

Egil Boll Hansen, Danijela Gusak og Anna Wulff Westergaard

# Akutteamet i Sønderborg Kommune

Evaluering af funktionsmåde og effekter



*Akutteamet i Sønderborg Kommune – Evaluering af  
funktionsmåde og effekter*

Publikationen kan hentes på [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne, 2015

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.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7509-889-7  
Projekt: 10964

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

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



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

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

I 2012 etablerede Sønderborg Kommune et akutteam af sygeplejersker, som skulle bidrage til at forebygge indlæggelser af borgere med udvalgte diagnoser og til, at kommunen kunne håndtere accelererende udskrivelser fra sygehus. Også andre kommuner har primært siden kommunalreformen i 2007 etableret akutteam eller andre akutte tilbud for at forebygge eller afkorte indlæggelse på sygehus.

Sønderborg Kommune har ønsket en evaluering af, i hvilken udstrækning formålet med akutteamet er blevet opfyldt, og hvordan den måde, akutteamet er organiseret i praksis, har fungeret.

Evalueringen har altså primært været rettet mod at give input til Sønderborg Kommunes overvejelser om den fremtidige organisering af akutfunktionen i kommunen. Det er imidlertid håbet, at også andre kommuner vil have udbytte af at læse om erfaringerne fra Sønderborg Kommune.

Sønderborg Kommune har etableret en styregruppe, som har bidraget ved udformningen af evalueringen, og som har kommenteret udkast til rapport fra evalueringen. Der har endvidere været etableret en arbejdsgruppe af medarbejdere fra Sønderborg Kommune, som har bistået med at fremskaffe data til evalueringen og til at indgå aftaler med personer, som har skullet deltage i interview.

KORA takker for et godt og konstruktivt samarbejde i forbindelse med evalueringen. Alene KORA og forfatterne har ansvaret for rapporten og rapportens konklusioner.

Eigil Boll Hansen  
August 2015

# Indhold

Resumé.....	6
1 Baggrund og formål med evalueringen .....	11
1.1 Evalueringens formål.....	12
1.2 Rapportens opbygning .....	13
2 Fremgangsmåde i evalueringen .....	14
2.1 Virkninger af akutteamet .....	14
2.1.1 Virkninger på indlæggelser og medfinansiering.....	14
2.1.2 Håndtering af udskrivninger .....	15
2.1.3 Omkostninger .....	15
2.2 Akutteamets implementering .....	15
2.2.1 De formelle rammer for akutteamet.....	16
2.2.2 Borgere i akutteamet .....	16
2.2.3 Akutteamets funktionsmåde .....	16
2.2.4 Akutteamets samspil med hjemmesygeplejen og konsekvenser for hjemmesygeplejen.....	16
2.2.5 Akutteamets samarbejde med sygehuspersonale og praktiserende læger .....	17
2.2.6 Borgernes oplevelse af akutteamet.....	17
2.3 Opsamling .....	17
3 Akutteamets funktionsmåde i praksis .....	19
3.1 Rammer for akutteamet.....	19
3.2 Tilkendegivelser af akutteamets organisering og vedligeholdelse af kompetencer.....	20
3.3 Henvi sning til akutteamet og borgere i teamet.....	22
3.4 Aktivitet og ydelser i akutteamet.....	23
3.5 Adgang til udstyr og akutplads.....	28
3.6 Opsamling .....	28
4 Akutteamets samspil med hjemmesygeplejen og konsekvenser for hjemmesygeplejen .....	30
4.1 Samspillet mellem akutteam og hjemmesygepleje.....	30
4.2 Ændringer i hjemmesygeplejens opgaver .....	33
4.3 Opsamling .....	34
5 Samarbejdsrelationer til sygehus og almen praksis.....	35
5.1 Sundhedspersoners opfattelse af akutteamets formål og målgruppe.....	35
5.2 Sundhedspersoners beskrivelse af kommunikation og samarbejde med akutteamet.....	36
5.3 Lægedele gation og behandleransvar .....	38
5.3.1 Lægedele gation.....	38
5.3.2 Behandleransvar.....	39

5.4	Sundhedspersoners generelle vurderinger af akutteamet, herunder kompetencer og funktionsmåde mv.....	40
5.5	Opsamling .....	42
6	Borgeres oplevelse af akutteamet .....	43
6.1	Sygdomsforløb/sundhedsproblem .....	43
6.2	Akutteamets og eventuelt øvrig hjemmesygeplejes opgaver hos borgerne.....	44
6.3	Borgernes vurdering af behandling og pleje fra akutteam og hjemmesygepleje.....	45
6.3.1	Behandling i eget hjem frem for på sygehus.....	45
6.3.2	Borgernes vurdering af akutteamets indsats og kontinuiteten .....	47
6.4	Borgernes oplevelse af kontakten med hjemmesygeplejen (og akutteamet)...	48
6.5	Opsamling .....	49
7	Udviklingen i indlæggelser på sygehus og kommunens medfinansiering .....	50
7.1	Udviklingen i indlæggelser, ambulante besøg og medfinansiering.....	50
7.2	Håndtering af hurtige udskrivelser .....	56
7.3	Opsamling .....	58
8	Sammenfattende diskussion, anbefalinger konklusion og anbefalinger .....	59
8.1	Akutteamets virkninger på indlæggelser, ambulante besøg og udskrivelser fra sygehus .....	59
8.2	Akutteamets økonomi.....	61
8.3	Borgeres oplevelse af akutteamet.....	61
8.4	Henvisning af borgere til akutteamet .....	62
8.5	Akutteamets organisation, kapacitet og samspil med hjemmesygeplejen.....	63
8.6	Akutteamets 'second opinion'.....	64
8.7	Udvikling og vedligeholdelse af kompetencer .....	65
8.8	Akutteamets samarbejde med sygehus og praktiserende læger .....	65
8.9	Behandleransvar og delegation .....	66
8.10	Konklusioner .....	66
	Litteratur .....	68

# Resumé

Denne rapport indeholder resultater fra en evaluering af Sønderborg Kommunes akutteam, som blev etableret i 2012. Evalueringen har haft til formål at dokumentere indsats, effekt og kvalitet i forhold til akutteamets betydning for forebyggelse af indlæggelser og for håndtering af accelererende udskrivelser fra sygehus. Evalueringen har haft fokus på at give et grundlag for den fremtidige organisering og tilrettelæggelse af akutteamet. Evalueringen har dermed skullet give et billede af akutteamets funktionsmåde ved udførelsen af behandling og pleje til borgerne og af akutteamets samspil med kommunens hjemmesygepleje og samarbejdspartnere på sygehus og i almen praksis.

## Fremgangsmåde

Der har til analysen af virkninger i sygehusvæsenet været benyttet data fra KØS (KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag). Evalueringen har analyseret udviklingen fra før akutteamets etablering til efter, men evalueringen har været begrænset af, at der har manglet et velegnet sammenligningsgrundlag, som beskriver udviklingen uden et akutteam.

Akutteamets funktionsmåde er analyseret på baggrund af data fra Sønderborg Kommune om akutteamets aktivitet og ydelser. Der har endvidere været gennemført fokusgruppeinterview med sygeplejersker fra akutteamet om udførelse af behandling og pleje og om samarbejdet med den øvrige hjemmesygepleje samt sygehus og almen praksis. Et fokusgruppeinterview med hjemmesygeplejersker har belyst hjemmesygeplejens oplevelse af samspillet med akutteamet, og telefoninterview med sygehusansatte og praktiserende læger, som har henvist borgere til akutteamet, har belyst deres vurderinger af akutteamets funktion og samspillet med akutteamet.

Der har været gennemført personinterview eller telefoninterview med borgere om deres oplevelse af behandling og pleje fra akutteamet og af at modtage behandling og pleje i hjemmet frem for på sygehus.

## Konklusion

Der kan ikke, efter at akutteamet er blevet etableret, konstateres et fald i indlæggelser på sygehus af borgere med en diagnose, hvor det på forhånd blev antaget, at indlæggelser kunne forebygges. Udviklingen i antal indlæggelser tyder altså på, at målet om at forebygge indlæggelser ikke er blevet opfyldt, selv om sygeplejerskerne i akutteamet har vurderet, at det er sket i en række tilfælde. Det kan heller ikke udelukkes, at det faktisk er sket, men der har ikke været tilgængelige data til at dokumentere dette.

Der har kunnet konstateres et fald i den gennemsnitlige liggetid på sygehus for patienter med en diagnose, som nævnt ovenfor. Vi kan ikke med sikkerhed konkludere, at dette er en konsekvens af akutteamets etablering. Det kan bl.a. være et resultat af ændrede procedurer på sygehus. Akutteamets opgaver og henvisningsmønstret til akutteamet taler imidlertid for, at akutteamet har afkortet borgernes liggetid på sygehus, og at akutteamet dermed har bidraget til at aflaste sygehusvæsenet.

Borgere, som er blevet henvist til akutteamet, er glade for at have fået mulighed for at modtage behandling og pleje i hjemmet frem for på sygehus. De er trygge ved at modtage behandlingen i hjemmet og fremhæver akutsygeplejerskernes kompetence og imødekommenthed.

Akutteamet har altså alt i alt bidraget til at styrke det nære sundhedsvæsen i Sønderborg Kommune til borgernes tilfredshed, og det har aflastet sygehus og (nogle) praktiserende læger.

### **Akutteamets funktionsmåde i praksis**

Der har siden 2. kvartal 2013 været en stigende besøgsaktivitet i akutteamet. Der har været en tendens til et fald i andelen af borgere med blot et enkelt besøg og en stigning i andelen af borgere med mindst fem besøg. Det kan bl.a. være en konsekvens af, at IV-injektion er kommet til at fylde en større del af akutsygeplejerskerne tidsforbrug og faglig udredning en mindre del. Det kan være en konsekvens af et øget antal henvisninger fra sygehus.

Der er et mindre antal ydelser, som lægger beslag på langt den største del af akutteamets tidsforbrug, heraf udgør IV-injektion, måling af temperatur, puls, respiration eller blodtryk, faglig udredning og IV-væskebehandling langt den største del.

Akutteamets organisering i et lukket team har givet den fordel, at sygeplejerskerne i akutteamet har kunnet koncentrere sig om at udføre en række specifikke sygeplejeopgaver. Det medfører en volumen i opgaverne, som bidrager til at vedligeholde deres kompetencer til at udføre dem. Organisationsformen har endvidere givet den fordel, at sygeplejerskerne i akutteamet har haft mulighed for at sparre med hinanden.

Hjemmesygeplejerskerne oplever ikke, at der generelt er uklarhed om arbejdsdelingen mellem akutteam og hjemmesygepleje, men der nævnes eksempler, hvor der udtrykkes tvivl om arbejdsdelingen.

Akutteamet angiver selv, at de af og til må afvise en henvisning på grund af manglende kapacitet, og hjemmesygeplejerskerne har oplevet perioder, hvor akutteamet ikke har haft tid til at aflægge et tilsyn. I første kvartal af 2015 har akutteamet ifølge egne registreringer afvist en henvisning 1-4 gange om måneden, hvilket ikke tyder på, at manglende kapacitet er ofte forekommende.

Der er ingen opgørelser over, hvor borgere til akutteamet henvises fra, men sygeplejerskerne i akutteamet fortæller, at de fleste henvisninger kommer fra sygehus. Teamet vurderer imidlertid, at der kommer flere og flere henvisninger fra praktiserende læger.

Der er ikke kvantitative opgørelser, der gør det muligt at analysere, i hvilken udstrækning den faktiske målgruppe for akutteamet svarer til den planlagte. Akutteamets "visitation" bidrager imidlertid til, at akutteamet betjener den planlagte målgruppe.

### **Akutteamets samspil med hjemmesygeplejen og konsekvenser for hjemmesygeplejen**

Hjemmesygeplejerskerne og sygeplejerskerne på plejecentrene oplever det som positivt, at de har kunnet kontakte sygeplejersker i akutteamet, når de har været i tvivl om, hvordan de skulle handle hos en borger. Der er en generel oplevelse af, at man har haft god gavn af samarbejdet med akutteamet.

Det er akutteamets oplevelse, at der er forskel på, hvor tilbøjelige hjemmesygeplejerskerne og sygeplejersker på plejecentre har været til at søge råd hos akutteamet. Der har imidlertid i slutningen af 2014 og begyndelsen af 2015 i forhold til tidligere været en stigning i, hvor ofte akutteamet har givet en 'second opinion'.

Ulempen ved et lukket team har været, at det har været vanskeligere at opretholde en kontakt til den øvrige hjemmesygepleje, og nogle hjemmesygeplejersker kunne ønske sig

en tættere kontakt med akutteamet med henblik på at kunne drage nytte af akutsygeplejerskernes kompetence og erfaringer.

Hjemmesygeplejerskerne oplever, og det fremgår også af deres ydelsesregistreringer, at der har været en udvikling i deres opgaver, således at der også i hjemmesygeplejen skal udføres flere specielle sygeplejeopgaver. Specielle sygeplejeopgaver udgør dog stadig en beskedent del af hjemmesygeplejens opgaver.

### **Samarbejdsrelationer til sygehus og almen praksis**

Sygehusansatte og praktiserende læger vurderer, at de faglige og menneskelige kompetencer blandt sygeplejerskerne i akutteamet er meget høje. Der er altså blandt de interviewede generelt tillid til akutteamets kompetencer. Der hersker en bred enighed om, at akutteamet er et godt initiativ, og en bibeholdelse og udvikling af funktionen er en forudsætning for, at fremtidens udfordringer i sundhedssektoren kan imødegås.

Der er blandt sygehusansatte og praktiserende læger ikke en fælles opfattelse af, hvilke borgere der er målgruppen for akutteamet. Der nævnes mere generelt grupper, hvor indsatsen fra akutteamet kan erstatte sygehusophold.

Set fra sygehusansattes og praktiserende lægers side fungerer kommunikationen med akutteamet godt. Henvisningen foregår via telefonisk kontakt, hvilket også er et kriterie fra kommunens side. Kommunikationen ved henvisninger synes ligeledes, ifølge sygeplejersker i akutteamet, at fungere upåklageligt.

Sygeplejerskerne i akutteamet har i nogle tilfælde vanskeligt ved at placere det lægelige ansvar. Det gør sig især gældende for borgere, der er henvist fra medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus.

Sygeplejerskerne i akutteamet savner en rammedelegation fra praktiserende læger til at måle CRP (C-reaktivt protein) og andre værdier hos borgerne. De skal i de fleste tilfælde kontakte en praktiserende læge for at få en ordination til at foretage målingen.

### **Borgernes oplevelse af akutteamet**

Borgernes vurdering af behandling og pleje i hjemmet med deltagelse af akutteamet er alt i alt positive. Tilfredsheden blandt de interviewede er stor – særligt i forhold til muligheden for at kunne være hjemme og modtage behandlingen her. Det er højt værdsat, at de kan fortsætte i deres daglige rytme. De vante rammer skaber desuden tryk og frihed.

Borgerne vurderer akutsygeplejerskerne som meget kompetente, fagligt dygtige og imødekommende, hvilket bidrager til, at de føler sig trygge ved at modtage behandling i hjemmet. Borgerne oplever også, at informationen og inddragelsen i forhold til sygdom og plan for behandlingen er upåklagelig. Ligeledes er udførelsen af opgaver konsistent og tilfredsstillende, og der opleves generelt kontinuitet i behandlingen.

### **Udviklingen i indlæggelse på sygehus og kommunens medfinansiering**

Der har ikke kunnet konstateres et fald i antal indlæggelser og ambulante besøg af borgere med diagnoser, som det blev antaget kunne forebygges. Vi har ikke kunnet konstatere en anderledes udvikling i Sønderborg Kommune end i hele Region Syddanmark, som kunne indikere, at akutteamet har forebygget et større antal indlæggelser. Der har imidlertid for de udvalgte diagnoser for borgere fra Sønderborg Kommune været et fald i den gennemsnitlige liggetid, som ikke har kunnet konstateres for hele Region Syddanmark.



Udsagn fra sygeplejersker i akutteamet og fra hjemmesygeplejersker tyder på, at akutteamet har bidraget til, at Sønderborg Kommune har kunnet håndtere hurtige udskrivinger fra sygehus, og akutteamet har måske ligefrem i nogle tilfælde bidraget til at fremskynde udskrivinger fra sygehus. Udsagn fra sygehusansatte læger og sygeplejersker peger ligeledes i retning af, at akutteamet har bevirket, at nogle patienter kan udskrives hurtigere fra sygehus.

### **Anbefalinger**

Der er i det afsluttende kapitel formuleret en række anbefalinger:

- Flere borgere i akutteamet har været mobile, og det er derfor et spørgsmål, om det ressourcemæssigt var mere hensigtsmæssigt, hvis der var mulighed for, at borgerne fx kunne få injektioner på en klinik. Borgerne fremhæver imidlertid som positivt ved akutteamet, at de sparer transport til sygehus, og at de føler sig mindre som patient ved at modtage behandling i hjemmet.
- Det anbefales, at der i journalsystemet bliver mulighed for at registrere, hvem der har henvist en borger til akutteamet. Det vil give mulighed for at følge udviklingen i henvisningsmønstret, og i hvilken udstrækning en henvisning sker før eller efter en indlæggelse.
- Det anbefales, at den nuværende organisationsform bibeholdes, men at der fastlægges nogle rammer for lejlighedsvis mødeaktivitet eller lignende mellem akutteam og hjemmesygepleje.
- Der er brug for, at der tages stilling til, hvordan nattevagten i hjemmesygeplejen organiseres, så de fornødne kompetencer til at udføre akutfunktionen er til stede.
- Det kan overvejes, om akutteamet organisatorisk kan sammenlægges med en anden sygeplejeenhed i kommunen for at styrke ledelsesressourcer til personaleledelse og udviklingsopgaver. Akutteamets opgaver bør dog fortsat ligge hos en afgrænset gruppe sygeplejersker.
- Der er behov for på baggrund af erfaringerne fra den forløbne periode at præcisere og synliggøre principperne for arbejdsdeling mellem akutteam og hjemmesygepleje.
- Det kan anbefales, at der i en dialog mellem hjemmesygeplejen og akutteamet på baggrund af hidtidige erfaringer formuleres retningslinjer for, hvor det er relevant, at hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i plejecentre kontakter akutteamet.
- Det bør overvejes, hvorvidt retningslinjerne for, hvordan sygeplejersker på plejecentre kommer i kontakt med akutteamet, er hensigtsmæssige.
- Det er vigtigt at være opmærksom på et fortsat behov for at vedligeholde og udvikle akutteamets kompetencer til stadig mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen.
- Der er brug for opmærksomhed på, at der i hjemmesygeplejen er kompetencer, så hjemmesygeplejerskerne kan håndtere flere komplekse og specielle sygeplejeopgaver, som både er en konsekvens af akutteamet og ændringer i udskrivningspraksis på sygehus.
- Hjemmesygeplejen skal endvidere indrette sig på, at der fremover bliver flere komplekse opgaver uden for normal dagarbejdstid.
- Det anbefales, at der indgås en dialog mellem kommune og henholdsvis Sønderborg Sygehus og praktiserende læger om målgruppen og kriterier for henvisning til akutteamet.
- Der kan være brug for at finde måder til at styrke samarbejdet mellem akutteam og praktiserende læger.

- Der er behov for at få præciseret og beskrevet behandleransvaret og muligheden for kontakt med en ansvarlig læge ved henvisninger til akutteamet fra sygehus.
- Der er brug for, at der findes en løsning, så sygeplejerskerne i akutteamet har en generel rammedelegation til at måle værdier hos borgerne med henblik på at udrede sygdomssymptomer.

# 1 Baggrund og formål med evalueringen

Sønderborg Kommune har i hjemmesygeplejen etableret et akutteam, som skal varetage behandling og sygepleje i forhold til pludselig opstået sygdom eller ulykker hos borgere i eget hjem, og som har en eller flere af en række lidelser. Etableringen af et akutteam i Sønderborg Kommune er et led i en tendens, som især har gjort sig gældende siden kommunalreformen i 2007. I november 2013 havde 72 kommuner etableret akutfunktion i form af akutteam eller akutpladser (Momentum 2014).

Teamet i Sønderborg Kommune blev etableret i 2012 og har skullet styrke og udvikle kvaliteten ved accelererede udskrivinger og det efterfølgende behandlingsforløb i kommunen. Akutteamet har endvidere skullet styrke indsatsen for borgere med kroniske lidelser, hvor en fokuseret indsats i hjemmet kan forebygge unødvendige indlæggelser og undgå genindlæggelser efter endt sygehusophold (Sønderborg Kommune 2012).

Akutteamet er etableret på baggrund af et mere specialiseret sundhedsvæsen, som betyder, at borgere på sygehus får accelereret behandling og dermed hurtigere udskriving. Den ambulante aktivitet er øget, og meget af den behandling, der tidligere krævede indlæggelse, kommer til at foregå i hjemmet. Sønderborg Kommune har en vision om at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor der arbejdes på tværs af forvaltninger sammen med almen praksis og sygehusvæsenet. Sigtet er at give borgerne et sundere og længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne (Sønderborg Kommune 2015). Akutteamet har givet mulighed for at opbygge en specialiseret faglig kompetence i hjemmesygeplejen til at imødekomme udfordringer fra et mere specialiseret sygehusvæsen.

Formålet med akutteamet har været at reducere antal indlæggelser og genindlæggelser ved udvalgte kroniske lidelser.

Formålet har endvidere været at reducere den kommunale medfinansiering af indlæggelser på Aabenraa og Sønderborg sygehuse til disse lidelser. De udvalgte lidelser er (Sønderborg Kommune 2015):

- Blærebetændelse
- Væskemangel
- Svimmelhed
- Forstoppelse
- Lungebetændelse
- Fald
- Underernæring
- KOL
- Borgere i den terminale fase

Med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser har der samtidig – bortset fra hos borgere i den terminale fase – været generel opmærksomhed på i kommunens hjemmepleje tidligt at observere symptomer på disse diagnoser.

Endelig har formålet med akutteamet har været, at kommunen kan håndtere, at 60-80 % af akut indlagte borgere udskrives inden for 48 timer (fra 2020 senest efter 18 timer), og

accelererende udskrivelser fra de resterende sygehuse i regionen samt i et vist omfang fra andre regioner (Sønderborg Kommune 2015).

## 1.1 Evalueringens formål

Akutteamet blev etableret som et projekt med en projektperiode fra september 2012 til marts 2015, hvor der skulle gennemføres en endelig evaluering af akutteamet. Sønderborg Kommune har ønsket en evaluering, der har skullet dokumentere effekt og kvalitet i forhold til akutteamets betydning for håndtering af accelererende udskrivninger og forebyggelse af indlæggelser med udvalgte diagnoser (Sønderborg Kommune 2015). Dette er således evalueringens overordnede formål.

I kommissoriet for evalueringen (Sønderborg Kommune 2015) henvises endvidere til, at der ved akutteamets etablering blev udarbejdet et Udkast til evalueringsplan (upubliceret), hvor evalueringens formål var angivet til at belyse virkninger af akutteamet:

- Hvorvidt kommunen ved etablering af akutteam kan håndtere, at 60-80 % af akut indlagte borgere udskrives inden for 48 timer
- Om indlæggelser og genindlæggelser af kendte borgere med udvalgte diagnoser kan forebygges
- Om der kan opnås en reduktion på medfinansiering på de valgte diagnoser/målgrupper
- Om kommunen kan håndtere accelererede udskrivelser fra resterende sygehuse i og uden for regionen.

Etableringen af akutteamet kan have haft betydning for sygehusenes udskrivelsespraksis, således at borgere fra Sønderborg Kommune med komplekse problemstillinger udskrives hurtigere. Evalueringen skal således også afdække ændringer i hjemmesygeplejens opgavesammensætning efter etablering af akutteam (Sønderborg Kommune 2015).

Ifølge kommissoriet for evalueringen ønskes der derudover (Sønderborg Kommune 2015) en evaluering af akutteamets funktionsmåde (implementeringen af akutteamet):

- Der har været etableret en styregruppe, som har skullet sikre fremdrift i og en eventuel rettidig justering ved etableringen af akutteamet. Da akutteamet ved denne endelige evaluering var kommet ud over en etableringsfasen, indgår styregruppens rolle ikke i evalueringen.
- Evalueringen skal belyse antal forløb, hvad der karakteriserer forløbene, og hvad der karakteriserer patienterne i akutteamet. Denne del af evalueringen skal bidrage til at belyse, om de faktiske patienter i akutteamet svarer til dem, der var afgrænset som målgruppen.
- Evalueringen skal også belyse kvaliteten i tilbuddet med hensyn til bl.a. tilbuddets relevans, kontinuitet for borgerne og faglig kvalitet.
- Evalueringen skal endvidere belyse samarbejdet med sygehusene, praktiserende læger, vagtlæger og med den øvrige hjemmesygepleje. Heri skal indgå en analyse af, i hvilken udstrækning de aftalte arbejdsgange efterleves, og hvordan samarbejdspartnerne bedømmer indsatsen fra akutteamet.
- Som en del af akutteamets funktionsmåde ønskes belyst, i hvilken udstrækning borgere/pårørende oplever tilbuddet som godt, kvalificeret og sammenhængende.

Endelig ønskes en belysning af økonomiske konsekvenser af etableringen af akutteamet, herunder i relation til den samlede drift af hjemmesygeplejen og i relation til kommunens medfinansiering af sundhedsvæsenet på de udvalgte diagnoser.

Som grundlag for kommunens overvejelser og stillingtagen til den fremtidige tilrettelæggelse af akutteamet har evalueringen skullet belyse bl.a. procedurer, arbejdsgange, samarbejdsflader og -aftaler, ansvarsfordeling, arbejdsdeling mellem akutteam og øvrig hjemmesygepleje, ressourcer og bemanning samt organisering.

## 1.2 Rapportens opbygning

Rapporten er bygget op på den måde, at der i kapitel 2 beskrives de emner, som evalueringen har belyst, samt fremgangsmåden i evalueringen og det materiale evalueringen bygger på. De efterfølgende kapitler 3–5 er hovedsagelig en beskrivelse af akutteamet og forskellige aspekter af den måde akutteamet fungerer på i samspil med samarbejdspartnere og borgere. I kapitlerne præsenteres også informanternes vurderinger fra de gennemførte interview af akutteamets funktionsmåde. I kapitel 6 fremlægges borgeres oplevelser af akutteamet, og i kapitel 7 analyseres udviklingen i indlæggelser og medfinansiering af sygehusindlæggelser i Sønderborg Kommune.

I kapitel 8 diskuteres og fortolkes de empiriske fund, som er beskrevet i de foregående kapitler, og der formuleres på den baggrund anbefalinger til fremtidige initiativer. Dette kapitel indeholder endvidere nogle overordnede konklusioner.

## 2 Fremgangsmåde i evalueringen

Evalueringens opbygning har taget udgangspunkt i Sønderborg Kommunes ønsker til en evaluering af akutteamet. Datamulighederne har imidlertid sat visse begrænsninger for muligheden for at opfylde ønskerne til evalueringen. I dette kapitel beskrives, hvilke temaer der har været indeholdt i evalueringen, og hvilke data der har været brugt til at belyse temaerne.

Evalueringen har grundlæggende været opdelt i to dele:

- En evaluering af implementeringen af akutteamet
- En evaluering af virkninger af akutteamet

I evalueringen er endvidere indgået, hvilken indflydelse implementeringen har haft på virkningerne af akutteamet. Evalueringen bygger primært på materiale fra Sønderborg Kommune og interview af relevante nøglepersoner, som beskrevet nedenfor. Sundhedsstyrelsen har i 2014 udarbejdet faglige anbefalinger for kvaliteten i kommunale akutfunktioner (Sundhedsstyrelsen 2014). En række af disse anbefalinger er inddraget i evalueringen.

### 2.1 Virkninger af akutteamet

#### 2.1.1 Virkninger på indlæggelser og medfinansiering

Spørgsmålet, om hvorvidt akutteamet kan forebygge indlæggelser og genindlæggelser af kendte borgere, har i analysen bestået i at opgøre antal indlæggelser i en periode før akutteamets etablering (2012) og sammenligne med antal indlæggelser i årene efter akutteamets etablering (2013 og 2014).

Der er metodiske udfordringer forbundet med at opgøre virkninger af akutteamet på sygehusindlæggelser og medfinansiering, da der ikke er et sammenligningsgrundlag, som udtrykker, hvordan udviklingen for Sønderborg Kommune ville have været, hvis akutteamet ikke var etableret. For at have et sammenligningsgrundlag er udviklingen i Sønderborg Kommune sammenlignet med udviklingen i indlæggelser og medfinansiering i hele Region Syddanmark. Det kan dog ikke udelukkes, at særlige vilkår har været gældende i Sønderborg Kommune – ud over akutteamet – og at disse vilkår kan have ført til en anderledes udvikling i indlæggelser og medfinansiering i Sønderborg Kommune end i de øvrige kommuner i regionen. Analysen er udført på indlæggelser og medfinansiering af borgere på 65+ år. Langt de fleste besøg fra akutteamet har været til denne aldersgruppe. Endvidere er hyppigheden af indlæggelser blandt yngre relativt lavt, hvilket giver risiko for tilfældige udsving i indlæggeshyppigheden, så det kan være vanskeligt at observere en tendens.

Om akutteamet bidrager til at reducere kommunens medfinansiering af sygehusindlæggelser, er analyseret på tilsvarende måde, og der knytter sig tilsvarende forbehold til denne fremgangsmåde.

Data er leveret af Sønderborg Kommune på baggrund af udtræk fra KØS (Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag).

### 2.1.2 Håndtering af udskrivinger

Spørgsmålet om, i hvilken udstrækning akutteamet har bevirket, at Sønderborg Kommune er i stand til at håndtere, at 60-80 % af akut indlagte borgere udskrives inden for 48 timer og accelererende udskrivelser fra øvrige sygehuse, har ikke kunnet belyses kvantitativt. Evalueringen af dette aspekt har derfor beroet på udsagn fra hjemmesygeplejersker og ledere i hjemmesygeplejen samt samarbejdspartnere af, hvorvidt akut indlagte borgere fra Sønderborg Kommune, som følge af akutteamet, har kunnet udskrives inden for 48 timer til pleje og behandling i hjemmet.

I interview af sygeplejersker/ledere i akutteam og hjemmesygepleje er der spurgt om, hvordan akutteamet har bidraget til at håndtere hurtige udskrivelser. Udvalgte faglige nøglepersoner på sygehus interviewes tilsvarende, om deres vurdering af, hvad akutteamet har betydet for udskrivelse af borgere fra Sønderborg Kommune.

Emnet har indgået i de interview, som er beskrevet nedenfor.

### 2.1.3 Omkostninger

Der er ikke i evalueringen indgået en samlet analyse af de økonomiske konsekvenser af akutteamet. Der er alene indgået en opgørelse af kommunens udgifter til drift af akutteamet og udviklingen i medfinansiering, som beskrevet ovenfor.

Økonomital til denne beskrivelse er leveret af Sønderborg Kommune.

## 2.2 Akutteamets implementering

I evalueringen har der været fokus på forskellige aspekter af den måde, akutteamet er blevet implementeret på. Disse aspekter skal belyse, i hvilken udstrækning akutteamet er blevet implementeret, om organisering, struktur og samarbejdsrelationer fungerer hensigtsmæssigt, hvilke udfordringer akutteamet giver for den øvrige hjemmesygepleje, og om borgerne oplever kontinuitet, kvalitet og tryghed ved akutteamets ydelser. Disse aspekter drejer sig overordnet om:

- akutteamets formål, målgruppe, organisering, normering, ledelse og henvisningsprocedurer
- borgere i akutteamet med henblik på, hvorvidt de faktiske borgere i akutteamet svarer til de planlagte
- funktionsmåde i form af ydelser, procedurer, arbejdsgange, samarbejdsflader og -aftaler, ansvarsfordeling samt arbejdsdeling mellem akutteam og øvrig hjemmesygepleje
- akutteamets samspil med den øvrige hjemmesygepleje og sygeplejersker på plejecentre samt eventuelle konsekvenser for opgavesammensætning og opgaveudførelse i hjemmesygeplejen
- samarbejde med sygehusene, praktiserende læger, vagtlæger og deres bedømmelse af akutteamet
- borgernes oplevelse af akutteamet.

### 2.2.1 De formelle rammer for akutteamet

Denne del af evalueringen skal give et indblik i de formelle rammer, som akutteamet fungerer under. Det drejer sig bl.a. om:

- ydelserne i indsatsen, indsatsens organisering, normering, og hvilke faggrupper der indgår
- henvisningsprocedurer, og hvem der kan henvise.

Beskrivelsen bygger på foreliggende skriftligt materiale om akutteamets etablering, på fokusgruppeinterview af sygeplejersker i akutteamet og sygeplejersker i den øvrige hjemmesygepleje.

Ydelser i akutteamet er analyseret på baggrund af registreringer i det elektroniske journal-system fra fjerde kvartal 2012 til og med første kvartal 2015. Disse opgørelser har skullet give et billede af udviklingen af aktiviteten i akutteamet og i akutteamets opgavesammensætning, og hvilke ydelser der er dominerende i tidsforbrug.

### 2.2.2 Borgere i akutteamet

I borgernes journal indgår en helhedsbeskrivelse af borgernes situation. Det er sygeplejefaglige beskrivelser og ikke lægefaglige diagnoser. Det har derfor ikke været muligt at udføre en opgørelse af, hvilke diagnoser borgere, som har modtaget besøg fra akutteamet, har haft. Der har således ikke kunnet udføres kvantitative opgørelse af, i hvilken udstrækning den faktiske målgruppe for akutteamet har stemt overens med den planlagte målgruppe. Borgere i akutteamet er således alene beskrevet med hensyn til køn, alder, ydelstyper fra akutteamet og antal besøg.

Sygeplejerskerne i akutteamet er imidlertid i fokusgruppeinterview blevet spurgt, i hvilken udstrækning de har fået irrelevante henvendelser om borgere til akutteamet, og samarbejdspartnere på sygehus og i almen praksis er blevet spurgt om deres opfattelse af målgruppen for akutteamet. Analysen af akutteamets ydelser, som beskrevet ovenfor, indikerer endvidere, hvilke borgere der modtaget besøg fra akutteamet.

### 2.2.3 Akutteamets funktionsmåde

En kvalitativ analyse har afdækket akutteamets opgaver, funktionsmåde, kommunikation og samarbejde internt og med eksterne parter samt strategiske udfordringer ved at implementere og udføre opgaver i akutteamet.

Analysen har omfattet akutteamets opgaver, funktionsmåde, kommunikation og samarbejde internt og med eksterne parter samt strategiske udfordringer ved at implementere og udføre opgaver i akutteamet.

Temaerne er belyst på baggrund af et fokusgruppeinterview i slutningen af april 2015 af seks sygeplejersker tilknyttet akutteamet, herunder den daglige leder.

### 2.2.4 Akutteamets samspil med hjemmesygeplejen og konsekvenser for hjemmesygeplejen

En vigtig del af evalueringen har været at belyse akutteamets samspil med den øvrige hjemmesygepleje og sygeplejersker på plejecentre samt eventuelle konsekvenser af akutteamet for opgavesammensætning og opgaveudførelse i den øvrige hjemmesygepleje.



Akutteamets samspil med den øvrige hjemmesygepleje og sygeplejersker på plejecentre samt eventuelle konsekvenser af akutteamet virke for opgavesammensætning og opgaveudførelse i den øvrige hjemmesygepleje er belyst på baggrund af et fokusgruppeinterview i slutningen af april 2015, af to daglige ledere i hjemmesygeplejen og fire hjemmesygeplejersker. Der deltog ikke som planlagt en sygeplejerske fra et plejecenter i interviewet. Der er efterfølgende givet input til evalueringen i form af en mail fra plejecenterchefen.

### 2.2.5 Akutteamets samarbejde med sygehuspersonale og praktiserende læger

I evalueringen er belyst, hvordan relevant sygehuspersonale og praktiserende læger vurderer samarbejdet og kommunikationen med akutteamet og akutteamets funktionsmåde.

Temaerne er belyst gennem telefoninterview af tre læger og to sygeplejersker fra Akut medicinsk visitationsafsnit (AMVA), Medicinsk daghospital og Nyremedicinsk/endokrinologisk sengeafsnit på Sønderborg Sygehus og fire alment praktiserende læger.

### 2.2.6 Borgernes oplevelse af akutteamet

Der er gennemført en analyse af et mindre antal borgeres oplevelse af akutteamet. Analysen har skullet afdække, i hvilken udstrækning borgerne har fundet tilbuddet dækkende i forhold til deres behov/helbredsproblem, eller om behandling og pleje burde være foregået i et alternativt miljø. Analysen har også afdækket, hvordan borgerne har oplevet sig inddraget i og informeret om beslutninger om tilrettelæggelsen af deres behandling og pleje, om de har følt sig trygge ved at få pleje og behandling i eget hjem gennem akutteamet, og om de har oplevet sammenhæng i plejen. Endvidere er der blevet spurgt til støtte fra eventuelle pårørende.

Der er gennemført personlige interview af ni borgere i deres eget hjem og telefoninterview af tre borgere, som har haft besøg af akutteamet. Borgerne blev af sygeplejersker fra akutteamet spurgt, om de ville medvirke i interview. Det var et kriterie, at borgeren inden for en kortere periode havde haft besøg af akutteamet, så deres behandlingsforløb var nogenlunde i erindring. De interviewede har alle givet informeret skriftligt samtykke til at lade sig interviewe. Interviewene blev gennemført medio maj 2015.

## 2.3 Opsamling

De foreliggende datamuligheder har ikke givet grundlag for en sikker opgørelse af akutteamets effekter på indlæggelser på sygehus af borgere fra Sønderborg Kommune. Det tilgængelige statistiske materiale om sygehusforbrug beskriver dog nogle tendenser, og ved at kombinere dette med information fra andre kilder (statistik over akutteamets ydelser og interviewdata) har der været grundlag for at afdække sandsynlige virkninger af akutteamet.

Kvantitative data om lægelige diagnoser for borgere i akutteamet har været mangelfulde, så det har kun med usikkerhed kunnet evalueres, i hvilken udstrækning den faktiske målgruppe i akutteamet har været i overensstemmelse med den planlagte.

Interview af akutteam, sygeplejersker og ledere i hjemmesygeplejen, sundhedspersoner fra sygehus, praktiserende læger og borgere har givet et solidt grundlag til at afdække akutteamets funktionsmåde samt muligheder og udfordringer for akutteamet. Resultater fra

interview med udvalgte praktiserende læger er primært dækkende for praktiserende læger, som har henvist borgere til akutteamet. Praktiserende læger, som ikke har henvist borgere, kan have en anderledes bedømmelse af akutteamets relevans. Der er interviewet 12 borgere, og de borgere kan ikke betragtes som repræsentative for alle borgere, der har modtaget besøg fra akutteamet. Det gennemførte antal interview skulle imidlertid sikre, at forskellige oplevelser af akutteamets funktionsmåde og betjeningen af borgerne er kommet frem.

## 3 Akutteamets funktionsmåde i praksis

I dette kapitel behandles akutteamets organisering, opgaver og funktionsmåde i praksis. I kapitlet behandles endvidere akutteamets samspil med den øvrige hjemmesygepleje. Kapitlet bygger dels på skriftligt materiale fra Sønderborg Kommune, dels på gruppeinterview af akutteam og hjemmesygeplejersker.

### 3.1 Rammer for akutteamet

I dette afsnit beskrives organiseringen af akutteamet, og hvilke opgaver det ved planlægningen var tænkt, at akutteamet skulle udføre.

Hjemmesygeplejen i Sønderborg Kommune er indplaceret i forvaltningen for Erhverv, Beskæftigelse og Sundhed. Afdelingen for sundhed under forvaltningen er opdelt i et sundhedscenter, hjemmesygepleje- og sundhedspleje og tandplejen. Hjemmesygepleje og sundhedspleje er ledet af en distriktsleder, som også har et overordnet ledelsesansvar for akutteamet. Hjemmesygeplejen er inddelt i fire geografiske områder med hver sin daglige leder. I to af distrikterne er der faste nattevagter, men ellers indgår nattevagterne i skift.

Akutteamet opererer i tidsrummet 7-23 alle ugens dage, og der er to sygeplejersker på vagt 7-15 og to 15-23. I en periode var bemanningen i weekenden mindre, men den viste sig utilstrækkelig, sådan at bemanningen i foråret 2015 er den samme alle ugens dage. Vagterne i akutteamet dækkes af ti sygeplejersker, hvoraf én også har ledelsesfunktioner. I nattetimerne varetages akutte sygeplejeopgaver af hjemmesygeplejens nattevagter.

Der har årligt været budgetteret med ca. 4.5 mio. kr. til akutteamet. Heraf er 1.8 mio. kr. tilført ved at omlægge hjemmesygeplejens opgaver. Hjemmesygeplejen er altså blevet tilført i alt 2,7 mio. kr. ekstra til etableringen af akutteamet.

Teamet er organiseret som et lukket team og har base i en bygning ved siden af et center for korttidspladser, hvor hjemmesygeplejens nattevagter også har base. Centret er beliggende i Sønderborg by.

Akutteamet udgør et særligt "område" i hjemmesygeplejen og har egen daglig leder, hvor ledelsesopgaver dog kun lægger beslag på en mindre del af arbejdstiden. Der er afsat ti timer ugentligt til ledelsesopgaver. Den øvrige tid bruger lederen på udkørende opgaver. Der er knyttet flere opgaver til ledelsesfunktionen: afholde team-/personalemøder, samarbejde med TR og AMR, medansvarlig for, at der er et velfungerende arbejdsmiljø, afholde MUS, bindeled ved problemer og uoverensstemmelser mellem fx akutteam og hjemmesygeplejersker, konflikthåndtering, tjenstlige samtaler, lave stillingsopslag, afholde ansættelsessamtaler, deltage omkring økonomien til personale i teamet, etc. Den daglige leder er endvidere ansvarlig for det administrative arbejde, da der ikke er sekretær tilknyttet teamet.

Akutteamet blev planlagt til at varetage behandling og sygepleje i forhold til pludseligt opstået sygdom eller ulykker hos borgere i eget hjem, som har en eller flere af følgende diagnoser: blærebetændelse, væskemangel, svimmelhed, forstoppelse, lungebetændelse, fald, underernæring og KOL (Sønderborg Kommune 2012). Endvidere har nye terminale patienter kunnet henvises til akutteamet. Borgere har kunnet visiteres til teamet af praktiserende læger, vagtlæger, sygehuslæger fra akutte modtageafdelinger og skadestuen på sygehus, hjemmesygeplejersker samt kommunens visitation (Sønderborg Kommune 2012). Siden er

der kommet endnu et medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus, og akutteamet har endvidere modtaget borgere fra alarmcentralen, urologisk afdeling og medicinsk afdeling. Kontakten til akutteamet skal ske telefonisk på et særligt telefonnummer. Det anføres i oplægget (Sønderborg Kommune 2012), at det er et krav, at målgruppen overholdes. I modsat fald afvises visitering, og der henvises til den rette samarbejdspartner.

Akutteamet videregiver borgerne til hjemmesygeplejerskerne inden for to døgn, hvis borgeren er stabil, ellers beholder akutteamet borgeren indtil denne er stabil efter aftale med den daglige leder for sygeplejegruppen af distriktet, hvor borgeren bor.

I oplægget til etablering af akutteam (Sønderborg Kommune 2012) er opgaver i akutteamet beskrevet. Følgende opgaver er beskrevet:

- Akut observation i hjemmet, hvor en praktiserende læge eller vagtlæge rekvirerer akutteamet til at observere
- Varetagelse af ordineret behandling og vurdering af borgere i eget hjem ved akut opstået tilstand eller forværring af en eksisterende sygdomssituation
- Opfølgende pleje i borgerens hjem og overvågning af medicinering efter påbegyndt behandling på en medicinsk sygehusafdeling, fx ved KOL, svimmelhed eller infektion
- Intravenøs administration af væske, ernæring og medicin
- Vejledning af urologiske patienter med nyanlagt kateter
- Anlæggelse kateter på både mænd og kvinder og efter lægeordination skylle tilstoppede katetre eller foretage engangskateterisation og forebygge infektioner i urinvejene
- Assistance ved frakturskader og traumer efter fald
- Sygepleje til nye terminale patienter. Akutteamet bistår i disse tilfælde med pleje, omsorg, smertelindring og nødvendige hjælpemidler og kan yde råd, vejledning og psykisk støtte til pårørende før, under og efter forløbet.

Hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i plejecentre kan for at forebygge unødige indlæggelser tilkalde akutteamet, når de vurderer, at en borger/beboer er akut syg, og der er risiko for indlæggelse grundet en af de udvalgte diagnoser, jf. kapitel 1. Akutteamet foretager en 'second opinion' af borgeren, inden egen læge eller vagtlæge kontaktes og beslutter, om behandlingen kan foregå i hjemmet, eller om en nærmere udredning via indlæggelse er nødvendig.

### 3.2 Tilkendegivelser af akutteamets organisering og vedligeholdelse af kompetencer

Det har indgået i evalueringen, hvorvidt akutteamets organisering i et lukket team har været hensigtsmæssig i forhold til ydelse af sygepleje til borgerne.

Medarbejderne i akutteamet ser det som en fordel, at de er organiseret som en selvstændig enhed. Det giver bedre mulighed for at vedligeholde kompetencer til at udføre specielle sygeplejeopgaver, herunder IV-behandling. Det ville være sværere at vedligeholde disse kompetencer i den almindelige hjemmesygepleje, hvor der vil være mange andre sygeplejeopgaver. På den anden side anføres det, at det kunne have været godt med et tættere samarbejde, fordi det ville give mulighed for bedre at kunne overføre noget af akutteamets kompetence til hjemmesygeplejerskerne.

Sundhedsstyrelsen (2014) anbefaler, at den enkelte sygeplejerske med arbejdsområde inden for en akutfunktion har et vist volumen af opgaver inden for arbejdsområdet, så kompetencer på denne måde opbygges og holdes vedlige. Det nævnes, at der kan være behov for at erhverve og vedligeholde særlige færdigheder og kompetencer ved fx efteruddannelse og færdighedskurser.

Måden, som akutteamet i Sønderborg Kommune er organiseret på, bevirker, at alle sygeplejersker i teamet deltager i udførelsen af de specielle sygeplejeopgaver, som er knyttet til de borgere, der henvises til teamet. Sygeplejerskerne i teamet nævner selv, at deres særlige kompetencer er at udføre IV-behandling, tage infektionstal og foretage faglig vurderinger.

Akutteamets organisering som et lukket team adskilt fra den øvrige hjemmesygepleje kan føre til uklarheder i arbejds- og ansvarsdelingen mellem akutteam og den øvrige hjemmesygepleje. Hjemmesygeplejerskerne oplever ikke, at der generelt er uklarhed om arbejdsdelingen mellem akutteam og hjemmesygepleje. Der er dog tilfælde, hvor der udtrykkes usikkerhed. Der nævnes tilfælde, hvor en borger modtager IV-behandling af akutteamet, men samtidig får anden form for medicin. Der kan her opstå usikkerhed med hensyn til, hvem der håndterer medicinen. Det angives, at det på et tidspunkt er aftalt, at det er akutteamet, der har ansvaret for behandlingen, og hjemmesygeplejen, der har ansvaret for medicinen. Dette er dog angiveligt ikke nedskrevet. Der udtrykkes ligeledes tvivl med hensyn til opgavefordeling ved terminale patienter: Hvornår skal akutteamet tage sig af terminale patienter, og hvornår skal hjemmesygeplejen?

Hjemmesygeplejerskerne nævnte det som en ulempe, at borgerne kommer i kontakt med flere forskellige medarbejdere, hvis der skal udføres sygeplejeopgaver ud over dem, akutteamet tager sig af. På den anden side vil det kunne knibe for akutteamet at have tid til de specielle sygeplejeopgaver, hvis de også skal udføre andre sygeplejeopgaver. Der synes endvidere at være en vis usikkerhed blandt hjemmesygeplejerskerne med hensyn til ansvars- og opgavedeling i forhold til terminale patienter: Hvornår er det akutteamets opgave, og hvornår er det hjemmesygeplejens? Hvem har ansvaret for fx medicin og hjælpemidler?

Nogle hjemmesygeplejersker problematiserer, at der både kommer sygeplejersker fra akutteamet og fra hjemmesygeplejen, hvis en borger fx både skal have IV-behandling og anden sygepleje. I nogle tilfælde kan borgerne modtage besøg fra mange forskellige medarbejdere. Det nævnes dog også, at akutteamet kan blive overbebyrdet, hvis de ud over IV-behandlingen også skal håndtere sår og ordineret medicin. Hjemmesygeplejerskerne nævner endvidere, at akutteamet er gode til at tilbyde deres assistance, hvis der er perioder, de ikke har så mange opgaver.

Nogle hjemmesygeplejersker vurderer det ikke som hensigtsmæssigt, men som dobbeltarbejde, at de skal tage ud til en borger og måle værdier for akutteamet, når man vurderer, at en borger er i en kritisk situation. Andre peger dog på, at det kan bidrage til vurderingen af, om der er grundlag for at inddrage akutteamet.

Sundhedsstyrelsen (2014) anbefaler, at de fornødne kompetencer til at løse akutfunktionens opgaver er tilgængelige døgnet rundt alle dage.

Akutteamets patienter overgår i nattetimerne til hjemmesygeplejens nattevagter, og der er patienter i IV-behandling, som har brug for at få antibiotika om natten. Det betyder, at hjemmesygeplejersker i nattevagt også skal kunne håndtere IV-behandling af patienter med høje infektionstal. Det stiller krav til hjemmesygeplejerskens kompetence til ikke bare at udføre IV-behandlingen, men også at observere patienten. Sygeplejersker i akutteamet

nævner det som et problem, hvis et venflon skal skiftes om natten, da det kun er akutsygeplejerskerne, der er oplært til dette.

Sygeplejerskerne i akutteamet problematiserer, at der ikke er nogen kvalitetskontrol af det, de udfører. Sygeplejerskerne i teamet har selv beskrevet, hvilke kompetencer, de besidder, og det er deres eget ansvar at sige fra i forhold til opgaver, som de vurderer, de ikke har kompetencer til. Det er da også ifølge Sundhedsstyrelsen (2014) personalets ansvar at sige fra over for den ordinerende læge, såfremt de ikke har kompetence til at løse en opgave.

Sygeplejerskerne i akutteamet nævner, at de har deltaget i et diplommodul inden for akut sygepleje tilsvarende det, de har i akutmodtagelserne i Region Syddanmark (FAM-kursus), men at der kan være brug for at holde deres viden opdateret. Derudover sparrer sygeplejerskerne i akutteamet med hinanden i det omfang, det er muligt.

Akutteamet holder personalemøde hver tredje uge i to timer. Møderne har en blanding af faglige temaer og information om mere personalerelaterede og arbejdsrelaterede forhold. Oprindeligt var det planen, at hvert andet møde skulle have et fagligt indhold. Det har det imidlertid været vanskeligt at leve op til, fordi der er mange informationer, der skal gives videre, og mange ting, der skal opdateres. I en periode var der hver onsdag undervisning, som de selv stod for, om forskellige emner. Det kunne fx handle om en borgercase, der så er blevet brugt til sparring.

### 3.3 Henvisning til akutteamet og borgere i teamet

I dette afsnit er der fokus på, i hvilken udstrækning den faktiske målgruppe er i overensstemmelse med den målgruppe, der var beskrevet ved akutteamets etablering. Erfaringer fra England peger på, at det kan være et problem, at midlertidige pladser eller akuttilbud i hjemmet får henvist borgere, der falder uden for målgruppen (Hansen 2014). Det er et spørgsmål, om det også gør sig gældende for akutteamet i Sønderborg Kommune

#### **Henvisning**

Henvisningen af borgere til akutteamet sker telefonisk. Sygehus, praktiserende læge eller hjemmesygeplejersker kontakter akutteamet telefonisk, hvor der gives information om borgeren, og hvor det videre forløb aftales.

Der er ingen opgørelser over, hvor hyppigt henholdsvis sygehus, praktiserende læge og hjemmesygeplejen henviser borgere til akutteamet. Medarbejderne i akutteamet angiver, at de fleste henvisninger (i foråret 2015) kommer fra sygehus, herunder dagafsnittet på Sønderborg Sygehus. I akutteamets startperiode kom mange henvisninger fra hjemmesygeplejen. Det vurderes endvidere, at der kommer flere og flere fra praktiserende læge. Det er imidlertid meget de samme læger, der bruger akutteamet. Der er praktiserende læger, som akutteamet aldrig har været i kontakt med. Det er det samme med vagtlægerne, ligesom man oplever, at det er nogle bestemte hjemmesygeplejersker, der kontakter akutteamet. Det er endvidere ifølge medarbejderne i akutteamet nogle bestemte plejecentre, der bruger dem. I de tilfælde det sker, drejer det sig ofte om væskebehandling. Det er imidlertid akutteamets indtryk, at plejecentrene typisk i første omgang kontakter praktiserende læge. I nogle tilfælde bliver akutteamet så efterfølgende inddraget.

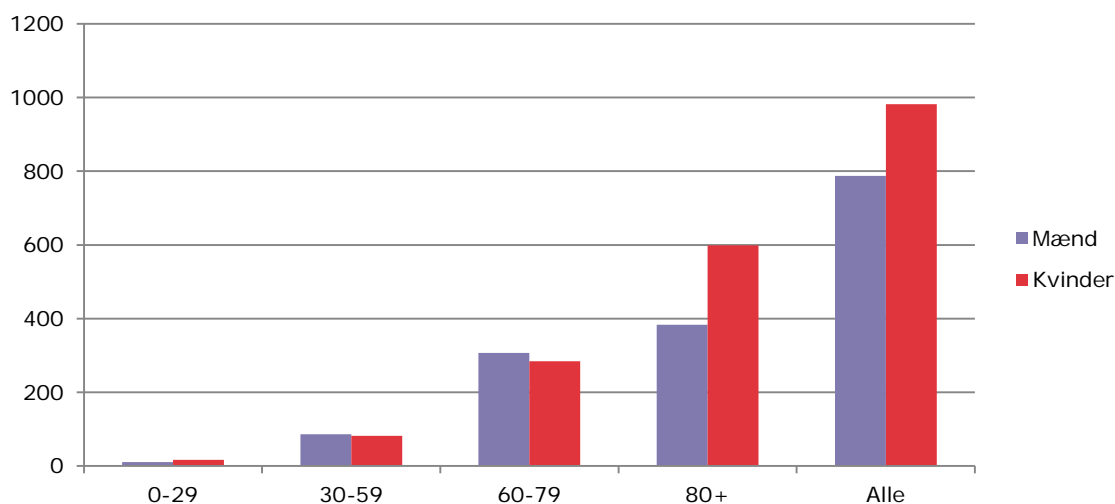
Det synes ikke at være et stort problem, at akutteamet bliver kontaktet om borgere, der egentlig ikke tilhører akutteamets målgruppe. Når det sker, bliver sådanne borgere videre-

givet til hjemmesygeplejen. Akutteamet må imidlertid nogle gange afhente medicin til en borger, fordi der ikke er andre muligheder for at få det gjort. Akutteamet oplever endvidere, at de især om aftenen bliver brugt som telefoncentral for opkald fra sygehuset. Det kan dreje sig om udskrivning af en borger, og så har akutteamet været nemmest at komme i kontakt med. Det enkelte opkald tager ikke lang tid, og akutteamet henviser til rette sted, men summen af sådanne opkald fylder sammen med andre irrelevante opkald.

### Borgere i akutteamet

Der er ikke kvantitative oplysninger til rådighed, som kunne bidrage til at belyse, i hvilken udstrækning henviste borgere falder ind under de diagnosegrupper, som blev beskrevet som målgruppe for teamet. Det er alene muligt at opgøre borgerne på køn og alder, og det er vist i figur 3.1.

**Figur 3.1** Borgere, som har modtaget besøg af akutteamet i perioden oktober 2012 - marts 2015, fordelt på køn og alder



Kilde: Data fra Sønderborg Kommune

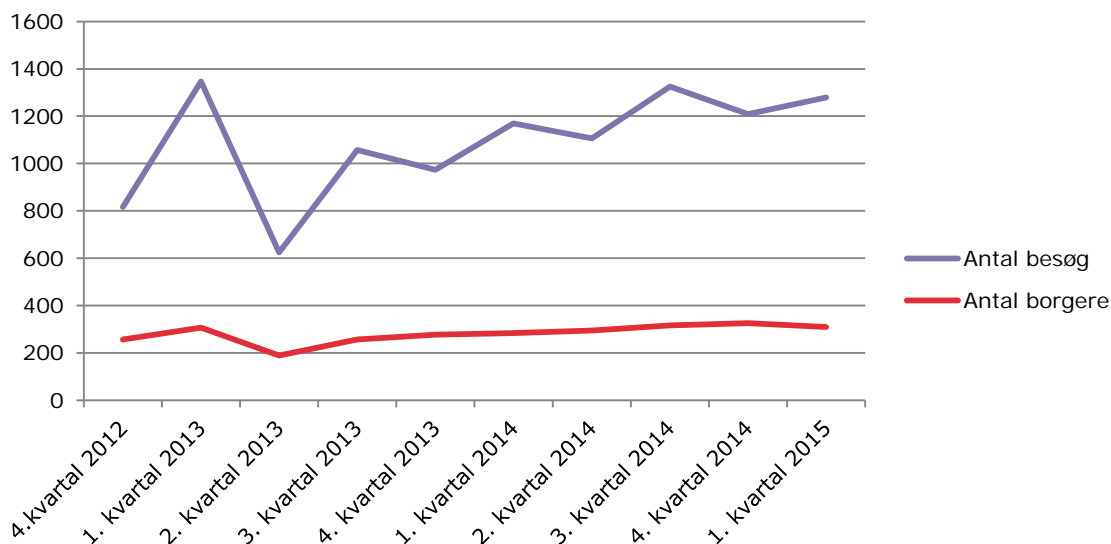
I alt har 1.769 borgere modtaget besøg af akutteamet i perioden fra oktober 2012 til marts 2015. Samlet set har der været en overvægt af kvinder, der har modtaget besøg af akutteamet. Det skyldes først og fremmest en overvægt af kvinder i alderen 80+ år, mens der i de yngre aldersgrupper har været en mere ligelig kønsmæssig fordeling med en lille overvægt af mænd. Når der har været en overvægt af kvinder i aldersgruppen 80+ år skyldes det primært, at der i denne aldersgruppe er en overvægt af kvinder i befolkningen. Hvis antal borgere med besøg fra akutteamet sættes i forhold til befolkningstallet, er sandsynligheden for at have modtaget besøg fra akutteamet lige stor for mænd og kvinder i alle aldersgrupper.

## 3.4 Aktivitet og ydelser i akutteamet

Aktivitetens omfang og udviklingen i akutteamets besøgsaktivitet bidrager sammen med udsagn fra sygeplejerskerne i akutteamet til at afdække udnyttelsen af kapaciteten i akutteamet. En kvantitativ opgørelse af ydelserne i akutteamet afdækker sammen med udsagn fra sygeplejerskerne i akutteamet, i hvilken udstrækning de faktiske ydelser falder sammen med dem, der var planlagt.

Akutteamet har siden starten registreret deres besøgsaktivitet, og de følgende opgørelser er baseret på disse registreringer. I figur 3.2 er vist den kvartalsvise udvikling i antal borgere, som har fået besøg af akutteamet, og den kvartalsvise udvikling i det samlede antal besøg.

**Figur 3.2** Den kvartalsvise udvikling i antal borgere og antal besøg fra oktober 2012 - marts 2015



Kilde: Data fra Sønderborg Kommune.

Som det fremgår, var der store udsving i antal borgere pr. kvartal og antal besøg pr. kvartal i det første år af akutteamets levetid. Stigningen fra 4. kvartal 2012 til 1. kvartal 2013 kan være en naturlig konsekvens af, at det har taget lidt tid for akutteamet at blive kendt hos de samarbejdspartnere, der skal henvisne til teamet. Faldet fra 1. kvartal til 2. kvartal 2013 kan eventuelt forklares med sæsonudsving i sygelighed, og at der i hjemmesygeplejen er sket justeringer i, hvornår man skal kontakte akutteamet. Siden 2. kvartal 2013 har der været en stigende tendens i både antal borgere og antal besøg fra akutteamet, hvilket kan skyldes øget kendskab til akutteamets kompetencer på sygehus og blandt praktiserende læger. Det forbedrede kendskab til akutteamet kan have ført til flere henvisninger.

Medarbejderne i akutteamet oplever, at de i perioder er presset tidsmæssigt, således at bemandingen ikke helt slår til, og det kan være vanskeligt at klare nye akutte henvisninger.

*Vi bliver jo ringet op fra sygehuset, og vi forsøger virkelig at få planlagt vores dag, og være kreative, så vi kan få så mange hjem som muligt. Men jeg kan godt se på vores kørelister, at der ingen plads er. Man kan godt køre afsted om morgenen og tænke, bare der ikke er nogen, der ringer lige nu eller de næste par timer, fordi der ikke er plads til at tage ud og vurdere en borger, der måske får rejst sig om morgenen, bliver lidt svimmel og falder om. (Sygeplejerske fra akutteam)*

Medarbejderne i akutteamet oplever det som et problem, hvis de ofte må afvise fx henvendelser fra kollegaer i hjemmesygeplejen. Hvis de for ofte ikke har tid til at tage sig af en hjemmesygeplejerskes henvendelse, holder hun måske op med at kontakte akutteamet.

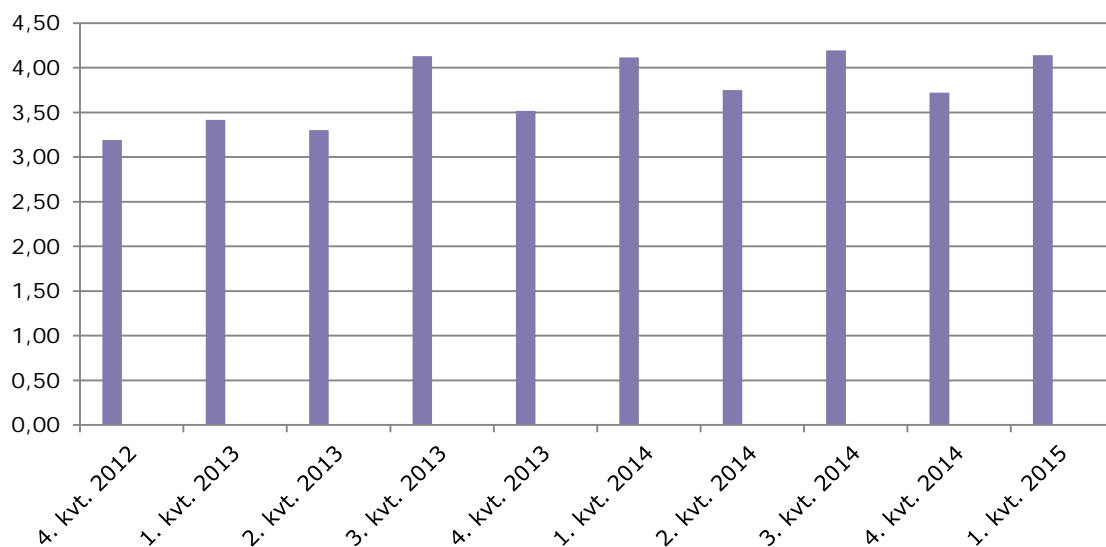


Hjemmesygeplejerskerne har forskellige erfaringer, når de har kontaktet akutteamet. Nogle har oplevet, at akutteamet ikke har tid til et tilsyn, fordi de har travlt med IV-behandling. Andre har ikke oplevet dette. I et distrikt har man oplevet, at akutteamet i starten havde god tid. Så var der en periode, hvor de oplevede, at akutteamet ikke altid havde tid, men nu vurderes det at fungere godt igen. Medarbejderne i akutteamet udtrykker ligeledes, at de i begyndelsen havde god tid til at hjælpe deres kollegaer i hjemmesygeplejen. I foråret 2015 skifter det angiveligt meget fra dag til dag, om der er tid til at tage sådanne opgaver ind.

Akutteamet har i 2015 registreret, hvor ofte de har afvist en borger fra sygehus eller fra hjemmesygeplejen. I de første tre måneder er der registreret 1-4 afvisninger pr. måned. Dette indikerer, at manglende kapacitet kun i begrænset omfang har ført til en afvisning af en henvendelse.

Udviklingen i antal besøg pr. borger fra akutteamet kan give en indikation på, om der er sket ændringer i gruppen af borgere, der henvises til akutteamet. Som det fremgår af figur 3.3, har der fra 3. kvartal 2013 været stor stabilitet i antal aflagte besøg pr. borger.

**Figur 3.3** Det gennemsnitlige antal aflagte besøg pr. borger opgjort kvartalsvis i perioden oktober 2012 - marts 2015

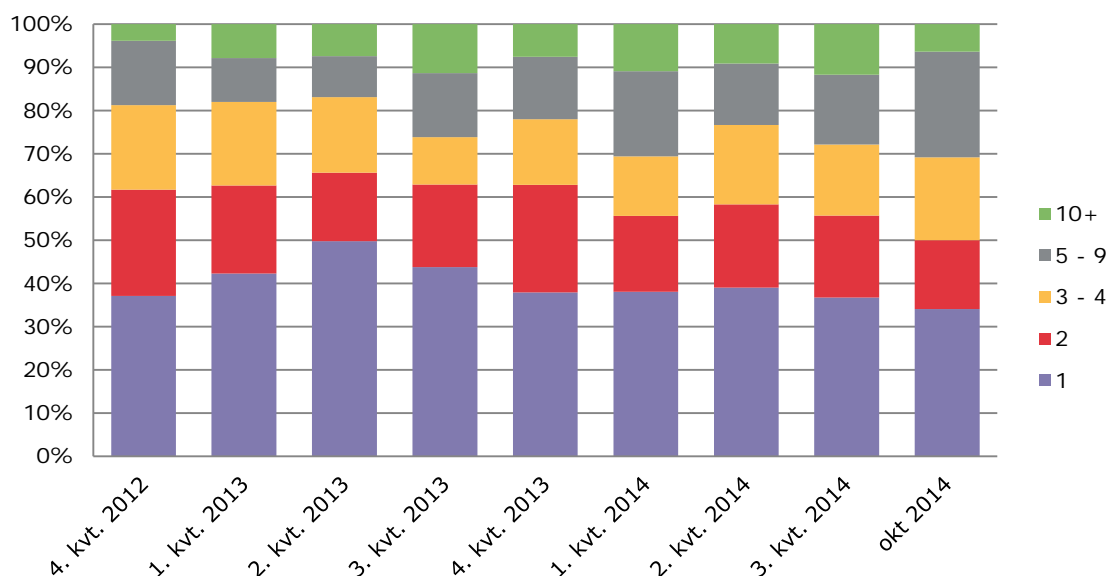


Kilde: Data fra Sønderborg Kommune

Fra oktober 2013 tegner der sig et mønster, hvor det gennemsnitlige antal besøg pr. borger er lidt større i første og tredje kvartal af et år end i de øvrige kvartaler, men der er tale om små udsving.

I figur 3.4 er vist, hvordan borgere, som i perioden 4. kvartal 2012 til og med oktober måned 2014 har haft besøg af akutteamet, fordeler sig på antal besøg.

**Figur 3.4** Borgere, som i perioden 4. kvartal 2012 - oktober måned 2014 har modtaget besøg fra akutteamet, procentvis fordelt efter antal besøg



Kilde: Data fra Sønderborg Kommune

Det fremgår af figuren, at den største andel af borgerne har haft et enkelt besøg fra akutteamet. Det kan fx have været i forbindelse med en faglig udredning/'second opinion'. Andelen med et enkelt besøg toppede i 2. kvartal 2013, hvor halvdelen af borgerne modtog et enkelt besøg. Det er samtidig det kvartal, hvor der var lavest aktivitet i akutteamet. Siden har andelen med et enkelt besøg været faldende, og i oktober 2014 var andelen knap 35 %. Andelen med mindst fem besøg lå frem til 2. kvartal 2013 på knap 20 %, mens andelen med mindst fem besøg i 2014 typisk har ligget omkring 30 %. Der har altså været en forskydning mod borgere med behov for flere besøg. Det kan skyldes en øget henvisning fra sygehus med flere besøg til IV-behandling.

I tabel 3.1 er vist en fordeling af akutteamets tidsforbrug til forskellige ydelser. Der er ved opgørelserne anvendt en standardtid for de enkelte ydelser, som kan afvige fra det faktisk anvendte tidsforbrug. Tabellen illustrerer således først og fremmest, hvor meget de enkelte ydelser tidsmæssigt fylder i akutteamets arbejdsdag. I de første kvartaler anvendtes et andet ydelseskatalog, og derfor er opgørelsen alene udført fra juli 2013.

**Tabel 3.1** Akutteamets tidsforbrug i timer procentvis fordelt på forskellige ydelser i perioden juli 2013 - marts 2015, opgjort på baggrund af standardtidsforbrug til de enkelte ydelser

	2. halvår 2013	1. halvår 2014	2. halvår 2014	1. kvartal 2015
IV-injektion	24,6	27,2	27,6	31,8
Tp/Puls/Resp/BT	13,2	23,7	23,4	27,9
Faglig udredning	20,6	22,7	16,9	12,4
IV-væske	16,8	7,0	9,2	5,8
Med-administration	7,1	4,0	6,3	7,4
Anlæg venflon	3,0	2,1	4,1	3,9
Med-dispensering	1,7	1,8	2,1	3,7
Opsamling af urin, sekret eller afføring	2,3	4,8	4,2	3,2
Andre ydelser	10,7	6,6	6,1	3,8
<b>I alt procent</b>	100	100	100	100
<b>I alt standardtidsforbrug</b>	1073,84	2003,26	1880,68	1064,65

Kilde: Data fra Sønderborg Kommune

Som det fremgår af tabellen, er der otte typer ydelser, som lægger beslag på langt den største del af akutteamets tidsforbrug, og herunder udgør IV-injektion, måling af temperatur, puls, respiration eller blodtryk, faglig udredning og IV-væskebehandling langt den største del. Dette falder ind under opgaver, som ved planlægningen af akutteamet blev beskrevet som opgaver, akutteamet skulle tage sig af. Der er imidlertid opgaver, som blev beskrevet ved planlægningen, som har vist sig ikke at komme til at fylde så meget fx kate-terpleje. Akutteamet skal besøge "nye" borgere i den terminale fase. Det er imidlertid ifølge sygeplejersker i akutteamet ikke noget, der fylder meget.

Akutteamet nævner selv, at IV-injektion af antibiotika fylder meget i deres arbejdsdag. Denne ydelse udgør endvidere en større andel af det samlede tidsforbrug i 1. kvartal 2015, hvor der er oprettet dagafsnit på Sønderborg Sygehus, end i de foregående kvartaler. Tidligere skulle man ifølge akutteamet gøre en kur færdig, når det på sygehuset var konstateret, at en behandling havde effekt, og infektionstallene var faldende. Ifølge sygeplejersker i akutteamet udskrives borgerne nu hurtigere, og inden det er konstateret, om behandlingen har en effekt. Det er så akutteamets opgave at vurdere, om behandlingen virker, inden borgeren efter 48 timer overgives til hjemmesygeplejen.

Sygeplejerskerne i akutteamet vurderer, at der siden starten er sket et skred i opgaverne. I begyndelsen besøgte de borgere med mindre alvorlige infektioner og sundhedsproblemer, mens akutteamet nu besøger meget syge borgere med høje infektionstal. Ud over en stigning i IV-injektioner afspejler dette sig muligvis i en stigning i den andel af tidsforbruget, der anvendes til måling af temperatur, puls, respiration og blodtryk.

Faglig udredning sker, når fx en hjemmesygeplejersker kontakter akutteamet for at få en 'second opinion' om en borger, der vurderes at være i risiko for indlæggelse. Sygeplejersker i akutteamet og i den øvrige hjemmesygepleje angiver, at akutteamet bliver kontak- tet, når en hjemmesygeplejerske er i tvivl om, hvad hun observerer hos en borger. Akut- teamet bruger så deres systematik (triage, kliniske observationer og faglig erfaring) til at

udrede borgeren (måle værdier) og vurdere, om en læge skal kontaktes. Faglig udredning er ifølge tabel 3.1 kommet til at fylde mindre i akutsygeplejerskernes tidsforbrug.

### 3.5 Adgang til udstyr og akutplads

Sundhedsstyrelsen (2014) anbefaler, at akutfunktionen har udstyr til rådighed til at måle puls, blodtryk, temperatur og respirationsfrekvens, og derudover eventuelt apparatur til at måle saturation og blodsukker samt urinstix. Akutteamet har adgang til alt det anbefalede udstyr. Sygeplejersker i akutteamet peger på, at de kunne ønske sig adgang til iltapparat, hjertestarter og væsketalsmåler. Der er eksempler på, at sygeplejersker i akutteamet kan komme ud for situationer fx borgere med lav iltprocent, hvor de havde kunnet handle, hvis de havde adgang til iltapparat.

Hvis akutsygeplejerskerne udstyres med iltapparat, som altså ligger ud over, hvad Sundhedsstyrelsen anbefaler, er der brug for retningslinjer om, hvornår de må give ilt.

I forbindelse med planlægningen af akutteamet indgik der overvejelser om, hvorvidt der også var brug for akutpladser. I oplægget om etablering af akutteamet anføres, at akutteamet undtagelsesvis kan overtage akut behandling og sygepleje i op til to døgn på en midlertidig plads, hvis der er uforsvarlige forhold i eget hjem (Sønderborg Kommune 2012).

Sygeplejersker i akutteamet vurderer, at der er tilfælde, hvor det kan være en fordel med adgang til en akutplads. Det er fx borgere med demens eller borgere med fx lungebetændelse, der bor alene og uden pårørende, der kan træde til. De kan nogle gange være utrygge ved at være alene i hjemmet, og i disse tilfælde ville det være en fordel at kunne tilbyde et tættere tilsyn. Der er da også eksempler på, at akutteamet har brugt en aflastningsplads. Sygeplejerskerne i akutteamet er ikke sikre på, at akutteamet skal have deres egen akutplads, da de næppe ville kunne udnytte kapaciteten.

Evalueringen af ACCESS-projektet (ACCESS-projektet 2015) viste i øvrigt, at der ikke er forskel på, hvor ofte borgere, der henvises til henholdsvis akutplads og akutteam, indlægges, men borgere, som var henvist til en akutplads, blev i højere grad end borgere henvist til akutteam, efter 48 timer afsluttet til et midlertidigt ophold i plejebolig. Dette peger på, at ophold på en akutplads muligvis vænner nogle borgere til det tætte opsyn på pladsen, hvilket kan gøre det vanskeligere for borgeren at klare sig i eget hjem igen.

Akutteamets erfaringer og resultater fra ACCESS, som ganske vist har et begrænset datagrundlag, peger således på, at der er brug for en akutplads som en mulighed i særlige situationer. Det kan imidlertid være en fordel for borgerens mulighed for fortsat at klare sig i eget hjem, at akutteamets indsats så vidt muligt udføres i borgerens hjem.

### 3.6 Opsamling

Akutteamets organisering i et lukket team har givet den fordel, at sygeplejerskerne i akutteamet har kunnet koncentrere sig om at udføre en række specifikke sygeplejeopgaver. Det medfører en volumen i opgaverne, som bidrager til at vedligeholde deres kompetencer til at udføre dem. Organisationsformen har endvidere givet den fordel, at sygeplejerskerne i akutteamet har haft mulighed for at sparre med hinanden.

Hjemmesygeplejerskerne oplever ikke, at der generelt er uklarhed om arbejdsdelingen mellem akutteam og hjemmesygepleje, men der nævnes eksempler, hvor der udtrykkes tvivl om arbejdsdelingen.

Akutteamet angiver selv, at de af og til må afvise en henvisning på grund af manglende kapacitet, og hjemmesygeplejerskerne har oplevet perioder, hvor akutteamet ikke har haft tid til at aflægge et tilsyn. I første kvartal af 2015 har akutteamet ifølge egne registreringer afvist en henvisning 1-4 gange om måneden.

Der er ingen opgørelser af, hvor borgere til akutteamet henvises fra, men sygeplejerskerne i akutteamet fortæller, at de fleste henvisninger kommer fra sygehus. Teamet vurderer imidlertid, at der kommer flere og flere henvisninger fra praktiserende læger.

Der er ikke kvantitative opgørelser, der gør det muligt at analysere, i hvilken udstrækning den faktiske målgruppe for akutteamet svarer til den planlagte. Det sker, at akutteamet bliver kontaktet af især personale fra sygehus om borgere eller opgaver, som ikke vedrører akutteamet. Det er i en vis udstrækning tidsrøvende, men akutteamet henviser til den relevante kontaktperson. Akutteamets "visitation" bidrager således til, at akutteamet betjener den planlagte målgruppe.

Der har siden 2. kvartal 2013 været en stigende besøgsaktivitet i akutteamet, og der har været en tendens til et fald i andelen af borgere med blot et enkelt besøg og en stigning i andelen af borgere med mindst fem besøg. Det kan bl.a. være en konsekvens af, at IV-injektion er kommet til at fylde en større del af akutsygeplejerskerne tidsforbrug og faglig udredning en mindre del. Dette kan være en konsekvens af et øget antal henvisninger fra sygehus.

Der er otte typer af ydelser, der lægger beslag på langt den største del af akutteamets tidsforbrug, heraf udgør IV-injektion, måling af temperatur, puls, respiration eller blodtryk, faglig udredning og IV-væskebehandling langt den største del.

## 4 Akutteamets samspil med hjemmesygeplejen og konsekvenser for hjemmesygeplejen

Hjemmesygeplejen og akutteamet skal samarbejde, når borgere overgives fra akutteamet til hjemmesygeplejen. Det har endvidere fra starten været forudsat, at hjemmesygeplejerskerne kan tilkalde en sygeplejerske fra akutteamet til at give en 'second opinion' ved borgere, hvor hjemmesygeplejersken er i tvivl om borgerens tilstand. Akutteamet kan betragtes som en ressource med specialviden i hjemmesygeplejen, og det er et spørgsmål, hvordan denne ressource bliver brugt. Akutteamet kan have konsekvenser for sammensætningen af borgere i hjemmesygeplejen og dermed for kravene til hjemmesygeplejerskernes kompetencer. Disse emner analyseres i dette kapitel.

### 4.1 Samspillet mellem akutteam og hjemmesygepleje

I det daglige samarbejder sygeplejersker i akutteamet og i hjemmesygeplejen typisk, når borgere overdrages fra akutteam til hjemmesygepleje eller omvendt, og når hjemmesygeplejersker i hjemmesygeplejen kontakter akutteam for at få en 'second opinion'.

*Vi kan have behov for sparring over telefon eller tilsyn. Vi kan have spørgsmål omkring procedure, hvor de er rigtig gode og velvillige til at svare og hjælpe. Vi kan også få dem til at komme ud til tilsyn, hvis vi har borgere, som vi vurderer, skal have specielt tilsyn. De kan måle CRP [C-reaktivt protein] og kan tage urinprøver, derfor kommer de. (hjemmesygeplejerske)*

Hjemmesygeplejerskerne angiver, at det nok er forskelligt, hvor gode de er til at huske på at kontakte akutteamet. Hjemmesygeplejerskerne angiver, at de får god sparring af akutteamet i telefonen, fx med hensyn til at håndtere IV-behandling, mens der som også nævnt i kapitel 3 er forskellige erfaringer med, hvor nemt det er at få en sygeplejerske fra akutteamet til at aflægge et tilsynsbesøg. Der er blandt hjemmesygeplejerskerne forståelse for, at akutteamet nogle gange kan være bundet op af at give IV-behandling, og derfor ikke kan rykke ud med kort varsel. I nogle tilfælde ringer hjemmesygeplejersken i stedet til borgerens praktiserende læge.

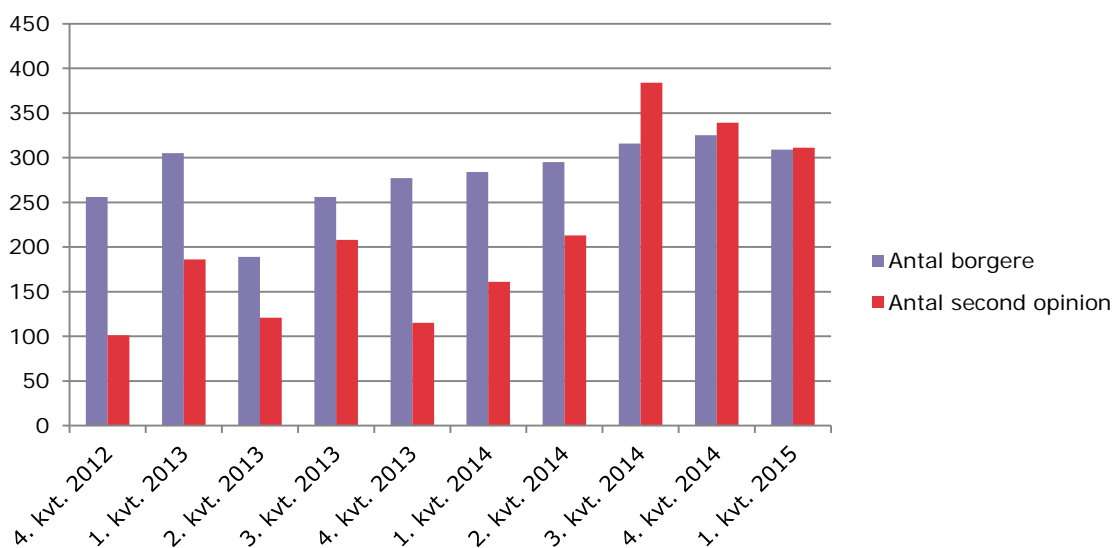
Der er endvidere givet eksempler på, at sygeplejersker i akutteamet har formidlet deres viden til hjemmesygeplejerskerne. Hjemmesygeplejen i et par distrikter har oplevet, at sygeplejersker fra akutteamet lige kommer forbi og fortæller, hvor de har været, gør status eller følger op på borgere, som de har overladt til hjemmesygeplejen. Det sætter man pris på. De forskellige distrikter har endvidere haft personalemøder om specifikke emner, hvor akutsygeplejersker har deltaget.

Akutteamet nævner, at de oplærer hjemmesygeplejersker i at give IV-antibiotika, i at lægge og skifte sonder – ventrikelsonde og lignende. Det kan fx være i forbindelse med, at en borger overgår fra akutteamet til hjemmesygeplejen, og hvis sygeplejersken, der skal tage over, er usikker på opgaven.

Hjemmesygeplejerskerne nævner imidlertid, at den fysiske afstand til akutteamet er en ulempe, og at den begrænser kontakten og dialogen.

Sygeplejerskerne i akutteamet har i omsorgssystemet registreret, når de har givet faglig sparring i form af 'second opinion'. Først fra januar 2014 blev denne opgave registreret via sygeplejerskerne PDA – altså i forbindelse med opgaveløsningen. Tidligere foregik registreringen efterfølgende på kontoret, hvor opgaven blev afkrydset i et skema. Der kan derfor før januar 2014 have været en underrapportering sammenlignet med efter januar 2014. I figur 4.1 er vist den kvartalsvise udvikling med hensyn til, hvor ofte akutteamet har givet en 'second opinion'. Dette er sammenholdt med udviklingen i antal borgere, selv om borgere, der gives en 'second opinion' om, ikke nødvendigvis indgår som patienter i akutteamet.

**Figur 4.1** Den kvartalsvise udvikling i antal borgere og antal 'second opinion' i perioden oktober 2012 - marts 2015



Kilde: Data fra Sønderborg Kommune

Det fremgår at antal 'second opinion' har svinget fra kvartal til kvartal frem til 4. kvartal 2013, hvorefter antal 'second opinion' har udvist en stigende tendens. I forhold til de tidligere kvartaler har antal 'second opinion' været relativt højt fra 3. kvartal 2014 til 1. kvartal 2015 – dog med en faldende tendens. Der har altså i de seneste tre kvartaler, som indgår i opgørelsen, været en større tendens til at søge faglig sparring hos akutteamet, men der skal tages forbehold for en mulig underrapportering før 2014. Udviklingen i antal 'second opinion' har kun til dels fulgt udviklingen i antal borgere i akutteamet.

Det er ikke registreret, om 'second opinion' er givet til en sygeplejerske på et plejecenter eller en sygeplejerske i hjemmesygeplejen. Det er akutteamets oplevelse, at nogle plejecentre bruger akutteamet meget, mens andre sjældent bruger akutteamet. Det nævnes, at læger, som er knyttet til plejecentrene, bruger akutteamet, ligesom hjemmesygeplejersker, som dækker vagterne, når der ikke er sygeplejersker på centrene, gør det. Plejecenterchefen har anført, at hun udelukkende hører positivt om akutteamet fra plejecentrene, og at sygeplejerskerne i akutteamet er serviceminded og hjælpsomme. Det anføres, at sygeplejersker efter reglerne først kontakter hjemmesygeplejen for at få kontakt med akutteamet. Det fungerer ifølge plejecenterchefen ikke altid, og der er derfor brug for at se på disse regler.

Det er ligeledes akutteamets erfaring, at der er en gruppe af hjemmesygeplejersker, som bruger akutteamet til 'second opinion', mens de aldrig hører fra den anden og måske større gruppe. Udviklingen som beskrevet i figur 4.1 tyder imidlertid på, at det er blevet mere

udbredt i slutningen af 2014 og begyndelsen af 2015 at kontakte akutteamet for en 'second opinion'.

Hjemmesygeplejerskerne fortæller, at de kontakter akutteamet om en 'second opinion', hvis de står over for en borger, hvor de er i tvivl om, hvorvidt borgeren bør indlægges. Akutteamet kan så komme ud og måle borgerens værdier.

*I dag har vi haft en borger, der har været ustabil i over en måned. Der har været nogle forskellige ting, og han blev dårligere. Ham var de friske på lige med det samme, og kom ud og kiggede på ham. Det viste sig, der var en UVI, og så opstartede de behandling. Det er tit, der er infektion, delir eller fald – altså de ting i "Prikken over i'et". Det er der de kommer, og det virker. Det er det, der var formålet med akutteamet ... (hjemmesygeplejerske)*

"Prikken over i'et" er et initiativ i Sønderborg Kommune, som har handlet om, at plejepersonalet bliver opmærksomt på og reagerer på symptomer på problematiske tilstande hos borgerne og dermed bidrager til at forebygge forværring af sygdom og u hensigtsmæssige indlæggelser.

Sygeplejerskerne i akutteamet peger ligeledes på, at de bliver kontaktet om en 'second opinion', når en hjemmesygeplejerske er i tvivl.

*Efterhånden er det blevet, at de ringer til os, når de er i tvivl. For hvis en borger er rigtig dårlig, kontakter de selv vagtlægen eller ringer selv 112, men hvis de står med en borger og tænker: Aah, han er ikke rigtig god. Det er nemt nok at se, at hvis han har 40 i feber, så er der ingen, der er i tvivl om, at der er noget galt. Hvis han nu har 38 i feber. Hvis nu alle værdierne ligger sådan næsten rigtigt, og man stadigvæk tænker, han er bare rigtig dårlig. Det er lettere at ringe til en læge og sige: Han har 40 i feber – ok, så er han jo syg. Det er svært at ringe til en læge og sige: Han har 38 i feber, og jeg synes han virker dårlig. Den er lidt sværere at sælge til en vagtlæge. Der bruger de rigtig meget os. (sygeplejerske i akutteam)*

I sådanne tilfælde har akutteamet en systematisk tilgang til at udrede borgerne og til eventuelt at kommunikere med en læge om resultatet af udredningen. Akutteamet bruger det samme system som på sygehusene til at kategorisere borgerne i forhold til, hvor alvorlig og akut en tilstand er (triage). Når de samtidig følger ISBAR-tjeklisten om sikker kommunikation om borgerens tilstand, letter det ifølge sygeplejerskerne i akutteamet kommunikationen med en læge. Triagering og ISBAR bruges derimod ikke i kommunikationen mellem akutteam og hjemmesygeplejen. Det har angiveligt været brugt tidligere – og hjemmesygeplejerskerne kender det – men hjemmesygeplejerskerne bruger det ikke systematisk mere. Enkelte sygeplejersker bruger det dog.

*Jeg bruger det, hvis jeg er ude at måle værdier. Men det er jo noget, jeg ved ud fra min sygeplejerskefaglige baggrund. (hjemmesygeplejerske)*

Det er akutteamets opfattelse, at der er sket en ændring i de problemer, de kommer ud til, og at det ikke er de "småsygdomme", som de kom ud til i begyndelsen. Det er akutteamets oplevelse, at de faglige udredninger er fortrængt af mange IV-behandlinger. Det kan dog ikke bekræftes af akutteamets registreringer af deres ydelser, jf. tabel 3.1 og figur 4.1.

Der er som tidligere beskrevet forskellige opfattelser af, hvor nemt det er at få en sygeplejerske fra akutteamet til at komme ud til en borger. Der blev i den forbindelse fremført det synspunkt, at det handlede om at være godt forberedt til kontakten med akutteamet. Dette



synspunkt støttes af sygeplejerskerne i akutteamet, som oplever, at de nogle gange har fået utilstrækkelige informationer om en borger, inden et besøg.

Det blev under interviewet fremført, at det giver tryghed i arbejdet i hjemmesygeplejen, at der er mulighed for at sparre med akutteamet.

*Men jeg synes faktisk også, at de har påvirket på en anden måde. Det at have dem giver en tryghed. Jeg står nogle gange i nogle situationer, hvor jeg er lidt i tvivl, om jeg skal ringe til lægen eller vente. Det giver en tryghed, at man kan ringe til dem, og det gør, at man ikke begår en brøler ved ikke at gøre noget. Det giver en tryghed, når man i hverdagen står i nogle akutte situationer. Den der 'second opinion' af nogle, der er rigtig dygtige, den er rar. (hjemmesygeplejerske)*

## 4.2 Ændringer i hjemmesygeplejens opgaver

Hjemmesygeplejerskerne i Sønderborg Kommune registrerer ligesom sygeplejerskerne i akutteamet deres ydelser ud fra et ydelseskatalog. Dette ydelseskatalog er imidlertid som nævnt blevet revideret, således at, når ydelserne opgøres på halve år, er perioden frem til og med 1. halvår 2013 ikke sammenlignelig med perioden efter. Det er således reelt kun muligt at følge udviklingen over de tre halvår fra anden halvdel af 2013 til anden halvdel af 2014.

Når man betragter udviklingen i hjemmeplejens ydelser, er der er nogle ydelser, der springer i øjnene, fordi der har været en større stigning i tidsforbruget til dem end i det samlede tidsforbrug<sup>1</sup>. Blandt disse er der en række ydelser, der knytter sig til IV-behandling, psykisk og støttende sygepleje samt fagligt tilsyn af terminale. Selv om der har været en stigning i disse ydelser, udgør de kun en beskedent andel af hjemmesygeplejens ydelser.

Udviklingen i disse ydelser kan til dels være en konsekvens af akutteamet og ændret udskrivningspraksis på sygehusene.

Hjemmesygeplejerskerne oplever også selv, at der er sket ændringer i deres opgaver. Det drejer sig fx om IV-medicin, som bl.a. har som konsekvens, at der typisk skal aflægges et besøg til IV-injektion kl. 14, som er i det tidsrum, hvor hjemmesygeplejerskerne normalt har skullet dokumentere og holde møder. Hjemmesygeplejerskerne oplever generelt, at de borgere, der kommer i hjemmesygeplejen er mere syge, og at opgaverne er blevet mere komplekse. Det udfordrer sygeplejerskerne kompetencer.

Man ser også udviklingen som noget andet, end da akutteamet blev planlagt.

*Sygehuset har været med til at skabe den udvikling med, at de [akutteamet] har alle de IV'er, og dette har overskygget alle de ting, som vi gerne ville have dem til. Det er blevet behandling i stedet for forebyggelse. Hurtigere udskrivning i stedet for forebyggelse. (hjemmesygeplejerske)*

I et distrikt har udviklingen haft den konsekvens, at man har måttet omrokere personalet og øge bemanningen i weekenden, hvilket er en følge af, at sygehuset ofte udskrifter patienter op til weekenden. I andre distrikter har man valgt at kalde ekstra bemanning ind i weekenden, hvis der er behov.

---

<sup>1</sup> Bygger på data fra Sønderborg Kommune om ydelser i hjemmesygeplejen.

### 4.3 Opsamling

Hjemmesygeplejerskerne og sygeplejerskerne på plejecentrene oplever det som positivt, at de har kunnet kontakte sygeplejersker i akutteamet, når de har været i tvivl om, hvordan de skulle handle hos en borger. Der er en generel oplevelse af, at man har haft god gavn af samarbejdet med akutteamet. Der er imidlertid forskellige erfaringer med hensyn til, hvorvidt akutteamet altid har kunnet afse tid til at aflægge besøg hos en borger for at give en 'second opinion'. Det er akutteamets oplevelse, at der er forskel på, hvor tilbøjelige hjemmesygeplejerskerne og sygeplejersker på plejecentre har været til at søge råd hos akutteamet. Der har imidlertid i slutningen af 2014 og begyndelsen af 2015 i forhold til tidligere været en stigning i, hvor ofte akutteamet har givet en 'second opinion'.

Ulempen ved et lukket team har været, at det har været vanskeligere at opretholde en kontakt til den øvrige hjemmesygepleje, og nogle hjemmesygeplejersker kunne ønske sig en tættere kontakt med akutteamet med henblik på at kunne drage nytte af akutsygeplejerskernes kompetence og erfaringer.

Hjemmesygeplejerskerne oplever, at der har været en udvikling i deres opgaver, og det fremgår også af deres ydelsesregistreringer, således at der også i hjemmesygeplejen skal udføres flere specielle sygeplejeopgaver.

## 5 Samarbejdsrelationer til sygehus og almen praksis

Dette kapitel fokuserer på erfaringer med samarbejdet med akutteamet og akutteamets kompetencer fra samarbejdspartnere på sygehus og i almen praksis. Kapitlet skal dermed belyse akutteamets samarbejde med sygehus og praktiserende læger og samarbejdspartneres kendskab til og vurdering af akutteamets kompetencer. Kapitlet analyser arbejds-gange, og hvordan samarbejdspartnerne bedømmer indsatsen i akutteamet.

Et væsentligt spørgsmål er, hvorvidt der altid er klarhed om det lægelige ansvar for borgere, der er henvist til akutteam, og om der er rammeaftaler til at delegere lægeforbeholdte opgaver til akutteamet. Dette analyseres således også de dette kapitel.

Det er kendt fra tidligere undersøgelser (fx Regen et al. 2008), at der blandt læger på sygehus og i almen praksis kan være en vis skepsis over for at henvise ældre borgere med sygdomssymptomer til kommunale akuttilbud uden lægedækning. Derfor blev der i interviewet også spurgt til, hvad de anses som formålet med akutteamet, og hvilke grupper af borgere akutteamet vurderes relevant for.

Dette kapitel bygger hovedsageligt på interview af fem sygehusansatte læger og sygeplejersker samt fire praktiserende læger i Sønderborg kommune, som har henvist borgere til akutteamet.

### 5.1 Sundhedspersoners opfattelse af akutteamets formål og målgruppe

De praktiserende læger ser formålet med akutteamet som en funktion, der forebygger indlæggelser og muliggør en bedre behandling, da behandlingen kan tilpasses borgerne. Akutteamet kan i akut opståede situationer komme ud og vurdere situationen, hos borgere, der er tilknyttet hjemmesygeplejen, men også hos borgere, der ikke har denne kontakt. Akutteamet kan træde til og give en bedre klinisk vurdering af borgerne end hjemmesygeplejerskerne kan, og det fremhæves, at akutteamet har flere måleressourcer og kan overvåge og observere borgerne bedre end hjemmesygeplejen. På denne måde hjælper akutteamet de praktiserende læger, da lægerne kan kontakte dem i stedet for selv at tage på sygebesøg hos borgerne.

De praktiserende læger ser den primære målgruppe som ældre eller kronisk syge borgere. Lægerne ser dog også akutteamet anvendeligt til andre typer patienter og fremhæver, at akutteamet egentligt er egnet til alle de patienter, der er på grænsen mellem at være for raske til sygehus, men for syge til at kunne klare sig selv. De praktiserende læger ser akutteamet som et alternativ til en indlæggelse ved patienter, der har brug for intravenøs behandling eller klinisk observation. Det er typisk ældre dehydrerede patienter eller terminale patienter, der på grund af akutteamet i dag undgår at blive indlagt. Før var lægerne nødt til at indlægge patienterne for at få en klinisk observation, i dag kan de blot henvise til akutteamet.

De praktiserende læger henviser typisk ældre dehydrerede og febrile patienter til akutteamet, eller patienter med multimorbiditet eller uklare sygdomsbilleder, hvor akutteamet kan lave undersøgelser og monitorere kliniske parametre. Det kan også være patienter, der er

blevet udskrevet og ordineret intravenøs behandling fra sygehuset, hvor de praktiserende læger henviser til akutteamet, hvis de vurderer, at behandlingen er stoppet for tidligt. Nogle læger nævner, at der er udarbejdet kriterier for, hvilke patienter der kan henvises til akutteamet, men anser ikke disse kriterier for at have nogen betydning i praksis. Andre mener ikke, der er nogen kriterier.

De sygehusansatte fremhæver akutteamets kompetencer til at give intravenøs behandling som hovedfunktionen og det vigtigste formål. Mange patienter var før i tiden egentlig færdigbehandlede, men optog stadig sygehussenge for at få intravenøs antibiotika- eller væskebehandling. Med akutteamet er det nu muligt at udskrive disse patienter, så nye patienter kan komme til. Akutteamet øger således patient-flowet.

Medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus betragter akutteamet som en forlængelse af deres afdeling. Dagafsnittet ordinerer behandling og leverer materialer til akutsygeplejerskerne, der så yder behandlingen hjemme hos patienterne. Når patienterne er færdigbehandlet, kommer de til kontrol og afsluttes hos dagafsnittet.

Den primære målgruppe anses at være ældre patienter eller yngre patienter, der ønsker at komme hjem og passe deres arbejde. Det nævnes også, at akutteamet kan anvendes til borgere med demens, og som har en infektion. De kan blive konfuse af at opholde sig i ukendte omgivelser på sygehuset.

Det er ud fra udsagn fra sundhedspersoner på sygehus uklart, om der er kriterier for, hvilke patienter akutteamet kan tage. Nogle mener ikke, der er aftalte kriterier, mens andre fortæller, at der er kriterier, men at sygeplejerskerne i akutteamet er hjælpsomme og tager imod alle patienter, også dem, der falder uden for kriterierne. På medicinsk dagafsnit har de selv sat kriterier for, hvilke patienter de kan henvise, men kriterierne bliver løbende udvidet, da flere typer patienter gerne vil hjem.

Det er således gennemgående, at de interviewede sundhedspersoner angiver, at akutteamets formål er at erstatte sygehusophold enten ved at forebygge en indlæggelse eller ved at afkorte en indlæggelse. Der sættes ikke spørgsmålstegn ved akutteamets kompetencer til at udføre denne opgave. Sundhedspersonerne nævner som målgruppe ikke specifikt de diagnosegrupper, som er beskrevet i oplægget til etableringen af akutteamet. Der nævnes mere generelt grupper, hvor en indsats fra akutteamet kan erstatte ophold på sygehus.

## 5.2 Sundhedspersoners beskrivelse af kommunikation og samarbejde med akutteamet

Flere praktiserende læger nævner, at de kan henvise til akutteamet i stedet for selv at tage ud på sygebesøg hos borgerne. En læge mener ikke, at man kan betragte kontakten som en henvisning, men ser blot akutteamet som et samarbejdsteam, han kan ringe til, når han har brug for hjælp. Akutteamet tager altid imod når lægerne ringer, og finder altid ifølge de praktiserende læger de borgere, henvisningen drejer sig om, relevante.

Kommunikationen og henvisningen mellem de praktiserende læger og akutteamet foregår primært ved telefonisk kontakt. Nogle praktiserende læger nævner, at der er retningslinjer for, hvordan henvisningen bør foregå, mens andre, ligesom ved målgruppekriterierne, ikke mener, der findes retningslinjer for kontakten. Ingen anser dog retningslinjer som særlig betydningsfulde i praksis, eller savner klarere procedurer. Når lægerne har brug for akutteamet og skal henvise, tager de blot telefonisk kontakt. En enkelt læge kontakter også per mail.

Henvisningen foregår ofte som en forhandling, hvor lægerne og akutteamet i samarbejde finder ud af, om akutteamet kan behandle patienten, og hvilken behandling, det skal være. Lægerne forslår en ordination, og akutteamet byder ind med ideer ud fra deres erfaring. I andre tilfælde er det lægen, der ordinerer behandling eller en bestemt observation, akutteamet skal udføre. Efterfølgende skriver lægerne en korrespondancemeddelelse i deres elektroniske system, der er tilkoblet kommunens. Kontakten foregår derved både mundtligt og skriftligt. Akutteamet melder ofte tilbage eller følger op på status og behandling per mail.

Alle interviewede praktiserende læger er tilfredse med kontakten. En enkelt læge fremhæver, at der kan være problemer med telefondækningen, og efterspørger et ekstra kontaktnummer. Lægerne angiver, at de selv tager kontakt til akutteamet og ikke har delegeret opgaven til praksissens sekretærer eller sygeplejersker. Lægerne mener, det er deres opgave, da de har ansvaret, og at akutteamet har krav på høj lægefaglig kontakt.

De interviewede praktiserende læger er generelt meget tilfredse med akutteamet og samarbejdet. Både kommunikationen og samarbejdet beskrives af en læge som 10 på en skala fra 0-10. Det fremhæves, at det er vigtigt, at henvisningen og kontakten forløber let, og den nuværende løsning med tilkoblede elektroniske systemer fremhæves som en forudsætning for dette. De praktiserende læger føler, at akutteamet tager deres henvisninger alvorligt og altid er imødekommende. Ingen har oplevet at blive afvist. En læge fremhæver dog, at en forudsætning for dette er, at lægerne visiterer stramt og kun kontakter akutteamet, når de virkelig har brug for det.

De sygehusansatte benytter oftest akutteamet ved patienter, der har behov for intravenøs behandling. Det er lægen, der i samarbejde med patienten bestemmer, om akutteamet er en mulighed. En overlæge siger, at en forudsætning for at henvise til akutteamet er, at der foreligger en klar behandlingsplan. En anden vigtig faktor er, at patienterne skal være stabile og både fysisk og mentalt være klar til at komme hjem. Ved intravenøs antibiotikabehandling, skal behandlingen være igangsat og have vist effekt, inden patienterne kan blive sendt hjem.

Ifølge sygeplejersker i akutteamet er dette ikke altid tilfældet, jf. afsnit 7.2.

På sygehuset er det sygeplejerskerne, der kontakter akutteamet. Lægen ordinerer behandlingen og refererer til sygeplejersken, der kontakter akutteamet per telefon. Desuden bliver ordinationen nedskrevet i journalen og i kommunikationssystemet mellem sygehus og akutteamet. En sygeplejerske nævner, at der er helt klare retningslinjer for, hvordan henvisningen skal ske, mens andre ikke mener at kende til nogle. Alle er tilfredse med måden, henvisningen og kommunikationen foregår på, og akutteamet beskrives som lette at komme i kontakt med.

Generelt er der høj tilfredshed med samarbejdet mellem akutteamet og sygehuset. Få gange har de sygehusansatte oplevet, at akutteamet på grund af for få ressourcer har afvist patienter. Det anses som et problem, når det sker, og det foreslås, at de gives flere ressourcer.

Nogle sygehusansatte savner mere kontakt med akutteamet. I opstartsperioden var sygeplejerskerne i akutteamet ugentligt oppe på sygehuset og vurderede hvilke patienter, de kunne tage. Sygeplejerskerne var også med til tavlekonferencer. Dette gjorde, at lægerne fik kontakt med akutteamet, hvilket gjorde dem mere trygge ved at kontakte dem. Dette efterspørges igen, men om behovet egentligt er der, sættes der spørgsmålstegn ved.

En klinikleder efterspørger mere kontakt mellem ledelserne, og beskriver akutteamet som en rigtig god ordning, der skal udvikles i samarbejde og dialog. Der foreslås et månedligt møde mellem sygehuset og akutteamets leder, hvor udviklingen og arbejdspraksisser kan diskuteres.

Set fra sygehusansattes og praktiserende lægers side fungerer kommunikationen med akutteamet godt. Henvisningen foregår via telefonisk kontakt, hvilket også er et kriterie fra kommunens side. Selv om ikke alle er klar over kriterier for henvisningsmåden, synes dette at være den naturlige kontaktform. De sygehusansatte og de praktiserende læger angiver, at sygeplejerskerne i akutteamet altid accepterer de borgere, de henviser. Det er muligt, at sygeplejerskerne giver udtryk for dette, men som beskrevet i kapitel 3, sker det, at akutteamet får henvendelser, som er irrelevante, og som de formidler videre til rette person. Som sygeplejerskerne i akutteamet også har nævnt, jf. kapitel 3, har sygehusansatte oplevet, at en henvisning er blevet afvist på grund af manglende kapacitet.

## 5.3 Lægedelegation og behandleransvar

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2014) varetager hjemmesygeplejen, herunder akut-funktionen, en række akutte og særlige behandlingsopgaver, som ordineres af praktiserende læger, speciallæger eller sygehuslæge.

Det er således et spørgsmål, om der er aftaler om lægeligt ansvar og delegation af lægeforbeholdte opgaver, som sikrer en kvalificeret og hensigtsmæssig udførelse af opgaverne i akutteamet.

### 5.3.1 Lægedelegation

Læger kan delegere lægeforbeholdte opgaver til hjemmesygeplejen. Rammedelegering i forhold til kommuner anvendes udelukkende i forhold til undersøgelsesopgaver (perforation af huden) til en specifik patientgruppe fx blodsuktermåling ved diabetespatienter. (KL 2014) Der kan således indgås rammedelegering på fx CRP (C-Reaktivt Protein), som anvendes til at måle infektioner eller betændelsestilstande i kroppen, eller udvalgte blodprøver i akutteamet. Rammeaftaler skal være underskrevet af en repræsentant for kommunens læger, fx praksiskonsulenten, der skal sikre, at den udarbejdede instruks for udførelsen af opgaven er dækkende (Sundhedsstyrelsen 2014). At have en rammedelegering betyder, at kommunen må udføre fx blodsuktermåling og CRP uden forudgående kontakt med lægen – det er alene symptomerne, der afgør, om undersøgelserne foretages. Lægen skal efterfølgende orienteres som vanligt afhængigt af resultatet.

Sundhedsstyrelsen (2014) anbefaler, at intravenøs behandling på grund af risikoen for allergiske reaktioner som hovedregel startes op i sygehusregi og er tidsafgrænset. En undtagelse kan dog ifølge Sundhedsstyrelsen være intravenøs væskebehandling, som i særlige tilfælde vil kunne påbegyndes i akutfunktionen.

IV-behandling er en lægeforbeholdt procedure, og, som det fremgår af opgørelsen i afsnit 3.4, fylder IV-antibiotikabehandling og IV-væskebehandling meget i akutteamets arbejdsopgaver. Som beskrevet i afsnittet, er det akutteamets oplevelse, at patienter i IV-antibiotikabehandling udskrives tidligere i kuren fra sygehus, hvor der kan være risiko for en allergisk reaktion på behandlingen. Akutteamet har dog ikke oplevet, at det er sket.

Anlæggelse af venflon til IV-behandling sker ifølge sygeplejersker i akutteamet normalt på sygehus, men i nogle tilfælde kan der være brug for at skifte en venflon eller indsætte en

ny, fordi den oprindelige er faldet ud. Dette udfører sygeplejerskerne i akutteam, ligesom de i nogle tilfælde anlægger den, når behandlingen iværksættes af praktiserende læge.

Problemstillingen omkring delegering af lægeforbeholdte opgaver nævnes i forbindelse med måling af CRP. Akutteamet får fx henvendelser fra hjemmesygeplejen, når en sygeplejerske finder det relevant, at en borgers CRP måles. Akutteamet må i mange tilfælde ikke måle CRP før de har kontaktet en læge og fået en ordination til at udføre målingen.

Ifølge sygeplejersker i akutteamet har de rammedelegation fra tre lægehuse til at måle CRP og andre værdier hos borgere, de kommer ud til. I øvrige tilfælde skal medarbejderne i akutteamet først kontakte lægen og få en ordination. Det sidste oplever medarbejderne i akutteamet som besværligt, fordi de først skal bruge tid på at komme igennem til lægen for at få en ordination og efterfølgende skal have kontakt med lægen igen om resultatet af målingen.

Når det gælder intravenøs behandling med antibiotika, sker det i det enkelte tilfælde efter lægeordination, og sygeplejerskerne har et kompetencekort, der angiver, hvilke typer antibiotika de kan administrere.

Der synes således at være behov for at indgå en generel rammeaftale om akutteamets udførelse af undersøgelsesopgaver.

### 5.3.2 Behandleransvar

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2014) er behandlingsansvaret for de patienter, der er tilknyttet en akutfunktion, altid enten hos sygehuslægen eller hos patientens praktiserende læge. Den praktiserende læge har det overordnede behandlingsansvar for patienter, der ikke er indlagt. Sygehusets læger har ifølge Sundhedsstyrelsen behandlingsansvaret for patienter, mens de er indlagt. Når en patient udskrives og afsluttes fra sygehus, overtager den praktiserende læge behandlingsansvaret. Sygehusets læger kan dog i særlige situationer efter udskrivelse have en fortsat rolle i konkrete patientforløb, fx i forbindelse med intravenøs behandling. Spørgsmål, som personalet i akutteamet måtte have til behandlingen, vil umiddelbart efter udskrivelsen ifølge Sundhedsstyrelsen (2014) skulle rettes til den behandlingsansvarlige sygehuslæge.

Under interviewet med sygeplejersker fra akutteamet nævnes eksempler, hvor det har været vanskeligt at komme i kontakt med en læge, som vil tage ansvar for en patient. Det gælder fx patienter, der har været i medicinsk dagafsnit, som er et ambulans tilbud i dagtimerne på hverdage. Problemet for akutteamets sygeplejersker opstår på helligdage, hvor dagafsnittet har lukket.

*Den eneste mulighed, jeg har her, det er at ringe til en vagtlæge, hvor jeg risikerer, de bare siger: Patienten skal indlægges, eller jeg kan ringe op på AMVA, der er et modtageafsnit, som har døgnåbent. De siger måske, at det ikke er deres patient og derfor ikke vil have noget med det at gøre. Hvem har så egentlig det lægelige ansvar? Hvis den praktiserende læge havde haft åbent, ville hun ikke have fået en epikrise endnu, fordi patienten ikke er udskrevet, så det er også svært den vej. Der mangler nogle klare retningslinjer. (sygeplejerske i akutteam)*

Sygeplejerskerne i akutteamet nævner, at problemet er opstået, efter at dagafsnittet er åbnet. Når praktiserende læge har ansvaret, kan det være et problem, når lægen har lukket.

Sygeplejerskerne i akutteamet angiver, at uklarheden om ansvarsplaceringen er størst, når det drejer sig om borgere, som udskrives fra forskellige sygehusafdelinger. Sygeplejerskerne er ikke i tvivl om, at den praktiserende læge har ansvaret, når akutteamet overtager en borger fra hjemmesygeplejen.

*Når det er vores egne patienter, altså kommunens patienter, er vi aldrig i tvivl. Da ved vi, at det er den praktiserende læge, og hvis det er helt galt, så er det 112. Der har vi en klar rettesnor at gå efter. Det, der er nu, er alle de her hospitalspatienter, der kommer ud fra forskellige afdelinger og på mange forskellige måder, orlov, udskrevet eller ambulat for eksempel, og der skal vi virkelig holde tungen lige i munden for at finde ud af, hvem der egentlig har ansvaret. Nogle gange står vi med en meget dårlig patient, hvor ingen vil tage ansvaret.*

Sygeplejerskerne i akutteamet efterspørger klarhed om behandleransvaret i forhold til forskellige typer patienter.

De praktiserende læger blev spurgt, om de i nogle tilfælde var i tvivl om behandleransvaret i forhold til borgere i akutteamet, og sygehuslægerne blev spurgt, om der havde været tilfælde, hvor de havde haft ansvaret.

Hvem der egentlig har behandleransvaret for patienterne, når akutsygeplejerskerne behandler, anses af nogle praktiserende læger som lidt uklart og udefineret. Lægerne er ikke selv i tvivl om, at de har ansvaret for de patienter, de henviser til akutteamet, og at det er den ordinerende læge, der har ansvaret for behandlingen. Lægerne påpeger dog, at sygehuslægerne ikke altid er sig deres ansvar bevidst, og at der opstår uklarheder omkring patienter, der udskrives fra sygehuset. En læge beskriver, hvordan hun oplever, at sygehuslægerne ikke påtager sig ansvaret, når de henviser til akutteamet, og at hun derfor er nødsaget til at tage ansvar for behandlingen. Lægen foreslår en åben kontaktmulighed, hvor det fremgår på epikrisen, at sygehuset har ansvaret, og at patienten kan kontakte sygehuset, hvis der opstår behov. En læge efterspørger nogle klarere retningslinjer og klart definerede grænser omkring udskrivningen, og påpeger, at, i lyset af at ønsket om tidligere og tidligere udskrivelser ikke vender, vil behovet for dette kun blive større.

Som de praktiserende læger beskriver, er der blandt de sygehusansatte uenighed omkring behandleransvaret. En overlæge beskriver ansvaret som sygehusets, indtil patienten har været til kontrol ved egen læge, og en sygeplejerske beskriver, hvordan ansvaret ligger hos den ordinerende instans, indtil behandlingen er afsluttet og kontrolleret. Andre sygehusansatte taler om et fælles ansvar eller mener, at patienterne udskrives til akutteamet, og at ansvaret derfor ligger hos akutteamet eller den praktiserende læge. En læge beskriver, hvordan man i korrespondancemeddelelsen kan indskrive, om patienten er udlagt eller udskrevet, og på denne måde definere behandleransvaret.

Udsagnene fra akutteamet og deres samarbejdspartnere tyder på, at der brug for at få behandleransvaret i forskellige situationer, herunder at få fastlagt et lægeligt ansvar, når dagafsnit og praktiserende læger har lukket.

## 5.4 Sundhedspersoners generelle vurderinger af akutteamet, herunder kompetencer og funktionsmåde mv.

I dette afsnit beskrives sundhedspersonernes overordnede vurdering af akutteamet, herunder kompetencer, funktionsmåde og de sundhedsprofessionelles forslag til, hvordan akutteamet kan styrkes. Dette bidrager til en vurdering af, i hvilken udstrækning akutteamets



samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet finder, at akutteamet udfører deres opgaver med tilstrækkelig kvalitet og er en pålidelig samarbejdspartner.

De praktiserende læger er meget begejstrede for akutteamet, og alle vurderer deres faglige kompetencer som høje. Akutteamet beskrives af de praktiserende læger som omsorgsfulde, grundige, initiativrige, kompetente og servicemindedede. Lægerne er trygge ved akutteamets vurdering, da de finder dem meget kompetente og fagligt dygtige.

En læge fremhæver, at akutteamet har flere ressourcer og mere tid end hjemmesygeplejerskerne, og derfor også kan tage sig af de pårørende og berolige dem. Andre fremhæver deres fleksibilitet og hurtige handleevne som væsentlige styrker. Flere læger fremhæver, at akutteamet er en bedre behandlingsmulighed end en sygehusindlæggelse, da patienterne undgår at blive konfuse og forvirrede, hvilket kan forekomme under en sygehusindlæggelse, samt risikoen for sygehusinfektion. Lægerne nævner også de samfundsøkonomiske besparelser, og at lægerne ved at kunne få hjælp af akutteamet undgår en del hjemmesygebesøg, og derved har bedre tid til patienterne på klinikken.

Alle er meget tilfredse med akutteamet og den måde, det fungerer på. Ingen efterspørger ændrede roller. En læge påpeger, at man bør udnytte kapaciteten bedst muligt, og foreslår, at man udvider akutteamets kompetencer til også at omhandle blodprøver, EKG samt subkutane og intramuskulære injektioner. En anden læge foreslår også bedre laboratoriemæssige muligheder og efterspørger muligheden for at måle væsketal.

Akutteamets manglende adgang til medicindepot påpeges. Der foreslås et kommunalt akutdepot, således at lægevagten undgår at skulle køre ud med medicin i de tilfælde, hvor apoteket har lukket. En læge efterspørger at udvide deres tilgængelighed til klokken 23 i stedet for 21, da lægevagten også kan have brug for at henvise til dem om aftenen.

Der er her tale om en misforståelse, idet akutteamet er tilgængeligt til kl. 23.

Det foreslås, at akutteamet opdaterer lægerne omkring deres kompetencer og muligheder ved en årlig statusopdatering, da der er uvidenhed omkring, hvad de egentlig kan. Den forskellige opfattelse af akutteamets muligheder illustreres ved, at en læge som nævnt efterspørger mulighed for blodprøver, mens andre påpeger, at en styrke ved akutteamet netop er, at de kan tage blodprøver.

De sygehusansatte roser akutteamet, og vurderer deres faglige kompetencer som værende meget høje. De beskrives som dygtige sygeplejersker med høj erfaring, der hurtigt kan sætte sig ind i nye opgaver og tænker innovativt for at kunne løse alle opgaver. En overlæge beskriver sygeplejerskerne som ildsjæle og siger:

*Der er en korpsånd hos de her sygeplejersker. De siger "Vi løser opgaven!".*

De sygehusansatte er trygge ved at sende patienterne ud til akutteamet og stoler på deres vurderinger af, hvornår der er behov for indlæggelse. De beskriver, at de kan lægge venflon, måle infektionstal med CRP-stix, give væskemedicin samt måle blodtryk og puls. Det fremhæves, at de laver behandlingsopgaver af høj faglig kvalitet. De sygehusansatte ser ikke et behov for styrkelse af de kompetencer, de allerede har, men nogle foreslår, at man kan udvide deres kompetenceområde, så de kan tage flere typer patienter. Det foreslås desuden, at der etableres en kompetencegivende og praksiskompetencegivende tillægsuddannelse, så nye ansatte vil have samme høje niveau.

En overlæge beskriver, at en forudsætning for, at akutteamet medfører en sygehusbesparelse, er, at lægerne er henvisningsvillige. Dette kræver, at de er trygge ved sygeplejer-

skerne. Han nævner, at der er et stort sygehusbesparende potentiale i akutteamet, men at det kan begrænses, hvis lægerne ikke har fuld tillid til sygeplejerskerne i akutteamet. Forskellige løsninger forslås til dette. Man kan efterstræbe mere kontakt mellem akutteamet og sygehuslægerne, ansætte en læge i akutteamet eller styrke samarbejdet med de praktiserende læger, så det ikke blot er akutteamet, patienterne udskrives til men et "team" af akutsygeplejerskerne og praktiserende læger. Lægen mener, at et godt samarbejde mellem akutteamet og praktiserende læger ville kunne halvere antallet af indlæggelser, og at det er kombinationen af akutteam og praktiserende læger, der er vejen til at spare penge.

## 5.5 Opsamling

Det overordnede syn på akutteamet er meget positivt, og alle – både sygehusansatte og de praktiserende læger – vurderer sygeplejerskerne i akutteamets faglige og menneskelige kompetencer som værende meget høje. Der er altså blandt de interviewede generelt tillid til akutteamets kompetencer. Der hersker en bred enighed om, at akutteamet er et godt initiativ, og at en bibeholdelse og udvikling af funktionen er en forudsætning for, at fremtidens udfordringer i sundhedssektoren kan imødegås.

Der er blandt sygehusansatte og praktiserende læger ikke en fælles opfattelse af, hvilke borgere der er målgruppen for akutteamet. Der nævnes mere generelt grupper, hvor indsatsen fra akutteamet kan erstatte sygehusophold.

Set fra sygehusansatte og praktiserende læger fungerer kommunikationen med akutteamet godt. Henvisningen foregår via telefonisk kontakt, hvilket også er et kriterie fra kommunens side. Kommunikationen ved henvisninger synes ligeledes ifølge sygeplejersker i akutteamet at fungere upåklageligt, men sygeplejerskerne i akutteamet har i nogle tilfælde vanskeligt ved at placere det lægelige ansvar. Det gør sig især gældende for borgere, der er henvist fra medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus.

Sygeplejerskerne i akutteamet savner en rammedelegation fra praktiserende læger til at måle CRP og andre værdier hos borgerne. De skal i de fleste tilfælde kontakte en praktiserende læge for at få en ordination til at foretage målingen. En række øvrige opgaver udføres efter lægeordination.

## 6 Borgeres oplevelse af akutteamet

I dette kapitel analyseres borgernes oplevelse af besøg fra akutteamet og deres oplevelse og vurdering af det behandlingsforløb, de har været igennem. Kapitlet analyserer også, hvordan de oplever at modtage behandling hjemme frem for på sygehus, og hvordan de føler sig trygge ved at modtage behandling i hjemmet. Analysen har også skullet afdække, hvordan borgerne har oplevet kvaliteten af den behandling, de har modtaget, og om de har oplevet kontinuitet i det forløb, de har været igennem med overgang fra sygehus via akutteam til hjemmesygepleje, herunder hvordan de har oplevet sig informeret og medinddraget i deres behandlingsforløb. Kapitlet skal således alt i alt give et billede af, hvordan de oplever kvaliteten af akutteamets indsats.

Vi indleder kapitlet med som baggrund at beskrive borgernes fortælling om hvilket forløb, de har været igennem, og hvilke ydelser, de har modtaget fra akutteamet og eventuelt hjemmesygeplejen.

Beskrivelsen af borgernes oplevelse og vurderinger bygger på interview af 12 borgere, som i foråret 2015 har været igennem et sygdomsforløb, hvor akutteamet blev inddraget (se også afsnit 2.2.6).

De interviewede borgere var i alderen 43-86 år, og gennemsnitsalderen var ca. 68 år. Fire kvinder og otte mænd deltog. Tre ud af de interviewede var stadig i arbejde, mens de øvrige var pensionerede, enten på grund af deres alder eller på grund af sygdom. Otte af de deltagende borgere boede sammen med en ægtefælle, tre boede alene, og en, som oprindeligt boede alene, var flyttet hjem til sine forældre i forbindelse med sygdom.

### 6.1 Sygdomsforløb/sundhedsproblem

I forbindelse med at borgerne har fået behandling i eget hjem af akutteamet, har de fleste (ni) været indlagt på sygehuset enten lige forinden eller under forløbet. De resterende tre har ikke været indlagt på sygehus, hverken inden eller under forløbet med akutteamet. Både de borgere, som har været indlagt, og dem, som ikke har været indlagt, er blevet henvist til akutteamet af sygehuset med undtagelse af én, som i første omgang blevet henvist af egen læge. Under forløbet fik samme borger imidlertid en infektion i blodet, hvor vedkommende blev indlagt og efterfølgende udskrevet fra sygehuset til yderligere en behandling fra akutteamet.

I de ni tilfælde, hvor borgerne har været indlagt, og hvor de skulle udskrives, er der et generelt billede af, at udskrivelsen ifølge de interviewede kom på rette tidspunkt. Dog er der to tilfælde, hvor borgerne ikke var enige med sygehusets udskrivelse af dem på det tidspunkt. I det ene tilfælde var borgeren forundret over udskrivelsen, fordi vedkommende to dage forinden var blevet opereret og stadig havde 39 i feber. I det andet tilfælde var hverken borgeren eller dennes ægtefælle, som efterfølgende skulle tage sig af manden, klar til, at vedkommende skulle udskrives, da han stadig var så afkræftet efter en operation, at han ikke kunne gå.

Der har også været et tilfælde, hvor en indlagt borger ønskede at blive udskrevet fra sygehuset for at få behandling af akutteamet i sit eget hjem, men hvor lægerne i første omgang ikke billigede dette. Borgeren oplevede, at livskvaliteten var blevet reduceret i forbindelse med en kræftsygdom og indlæggelsen heraf samt pådragelsen af diverse infektioner i forbindelse med indlæggelsen, hvorfor vedkommende ønskede at blive udskrevet. Efter at

borgeren blev udskrevet og fik behandling i eget hjem steg vedkommendes livskvalitet, er oplevelsen.

Der er yderligere eksempler på borgere, der er blevet anbefalet at blive indlagt, og som ikke har ønsket dette, men i stedet efterspurgte andre alternativer, hvilket har resulteret i en henvisning til akutteamet.

De 12 interviewede borgeres sygdomsforløb er forskellige i den forstand, at nogle har en længere sygehistorie og/eller kroniske problemer og har haft regelmæssig kontakt til enten egen læge eller sygehus (ni), mens de resterende tre har få sygdomserfaringer. Gældende for alle dem, der har en længere sygehistorie er, at de har flere samtidige sygdomme, eller har fået ny sygdom i forlængelse af tidligere sygdom. Det har været tilfælde af infektion, dobbeltsidet lungebetændelse, blærebetændelse og aorta-udvidelse. Det har endvidere drejet sig om kronisk blærebetændelse, blodprop i hjertet (tidligere bypass-opereret), væskeansamling i benet (nedsat hjertefunktion) samt kræfttumor.

De sidste tre borgere, som ikke umiddelbart fortalte om andre, tidligere sygdomme, har modtaget behandling for pludseligt opstået sygdom, såsom urinvejsinfektion, rosen, lungebetændelse og nyrebækkenbetændelse. I tilfældet med behandlingen af lungebetændelse blev borgeren i første omgang kun henvist til en intravenøs antibiotikakur mod denne, men undervejs i forløbet pådrog borgeren sig også en nyrebækkenbetændelse og måtte derfor også i behandling for denne sideløbende. Der er andre lignende tilfælde, hvor borgere i første omgang henvises til akutteamet på baggrund af én sygdom, men undervejs i forløbet udvikler en ny, og må i dobbeltbehandling.

De fleste er selvhjulpne og har ikke haft behov for hjælp udover den medicinske hjælp, de har fået af sygeplejerskerne fra akutteamet og hjemmesygeplejen. En ældre borger, hvis ægtefælle også er gammel og syg, modtog hjemmehjælpen, og andre fik hjælp af ægtefællen og/eller fra andre familiemedlemmer eller venner.

Det er karakteristisk for de interviewede borgere, som har modtaget besøg fra akutteamet, at de har været ramt af en betændelsestilstand. De synes således at svare til en typisk borger i akutteamet.

## 6.2 Akutteamets og eventuelt øvrig hjemmesygeplejes opgaver hos borgerne

Trods de forskelligartede sygdomme er stort set alle borgere blevet henvist til akutteamet for en behandling bestående af intravenøs antibiotika. 11 ud af 12 borgere er i første omgang blevet henvist til en sådan behandling. Den sidste borger blev henvist fra egen læge, som overdrog en alternativ kræftbehandling bestående af C-vitamin indsprøjtning til akutteamet. Samme borger blev dog senere henvist af sygehuset til intravenøs antibiotika grundet en infektion. Det vil altså sige, at alle tolv borgere på et tidspunkt i forløbet har modtaget intravenøs antibiotika.

Størstedelen af borgerne (ni) har fået behandling i form af intravenøs antibiotika tre gange dagligt, én har fået fire gange dagligt, en anden har fået to gange om dagen, og én har fået en gang om dagen. Der er en af de ni borgere, som startede med at få antibiotika både intravenøst (en gang dagligt) og i pilleform (to gange dagligt), men i løbet af behandlingen tiltog den intravenøse behandling, således at borgeren til sidst fik det tre gange dagligt.

Nogle borgere har sideløbende fået andre behandlinger. Én borger har desuden fået intravenøst saltvand, én har fået anlagt/plejet kateter, to borgere har fået hjælp til PICC-line (perifert anlagt centralt venekateter), (her er det dog uklart om det har været hjemmesygeplejen eller akutteamet), og kun én nævner at have fået anlagt venflon. Det, at kun en borger fortæller at have fået anlagt venflon, kan skyldes, at den intravenøse behandling er påbegyndt på sygehuset. Andre opgaver som akutteamet har varetaget i borgernes hjem, og som stort set har været gældende for alle, har været målinger af blodtryk, blodets iltmætning, puls, temperatur, blodsukker og infektionstal.

Over halvdelen (otte) af de borgere, som havde haft besøg af akutteamet, er blevet overdraget til hjemmesygeplejen. Behandlingen af de sidste fire borgere er enten stoppet efterfølgende eller overdraget til enten borgeren selv (fx overgår IV-behandlingen til antibiotika i pilleform) eller pårørende (ægtefælles oplæres i at give borgeren C-vitamin indsprøjtning).

Når det kommer til hjemmesygeplejerskens opgaver efter overdragelsen, er der en generel opfattelse af, at de har varetaget de samme opgaver, som akutteamet startede op i borgerens hjem. Under interviewene har der til tider kunne spores tvivl hos borgerne i forhold til at kunne skelne mellem akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker, hvilket muligvis kan forklare tvivlen om, hvilke sygeplejersker, der kan varetage, hvilke opgaver.

## 6.3 Borgernes vurdering af behandling og pleje fra akutteam og hjemmesygepleje

### 6.3.1 Behandling i eget hjem frem for på sygehus

Alle tolv borgere, som har fået behandling af sygeplejerskerne i akutteamet, har været meget begejstrede for behandlingen og for muligheden for at få denne i eget hjem. Borgerne fremhæver mange positive fordele ved at kunne blive derhjemme i stedet for at være indlagt på sygehuset. Det drejer sig blandt andet om praktiske, bekvemmeligheds- og hygiejniske fordele.

De praktiske fordele ved at modtage behandling i hjemmet, og ved at sygeplejerskerne kommer hjem til borgerne, er, at de kan medbringe medicinen til den syge i de tilfælde, hvor borgeren ikke selv kan bære særlig meget, fx borgere med reduceret hjertefunktion. En anden praktisk fordel er, at man sparer transporttiden til sygehuset eller til et andet behandlingssted. Borgeren ved, at akutsygeplejersken kommer inden for en bestemt tidsramme, og borgeren behøver derfor kun at være hjemme i det specifikke tidsrum. Ind i mellem de flere daglige besøg fra akutsygeplejersken kan borgeren lave andre daglige gøremål eller endda arbejde. Kommer man ud for at skulle vente på sygeplejersken, så er det også praktisk at være hjemme. En borgers ægtefælle beskriver det således:

*Selv om vi skulle vente, så er det noget andet at vente derhjemme, fordi der er man bare hjemme. For det er jo ikke at vente på den måde.*

Andre fordele ved at modtage behandling i sit eget hjem er bekvemmeligheden. Mange fremhæver, at det er rart at være hjemme i vante omgivelser, for i hjemmet føler man sig mere hjemme, og der kender man hver krog af sin lejlighed, som en af borgerne beskriver det. Det er bekvemmeligt, at borgeren kan sidde i sin egen sofa og vente på, at droppet løber igennem, eller at sove i sin egen seng om natten, tage bad på sit eget badeværelse eller se lige præcis de tv-udsendelser, man selv har lyst til på sit eget fjernsyn uden, at

man behøver at tage hensyn til, hvad andre gerne vil se. Mange borgere fremhæver også den frihed, som behandlingen i hjemmet giver. Man kan selv bestemme, hvornår på dagen, man vil spise, og hvad man vil spise. I ét tilfælde fremhæves også det faktum, at borgeren derhjemme kan have sit eget tøj på. Borgerne har mulighed for selv at tilrettelægge deres hverdag på samme måde, som når de ikke er i behandling. Flere beskriver det som, at hverdagen, de vante gange samt rytmer fortsætter som hidtil, selv om man får intravenøs antibiotika. En af borgernes ægtefælle beskriver forskellen på at være indlagt og få behandling i hjemmet således:

*Jeg tror også, forskellen er, at så er du kun patient den halve time, droppet løber. Resten af tiden er man bare hjemme. Man er ikke patient 24 timer i døgnet flere dage i træk. Det gør en himmel til forskel.*

Andre fordele ved at være i de vante rammer er, at borgerne kan være og er mere aktive end ved en indlæggelse. Som nævnt tidligere, kan borgerne holde sig beskæftigede og aktive imellem besøgene. Nogle fremhæver det, at man ikke er bundet til en hospitalsseng, og at borgeren kan sidde op (i sin egen stol) i stedet for at ligge ned, som en fordel. En borger har haft meget glæde af at kunne gå på biblioteket, andre glæder sig over at kunne lave håndarbejde, havearbejde eller at gå på ordinært arbejde. Rammerne for behandlingen betyder tilsyneladende meget for mange af dem, og en borger fortæller, at vedkommende havde følt sig mere syg ved en indlæggelse. Derhjemme er hun bare sig selv, siger hun. En anden borger med en lang sygehistorie og flere indlæggelser bag sig fremhæver, at fordelene ved de hjemmelige rammer, er, at man derhjemme har en større privatsfære. På hospitalet kan man for eksempel risikere at blive indlagt på en firemands – eller tomandsstue. Om sygehusindlæggelser siger han: *Jo hurtigere du kan komme ud, desto bedre.*

Flere af de interviewede borgere pointerer, at muligheden for, at ægtefællen kan være i hjemmet under forløbet, er en fordel både får borgeren og ægtefællen. Det er trygt for ægtefællen at vide, at borgeren selv føler sig tryk ved denne form for behandling. En anden ægtefælle fremhæver, at det er "himmlsk", fordi hun sparer ventetiden og transporttiden til sygehusbehandling. En tredje ægtefælle fortæller, at, hvis borgeren skulle have været indlagt, havde hun ikke kunnet besøge ham, da hun selv var syg i samme periode. For alle tre ægtefæller gælder det, at muligheden for at kunne være sammen med deres mand under forløbet, har betydet meget for dem.

Set fra borgernes side, har det også haft en stor betydning at have ægtefællen ved siden af under behandlingsforløbet. En af borgerne beskriver det på følgende måde:

*Det er fordi, jeg har [min kone] hjemme. Hun kender mig, vi har været gift i 61 år, så hun ved, hvordan det skal ske. Hun går mere op i det [sygdomsforløbet] end jeg gør.*

At have ægtefællen tæt på og til at hjælpe til med pleje og andre praktiske opgaver under behandlingen, giver borgeren en tryghed, fordi de ved, at de er i gode hænder. Desuden fremhæver flere, at det er bekvemligt, at andre familiemedlemmer og venner kan komme på besøg i borgerens hjem.

Flere borgere påpeger hygiejniske fordele ved at få behandling i hjemmet. Det er særligt personer, der har kendskab til sygehusophold fra deres tidligere erhverv, som fremhæver dette. Når borgeren undgår en indlæggelse ved at få behandling i sit eget hjem, undgår man samtidig diverse sygehusinfektioner. En siger det således:

*Det er dejligt, at man kan blive herhjemme nu, så slipper man for de andre infektioner. Det er fordelen ved akutteamet, at vi ikke kommer ud til de andre patienter. Jeg smitter ikke dem, og de smitter ikke mig.*

Borgerne fortæller alle sammen, at de har følt sig trygge, når sygeplejerskerne fra akutteamet har været på besøg. Nogle siger, at de har følt sig mere trygge ved denne behandlingsform end, hvis de skulle indlægges, mens andre fremhæver, at de også var trygge på hospitalet. En borger fortæller, hvorfor han føler sig tryggere ved denne behandlingsform end en indlæggelse:

*Det er betryggende – det er jo ikke utrygt at være på hospitalet – men man er i sine vante omgivelser. Det er bare bedre og mere vant. Når man er på hospitalet, skal man tage en masse hensyn til de andre, og det behøver vi ikke, når vi er hjemme.*

Foruden rammerne er der mange andre årsager til, at borgerne føler sig trygge ved at få behandling i hjemmet. I første omgang skyldes det, at sygeplejerskerne er imødekomende. Borgerne fremhæver nogle personlige træk, som gør sig gældende, og beskriver dem som søde, rare, flinke, friske, gæve, opmærksomme og med godt humør. Det betyder meget for trygheden, at borgerne kan mærke, at akutsygeplejerskerne tager sig tid til dem, og at de kan samtale med sygeplejerskerne om behandlingen, men også om andre private emner (hyggesnak). En borger bemærkede dog, at sygeplejerskerne hver gang takkede nej til kaffe og kage, fordi de var opmærksomme på, at tiden skulle bruges på behandlingen og pleje af borgeren.

Det skaber desuden tryghed, at borgerne ved, hvilken behandling de går ind til, og at de ved, hvilket tidspunkt på dagen sygeplejerskerne kommer. Kontinuitet i besøgene bevirkede en tryghed, således at, når et problem opstod efter akutsygeplejerskens besøg, vidste borgeren, at problemet kunne afhjælpes eller afklares, når akutsygeplejersken kom igen.

Tilfredsheden og trygheden ved at modtage behandling i hjemmet frem for på sygehus er i overensstemmelse med internationale erfaringer (Hansen 2014).

### 6.3.2 Borgernes vurdering af akutteamets indsats og kontinuiteten

Når det handler om selve den medicinske behandling, beskriver borgerne akutsygeplejerskerne som kompetente, effektive, erfarne, fagligt dygtige, punktlige, professionelle, forberedte og fleksible. En borger med en lang sygehistorie fortæller i nedenstående citat om sine første og eneste erfaring med akutsygeplejersker sammenlignet med flere års erfaringer med sygehuset:

*Den [behandlingen] har været overraskende god. Det har virket. Nu har jeg været igennem otte år, så jeg har lidt erfaring med sygeplejersker og det hele. De er kompetente. Det er en viljeflok på ti mand, de har fået sig der, det skal jeg love for. Så jeg er også spændt på hjemmesygeplejersken. Det har jeg prøvet tidligere, og det var ikke voldsomt fornøjeligt. Så jeg er lidt ked af, at jeg skal overgives.*

Borgerne bemærkede, at akutsygeplejerskerne var fagligt kompetente, fordi de udviste en stor sikkerhed i gennemførelsen af diverse opgaver. Akutsygeplejerskerne er godt forberedte og er ikke i tvivl om, hvad de skal tage sig til, når de kommer, og ved præcis, hvad de skal gøre. Akutsygeplejerskernes fleksibilitet er også højt værdsat, særligt for to af borgerne, som stadig er arbejdsaktive og derfor kan have en travl hverdag. En af dem fremhæ-

ver, at han nogle få gange var nødsaget til at rykke de aftalte tidspunkter grundet arbejdsmøder, og det blev imødekommet af akutteamet. Den anden borger havde efter aftale og behov fået mulighed for at få behandling på akutteamets kontor på vej til arbejde.

Borgernes oplevelse af, at det er forskellige sygeplejersker, der kommer, har ikke haft en negativ effekt. Det er ikke et problem, at det ikke er den samme sygeplejerske hele tiden, når fagligheden er så høj, og de udviser stor imødekommenhed.

Erfaringerne med behandling og pleje fra hjemmesygeplejen er ligeledes positive. Mange af borgerne, som har haft besøg af hjemmesygeplejen, fortæller, at de har været tilfredse med den måde, hjemmesygeplejersken har udført opgaverne på. Dog er der et par borgere, som påpeger en lille forskel. Foruden eksemplet ovenfor (personen som er syg på ottende år) er der også andre, der bemærker forskellen. En borger fremhæver, at akutteamet er lidt mere kompetent, og at hjemmesygeplejen ligger et niveau under, hvad det angår. En anden borger har overodnet set været tilfreds med hjemmesygeplejen med undtagelse af én sygeplejerske, som, han mente, havde sin egen sundhedsfaglige agenda. Hun fulgte ikke de lægelige instrukser – både fra akutteamet og sygeplejen – på samme måde som de øvrige sygeplejersker gjorde.

Som beskrevet ovenfor er det generelle billede af borgernes oplevelser af at få behandling fra akutteamet og hjemmesygeplejen i eget hjem positivt. De fleste ser ingen ulemper ved denne behandlingsform og fremhæver kun fordelene. Dog er der et fåtal af mindre gode erfaringer eller forslag til forbedringer, som kort skal beskrives her. To borgere fremhæver, at der bør være en bedre og mere ensartet håndtering af PICC-Line. Begge har oplevet, at sygeplejerskerne er usikre eller uerfarne hvad angår pleje og udskiftning af bandagen omkring denne.

Særligt for akutteamet er det blevet fremhævet et ønske om, at sygeplejerskerne kan tage infusionsaffaldet med sig, når de er færdige med behandlingen. En borgers ægtefælle fortæller, at en uges brug af infusionsredskaber optager meget plads i en almindelig skraldespand. En anden efterspørger en lidt smallere tidsramme for akutsygeplejerskernes anmeldte besøg. Vedkommende foreslår selv, at akutsygeplejerskerne vælger et mere præcist tidspunkt med et tidsvindue på plus/minus en time. Men der er forståelse for, at akutsygeplejerskernes arbejdsdag er travl, og at der ofte kan forekomme pludselige henvendelser fra andre mere trængende borgere. I et tredje tilfælde blev en ældre borger ikke informeret om, at hun ikke længere var tilknyttet akutteamet, hvilket resulterede i, at vedkommende angiveligt var afskåret fra hjælp i to dage.

## 6.4 Borgernes oplevelse af kontakten med hjemmesygeplejen (og akutteamet)

Oplevelsen af kontakten med hjemmesygeplejen og akutteamet vurderes ud fra, hvor godt borgerne oplever sig informeret om formålet med akutteamets opgaver hos dem. Desuden hvor godt, de oplever sig informeret og inddraget om sygdommen og planen for behandling af denne, samt kontinuitet af behandlingen.

Den generelle oplevelse i dette tilfælde er ligeledes positiv. Formålet med akutteamets behandling af borgeren er i alle tilfælde blevet forklaret forud for henvisning til akutteamet. Lægerne har på forhånd forklaret, hvilke opgaver akutteamet skulle varetage i hjemmet. Oplevelsen er alligevel, at akutteamet har informeret borgerne om, hvorfor de kommer, hvor ofte, de kommer, og hvem af sygeplejerskerne, der kommer næste gang. De er yder-



ligere gode til at præsentere sig, når de ankommer. En borger fremhæver, at det er særligt vigtigt med god information om formål og plan for sygdomsbehandling, når det er første gang, en borger skal i behandling hos akutteamet. Denne borger har været særligt tilfreds med, at det netop har været sygeplejersker fra akutteamet, som var de første, der blev tilknyttet behandlingen.

Desuden er oplevelsen fra borgernes side, at de løbende er blevet informeret om og inddraget i planen for behandlingen af den specifikke sygdom. Akutsygeplejerskerne er gode til at forklare og vise hvad de gør. En borger påpeger, at det ikke har været nødvendigt at blive inddraget i behandlingen, da det har været ligetil at forstå behandlingen (IV). Der er også eksempler på, at informationen var god, når borgerne har efterspurgt den, fx hvis der opstod tvivl eller spørgsmål vedrørende sygdommen eller behandlingen. Borgerne oplever akutsygeplejerskerne som velinformerede om borgernes sygehistorie samt velforberedte til behandlingen.

I relation til måden opgaverne udføres på, svarer samtlige borgere, at den er konsistent. Der har dog været nogle få eksempler på udsving, som tidligere nævnt fx med håndteringen af PICC-line (hjemmesygeplejen). En borger oplevede endvidere engang, at hjemmesygeplejersken satte væsken til at løbe for stærkt, men rettede det op umiddelbart efter, at borgeren gjorde hende opmærksom på det. Samme borger oplevede at få to forskellige forklaringer af en læge og en akutsygeplejerske på, hvornår den indlagte venflon skulle udskiftes. En tredje påpeger også, at der har været et lille udsving, men nævner ikke, hvad det specifikt drejer sig om.

## 6.5 Opsamling

Som det fremgår af ovenstående beskrivelser, er borgernes vurderinger af behandling og pleje i hjemmet med deltagelse af akutteamet alt i alt positive. Gennem behandlingen har de fået dækket de behov, de har haft. Tilfredsheden blandt de interviewede er stor – særligt i forhold til muligheden for at kunne være hjemme og modtage behandlingen her. Det er højt værdsat, at behandlingen kan foregå i de vante rammer, og at de kan fortsætte i deres daglige rytme, således at borgeren kun er patient i en kort tid, og resten af tiden er privatperson. De vante rammer skaber desuden tryk og frihed.

Borgerne vurderer akutsygeplejerskerne som meget kompetente, fagligt dygtige og imødekommende, hvilket bidrager til, at de føler sig trygge ved at modtage behandling i hjemmet. Borgerne oplever også, at informationen og inddragelsen i forhold til sygdom og plan for behandlingen er upåklagelig. Ligeledes er udførelsen af opgaver konsistent og tilfredsstillende, og der er kun få eksempler på manglende kontinuitet i opgaveudførelsen.

## 7 Udviklingen i indlæggelser på sygehus og kommunens medfinansiering

I dette afsnit analyseres, i hvilken udstrækning etableringen af akutteamet har reduceret antal indlæggelser og medfinansiering af borgere fra Sønderborg Kommune med udvalgte diagnoser. I kapitlet analyseres endvidere, hvad akutteamet har betydet for kommunens håndtering af hurtige udskrivelser.

Hansen (2014) har gennemgået en række studier af indsatser, som har skullet forebygge unødige akutte indlæggelser og/eller afkorte sygehusophold. Der blev ved denne gennemgang ikke fundet internationale studier, som analyserer virkninger i forhold til sygehusforbrug, ældres funktionsevne og omkostninger ved at introducere indsatser, som specifikt retter sig mod at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser ved fx at rette sig mod en kritisk situation. Der er altså ingen evidens for, i hvilken udstrækning det er muligt gennem kommunale akuttilbud at forebygge unødige indlæggelser.

I en analyse af forebyggelige forløb i en række kommuner i Nordsjælland (Vinther og Nielsen 2012) konkluderes det, at forløbene var forebyggelige, såfremt der blev forebygget meget tidligt i forløbet, når borgerens almentilstand begyndte at ændre sig. I langt de fleste tilfælde var der gode observationer af hjemmeplejens personale, og det blev opdaget, når borgerens almentilstand ændrede sig. Der manglede imidlertid mulighed for at dele og videregive observationerne, og der manglede metoder til systematisk at sikre handling og opfølgning på indsatserne. Som en del af projektet blev der udviklet metoder og redskaber til at modtage og følge op de tidlige ændringer, herunder bl.a. triage, sygeplejersketasker indeholdende udstyr til at måle og notere borgernes symptomer og værdier, og tværfaglige møder. De samme intentioner har været baggrund for Sønderborg Kommunes initiativ Prikken over i'et, som ligeledes var tænkt som et redskab til tidligt at opspore forandringer i borgernes almentilstand. Der kunne i de nordsjællandske kommuner ikke påvises en sikker virkning af indsatsen på antal indlæggelser, hvilket forklares med, at interventionerne blev afprøvet i lille skala.

Erfaringer fra ACCESS-projektet (2015) indikerer, at en kombination af tilsyn ved praktiserende læge og et akuttilbud kan forebygge indlæggelser sammenlignet med, at borgerne bliver henvist til udredning i et akutambulatorium. Projektet viste, at patienter, som blev tilset af speciallæger med mulighed for henvisning til akutplads eller akutteam, i højere grad blev indlagt end borgere, som blev tilset af de praktiserende læger med mulighed for henvisning til akutplads eller akutteam. Hvis borgere i Sønderborg Kommune i højere grad har kunnet tilses alene af praktiserende læge som følge af akutteamet frem for at blive udredt på sygehus, vil vi således forvente, at et antal indlæggelser har kunnet forebygges.

Der er altså forskellige erfaringer, der viser, at forebyggelse af unødige indlæggelser er en kompleks udfordring, og at der er beskedne evidens for, hvilken indsats der har en virkning.

### 7.1 Udviklingen i indlæggelser, ambulante besøg og medfinansiering

Ved etableringen af akutteamet var sigtet at forebygge indlæggelser med diagnoserne blærebetændelse, væskemangel, svimmelhed, forstoppelse, lungebetændelse, fald, underer-

næring, KOL og indlæggelse borgere i den terminale fase. Der har derfor i analysen været fokus på udviklingen i antal indlæggelser og medfinansiering af borgere med disse diagnoser. Listen over diagnoser for forebyggelige indlæggelser er efter akutteamets etablering blevet revideret. De udvalgte diagnoser, der i den efterfølgende analyse indgår som forebyggelige indlæggelser, fremgår af nedenstående:

#### Diagnoser, som indgår i analysen

DA081 - Akut gastroenteritis forårsaget af Norwalk-virus
DA084 - Tarminfektion forårsaget af virus UNS
DA090 - An. og uspec. gastroenteritis og colitis af infektiøs oprind.
DA469 - Rosen UNS
DA499 - Bakteriel infektion UNS
DE160 - Hypoglykæmi uden koma forårsaget af lægemiddel
DE869A - Dehydrering
DI489 - Atrieflagren eller atrieflimren UNS
DI509 - Hjertesvigt UNS
DJ159 - Bakteriel pneumoni UNS
DJ168 - Pneumoni forårsaget af andet infektiøst agens
DJ189 - Pneumoni UNS
DJ440 - Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut nedre luftvejsinfektion
DJ441 - Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut eksacerbation UNS
DJ449 - Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS
DK590 - Forstoppelse
DN185 - Kronisk nyreinsufficiens, terminal stadie 5
DN300 - Akut blærebetændelse
DN308B - Hæmorrhagisk cystitis
DN308C - Cystitis recidivans
DN308E - Cystitis cystica
DN309 - Cystitis UNS
DN390 - Urinvejsinfektion uden angivelse af lokalisation
DN399 - Sygdom i urinvejene UNS
DR060 - Dyspnø
DR100 - Akutte mavesmerter
DR339 - Urinretention UNS
DR429 - Vertigo UNS
DR509 - Feber UNS
DR739 - Hyperglykæmi UNS
DS720 - Fraktur af lårbenshals
DS721 - Pertrokantær femurfraktur
DS722 - Subtrokantær femurfraktur
DS723 - Fraktur af femurskaft
DZ039 - Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS

Det er således i alt 35 diagnoser, der er indgået i analysen af udviklingen i antal indlæggelser og medfinansiering<sup>2</sup>.

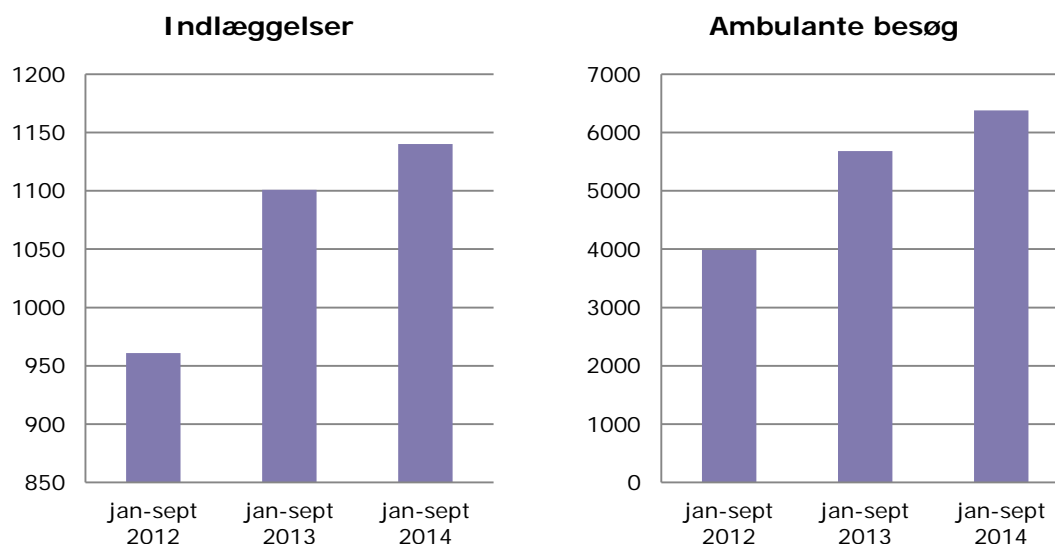
<sup>2</sup> Listen over diagnoser afviger fra dem, der i andre publikationer er beskrevet som forebyggelige indlæggelser fx KL et al. (2015) og Vinge et al. 2011.

Det var ved etableringen af akutteamet beskrevet, at formålet med akutteamet var at forebygge indlæggelser af *kendte borgere*. Analyserne af udviklingen i indlæggelser med udvalgte diagnoser har omfattet alle borgere på 65+ år i Sønderborg Kommune, og altså ikke kun borgere, som har været kendte af Sønderborg Kommune, fordi de har modtaget hjemmesygepleje, anden hjemmepleje eller andre ydelser fra kommunen. Det giver naturligvis en usikkerhed i fortolkningen af effekten af akutteamet, hvis en reduktion i indlæggelser af kendte borgere opvejes af en stigning i antal indlæggelser af andre borgere. Der kan imidlertid argumenteres for, at akutteamet ikke kun har potentiale til at forebygge indlæggelse af kendte borgere, fordi hjemmeplejen og hjemmesygeplejen kan kontakte akutteamet om borgere, hvis tilstand de er i tvivl om. Akutteamet kan også forebygge indlæggelser ved fx at fortsætte en behandling, som en praktiserende læge har iværksat.

Der er imidlertid under alle omstændigheder et usikkerhedsmoment ved fortolkningen af, hvorvidt udviklingen i antal indlæggelser af borgere fra Sønderborg Kommune er en effekt af akutteamet, fordi vi ikke har et sammenligningsgrundlag, der viser, hvordan udviklingen i antal indlæggelser ville have været uden et akutteam.

Akutteamet blev etableret med start 1. oktober 2012. Vi har derfor sammenholdt antal indlæggelser i perioden januar – september 2012 med de tilsvarende perioder i 2013 og 2014, som ligger efter akutteamets etablering. Analysen omhandler alene de udvalgte diagnoser, som er beskrevet ovenfor, og som i Sønderborg Kommune er vurderet som forebyggelige gennem et akutteam. Figur 7.1 viser udviklingen i antal indlæggelser og ambulante besøg af borgere bosat i Sønderborg kommune.

**Figur 7.1** Antal indlæggelser og ambulante besøg af borgere 65+ år fra Sønderborg Kommune med udvalgte diagnoser (januar-september 2012, 2013 og 2014)



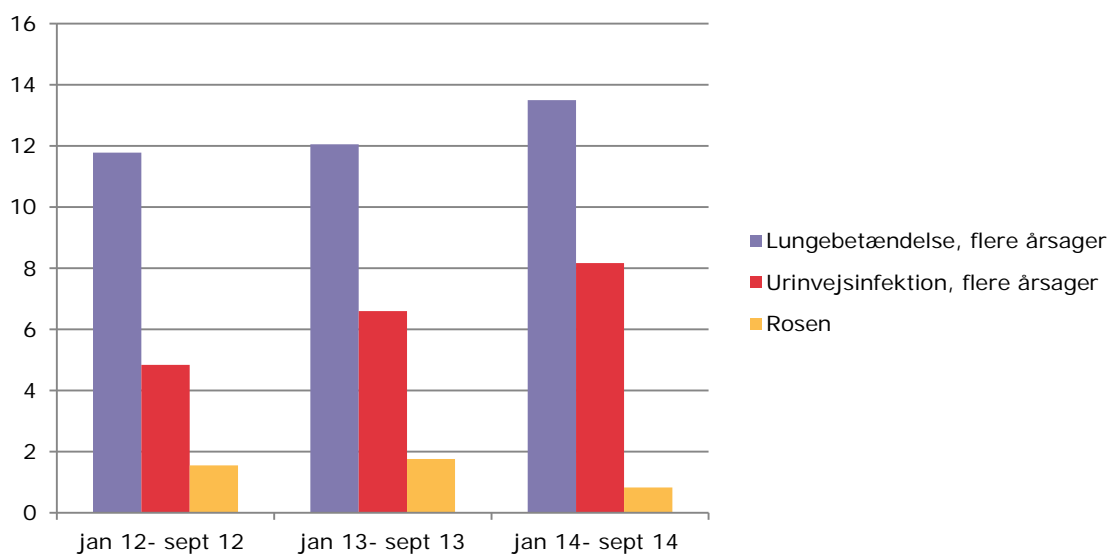
Kilde: Data fra KØS leveret af Sønderborg Kommune

Det ses, at både antal indlæggelser og ambulante besøg af borgere på 65+ år er højere i både 2013 og 2014 end i 2012, og at antallet er steget fra 2013 til 2014. Der har ikke været data til rådighed til at afgøre, i hvilken udstrækning stigningen i indlæggelser skyldes "nye" indlæggelser og/eller genindlæggelser.

Akutteamet forklarer, at de diagnoser, som akutteamet oftest yder intravenøs behandling til, er lungebetændelse, urinvejsinfektion og rosen. Det er således et spørgsmål, om der

har været en anderledes udvikling for disse diagnoser. Det er vist i figur 7.2. I figuren er diagnoserne grupperet således, at diagnoserne Bakteriel Pneumoni UNS, Pneumoni forårsaget af anden infektiøst agens og Pneumoni UNS er under lungebetændelse, mens diagnoserne Akut blærebetændelse, Hæmorrhagisk cystitis, Cystitis recidivans, Cystitis cystica, Cystitis UNS og Urinvejsinfektion uden angivelse af anden lokalisation er under urinvejsinfektion. Antal indlæggelser med de tre diagnoser er sat i forhold til befolkningen på 65+ år for at tage højde for en eventuel udvikling i antal borgere i aldersgruppen.

**Figur 7.2** Antal indlæggelser af borgere på 65+ år fra Sønderborg Kommune med lungebetændelse, urinvejsinfektion eller rosen (januar-september 2012, 2013 og 2014). Opgjort pr. 1.000 indbyggere.



Kilde: Data fra KØS leveret af Sønderborg Kommune

Som det fremgår, er antal indlæggelser med lungebetændelse ikke større i 2013 end i 2012, når der tages hensyn til befolkningsudviklingen. Der er imidlertid en stigning fra 2013 til 2014 i indlæggelser med lungebetændelse, ligesom der er en stigning i indlæggelser med urinvejsinfektion gennem perioden. Antal patienter, der er indlagt på grund af rosen, er lavere i 2014 end i de tidligere år. Til gengæld er der tale om et lille antal årlige tilfælde.

For at vurdere, om udviklingen i antal indlæggelser og ambulante besøg med de udvalgte 35 diagnoser er enestående for borgere i Sønderborg Kommune eller afspejler en generel samfundstendens, sammenligner vi udviklingen i Sønderborg Kommune med udviklingen i hele Region Syddanmark. Figur 7.3 og figur 7.4 viser udviklingen for henholdsvis indlæggelser og ambulante besøg på sygehus af 65+-årige for de udvalgte diagnoser pr. 1.000 65+-årige. Tabellen viser altså udviklingen i antal indlæggelser pr. 1.000 borgere i aldersgruppen, og der er således taget hensyn til, at der er sket ændringer i aldersgruppens størrelse i perioden.

**Figur 7.3** Antal indlæggelser af borgere 65+ år med udvalgte diagnoser (januar-september 2012, 2013 og 2014) pr. 1.000 65+-årige (Sønderborg Kommune og Region Syddanmark)



Kilde: Data fra KØS leveret af Sønderborg Kommune

**Figur 7.4** Antal ambulante besøg af borgere 65+ år med udvalgte diagnoser (januar-september 2012, 2013 og 2014) pr. 1.000 65+-årige (Sønderborg Kommune og Region Syddanmark)



Kilde: Data fra KØS leveret af Sønderborg Kommune.

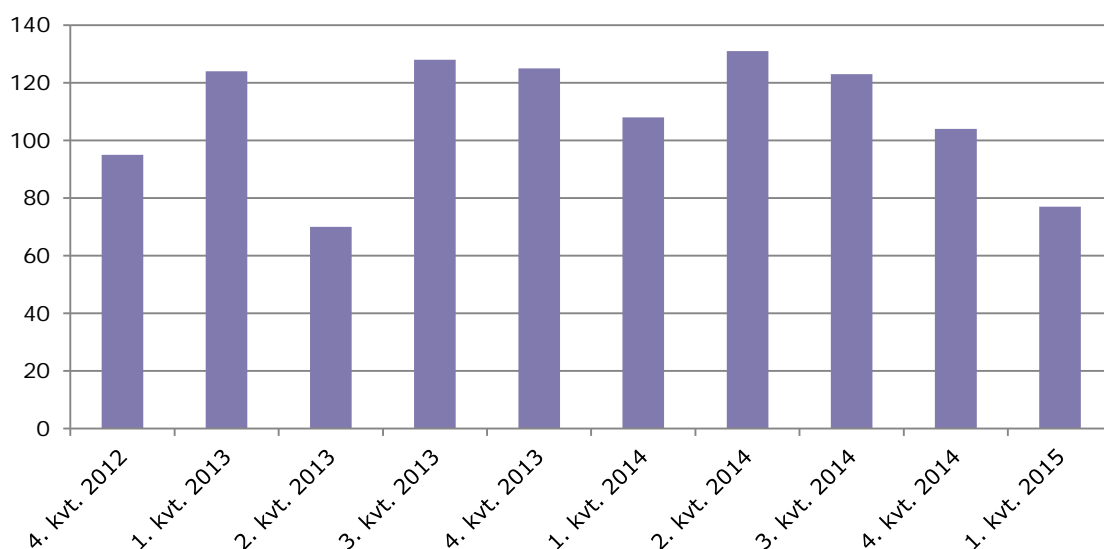
Det ses, at antal indlæggelser per 1.000 borgere er lavere i Sønderborg kommune end i hele regionen både inden akutteamet blev etableret og i de tre første kvartaler af 2013, mens antal indlæggelser pr. 1.000 borgere er større i Sønderborg Kommune i perioden januar til september 2014. Antal indlæggelser per 1.000 borgere har været stigende i Sønderborg Kommune, mens der for Region Syddanmark er en stigning fra 2012 til 2013 og derefter et fald.

I perioden efter, at akutteamet er blevet etableret, ses der flere ambulante besøg per 1.000 borgere i Sønderborg Kommune sammenlignet med hele regionen. Antal akutte besøg på sygehus pr. 1.000 borgere fra Sønderborg Kommune har været stigende i perioden, mens antallet i hele regionen har været stagnerende.

Det er heller ikke oplagt, at akutteamet skulle bevirke en reduktion i antal ambulante besøg. Det kunne derimod tænkes, at ambulante behandling i nogle tilfælde kan træde i stedet for en indlæggelse, fordi den ambulante behandling kan følges op af akutteamet i samarbejde med praktiserende læge.

Sygeplejerskerne i akutteamet har registreret i det elektroniske journalsystem, når de har vurderet, at en borger, som de har været på besøg hos, alternativt ville have været indlagt på sygehus. Sygeplejerskerne har vurderet, at de har forebygget en indlæggelse, når de har påbegyndt en behandling i hjemmet, som borgeren ikke ville have kunnet få, hvis akutteamet ikke havde eksisteret. I figur 7.5 er vist, hvor hyppigt sygeplejerskerne i akutteamet har vurderet, at de har forebygget en indlæggelse i kvartalerne siden akutteamets start og til udgangen af marts 2015.

**Figur 7.5** Antal forebyggede indlæggelser ifølge akutteamets vurderinger opgjort pr. kvartal i perioden oktober 2012 - marts 2015



Kilde: Data fra Sønderborg Kommune

Hvis man lægger sammen for hele perioden, har sygeplejerskerne i akutteamet vurderet, at de har forebygget en indlæggelse 1.085 gange. Antal tilfælde, hvor sygeplejerskerne i akutteamet har vurderet, at de har forebygget en indlæggelse, viser ikke sammenhæng med besøgsaktiviteten (bortset fra lavpunktet i 2. kvartal 2013). Det er ikke muligt at afgøre, om den manglende sammenhæng skyldes ændringer i patientsammensætning eller ændringer i sygeplejerskernes praksis med hensyn til at vurdere og registrere forebyggede indlæggelser.

Akutteamets vurderinger af antal forebyggede indlæggelser kan imidlertid, som det fremgår ovenfor, ikke aflæses i udviklingen i antal indlæggelser, som kommer til udtryk gennem udtræk fra KØS.

## Kommunal medfinansiering af indlæggelser og ambulante besøg på sygehus

Et formål med akutteamet var endvidere at reducere Sønderborg Kommunes medfinansiering af indlæggelser og ambulante besøg af borgere med de udvalgte diagnoser.

Medfinansieringen er fastsat ud fra de såkaldte DRG-takster for indlæggelser og DAGS-takster for ambulante besøg. Taksterne er standardtakster for den enkelte indlæggelsesdiagnose. Vi har opgjort Sønderborg Kommunes medfinansiering til de udvalgte diagnoser i perioden 2012 – 2014, og udviklingen er vist i tabel 7.1.

**Tabel 7.1** Udviklingen i Sønderborg Kommunes medfinansiering af indlæggelser og ambulante besøg på sygehus af 65+-årige i perioden 2012 - 2014

	2012	2013	2014
Medfinansiering i kr.	15.800.000	19.800.000	20.500.000
Medfinansiering pr. 65+-årig i kr.	979	1.201	1.217

Kilde: Data fra KØS leveret af Sønderborg Kommune

Som det fremgår, har der ikke været en reduktion i Sønderborg Kommunes medfinansiering af de udvalgte diagnoser. Der har tværtimod været en stigning i både det samlede beløb og i beløbet pr. 65+-årig, og det er naturligvis en konsekvens af, at der har været en stigning i både antal indlæggelser og antal ambulante besøgt. Stigningen i medfinansieringen var mest markant fra 2012 til 2013. Stigningen fra 2013 til 2014 svarer stort set til en stigning i takterne som følge af pris- og lønregulering. Til sammenligning var medfinansieringen fra alle kommuner i Region Syddanmark mindre i 2014 end i 2013 (ikke vist), hvilket er en naturlig følge af et mindre antal indlæggelser.

## 7.2 Håndtering af hurtige udskrivelser

### Udvikling i gennemsnitlig liggetid

Analysen af akutteamets ydelser i kapitel 3 og tilkendegivelser fra samarbejdspartnere i sygehusvæsenet i kapitel 5 tyder på, at akutteamet snarere kan have afkortet indlæggelsestiden på sygehus for borgere med de udvalgte 35 diagnoser frem for at have forebygget indlæggelser. Derfor ser vi i tabel 7.2 på udviklingen i den gennemsnitlige liggetid på sygehus for borgere på 65+ år med de udvalgte diagnoser.

**Tabel 7.2** Udviklingen fra 2012 i gennemsnitlig liggetid for udvalgte diagnoser for borgere på 65+ år i henholdsvis Sønderborg Kommune og Region Syddanmark

	2012	2013	2014
Sønderborg Kommune	5,8	5,8	5,1
Region Syddanmark	5,4	5,5	5,4

Kilde: KØS

Som det fremgår af tabellen er den gennemsnitlige liggetid for borgere fra Sønderborg Kommune lavere i 2014 end i 2012 og 2013, og selv om der har været en stigning i antal indlæggelser med de udvalgte diagnoser, har der været et fald i antal sengedage. Der har fx været et betydeligt fald i den gennemsnitlige liggetid for indlæggelser som følge af lungebetændelse, urinvejsinfektion, rosen, urinvejsinfektion og dehydrering.



Udviklingen adskiller sig fra udviklingen i hele Region Syddanmark, hvor den gennemsnitlige liggetid har været uændret. Den gennemsnitlige liggetid for 65+-årige fra Sønderborg Kommune med de udvalgte diagnoser er gået fra at have ligget over niveau i hele regionen til at ligge under.

Faldet i gennemsnitlig liggetid har ikke givet sig udslag i kommunens medfinansiering, da medfinansieringen er baseret på faste takster og ikke reguleres som følge af lokale ændringer i gennemsnitlig liggetid.

### **Kommunens håndtering af hurtige udskrivelser**

Udsagn fra både hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i akutteam peger på, at akutteamet har betydet, at Sønderborg Kommune er blevet i stand til at håndtere hurtigere udskrivelser, og at akutteamet nok ligefrem har tilskyndet til hurtige udskrivelser fra sygehus. Sygeplejerskerne i akutteamet nævner fx, at de oplever, at borgere i IV-behandling udskrives i en tidligere fase af behandlingen end tidligere, og at mange borgere, som sættes i IV-behandling ikke indlægges, men kommer på dagafsnit og derefter får injektionerne i hjemmet.

*Det er nogle borgere, som før i tiden ville have været indlagt. Da vi startede akutteamet, da hed det sig, at vi skulle give – der gav vi også – IV-antibiotika, men da skulle vi gøre en kur færdig. Det vil sige, de var indlagt på sygehuset, man kunne se, de havde høje infektionstal, man kunne efter et par dage se, at infektionstallene falder. Borgeren får det bedre, og nu vil han gerne hjem. Det skal man have lov til. Vi ringer til akutteamet, og så gjorde vi kuren færdig. Det gør man ikke mere. Nu er det sådan: Borgeren er dårlig, bliver indlagt på medicinsk dagafsnit, får taget diverse blodprøver, og man kan se, at der er rigtig høje infektionstal. Borgeren får én max to gange antibiotika, og så kommer han hjem. (sygeplejerske i akutteam)*

Hjemmesygeplejerskerne har samme opfattelse.

*Ja det er jo det, vi har brugt meget af tiden på at snakke om. Vi mærker helt klart, at de kommer hjem 3-4 døgn hurtigere. Det er det, vi tydeligst mærker, mere end forebyggelsen. Det er alle de der IV'er. Før ville de jo være blevet på sygehuset. Nu kommer de jo hjem.*

Det er altså især borgere i IV-behandling, som af sygeplejerskerne i akutteamet og i hjemmesygeplejen vurderes til at blive hurtigere udskrevet fra sygehus.

Udsagn fra sygehusansatte antyder ligeledes, at akutteamet betyder, at patienter kan udskrives hurtigere. De sygehusansatte ser ikke akutteamet som et alternativ til en indlæggelse, men som en mulighed for at udskrive tidligere og tilpasse behandlingen den enkelte patient. De oplever, at patienterne bliver glade, når de hører om muligheden for at blive udskrevet til akutteamet. Akutteamet har altså ikke bare til formål at gavne sygehusøkonomien, men har også en effekt på patienttilfredsheden.

En klinikleder på Sønderborg Sygehus fremhæver, hvordan akutteamet ved at muliggøre en hurtigere udskrivelse mindsker risikoen for sygehusinfektioner eller andre komplikationer, og understreger, at hovedformålet netop er den livsforlængende og livsmodsbærende effekt, dette medfører. Hun beskriver akutteamet som en service, man kan give patienterne.

Alt i alt er de sygehusansatte meget begejstrede for akutteamet, og den nye mulighed for at udskrive patienterne tidligere. Teamet beskrives som gode sparingspartnere, og en sam-

arbejdspartner ude i patientens eget hjem, hvilket gør både personalet og patienterne mere trygge. En sygehuslæge siger, at akutteamet er en stor daglig hjælp og hun siger:

*De aflaster personale, patienter og pladmangel. Det er en plus-plus-situation.*

### 7.3 Opsamling

Analysen i dette kapitel har ikke kunnet konstatere et fald i antal indlæggelser og ambulante besøg med de udvalgte diagnoser, og vi har ikke kunnet konstatere en anderledes udvikling i Sønderborg Kommune end i hele Region Syddanmark, som kunne indikere, at akutteamet har forebygget et større antal indlæggelser. Der har imidlertid for de udvalgte diagnoser for borgere fra Sønderborg Kommune været et fald i den gennemsnitlige liggetid, som ikke har kunnet konstateres for hele Region Syddanmark.

Udsagn fra sygeplejersker i akutteamet og fra hjemmesygeplejersker tyder på, at akutteamet har bidraget til, at Sønderborg Kommune har kunnet håndtere hurtige udskrivninger fra sygehus, og akutteamet har måske ligefrem bidraget til at fremskynde udskrivninger fra sygehus. Udsagn fra sygehusansatte læger og sygeplejersker peger ligeledes i retning af, at akutteamet har bevirket, at nogle patienter kan udskrives hurtigere fra sygehus.

## 8 Sammenfattende diskussion, anbefalinger konklusion og anbefalinger

Denne evaluering af akutteamet i Sønderborg Kommune har haft til formål at belyse virkningerne af akutteamet i forhold til indlæggelser på sygehus med en række udvalgte diagnoser samt kommunens medfinansiering. Evalueringen har endvidere skullet afdække, i hvilken udstrækning akutteamet har bidraget til, at Sønderborg Kommune kan håndtere hurtige og accelererende udskrivelser fra sygehus.

Evalueringen har også skullet belyse akutteamets funktionsmåde. Heri har indgået en belysning af borgere i akutteamet, kvaliteten i tilbuddet og samarbejdet med sygehus og almen praksis samt med den øvrige hjemmesygepleje. I evalueringen af funktionsmåden er også indgået en belysning af bl.a. procedurer, arbejds gange, samarbejdsflader og -aftaler, ansvarsfordeling, arbejdsdeling mellem akutteam og øvrig hjemmesygepleje, ressourcer og bemanning samt organisering.

Endelig har evalueringen belyst, hvordan borgere har oplevet indsatsen fra akutteamet.

I dette kapitel sammenfattes og diskuteres resultaterne vedrørende de centrale temaer i evalueringen. Kapitlet indeholder endvidere anbefalinger og konklusioner. I afsnit 8.1 - 8.3 behandles virkninger af akutteamet, og i afsnit 8.4 - 8.9 behandles forskellige aspekter af implementeringen og akutteamets funktionsmåde. I disse afsnit indgår også anbefalinger til fremtidige initiativer. Afsnit 8.10 indeholder konklusioner.

### 8.1 Akutteamets virkninger på indlæggelser, ambulante besøg og udskrivninger fra sygehus

Analysen af udviklingen i indlæggelser med en række udvalgte diagnoser, som er vurderet til at være forbyggelige gennem et akutteam, af borgere på 65+ år, kan ikke påvise et fald i antal indlæggelser efter akutteamets etablering. Vi har ikke kunnet påvise en anderledes udvikling i Sønderborg Kommune end i hele Region Syddanmark, som kunne indikere, at akutteamet har forebygget et større antal indlæggelser. Der er usikkerhed knyttet til tolkningen af denne udvikling. Hele Region Syddanmark er måske ikke et godt sammenligningsgrundlag, og der kan have været særlige forhold i Sønderborg Kommune, som har ført til et stigende antal indlæggelser af 65+-årige. Stigningen i antal indlæggelser ville måske have været endnu større, hvis akutteamet ikke var blevet etableret.

Det er så et spørgsmål, om der er andre indikationer på, at akutteamet har forebygget indlæggelser.

Akutteamet har i en række tilfælde bidraget til at måle værdier for at udrede borgernes tilstand med henblik på at vurdere, om lægekontakt har været nødvendig. I nogle tilfælde har en måling måske vist, at det har det ikke, og borgeren er fortsat med behandling og pleje i hjemmeplejen eller plejecentret. I andre tilfælde har der været usikkerhed eller målingen har vist, at der er behov for behandling, og at en læge har skullet kontaktes. Akutteamet kan have bidraget til, at der har været tilfælde, hvor man tidligere som følge af tvivl om borgerens tilstand har kontaktet en læge, nu har klaret borgeren uden lægekontakt. Akutteamets målinger kan imidlertid også have bidraget til at afdække tilfælde, hvor der er behov for lægekontakt, men hvor man tidligere har ventet og set tiden an. Det kan i

disse tilfælde være en fordel for borgeren at komme hurtigere i behandling, men det kan også have bidraget til et øget antal (nødvendige) indlæggelser/henvisninger til sygehus.

Akutteamet har selv registreret, hvornår de har vurderet, at deres indsats har forebygget en indlæggelse. Sygeplejerskerne har vurderet, at de har forebygget en indlæggelse, når de har påbegyndt en behandling i hjemmet, som borgeren ikke ville have kunnet få, hvis akutteamet ikke havde eksisteret. I perioden fra oktober 2012 til marts 2015 har akutteamet vurderet, at det er sket i alt knap 1.100 gange. Antallet har de fleste kvartaler svinget omkring 100. Vi har ikke kunnet aflæse disse tal i udviklingen i antal indlæggelser. Selv om akutteamet har anlagt en sober faglig vurdering af alternativet til teamets indsats, er det umuligt at afgøre, hvad alternativet reelt ville have været. I nogle tilfælde ville behandlingen måske være foregået i den almindelige hjemmesygepleje.

Akutteamet kan have bidraget til et stigende antal ambulante behandlinger på sygehus som erstatning for indlæggelse, fordi akutteamet har kunnet overtage intravenøs behandling. Der har været en stigning i antal ambulante besøg på sygehus af borgere på 65+-år med de udvalgte diagnoser fra Sønderborg Kommune, men vi kan som beskrevet ovenfor ikke se, at disse besøg har erstattet sygehusindlæggelser. Det skal bemærkes, at analyserne ikke har omfattet foråret 2015, hvor der var blevet etableret et medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus, og som kan have accelereret ambulante behandlinger som erstatning for indlæggelse.

Vi har imidlertid konstateret, at der fra før etableringen af akutteamet til efter har været et fald i den gennemsnitlige liggetid for borgere fra Sønderborg Kommune, der har været indlagt med én af de udvalgte diagnoser. Et tilsvarende fald har ikke kunnet konstateres for Region Syddanmark under ét. Vi skal naturligvis også her være forsigtige med at fortolke denne udvikling. Vi har ikke noget belæg for, at dette fald i gennemsnitlig liggetid kan henføres til etableringen af akutteamet. Der kan være ændrede procedurer på Sønderborg Sygehus, der har ført til en kortere liggetid.

Mange borgere er imidlertid ifølge akutteamet henvist fra sygehus, og opgaverne i akutteamet har i vid udstrækning bestået i IV-injektioner af antibiotika, som er påbegyndt på sygehus. Sundhedspersoner på sygehus beskriver ligeledes, at patienter fra Sønderborg Kommune har kunnet udskrives hurtigere på grund af akutteamet.

Der har især været et fald i gennemsnitlig liggetid for indlæggelser som følge af en række betændelsestilstande og dehydrering. Der kan derfor argumenteres for, at akutteamet i en række tilfælde har overtaget behandlingen fra sygehus og dermed bidraget til at forkorte liggetiden. Der kan også argumenteres for, at akutteamet har bidraget til, at flere borgere med etableringen af medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus i begyndelsen af 2015 har kunnet behandles ambulant med opfølgende behandling i hjemmet.

Disse observationer sammen med akutteamets og hjemmesygeplejerskernes oplevelse af, at borgere udskrives fra sygehus tidligere i et behandlingsforløb, peger på, at akutteamet har bidraget til, at Sønderborg Kommune har kunnet håndtere hurtige udskrivelser fra sygehus. Det kan til gengæld ikke udelukkes, at det har ført til flere genindlæggelser, hvis sygehuset, som angivet af akutteamet, i flere tilfælde udskrives borgere, inden det er konstateret, om en antibiotikabehandling har effekt. I nogle tilfælde vil det vise sig, at kuren ikke har effekt, og borgeren må genindlægges. Evalueringen har ikke givet mulighed for at afdække, i hvilket omfang det sker.

Evalueringen har ikke kunnet påvise et fald i antal indlæggelser på sygehus, som følge af akutteamets etablering. Det kan til dels skyldes metodiske problemer, således at det ikke

kan afgøres, om der ville have været en stærkere stigning i antal indlæggelser, hvis akutteamet ikke havde eksisteret.

Analysen peger imidlertid på – selv om der også her må tages forbehold – at akutteamet har bidraget til at afkorte liggetiden for en række indlæggelser. Akutteamet har således aflastet sygehuset, men til gavn for borgerne, som, når det kan lade sig gøre, foretrækker at blive behandlet i hjemmet.

## 8.2 Akutteamets økonomi

Det har ikke i denne evaluering indgået at opgøre de økonomiske konsekvenser for Sønderborg Kommune af at etablere et akutteam. I evalueringen er indgået en opgørelse af kommunens driftsudgifter til drift af teamet og en analyse af udviklingen i Sønderborg Kommunes medfinansiering af indlæggelser og ambulante besøg på sygehus af borgere på 65+ år.

Vi kan konstatere, at målet om at reducere kommunens medfinansiering af indlæggelser og ambulante besøg på sygehus ikke er nået. Forklaringen er naturligvis, at indlæggelser ikke er blevet forebygget gennem akutteamet i det omfang, man havde forudset. Kommunens udgift til medfinansiering er omvendt steget i årene efter akutteamets etablering – omend med aftagende stigningstakt. Det er sket samtidigt med, at der har været et fald i andre kommuners medfinansiering i Region Syddanmark. Der er også her metodiske problemer, og vi kan ikke afgøre, om stigningen i medfinansiering ville have været større, hvis akutteamet ikke havde eksisteret.

Sønderborg Kommune har givet en ekstra bevilling på ca. 2,7 mio. kr. årligt til drift af akutteamet. Denne udgift er altså ikke opvejet af en besparelse på udgiften til medfinansiering.

Evalueringen peger som nævnt ovenfor på, at akutteamet i en vis udstrækning har aflastet sygehusvæsenet ved at borgere udskrives hurtigere. Akutteamet har også i nogle tilfælde aflastet praktiserende læger, når et besøg af akutteamet har erstattet besøg fra praktiserende læge. Dette har kun beskedne konsekvenser for kommunens økonomi.

Den ekstra udgift er altså kommet borgerne til gode ved, at de, som de fleste foretrækker, har kunnet udskrives hurtigere fra sygehus.

## 8.3 Borgeres oplevelse af akutteamet

Alle interviewede borgere var meget begejstrede for behandlingen af akutteamet og for muligheden for at få behandlingen i hjemmet. Det nævnes som en fordel, at man sparer transporten til sygehus, og man har en aftale om, hvornår sygeplejersken vil komme, og behøver derfor kun at være hjemme i det tidsrum. Det nævnes også, at det er rart at være hjemme i vante omgivelser og selv kunne bestemme sin dagsrytme. Man føler sig mindre som patient, og man kan være sammen med ægtefællen i hjemmet. Endelig nævnes hygiejniske fordele ved at være i hjemmet, og at man er mindre udsat for at blive ramt af en infektion.

Alle interviewede borgere fortæller, at de har følt sig trygge ved at få behandlingen i hjemmet, og at sygeplejerskerne i akutteamet har bidraget til, at borgerne har følt sig trygge.

Borgerne har oplevet sygeplejerskerne i akutteamet som meget kompetente, fagligt dygtige og imødekommende. De har endvidere oplevet sig godt informeret om behandlingen. Borgerne har en positiv oplevelse af behandlingen af akutteamet og den efterfølgende behandling af hjemmesygeplejersker. Overgangen har været oplevet som uproblematisk.

Bortset fra enkelte eksempler har borgerne generelt oplevet kontinuitet i behandlingen og kompetence i akutteamets udførelse af opgaverne.

*Flere af borgerne har været mobile, og det er derfor et spørgsmål, om det ressourcemæssigt var mere hensigtsmæssigt, hvis der var mulighed for, at borgerne fx kunne få injektioner på en klinik. Borgerne fremhæver imidlertid som noget positivt ved akutteamet, at de sparer transport til sygehus, og at de føler sig mindre som patient ved at modtage behandling i hjemmet.*

## 8.4 Henvisning af borgere til akutteamet

Der har ikke været tilgængelig information om den lægelige diagnose for borgerne i akutteamet, så det har ikke været muligt kvantitativt at opgøre, i hvilken udstrækning den faktiske målgruppe for akutteamet har været i overensstemmelse med den påtænkte målgruppe. Det har heller ikke været muligt kvantitativt at opgøre, hvor borgere til akutteamet henvises fra.

Akutteamets tidsforbrug til forskellige ydelser tyder på, at mange af borgerne i akutteamet har haft en betændelsestilstand eller har haft behov for tilførsel af væske. Akutteamet nævner selv, at borgere med lungebetændelse og urinvejsinfektion hyppigt ses i akutteamet. Den største del af borgere i akutteamet falder således inden for målgruppen.

Samarbejdspartnerne på sygehus og i almen praksis nævner ikke specifikt borgere med de udvalgte diagnoser som målgruppe for akutteamet. Der nævnes mere generelt grupper, hvor indsatsen fra akutteamet kan erstatte sygehusophold. Der er forskellig opfattelse af, hvorvidt der foreligger kriterier for, hvilke borgere der kan henvises til akutteamet, men under alle omstændigheder synes disse kriterier ikke at have så stor betydning for praksis.

Ingen af de interviewede praktiserende læger har oplevet, at akutteamet har afvist en patient. Sygehusansatte har oplevet det få gange, men da har det været på grund af manglende kapacitet.

Akutteamet angiver ikke selv, at der er problemer med henvisning af borgere, som falder uden for målgruppen. Teamet får irrelevante henvendelser, men disse henvises til rette sted, og borgere, som vurderes til at falde uden for målgruppen, kan hurtigt overlades til fx den øvrige hjemmesygepleje.

Akutteamets "visitation" bidrager således til at sikre, at sygeplejerskerne i akutteamet bruger deres ressourcer på den relevante målgruppe.

*Det anbefales imidlertid, at der indgås en dialog mellem kommune og henholdsvis Sønderborg Sygehus og praktiserende læger om målgruppen og kriterier for henvisning til akutteamet.*

*Det anbefales endvidere, at der i journalsystemet bliver mulighed for at registrere, hvem der har henvist en borger til akutteamet. Det vil give mulighed for at følge udviklingen i henvisningsmønstret og i hvilken udstrækning, en henvisning sker før eller efter en indlæggelse.*

## 8.5 Akutteamets organisation, kapacitet og samspil med hjemmesygeplejen

Akutteamets organisering i *et lukket team* har bevirket, at en række specielle sygeplejeopgaver er koncentreret på få personer. Den enkelte har derved haft et sådan volumen i opgaverne, at det har bidraget til at fastholde en rutine og kompetence i udførelsen af opgaverne. Organiseringen i én enhed giver endvidere mulighed for en tæt kontakt og sparring mellem sygeplejersker, der jævnligt står over for de samme udfordringer.

Ulempen ved organisationsformen er, at kontakten til den øvrige hjemmesygepleje har været mindre, og selv om det ikke er det generelle billede, er der nævnt eksempler på situationer med uklarhed i arbejdsdeling. Hjemmesygeplejerskerne efterspørger mere kontakt med akutteamet, fx ved møder og særlige arrangementer.

Hjemmesygeplejerskerne oplever, at de får god *sparring*, når de kontakter akutteamet, og at det giver tryghed, at der er mulighed for at kontakte akutteamet. Sygeplejersker på plejecentre er på samme linje. Nogle hjemmesygeplejersker kunne ønske sig en tættere kontakt med akutteamet for at kunne lære af deres kompetencer og erfaringer. Det kunne fx ske gennem møder eller andre arrangementer, hvor akutteamet kan videregive deres erfaringer.

Det er vigtigt at sikre, at hjemmesygeplejersker i nattevagt har kompetence til selvstændigt at kunne håndtere borgere, der overtages fra akutteamets dag- og aftenvagter. Der er derfor brug for at organisere nattevagterne på en måde, så de fornødne kompetencer til at udføre specielle sygeplejeopgaver i nattetimerne er til stede.

*Det anbefales, at den nuværende organisationsform bibeholdes, men at der fastlægges nogle rammer for lejlighedsvis mødeaktivitet eller lignende mellem akutteam og hjemmesygepleje.*

*Der er endvidere behov for på baggrund af erfaringerne fra den forløbne periode at præcisere og synliggøre principperne for arbejdsdeling mellem akutteam og hjemmesygepleje.*

*Endelig er der brug for, at der tages stilling til, hvordan nattevagten i hjemmesygeplejen organiseres, så de fornødne kompetencer til at udføre akutfunktionen er til stede.*

Den daglige leder af akutteamet har både *ledelsesfunktioner* og udførende funktioner i akutteamet. Det kan problematiseres, at lederen har en blanding af ledelsesopgaver og udførende opgaver, således at lederen både skal lede og samarbejde med sygeplejerskerne i akutteamet. Akutteamet kan dog næppe bære en leder med rene ledelsesfunktioner, og der er ikke i evalueringen fremkommet konkrete eksempler på, at dobbeltrollen har givet problemer. Der er dog opgaver i forhold til personaleledelse (ansættelsesforhold, personlig udvikling og eventuel konfliktløsning), som bør ligge på et selvstændigt ledelsesniveau. Det er også et spørgsmål, om der er ledelsesressourcer til at udvikle akutteamets funktioner, at udforme retningslinjer for akutteamets opgaver og til at synliggøre akutteamets kompetencer over for relevante samarbejdspartnere.

*Det kan overvejes, om akutteamet organisatorisk kan sammenlægges med en anden sygeplejeenhed i kommunen for at styrke ledelsesressourcer til personaleledelse og udviklingsopgaver. Akutteamets opgaver bør dog fortsat ligge hos en afgrænset gruppe sygeplejersker.*

Der har siden 2. kvartal 2013 været en stigning i akutteamets besøgsaktivitet, og IV-injektioner er kommet til at fylde en større del af akutteamets tidsforbrug. Udviklingen i aktiviteten har betydet en større udnyttelse af akutteamets *kapacitet*. Medarbejderne i akutteamet oplever, at de i perioder er presset tidmæssigt – og mange IV-injektioner kan have nedsat deres fleksibilitet, så det kan være vanskeligt at klare nye akutte henvisninger. Hjemmesygeplejerskerne har haft forskellige erfaringer, når de har kontaktet akutteamet for en 'second opinion'. Nogle har oplevet problemer med at få akutteamet til at tilse en borger på grund af manglende tid. Andre har oplevet det som et problem i en periode, men oplever det i foråret ikke længere som et problem.

Akutteamets registreringer i foråret 2015 tyder imidlertid ikke på, at de hyppigt har måttet afvise.

I foråret 2015 synes kapaciteten i akutteamet således i det store og hele at være tilstrækkelig, men hvis henvisningerne til akutteamet fortsætter med at stige, kan der vise sig behov for at udvide kapaciteten.

Akutteamet har adgang til det *udstyr*, som Sundhedsstyrelsen (2014) anbefaler. Sygeplejerskerne i akutteamet efterspørger imidlertid adgang til bl.a. iltapparat. Dette ligger ud over, hvad Sundhedsstyrelsen (2014) anbefaler.

*Stillingtagen til behov for iltapparat hos akutteamet forudsætter en nærmere analyse af, hvor ofte et sådant behov forekommer.*

Det er ved tilrettelæggelsen af akutteamet forudsat, at akutteamet kun undtagelsesvis udfører akut pleje og behandling på en *midlertidig plads*. Ifølge sygeplejersker i akutteamet er det også det, der sker, og der angives ikke et behov for faste akutpladser til akutteamet.

*Det anbefales, at der fortsat er mulighed for, at akutteamet i relevante tilfælde kan udføre pleje og behandling på en midlertidig plads til borgere med et behov for tilsyn, som ikke kan håndteres i eget hjem.*

## 8.6 Akutteamets 'second opinion'

Akutteamet har skullet være til rådighed til at give en 'second opinion', når en hjemmesygeplejerske har været i tvivl hos en borger. Akutteamet oplever, at der er hjemmesygeplejersker, der ofte kontakter dem, mens der er andre, der stort set ikke hører fra. Tilsvarende gør sig gældende for sygeplejersker på plejecentre. Hjemmesygeplejersker angiver ligeledes, at det nok er forskelligt, hvor gode de er til at huske på at kontakte akutteamet. Hjemmesygeplejerskernes forskellige faglige erfaring og kompetencer kan naturligvis også spille ind på dette.

Denne evaluering kan ikke afdække, om hjemmesygeplejerskerne kontakter akutteamet om 'second opinion' i alle relevante tilfælde. I slutningen af 2014 og begyndelsen af 2015 har akutteamet i forhold til tidligere givet et relativt højt antal 'second opinion', hvilket kunne tyde på en stigende tendens til at spørge akutteamet til råds.

*Det kan imidlertid anbefales, at der i en dialog mellem hjemmesygeplejen og akutteamet på baggrund af hidtidige erfaringer formuleres retningslinjer for, hvor det er relevant, at hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i plejecentre kontakter akutteamet.*

*Det bør endvidere overvejes, hvorvidt retningslinjerne for hvordan sygeplejersker på plejecentre kommer i kontakt med akutteamet er hensigtsmæssige.*



## 8.7 Udvikling og vedligeholdelse af kompetencer

En række specielle sygeplejeopgaver – særligt IV-behandling – har et omfang i akutteamet, så det bidrager til, at sygeplejerskerne kan vedligeholde deres kompetencer til at udføre disse opgaver. Muligheder for sparring og fælles møder om udvalgte temaer og udfordringer i arbejdet kan endvidere bidrage til at udvikle teamets kompetencer. Endvidere har sygeplejerskerne deltaget i formel uddannelse inden for akut medicin.

Der må i sygehusvæsenet forventes fortsatte bestræbelser på at effektivisere behandlingen og afkorte liggetid. Det kan være et resultat af mere effektive behandlingsmetoder, men også af en forventning om, at kommunerne kan overtage en større del af plejen.

*Det er således vigtigt at være opmærksom på et fortsat behov for at vedligeholde og udvikle akutteamets kompetencer til stadig mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen.*

Etableringen af akutteamet har også påvirket opgaverne i den øvrige hjemmesygepleje, men hjemmesygeplejen er også påvirket af sygehusvæsenets effektiviseringsbestræbelser. De "almindelige" sygeplejeopgaver fylder stadig langt det meste i hjemmesygeplejen, men der har kunnet konstateres en stigning i bl.a. IV-behandling, og hjemmesygeplejerskerne oplever selv, at der er sket ændringer i deres opgaver, som er blevet mere komplekse. Det udfordrer sygeplejerskerne kompetencer. Udviklingen har også betydet, at der er flere opgaver til hjemmesygeplejen uden for dagarbejdstiden på hverdage.

*Der er brug for opmærksomhed på, at der i hjemmesygeplejen er kompetencer, så hjemmesygeplejerskerne kan håndtere flere komplekse og specielle sygeplejeopgaver, som både er en konsekvens af akutteamet og ændringer i udskrivningspraksis på sygehus.*

*Hjemmesygeplejen skal endvidere indrette sig på, at der fremover bliver flere komplekse opgaver uden for normal dagarbejdstid.*

## 8.8 Akutteamets samarbejde med sygehus og praktiserende læger

Den stigende aktivitet i akutteamet tyder på, at der blandt samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet har været et stigende kendskab og en stigende tillid til akutteamet. Sundhedspersoner fra sygehus fremhæver den høje kompetence i akutteamet. Det samme gør de praktiserende læger, der har henvist patienter til akutteamet. Sygeplejerskerne i akutteamet oplever imidlertid, at det er bestemte lægehuse, der bruger dem.

*Der kan således være brug for at finde måder at styrke samarbejdet mellem akutteam og praktiserende læger.*

Sygehusansatte og praktiserende læger udtrykker tilfredshed med, at kommunikationen med akutteamet skel foregå telefonisk, og akutteamet opleves som lette at komme i kontakt med.

De interviewede praktiserende læger værdsætter akutteamet og ser det som et alternativ til indlæggelse ved patienter, der har brug for intravenøs behandling eller klinisk observation. Akutteamet kan aflaste de praktiserende læger ved at måle værdier og observere borgere, så lægen ikke behøver at tage på sygebesøg. Sundhedspersonerne på sygehus ser ikke akutteamet som et alternativ til indlæggelse, men som en mulighed for at udskrive patienter tidligere.

Ifølge de interviewede sundhedspersoner aflaster akutteamet altså både praktiserende læger og sygehus.

## 8.9 Behandleransvar og delegation

Hverken sygeplejerskerne i akutteamet eller de praktiserende læger er i tvivl om, at den praktiserende læge har ansvaret, når han eller hun har henvist borgeren til akutteamet. Derimod udtrykkes der større tvivl og divergerende opfattelser af placeringen af behandleransvaret, når borgere udskrives fra sygehus til akutteamet. De praktiserende læger peger på, at sygehuset i en række tilfælde bør påtage sig ansvaret, når de henviser til akutteamet, men at det ikke altid sker, og at den praktiserende læge i stedet må tage ansvaret. Sundhedspersonerne på sygehus beskriver forskellige placeringer af ansvaret.

Sygeplejerskerne beskriver ligeledes, at det i en række tilfælde kan være vanskeligt at finde en ansvarlig læge, når borgere er henvist fra sygehus. Problemet er taget til, efter at medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus er åbnet, idet sygeplejerskerne ikke kan komme i kontakt med læger på afsnittet uden for dagåbningstiden på hverdage.

*Der er altså behov for, at få præciseret og beskrevet behandleransvaret og muligheden for kontakt med en ansvarlig læge ved henvisninger til akutteamet fra sygehus.*

Akutteamet udfører en række opgaver efter lægeordination, og det ser sygeplejerskerne i akutteamet ingen problemer i. Der er derimod ulemper, når akutsygeplejerskerne bliver tilkaldt af fx en hjemmesygeplejerske for at måle CRP eller andre værdier. Akutsygeplejerskerne har fra nogle få lægehuse en rammedelegation til at kunne udføre sådanne målinger. I andre tilfælde skal sygeplejerskerne kontakte en praktiserende læge for at få en ordination til det. Det opfattes som tidskrævende.

*Der er brug for, at der findes en løsning, så sygeplejerskerne i akutteamet har en generel rammedelegation til at måle værdier hos borgerne med henblik på at udrede sygdomssymptomer.*

## 8.10 Konklusioner

Der kan ikke konstateres et fald i indlæggelser på sygehus af borgere med de udvalgte diagnoser, efter at akutteamet er blevet etableret. Der er altså ikke dokumentation for, at målet om at forebygge indlæggelser er blevet opfyldt, selv om sygeplejerskerne i akutteamet har vurderet, at det er sket i en række tilfælde. Derimod har der kunnet konstateres et fald i den gennemsnitlige liggetid på sygehus for patienter med en af de udvalgte diagnoser. Vi kan ikke med sikkerhed konkludere, at dette er en konsekvens af akutteamets etablering. Det kan bl.a. være et resultat af ændrede procedurer på sygehus. Akutteamets opgaver og henvisningsmønstret til akutteamet taler imidlertid for, at akutteamet har afkortet borgeres liggetid på sygehus, og at akutteamet dermed har bidraget til at aflaste sygehusvæsenet. Der er på Sønderborg Sygehus i begyndelsen af 2015 etableret et medicinsk dagafsnit, og akutteamet har bidraget til, at borgere efter ambulant behandling dér har kunnet fortsætte behandlingen i hjemmet.

Borgere, som er blevet henvist til akutteamet, er endvidere glade for at have fået mulighed for at modtage behandling og pleje i hjemmet frem for på sygehus. De er trygge ved at modtage behandlingen i hjemmet og fremhæver akutsygeplejerskernes kompetence og imødekommenhed.

Akutteamet har altså alt i alt bidraget til at styrke det nære sundhedsvæsen i Sønderborg Kommune og har aflastet sygehus og (nogle) praktiserende læger. Hjemmesygeplejen har benyttet akutteamet i situationer, hvor de har været i tvivl om, hvordan de skulle tolke symptomer hos borgerne, men kommunen og hjemmesygeplejen står imidlertid stadig over for en udfordring med hensyn til, hvordan såkaldte unødvendige indlæggelser kan forebygges.

Det udeblevne fald i antal indlæggelser har bevirket, at Sønderborg Kommune ikke har opnået en besparelse i udgiften til medfinansiering af sygehusvæsenet.

Akutteamet er organiseret som en selvstændig enhed, hvilket bidrager til, at sygeplejerskerne i teamet kan koncentrere sig om at udføre specielle sygeplejeopgaver. Det bidrager til, at sygeplejerskerne kan vedligeholde en rutine i udførelsen af opgaverne, og sygeplejerskerne har mulighed for at sparre med hinanden. Den selvstændige enhed bidrager også til at synliggøre de særlige kompetencer i hjemmesygeplejen over for samarbejdspartnerne i det øvrige sundhedsvæsen. Der er således gode argumenter for at fastholde denne organisationsform.

Nattevagterne i hjemmesygeplejen er ikke en del af akutteamet, og der er brug for at gennemtænke, hvordan nattevagterne kan organiseres, så de fornødne kompetencer til at udføre specielle sygeplejeopgaver, herunder IV-behandling i nattetimerne er til stede.

Der er generelt klarhed om arbejdsdelingen mellem akutteam og hjemmesygepleje, og hjemmesygeplejerskerne og sygeplejersker på plejecentre sætter pris på muligheden for at kunne sparre med sygeplejersker i akutteamet. Det giver tryghed. Der nævnes dog eksempler på situationer, hvor der kan opstå uklarhed om opgavedelingen. Der er derfor brug for på baggrund af de hidtidige erfaringer at præcisere og synliggøre arbejdsdeling mellem akutteam og hjemmesygepleje. Der efterspørges endvidere i hjemmeplejen mulighed for mere kontakt med akutteamet for at kunne lære af deres erfaringer og kompetence.

Der er uklarhed om behandleransvaret, når borgere i en række tilfælde henvises fra sygehus. Det er en særlig udfordring med behandleransvar for patienter, der henvises fra medicinsk dagafsnit på Sønderborg Sygehus, da det ikke er muligt at få kontakt med afsnittets læger uden for åbningstiden i dagtimerne på hverdage. Der er således brug, at behandlingsansvaret ved henvisninger til akutteam fra sygehus præciseres og aftales mellem parterne.

Sygeplejerskerne i akutteamet har kun fået en generel rammedelegation af nogle få lægehuse til at udføre måling af borgernes vitale værdier, når de fx tilkaldes til en borger af en hjemmesygeplejerske. Det opleves som tidskrævende, at skulle indhente lægeordination til opgaven, og der kan derfor peges på et behov for at opnå en mere generel delegation af denne opgave.

# Litteratur

Hansen E.B. (2014): Midlertidige plejeformer mellem hjemmepleje og sygehus – erfaringer fra England. København: KORA.

KL (2014): Delegation. Notat. København: KL.

KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2015): Sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet – synlige resultater, 2015. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Momentum (2014): Gode råd skal styrke kommunale akutfunktioner. Dateret d. 20. januar 2014. Lokaliseret: <http://www.kl.dk/Momentum/Gode-rad-skal-styrke-kommunale-akutfunktioner-id146762/>

Regen E., G. Martin, J. Glasby, G. Hewitt, S. Nancarrow & H. Parker (2008): Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health and Social Care in the Community*, 16(6): 629-637.

Skjøt-Arkil, H., C.B. Mogensen, M. Birkemose & B. Nørgaard (2015): Evalueringsrapport af ACCESS. En afrapportering til Sundhedsstyrelsen for satspuljemidler til styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/akutte tilbud. [U. st.]: SOF i Syd, Region Syddanmark.

Sundhedsstyrelsen (2014): Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. København: Sundhedsstyrelsen.

Sønderborg Kommune (2012): Akutteam – 3. udkast. Social og Sundhed. Sønderborg Kommune. Upubliceret notat.

Sønderborg Kommune (2015): Evaluering akutteam Sønderborg Kommune. Kommissorium. Upubliceret notat.

Vinge S., M.S. Buch, J. Kjellberg, P.K. Kjellberg, S.R. Rasmussen & M.B. Wiuff (2011): Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. København: DSI.



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00