

Evaluering af AkutTeamet i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune



AkutTeam



GENTOFTE



GLAD SAXE



RUDERSDAL

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	5
Baggrund om AkutTeam og frikommuneforsøget.....	5
Slutevaluering.....	6
Evalueringsens væsentligste resultater.....	6
Stærkt samarbejde med almen praksis og regionen.....	6
Stor tilfredshed og en høj grad af tryghed hos borgerne.....	7
Samarbejdet med de kommunale sygeplejersker.....	7
God effekt af lovhjemlerne.....	7
Er AkutTeamets formål indfriet?.....	8
Anbefalinger.....	9
1 Indledning og baggrund.....	10
1.1 Udfordring af hjemler i forbindelse med frikommuneforsøget.....	10
1.1.1 Sundhedsloven § 138.....	10
1.1.2 Lægemiddeloven § 39.1.....	11
1.1.3 Overblik over de udfordrede hjemler i frikommuneforsøget.....	12
1.2 Evaluering af frikommuneforsøget.....	12
1.3 Afgrænsning i forhold til evalueringsdesignet.....	13
2 Forsøgsbeskrivelse.....	14
2.1 Målgruppen for forsøget.....	14
2.2 Organiseringen af AkutTeamet.....	16
2.2.1 Projektets styregruppe.....	16
2.2.2 Driftsledergruppe.....	17
2.3 Akutteamets opgaver.....	18
2.3.1 Forud for potentiel indlæggelse.....	18
2.3.2 Efter indlæggelse.....	20
2.3.3 Afgrænsede opgaver og ansvar.....	20
2.4 Samarbejdsaktiviteter.....	21
2.4.1 Samarbejde med den kommunale drift.....	22
2.4.2 Samarbejde med almen praksis.....	22
2.4.3 Samarbejde med hospital.....	22

2.4.4 Samarbejde med akuttelefonen.....	22
2.4.5 Datadeling.....	23
3 Hypoteser.....	24
3.1 Justeringer i evalueringsdesignet frem mod slutevalueringen	26
4 Metode	28
4.1 Spørgeskemaet.....	28
4.1.1 Deltagere	29
4.2 Interviews.....	31
4.3 Udarbejdelse af evalueringen	31
4.4 Metodisk fremgangsmåde bag evalueringen af borgerperspektivet	32
4.4.1 Tilgang til og indholdet i interviewene.....	32
4.4.2 Rekrutteringsstrategi og udvælgelseskriterier for informanter	35
4.4.3 Den praktiske gennemførelse af interviewene	36
5 Evaluering af frikommuneforsøget	37
5.1 Sammenfatning	37
5.2 Aktivitet	38
5.2.1 Henvendelser.....	39
5.2.2 Besøg.....	41
5.2.3 Indsatser.....	42
5.2.4 Medicinindsatser.....	42
5.3 Medicinhjemlen.....	43
5.4 Visitationshjemlen	49
5.5 En del af det gode sundhedstilbud.....	51
5.6 Samarbejde	53
5.6.1 Akutteamets syn på samarbejdet.....	53
5.6.2 Samarbejdet med AkutTeamet.....	54
5.6.3 Almen praksis	55
5.6.4 Akuttelefonen.....	56
5.6.5 Herlev og Gentofte Hospital.....	56
5.6.6 Kommunale sygeplejersker og assistenter.....	58
5.6.7 Kompleksitet i anvendelse.....	58
5.7 Barrierer for samarbejdet internt i kommunen	60
5.8 Tryghed.....	67
5.9 Værdiskabelse.....	68

5.9.1 Driftsøkonomi	69
5.9.2 Samarbejdet.....	69
5.9.3 Serviceløft.....	70
5.9.4 Forebyggelse af indlæggelser/genindlæggelser	71
5.10 AkutTeamets indsats set fra et borgerperspektiv	72
5.10.1 Sammenfatning: Borgerforløbet hos AkutTeamet.....	72
5.10.2 Inden det første besøg.....	74
5.10.3 Det første indtryk	78
5.10.4 Undervejs i besøget/forløbet.....	82
5.10.5 Ved afslutning af besøget/forløbet.....	89
5.11 Organisering af AkutTeam.....	91
5.11.1 Størrelsen på borgergrundlaget.....	92
5.11.2 Alternativer til det tværkommunale AkutTeam	92
5.11.3 Udbredelse af kendskabet til AkutTeamet.....	93
6 Konklusion.....	94
6.1 Forebyggede indlæggelser og omkostningseffektivitet.....	94
6.2 Sammenhængende forløb for borgerne på det somatiske område.....	95
6.3 Frikommunehjemlerne.....	96
6.4 Fremtidig organisering af AkutTeam.....	97
7 Bilag	98

“Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde”
*Evaluering af samarbejdet omkring det tværkommunale AkutTeam i
Gentofte-, Gladsaxe-, og Rudersdal Kommune.*

Evalueringen er udarbejdet som en del af et frikommuneforsøgsprojekt og er udarbejdet af analyseafdelingen i Rudersdal Kommune.

Evalueringen er udviklet i tæt samarbejde med nøglepersoner i de tre kommuner og med løbende faglig sparring fra VIVE.

Analysen vedrørende brugertilfredsheden blandt de borgere, som har fået besøg af AkutTeam, er udført af Marselisborg Consulting.

For yderligere oplysninger vedrørende evalueringen af AkutTeamet bedes der rettes henvendelse til styregruppens medlemmer fra en af de tre kommuner.

Vicekommunaldirektør og styregruppeformand Thomas Bille (Rudersdal Kommune)

Styregruppemedlem og direktør Helene Ramussen (Gentofte Kommune)

Styregruppemedlem og direktør Ulrich Schmidt-Hansen (Gladsaxe Kommune)



Resumé

Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune har som en del af frikommuneforsøget "Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde" udført en evaluering af deres fælles kommunale akutfunktion, AkutTeam.

Evalueringen viser, at AkutTeam over projektperioden er blevet til en stærk forankret enhed, som oplever stor anerkendelse for sin faglighed blandt samarbejdspartnerne. Desuden viser analysen, at de to frikommunehjemler, der blev givet til AkutTeam, har bidraget positivt til AkutTeams succes. Evalueringen konkluderer således, at AkutTeam er blevet implementeret succesfuldt og at frikommuneforsøget er lykkedes.

Baggrund om AkutTeam og frikommuneforsøget

Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune har siden april 2018 drevet en fælles kommunal akutfunktion, AkutTeam. AkutTeam lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (2017).

Etableringen af den tværkommunale akutfunktion er samtidig en del af et 4-årigt frikommuneforsøg (Frikommuneforsøg II) under titlen: "Nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde", hvor de tre kommuner med etableringen af AkutTeam afprøver nye lovhjemler, der ligger ud over Sundhedsstyrelsens anbefalinger (kvalitetsstandarder).

Med frikommuneforsøget har kommunerne således fået frikommunestatus i forhold til at afprøve ændringer i to lovhjemler. Det gælder forhold omkring myndighedsudøvelsen (visitation af sygeplejeydelser) samt opbevaring af medicin:

Tabel 1 Ændringerne i lovhjemlen i forbindelse med frikommuneforsøget

	Oprindelig praksis	Frikommune praksis
Sygeplejeindsatser SUL § 138 (Sundhedsloven)	Medarbejdere i en tværkommunal akutfunktion skal indhente tilladelse i borgerens bopælskommune med henblik på visitation af sygeplejeindsatser	At enhver medarbejder i akutfunktionen udover at yde sygeplejeindsatser også kan visitere (myndighedsudøvelse) sygeplejeindsatser efter politisk fastsatte kriterier til alle borgere i akutfunktionen, uanset i hvilken af de tre kommuner borgeren har bopæl.
Medicin LML § 39.1 (Lægemiddelloven)	I allerede etablerede akutfunktioner (såvel monokommunale som tværkommunale) må der ikke opbevares medicin, som ikke er knyttet	At opbevare visse typer af receptpligtig medicin i et aflåst medicinskab, som tilhører akutfunktionen.

	<p>til et specifikt cpr-nummer.</p> <p>Der er en tidsmæssig forsinkelse for iværksættelsen af den akutte behandling af borgerne, idet medicinen skal hentes på et apotek</p>	<p>At medbringe visse typer af såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin, med henblik på hurtig iværksættelse af lægeordineret behandling, når akutfunktionen kommer til borgerens hjem.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Slutevaluering

For at frikommunernes gode erfaringer kan udbredes til andre kommuner og danne grundlag for ændringer af regler, der i dag kan virke uhensigtsmæssige for kommunernes opgaveløsning, skal kommuner med frikommunestatus udarbejde en evaluering af forsøget og indsende denne inden udgangen af 2020 til Social- og Indenrigsministeriet. De tre kommuner, der samarbejder om AkutTeam, har samtidig en interesse i at opnå et stærkt grundlag for at træffe beslutning om samarbejdet fremover.

Det er på den baggrund, at der er udført en evaluering af frikommuneforsøget, med særligt fokus på de to udfordrede hjemler samt de gevinster, der har været ved at indgå i et tværkommunalt samarbejde om en akutfunktion.

Som et led i evalueringen er der udført en omfattende spørgeskemaundersøgelse blandt AkutTeamets samarbejdsparter, udført en større borgertilfredshedsundersøgelse samt gennemført en række fokusgruppeinterviews med blandt andre kommunernes sundhedschefer. VIVE har løbende været inddraget som sparringspartnere, og evalueringsdesignet og selve afrapporteringens opbygning har så vidt muligt fulgt VIVES anbefalinger.

Evalueringens væsentligste resultater

Evalueringen af AkutTeam og frikommuneforsøget har haft særligt fokus på de to udfordrede lovhjemler, samt de gevinster, der har været ved at indgå i et tværkommunalt samarbejde om en akutfunktion. Dertil har det været vigtigt for de tre kommuner, at der også er et stærkt fokus på borgernes syn på AkutTeam.

Stærkt samarbejde med almen praksis og regionen

AkutTeam er lykkedes med at skabe et fælles tredje, med stor opbakning fra både almen praksis, Herlev og Gentofte Hospital samt akuttelefonen (1813). Et forbedret samarbejde mellem primær og sekundær sektor har stort fokus i udviklingen af den borgernære sundhed. Evalueringen viser blandt andet:

- › At de praktiserende læger anvender akutsygeplejerskerne til kliniske vurderinger af deres patienter.
- › At hospitalerne udlægger behandlingskrævende IV-patienter til AkutTeam
- › At akuttelefonen (1813) rekvirerer AkutTeam, fremfor at sende en ambulance

- › At de kommunale sygeplejersker tilknyttet en plejebolig har fået en tættere og naturlig samarbejdspartner i form af AkutTeam

Stor tilfredshed og en høj grad af tryghed hos borgerne

Borgere som modtager indsatser fra AkutTeam, udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af og tryghed i plejen. Borgerne italesætter i særlig grad glæden ved at kunne blive i hjemmet. Glæden ved at være hjemme viser sig i flere tilfælde at være en væsentlig parameter for de borgere som eksempelvis bliver udlagt fra hospitalet.

Samarbejdet med de kommunale sygeplejersker

AkutTeamet samarbejder med alle enheder og sygeplejersker i kommunerne. Samarbejdet mellem AkutTeam og plejecentrene har været velfungerende og sygeplejerskerne i plejeboligerne oplever det tryghedsskabende at have adgang til akutteamet, ligesom de oplever AkutTeam som en naturlig sparringspartner.

Evalueringen peger desuden på en række opmærksomhedspunkter i forhold til samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og AkutTeam. Evalueringen viser, at:

- › Italesættelsen af AkutTeam som ekstra kompetente, har en negativ indvirkning på hjemmesygeplejen, som føler en manglende anerkendelse af deres kompetencer.
- › Hjemmesygeplejen vil hellere anvende kollegaer i deres teams som sparringspartnere, da de kender hinanden bedre
- › Samarbejdsfladen og opgavesnittet mellem AkutTeam og hjemmesygepleje er ikke i alle tilfælde tydelige nok, hvilket skaber usikkerhed

Det store fokus på at udbrede kendskabet til AkutTeamet blandt de eksterne parter, kan have medført et mindre fokus på samarbejdet med kommunens egne sygeplejersker. Samme type udfordringer ansføres dog også i Ballerup-, Herlev- og Furesø Kommunes akutfunktion (SHS-teamet) ¹. Blandt andet i lyset af resultaterne i evalueringen er der allerede iværksat en række initiativer for at forbedre kendskab og samarbejde mellem AkutTeam og de tre kommuners hjemmesygepleje.

God effekt af lovhjemlerne

Evalueringen viser, at det er lykkedes at skabe en forbedret drift på baggrund af de to frikommunehjemler.

Visitationshjemlen er ubetinget et gode, da den sparer sagsbehandlingstid for særligt akutsygeplejerskerne, men også hjemmesygeplejen/visitationen. Den sparede tid kommer til udtryk ved at akutsygeplejersken ikke skal have accept af en sygeplejerske fra den respektive kommune, inden de må påbegynde en indsats overfor borgeren. Denne accept forgår telefonisk andre steder og kan variere i tidsforbrug afhængigt af om akutsygeplejersken lige kan få fat på en kommunal sygeplejerske.

¹ Evalueringsrapport af SHS-teamet

Medicinhjemlen er der tilsvarende opbakning til på tværs af alle samarbejdsparter. Der er stor opbakning blandt både praktiserende læger og lægerne ved 1813. Lægernes opbakning skal ses i lyset af at de stadig har behandlingsansvaret for anvendelse af medicinen. Og særligt for lægerne ved 1813 er der ikke nødvendigvis et forudgående kendskab til borgeren. Enkelte praktiserende læger er dog stadig skeptiske ved anvendelsen, dog er der kun én af de adspurgte praktiserende læger, som ikke ønsker at anvende ordningen.

Hvis forsøgshjemlerne ikke bliver permanente, vil det betyde at AkutTeam forud for opgaven kan påbegyndes, vil skulle ringe til en kommunal sygeplejerske og få visiteret opgaven, og borgere vil skulle vente unødigt på påbegyndelse af medicinsk behandling. Forsøgshjemlerne har dermed betydning for borgernes oplevelse af hurtig iværksættelse af behandling. Hverken visitations- eller medicinhjemlen forventes dog at være en nødvendig forudsætning for de resultater, der er opnået i forhold til samarbejdet omkring

Hverken visitations- eller medicinhjemlen forventes at være en nødvendig forudsætning for de fine resultater, der er opnået i forhold til samarbejdet omkring AkutTeamet, dog vurderes de især at have bidraget til borgerkvaliteten. Hvis forsøgshjemlerne ikke bliver permanente, vil det betyde at AkutTeam forud for opgaven kan påbegyndes, vil skulle ringe til en kommunal sygeplejerske og få visiteret opgaven, og borgere vil skulle vente unødigt på påbegyndelse af medicinsk behandling, da medicinen først skal hentes eller leveres fra et apotek.

Er AkutTeamets formål indfriet?

AkutTeamet havde tre overordnede mål ved etableringen:

- › at forebygge (gen)indlæggelser
- › at skabe en omkostningseffektiv løsning
- › at skabe et mere sammenhængende forløb for borgere og patienter på det somatiske akutområde

Evalueringsresultater viser tydeligt, at målet om at skabe mere sammenhængende borgerforløb er lykkedes. Det understreges især af den positive opfattelse, som samarbejdsparterne har af AkutTeam og dets faglighed, samt af borgernes oplevelse af tryghed, når Akutteam eksempelvis iværksætter den behandlingsplan, der er udarbejdet på hospitalet.

Et af de ønskede effektmål ved etableringen af den fælles akutfunktion på tværs af de tre kommuner var at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser, det vil sige indlæggelser, hvor der reelt ikke er brug for hospitalsbehandling. Det har desværre ikke været muligt at udføre en statistisk valid analyse af AkutTeamets evne til at forebygge indlæggelser i forbindelse med denne evaluering på baggrund af manglende nationale data².

² Vurderingen er lavet i samarbejde med VIVE

Det skal dog nævnes, at AkutTeamet i en periode på 5 måneder i løbet af 2018 manuelt registrerede hver gang de potentielt havde forebygget en indlæggelse. Ifølge denne registreringsmetode blev der forebygget omkring 15 indlæggelser pr. kommune i de registrerede fem måneder³. Endvidere bemærkes det, at en praktiserende læge fra Gentofte i spørgeskemabesvarelsen citeres for at sige følgende: *”Uvurderligt stykke arbejde de udfører. Forebygger mange indlæggelser.”* ligesom flere borgere italesætter AkutTeamet som direkte årsag til at de ikke skulle indlægges i de udførte borgerinterviews.

Som følge af den mangelfulde opgørelse af AkutTeamets evne til at forebygge indlæggelser, er det svært at klarlægge, hvorvidt man er lykkedes med at skabe en omkostningseffektiv løsning. Evalueringen bidrager dog til at sandsynliggøre, at kommunernes omkostninger til drift af et monokommunalt tilbud ikke nødvendigvis ville være lavere. Desuden synliggør evalueringen en række gevinster i form af blandt andet et forbedret samarbejde på tværs om borgernes behandling.

Anbefalinger

Det anbefales, at de to frikommunehjemler bliver til regulære lovhjemler

Erfaringerne fra dette frikommuneforsøg viser, at lovhjemlen omkring medicin har bidraget til at gøre AkutTeam mere handlekraftig og værdiskabende for især almen praksis og akuttelefonen. Det vurderes at have bidraget til at styrke samarbejdet generelt mellem kommunen og regionen/almen praksis. Muligheden for hurtig iværksættelse af behandling af borgerne har også bidraget til en værdiskabelse for borgerne. Samtidig vurderes det, at visitationshjemlen har smidiggjort det tværkommunale AkutTeams arbejdsgange i form af mindre sagsbehandling. Gøres forsøgshjemlerne permanente vil de opnåede positive gevinster komme alle kommunale AkutTeams og borgerne til gavn. Det vil samtidig understøtte Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at kommuner går sammen om at drifte akutfunktioner.

Det anbefales, at AkutTeam fortsætter i et tværkommunalt samarbejde når frikommuneprojektet udløber

Selv om det ikke har været muligt at synliggøre AkutTeamets evne til at forebygge indlæggelser, vurderes det, at frikommuneforsøget er lykkedes med stor succes. Efter ca. 2½ års drift må det konstateres, at AkutTeam er blevet et solidt driftsfællesskab mellem tre kommuner med stærke forbindelser til både almen praksis, Herlev og Gentofte hospital samt Akuttelefonen. Den oplevede tryghed og tilfredshed for borgerne i de tre kommuner understøtter tilsvarende anbefalingen om at bibeholde samarbejdet omkring AkutTeam.

³ Kilde: *Midtvejsevaluering af AkutTeam i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune*

1 Indledning og baggrund

For at udvikle det borgernære sundhedsvæsen har kommunerne fået til opgave at etablere akutfunktioner. Kommunerne kan vælge at have deres egen monokommunale akutfunktion, eller vælge at sammenlægge sig med andre omegnskommuner i et driftsfælleskab. Uanset hvilken type organisering der vælges, er der tale om et kommunalt serviceløft overfor borgerne, idet der leveres sundhedstilbud i borgerens hjem, som tidligere blev udført på hospitalet eller af almen praksis.

Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune har valgt at gå sammen om at etablere en fælles kommunal akutfunktion (AkutTeam), der lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (2017). Etableringen af den tværkommunale akutfunktion er samtidig en del af et 4-årigt frikommuneforsøg, hvor de tre kommuner med etableringen af AkutTeam afprøver nye lovhjemler, der ligger ud over Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

AkutTeam blev implementeret og sat i drift i foråret 2018, og har nu været i drift i snart tre år.

1.1 Udfordring af hjemler i forbindelse med frikommuneforsøget

Med frikommuneforsøget har kommunerne fået frikommunestatus i forhold til at afprøve ændringer i to lovhjemler. Det drejer sig om sundhedslovens §138 og Lægemiddelovens § 39.1.

1.1.1 Sundhedsloven § 138

Det overordnede politiske, økonomiske og juridiske ansvar for de opgaver, der bliver løst i den fælles akutfunktion ligger hos kommunalbestyrelserne i de tre deltagende kommuner. Det har fra starten af været ønsket, at ansvaret skulle bibeholdes her og ikke gives til andre instanser, for eksempel gennem oprettelse af et § 60 selskab.

For at kunne udføre sygeplejeopgaven mest effektivt indenfor rammerne, er der blevet ansøgt om hjemmel til at etablere en fælles tværkommunal akutfunktion, som kan agere selvvisiterende (visitationshjemlen). Det indebærer, at akutsygeplejerskerne skal kunne visitere sygeplejeindsatser til borgere i akutfunktionen uanset bopælskommune (myndighedsudøvelse). Visiteringen af sygeplejeindsatser sker efter politisk fastsatte kriterier til alle borgere der tilgår akutfunktionen, uanset i hvilken af de tre kommuner borgeren har bopæl.

Målet er smidig og handlekraftig ledelse i et tæt samarbejde med de øvrige kommunale hjemmesygeplejeordninger. Det blev vurderet indledningsvist at netop en udfordring af denne hjemmel, vil være den bedste løsning på visitationsudfordringen, da man herved

kan udføre en hurtig og effektiv myndighedsudøvelse uden unødigt sagsbehandling og uden at gå på kompromis med hverken sikkerhed eller kvalitet.

1.1.2 Lægemiddelloven § 39.1

Da den tværkommunale akutfunktion skal kunne agere hurtigt, og kunne udrede borgerne og iværksætte nødvendig indsats inden for kort tid, vurderes der et behov for hurtig adgang til relevant medicin. Det er vurderet, at ved at give akutfunktionens sygeplejersker mulighed for at opbevare og medbringe udvalgte typer af medicin, som ikke er knyttet til et cpr.nr vil serviceniveauet blive højnet ved at en behandling kan iværksættes og borgeren derved kan undgå en indlæggelse. Medicinen er altid ordineret af en læge.

Under normale procedurer, vil opbevaring af medicin, som ikke er udskrevet til en konkret borger/CPR-nr., ikke være muligt i den kommunale hjemmepleje eller på plejehjem⁴. Det er kun sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner⁵, som må opbevare medicin, der ikke er udskrevet til en konkret borger. Da akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje, betragtes de derfor ikke for at være en behandlende institution. Det betyder, at såfremt en behandlingsansvarlig læge, eksempelvis borgerens praktiserende læge, ordinerer medicin til en borger i kommunen, vil det normalt betyde at medicinen vil skulle afhentes på apoteket inden behandlingen kan påbegyndes. Det vurderes at denne forsinkede påbegyndelse af medicinsk behandling af borgeren, kan have konsekvenser for borgerenes helbred og i værste fald medføre unødvendige indlæggelser.

I forbindelse med etableringen af AkutTeamet, blev det vurderet at hjemlen omkring opbevaring og muligheden for at medbringe særlig udvalgt medicin (medicin hjemlen), ville kunne understøtte AkutTeamets overordnede formål. For at AkutTeamet kan medbringe medicin, vurderes der derfor behov for at udfordre Lægemiddelhåndteringsvejledningen, med henblik på at få hjemmel til:

- › At opbevare visse typer af receptpligtig medicin i et aflåst medicinskab, som tilhører akutfunktionen.
- › At medbringe visse typer af såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin, når akutfunktionen kommer til borgerens hjem.

⁴ Lægemiddelhåndteringsvejledningen VEJ nr. 907 af 12/02/2015, afsnit 4.1.1

⁵ Jævnfør Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler, BEK nr. 1222 af 07/12/2005

1.1.3 Overblik over de udfordrede hjemler i frikommuneforsøget

Med frikommuneforsøget har kommunerne fået frikommunestatus i forhold til at afprøve ændringer i nedenstående lovhjemler:

Tabel 1.1 Ændringerne i lovhjemlen i forbindelse med frikommuneforsøget

	Oprindelig praksis	Frikommune praksis
Sygeplejeindsatser SUL § 138 (Sundhedsloven)	Medarbejdere i en tværkommunal akutfunktion skal indhente tilladelse i borgerens bopælskommune med henblik på visitation af sygeplejeindsatser	At enhver medarbejder i akutfunktionen udover at yde sygeplejeindsatser også kan visitere (myndighedsudøvelse) sygeplejeindsatser efter politisk fastsatte kriterier til alle borgere i akutfunktionen, uanset i hvilken af de tre kommuner borgeren har bopæl.
Medicin LML § 39.1 (Lægemiddelloven)	I allerede etablerede akutfunktioner (såvel monokommunale som tværkommunale) må der ikke opbevares medicin, som ikke er knyttet til et specifikt cpr-nummer. Der er en tidsmæssig forsinkelse for iværksættelsen af den akutte behandling af borgerne, idet medicinen skal hentes på et apotek	At opbevare visse typer af receptpligtig medicin i et aflåst medicinskab, som tilhører akutfunktionen. At medbringe visse typer af såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin, med henblik på hurtig iværksættelse af lægeordineret behandling, når akutfunktionen kommer til borgerens hjem.

1.2 Evaluering af frikommuneforsøget

Frikommuneforsøget løber til udgangen af 2021. For at frikommunernes gode erfaringer kan udbredes til andre kommuner og danne grundlag for ændringer af regler, der i dag kan virke u hensigtsmæssige for kommunernes opgaveløsning, skal kommuner med frikommunestatus udarbejde en evaluering af forsøget og indsende denne inden udgangen af 2020 til Social- og Indenrigsministeriet. Der skal afrapporteres om oplevede resultater og konsekvenser af selve frikommuneforsøget. På basis af blandt andet denne evaluering vil Folketinget forventeligt tage stilling til, om forsøgsaktiviteterne skal føre til en ændring af den generelle lovgivning på området, så frikommunehjemlerne gøres permanente.

De tre kommuner, der samarbejder om AkutTeam, har samtidig en interesse i at opnå et stærkt grundlag for at træffe beslutning om samarbejdet fremover.

Nærværende evaluering har således til formål at evaluere:

- › **Frikommuneforsøget**, med særligt fokus på de to udfordrede hjemler, samt de gevinster, der har været ved at indgå i et tværkommunalt samarbejde om en

akutfunktion. Evalueringen er udformet efter de formelle krav, såvel som retningslinjerne angivet af VIVE.

- › **De oplevede resultater**, herunder en evaluering af brugernes erfaringer på en række områder. Evalueringen er tiltænkt at give de politiske beslutningstagere et fundament at stå på i forhold til at træffe beslutning om AkutTeamets videre drift.

Den samlede evaluering indeholder fire temaer:

- 1) **Forsøgsbeskrivelse.** En beskrivelse af den generelle læring ved forsøget og de overvejelser der er truffet indledningsvist såvel som undervejs i forløbet. Redegørelsen vil hovedsageligt blive beskrivende med udgangspunkt i VIVE's inspirationsnotat.
- 2) **Aktivitet i AkutTeamet.** Indeholder en beskrivelse af aktiviteten i AkutTeam i forhold til henvendelser, besøg, medicinadministration mv.
- 3) **Kommunale medarbejdere og eksterne samarbejdspartnere.** En central del af evalueringen er vurderingen af de oplevede resultater af AkutTeamet. Der er fokus på medarbejdere og samarbejdspartners vurdering af emner som "det gode sundhedstilbud", "samarbejde mellem AkutTeam og henvender", "frikommunehjemlerne" samt "tryghed". Evalueringen tager udgangspunkt i både interviews, fokusgruppeinterviews samt udsendt spørgeskema.
- 4) **Borger tilfredshedsundersøgelse.** Der er udført en række borgerinterviews for at afdække oplevelsen af AkutTeamet fra borgernes perspektiv. Der er sat fokus på hvordan borgere, som har modtaget ydelser fra AkutTeamet, oplever sundhedstilbuddet.

Det bemærkes, at Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune som en del af frikommuneforsøget også gennemførte en midtvejsevaluering i efteråret 2019. Formålet med midtvejsevalueringen var at vurdere eventuelle behov for at justere den eksisterende driftsmodel, med henblik på en mere effektiv drift. Efter midtvejsevalueringen blev der igangsat et par arbejdsgrupper som skulle løse de konkrete driftsmæssige udfordringer, alle af mindre karakter.

1.3 Afgrænsning i forhold til evalueringsdesignet

Et centralt målepunkt i slutevalueringen skulle have været Akutteamets evne til at forebygge (gen)indlæggelser. Det har dog ikke været muligt at udføre en kvalificeret analyse heraf. Det skal dels ses i lyset af omlægningen af Landspatientregisterdata, der har indebåret manglende data for borgernes brug af sundhedssystemet i 2019 og 2020, dels en manglende kontrolgruppe.

2 Forsøgsbeskrivelse

Regeringen og KL blev i kommuneøkonomiaftalen for 2016 enige om at igangsætte et nyt frikommuneforsøg i perioden 2016-2020. De overordnede nationale mål med etableringen af frikommuneforsøget, er at tilvejebringe ny viden og praktiske erfaringer, der kan bidrage til effektiviseringer, forenklinger og bedre styring i kommunerne.

Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune ansøgte om at blive en del af frikommuneforsøget og opnå en række lovhjemler i forbindelse med etableringen af en fælleskommunal akutfunktion. Ansøgningen blev godkendt i december 2017. De tre kommuner indgik dermed i et tværkommunalt driftsfællesskab om en fælles akutfunktion med forsøgstitlen "*Etablering af rammer for tværkommunale akutfunktioner*" med lovhjemmel til at opbevare, medbringe og udlevere medicin samt visitere egne indsatser. Lyngby-Taarbæk Kommune var oprindeligt en del af frikommunenetværket, men besluttede at udtræde i efteråret 2017.

I april 2018 gik det tværkommunale AkutTeam i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune i drift, som en fælles mobil akutfunktion med base i Gladsaxe Kommunes lokaler på Plejeboligerne Møllegården.

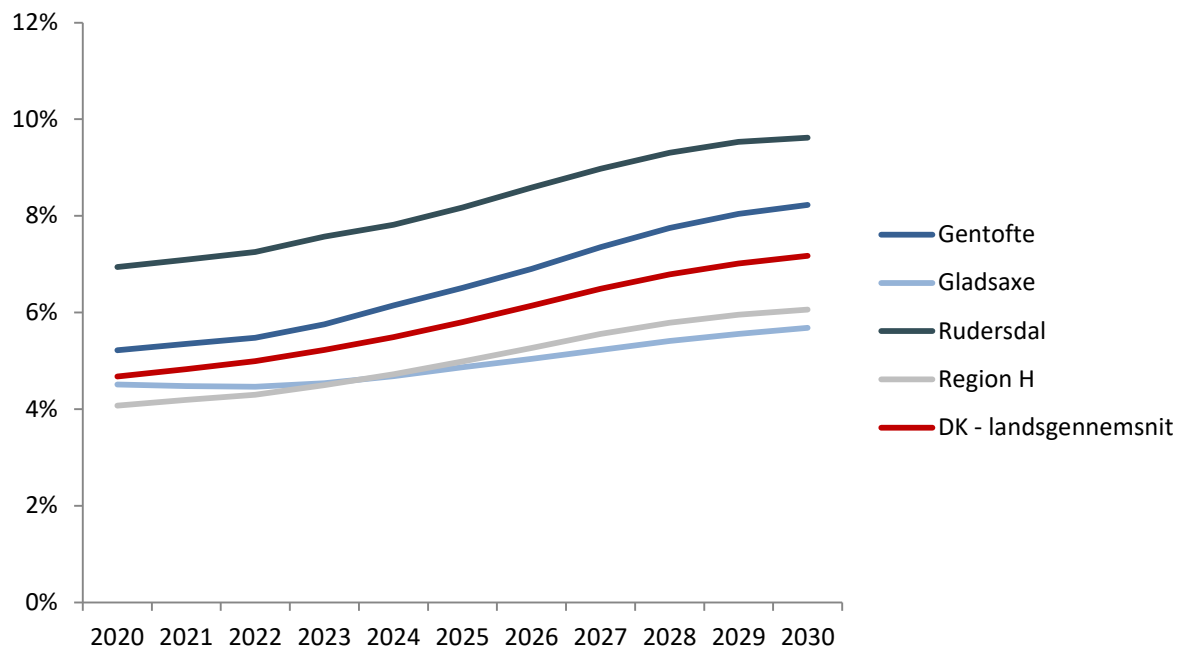
Som en del af frikommuneforsøget skal de deltagende kommuner senest med udgangen af 2020 udarbejde en evaluering af forsøget. Dette er en evaluering af frikommuneforsøget og de tilhørende lovhjemler. Evalueringen lægger sig op ad et evalueringsdesign, der blev fastlagt i samarbejde med VIVE ved opstarten af forsøget. Samtidig følger evalueringen så vidt det er muligt de retningslinjer, som VIVE har udviklet til evalueringerne af frikommuneforsøgene.

2.1 Målgruppen for forsøget

De tre kommuner har i de seneste år oplevet en ændret demografi med vækst i antallet af ældre borgere. Udviklingen i demografien vil fortsætte over de næste mange år, hvor andelen af borgere +80 år er større end i de øvrige kommuner i Region Hovedstaden, såvel som landsgennemsnittet, *jævnfør figur 2.1*. I takt med et stigende antal ældre borgere vil antallet af ældre medicinske patienter samt borgere med kroniske sygdomme alt andet lige stige tilsvarende. Netop denne udvikling var baggrunden for deltagelse i frikommuneforsøget og etableringen af AkutTeamet.

Målgruppen for det tværkommunale samarbejde omkring akutfunktionen er primært borgere +65 år, særligt de medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme. Dog er målgruppen ikke så fast at borgere udenfor målgruppen ikke vil kunne modtage hjælp fra AkutTeamet ved behov. Fælles for alle i målgruppen er, at de har akut behov for hjælp grundet enten en kronisk eller akut opstået sygdom.

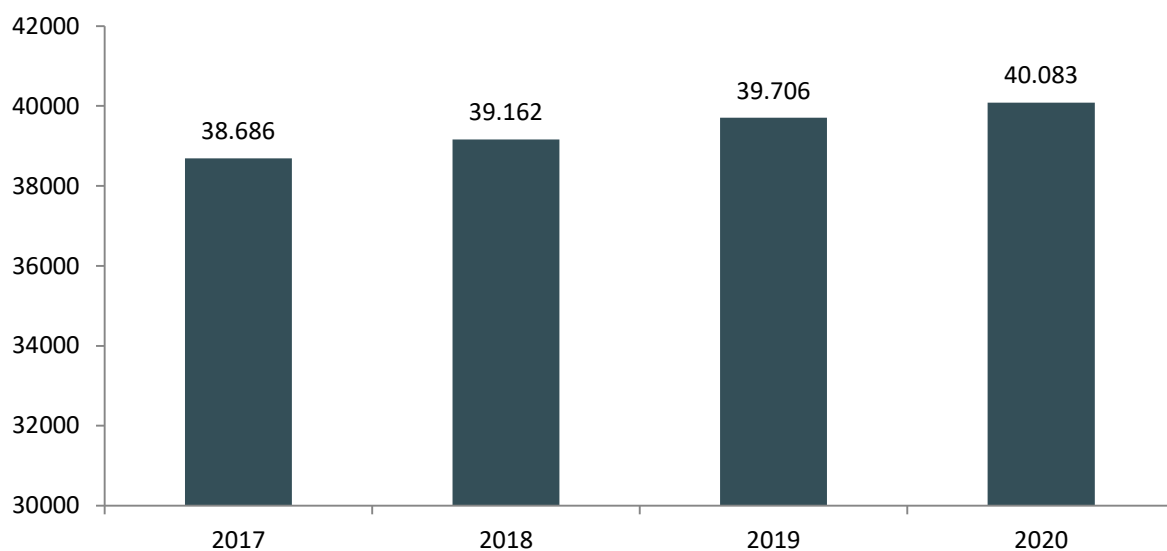
Figur 2.1 Andel af borgere + 80 år, i perioden 2020-2030



Kilde: beregninger på baggrund af Danmarks Statistik, "befolkningsfremskrivninger"

Med en målgruppe på 38.686 borgere ved projektets start og en årlig tilvækst i projektets målgruppe på op mod 1,5 procent, er der et relativt stort borgergrundlag for det tværkommunale AkutTeam, hvilket var en af forudsætningerne ved samarbejdet.

Figur 2.2 Udvikling i AkutTeamets målgruppe i projektperioden.



Kilde: beregninger på baggrund af Danmarks Statistik, "folketal"

2.2 Organiseringen af AkutTeamet

Den tværgående akutfunktion er i dag bemandede af 11 specialiserede sygeplejersker som er rekrutteret med erfaring fra både primær- og sekundær sektor. Derudover har teamet sin egen driftsleder.

Akutteamet er i dag bemandede fra 7.00-24.00 alle årets dage, med 2-4 sygeplejersker på vagt i dagtimerne og 1-2 i aftentimerne og weekenderne, alt afhængigt af behovet.

Akutfunktionen havde som mål ved etableringen at være døgnbemandet. Målet er dog undervejs i forløbet tilpasset, da det blev vurderet, at der ikke var nok aktivitet om natten til at have en specifik akutfunktion. I dag planlægges IV-behandling i ydretimerne af dags- og aftenvagten, sådan at der ikke er behov for fælles døgnbemanning i AkutTeamet længere. Det akut opståede i nattetimerne tager natsygeplejen i de tre respektive kommuner sig af, sådan at borgerne i de tre kommuner stadig er dækket af en kommunal akutfunktion.

Foruden de sygeplejefaglige opgaver består AkutTeamets opgaver også af løbende dialog og faglig sparring med samarbejdspartnerne i kommunen, såvel som uden for kommunen. Der er kontinuerligt fokus på at udvikle kendskabet og samarbejdet mellem AkutTeamet og de der potentielt kan henvende sig⁶.

2.2.1 Projektets styregruppe

Der har fra projektfasen været etableret en styregruppe med det formål at følge projektet tæt. For at opprioritere områdets relevans var det ønsket fra projekts start, at styregruppen skulle forankres i direktionen hos de tre kommuner, og at driftslederen skulle referere til styregruppen. Foruden forankringen i de tre kommuners direktion, har det været ønsket at inkludere relevante eksterne parter i styregruppen for at sikre legitimitet og understøtte at beslutningerne tages i samråd med de, der skal anvende AkutTeamet.

Styregruppen har undervejs i projektet været tilpasset, afhængigt af hvilke kompetencer der har været relevante i de forskellige projektfaser. Kontinuerligt under hele perioden har der deltaget en områdedirektør fra de tre kommuner, hvoraf styregruppeformanden udpeges. Ydermere har der under hele forløbet deltaget en repræsentant fra Herlev-Gentofte Hospital, såvel som en kommune klyngerepræsentant⁷. Efter ansættelsen af en leder til AkutTeamet (i forbindelse med opstarten af selve akutfunktionen) blev vedkommende tilføjet styregruppen.

Foruden det tætte samarbejde i styregruppen, har øvrige eksterne fagpersoner været tilknyttet styregruppen når der har været behov. Styregruppen har med stor succes, kunne

⁶ Mulige henvendelse til akutteamet er: Almen Praksis, akuttelefonen (1813 og 112), Herlev og Gentofte Hospital samt de tre kommuners sygeplejersker (samt SSA'ere i Gentofte).

⁷ Som også er sundhedschef i den ene kommune

trække på relevante fagpersoner fra både PLO, regionen og kommunerne, når der har været behov for deres fagspecifikke viden. Styregruppen har under hele perioden oplevet stor og bred opbakning fra alle parter, hvilket har styrket deres mandat.

2.2.2 Driftsledergruppe

For at sikre den bedst mulige implementering og at information bliver distribueret videre ud i den kommunale drift, bliver der jævnligt afholdt driftsledermøder. Ved driftsledermøderne, mødes lederen af AkutTeamet med de relevante sundhedschefer, samt andre kommunale ledere afhængigt af det aktuelle behov. Formålet med driftsledergruppen er at understøtte implementeringen og samarbejdet mellem AkutTeamet og de kommunale enheder.

Driftsledermøderne har til formål at:

- Sparre med lederen af AkutTeamet om driftsrelaterede oplevelser i samarbejdsfladen
- Erfaringsudveksle om de gode og de udfordrende oplevelser i samarbejdet om borgernes behandling og pleje
- Udarbejde forslag til justering af samarbejdsaftalen og opfølgning på den lokale kvalitetsstandard for den tværkommunale akutfunktion

2.3 Akutteamets opgaver

Overordnet set falder Akutteamets opgaver indenfor to kategorier, afhængigt af om borgerhenvendelsen sker ved akut opstået sygdom eller om henvendelsen omhandler en borger, som har været indlagt, *jævnfør nedenstående illustration.*

Ved akut opstået sygdom	Efter indlæggelse
<ul style="list-style-type: none">› Opsporing og udredning› Delegeret behandling for praktiserende læger samt akuttelefon› Vurdering af borgere og faglig sparring i hjemmesygeplejen <p><i>Henvendelse i den fase vil være: kommunen, 1813, 112 eller almen praksis</i></p>	<ul style="list-style-type: none">› Afslutte behandling af borgere udskrevet fra hospital› Glidende overgang efter indlæggelse til kommunal omsorg og behandling› Måling og opfølgning på værdier <p><i>Henvender vil i den fase primært være: Herlev og Gentofte Hospital</i></p>

2.3.1 Forud for potentiel indlæggelse

Kommunale sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter i Gentofte, praktiserende læger samt akuttelefonen kan rekvirere AkutTeamet, når de har været i kontakt med en borger, som vurderes at være indlæggelsestruet, eller af anden årsag har behov for akut sygepleje. Kontakten til AkutTeamet foretages mundtligt. I overdragelsen af opgaven til AkutTeam, aftales den videre behandling for borgeren mellem akutsygeplejersken og den fagperson som henvender sig til AkutTeamet. Det er ikke muligt for borgere selv at kontakte AkutTeamet, hvis borger føler behov for akutsygepleje.

Formålet med kontakten til AkutTeamet er i denne fase at få en klinisk vurdering af borgeren med henblik på at kunne forebygge (gen)indlæggelser eller omvendt sikre rettidige indlæggelser, hvor det er nødvendigt. I AkutTeamets opgaveportefølje skal de både agere faglig sparringspartner for den kommunale sygepleje og hjemmepleje, såvel som være i stand til at rykke hurtigt ud til den specifikke borger, som er blevet vurderet i risiko for indlæggelse.

Et eksempel på en arbejdsgang, hvor AkutTeamet forebygger en indlæggelse.

Eksempel borgercase

Esther er 82 år og er bosat i en af de tre kommuner, som har fælles AkutTeam. Esther bor i dag for sig selv i sin lille villa, hvor hun har boet de sidste mange år. Esther har tre børn, som besøger hende regelmæssigt. Esthers helbred er udemærket, om end hun er gangbesværet.

Esther har igennem de sidste par dage haft problemer med vandladningen, samt svie og blodtilblandet urin. Esther kontakter derfor egen læge som efterfølgende rekvirerer AkutTeamet.

Ved ankomst til borgers hjem lukker AkutTeamet sig ind via nøgleboks. Borger sidder i sofaen og er forvirret over hvem sygeplejersken er og hvorfor vedkommende er kommet. Akutsygeplejersken opdager at Esther lugter af urin og observerer skjolder på bukserne.

Efter aftale med lægen skal AkutTeamet udføre en screening med urin-stix, en CRP-måling, samt en generel vurdering af Esther. Akutsygeplejersken hjælper Esther ud på toiletet hvor det med besvær lykkedes at fremskaffe urin til udførelse af den ønskede urin-stix screening.

Urin-stix screeningen viser: ++ leukocytter, ++ nitrit, + blod. Urinen er grumset og der observeres blod i testen. Dele af urinen puttes i et spidsglas og anbringes i køleskabet med henblik på videre tests, hvis Esthers praktiserende læge ønsker dette.

Vitale parametre måles:

- > p. 78
- > BT 115/75,
- > TP. 37,8,
- > RF 18
- > SAT 98.
- > CRP måles til 78.

Der tages efterfølgende kontakt til egen læge med ovenstående observationer. AkutTeamet aftaler med Esthers praktiserende læge at Esther opstarter et forløb med Selexid (400mg, tre gange dagligt).

Akutteamet udleverer Selexid, som er en del af den medicin de har til rådighed. Esther modtager det fornødne medicin svarende til 1,5 døgn og lægen vil sørge for, at der lægges en recept på serveren til den videre behandling. Efterfølgende tager akutsygeplejersken kontakt til kommunens hjemmepleje, som vil lægge besøg ind til medicinadministration de følgende dage, så Esther med sikkerhed kan få sine tabletter. Hjemmepleje iværksættes, da Esther ikke modtager hjælp til sin medicin i forvejen.

Akutsygeplejen aftaler en ny CRP-måling med den praktiserende læge tre dage efter for at følge op på forløbet. Afslutningsvis kontakter akutsygeplejersken også Esthers datter, med henblik på at få afhentet medicinen på apoteket.

I den afsluttende dialog med Esther, giver hun udtryk for, at hun er tryk ved planen og at hun er glad for hurtig opstart af behandling og fordi hun undgik indlæggelse på hospitalet.

Note: Eksemplet er et konkret eksempel på en typisk opgave for AkutTeamet, borgers alder, navn med videre er opdigtet til formålet.

2.3.2 Efter indlæggelse

Når borgere fra en af de tre kommuner udlægges fra hospitalet, kan de i stigende grad opleve at være behandlingskrævende. Akutteamet har mulighed for at varetage dele af den afsluttende behandling i borgers eget hjem, så borgere med mulighed for udlæggelse kan afslutte deres behandling i hjemmet. Det kan eksempelvis være borgere som er i IV-behandling. Her kan AkutTeamet fortsætte og afslutte eller videregive den behandling som hospitalet har igangsat til den respektive kommune. Der er her tale om en delegeret behandling, hvor det stadig er lægerne på hospitalet der har behandlingsansvaret for den enkelte borger.

2.3.3 Afgrænsede opgaver og ansvar

Ved etableringen af AkutTeamet har det været vigtigt at afklare hvilke opgaver AkutTeamet skal løse og hvilke der fortsat skal løses i den kommunale hjemmesygepleje. Ved etableringen af AkutTeamet, var det vigtigt at kunne ansætte erfarne sygeplejersker, dels for at kunne give tryghed i anvendelsen for de eksterne parter, men også for at kunne skabe et fagligt kompetencecenter internt i kommunerne. Som led i den strategi blev det besluttet, at AkutTeamet som udgangspunkt ikke skulle agere buffer for hjemmesygeplejen i forhold til eksempelvis skredne tidsplaner. Akutteamet har som udgangspunkt et afgrænset sæt opgaver, for derved at kunne være til rådighed for sparring til vurdering eller akut handlen på henvendelse. En væsentlig forudsætning for at kunne agere akut på henvendelser er, at AkutTeamet har en relativ åben køreliste ved siden af planlagte opgaver såsom IV behandling.

Som led i afdækningen af hvilke opgaver AkutTeamet skal varetage, bliver der løbende kigget på de henvendelser, der kommer til AkutTeamet. Såfremt henvendelser til AkutTeamet ligger uden for AkutTeamets opgaveportefølje, forsøger AkutTeamet at vejlede og rådgive den specifikke henvender, for stadig at kunne sikre bedst mulig kvalitet i sygeplejen for den specifikke borger.

Nedenstående tabel, viser de udførte opgaver som AkutTeamet har foretaget i det første halvår 2020. Som en del af en hyppig kvalitetsopfølgning, bliver listen løbende vurderet af ledere med indgående kendskab til driften i forhold til, om det er de ønskede opgaver der udføres af sygeplejerskerne tilknyttet AkutTeamet.

Opgaver udført første halvår 2020

- › IV behandling
- › IV væske
- › Undersøgelse og måling af værdier
- › Kapillær blodprøve
- › Råd og vejledning
- › Blodprøve venøst
- › Anlæggelse og pleje af kateter
- › Sondeernæring og –anlæggelse
- › Vurdering af borger
- › Opfølgning på borgers situation
- › Blodprøve arteriel
- › Sårbehandling
- › COVID-19 podninger
- › Medicinadministration (frikommune hjemmel)
- › Sekret Sugning

Note: Indsatser som er løst mere end 1 gang i en af de tre kommuner

Kilde: Nexus i de tre kommuner

Som ovenstående tabel viser, så varetager AkutTeamet specialiserede sygeplejefaglige indsatser som IV-behandling med antibiotika og væsketerapi. Der udføres forskellige typer af blodprøvetagninger efter behov, ligesom det er muligt for læger at rekvirere forskellige sygeplejefaglige vurderinger. Akutteamet kører selv blodprøverne til analyse på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på Herlev Hospital. Det er sygeplejefaglige opgaver som i dag ikke kan tilbydes i samme omfang og på tværs af hele døgnet af hjemmesygeplejen eller sygeplejersker på plejeboligerne i de respektive kommuner. Ovenstående udførte indsatser er medvirkende til at borgeren kan blive i eget hjem, eller at en borger kan hjemtages tidligere fra hospitalet til videre behandling og kontrol i eget hjem.

Værd at bemærke i den forbindelse er at flere af ovenstående opgaver, bidrager i stor stil til den oplevede borgerkvalitet. Opgaverne er dog nye opgaver som ikke tidligere ville være løst på kommunalt regi. Kommunen har med andre ord overtaget en række opgaver, uden den medfølgende økonomiske compensation. De udførte opgaver er derfor en stor økonomisk udgift for kommunerne tilknyttet AkutTeam.

2.4 Samarbejdsaktiviteter

I nærværende afsnit fokuseres på de løbende aktiviteter, der vedrører det organisatoriske samarbejde omkring AkutTeamet.

2.4.1 Samarbejde med den kommunale drift

Det har aldrig været hensigten at de tre kommuner skulle tilpasse hinandens driftsforskelle. Det har fra starten været en forudsætning at AkutTeamet skulle kunne agere i den forskel der er mellem de tre kommuner. For at optimere forudsætningerne for at AkutTeamet kan præstere og for at skabe de bedst mulige resultater, er det nødvendigt med et tæt samarbejde mellem de tre kommuner og en vis grad af ensartethed samt forståelse for hinandens situation.

Ved idriftsættelsen af AkutTeamet blev det indledningsvist prioriteret at anvende meget tid på at skabe relationer til de kommunale plejeboliger og hjemmesygepleje. Hensigten var at akutsygeplejerskerne skulle besøge samtlige kommunale plejeboliger og have mulighed for at deltage i hjemmesygeplejens fællesmøder indenfor relativ kort tid. Formålet hermed var at skabe rammerne for et godt samarbejde. Ved ansættelsen af en ny leder for AkutTeamet i sommeren 2020, er der taget initiativ til opfølgende relationsmøder for at styrke samarbejdet og kendskabet til hinandens hverdag igen.

2.4.2 Samarbejde med almen praksis

Som et led i at skabe bedre sammenhæng med almen praksis har projektet frikøbt en praktiserende læge fra en af de tre deltagende kommuner ca. 6 timer ugentligt til at agere praksiskonsulent. Praksiskonsulenten er ansat på konsulentlignende vilkår og har ansvar for at kompetenceudvikle AkutTeamets sygeplejersker og sørge for løbende tilpasning af instrukserne. Herudover er en væsentlig del af praksiskonsulentens opgave også at skabe og forbedre samarbejdet mellem AkutTeamet og de praktiserende læger. Praksiskonsulenten er blandt andet også finansieret gennem et puljeprojekt fra Sundhedsstyrelsen der netop har fokus på at styrke samarbejdet på tværs.

2.4.3 Samarbejde med hospital

De tre kommuner har et tæt samarbejde med Herlev og Gentofte Hospital. Samarbejdet er understøttet af at alle ni kommuner i Planområde Midt, som har indgået en samarbejdsaftale med hospitalet vedrørende udskrivning/udlæggelse af kommunens borgere, med et forsat behandlingskrævende behov.

For at gøre overgangen fra hospitalet til kommunerne lettere, er der tilknyttet samordningskonsulenter på hospitalerne. Samordningskonsulenterne bidrager til at sikre koordinationen og udvikling af kvaliteten i de tværsektorielle patientforløb, i tæt samarbejde mellem hospitalets afdelinger og kommunerne.

2.4.4 Samarbejde med akuttelefonen

Samarbejdet med akuttelefonen bygger videre på et samarbejde, som allerede var i gang mellem kommuneklyngen og 1813, da etableringen af AkutTeamet påbegyndte.

Furesø, Herlev og Ballerup havde allerede etableret et samarbejde om en akutfunktion i planområdet (SHS-teamet), hvilket har styrket og effektiviseret samarbejdet med 1813 og hurtigt skabt fælles fodslag mellem akuttelefonen og AkutTeam.

I dag kontakter akuttelefonen AkutTeamet ved behov for en klinisk vurdering af en borger i eget hjem eller på en plejebolig. Vurderingen kan bruges som supplement til de informationer 1813 har fået og vurderingen kan efterfølgende lede til en behandlingsplan i eget hjem eller eventuelt en indlæggelse. AkutTeamet kontakter 1813 ved behov for faglig sparring i forbindelse med et besøg hos borger eller ved behov for lægebesøg eller indlæggelse.

2.4.5 Datadeling

Som forudsætning for at kunne levere akutfunktionens ydelser til borgere i alle deltagerkommuner skal sygeplejerskerne, der er ansat i AkutTeamet, til enhver tid kunne tilgå tidstro data i den pågældende borgers bopælskommunes elektroniske omsorgsjournal. Der er således ikke tale om at skabe et fælles elektronisk omsorgssystem på tværs af kommunerne, men om at sygeplejerskerne ansat i AkutTeamet kan tilgå de tre kommuners omsorgssystemer, for at indhente og dokumentere de relevante oplysninger og handlinger om den specifikke borger.

Det er særligt væsentligt i forhold til patientsikkerheden at både bopælskommunen og AkutTeamet efter behov kan orientere sig i borgerens aktuelle almentilstand ud fra omsorgsjournalen. Mange borgere får ydelser både af AkutTeam og hjemmesygeplejen, hvorfor datadeling ikke skal være en administrativ hindring.

I forhold til den efterfølgende styring af aktiviteten og den løbende ledelsesinformation giver løsningen med tre forskellige omsorgssystemer udfordringer i forhold til at kunne samle data til et reelt styringsmateriale.

3 Hypoteser

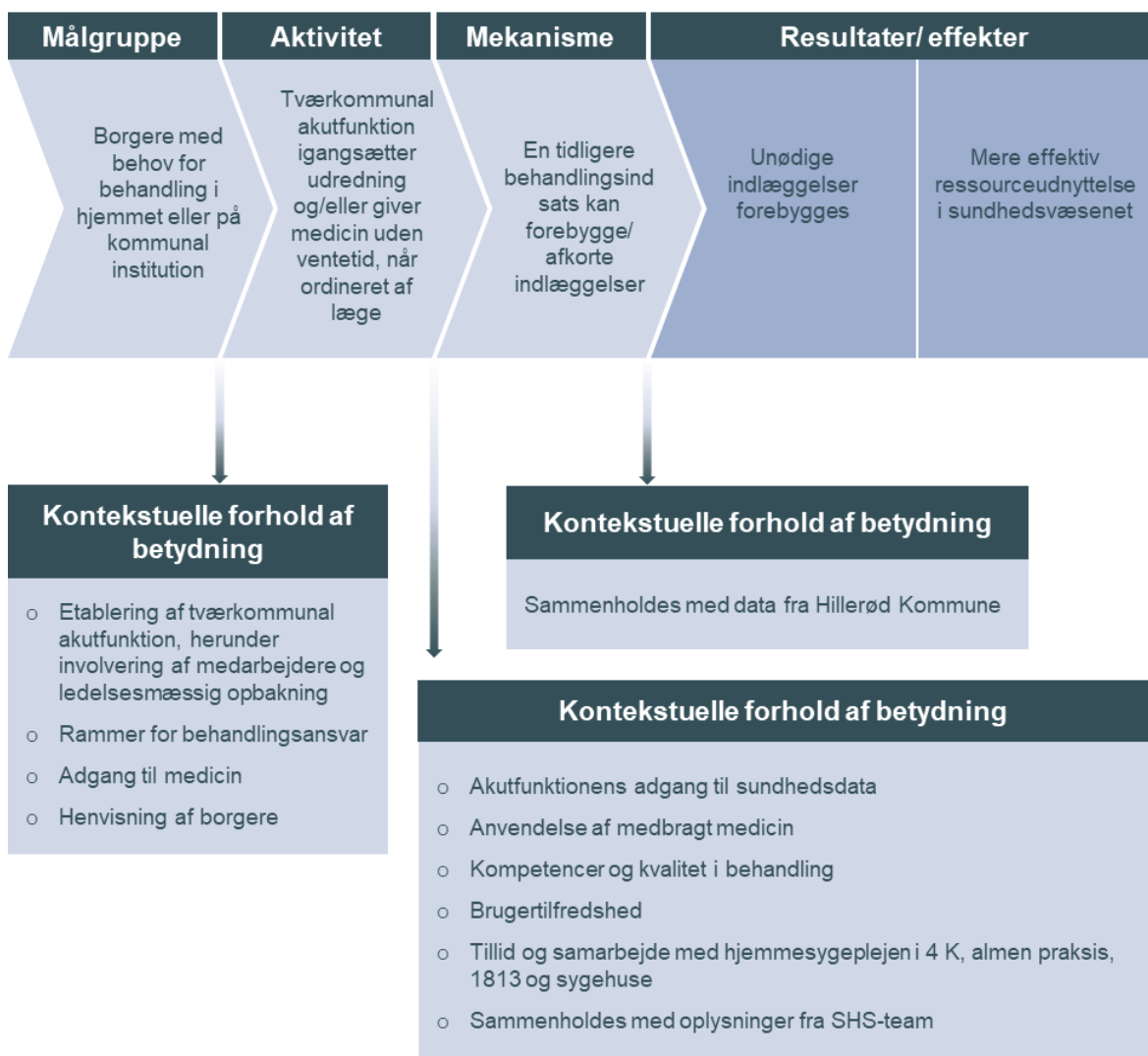
I den indledende projektfase vedrørende oprettelsen af AkutTeamet blev der udarbejdet et evalueringsdesign i samarbejde med VIVE⁸, med det formål at beskrive målgruppen for forsøget samt forventningerne til opnåede gevinster ved etablering af AkutTeamet. Nærværende evaluering vil følge det udarbejdede evalueringsdesign så vidt muligt, i forhold til at analysere de forventede resultater og indsatser, der er planlagt og udført i forbindelse med projektet.

Evalueringen af AkutTeamet vil derfor begrænses til primært at omhandle de specifikke forhold, som adskiller nærværende AkutTeam med den tilhørende frikommunestatus, fra de krav som alle kommuner pr. 1. januar 2018 skal leve op til jævnfør Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner⁹. Herudover vil der også blive fokuseret på de oplevede resultater af at være tre kommuner i samarbejde omkring et AkutTeam samt hvordan der sikres mest mulig kvalitet.

⁸ December 2017

⁹ Siden 2018 har der været et krav om at have en kommunal akutfunktion.

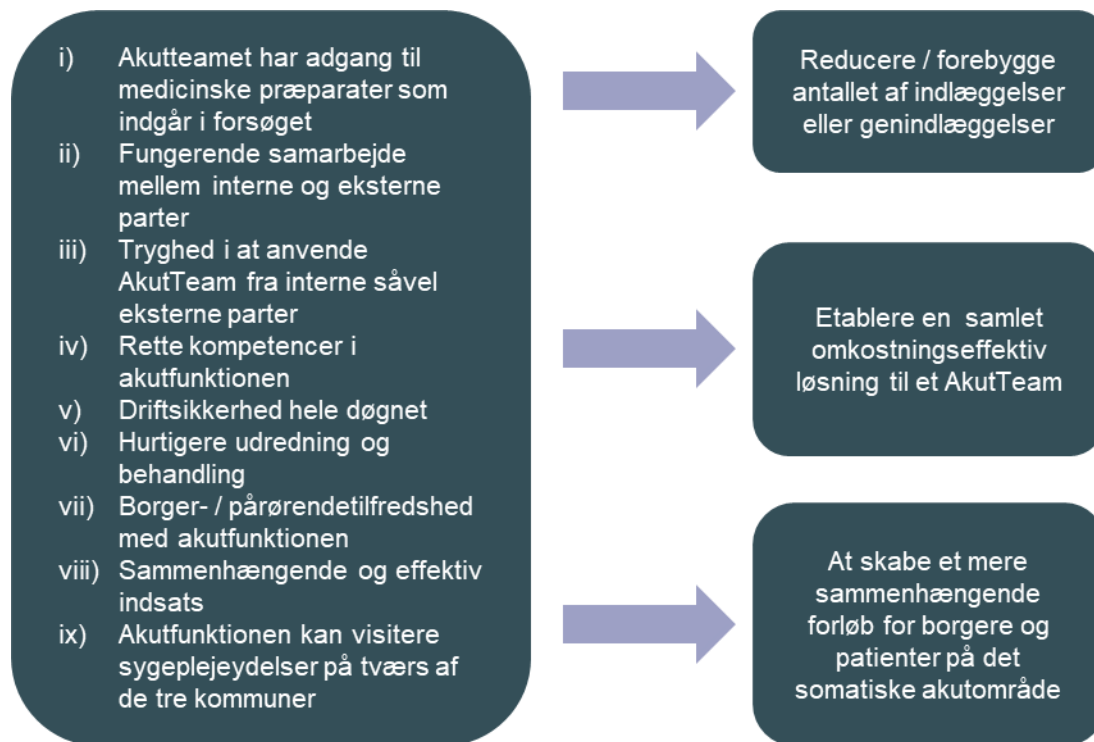
Figur 3.1 Programteori og virkningsmekanismer



Kilde: Indledende programteori udarbejdet i forbindelse med evalueringsdesignet

Som det fremgår af programteorien, er det helt overordnede mål i forhold til etablering af den fælles akutfunktion en mere effektiv anvendelse af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder nedbringelse af unødige (gen)indlæggelser. En væsentlig del af at lykkedes med en mere effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet er, at bidrage til et bedre samarbejde på det somatiske akutområde både internt i kommunen, men også i samarbejde med de øvrige akutområder.

Figur 3.2 Forventede indsatser og mål



Kilde: Indledende programteori udarbejdet i forbindelse med evalueringsdesignet

3.1 Justeringer i evalueringsdesignet frem mod slutevalueringen

En nødvendig forudsætning for at kunne sige noget om effekterne af AkutTeamets indsats i forhold til at forebygge (gen)indlæggelser er, at man har en kontrolgruppe at sammenligne med.

Forsøget med AkutTeamet er af praktiske årsager ikke gennemført som et randomiseret kontrolleret forsøg, hvilket er guld-standarden i effektevalueringer. Der er altså ikke en randomiseret kontrolgruppe at sammenligne med. I stedet kan man konstruere en kontrolgruppe ad statistisk vej, som ligner målgruppen for AkutTeamet ud fra oplysninger, der er tilgængelige i de nationale registre. En sådan analyse er imidlertid ikke mulig at udføre indenfor tidsrammen af nærværende evaluering, hvis den skal dække AkutTeamets funktionsperiode. Det skyldes, at det indtil nu ikke har været muligt at få adgang til de nødvendige data fra Landspatientregisteret (LPR) vedrørende 2019 og 2020 (grundet en omlægning fra den såkaldte LPR2 til LPR3-registrering). De manglende data medfører, at effektevalueringen i forhold til forebyggelse af indlæggelser udebliver i nærværende evaluering

Hvis AkutTeamet forebygger indlæggelser, vil det bidrage positivt til den samlede økonomiske vurdering af AkutTeamet. Da det ikke er muligt på det foreliggende grundlag at opgøre effekter af AkutTeamet på indlæggelser er det samtidig ikke muligt at udføre en omkostningseffektivitetsanalyse af AkutTeamet.

Kommunerne bag AkutTeamet har indhentet et tilbud fra VIVE på en effektevaluering af AkutTeamet i forhold til forebyggelse af indlæggelser og kan beslutte at gennemføre den på et senere tidspunkt. Hvis der åbnes for adgang til data fra LPR3 inden udgangen af 2020, vil foreløbige resultater af effektevalueringen kunne foreligge før sommerferien 2021.

Potentielle sammenligningskommuner

Det har også været et ønske at anvende andre akutfunktioner som sammenligningsgrundlag i evalueringen. I det indledende evalueringsdesign blev Hillerød Kommune overvejet som sammenligningskilde i forhold til AkutTeamet grundet kommunens geografiske størrelse. Dog vurderes deres opbygning af akutfunktion, som en tæt integreret del af hjemmesygeplejen, at udfordre sammenligningsgrundlaget i en sådan grad, at sammenligningen risikerer ikke at blive tilstrækkelig valid. Lyngby-Taarbæk Kommune har også være overvejet som relevant sammenligningsgrundlag, da kommunen har samme borgergrundlag og befolkningstæthed som de tre kommuner, der samarbejder om AKutTeam. Lyngby-Taarbæks akutfunktion er dog også forskelligt fra AkutTeamet på vitale parametre, hvilket vurderes at give forskellige sammenligningsgrundlag, de steder hvor det kunne være relevant.

SHS-teamet for Ballerup-, Herlev- og Furesø Kommune er i evalueringen anvendt som sammenligningsgrundlag for resultaterne af visitationshjemlen. SHS-teamet og AkutTeamet er identiske på mange måder og er begge et tværkommunalt samarbejde. SHS-teamet er ikke i besiddelse af frikommunestatus, hvilket giver mulighed for at sammenligne anvendelsen af de særlige visitationsrettigheder.

4 Metode

Evalueringen af frikommuneforsøget indeholder flere anvendte metoder med henblik på at kunne vurdere om AkutTeamet er lykkedes i forhold til forventningerne. Herunder også hvorvidt de justerede lovhjemler har bidraget til bedre og mere effektive løsninger. I evalueringen er der anvendt både kvantitative og kvalitative metoder. Metoderne er hovedsageligt af deskriptiv karakter, dog er der enkelte steder udført statistiske beregninger for at udlede sammenhænge og for at kunne vurdere hvorvidt eventuelle forskelle skyldes tilfældigheder.

4.1 Spørgeskemaet

For at opnå det mest retvisende billede af AkutTeamet, har det været relevant at høre alle involverede parter omkring deres opfattelse af AkutTeamet. Denne proces er udført gennem et særligt udviklet spørgeskema, som er distribueret bredest muligt (se bilag 1). Spørgeskemaet er blevet udviklet med fokus på at højne validiteten og reliabiliteten i selve udformningen af spørgeskemaet, såvel som i den efterfølgende behandling af besvarelser.

Som et led i at sikre den højest mulige reliabilitet, har der blandt andet været udført pilotforsøg, hvor både sundhedschefer, såvel som medarbejdere og samarbejdsparter, har haft lejlighed til at kommentere på spørgsmål og spørgeskema.

Det har været ønsket, at flest mulige af de relevante parter skulle have mulighed for at give deres holdning til AkutTeamet til kende ved at besvare spørgeskemaet. For at kunne sammenligne besvarelsen har det været nødvendigt, at det er de samme spørgsmål alle deltagere har fået, uanset faggruppe og ansættelsessted. Det har dog været nødvendigt at tilpasse spørgeskemaerne en smule eftersom ikke alle spørgsmål har været relevante for alle faggrupper, ligesom hospitalets læger ikke har mulighed for at ordinere medicin gennem AkutTeamet. De spørgsmål, som ikke har været relevante for den specifikke faggruppe, er blevet sorteret ud i forbindelse med udsendelsen.

Besvarelsen af spørgeskemaet har stået på over fem uger i juni og juli, fra uge 27-31. Den fem uger lange svarperiode skal først og fremmest ses i lyset af, at indsamlingen er foregået over sommerferien. Situationen omkring COVID-19 og spidsbelastningen af visse medarbejdergrupper har også bidraget til mange overvejelser omkring hvornår tidspunktet for udsendelse ville være optimalt. Arbejdsbelastningen i forhold til COVID-19 var i de pågældende uger tæt på normalen for de fleste medarbejdere, både internt og eksternt, hvorfor perioden for besvarelse ikke forventes at have påvirket medarbejdernes svar mærkbart, eller bidraget til en lavere svarprocent.

Alle spørgeskemaer til de kommunale sundhedsansatte samt praktiserende læger er udsendt med en personlig mail, gennem SurveyXact. Dagen inden udsendelsen af

spørgeskemaet modtag alle deltagerne en personlig mail fra direktørkredsen i de tre kommuner, med en opfordring til at besvare.

For medarbejdere i akuttelefonen blev spørgeskemaet af praktiske årsager distribueret manuelt gennem en mail udsendt fra deres leder til medarbejderne. Medarbejdere på Herlev og Gentofte Hospital har besvaret spørgeskemaer på udskrift og indsamlet manuelt, da det ikke var muligt at udsende på mail. Derudover anvender Gentofte Kommunes alment praktiserende læger Facebook til intern kommunikation og vidensdeling. Det er fra Gentofte Kommunes side vurderet at denne metode egnede sig bedst i forhold til at få flest mulige besvarelser. Det er vurderet at fleksibiliteten i besvarelsesmetoderne har medvirket til at højne svarprocenten, som har været et særligt ønske. Samtidig vurderes det ikke at metoderne har haft en nævneværdig betydning for validiteten af besvarelserne.

4.1.1 Deltagere

Det har været ønsket at flest muligt af de relevante medarbejdere har haft mulighed for at besvare spørgeskemaet, internt såvel som eksternt. Eneste udskillelseskriterier der har været anvendt, er hvis medarbejderen selv vurderer, ikke at have et kendskab til AkutTeamet. Der har vist sig at være tilfældet, hvor medarbejderen er nyansat eller i sin funktion ikke anvender AkutTeamet.

Det har ikke været muligt at beregne en samlet svarprocent på spørgeskemaet på grund af de mange forskellige indsamlingsmetoder der er anvendt.

Tabel 4.1 Faggrupper og ansættelsessted for deltagere i evalueringen

Deltagere ved spørgeskema indsamlingen	Antal besvarelser	Antal adspurgte
Kommunale sygeplejersker	201	367
Gentofte Kommune	87	161
Udkørende	53	89
Ikke udkørende	34	72
Gladsaxe Kommune	52	90
Udkørende	29	44
Ikke udkørende	23	46
Rudersdal Kommune	62	116
Udkørende	34	67
Ikke udkørende	28	49
Social- og Sundhedsassistenter /Gentofte	108	302
Udkørende	18	43
Ikke udkørende	90	259
Øvrige Gentofte Kommune**	29	46
Leder	20	31
Administrativ / andet	9	15
Almen praktiserende læger	52	
Gentofte	14	*
Gladsaxe	22	31
Rudersdal	16	32
Herlev og Gentofte Hospital	26	*
Læger	9	*
Medicinsk afdeling	4	*
Kirurgisk afdeling	5	*
Sygeplejersker	17	*
Medicinsk afdeling	13	*
Kirurgisk afdeling	2	*
Akutmodtagelse	2	*
Akuttelefon	50	*
Læger	12	*
1813	12	*
Sygeplejersker	33	*
112	7	*
1813	26	*
Øvrige	5	*
AkutTeam	7	8
Total	n = 474	

Note: * Grundet anden indsamlingsmetode, er det ikke muligt at vurdere hvor mange adspurgte der har været. ** "Ledere" er gruppeledere og daglige ledere. "Administrativ" er koordinatore og planlæggere.

4.2 Interviews

Som et led i kvalificeringen af svarene fra spørgeskemaet, samt et behov for at få belyst udmøntningen af de særlige beføjelser der er givet gennem ændrede lovhjemler, er der også udført en række interviews:

- Fokusgruppeinterviews med sundhedscheferne i de tre kommuner (se bilag 2)
- Individuelle interviews med sygeplejersker fra de tre kommuner, både udkørende og ikke udkørende. (se bilag 3)
- Gruppeinterview med akutsygeplejersker fra AkutTeam (se bilag 3)

Fælles for interviewene har været emner vedrørende samarbejdet. Derudover er der til sundhedscheferne stillet lidt bredere spørgsmål i forhold til organisation, drift, tilfredshed, frikommuneforsøget og økonomi.

Alle interviews er gennemført i efteråret 2020 ud fra en semistruktureret interviewguide, med få overordnede emner og med rig mulighed for at spørge ind til de kommentarer som interviewpersonerne måtte have. Grundet de særlige omstændigheder i forbindelse med COVID-19, er interviewene med kommunens sygeplejersker foregået telefonisk. Interviewene med sundhedscheferne og akutsygeplejerskerne er foretaget ved fysisk fremmøde.

Fordeling af interviews er sket nogenlunde ligeligt mellem de tre kommuner med en fordeling på 8 hjemmesygeplejersker, 3 sygeplejersker tilknyttet opholdssted, og 3 fra AkutTeamet. Sygeplejerskerne der er udvalgt til interviews, er forsøgt udvalgt tilfældigt af en lokal leder, med et ønske om at sygeplejersken har erfaring med anvendelse af AkutTeamet. Hvorvidt sygeplejersken er udvalgt efter andre kriterier vides ikke og det har ikke været muligt at justere for i nærværende undersøgelse.

Det er hovedsageligt samme interview person, der har gennemført alle interviewene, dog har enkelte interviews været udført af en leder på hjemmesygeplejeområdet. Der vurderes ikke at de to forskellige interviewpersoner har givet udfordringer i forhold til de modtagne svar, da svarene herfra stemmer fint overens med de øvrige interviewpersoners svar.

4.3 Udarbejdelse af evalueringen

Det er besluttet at nærværende evaluering skulle foretages internt, hvilket kan give udfordringer i validiteten i forhold til at kommunen skal evaluere sig selv. Det er forsøgt på bedst mulige vis at overkomme denne bias ved at placere evalueringen i en særlig analysefunktion under økonomiforvaltningen i Rudersdal Kommune. Netop denne analysefunktion er ikke en del af den sundhedsfaglige drift og vurderes derfor at være minimalt påvirket heraf. Analyseafdelingen i Rudersdal Kommune har desuden tilknyttet særlige kompetencer med erfaring fra tilsvarende evalueringer på det kommunale sundhedsområde. Det vurderes at evalueringens resultater ikke bærer nævneværdigt præg af at være udarbejdet internt.

I den del af evalueringen der vedrører borgerne, har det omvendt været essentielt at få en ekstern part til at udføre evalueringen, da det blev skønnet at netop denne del af evalueringen vil have stor gavn af en ekstern samarbejdspartner, med særlig kompetence til at udføre den slags interviews.

4.4 Metodisk fremgangsmåde bag evalueringen af borgerperspektivet

Følgende afsnit er udarbejdet af Marselisborg Consulting

AkutTeamet har ønsket en dybdegående evaluering af borgernes oplevelse med AkutTeamets indsats. Evalueringen bygger videre på midtvejsevalueringens borgerinterview, som tydeliggjorde, at borgerne i høj grad er tilfredse med AkutTeamet. Intentionen med denne evaluering har været at gå dybere i, hvad borgerne i særlig grad lægger vægt på i vurderingen af AkutTeamets indsats.

Således er der her tale om en summativ evaluering, der bagudrettet på baggrund af en allerede gennemført indsats vurderer styrker og udfordringer i den gennemførte indsats¹⁰. Denne del af evalueringen er begrænset til alene at fokusere på borgernes oplevelser af indsatsen og inddrager derfor alene dette perspektiv.

For at sikre dybden i evalueringen af borgernes oplevelser er den kvalitative interviewmetode velegnet. Intentionen har været at belyse borgernes oplevelser, herunder i særlig grad deres oplevelse af, hvordan AkutTeamet har givet dem tryghed i den sårbare situation, som et sygdomsforløb er. Den kvalitative metode tillader gennem en række åbne interview at gå i dybden med den enkelte borgers oplevelse ved at stille åbne spørgsmål for dermed af afsøge oplevelser, erfaringer og sammenhænge heri¹¹.

De næste afsnit uddyber de centrale metodiske valg i forhold til:

- › Tilgang til og indholdet i interviewene
- › Rekrutteringsstrategi og udvælgelseskriterier for informanterne
- › Den praktiske gennemførelse af interviewene

Der er gennemført 26 interview af i alt 25 borgere i perioden august-september 2020. Interviewene og evalueringen er gennemført af Marselisborg Consulting på vegne af Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal Kommuner, der står bag frikommuneforsøget med AkutTeamet.

4.4.1 Tilgang til og indholdet i interviewene

Interviewene er gennemført ud fra en åben, men dog struktureret tilgang for at kunne indfangе nuancer og variationerne i borgernes oplevelser, samtidig med at det sikres, at

¹⁰ Krogstrup, H. K., (2007): *Evalueringsmodeller*. Århus: Academica, s. 48.

¹¹ Bryman, A., (2001): *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press, s. 332.

interviewene fokuserer på de relevante tematikker og situationer, hvilket er uddybet nedenfor.

Tilgang til interviewene

Interview af borgere, som har haft besøg af AkutTeamet, er blevet gennemført som semistrukturerede interview. Det giver den fordel, at interviewene følger en fast struktur, men samtidig giver mulighed for at gå i dybden med de emner, som har betydet noget særligt for borgerne¹² i mødet med AkutTeamet.

Det semistrukturerede interview har taget udgangspunkt i borgernes kronologiske forløb med AkutTeamet, samt hvad der er sket forud for og efter AkutTeamets besøg. Her har der været et særligt fokus på at sikre, at det blev tydeligt, hvad der var henholdsvis AkutTeamets indsats, og hvad der var eventuelle øvrige aktørers indsats.

Borgeren er blevet bedt om at beskrive forløbet, og interviewereren har med udgangspunkt i interviewguiden gået i dybden med spørgsmål målrettet borgerens tryghedsoplevelse. Denne metodik har både givet struktur til forløbet og har også medvirket til at opbygge en tillid og forståelse hos borgeren om interviewets formål, som har betydet, at borger har kunnet åbne sig op omkring private emner såsom sygdom, usikkerhed og utryghed.

Intervieweren har arbejdet med en trinvis interviewdybde. Det vil sige med forskellige udfoldningsniveauer afhængigt af borgerens ressourcemæssige og/eller kognitive overskud. De første spørgsmål har derfor indeholdt flere lukkede og udelukkende afklarende spørgsmål, mens de opfølgende spørgsmål har lagt op til mere refleksion og uddybning samt abstraktion og perspektiv¹³. Konkret er der i interviewguiden skelnet mellem "obligatoriske og konkrete spørgsmål", som borgerne har skullet besvare" og "støtte-, udvide- og hjælpespørgsmål", som interviewereren har lænet sig op ad i udfoldningen af besvarelsenerne afhængig af borgerens overskud.

Indholdet i interviewene

Interviewguiden er blevet udarbejdet med det formål at afdække borgernes tryghedsoplevelse. Her har det været væsentligt at være tydelig på, at tryghed på intet tidspunkt i et sygdomsforløb kan formuleres som et enten-eller spørgsmål. Den grundlæggende utryghed ved sygdomsforløbet vil hele tiden være der, ligesom der kan være en række forhold i rammer, rutiner og personerne omkring borgeren – hvad enten de er indlagt på fx en midlertidig plads eller i eget hjem - som kan medvirke til at skabe mere eller mindre tryghed.

På baggrund af eksisterende litteratur og tidligere erfaringer har interviewenes fokus kredset om følgende emner:

¹² Andersen et al., (2010): *Metoder i statskundskab*. København: Hans Reitzels forlag, s. 149.

¹³ Andersen et al., (2010): *Metoder i statskundskab*. København: Hans Reitzels forlag, s. 154-157.

- › **Trygheden i selve sygdomsforløbet**, herunder borgerens tilegnelse af viden om årsager, sammenhænge og forventninger, der kan ligge i et sygdomsforløb¹⁴.
- › Oplevelse af **trygge rammer**, idet der til et sygehus som beskrevet er en forventning om, at her er alle faciliteterne til at kurere sygdom, men omvendt er eget hjem for mange et mere behageligt og kendt opholdssted.
- › Oplevelsen af **kompetent personale**, der har relevante handlemuligheder som fx let adgang til uddybende undersøgelser og tilgang til relevant medicin, hvoraf sidstnævnte er en del af dette frikommuneforsøg.
- › Oplevelsen af **kendte eller forventede rutiner** i kontekst af et sygdomsforløb. Rutiner på et hospital med stuegang, faste måltider m.m. kan give en følelse af tryghed, mens behandling i eget hjem alt andet lige har mere udefinerbare rammer, da hvert besøg fra AkutTeamet planlægges under hensyntagen til kørelister, andre borgeres behov m.m.
- › Oplevelsen af **kontinuitet i behandlingen**, fx om der er relevant kommunikation mellem læge, sygehus, hjemmepleje og AkutTeamet om yderligere behandling, pleje og omsorg. I en række undersøgelser fokuseret på emnet "er der styr på mig?" er det afdækket, at det ikke nødvendigvis er i sektorskiftene, at trygheden og behovet for kontinuitet opstår, men mere på de tidspunkter, borgeren oplever som kritiske i sygdomsforløbet¹⁵. Derfor bliver netop også det smidige samspil med hjemmeplejen, som en del af dette frikommuneforsøg, relevant.

Som beskrevet var borgerens forløb omdrejningspunktet for interviewene, og herigennem blev en række situationer eller tidsmæssige nedslag gennem interviewet fremhævet som særlige betydningsfulde for borgeren. Disse nedslag har derefter været vurderet, drøftet og udfoldet gennem de mere udvidende spørgsmål.

Samlet vurdering

Den valgte metodik med semistrukturerede interview ud fra de beskrevne temaer kombineret med den trinvis interviewdybde viste sig værdifuld i interviewene, da det gjorde det muligt at indfange og uddybe borgernes tryghedsoplevelse i mødet med AkutTeamet og samtidig tilpasse vægtningen af interviewene til borgerens ressourcer og fokus.

Samtidig har de tematikker, som interviewguiden har været opbygget omkring sikret, at tryghedsoplevelsen er blevet afdækket nuanceret i forhold til de forskellige dimensioner. Vores vurdering er, at det har gjort det muligt at afdække, hvornår og hvorfor borgeren har følt sig tryk samt italesætte situationer, som har skabt usikkerhed.

¹⁴ Se bl.a. Vive (2020): Fra hospital til hjem – Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune

¹⁵ Dansk Sundhedsinstitut (2010): Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv

4.4.2 Rekrutteringsstrategi og udvælgelseskriterier for informanter

Der er blevet gennemført i alt 26 interview med 25 borgere, som har haft besøg af AkutTeamet. Informanterne er blevet rekrutteret og udvalgt på baggrund af nedenstående overvejelser.

Rekrutteringsstrategi

AkutTeamet har henvendt sig til borgere, som har haft modtaget et eller flere besøg i perioden. Det er søgt at finde borgere, som for nylig har afsluttet forløbet eller besøget, så oplevelserne er frisk i erindringen.

Konkret har sygeplejersker eller lederen fra AkutTeamet kontaktet borgeren og hørt, om de ønskede at deltage i et interview enten fysisk, ved at interviewerens kom på besøg i hjemmet, eller telefonisk. Her er borgeren kort blevet informeret om formålet med interviewet, betingelser for anvendelse af data m.m. Hvis borger har ønsket at deltage, er et brev med bekræftelse af tidspunkt blevet udleveret, og interviewet er herefter gennemført.

I rekrutteringen af informanter til interview er der søgt at sikre en balance i forhold til væsentlige baggrundskarakteristika. Disse karakteristika blev drøftet indledningsvist, og halvejs gennem rekrutteringen af informanter blev der udtrykt en status på de interviewedes karakteristika. Dette førte til en mere målrettet rekrutteringsstrategi for de resterende interview, jf. nedenfor.

Udvælgelseskriterier for informanter

De karakteristika, der er søgt balanceret i informantudvælgelsen er:

- › **Alder:** Der er søgt en balance i aldersfordelingen blandt informanterne med fokus på, at AkutTeamets målgruppe især er ældre. Hovedparten af informanterne (21 personer) er 65 år og opefter, mens fire er under 65 år.
- › **Køn:** 20 kvinder og fem mænd er blevet interviewet. Sammenlignes denne fordeling på køn med folketallet¹⁶ for kvinder og mænd på 65 år og opefter, er dette en relativt skæv fordeling. Anvendes folketallet som en indikator for kønsfordelingen i interviewene, har 14 kvinder og 11 mænd skullet interviewes. Efter midtvejsstatus blev der gjort en ekstraordinær indsats for at få rekrutteret mænd til interviewene. Til trods for denne indsats takker mændene nej med begrundelsen, at de har fået det godt igen, og at de har svært ved at afsætte tid til interviewet, selvom det er forsøgt at sætte varigheden for interviewet ned. Som konsekvens heraf er der i evalueringen af de gennemførte interview blevet lagt særligt vægt på at sikre en dybdegående evaluering af de fem interviewede mænd.
- › **Bopælskommune:** Der er gennemført interview med otte borgere fra Gentofte, otte fra Gladsaxe og ni fra Rudersdal Kommune. Dette svarer nogenlunde overens med den forventning, som folketallet for borgere på 65 år og op i de tre kommuner indikerer.

¹⁶ Danmarks Statistik, 3. kvartal 2020: FOLK1A: Folketal den 1. i kvartalet efter område, køn, alder og civilstand

- › **Type af besøg:** For 17 interviewene gælder det, at AkutTeamet har været på et enkeltstående besøg hos borgerne fx for at måle blodtryk, tage en urinprøve eller lignende. For otte interview gælder det, at borgerne har været i et længere forløb med AkutTeamet fx for at modtage intravenøs medicinbehandling. Vurderingen er, at denne bredde svarer nogenlunde overens med den faktiske opgavefordeling i AkutTeamet.

Endelig – som supplement hertil – er det tilstræbt at geninterviewe borgere for at undersøge, om deres tryghedsoplevelse ændrer sig over tid. En borger er blevet interviewet flere gange.

Samlet vurdering

Rekrutteringsstrategien har betydet, at der er sikret en rimelig balance i baggrundskaraktistika for de interviewede på parametrene alder, bopælskommune og type af besøg. Derimod har det været vanskeligt at rekruttere mænd på trods af en målrettet indsats herfor. Som beskrevet er en eventuel skævhed søgt imødekommet ved at vægte disse besvarelser yderligere, således at konsekvenserne af denne skævhed er mindsket mest muligt.

4.4.3 Den praktiske gennemførelse af interviewene

Interviewene er gennemført i august og september 2020 som en kombination af enten fysiske eller telefoniske interview af to interviewere, som løbende har koordineret og drøftet spørgsmål, observationer og fortolkninger tæt.

Interviewene har varet op til en time, hvor det har været muligt at komme uddybende omkring borgerens tryghedsoplevelse. Der har kun været enkelte interview, hvor borgerne ikke har haft energi og ressourcer til at gennemføre interviewet på uddybende vis.

Interviewene har været gennemført på et tidspunkt, hvor COVID-19-epidemien fortsat har floreret. Dette har haft betydning for interviewenes gennemførelse. Konkret har borgerne fået følgende valgmuligheder:

- › At interviewet gennemføres i borgers hjem, hvor interviewer efterlever AkutTeamets retningslinjer for afstand, hygiejne og værnemidler.
- › At interviewet gennemføres som et telefonisk interview.

Af de 26 gennemførte interview er 10 gennemført telefonisk. Der er ikke konstateret en systematisk forskel på længden af interview i forhold til den valgte metode. Ligeledes er det Marselisborgs vurdering, at såvel telefoniske som fysiske interview har haft så uddybende en karakter, at der ikke har været en systematisk forskel på de to metoder. Dermed er det lykkedes at opnå den dybdegående forståelse af borgernes oplevelse med AkutTeamet som ønsket.

5 Evaluering af frikommuneforsøget

Dette afsnit indeholder evalueringen af AkutTeamet og er bygget op med følgende afsnit:

1. Sammenfatning.
2. Aktiviteten: Baseret på den aktivitet der har været hos AkutTeamet i den treårige forsøgsperiode.
3. Medicinhjemlen: En analyse af de oplevede resultater af lovhjemlen, som frikommuneforsøget har fået mulighed for at udfordre.
4. Visitationshjemlen: En analyse af betydningen af at AkutTeamet kan visitere egne indsatser.
5. Det gode sundhedstilbud: En analyse af hvorvidt AkutTeamet har bidraget til "det gode sundhedstilbud", vurderet på baggrund af spørgeskema udsendt til alle samarbejdsparter.
6. Samarbejde: En analyse af det samarbejde AkutTeamet har bidraget til internt imellem kommunerne, såvel som eksternt med samarbejdsparterne.
7. Barrierer for samarbejdet internt i kommunen: En fokuseret analyse af samarbejdet mellem kommunens plejepersonale og AkutTeamets sygeplejersker.
8. Tryghed: En analyse af den tryghed som AkutTeamet har opnået og som er en væsentlig faktor for at formålet med AkutTeamet kan være en succes.
9. Værdiskabelse: En deskriptiv analyse af den værdi AkutTeamet har bidraget med og en simpel økonomisk analyse af de udgifter der er forbundet herved.
10. Borgeroplevelsen: En evaluering af borgerens opfattelse af AkutTeamet og det bidrag det har gjort for borgerens samlede oplevelse af det offentlige sundhedstilbud.
11. Erfaringer: En evaluering af de erfaringer der er gjort undervejs i projektperioden.

5.1 Sammenfatning

På tværs af evalueringen, opleves der en generel stor tilfredshed med AkutTeamet. Både borgere, samarbejdsparter internt og eksternt udtrykker en generel tilfredshed med samarbejdet. I nærværende afsnit vil der blive opsummeret de væsentligste konklusioner i evalueringen.

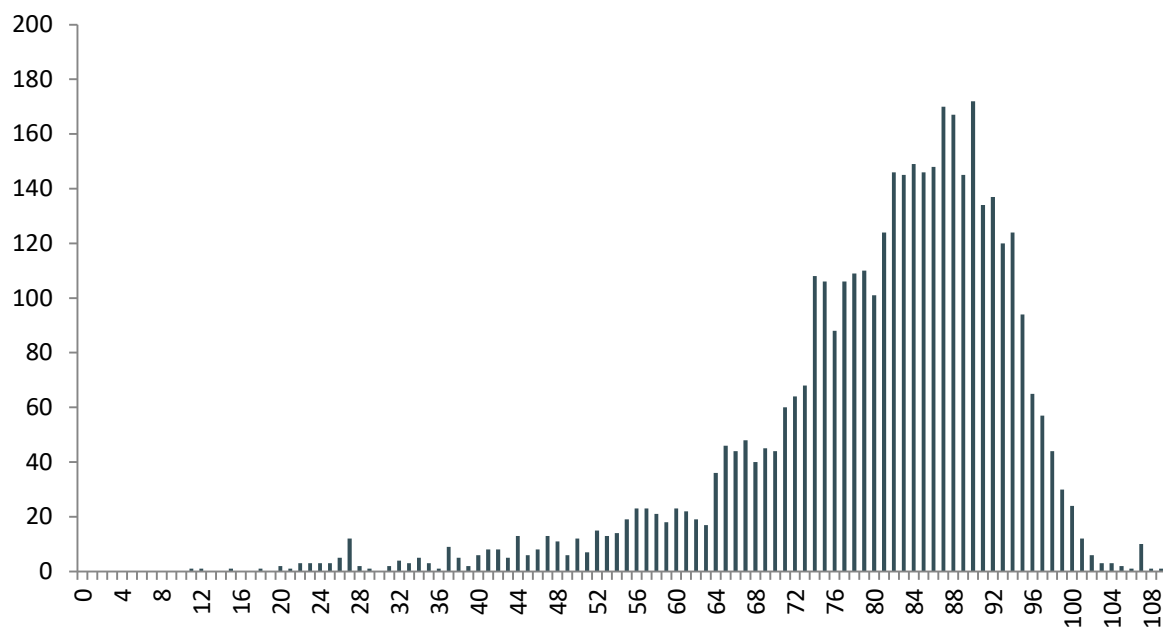
- › Aktiviteten har været stødt stigende siden idriftsættelsen af AkutTeam
- › Lægerne føler sig generelt trygge ved at anvende AkutTeamets medbragte medicin
- › Ca. 80 procent af de praktiserende læger kender til muligheden for at ordinere medicin igennem AkutTeam.
- › Medicinhjemlen vurderes at være et serviceløft overfor borgerne.
- › For lægerne i almen praksis er det væsentligt, at de er trygge ved at anvende AkutTeamets medicin og at de kan se en fordel i at anvende medicinen, for at de ønsker at bruge løsningen.

- › Visitationshjemlen bidrager til mindre sagsbehandlingstid og en mere smidig opgaveløsning.
- › Alle faggrupper anser AkutTeam for at være en del af det gode sundhedstilbud og mener at et velfungerende samarbejde er essentielt for at optimere sundhedstilbuddet.
- › Samarbejdet er yderst velfungerende med almen praksis og akuttelefonen. Herlev og Gentofte Hospital ser også et positivt samarbejde og oplever en smidigere sektorovergang.
- › Kommunens egne ansatte oplever et godt samarbejde, dog er opfattelsen præget af hvorvidt personalet er udkørende eller fast tilknyttet en plejebolig.
- › Der er afdækket en række barrierer for hjemmesygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet som relaterer sig til:
 - › Manglende synlighed i hverdagen
 - › Italesættelsen af AkutTeam og deres kompetencer
 - › Manglende opfattelse af at være en naturlig samarbejdspartner
 - › Fordelingen af opgaver er uklar
 - › Tryghed i samarbejdet med AkutTeam er væsentligt og kompetenceopfattelsen af akutsygeplejerskerne er den væsentligste parameter for opfattelsen af tryghed.
 - › Akutteamet har vist sig at bidrage til at skabe stor værdi for samarbejdet mellem de tre kommuner såvel som et serviceløft over for borgerne.
 - › Der er stor oplevet tilfredshed og tryghed blandt borgerne, som modtager indsatser fra AkutTeam.

5.2 Aktivitet

Antallet af borgere der henvises til AkutTeamet, stiger når borgerne bliver 80 år, *jævnfør figur 5.1*. Målgruppen for AkutTeamet er borgere over 65 år. Antallet af borgere indenfor målgruppen er i 2020 ca. 40.000 borgere i de tre kommuner tilsammen. Akutteamet har i perioden siden idriftsættelsen i 2018 fået henvist 4.018 unikke borgere bosiddende i én af de tre kommuner. Heraf er 444 borgere uden for målgruppen grundet deres alder på under 65 år. Dermed er 3.574 borgere henvist til AkutTeamet, som er indenfor målgruppen +65 år. Det svarer til at ca. 9 procent af de borgere der er i målgruppen for AkutTeamet, er blevet henvist til AkutTeamet minimum en gang indenfor den periode AkutTeamet har eksisteret.

Figur 5.1 Aldersfordeling på borgere, med henvisninger til AkutTeam.



Note: Unikke borgere fra etableringen i april 2018 til juni 2020.

Kilde: "Nexus" i de tre kommuner

Omkring hver tiende borger der bliver henvist til AkutTeamet er yngre end AkutTeamets målgruppe. Af de borgere som er yngre end målgruppen og som henvises til AkutTeamet, er størstedelen i alderen 55-65 år.

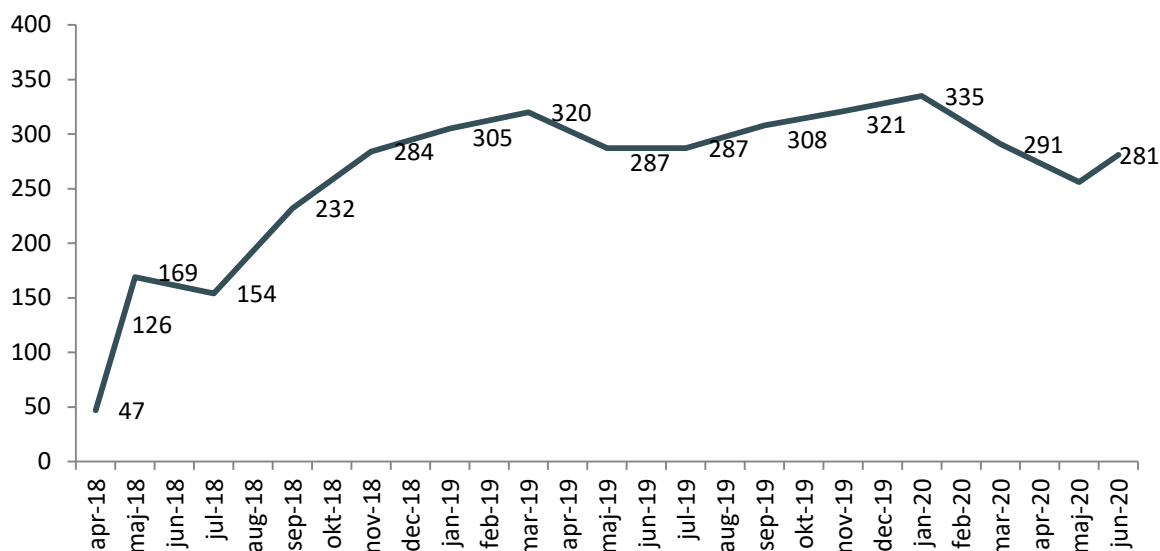
Af de borgere som anvender AkutTeamet er gennemsnitsalderen 80 år, med en median borger på 83 år. De to tal bekræfter hvad ovenstående figur indikerer, nemlig at langt hovedparten af borgerne der henvises til AkutTeamet er over 80 år.

Som tidligere beskrevet forventes der at ske en stigning i andelen af borgere over 80 år i de tre kommuner, hvilket alt andet lige forventes at medføre en øget aktivitet i AkutTeam fremadrettet.

5.2.1 Henvendelser

Antallet af henvendelser til AkutTeamet er steget stødt siden etableringen *jævnfør figur 5.2*. I perioden januar-april 2020 opleves et mindre fald i antallet af henvendelser. Faldet skyldes forventeligt primært udbruddet af COVID-19, hvilket også kan forklare at antallet af henvendelser begyndte at stige igen i juni, hvor smittetrykket var faldet. Derudover kan en af del af forklaringen også være at medarbejderne i kommunen bedre kan (og vil) håndtere opgaverne selv.

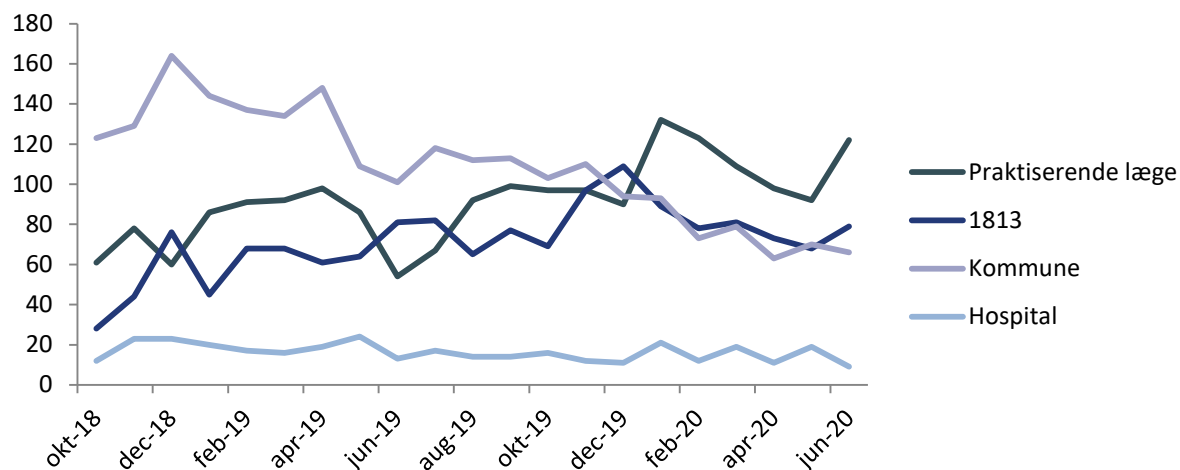
Figur 5.2 Antal henvendelser til AkutTeam siden etableringen



Kilde: "Nexus" i de tre kommuner

Antallet af henvendelser fra de tre kommuner til AkutTeamet er omvendt faldet siden oktober 2018, *jævnfør figur 5.3*. Over 50 procent færre borgere blev i juni 2020 henvist fra kommunens personale til AkutTeamet, målt i forhold til højeste niveau (december 2018). Umiddelbart indikerer figur 5.3 ikke at årsagen skal findes i sæsonudsving. Sæsonudsving, kan dog ikke afvises fuldstændig, da perioden der betragtes stadig er begrænset til ca. 2 år og da effekten af at samfundet lukkede ned grundet COVID-19 ikkekendes.

Figur 5.3 Henvendelse til AkutTeamet fordelt på henvendelseskilde

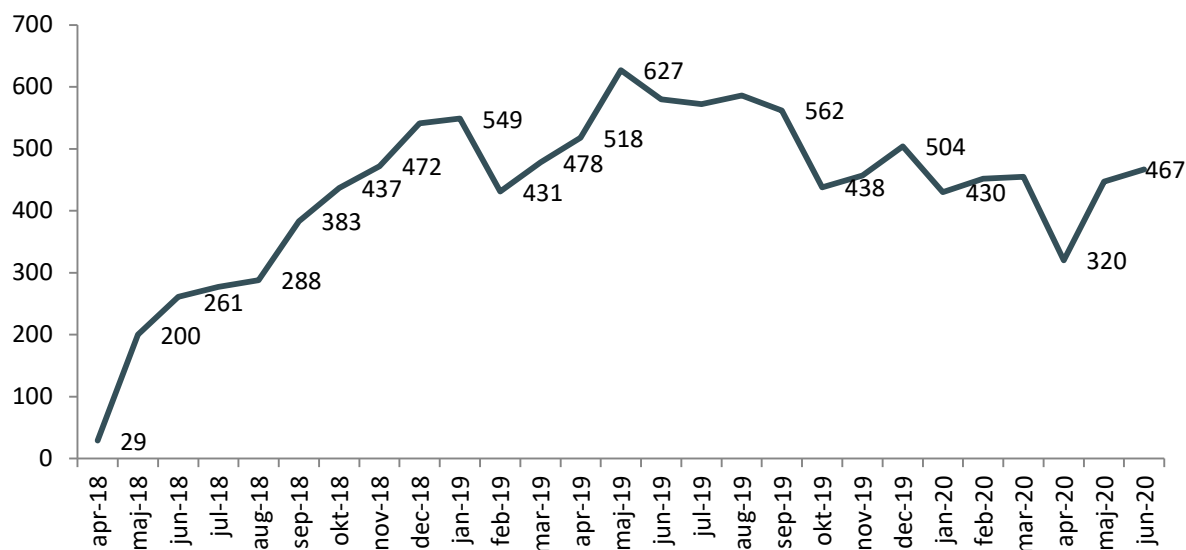


Kilde: "Nexus" i de tre kommuner

5.2.2 Besøg

Henvendelser til AkutTeamet vedrørende en borger kan udløse mere end ét besøg, hvorfor udviklingen i antallet af besøg udført af AkutTeamet også er en indikator for aktiviteten i AkutTeamet. Efter etableringen af AkutTeamet i april 2018 har der været et stødt stigende antal besøg frem til foråret 2019, hvor det virker til at AkutTeamet har fundet et stabilt leje omkring de 450-500 besøg, *jævnfør figur 5.4.*

Figur 5.4 Antal udførte besøg af AkutTeamet

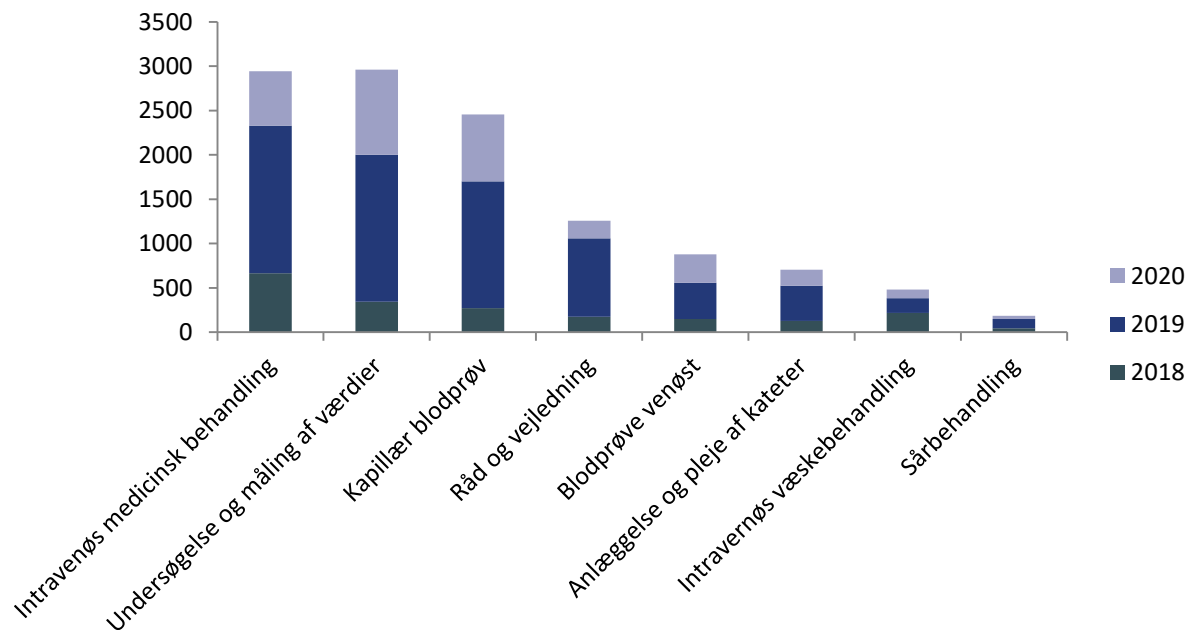


Kilde: "Nexus" i de tre kommuner

5.2.3 Indsatser

Udviklingen i hvilke indsatser AkutTeamet leverer er relevant i forhold til at vurdere, om det er de ønskede opgaver, som de specialiserede sygeplejersker bruger deres tid på. I forhold til indsatser er der udfordringer med monitoreringen fra Gentofte Kommune, som har skiftet omsorgssystem i løbet af perioden¹⁷, hvilket har medført et databrud for så vidt angår indsatser registreret i Gentoftes tidligere omsorgssystem. Ikke desto mindre er der stor ensartethed mellem de indsatser der udføres i Gladsaxe- og Rudersdal Kommune, såvel som de indsatser der er udført i Gentofte Kommune i den periode, der er blevet registreret indsatser. De manglende registreringer forventes ikke at ændre på de hyppigst udførte indsatser, men kan dog have en betydning for det samlede antal udførte indsatser *jævnfør figur 5.5.*

Figur 5.5 Antal udførte indsatser af AkutTeamet, de otte hyppigst udførte



Kilde: "Nexus" i de tre kommuner

Oversigten over udførte indsatser giver grundlag for at vurdere, at AkutTeamet udfører opgaver som er relevante og tiltænkt funktionen, også set i forhold til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard.

5.2.4 Medicinindsatser

Et helt centralt element i evalueringen er den udfordrede lovhjemmel, der giver AkutTeamet mulighed for at medtage og påbegynde behandling med udvalgte lægemidler på den behandlingsansvarlige læges ordination. Forsøgshjemlen giver AkutTeamet mulighed for at påbegynde behandlingen af borgeren hurtigere, især i weekender og på helligdage, hvor borgeren ellers kan have svært ved at modtage sin

¹⁷ Omsorgssystem skiftet maj-19

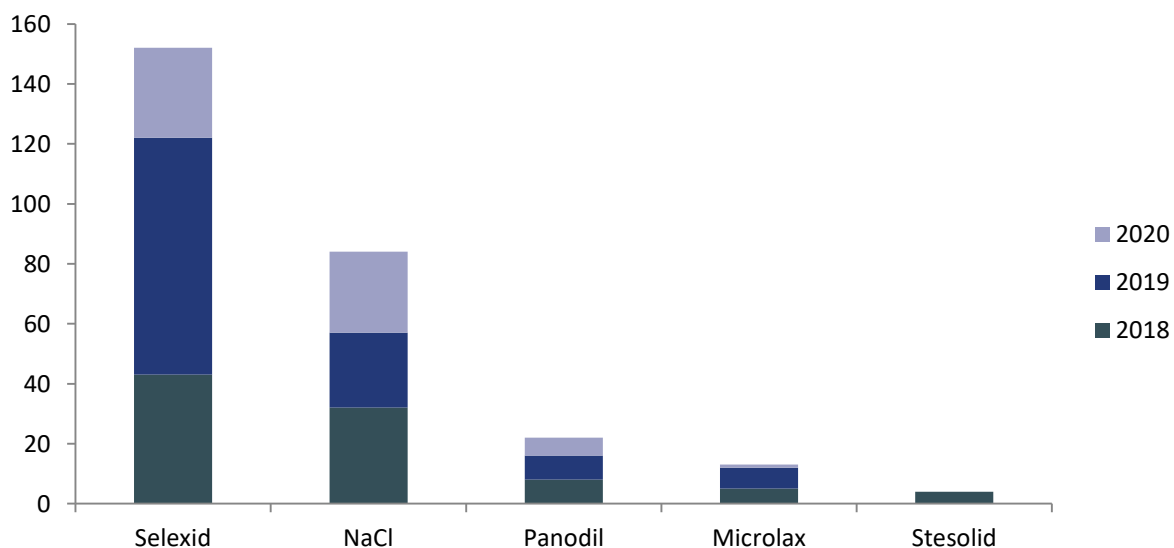
medicin fra apoteket. Det konstateres at AkutTeamet har anvendt muligheden for at påbegynde medicinering 275 gange fra implementering og frem til juni 2020.

I forbindelse med frikommuneforsøget er det blevet muligt for AkutTeamet at opbevare og medbringe følgende medicinske præparater:

- › Panodil (Smertestillende og ved febernedsættelse)
- › Selexid (Urinvejsinfektion)
- › Adrenalin (Ved allergisk reaktion)
- › Mikrolax (Forstoppelse)
- › Tapin (Lokalbedøvende)
- › Stesolid (Krampe)
- › Natriumklorid (Væskebehandling)
- › Glucose (Væskebehandling)

Med udgangspunkt i anvendelsen af tilgængelige medicinske præparater, er der en klar forskel på hyppigheden af anvendelsen. Selexid og Natriumchlorid (NaCl) anvendes oftest, hvorimod Adrenalin, Tapin og Glucose endnu ikke blevet anvendt af AkutTeamet, på trods af det er en del af den medbragte medicin¹⁸.

Figur 5.6 Antal anvendelser af AkutTeamets medbragte medicin



Kilde: "Nexus" i de tre kommuner

5.3 Medicinhjemlen

Formålet med at medbringe medicinen er todelt. Dels er der et ønske om at kunne påbegynde den medicinske behandling af borgeren straks efter aftale med læge. Et andet formål, som ligger i forlængelse af det førnævnte formål er, at borgere ikke skal på

¹⁸ I forhold til den liste af medicinpræparater, som hjemlen giver lov til at medbringe

apoteket forud for behandlingsstart. I tilfælde af at lægen ordinerer medicin til borgeren i weekender eller på helligdage, hvor nærmeste apotek kan være lukket, kan det være kompliceret for den ældre borger, borgers pårørende eller hjemmesygeplejen at afhente borgerens medicin.

Formålet med at give AkutTeamet mulighed for at have de udvalgte præparater med ud til borgeren var at mindske risikoen for en potentiel indlæggelse som følge af en hurtig behandlingsstart samt være i stand til at sikre en hurtigere lempelse af voldsomt ubehag, som for eksempel ved en urinvejsinfektion.

”

Enhver der har prøvet af have urinvejsinfektion, ved hvor ubehageligt det er, og hvor stor effekt behandlingen har. Så for borgeren er det virkelig en stor fordel at kunne påbegynde behandling med den nødvendige medicin, hurtigst muligt.

“

Sygeplejerske i kommunen

Der er stor enighed blandt de adspurgte sygeplejersker og læger om, at den nye hjemmel som giver akutsygeplejerskerne mulighed for at medbringe medicin er en god ide, *jævnfør figur 5.7*. Medicinhjemlen italesættes både som en faglig god ide, men i lige så høj grad som en stor serviceforbedring overfor borgeren. Den store tilfredshed fra lægerne skal ses i lyset af, at de stadig har behandlingsansvaret ved anvendelse af medicinen. Med anvendelse af medicinhjemlen, ordinerer lægerne medicin på baggrund af en klinisk vurdering udført af akutsygeplejersken, hvilket beror på en faglig tillid. Særligt lægerne ved 1813 er interessante i forhold til samarbejdet med akutsygeplejersken, da en læge ved 1813 ordinerer medicin uden nødvendigvis at have et forudgående kendskab til borgeren.

Figur 5.7 "Akutteamets mulighed for at medbringe medicin er en god ide"



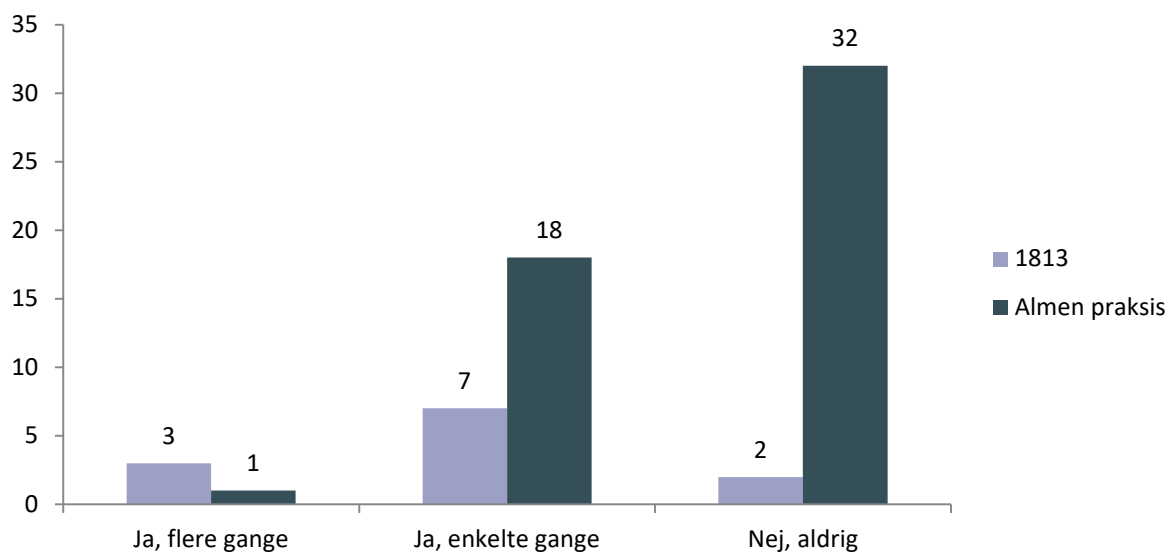
Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Note: Vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "meget uenig" og 5 betyder "meget enig".

Den positive holdning til medicinvejledningen skal ses i lyset af, at over halvdelen af de praktiserende læger¹⁹ angiver, at de aldrig har anvendt muligheden for at påbegynde behandling af borgerne med medicin som AkutTeamet medbringer, *jævnfør figur 5.8*. For lægerne tilknyttet 1813, har langt størstedelen dog anvendt muligheden for at påbegynde medicinsk behandling.

¹⁹ Af de der har besvaret spørgeskemaet

Figur 5.8 Antal læger der har anvendt AkutTeamets medbragte medicin

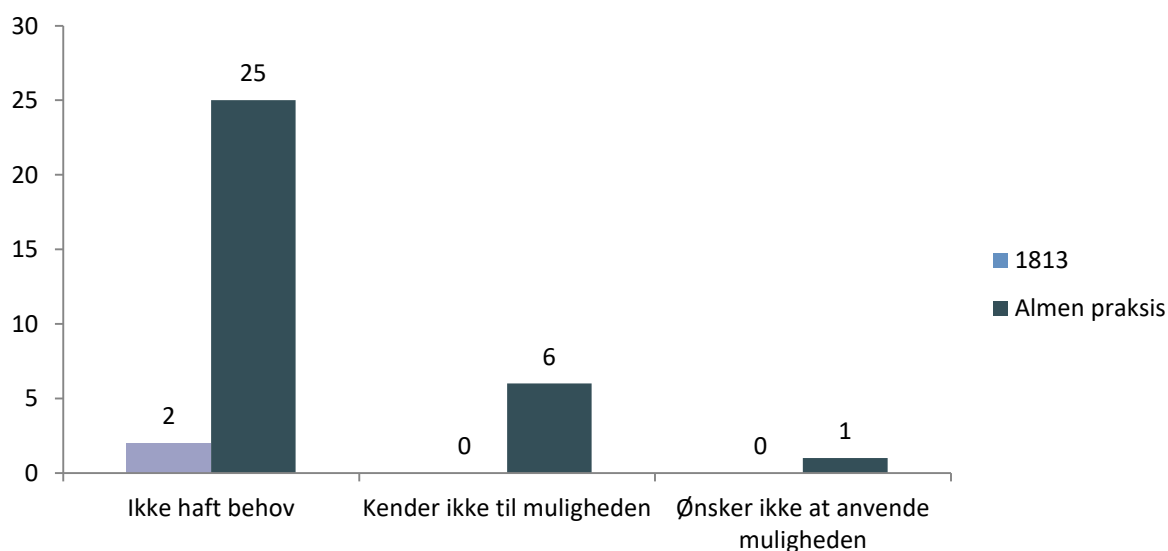


Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Note: n=63

Af de læger som aldrig har anvendt muligheden for at påbegynde behandling med den medicin AkutTeamet medbringer, viser det sig, at langt størstedelen af lægerne angiver, at de "ikke har haft behov" for at anvende den medbragte medicin. Omvendt angiver knap 20 procent af de alment praktiserende læger²⁰, der ikke har anvendt medicin hjemlen, at de ikke kender til muligheden herfor. Ud af samtlige almen praksis læger, der har besvaret spørgeskemaet, er det ca. 12 pct., der ikke kender til medicin hjemlen. Kun en enkelt af de adspurgte læger har svaret "ønsker ikke at anvende muligheden" *jævnfør figur 5.9.*

Figur 5.9 Årsag til lægerne ikke ordinerer medicin til borgere gennem AkutTeamet"

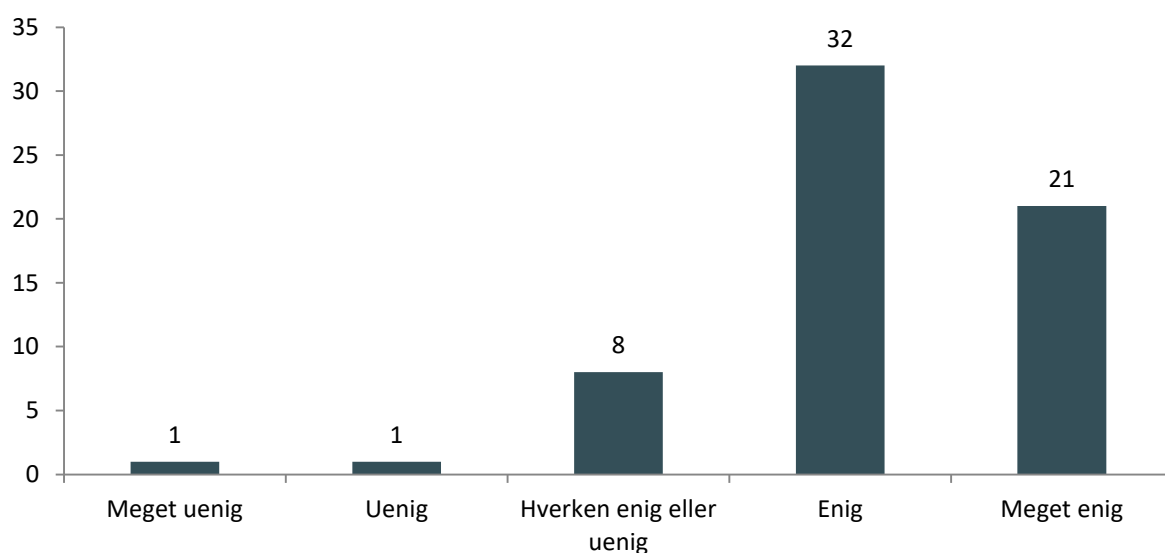


Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

²⁰ Af de der har besvaret spørgeskemaet

En væsentlig forudsætning for at lægerne benytter sig af muligheden for at igangsætte behandling med medicin medbragt af AkutTeamet er, at lægerne synes "det er en god ide", at de "kender tilstrækkeligt til ordningen", men i høj grad også at de føler sig "trygge i at anvende ordningen". Spørgeskemaundersøgelsen viser, at både de alment praktiserende læger og lægerne ved 1813 generelt er trygge ved at anvende muligheden for at ordinere medicin gennem AkutTeamet, *jævnfør figur 5.10*. Ser man på de ti læger der er henholdsvis "meget uenig", "uenig" og "hverken enig eller uenig", i hvorvidt de føler sig trygge ved at ordinere medicin gennem AkutTeamet, så er de alle alment praktiserende læger.

Figur 5.10 Er lægerne trygge ved at ordinere medicin gennem AkutTeamet



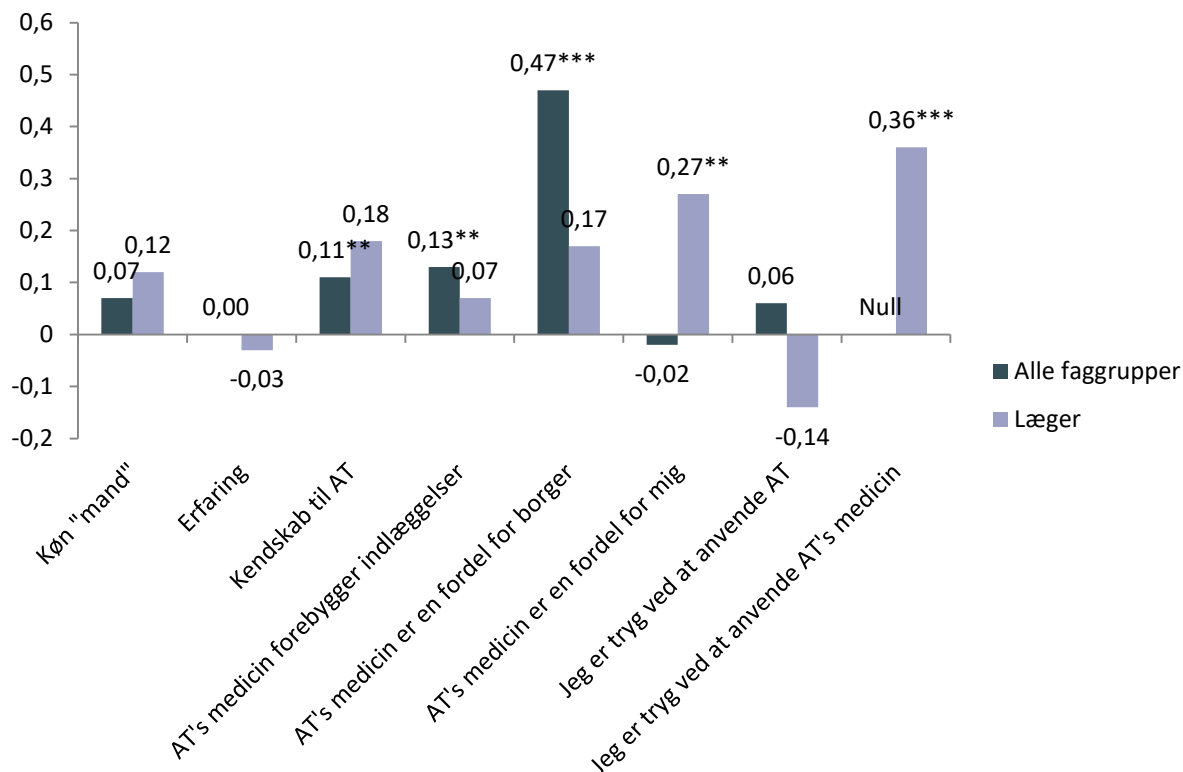
Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Note: n=63. "Meget enig" angives for at være meget enig i at være tryk ved anvendelsen af medicinshjernen

Når man ser på hvilke faktorer der har en betydning for om medicinshjernen opfattes som en god idé, så er der forskel på hvilken faggruppe der spørges. Ser man generelt på alle faggrupper, så er den væsentligste årsag til en positiv holdning overfor medicinshjernen, at man kan se medicinen gør en forskel for den specifikke borger, *jævnfør figur 5.11*.

For lægerne isoleret set, så er de væsentligste årsager til at man synes om medicinshjernen for det første at man er tryk ved at anvende AkutTeamets kliniske vurdering af borgerne, men i lige så høj grad også at lægerne kan se en fordel for dem i at anvende medicinshjernen, *jævnfør figur 5.11*.

Figur 5.11 Akutteamets medbragte medicin er "en god ide".



Note: Stjernerne indikerer signifikansniveauer på henholdsvis *** p>99 pct.; ** p>95 pct.; * p>90 pct.. Koefficienterne er skrevet over figuren, hvilket indikerer størrelsen på påvirkningen af den specifikke faktor inden for skalaen fra 1-5. Alle effekterne er kontrollerede for hinanden, såvel som for faggruppe. Se bilag 5 for flere detaljer.

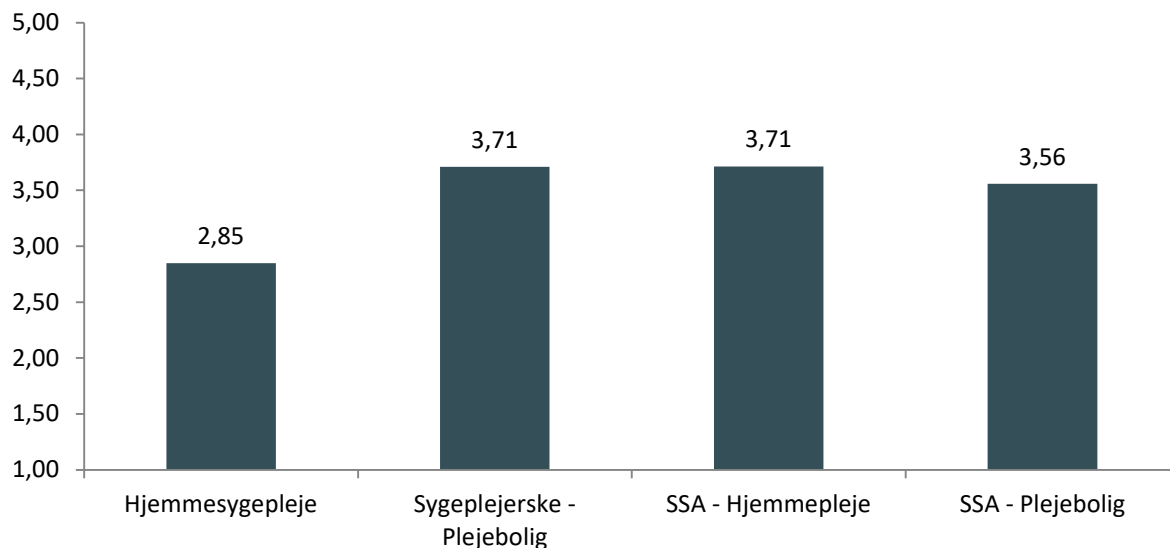
Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

En af de forventninger man havde i forbindelse med udfordringen af hjemlen var, at medicinen også kunne være en fordel i hjemmesygeplejens arbejde. De forventede fordele ville være at kommunens personale ikke skulle bruge tid på hente borgerens medicin, eller at behandlingen af borgeren kan påbegyndes tidligere, så borgeren ikke oplever øget svækkelse og dermed også et øget plejebæhov.

Opfattelsen af om medicinshjemlen er en fordel i det daglige arbejde for kommunernes sygeplejefaglige personale ligger omkring den neutrale værdi "3", *jævnfør figur 5.12*. Det kan skyldes, at sygeplejersker ikke bemærker effekten af medicinshjemlen, da en sparret opgave hos en borger ofte erstattes af en anden opgave et andet sted. Det kan dog også skyldes, at sygeplejersken ofte ender med medicinkoordineringen alligevel, da AkutTeamets medicin kun rækker til de første par dage. Herefter skal medicinen alligevel hentes, dispenseres og administreres²¹.

²¹ Kommentarer fra kommunale sygeplejersker i forbindelse med interview

Tabel 5:12 Akutteamets medbragte medicin er en fordel i mit arbejde



Kilde: Spørgeskemaet

Note: Vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "meget uenig" og 5 betyder "meget enig".

Akutteamets personale udtrykker stor tilfredshed med at have alle præparaterne tilgængelige og ser det som en faglig styrke at kunne påbegynde behandling af borgerne hurtigere, end tilfældet ville være uden frikommuneforsøgshjemlen. Dog kan der være behov for at gennemgå medicinlisten med udgangspunkt i den erfaring og viden der er i dag. Herved kan man sortere den medicin der ikke anvendes fra, samt eventuelt tilføje andre typer medicin som oftere vil blive efterspurgt²².

5.4 Visitationshjemlen

I forbindelse med frikommuneforsøget, blev der givet mulighed for at udfordre sundhedsloven § 138 vedrørende visitationen. Hermed er AkutTeamets sygeplejersker i stand til at visitere borgere upågtet af hvilken kommune de kommer fra. Netop denne hjemmel giver administrativ mening, da AkutTeamet er et samarbejde mellem tre kommuner og derfor skal kunne rekvireres til og agere på borgere i alle kommuner.

I forbindelse med midtvejsevalueringen blev medarbejdere fra AkutTeamet i interviewet om deres syn på denne lovhjemmel. Der var meget positiv opfattelse af denne lovhjemmel, da alternativet vil medføre en masse unødigt administration²³. Der er også blandt sundhedscheferne i de tre kommuner bred enighed om at denne visitationsmulighed bidrager positivt, og at alternativet vil pålægge særligt akutsygeplejerskerne en unødigt administrativ opgave, som ikke vil give værdi.

²² Midtvejsevalueringen af AkutTeam, 2019.

²³ Midtvejsevalueringen

Alternativet til denne visitationspraksis er kendt fra en lignende akutfunktion i Herlev-, Ballerup- og Furesø Kommune (SHS). SHS-teamet er et tilsvarende samarbejde mellem tre kommuner, der dog ikke har mulighed for at være selvvisiterende grundet sundhedsloven § 138 og deres manglende frikommunehjemmel. For at vurdere de oplevede resultater af denne lovhjemmel, er de to akutfunktioner sammenlinget, da der er tale om to relativt ens akutfunktioner, men med hver sin visitationspraksis.

AkutTeam	SHS-team (Ballerup, Herlev, Furesø)
Med den justerede lovhjemmel gennem frikommuneforsøget har AkutTeamets sygeplejersker mulighed for at agere selvvisiterende på vegne af alle tre kommuners borgere.	"...SHS teamet skal kontakte visitationen og sygeplejen i de enkelte kommuner for at få en opgave delegeret. Så når den praktiserende læge, hospitalet, social og sundhedshjælpere mv. kontakter teamet, vil det medføre et opkald til visitationen eller sygeplejen for at høre om det er en opgave hjemkommunen selv kan løse, eller om det er en opgave man vil delegere til SHS teamet."

Ifølge daglig leder af SHS-teamet betyder den manglende frikommunehjemmel, at de ved hver henvisning fra en ekstern part, skal kontakte den respektive kommune med henblik på at opnå tilladelse til at udføre opgaven. SHS-teamet vurderer, at de i gennemsnit bruger 3-5 min. pr. henvendelse på at kontakte den enkelte kommune. I teorien tager det ikke så lang tid, men da der både kan være optaget eller manglende besvarelse af telefonen, bliver virkeligheden ofte en anden. Visitationsmuligheden forbundet med frikommuneforsøget vurderes derfor at spare tid hos både akutfunktionens sygeplejersker, men også hos hjemmesygeplejen, da hjemmesygeplejen formelt skal give tilladelse til at udføre opgaven hver gang SHS-teamet ringer.

Tabel 5.1 Eksempel på beregning over sparet forbrug ved frikommune hjemmel

Henvendelser (ca. pr måned)	Tids forbrug AkutTeam (pr. henvendelse)	Tidsforbrug kommunal sygeplejerske (pr. henvendelse)	Samlet tid (timer/ måneden)	Besparede tid i sygeplejersker
200	3-5 min	1-3	13-27	~ 1 deltidssygeplejerske

Note: Beregning foretaget på baggrund af andet kvartals anvendelse af AkutTeam, vedrørende aktivitet til AkutTeam fra eksterne henvendere.

Kilde: Nexus for de tre kommuner

Som tabel 5.1 indikerer, så vil udgifterne til øget administration for de tre kommuner samt AkutTeamet løbe op i 13-27 timers administrativt arbejde hver måned, hvilket svarer til en deltidsmedarbejder fordelt mellem de tre kommuner og AkutTeamet.

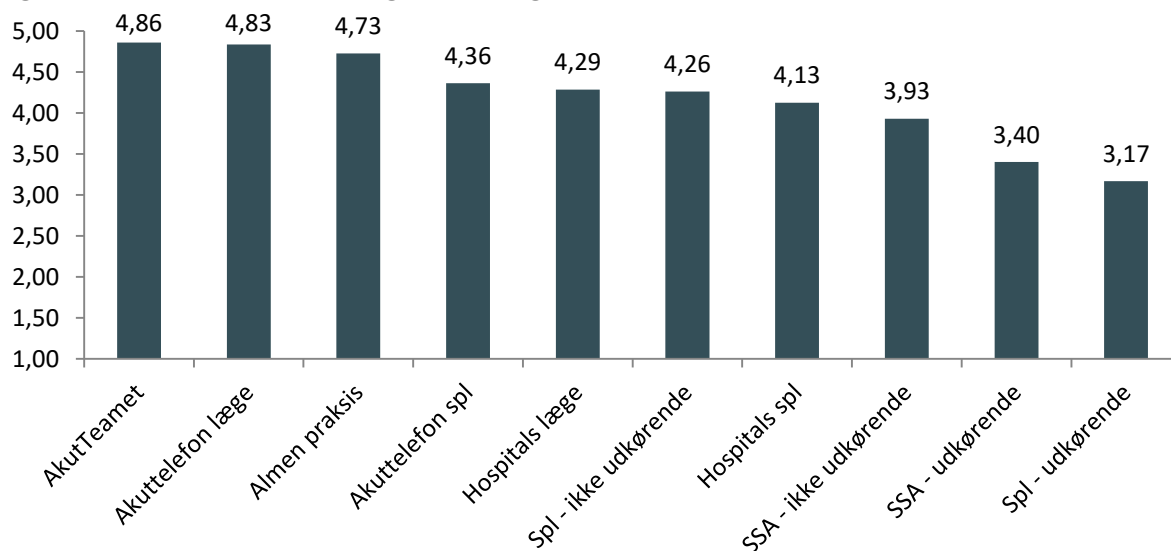
Foruden ekstra omkostninger forbundet med administrationen, vil den oprindelige visitationslov i praksis betyde risiko for forsinket ankomst til borgeren, grundet anden myndighedsafgørelse, samt en ekstra opgave i arbejdsgangen, som ikke er ønskværdig eller tilføjer kvalitet, da det blot er formalia, der skal udføres.

5.5 En del af det gode sundhedstilbud

Etableringen af en akutfunktion er et forsøg på at bygge bro mellem de somatiske sundhedstilbud og dermed skabe en mere glidende overgang for borgeren mellem kommune, praktiserende læger og hospital/akutfunktioner²⁴. Akutteamet er en udvidelse af det kommunale sundhedstilbud med henblik på at skabe øget sammenhæng til gavn for borgeren og dermed forbedre oplevelsen af "det gode sundhedstilbud".

Der er enighed blandt alle faggrupper om at AkutTeamet bidrager til "det gode sundhedstilbud" *jævnfør figur 5.13*. Særligt er lægerne i almen praksis og ved akuttelefonen meget enige i at AkutTeamet bidrager til "det gode sundhedstilbud" for borgeren. Akutteamets egne ansatte, har – måske ikke uventet - den højeste score i forhold til opfattelsen af at deres eget arbejde bidrager til "det gode sundhedstilbud."

Figur 5.13 Akutteamet bidrager til det gode sundhedstilbud



Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Note: Vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "meget uenig" og 5 betyder "meget enig". "Udkørende" og "ikke udkørende" personale er kommunens ansatte. "ikke udkørende" er betegnelsen for ansatte på plejehjem, mildertidigepladser mv. som har deres base samme.

Mest skeptiske over for AkutTeamets bidrag til "det gode sundhedstilbud" er sundhedspersonalet i kommunerne, som giver AkutTeamet den laveste scorer i forhold til at bidrage til "det gode sundhedstilbud". De kommunalt ansattes vurdering af hvorvidt AkutTeamet er en del af "det gode sundhedstilbud", skal dog stadig ses i lyset af, at scoren

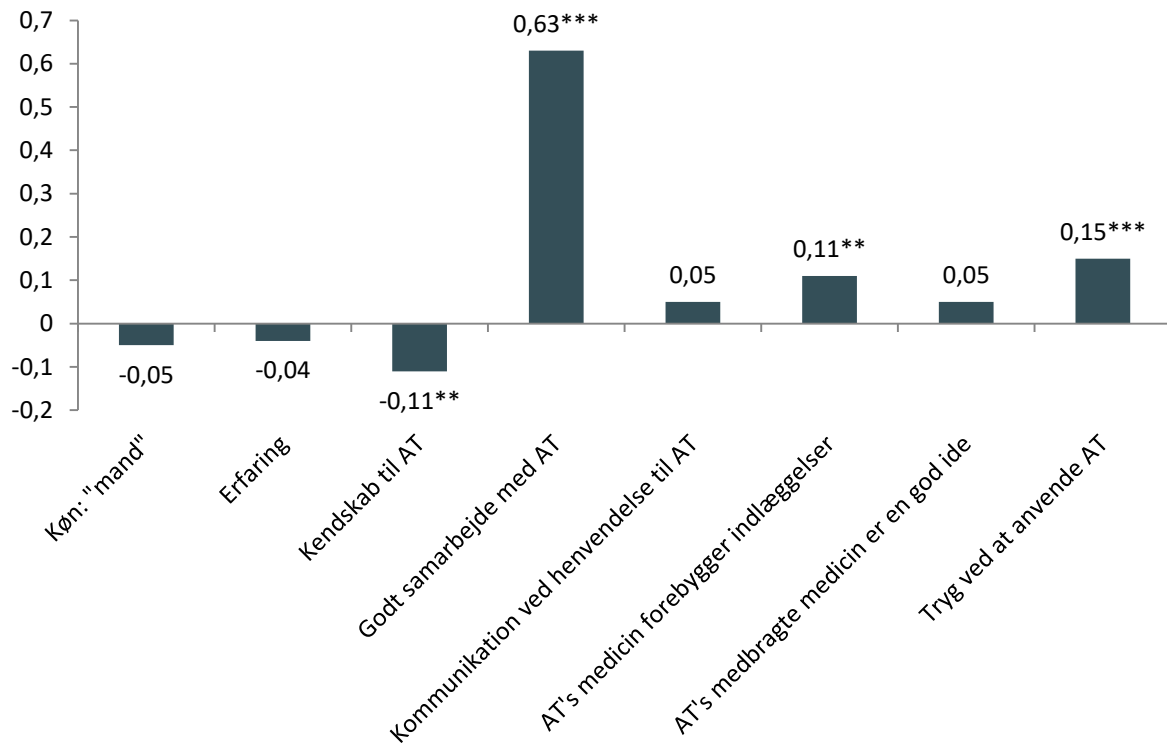
²⁴ Bekendtgørelsen om akutfunktioner

stadig er et stykke over middeltallet "3". Analysen af de kommunalt ansatte uddybes yderligere i afsnit 5.6

Den væsentligste faktor for at medarbejdere opfatter, at AkutTeamet bidrager til "det gode sundhedstilbud", er at deres samarbejde med AkutTeamet fungerer, *jævnfør figur 5.14*. Uafhængigt af hvilken faggruppe man tilhører og om man er udkørende eller ej, så er et velfungerende samarbejde den væsentligste faktor for om medarbejderen betragter AkutTeamet, som en del af "det gode sundhedstilbud".

Foruden væsentligheden af et godt samarbejde, så bidrager holdninger som at "AkutTeamets medicin bidrager til at forebygge indlæggelser" og "at man er tryk ved at anvende AkutTeamet" også til at forbedre opfattelsen af at AkutTeamet bidrager til "det gode sundhedstilbud", *jævnfør figur 5.14*.

Figur 5.14 Akutteamet bidrager til det gode sundhedstilbud



Note: Stjernerne indikerer signifikansniveauer på henholdsvis *** p>99 pct.; ** p>95 pct. Koefficienterne er skrevet over figuren, hvilket indikerer størrelsen på påvirkningen af den specifikke faktor inden for skalaen fra 1-5. Alle effekterne er kontrollerede for hinanden, såvel som for faggruppe. Se bilag 4 for flere detaljer.

Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Endvidere er der en svag signifikant negativ effekt af, "at have et bedre kendskab til AkutTeamet" på opfattelsen af at AkutTeamet er en del af "det gode sundhedstilbud". Den svage negative effekt skyldes formentlig, at de som har størst kendskab til AkutTeamet er de kommunale medarbejdere. Det er samtidig påvist at selvsamme gruppe har den laveste opfattelse af AkutTeamets bidrag til "det gode sundhedstilbud".

5.6 Samarbejde

En væsentlig forudsætning for et velfungerende AkutTeam er, at samarbejdet omkring AkutTeamet fungerer efter hensigten. Det gælder både samarbejdet internt med kommunernes medarbejdere, såvel som eksternt med hospitalet, akuttelefonen og almen praksis²⁵. Da samarbejdet skal fungere gensidigt, er det nødvendigt at fokusere på opfattelsen af samarbejdet fra begge vinkler, altså både de som henvender sig til AkutTeamet og selve AkutTeamet.

5.6.1 Akutteamets syn på samarbejdet

Akutteamets personale vurderer, at samarbejdet med alle områder fungerer godt, *jævnfør tabel 5.2*. Der er dog forskel på hvor godt samarbejdet fungerer. Samarbejdet med almen praksis og 1813 vurderes umiddelbart at fungere bedre end samarbejdet med de kommunalt ansatte samt Herlev og Gentofte Hospital.

Tabel 5.2 Akutteamet "oplever generelt et godt samarbejde med ansatte i..."

	Gennemsnit	Median	Variation	
			Fra	Til
De tre kommuner	3,62	4	1	5
Almen praksis	4,57	5	4	5
1813	4,57	5	4	5
Herlev og Gentofte Hospital	3,86	4	3	5

Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Note: n=7. Vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "meget uenig" og 5 betyder "meget enig".

Samarbejdet med de tre kommuner, er vurderet i relation til de kommunale sygeplejersker, samt SSA'er (Gentofte Kommune). Som understøttende kommentarer indikerer, er der stor forskel på hvor godt samarbejdet fungerer i kommunen, afhængigt af hvilken fagperson der tales med, men også i forhold til ansættelsessted.

”

Der er stor forskel på, hvilke fagpersoner man taler med i kommunerne og i forhold til, hvor godt samarbejdet bliver omkring borgeren. Det er generelt bedst, når det er sygeplejersker, men ikke altid.

Sygeplejerske, AkutTeam

“

”

[Omkring samarbejde] ...der bør differentieres mellem, om det er kommunal hjemmesygepleje, botilbud, institutioner, plejehjem...

Sygeplejerske, AkutTeam

“

²⁵ Jævnfør, kvalitetsstandarden for kommunale akutsygeplejer

Ovenstående citater indikerer, at AkutTeamet ikke altid oplever, at samarbejdet med det kommunale sundhedspersonale fungerer optimalt. Citaterne indikerer dog også at den lidt lavere score på 3,62 ikke er et udtryk for en generel udfordring med samarbejdet med kommunens sundhedspersonale, men at udfordringerne er mere specifikke. Ifølge AkutTeamets sygeplejersker er kvaliteten i samarbejdet meget afhængig af den specifikke person og hvor denne person er ansat.

Samarbejdet med Herlev og Gentofte Hospital scorer 3,86, hvilket må siges at udtrykke en generel positiv opfattelse. At samarbejdet med hospitalet giver en pæn score er særligt interessant i lyset af formålet med at bygge en stærkere relation i samarbejdet mellem kommunen og hospitalet. I en årrække har hospitalerne ønsket et mere simpelt og ensartet samarbejde med kommunerne, hvilket tankegangen omkring at samle flere kommuner om et tværkommunalt AkutTeam er et udtryk for. Med en score på 3,86 er samarbejdet ikke perfekt, men trods alt viser scoren at samarbejdet opfattes overvejende positivt og at det er på vej i den rigtige retning, med nemmere retningslinjer og ensartede henvendelsesveje til kommunerne.

En del af årsagen til at samarbejdet stadig er lidt kompliceret for AkutTeamet, skal forventeligt ses i kommunikationen og det medarbejdernære samarbejde, som følgende bemærkning også indikerer:

”

Samarbejdet med hospitalerne er godt på den måde, at når vi taler sammen, fungerer det godt. Der mangler bare næsten altid elektronisk kommunikation fra hospitalet til kommunen.

Sygeplejerske, AkutTeam

“

5.6.2 Samarbejdet med AkutTeamet

Der er generelt stor tilfredshed med samarbejdet med AkutTeamet blandt samarbejdsparterne, hvor særligt de praktiserende læger og lægerne ved 1813 er meget positive. Særligt det gode samarbejde med de eksterne læger har været et af de store succeskriterier i implementeringen af AkutTeamet, hvilket i alt tydelighed er lykkedes, *jævnfør tabel 5.3*. Det opfattede samarbejde med AkutTeamet blandt de tre kommuners hjemmesygepleje er omvendt den personalegruppe, der scorer lavest. Det skal dog bemærkes, at den gennemsnitlige opfattelse er lige under den neutrale værdi "3".

Tabel 5.3 "... oplever generelt et godt samarbejde med AkutTeamet"

	Gennemsnit	Observationer	Median	Variation	
				Fra	Til
Hospital læger	3,86	7	4	3	5
Hospital sygeplejersker	4,00	17	4	3	5
Almen praksis Gentofte	5,00	14	5	5	5
Almen praksis Gladsaxe	4,86	22	5	4	5
Almen praksis Rudersdal	4,47	15	4	4	5
1813 læger	4,83	12	5	4	5
1813 sygeplejersker	4,41	27	5	2	5
112	4,20	10	4	3	5
SSA plejebolig*	4,05	85	4	1	5
SSA hjemmepleje*	3,31	13	4	1	4
Sygeplejersker plejebolig	4,34	62	4	2	5
Sygeplejersker midlertidigt ophold**	3,90	20	4	2	5
Sygeplejersker hjemmesygepleje	2,95	105	3	1	5
Administration*	3,43	7	3	2	5
Ledere*	4,00	16	4	2	5

Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Note: * Kun for Gentofte Kommune. Administrativ og ledere, er gruppeledere, koordinatore deslige. ** Indeholder midlertidige ophold, samt døgnrehabilitering. Vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "meget uenig" og 5 betyder "meget enig".

5.6.3 Almen praksis

De praktiserende læger i de tre kommuner er glade for samarbejdet og roser særligt AkutTeamets faglighed. Enkelte praktiserende læger nævner arbejdsgangen som en anelse tidskrævende, dog uden det er et stort problem, da alternativet havde taget endnu længere tid for dem.



Er helt vild med samarbejdet, sygeplejerskerne er utrolig kvalificerede, og de er så venlige, når man ringer. Patienterne føler sig også rigtig trygge og godt behandlede.

Praktiserende læge, Gentofte



”

Uvurderligt stykke arbejde, de udfører. Forebygger mange indlæggelser.

Praktiserende læge, Gentofte

“

”

De gør det rigtig godt. Særdeles kompetent service og godt samarbejde med gensidig respekt.

Praktiserende læge, Gladsaxe

“

”

Det er tidskrævende - men man bruger mindre tid end det alternative sygebesøg, man ellers skulle ud på.

Praktiserende læge, Rudersdal

“

5.6.4 Akuttelefonen

Ansatte ved akuttelefonen udtrykker, at der er opbygget et godt samarbejde med AkutTeamet. Det er for akuttelefonen essentielt, at der ikke er lang ventetid når de ringer til AkutTeamet, hvilket de meget sjældent oplever. Konsekvensen ved ikke at kunne få fat på AkutTeamet når der ringes, vil i mange tilfælde være, at der sendes en ambulance ud til borgeren også selvom dette måske ikke er nødvendigt. Akuttelefonen fremhæver at akutsygeplejerskerne alle virker som kompetente personer, hvilket giver medarbejderne ved akuttelefonen en stor ro og tryghed i anvendelsen.

”

Jeg finder det vigtigt at fremhæve den meget store imødekommenhed og faglighed, når jeg kontakter kollegaer i akut team.

Sygeplejerske ved 1813

“

”

Helt eminente og kompetente akutsygeplejersker. Stor ros.

Læge ved 1813

“

5.6.5 Herlev og Gentofte Hospital

For medarbejdere tilknyttet Herlev og Gentofte Hospital er der også stor ros til medarbejdernes faglighed i AkutTeamet. Både lægerne og sygeplejerskerne på hospitalet er tilfredse med samarbejdet, som bidrager positivt til borgerens sundhedstilbud.

”

De er altid søde og hjælpsomme, når man ringer.

Sygeplejerske, Herlev og Gentofte Hospital

“

Der er dog særligt fire områder som opfattes som værende en barriere for det gode samarbejde mellem hospitalet og AkutTeamet:

- 1) At anvende AkutTeamet opfattes stadig som værende en *tidskrævende proces*, hvilket i travle perioder medfører at borgeren vil forblive indlagt. Særligt ansatte tilknyttet hospitalets akutmodtagelse nævner, at de ofte ikke får anvendt AkutTeamet, da de prioriterer at bruge tiden anderledes. Også i de tilfælde, hvor borgere udlægges til fortsat IV-behandling, nævnes det som værende en tidskrævende proces.

”

Jeg synes, det er et rigtig godt tilbud, men det er en meget tidskrævende proces, så jeg vil næsten hellere beholde patienten indlagt.

Sygeplejerske, Herlev og Gentofte Hospital

“

- 2) Der er en opfattelse af at AkutTeamet afviser at få borgere hjem *grundet generel kapacitetsmangel* eller manglende muligheder for at udføre den nødvendige IV-behandling.

”

Der opleves ofte at AkutTeamet ikke har den nødvendige kapacitet, når behovet er der.

Sygeplejerske, Herlev og Gentofte Hospital

“

- 3) *Kommunikationen i forbindelse med overlevering af borgere* kan være nødvendig at udføre mundtligt.

”

De ønsker ikke oplysninger i telefon, når det står i udskrivningspapirerne. Selvom der kan være behov for mundlig overlevering.

Sygeplejerske, Herlev og Gentofte Hospital

“

- 4) Der opfordres til flere *fysiske møder mellem AkutTeamet og hospitalets personale*, eventuelt ved hospitalernes tavlemøder. En større samhørighed og forståelse for hinandens situation vil øge den relationelle koordinering og hjælpe til et bedre samarbejde.

”

Vi 'savner' Akutteamet besøger os ved et tavlemøde.

Sygeplejerske, Herlev og Gentofte Hospital

“

5.6.6 Kommunale sygeplejersker og assistenter

Der er stor variation på holdningen til samarbejdet internt blandt kommunens sundhedsfaglige personale. Sygeplejersker og assistenter tilknyttet plejeboliger er mere tilfredse med samarbejdet end personale ansat i de udkørende funktioner.

”

Det er ikke særlig gennemskueligt, hvornår og hvordan vi kan bruge dem.

Hjemmesygeplejerske i kommunen

“

”

Det er trygt, når de har tid til og komme.

Sygeplejerske fra kommunal plejebolig

“

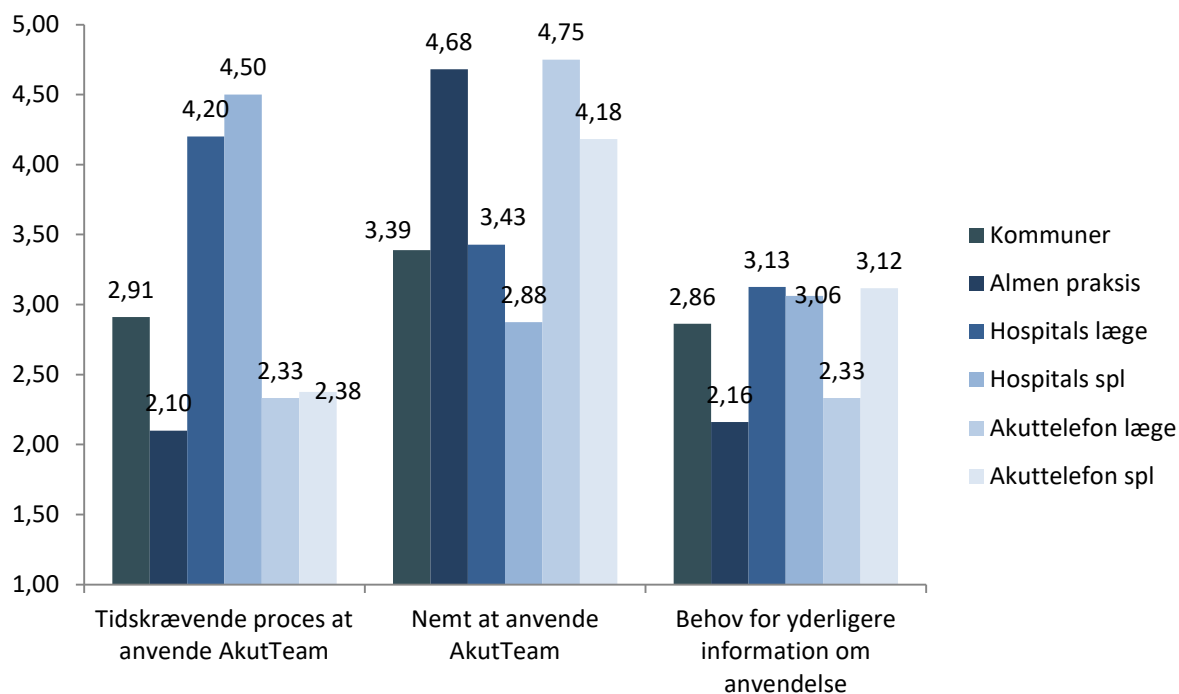
Bemærkelsesværdigt er det at netop de kommunale hjemmesygeplejersker, som den eneste faggruppe lige akkurat har en negativ opfattelse af samarbejdet. Opfattelsen er markant lavere end den opfattelse som sygeplejerskerne ved plejeboligerne har.

Der vil i afsnit 5.7 blive fokuseret mere på forskellene i opfattelsen af samarbejdet mellem det kommunale sundhedspersonale og akutsygeplejerskerne, herunder hvilke årsager der kan bidrage til at forklare denne forskel.

5.6.7 Komplexitet i anvendelse

Komplekse og tidskrævende arbejdsgange samt behov for mere information/synlighed er på tværs af faggrupper blevet nævnt som væsentlige barrierer for et forbedret samarbejde. Det er særligt hospitalets personale, som synes at det er en tidskrævende proces at anvende AkutTeamet, *jævnfør figur 5.15*. Sundhedspersonalet i kommunerne er i en middeltkategori, hvorimod almenpraksis og akuttelefonen ikke føler det er en tidskrævende proces at anvende AkutTeamet.

Figur 5.15 Komplexitet i anvendelse



Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Note: Vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "meget uenig" og 5 betyder "meget enig".

De faggrupper som synes at anvendelse af AkutTeamet ikke er en tidskrævende proces, synes tilsvarende også det er nemt at anvende. De faggrupper som er mest skeptiske over for hvor nemt det er at anvende AkutTeamet er også dem som synes at rekvireringen af AkutTeamet er for tidskrævende. En korrelationsundersøgelse mellem "tidskrævende proces" og "nemt at anvende" viser, at der er en stærk korrelation mellem de to variable. Netop denne stærke korrelation giver en indikation af, at det der gør anvendelse af AkutTeamet svært er, at det tager lang tid.

Der er umiddelbart ikke en entydig opfattelse af at behovet for mere information er gældende blandt de der anvender AkutTeamet. Der kan være et lille behov blandt hospitalets ansatte samt 1813-sygeplejerskerne. Hvorimod lægerne ved akuttelefonen og almen praksis ikke føler behov for yderligere information om anvendelse.

Flere kommentarer i interviewene samt kommentarer tilknyttet spørgeskemaet viser dog, at der i kommunerne er flere der indikerer, at der kan være behov for mere viden om hvornår AkutTeamet kan og bør anvendes.

”

Har forsøgt flere gange at etablere samarbejde, men er hver gang blevet afvist, da de [læs: AkutTeam] ikke har ment, det er deres opgave.

Sygeplejerske i kommunen

“

For så vidt angår personalet på Herlev og Gentofte Hospital, ønskes der mere synlighed, og en øget forståelse for hinandens arbejdsopgaver og kapacitetsafgrænsninger, da flere har oplevet at AkutTeamet har afvist at modtage borgere af hensyn til deres kapacitet.

De praktiserende læger mener ikke der er behov for mere information vedrørende anvendelse af AkutTeamet. Nyeste opdatering fra Region Hovedstaden viser, at det er en beskedent andel af de tre kommuners praktiserende læger der har anvendt AkutTeamet i første halvår 2020²⁶. Undersøgelsen af kendskabet til medicinvejledningen viser at ca. 12 procent af de praktiserende læger på tværs af de tre kommuner, ikke kender til muligheden for anvendelse af de særlige medicinpræparater AkutTeamet medbringer, *jævnfør afsnit 5.2*. Dette kunne være et argument for, at der kan være behov for yderligere information blandt de praktiserende læger.

5.7 Barrierer for samarbejdet internt i kommunen

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at kommunernes hjemmesygepleje scorer lavest på de parametre, der er målt på – dog alle omkring den neutrale værdi 3.

Det viser sig, at de kommunale medarbejders ansættelsessted har en betydning for opfattelsen af samarbejdet med AkutTeam, *jævnfør tabel 5.4*. Alt efter om medarbejderen er ansat som hjemmesygeplejerske eller er tilknyttet en plejebolig har således en signifikant forskel på holdningen til samarbejdet.

Tabel 5.4 Sammenligning af kommunalt ansattes holdning til samarbejdet med AkutTeamet

Hjemmesygepleje \ Plejebolig	Sygeplejerske	Social- og Sundhedsassistent
Sygeplejerske	Signifikant forskellig	Signifikant forskellig
Social- og Sundhedsassistent	Signifikant forskellig	Ikke signifikant forskellig

Kilde: Spørgeskema undersøgelsen

Note: Beregning gennemført ved t-test.

Som en reaktion på forskellen i holdningerne blandt kommunens ansatte er der udført interviews med kommunens sygeplejersker, hvor samarbejdet med AkutTeamet er drøftet. Fælles for alle sygeplejersker er, at selve ideen omkring en akutfunktion er rigtig god, dog er der ikke helt samme enighed omkring hvordan akutfunktionen skal organiseres og hvordan samarbejdet fungerer.

²⁶ Se bilag 7

Synlighed

Overskriften for alle interviews har stort set været manglende relationel koordinering mellem de der skal samarbejde. Det manglende kendskab til hinanden udfordrer samarbejdet. Når sygeplejerskerne er spurgt til hvad der skulle ændres først hvis samarbejdet skulle blive bedre, har alle svaret en større forståelse for og et større kendskab til hinanden. Det kunne være en forståelse for hvorfor hjemmesygeplejen ringede med en opgave lidt uden for normal praksis, men det kan også være en forståelse for hvorfor AkutTeamet stiller alle mulige spørgsmål inden de kører ud, samt hvorfor de beder hjemmesygeplejersken kontakte en læge i stedet for.

En enkelt sygeplejerske fra Gladsaxe fortalte, at der er sket et skred i anvendelsen af AkutTeamet, efter hjemmesygeplejen er blevet adskilt fysisk fra AkutTeamet²⁷. Tidligere havde de et godt forhold til hinanden og sparrede også gerne om opgaven. Men da AkutTeamet fik en anden fysisk adresse ændrede det forhold sig langsomt til at de ikke bruger dem i særlig høj grad.

Den naturlige samarbejdspartner

En barriere der er opstået grundet den manglende synlighed er opfattelsen af AkutTeamet, som den naturlige samarbejdspartner. En væsentlig del af AkutTeamets opgaver er at agere faglig sparring efter behov til kommunens sygeplejersker og assistenter. Alle interviewede sygeplejersker nævner vigtigheden af den faglige sparring, når de har komplicerede borgerforløb. Forskellen er dog at hjemmesygeplejerskerne har mange nære kollegaer som de foretrækker at spare med i dagligdagen, hvor sygeplejersker ansat ved plejeboliger ofte er eneste sygeplejerske på vagt.

For sygeplejersker tilknyttet plejeboligerne er AkutTeamet en uundværlig samarbejdspartner, da de ofte er alene med akut svækkede borgere. Akutsygeplejerskerne er klar over situationen og udtrykker også i interviewet en særlig opmærksomhed på at sygeplejerskerne her ofte er alene om opgaven og kører derfor også gerne ud en ekstra gang. Forståelsen mellem sygeplejerskerne tilknyttet plejeboligerne og AkutTeamet, italesættes som værende større og dermed har samarbejdet udviklet sig henimod at AkutTeamet er den naturlige sparringspartner for sygeplejersker ansat ved plejeboligerne.

For sygeplejersker i hjemmesygeplejen er den naturlige sparringspartner deres hjemmesygepleje kollegaer. Hjemmesygeplejen anvender derfor AkutTeamet i mindre grad og ofte når der er en særlig årsag eller behov. Netop det at hjemmesygeplejen kun anvender AkutTeamet ved særlige behov, bidrager ikke til en styrket forståelse af hinanden, da der netop i disse situationer ofte er behov for en indledende lægehenvielse. De særlige behov kan også være opgaver som ikke direkte er tiltænkt AkutTeamets personale. I tilfælde af opgaver som ikke er tiltænkt AkutTeamet, opstår der en usikkerhed omkring opgavesnitfladerne, som også bidrager negativt til samarbejdet.

²⁷ I starten havde Gladsaxe Kommunes hjemmesygepleje adresse samme sted som akutteamet.

Hjemmesygeplejen nævner endvidere at de ikke kan se hvorfor de skal bruge AkutTeamet når de har samme kompetencer selv eller blandt deres nærmeste kollegaer. Samtidig kender de ikke rigtig den sygeplejersker de ringer til ved AkutTeamet og ved derfor ikke om vedkommende har de rette faglige kompetencer, hvilket de som regel ved når de kontakter deres egne kollegaer.

	Hjemmesygepleje	Plejebolig
Mulighed for faglig sparring internt	Grundet store teams, er det muligt at anvende de nærmeste kollegaer i hjemmesygeplejen som faglig sparringspartner. Da kendskabet til kollegerne er større, er det lettere at kontakte dem og man ved også præcis hvem der er god til hvad.	Sygeplejersker tilknyttet plejeboligerne er ofte alene på arbejde som sygeplejersker og har derfor ikke mulighed for faglig sparring vedrørende en borger. De ser derfor AkutTeamet som en yderst vigtig sparringspartner.
Behov for sparringspartner	Hjemmesygeplejerskerne har samme kompetencer i deres egen gruppe og føler derfor ikke samme behov fra andre samarbejdspartnere.	Sygeplejerskerne ser AkutTeamets kompetencer som et glimrende supplement til deres egne kompetencer.
Behovet for synlighed i dagligdagen	Hjemmesygeplejerskerne ser det som et problem i forhold til at løse opgaven hos borgeren, at de ikke kender og møder akutsygeplejerskerne så ofte,	Sygeplejerskerne vil meget gerne møde akutsygeplejerskerne oftere, men har stor forståelse for at de også har andre opgaver at foretage sig end at besøge en plejebolig. Flere besøg forventes at gavne samarbejdet.
Kendskab til borgeren	Hjemmesygeplejen vurderer at kendskabet til borgeren er vigtigt og vil derfor hellere søge faglig sparring ved en kollega, som også kender borgeren. De kender jo også borgerens symptomer og kan derfor vurdere ud fra et bedre grundlag	Sygeplejerskerne ser en fordel i at akutsygeplejersken ikke kender borgeren, da de ser borgeren med "nye øjne". Ofte er sygeplejen og akutsygeplejen sammen om borgeren, hvilket giver en god synergi i kombinationen af deres viden og erfaring.
Kommunikation ved henvendelse	Der er enighed om at det er ekstremt vigtigt at akutsygeplejersken agerer med stor ydmyghed og forståelse for at sygeplejersken kontakter AkutTeamet med ønsket om assistance og hjælp. Det gælder både ved opkald som er relevante, men også opkald som akutsygeplejersken vurderer ikke at være indenfor rammerne. Alle opkald om assistance foretages af en årsag, hvorfor en afvisning eller overfladisk sparring skader mere end det måske gavner et andet sted.	

Kilde: Interviews udført med sygeplejersker fra de tre kommuner

”

... opgaverne klares bedre udenom AkutTeam, dels kender vi bedre borgerne og dels kan vi tilbyde langt bedre kvalitet i de sundhedstilbud der måtte være...

Hjemmesygeplejerske i kommunen

“

”

Kunne godt bruge at vide, om man kan sparre med teamet i tvivlstilfælde.

Sygeplejerske fra kommunal plejebolig

“

Kommunikationen omkring AkutTeamet

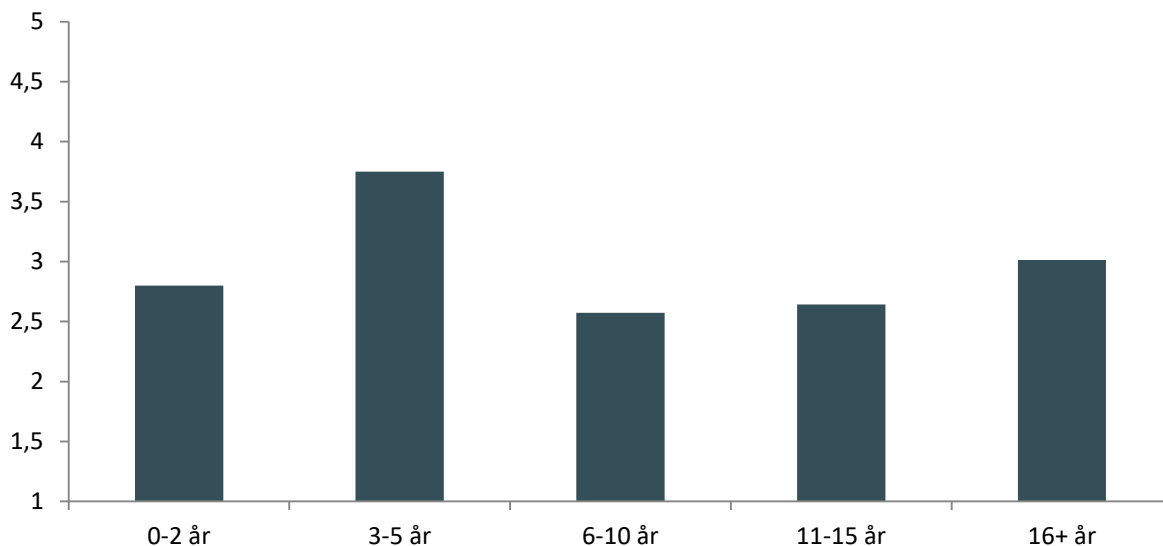
En anden barriere for samarbejdet har været den bevidste fremhævelse af AkutTeamet og dermed den ubevidste manglende anerkendelse af hjemmesygeplejen det har medført. Flere af hjemmesygeplejerskerne nævner at fortællingen om AkutTeamet fra starten har været: "at der nu ansættes særligt kompetente sygeplejersker" og "at nu kan kommunerne forebygge indlæggelser gennem AkutTeamet"²⁸.

Kommunikationen omkring AkutTeamet opfattes som etableringen af et uformelt hierarki, som særligt de erfarne hjemmesygeplejersker har svært ved at forenes med. De nævner at have samme kompetencer og uddannelse samt flere års erfaring end mange af de sygeplejersker fra AkutTeamet, som de nu skal søge råd hos. Netop denne uformelle hierarkiske opbygning vurderes at være stærkt begrænsende for samarbejdet, da netop samarbejdet præges af en hierarkisk opfattelse og ikke et ligeværdigt samarbejde.

I figur 5.16, ses der dog ikke nogen sammenhæng mellem erfaring og opfattelsen af samarbejdet med AkutTeamet, for så vidt angår de udkørende kommunale sygeplejersker. Tyngden af de sygeplejersker der har besvaret spørgeskemaet er hovedsageligt sygeplejersker med anciennitet over 11 år. Meget få sygeplejersker har haft mellem 0-5 års anciennitet, hvorfor de to søjler er meget følsomme overfor de enkelte personers besvarelser.

²⁸ Dette er ikke direkte citeret fra interviews

Figur 5.16 De udkørende sygeplejerskers opfattelse af samarbejdet med AkutTeamet, fordelt på års anciennitet



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen

Note: n=105. Vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "meget uenig" og 5 betyder "meget enig". Der er kontrolleret for forskellen mellem kommunerne, der er ingen synlig forskel i tendensen.

Uhensigtsmæssigt narrativ

I den udkørende hjemmesygepleje indikerede de udførte interviews, at der hersker et negativt selvforstærkende narrativ blandt de ansatte. Narrativet forstærkes regelmæssigt da alle de interviewede udkørende sygeplejersker havde historier fra enten dem selv eller kollegaer, som de kunne referere til. Hovedparten af de fortalte historier indeholdte negative erfaringer omkring samarbejdet med AkutTeamet og hvordan de kunne have løst opgaven bedre selv.

Opgave snitflader

En af de praktiske udfordringer som også udfordrer samarbejdet er overdragelsen af opgaver til og fra AkutTeamet.

Hvornår skal jeg tage kontakt?

Der er en helt overordnet usikkerhed omkring hvornår hjemmesygeplejen skal tage kontakt til AkutTeamet og hvornår opgaven skal sendes via praktiserende læge eller 1813.



Det er en lang proces at få en akutsygeplejerske ud, ofte skal vi tage kontakt til 1813, ellers har de ikke tid. Tager stort set kun kontakt i forbindelse med en CRP måling, som skal gennem 1813.



Hjemmesygeplejerske i kommunen

Flere hjemmesygeplejersker nævner, at de oplever, at kontakte AkutTeamet med ønsket om et besøg, hvorefter de bliver bedt om at kontakte læge, da der er behov for en lægefaglig vurdering. For at spare tid og unødige opkald er flere sygeplejersker begyndt at gå direkte til 1813 eller almen praksis, da AkutTeamet alligevel efterspørger den lægefaglige vurdering, før de rykker ud, eller fordi det ofte er lettere at anvende 1813. Akutteamets sygeplejersker nævner at de ofte bliver kontaktet af hjemmesygeplejen omkring en CRP måling, som de ikke må udføre uden en lægelig ordination, hvilket udfordrer samarbejdet og den gensidige forståelse.

Krav forud for kontakt til AkutTeam

En anden udfordring der italesættes fra hjemmesygeplejen er, at akutsygeplejerskerne fokuserer for meget på henvendelsesreglerne og hvilke opgaver de skal varetage, fremfor at have fokus på borgerens behov.

Det kommer særligt til udtryk i forhold til hvornår AkutTeamet kommer ud. Der er eksempler hvor det ikke har været muligt at udføre en TOBS²⁹, som ellers er det indledende krav for at rekvirere akutsygeplejersken. Det kan også være eksempler hvor borgeren fejler flere ting, men hvor akutsygeplejersken ikke ser hele borgeren, men kun den opgave, som ligger inden for deres ramme af det akutte.

Ved interviewet forklarer AkutTeamet at de ofte har en del spørgsmål til sygeplejersken omkring borgeren, for netop at kunne prioritere i opgaverne og for at vurdere hvor akut situationen er. De anerkender dog ikke, at de ikke har borgeren i fokus, men at de mange spørgsmål er nødvendige for at vurdere, om de skal rykke ud med det samme, om der er brug for en ambulance eller om faglig sparring med et par gode råd kan være tilstrækkeligt.

Enkelte af AkutTeamets sygeplejersker nævner i spørgeskemaet, at der kan være udfordringer når kommunens personale ringer, i forhold til at der ikke er udført de nødvendige sygeplejefaglige redegørelser, såsom TOBS og ABCDE³⁰, hvilket medfører at akutsygeplejen risikerer at køre forgæves ud til en borger, da deres tilstand ikke er akut.



Der køres tit på opgaver, hvor borger ikke fejler noget. Der opleves ligeledes store problemer med at sygeplejersker, assistenter ikke [udfører] TOBS borger inden kontakt til Akutteam. Dette er en fast aftale, der er lavet, da AkutTeamet opstartede, at det skal de.



Sygeplejerske i AkutTeam

Ofte vil de krav der stilles for at få AkutTeamet ud betyde at hjemmesygeplejen skal tage ud til borger inden de kan rekvirere AkutTeamet, for at udføre en række analyser på

²⁹ "Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdomme"

³⁰ Metode til nødbehandling af borgere.

borgeren. Det på trods af at opgaven, der ønskes hjælp til ifølge sygeplejen, forventes at ligge inden for rammerne af AkutTeamets opgaver. Når hjemmesygeplejen alligevel er ude ved borgeren, virker det som et tidsspild at bruge sin tid på at rekvirere AkutTeamet, når de ofte ville kunne udføre opgaven selv. Største forhindring for at løse alle opgaverne selv, nævnes at være manglende adgang til samme udstyr som akutsygeplejerskerne har, hvorimod manglende kompetencer klares med sparring og hjælp internt i hjemmesygeplejegruppen.

5.8 Tryghed

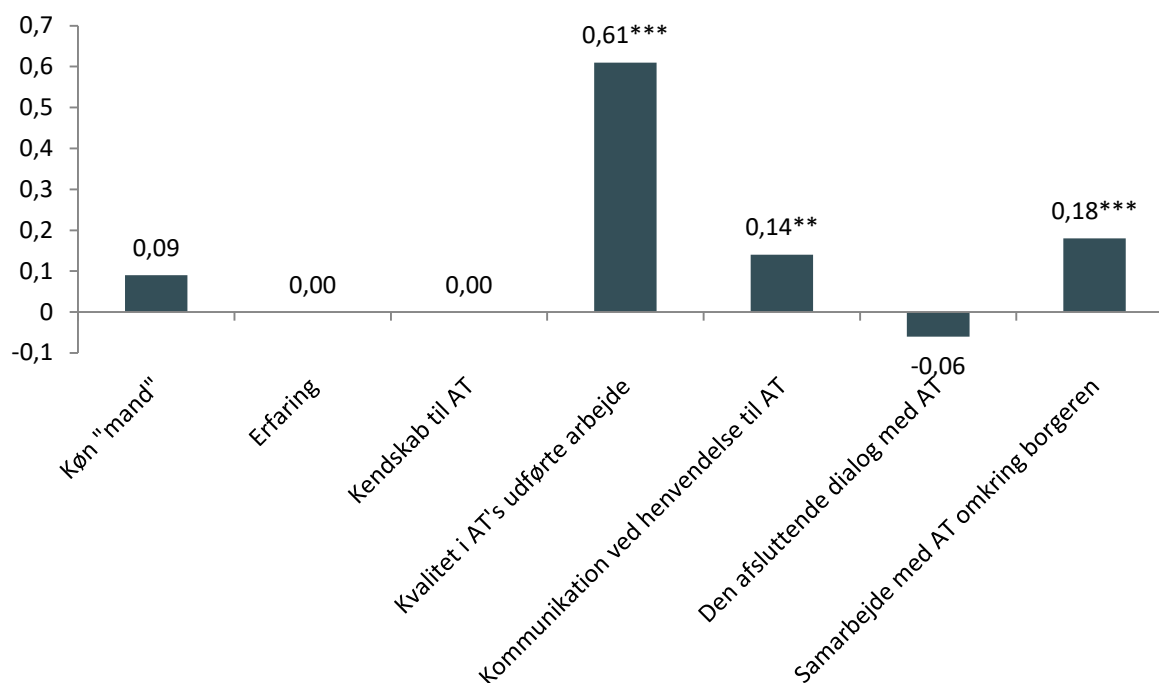
En forudsætning for at særligt lægerne anvender AkutTeamet er, at der er stor tillid til medarbejderne i AkutTeamet. Når en praktiserende læge tilkalder AkutTeamet for at foretage en klinisk vurdering af en borger, så vil den praktiserende læge stadig have behandlingsansvaret for borgeren. Samme tilfælde gør sig gældende når akuttelefonen kontakter AkutTeamet, eller når hospitalet vælger at udlægge en ikke-færdigbehandlet borger i eget hjem. I alle tilfælde beror samarbejdet på at lægerne er trygge ved at anvende AkutTeamets personale.

Netop tryghed ved anvendelse har været et af de emner som AkutTeamet har haft fokus på fra starten af projektet. Indledningsvist satte AkutTeamet et væsentligt mål om at alle medarbejdere skulle have minimum fem års erfaring og også erfaring fra både primær og sekundær sektor. En væsentlig del af at opnå højst mulig tryghed i anvendelse blev forsøgt løst ved at ansætte sygeplejersker, som både havde den fornødne erfaring og uddannelse³¹.

En meget stærk forudsætning for at opnå tryghed ved AkutTeamet er, at medarbejderen der skal anvende AkutTeamet, opfatter AkutTeamets arbejde som værende "af høj kvalitet", *jævnfør figur 5.17*. Et højt fagligt kompetenceniveau har ved ansættelsen af AkutTeamets sygeplejersker været et særligt fokus punkt.

³¹ Anæstesi- og intensivsygepleje.

Figur 5.17 Tryk ved at anvende AkutTeamet



Note: Stjernerne indikerer signifikansniveauer på henholdsvis *** $p > 99$ pct.; ** $p > 95$ pct. Koefficienterne er skrevet over figuren, hvilket indikerer størrelsen på påvirkningen af den specifikke faktor inden for skalaen fra 1-5. Alle effekterne er kontrollerede for hinanden, såvel som for faggruppe. Se bilag 6 for flere detaljer.

Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Foruden den høje faglige kvalitet har "et godt samarbejde omkring borgeren" og "en god indledende dialog mellem henvender og AkutTeam", en væsentlig betydning for at være tryk ved AkutTeamet. At et velfungerende samarbejde og dialog mellem henvenderen og AkutTeamet styrker trygheden ved at anvende AkutTeamet er ikke overraskende, særligt ikke i lyset af den væsentlige betydning samarbejdet har for opfattelsen af AkutTeamet *jævnfør tidligere afsnit*.

5.9 Værdiskabelse

I dette afsnit kigges der på den værdi som AkutTeamet har skabt i samarbejdet med de tre kommuner. Værdiskabelse skal forstås i et bredere perspektiv end blot økonomiske gevinster.

Afsnittet omkring værdiskabelse baseres på budgettal for AkutTeamet, en subjektiv vurdering af den værdi som AkutTeam-samarbejdet inklusiv frikommunehjemlerne har skabt for kommunerne i det tværkommunale samarbejde samt en vurdering af serviceløftet set fra et borgerperspektiv. Endelig nævnes kort indikationer på AkutTeamets evne til at forebygge indlæggelser. Som tidligere beskrevet, har det ikke været muligt at udføre en statistisk valid opgørelse af dette forhold og dermed beregne en direkte gevinst af AkutTeamets evne til at forebygge indlæggelser, da de relevante data ikke er tilgængelige

5.9.1 Driftsøkonomi

Budgettet for AkutTeam ligger i 2020 på ca. 9 mio.kr. med en fordelingsnøgle beregnet på baggrund af antallet af borgere i kommunen indenfor den givne målgruppe +65 år. Igennem alle årene har der hvert år været et mindreforbrug, som er delvist overført til det efterfølgende budgetår. I indeværende år (2020) estimeres der at være et mindreforbrug i omegnen af 1. mio. kr. (ekskl. tidligere års overførte midler).

Tabel 5.5 Fordeling af AkutTeamets finansiering, 2020

Kommune	Andel	Pris (t.kr)
Gentofte	38%	3.442
Gladsaxe	29%	2.626
Rudersdal	33%	2.989

Af de 9 mio. kr. som er budgettet for AkutTeamet, er der en lønramme på ca. 8. mio. kr. samt en driftsramme på ca. 1. mio. kr. fordelt på understående poster:

Tabel 5.6 Budget 2020

	Specifikation	Korrigeret budget 2020
Kompetenceudvikling	Uddannelse	35 t.kr.
Borgerrettede udgifter	Medicinudgifter, sygeplejeartikler og undersøgelsesmaterialer samt tasker og udstyr	372 t.kr
Driftsudgifter	Bilers drift, bøger, tidsskrifter og abonnemeter, inventar, it og telefoni, kontorartikler, mødeforplejning, uniformer, værnemidler og øvrige udgifter	622 t.kr
Ejendomsdrift	Ejendomsservice/husleje	55 t.kr
Lønramme	Akutsygeplejersker og leder af AkutTeam	7.943 t.kr

5.9.2 Samarbejdet

Akutteamet medfører ifølge sundhedscheferne en bedre og mere smidig overgang mellem primær og sekundær sektor for borgerne. De normalt skarpe sektorgrænser er

blevet smidigere, da AkutTeamet er lykkedes med at være "et fælles tredje", som dækker det gab, der let opstår mellem hospitalernes behandlingsopgaver og kommunernes plejeopgaver.

Akutteamets høje kompetenceniveau og professionalisme i det udførte arbejde har opnået en stor respekt blandt de eksterne samarbejdsparter. Netop den store respekt blandt de eksterne samarbejdsparter skyldes også AkutTeamets unikke konstruktion, hvor teamets medarbejdere er fritaget fra den normale drift og dermed har mulighed for at rykke ud til borger straks efter henvendelsen fra eksempelvis 1813.

Det at hospitalet og akuttelefonen skal forholde sig til færre samarbejdsparter og arbejdsgange³² er en klar fordel for dem. En sammenlægning af indgangen til tre kommuner gennem en akutfunktion, medfører en forsimplet arbejdsgang for eksempelvis 1813. Netop det at gøre samarbejdet mere simpelt mellem primær og sekundær sektor har været i fokus længe. Sammenlægninger af akutfunktioner fremstår derfor som et positivt skridt på vejen til dette mål. Særligt på akutområdet giver samarbejde mellem kommuner god mening, da der opnås én forsimplet indgang til flere kommuner samtidig med det samlet set større borgergrundlag indebærer en bedre kapacitetsudnyttelse.

Det styrkede samarbejde mellem særligt akuttelefonen og 1813 har dog også givet udfordringer i forhold til en opgaveglidning, som vurderes at være unik for AkutTeamet. Det erfarer at flere opgaver med tiden bliver gjort til kommunale akutfunktionsopgaver, hvor det eksempelvis tidligere var 1813 eller hospitalet som selv kørte ud til borgerne. Det drejer sig i særdeleshed om de opgaver, som ikke betegnes som akutte, herunder særligt at tage blodprøver. AkutTeamet vurderer i stigende grad at blive anvendt til udførelse af planlagte blodprøver bestilt af regionen. Dette er et opmærksomhedspunkt, da det ikke vurderes at være en del af det kommunale AkutTeams opgaver. Nærværende udfordring, er ikke belyst yderligere i denne evaluering, men kan med fordel behandles separat, herunder med en opmærksomhed på de økonomiske konsekvenser af denne opgaveglidning.

5.9.3 Serviceløft

Der er blandt sundhedscheferne i de tre kommuner enighed om, at det fælles AkutTeam bidrager til et serviceløft over for kommunens borgere. Der hvor nærværende AkutTeam udfører et serviceløft vurderes særligt at være på muligheden for at påbegynde medicinsk behandling straks efter lægens ordination (medicinheimlen) såvel som de særlige faglige kompetencer akutsygeplejerskerne har indenfor IV-medicinsk behandling.

Flere sygeplejersker i hjemmesygeplejen kan i dag udføre IV-medicinsk behandling af borgere, hvilket gør at opgaven i stigende grad kan løses i regi af hjemmesygeplejen. Dog er det ikke alle hjemmesygeplejersker der har den nødvendige erfaring og rutine i at løse opgaven³³.

³² Ved sammenlægning af akutfunktioner, er der ikke længere 29 forskellige tilgange i regionen.

³³ AkutTeam sygeplejerskerne kan som de eneste også anlægge en venflon.

Det at flere borgerne kan få udført IV-behandling i hjemmet og at kompetencen og erfaringen er til rådighed hele døgnet, som minimum gennem AkutTeam, giver de tre kommuner i projektet en mulighed for at hjemtage flere IV patienter for hospitalet. Netop det at kommunen har mulighed for at hjemtage flere borgere italesættes som et serviceløft, jævnfør borgerundersøgelsen.

5.9.4 Forebyggelse af indlæggelser/genindlæggelser

Et af de ønskede effektmål ved etableringen af den fælles akutfunktion på tværs af de tre kommuner var, at forebygge unødvendige indlæggelser, det vil sige indlæggelser, hvor der reelt ikke er brug for hospitalsbehandling.

Det har desværre ikke været muligt at udføre en statistisk valid analyse af AkutTeamets evne til at forebygge indlæggelser i forbindelse med denne evaluering (jf. også afsnit 1.3). Dermed er det heller ikke muligt at beregne en eventuel værdi heraf.

Når det er sagt, så skal det nævnes, at Akutteamet som et supplement til en mere korrekt metodisk tilgang i en periode på 5 måneder i løbet af 2018 manuelt registrerede hver gang de potentielt havde forebygget en indlæggelse. Registreringen er foregået ved at akutsygeplejersken og henvenderen i samråd har vurderet, hvorvidt den enkelte borger ville være blevet indlagt såfremt akutteamet ikke havde leveret en indsats. Hvis der var enighed om at akutteamet har forhindret en indlæggelse, er registreringen sket. Ifølge denne registreringsmetode blev der forebygget omkring 15 indlæggelser pr. kommune i de registrerede fem måneder³⁴.

Endvidere bemærkes det, at en praktiserende læge i spørgeskemabesvarelsen citeres for at sige følgende: *"Uvurderligt stykke arbejde de udfører. Forebygger mange indlæggelser."* (Citat praktiserende læge i Gentofte) ligesom temaet også fylder en del i borgerinterviewene i næste afsnit.

³⁴ Kilde: *Midtvejsevaluering af AkutTeam i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune*

5.10 AkutTeamets indsats set fra et borgerperspektiv

Følgende afsnit er udarbejdet af Marselisborg Consulting

Dette afsnit præsenterer borgernes oplevelser med AkutTeamet. Evalueringen bygger videre på midtvejsevalueringens borgerinterviews, som tydeliggjorde, at borgerne i høj grad er tilfredse med AkutTeamet.

Denne slutevaluering tager "spadestikket dybere" og ser på, hvad der i særlig grad karakteriserer borgernes oplevelser med AkutTeamet. Evalueringen ser således på, hvad borgerne fremhæver som betydende for deres tilfredshed med besøget. I særlig grad har evalueringen udforsket, hvad borgeren med egne ord fremhæver som vigtigt for deres oplevelse af tryghed i den del af deres sygdomsforløb, som AkutTeamet har været inde over.

Oplevelsen af tryghed har været rammen for at spørge ind til borgernes oplevelser. Dermed har analysen fokuseret på at undersøge, hvordan såvel rammerne, oplevelsen af medarbejderne samt rutinerne i sygdomsforløbet medvirker til at understøtte tryghedsoplevelsen. Endelig har der også været et særligt fokus på oplevelsen af kontinuitet i behandlingsforløbet, hvilket andre undersøgelser ofte peger på har betydning for borgeroplevelsen³⁵. Dette har givet en række værdifulde indsigter til borgerens oplevelser af emner såsom kontinuitet, sammenhæng, fagligt ansvar og handlemuligheder, som er beskrevet i det følgende.

Evalueringen af borgernes oplevelser med AkutTeamet er gennemført af Marselisborg Consulting, der trækker på erfaringer med en række tilsvarende analyser. Evalueringen baserer sig på 26 borgerinterviews med 25 borgere, der enten har mødt AkutTeamet i et enkeltstående besøg, fx på baggrund af henvendelse til læge eller 1813, eller borgere, der har haft et længere forløb, fx med intravenøs behandling efter udskrivelse fra et sygehus. Borgerne er udvalgt fordelt på de tre kommuner og med vægt på at sikre spredning i forhold til køn, alder og besøgstype³⁶. Den metodiske baggrund for evalueringen er uddybet i afsnit 4.2.

5.10.1 Sammenfatning: Borgerforløbet hos AkutTeamet

På tværs af alle interviewene udtrykker borgerne stor tilfredshed med besøget fra AkutTeamet. Det ses især som en positiv oplevelse, at det faktisk er muligt at få en målrettet, sammenhængende sundhedsfaglig indsats i eget hjem, der arbejder med direkte lægefaglig kontakt, og som sikrer konkret handlen i borgerens forløb. Ofte kender borgerne ikke til muligheden for besøg fra AkutTeamet inden første besøg og fremhæver det som en positiv overraskelse, at det er muligt at få denne type indsats i eget hjem.

³⁵ Se bl.a. Vive (2020): Fra hospital til hjem – Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune, Dansk Sundhedsinstitut (2010): Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv

³⁶ Det har dog i praksis været vanskeligt at rekruttere især mænd til interviewene, hvilket er uddybet i metodekapitlet, afsnit 4.2.

På tværs af interviewene beskriver borgerne en række oplevelser, hensyn og prioriteter, der er særligt betydende for dem, især:

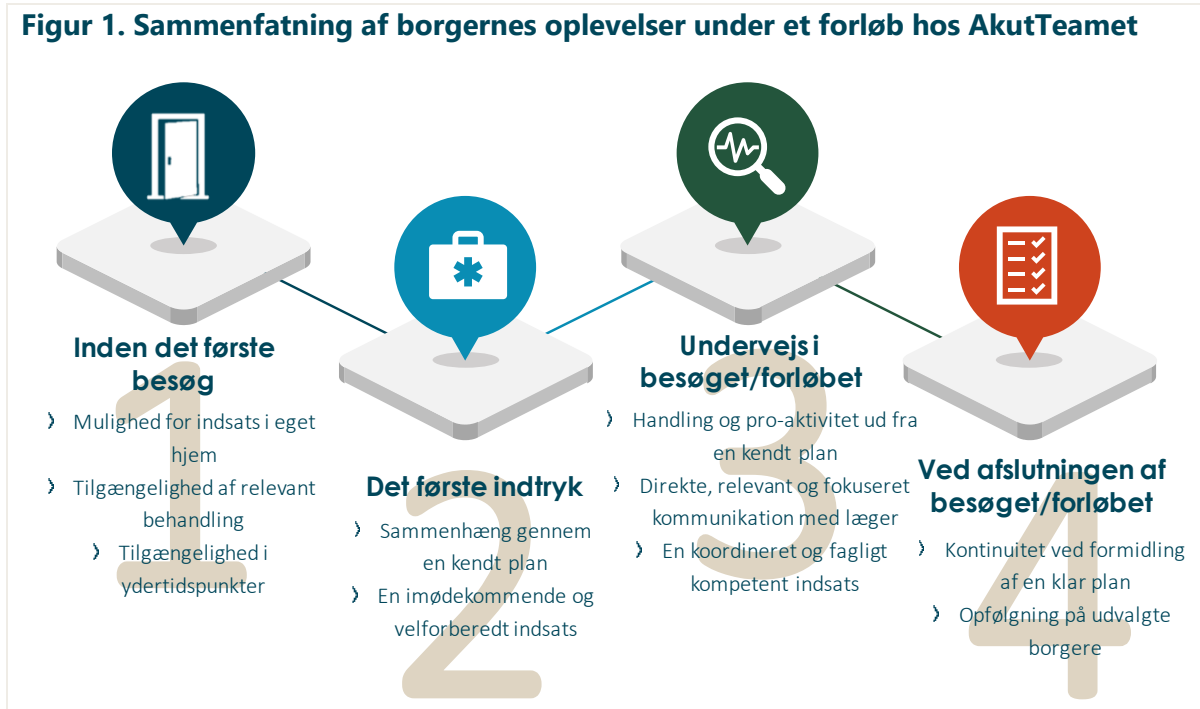
- › **At kunne være i eget hjem** gør, at man kan opretholde rutiner, kontakter og hverdagens gøremål, og det giver oplevelsen af tryghed.
- › **At behandlingen er tilgængelig** i eget hjem med kort responstid, også i ydertidspunkterne, mindsker bekymringer over sygdommens udvikling.
- › **At AkutTeamet koordinerer den relevante lægekontakt** er afgørende for borgerne, da mange oplever det vanskeligt at få en kontakt med, kommunikere relevant med og komme til lægen eller på sygehuset.
- › **At AkutTeamet er handlende efter en kendt plan** giver en oplevelse af en sammenhængende indsats og handling i forhold til borgerens sygdom.
- › **At AkutTeamets indsats fremstår kompetent, velforberedt og imødekommende** giver en umiddelbar oplevelse af tryghed og kontinuitet i den situation, som AkutTeamet er kaldt ud til.

Disse oplevelser går igen i borgernes fortællinger på forskellig vis. Betydningen af disse dele varierer også undervejs i forløbet, da der ofte sker en udvikling i borgerens oplevelser, fra de opdager, at det er muligt at få besøg af en sygeplejerske i eget hjem, hen over selve besøget til besøget afsluttes. Derfor er evalueringen bygget op omkring fire faser i et borgerforløb hos AkutTeamet, der er beskrevet og illustreret nedenfor:

- › **Inden det første besøg** som beskriver borgerens oplevelser med at få viden om muligheden for at få indsats fra AkutTeamet i eget hjem. Borgerne fremhæver især det, at der er mulighed for en tilgængelig og sammenhængende sundhedsfaglig indsats i eget hjem som afgørende. Derudover er det væsentligt, at indsatsen også er tilgængelig i ydertiderne.
- › **Det første indtryk** som beskriver, hvad borgeren oplever, når AkutTeamet kommer indenfor i deres hjem første gang. Borgerne er især optaget af, at formålet med besøget er kendt på forhånd og givet af en læge (fra sygehus eller egen læge), og at AkutTeamet følger op på den kendte viden ved at være velforberedte, imødekommende og have det rette udstyr. Dette giver indtryk af sammenhæng.
- › **Undervejs i besøget/forløbet** fokuserer på borgerens oplevelser med AkutTeamets håndtering af besøget og den opgave, de har i besøget. Her er borgerne optaget af, at AkutTeamet er handlende, og at de ved kommunikation med lægen kan håndtere ændringer. Denne koordination er særligt relevant, da flere borgere beskriver netop den relevante kontakt med lægen som vanskelig.
- › **Ved afslutning af besøget/forløbet** sætter fokus på overgangen til det, som sker efter AkutTeamets indsats. Borgerne fremhæver især det, at der er italesat en klar forventning om det næste skridt. Endvidere oplever de borgere, som teamet på eget initiativ har fulgt op på, at det er meget beroligende at vide, at de følger med.

Disse centrale fund er illustreret i figuren nedenfor, der danner rammen for den nedenstående uddybning af de centrale borgeroplevelser.

Figur 1. Sammenfatning af borgernes oplevelser under et forløb hos AkutTeamet



5.10.2 Inden det første besøg

Borgerne oplever grundlæggende det at få tilbudt et besøg af eller forløb med AkutTeamet som trygt. De er tilfredse med og glade for at få tilbuddet om et eller flere besøg fra AkutTeamet.

Borgerne har fremhævet en række elementer, som har været særligt betydende inden det første besøg, jf. boksen. Disse er uddybet nedenfor.

1. Inden det første besøg lægger borgerne især vægt på:



- › Muligheden for indsats i eget hjem
- › Tilgængeligheden af relevant behandling
- › Tilgængeligheden i ydertidspunkter

Muligheden for indsats i eget hjem

På tværs af interviewene er det særligt interessant at, at ønsket om at undgå en indlæggelse eller minimere en periode, de er indlagt, fylder meget. Samtlige borgere har undervejs i interviewene på en eller anden vis fremhævet, at de tillægger det stor værdi at kunne blive i eget hjem under behandling.

Særligt interessant er det, at borgere – uanset sygdomshistorik – har klare forestillinger om, hvad det vil sige at være indlagt, og hvorfor de ikke ønsker dette. Det kan være forestillinger, som stammer fra egne erfaringer, pårørendes eller bekendtes erfaringer eller mediedækningen m.m. Der er således ikke nødvendigvis sammenhæng mellem det forløb, som de forventes at indgå i – såfremt de var blevet indlagt fremfor at modtage et besøg

fra AkutTeamet – og de billeder, som borgerne fremhæver. Men det er tydeligt fra interviewene, at forestillingen om en indlæggelse fylder meget hos borgerne.

Centralt i oplevelsen er, at flere borgere ser deres eget hjem som en tryk ramme selv i en sygdomssituation. Her fremhæver de især de vante rammer og rutiner, som de kan opretholde i eget hjem. På spørgsmålet om betydningen af at være hjemme fremhæver en borger eksempelvis:

”

...Det havde jeg det fint med. Det var mig, der gerne ville hjem. Jeg hader at ligge på hospitalet. Jeg tænkte, alle mine blomster går ud. Jeg tænkte, kan vi klare den derhjemme, så er det, det vi gør...

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

“

For andre drejer de vante rammer og rutiner sig om at være i egen seng med sin egen dyne og pude, at kunne gå en tur i de vante omgivelser og at kunne få hyppigere besøg. Netop egen seng og maden fremhæver denne borger som betydningsfuldt i forhold til at være hjemme:

”

...Så er det jo fedest at være derhjemme. Simpelthen fordi din egen seng bare er meget bedre end hospitalssengen, og maden smager bedre derhjemme. Det er bare meget sjovere at være derhjemme...

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

“

Borgerne oplever, at det er trygt at vide, at nogle kommer til dem. For de enkeltstående besøg er borgerne informeret om, at AkutTeamet kommer samme dag. Borgerne oplever som regel, at teamet kommer hurtigt og inden for et par timer.

En borger har et sår, der efter et døgn ikke er stoppet med at bløde. Til træning vender hun med sin fysioterapeut, hvad hun skal gøre. Sammen ringer de til 1813, som sender AkutTeamet. Hun fremhæver især AkutTeamets hurtige responstid, men også deres evne til at planlægge deres besøg med udgangspunkt i borgernes dagligdag:

”

...Jeg kunne nå at cykle hjem, og så kom hun...

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

“

Der er dog også enkelte eksempler på borgere, som ikke føler sig velinformerede om, at AkutTeamet kommer inden besøget – og at dette skaber en umiddelbar utryghed.

En overvejende del af eksemplerne, hvor borger ikke oplever at være blevet informeret inden AkutTeamets besøg, kommer fra hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen. Borgeren kan fortælle, at hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen havde virket bekymret ved sidste besøg, og nogle borgere fortæller, at hjemmesygeplejen/hjemmeplejen ville kontakte

borgers egen læge. For borgeren er det dog svært at se sammenhængen til, at AkutTeamet kort tid efter står foran deres dør.

En del af de borgere, som både har besøg af hjemmeplejen og/eller hjemmesygeplejen samt AkutTeamet oplever, at det er mange forskellige aktører omkring dem og kan let blive forvirret over dette. Fx beskriver en borger, som er konfus i situationen, at hjemmeplejen har tilkaldt AkutTeamet, uden at hun har været informeret. Hun bliver overrasket over besøget, fordi hun ikke selv oplever, at hendes situation er akut:

”

...Det var to, der kom samtidig. Og jeg må indrømme, at jeg blev forskrækket, da jeg lukkede op, for nu havde jeg haft forskellige, der havde været her og kontakt med lægen, og jeg ved ikke hvad. Men jeg tror, at det der slog hovedet på sømmet, det var, at mine blodprøver, der blev taget ugen før, jeg skulle på hospitalet. De viste pludselig, at jeg havde en virus. Og jeg tænkte, jeg har lige været hos egen læge og få taget blodprøver – og de var ok...

Kvinde, Gentofte, der har haft besøg af AkutTeamet

“

Et andet eksempel kommer fra en borger, som efter kontakt med lægen får besøg af AkutTeamet. Men borger har ikke forstået, at lægekontakten ville føre til et besøg:

”

...Vi var slet ikke klar over, hun kom faktisk. Du havde ringet til lægen og fortalt, hvor dårligt du havde det, og så gik der måske en time eller to, og så var hun der. Så kom der en sygeplejerske. Vi var slet ikke klar over, hvordan hun egentlig kom...

Pårørende til kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

“

Samlet set er det væsentligt, at alle borgere er positive over muligheden for at få besøg i eget hjem med kort responstid og især det at kunne blive i eget hjem længst muligt i deres sygdomsforløb. De lægger særligt vægt på muligheden for at opretholde vante rammer og rutiner. Enkelte borgere fremhæver dog, at de ikke oplevede at være informeret om, at teamet kom, og blev derfor overraskede.

Tilgængeligheden af relevant behandling

Når borgerne får tilbuddet om et besøg af AkutTeamet, er det også væsentligt for dem, at dette indebærer en større tilgængelighed af relevant behandling. Flere borgere fremhæver, at lægen og vagtfunktionen i 1813 ikke i samme grad besøger borgerne i eget hjem som tidligere. Flere borgere fremhæver, at de ser AkutTeamet som et trygt og hurtigere alternativ til selv at skulle til lægen, hvilket for flere borgere i målgruppen er særdeles vanskeligt.

Først og fremmest beskriver flere, at det kan virke uoverskueligt og vanskeligt faktisk at komme igennem til lægen og få bestilt en tid, når de er svækkede.

For det andet fremhæver flere borgere – især borgere, der har været igennem et længere sygdomsforløb – at de er afhængige af pårørende til at kommunikere med lægen og få bestilt en tid, og de ønsker ikke at besvære deres pårørende mere end højst nødvendigt:

”

...Man orker det ikke. Man er så træt, så man orker det ikke. Det er jo kun, fordi sygeplejersken fra hjemmeplejen kom. Og sagde det går ikke mere det der. Hun kunne få fat i ham [lægen] og ringede. Fordi man orker det ikke selv. Min datter ringer også tit. For hvis jeg har givet op...

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

“

For det tredje fremhæver flere borgere, at de rent fysisk har svært ved at komme til lægen. Netop derfor er det væsentligt at have AkutTeamet som et alternativ til et traditionelt hjemmebesøg fra lægen. Eksempelvis sidder en borger i kørestol og er derfor afhængig af at bestille kørsel for at komme til lægen. Borgeren har haft flere enkeltstående besøg af AkutTeamet, da lægen rekvirerer AkutTeamet til akutte problemstillinger:

”

... Der har også været nogle gange, hvor jeg har skulle have undersøgt et eller andet udslæt. Så har jeg fået en tid deroppe [hos lægen]. Og så har jeg bestilt en kørsel. Og så er jeg selv kommet derop. Med rimelig meget besvær, men jeg kan godt. Så det har været til akutte ting [at AkutTeamet er kommet]...

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

“

Borgerne ser således AkutTeamet som en markant forbedring af deres mulighed for relevant sundhedsfaglig behandling, da netop kontakten til sundhedssystemet kan være vanskelig og uoverskuelig i en sårbar situation og på grund af deres fysiske begrænsninger. Det tyder i disse situationer på, at AkutTeamets funktion bidrager til at gøre kontakten med lægen mere tilgængelig for borgere, som er svækkede og derfor ser lægekontakten som en (for) stor opgave.

Tilgængeligheden i ydertidspunkter

Det at blive syg uden for lægernes og apotekernes åbningstid opleves for mange borgere som en utryk situation. Dette gælder både mellem kl. 16 og 8, men også i weekender og på helligdage. I en sådan situation udtrykker de, at muligheden for at få et besøg fra AkutTeamet skaber tryghed.

For det første oplever borgerne, at AkutTeamet fremstår som kompetente til at udføre de undersøgelser og observationer, som de foretager under et besøg. Teamet er således et

alternativ som fagligt er på niveau med den forventning, som borgerne har til egen læge eller lægevagten. Netop dette fortæller en kvinde:

”

...Hvis jeg kunne være kommet op til lægen, som er i lægevagten. Det havde da også været udmærket. Det havde jeg selvfølgelig gjort. Det havde jo selvfølgelig været ligeså godt formentlig som at få en sygeplejerske ud...

Kvinde, Gentofte, der har haft besøg af AkutTeamet

“

For det andet oplever borgerne det som betryggende, at AkutTeamet har adgang til medicin, så deres behandling kan startes eller fortsættes med kort responstid. Dette giver en ro og bliver italesat som helt naturligt og i forlængelse af tilbuddet om behandling i eget hjem, at AkutTeamet har medicinen med.

Eksempelvis var en borger udfordret af, at apotekets IT-systemer var gået ned, og hendes pårørende derfor ikke kunne hente den udskrevne medicin til en blærebetændelse indenfor apotekets åbningstid. Det var utrygt at skulle vente med at opstarte en behandling til mandag morgen, og hun fortæller derfor:

”

...Ja [hun havde det i tasken]. Der ligger fem i sådan en, man trykker ud. Der havde hun taget en, det måtte være til en anden, så fik jeg de der fire jeg kunne starte med til vi kunne komme på apoteket og hente de andre. Og der var der slet ikke noget problem. Overhovedet...

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

“

Borgerne oplever således AkutTeamet som et kompetent alternativ til behandling fra egen læge i ydertidspunkter. Oplevelsen bygger dels på sygeplejerskernes faglighed, men også deres mulighed for at starte en behandling med den rette medicin, som de ser som en naturlig forlængelse af det at kunne modtage behandling i eget hjem.

5.10.3 Det første indtryk

Borgerne beskriver det første indtryk af AkutTeamet som trygt og professionelt. Det handler blandt andet om tydeligheden af den plan, der er lagt, og om teamets fremtoning, jf. boksen. Disse emner er uddybet nedenfor.

2. Ved **det første indtryk** lægger borgerne især vægt på:



- › Sammenhæng gennem en kendt plan
- › En imødekommende og velforberedt indsats

Sammenhæng gennem en kendt plan

Størstedelen af de interviewede borgere oplever, at Akutteamet har en klar plan ved ankomst. Den plan er givet enten af egen læge eller 1813, som ofte rekvirerer AkutTeamet

til enkeltstående besøg, eller af sygehuset (eller eventuelt egen læge), som står bag, når AkutTeamet rekvireres til forløb.

Borgere i forløb italesætter tydeligt den lagte plan, som sygehuset (oftest) står bag. Borgerne beskriver, at de oplever det som trygt, at det er den kendte læge på sygehuset, som tilrettelægger og formidler planen, og at planen rækker ud over forløbet med AkutTeamet. Eksempelvis oplever en borger, at der er lagt en plan for borgerens forløb allerede inden teamets besøg:



...Man fortæller mig fra hospitalets side, da jeg tager hjem, at der vil komme en [...], som vil give mig de der indsprøjtninger...



Mand, Gentofte, der har haft besøg af AkutTeamet

Borgerne oplever i den forbindelse også, at den plan, som sygehuset har lagt, i hovedtræk bliver fulgt. Der gives i interviewene flere eksempler på, at de oplever medicingivningen på præcis samme måde som hospitalet, og at det derfor virker som en sammenhængende behandling.

For borgere, hvor AkutTeamet er på besøg en enkelt gang, er det ofte 1813 eller egen læge, som har sendt AkutTeamet. Her oplever borgerne, at lægen fortæller dem om planen i telefonen forud for AkutTeamets ankomst. De oplever yderligere, at AkutTeamet først i besøget forklarer, hvorfor de er ankommet, og hvad det er, de skal. Borgerne beskriver det som trygt, at der er overensstemmelse mellem det, som lægen siger, og det, som AkutTeamet nævner i deres introduktion til besøget.

Interviewene byder dog også på tilfælde, hvor der ikke er en overensstemmelse mellem borgerens forventning og AkutTeamets plan. Eksempelvis blev der tidligere nævnt et par tilfælde, hvor borger ikke følte sig informeret om, at AkutTeamet ville komme.

En anden borger – der har stomi – oplever, at hans direkte efterspurgte behov ikke er blevet hørt, da han beder om hjælp. Konkret fortæller han, at han vågner midt om natten viklet ind i ledninger og afføring. Borgeren vikler sig selv ud af ledningerne og ringer til et nummer han har fået (antageligt 1813) for at give besked om, at der skal afsættes ekstra tid til hjemmeplejen næste dag. Han oplever, at AkutTeamet ankommer efter kort tid for efter at hjælpe med ledningerne, som borgeren selv har ordnet, og mærker ham på maven, om alt er som det skal være. Han fortæller, at de overlader at fjerne afføringen til dem, der kommer senere. Borgeren fremhæver i interviewet, at hans eneste ønske var at få ekstra hjælp til vask den følgende dag, og at han derfor ikke føler sig set og hørt i dette behov.

Fra et borgerperspektiv er det afgørende for oplevelsen af tryghed, at borgerne kender planen samt er bevidst om, hvem afsenderen bag planen er, ligesom borgerne bemærker, at AkutTeamet tydeligt kan italesætte planen. Dette gælder, uanset om der er tale om forløb eller enkeltstående besøg. Endvidere er det tydeligt, at borgerne bemærker, at

teamet følger planen. Omvendt er der enkelte eksempler på, at borgerne oplever det som utrygt, når der ikke er overensstemmelse mellem planen for besøget og borgernes forventninger. Det tyder på, at borgerne i de fleste tilfælde er bevidste om og sætter pris på, at der er koordination og sammenhæng mellem AkutTeamets indsats og den ansvarlige læge, der har rekvireret teamet.

En imødekommende og velforberedt indsats

Borgerne fremhæver, at AkutTeamets fremtoning betyder noget særligt for dem. Det er beskrivelser af AkutTeamet som søde, smilende, imødekommende, professionelle og kompetente, som går igen på tværs af interviewene. Flere bemærker, at AkutTeamet formår at virke rolige og have overskud i en ellers sårbar situation.

For det første er det tydeligt, at mange oplever, at sygeplejerskerne er imødekommende, og de derfor intuitivt får en god relation og "kemi" med dem. Dette kommer også af, at flere af sygeplejerskerne er gode til at spørge lidt "rundt om" borgeren og give dem tryghed den vej igennem. En borger fortæller bl.a. om besøget, at:



...Det var utrolig positivt, [og at akutsygeplejersken var] meget venlig, kompetent...

Mand, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet



En anden borger fortæller lignende om sit møde med AkutTeamet:



...Jeg har intet andet at sige end positivt. Hun var empatisk og smilende, stille og rolig. Det kunne ikke være bedre...

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet



Enkelte borgere har en anden oplevelse af AkutTeamet. Sygeplejerskerne kan fremstå som travle og uforstående over, hvad de skal hos borgerne. Det drejer sig om enkeltstående besøg fra AkutTeamet, hvor borgerne ikke oplever, at der bliver spurgt "rundt om" dem eller hvor tiden er for knap til at opbygge en relation. En kvinde oplever, at de er "gået skævt af hinanden":



...Mit indtryk var, at jeg følte mig lettere irriteret. Hun virkede som om, det var noget pladder. Hun sagde ingenting, som kunne misforstås eller noget som helst. Men man har jo sine attituder...

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet



For det andet medvirker det også til oplevelsen af AkutTeamet, at de fremstår kompetente. Dette gælder både det, som de spørger om, og den måde, de besvarer spørgsmål fra borgerne. Men med til historien hører også, at de fleste borgere beskriver,

at det virker meget velforberedt – næsten overvældende – at sygeplejerskerne har meget udstyr med sig. Der er flere historier om, hvordan deres udstyr "fylder hele stuegulvet", når taskerne pakkes ud. En enkelt borger – med en interesse for arbejdsmiljø – kommenterer på, hvor overvældende hun selv så det som borger og derfor ikke kunne lade være med at tænke på, hvordan det påvirker sygeplejerskernes arbejdsstillinger, at de skal tage dette udstyr med og pakke det ud i så mange forskellige hjem.

Udstyret og sygeplejerskernes italesættelse af det er således med til at få dem til at fremstå som velforberedte. AkutTeamet udviser, at de ved, hvad de skal med udstyret, men også hvordan de anvender det:

”

...Så derfor kom teamet, det vidste jeg ikke, buldrende ind med to store rygsække. Og de sagde, nu skal du ikke være forskrækket. Nej nej det er jeg heller ikke. Så gik de så i gang med at måle og agere. Og da de var færdige, sagde de, du fejler ikke noget...

“

Kvinde, Gentofte, der har haft besøg af AkutTeamet

For det tredje oplever borgerne, der er i forløb, at AkutTeamet er gode til at forberede sig på det næste besøg og forudse, hvad det er de kommer til at mangle, og derfor tager det med:

”

...Der var en eller anden dag, hvor der manglede et eller andet. De skulle hive noget ud med. Det var for at tage en blodprøve. Det manglede, sommerfugle eller hvad de kalder det. Det manglede, og så skulle den næste have det med. De taler om en derovre, og de vidste hvad de skulle have med, så det virkede fint...

“

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

Dermed er både fremtoning og udstyr med til at understrege, at indsatsen for borgerne som hovedregel opleves som imødekommende og velforberedt, og at borger ser en klar sammenhæng i indsatsen.

5.10.4 Undervejs i besøget/forløbet

Undervejs i besøget er der flere elementer, som borgerne lægger vægt på. Især det, at AkutTeamet er handlede, har en direkte kommunikation med relevante læger og at deres indsats fremstår som koordineret er væsentligt, jf. boksen til højre.

Disse emner bliver uddybet i de kommende afsnit.

3. Undervejs i besøget/forløbet lægger borgerne især vægt på:



- › Handling og pro-aktivitet ud fra en kendt plan
- › Direkte, relevant og fokuseret kommunikation med læger
- › En koordineret og fagligt kompetent indsats

Handling og pro-aktivitet ud fra en kendt plan

En observation, der går igen på tværs af interviewene er, at borgerne oplever, at AkutTeamet kan handle og er pro-aktive, når de er på besøg.

For enkeltbesøgene er det den problemstilling, som teamet er blevet tilkaldt for, som er i fokus. Det kan være, at teamet er sendt ud for en blodprøve, en urinprøve eller lignende, hvor formålet med dette er kendt. Denne plan er oftest kendt af borgeren, og teamet gennemfører det planlagte og giver så besked til lægen. Efterfølgende får borger svar af lægen, hvis ikke det er noget, teamet kan give svar på under besøget. Borger er bevidst om denne sammenhæng og italesætter, at denne aftale virker god og tryk.

Flere borgere fortæller, at de oplever, at AkutTeamet danner sig et større overblik over borgerens situation end den pågældende problemstilling i enkeltbesøgene, de er kaldt ud til. En kvinde fortæller, hvordan teamet spørger mere ind til hende og beroliger hendes ægtefælle, imens undersøgelsen foregår:

”

... Hun kommer ind, og så skal hun lige orientere sig, hvad sker der egentlig. Så kan jeg huske på et tidspunkt, hvor jeg var på toilettet. Det har jeg jo været rigtig meget, fordi jeg har haft sådan noget væske i kroppen. Så har jeg fået så meget vanddrivende, at man skal sidde ufattelig meget på det toilet. Nu har jeg endelig fået kateter. Jeg har ikke sovet i 3 uger. Overhovedet ikke, fordi jeg simpelthen har pisket rundt på det toilet. Jeg er fuldstændig udmattet. Når man har leddegigt, har man ondt. Jeg har bare haft så overanstrengt ondt i mine arme [...] Det var hun altså helt vildt deltagende i. Det var helt utrolig. [...] Hun snakkede med [borgers ægtefælle], og spurgte, hvordan er det for dig det her. Det, synes jeg da, er en meget fin omsorg at have. Det er ikke hver dag, de har det. Og slet ikke lægerne...

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

“

Borgerne udtrykker en stor forståelse for, at AkutTeamet på enkeltbesøgene er der for at løse en specifik problemstilling. Derfor opleves det som et stort overskud, teamet udviser, når de har bredere fokus på borgerens situation.

Med til det at være pro-aktiv er, at sygeplejerskerne kan handle, da de har en direkte kontakt til læge, jf. næste afsnit. Dette er særligt relevant fx når teamet sendes ud til borgere, der kan være konfuse, ustabilt dårlige eller med smerter, og det derfor er nødvendigt at vurdere behovet for en indlæggelse.

Når det kommer til borgere, som er i forløb, så får det at være handlende og pro-aktiv ud fra en kendt plan en anden betydning.

Et element af dette at være handlende og pro-aktiv ligger i, at sygeplejerskerne, fx ved et forløb med intravenøs medicin, dels har til opgave at give borgeren medicin, dels at observere, om forløbet har den forventede effekt, og dels at have en opmærksomhed på eventuelle bivirkninger eller uforudset udvikling.

Særligt ved disse forløb er, at behandlingsansvaret fortsat er hos en læge fx på sygehuset. En observation er, at selv i forløb, hvor borgeren har kontakt til AkutTeamet over flere besøg, er det oftest naturligt for borgeren, at henvende sig til den ansvarlige læge, hvis der kommer noget, som borger bliver usikker over. En kvinde fortæller, at hun ofte har kontakt med sekretæren hos egen læge, og hun bruger denne sekretær som en god sparringspartner, man kan ringe til om alt. Borgeren fortæller, at det giver tryghed at vide, at der er en, der holder "hånd i hanke" med forløbet:

”

... Jeg har aldrig kendt en, der havde så meget tjek på alting. Hun [lægens sekretær] ringede nogle gange og spurgte, hvordan det gik...

“

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

I forløbene beskriver borgerne således ofte, at det, at planen fra lægen er kendt, gør, at det er lægen (eller dennes sekretær m.m.) som de kontakter ved spørgsmål. AkutTeamet rådgiver dog også i denne sammenhæng, fx omkring behovet for at indtage væske under en behandling m.m.

Samtidig er der eksempler på, at AkutTeamet har bidraget til at håndtere bivirkninger tidligere i forløbet. Eksempelvis fortæller en kvinde om tørhed i munden som bivirkning til den intravenøse medicin, hun får:

”

...Jeg peb lidt over, at jeg var så tør i munden. Og så siger hun, at sådan noget antibiotika, jeg havde fået, det kunne godt være svamp. Og så ringede hun straks til 1813 og spurgte en læge, om det ikke var en god idé, at jeg skulle have noget imod den der med tørhed i

“

munden. Det blev de da enige om. Så de var meget obs på, at man havde det godt...

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

Et andet element af det at være handlende og pro-aktiv i forløbene handler om, hvordan AkutTeamet også formår at gøre det at være i behandling i eget hjem til noget, som på betryggende vis kan passe med borgers hverdagsliv. Dette fremhæves som helt centralt af de borgere, som har haft et længerevarende forløb med AkutTeamet fx omkring intravenøs medicin eller tæt opfølgning via blodprøver.

AkutTeamet viser i disse forløb stor fleksibilitet, og borgerne har medindflydelse på, hvornår teamet kommer på besøg i løbet af dagen. Det gør det muligt at opretholde vante rutiner:

”

...Jeg synes, de er professionelle og meget fleksible, fordi de siger hele tiden, hvis jeg skal et eller andet, så kan jeg bare lave om på tidspunkterne. Jeg ville gerne have, at de ikke kom for tidligt om morgenen, fordi så var jeg ikke stået op, og ikke for sent om aftenen, for så var jeg træt. Det rettede de virkelig fint ind efter. De gjorde, hvad de kunne for at få det til at passe...

“

Kvinde, Gentofte, der har haft besøg af AkutTeamet

Fleksibiliteten er noget borgerne i forløb anser som positivt, og det gør det nemmere at være syg, da borgerne fx ikke skal tidligt op om morgenen eller køre på sygehuset eller til egen læge og modtage behandlingen i stedet for. Dette fremhæves således som meget positivt.

Endelig er der også en særlig opmærksomhed omkring den organisatoriske koordinering med sygehuset, som til tider kan være svær at gennemskue for borgeren og kan forstyrre billedet af, at der er en kendt plan. Der er eksempler på, at sygehuset har sat et forløb i gang med AkutTeamet i forhold til intravenøs medicin, men at sygehuset står for at tage blodprøver, uden at borger oplever, at AkutTeamet er bevidst herom. Her er det borgernes indtryk, at teamet først bliver informeret om denne arbejdsfordeling, når borgeren ved et tilfælde fortæller, at sygehuset kommer ud for at tage blodprøver.

AkutTeamet informerer i den forbindelse borgeren om, at de kan tage blodprøverne. Det er borgeren selv, som står for at kontakte sygehuset, så teamet kan tage blodprøverne:

”

...Den sidste dag skulle jeg jo have taget den her blodprøve ligesom for at følge op på forløbet og se, hvordan tallene så ud og alt det her. Og dagen forinden der sagde akutsygeplejersken, som var hjemme hos mig, at det var da fjollet, at jeg skulle derop i morgen kl. 11, når hun kom kl. 9, og hun ligeså godt kunne tage den blodprøve. Der var der

“

lidt kommunikationsproblemer imellem AkutTeam og hospitalet. Akutsygeplejersken siger til mig "ring op til afdelingen og få dem til at ringe til os. Og så vil vi koordinere det". Det forsøgte jeg så. Og så sagde sygeplejersken på hospitalet, at hverken hende eller sekretæren på afdelingen kunne finde ud af at få ringet til AkutTeamet og få det aftalt på den måde...

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

På tilsvarende vis er det uklart for borgere, hvornår det er relevant, at AkutTeamet tager en blodprøve, og hvornår det er relevant, at sygehuset "sender en laborant". Nogle borgere har oplevet begge dele eller oplevet at få formidlet, at deres forløb overgår fra den ene aktør til den anden, uden at de har kunnet se den logiske sammenhæng heri.

En anden organisatorisk udfordring drejer sig om borgernes medicinliste, som borgerne oplever, at AkutTeamet skal gennemgå, for hver gang der kommer en ny akutsygeplejerske på besøg. Da der er flere akutsygeplejersker inde over borgernes forløb, kan den derfor være gennemtjekket flere gange indenfor kort tid. En borger oplever i den forbindelse, at der ofte sker ændringer i hans medicinkort, og han kan ikke gennemskue, om det er teamets gennemgange af listen, eller om det er sygehuset, der er årsagen til det. De små ændringer betyder dels, at borger bliver bekymret for, om der er styr på hans samlede medicin, og dels, at han er nødt til at ringe til egen læge for at få justeret sin medicinliste.

Fra et borgerperspektiv er det derfor væsentligt, at AkutTeamet kommer med en fast plan, som de handler på – men også at de kan være pro-aktive både i forhold til eventuelle uforudsete bivirkninger, og i forhold til at borger kan fastholde en så normal tilværelse som muligt. De organisatoriske udfordringer ift. blodprøver og medicinliste skaber på den anden side forvirring og usikkerhed – og kan udfordre borgerens oplevelse af sammenhæng i forløbet.

Direkte, relevant og fokuseret dialog med læger

I oplevelsen undervejs i besøgene eller forløbet oplever borgerne det som særligt betydende, at AkutTeamet har en direkte, relevant og fokuseret dialog med lægerne.

Netop den relevante kontakt med læger fremhæver flere borgere som vanskelig, både fordi det kan være svært for borger at komme igennem til lægen, men også fordi det kan være vanskeligt at forklare lægen sin tilstand, uden at lægen bliver bekymret, og dermed frygter borgeren en indlæggelse. Flere af de interviewede borgere beskriver, at kombinationen af at være svækket af sygdom og samtidig skulle håndtere kommunikationen med flere instanser, læger eller afdelinger, der ikke nødvendigvis koordinerer, ofte gør dem endnu mere udmattede. Netop derfor fremhæver flere borgere, at det har stor betydning, når det er sygeplejersken, der har dialogen med lægen.

For enkeltbesøgene drejer sygeplejerskens kontakt med lægen sig som oftest om de observationer, sygeplejerskerne har foretaget. Flere borgere fortæller, at sygeplejerskerne har ringet til lægen (enten egen læge eller 1813), mens sygeplejersken har været i borgerens hjem. Her drøfter sygeplejerskerne med lægen, hvad der skal ske – og ofte inddrages borgere direkte og kan høre samtalen. Det kan være en drøftelse af, om borgerne skal indlægges, eller om der fx skal justeres i borgernes medicin.

Borgerne oplever, at de selv bliver inddraget i denne drøftelse. Eksempelvis fremhæver en borger, at hun har det skidt, men gerne vil undgå en indlæggelse. Hun beskriver, at selvom hun i drøftelsen giver udtryk for, at hun ikke ønsker indlæggelse, så har hun tillid til, at lægen vil insistere, hvis det var nødvendigt med en indlæggelse:

”

...Vi snakker om indlæggelse, og så spørger de mig. Det er lidt, som om jeg selv får valget om, om jeg vil indlægges eller ej. Det kan jo så godt være svært at tage det valg. Især hvis man overhovedet ikke ved noget indenfor sundhedsvæsenet. Men jeg er sådan set tryk ved, at hun [sygeplejersken] konfererer så meget med en læge, og det er jo helt sikkert, at hvis der havde været noget et eller andet helt galt, så var jeg blevet indlagt, så havde lægen sagt jamen du skal altså indlægges. Jeg tror, jeg var sådan lidt på vippen. Og så fordi jeg kun havde fået den her behandling i relativt kort tid, for jeg havde jo faktisk kun fået den fra fredag eftermiddag, så ville de godt se effekten af det. [...] Jeg havde det dårligt, men jeg kunne godt håndtere det. Og det tror jeg måske også de kunne mærke. Og så vurderede vi sammen, at jeg godt kunne blive hjemme...

“

Kvinde, Gentofte, der har haft besøg af AkutTeamet

De borgere, der har oplevet, at sygeplejersken ringer til en læge og drøfter borgers situation, mens de er i hjemmet, oplever denne del som meget betryggende. Dette gælder, uanset om borgerne har været konfuse og haft svært ved at deltage, eller om borgerne har kunnet inddrages mere i samtalen.

For forløbene foregår den direkte kontakt med lægen på en anden vis, da lægen fx løbende følger udvikling i de vitale parametre hos borgeren på afstand (fx gennem blodprøver, der tages som en del af intravenøs behandling), og derefter tager sygehuset eller egen læge direkte kontakt til borgeren.

Her er der dog en særlig opmærksomhed på formidling og kommunikation omkring eventuelle afvigelser i forhold til praksis. For nogle borgere har det fyldt meget, at der er forskelle mellem det, som lægen angiver, og det som sygeplejerskerne gør i praksis. Sundhedsfagligt vil der formentlig ikke være stor forskel i resultatet af forskellene i praksis, men fra borgernes perspektiv giver dette usikkerhed og utryghed.

Eksempelvis har en kvinde besøg af AkutTeamet pga. stærke smerter. Hun oplever teamet som handlende, og det gør hende tryk i situationen som beskrevet for andre situationer ovenfor. Egen læge har efterfølgende fortalt borgeren, at præparaterne ikke må tages som anbefalet af teamet:

”

...Det er noget meget stærk medicin. Og bagefter har min læge sagt, at åh nej det må du ikke tage samtidig...

“

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

Dette gør, at kvinden efterfølgende føler sig utryk over, om hun faktisk blev rådgivet korrekt af AkutTeamet.

Et andet eksempel er en mand, der har besøg af AkutTeamet i forbindelse med intravenøs behandling. Han har haft et kompliceret forløb, og sygehuset informerer ham om, at det er vigtigt, at medicinen gives i et bestemt interval. Han oplever, at teamets vagtplan vanskeliggør overholdelsen af disse intervaller:

”

... Det er en af minusser ved AkutTeamet, at der er forskellige intervaller på indtagelse af medicinen. Der kunne man så godt ønske, at det var mere præcist, inden for en time i hvert fald eller to...

“

Mand, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

Dette er en usikkerhed, som bliver siddende i mandens hukommelse over længere tid. Det er nemlig en bekymring, som han vender tilbage til, da han bliver geninterviewet.

Det sidste eksempel drejer sig om, at AkutTeamet har en anden praksis for, hvor ofte borgerens instrument til intravenøs medicingivning skal renses, end anæstesilægen. Teamet bruger faglige forklaringer i dialogen med borgeren. Og borgeren konstaterer, at det er en diskussion, som de må blive enige om indbyrdes:

”

... Han [anæstesi-lægen] siger, husk at sig, at den skal skylles igennem. [...] Og det skal være tre gange både før og efter. Der var sygeplejerskerne en del uenige om, hvor mange gange, at det skulle være. De forklarede mig også, at der var lavet mange undersøgelser. Der var skrevet, at der ikke behøvede at være tre gange. Der skulle de være lidt mere enige. Sygeplejerskerne gav mig nogle gode forklaringer på, at det var ikke sådan det var mere. De fleste af dem gav mig tre gange. Den må de jo afgøre, hvor meget det skal være...

“

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

Som det fremgår, fylder denne diskrepans omkring praksis for fx intervaller for medicingivning meget i borgernes oplevelse af koordinering og sammenhæng. I særlig grad er det dog væsentligt, at AkutTeamet kommunikerer relevant og fagligt omkring eventuelle diskrepanser, da dette er et område, hvor borgerne naturligt oplever sig meget usikre og let bliver forvirrede.

Set fra et borgerperspektiv er det mest afgørende, at sygeplejerskerne tager en direkte kontakt med behandlingsansvarlig læge både i forløb og for enkeltbesøg. AkutTeamets mulighed for at skabe tryghed bliver dog udfordret, når deres faglige praksis adskiller sig fra det, borgerne har fået indtryk af, lægens praksis er. Det tyder på, at borgerne tillægger behandlingsansvarlig læge stor autoritet – og at de oplever kontinuitet og koordination i deres forløb, når teamet følger lægens anvisninger eller fagligt forklarer afvigelserne.

En koordineret og fagligt kompetent indsats

Flere borgere fremhæver det som vigtigt for deres oplevelse af tryghed, at indsatsen fremstår koordineret, og at dette medvirker til, at den fremstår som fagligt kompetent. Dette hænger således tæt sammen med, at der for besøgene er en klar plan, som er formidlet og med et klart lægefagligt behandlingsansvar.

Særligt bemærkelsesværdigt er det at se på, hvilken betydning borgerne tillægger koordinationen i teamet. Flere borgere, der er i et forløb med AkutTeamet, fremhæver det som betryggende, at AkutTeamet tydeligt fortæller, at de deler viden om borgerens situation, behov og indsats. De værdsætter koordinationen mellem sygeplejerskerne og tillægger det stor værdi, at den sygeplejerske, som kommer, er klædt på til opgaven. En borger fortæller netop om, hvordan hun oplever, at teamet koordinerer omkring hendes forløb:

”

... Man kunne også forstå, at de talte sammen om det ovre på teamet om morgenen. De vidste godt, at der skulle tages blodprøver. Det havde de talt om...

“

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

Det er særligt interessant, at borgerne ikke på eget initiativ nævner, at de har særlige ønsker til, at det er bestemte personer, som går igen. Direkte adspurgt siger de, det er rart at møde et "kendt ansigt", men det mest afgørende for borgerne er, at de oplever, at den som kommer, er klædt på til opgaven.

Borgere i forløb med teamet fremhæver også, at der oparbejdes en relation til teamet over tid. Teamet er gode til at bruge den ventetid, der er i besøgene til at tale med borgerne, om hvordan de har det, og hvad der optager dem i hverdagen. Det bliver af borgerne således oplevet som en personlig relation, som tager udgangspunkt i den enkelte:

”

...Jeg synes, de var så søde. Vi fik nogle rigtig gode snakke. [...] Vi snakkede om løst og fast og gode råd om [hverdagsemner såsom job] og mange gode ting. [...] Jeg følte mig i trygge hænder, og de virkede superinteresserede. Både i mig og [mit job]. Det var meget søde damer...

“

Kvinde, Gladsaxe, der har haft besøg af AkutTeamet

Samlet set er det væsentligt, at borgeren tillægger det stor værdi, at indsatsen fremstår koordineret og fagligt kompetent i AkutTeamet.

5.10.5 Ved afslutning af besøget/forløbet

Det går igen på tværs af interviewene, at borgerne oplever, afslutningen af de enkeltstående besøg samt forløb som tryk og med en høj grad af kontinuitet til det videre forløb. Særligt formidlingen af en plan og udvalgt opfølgning er betydende for borgeren, jf. boksen. Dette uddybes nedenfor.

4. Ved afslutning af besøget/forløbet lægger borgerne især vægt på:



- › Kontinuitet ved formidling af en klar plan
- › Opfølgning på udvalgte borgere

Kontinuitet ved formidling af en klar plan

Når besøget af eller forløbet med AkutTeamet slutter, italesætter flere borgere, at det har været vigtigt for dem, at der er en klar plan.

For forløbene drejer det sig ofte om en plan, som sygehuset har udarbejdet. Her har borger ofte været i tæt kontakt med behandlingsansvarlig læge, og det er derfor klart for borger, hvad der sker efterfølgende, også uden at AkutTeamet er indblandet heri.

For enkeltbesøgene er billedet mere varieret. Det kan variere, hvem der udformer og eventuelt overleverer planen. Nogle oplever, at deres egen læge udformer en plan, som enten er videreformidlet telefonisk, inden AkutTeamets ankomst, eller bliver

videreformidlet af AkutTeamet, når de afslutter besøget. Det kan også være AkutTeamet, der på baggrund af deres observationer vurderer og formidler, hvad der skal ske. Eksempelvis har en kvinde et sår, som ikke vil stoppe med at bløde. AkutTeamet er så tydelige i, hvad der skal ske efter deres besøg, at borgeren tydeligt gengiver det i interviewet:

”

... "Den skal du lade sidde mindst et døgn." Og så fik jeg et sæt til, hvis det var nået at bløde igennem inden...

“

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

Ved enkeltbesøgene er der enkelte episoder, hvor borger bliver usikker på, hvad det er meningen, der skal ske, når AkutTeamet har været der. Det skaber en usikkerhed, hvis borgeren ikke oplever en umiddelbar bedring efterfølgende, eller hvis ikke der sker det forventede. Fx bliver AkutTeamet kaldt ud til en borger, som har stærke smerter. Borgeren bliver rådgivet i at tage to medicinpræparater på én gang. Dette er medicin, som borgeren normalt tager forskudt af hinanden, og som er ordineret af borgers egen læge. Inden AkutTeamet afslutter besøget, spørger borger ind til, hvor længe der vil gå, før det virker. Borgeren oplever ikke bedring i sine smerter og har derfor meget ondt weekenden over. Borgeren kontakter i stedet egen læge mandag morgen, da hun er i tvivl om, hvem hun har skullet kontakte for at få den hjælp, der virker.

Således oplever borgerne det som trygt, at der er en klar plan, som de får videreformidlet. Det kan derimod give usikkerhed, når virkeligheden afviger fra planen, eller borger ikke oplever at have klare aftaler, hvis der sker afvigelser. Sammenhæng og forudsigelighed i forløbet virker derfor til at være væsentlige for borgeren i afslutningen af forløbene.

Opfølgning på udvalgte borgere

For en række borgere er opfølgning fra AkutTeamet ikke relevant, fx fordi forløbet følges op af sygehuset eller egen læge, eller fordi borgers plan er klar og tydelig, og borgers udvikling følger dette som forventet. Her er opfølgning således ikke relevant.

AkutTeamet har dog valgt at følge op på udvalgte borgere, fx fordi AkutTeamet har villet sikre sig, at borgers udvikling følger det forventede. Eksempelvis oplever en borger, som AkutTeamet har været på besøg hos pga. komplikationer med kateter det som utrolig værdifuldt at blive fulgt op på:

”

...Det der imponerede mig allermest, det var, at vedkommende ringede en time eller halvanden senere og hørte, om det stadig gik godt – og gjorde det samme igen morgenen efter. Jeg var vildt imponeret...

“

Mand, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

Behovet for opfølgning er naturligvis en afvejning fra gang til gang. Denne afvejning kan blive mere vanskelig hos borgere, som oplever meget usikkerhed fx på grund af flere, sideløbende og måske interagerende forløb, hvilket gør borgers situation kompleks. I sådanne situationer kommer AkutTeamet ind med en specifik opgave i en kompleks situation med mange aktører. Borgerne søger typisk en, som har "hånd i hanke" med forløbet og kan let miste overblikket over et sådant forløb. En borger beskriver, hvordan hun oplever det vanskelig at være mellem mange forskellige aktører, og at hun hos AkutTeamet oplevede en forståelse og handlen, som hun værdsatte. Men da hun i samme periode havde kontakt til flere andre fra sundhedssystemet "druknede" hendes overblik over, hvordan hun kontaktede AkutTeamet:

”

... Jeg havde jo ikke numre eller noget [på AkutTeamet]. [...] Havde jeg haft det, havde jeg ringet. Det er jeg sikker på. Fordi dem kunne jeg snakke med...

“

Kvinde, Rudersdal, der har haft besøg af AkutTeamet

Borgerne oplever det således som særdeles værdifuldt, når AkutTeamet på eget initiativ følger op og sikrer den rette udvikling i forløbet. Behovet for opfølgning kan dog være mere omfangsrigt hos borgere, som står i en for dem kompleks situation, hvor netop kontakten og muligheden for at få en sundhedsfaglig behandling udfordres ikke bare af en sygdom, men også af manglende overblik over handlemuligheder i situationen.

5.11 Organisering af AkutTeam

Kravet om at alle kommuner har en akutsygepleje til rådighed³⁷ medfører at det borgernære sundhedstilbud skal tænkes på en ny måde. Det er muligt for hver enkelt kommune enten at løse akutopgaven monokommunalt eller ved at gå sammen i et driftssamarbejde. Den monokommunale akutfunktion vil af strukturelle og kapacitetsmæssige hensyn oftest blive en integreret del af den kommunale hjemmesygepleje, med de fordele og ulemper der er forbundet herved. En anden løsning kan også være, som tilfældet er med AkutTeamet, at flere kommuner arbejder sammen om at etablere en tværkommunal løsning, *jævnfør tabel 5.7.*

³⁷ Bekendtgørelsen om akutfunktioner

Tabel 5.7 to løsninger på akutfunktion

Monokommunal akutfunktion	Tværkommunal akutfunktion
Vil ofte være en del af hjemmesygeplejen	Vil være muligt at fritage fra daglig drift
Vil kræve kompetenceudvikling af alle hjemmesygeplejersker for at kunne udføre indsatser hele døgnet	Vil have samlet de væsentligste kompetencer og erfaringer centralt, med understøttelse af hjemmesygeplejen
Vil kræve øget fokus på fleksibilitet i kørelisterne	Vil have mulighed for at have et team uden faste kørelistes
Mindre transporttid, nærhedssprincip	Udfordringer i forhold til transporttid

I næste afsnit er der fokus på at beskrive nogle af de overvejelser og erfaringer der er gjort omkring etableringen af en tværkommunal akutfunktion. Hvordan den optimale løsning på en akutfunktion ser ud, er ikke en del af nærværende evaluering.

5.11.1 Størrelsen på borgergrundlaget

Et af argumenterne for at samle tre kommuner omkring et samlet AkutTeam var at øge mængden af borgere. Et øget borgergrundlag giver mulighed for at have en akutfunktion, som er fritaget fra driftshensyn og derved muliggør man at AkutTeamet netop kan handle mere akut. En sådan fritagelse fra driftshensyn nødvendiggør en vis volumen i borgergrundlaget, for at sikre et fornuftigt aktivitetsniveau og dermed kapacitetsudnyttelse.

Omvendt er der også risiko for at et samarbejde med flere kommuner omkring en akutfunktion medvirker til øget transporttid for akutsygeplejerskerne. For AkutTeam kan det være når en akutsygeplejerske skal ud til en borger i den nordligste del af Rudersdal Kommune, midt i myldretiden³⁸. Enkelte sygeplejersker fra AkutTeam nævner at der i perioder kan være uforholdsvis meget transporttid.

5.11.2 Alternativer til det tværkommunale AkutTeam

Der er som udgangspunkt tre overordnede scenarier for den fremtidige organisering af AkutTeam. Det ene scenarie er at arbejde videre med nærværende organisering og fortsætte det succesfulde samarbejde om et driftsfællesskab mellem de tre kommuner.

En anden mulighed vil være at nedlægge AkutTeamet som et driftsfællesskab. Hver kommune vil herefter skulle etablere egne monokommunale akutfunktion. Denne løsning vil være en tilbagegang i forhold til ønsket om flere fælles standarder og færre

³⁸ Den nordligste del af Rudersdal Kommune ligger kilometermæssigt længst fra AkutTeamets "base" i Gladsaxe.

indgangsveje mellem region til kommunen. Et monokommunalt samarbejde er vurderet at kunne lykkes også uden nødvendigvis at skulle øge udgifterne, omend det nok vil kræve flere ansættelser i den kommunale hjemmesygepleje i alle tre kommuner, for at kunne opretholde samme serviceniveau. Foruden flere ansættelser vil det som beskrevet i *tabel 5.7* også kræve kompetenceudvikling af en stor del af hjemmesygeplejerskerne, for at kunne dække de samme opgaver, som AkutTeam udfører i dag, for alle borgere i hele døgnet.

En tredje mulighed kunne være at udvide antallet af samarbejdskommuner og dermed bidrage til yderligere udvikling af samarbejdet med regionen omkring den borgernære sundhed. En sådan udvidelse kan være en god løsning, vurderer de tre kommuners sundhedschefer, dog er det væsentligt at udvidelsen sker velovervejet og med fokus på de udfordringer der kan være, blandt andet øget transporttid. En variant ind i udvidelsen af driftssamarbejdet med flere kommuner kunne være at invitere hospitalet/regionen med ind som partner i driften af en fælles akutfunktion.

5.11.3 Udbredelse af kendskabet til AkutTeamet

Der har fra starten af været stor fokus på at udbrede kendskabet og arbejdsgangene til AkutTeamet blandt de eksterne parter. Arbejdet har utvivlsomt bidraget til den positive opfattelse blandt de eksterne parter, hvor særligt lægerne ved almen praksis og akuttelefonens medarbejdere er meget tilfredse med samarbejdet.

Det store fokus på at udbrede kendskabet til AkutTeamet blandt de eksterne parter, kan have medført et mindre fokus på samarbejdet med kommunens egne sygeplejersker. Evalueringen viser, at der er udfordringer med samarbejdet med særligt de kommunale hjemmesygeplejersker. Udfordringerne i deres samarbejde er dog ikke unikke, da samme oplevelse gør sig gældende i evalueringer af øvrige akutfunktioner, som for eksempel SHS-teamet i Ballerup-, Herlev- og Furesø Kommune³⁹. Blandt andet i lyset af resultaterne i evalueringen er der allerede iværksat en række initiativer for at forbedre kendskab og samarbejde mellem AkutTeam og de tre kommunale hjemmesygeplejer.

³⁹ Evalueringsrapport af SHS-teamet

6 Konklusion

De overordnede formål med etableringen af AkutTeamet var:

- at forbedre muligheden for at forebygge (gen)indlæggelser
- at skabe et mere sammenhængende forløb for borgerne på det somatiske område
- at etablere en omkostningseffektiv løsning

De konkluderende bemærkninger forholder sig til, om AkutTeams formål er indfriet. Derudover behandles de resultater som er opnået gennem de to hjemler, som er udfordret i forbindelse med frikommuneforsøget.

Overordnet set må det konkluderes, at AkutTeamet i de 2½ år, det har været i drift er det lykkedes at opbygge en solid drift, med et stabilt antal besøg og henvendelser. Akutteamet er blevet en naturlig og prioriteret samarbejdspartner blandt mange praktiserende læger og akuttefonen. Hospitalerne anvender også meget gerne AkutTeamet, særligt i de tilfælde hvor det er muligt at udlægge en borger til eksempelvis IV-behandling.

De kommunale sygeplejersker og assistenter, der anvender AkutTeamet er overordnet tilfredse med AkutTeamet, dog har det vist sig at være mere kompliceret at få samarbejdet med hjemmesygeplejen til at fungerer optimalt end umiddelbart forventet. Denne kompleksitet bør ses i lyset af, at der har været fokuseret mest på samarbejdet med de eksterne parter undervejs i implementeringen.

6.1 Forebyggede indlæggelser og omkostningseffektivitet

Ved etableringen af AkutTeamet var det forventet at mulighederne for at reducere og forebygge unødige indlæggelser ville blive bedre og at antallet af indlæggelser for målgruppen ville være færre i de tre kommuner, end hvis AkutTeamet ikke var blevet etableret. Desværre udstår undersøgelsen af netop forebyggede indlæggelser, som resultat af AkutTeamets etablering, grundet manglende data fra landspatientregistret.

En tidligere analyse har dog vist en indikation på at AkutTeamet bidrager med at forebygge indlæggelser⁴⁰, ligesom en praktiserende læge udtaler dette i spørgeskemabesvarelsen.

Som følge af den mangelfulde opgørelse af AkutTeamets evne til at forebygge indlæggelser, har det samtidig været svært, at klarlægge hvorvidt man er lykkedes med at skabe en omkostningseffektiv løsning. Evalueringen bidrager dog til at sandsynliggøre, at kommunernes omkostninger til drift af et monokommunalt tilbud ikke ville være lavere.

⁴⁰ Midtvejsevalueringen af AkutTeam fra 2019

Desuden synliggør evalueringen en række gevinster i form af eksempelvis det klart forbedrede samarbejde på tværs om borgernes behandling.

6.2 Sammenhængende forløb for borgerne på det somatiske område

Kommunale akutfunktioner som Akutteamet er lovgivningsmæssigt placeret under lov om hjemmesygepleje med det formål at styrke samarbejdet og bygge bro mellem den kommunale sygepleje og de eksterne parter på det somatiske område.

Samarbejde omkring AkutTeamet

Evalueringen viser, at samarbejdet med AkutTeamet fungerer rigtig godt med de eksterne parter. Særligt de praktiserende læger og medarbejdere ved akuttelefonen er meget tilfredse med samarbejdet. Medarbejdere ved hospitalet er også tilfredse med AkutTeamet og deres samarbejde. At AkutTeamet bidrager til et bedre samarbejde mellem kommunerne og hospitalerne er et stort skridt i udviklingen af et mere borgernært sundhedsvæsen.

Evalueringen viser samtidig, at de kommunale hjemmesygeplejersker har et mere kompliceret samarbejde med AkutTeamets sygeplejersker, hvilket kommer til udtryk i en tilbageholdenhed i anvendelsen. Netop det komplicerede samarbejde mellem de to grupper af sygeplejersker er ikke unikt og gør sig også gældende i andre tilsvarende akutfunktioner. Forskellen i tilfredsheden skyldes hovedsageligt den relationelle koordinering, kommunikationen, mindre behov for sparringspartnere og uklare opgavesnitflader. Evalueringen viser at et øget behov for tættere integration og samarbejde med hjemmesygeplejen i de tre kommuner kan være relevant i den fremtidige udvikling.

Borgernes opfattelse

På tværs af alle interviewene udtrykker borgerne stor tilfredshed med besøget fra AkutTeamet. Det ses især som en positiv oplevelse, at det faktisk er muligt at få en målrettet, sammenhængende sundhedsfaglig indsats i eget hjem, med direkte lægefaglig kontakt, og som sikrer konkret handlen i borgerens forløb. Ofte kender borgerne ikke til muligheden for besøg fra AkutTeamet inden første besøg og fremhæver det som en positiv overraskelse, at det er muligt at få denne type indsats i eget hjem.

På tværs af interviewene beskriver borgerne en række oplevelser, hensyn og prioriteter, der er særligt betydningsfulde for dem, især:

- At kunne være i eget hjem gør, at man kan opretholde rutiner, kontakter og hverdagens gøremål, og det giver oplevelsen af tryghed.
- At behandlingen er tilgængelig i eget hjem med kort responstid, også i ydertidspunkterne, mindsker bekymringer over sygdommens udvikling.

- At AkutTeamet koordinerer den relevante lægekontakt er afgørende for borgerne, da mange oplever det vanskeligt at få en kontakt med, kommunikere relevant med og komme til lægen eller på sygehuset.
- At AkutTeamet er handlende efter en kendt plan giver en oplevelse af en sammenhængende indsats og handling i forhold til borgerens sygdom.
- At AkutTeamets indsats fremstår kompetent, velforberedt og imødekommende giver en umiddelbar oplevelse af tryghed og kontinuitet i den situation, som AkutTeamet er kaldt ud til.

Tryghed og kompetencer

Evalueringen viser, at alle parter er tilfredse med kompetenceniveauet blandt akutsygeplejerskerne. Særligt kompetenceniveauet blandt akutsygeplejersker er en stærk faktor for hvor tryk de respektive parter er ved at anvende AkutTeamet. Evalueringen viser derfor at prioriteringen af at skabe et stærkt fagligt AkutTeam har bidraget til at læger, såvel som sygeplejersker er trygge ved anvendelsen af akutsygeplejerskerne. Trygheden er særligt relevant for læger, som skal påbegynde en behandling på baggrund af en klinisk vurdering udført af akutsygeplejerskerne og ofte uden et forudgående kendskab til borgeren.

6.3 Frikommunehjemlerne

Evalueringen viser overordnet set en stor tilfredshed med de muligheder, som de to frikommunehjemler giver AkutTeamet. Både medicinhomejenlen og visitationshomejenlen bliver blandt de relevante parter anset som at tilføje værdi..

Aktivitetstallene for medicinanvendelsen viser, at det hovedsagligt er to præparater som anvendes (Selexid og Natriumklorid), og at anvendelsen af medicinen ikke sker så hyppigt som forventet. Når medicinen anvendes, har den hurtige behandling en stor betydning for den enkelte borgers helbredssituation. På den baggrund er det den generelle opfattelse, at udbredelsen af medicinhomejenlen løfter servicen på det borgernære sundhedsområde. Der vil dog være behov for, at medicinlisterne justeres med udgangspunkt i den seneste nye viden på området i forhold til, hvad der med fordel kan medbringes.

Visitationshomejenlen er en stor fordel for akutsygeplejerskerne, da alternativet vil være en uønsket besværlig administrativ proces. Visitationshomejenlen giver AkutTeamet mulighed for at være selvvisiterende, på linje med hjemmesygeplejerskerne i de tre kommuner. Hvis forsøgshomejenlen ikke bliver permanent, vil løsningen betyde at AkutTeamet forud for opgaven kan påbegyndes, vil skulle ringe til en kommunal sygeplejerske og få visiteret opgaven. Det estimeres i evalueringen at forsøgshomejenlen bidrager med at fjerne en unødigt arbejdsgang, som giver større arbejdsglæde, hurtige udrykning til borger og tilmed sparrer sagsbehandlingstid for de tre kommuner i fællesskab svarende til en deltids sygeplejerske.

Det vurderes, at de to udfordrede lovhjemler i forbindelse med frikommuneforsøget har bidraget til et højere serviceniveau blandt borgerne, som alt andet lige ville have været mindre uden frikommunestatus. Hverken visitations- eller medicin hjemlen forventes at være en nødvendig forudsætning for de fine resultater, der er opnået i forhold til samarbejdet omkring AkutTeamet, dog vurderes de at have bidraget til kvaliteten. De to udfordrede frikommunehjemler vurderes at have bidraget med:

- Øget borgertilfredshed i form af hurtig påbegyndelse af medicinsk behandling
- Øget medarbejdertilfredshed ved at skulle undgå unødige visitationskontakt
- Sparet tid svarende til en kommunalt deltidsansat sygeplejerske
- Ensartet praksis på tværs af kommuner

På baggrund af nærværende evaluering af AkutTeam, kan det klart anbefales, at de to hjemler, som er blevet udfordret af AkutTeamet, gøres permanente og dermed vedbliver en mulighed for nærværende AkutTeam og andre akutfunktioner. På baggrund af nærværende frikommuneforsøg er det lykkedes at implementere begge love uden nævneværdige problemer. Herunder er der også opnået en generel accept af akutsygeplejerskernes håndtering af medicin blandt både læger i almen praksis og lægerne tilknyttet 1813.

6.4 Fremtidig organisering af AkutTeam

Da det er et krav at samtlige kommuner har en akutfunktion, er det ikke et muligt alternativ at nedlægge akutfunktionen. Eneste mulige alternativer til nuværende AkutTeam ville da være enten at opgive samarbejdet mellem de tre kommuner og gennemføre et monokommunalt AkutTeam, eller omvendt at udvide det fælles AkutTeam til at dække flere kommuner.

Evalueringen viser at samarbejdet omkring AkutTeamet i de tre kommuner er velfungerende. AkutTeamet udfører en høj kvalitet i den daglige drift og samarbejdspartnerne er trygge ved at anvende dem. Det er lykkedes de tre kommuner, i samarbejdet med regionen og almen praksis, at få etableret et velfungerende og driftssikkert AkutTeam, indenfor rammerne af frikommuneforsøget.

Der er i evalueringen tungtvejende argumenter for at AkutTeam skal fortsætte udviklingen og bygge videre på de resultater der er opnået. De positive resultater AkutTeam har opnået i samarbejde med de tre kommuner, almen praksis, akuttelefonen og Herlev og Gentofte Hospital gennem forsøgsperioden danner et stærkt grundlag for en fortsat udvikling af det positive samarbejde omkring de borgernære sundhedstilbud.

Det anbefales på baggrund af nærværende evaluering, at AkutTeam fortsætter i et tværkommunalt samarbejde når frikommuneprojektet udløber.

7 Bilag

Bilag 1 – eksempel spørgeskema til praktiserende læger

Hvor godt vil du betegne dit kendskab til Akutteamet i Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal?

- (1) Begrænset kendskab
- (2) Nogenlunde kendskab
- (3) Godt kendskab

Hvor enig, eller uenig, er du i understående udsagn?

	Meget uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Meget enig	Ved ikke/ikke relevant
Jeg er tilfreds med kvaliteten af Akutteamets udførte arbejde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg føler mig tryk når jeg anvender Akutteamet?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Det er en tidskrævende proces at anvende Akutteamet?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Det er nemt at anvende Akutteamet?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg har behov for yderligere viden omkring hvornår jeg kan anvende Akutteamet?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Er der eventuelle kommentarer eller noget du gerne vil uddybe?

De næste spørgsmål omhandler samarbejdsrelationen med Akutteamet

Hvor enig, eller uenig, er du i understående udsagn?

	Meget uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Meget enig	Ved ikke/ikke relevant
Jeg har en god kommunikation med Akutteamet når jeg henvender mig omkring en borger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Når Akutteamet afslutter deres forløb hos en borger, har vi afslutningsvis en tilfredsstillende dialog omkring borgeren	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg oplever generelt et godt samarbejde med Akutteamet omkring borgerne	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg oplever at Akutteamet bidrager positivt til at borgeren får et sundhedstilbud af god kvalitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Er der eventuelle kommentarer eller noget du gerne vil uddybe?

De næste spørgsmål omhandler den særlige mulighed Akutteamet har for at opbevare og

påbegynde medicinering af en borger med medbragt medicin, efter ordination af ansvarshavende læge.

Akutteamet har følgende medicin til rådighed:

Analgetikum (Panodil)

Antibioitikum (Selexid)

Sympatomimetisk (Adenalin)

Laksantia (Microlax)

Lokalanalgetikum (Tapin)

Krampestillende (Stesolid)

Væsker (Natriumklorid & Glucose)

Har du ordineret medicin til en borger gennem Akutteamet og derved anvendt den særlige mulighed Akutteamet har for at påbegynde tidlig medicinsk behandling af borger?

- (1) Nej, aldrig
- (2) Ja, enkelte gange
- (3) Ja, flere gange
- (4) Ved ikke/ikke relevant

Hvorfor har du ikke anvendt muligheden for at ordinere medicin til en borger gennem Akutteamet?

- (1) Ikke haft behov
- (2) Relevant præparat ikke til rådighed
- (3) Kender ikke til muligheden
- (4) Ønsker ikke at anvende muligheden
- (5) Anden årsag (uddyb venligst) _____

Hvor enig, eller uenig, er du i understående udsagn?

	Meget uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Meget enig	Ved ikke/ikke relevant
Muligheden for at kunne ordinere særlig medicin til en borger gennem Akutteamet er en fordel i mit arbejde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Muligheden for at kunne ordinere særlig medicin til en borger gennem Akutteamet er en gevinst for borgeren?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Muligheden for at kunne ordinere særlig medicin til en borger gennem Akutteamet bidrager til at forebygge indlæggelser af borgere?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg er tryk ved at ordinere medicin til en borger, gennem akutsygeplejersken	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
At Akutteamet kan medbringe medicin er en god ide	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Er der eventuelle kommentarer eller noget du gerne vil uddybe?

Afslutningsvis har vi lige to baggrunds spørgsmål om dig

Hvilket køn er du?

- (1) Kvinde
- (2) Mand
- (3) Andet / vil ikke svare

Hvor mange års erfaring har du som praktiserende læge?

- (1) 0-2 års erfaring
- (2) 3-5 års erfaring
- (3) 6-10 års erfaring
- (4) 11-15 års erfaring
- (5) 16+ års erfaring
- (6) Ved ikke

Har du yderligere kommentarer, som er relevante for evalueringen, kan du skrive dem her?

Bilag 2 – Interviewguide sundhedschefer

Samarbejde	Har det fælles AkutTeam åbnet op for et stærkere/tættere samarbejde mellem de tre kommuner på sundhedsområdet? Har AkutTeam åbnet op for et stærkere/tættere samarbejde med de eksterne parter? Hvorfor vurderer hjemmesygeplejen samarbejdet med AkutTeam lavere end de andre?
Serviceløft	Er AkutTeam et serviceløft over for

	borgerne?
Medicinhjemlen	Har medicinhjemlen bidraget positivt/negativt til borgerens sundhedstilbud? Har medicinhjemlen haft nogen betydning for den kommunale hjemmesygepleje?
Visitationshjemlen	Bidrager visitationshjemlen med kvalitet? Sparer visitationshjemlen tid, samlet set? Giver hjemlen udfordringer andre steder? Hvor besværligt er alternativet til hjemlen?
Hjemler	Er fravalget af § 60 endt ud som I ønskede?
Alternativ løsning	Vil der være behov for yderligere ansættelser? Vil der mangle relevant udstyr til sygeplejerskerne? Vil det kræve en anden organisering i kommunerne?
Synergier	Hvilke positive synergier har AkutTeam medført? Hvilke negative synergier har overrasket jer? Med vores nuværende viden, hvad ville vi så gøre anderledes hvis vi skulle starte forfra?

Bilag 3 – Interviewguide sygeplejersker

Samarbejde	Hvordan fungerer samarbejdet helt overordnet med AkutTeam? Hvad fungerer det godt Hvad fungerer knap så godt Er AkutTeam din foretrukne
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>samarbejdspartner?</p> <p>Hvilke opgaver bruger I AkutTeam til og er der kendskab til hvilke opgaver de kan rekvireres til?</p> <p>Hvorfor er der forskel på udkørende og ikke udkørende?</p> <p>Hvad er det første du ville tage fat på, hvis du skulle udvikle samarbejdet med AkutTeam?</p>
Medicin	Mærker du at AkutTeam medbringer medicin?

Bilag 4 – Lineær regression "det gode sundhedstilbud"

	"Akutteamet bidrager til det gode sundhedstilbud"
Konstanten	0,47 (0,26)*
Sygeplejerske	<i>Ref.</i>
Læge	0,09 (0,10)
Social- og Sundhedsassistent	-0,17 (0,09)*
Administrativ	-0,25 (0,27)
Leder	-0,12 (0,18)
Mand	-0,05 (0,11)
Erfaring	-0,04 (0,03)
Kendskab til AkutTeam	-0,11 (0,05)**
Godt samarbejde med Akutteam omkring borgeren	0,63 (0,06)***
Tilfreds med kommunikation ved henvendelse til AkutTeam	0,05 (0,05)
Akutteamets medicin forebygger indlæggelser	0,11 (0,05)**
Akutteamets medbragte medicin er en god ide	0,05 (0,06)
Jeg er tryk ved at anvende AkutTeam	0,15 (0,04)***
Justeret R ²	0,75
n	261

Note: *** p<0.01; ** p<0,05; * p<0,1. Analysen er baseret på en lineær regression med ustandardiserede koefficienter, med dertilhørende standardfejl i parenteserne Ingen særlige anmærkninger i gennemført forudsætningstest.

Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Bilag 5 – Lineær regression "medicin er en god ide"

Alle spurgte:

	"God ide" at medbringe medicin
Konstanten	1,64 (0,25) ^{***}
Sygeplejerske	<i>Ref.</i>
Læge	-0,36 (0,10) ^{***}
Social- og Sundhedsassistent	-0,06 (0,09)
Administrativ	0,47 (0,32)
Leder	-0,20 (0,20)
Mand	0,07 (0,11)
Erfaring	-0,00 (0,03)
Kendskab til AkutTeam	0,11 (0,05) ^{**}
Akutteamets medicin forebygger indlæggelser	0,13 (0,06) ^{**}
Akutteamets medicin er en fordel for borgeren	0,47 (0,06) ^{***}
Akutteamets medicin er en fordel for mig	-0,02 (0,05)
Jeg er tryk ved at anvende AkutTeam	0,06 (0,04)
Justeret R ²	0,41
n	255

Note: *** p<0.01; ** p<0,05; * p<0,1. Analysen er baseret på en lineær regression med standardiserede koefficienter, med dertilhørende standardfejl i parenteserne Ingen særlige anmærkninger i gennemført forudsæstningstest.

Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Kun læger:

	"God ide" at medbringe medicin
Konstanten	0,91 (0,50) [*]
Mand	0,12 (0,09)
Erfaring	-0,03 (0,04)
Kendskab til AkutTeam	0,18 (0,11)
Akutteamets medicin forebygger indlæggelser	0,07 (0,06)
Akutteamets medicin er en fordel for borgeren	0,17 (0,14)
Akutteamets medicin er en fordel for mig	0,27 (0,11) ^{**}
Jeg er tryk ved at anvende AkutTeam	-0,14 (0,12)
Jeg er tryk ved at anvende AkutTeamets medicin	0,36 (0,11) ^{***}
Justeret R ²	0,74
n	54

Note: *** $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$. Analysen er baseret på en lineær regression med ustandardiserede koefficienter, med dertilhørende standardfejl i parenteserne Ingen særlige anmærkninger i gennemført forudsætningstest.

Kilde: "Spørgeskemaundersøgelsen"

Bilag 6 – Lineær regression ” Tryk ved at anvende AkutTeamet”

	”Tryk ved anvendelse af AkutTeam”
Konstanten	0,58 (0,18) ^{***}
Sygeplejerske	<i>Ref.</i>
Læge	0,03 (0,01)
Social- og Sundhedsassistent	-0,07 (0,08)
Administrativ	-0,12 (0,20)
Leder	0,00 (0,16)
Mand	0,09 (0,09)
Erfaring	-0,00 (0,02)
Kendskab til AkutTeam	0,00 (0,05)
Tilfreds med kvalitet i AkutTeamets udførte arbejde	0,61 (0,04) ^{***}
Tilfreds med kommunikation ved henvendelse til AkutTeam	0,14 (0,05) ^{**}
Tilfredsstillende afsluttende dialog med Akutteam	-0,06 (0,04)
Godt samarbejde med AkutTeam omkring borgeren	0,18 (0,06) ^{***}
Justeret R ²	0,70
n	377

Note: *** p<0.01; ** p<0,05; * p<0,1. Analysen er baseret på en lineær regression med ustandardiserede koefficienter, med dertilhørende standardfejl i parenteserne Ingen særlige anmærkninger i gennemført forudsætningstest.

Kilde: ”Spørgeskemaundersøgelsen”

Bilag 7 – Lægebetjening Region Hovedstaden

Vedr. forbrug i 1. halvår af 2020 af ydelse 4469 - kommunale akutfunktioner

Region Hovedstaden	Antal	Antal	Gns. ydelser pr.	
	Personer	Ydelser	patient	Antal læger
101 - Københavns Kommune	441	1.019	2,31	63
147 - Frederiksberg Kommune	115	238	2,07	19
151 - Ballerup Kommune	102	169	1,66	10
153 - Brøndby Kommune	66	111	1,68	7
155 - Dragør Kommune	20	28	1,40	2
157 - Gentofte Kommune	174	331	1,90	19
159 - Gladsaxe Kommune	77	128	1,66	10
161 - Glostrup Kommune	31	60	1,94	1
163 - Herlev Kommune	99	156	1,58	7
165 - Albertslund Kommune	25	41	1,64	5
167 - Hvidovre Kommune	73	145	1,99	8
169 - Høje-Taastrup Kommune	121	267	2,21	8
173 - Lyngby-Taarbæk Kommune	161	267	1,66	16
175 - Rødovre Kommune	75	158	2,11	5
183 - Ishøj Kommune	5	7	1,40	1
185 - Tårnby Kommune	121	213	1,76	9
187 - Vallensbæk Kommune	19	33	1,74	4
190 - Furesø Kommune	93	155	1,67	10
201 - Allerød Kommune	50	77	1,54	4
210 - Fredensborg Kommune	65	115	1,77	7
217 - Helsingør Kommune	94	165	1,76	7
219 - Hillerød Kommune	99	299	3,02	7
223 - Hørsholm Kommune	60	102	1,70	7
230 - Rudersdal Kommune	52	85	1,63	13
240 - Egedal Kommune	33	65	1,97	5
250 - Frederikssund Kommune	21	24	1,14	3
260 - Halsnæs Kommune	47	84	1,79	5
270 - Gribskov Kommune	93	146	1,57	7
400 - Bornholms Regionskommune	10	14	1,40	3
Total	2.441	4.702	1,93	272