Er de bevidstløse og ABC-truede, er der ingen diskussioner [om at de selv skal tage dem]. Men de oplagte prøver vi lige. Jeg håber ikke, mine kolleger der [i Roskilde] siger: "Ej, hvor irriterende!" Men man prøver også at værne om sig selv og sit område og få specialer [patienter] af vejen, som skal det andet sted hen. Det er rent ressourcemæssigt". (Akutsygeplejerske)*

Alle sygehuse peger på, at visitation – særligt for nogle grupper af patienter – fører til, at der forekommer diskussioner, parlamentaren og forhandlinger. Dette er på mange måder en naturlig konsekvens af de usikkerheder og uklarheder, som medarbejderne oplever, og som er beskrevet ovenfor i afsnit 5.1). Men derudover viser interviewene også, at der er en problematik omkring bestemmelsen af, hvorvidt noget er en skade (kirurgisk) eller et medicinsk problem, som ofte fører til forhandlinger, såvel som oplevelsen af at mangle ressourcer og "være presset" også spiller ind i mange af forhandlingerne.

Afslutningsvis et eksempel på at medarbejderne flere steder nåede til enighed, når de under interviewene begyndte at forhandle om, hvad de syntes var bedst og mest rimeligt i forskellige situationer – også selvom det betød, at man skulle tage patienter, som ikke var ens egne ifølge reglerne. I eksemplet beskriver en redder, at reglerne siger, at "[feber]krampebørn køres til Roskilde". Men han mener ikke, at det altid er det rigtige:

*Ambulancebehandler: "Når de kommer lige fra den anden side af gaden [overfor Sygehus X]. Og det er tredje gang, barnet kramper, og man tager vitalparametre og sender dem hjem [efter indlæggelse]. De er vel også bedst tjent med at komme her [til Sygehus X] til observation? Når vi siger tredjegangs feberkramper og dybest set en kendt situation, hvor forældre bare er utrygge. Og det hele er, som det skal være. Så er det langt at køre til Roskilde kl. 3 om natten for at være der i 2½ time, når vi bare tager vitalparametre".*

Akutsygeplejerske på Sygehus X: *"Jeg kan godt forstå, hvad du siger".*

Sygeplejersken kan med visitationsvejledningen i hånden med rette hævde, at barnet med feberkramper ikke er 'hendes'. Men dialogen her illustrerer, hvad der mange steder skete i praksis: Medarbejderne prøver at finde løsninger, som de synes er fornuftige og rigtige i de konkrete situationer. Om sygeplejersken en dag alene i nattevagt også vil kunne forstå, hvad redderen siger, er hermed ikke afgjort. Men pointen er, at medarbejderne på den ene side godt kan se behovet for at kunne fortolke regler og lave undtagelser for fornuften – og patienternes – skyld. Samtidig efterlyser de også mere klare og entydige regler på de områder, hvor de oplever svære og vedvarende forhandlinger, som ikke fører til fælles forståelser af, hvad der er til patientens bedste.

### 5.2.1 Patienternes oplevelse af forhandlinger

Flere medarbejdere peger på, at forhandlingerne kan opleves uheldigt af patienterne, som i nogle tilfælde er vidner til dem. En sygeplejerske fortæller:

*"Siden det nye system trådte i kraft, har jeg hørt flere patienter fortælle, at I [redderne] var i tvivl om, hvad vej I skulle køre. Hvor der kan gå fem minutter, før I ved det. Ikke at det er jeres fejl". (Akutsygeplejerske)*

På et andet sygehus oplever plejepersonalet, at deres egen manglende viden om visitationsvejledningerne og særligt de løbende ændringer i dem har konsekvenser for patienternes oplevelse af forløbet.

En paramediciner forklarer, hvordan optageområderne og dermed visitationsvejledningen er ændret på det neurologiske område, og at han oplever, at sygehuspersonalet er uvidende om det, hvilket fører til forhandlinger, som kan "give en dårlig atmosfære for patienten", som det udtrykkes:

Paramediciner: *"I [sygehuspersonalet] skal måske ikke forholde jer til visitationsvejledningen, men det er meget rart at vide, at optageområdet er fordoblet på en bestemt patientgruppe".*

Sygeplejerske: *"Det skaber også konflikter. Den, der tager telefonen, når I ringer og melder til modtagende, siger: 'Hvorfor nu det?' Det kan også smitte af på patientforløbet: 'De sidder og siger sådan allerede i bussen!' Det giver en dårlig atmosfære for patienten, at man ikke føler sig velkommen, når man har stået og diskuteret med en emsig sygeplejerske i den anden ende".*

Paramediciner: *"Ja, patienten er ved siden af os, når vi ringer til jer".*

En paramediciner i et andet interview samler op på udfordringen og prøver at illustrere reddernes dilemma overfor en modtagende sygeplejerske:

*"Det, jeg mener, er, at I ikke føler, den [patienten] hører til hos jer. Men det modsatte hospital siger også: 'Det er ikke en, der hører til hos os'. Det er et problem, både for patienterne der skal høre på det og i forhold til vores logistik". (Paramediciner)*

På alle sygehuse er medarbejderne enige om, at forhandlinger forekommer, at patienterne i mange tilfælde er på sidelinjen af dem (på skadested og i ambulance) og derfor oplever dem indirekte, og at alle medarbejdere synes, at dette er u hensigtsmæssigt for patienterne.

### 5.2.2 Problemerkernes omfang og udbredelse lokalt ifølge medarbejdernes vurderinger

Det bør understreges, at selvom medarbejderne taler meget om visitationsproblemer, om forhandlinger og ikke mindst om forhandlinger, som patienterne er vidner til, så er der også en del medarbejdere, som understreger, at de for det første oplever, at **problemerne er meget forskelligt fordelt mellem sygehuse** – det hele skyldes således ikke kun de generelle visitationsvejledninger, uklarheder og usikkerheder. Det skyldes ifølge medarbejderne også traditioner og kulturer lokalt såvel som tidligere rivaliseren mellem sygehuse – særligt inden for de tidligere amter.

For det andet peger de på, at der er **særlige områder og specialer, hvor udfordringerne er langt større end andre**. Som tidligere afsnit også har peget på, drejer det sig om "gråzonepatienter", diskussioner om hvorvidt noget er en (kirurgisk) skade eller et medicinsk problem, det neurologiske område (for de ABC-stabile), men også en lang række andre områder. Interviewundersøgelsen har refereret et bredt udvalg af de patientgrupper og områder, som medarbejderne har brugt som eksempler i interviewene, men undersøgelsens metode har på ingen måde været systematisk i forhold til at afdække, hvilke patientgrupper, specialer eller sygehuse problemerne er størst på. Den må nøjes med de mange eksempler, som illustrerer udfordringerne, og deres årsager og konsekvenser ifølge medarbejderne.

Endelig skal det understreges, at flere medarbejdere oplever, at **problemerne er på retur**. En paramediciner vurderer fx, at *"det var stort i starten, men tingene er ved at falde på plads"*, og en anden at *"det er blevet væsentligt forbedret"*. Dermed ikke sagt, at medarbejderne peger på, at disse problemer bare løser sig selv med tiden.

### 5.2.3 AMK-Vagtcentralens rolle i visitationsforhandlingerne

Den sundhedsfaglige visitation på AMK-Vagtcentralen er et nyt element i den præhospitale kæde, der netop er indsat for at styrke den præhospitale visitation og højne det sundhedsfaglige kompetenceniveau, som beslutningerne træffes på. Men den sundhedsfaglige visitation betyder også, at der er kommet en aktør ind i beslutningskæden, som agerer på baggrund af egne retningslinjer og vejledninger – både med hensyn til hvad der skal spørges ind til hos indringer, hvordan informationen skal vurderes, og hvordan der skal visiteres. Det skaber en egen beslutningslogik, som kan være anderledes fra den, der eksisterer på sygehuse, hvor man tidligere har været vant til i højere grad at forhandle sig frem til løsninger i samarbejde med redderne. Derfor kan AMK-Vagtcentralens rolle skabe udfordringer, hvilket dette afsnit giver flere eksempler på.

Et eksempel er denne modtagende sygeplejerske, som havde skrevet en seddel, som hun efterfølgende uddyber: *"AMK overrunder alt. Svært at få øje på hensynet til patienten"*.

*"Efter de her visitationsretningslinjer er det svært for os på gulvet at se, hvorfor patienterne bliver sendt til det sygehus, de gør. Et eksempel: Ung fyr var udredt for krampe på Næstved. Han var udskrevet 12 timer forinden, han er tilfældigvis i X-by] og får et nyt anfald. Paramedicineren ringer til os [i X-by]: 'Skal jeg ikke køre ham til Næstved, han kommer lige derfra?' Det bliver vi enige om af hensyn til patienten. Paramedicineren ringer til Næstved, og får OK. Og han ringer til AMK og siger: 'Vi kører til Næstved'. Men han får nej fra AMK – og jeg kender ikke begrundelsen. Men der er det svært at være en del af et system, hvor der er gjort nogle korrekte præhospitale overvejelser, og han ender med at ligge i en overfyldt akutafdeling 6-7 timer, inden en ambulance kan køre ham til Næstved. Det er meget frustrerende". (Modtagende sygeplejerske i X-by)*

Dilemmaet – og frustrationerne – opstår, fordi medarbejdere udenom AMK-Vagtcentralen selv synes, de havde gjort "nogle korrekte præhospitale overvejelser", bl.a. på baggrund af det, de ser som "hensynet til patienten". Og der var fundet en løsning, som de mente var den rigtige. Men de retningslinjer, som AMK-Vagtcentralen arbejder ud fra – og som den modtagende sygeplejerske ikke kender – peger på en anden løsning. Og da AMK-Vagtcentralen har retten til træffe beslutningen, fører det til, at sygeplejersken føler sig 'overrulet'.

Et eksempel fra et andet sygehus illustrerer problemstillingen fra en lidt anden vinkel, og her går paramedicineren mere i detaljerne med, hvilke strukturelt betingende udfordringer, der opstår omkring AMK-Vagtcentralens rolle i visitationen. En akutsygeplejerske uddyber en seddel, hun har skrevet: "AMK visiterer imod de optageområder, der er aftalt", og en paramedicineren forklarer efterfølgende udfordringerne:

Sygeplejerske: *"Nogle gange har vi øre-næse-hals patienter, som bløder – næseblod. Så skal de køres til Næstved, hvis vi når at tale med Falck, inden de er landet. Men triagen [på sygehuset] kan ikke blive enige med Falck om, hvor de skal køre hen".*

Paramediciner: *"Der er to problemer i det. For eksempel kan det være patienter, der er meldt med næseblod, der er stoppet [hvor paramedicineren ikke mener, man bør fortsætte til Næstved, men i stedet vælge nærmeste sygehus]. Men det kan også være patienter, der bløder meget – og der vil man gerne forbi nærmeste sygehus. Men det skal alt sammen gå igennem AMK".*

Sygeplejerske: *"Men for eksempel vores urologiske patienter, de skal nordpå, vi skal ikke tage dem her. Hvorfor er det lige, de skal komme her? Så står jeg af! Så kan vi være ude for, at de skal overflyttes lige bagefter. Falck konfererer med AMK, og AMK siger, at de skal køre til os. Fornuft gælder ikke i vores system. Vi har fået nogle specialer, vi skal forholde os til. Fornuft er væk!"*

Paramedicineren forsøger igen at komme med forklaringer på, hvorfor det nogle gange kan være fornuftigt at køre patienten til nærmeste sygehus (uden urologi): *"Det kunne være, at det bare er et kateter, der ikke virker. Så siger vi til AMK, at det kunne være et kateter, der bare skal skylles. (...) Man har haft problemer med at markere territorier. Og der mangler afstemning mellem AMK og sygehuset. Det bliver en konflikt mellem akutsygehuset og ambulancepersonalet, fordi AMK bestemmer, hvor ambulancepersonalet skal køre hen".*

I disse eksempler sker det modsatte af det første eksempel: Her holder sygehusets personale på reglerne: 'Blødende øre-næse hals og urologi skal ikke til os'. Mens paramedicinere peger på situationer, som efter hans mening ikke er helt så sort-hvide, og hvor det ikke er fornuftigt at fortolke reglerne så bogstaveligt: Den blødende patient, som ikke længere bløder, og det der ligner et tilstoppet kateter, der skal skylles igennem. I de tilfælde synes han ikke, det giver mening at køre "fra X-købing til Y-købing [over 100 km], når der ligger et sygehus på halvvejen", som han siger. Måske viser det sig så på nærmeste sygehus "på halvvejen", at det ikke bare var et kateter, der skulle skylles, og at patienten derfor efterfølgende må overflyttes til urologerne. Men i situationen mener paramedicineren – støttet af AMK – at det mest fornuftige er at køre til nærmeste sygehus, fx fordi en blødning er stoppet, og et kateter skal skylles. Og som bekendt har ingen den "krystal-kugle", som en overlæge indledningsvist bemærkede ville gøre den visitation væsentligt nemmere.

Således viser interviewene både eksempler på udfordringer, når AMK-Vagtcentralen følger reglerne for slavisk – og når de ikke følger reglerne slavisk nok ifølge sygehuspersonalet.

Paramedicinen peger også på et andet forhold, som går igen i interviewene på de andre sygehuse: Selvom det er redderne, som står i forhandlingerne, oplever flere af dem, at det er relationen mellem sygehuspersonalet og AMK-Vagtcentralen, der har mindst direkte kontakt med hinanden, som er den mest konfliktfyldte. Sygehuspersonalets syn på AMK's rolle i visitationsspørgsmål, som er behandlet i dette underafsnit, peger i samme retning.

Men en stor del af redderne peger på, at de gerne vil have AMK-Vagtcentralen til at spille en mere central rolle i visitationsbeslutningerne – bl.a. fordi redderne selv oplever, at de risikerer at blive spillet ud mellem sygehusene og må forhandle for at komme af med patienterne. Hvis AMK-Vagtcentralen kommer ind over flere beslutninger, og *"alt skal gå igennem AMK"*, som flere af redderne ønsker, så bliver beslutningsstrukturen i udgangspunktet mere hierarkisk, og redderne mener, at det vil lukke for en del af forhandlingerne. Dog kommer redderne også med eksempler på, at de selv nogle gange er uenige i AMK-Vagtcentralens beslutninger.

#### 5.2.4 Dilemmaer mellem visitationsregler og sammenhængende patientforløb

Mange af de patienter, som indlægges, er allerede tilknyttet sygehusvæsenet, ofte fordi de er kronikere og derfor har et forløb på en eller flere afdelinger. En sidste årsag til forhandlinger omkring visitation er derfor patienternes ønsker om sammenhængende forløb. Redderne konfronteres direkte med patienterne og deres ønsker om sammenhæng og tænker måske derfor ofte i samme baner, mens AMK-Vagtcentralen og hospitalspersonalet også har andre – ikke mindst ressourcemæssige – hensyn at tage.

Det skal understreges, at medarbejderne taler om de situationer, hvor patienten skal indlægges for noget, der er relateret til den sygehuskontakt de allerede har. Medarbejderne mener altså ikke, at en hjertepatient, der brækker benet, vil få mere sammenhængende forløb af at komme til det sygehus, hvor hans kardiolog er.

En dialog fra et interview i 'X-købing' illustrerer udfordringerne:

Ambulancebehandler: *"Patienten siger, han plejer at komme på [X-købing], men vi skulle egentlig køre til [Y-by]. Vi skal køre langt, selvom vi kunne køre kortere [til X-købing]. Det synes vi er uhensigtsmæssigt".*

Sygeplejerske: *"Jeg forstår godt dit argument. Der burde være mere sammenhængende patientforløb. Når de går i ambulatorium her, burde de blive ved med at komme her, selvom de skulle til Y-by".*

Læge: *"Det er nemmere; I [plejepersonalet] er jo vant til dem".*

Sygeplejerske 1: *"Patienterne beder jo også om det".*

Sygeplejerske 2: *"Jeg kunne godt ønske, at man tænker mere i sammenhængende forløb og minimerede antallet af flytninger".*

I flere andre grupper blev der gjort lignende overvejelser om det hensigtsmæssige i at stræbe efter et mere sammenhængende patientforløb – særligt for kronikere.

#### 5.2.5 Sammenfattende om forhandlinger i forbindelse med visitation

På alle sygehuse opleves forhandling om, hvem der skal tage patienten. Dette er bl.a. en konsekvens af de usikkerheder og uklarheder, som blev beskrevet i det foregående afsnit (5.1). Hertil kommer en oplevelse af at mangle ressourcer og af at være presset, som også spiller ind i forhandlingerne.

Et andet aspekt af forhandlinger handler om patienternes oplevelse af forhandlinger. Medarbejderne er enige om, at forhandlinger forekommer, at patienterne i mange tilfælde er på sidelinjen af dem og oplever dem indirekte, og at det kan have negative konsekvenser for patienternes oplevelse af forløbet.

Medarbejderne peger på, at forhandlinger omkring visitation ikke forekommer lige meget på alle sygehusene – det skyldes således ikke kun de generelle visitationsvejledninger, uklarheder og usikkerheder. Det skyldes ifølge medarbejderne også traditioner og kulturer lokalt såvel som tidligere rivaliseren mellem sygehuse, særligt inden for de tidligere amter. Desuden er der nogle specialer, hvor udfordringerne er større end andre, fx omkring forskellige typer af gråzonepatienter, diskussioner om hvorvidt noget er en (kirurgisk) skade eller et medicinsk problem og de ABC-stabile på det neurologiske område. Dette er eksempler – ikke en udtømmende liste. Dog peger flere medarbejdere på, at problemerne er på retur, og at udviklingen går den rette vej. Dermed ikke sagt at medarbejderne mener, at problemer med forhandlinger om, hvor patienterne skal hen, løser sig selv med tiden.

AMK-Vagtcentralens rolle er ny, hvilket i sig selv kan føre til forhandlinger og udfordring af AMK's beslutninger. AMK-Vagtcentralen arbejder med egne systemer, som skaber en beslutningslogik, der kan være anderledes fra den, der eksisterer på sygehusene, hvor man tidligere har kunnet forhandle sig frem til løsninger i visitationsspørgsmål i samarbejde med redderne. Nu har AMK det afgørende ord, hvilket kan skabe udfordringer. Der er både eksempler på udfordringer, når AMK ifølge sygehuspersonalet *følger* reglerne for slavisk – og når de *ikke følger* reglerne slavisk nok. Flere reddere ønsker dog, at AMK-Vagtcentralen skal have en mere central rolle i visitationsbeslutningerne, bl.a. fordi de oplever at blive spillet ud mellem sygehusene i nogle tilfælde, hvor de må forhandle for at komme af med patienterne.

En sidste årsag til forhandlinger i visitationssituationer er, at mange patienter – fx kronikere – allerede er tilknyttet en afdeling. Og i de tilfælde, hvor patienten indlægges for noget, der vurderes at være relateret til den afdeling, kan det føre til forhandlinger, fordi patienterne ønsker et mere sammenhængende forløb. Redderne konfronteres direkte med patienternes ønsker om sammenhæng, mens AMK-Vagtcentralen og hospitalspersonalet har andre retningslinjer og ressourcemæssige hensyn at tage, som ikke har sammenhængende forløb som eksplicit prioritet.

### 5.3 Udfordringer i forhold til manglende information og omvisitation

En yderligere udfordring i relation til visitation er de udfordringer, medarbejderne oplever, når de forsøger at ændre – eller blot forstå – en visitationsbeslutning, som de undrer sig over eller mener er en fejl. Først beskrives udfordringerne set fra sygehusmedarbejdernes perspektiv, dernæst fra reddernes.

#### 5.3.1 Udfordringer for hospitalsmedarbejderne

I et system, hvor opgavens natur er, at visitationsbeslutningen er svær at træffe på et ufuldstændigt datagrundlag, hvor en række faktorer er med til at øge kompleksiteten omkring visitationen, og hvor specialefordelingen betyder, at beslutningen er mere afgørende end tidligere, oplever sygehusmedarbejdere, at der opstår behov for at kunne "*gå baglæns*" i kæden. Både for at skaffe informationer, de mistænker, er gået tabt i forløbet, og for at få mere viden om beslutningsprocessen, og hvad der har ligget til grund for andres beslutninger, når de oplever at stå med en fejlvisitation.

Tidligere beskrev redderne, hvor svært det var at bevæge sig baglæns og finde frem til den sundhedsfaglige visitator, som havde talt med en bestemt indringer, i de situationer hvor redderne enten manglede informationer eller undrede sig over en initial visitation. Processen blev beskrevet som en "*hviskeleg med fire led*", som redderne af samme årsag helst undgik (jf. afsnit 3.1.2).

Den samme grundlæggende udfordring med at gå baglæns i kæden gør sig også gældende for de sygehusmedarbejdere, der til tider oplever fejlvisitationer. I det følgende uddrag beskriver en kardiologisk overlæge udfordringerne netop med en af de patientgrupper, som kan være svær at visitere: Er det hjertet, eller er det maven?

*"Patienten kommer på hjerteafdelingen, men patienten har ondt i maven: Hvordan lander patienten hos os? Hvem beslutter det, og på hvilket grundlag? Nu har vi behandlingsansvaret. Vi skal have fat i kirurgisk afdeling, men de er vænnet af med at blive tilkaldt akut, fordi det har vi akut-*

afdelingen til, så de kan operere hele dagen. På hjerteafdelingen har vi ikke den backup, der er på akutafdelingen. Så der kan gå timer, inden der kommer en. Fejlvisitering kan være fatal". (Kardiolog)

Helst ville kardiologen kunne omvisitere til akutafdelingen, men en sygeplejerske derfra forklarer, at hun ikke synes, hun er bedre stillet end kardiologen:

*"Vi har heller ikke kirurger hos os. Vi har egne fastansatte overlæger og nogle unge, uerfarne KBU-læger<sup>15</sup>. Hvis vi har en dårlig mavetarm-patient, skal vi også kalde kirurgerne". (Akutsygeplejerske)*

Men kardiologen oplever, at "set-up'et er anderledes" i akutafdelingen i den forstand, at "det bliver taget mere alvorligt", når en akutafdeling ringer efter en kirurg, end når en stationær sengeafdeling gør, for som han siger: "Hvorfor skulle en patient på en sengeafdeling pludselig give sig til at fejle noget alvorligt?" (kardiolog). Kardiologen står således med et behandlingsansvar for en patient, han som hjertelæge ikke mener, han kan hjælpe, samtidig med at han på grund af sin placering på en stationær afdeling oplever, at han hverken har let ved at få hjælp fra andre specialister eller få patienten overflyttet. Situationen opleves som frustrerende for kardiologen med behandlingsansvaret:

*"Mit problem er, hvem der har fået ideen om, hvilken dør patienten skal ind ad? Når jeg skal gøre beslutningen om, er der så noget, jeg ikke ved? Er det fordi, der er nogle oplysninger, jeg ikke har? Er der blevet snakket om noget? Har jeg overset noget? Patienten kan jo fejle to ting – inklusiv hjertet. Men jeg kan ikke se det ud fra det, jeg har fået på skrift: Der står "OBS AKS". Så kan jeg ringe rundt og høre". (Kardiolog)*

Kardiologens problem er dobbelt. For det første står han med ansvaret for en patient, han ikke mener, han kan hjælpe, og som han har svært ved at få omvisiteret. Han har brug for information om, hvem der har truffet visitationsbeslutningen og på hvilket grundlag for at kunne komme videre. For det andet er han samtidig frustreret over at have så lidt information, fordi han kan blive usikker på, om det virkelig er en fejlvisitation, eller om han har "overset noget", som han siger. Det viser sig i samtalen under interviewet, at der faktisk er masser af information i systemet – det er bare mundtlig information givet mellem sygeplejersker. Og kardiologen, der står med behandlingsansvaret på patienten, der har ondt i maven, har ikke adgang til det. Således forklarer en sygeplejerske fra akutområdet her, hvordan hun oplever visitationen, og hvad der ligger til grund for de beslutninger, kardiologen undrer sig over:

Akutsygeplejerske: *"Vi har klare retningslinjer for det her: Hvis praktiserende læge melder hjertepatienter, så er det direkte op til hjerteafdelingen. Hvis en paramediciner ringer ind med en patient, hvor der umiddelbart ingen tegn er på AKS, men klare symptomer på bryst smerter, udstråling, høj respirationsfrekvens, måske lavtrykket, så konfererer vi med paramedicineren, der giver nitrospray og magnyl, og hvis det giver en virkning, så tolker vi, at patienten skal direkte op på hjerteafdelingen. Så er der differentialdiagnoser: Ondt i maven, lidt i venstre side, hvad har vi her? Så spørger vi: Har der været noget tidligere med hjertet etc. Dét er, hvad der ligger til grund for beslutningerne. Vi siger det også til sygeplejerskerne. Men det står ikke på papir".*

Kardiolog: *"Det gør det nemlig ikke. Der foregår en masse oral kommunikation. Det kommer ikke til at stå nogen steder. Jeg trykker patienten på maven, han har ondt, så hvordan kommer han herop? Der står: 'Tilkaldt på grund af hjertesmerter.' Der står ikke, hvad sygeplejersken har fået at vide".*

Akutsygeplejerske: *"Jeg giver rapport til sygeplejerskerne på [hjerte]afdelingen".*

Kardiolog: *"Men det er stadig oralt. Sygeplejersken siger bare: 'Det blev meldt som OBS AKS'. Ikke mere!"*

---

<sup>15</sup> KBU-læger er læger i Klinisk BasisUddannelse, tidligere kaldet turnus. Altså nyuddannede kandidater uden autorisation til selvstændigt virke som læge.

Traditionen for den mundtlige kommunikation fra sygeplejerske til sygeplejerske kan være effektiv, fordi det kan gå hurtigt. Problemet opstår først i de tilfælde, hvor lægen, som ender med behandlingsansvaret, mangler informationerne, fx fordi han mener, der er sket en fejlvisitation. Så er det svært at komme baglæns i beslutningskæden, få afklaret om noget er overset, og hvad der førte til, at nogen traf en beslutning om en indlæggelse på en kardiologisk afdeling. Udfordringerne er således ikke kun et spørgsmål om information på tværs af systemet – det handler også om kommunikations- og arbejdsgange internt på sygehuset.

Men der er også tværsektorielle aspekter i det: I de tilfælde, hvor en læge indlægger, oplever sygehuset, at informationen kan mangle, som denne dialog – stadig fra hjerteområdet – illustrerer:

Kardiolog: *"Hvorfor skriver indlæggende læge ikke noget?"*

Overlæge i akutafdeling: *"Det burde han også gøre. Men de glemmer det".*

Sygeplejerske i akutafdeling: *"Nogle gør det [skriver], men det er få".*

Kardiolog: *"Så det peger ud på vagtlæge og praktiserende læge: De skriver heller ikke noget".*

Eksemplet om, hvordan en patient med ondt i abdomen ender som 'OBS AKS' hos en kardiolog, og hvilke frustrationer det fører til, illustrerer flere dilemmaer. På den ene side peger det på, at medarbejdere har brug for at kunne træffe beslutninger i mange situationer, som ikke er klokkeklare og åbenlyse. Og her *kan* der være gode grunde til, at megen mundtlig koordination og sparring ikke dokumenteres fra ende til anden – det tager også tid. Der *kan* muligvis også være godt grunde til, at indlæggende læge ikke altid prioriterer papirarbejdet højest (ikke mindst fordi indlæggende læger ikke har deltaget i undersøgelsen, kan det ikke udelukkes). Det er ikke muligt at afgøre, hvorvidt kardiologens frustrationer i eksemplet skyldes sådanne gode grunde eller blot fejl og forglemmelser. Pointen er imidlertid, at der allerede findes meget udførlige vejledninger på området ifølge medarbejdere. At lave flere, skærpede eller ændrede vejledninger om øgede dokumentationskrav er derfor givetvis ikke hele løsningen på de problemer, som opstår med at gå baglæns i beslutningskæden. Ikke bare for sygehusmedarbejderne, som i dette eksempel, men også for redderne (som vi så i afsnit 3.1.2). Det peger på et behov for at designe beslutningskæderne, så de i højere grad er indrettet på, at der i komplekse systemer med så mange aktører vil ske fejlvisitationer, og der vil være situationer, hvor væsentlig information skal indhentes længere tilbage i kæden. Derfor bliver det væsentlige at gøre det nemmere at bevæge sig baglæns og få fat i andre beslutningstagere i de relativt få tilfælde, hvor det er vigtigt – frem for at designe systemer med endnu flere generelle dokumentationskrav i håbet om at eliminere behovet for at kunne gå baglæns.

Et eksempel på, hvad det betyder i praksis, er denne situation, hvor en overlæge i en akutmodtagelse forklarer, at *"der mangler tit telefonnumre til patienter, som kommer ind"*, og en sygeplejerske uddyber problemet: *"Hvis vi har behov for at ringe patienten op med efterfølgende behandling, fx svar fra røntgenkonference"*. En ambulancebehandler forklarer imidlertid, at *"det ligger allernederst i prioriteringerne [at sikre telefonnumre]. Men det er godt at vide det her og få en begrundelse for, hvorfor det er vigtigt"*. Paramedicinen i denne gruppe reflekterer over denne dialog mellem akutlægen og sygeplejersken og ambulancebehandleren og konkluderer:

*"Det her [gruppeinterview] er den første formaliserede kontakt, der har været [mellem reddere og sygehuspersonale]. Tag en lille ting som det med telefonnummeret: Har jeg tid, skriver jeg det ned. Nogle gange glemmer jeg det, selvom der er tid. For det har ikke betydning for mig. Men hov, det har betydning for jer – og med god grund! Det er mange gange de fuldstændig lavpraktiske ting, der laver knuder på det hele". (Paramediciner)*

Paramedicinen peger på noget centralt: Regler og procedurer, som medarbejderne ikke kan se vigtigheden af, har de en lavere tilbøjelighed til at efterleve til punkt og prikke. Det er forståeligt – ikke mindst i et system, hvor mennesker har behov for akut hjælp, og hvor andet end regeloverholdelse har høj prioritet. Men samtidig peger han også på, at det er den øgede forståelse for den samlede præhospitale kæde, herunder de situationer, dilemmaer, problemer og udfordringer det kan skabe for andre medarbejdere, som gør, at han fremover vil huske de telefonnumre, som kan



hjælpe afdelingen til at få fat i patienten, der fx mangler et røntgensvar. Det kræver dog helt generelt et bedre kendskab til andres arbejde. Paramedicinen skal, som han siger, kunne se, at det er "med god grund".

### 5.3.2 Udfordringer for redderne

Som beskrevet er det indlæggende læge, som træffer beslutningen om visitation til et bestemt sygehus. Udfordringerne opstår, når redderne når frem og skal hente patienten: De har ikke nogen sundhedsfaglig autorisation, men de har mulighed for at måle en del af de vitale parametre og værdier, som er afgørende for den indledende diagnostik og dermed visitation. Redderne kommer med flere eksempler på situationer, hvor en læge har indlagt en patient på et bestemt hospital med en OBS-diagnose, hvor redderne ved at måle fx blodsukker, hjerterytme eller blodtryk får en formodning om, at patienten i virkeligheden fejler noget helt andet end det, lægen – der ikke målte vitalparametre – har indlagt patienten for. En paramediciner fortæller:

*"Retningslinjerne er meget klare som udgangspunkt. Men når det er en lægevisiteret indlæggelse, og lægen ikke har set patienten, så kan det se anderledes ud, når vi kommer. Den sidste, jeg havde, var en, hvor lægevagten sidder i bilen og har visiteret til hjerte, men vi måler et blodsukker og kan se, at det er diabetes. Men vi har ikke visitationsret ud over den i vores retningslinjer. Men vi gør os overvejelser i forhold til, hvad vi mener, er patientens tarv på stedet". (Paramediciner)*

Redderne kommer med flere eksempler, hvor særligt ældre svage patienter "sidder og hænger lidt til den ene side", hvilket kan føre til indlæggelse OBS-apopleksi, men hvor netop målinger af vitalparametre hurtigt ifølge redderne kan tyde på noget andet end apopleksi. Men redderne oplever, at det er svært for dem at handle på disse observationer og målinger. Flere reddere peger dog på, at de gerne fremadrettet vil bruge AMK mere i de situationer, for, som en paramediciner formulerer det: "AMK bliver medbesluttende og egentlig ansvarshavende".

Der er således tre centrale aktørgrupper i spil omkring den initiale visitation: Sundhedsfaglige visitatorer (sygeplejersker) – i nogle tilfælde også sygeplejersker på afdelingerne, indlæggende læger og reddere. De adskiller sig på flere måder. For det første har de forskellig adgang til informationer om patienter, der skal indlægges: Sundhedsfaglig visitator (og sygeplejerskerne på afdelingerne) ser aldrig patienten, indlæggende læge ser nogle gange patienten, og redderne ser altid patienten. Selvom redderne således er sidste led i kæden, kan de samtidig være de første medarbejdere, der ser patienten. For det andet har grupperne forskellig adgang til at måle og foretage diagnostik: Sundhedsfaglig visitator og sygeplejersker har ingen adgang, indlæggende læge har nogen adgang (dog oplever sygehusmedarbejderne ikke, at indlæggende læger anvender målinger i så høj grad, som de kunne ønske sig (jf. afsnit 4.3), mens redderne har den største adgang til at foretage målinger præhospitalt. Samtidig er de det sidste led i kæden og dem med den laveste sundhedsfaglige charge – de har ingen autorisation. Det er grundlæggende set den situation, som er med til at skabe mange af disse dilemmaer i praksis.

### 5.3.3 Sammenfattende om udfordringer i forhold til omvisitation

Samlet set er der i denne undersøgelse flere eksempler på, at medarbejderne oplever, at systemet ikke er indrettet på at gå baglæns i beslutningskæden. Det giver udfordringer i de tilfælde, hvor en læge på en specialafdeling enten mistænker eller er sikker på, at hun står med en fejlvisitation. Her ses eksempler på, at det kan være svært at skaffe oplysninger om den initiale visitation, som vækker undren såvel som at få hjælp fra andre specialer eller omvisitere. Det kan både skyldes fejl, mangler og forglemmelser i kommunikationen såvel som en tradition for mundtlige overleveringer i monofaglige søjler.

Set fra reddernes perspektiv har rapporten tidligere vist, at det også kan være svært for redderne at gå baglæns i kæden, fx at få fat i den sundhedsfaglige visitator, som har talt med en indringer. Men redderne peger også på, at det kan være svært at ændre en indlæggende læges initiale visitation på baggrund af en klinisk vurdering uden måling af vitalparametre, når redderne – på grund af de muligheder, de har i bilerne – på baggrund af vitalparametre (fx blodsukker, hjerterytme eller blodtryk) mistænker en anden diagnose og dermed også, at patienten skal visiteres til et andet

speciale på et andet sygehus. Udfordringen handler bl.a. om, at redderne, som er de eneste uden sundhedsfaglig autorisation i beslutningskæden, ofte har den mest direkte adgang til patienten og de bedste muligheder for at måle vitalparametre.

#### 5.4 Uhensigtsmæssigheder i relation til 112 og akuttelefonen

Et sidste tema i relation til visitation var medarbejdernes oplevelse af uhensigtsmæssigheder i relation til borgernes vej ind i det præhospitale system.

I regionen er der i oktober 2011 indført en akuttelefon med et ottecifret nummer, hvor der visiteres til skadestuer og skadestudier. Nummeret ligner nummeret til lægevagten, blot er de to sidste cifre forskellige. Når borgere står i en situation, hvor de af en sundhedsrelateret årsag har brug for akut hjælp, kan de således enten ringe til akuttelefonen, til egen læge/vagtlæge eller til 112.

Ifølge medarbejderne ved langt fra alle borgere, hvor de skal ringe hen. Derfor peger flere medarbejdere på, at tre forskellige indgange kræver en omfattende informations- og oplysningskampagne, for at borgerne i højere grad kan henvende sig det rigtige sted. Et eksempel er disse sygehusmedarbejderes holdning til akuttelefonen:

Sygeplejerske: *"Det er et tosset nummer, det ligger lige op ad lægevagten. Folk kan ikke finde ud af, hvad 'akut' er. I København [Region Hovedstaden] er der et nummer med reklamer, og de har været ude at informere. Her har der været for få oplysninger om det her. Regionen skylder befolkningen at lave den kampagne. Min egen læge – fem velfungerende læger i et lægehus – har forker-te informationer".*

Overlæge: *"Folk kan heller ikke huske nummeret, for det er ottecifret".*

Medarbejderne peger på, at problemerne særlig opstår som konsekvens af de visitationsregler, som følger med den valgte indgang. En indgang som ifølge medarbejderne ofte er forkert på grund af borgernes manglende viden om de tre indgange og forskellene mellem dem. Både sygehuspersonale og redderne oplever uhensigtsmæssige visitationsretningslinjer i forhold til akuttelefonen. En sygeplejerske og en paramediciner forklarer:

Sygeplejerske: *"Der er lavet en aftale om, at ved visitation skal alt, hvad der ringer 112, køres til Y-by. Selvom redderne godt kan se, at den lille flænge den kan laves i her i X-by af en behandlersygeplejerske. De skal køre til Y-by. Derfor kunne det være smart, hvis redderne får mulighed for at ringe til akuttelefonen og spørge, så mindre skader kan visiteres til X-by i stedet".*

Paramediciner: *"Jeg oplever det samme. For eksempel: Fru Jensen går ved stationen. Hun falder og slår hul på knæet. Hvis vi bliver kaldt derhen af en forbipasserende via 112, så kører vi hende til Y-by eller Z-by akut [som ligger længere væk]. Men ringer nogen i stedet til akuttelefon, kan hun få lov at gå hen til sygehuset her i [X-by]. Det er meget uhensigtsmæssigt med den visitation af skader. Nogle gange er der indringere i det offentlige rum, og folk tænker ikke over, de skal ringe til akuttelefonen og ikke til 112".*

Det er således ikke hensigtsmæssigt, at borgere ringer 112 med småskader, der kunne håndteres via akuttelefonen og visiteres til en lokal skadestue eller skadestue, men nu i stedet køres til et akutsygehus. Det uhensigtsmæssige er både, at der ringes til den forkerte indgang, og at beslutningen ikke kan gøres om – fx ved at redderne på stedet kan ringe til akuttelefonen. Praksis på området er ifølge regionen, at hvis der efter et 112-kald er visiteret en ambulance – via den sundhedsfaglige visitator i AMK, skal patienten indbringes til undersøgelse og behandling på en akutafdeling/skadestue og ikke en skadestue. Flere medarbejdere peger imidlertid på, at dette i nogle tilfælde kan føre til overbehandling.

Men der er også eksempler på det modsatte: Medarbejderne oplever, at patienter, som burde ringe 112, i stedet ringer til akuttelefonen.<sup>16</sup> Eksemplerne på dette kommer særligt fra hjerteområdet:

Sygeplejerske: *"Det giver også problemer, når patienten med ondt i brystet ringer til en sygeplejerske på akuttelefon. Hun skal kun visitere småskader"*.

Overlæge: *"Akuttelefonen har ikke en visitationsliste over, hvis patienten har ondt i brystet, skal de gøre sådan og sådan, har jeg fået oplyst. Medicinske patienter bliver nogle gange tabt eller forsinkede – hvor det skulle gå hurtigt"*.

Sygeplejerske: *"Jeg ved, at de sørger for transport, hvis patienten siger, han har ondt i brystet. Men en atrieflimmer?<sup>17</sup> Vi havde to i går: En akut AMI<sup>18</sup> havde ondt i brystet. Han ringer til akuttelefon, får fat i sygeplejerske, der ikke skal visitere. Hun sørgede for, at han selv kom herind. Og et atrieflimmer med en frekvens på 175. De ringer til de forkerte numre, de ligger for tæt op ad hinanden [akuttelefonens og lægevagtens]"*.

Overlæge: *"De, der tager akuttelefonen, skal være bedre rustet til at viderevisitere ikke bare til kirurgiske skader. Det er svært, men det skal de"*.

Men så er der også de patienter, som slet ikke ved, at de skal ringe først, når de skal på skadeklinik eller skadestue. For er de ikke visiteret, kan de ikke behandles. En sygeplejerske forklarer:

*"Vi oplever, at det er et stort problem, at folk ikke ved, de skal ringe til den telefon, for informationen om akuttelefonen til befolkningen har været dårlig. En tredjedel af henvendelserne til skadestuen er uden forudgående aftale. De, der kommer, er helt uvidende om den telefon, og at de skal ringe først. Så når de står i skadestuen, skal vi bede dem om at ringe til akuttelefonen for at blive tilset. Det synes mange er underligt. Det synes vi også selv". (Sygeplejerske)*

På den ene side efterlyser flere medarbejdere bedre muligheder for at guide patienterne til den rigtige indgang, når så mange ifølge medarbejderne vælger den forkerte. Men denne løsning er heller ikke uproblematisk. En sundhedsfaglig visitorator med et eksempel på at netop viderestilling heller ikke altid er hensigtsmæssigt for patienterne:

*"For eksempel når en borger ringer til egen læge, der ikke svarer, hvis det er efter kl. 16. Borgeren ringer så til vagtlægen, hvor man bliver bedt om at ringe til sygehuset. Sygeplejersken på sygehuset siger, at man skal ringe 112. Så ringer man 112, og en politimand siger, at man skal ringe tilbage til vagtlægen". (Sundhedsfaglig visitorator)*

Hvorvidt dette er forekommet i virkeligheden, eller det er en illustration af, hvor galt det kan gå, hvis alle stiller videre, kan ikke afgøres. Men eksemplet illustrerer, at det er svært at have en fælles forståelse af arbejdsdeling i mange og forskelligartede systemer på tværs af sektorer og faggrupper. Men det ændrer ikke ved, at det er det, som er opgaven på det præhospitale område: at finde metoder til at skabe en højere grad af fælles forståelse for egne såvel som andres opgaver. En *modus vivendi* som gør fælles fortolkning af regler og rammer i gråzonesituationer mulig.

Sammenfattende handler de udfordringer, medarbejderne peger på omkring indgangene til det præhospitale område, for det første om *forvekslinger af ensartede numre*, som gør det svært for borgerne at finde ud af, hvem de skal henvende sig til. Samtidig oplever flere medarbejdere, at *borgerne generelt set ikke er blevet oplyst godt nok* om de tre indgange, og hvornår de skal bruges. En af årsagerne til, at indgangene bliver så vigtige, er, at når først en borger har valgt en bestemt indgang, så har det nogle *automatiske konsekvenser for visitation*, idet man på de forskellige indgange – lægevagt, 112 og akuttelefon – ifølge informanterne ikke automatisk henviser til hinanden.

---

<sup>16</sup> Ifølge oplysninger fra regionen kan sygeplejersken her rekvirere en ambulance direkte ved AMK-Vagtcentrallen.

<sup>17</sup> Hjertediagnosen forkammerflimmer (atrieflimmer).

<sup>18</sup> AMI (Akut Myokardieinfarkt) er en blodprop i hjertet.

## 5.5 Afrunding

Da afsnittet om visitation har været forsynet med løbende sammenfatninger efter hvert delafsnit, afsluttes i stedet med nogle mere generelle betragtninger om denne analyse af en lang række emner vedrørende visitation.

Som nævnt i indledningen til afsnittet var de mange og forskelligartede udfordringer omkring visitation et emne, som fyldte meget i interviewene. En af årsagerne til de udfordringer, som opleves, er specialefordelingen på sygehusene, som gør korrekt præhospital visitation mere afgørende end tidligere. En anden, men relateret årsag er de forskellige optageområder og ændrede visitationsvejledninger. Det er dog værd at bemærke, at de fleste af disse emner ikke er direkte konsekvenser af den præhospital plan. Det er snarere forhold, som udspringer af regionens sygehusplan og specialeplanlægning. Der er dog også forhold i dette afsnit, som er nært relateret til den præhospital plan, fx det nye AMK's rolle i visitationsforhandlingerne, reddernes – særligt paramedicinernes – udvidede diagnostiske muligheder. Men samlet set peger analysen på, at det, der fylder noget i medarbejdernes perspektiver på det præhospital område, i høj grad også handler om konsekvenserne af sygehusplaner og specialeplanlægning og således ikke kun om de ændringer, som den præhospital plan har forårsaget.

## 6. Overlevering fra redderne til sygehus

Det sidste led i den præhospitale kæde er overleveringen fra redderne til hospitalet, som behandles i dette sidste afsnit om selve det præhospitale forløb, inden vi i afsnit 7 ser nærmere på de temaer, som går på tværs af patientforløbene

### 6.1 Ventetid ved overlevering fra ambulance til hospital

Et af de emner, som redderne alle steder har bragt op, var ventetiden, når de ankommer og skal overlevere patienten til sygehuspersonalet – oftest til en koordinerende eller triagerende sygeplejerske.<sup>19</sup> Følgende eksempler fra fem sygehuse illustrerer, hvad det konkret er, redderne oplever:

Ambulancebehandler, Sygehus 1<sup>20</sup>: *"Fra jeg kommer med ambulancen, der går mellem 15 til 20 minutter. Det er lang tid, hvis der er nogen, der virkelig har brug for hjælp, men det er ikke med K1<sup>21</sup>".*

Paramediciner, Sygehus 2: *"Det er på X-sygehus. Vi oplever, at vi venter, og de er ikke gearret til det. Vi har ventetider op til 20 minutter. De står ikke klar. Det er hver vagt, vi kommer ind med K1, hvor der ikke er gjort klar. Jeg bliver stående og venter. Kommer til skranke hvor der ikke er nogen. Der står vi med en patient. Vi støder på at 'Gud han er jo dårlig!'. Ved hjertestop, der er de klar. Lægen henvender sig, og det kører. Men om dagen er der rimelig travlt, og det er et generelt problem".*

Paramediciner, Sygehus 3: *"Vi står med patienten alene på stuen uden personale til at modtage".*

Ambulancebehandler, Sygehus 4 (har skrevet en seddel): *"Ventetid på personale efter ankomst, 5-10 minutter. Ved kørsel 1, 2 og sygetransporter".* Han uddyber: *"Det er ikke et helt nyt opstået fænomen, men det er blevet oftere den seneste tid, blandt andet i forbindelse med ombygning og omlægning af akutmodtagelsen".*

Ambulancebehandler, Sygehus 5: *"Der er lang ventetid, når vi skal overlevere patienterne, og der bliver længere og længere afsætningstid".*

Ventetid er særlig, men ikke udelukkende et problem, der kan forekomme ved de transporter, der ikke er kørsel 1 (kørsel A). Dernæst peger flere på, at problemet er voksende. Ingen peger på, at det er blevet bedre. Redderne peger i nogle interviews også på, at problemerne med ventetid er væsentligt større på nogle modtagelser end på andre.

Redderne udviser generelt stor forståelse for det modtagende personales situation, og de oplever ikke, at personalet på de modtagende afdelinger ikke prioriterer dem højt nok. Men de peger på interne organisatoriske forhold, som er med til at skabe ventetid:

*"Det er klart, at når det er den samme sygeplejerske, der skal triagere, så bliver det en flaskehals". (Paramediciner, Sygehus 1)*

Samtidig peger de på de udfordringer, det skaber, at de må stå og vente og i nogle tilfælde gå igen uden at have fået lavet en overlevering direkte til en sygeplejerske:

Paramediciner, Sygehus 3: *"Patienter der kræver øjeblikkelig observation – ikke de helt akutte – der må vi give monitoreringen [i ventetiden]. Vi vil jo gerne give en hånd med at sætte monitorering op. Men fornemmelsen af at sige [til patienten]: 'Nu får du lige snoren og er der et eller andet, så får du sygeplejersken, så hurtigt hun kan'. Det er lidt ærgerligt".*

---

<sup>19</sup> Sygehuse bruger forskellige betegnelser, men alle har en struktur med en rollefordeling, hvor en sygeplejerske får overleveret patienterne fra redderne (undtagen i de helt akutte situationer, hvor fx et hold læger står klar til genoplivning/traumebehandling).

<sup>20</sup> I dette afsnit har vi af hensyn til læsevenligheden nummereret de forskellige sygehuse, så det er muligt at se, hvilke informanter der 'taler sammen', og hvilke citater der er fra forskellige interviews på forskellige sygehuse, når der er informanter fra flere sygehuse, der citeres i samme uddrag.

<sup>21</sup> K1, K2 osv. refererer til kørsel 1, kørsel 2 osv.

Sygeplejersker på modtagelse, Sygehus 3: *"Jeg giver dig fuldstændig ret. Men jeg har ingen løsningsforslag".*

Redder, Sygehus 4: *"Problemet er, at jeg har ansvaret for patienten og kan ikke komme videre. Der er også ventetid for patienten. Tiden – også nogle gange på kørsel 1 – er ligesom tabt ved fuld udrykning. Det kan gøres bedre. Vi har brugt tid på at hente oplysninger og vil gerne overlevere informationerne til personalet, for ikke alt kan komme med i journalen, da det kun er det behandlingsrelevante. Man kan hverken give oplysningerne videre eller selv komme videre".*

Paramediciner, Sygehus 1: *"Det skal ikke ses som et problem, men det er ikke hensigtsmæssigt, hvis vi tæller 20 ambulancer på en dag: Sammenlagt er det fire timer på en dag, hvor der ikke er en ledig ambulance på vejene. Rent beredskabsmæssigt er det også et problem".*

Redderne peger på, at de gerne vil hjælpe sygeplejerskerne, men at ventetiden både låser en del af beredskabet, og i de tilfælde hvor redderne går igen, betyder det også tab af nogle af de oplysninger, redderne gerne vil overbringe til modtagende sygeplejerske.

Blandt det modtagende personale giver langt de fleste redderne ret – som i eksemplet herover, og de forstår reddernes frustration, som de i vidt omfang selv deler. Kun på ét sygehus kunne en modtagende sygeplejerske ikke genkende reddernes oplevelse af ventetid. Desuden peger flere sygeplejersker på ombygninger, ændringer og udvidelser af flowet i akutmodtagelserne, som den interne organisering og/eller kapacitet ikke er gearret til at klare ifølge dem:

Sygeplejerske, Sygehus 4: *"Jeg kan godt forstå, de [redderne] er frustrerede. Det handler om ombygningsprocessen inden for det sidste år. Afdelingen er blevet dobbelt så stor, vi skifter læger hvert halve år, der er nye sygeplejersker – cirka 20 styk – der er længere tid om patientmodtagelse. Plus vi har fået større fysiske rammer, og vi kommunikerer via IP-telefoner, der ikke fungerer særligt godt. Hvis jeg for eksempel skal have fat i den sygeplejerske, der skal modtage, så skal jeg finde ud af, hvor hun er først. Så det tager lige tid. Før har der altid været sygeplejerske med det samme".*

Sygeplejerske, Sygehus 3: *"Vi havde det [ventetiden] oppe i går på et møde i forbindelse med patientsikkerhedsrunden. Vi har fået triage, og vi kan ikke leve op til det. Der er ca. ti timer i døgnnet, hvor vi ikke kan gøre det. Jeg håber det hjælper, når vi får en ny sygeplejerske til maj. Det er jo ikke, fordi vi sidder og drikker kaffe. Men det har altid været sådan – vi kører meget med vikarer. Men jeg kan komme med 100 eksempler, hvor vi må prioritere. Vi er vildt frustrerede over det, de unge sygeplejersker kan næsten ikke holde det ud".*

Paramediciner, Sygehus 3: *"Det kan jeg godt forstå".*

Den sidste replik fra paramedicineren er medtaget for at illustrere noget generelt i forhold til dette emne: Medarbejderne udviste stor sympati og forståelse for hinandens situationer. At bringe et tema som ventetid på overlevering op kan potentielt set virke som en kritik af andres arbejde, og muligvis derfor var redderne meget opmærksomme på at anerkende det modtagende personales synspunkter. Samtidig kunne langt de fleste blandt det modtagende personale godt se, at ventetiden er et problem for redderne – og for patienterne, både dem der ligger og venter på modtagelse, og dem der venter på en ambulance derude. Al denne enighed, anerkendelse og gensidig forståelse til trods var der dog også antydninger af reelle forskelle i perspektiver og prioriteringer i det akutte arbejde mellem reddere og modtagende personale. En intern joke – af den slags der findes mange af i hele sundhedsvæsenet – kan illustrere disse perspektivforskelle: Redderne er meget præget af den akutkultur, som opstår, når man hele tiden står på skadesteder, hvor man ofte ikke ved, hvor alvorligt det er, de skal danne sig et hurtigt overblik, symptombehandle og prioritere deres handlinger, så de sikrer, at patienterne er – eller bliver – så ABC-stabile som muligt. Redderne er vant til, at det skal gå stærkt og kommer ofte ind med *"140 i timen"*, som én formulerer det. Han forklarer:

*"Når vi kommer ind på stuen, så er noget af det allervigtigste for sygeplejerskerne, at patienterne skal have noget andet tøj på". Og han fortsætter – med et glimt i øjet: "Derfor joker vi nogle gange med, at ABC hos sygeplejerskerne det står for Anden Beklædning og Citronmåne! Det går vi og*

*driller dem lidt med. Men jeg vil være så grov at sige, at det er rigtigt, det er altså det, vi oplever. Men overordnet synes jeg faktisk, at samarbejdet fungerer godt". (Paramediciner)*

Sympatien og samarbejdet på tværs er godt ifølge medarbejderne, og stemningen og tonen mellem grupperne på interviewene afspejlede klart dette. Men samtidig peger redderne på, at der er reelle udfordringer omkring ventetid og prioritering ved overlevering af patienter, som kan forbedres.

#### 6.1.1 Reddernes udfordringer med at finde en sygeplejerske at melde patienten hos

En anden udfordring i relation til overlevering er, at redderne i nogle tilfælde – og kun på nogle sygehuse – ikke kan finde en sygeplejerske at melde deres ankomst hos. Temaet er relateret til spørgsmålet om ventetid, men handler om andet og mere end det. Flere reddere gør eksplicit opmærksom på, at de mener, det handler om organisering, arbejds- og kommunikationsgange og ikke om ventetid. Følgende uddrag viser reddernes oplevelser:

Ambulancebehandler: *"Vi har brug for, når vi kommer med patienterne, at vide, hvem der vil triagere patienten. Det handler ikke om tidsaspektet. Det, jeg oplever, er, at der er tomt. Så går jeg på stue 7, der er også tomt".*

Sygeplejerske: *"Kigger du ikke på tavlen?"*

Ambulancebehandler: *"Det gør jeg også. Så står der et navn [på den triagerende sygeplejerske]. Så leder jeg efter den sygeplejerske. Men jeg vil hellere blive med min patient. Så går jeg ud fra, at sygeplejersken prioriterer sin tid og kommer, så snart hun kan. Det har intet med ventetiden at gøre. Det går kun på, at vi gerne vil have, at I ved, at vi er her. Vi vil gerne vente. Og hvis sygeplejersken ikke er der, er hun i gang med noget. Men jeg har brug for at fortælle nogen, når jeg er kommet. Det kan bare være en lampe, der tænder. For ellers begynder jeg at lede. Jeg oplever det jævnlige".*

Dette emne handler således om, at der ikke er nogen eller noget at melde patientens ankomst hos – snarere end om at sygeplejerskerne er optaget af andet arbejde, og at redder og patient må vente. Men en af årsagerne til, at de triagerende sygeplejersker kan være svære at finde, handler om, hvordan de udfører deres arbejde. I følgende uddrag peger redderne på, at de oplever forskelle i sygeplejerskernes måde at triagere på:

Ambulancebehandler: *"Problematikken med, at jeg ikke bliver modtaget af triagerende sygeplejerske, har noget at gøre med hvem, der har den plads".*

Paramediciner: *"Nogle triagesygeplejersker har svært ved ikke at binde sig i plejeopgaver og behandling. De kan være væk i 10 minutter".*

Sygeplejerske: *"Nogle går ind og laver mange sygeplejeopgaver, når man er triagerende. Hvis der triageres på stuerne, kan man også lige klæde patienten om. Men så står der fire patienter, der ikke bliver triageret, som de skal. I modtagelsen er vi 48 sygeplejersker. Der er for mange om funktionen, fordi vi triagerer forskelligt. Det skaber samarbejdsproblemer [med redderne]".*

Hvorvidt det skyldes manglende ensartethed i triageringen, at (nogle) sygeplejersker binder sig i plejeopgaver – fx *"lige klæde patienten om"* – eller ressourcer, kan ikke afgøres. Men reddere oplever på de fleste sygehuse, at de kan have problemer med at finde en sygeplejerske at melde patienterne hos.

Redderne forklarer her, hvad der vil være en lavpraktisk løsning for dem, men det er sygeplejerskerne ikke helt enige i, og selvom de snakker om udfordringer omkring deres samarbejde, skal det bemærkes, at tonen er hjertelig:

Paramediciner: *"Vi har brug for et klokkesystem".*

Sygeplejerske: *"Nej tak! Ikke mere larm.*

Paramediciner: *"Måske så bare en knap med en bipper, der går i gang?"*

Sygeplejerske: *"Nej!"*

Paramediciner: *"En summer, så?".* Alle griner.

Morskaben over alt fra klokkesystemer til bippere til trods, er udfordringen med at finde en sygeplejerske at melde patienterne hos noget, en del af redderne jævnligt oplever på nogle sygehuse og i nogle afdelinger. Og som de påpeger, er problemet ikke så meget, at de skal vente, men snarere at de venter i usikkerhed og ikke ved, om der overhovedet er nogen, som ved, at de står og venter med en patient, når de ikke kan komme til at melde deres ankomst noget sted, hos nogen person eller via en anden form for teknisk løsning.

## 6.2 Usikkerhed om registrering, sikring og brug af informationer

I forbindelse med indlæggelsen peger medarbejderne på forskellige situationer, hvor der kan opstå usikkerhed omkring registrering af patienter og sikring af informationer. For det første problemer med forsinket registrering af patienter ved indlæggelse (afsnit 6.2.1), for det andet usikkerheder i forbindelse med patientidentifikation (6.2.2) og for det tredje eksempler på informationsbrister mellem ambulancejournalen og sygehusjournalen (6.2.3).

### 6.2.1 Forsinket registrering af patienter ved indlæggelse

Interviewene peger på to forskellige årsager til, at patienter ikke altid registreres umiddelbart efter indlæggelse, hvilket kan føre til bl.a. misforståelser og forvekslinger.

Den første udfordring handler om ambulancejournalens konkrete udformning med tre kopier. Nogle sekretærer oplever, at de får informationer om patienter, der skal indlægges og registreres, for sent. Medarbejderne peger på, at ambulancejournalen kun har tre kopier, men i nogle tilfælde er det reelt med fire modtagere, og så er det sekretæren, der ikke får en kopi. En sekretær udlægger hendes problem, og en paramediciner forklarer baggrunden:

Sekretær: *"Ambulancepapirerne skulle komme ind, når patienten kommer i afdelingen, men jeg får ikke altid papirerne i hånden, så jeg ved ikke, hvem der er kommet. Der er vel en procedure, for-moder jeg?"*

Paramediciner: *"Der ligger en klar procedure, som så alligevel er blevet lidt modsagt af regionen selv. Der er tre kopier. Proceduren er, at vi skal aflevere den gule journal til sekretæren. Problemet er, at når man er paramediciner, så vil regionen have, man sender den gule seddel til dem – ikke til sekretæren. Så får afdelingen den hvide, men den tilfalder sygeplejersken på stuen. Der er egentlig ikke uklarhed om det, men vi har kun tre kopier. En til os, en til patienten og afdelingen og en til regionen – vi mangler i virkeligheden den fjerde kopi [til sekretæren]".*

Hvorvidt alle reddere har samme opfattelse af de tre kopier, og hvem der skal have dem, kan denne analyse ikke afgøre. Men ifølge denne redder ville det være hensigtsmæssigt, at der var en kopi både til sekretæren og til den modtagende sygeplejerske for at sikre, at patienterne registreres med det samme, de ankommer i afdelingen. Ifølge oplysninger fra regionen anvendes den tredje (gule) kopi til den sundhedsfaglige monitorering af paramedicinernes indsats, der indgår i evalueringen af den nye præhospital plan.

En anden udfordring handler om, at der kan opstå en forsinkelse, fordi ambulancejournalen ikke altid er udarbejdet ved ankomst, hvis der er tale om svært syge patienter, og redderne har haft hænderne fulde under transporten. Men netop ved svært syge patienter kan det være væsentligt at sikre hurtig registrering. Uddraget illustrerer denne udfordring:

Redder: *"Kommer vi med folk, der har brug for behandling i ambulancen, bliver der ikke skrevet journal. Så har vi nogle gange leveret en patient og skal til at lave hele journalen. Sekretæren er kun interesseret i navn og CPR og ankomsttidspunkt. Men vi skriver jo hele behandlingsforløbet; det kan tage 45 minutter efter patienten er kommet, og så får sekretæren det først 45 minutter efter. Tit er det jo så, at sekretæren kommer ud selv og tager de informationer, eller får dem når vi melder ind. Men der mangler nogle retningslinjer for det".*



Sygeplejerske: *"Potentielt set har det den betydning, at patienter kan være os i hænde, uden at de er registreret – også i forhold til pårørende og alt muligt andet. Det sker oftere og oftere – dagligt – at man ikke ved, at en patient er der".*

Sekretær: *"Der er risiko for, at vi i sekretariatet fremstår som ikke-vidende. Pårørende kommer og spørger, og patienten har ligget der en halv time, men det ved vi ikke".*

Forsinket patientregistrering kan således have flere praktiske årsager. Konsekvenserne er uhen-sigtsmæssige både for patienters og pårørendes oplevelse af systemet, men også i forhold til pati-entsikkerhed og risici for fejl i forbindelse med patientidentifikation.

### 6.2.2 Usikkerheder i forbindelse med patientidentifikation

Der er også forhold af mere samarbejds-mæssig art, som kan føre til usikkerheder i forbindelse med patientidentifikation. Eksemplerne på, at der opstår usikkerhed omkring en patients identitet, handler særligt om de mindre akutte. To sygeplejersker forklarer:

*"Det sker ikke ved de rigtig syge, dér er der masser af opmærksomhed. Men de andre kan ligge og flyde, lavstatuspatienter. De ukomplicerede, de demente, de bevidstløse. Det er dem, som kommer til at ligge længe, fordi der er kiks i overleveringen. Det sker en gang i vagten. Minimum, hvis ikke der er flere". (Sygeplejerske 1)*

*"Vi oplever for eksempel, at dem, der indlægges via lægevagt, ikke altid har ambulancejournal. Om de ikke skal, eller det ikke bliver gjort, det ved jeg ikke. En dehydrering er måske ikke så farlig, men hvis der ikke er en journal, går de tabt, fordi der ikke er ID på dem. Så lægger man dem på en bære og kører videre for eksempel på kørsel 1. Så ligger de i en seng, og man opdager, der er én, man ikke har set på. Så kan det være en dement borger, som skal identificeres ud fra redde-rens og sygeplejerskens samarbejde, hvis de er bragende demente eller ikke kan svare for sig selv. Så er der risiko for, at de kan ligge længe, før de bliver registreret, og vi ved, hvem de er, og hvor de kommer fra". (Sygeplejerske 2)*

I flere gruppeinterviews gik deltagerne over til at diskutere praktiske løsninger på de uhen-sigts-mæssigheder, der blev bragt op, og med hensyn til patientidentifikation foreslog flere – på tværs af sygehuse – en form for armbånd med navn og CPR, som blev givet og skrevet i hånden præhospi-talt: *"Hvad hvis lægevagt og hjemmeplejen havde armbånd og skrev CPR og navn med kuglepen, så de har det på som minimum?"*, som en sygeplejerske foreslog.

Baggrunden for at involvere det indlæggende personale er, at der flere steder var eksempler på patientforvekslinger, der sker allerede i overleveringen fra det sundhedsfaglige personale på stedet – fx vagtlæge eller hjemmepleje – til redderne. Det handler således ikke kun om i overleveringen fra redderne til hospitalet.

Denne analyse viderebringer – som præciseret i formålet – medarbejdernes forslag til løsninger og forbedringer, i det omfang de fremkommer. Med hensyn til hvad der er den bedste løsning, er det dog væsentligt at huske på, at generelle løsninger på nogle (få?) problemer kan medføre meget arbejde og muligvis også have utilsigtede konsekvenser – et perspektiv, som denne redder illustre-rer som afslutning på afsnittet:

*"Vi kan se det på andre sygehuse, hvor de har lavet særlige triage-indgange for at undgå sådan noget. Men hvis der er noget, sygehuse er gode til, er det at lave en bureaukratisk mølle, hvor alle folk skal ind i et helt specielt rum, have taget vitalparametre, vejes, have armbånd på – og så må de ellers blive syge! De er nok nede i en fejlmargen, som er mindre end her. Det løser måske pro-blemet, men det er på bekostning af rimelig mange ting. Akutte patienter skal vente i 20 minutter på indlæggelse på grund af den arbejdsgang. Vi skal stille efter andre løsninger end regler". (Para-mediciner)*

Regler, armbånd, 'bureaukratiske møller' eller ej, så peger interviewrunden dog på, at der på flere sygehuse (nogen siger dagligt) opstår brister og fejl i forbindelse med overleveringer af patienter. Særligt de ikke akutte – fx ældre, dehydrerede og demente – som enten bare bliver overset, eller hvis identitet viser sig at være forkert eller ukendt.

### 6.2.3 Fra ambulancejournal til sygehusjournal: Informationsbrister

Særligt redderne kommer med flere eksempler på, at de oplever, at væsentlige informationer ikke kommer med, går tabt eller bliver glemt i overleveringen:

*"Vi oplever, at vi overleverer patienterne og kommer med informationer, der går tabt i videre forløb". (Ambulancebehandler)*

*"For eksempel der hvor vi ringer og får lov af AMK [lægen] til at give mere smertestillende til en mavepatient, så længe det bliver overleveret til lægen. Efterfølgende står der intet i [sygehus] journalen om det. Der står i indlæggelsesjournalen: 'Patienten er upåvirket af smerter'. Der er ikke den overlevering, vi har givet. Informationen er sikkert blevet givet, men den er ikke journalført. Så har patienten symptomer, der ikke stemmer overens med det, vi mødte på stedet, fordi vi har behandlet". (Paramediciner)*

Redderne efterlyser ændrede arbejdsgange eller registreringssystemer, som i højere grad sikrer, at (be)handling og observationer i det præhospitale system automatisk føder ind i hinanden i stedet for at være afhængige af, at nogle husker at udvælge, hvad der skal videre og parallelforskyder de data. En paramediciner forklarer:

*"Der er set og oplevet nogle ting, som er essentielt. Det er ligesom, at man skal lytte til forældre til syge børn, fordi det er dem, der kender deres børn. Vi gør, hvad vi kan for at stabilisere patienterne, så de ser jo lidt bedre ud, når patienterne kommer ind. Men den information skal lægges over i et eller andet fælles". (Paramediciner)*

Flere reddere peger på, at de gerne vil have *"journalfelter til overlevering: Hvad er blevet gjort, hvilke værdier er målt, hvilke medikamenter er givet?"*, som én formulerer det.

En læge, som selv har prøvet at være den, der stod derude alene med patienten, støtter reddernes påpejning af, at deres observationer er væsentlige og bør indgå med en større sikkerhed, systematik og vægt. Hun beskriver her en oplevelse hun har haft og hendes refleksioner på den baggrund:

*"For nylig var jeg til et guldbryllup med min mand, som også er læge. En gammel dame bliver dårlig og koldsvedende. Min mand ringer 112, og jeg tager mig af hende, men jeg kan jo ikke måle en dyt! [fordi hun er der som privatperson og uden nogen hjælpemidler]. Han må ringe op flere gange, og de spørger: 'Er det nu så slemt?' Vi er altså to læger, der står med det. Men til sidst får vi en vogn ud. Hun er i mellemtiden blevet lidt bedre. Dagen efter følger jeg op: Hun har haft det OK på sygehuset og har ikke fået stillet nogen diagnose. Men jeg har set hende: Jeg ved hun var syg. Så jeg siger, vi må måle på hende, nu når hun ikke har stemi,<sup>22</sup> må hun have en lungeemboli.<sup>23</sup> Og ganske rigtigt det har hun så også. Det er sådan, det tit er, og så går det over. Men det er meget, meget vigtigt det her: Vi skal stole på dem, der ser patienten!" (Overlæge)*

Samtidig peger flere både overlæger og sygeplejersker på, at alle har en tendens til ikke at stole (så meget) på andres vurderinger, og at alle gerne vil *"se det selv"*. En sygeplejersker eksemplificerer, men vil tydeligvis helst ikke underkende redderne:

*"Hvordan skal jeg sige det ... ikke for at være personlig, men man skal ikke råbe 'ulven kommer' for mange gange. Så bliver det jo det der med, at vi skal liiige se det selv". (Sygeplejerske)*

Og redderne bekræfter flere steder oplevelsen af, at deres observationer ikke altid bliver taget helt så alvorligt, som redderne mener, de bør, eller ikke kommer med over i journalen. Derfor kan det virke meget naturligt for dem at ønske et journalfelt, for flere af dem har ikke en oplevelse af, at deres observationer kommer med, med mindre de selv må skrive dem ind. Dette emne berører en større udfordring omkring reddernes oplevelse af manglende viden i hele det præhospitale system

---

<sup>22</sup> Blodprop i hjertet.

<sup>23</sup> Blodprop i lungerne.

og lægevagt/almen praksis om deres færdigheder, et tema der behandles særskilt i næste kapitel i afsnit 7.3.1.

### 6.3 Forskellige skemaer til traumescore i biler og på hospitaler

I mange interviews blev det påpeget, at henholdsvis sygehusene og redderne har to forskellige skemaer (baseret på det samme system) til at score og dermed vurdere traumepatienter.

Der er ikke enighed mellem sygehusene om, hvorvidt forskellene er store eller små, og om det er et problem eller ej: Et klart flertal peger på, at forskellene handler om *"småting, fx om en patient er faldet 6 eller 8 meter ned, og det ved ingen jo"*, som en overlæge på området (en ortopæd) udtrykker det. Men der peges også på områder, hvor forskellene er større, som denne sygeplejerske i akutmodtagelse forklarer: *"Fx rideulykker – der er vi milevidt fra hinanden. Hos dem [redderne] er det ikke et traume"*.

De udfordringer, det giver, er primært samarbejds-mæssige, men det understreges, at medarbejderne kender hinandens systemer relativt godt, og ved hvor forskellene er:

*"Som regel kender vi hinanden så godt, at vi ved, hvem vi vil have som traume. Men vi har forskellige retningslinjer. Det skaber frustrationer. Jeg kender ikke deres traumescore, ikke 100 %". (Sygeplejerske)*

En redder og en sygeplejerske på et andet sygehus deler denne opfattelse:

*"Vi ved, vi har forskellige regler, og i virkeligheden ser jeg det ikke som et problem". (Ambulancebehandler)*

*"Det er ikke et stort praktisk problem. Det er en uhensigtsmæssighed. Vi snakker i telefon og jeg siger: 'Nu er du godt klar over, det bliver traume i min terminologi?'" (Sygeplejerske)*

Forskellene fører naturligt nok til såvel op- som nedgraderinger i forbindelse med overleveringen af patienter. Ifølge redderne handler det mest om nedgraderinger:

*"Vi scorer dem som traume, og lægen gør det ikke. Man kan sige, at vores tal ligger højere. Vi opgraderer dem. De trækker dem ned". (Paramediciner)*

Men der er også eksempler på opgraderinger på sygehuset, som redderne absolut ikke har været klar over ville ske:

*"Fra vores side har man meldt en patient ind, som ikke er et traume. Men så står der en vejviser på gangen og siger 'stue 5', og så ankommer du på traumestuen, hvor teamet venter på at tage imod. Det ville jeg godt have vidst. Jeg har talt med patienten om kageopskrifter<sup>24</sup> på vej ind, da patienten ikke er kritisk". (Ambulancebehandler)*

*"For patienterne kan det blive en dårlig oplevelse. De tror, de skal modtages af en sygeplejerske og måske sendes op og have taget røntgen. Og så kommer de ind på en stue med 12 mennesker, og inden de ved af det, er de blevet rektalundersøgt!" (Paramediciner)*

Ingen af deltagerne kom med faglige begrundelser for, at skemaerne ikke kunne ensrettes eller harmoniseres. Og en overlæge sluttede således også en diskussion om de to systemer med bemærkningen: *"Det er bare at lave ét skema, som alle bruger!" (Overlæge)*.

---

<sup>24</sup> Det kan være svært at gengive ironi i citater. Men skulle der opstå tvivl, så mener redderen det ikke nødvendigvis bogstaveligt, og han virkede ikke som typen, der brugte meget tid på kageopskrifter. I samtalen virkede det snarere som en lidt kæk metafor for, at stemningen havde været afslappet i ambulancen, fordi han ikke troede, det var en traumepatient på grund af forskellene mellem hans system og hospitalets.

## 6.4 Sygehusenes ønsker om bedre adgang til patientinformationer

Den præhospitale kæde er ikke bare kendetegnet ved at bestå af mange led, den strækker sig også over forskellige regionale sektorer – sygehussektoren og almen praksis – og videre til kommunerne: Mange instanser er involveret. Hertil kommer, at det præhospitale arbejde i meget vidt omfang skal foregå akut. Der skal hurtigt træffes beslutninger om alt fra diagnostik og behandling til visitation, og som kapitlet om netop visitation viste, så er denne beslutning blevet mere afgørende i takt med den øgede samling af specialer og dermed også de øgede afstande.

Samlet set betyder denne udvikling, at behovet for at kunne tilgå eksisterende data og informationer på tværs af sygehuse og systemer er stærkt stigende. Dette involverer en lang række tekniske, men i lige så høj grad juridiske og etiske udfordringer, som ikke er fokus på denne undersøgelse. Her undersøges udelukkende medarbejdernes perspektiv på denne udvikling.

Flere sygehusmedarbejdere oplever behov for adgang til flere informationer om patienterne fra andre dele af sundhedsvæsenet – inkl. den kommunale sektor – som grundlag for deres beslutninger om alt fra visitation til behandling. Der er flere elementer i deres efterlysninger af mere og bedre adgang til information om patienterne.

For de første handler det om lettere at kunne få fat i andre led i kæden i det enkelte præhospitale forløb: Flere sygeplejersker oplever, at det er meget svært for hospitalerne at få fat i **indringerne eller de pårørende**, en udfordring der særligt gør sig gældende i relation til svage ældre plejehjemsbeboere:

*"Det er svært at få fat i pårørende og hjemmepleje. Ligger der ikke noget data, er der ikke noget data. Fælles medicinkort fungerer ikke, så må vi prøve at kontakte hjemmeplejen og få dem til at sende en medicinliste, som der går tid med. Hvis det er akut, er det vigtigt, at vi har info hurtigt. Det problem opstår dagligt". (Sygeplejerske)*

For det andet efterlyser flere hospitalsansatte som tidligere nævnt **telefonnumre på patienter** som led i ambulancejournalen, fordi mange patienter hurtigt udskrives fra modtageafdelingerne, som måske har behov for at ringe tilbage med fx et svar, efter patienten har forladt afdelingen. Og det lykkes i de tilfælde, sygehuspersonalet beretter om, åbenbart heller ikke for hospitalet at sikre sig disse patientinformationer.

For det tredje handler det om **mulighederne for at tilgå eksisterende data i andre systemer**. En sygeplejerske kommer her med et enkelt eksempel på, hvad det er for typer af information, hun gerne ville kunne tilgå og hvorfor – udover et opdateret medicinkort:

*"Jeg mangler information om, hvad det er for en patient, for at kunne afgøre hvor heftigt vi skal behandle. Ifølge instruksen skal det være stort set selvhjulpne patienter, vi skal behandle [her på afdelingen]. Hvis vi får en halvsidig lammelse patient, så skal vi vide, hvad var status før apopleksien? Data om funktionsniveauet inden indlæggelsen". (Sygeplejerske)*

Og sygeplejersken beskriver hendes drømmescenarie:

*"Det ville være super, hvis man, når man fik CPR, kunne man se al data om patienten fra de forskellige instanser. Vi er jo modtageafdeling for hele regionen. Så kan vi allerede se, inden de kommer, at 'hun havde en halvsidig lammelse fra tidligere, hun skal ikke trombolyseres', og vi kan visitere videre til Holbæk eller til nærmeste neurologiske afdeling. Man kunne spare to transportled og en masse arbejde". (Sygeplejerske)*

Som nævnt er der en række tekniske, etiske og juridiske udfordringer. Men pointen er, at de ændrede behandlingsformer (med langt mere fokus på triage og tempo), de ændrede specialefordelinger (med længere afstande til rette specialafdeling) for ikke at nævne den stigende forekomst af multimorbide kronikere med flere permanente behandlings- og kontrolforløb i forskellige regi øger behovet for hurtig adgang til mere information omkring patienterne – både allerede eksisterende information i andre systemer og at kunne indhente nye oplysninger fra andre sundhedspersoner eller patienter og pårørende.

## 6.5 Sammenfatning på overlevering fra redderne til sygehusene

Redderne oplever ofte **ventetid** ved overlevering af patienter. Primært, men ikke kun, på de ikke-akutte. Flere mener, at problemet er stigende; ingen peger på, at det er blevet bedre. Problemerne med ventetid er generelle, men er lige store på alle sygehuse.

Redderne udviser forståelse for det modtagende personales situation og giver ikke udtryk for, at personalet på afdelingerne ikke prioriterer modtagelse højt nok, men peger på, at bl.a. organisatoriske forhold – at der fx kun er én triagerende sygeplejerske – kan medvirke til at skabe **flaskehalse**.

Redderne peger på, at ventetiden har flere **uhensigtsmæssige konsekvenser**. For det første nedsætter det kapaciteten i beredskabet, at de skal stå og vente. For det andet har redderne ofte flere observationer og informationer end det, der står i ambulancejournalen, som de gerne vil overlevere til plejepersonalet. Og i de tilfælde, hvor de bliver nødt til at gå fra patienterne uden at have lavet en mundtlig overlevering og sige *“nu får du lige snoren”*, ærgrer de sig over de informationer, som går tabt.

De modtagende sygeplejersker er generelt enige med redderne og beskriver nogle steder store frustrationer over, at de ikke kan leve op til deres mål med triagen.

På nogle sygehuse oplever redderne *“jævnligt”*, at de **ikke kan finde en sygeplejerske at melde deres ankomst til**, når de kommer med en patient. Derfor er de usikre på, om der overhovedet er nogen, som ved, at de venter med en patient, når der ikke er noget sted, nogen person eller en anden teknisk løsning de kan bruge til at melde deres ankomst.

**Forsinket patientregistrering** er en anden udfordring i forbindelse med overleveringen. Det kan ifølge medarbejderne både skyldes, at sekretærene ikke får en journalkopi i de tilfælde, hvor paramedicinerne har været involveret (fordi den skal sendes til regionen ifølge paramedicinerne), eller at ambulancejournalen først skriver efter indlæggelse, hvis der er tale om patienter, der har været stærkt behandlingskrævende under transporten. Konsekvenserne af forsinket registrering er uhensigtsmæssige både for patienter og pårørendes oplevelse af systemet samt i forhold til patientsikkerhed og risici for fejl i forbindelse med patientidentifikation.

Men der er også andre forhold af mere samarbejds-mæssig art, som kan føre til **usikkerheder i forbindelse med patientidentifikation**. Interviewrunden peger på, at der på flere sygehuse – nogen steder dagligt – opstår brister og fejl i forbindelse med overleveringer af patienter, særligt de ikke akutte – fx ældre, dehydrerede og demente, som enten bare bliver overset, eller hvis identitet viser sig at være forkert eller ukendt.

Særligt redderne peger på brister, når væsentlige informationer går tabt eller bliver glemt i overleveringen. Det får flere til at foreslå, at der laves et felt til overleveringen i indlæggelsesjournalen, hvoraf det fremgår, bl.a. hvilken medicin der er givet præhospitalt.

Et emne, som blev bragt op i en stor del af interviewene, var, at der anvendes **to forskellige skemaer til at score – og dermed klassificere – traumepatienter** blandt redderne og på hospitalerne. De fleste medarbejdere peger på, at forskellene er små, og at de kender hinandens systemer nogenlunde. Det fører dog til såvel op- som nedgraderinger i forbindelse med overlevering af traumepatienter. Ingen af deltagerne kom med faglige begrundelser for, at systemerne ikke kunne ensrettes eller harmoniseres.

Flere sygehusmedarbejdere oplever behov for **adgang til flere informationer om patienterne fra andre dele af sundhedsvæsenet** – inkl. den kommunale sektor – som grundlag for deres beslutninger om alt fra visitation til behandling. Flere steder efterlyses bedre adgang til patientdata i primærsektoren og bedre muligheder for at kontakte indringere. Der er en række tekniske, etiske og juridiske udfordringer forbundet med dette. Men det øgede fokus på triage og tempo, specialefordelinger, der giver længere afstande, og den stigende forekomst af multimorbide kronikere med flere forløb i forskellige regi øger behovet for hurtig adgang til mere information omkring patient-

terne. Både eksisterende data i andre systemer og bedre muligheder for at kunne indhente nye oplysninger fra andre sundhedspersoner eller patienter og pårørende.

## 7. Temaer på tværs af patientforløb

I dette afsluttende kapitel behandles fire emner, som går på tværs af patientforløbene. Der drejer sig for det første om lægebilernes tilbagetrækning (afsnit 7.1), udfordringer i forbindelse med katastrofesituationer (afsnit 7.2), reddernes færdigheder (afsnit 7.3) og til sidst et mere perspektiverende afsnit om samarbejde og kontakt på tværs af det præhospitale system (afsnit 7.4).

### 7.1 Lægebilernes tilbagetrækning

Lægebilernes tilbagetrækning<sup>25</sup> var ikke et tema, som fyldte meget i de fleste af interviewene med undtagelse af et enkelt. Nogen steder blev det slet ikke nævnt, førend interviewer til sidst spurgte ind til det. Dog var medarbejderne informeret om, at denne undersøgelse ikke er en evaluering af den nye struktur sammenlignet med den tidligere (jf. afsnit 1.5.1), hvilket kan have haft betydning for deres fokusering. Men selvom der blev spurgt direkte til lægebilerne, var det ikke et tema, som fyldte meget på de fleste sygehuse. Da lægebilerne ikke var ved alle sygehuse, udgør deres tilbagetrækning da heller ikke nogen ændring i hverdagen på alle sygehuse.

På ét sygehus var der mange eksempler på, at lægerne oplevede, at lægebilernes tilbagetrækning har betydet, at der indbringes langt flere patienter med "traumekald", hvilket bl.a. har den konsekvens, at det beslaglægger beredskab på det kirurgiske område, som denne overlæge forklarer:

*"Det præhospitale område er uden læger. Det betyder, at der kommer flere ind, og der kommer en overfrekvens af traumekald, som ikke er nødvendige. Vi har kunnet mærke det. Arbejdsgangen er, at hvis man er paramediciner, skal man melde traume til os. Men så er der 15 mennesker her, der står og venter, det tager to timer, og der kan ikke opereres i den tid. Nogle lørdage har vi haft så mange traumekald, at vi ikke har kunnet operere. Det kan jo altid diskuteres, om det er et traumekald. At stå ude og vurdere om det er et traume, det er svært. Det er fuldt forståeligt. Det er ikke kritik. Men det med at man får flere traumer ind, det koster ressourcer. Før [lægebilernes tilbagetrækning] når man fik et traume, var du startet meget før. Det er en forringelse [at lægebilerne er trukket tilbage]". (Overlæge)*

Ikke alle medarbejdere har samme opfattelse. Redderne på samme sygehus oplever ikke, at de bringer flere ind. Akutsygeplejerskerne samme sted har heller ikke denne oplevelse:

*"Vi får flere traumer, men vi får også flere patienter. Jeg har ikke indtryk af, at Falck er mere usikre end før. Jeg har ikke indtryk af, at de ikke ved, om det skal være et traume eller ej". (Sygeplejerske)*

Det bør tilføjes, at antallet af traumemodtagelser samtidig med lægebilernes tilbagetrækning er reduceret fra seks til fire ifølge regionen.

Lægerne på dette sygehus oplever ligeledes, at færre patienter færdigbehandles og afsluttes præhospitalt:

*"Ingen patienter færdigbehandles i hjemmet, og der er patientbehandlinger, der er bedre, hvis behandlingen kan ske hjemme, og patienten færdigbehandles der. Fx blev KOL-patienter afsluttet i hjemmet, hvis de får åndenød. Også børn der er kommet til skade med småting. Hvis de er faldet ned af et bord uden besvimelse. Der er rigtig mange børn, fordi forældrene bliver bange. Nu kommer de ind i ambulance. Desuden kan patienterne ikke visiteres direkte [fra lægen i bilen]. Det blev gjort før. Det handler om forsinkelser i behandlingen. Særligt for neurologisk, thorax og børn". (Overlæge)*

Heller ikke på dette punkt oplever informanterne på dette sygehus det samme, som disse to citater fra redderne illustrerer:

---

<sup>25</sup> I dette afsnit beskrives medarbejderes oplevelser af lægebilernes tilbagetrækning, men det skal understreges, at de kun udtaler sig om deres egne oplevelser, hvilket ikke kan tages som udtryk for en evaluering af den sundhedsfaglige kvalitet i det præhospitale arbejde eller konsekvenserne af lægebilernes tilbagetrækning.

*"Sidste weekend afsluttede vi et barn med kramper. Vi kan afslutte med godkendelse fra AMK-lægen". (Ambulancebehandler)*

*"Nu har vi fået glukose med. Sukkersygepatienter, der afslutter vi nogle flere, end vi har gjort". (Paramediciner)*

Der er en ret markant forskel på oplevelsen af tilbagetrækningens konsekvenser. Ingen på de øvrige sygehuse havde samme oplevelser som lægerne herover. Men flere medarbejdere på de øvrige sygehuse gør også opmærksom på, at de enten aldrig eller kun i mere begrænset omfang har fået patienter med lægeassistance tidligere<sup>26</sup>. Dog er der også sygehuse, hvor man var vant til at have lægebiler, som heller ikke oplever de store ændringer. De øvrige sygehuses grundlag er således – til dels – et andet, hvilket kan være en medvirkende forklaring på oplevelsen af forskellene på konsekvenserne.

På ét sygehus, som tidligere havde lægebil, opleves det fx ikke, at patienterne var bedre behandlet præhospitalt tidligere:

*"Vi var meget bekymrede over, hvad der ville ske, når lægebilerne ikke var der. Men jeg har ikke oplevet eksempler, som ville være gået anderledes i gamle dage med lægebilerne". (Overlæge)*

På et sygehus, hvor medarbejderne beskriver, at de ikke tidligere fik lægebehandlede patienter ind, oplever en akutsygeplejerske, at niveauet er højnet præhospitalt:

*"De patienter, vi får ind, er godt behandlet præhospitalt. Især hjertepatienter – de har nærmest fået al akutmedicin, som vi har været vant til at give herinde. Det har højnet niveauet for patienterne". (Sygeplejerske)*

På et tredje sygehus – hvor der tidligere var lægebil i et vist omfang – oplever en sygeplejerske på børneområdet heller ikke de store ændringer i behandlingen:

*"Jeg oplever, at de patienter vi får, er behandlet mere, efter lægebilerne er forsvundet. Jeg oplever ikke, at patienterne ikke er blevet behandlet i top. Jeg synes, det er fint at få børn [bragt ind] med paramediciner. Jeg oplever ikke en forskel. (Sygeplejerske)*

En overlæge fra dette sygehus peger dog på, at hendes kollegaer – anæstesiologerne – oplever flere utilsigtede hændelser, som de indrapporterer som følge af tilbagetrækningen:

*"Anæstesiologerne har ind imellem nogen, hvor de siger, at det kunne være anderledes, hvis der havde været en læge med". (Overlæge)*

Og en overlæge på et fjerde sygehus beretter om tilfælde, hvor han mener, at en læge kunne have gjort en forskel, hvis der havde været en sådan på skadestedet:

*"Jeg har set 1-2 eksempler på hjertestop, hvor et fremmedlegeme først blev fjernet på hospitalet. Men der er også det politiske i det, at når man ikke har læger præhospitalt, er der nogle ting, der ikke håndteres på samme måde. Der er også et diagnostikproblem i det. Kan du se Legoklodsen [i halsen] – fint [den kan fjernes med tang af redder]. Men det kan være svært at se. Så opdages det først sent. Så det er ikke kun tangen [som redderne ikke længere har]. Det er også diagnostikken, der er svær, og der har anæstesilægen andre muligheder".*

Medarbejderne pegede også i nogle tilfælde på patientgrupper, som de synes, der er udfordringer med, men hvor de ikke var sikre på, hvad det skyldtes: Ændret specialefordeling, ændrede visitationsretningslinjer, lægebilernes tilbagetrækning eller noget helt fjerde. En af disse grupper er patienter, der bløder efter at have fået fjernet mandler (tonsilblødninger). En sygeplejerske forklarer:

*"Tonsilblødning ved folk, der har fået fjernet mandler og begynder at bløde, har jeg set nogle stykker af – mere end tidligere – som har kørt rigtig langt på landevejene, der kunne være hjulpet med lægebehandling. Men det er svært at gennemskue, hvad der skyldes hvad, for man ser det først, når patienten er i hus. Det kan også være overflyttede patienter, hvor det er dårlig behandling fra*

---

<sup>26</sup> Lægebilerne dækkede ikke hele regionen på ensartet vis som beskrevet indledningsvis i afsnit 1.1.



*sygehuset, inden de kommer her. Det er måske bare noget med logistikken. Men jeg synes, jeg ser flere af dem. For mig har problemet været, at patienter bliver transporteret over lange, lange afstande, som tidligere var blevet stabiliseret af en læge. Nu bliver de kørt uden at blive stabiliseret. Men om det er fra sygehusregi eller hvad, det ved jeg ikke". (Sygeplejerske)*

Der er således en markant forskel på oplevelserne sygehusene imellem, når det kommer til lægebilernes tilbagetrækning – en forskel som ikke ses i relation til de øvrige emner i denne undersøgelse. Der er ligeledes markante forskelle i oplevelserne af tilbagetrækningen internt på det ene sygehus, hvor lægerne oplever relativt store ulemper som følge af tilbagetrækningen (et faktum der ikke nødvendigvis kan tilskrives faggruppen, men som også kan handle om afdelingstilhørsforhold, da det særligt var i kirurgien, der blev peget på, at det havde beredskabsmæssige konsekvenser).

Redderne peger i flere interviews på, at de oplevede, at samarbejdet med lægerne i bilerne havde positive konsekvenser for relationen mellem de to faggrupper, og flere peger også på, at de oplevede en bedre lægelig backup tidligere, end den de i dag har via AMK. Det er en af årsagerne til, at flere reddere ønsker lægebilerne med deres tidligere "gode kolleger" tilbage, men i en anden form end før. To reddere, der begge har arbejdet sammen med lægebilerne, forklarer:

*"Personligt savner jeg en lægelig backup. Jeg oplever, at den lægelige backup var bedre dengang, de sad i bilerne, i forhold til AMK i dag". (Paramediciner)*

*"Der har været god sparring. Jeg synes, det var ærgerligt, at vi skulle af med gode kolleger i lægebilerne. Der var en nærhed i samarbejdet. Hvis der er nogle, de [AMK-lægerne] kender heroppe fra tidligere, har det også indflydelse på samarbejdet. Jo større distance eller mangel på fysisk kontakt, jo mere skaber det barrierer og misforståelser, og det er ærgerligt for hele systemet. Det er et incitament til, at man har dem med ude på landevejen". (Ambulancebehandler)*

Som citaterne illustrerer, ønsker flere reddere lægerne tilbage i bilerne, fordi de oplevede, at det havde positive konsekvenser for samarbejdet. Ikke fordi de peger på specifikke opgaver, som redderne ønsker lægerne tilbage i bilerne for at løse. Andre peger på, at de negative samarbejds-mæssige konsekvenser ikke har vist sig helt endnu, fordi der stadig er en del reddere og læger, som kender hinanden godt fra tiden sammen i lægebilerne, men at disse gode relationer med tiden vil forsvinde, fordi de to grupper ikke længere arbejder direkte sammen i hverdagen. Men allerede nu oplever nogle reddere og læger (der tidligere har kørt lægebil), at samarbejdet er ændret:

*"Det er svært, når man ringer en læge, for vi kender ikke hinanden – ikke så godt som før". (Paramediciner)*

*"Man tør bedre gøre noget, når man kender hinanden". (Overlæge)*

De reddere, som har haft erfaringer med lægesamarbejdet, efterlyser et bedre og tættere samarbejde med AMK-lægerne – på en eller anden måde. Nogen ønsker at det skal være i et færre antal lægebiler, som kører mere fokuseret til virkelig alvorlige ting. Andre ønsker bare et tættere samarbejde.

Der var dog en enkelt patientgruppe, hvor sygehusmedarbejdere på flere sygehuse samstemmende pegede på, at der er udfordringer med. Problemet er den manglende beslutning om behandlingsstop ved hjertepatienter, når der ikke er en læge.

#### 7.1.1 Manglende beslutning om behandlingsophør ved hjertestop

Flere læger og reddere peger på problemer i forhold til genoplivning ved hjertestop, som indirekte er relateret til såvel lægebilernes tilbagetrækning, det uddelegerede kompetenceniveauet til redderne og sygehuslægerne (manglende) adgang til monitorering af vitalparametre under kørsel.

Problemerne er flere, men i praksis er konsekvensen den, at fordi det kun er en læge, der kan tage beslutningen om at stoppe genoplivning – og erklære en patient død, så kommer redderne til at foretage meget langvarige og ganske udsigtsløse genoplivningsforsøg. Det er læger og reddere enige om. En læge forklarer:

*"Der er en manglende beslutning om behandlingsstop. Man står med patienter, som er stendøde, der køres ind med fortsat genoplivning. Det er smertefuldt rent etisk og for jer i ambulancen. For eksempel for fjorten dage siden havde vi en, hvor plejehjemspersonalet [på et kommunalt tilbud] finder en beboer og synes, vi skal starte genoplivning. Så kommer I [redderne], og der er ikke nogen til at sige stop. Så ender I med 50 minutters genoplivning på en stendød fra X-købing. Det er en ubehagelig situation at være i. Det er næsten ikke til at bære. Der er mange ting i det etisk, men også at vi bruger ressourcer på en forkert måde". (Overlæge)*

Et element i problemstillingen er, at hvis der ikke er en læge til stede – særligt ved hjertestop, så er der ifølge informanterne ingen, der har autorisation til at stoppe genoplivningen, uanset hvor udsigtsløs ambulancepersonalet måtte mene, at den er, under de 50 minutters transport til sygehuset.

Men redderne peger på, at problemet også handler om noget helt andet, som ligger uden for det præhospitale område, nemlig en oplevelse af at personalet på plejehjem i mindre grad end tidligere kender de enkelte beboere. Derfor har de svært ved at vurdere, om der er tale om det, informanterne kalder et "forventet hjertestop" eller "forventet død" – og derfor går genoplivning i gang hele vejen til sygehuset, uanset hvor udsigtsløst det må være. En paramediciner beskriver dilemmaet således:

*"Vi mangler dokumentation på patienten, så de [plejehjemspersonalet] siger, hvad vi skal gøre. Vi har ikke noget formaliseret papir på det. Alle går med livrem og seler, og vi vil hellere køre med 112 [udrykning] 100 gange, end at miste én patient, der kunne have været reddet". (Paramediciner)*

Dilemmaet omkring behandlingsophør er således ikke enkelt. Det er imidlertid klart, at lægebilernes tilbagetrækning har betydet, at behovet for at løse de etiske såvel som de behandlingsmæssige udfordringer på dette område er blevet større. Samtidig er det væsentligt at erkende, at problemet også har rødder uden for det præhospitale område, hvis løsning kræver en dialog med kommunerne om, hvad konsekvenserne er i det tilfælde, hvor der ikke foreligger klare og tilgængelige beslutninger og informationer om genoplivning blandt plejehjemsbeboere.

## 7.2 Beredskabssituationer

Katastrofer er heldigvis sjældne. Den nye struktur omkring katastrofer – også kaldet beredskabssituationer – er i korte træk som følger: Sundhedsberedskabet aktiveres til katastrofesituationer, hvor der er et behov udover det sædvanlige, som ikke kan håndteres inden for rammerne af det almindelige sundhedsvæsen. AMK har i sådanne situationer det overordnede ansvar for aktivering af sundhedsberedskabet. AMK kommunikerer med den sundhedsfaglige indsatsleder (kaldet KOOL), som er en læge, der udsendes fra AMK-Vagtcentralen og melder antallet og arten af tilskadede ind til AMK. Ud fra meldingen meddeler AMK til KOOL, hvor patienterne skal visiteres til, idet AMK har det samlede overblik over kapaciteten i regionens sundhedsvæsen. AMK samarbejder og kommunikerer med regionens sygehuse om denne opgave samt med sundhedsvæsenet i andre regioner – typisk via deres respektive AMK.

Regionen oplyser, at der efter 1. marts 2011, hvor den nye struktur trådte i kraft, og indtil interviewene blev afholdt, i alt har været to hændelser, hvor AMK og sundhedsberedskabet har været aktiveret, og hvor der har været udsendt en sundhedsfaglig indsatsleder (KOOL) fra AMK-Vagtcentralen. Der var tale om en alarm vedrørende mistanke om giftigt pulver, som imidlertid efter kort tid kunne afkræftes. Den anden hændelse var en trafikulykke på motorvejen ved Køge med en dræbt og otte tilskadede.

Under interviewene omtalte medarbejderne imidlertid flere beredskabssituationer eller situationer, hvor der var tvivl om hvorvidt noget ville udvikle sig til en katastrofe, som fandt sted før etableringen af en fast lægebemandet AMK-funktion pr. 1. marts 2011. Ikke mindst den såkaldte "Præstøulykke", hvor en båd med et stort antal skolebørn kæntrerede ved Præstø og en stor del af sund-

hedsberedskabet blev aktiveret.<sup>27</sup> Det er således meget væsentligt at pointere, at katastrofer sker så sjældent, at medarbejderne i interviewene taler ud fra deres erfaringer uden at skelne skarpt mellem, hvilke katastrofesituationer der indtraf henholdsvis *før* og *efter* den nye præhospitale strukturs implementering. Katastrofer sker dermed så sjældent, at der må tages forbehold for, hvad denne analyse på det foreliggende datagrundlag kan konkludere om katastrofer og beredskabssituationer henholdsvis *før* og *efter* den nye struktur.

Det skal også bemærkes, at medarbejdernes oplevelser af beredskabssituationer ikke begrænser sig til de to beskrevne hændelser, hvor der har været udsendt en sundhedsfaglig indsatsleder, efter 1. marts 2011. Medarbejderne inddrager også en lang række andre situationer, der har været præget af tvivl om, hvorvidt en hændelse ville udvikle sig til en beredskabssituation eller ej. Heldigvis er der sjældent behov for, at beredskabet aktiveres. Men indtil dette afklares, kan usikkerhed og forvirring samt oplevelser af manglende eller manglefuld kommunikation medvirke til, at medarbejderne peger på problemstillinger i relation til (potentielle) katastrofesituationer.

De oplevede udfordringer i faktiske beredskabs- såvel som tvivlssituationer handler primært om kommunikation og information. En akutsygeplejerske beskriver:

*“Vi får upræcise meldinger ved større ulykker fra de sundhedsfaglige visitatorer, som for eksempel siger, at der er en stor ulykke ved Vordingborg, men det er uvist, hvor mange tilskadede der var. Jeg ved, at der kun skal tre personer til, at vi går i beredskab: Skal jeg sætte hele sygehuset på den anden ende? Jeg har et ansvar. Jeg bliver nødt til at være på forkant, jeg skal sætte i værk. Det er meget belastende”. (Sygeplejerske)*

Det er væsentligt at understrege, at de eksempler, der er på kommunikationsproblemer, ikke peger på de enkelte læger i AMK, men i stedet de enstrengede, hierarkiske, kommunikationsstrukturer som er bygget op omkring AMK (og KOOL-læge-funktionen), hvilket dette citat fra en sygehusoverlæge illustrerer:

*“Den hierarkiske struktur i vores kommunikationssystem er enstrengt, og når det passer den, lader den information flyde nedad. Jeg begrænser også min aggression med at få de informationer på tv i stedet. Men vi er mange, der er afhængige af den kommunikation. Det er meget mere en netværksmodel, man skal have i gang, for jeg har brug for at vide, hvad der sker ude på skadestedet. Jeg vil gerne have tilgang til de informationer, der flyder rundt. De monitoreringer, der sker derude, skal jeg kunne følge med i. Også gerne på video: Se hvad der er op og ned i den her historie. Jeg skal kunne tage den information uden at skulle forstyrre [KOOL/AMK-lægen]. På en eller anden måde skal vi bruge den viden, der bliver samlet op derude. Det burde være samlet elektronisk”. (Overlæge)*

Overlægen ønsker således, at flere nøglepersoner kan få adgang til hele den informationsstrøm, der er i katastrofesituationer, i stedet for at man har en enstrengt og hierarkisk kommunikationsstruktur, der giver mindre information ude på sygehusene, hvor der skal træffes væsentlige beslutninger. Flere medarbejdere oplever således, at de mangler informationer, der er væsentlige for at kunne træffe beslutninger lokalt. Overlægen ved godt, at der er en del “kaos” i sådan en situation, som det formuleres, men han synes, han mangler muligheder for selv at kunne vurdere “hvad der er op og ned i den her historie”. Og således nævnes flere eksempler på, at tv har givet bedre og mere information i katastrofesituationer end kommunikationsstrukturen i beredskabssystemet.

Der peges også flere steder på et ønske om mere træning i forbindelse med større ulykker – særligt på sygehusene. Men der peges også på, at lægerne i AMK stadig er relativt “skadesvante”, som en overlæge formulerer det, fordi mange indtil for nylig kørte lægebil. Men det vil ændre sig over tid, og lægerne får mindre og mindre skadestedserfaring til de beredskabssituationer, der måtte opstå. Personalet i AMK-Vagtcentralen peger også på, at de føler, at de “ikke er rutinerede i store ulykker”, som en teknisk disponent formulerer det:

---

<sup>27</sup> Der foreligger en evalueringsrapport om Præstø-ulykken. Rapporten kan rekvireres hos Region Sjælland.

*"Problemet er kommunikationen: Hvem tager sig af hvad? Vagtmesteren får ikke tilbagemeldinger. Tilbagemeldinger går tilbage til sundhedsfaglig visitator, før var det til teknisk disponent. Når en stor ulykke sker sjældent, så har man ikke rutinen. Men vi kunne øve ulykkesscenarier, og det har vi gjort tidligere, og det var godt". (Teknisk disponent)*

På flere sygehuse pegede medarbejderne således på, at de har oplevet udfordringer i forbindelse med beredskabssituationer, mens andre forudser, at der vil komme problemer i forbindelse med sådanne situationer, fordi lægerne i AMK ikke får samme skadestedstræning i dag, hvor de ikke bemander lægebilerne, som de gjorde tidligere.<sup>28</sup>

Samlet set peges der på to typer af udfordringer omkring beredskabssituationer: For det første spørgsmålet om **kommunikationssystemerne**, der er enstrengede og hierarkisk opbygget, hvor flere medarbejdere efterlyser en grundlæggende anden model, hvor flere personer kan få udvidet adgang til de data og informationsstrømme, som eksisterer, i stedet for at afvente enstrengt kommunikation i uvished – samtidig med at der påligger disse medarbejdere på sygehusene et beslutningsansvar omkring evt. at klargøre sygehusene til at modtage katastrofepatienter. Der må her tages forbehold for, at det ikke er klart, om medarbejderne i alle tilfælde relaterer disse problemer til tiden *før* 1. marts 2011, hvor ændringerne trådte i kraft, eller tiden *efter*. For det andet er det et spørgsmål om **træning** at være skadesvant og have skadestedserfaring, hvorfor mange efterlyser mere træning, ikke mindst nu hvor lægerne i AMK ikke i samme grad har hverken dagligt samarbejde og kendskab til redderne eller til skadesteder.

### 7.3 Reddernes færdigheder, viden, rutine og træning

*"I gør det supergodt!",* lød en af mange enslydende kommentarer fra en sygehuslæge til redderne under et interview. Det er indlysende, at der under et gruppeinterview let opstår en social dynamik, hvor kritik af andre tilstedeværende har en tendens til at blive reduceret. Derfor kan gruppeinterviews ikke bruges som nogen præcis måling af færdigheder. Med det forbehold in mente bør det dog bemærkes, at der generelt var mange roser fra sygehuspersonalet – ikke mindst fra lægerne – til redderne. Var de stærkt utilfredse, ville de måske nøjes med at tie under et gruppeinterview og ikke direkte rose.

Men spørgsmålet om reddernes færdigheder bliver for mange medarbejdere uvægerligt blandet sammen med spørgsmålet om lægebilernes tilbagetrækning, og derfor kan sygehuspersonalets ros til redderne ikke tages til indtægt for en ukritisk holdning til det præhospital kompetenceniveau. Kritikken handler bare ikke om reddernes måde at udføre deres arbejde på inden for de rammer og færdigheder, de er givet, men som tidligere nævnt om, at nogle – særligt læger – er kritiske overfor tilbagetrækningen af lægebilerne.

Generelt oplever redderne ikke selv, at de står i situationer, som de ikke kan håndtere på grund af manglende færdigheder. En paramediciner udtrykker den generelle holdning blandt en overvejende del af redderne klart i dette længere citat:

*"Vi mangler ikke medicinsk kompetence, men vi mangler håndgreb til at forbedre prognosen for enkelte patientkategorier. Vi kan ikke redde alle, men vi kan gøre det bedre.*

*For eksempel fjernelse af fremmedlegemer i luftvejene – det er ikke godt nok endnu. Vi står for eksempel i en situation, hvor vi kan se, der er et fremmedlegeme [i halsen], men det er begrænset, hvor langt vi kan nå med en finger: Put en legoklods i et snapseglass og prøv at få den op med fingeren – det kan du ikke. Men du kan tage den med en tang. Vi har kørt med tænger til at fjerne de ting, vi kan se, men de er blevet taget fra os igen, men jeg håber, de kommer på igen.*

*Eller trykafledning ved luft eller blod i lungerne for at forbedre prognosen. Med en enkelt kanyle kan man afhjælpe det, indtil man kan få lagt dræn på sygehuset.*

---

<sup>28</sup> Lægerne i AMK både kan og skal køre ud i bestemte situationer, men omfanget er væsentligt reduceret i forhold til tidligere, da der var lægebiler. I gennemsnit kører AMK-lægen ud i akutbil sammen med en paramediciner én gang i døgn.

*Et andet eksempel: På grunduddannelsen lærer reddere nødtracheostomi. Der findes fine sæt til at håndtere det. Vi har kun det, vi har for hånden; et glas, en kuglepen, en spade! Vi har ikke remedierne til at gøre det på en fornuftig måde.*

*Et par gange om året har vi en patient med trykaflastning, nødtracheostomien er meget sjælden. Fremmedlegemer i luftvejene sker oftest. Man skal ikke se så meget på, hvem der gør hvad. Man skal se på, hvad vi kan gøre for at løse det her. Så bør regionen sige: Skal vi lære gruppen, der håndterer de her patienter, at gøre de her ting, som kan være et spørgsmål om liv og død? Der er hjælpemidler, så man kan gøre noget uden at gøre skade. Det er ufarligt – set med mine øjne". (Paramediciner)*

Ikke alle blandt redderne pegede på de samme patientkategorier, men generelt peger de på muligheden for at foretage det, der i citatet kaldes "håndgreb", mere end de peger på generelle sundhedsfaglige – her kaldet "medicinske" – kompetencer.

### 7.3.1 Oplevelsen af manglende viden om reddernes færdigheder og muligheder

De deltagende reddere var for en stor dels vedkommende meget erfarne medarbejdere med et længere perspektiv på udviklingen i det præhospitale område. De beskriver en udvikling fra, at ambulancekørsel var "ren transporttid", som én sagde, til en situation hvor indledende diagnostik og behandling i langt højere grad startes præhospitalt, hvor uddannelsesniveaueet blandt redderne er højnet væsentligt, og hvor deres adgang til diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder er væsentligt forøget. Særligt med uddannelsen af paramedicinere har denne udvikling taget fart. Men det betyder også, at redderne stadig møder hospitalspersonale, vagtlæger og praktiserende læger, der opfatter dem og deres arbejde som et spørgsmål om "ren transporttid". Diskussionen af reddernes færdigheder må ses i lyset af hele denne udvikling og dens acceleration de seneste år.

Redderne oplever fx, at mange indlæggende læger i almen praksis/vagtlæger ikke kender de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder i ambulancerne. Særligt er der manglende viden om hjerteområdet, hvor indlæggende læge ifølge redderne i flere tilfælde ikke ved, at EKG sendt fra ambulance til Rigshospitalet kan afgøre, om patienten skal til lokalsygehus eller til akut (til PCI) på Rigshospitalet. En paramediciner forklarer her, hvilke behandlingsmæssige udfordringer det giver, at der mangler viden om kompetenceniveauerne og mulighederne i den samlede præhospitale kæde:

*"Når vi står med en AKS<sup>29</sup>-patient fra praktiserende læge, tænker de, at patienten skal ind og udredes for at se, om der er mulighed for et akut PCI.<sup>30</sup> Det gør man via det lokale sygehus, tror de. Men der mangler viden, for ambulancen har mulighed for at afklare det med det samme. De ved aktuelt ikke, om patienten har AMI, eller det er non-stemi. Vi kan optage et EKG i lejligheden, så bruger vi fem minutter deroppe. Men jo hurtigere vi kan få en diagnose fra kardiologerne på Rigshospitalet, jo hurtigere kan vi komme i gang. Og måske er det ikke hensigtsmæssigt, at patienten kommer til det lokale sygehus, hvis han har bedre af at komme til Rigshospitalet. Men ofte kommer patienten til det lokale sygehus, og når vi så træder ind, så sender de os som regel til Rigshospitalet for at se, om der er mulighed for PCI". (Paramediciner)*

*"Jeg har oplevet en [indlæggende] læge der sagde, at det [EKG] skulle vi ikke bruge tid på, vi skulle bare se at komme af sted – det sker stadigvæk i 2012. De ser det som rent transportmiddel, de ser ikke vores hjælpemidler". (Ambulancebehandler)*

Redderne mener selv, at problemet ikke handler om faggrænser, men simpelthen om "manglende viden blandt lægerne om hvad systemet kan", som en paramediciner formulerer det. Denne manglende viden, som redderne oplever, skal ses i lyset af den udvikling, der har været på området, kombineret med at de indlæggende læger i lægevagt og almen praksis ikke er direkte koblet til det præhospitale system og relativt sjældent står med fx en akut hjertepatient.

---

<sup>29</sup> AKS står for Akut Koronar Syndrom og dækker over en tilstand, hvor der mistænkes en blodprop i hjertet.

<sup>30</sup> Ballonudvidelse, som foretages på Rigshospitalet.

#### 7.4 Viden, samarbejde og kontakt på tværs af det præhospitale system

Dette afsluttende afsnit er af mere perspektiverende karakter. Til interviewene var der valgt erfarne medarbejdere, som alle arbejdede tæt på det præhospitale/akutte/modtagende område. Alligevel var der mange eksempler på, at medarbejderne ikke kendte til mange forhold på området. Følgende eksempler fra forskellige sygehuse illustrerer, hvad det bl.a. drejer sig om:

*"Min kollega spurgte mig vedrørende fokusgruppen her i dag: 'Har vi en plan for det præhospitale område?'" (Sygeplejerske i modtagelse)*

*"Jeg ved ikke, hvornår AMK træder i kraft. Det aner jeg ikke. Jeg ved ikke, hvordan AMK fungerer. Jeg vil gerne vide det, fordi de har været involveret i ulykker". (Sygeplejerske i akutmodtagelse)*

*"Jeg vidste ikke, at nogle paramedicinere også går i AMK". (Overlæge)*

*"Det er et problem, at AMK bliver opfattet forskelligt. Ingen ved, hvad det egentlig betyder. Det er, fordi vi ikke ved, hvad AMK laver. Er en teknisk disponent og AMK det samme?" (Sygeplejerske i akutmodtagelse)*

Som analysen har illustreret, involverer det præhospitale mange sygehuse, medarbejdere og sektorer. Og som det også er fremgået indirekte af nogle citater, er der nogle steder stor udskiftning i sygehusmedarbejderne, hvor der særligt på plejeområdet berettes om vikarer, udskiftninger og mange nyansatte. Hertil kommer en række uddannelseslæger, som kun er kort tid i afdelingerne. Derfor er det ikke let at rulle et projekt som den præhospitale plan ud og få kommunikeret de centrale budskaber til medarbejderne.

Denne interviewundersøgelse peger imidlertid på, at der er et behov blandt medarbejderne for viden, samarbejde og kontakt på flere fronter. Som citaterne antyder, mangler der for det første basal viden om det præhospitale områdes (re)organisering, ikke mindst det nye i AMK-Vagtcentralen, de sundhedsfaglige visitorers og AMK-lægenes roller, ansvar og arbejdsformer. Men undersøgelsen har også løbende peget på andre områder, hvor der mangler viden om alt fra reddernes opgraderede færdigheder og muligheder til nye og ændrede visitationsvejledninger.

Som analysen har vist, skaber særligt visitationsspørgsmålene en del forhandlinger og i nogen tilfælde direkte konflikter. Men samtidig peger sygehusmedarbejderne på, at de ingen eller meget begrænset kontakt har med deres kolleger på de tilsvarende afdelinger. De, der kender afdelingerne bedst på tværs, er øjensynligt redderne, som kommer på flere sygehuse, og hospitalspersonalet benyttede sig flere gange af muligheden for at udspørge redderne om, hvordan det nu fungerede med dette eller hint på modtagelsen på nabosygehuset. Medarbejdernes oplevelse af samarbejdet på tværs er:

*"Vi har ingen kontakt til kollegaer i X-by. Jeg har ingen formel kontakt, ingen faste møder med dem. Der eksisterer ikke noget samarbejde". (Overlæge på sygehus i nærheden af X-by)*

*"Det sker, at sekretæren ringer til mig, hvis det er en overflytter fra X-by. Man kunne samarbejde om det sammenhængende forløb, men jeg har aldrig været til møde med de koordinerede sygeplejersker [i X-by]". (Sygeplejerske på modtagelsen på samme sygehus i nærheden af X-by)*

På et andet sygehus fortæller sygehusmedarbejderne, som har talt om samarbejdsproblemer med et nabosygehus, følgende:

*"Der er daglige irritationer og problemstillinger, men vi har intet naturligt forum at tage det op i. Der er ingen møder – hverken de koordinerende sygeplejersker eller ikke-akutafdelingerne. Der er bare en anden kultur her versus i Z-by. Der har været noget samarbejde på tværs i forhold til telefonvisitation og behandlersygeplejersker. Men der er ikke besluttet samarbejde på tværs". (Sygeplejerske i akutmodtagelse)*

*"Der er ingen steder. Det bliver smart, når man bygger noget op og laver en fælles agenda. Men de er fuldstændig selvstændige enheder. Er der noget, bliver det sagt til chefen: 'Nu må du ringe til chefen dér!' Op igennem hierarkiet og ned igen". (Overlæge)*

At dømme ud fra interviewene er der et meget begrænset samarbejde på tværs af de forskellige modtagelser. Og den kontakt, der nogle steder er, foregår i et højere ledelsesniveau end der, hvor de erfarne sygeplejersker og overlæger, som til daglig arbejder på området, befinder sig. Som det fremgår, får det flere medarbejdere til at ønske sig muligheder for at have et forum, hvor problemstillinger, uenigheder og "daglige irritationer" kan tages op. Denne undersøgelse kan ikke belyse samarbejdsstrukturerne mellem sygehusene til bunds, da det ikke har været formålet, og da lederne ikke har været inddraget i denne medarbejderevaluering. Men den kan påpege, at selvom nogen efterlyser samarbejde mere end andre, så er der ingen af de deltagende medarbejdere, som beretter om et godt og velfungerende samarbejde med deres kollegaer på naboafdelingerne. Det betyder ikke, at det ikke finder sted; udelukkende at det ikke er kommet frem i denne undersøgelse, hvor det positive i høj grad er medarbejdernes lyst til at få en tættere kontakt til de øvrige afdelinger og dermed mere viden om det og derigennem måske et bedre samarbejde med færre misforståelser, visitationsforhandlinger og "daglige irritationer".<sup>31</sup>

#### 7.4.1 Interviewenes utilsigtede karakter af intervention

Ved næsten alle gruppeinterviews opstod en særlig dynamik – dels fordret af interviewenes praktiske gennemførelse, dels af medarbejdernes oplevelse af ikke at vide så meget om hinanden og det samlede præhospitale område, som de gerne ville. Der skete ganske ofte det, at når interviewer med jævne mellemrum vendte ryggen til deltagerne for at udvælge en ny gul seddel fra tavlen, så startede deltagerne lynhurtigt deres egne samtaler på tværs, typisk med afsæt i et spørgsmål fra en af dem: Fx "Hvordan er det egentlig med de neurologiske, skal de til ...?", "Må I godt ringe direkte til AMK, eller ...?", "Ville I gerne have EKG'erne fra ambulancen, så er det nemt, I skal bare på modtagerlisten...?" osv. Disse interne samtaler var til tider ikke lette at afbryde for at genstarte interviewene, for medarbejderne havde tilsyneladende stort behov for at få afklaret eller diskuteret disse forhold internt i gruppen. Andre gange, hvor interviewer tog udgangspunkt i en seddel fra tavlen, udviklede diskussionen af emnet sig alligevel hurtigt til en intern samtale mellem medarbejderne, fordi det havde de mere brug for end at blive interviewet, hvilket dette eksempel illustrerer:

Seddel skrevet af sygeplejerske læses op af interviewer: "Det er manglende viden på hospitalet om det præhospitale arbejde på skadestedet".

Den sygeplejerske, der har skrevet sedlen, uddyber: "Vi mangler en viden om, hvorfor redderne og paramedicinerne handler, som de gør. Der er forskel i handlinger og reaktioner, og der er manglende forståelse for det. Det er vigtigt for eksempel i forhold til traumepatienterne.<sup>32</sup> Eller hvorfor tager de ikke værdier, og hvorfor vil vi gerne have det? Hvad betyder det for vores arbejdsgang, hvad betyder det for patienterne?" (Sygeplejerske)

"Der er manglende forståelse for hinandens behov. Vi måler ikke nødvendigvis blodtryk på traumepatienter [hvilket en sygehusmedarbejder har påtalt tidligere i interviewet], hvis vi vurderer, at der er vigtigere ting at tage sig til. Men hvorfor vil I gerne have det?" [Med afsæt i dette spørgsmål begyndte gruppen straks selv at skabe netop den forståelse for hinandens behov og arbejdsgange, som de to medarbejdere lige havde efterlyst]. (Paramediciner)

Dette er nogle af eksemplerne på, at interviewene – i varierende grad – også fik karakter af intervention og dermed ikke kun interviews. Medarbejderne gjorde dem i mange tilfælde til anledninger til at få noget af den viden om systemet, reglerne og andres arbejde, som mange af dem efterlyser: de fik udvekslet synspunkter, opklaret og afklaret tvivler osv. Og nogle blev sågar ved, efter at interviewer var gået. Enkelte steder blev der direkte aftalt ændringer i samarbejdsrelationer i

---

<sup>31</sup> Regionen oplyser, at der efter afslutningen af interviewrunden har der været gennemført en busrundtur mellem de fire akutafdelinger med det formål at skabe grundlag for erfarings- og vidensudveksling på tværs af de fire akutafdelinger og et fremadrettet tættere samarbejde mellem afdelingerne. I busturen deltog afdelingsledelserne m.fl. Dette initiativ har ikke haft nogen relation til analyserne i denne undersøgelse.

<sup>32</sup> Hvor der som tidligere beskrevet findes forskellige skemaer til at score dem (se afsnit **Fejl! Henvissningskil-**  
**de ikke fundet.**).

forbindelse med interviewene. Denne udtalelse fra en redder illustrerer, hvorfor han var glad for at have deltaget:

*"Det her [interviewet] er jo en fantastisk vej for vores [reddernes] vedkommende til at komme frem med nogle ting. Jeg snakkede med A [den ledende overlæge i akutmodtagelsen], og han sagde, at det der med, at de ikke står klar ved kørsel 1 [i modtagelsen, hvilket redderen havde bragt op under interviewet], det bliver lavet om allerede i eftermiddag! Omvendt har de også en mulighed for, at de kan gå direkte til os. Så jeg synes det her tværfaglige, hvor vi kan sidde og snakke – jeg er fantastisk positiv over det". (Paramediciner)*

Som beskrevet oplever medarbejderne generelt kommunikations- og beslutningsvejene som relativt (ledelses)tunge. Og derfor oplever medarbejderne ikke, at de er inddraget i det tværsektorielle samarbejde eller i samarbejdet mellem sygehuse. Samtidig er det medarbejderne, som dagligt står med de udfordringer, som grænseflader og relationer skaber i praksis – det gør lederne ikke i samme grad. Dette er muligvis nogle af årsagerne til, at en del af medarbejderne ligesom redderen i citatet var overraskende positive over at have deltaget i interviewene: Mange gav direkte udtryk for at være meget glade over at have fået mulighed for at snakke hverdagens samarbejde og udfordringer igennem på tværs af sektorer og afdelinger. Oplevelserne af at opnå noget af den forståelse for hinandens arbejde og noget af den viden, som nogen mangler, fik en redder til at bemærke:

*"Jeg har fået den oplevelse efter at have siddet her, at vores ledere har siddet sammen. Men det burde være os. For at løse nogle af de interne ting, så mangler der, at gulvmændene mødes. Det vil jeg gå videre med".*

## 7.5 Sammenfatning af temaer på tværs af patientforløb

Der er en markant forskel på oplevelserne af konsekvenserne af **lægebilernes tilbagetrækning** sygehusene imellem. På ét sygehus oplever lægerne langt flere traumekald, som lægger beslag på kirurgisk kapacitet, som skal stå klar, samt at traumepatienter og kritisk syge ikke længere kan visiteres eller få opstartet behandling under transport i samme grad som i lægebilernes tid. Der er markante forskelle i oplevelserne af konsekvenserne internt på det ene sygehus, hvor der opleves store ulemper som følge af tilbagetrækningen, hvor det er de deltagende læger, der oplever problemer (et faktum der ikke nødvendigvis kan tilskrives faggruppen, men som også kan handle om afdelingstilhørsforhold, da det særligt er kirurgien, der blev peget på, at det havde beredskabsmæssige konsekvenser).

Ingen på de øvrige sygehuse havde samme oplevelser som lægerne herover. Flere oplever et højere niveau. Enkelte peger på, at de i et til to tilfælde enten selv eller har hørt kollegaer pege på tilfælde, hvor patienternes prognose ville have været ændret, hvis der var en læge i bilen. De øvrige sygehuse havde i varierende omfang lægebiler. Men også blandt sygehuse, som havde lægebiler, opleves ikke de store ændringer. Graden af erfaringen med lægebilerne kan således kun delvist forklare forskellene i vurderingen af konsekvenserne.

Redderne peger på en afledt konsekvens af lægebilernes tilbagetrækning, idet de ikke oplever at have så godt og tæt et samarbejde med lægerne mere, hvilket flere savner.

Sygehusmedarbejdere på tværs pegede dog på uhensigtsmæssigheder i forhold til manglende beslutning om behandlingsstop ved hjertepatienter, der indbringes døde, men som ikke kan erklæres døde uden en læge. Der er mange etiske problemer forbundet med forlænget genoplivning under transporter på patienter, som er døde.

I forbindelse med **katastrofer** peges på udfordringer, som primært handler om kommunikation og information i (potentielle) beredskabssituationer. Samlet set er der på tværs af medarbejdergrupper og sygehuse to pointer omkring katastrofesituationer: For det første spørgsmålet om kommunikationssystemerne, der er enstrengede og hierarkisk opbygget, hvor flere medarbejdere efterlyser en grundlæggende anden model, hvor nogle personer får en udvidet adgang til de data og informationsstrømme, som eksisterer i stedet for at afvente enstrengt kommunikation i uvished,



samtidig med at der påligger disse medarbejdere på sygehusene et beslutningsansvar omkring evt. at klargøre sygehusene til at modtage katastrofepatienter. For det andet er det et spørgsmål om træning, at være skadesvant og have skadestedserfaring, hvor mange efterlyser mere træning, ikke mindst nu hvor lægerne i AMK ikke i samme grad har hverken dagligt samarbejde med eller kendskab til hverken redderne eller skadestedserfaring.

Med hensyn til **reddernes færdigheder** var der ikke kritik fra nogle af de andre med hensyn til det faglige niveau – dog bør det bemærkes, at gruppeinterviews ikke er den nemmeste situation at fremsætte kritik i. Der var til gengæld en del roser til reddernes arbejde, ikke mindst fra lægerne. Redderne oplever ikke selv, at de står i situationer, som de ikke kan håndtere på grund af manglende færdigheder. Derimod peger flere på, at de ønsker sig flere *”håndgreb”*, fx muligheder for at fjerne fremmedlegemer de kan se i luftveje med tang, nødtracheostomi og bedre muligheder for trykflastning af lungerne, hvilket kun er eksempler og ikke en udtømmende liste. Det skal også understreges, at det ikke var alle reddere, som ønskede flere af sådanne muligheder.

Mange reddere har en oplevelse af, at mange i systemet – særligt indlæggende læger i almen praksis/vagtlæger – ikke kender de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder i ambulancerne godt nok, hvilket kan føre til forkerte dispositioner, hvor indlæggende læge på stedet vil have ambulancen af sted så hurtigt som muligt, mens redderne ved, at de via fx et EKG kan få afgjort præhospitalt, om ambulancen overhovedet skal til nærmeste sygehus eller direkte til PCI på Rigshospitalet, for blot at nævne et eksempel. Redderne mener selv, at problemet ikke handler om faggrænser, men om *”manglende viden blandt lægerne om, hvad systemet kan”*, som en paramediciner formulerer det. Denne manglende viden, som redderne oplever, skal ses i lyset af den relativt store udvikling, der har været på området, kombineret med at de indlæggende læger i lægevagt og almen praksis ikke er direkte koblet til det præhospitale system.

Afslutningsvis har afsnittet diskuteret et mere perspektiverende emne: Medarbejdernes efterlysning af mere **viden, samarbejde og kontakt på tværs af hele det præhospitale system**. Interviewene var i varierende grad præget af interne samtaler deltagerne imellem, idet medarbejderne tilsyneladende havde stort behov for at få afklaret eller diskuteret tvivler, uenigheder, uklarheder mv. med de andre i interviewgruppen. Det betød, at interviewene nogle steder også fik karakter af intervention, og enkelte steder blev der aftalt ændringer i samarbejdsrelationer i forbindelse med interviewene. Generelt efterlyser medarbejderne mere viden, samarbejde og kontakt på tværs af systemet, og flere beskriver kommunikations- og beslutningsvejene som relativt (ledelses)tunge, og at de ikke er inddraget i det tværsektorielle samarbejde eller i samarbejdet mellem sygehuse.

## 8. Konklusion

Denne konklusion opsummerer hovedkonklusionerne af interviewundersøgelsen af medarbejdernes perspektiver på det præhospitale område.

I **AMK-Vagtcentralen** peger medarbejderne på en række udfordringer i relation til det interne samarbejde og kommunikationen internt mellem sundhedsfaglige visitatorer og tekniske disponenter, men også i relation til samarbejdet med 112/politi, som de får opkaldene viderestillet fra. Enkelte af disse forhold er af mere teknisk art, men de fleste er samarbejds-mæssige og indikerer, at der endnu ikke eksisterer en klar og velfungerende arbejdsdeling mellem grupperne i vagtcentralen, hvilket giver sig udslag i såvel misforståelser som forhandlinger om de konkrete disponeringer. Medarbejderne oplever, at samarbejdet er blevet bedre, men efterlyser en mere målrettet indsats for at forbedre samarbejdet i hverdagen og løse de snitflader, som giver udfordringer.

I relation **reddernes arbejde på skadesteder og under transport** efterlyser de mere rettidig og mere relevant information fra AMK-Vagtcentralen med fokus på patientens aktuelle tilstand, vitalparametre, hvis de foreligger, samt den aktuelle årsag til henvendelsen. Der peges på tekniske problemer i forhold til forsinkelser af information fra vagtcentralen til redderne og i forhold til kommunikationen mellem redderne og sygehusene, som i en del tilfælde refereres at foregå via mobiltelefoner.

Redderne oplever store forskelle mellem AMK-læger med hensyn til delegering, og der eksisterer i et vist omfang en praksis, hvor redderne går udenom AMK-lægen og i stedet kontakter sygehuslæger, de kender. Redderne efterlyser mere ensartethed blandt AMK-lægerne samt et tættere samarbejde, der kan højne tilliden til reddernes observationer og kompetencer.

Måling af vitalparametre og dataadgang under transport fyldte meget. Særligt ønsker til hvordan der måles (mere kontinuerlig monitorering vs. nuværende spotmålinger), og hvem der har adgang til det (sendes til sygehuse vs. mere løbende adgang i fremtiden) fyldte meget. Der peges nogle steder desuden på udfordringer med måling af vitalparametre i ambulancer, hvor de fleste reddere mener, at der er "*klokkeklare retningslinjer*" for vitalparametre på kategori A, B og C kørsler, mens andre mente, at der ikke skal tages vitalparametre ved kategori C kørsel. Der var dog enighed om, at vitalparametre er centrale, fordi de giver et bedre grundlag for at vurdere patientens tilstand – herunder evt. op- eller nedgradere kørselsformen, og fordi vitalparametrene er en vigtig forudsætning for triagen på akutmodtagelserne. Mange sygehusmedarbejdere ønsker mere løbende adgang til patientdata, særligt vitalparametre, under transport. Det vil give grundlag for op- og nedgradering af beredskaber, så traumevagter ikke står og venter, hvis vitalparametrene ikke berettiger det – påpeger nogle læger. Redderne ser også fordele ved mere løbende adgang, hvis det fritager dem for at skulle bruge tid på at ringe og melde værdier – særligt ved svært syge/tilskadekomne. Skeptikere peger dog på, at løbende monitorering vil binde sygehusressourcer til overvågning og kan skabe en uklar rolle- og ansvarsfordeling mellem AMK-lægen og sygehuslægerne.

Relationen til **lægevagt/almen praksis** er præget af en uforståenhed over, at lægevagten ikke samarbejder med det præhospitale område, og at de to systemer eksisterer parallelt. Der opleves unødvendige indlæggelser, når vagtlæger/praktiserende læger indlægger patienter, de ikke har set. Desuden efterlyses vitalparametre fra de indlæggende læger. Det skal understreges, at lægevagten/almen praksis ikke har været inviteret til at deltage i denne undersøgelse, hvorfor belysningen af dette område er ensidig.

Udfordringer i forbindelse med **visitation** var det største emne på tværs af interviewene. Det er for det første svært at afgøre præhospitalt, hvad en patient fejler, og dermed hvilket speciale og sygehus patienten skal til. Desuden er beslutningen mere afgørende, fordi specialerne er blevet fordelt på regionens sygehuse. Specialefordelingen har medført forskellige optageområder specialerne imellem, og kombineret med vedvarende ændringer skaber det øget kompleksitet såvel som mere usikkerhed på området. Endvidere opleves det nogle steder, at de tidligere optageområder (amtsgrænserne) i et vist omfang stadig eksisterer. Der berettes flere steder om uklarhed i forhold til afgrænsningerne af "*basisfunktion*" og "*regionsfunktion*", af "*bedst egnede*" og "*nærmeste egnede*".

de" sygehuse samt spørgsmålet om, hvordan visitationsreglerne forholder sig til patienternes ret til frit sygehusvalg. Alle disse forhold gør den præhospitale visitation til en svær og kompleks opgave, samtidig med at det er blevet mere afgørende, at der visiteres korrekt.

I forbindelse med visitation opleves *forhandling* mellem sygehusene, redderne og AMK om, hvem der skal tage patienten. Både på grund af de uklarheder og usikkerheder, som er beskrevet, og fordi det er svært at afgøre, hvorvidt noget er en (kirurgisk) skade eller et medicinsk problem. En del af forhandlingerne opleves af patienterne på skadestedet eller under transporten, og medarbejderne peger på, at dette kan have negative konsekvenser for patienternes oplevelse af forløbet. Forhandlingerne omkring visitation fylder ifølge medarbejderne ikke lige meget alle steder og handler således også om lokale forhold og kulturer – ikke kun om generelle usikkerheder og komplekse regler. Flere peger på, at problemerne er på retur, og at udviklingen går den rette vej.

Forhandlinger i visitationssituationer kan også skyldes patienternes ønske om *sammenhængende forløb*. Mange kronikere er allerede tilknyttet et sygehus, og indlægges patienten for noget, der vurderes at være relateret til denne sygehuskontakt, kan det føre til forhandlinger, fordi patienterne ønsker et mere sammenhængende forløb, hvilket kan komme på tværs af reglerne. Redderne konfronteres direkte med patienternes ønsker om sammenhæng, mens AMK-Vagtcentralen og hospitalspersonalet har andre retningslinjer og ressourcemæssige hensyn at tage og har ikke sammenhængende forløb som eksplicit prioritet, omend sygehuspersonalet flere steder udtrykker ønske om mere sammenhængende forløb.

Flere medarbejdergrupper peger på, at systemet generelt har svært ved at håndtere det behov, der til tider opstår i forhold til *manglende information om baggrunden for den initiale (fejl)visitation*. Det opleves som svært at finde frem til personer, beslutninger, information og datagrundlag. Det kan både skyldes fejl og mangler i kommunikationen såvel som en tradition for mundtlige overleveringer i monofaglige søjler fra sygeplejerske til sygeplejerske. Redderne oplever samme grundlæggende udfordring, både når de har behov for at få fat i den sundhedsfaglige visitator, som har talt med en bestemt indringer, og når de har svært ved at ændre en indlæggende læges visitation foretaget uden måling af vitalparametre, men redderne selv måler vitalparametre, der peger på en anden diagnose og dermed et andet speciale på et andet sygehus. Kommunikationssystemet opleves ikke som værende indrettet på at fejl, mangler og misforståelser sker, og at medarbejderne kan have brug for at gå baglæns, ændre beslutninger og indhente mere information.

Endelig peger analysen på, at medarbejderne oplever, at *langt fra alle borgere ved, hvor de skal ringe hen ved akut sygdom*: lægevagt/egen læge, 112 eller akuttelefon? Og en del ved heller ikke, at de skal ringe først og visiteres, inden de henvender sig på visiterede skadesteder. Problemerne forstørres af, at de forskellige indgange har forskellige konsekvenser: Praksis på området er ifølge regionen, at hvis der efter et 112-kald via AMK-Vagtcentralen er visiteret en ambulance, skal patienten indbringes til en akutafdeling/skadestue og ikke en skadestue. Flere medarbejdere peger imidlertid på, at dette i nogle tilfælde kan føre til overbehandling.

I relation til **overlevering fra ambulance til hospital** er det problem, der oftest blev peget på, reddernes oplevelse af *ventetid* ved overlevering af (primært) ikke-akutte patienter. Desuden oplever redderne, at de særligt på nogen sygehuse kan have svært ved at finde en sygeplejerske at melde patienterne hos. Flere peger på, at problemet er stigende, og at der er store forskelle mellem sygehusene. Ventetid nedsætter kapaciteten i ambulanceberedskabet, og redderne går i nogle tilfælde igen uden lave en mundtlig overlevering til en sygeplejerske. De modtagende sygeplejersker er generelt enige med redderne og beskriver nogle steder store frustrationer over, at de ikke kan leve op til deres mål for triagen. Der er flere eksempler på *forsinket patientregistrering* som følge af, at sekretærerne ikke får en journal kopi i de tilfælde, hvor paramedicinerne har været involveret (fordi den ifølge paramedicinerne skal sendes til regionen), eller at ambulancejournalen først skrives efter indlæggelse, hvis der er tale om patienter, der har været stærkt behandlingskrævende under transporten. Konsekvenserne er u hensigtsmæssige for patienter og pårørendes oplevelse af systemet, men også i forhold til patientsikkerhed og risici for fejl i forbindelse med patientidentifikation. Her opstår også usikkerheder – nogen steder dagligt – på grund af brister og fejl i forbindelse med overleveringer af patienter, særligt blandt de ikke akutte – fx ældre, dehy-

drerede og demente, som risikerer at blive overset. Særligt redderne oplever, at væsentlige informationer ikke altid kommer med over i sygehusjournalen, men går tabt i overleveringen. Det får flere reddere til at foreslå, at de i indlæggelsesjournalen får et felt til overleveringen, hvoraf det fx fremgår, hvilken medicin der er givet præhospitalt.

Mange pegede på udfordringer med at have *to forskellige skemaer (på basis af samme system) til at score traumepatienter* blandt redderne og på sygehusene. De fleste mener, at forskellene er relativt små, men det fører dog til op- og nedgraderinger i forbindelse med overlevering af traumepatienter, som opleves som u hensigtsmæssige.

Flere hospitalsmedarbejdere ønsker *adgang til flere informationer om patienterne fra andre dele af sundhedsvæsenet* – inkl. den kommunale sektor – som grundlag for deres beslutninger om alt fra visitation til behandling. Flere steder efterlyses bl.a. bedre adgang til patientdata i primærsektoren og lettere tilgang til at kontakte indringere og/eller pårørende. Der er en lang række tekniske, etiske og juridiske udfordringer forbundet med dette. Men de ændrede behandlingsformer (med langt mere fokus på triage og tempo), de ændrede specialefordelinger (med længere afstande til rette specialafdeling) og den stigende forekomst af multimorbide kronikere med flere permanente behandlings- og kontrolforløb i forskellige regi øger behovet for hurtig adgang til mere information. Både til eksisterende data i andre systemer og bedre muligheder for at kunne indhente nye oplysninger fra andre sundhedspersoner eller patienter og pårørende.

Undersøgelsen belyser desuden fire **tværgående temaer**: For det *første lægebilernes tilbagetrækning*. Da undersøgelsen ikke er en sammenligning af den nuværende struktur på det præhospitalt område (uden lægebiler) med den tidligere (med lægebiler), har det ikke været formålet at undersøge dette emne specifikt. Alligevel har der været så megen offentlig debat om dette element i den præhospitalt plan, at det blev nævnt i flere interviews. Der var dog markant forskel på oplevelserne af lægebilernes tilbagetrækning sygehusene imellem. På ét sygehus, som tidligere havde lægebil tilknyttet, oplever lægerne flere traumekald, som lægger beslag på kirurgisk kapacitet, og at kritisk syge ikke længere kan visiteres og behandles præhospitalt i samme grad. Sygeplejersker og reddere på dette sygehus har ikke en oplevelse af, at lægebilernes tilbagetrækning har givet flere traumekald, og sygeplejerskerne peger på, at det skyldes et større opgaveområde og dermed flere patienter. Regionen oplyser, at antallet af traumemodtagelser samtidig med lægebilernes tilbagetrækning er reduceret fra seks til fire. Ingen på de øvrige sygehuse – som i varierende omfang har haft lægebiler – har samme oplevelse af øget aktivitet som følge af lægebilernes tilbagetrækning. Erfaringen med lægebilerne kan således kun delvist forklare de markante forskelle i oplevelserne af konsekvenserne. Flere sygehusmedarbejdere oplever et højere behandlingsniveau blandt indbragte patienter. Nogle peger på enkelte tilfælde, hvor de mener, at en patients prognose ville have været ændret, hvis der havde været en læge i bilen. Redderne peger på, at en afledt konsekvens af lægebilernes tilbagetrækning er, at de ikke har så godt og tæt et samarbejde med lægerne mere, hvilket savnes.

Flere steder blev der peget på en problemstilling omkring manglende beslutning om behandlingsstop ved hjertepatienter, hvor der er etiske problemer forbundet med forlænget genoplivning under lange transporter på patienter, som er døde, men som ikke kan erklæres døde uden en læge.

I forbindelse med *beredskabssituationer* kan der ikke konkluderes entydigt, da disse sker sjældent (to siden den nye struktur), og da det har vist sig, at medarbejderne i interview ikke har skelnet skarpt mellem problemstillinger oplevet før og efter den nye struktur. Med dette forbehold in mente peges der i analysen på udfordringer omkring kommunikation og information: For det første at kommunikationssystemerne er enstrengede og hierarkisk opbygget. Flere efterlyser en anden model, hvor flere nøglepersoner får adgang til de data og informationsstrømme, som eksisterer, i stedet for at skulle afvente enstrengt kommunikation, samtidig med at medarbejdere på sygehusene oplever et beslutningsansvar i forhold til evt. klargøring på sygehusene til at modtage katastrofepatienter. For det andet er der et spørgsmål om træning, at være skadesvant og have skadesteds erfaring, hvor mange efterlyser mere træning, ikke mindst nu hvor lægerne i AMK ikke i samme grad har hverken dagligt samarbejde og kendskab til redderne eller til skadesteder.

Med hensyn til *reddernes færdigheder* var der ikke kritik af det faglige niveau – dog bør det tilføjes, at gruppeinterviews ikke er den nemmeste situation at fremsætte eventuel kritik i. Der var til gengæld en del roser til reddernes arbejde, ikke mindst fra lægerne. Generelt oplever redderne ikke selv, at de står i situationer, som de ikke kan håndtere på grund af manglende færdigheder. Derimod peger flere, men ikke alle reddere på, at de ønsker flere *”håndgreb”*, fx muligheder for at fjerne fremmedlegemer i luftveje, nødtracheostomi og bedre muligheder for trykafledning af lungerne.

En del reddere oplever, at mange i det præhospitale system – særligt indlæggende læger i almen praksis/vagtlæger – ikke kender de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder i ambulancerne. Det kan føre til forkerte dispositioner, hvor indlæggende læge er uforstående overfor reddernes prioritering af fx at tage og sende EKG præhospitalt. Redderne mener, at det handler om manglende viden blandt lægerne om, hvad systemet kan. Dette skal ses i lyset af en kraftig udvikling i de præhospitale kompetencer de seneste år, kombineret med at de indlæggende læger i lægevagt og almen praksis ikke er koblet til det præhospitale system, og deres primære opgave er ikke at foretage indlæggelser.

Til sidst har undersøgelsen diskuteret et mere perspektiverende emne: Medarbejdernes efterlysning af mere **viden, samarbejde og kontakt på tværs af hele det præhospitale system**. Interviewene var i varierende grad præget af, at medarbejderne havde stort behov for at få afklaret problemer, tvivler og uenigheder med hinanden, og i nogle tilfælde medførte det ændringer i samarbejdsrelationer aftalt på stedet. Generelt efterlyser medarbejderne mere viden, samarbejde og kontakt på tværs af systemet, ikke mindst relationen mellem modtagelserne og AMK-Vagtcentralen, men også modtagelserne imellem på de forskellige sygehuse, hvor medarbejderne ikke oplever, at der er nogen kontakt. Flere beskriver kommunikations- og beslutningsvejene som relativt (ledelses)tunge, og at de ikke er inddraget i det tværsektorielle samarbejde eller i samarbejdet mellem sygehuse.

Samlet set har undersøgelsen peget på en lang række emner, som tilsammen udgør medarbejdernes perspektiv på det præhospitale område inden for de fire overordnede temaer: Teknologi og kommunikationsstrukturer, arbejdsgange og arbejdsorganisering, ansvars- og opgavefordeling samt medarbejdernes færdigheder.

Fordi metoden i så høj grad har lagt vægt på at kortlægge medarbejdernes perspektiv, har undersøgelsen peget på en række forhold, som ikke er direkte relateret til den præhospitale plan. Det gælder særligt i relation til spørgsmålet om visitation, som fyldte meget i interviewene. Dele af de udfordringer, som opstår omkring visitation, er relateret til specialefordelingen mellem sygehuse, de forskellige optageområder og ændrede visitationsvejledninger. Disse udfordringer udspringer primært af regionens sygehusplan og specialeplanlægningen – ikke af den præhospitale plan. Andre forhold er dog nært relateret til den præhospitale plan, fx det nye AMK's rolle i visitationsforhandlingerne samt reddernes – særligt paramedicinernes – udvidede diagnostiske muligheder.

Alt i alt peger undersøgelsen på, at der ligger betydelige ledelsesmæssige opgaver både regionalt, i AMK-Vagtcentralen og lokalt på sygehusene i forhold til fortsat at implementere den nye præhospitale plan i praksis og få arbejdsgange, samarbejdsrelationer og snitflader til at fungere bedre i hverdagen. En del af medarbejderne oplevede, at de havde stort udbytte af at tale mere sammen om det konkrete arbejde og få afklaret tvivler, diskuteret uenigheder og dilemmaer samt få en større viden om og forståelse for andre dele af den præhospitale kæde.

## Bilag 1: Interviewdeltagere

Sted/dato	Deltagere	Beskrivelse
<b>Ledelsen af Præhospitall Center</b> 6. marts	Benny Steve Jørgensen	Præhospital driftschef
	Tommy Jonasson	Vagtcentralchef
	Henning Jans	Præhospital leder
<b>Præhospitall Center</b> 15. marts	Tekniske disponenter	Falck, Teknisk disponent med supervisions- og ledelsesansvar
		Roskilde Brand, Teknisk disponent med supervisions- og ledelsesansvar
	<b>2 AMK-læger (AFBUD)</b>	<b>2 læger fra AMK (AFBUD)</b>
	Sundhedsfaglig visitator	Sundhedsfaglig visitator, Sygeplejerske
		Sundhedsfaglig visitator, Sygeplejerske
<b>Slagelse Sygehus</b> 15. marts	Ambulancereddere	Falck, Paramediciner
		Falck, Behandler
	Læger	Akut afd.
		Ortopædkirurgisk afd.
	Sygeplejersker	Akut afd.
		Akut afd.
	Sekretær	Akut afd.
<b>Roskilde Sygehus</b> 20. marts	Ambulancereddere	Roskilde Brand, Paramediciner
		Roskilde Brand, Behandler
	Læger	<b>Medicinsk afd. (AFBUD)</b>
		Kardiologisk afd.
	Sygeplejersker	Medicinsk afd.
		Neurologisk afd.
<b>Køge Sygehus</b> 20. marts	Ambulancereddere	Roskilde Brand, Paramediciner
		Roskilde Brand, Ambulancebehandler
	Læger	<b>Ortopædkirurgisk afd., 1. reservelæge (AFBUD)</b>
		Akutmodtagelse
	Sygeplejersker	Akutmodtagelse
		Akutmodtagelse
<b>Holbæk Sygehus</b> 23. marts	Ambulancereddere	Falck, Paramediciner
		Falck, Behandler
	Læger	Medicinsk afd.
		Akut afd.
	Sygeplejersker	<b>Pædiatrisk afd., Børnemodtagelsen (AFBUD)</b>
		Akut afd.
	Sekretær	<b>Akut afd. (AFBUD)</b>

Sted/dato	Deltagere	Beskrivelse
<b>Næstved Sygehus</b> <sup>33</sup> 26. marts	Ambulancereddere	Falck, Paramediciner
		Falck, Behandler
	Læger	Medicinsk afd. Pædiatrisk afd.
	Sygeplejersker	Medicinsk afd., Visitationssygeplejerske Pædiatrisk afd., Afdelingssygeplejerske
	Sekretær	Pædiatrisk afd.
<b>Nykøbing Falster Sygehus</b> 26. marts	Ambulancereddere	Falck, Paramediciner Falck, Behandler
	Læger	Pædiatrisk afd. Akut afd.
	Sygeplejersker	Pædiatrisk afd. Akut afd.
	Sekretær	Akut afd., Lægesekretær

---

<sup>33</sup> Den ledende overlæge i akutmodtagelsen deltog delvist i interviewet, idet han troede, han skulle deltage. Men da han ikke fremgik af den af Region Sjælland udarbejdede liste over informanter, og da der var to andre læger, som allerede var mødt op, blev vi enige om at holde os til den på forhånd bestemte sammensætning af gruppen, og den ledende overlæge blev inviteret til at blive uden at deltage aktivt. I flere situationer under interviewet henviste deltagerne dog til ham, og han har således delvist deltaget. Han er ikke citeret i analysen.