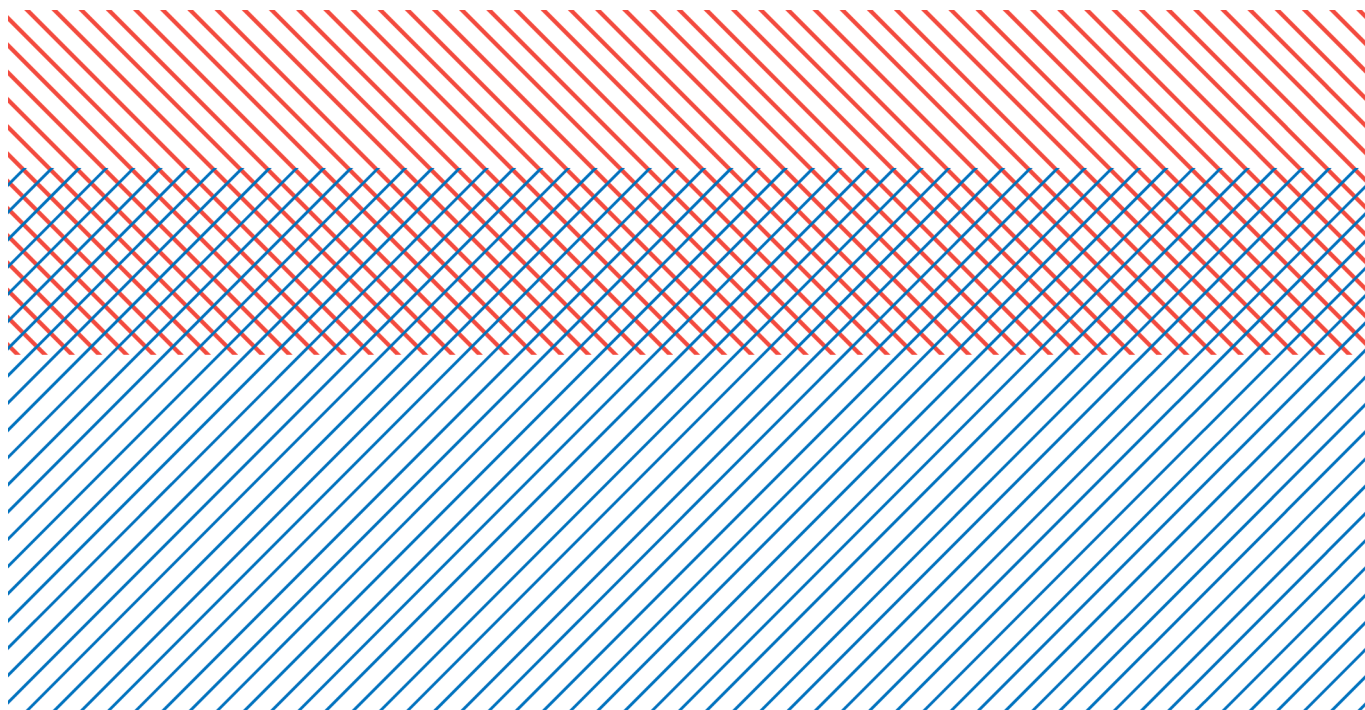


Det kommunale akutområde

Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner



Sidsel Vinge, Martin Sandberg Buch og Pia Kürstein Kjellberg

Det kommunale akutområde – Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-908-6

Projekt: 301246

Finansiering: VIVE og Vejen Kommune

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

VIVE har foretaget en kortlægning af det kommunale akutområde med afsæt i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen fra 2017. Ambitionen har været at skabe overblik over de forskellige organiseringer i kommunerne, de erfaringer kommunerne har gjort sig, og de perspektiver de har på områdets udvikling.

Kortlægningen er finansieret af VIVE og Vejen Kommune. VIVE har i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten leveret viden og sparring til Vejen Kommune som led i udviklingen af kommunens akutfunktion, og VIVE ønsker at takke Vejen Kommune for deres bidrag til kortlægningen.

Kortlægningen blev gennemført i årene 2018-2019, hvor mange kommuner fortsat var i tvivl om, hvordan de mest hensigtsmæssigt skulle organisere sig på området. Det var således også et tidspunkt, hvor mange af de principielle spørgsmål, der er i denne forbindelse, blev bragt i spil.

Denne rapport giver et billede af, hvordan det kommunale akutområde er vokset frem og har udviklet sig, og hvordan 15 meget forskellige kommuner havde valgt at organisere sig på området i årene 2018-2019. Den belyser lovgrundlaget – fordele og ulemper ved forskellige organiseringer – og (måske mest vigtigt) samspillet mellem det kommunale akutområde, væsentlige samarbejdspartnere på hospitaler og i almen praksis og øvrige kommunale tilbud på ældre- og sundhedsområdet.

Viden fra afdækningen skal bidrage til den fortsatte udvikling i de kommende år, hvor der sker en udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Vi håber derfor også, at denne rapport er den første af flere systematiske erfaringsopsamlinger, hvor det både er relevant at følge udviklingen over tid og at dykke ned i udvalgte problemstillinger.

Tak til alle de kommuner, der har bidraget med viden i forbindelse med kortlægningen. Tak til de medarbejdere og ledere i ministerier, styrelser og interesseorganisationer, der har bidraget med oplysninger og dokumenter. En særlig tak til speciallæge Anne Mette Dons og lektor Grete Moth for at have læst eksternt review og bidraget med værdifulde kommentarer til kvalitetssikring af kortlægningen.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Nye krav på akutområdet	10
1.1 Baggrund	10
1.2 Formål	10
1.3 Metode	11
1.4 Læsevejledning	12
2 Det kommunale akutområde	13
2.1 Udviklingen af det kommunale akutområde	13
2.2 Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder	16
2.3 Det kommunale akutområde i praksis	20
3 Udgående akutfunktioner	26
3.1 Forskellige modeller for organisering	26
3.2 Variation i målgrupper og opgaver	32
3.3 Akutte opgaver, beredskabsteam og kapacitetsudnyttelse	44
3.4 Akutfunktioner og kontinuitet i borgerforløb	48
3.5 Akutte opgaver og medicinområdet	51
3.6 Relationen mellem akutfunktioner og hjemmesygeplejen	55
3.7 Opsummering: Udgående akutfunktioner	59
4 Midlertidige pladser og deres rolle på akutområdet	61
4.1 Forskellige typer midlertidige pladser i kommunerne	61
4.2 Antallet af midlertidige pladser i kommunerne	66
4.3 Udviklingen af akutpladser i kommunerne	69
4.4 Fordele og ulemper ved differentiering af pladstyper	75
4.5 Målgrupper og adgang til midlertidige pladser	80
4.6 Flow og liggetid på midlertidige pladser	84
5 Akutfunktioner og behovet for lægelige kompetencer	91
5.1 Kvalitetsstandarderne om lægeligt samarbejde	92
5.2 Udgående akutfunktioner og samarbejdet med læger	93
5.3 Midlertidige pladser og lægeligt samarbejde om borgerne	97
5.4 Opsummering: Lægelige kompetencer og akutfunktioner	108
6 Tværgående diskussion og perspektivering	109
6.1 Er der et paradigmeskifte undervejs i den kommunale sygepleje?	109
6.2 Akutfunktioners effekt afhænger af andre aktører	113
6.3 Skal kommunernes midlertidige pladser udvikles til nærhospitaller?	115
Litteratur	117
Bilag 1 Metode	120
Bilag 2 Introduktion til metoder og begreber på det kommunale akutområde ..	122

Sammenfatning

Denne kortlægning giver et detaljeret indblik i 15 kommuners erfaringer med og perspektiver på udviklingen af det kommunale akutområde. Formålet er at forbedre grundlaget for at organisere og videreudvikle de kommunale akutfunktioner samt pege på nogle af de dilemmaer og udfordringer, der knytter sig til udviklingen.

Kommunerne er valgt med henblik på at sikre variation i organiseringen af kommunale akutfunktioner og med henblik på at sikre spredning på landsdele og kommunestørrelse. Vi har interviewet ledere og medarbejdere om deres erfaringer og perspektiver på udviklingen, og gennemgået relevant skriftligt materiale i form af bl.a. statistik og lovgivning.

Nye krav på akutområdet

Det er formelt set frivilligt for kommunerne, om de vil etablere en kommunal akutfunktion, og om de vil organisere deres akutfunktion som akutteams, akutpladser eller på anden vis. I 2020 havde samtlige kommuner etableret en akutfunktion. 93 % havde akutteams, og 53 % havde akutpladser.

Kapitel 2 beskriver, hvordan flere faktorer har medvirket til, at der over en årrække er vokset forskellige kommunale tilbud frem, hvor begrebet *akut* indgår, herunder både akutteams og akutpladser. En af de mest væsentlige faktorer er faldende liggetider på hospitaler, der har medført, at patienterne udskrives tidligere med større behov for pleje og efterbehandling. En anden er et stigende fokus på at forebygge indlæggelser og undgå færdigbehandlede patienter, som ikke kan hjemtages i kommunerne.

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for akutfunktioner i hjemmesygeplejen stiller enslydende krav til de kommuner, der har valgt at etablere en akutfunktion. De handler for det første om et løft af *kompetencer* i akutsygeplejen, for det andet om levering af bestemte former for *målinger og instrumentel sygepleje døgnet rundt*, og for det tredje om at sikre en organisering, der giver *øget opgavevolumen* hos medarbejdere i akutfunktionen, hvor opgaver beskrevet i kvalitetsstandarderne skal samles på færre hænder.

Tre modeller for udgående akutfunktioner

Kapitel 3 identificerer tre forskellige modeller for organisering af udgående akutfunktioner:

1. *Kommuner med eget akutteam*: Fem kommuner har valgt et akutteam med en afgrænset medarbejdergruppe og selvstændig ledelse.
2. *Kommuner med tværkommunalt akutteam*: To grupper af tre kommuner har dannet fælles akutteam på tværs af kommunegrænser.
3. *Kommuner uden akutteam*: Fire kommuner har valgt ikke at etablere et akutteam, men at integrere akutfunktionerne i den eksisterende hjemmesygepleje og/eller i sygeplejen på kommunens akutpladser.

Kommunernes begrundelser for valg af organiseringsform er forskellige, og kommunestørrelse (borgervolumen) er langt fra den væsentligste årsag til at vælge et tværkommunalt akutteam eller integrere akutfunktionen i den øvrige hjemmesygepleje.

Kommunernes valg af organiseringsform afhænger af de erfaringer, som kommunerne – og de enkelte ledere – har gjort sig om organiseringen af akutområdet og sygeplejen, og hvordan

kommunerne fortolker kvalitetsstandarderne. Således ser kommunerne forskelligt på, hvor vigtigt det er at samle (de fleste) akutopgaver på få hænder.

Valget af organisatorisk model er også påvirket af, om kommunerne har haft akutpladser, inden de fik et akutteam, og hvordan lederne ser på udviklingen i det kommunale sundhedsvæsen samlet set: Hvis lederne ser de opgaver, kompetencer og udstyr, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne, som kerneopgaven for fremtidens hjemmesygepleje, bliver det et argument for at integrere akutfunktionerne i hjemmesygeplejen og dermed undgå at etablere akutteams parallelt med hjemmesygeplejen med de ulemper, der er forbundet med det.

Akutteams som beredskab og nødvendigheden af buffer-opgaver

Langt de fleste kommuner i Danmark (93 %) har valgt at etablere et akutteam med egen ledelse og afgrænset medarbejdergruppe (model 1 eller 2 som beskrevet ovenfor).

Kapitel 3 beskriver, hvordan der er stor forskel på, hvilke opgaver de kommunale akutteams varetager. I nogle kommuner er det akutteamets opgave at varetage de løbende hjemmesygeplejeopgaver, der opstår 'akut' og ikke er lette at planlægge på hjemmesygeplejens kørelister. Disse opgaver er placeret hos akutteamet af organisatoriske årsager – akutteamet er der og har tid – snarere end af faglige årsager: Det er ikke opgaver, som nødvendigvis kræver en akutsygeplejerskes kompetencer, men snarere hendes muligheder for at arbejde mere fleksibelt. Det gælder fx nyudskrevne borgere, der ikke er kendt i sygeplejen, og som ikke nødvendigvis kræver akutteamets særlige kompetencer, men som det tager tid at udrede. Det gælder også løbende henvendelser og spørgsmål fra sundhedshjælpere og -assistenter – og nogle steder også fra borgere – som også kan blive akutteamets, fordi de i forvejen har en akuttelefon.

Ud over de akutte borgerkontakter har alle akutteams en række ikke-akutte opgaver, der kan varetages mere fleksibelt og derfor medvirke til at sikre bedre kapacitetsudnyttelse, fx udarbejdelse og vedligeholdelse af instrukser og vejledninger, undervisning af andet personale og opgaver, som handler om at øge antallet af henvendelser og dermed opgaveflowet til akutsygeplejerskerne, eksempelvis opsøgende arbejde, opbygning af samarbejde med og kendskab til andre medarbejderne i kommunen eller i almen praksis.

Dette er væsentligt, fordi akutteams ikke har den daglige kontakt til sundhedshjælpere, -assistenter og hjemmesygeplejersker, som er de medarbejdere, der har den løbende borgerkontakt og dermed er indgangen til akutteamets målgruppe med hensyn til forebyggelse af indlæggelser. Derfor peger flere ledere på, at de buffer-opgaver, der relaterer sig til samarbejdet med det øvrige personale – særligt undervisning, besøg, deltagelse i triagemøder og andre metoder til at opspore borgere med begyndende sygdom, der kan blive indlæggelsestruede – er akutteamets vigtigste opgaver.

To typer af sygeplejersker

Kortlægningen peger på, at snitfladen og samarbejdet mellem de to typer af sygeplejersker kan blive udfordret, hvis hjemmesygeplejen oplever akutteamet som dem, der tager de spændende, nye og udfordrende opgaver; dem, der får (langt) flere muligheder for efteruddannelse, friere arbejdstilrettelæggelse, bedre tid og færre borgerbesøg og desuden har bedre lønvilkår og i nogle tilfælde også færre eller ingen aften-/nattevagter, men ikke som specialister på et væsentligt andet kompetenceniveau end hjemmesygeplejen. Det er i denne situation, at akutsygeplejen – set fra hjemmesygeplejens perspektiv – risikerer at komme til at fremstå som *"en hjemmesygeplejerske med god tid og en tom køreliste"* (citat fra en leder i forbindelse med interview).

Midlertidige pladser i kommunerne

Med forbehold for de usikkerheder, der er omkring indberetning af antallet af pladser til Danmarks Statistik, var der i 2020 ca. 3.250 boliger til midlertidigt ophold/aflastning, hvilket er ca. 50 færre end i 2014, hvor der var flest. I perioden 2007-2020 er antallet af pladser dog øget med 37 %.

Kortlægningen præsenterer en typologi med fem typer midlertidige pladser, der helt overordnet set er målrettet to forskellige typer borgere:

Borgere, der fagligt set vurderes at kunne profitere af et midlertidigt ophold:

1. Akutpladser efter sundhedsloven
2. Observations-, vurderings- og korttidspladser efter serviceloven
3. (Døgn)rehabiliterings- og genoptræningspladser efter serviceloven.

Borgere, der ikke vurderes at kunne være i eget hjem:

4. Aflastningspladser og feriepladser (til henholdsvis akut eller planlagt aflastning) efter serviceloven
5. Ventepladser (til ledig plejebolig) efter serviceloven.

Midlertidige pladser anvendes overordnet set til to forskellige målgrupper: De tre første typer er målrettet borgere, som vurderes at kunne profitere af et midlertidigt ophold for fx at genvinde funktionsevnen, blive udredt og vurderet eller få stabiliseret sin tilstand. De sidste to typer er målrettet til borgere, der vurderes ikke at kunne være i eget hjem. Det kan fx skyldes, at borgeren ikke kan være alene mellem besøg fra hjemme(syge)plejen, fordi borgeren ikke er fysisk eller kognitivt i stand til at betjene et nødkald forsvarligt, eller at borgeren har behov for så hyppige besøg, at et midlertidigt ophold vurderes at være mere hensigtsmæssigt.

Kommunerne skelner i varierende grad mellem forskellige typer pladser til forskellige formål og målgrupper. Men der opstår et dilemma omkring graden af differentiering mellem forskellige pladstyper i den enkelte kommune: På den ene side giver lav eller ingen differentiering mellem pladstyper maksimal fleksibilitet og ingen behov for intern overflytning mellem forskellige typer pladser, når borgernes tilstand ændrer sig, og de ikke længere passer til målgruppen på fx en akutplads. På den anden side er ulempen, at kommunen heller ikke kan opnå de fordele, der ligger i at kunne specialisere pladserne mere og have faglige miljøer, hvor medarbejderne er særligt gode, fx (hjerneskode)rehabilitering, genoptræning eller den komplekst syge og mere ustabile borger.

Kortlægningen peger på, at kommunerne har behov for at styre tilgangen til deres midlertidige pladser og øge flowet på pladserne, og at dette ofte kræver ændringer i kulturen såvel som måden, der arbejdes med fremdrift i forløb og forventninger til udskrivelse fra pladserne – både hos medarbejdere, hos borgere og hos pårørende. Men der peges også på, at kapacitet og flow på de stationære pladser skal ses i tæt sammenhæng med kultur, kapacitet, kompetencer og fleksibilitet på udeområdet: Hvis flowet på midlertidige pladser skal øges, eller flere borgere skal direkte fra hospital til eget hjem, så kræver det kompetence, kapacitet og fleksibilitet på udeområdet, altså i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, på hjælpemiddelområdet og af terapeuter. Derfor kan akutområdet – herunder akutpladser – ikke ses isoleret, men må analyseres i sammenhæng med de øvrige organisatoriske enheder i kommunerne.

Akutfunktioner og behovet for lægelige kompetencer

Kapitel 5 fokuserer på kommunernes oplevelse af et øget behov for lægelige kompetencer i relation til de stadigt sygere borgere, der skal håndteres i primærsektoren, herunder også i de kommunale akutfunktioner. Dette gælder særligt på de midlertidige pladser – ikke kun akutpladser. Flere kommuner søger at løse dette via forskellige former for tilknytning eller ansættelse af enten praktiserende læger eller andre læger. Men ikke alle kommuner mener, at ansættelse af læger er den bedste løsning, bl.a. fordi det skaber endnu flere overgange, en mere kompleks organisering med flere læger og et endnu større koordinationsbehov.

Samlet set oplever kommunerne en intensivering og forbedring af samarbejdet mellem de udgående akutfunktioner og almen praksis – inkl. vagtlæger og akuttelefoner – særligt i de kommuner, som stadig har relativt nyoprettede akutteams. Langt de fleste kommuner beretter, at de har gjort og gør meget for at opbygge samarbejdet mellem akutteams og læger, særligt egen læge, men også vagtlæger og akuttelefoner i vagttiden. Og mange akutteams har brugt meget tid på besøgsrunder i hver eneste praksis og på at holde møder med praktiserende læger mv.

De udfordringer, som kommunerne peger på i relation til almen praksis, handler om variationen mellem lægerne i forhold til samarbejdet omkring borgere på akutpladser og i akutteams (de samme udfordringer kommunerne oplever i samarbejdet med den øvrige hjemmesygepleje og borgere på øvrige midlertidige pladser). For eksempel oplever kommunerne, at det langt fra er alle læger, der overhovedet kontakter akutteamet, ligesom nogle læger ikke kører sygebesøg på midlertidige pladser og er svære at få kontakt til og samarbejde med omkring de syge borgere i akutfunktionerne.

Nogle kommuner oplever også, at der er et dilemma mellem på den ene side at få et godt samarbejde op at stå og på den anden side undgå, at det bliver en form for glidebane, hvor kommunerne oplever at substituere (nogle af) lægernes akutte sygebesøg, eller bliver nemmere at anvende til at tage fx ikke-akutte blodprøver eller del af en udredning eller vurdering af en patient. På den ene side er akutfunktionerne helt afhængige af samarbejdet med almen praksis for at kunne drive et velfungerende og ikke mindst effektivt udnyttet akutteam: De har brug for relevante henvendelser fra lægerne, så teamet kan blive brugt som tiltænkt, jf. kvalitetsstandarderne. På den anden side har kommunerne også brug for, at denne velvilje ikke kommer på bekostning af, at (nogle) praktiserende læger også bruger kommunernes akutteams til opgaver, som udgør en risiko for ufinansieret opgaveglidning set fra et kommunalt perspektiv. Denne balance kan være svær at finde for det enkelte akutteam.

Tværgående diskussion og perspektivering

Afslutningsvis diskuterer kortlægningen tre spørgsmål, der sætter den kortlagte udvikling på det kommunale akutområde ind i en større kontekst:

For det første spørgsmålet om den faglige udvikling i hjemmesygeplejen, hvor akutfunktionerne er med til at skabe ændringer i den kommunale sygepleje – ikke kun i akutteams – der nogle steder er så gennemgribende, at det kan ligne et paradigmeskifte: Mange af de metoder og arbejdsformer, som har ændret sygeplejen på hospitalerne gennem de seneste årtier, finder i stigende grad sted ved den kommunale sygepleje – ikke mindst via den kultur og den type faglighed, som akutsygeplejersker og deres ledere i varierende omfang bringer med sig ind i kommunerne.

For det andet konsekvenserne af akutfunktionernes afhængighed af samarbejdspartnere. I primærsektoren henvender borgere og patienter sig selv til kommuner og egen læge med ønsker om hjælp, pleje eller behandling. Men det gælder ikke for akutfunktionerne: Borgerne kommer kun i kontakt med akutsygeplejen, hvis egen læge, hospital eller andre kommunale aktører (ofte hjemmesygeplejen) vælger at kontakte akutfunktionen, medmindre akutsygeplejerskerne selv bruger tid på at finde frem til de relevante borgere i målgruppen. Dette anderledes grundvilkår betyder bl.a., at effekten af akutteams skal ses i en større organisatorisk kontekst, hvor samarbejdet med og relationen til andre aktører bliver altafgørende for, hvilke borgere teamet får, og hvornår i forløbene teamet bliver involveret eller ikke.

For det tredje diskuteres spørgsmålet om kommunernes ca. 3.200 sengepladser, og hvad de er ved at udvikle sig til. De kommunale sengepladser er ikke at sammenligne med sengepladser på hospitaler, fordi der ikke er journaladgang, epikriser, medicinskabe med cpr-relateret medicin osv., og dette er – groft sagt – konsekvenser af, at der ikke er ansat (særligt mange) læger i kommunerne. På den anden side udskrives stadig sygere og mere behandlingskrævende patienter til de kommunale sengepladser, og som konsekvens ansætter flere kommuner derfor læger. Derfor er det væsentligt at forholde sig til, hvilken rolle disse tusindvis af sengepladser skal have: På den ene side er der behov for at kunne håndtere de sygere og tidligere udskrevne patienter fagligt forsvarligt; på den anden side er det vigtigt at huske, at det var diskussioner om faglig bæredygtighed og kvalitet i mindre sengeenheder, der var baggrunden for lukning af små sygehuse op gennem 1980'erne og 1990'erne.

1 Nye krav på akutområdet

1.1 Baggrund

Det kommunale akutområde fylder stadig mere i debatten om det nære sundhedsvæsen. En årsag er, at kommunerne oplever et behov for at kunne agere hurtigt og effektivt i relation til tidligere udskrivninger af borgere som følge af kortere indlæggelsestider. En anden årsag er, at der siden strukturreformen har været fokus på at styrke kommunernes arbejde med at forebygge indlæggelser, og at kommunale akutfunktioner bliver set som middel til at opnå dette.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2014 et sæt af anbefalinger til akutfunktioner i hjemmesygeplejen, som siden 2018 er blevet ændret til bindende kvalitetsstandarder (Sundhedsstyrelsen, 2017a, Sundhedsstyrelsen, 2014). Her påpeges, at de to mest hyppige former for organisering af akutfunktioner er akutteams og akutpladser.

Der har eksisteret forskellige former for kommunale akutteams og akutpladser i årtier. I første halvdel af 2010'erne skete der imidlertid en betydelig vækst i antallet: Andelen af kommuner med akutteams steg fra 26 % i 2013 til 53 % i 2015 og ligger i 2020 på 93 %. Andelen af kommuner med akutpladser steg fra 41 % i 2013 til 71 % i 2015, men er herefter faldet til 53 % i 2020 (jf. Figur 2.3).

Kommunerne har forskellige rammevilkår, forskelligt erfaringsgrundlag og forskellige tilgange til organiseringen af deres akutfunktioner, og hvilken rolle de skal spille i det kommunale sundhedsvæsen. Nogle kommuner har haft akutfunktioner i mange år, men for andre har Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder være anledning til at etablere en ny akutfunktion. Fælles for kommunerne er imidlertid, at Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder stiller de samme krav til kommuner med forskellig størrelse og befolkningstæthed, som har valgt at oprette en akutfunktion i hjemmesygeplejen. Alle kommuner står derfor over for de samme spørgsmål i disse år, efterhånden som det kommunale akutområde vokser og udvikler sig: Hvordan skal akutfunktionen organiseres? Skal der sættes på akutteam, akutpladser eller begge dele? Skal akutfunktionens opgaver løses i et separat akutteam, eller skal akutfunktionen være en integreret del af den øvrige hjemmesygepleje? Hvilke sygeplejersker skal udføre hvilke opgaver, og hvad skal snitfladen være til henholdsvis den øvrige hjemmesygepleje, andre former for midlertidige pladser og almen praksis/det specialiserede sundhedsvæsen?

1.2 Formål

Der findes begrænset viden om det kommunale akutområde, og den viden, der er, er ofte lokale evalueringer af enkeltstående akuttillbud¹. VIVE har derfor valgt at indsamle viden fra 15 kommuner om, hvordan de har organiseret deres akutfunktioner, hvilke erfaringer de har gjort sig

¹ Følgende er eksempler på sådanne evalueringer: Evaluering af akutteamet i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune (Rudersdal 2020), evaluering af akutteamet i Odense Kommune (Jervelund, Siersbæk & Brenøe, 2020), evaluering af Esbjerg Kommunes Akutteam (Buch, Ibsen & Kjellberg, 2019), evaluering af Sønderborg Kommunes akutteam (Hansen, Gusak & Westergaard, 2015) og evalueringen af bl.a. akutteamet i Aarhus Kommune (Holm, Gjørup & Nielsen, 2016). Hertil findes en ikke-publiceret evaluering af Skanderborg Kommunes akutteam foretaget af Muusmann i 2014 (https://www.skanderborg.dk/Files/Files/dagsordner/committee_2338/agenda_174049/documents/886f6efe-589a-48d8-b083-a422127518d6.pdf), en ikke-publiceret evaluering af akutteam i Ballerup, Herlev og Furesø Kommuner (<https://shsteam.dk/wp-content/uploads/SHS-evalueringsrapport.pdf>) samt en ikke-publiceret intern evaluering i af akutteamet i Herning kommune ([https://politik.herning.dk/dagsorden/Social- og Sundhedsu/15-06-2016/Dagsorden\(ID1257\)/Bilag/Punkt_73_Bilag_1_Evaluering_af_Sundhed_og_Aeldres_Akutteam_i_Herning_Kommune.pdf](https://politik.herning.dk/dagsorden/Social- og Sundhedsu/15-06-2016/Dagsorden(ID1257)/Bilag/Punkt_73_Bilag_1_Evaluering_af_Sundhed_og_Aeldres_Akutteam_i_Herning_Kommune.pdf)).

med implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder, og hvilke perspektiver de har på udviklingen af et kommunalt akutområde og samspillet med det øvrige sundhedsvæsen.

Formålet med denne kortlægning er således at skabe viden om det kommunale akutområde og dermed give kommunerne et bedre grundlag for at videreudvikle deres akutfunktioner samt pege på nogle af de dilemmaer og udfordringer, der knytter sig til det kommunale akutområde og dets samspil med det øvrige sundhedsvæsen.

Kortlægningen giver således indblik i variationen på det kommunale akutområde og de erfaringer, som kommunerne har gjort sig med hensyn til organisering, opgaver og samspil på området.

1.3 Metode

Valg af deltagende kommuner

Formålet med kortlægningen er at undersøge variationen på området og de erfaringer, som kommuner med forskellig størrelse og befolkningstæthed har gjort sig med forskellige måder at organisere akutområdet på. Derfor har VIVE tilstræbt at inkludere kommuner, der rummer variation på så mange parametre som muligt.

Følgende kommuner er inkluderet i denne kortlægning: Aalborg, Randers, Viborg, Aarhus, Esbjerg, Vejen, Kerteminde, Helsingør, Gladsaxe, Gentofte, Rudersdal, Furesø, Herlev, Ballerup og Solrød. Bilag 1 indeholder yderligere beskrivelse af de valgte kommuner, herunder spredningen i størrelse (indbyggerantal).

Valget af kommuner er – ud over geografisk spredning og kommunestørrelse – også foretaget med henblik på at kunne belyse forskellige former for organisering. Derfor er to tværkommunale akutteams medtaget (Herlev, Furesø, Ballerup samt Gladsaxe, Gentofte, Rudersdal), selvom de geografisk ligger meget tæt, ligesom der er medtaget kommuner i forskellig størrelse, der har valgt ikke at etablere et akutteam, for at kunne belyse dette aspekt.

Indsamling af data og analyse

De valgte kommuner/tværkommunale samarbejder er kontaktet telefonisk, hvorefter der er sendt en skriftlig invitation til at deltage i kortlægningen. For hver case er der gennemført 3-4 interview med ledere og medarbejdere fra hjemmesygeplejens akutområde og akutpladser/midlertidige døgnrehabiliteringspladser, og i enkelte kommuner har der også været foretaget interview med hjemme- og akutsygeplejersker. De fleste interview er foretaget telefonisk, men enkelte er foretaget ansigt-til-ansigt.

Ud over interview har de deltagende kommuner fremsendt en lang række dokumenter om deres akutfunktioner, fx beskrivelser, præsentationer, interne notater og rapporter, politiske sager af relevans for akutfunktionerne, tilgængelige data (typisk om aktivitet) samt evalueringer.

Alle kommuner/informanter er orienteret om, at kommunens navn kun nævnes i forbindelse med præsentationen af faktuelle data i tabeller, men ikke i forbindelse med interviewanalysen. Dette er valgt, fordi VIVE har vurderet, at det er væsentligt, at mere kritiske erfaringer og udfordringer i relation til akutfunktionerne – fx i relation til samarbejde både internt såvel som eksternt – kan komme til udtryk i analysen. VIVE har vurderet, at det ville være vanskeligt, hvis alle udtalelser fx kunne henføres til den enkelte leder af et akutteam.

1.4 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver udviklingen af det kommunale akutområde, herunder Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2018, samt hvad begrebet 'akut' betyder i en kommunal kontekst. Kapitel afsluttes med en præcisering af fokusområderne for denne kortlægning.

Kapitel 3 har fokus på udgående akutfunktioner, både akutteams såvel som andre organiseringsformer. Kapitel kortlægger de modeller, som kommunerne har valgt i forhold til organisation, målgruppe, opgaver og snitflader, og de udfordringer og dilemmaer kommunerne står over for i relation til bl.a. kapacitetsudnyttelse, kontinuitet i borgerforløb, medicinrådet og snitfladen og relationen mellem udgående akutsygepleje og den øvrige hjemmesygepleje.

Kapitel 4 handler om midlertidige sengepladser med særligt fokus på de kommunale akutpladser og den rolle, som midlertidige pladser spiller på det kommunale akutområde mere generelt. Der gives et overblik over de forskellige typer midlertidige pladser, som kommunerne anvender, samt kommunernes forskellige tilgange til, i hvor høj grad de forskellige typer af pladser skal være differentieret og klart adskilte. Desuden beskrives de dilemmaer og udfordringer, som kommunerne oplever i relation til at definere klare målgrupper for pladserne og styre adgangen til de midlertidige pladser samt flow og liggetider på pladserne.

Kapitel 5 fokuserer på behovet for lægeligt samarbejde og lægelige kompetencer. Da emnet er helt centralt for akutfunktionerne, behandles det samlet i dette kapitel, hvor kommunernes forskellige tilgange til og modeller for lægesamarbejdet behandles, og de dilemmaer og udfordringer, som kommunerne oplever i forhold til at sikre lægelige kompetencer og samarbejde med såvel almen praksis, hospitaler som egne kommunalt ansatte læger, bliver gennemgået.

Kapitel 6 indeholder en tværgående diskussion og perspektivering af kortlægningens fund set i forhold til udviklingen af hele det kommunale sundhedsområde.

Som bilag til rapporten findes en uddybning af metodeafsnittet i Bilag 1 samt en introduktion til det kommunale akutområde og dets terminologi i Bilag 2.

2 Det kommunale akutområde

Dette kapitel beskriver konteksten for kortlægningen. I afsnit 2.1 redegøres for udviklingen af det kommunale akutområde siden dets opståen i 1990'erne. I afsnit 2.2 beskrives de gældende rammer for kommunale akutfunktioner i form af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, der har været gældende siden 2018. Kapitlet afsluttes i afsnit 2.3 med en drøftelse af de dilemmaer, der er i forhold til at afgrænse det kommunale akutområde i praksis, og præsenterer samtidig den pragmatiske tilgang, som VIVE har anvendt i denne kortlægning.

2.1 Udviklingen af det kommunale akutområde

Det kommunale akutområde er vokset frem over tid, og nogle af de første akutteams og akutpladser startede tilbage i 1990'erne². Dengang talte man ikke om et decideret kommunalt *akut-område*, men i stedet var der tale om mere enkeltstående tilbud af mindre omfang og langt fra i alle kommuner. Ligeledes var der ikke nogen klar, entydig eller fælles forståelse af, hvad de akutteams, akutstuer eller akutpladser, der dengang blev etableret, skulle kunne.

Siden da har kommunerne fået en større rolle på sundhedsområdet. Det skyldes både de konkrete opgaver, der med strukturreformen i 2007 blev flyttet ud i kommunerne (fx forebyggelse og dele af genoptræningen), men det skyldes i høj grad også den løbende opgaveudvikling, opgaveøgning og opgaveglidning, der er sket som følge af udviklingen i hele sundhedsvæsenet (Vinge & Kilsmark, 2009). Udviklingen har betydet, at liggetiderne gennem mange år er faldet, så borgere kunne udskrives tidligere, men også at flere sygdomme kan behandles hos stadig flere ældre og sygere borgere. De ændringer i sundhedsvæsenets opgaver, som denne udvikling har medført, har skabt et behov for øgede kompetencer og hurtigere levering af ydelser – særligt i den kommunale hjemmepleje og sygepleje – hvor sygere, tidligere udskrevne og dermed også mere ustabile borgere skal håndteres.

Ud over nye sundhedsopgaver introducerede strukturreformen i 2007 også den kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser, som bl.a. betød, at kommunerne skulle medfinansiere egne borgeres indlæggelser. Formålet var at give kommunerne økonomisk incitament til *"en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner"* (Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet & Finansministeriet, 2016). I 2020 var kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen forudsat til 23 mia. kr. i årets økonomiaftale (Finansministeriet, september 2020, Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Den kommunale medfinansiering er ændret siden indførelsen og bl.a. justeret, så medfinansieringen af særligt ældre medicinske patienter og småbørn er øget, mens den er reduceret for øvrige borgerne. Den kommunale medfinansiering har medvirket til at sætte fokus på, hvordan og hvorvidt det er muligt for kommunerne at forebygge indlæggelser, og kommunale akutfunktioner er stadig mere tydeligt blevet fremhævet i denne sammenhæng (Buch & Vinge, 2007; Kommunernes Landsforening, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2015, Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2018). Der pågår en diskussion af effekten af den kommunale medfinansiering generelt og effekten af kommunale akutfunktioner specifikt, som vi ikke vil

² Flere af dem er omtalt i Buch & Vinge (2007).

komme nærmere ind på i forbindelse med denne kortlægning³. Her er hovedpointen alene, at der kan ses en sammenhæng mellem den kommunale medfinansiering og fremkomsten af kommunale akutfunktioner, fordi de stadig mere tydeligt er blevet italesat som middel til at forebygge indlæggelser.

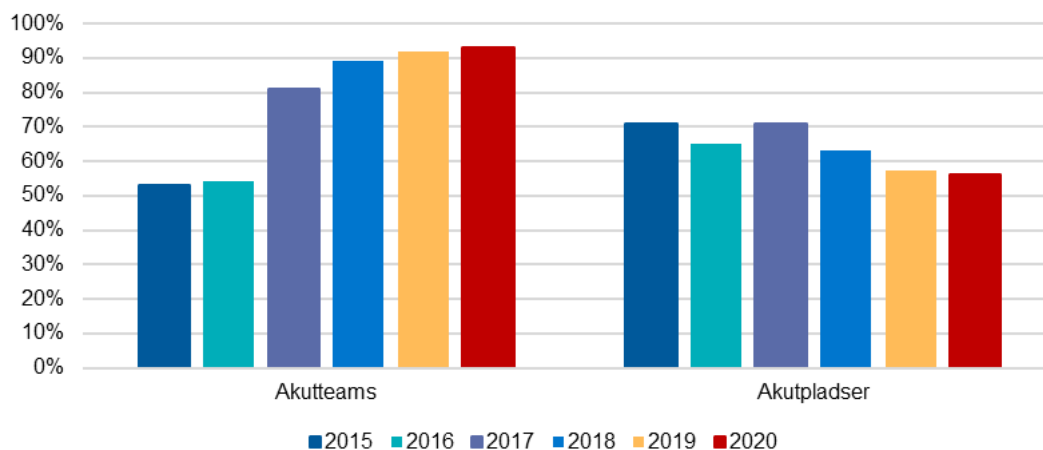
Samlet set er der således flere faktorer, der har medvirket til, at der over en årrække er vokset forskellige kommunale tilbud frem, hvor ordet 'akut' indgår. Og her har både faldende liggetider, borgere udskrevet tidligere med større behov for pleje og efterbehandling samt et politisk og styringsmæssigt fokus på at forebygge indlæggelser spillet en rolle.

Udviklingen i tal

KL har siden 2013 opgjort andelen af kommunale akutteams og akutpladser via en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse (Kommunernes Landsforening, 2014). I 2013 svarede 26 % af kommunerne, at de havde et akutteam, og ligeså mange at de planlagde at etablere ét. Samme år var andelen af kommuner med akutpladser med døgndækkende sygepleje 41 %, mens 55 % svarede, at kommunen havde "akutpladser med sygeplejefaglig dækning og fokus på genoptræning og rehabilitering" (ibid).

Udviklingen fra 2015-2020 fremgår af Figur 2.1, der viser andelen af kommuner, der har svaret, at de har henholdsvis akutteams og akutpladser. Bemærk, at kommunerne kan have *både* akutteams og akutpladser – de to kategorier er ikke gensidigt udelukkende. Figuren viser, at andelen af kommuner med akutteams er steget fra 53 % til 93 % på 5 år, mens andelen af kommuner med akutpladser har været faldende i samme periode – fra 71 % til 53 %.

Figur 2.1 Andel af kommuner med enten akutteam eller akutpladser (2015-2020)



Anm.: Figuren viser andelen af kommuner, der har svaret bekræftende på at have henholdsvis akutteams og akutpladser. Bemærk, at kommunerne kan have både akutteams og akutpladser – de to kategorier er ikke gensidigt udelukkende.

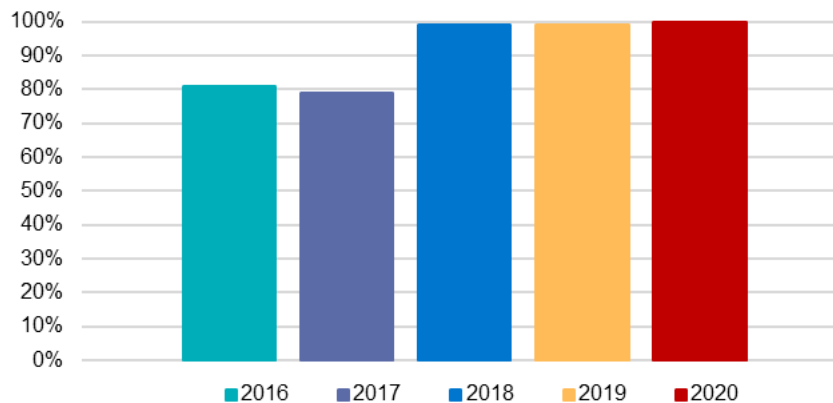
Kilde: Kommunernes Landsforening, spørgeskemaundersøgelser udført af KL (ikke publiceret).

Figur 2.2 viser andelen af kommuner, der i perioden 2016-2020 angiver at have en "akutfunktion"⁴. Figuren viser, at 79 % angav, at de havde en akutfunktion i 2017, som var det sidste år, inden Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder blev til krav fra 2018. Herefter steg andelen af kommuner med akutfunktion til 99 % året efter og til 100 % i 2020.

³ Se fx Den statslige styring af det regionale sundhedsområde (Højgaard, Kjellberg & Bech, 2018).

⁴ KL har først inkluderet spørgsmålet, om kommunerne har en akutfunktion, fra 2016, og derfor har Figur 2.2 ikke data fra 2015 som Figur 2.1.

Figur 2.2 Andel af kommuner med en akutfunktion (2016-2020)



Kilde: Kommunernes Landsforening, spørgeskemaundersøgelser udført af KL (ikke publiceret).

På vej mod fælles definitioner

De akutteams og akutpladser, der blev etableret i perioden, inden Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder blev gældende, dækkede over relativt forskelligartede tilbud (Schou, Meijer & Hendriksen, 2016). Der var både forskel på, hvilke patientgrupper der var målgruppen for tilbuddene, og hvilke faggrupper der indgik (ibid.). Desuden *"synes der at være usikkerhed om, hvordan ordningen burde organiseres mellem hospital, kommune og almen praksis"* (ibid.:80).

Som følge af udviklingen blev behovet for fælles definitioner og fælles sprog på området også større, ikke mindst som grundlag for det tværsektorielle samarbejde med praktiserende læger og hospitaler, som skulle navigere på tværs af forskellige kommuner, der brugte ordet 'akut' om forskellige kommunale tilbud. Et væsentligt formål var også at kunne skelne akuttilbud fra andre typer af tilbud, særligt i relation til forskellige former for midlertidige pladser i kommunerne. Box 2.1 giver et overblik over centrale dokumenter med definitioner og anbefalinger, der blev udarbejdet i perioden 2012-2018.

Boks 2.1 Definitioner og anbefalinger for kommunale akutfunktioner 2012-2018

- 2012:** KL, Danske Region og Sundhedsstyrelsen udarbejder en **fælles definition** af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser⁵.
- 2014:** Sundhedsstyrelsen udgiver det første sæt af anbefalinger til kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje (Sundhedsstyrelsen, 2014).
- 2014:** KL udgiver erfaringerne på området i pjecen *"God praksis i kommunale akutfunktioner"* (Kommunernes Landsforening, 2014).
- 2014:** KL, PLO og Sundhedsstyrelsen udarbejder en **fælles definition og kategorisering** af forskellige typer af midlertidige døgndækkende pladser i kommunerne, herunder akutfunktioner (Kommunernes Landsforening, Praktiserende Lægers Organisation & Sundhedsstyrelsen, 2014).
- 2016:** Sundhedsministeriet udgiver en handleplan for den ældre medicinske patient, hvor styrkelse af de kommunale akutfunktioner er et centralt element (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016).
- 2017:** Sundhedsstyrelsens anbefalinger til kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje fra 2014 bliver fra 2018 gjort til bindende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

⁵ "Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter". KL, Danske Regioner & Sundhedsstyrelsen, 2012 (citeret i (Kommunernes Landsforening, 2014).

Afsnit 2.2 omhandler den sidste af disse, Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for akutfunktioner i hjemmesygeplejen fra 2017. Da spørgsmålet om fælles definitioner særligt har gjort sig gældende i relation til forskellige typer af midlertidige pladser, behandles udviklingen af definitionerne på dette område i afsnit 4.3.

2.2 Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder

Fra januar 2018 har alle kommuner med en akutfunktion skullet leve op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (Sundhedsdatastyrelsen, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2017a). Standarderne er bindende og er dermed det første initiativ på området, der ikke blot har vejledende status.

2.2.1 Kommunale akutfunktioner: En *kan*- eller en *skal*-opgave?

Der er formelt set ikke stillet krav fra lovgivers side om, at kommunerne *skal* have en akutfunktion i hjemmesygeplejen. Men *hvis* de vælger at etablere en akutfunktion, så skal den leve op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. Dette fremgår bl.a. af Sundhedsstyrelsen anbefalinger til det samlede akutområde fra 2020:

Kommunerne har i henhold til sundhedsloven ansvaret for at organisere den samlede kommunale sygepleje og kan blandt andet i den forbindelse vælge at etablere kommunale akutfunktioner. For at kunne betegnes en kommunal akutfunktion skal tilbuddet leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2017. (Sundhedsstyrelsen, 2020) [fremhævning tilføjet]

Kommunerne er dog blevet tildelt midler til at etablere akutfunktioner, og således er der en forventning om, at kommunerne har akutfunktioner, og at disse lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder, som det fremgår af standarderne:

Med finanslovsaftalen for 2016 blev der afsat midler til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. (...) Styrkelse af kommunale akutfunktioner indgår som et indsatsområde. (...) I fase II skal kommunerne fra 2018 leve op til nærværende kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. (Sundhedsstyrelsen, 2017a)

Ingen af de deltagende kommuner har givet udtryk for at overveje, *hvorvidt* de ønskede at etablere en akutfunktion: Overvejelserne har udelukkende handlet om, *hvordan* kommunens akutfunktion skulle organiseres. Selvom det således af de nationale anbefalinger til akutområdet fremgår, at kommunerne *kan* vælge at etablere akutfunktioner, er der blandt kommunerne en opfattelse af, at der krav om, at de *skal* etablere en akutfunktion, der lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder.

2.2.2 Akutfunktionernes formål og målgrupper

Formålet med kvalitetsstandarderne er *"at understøtte en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet"* og *"at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis"* (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

Ifølge kvalitetsstandarderne har de kommunale akutfunktioner to formål:

- 1) At forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem tidlig, proaktiv indsats.

- 2) At følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.

Det første formål er nært forbundet med at forebygge indlæggelser, i det omfang det er muligt, og ligger således før en mulig indlæggelse. Det andet formål handler om indsatsen umiddelbart efter en indlæggelse og er således nært forbundet med at håndtere tidligere udskrivelser. Sundhedsstyrelsen vurderer således, at kommunerne via akutfunktionerne ”kan medvirke til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og/eller hjemtage patienter, der ikke længere har behov for en sygehusindlæggelse, men som fortsat har brug for en særlig sygeplejefaglig indsats”. (Sundhedsstyrelsen, 2017a)

Helt i tråd med akutfunktionernes formål beskrives følgende to målgrupper: 1) borgere med behov for en *tidlig indsats* med henblik på afklaring og vurdering, og 2) borgere med behov for *opfølgende indsats* efter en indlæggelse.

I standardernes skelnes mellem patienter⁶, der er lægehenviste eller internt henviste, via fx den kommunale sygepleje. Jævnfør de to formål og tilhørende målgrupper beskrives de *lægehenviste* patienter som værende henholdsvis 1) ”*lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse*”, eller 2) ”*lægehenviste patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen*”. De *internt henviste* beskrives som ”*patienter, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats*”. (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

2.2.3 Sundhedsstyrelsens krav til indsatser og udstyr i akutfunktioner

Standarderne rummer en række specifikke krav til indsatser og udstyr, der skal anvendes og altid være tilgængelige i de kommunale akutfunktioner – 24/7, 365. De fremgår af faktaboksen:

Faktaboks: Sundhedsstyrelsens krav til indsatser og udstyr i kommunale akutfunktioner

Kvalitetsstandarder for sygeplejefaglig vurdering og kommunikation

Akutfunktionerne i hjemmesygeplejen ska kunne foretage:

- Observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet⁷)
- Sikker mundtlig kommunikation med læge, fx ved ISBAR-metoden, om observationsfund
- Helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.

Kvalitetsstandardernes krav til instrumentelle indsatser

Akutfunktionerne i hjemmesygeplejen skal kunne foretage:

- Akutte bed-side blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent)
- Subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling
- Sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder
- Parenteral ernæring, herunder til- og frakobling samt forbindingsskift ved intravenøse katetre
- Inhalationsbehandling
- Pasning af dræn
- Kateteranlæggelse og -pleje
- Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning.

⁶ Standarderne anvender betegnelsen ”patienter” om akutfunktionernes målgruppe, mens man i kommunerne oftest anvender betegnelsen ”borgere”.

⁷ Se eventuelt Bilag 2 for en introduktion til begreber som fx ABCDE og ISBAR mv.

Kvalitetsstandardernes krav til udstyr i kommunale akutfunktioner

Akutfunktionerne i hjemmesygeplejen skal råde over:

- Udstyr til måling af vitale parametre, herunder puls, blodtryk, temperatur og iltmætning i blodet
- Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix, og utensilier til indsendelse af dyrkning
- Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent)
- Udstyr til podninger
- Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse
- Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse
- Forstøverapparat
- Rubens ballon eller tilsvarende
- Værnemidler [til at beskytte personalets hud og tøj, når det er relevant, red.].

Kilde: (Sundhedsstyrelsen, 2017a)⁸

2.2.4 Sundhedsstyrelsens krav til organisering og kompetencer i akutfunktioner

Kvalitetsstandarderne stiller ikke krav om nogen bestemt organiseringsform, men peger i stedet på, at organiseringen bl.a. afhænger af kommunernes befolkningsgrundlag, geografi, kommune-størrelse, afstand til sygehus og lægebetjening. Dog påpeges det, at selvom kommunerne organiserer akutfunktionerne forskelligt, er det oftest som enten akutteams og/eller akutpladser.

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje i henhold til sundhedslovens § 138, uanset hvordan kommunen vælger at organisere indsatsen. Standardernes fulde titel er således også "*Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*" [fremhævning tilføjet], idet Sundhedslovens § 138 om hjemmesygepleje er det lovgivningsmæssige grundlag for alle typer akutfunktioner og for al anden sygepleje i kommunerne, uanset om den ydes af akutteams, akutpladser, hjemmesygeplejen, hjemmeplejen⁹, i sygeplejeklinik, på plejehjem, bosteder eller forskellige former for midlertidige pladser.

Kvalitetsstandarderne stiller krav om, at opgaverne skal varetages af *sygeplejersker*, der har mindst 2 års relevant klinisk erfaring, særlige kompetencer til at vurdere patienter, påbegynde initiale undersøgelser på lægelig delegation, vurdere behov for lægelig kontakt og sparring samt justere i behandlingen af patienterne i henhold til en behandlingsplan. Specifikke dele af opgaverne i akutfunktionerne vil – efter konkret vurdering – dog også kunne varetages af erfarne *social- og sundhedsassistenter*. Her kræves ligeledes mindst 2 års relevant klinisk erfaring.

Standarderne stiller krav til den interne organisering af opgaverne i akutfunktioner, idet opgaver med lille volumen skal samles på få hænder for at sikre en højere volumen hos få medarbejdere. Kravet er formuleret som, at "*personalet i akutfunktionen overvejende skal være beskæftiget med*

⁸ Dette er taget fra den opdaterede version fra november 2017. Mellem udgivelsen i marts 2017 og den opdaterede version i november 2017 blev der foretaget følgende ændringer, hvilket fremgår af styrelsens hjemmeside: "*Sundhedsstyrelsen har på baggrund af flere henvendelser valgt at fjerne kravet om, at akutfunktionen skal have en hjertestarter som tilgængeligt udstyr. Desuden er det i udstyrlisten specificeret, at der skal være en Rubens ballon "eller tilsvarende".*" (<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner-i-hjemmesygeplejen>)

⁹ En betydelig del af hjemmesygeplejen efter sundhedslovens §138 leveres af medarbejdere i kommunernes hjemmepleje, primært af social- og sundhedsassistenter, men også af social- og sundhedshjælpere. En nylig rapport viser, at i tre kommuner var mellem ca. 60–85 % af timerne på hjemmesygepleje planlagt til hjemmeplejens medarbejdere, mens resten var planlagt på sygeplejersker (Vinge & Topholm, 2021).

de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje” (Sundhedsstyrelsen, 2017a) [fremhævning tilføjet]. Hvordan begrebet ”overvejende” skal fortolkes, er op til den enkelte kommune.

Sundhedsstyrelsen peger på, at en samling af akutopgaverne på færre medarbejdere i en akutfunktion gør det muligt at sikre den nødvendige volumen i opgavevaretagelsen og dermed understøtte, at personalet i akutfunktionen løbende vedligeholder og udvikler deres kompetencer og er opdaterede i forhold til viden om de nyeste behandlingsmetoder. Derfor stilles der krav om, at *”indsatserne i akutfunktionen varetages af en afgrænset gruppe sygeplejersker (eller social- og sundhedsassistenter)”*. (Sundhedsstyrelsen, 2017a) Det er op til den enkelte kommune at afgøre, hvad der udgør en afgrænset gruppe.

2.2.5 Kvalitetsstandardernes anvendelse af begrebet *akut* i en kommunal kontekst

Kvalitetsstandarderne bruger begrebet *akut* på en anden måde, end det traditionelt har været anvendt i sundhedsvæsenet. Bruges akut er traditionelt anvendt i relation til den præhospitale indsats, fx 112, ambulancer og lægebiler samt akutberedskaberne inde på hospitalerne, fx akutmodtagelser, akutklinikker mv. Men i kvalitetsstandarderne for de kommunale akutfunktioner bruges begrebet akut i en noget anden betydning end denne.

Standarderne påpeger, at en akut kommunal indsats *”ikke en indsats, der kræver en reaktion inden for få minutter, eller hvor der er tale om en trussel mod livet eller behov for en sygehusindlæggelse”* (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Når Sundhedsstyrelsen definerer den akutte kommunale indsats negativt – ved at beskrive, hvad en akut kommunal indsats *ikke* er – skyldes det givetvis, at begrebet traditionelt associeres med noget, der netop kræver handling inden for få minutter eller i hvert fald ganske kort tid.

I standarderne skelnes mellem akutte og subakutte kommunale indsatser, der defineres som henholdsvis *”en indsats der etableres og leveres med kort varsel – det vil sige inden for få timer”*, og *”en indsats, der leveres dagen efter henvendelse”* (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Der er således tale om en noget anden tidshorisont end den, der traditionelt associeres med begrebet *akut*.

Det er afgørende at forstå, at brugen af begrebet *akut* i relation til de kommunale akutfunktioner ikke handler om øjeblikkelig respons eller om patienter, som befinder sig i en situation, der kræver en reaktion inden for få minutter, eller hvor der er tale om en trussel mod livet. Disse patienter skal – som altid – håndteres via det akutte beredskab, primært 112.

Når begrebet *akut* bruges i relation til kommunale akutfunktioner i sygeplejen, er betydningen således en noget anden end den, som sundhedsvæsenet traditionelt har brugt. Kernen i de akutfunktioner, som kvalitetsstandarderne beskriver, handler følgende tre elementer: 1) et løft af *kompetencer*, 2) levering af bestemte former for *målinger og instrumentel sygepleje døgnet rundt*, og 3) *øget opgavevolumen* hos medarbejdere i akutfunktionen, hvor de beskrevne opgaver i kvalitetsstandarderne skal samles på færre hænder.

2.2.6 Kvalitetsstandarderne og behovet for lokal fortolkning

Kvalitetsstandardernes brede formuleringer af krav betyder, at kommunerne på flere punkter skal foretage en række fortolkninger og træffe en række valg i forbindelse med implementeringen.

Kravene til **udstyr og indsatser** og til **tilgængelighed døgnet rundt** er relativt entydige og operationelle krav og levner ikke megen rum for forskellige fortolkninger. Det samme gælder i vidt omfang kravet om **mindst 2 års relevant erfaring**. Dog skal kommunerne stadig forholde sig til, hvordan natdækning i akutfunktionerne skal løses i praksis, og til hvad der konkret udgør relevant erfaring.

Standardernes beskrivelser af akutfunktionernes **målgrupper** er imidlertid meget bredt formuleret og kræver derfor fortolkning for at kunne operationaliseres i praksis. Når målgruppen er patienter *”som, har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, som ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje”*, bliver akutfunktionernes målgruppe en funktion af, *hvad* den øvrige hjemmesygepleje kan varetage i den enkelte kommune.

Den opgavemæssige **snitflade** mellem akutfunktionen og den øvrige hjemmesygepleje kræver også lokal fortolkning. Det skyldes, at de indsatser og det instrumentelle udstyr, som standarderne beskriver, for en stor dels vedkommende også er indsatser og udstyr der anvendes i den øvrige hjemmesygepleje. Således har kommunale sygeplejersker passet dræn, katetre og sonder mv., længe før Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder på akutområdet, og sygeplejersker har i varierende omfang også brugt ISBAR, TOBS mv. i deres arbejde. De konkrete indsatser og det udstyr, kvalitetsstandarderne på akutområdet beskriver, anvendes og leveres således langt fra udelukkende af kommunale akutfunktioner – og det gælder både før eller efter 2018. Derfor bliver snitfladen til den øvrige hjemmesygepleje et af de afgørende spørgsmål, som kommunerne skal forholde sig til i forbindelse med implementeringen af kvalitetsstandarderne for akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Det samme gælder kravene til **kompetencer** og kravene til, at opgaver med lille volumen skal samles på så få hænder, at medarbejderne i akutfunktionerne *”overvejende er beskæftiget med de særlige opgaver, som er kendetegnet for akutfunktionens opgaveportefølje, så deres kompetencer opbygges og holdes ved lige”* (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Hver kommune skal forholde sig til, hvad det i praksis vil sige at have *”særlige kompetencer”* inden for et givent område, hvilke helt konkrete opgaver der skal samles, og på hvor få hænder?

Hver kommune skal også forholde sig til spørgsmålet om **organiseringsform**: Skal kommunen have et akutteam, akutpladser eller noget tredje – og hvad skal dimensioneringen være? Dette hænger selvfølgelig nøje sammen med kommunens dimensionering af den øvrige (hjemme)sygepleje og øvrige midlertidige pladser.

Samlet set er det således indlejret i standarderne, at implementeringen kræver lokal fortolkning og operationalisering på en lang række områder. Standarderne rummer forskellige elementer, der handler om alt fra organisering til kompetencer til instrumentelle ydelser og udstyr, arbejdsmetoder og kommunikationsformer, og de giver kommunerne et bredt fortolkningsrum. Det er årsagen til, at kommunerne lægger vægt på forskellige aspekter af kvalitetsstandarderne i deres realisering af en kommunal akutfunktion. Det er denne variation, og de erfaringer kommunerne har gjort sig undervejs, som denne kortlægning afdækker.

2.3 Det kommunale akutområde i praksis

Det er ikke let eller ligetil at definere, hvad det kommunale akutområde egentlig er, og dermed hvordan det afgrænses i praksis. Det kommunale akutområde er en del af den kommunale hjemmesygepleje, og grænsen mellem de to dele af hjemmesygeplejen er ikke altid let at trække på ensartet eller på logisk vis – ikke mindst på tværs af kommuner. Dertil kommer, at akutpladser

blot én af flere typer midlertidige sengepladser, og at den skarpe skelnen mellem disse to typer midlertidige sengepladser i en del kommuner er et relativt nyt fænomen.

I dette afsnit præsenterer vi de udfordringer, der er med at definere og dermed afgrænse det kommunale akutområde i praksis, og den tilgang til akutområdet, som VIVE har valgt i kortlægningen.

2.3.1 Afgrænsning af udgående kommunale akutfunktioner

Den udkørende del af akutområdet kan enten afgrænses organisatorisk eller opgavemæssigt. Begge metoder rummer udfordringer:

Akutområdet kan afgrænses *organisatorisk*, altså med udgangspunkt i kommunens akutteam eller de sygeplejersker, som udgør den udgående kommunale akutfunktion. I dette perspektiv ses akutområdet som at være lig det, som kommunens akutteam laver: de ydelser eller indsatser, de leverer.

Det lyder umiddelbart logisk, men det er ikke uproblematisk. I praksis betyder det, at hvis en sygeplejerske i et akutteam foretager et kateterskift, så er det, jf. denne definition, en del af det kommunale akutområde. Men hvis en hjemmesygeplejerske – fx i nabokommunen eller i nattevagt i samme kommune – gør præcis det samme, så er kateterskiftet ikke længere en del af akutområdet. En ren organisatorisk afgrænsning af akutområdet vil således betyde, at de samme indsatser (måske ligefrem hos de samme borgere, blot leveret på et andet tidspunkt) i nogle tilfælde vil være en del af det kommunale akutområde, andre gange ikke. Ifølge definitionen vil det nemlig afhænge af det organisatoriske ophæng på den medarbejder, der leverer indsatsen. Det gør det problematisk automatisk at definere det kommunale akutområde som lig de ydelser, kommunens akutteam leverer. Hertil kommer, at medarbejderne i et akutteam laver meget andet end akutte borgerrettede opgaver, som det vil fremgå af kapitel 3, særligt afsnit 3.2 og 3.3, bl.a. fordi der er behov for mere fleksible opgaver ved siden af det akutte for at sikre fuld kapacitetsudnyttelse, men disse andre opgaver er ikke nødvendigvis direkte borgerrelateret akutsygepleje.

En andet perspektiv på området er i stedet at afgrænse det med afsæt i *opgaverne*: I dette perspektiv kan akutområdet defineres som de konkrete sygeplejefaglige indsatser og anvendelsen af det udstyr, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne på akutområdet. Dette gælder således, *uanset hvem* der udfører opgaverne, og uanset disse medarbejdere har organisatorisk ophæng i en kommunal akutfunktion eller i den øvrige sygepleje. På denne måde ville man klassificere bestemte typer af sygeplejefaglige ydelser til at være lig det kommunale akutområde.

Dette er dog heller ikke uproblematisk, fordi de indsatser og det udstyr, der beskrives i kvalitetsstandarderne, i vidt omfang også leveres og anvendes i hjemmesygeplejen; dog med undtagelse af enkelte ydelser som fx blodprøver og i nogle kommuner (opstart af) IV-medicinering. Disse to ydelser er enten udelukkende eller primært forbeholdt akutteams i de medvirkende kommuner i denne kortlægning. Hvis man således tager udgangspunkt i de opgaver (konkrete indsatser og anvendelse af udstyr), der er beskrevet i kvalitetsstandarderne, vil akutområdet i praksis komme til at dække en meget stor del af de indsatser, som kommunernes øvrige hjemmesygepleje (også leverer – parallelt med akutfunktionen).

VIVE har derfor valgt at gå pragmatisk og empirisk til værks i denne kortlægning og i hver enkelt kommune undersøge, om kommunen har et akutteam. Hvilke konkrete *opgaver* teamet løser, hvilke opgaver den øvrige sygepleje løser, og hvordan kommunen i praksis fortolker de krav til *udstyr, tilgængelighed* og *uddannelse*, som er formuleret i kvalitetsstandarderne. VIVE

har således både haft fokus på de forskelligartede organisatoriske enheder eller spor i hjemmesygeplejen, som kaldes 'akutteams', såvel som på de opgaver, kompetenceniveauer, indsatser og udstyr, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Desuden har vi haft fokus på, hvordan *snitfladen* til den øvrige hjemmesygepleje defineres. Formålet med denne tilgang er at se akutområdet i en større kontekst og undersøge, hvordan de enkelte kommuner i praksis afgrænser deres akutområde, herunder de udfordringer de oplever i forbindelse med at skulle afgrænse det både organisatorisk og opgavemæssigt.

I kapitel 3 behandles udgående akutfunktioner i hjemmesygeplejen – både akutteams og andre organisatoriske modeller for udgående akutfunktioner.

2.3.1 Afgrænsning af den stationære del af akutområdet

Ud over udgående akutfunktioner som fx akutteams findes også akutpladser i kommunerne, som er en anden måde at organisere en akutfunktion på.

De stationære sengepladser i kommunerne benævnes oftest midlertidige pladser, men der er ret beset tale om det, man i sundhedsvæsenet kalder *stationære* senge – i modsætning til klinikker eller andre kommunale enheder, hvor man yder *ambulant* sygepleje eller træning, sådan som man fx gør i akutteams. De midlertidige pladser i kommunerne er vokset frem over tid som følge af forskellige lokale behov og forskellige perspektiver på, hvordan kommunerne bør organisere deres opgaveløsning. Men der er en væsentlig forskel: Ifølge sundhedsloven *skal* kommunerne tilbyde hjemmesygepleje (§ 138), ligesom de *skal* tilbyde genoptræning (§ 140), og ifølge lov om social service *skal* kommunerne tilbyde tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb (§ 83a) og personlig såvel som praktisk hjælp (§ 83). Men ingen steder i hverken service- eller sundhedsloven stilles der krav om, at kommunerne *skal* tilbyde ophold på midlertidige pladser, heller ikke akutpladser.

Kommunerne *kan* tilbyde midlertidigt ophold efter servicelovens § 84, stk. 2, hvor der står, at "*Kommunen kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje*". Men derudover *kan* kommunerne også etablere akutpladser efter sundhedslovens § 138 om hjemmesygepleje. I praksis betyder det, at der både findes midlertidige pladser, som borgerne henvises til med afsæt i sundhedsloven (akutpladser efter § 138 i sundhedsloven), og midlertidige pladser, som borgerne visiteres til efter servicelovens § 84.2.

I praksis har kommunerne forskellige tilbud om midlertidigt ophold på stationære sengepladser, og som det fremgik af Figur 2.1, har langt fra alle kommuner akutpladser. Desuden kan det også her være svært at afgrænse dem. Således kan en borger, der har fået et midlertidigt ophold på en stationær sengeplads, mene, at der reelt har været tale om en akutplads, fordi borgeren har været så syg/svækket og har modtaget så meget sygepleje, der ligger inden for de kvalitetsstandarder, som akutsygepleje beskriver, mens kommunen dog ikke mener, at der har været tale om en akutplads, men i stedet en anden form for midlertidig plads (under serviceloven). Om det er en akutplads eller en anden form for midlertidig plads har betydning for borgerne af to årsager: For det første fordi Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kun gælder for akutpladser og ikke for de øvrige midlertidige pladser. For det andet fordi kommunerne ikke må opkræve egenbetaling for kost og linnedvask under opholdet på en akutplads (efter sundhedsloven), men godt må kræve egenbetaling for dette på andre former for midlertidige pladser (efter serviceloven). Derfor er det vigtigt for borgerne, at det kan afgøres entydigt og efter ensartede kriterier, om et midlertidigt ophold reelt har været på en akutplads under sundhedsloven eller et midlertidigt ophold efter serviceloven. Dette tema behandler vi mere indgående i afsnit 4.3.1.

Afgrænsningen af den stationære del af akutområdet kompliceres desuden af, at akutpladser ikke altid er bestemte fysiske sengestuer: Der ses således eksempler på, at kommuner vælger at have et antal midlertidige pladser, som anvendes fleksibelt, og hvor afsnittets samlede normering svarer til, at en andel af sengepladserne er akutpladser og resten er midlertidige pladser med anden medarbejdernormering – fx aflastningspladser. Men de enkelte stuer kan både fungere som akut- eller aflastningspladser alt afhængigt af personalets vurdering af borgerens tilstand. En borger kan således have et forløb, hvor vedkommende er så syg/svækket/ustabil, at første del af forløbet er på en akutplads (efter sundhedsloven), mens borgeren i den sidste del af forløbet er kommet sig så meget, at forløbet i stedet visiteres efter serviceloven. Dette er helt parallelt til det forløb, som en stationær patient kan have i hospitalsregi, hvor man først indlægges på en akutmodtagelse (FAM), herefter kan overføres til en stationær (ofte specialiseret) afdeling, og – hvis patienten bliver meget dårlig – kan overføres til en intensivafdeling, for herefter igen at kunne overføres tilbage til en stationær afdeling inden udskrivelsen. Forskellen er blot, at sker dette i kommunalt regi, så visiteres borgeren efter to forskellige lovgivninger, der indeholder forskellige rammer, regler og kvalitetsstandarder, herunder også forskelle i egenbetaling under dét, der set i et borgerperspektiv er 'det samme' ophold.

Denne fleksible klassifikation og anvendelse af de forskellige pladser, der ses i nogle kommuner, kan give god mening i et borgerperspektiv, fordi borgerne ikke behøver at flytte mellem forskellige typer pladser – alt efter deres tilstand, men i stedet kan blive på samme stue, mens visitationsgrundlaget og klassifikationen af forløbet og de gældende regler og rammer for forløbet ændrer sig, i takt med at borgerens tilstand enten forbedres eller forværres. Det betyder i praksis, at borgeren ikke skal flyttes fra én enhed eller matrikel til en anden. Men det komplicerer afgrænsningen af den stationære del af akutområdet, fordi akutpladser ikke nødvendigvis er bestemte fysiske sengepladser.

Kortlægningen er også på dette område gået pragmatisk til værks og har undersøgt, hvordan kommunerne bruger begrebet akutpladser (akutstuer) i praksis. Hovedfokus har været på kommunernes akutpladser, men kortlægningen inddrager alle typer af midlertidige pladser, fordi samspillet med øvrige midlertidige pladser er centralt for at forstå akutpladsernes rolle og de udfordringer, dilemmaer og muligheder, der knytter sig til akutpladser. Desuden varierer kommunernes borgermålgrupper og kapacitet på de forskellige pladstyper betydeligt, og derfor vil borgere, der i én kommune ligger på en akutplads, i andre kommuner være på en anden type plads eller blive håndteret i hjemmet af et akutteam eller af hjemmesygeplejen. Dette er begrundelserne for, at rapporten ikke fokuserer snævert på akutpladser alene, men i stedet ser dem i den lokale kommunale kontekst, de indgår i, for at forstå den rolle de spiller i en større sammenhæng.

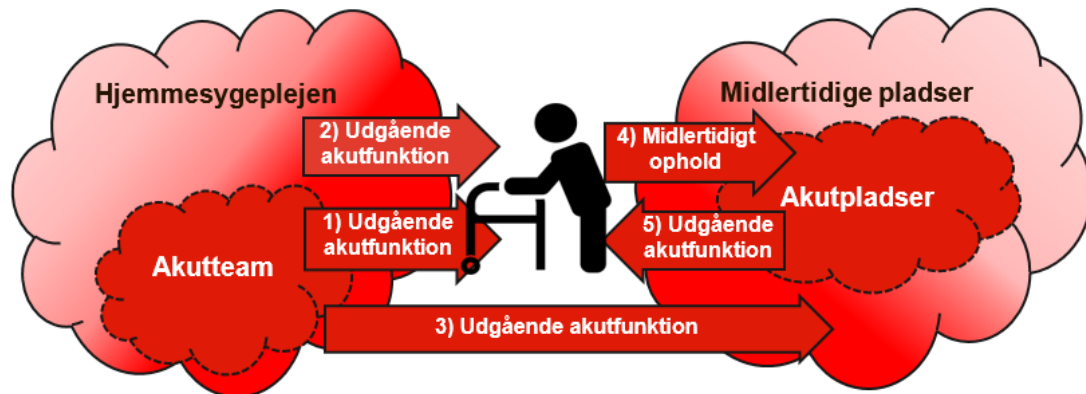
Kapitel 4 omhandler midlertidige pladser, herunder akutpladser og den rolle, de spiller på det kommunale akutområde.

2.3.2 Det kommunale akutområde i kontekst

Med afsæt i de udfordringer, der er beskrevet i dette afsnit omkring afgrænsning af det kommunale akutområde, har vi som beskrevet valgt en pragmatisk tilgang, hvor såvel akutteam, akutpladser som andre modeller for organisering af akutfunktioner ses i en større empirisk kontekst.

Figur 2.3 illustrerer det kommunale akutområde i kontekst og viser de fem forskellige måder, som VIVE har fundet, at borgere i praksis kan møde de kommunale akutfunktioner.

Figur 2.3 Det kommunale akutområde i praksis



Note: De mørkerøde områder illustrer områder, som pr. definition er en del af akutområdet. De lysere nuancer illustrerer områder, som i varierende grad *kan* være en del af akutområdet. Pilene illustrerer, at der både kan være tale om midlertidige ophold på pladser såvel som udgående funktioner fra forskellige enheder, der løser opgaver beskrevet i kvalitetsstandarderne.

Kilde: VIVE, egen tilvirkning.

Figur 2.3 viser de forskellige måder, en kommunal akutfunktion kan møde borgerne på. De to mørkerøde områder – akutpladser og akutteams – er en del af det kommunale akutområde. Men alt afhængig af den enkelte kommunes organisering, arbejdsgange og interne snitflader bliver der på akutpladser og i akutteams løst opgaver, som ikke nødvendigvis adskiller sig fra de opgaver, der løses på andre midlertidige pladser og i den øvrige hjemmesygepleje. Hvor grænsen går mellem henholdsvis akutpladser og øvrige midlertidige pladser og mellem akutteams og den øvrige hjemmesygepleje, er ikke altid entydigt. Derfor er der stiplede linjer omkring akutpladser og akutteams i figuren.

Pilene i Figur 2.3 illustrerer de måder, som en borger kan møde¹⁰ en kommunal akutfunktion på:

1. En borger kan modtage sygepleje fra et akutteam i eget hjem. Dette er den måde, flest borgere vil modtage sygepleje fra en akutfunktion.
2. En borger kan også modtage sygepleje fra en akutfunktion, der hverken er organiseret som et akutteam eller en akutplads, men er integreret i den øvrige sygeplejes udgående funktioner. Dette ses der flere eksempler på i denne kortlægning.
3. En borger kan desuden modtage sygepleje fra akutteamet på en midlertidig plads, der er etableret efter servicelovens § 84, stk. 2. Borgere på midlertidige pladser har de samme muligheder for at få akutsygepleje via en kommunes akutteam som alle andre borgere, der måtte opholde sig i eget hjem (eller på andre kommunale institutioner, fx bosteder eller plejehjem).
4. En borger kan visiteres til et midlertidigt ophold på en akutplads efter sundhedslovens § 138 om hjemmesygepleje. Disse findes i nogle, men langt fra alle kommuner.
5. En borger kan modtage udgående akutsygepleje fra medarbejdere på akutpladser, fx i eget hjem eller plejebolig. Det ses i kommuner, der har valgt at samle visse opgaver med lav volumen hos udkørende sygeplejersker fra akutpladser, fordi de har den rutine med fx blodprøvetagning, som kvalitetsstandarderne kræver.

¹⁰ Nogle ledere af akutteams ser sparring med øvrige sygeplejersker – og assistenter – som en af akutteamets væsentligste opgaver. Derfor kan 'mødet' med borgerne også foregå indirekte i den forstand, at akutsygeplejersker kan fungere som 'bagvagter', som de øvrige medarbejdere kan rådføre sig med om konkrete borgere, uden at akutsygeplejersken nødvendigvis selv ser borgeren.

Kapitel 3 handler om udgående akutfunktioner, herunder akutteams og andre specialteams, mens kapitel 4 fokuserer på kommunernes brug af midlertidige pladser, herunder akutpladser, i relation til akutområdet.

3 Udgående akutfunktioner

I dette kapitel kortlægges de medvirkende kommuners udgående akutfunktioner. I afsnit 3.1 beskrives indledningsvist de tre forskellige modeller for organisering af udgående akutfunktioner, som er fundet i de deltagende kommuner. I afsnit 3.2 beskrives den fundne variation i målgrupper og opgaver for de udgående akutfunktioner og de dilemmaer, der knytter sig til udvikling og afgrænsning af akutfunktionernes opgaver og rolle. Afsnit 3.3 sætter fokus på de dilemmaer, som knytter sig til at have relativt små¹¹ beredskabsfunktioner, der altid skal kunne levere en given ydelse, samtidig med at der overalt i sundhedsvæsenet er et ønske om maksimal kapacitetsudnyttelse, hvilket kræver, at der ud over de akutte beredskabsopgaver også er andre opgaver, som kan løses mere fleksibelt, og som derfor kan hjælpe med at fylde ledig kapacitet på tidspunkter med færre akutte opgaver. I afsnit 3.4 ser vi på, hvilke konsekvenser forskellige former for organisering af akutfunktioner har for kontinuiteten i borgerforløbene, hvilket er et væsentligt aspekt i det kommunale sundhedsvæsen såvel som i det regionale: Graden af specialisering og antallet af overgange mellem forskellige enheder spiller også en rolle i forhold til den samlede kvalitet og i forhold til ressourceforbruget til overlevering og koordinering medarbejderne i de forskellige enheder imellem. I afsnit 3.5 behandles de udfordringer og muligheder, som kommunerne oplever i relation til medicinområdet. Akutfunktionerne arbejder med borgere, som er tættere på at være indlæggelseskrævende, og derfor er behovet for at kunne agere hurtigere på lægernes ordinationer også større. Endelig handler afsnit 3.6 om, hvad det i praksis betyder, at den kommunale sygepleje – i de kommuner, som har valgt at have et akutteam – er blevet delt i to enheder: en hjemmesygepleje og et akutteam. Relationen mellem de to enheder er afgørende for akutteamets muligheder for at blive involveret i de relevante borgerforløb, *inden* en indlæggelse er uundgåelig.

3.1 Forskellige modeller for organisering

Som beskrevet i kapitel 2 rummer kvalitetsstandarderne flere forskellige muligheder for organisering af akutfunktionerne. De 15 kommuner i denne kortlægning kan deles i tre overordnede grupper med hensyn til, hvilken model de har valgt for organisering af deres udgående akutfunktioner:

- 1) **Kommuner med eget akutteam:** Kortlægningen omfatter fem kommuner, der har valgt at etablere et akutteam med en afgrænset medarbejdergruppe og selvstændig ledelse. Der er dog ikke nogen af disse akutteams, der er døgndækkende. En enkelt kommune har dog integreret de eksisterende natsygeplejersker i akutteamet i stedet for at lade den øvrige sygeplejes natsygeplejersker overtage de akutte opgaver i nattevagten. Således er akutteamet formelt set døgndækkende, men i praksis er der kun ét vagthold om natten, som varetager alle opgaver, både øvrig sygepleje og akutsygepleje. I de øvrige kommuner i denne gruppe overtager hjemmesygeplejen akutfunktionen enten fra og med aften- eller nattevagten.
- 2) **Kommuner med tværkommunalt akutteam:** Kortlægningen inkluderer to eksempler på, at tre kommuner er gået sammen om et fælles akutteam på tværs af kommunegrænserne, der fungerer parallelt med hver af de tre deltagerkommuners øvrige sygepleje alle

¹¹ Sammenlignet med de 21 akutte hospitalsenheder og de 5 vagtlægeordninger er 98 kommuner som udgangspunkt relativt små enheder i beredskabssammenhæng.

dage i dag- og aftenvagter. Det ene af de to tværgående teams startede som døgndækkende, men har i dag ingen nattevagt. Her overgår akutfunktionen til natsygeplejen i hjemmesygeplejen.

- 3) **Kommuner uden akutteam:** Endelig rummer kortlægningen fire eksempler på kommuner, der har valgt ikke at have et akutteam. Disse kommuner har i stedet integreret akutfunktionen i den eksisterende hjemmesygepleje og til dels også i udgående funktioner fra akutpladser. De udgående akutopgaver er i større eller mindre grad spredt på hjemmesygeplejersker eller et mindre antal sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen. To af kommunerne i denne gruppe har desuden kombineret dette med en udgående funktion fra kommunens akutpladser, der tager sig af udvalgte akutopgaver, primært blodprøver til måling af forskellige værdier, fx infektionstal (CRP).

VIVE har kun kortlagt akutfunktionerne i disse 15 kommuner og kan derfor ikke udelukke, at der findes andre modeller i andre kommuner. Informanterne i denne kortlægning har dog ikke kunnet pege på grundlæggende andre modeller for organiseringen af akutfunktionerne end disse tre.

Inden for de to grupper af kommuner med akutteams (1 og 2) ses endnu en underopdeling, idet nogle teams har meget tæt kobling mellem akutteam og hospital, og disse akutteams er i nogle tilfælde opstået som led i et styrket hospital/kommune-samarbejde omkring akutområdet. Der ses varierende grader af samarbejde mellem kommune og hospital, fx med FAM-afdelinger, samt med geriatriske og medicinske afdelinger.

De følgende tre afsnit beskriver de tre modeller med fokus på kommunernes **begrundelser** og **rationaler** for deres valg af organisering. Herefter fokuseres på tværgående temaer i relation til de udgående akutfunktioners **målgrupper og opgaver** i praksis (afsnit 3.2), dilemmaer i relation til akutopgaver og fuld **kapacitetsudnyttelse** (afsnit 3.3) og i relation til **kontinuitet** i forløb (afsnit 3.4), rammebetingelser på **medicinområdet** (afsnit 3.5) og til sidst **snitfladen, samarbejdet og relationen** mellem de to typer af sygeplejersker: akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker (afsnit 3.6).

3.1.1 Model 1: Kommuner med eget akutteam

Som det fremgik af Figur 2.1, har langt hovedparten af kommunerne valgt at have et akutteam. Nogle af disse teams har eksisteret længe – fx er akutteamet i Helsingør fra 1997, mens andre er relativt nyetablerede som følge af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder i 2018. Nogle teams har et meget tæt samarbejde med hospitaler, andre har ikke andet eller mere samarbejde med hospitaler end den øvrige sygepleje i kommunen.

Der er i praksis en glidende overgang mellem at have et team, som udgør en separat organisatorisk enhed med egen (team)leder, og at have et akutteam, der i praksis er et 'spor' integreret i sygeplejen, og som primært bemandes af en mindre gruppe sygeplejersker, som kan have større eller mindre overlap med den øvrige sygeplejes opgavevaretagelse, og som hverken organisatorisk eller ledelsesmæssigt udgør en organisatorisk enhed. Sidstnævnte model har vi valgt ikke at inkludere i denne gruppe, men i stedet i gruppe 3: Kommuner uden akutteam, fordi vi her definerer akutteams som separate organisatoriske enheder med egen ledelse.

VIVEs kortlægning har inkluderet fem eksempler på kommuner med eget akutteam. Kommunerne varierer i størrelse, men har det til fælles, at akutteamet langt overvejende har sit virke i dagtiden på hverdage, hvor bemandingen i teamet er højest.

De kommuner, som har valgt at etablere et akutteam, der er organisatorisk og ledelsesmæssigt adskilt fra den øvrige sygepleje, har forskellige begrundelser for dette. Nogen har gjort det, fordi de oplevede et behov for en mindre enhed, der i mere eller mindre tæt samarbejde med en hospitalsafdeling skulle løfte en særlig indsats (fx tidligere hjemtagning af bestemte patientgrupper eller forsøg på at forebygge bestemte typer af indlæggelser i bestemte målgrupper). Dette kobles flere steder til et ønske om at undgå ventedagsbetaling for færdigbehandlede patienter på hospitalerne. Andre har gjort det, fordi de mere generelt oplevede et behov for en gruppe af sygeplejersker, som kunne arbejde mere fleksibelt og have andre kompetencer i forhold særlige målgrupper, typisk nyudskrevne, der både er meget syge, uafklarede og ustabile, eller borgere med behov for en særlig og øjeblikkelig indsats, hvis de ikke skal indlægges akut. Andre igen har oplevet det som et krav fra Sundhedsstyrelsen, at de *skulle* have et akutteam, (hvis de ikke havde akutpladser) – og derfor har begrundelsen været, at de så det som en 'skal-opgave', der er kommet udefra.

3.1.2 Model 2: Akutteams på tværs af kommuner

I kvalitetsstandarderne anbefales det, *"at kommuner med et lille patientgrundlag indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion"* (Sundhedsstyrelsen, 2017a). I denne kortlægning indgår to eksempler på tværkommunale akutteams, men det er kun to af de i alt seks kommuner, som indgår i tværkommunale akutteams med et befolkningsgrundlag, som ligger under medianen for de danske kommuner (ca. 43.000 indbyggere). Der er således generelt set ikke tale om små kommuner, der har slået sig sammen omkring fælles akutteams. Til gengæld har alle seks kommuner en befolkningstæthed, der ligger langt over landsgennemsnittet, og afstandene er derfor relativt korte sammenlignet med mere tyndt befolkede landkommuner. Det er således andre bevæggrunde end størrelsen af kommunernes borgergrundlag, der har ført til tværkommunale samarbejder på akutområdet.

Kommunerne i denne kortlægning peger på følgende årsager til, at de har valgt at indgå i et tværkommunalt akutteam: En kommune peger på et ønske om faglig udvikling. Her oplevede en leder på området *"et tydeligt behov for at løfte fagligheden i sygeplejerskerne og tilføre mere specialisering med henblik på at forebygge indlæggelser og styrke tidlig opsporing"* (kommunal leder). Denne begrundelse går igen i flere af de kommuner, der har valgt tværkommunale akutteams: Ønsket om at minimere antallet af forebyggelige indlæggelser, kombineret med en oplevelse af, at det kræver flere og særlige akutkompetencer i sygeplejen, hvis dette skal lykkes. Det er der bedre mulighed for ved at opnå i et større fagligt miljø i et akutteam på tværs af kommuner, vurderer disse kommuner.

Andre kommuner i denne gruppe peger på et politisk/administrativt ønske om at øge graden af tværkommunalt samarbejde mere generelt – og ikke kun på sundhedsområdet – som baggrunden for at indgå i et tværkommunalt akutteam.

Endelig nævnes stordriftsfordele også som en bevæggrund: I aftenvagt og særligt i nattevagt kan behovet for akutteam være mindre end én sygeplejerske pr. kommune, og her vil fx tre kommuner kunne dækkes af mindre end tre akutsygeplejersker i vagt. En kommune lægger således vægt på de erfaringer, de havde gjort sig, inden det tværkommunale akutsamarbejde: Her havde kommunen egen akutsygepleje, men da kvalitetsstandarderne kom, vurderende kommunen, at hvis opgaverne skulle varetages effektivt døgnet rundt, særligt i nattevagten, var et større borgergrundlag end kommunens godt 75.000 indbyggere nødvendigt.

Imidlertid skal det påpeges, at det ene af de to tværkommunale teams aldrig har været døgn-dækkende, og at det andet kun var det i få år efter opstart. Begrundelsen for ikke at være

døgndækkende er, at efterspørgslen stadig er for lille til at have akutsygeplejersker på vagt om natten – ved siden af den øvrige sygepleje.

De kommuner, der indgår i tværkommunale akutteams, peger også på, at små akutteams er meget sårbare rent organisatorisk over for fx personaleudskiftninger og sygdom, og desuden vurderer flere, at det er lettere at rekruttere sygeplejersker og sikre kompetencer i et større (tværkommunalt) team.

3.1.3 Model 3: Akutfunktioner integreret i sygeplejen

Fire kommuner har ikke et akutteam¹² i betydningen en separat organisatorisk enhed med en gruppe af sygeplejersker ansat under egen ledelse. Der findes to varianter inden for denne gruppe:

Den ene undergruppe består af **mindre kommuner**. I disse kommuner fungerer akutfunktionen som et ekstra 'spor' med en særlig funktion i sygeplejen, der enten har en akuttelefon og/eller kører med særligt (måle)udstyr. Med 'spor' menes én sygeplejerske, som har en særlig akutfunktion, men der er tale om sygeplejersker, der også er en del af hjemmesygeplejen. I den ene kommune går opgaven på skift blandt størstedelen af sygeplejerskerne (der har mindst 2 års erfaring). I den anden kommune varetages akutsporet af to sygeplejersker med relevant hospitalserfaring samt yderligere efteruddannelse; begge er halv tid i akutfunktionen og halv tid i forskellige andre funktioner. Derudover fungerer to efteruddannede hjemmesygeplejersker som faste vikarer i akutfunktionen i denne kommune. I begge kommuner er akutfunktionen en integreret del af hjemmesygeplejen i den forstand, at de har samme ledelse, og sygeplejerskerne i akutfunktionen fx deltager i morgenmøder, personalemøder mv. sammen med den øvrige hjemmesygepleje.

Den anden gruppe består af relativt **store kommuner**, der desuden har akutpladser. I den ene kommune er den udgående akutfunktion integreret i hjemmesygeplejen (dog ikke blodprøvetagning, som foretages af en udgående sygeplejerske fra kommunernes akutplads). I den anden kommune er de udgående akutopgaver integreret blandt sygeplejerskerne på akutpladserne, som således også varetager den udgående akutfunktion – ud over at passe borgerne på pladserne.

I kommuner uden akutteam løses opgaverne i kvalitetsstandarderne af sygeplejersker, der organisatorisk og ledelsesmæssigt er en del af hjemmesygeplejen: enten på skift eller blandt en mindre gruppe. I halvdelen af disse kommuner indgår sygeplejersker fra akutpladserne også i løsningen af akutopgaverne. På tværs af disse fire kommuner er der både kommuner, hvor alle sygeplejersker har gennemgået en akutuddannelse, og kommuner, hvor der ikke er foregået samme type mere formaliseret uddannelsesindsats og kompetenceløft.

Begrundelserne for at vælge en akutfunktion integreret i hjemmesygeplejen er forskellige: De to mindre kommuner lægger ikke overraskende vægt på *kommunernes størrelse* som begrundelse for ikke at have et akutteam. Vurderingen fra en leder i en af disse kommuner er kort og godt: *"Vi er simpelthen for små!" (Leder af ældreområdet).*

Befolkningsstørrelse er dog ikke den eneste begrundelse for at fravælge et akutteam i de små kommuner i denne gruppe. Der lægges også vægt på kvalitetsstandardernes tilgang til *tidlig opsporing af begyndende sygdom*. Lederen i den kommune, der har valgt den mest integrerede

¹² En af de fire kommuner i denne gruppe bruger betegnelsen "akutteam", men der er i praksis tale om et ekstra spor i sygeplejen – en funktion, som dækkes af sygeplejersker, der også i varierende omfang kører i hjemmesygeplejen. Derfor har vi valgt at gruppere denne kommune til at have en akutfunktion integreret i sygeplejen.

løsning (hvor alle sygeplejersker med mere end 2 års erfaring på skift varetager akutfunktionen), peger således på, at de kompetencer, der kræves af akutfunktionen, skal aktiveres meget bredt og meget tidligt, hvis det skal lykkes at opspore begyndende sygdom så tidligt, at indlæggelser kan forebygges. Hun forklarer det således: *"Hvis vi [akutfunktionen, red.] først kommer ind, når borgerne er indlæggelsestruede, så er vi kommet for sent"* (Leder af sygeplejen). Hun lægger samtidig vægt på koblingen mellem hjemmesygeplejen og hjemmeplejen og understreger, at en meget tæt kobling mellem borgernes faste medarbejdere – oftest social- og sundhedshjælpere eller social- og sundhedsassistenter – og de sygeplejersker, der udgør den udgående akutfunktion, er helt afgørende for at lykkes med forebyggelse af indlæggelser via tidlig opsporing. Ved at have akutfunktionen i et separat team vurderer disse kommuner, at der er ringere sandsynlighed for, at akutfunktionen kommer tidligt nok ind i borgerforløb til reelt at kunne forebygge indlæggelser. Derfor er akutfunktionen integreret i hjemmesygeplejen. Således har kommunernes forskellige læsning af kvalitetsstanderne konsekvenser for kommunernes valg af organisering, herunder om et separat akutteam overhovedet er en god idé. Nogle læger vægt på at samle kompetencerne på få hænder, andre på at sikre det bedste organisatoriske grundlag for tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser.

I den ene af de to store kommuner i denne gruppe har man valgt at lade udkørende sygeplejersker fra akutpladserne stå for al akutsygepleje uden for pladserne. Her har baggrunden været to ting: På den ene side praktiske og logistiske hensyn, idet man til at starte med kun har udstyret én bil med de instrumenter, utensilier og måleapparater, der kræves, jf. standarderne, dog med mulighed for senere at kunne udvide, hvis efterspørgslen skaber behov for det. På den anden side et ønske om at samle nogle af de instrumentelle opgaver på færre hænder for at kunne sikre og vedligeholde rutine og kompetencer på den måde. En leder i denne kommuner forklarer:

Der er forskel på, om du lægger 10 venflon om ugen eller én gang om måneden. Og det handler ikke bare om at gå ud og tage en CRP: Det handler om at om at gå ud og tage stilling til, om det overhovedet er relevant, om vi i stedet skulle tage leukocytter, og om at kunne være praktiserende læges øjne og øre derude. (Kommunal leder)

I den anden store kommune, der har valgt at integrere de udgående akutopgaver i hele hjemmesygeplejen, begrundes valget bl.a. med behovet for *kontinuitet* i borgerforløbene, fordi det ofte er svage, ældre medicinske patienter, der er målgruppen. Lederen af sygeplejen i denne kommune understreger her vigtigheden af, at:

... det skal være hjemmesygeplejerskerne, der kender patienten, som følger dem så langt som overhovedet muligt, (...) så vi ikke sender nogen [et akutteam] ud, som bare lige kommer, når de bliver kaldt og laver en akutudredning, har en dialog med lægen, og så trækker sig igen. (Leder af sygeplejen)

Da ingen andre større kommuner i denne kortlægning har valgt at integrere akutopgaverne bredt i hjemmesygeplejen, men i stedet har samlet dem i et separat akutteam, er det derfor relevant at forstå begrundelserne for dette valg, som er atypisk blandt de store kommuner. Lederen af sygeplejen begrundet det således:

Vi har overvejet, hvad er egentlig det akutte ude i det kommunale? Er det ikke der rigtig mange komplekse geriatriske og medicinske patienter? Hvis vi lægger det på få hænder [i et akutteam], så får du nogle kompetencer, du tilkalder, og så får du faktisk en endnu højere grad af organisatorisk kompleksitet i de her forløb. Så derfor har vi tænkt: Alle sygeplejersker skal have kompetencer til at kunne arbejde ud fra den nationale kvalitetsstandard for akutfunktioner i forhold til at kunne lave akutte

observationer, TOBS, ISBAR, så de kan lave de her udredninger, så de hele tiden kan arbejde med at forebygge forværringer i patienternes tilstand og være i tæt dialog med praktiserende læger. Derfor har vi løftet [i betydningen efteruddannet] alle [hjemmesygeplejersker] til at være den kommunale akutfunktion. Og så tænker vi, at den udvikling, der sker i det nære sundhedsvæsen, den kalder på de kompetencer til at kunne arbejde i det akutte felt. Det er ikke tilstrækkeligt med nogle [akutsygeplejersker], man kan kalde på. (Leder af sygeplejen)

En anden begrundelse for at integrere akutopgaverne i den eksisterende sygepleje frem for i et akutteam handler om *udviklingen i det nære sundhedsvæsen*, særligt den kommunale sygepleje. Kommunen vurderer, at udviklingen i de borgere – eller måske rettere patienter – som kommunerne skal håndtere, kræver, at *alle* kommunens sygeplejersker mestrer de opgaver og har de kompetencer, som kvalitetsstandarderne peger på.

Den anden store kommune, der har fravalgt et selvstændigt akutteam, argumenterer ligeledes for, at der er behov for, at *alle* sygeplejersker i hjemmesygeplejen kan løfte opgaven omkring borgere med akut sygdom:

Omsorgsrådet har fravalgt at etablere et akutteam, da målsætningen i stedet har været, at alle sygeplejersker skal kunne varetage observation, pleje og/eller behandling af borgere med akut opstået eller forværring af kendt sygdom. Desuden ser vi en risiko ved at indføre en ny "søjle", da målet er at styrke den tværfaglige koordinerede indsats i forhold til den enkelte borgers forløb. (Politisk sagsfremstilling, 31. januar 2017)

Men ud fra dette perspektiv på fremtidssikring er der i disse kommuner også en tydelig bekymring for de udfordringer, som endnu en separat "*søjle*" i sygeplejen vil have på den "*tværfaglige koordinerede indsats*", eller som det blev formuleret en leder tidligere: At akutteams i virkeligheden vil øge den organisatoriske kompleksitet omkring borgerene, mens der snarere er behov for det modsatte.

En tredje begrundelse for at fravælge akutteams handler om kompetencer på en mere indirekte vis: Ved at beholde såvel (efter)uddannelse som de nye, spændende og fagligt udfordrende opgaver kvalitetsstandarderne beskriver integreret i hjemmesygeplejen, vurderer de kommuner, der har fravalgt en del af sygeplejen i akutteam og (almindelig) hjemmesygepleje, at de har et bedre grundlag for *fremtidig rekruttering* af kompetente sygeplejersker til hjemmesygeplejen. At integrere akutfunktionerne i hjemmesygeplejen ses som en måde at skabe mere attraktive stillinger i hele hjemmesygeplejen på – ikke kun i et mindre akutteam. Dette relateres til en oplevelse af, at den øvrige hjemmesygepleje bliver en form for "B-hold", mens kommunernes akutteams i praksis bliver set som "A-holdet". Og her er nogle ledere bekymrede for konsekvenserne for kompetencer og kultur på sigt på det, nogle ledere kalder "B-holdet", altså den øvrige (almindelige) hjemmesygepleje, der ikke har akutopgaver. Det skal understreges, at ledere i kommuner med akutteams understreger vigtigheden af et tæt samarbejde mellem akutteam og den øvrige hjemmesygepleje som forudsætning for, at akutteamet overhovedet kommer ind i de relevante borgerforløb, hvor de kan gøre en forskel for borgerne. Men samtidig peger kortlægningen også på, at sygeplejerskerne i akutteams generelt har og får mere uddannelse, at de har en mere fleksibel tilrettelæggelse af opgaver uden kørelister, og desuden skal akutteams ikke dække nattevagten¹³.

¹³ Nogle kommuner har ladet kommunens faste hold af nattevagter – fra før akutteamet blev etableret – indgå som en særlig underenhed i akutteamet, hvor de fortsat kun dækker nattevagterne for hele kommunen – ikke kun for akutteamet.

Endelig er en fjerde begrundelse for at integrere akutfunktioner i den eksisterende sygepleje at **sikre fuld kapacitetsudnyttelse** ved at gardere sig mod ledig kapacitet, altså at sygeplejersker i et akutteam ikke altid har noget at lave, fordi det i en beredskabsfunktion afhænger af, hvor ofte og hvornår der trækkes på den. I en af de kommuner, som har valgt, at alle akutvurderinger (inkl. prøvetagning) skal varetages af udgående sygeplejersker fra kommunens akutpladser, er risikoen for perioder med opgavemæssig tomgang i et akutteamet netop begrundelsen for at lade akutpladserne varetage de udgående akutfunktioner.

Samlet set peger denne kortlægning på, at kommunernes valg af model for organisering af akutfunktioner ikke kun handler om kommunestørrelse. Det handler i høj grad også om de erfaringer, som kommunerne – og de enkelte ledere – tidligere har gjort sig med organisering af akutområdet og sygeplejen, og hvordan de fortolker kvalitetsstandarderne, herunder hvor meget vægt de tillægger forskellige aspekter af standarderne: Er hovedformålet at have specialister i akutvurderinger og særlige former for instrumentel sygepleje? Eller er hovedformålet at forebygge indlæggelser ved tidligt at komme ind i borgerforløb med tegn på begrunnende sygdom? Her lægger kommunerne vægt på forskellige aspekter. Men valget af organisatorisk model i de udgående akutfunktioner handler også om, hvorvidt kommunerne har akutpladser ved siden af deres eventuelle akutteam; det handler om lederens oplevelse af det faglige niveau i den øvrige hjemmesygepleje; det handler om lokale traditioner for samarbejde på tværs i og af kommunerne, og det handler om, hvordan lederne ser på fremtiden, rekrutteringssituationen og den faglige og opgavemæssige udvikling i det kommunale sundhedsvæsen samlet set.

3.2 Variation i målgrupper og opgaver

Målgrupperne for de forskellige akutteams og akutfunktioner er beskrevet relativt ensartet på tværs af kommuner og med afsæt i de målgrupper, som er nævnt i kvalitetsstandarderne:

- *Lægehenviste* patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men *uden behov for sygehusindlæggelse*
- *Lægehenviste* patienter, der *efter udskrivning fra sygehus* fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen
- Patienter henvist fra *hjemmesygeplejen*, hvor der er behov for *sparring* med akutfunktionens personale med henblik på praktisk hjælp til vurdering eller indsats (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

Disse tre grupper uddybes yderligere i standarderne:

Målgruppen for kommunale akutfunktioner er patienter med somatisk sygdom, som har ikke indlæggelseskrævende behov for observation, pleje og/eller behandling, som bedst varetages i et sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Det kan fx være ældre medicinske patienter, patienter med kronisk sygdom, patienter med demens, patienter med organisk delir, patienter med psykiatrisk komorbiditet, patienter i en terminal fase eller patienter med akut nedsat funktionsevne, fx i forbindelse med sygdom, og et manglende eller svagt socialt netværk. (Sundhedsstyrelsen, 2017a)

Disse generelle målgrupper er imidlertid i vidt omfang sammenfaldende med hjemmesygeplejens målgrupper, ligesom hjemmesygeplejen leverer mange af de indsatser, som er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Snitfladen mellem, hvad der er hjemmesygepleje, og hvad der er udgående akutfunktion er ikke entydigt defineret i kvalitetsstandarderne. Det har derfor været nødvendigt for alle kommuner at præcisere, hvilke borgere der er målgruppe for den enkelte kommunes udgående akutteam/akutfunktioner.

I dette afsnit præsenteres en række spørgsmål relateret til den udgående akutfunktions målgruppe, opgaver og rolle i relation til det øvrige kommunale sundhedsvæsen, som alle kommuner har skullet forholde sig til i forbindelse med implementeringen af en udgående akutfunktion, om det så er et akutteam eller en anden organisering. Gennemgangen illustrerer også, hvordan kommunerne har forholdt sig forskelligt til disse spørgsmål, og dermed hvilken variation og hvilke typer af argumenter og perspektiver på udfordringer og muligheder der ligger bag kommunernes forskellige valg.

Hvem kan ringe til akuttelefonen?

Håndtering af opkald til akuttelefonen er en opgave, alle akutfunktioner har, og alle udkørende akutteams/akutfunktioner har ét telefonnummer. Men der er meget stor variation i, hvem der kan ringe direkte til akutfunktionen på akuttelefonen, og hvilke procedurer der er sat op som forudsætning for at tilkalde akutfunktionen. I den ene ende af spektret findes en model, hvor alle borgere, pårørende såvel som sundhedsfaglige kan ringe direkte til kommunens akuttelefon. I den anden ende af spektret findes akuttelefoner, hvor kun læger og sygeplejersker må ringe, mens andet personale skal kontakte en sygeplejerske i hjemmesygeplejen først, og hvor borgeren desuden skal TOBS'es¹⁴ som grundlag for henvendelsen til akutteamet. Mellem disse to yderpunkter findes en lang række mellemvarianter.

Den første model, hvor alle kan ringe til akutfunktionen, giver udfordringer, fordi en væsentlig del af opkaldene slet ikke vedrører behovet for akut sygepleje. I en kommune var det ca. 50 % af opkaldene, der kom direkte fra borgere eller pårørende. Men hvis kommunen er lille, kan det være ressourcekrævende at have to telefoner åbne – en til akutteam og en almindelig kommunal vagtcentral til alle andre opkald fra borgere.

Den anden model giver også udfordringer, fordi der kan blive langt mellem social- og sundhedshjælperen i hjemmet, der ser en borger med et problem, til akutsygeplejersken: Hjælperen vil oftest være organiseret i hjemmeplejen sammen med social- og sundhedsassistenter, som er dem, hun typisk vil henvende sig til først. Herefter skal kontakten gå videre til en hjemmesygeplejerske – som så skal TOBS'e borgeren – og derefter kontakte akutteamet. Dette er den formelle beskrivelse af arbejdsgangen nogle steder, men i praksis fungerer det ofte ikke så rigtigt, og mange ledere af akutteams gør meget ud af at få såvel hjemmesygeplejersker som hjemmeplejens medarbejdere til at kontakte dem *mere*, ikke mindre. Og de understreger, at akutteamet kan kontaktes ved enhver form for tvivl og udfordringer med instrumentel sygepleje eller ønske om en 'second opinion'. Tendensen er klart, at lederne af akutteams ønsker *flere*, ikke færre henvendelser – både fra egen læge, men særligt fra den øvrige sygepleje. Men det ændrer ikke ved, at kommunerne har forskellige arbejdsgange og procedurer for, hvem der kan kontakte akutteamet og på hvilket grundlag.

¹⁴ TOBS står for Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom. Se eventuelt Bilag 2 for en uddybning af, hvad det vil sige at TOBS'e en borger.

Hvilken rolle skal akutfunktionen have i forhold til sparring med den øvrige sygepleje, *second opinion* og hjælp til instrumentel sygepleje?

Akutfunktionerne kan have forskellige roller i relation til de øvrige medarbejdere. Som beskrevet ovenfor ønskede ledelserne – særligt i relativt nyetablerede akutteams – at akutsygeplejerskerne i endnu højere grad benyttes til sparring af øvrige medarbejdere, hjælp til instrumentel sygepleje eller til *second opinion* i situationer, hvor hjemmesygeplejersken er i tvivl om en vurdering af en borger. Men det kan også vedrøre problemer med instrumentel sygepleje, som hjemmesygeplejersken måske ikke har så meget rutine i – og dermed heller ikke det samme håndslag i forhold til. Eksempler herpå er bl.a. et kateter, der er faldt ud, eller en sonde, der ikke vil.

Når mange ledere af akutteams lægger så stor vægt på denne type af opgaver i relation til andre medarbejdere, handler det om flere ting. For det først peges der på, at det er væsentligt i forhold til at højne kompetencerne i sygeplejen, at akutsygeplejerskerne lærer fra sig. Men det er også med til at give akutsygeplejersker mere (og bedre) samarbejde med hjemmesygeplejersker, oplever flere ledere. Endelig kan det være med til at forebygge indlæggelser, mener flere ledere. Det er begrundelsen for, at lederne i nogle kommuner ønsker – og mere eller mindre konsekvent kræver – at hjemmesygeplejen skal kontakte en akutsygeplejerske, *inden* de kontakter egen læge vedrørende akut dårlige (men ikke 112-krævende) og indlæggelsestruede borgere. Men samtidig kan det også belaste forholdet mellem akutsygepleje og hjemmesygepleje, hvis hjemmesygeplejen oplever, at de *skal* kontakte akutteamet, inden de *må* ringe til egen læge vedrørende borgere i akutteamets målgruppe. Dermed kan hjemmesygeplejen opleve at være kørt ud på et sidespor, og at akutsygeplejerskerne overtager en rolle og et ansvar, som hjemmesygeplejersker oplever, at de har haft: De har været øverste kompetenceniveau i kommunerne med hensyn til netop disse borgere. Med akutsygeplejerskernes fremkomst har hjemmesygeplejerskerne ikke længere denne rolle – lige meget hvor konstruktivt, samarbejdsvilligt og ydmygt akutsygeplejerskerne agerer.

Skal akutteamet håndtere allehånde uforudsete opgaver, fx opkald fra hjælpere?

I forlængelse af ovenstående model ses også eksempler på, at akutteamet tager *alle* opkald fra hjemmeplejen, som i andre kommuner går til hjemmesygeplejerskerne. Det kan både være opkald om dårlige borgere, men det kan også være spørgsmål om tvivl eller usikkerhed i forhold til andre opgaver – og det kan være mere eller mindre praktiske eller organisatoriske spørgsmål. I de kommuner, hvor alle opkald fra hjemmeplejens medarbejdere går til akutfunktionen og ikke til hjemmesygeplejen, har man valgt denne model for at undgå for mange afbrydelser hos hjemmesygeplejersker, der har en fuld køreliste, og for at samle alt det uforudsete, der opstår løbende i en vagt, ét sted: Hos akutsygeplejen, som ikke har en fuld køreliste og derfor har bedre tid til at håndtere allehånde akutte opgaver som illustreret i dette citat fra en leder af sygeplejen i en kommune, der har valgt denne model:

Det handler om at give de øvrige hjemmesygeplejersker et mere forudsigeligt program, så deres kørelister ikke vælter på grund af akutte opgaver. Når de er nødt til at køre videre til den næste på listen, betyder det, at de ikke altid har mulighed for at gøre det, der optimalt set kan være med til at forebygge en indlæggelse. (Kommunal leder)

Her lægges der ikke vægt på akutfunktionens kompetencer som en forudsætning for forebyggelse af indlæggelser, men i stedet på vigtigheden af, at nogen har *tid* til at tage sig af alt det uforudsete og kan håndtere det hensigtsmæssigt. I en anden kommune peger en leder på, at netop denne brug af akutteamet til at aflaste den øvrige hjemmesygepleje for uforudsete opgaver gør akutteamet populært blandt hjemmesygeplejerskerne:

Særligt muligheden for at give svære og tidskrævende ting videre til en [akutsygeplejerske], der har tiden til at komme i bund, ser de øvrige sygeplejersker positivt på. Og vi oplever, det forebygger indlæggelser. Før når det [forebyggelse] var noget, der skulle klares 'in between' andre opgaver på deres køreliste, så blev det let noget, der gik lidt for hurtigt, og som let endte dér, hvor det nemmeste er at indlægge. (Kommunal leder)

Argumentet for at lade akutteamet varetage uforudsete opgaver handler således i høj grad om organisatorisk adskillelse mellem akut og planlagt arbejde og at sikre, at nogen har *tiden* til de opgaver, der opstår løbende og mere eller mindre akut. Det at have tiden – snarere end særlige kompetencer eller udstyr – ses af nogle ledere som noget af det afgørende i forhold til at forebygge indlæggelser.

Hvor går snitfladen mellem de former for instrumentel sygepleje, der varetages i henholdsvis akutfunktionen og i den øvrige sygepleje?

Størstedelen af de instrumentelle indsatser i kvalitetsstandarderne varetages både af hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker. Snittet mellem, hvem der laver hvilken instrumentel sygepleje, lægges forskelligt i kommunerne, men det beskrives ofte som et spørgsmål om det, der kaldes *kompleksitetsgrad*, eller et spørgsmål om, hvor *ustabilie*, *uafklarede* eller *dårlige* borgerne er. Ofte beskrives det således af informanterne: Når borgerens forløb bliver stabilt, så falder kompleksitetsgraden, hvorefter borgeren ofte kan overdrages til hjemmesygeplejen.

Dog er der enkelte ydelser, typisk blodprøvetagning, som udelukkende varetages af akutteam/akutfunktion. Ligeledes er opstart af IV-medicinering alle de steder, hvor ydelsen findes i kommunen, varetaget i akutfunktioner, mens der er stor forskel på, om hjemmesygeplejen varetager IV-behandling *efter* opstart i akutteamet eller ej.

Det er værd at bemærke, at det alle steder er meget få former for instrumentel sygepleje, som altid er forbeholdt akutsygeplejersker. Langt størstedelen af de instrumentelle ydelser, der nævnes i kvalitetsstandarderne, varetages både af hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i akutfunktioner.

Således bliver grænsen mellem hjemmesygeplejens og akutsygeplejens konkrete opgavevaretagelse primært et spørgsmål om (akut)sygeplejerskernes vurdering af kompleksitetsgraden i opgaven, når det vedrører den instrumentelle del af (akut)sygeplejen. Der er således forskel på, i hvor høj grad og ved hvilke typer af sygepleje akutsygeplejerskerne overdrager opgaver og forløb til hjemmesygeplejen, eller hvorvidt forløb over flere dage eller uger færdiggøres i akutsygeplejen.

Skal akutfunktionen – og den øvrige sygepleje – tage (nogle) hospitalsudlagte borgere?

Nogle akutteams har indgået samarbejdsaftaler med hospitalsafdelinger (typisk FAM, medicinske eller geriatriske afdelinger) om samarbejde. Nogle steder med fokus på bestemte målgrupper eller former for behandling, som enten medfører hospitalsudlæggelser (borgere der sættes i behandling i hjemmet af en hospitalslæge, som beholder behandlingsansvaret enten uden eller efter en indlæggelse) eller (endnu) tidligere hjemtagelser af borgere.

Denne model ses typisk i større kommuner med et hospital beliggende i kommunen. Nogle af disse hospitalsudlæggelser kan føre til kortere- eller længerevarende forløb, som varetages i akutfunktionen. Men i nogle kommuner fører det også til hospitalsudlagte, som efter opstart i akutteamet overgår til hjemmesygeplejen – fx patienter hjemtaget til IV-behandling, hvor hospitalet har behandlingsansvaret. Således er hospitalsudlæggelser ikke nødvendigvis forbeholdt

akutsygeplejen, men varetages også i varierende omfang i hjemmesygeplejen. I de kommuner, der tager hospitalsudlagte borgere, bliver spørgsmålet i hverdagen, hvor snitfladen går mellem, hvilke hospitalsudlagte der håndteres i akutteamet og hvilke i hjemmesygeplejen – i fald hjemmesygeplejen overhovedet inddrages i forløb med hospitalsudlagte.

Der er dog ingen tvivl om, at akutfunktioner spiller en væsentligt større rolle end hjemmesygeplejersker i relation til hospitalsudlagte. Det betyder samtidig, at akutsygeplejerskerne får en større snitflade til og samarbejde med hospitalerne, og at hjemmesygeplejen – alt andet lige – får mindre tværsektorielt samarbejde på dette område. Dette har også betydning for hjemmesygeplejens kompetencer på sigt og på relationen mellem akutteam og hjemmesygepleje.

Hvordan udføres akut vurdering i akutfunktioner og hjemmesygeplejen?

En væsentlig opgave i akutfunktionerne er ifølge kvalitetsstandarderne den akutte sygeplejefaglige vurdering af dårlige ustabile borgere, herunder kommunikationen med relevante samarbejdspartner (typisk egen læge). Her lægger standarderne vægt på observation og helhedsvurdering af patienten, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet) og sikker mundtlig kommunikation med læge om observationer og vurdering, fx ISBAR-metoden¹⁵. I nogle kommuner er disse vurderinger akutteamets (eller den udgående funktion fra akutpladsernes) hovedopgave. Andre steder er denne opgave beholdt i hjemmesygeplejen. (En tredje model i kommuner uden akutteam er, at sygeplejersken i akutfunktionen i stedet overtager en hjemmesygeplejerskes køreliste, hvis der er behov for en akut vurdering hos en af hjemmesygeplejerskens borgere, så hjemmesygeplejersken i stedet frigøres til den akutte vurdering hos egen borger. Dette gøres, fordi der lægges vægt på kendskabet til borgeren som led i den akutte vurdering.)

Hvad der konkret udgør en akut vurdering i kommunerne, og hvilke målinger der typisk (og eventuelt efter aftale med en læge) foretages, er at dømme ud fra ledernes beskrivelser til en vis grad forskelligt: Nogle lægger stor vægt på altid at følge en bestemt skabelon og systematik, andre lægger mere vægt på det, der af flere kaldes *”den sekundære vurdering”* – altså en mere subjektiv vurdering af borgerens tilstand, eventuelt på baggrund af viden om borgerens habitualtilstand. Flere ledere af akutteams oplever, at de forskellige typer af vurderinger og data tillægges forskellig vægt i henholdsvis akutteamet og hjemmesygeplejen. På tværs af de 15 kommuner ses store forskelle i, hvem der typisk rekvirerer de akutte vurderinger. I nogle kommuner foretages akutvurderinger af denne type udelukkende på baggrund af henvendelse fra en læge, mens det i andre kommuner vurderes, at lægerne *”yderst sjældent”* sender de kommunale sygeplejersker ud og foretage akutte vurderinger, og at de i *”90-95 % af tilfældene bliver kaldt af de ældre selv, deres pårørende eller af hjemmeplejen”*. (*Hjemmesygeplejerske med akutfunktion*).

I en kommune uden et akutteam, hvor hjemmesygeplejerskerne har de akutte vurderinger, oplever to hjemmesygeplejersker, at kvalitetsstandarderne og den akutuddannelse, de følgelig har fået, har ændret den måde, de laver akutte vurderinger på. Hjemmesygeplejerskerne oplever, at der er kommet en højere grad af systematik i akutvurderingerne:

De kald [fra de ældre, deres pårørende eller hjemmeplejen] har vi altid fået, men der har akutuddannelsen højnet os: Før tog vi ud og vurderede og målte måske nogle af værdierne. Men nu ved man med sig selv, at man har været omkring det hele [hun henviser til kommunens retningslinje for, hvad en ABCDE-vurdering indeholder, og hvilke værdier der skal måles]. Nogle gange bliver vi fx kaldt ud af hjemmeplejen, fordi nogen er faldet, og så vil de sådan set bare have os ud og sætte et plaster på. Men når vi så laver en akutudredning, så fanger vi faktisk ofte nogen med en begyndende

¹⁵ Se eventuelt Bilag 2.

lunge- eller blærebetændelse. Og så kontakter vi lægen. (Hjemmesygeplejerske med akutopgaver)

Dog peger sygeplejerskerne i denne kommune også på, at systematikken i de akutte vurderinger fx afhænger af, hvor travlt de har:

Det er godt at have en retningslinje [for hvordan man foretager en akutvurdering], men vi bruger også vores faglige skøn. Hvis jeg nu i en aftenvagter har rigtig mange akut-udredninger, så kan man jo godt hurtigt lige screene folk uden overhovedet at tage nogen værdier ud fra et scorekort. Man kan hurtigt se, om der er noget på spil. (Hjemmesygeplejerske med akutopgaver)

Dette står i kontrast til flere ledere af akutteams, der lægger stor vægt på, at sygeplejerskerne i akutteamet *altid* laver en struktureret ABCDE-vurdering.

Hertil kommer, at der er variation i, hvorvidt dem, der foretager akutvurderinger, også kan foretage alle de målinger og den prøvetagning, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Sygeplejersker i separate akutteams kan alle steder foretage blodprøver og gør det i alle de tilfælde, hvor en læge ønsker det. I andre kommuner, hvor de akutte vurderinger foretages af bl.a. hjemmesygeplejen, kræver det, at sygeplejersker på et akuttilbud rekvireres alene til prøvetagningen. Her peger sygeplejerskerne selv på, at blodprøver tages sjældnere.

Hvem tager nyudskrevne borgere, der *ikke* er kendt i kommunen: Akutteamet eller hjemmesygeplejen?

Nogle kommuner har valgt, at akutteamet tager alle nyudskrevne borgere, som ikke er kendt i sygeplejen, mens hjemmesygeplejen selv tager de borgere, der er kendt i kommunen. Men nyudskrevne borgere, der ikke er kendt i kommunen, er ikke nødvendigvis borgere, der har behov for den form for akutsygepleje, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Alligevel er de flere steder blevet en del af akutteamets målgruppe.

Dette skyldes primært organisatoriske forhold snarere end faglige. Akutteamet ligner i organisatorisk forstand et vagthold på et hospital. Og på et hospital er det netop vagtholdet, der tager alt det uforudsete – ikke mindst alle de nyindlagte. Det er den samme organisatoriske rolle, som akutteams (og andre former for udgående akutfunktioner) har fået i nogle kommuner. Da de ikke er booket op med planlagt arbejde, så er det nogle steder også dem, der tager de nyudskrevne borgere, som ikke er kendte i kommunen. Disse borgere er nemlig karakteriseret ved, at de tager tid: Der er behov for at få styr på hele situationen omkring borgeren og hjemmet, både den nylige indlæggelse, eventuel opfølgning samt at få lagt en fremadrettet plan omkring borgeren. Når akutsygeplejersken har fået styr på situationen omkring borgerne, og der er lagt en plan, overgår borgerne til hjemmesygeplejen.

Der er således ikke tale om en faglig vurdering af, hvorvidt borgerne er specielt komplekse eller ustabile – det handler udelukkende om, at borgerne er ukendte i kommunen, og at der er behov for en sygeplejerske, som har *tid* til at løse en opgave, som ikke kan planlægges på en køreliste.

Denne opgave findes i alle kommuner, og her anvendes en række forskellige organisatoriske løsninger, fx en hjemmesygeplejerske, som har en 'sweeper-funktion' eller 'buffer'-vagter, der netop skal varetage denne opgave, og andre uforudsete opgaver, der sikrer, at hjemmesygeplejerskerne kan nå deres planlagte arbejde på kørelisterne. Men nogle kommuner har valgt at lade dette være akutteamets opgave. Samtidig går de kendte borgere – uanset kompleksitetsniveau

– til den vanlige hjemmesygeplejerske. Begrundelsen i disse kommuner er, at der lægges stor vægt på kontinuitet i sygeplejen, og at kendte borgere derfor skal tilbage til de hjemmesygeplejersker, som kender dem.

Dette er grundlæggende set den samme logik, der forklarede, at akutteamet nogle steder har opgaven med at tage løbende opkald fra fx hjemmeplejen om dårlige borgere: Akutteamet er ikke blot dem med særlige kompetencer og dermed dem, der skal varetage de målgrupper, som er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Akutteamet er dem, der har tid til at håndtere alt det uforudsete, som ikke er planlagt – uanset kompleksitets- eller kompetencebehov – og derfor bliver disse opgaver nogle steder akutteamets.

Skal akutfunktionen fungere som buffer for hjemmesygeplejen?

Endelig er der også variation i, hvorvidt og i hvilket omfang sygeplejerskerne i udkørende akutfunktioner fungerer som buffer for hjemmesygeplejen, når hjemmesygeplejen har travlt, eller når der opstår døde tidspunkter, hvor der ikke er akutte opgaver til akutfunktionen.

Der ses både modeller, hvor akutfunktionen agerer som buffer for hjemmesygeplejen, så det er muligt at frigøre hjemmesygeplejen, når der kommer akutte opgaver hos hjemmesygeplejerskerne borgere. Her går sygeplejersken i akutsporet ind og overtager hjemmesygeplejerskens køreliste, så hjemmesygeplejersken kan tage akutte opgaver hos de borgere, hun kender, fx en der udskrives eller er akut dårlig. Der er også modeller, hvor akutsygeplejersken selv vurderer, hvornår hun synes, der er "for lidt" akutarbejde, og derfor tager nogle af hjemmesygeplejerskernes mere (tids)afgrænsede og mindre opgaver (fx medicinopgaver) for på den måde at aflaste hjemmesygeplejen, samtidig med at sygeplejersken i akutfunktionen stadig relativt hurtigt kan frigøres, hvis der skulle komme en akut opgave.

Her ses faktisk i nogle kommuner, at akutsygeplejersken tager de *mindst* komplekse opgaver, når hun aflaster hjemmesygeplejen – helst mindre og afgrænsede opgaver, fordi hun relativt hurtigt skal kunne afslutte dem, *hvis* der kommer noget akut. Denne model ses i kommuner, hvor akutteamet er mere eller mindre integreret med den øvrige hjemmesygepleje. Dette skyldes givet, at akutteamet/-sporet/-funktionen her er en del af et samlet hjemmesygeplejeteam og ikke tilhører en anden organisatorisk enhed med en anden ledelse. Derfor ses denne form for bufferfunktion og mere flydende arbejdsdeling mellem akutfunktion og hjemmesygepleje primært i kommuner, hvor akutfunktionen er integreret i hjemmesygeplejen (model 3). Og den ses slet ikke i kommuner med tværgående akutteams (model 2).

Afrunding: Hvilken rolle skal akutteamet spille, og hvilke opgaver skal det dermed løse?

Gennemgangen af disse grundlæggende og fælles spørgsmål – og kommunernes forskellige svar på dem – peger på et mere grundlæggende dilemma: På den ene side er akutfunktionerne tænkt og beskrevet som en enhed med særlige *faglige* kompetencer, udstyr og muligheder i kvalitetsstandarderne. Men fordi de udgående akutfunktioner fungerer som et beredskab, mens resten af organisationen (hjemmesygeplejen og hjemmeplejen) er booket med planlagt arbejde på kørelister, ses en tendens til, at udgående akutfunktioner kan få en *organisatorisk* rolle, hvor de får en række opgaver, der ikke er fagligt eller kompetencemæssigt, men snarere organisatorisk begrundet: Akutte opgaver, der kræver tid, kan således have en tendens til at blive akutteamets opgaver – uagtet om de kræver deres faglige kompetencer eller ej.

Dette dilemma i forhold til, hvilken rolle den udgående akutfunktion skal have, og dermed også hvilke borgere og opgaver, der skal være – har paralleller til den arbejdsdeling, der ses på hospitaler. I de tilfælde, hvor de udgående akutfunktioner (også) tager opgaver, der er organisatorisk

snarere end kompetencemæssigt begrundet, ses paralleller til den rolle, som et vagthold har på et hospital: Mellem- og bagvagter udgør ikke nogen særlig enhed med særlige kompetencer og udstyr. Vagtholdet er i stedet en organisatorisk funktion, der tager alt det uplanlagte, som opstår akut – især alle nye patienter. Det er præcis denne rolle og denne type opgave, nogle udgående akutfunktioner har tendens til at få, og der opstår let et pres på de udgående akutfunktioner for at tage allehånde uplanlagte opgaver. Særligt i de kommuner, hvor den udgående akutfunktion er mere eller mindre integreret i sygeplejen, er der flere eksempler på, at den udgående akutfunktionens rolle, målgruppe og opgaver ikke altid er *kompetencemæssigt* begrundet, men snarere er *organisatorisk* begrundet i, at akutteamets sygeplejersker rent tidsmæssigt har bedre mulighed for at løse akutte opgaver.

Hvad der er den mest hensigtsmæssige anvendelse af den udgående akutfunktion, kan denne kortlægning ikke afgøre, og dens formål er ikke at evaluere. Formålet er alene at vise, hvilke dilemmaer der kan opstå, når sygeplejen deles i ét hold, der har planlagt arbejde og fyldte kørelister, og et andet hold med udgående akutfunktioner, der fungerer som et beredskab uden kørelister.

3.2.1 Dilemmaer om lokal afgrænsning af akutfunktionernes opgaver

Kommunerne oplever, at der med tidligere udskrivninger af ældre og mere multisyge og komplekse borgere også rykker en langt række nye opgaver med ud i kommunerne. Og i takt med at såvel praktiserende læger som vagtlæger (og akuttelefoner som 1813) bliver mere bevidste om de muligheder, som akutteams rummer for at kunne foretage akutte vurderinger inkl. bestemte målinger, oplever flere af de deltagende kommuner et stigende antal henvendelser fra disse aktører, efterhånden som de får mere viden og erfaringer med de kommunale akutfunktioner¹⁶. Men hvor går grænsen for, hvilke opgaver den kommunale sygepleje og akutfunktionerne skal tage? Og er der nogen grænse? Og hvordan afgør kommunerne i de enkelte tilfælde, om de kan varetage en konkret sygeplejefaglig opgave?

Kortlægningen har peget på en række dilemmaer relateret til den løbende afgrænsning af akutfunktionernes opgaver. I dette afsnit behandles et konkret eksempel, der rummer nogle udfordringer, som kommunerne håndterer forskelligt, nemlig IV-medicinering. Dernæst ser vi på de generelle udfordringer, som ad hoc stillingtagen til nye opgaver rummer i praksis. (Senere i kapitel 5 behandles de dilemmaer, der kan opstå i forhold til afgrænsning af opgaver fra almen praksis, se afsnit 5.2.1 og 5.2.2).

IV-behandling eller ej?

IV-medicinering er ikke blandt de opgaver, som kvalitetsstandarderne foreskriver, at kommunerne skal kunne varetage 24/7. Netop derfor ses også stor variation på tværs af kommuner. Men netop udviklingen på dette område og de forskellige holdninger og tilgange, som kommunerne har til IV-behandling, kan illustrere de konkrete udfordringer kommunerne står over for i relation til afgrænsning af opgaver i praksis.

Patienter kan af forskellige årsager have behov for indgift af enten væske eller medicin intravenøst (IV). Ved IV-behandling får patienten medicin – ofte antibiotika – direkte i en vene via et drop og en kanyle, der er anlagt (typisk på håndryggen, men det kan også være et centralt venekate-

¹⁶ En evaluering af et tværkommunalt AkutTeam viser en støt stigning i antallet af henvendelser fra praktiserende læger i perioden oktober 2018 til juni 2020, og samme tendens ses for 1813, så disse to grupper nu er dem, der bruger akutteamet mest – begge grupper mere end samtlige kommunale medarbejdere til sammen (se eventuelt Rudersdal Kommune (2020), figur 5.3.)

ter, CVK). Medicinen løber langsomt ind i venen, og det tager ca. 30-45 minutter for hvert præparat (stof) at løbe ind. Patienten skal – i alle kommuner bortset fra én – være overvåget, mens medicinen løber ind¹⁷. Der skelnes mellem den opgave, der vedrører anlæggelsen af selve IV-adgangen – altså kanylen – som ikke tages ud fra gang til gang, og den opgave, der vedrører indgift af medicinen, hvor en tynd slange sluttes til kanylen hver gang og frakobles igen, når medicinen er løbet ind. Nogle kommuner oplever, at patienter typisk udskrives til IV-antibiotika 2-4 gange dagligt. En opgørelse foretaget i regi af sundhedsaftalesamarbejdet i Region Nordjylland fandt, at de fleste forløb var af 14 dages varighed, men at enkelte varede 8 uger. Ander kommuner oplever, at IV-behandlingen tager langt kortere tid – op til en uge – inden patienten kan overgå til tabletbehandling. Kommunernes forskellige udsagn i denne kortlægning tyder på, at der kan være store lokale forskelle på, hvordan hospitalerne anvender IV-antibiotika, eller hvilken type IV-patienter de ønsker at udlægge til kommunerne.

En borger, der kan have IV-behandling 3-4 gange om dagen i fx 4-6 uger, kan således lægge beslag på en del sygeplejersketid, når hvert besøg kan tage en time, fordi sygeplejersken skal vente på, at det løber ind (i alle kommuner, bortset fra en enkelt). Derfor skal der relativt få IV-patienter til, for at det kan mærkes i sygeplejen i en kommune.

Som oftest er IV-behandling noget, der sker som efterbehandling, hvor en borger er sat i IV-behandling under en indlæggelse, men kan udskrives, hvis kommunens sygepleje kan overtage IV-behandlingen. Det kræver dog, at hospitalet beholder det lægelige behandlingsansvar, og at det sker som en udlæggelse. Dette fungerer uproblematisk i nogle kommuner, men i andre oplever man, at det kræver *"en helt anden adgang til lægelig backup, end vi har i dag"* (Leder). I en enkelt kommune ses et tæt samarbejde med en hospitalsafdeling, hvor lægerne på baggrund af akutteamets undersøgelser og prøvetagning ordinerer IV-behandlingen, som akutteamet så starter op (anlægger IV-adgang og giver første dosis), og som hospitalets læger efterfølgende har behandlingsansvaret for, mens kommunens sygepleje overtager den løbende indgift i den periode, som behandlingen varer. Der er således stor variation på området.

Alle kommuner peger på, at praktiserende læger i meget begrænset omfang – de fleste steder slet ikke – ordinerer IV-behandling til udførelse i kommunen og i lidt større omfang IV-væskebehandling. Og i de tilfælde, hvor egen læge bruger IV-antibiotika, er der oftest tale om helt særlige tilfælde, fx nævnes svært handicappede borgere på bosteder.

Kommunerne har forskellig praksis i forhold til varetagelse af IV i sygeplejen. I denne kortlægning ses tre forskellige måder at håndtere IV-medicinering i kommunerne:

1. **Kommunen tager alle borgere udskrevet til IV-behandling:** Dette ses i kommuner, hvor opgaven indtil videre er af et omfang, der har kunnet rummes inden for kommunens akutteam og i nogle tilfælde også øvrige hjemmesygepleje. I nogle kommuner har man valgt, at akutteamet kan overdrage IV-forløbene til hjemmesygeplejen, når forløbet er stabilt. I andre kommuner har man valgt, at det udelukkende er akutteamet, der kan anlægge og give medicin via IV-adgang.
2. **Kommunen tager som hovedregel ikke borgere udskrevet til IV-behandling:** Denne model ses primært i kommuner, hvor opgavevolumen på området vurderes at være så høj, at der ikke altid er mulighed for at tage alle de borgere, som hospitalet ønsker at udskrive til efterbehandling med IV i eget hjem. Men det rummer også kommuner, som *"i princippet"* ikke tager borgere hjem til IV-behandling, men hvor der gøres undtagelser i *"helt særlige"*

¹⁷ Dette adskiller sig fra IV-væske. En leder af et akutteam forklarer, at tidsforbruget til IV-væske er mindre, fordi sygeplejersken ikke bliver og overvåger patienten, mens det løber ind, som ved IV-antibiotika. Derfor er tidsforbruget højere ved IV-antibiotika.

tilfælde”, som en leder af et akutteam beskriver: *”Det kan være en terminal mor til tre, der skal hjem den sidste tid: Der gør vi en undtagelse”*.

Endelig er der en enkelt kommune, som sjældent tager borgere hjem til IV-antibiotika, fordi deres afgrænsning er, at de kun tager borgere, hvor sygeplejen vurderer, at det *ikke* kræver overvågning, mens medicinen løber ind. Lederen af akutteamet i denne kommune forklarer:

Vi tager [kun] IV-antibiotika hjem, hvis de kan sidde alene. Det er vores kriterium. De skal kunne reagere, hvis den løber subkutant¹⁸, eller hvad det nu måtte være. (Kommunal leder)

3. **Kommunen tager ikke (længere) borgere udskrevet til IV-behandling:** Dette ses både i kommuner, som aldrig har taget borgere hjem til IV-behandling, og i kommuner, som tidligere har givet IV-behandling i eget hjem, men siden er ophørt med det¹⁹ – ikke af faglige, men økonomiske årsager. Disse kommuner har vurderet, at opgaven fik et sådant omfang, at det ikke kunne gøres uden økonomisk kompensation.

Således har flere kommuner i denne kortlægning udregnet, hvad IV-behandling enten har kostet dem årligt, eller hvad det ville koste dem årligt, og de vurderer, at det er beløb mellem 2-7,5 mio. kr., alt afhængig af kommunestørrelse, hvor ofte hospitalerne udskriver borgere til IV-behandling og i hvor lang tid. Beløbene er nævnt her for at illustrere, hvilket omfang kommunerne nogle steder oplever, at denne ene opgave har fået. En leder i en af disse kommuner forklarer:

[Vi tager ikke IV-behandling] fordi vi har regnet på det, og det ville koste 7,5 mio. kr. pr. år. Men vi er måske ved at nærme os en aftale [med regionen] om en stykpris. Men vi vil rigtig gerne. Vi har prøvet det i to områder, og det giver mening. Men det kræver en helt anden acces til lægefaglig bistand. (Leder af sygeplejen)

I andre kommuner har opgaven slet ikke samme omfang, og derfor varetages den uden drøftelser om kompensation for opgaveglidning. Her oplever kommunerne ikke udfordringer med adgang til lægefaglig bistand fra hospitalerne.

Kommunerne har forskellige perspektiver på opgaven omkring IV i kommunalt regi. Nogle kommuner beskriver, at de gerne vil have opgaven, fordi de mener, det er vigtigt for borgerne at kunne komme hjem. Men de mener, at det kræver en aftale om økonomisk kompensation. En leder i en af de kommuner, der er ophørt med at give IV-medicin, forklarer dilemmaet således: Når en ny opgave kommer ud i kommunen, så er volumen meget begrænset til at starte med. Udfordringerne opstår, når kommunen har sagt 'ja' til en opgave, og denne så senere vokser i volumen. Hun forklarer:

Selvom jeg synes, vi har et godt samarbejde med hospitalet, og vi har en gentleman agreement om, at vi sætter borgeren først, og så snakker penge bagefter, så er vi lidt tilbageholdne, når de prøver at skubbe opgaver ud i kommunen – belært af den her IV-ting: Bliver vi så blæst helt omkuld nu? Vi har en aftale om, at vi har sagt ja til at tage borgere hjem med palliative dræn for eksempel, og det er jo en opgave, vi så har taget. Men når man så tager en opgave, så begynder den jo også at vokse i volumen. Så hvis vi ikke var afhængige at hele tiden at tænke: ”Gad vide, om vi nu

¹⁸ Subkutant betyder, at medicinen ved et uheld – fordi kanylen ligger forkeret – løber ud under huden og ikke ind i venen.

¹⁹ Det bør tilføjes, at der i denne gruppe også er kommuner, som i særlige tilfælde tager borgere hjem til IV-behandling. En leder beskriver, at kommunen ”ikke officielt” tager borgere hjem til IV-behandling – medmindre der er en helt særlig situation, jf. de undtagelser, der også blev nævnt under punkt 2.

har råd til det?”, så kunne de jo bare 'bring it on', for det er jo ikke, fordi vores sygeplejersker ikke kan det. (Kommunal leder)

Udfordringen omkring afgrænsning af opgaver i hver eneste kommune lokalt handler således også om kommunernes økonomi. Så længe opgaverne er begrænsede i omfang, og så længe oplæring og (læge)faglig backup er til stede fra hospitalet, beretter alle kommuner i denne kortlægning, at de stort set tager alt, hvad de kan få – og at deres sygeplejersker synes, det er spændende at få nye opgaver. Udfordringen opstår i forbindelse med den efterfølgende øgning af volumen og de økonomiske rammer, som lederne af de kommunale akutfunktioner og/eller hjemmesygeplejen har. Og i tilfældet med IV-antibiotika har flere kommuner – men ikke alle – givet udtryk for, at de oplever en stigning i antallet af patienter, som får ordineret IV-behandling, og de spekulerer i, om det er relateret til, at patienterne så kan udskrives med det samme, behandlingen er ordineret. Som en leder udtrykker det: *”Det er jo gratis for hospitalerne”,* når kommunerne har alle udgifter til at give IV-behandling i hjemmet 3-4 gange i døgn i ugevis.

Men det er ikke kun økonomien, der er en hindring. I nogle kommuner stilles der også spørgsmålstegn ved, om det altid er i borgernes interesse at få IV-behandling i hjemmet. En sygeplejerske med akutfunktion forklarer her, hvordan hun oplever det:

For yngre patienter vil det være en kæmpe fordel at kunne komme hjem [med IV-behandling i kommunen]. De har ofte også en rask ægtefælle, som kan passe lidt på dem. For svage ældre, som har brug for rigtig meget hjælp – hvis de udskrives endnu hurtigere – så tror jeg, at de har brug for noget mere pleje, end vi kan stille op med. Så hvis de udskrives tidligere [til IV-behandling i kommunen], har de brug for endnu mere hjemmepleje. (Hjemmesygeplejerske med akutopgaver)

Et andet perspektiv på opgaven handler om, at det for sygeplejerskerne fagligt set ikke nødvendigvis er en af de typer nye opgaver, som fagligt set er mest udfordrende og interessante. En sygeplejerske forklarer her, hvordan hun oplever IV-medicinering:

Det er en kedelig opgave – det tager 45 minutter at vente på, at det løber ind. (Hjemmesygeplejerske med akutopgaver)

Det skal understreges, at sygeplejersken i citatet på ingen måde argumenterer imod IV-behandling i eget hjem, fordi det er *”en kedelig opgave”* for sygeplejerskerne. Pointen er alene, at det ikke nødvendigvis er sygeplejerskernes lyst til nye og fagligt udfordrende opgaver, som er med til at trække en opgave som IV-behandling ud i kommunerne.

Samlet set er IV-behandling et opgaveområde i vækst i flere kommuner, og det er et område, der lægger beslag på en del sygeplejersketid pr borger. Men det er også en opgave, der er meget forskellige holdninger til i kommunerne, og hvor der følgerig ses stor variation i kommunernes håndtering af opgaven, som rummer en række dilemmaer.

3.2.2 Dilemmaer i relation til nye opgaver

Nye opgaver i kommunerne kommer sjældent som planlagte og aftalte opgaveoverdragelser. Kommunerne beskriver, at langt de fleste nye opgaver kommer som led i en løbende udvikling. Det starter stort set altid på ad hoc-basis, hvor kommunens visitation kontantes vedrørende en patient, som et hospital ønsker at udskrive, og hvor hospitalet vil høre, om kommunen kan tage en patient, der fx har lungekræft. Skal trakeal suges? Er der behov for kemopumpe? Eller IV-medicin? Udgangspunktet er oftest en konkret patient, og i de tilfælde, hvor patienten udskrives

til en form for sygepleje, som ikke er en vanlig opgave i kommunen – hvilket ikke er noget klart defineret begreb – opstår der en dialog mellem hospital og kommune, om det er muligt. Grænsen mellem hospitalsopgaver og kommunale opgaver er ikke noget, som i praksis fastsættes eller besluttet politisk. Det er i vidt omfang noget, der forhandles fra patient til patient, og nogle gange trækkes en streg i sandet, og en enkelt kommune indgår aftale med en konkret afdeling om, at ”nu tager vi palliative dræn”, som lederen sagde i forrige afsnit.

Kommunerne beskriver også, at de nye instrumentelle opgaver ofte kommer i relation til patienter, der har et særligt tungtvejende ønske om at komme hjem, og hvor kommunerne derfor vil strække sig langt. Der nævnes fx yngre kræftpatienter i familier med børn, patienter med et ønske om at komme hjem i en sidste palliativ fase, eller patienter i meget langvarige forløb, der har et stort ønske om fx at kunne komme hjem i weekenden eller i forbindelse med højtider. Lederne oplever, at sygeplejerskerne gerne vil have denne type nye, spændende opgaver som kan være fagligt udfordrende, og som ofte inkluderer oplæring på hospital for én eller flere sygeplejersker, der skal varetage opgaven. Men også at de i disse særlige tilfælde meget gerne vil strække sig langt for at få det til at lykkes for patienterne.

Der er dog flere dilemmaer knyttet til denne form for ad hoc-baseret udvikling: På den ene side et spørgsmål om *patientsikkerhed* i forløbene, hvor udfordringen kan blive den organisatoriske robusthed, der skal til for at sikre, at der *altid* er en medarbejder, som har de faglige kompetencer til at varetage nye eller særlig opgaver hos enkelte borgere, der kommer ind i organisationen på ad hoc-basis. Når man tager en ny opgave ind, siger man således ikke blot ”ja” til, at man selv kan løse opgaven fagligt forsvarligt i denne vagt, men man siger også ”ja” på alle de andres vegne – også vikaren i nattevagt søndag. En leder beskriver udviklingen således:

[Akutteamet] de siger jo i udgangspunktet ikke nej [til nye opgaver], og så forsøger de at løse det, der kommer, så godt som muligt. Så ad den vej lykkes det jo. Jeg syntes ikke, vi har oplevet nogle faglige udfordringer, hvor det har været uforsvarligt, men det er noget, vi løbende skal være opmærksomme på. Ikke mindst i forhold til koblingen mellem akutteamet og hjemmesygeplejen. For én ting er, at akutteamet kan løse opgaven, men hjemmesygeplejen skal jo også være klædt på til at kunne varetage de opgaver, der gives videre til dem. (Kommunal leder)

Det er således et spørgsmål om patientsikkerhed i relation til de ad hoc-opgaver, der oftest er relateret til helt bestemte patienter, som for en kortere eller længere periode har behov for disse ydelser. Det kræver meget i forhold til organisering, planlægning og sikring af kompetencer.

Men der er også et mere ledelsesmæssigt dilemma relateret til, hvornår en opgave overgår fra at være noget, en kommune gør i enkelte særlige tilfælde på ad hoc-basis, og hvornår noget bliver en integreret og vanlig opgave i kommunerne, som praktiserende læger og hospitaler kan regne med, at kommunen løser. En leder af et akutteam forklarer her, hvordan hun er meget opmærksom på, at opgaver, som en enkelt sygeplejerske kan løse i et enkelt tilfælde, ikke udvikler sig til en forventning om, at det er en opgave, som kommunen generelt kan løse:

Akutsygeplejerskerne har forskellige spidskompetencer, og vi har en aktuel sag med en af vores sygeplejersker, der er behandleruddannet – og hun siger så ja til at sy en borger, der er faldet og har fået en flænge. Det er jo sådan set fint nok i den aktuelle situation. Men vi har også været nødt til at have en snak om, at det må aldrig nogen sinde blive italesat, som om det er noget, vi generelt kan som akutteam. Det giver jo lynhurtigt en forventning hos vagtlæger eller praktiserende læger om, at det er noget, vi kan i akutteamet – men det kan alle ikke. Men det skal ikke afholde den ene [der er

behandleruddannet] fra at gøre det, når muligheden er der. Så det er en vigtig balance. (Kommunal leder)

Det er ofte denne løbende udvikling, kommunerne benævner ”opgaveglidning”: Når opgaver, der løses i enkeltstående tilfælde og på ad hoc-basis, får en sådan volumen, at opgaven de facto er ”gledet” fra hospitalet og ud i kommunen.

3.3 Akutte opgaver, beredskabsteam og kapacitetsudnyttelse

Akutsygeplejerskernes arbejde er organiseret væsentligt anderledes end hjemmesygeplejerskers og medarbejdere i hjemmeplejens. Organiseringen af opgaverne i hjemmesygeplejen er generelt præget af, at dagens borgerrelaterede opgaver er fordelt på den enkelte sygeplejerskes køreliste. På samme måde har de udkørende medarbejdere i hjemmeplejen også en køreliste med borgere, besøg og opgaver med bestemte tidsangivelser, som de skal nå på en vagt.

De udkørende akutfunktioner bryder med denne form for organisering. Bortset fra enkelte tilfælde, hvor akutteams kan have (kortvarige) forløb med borgere, der involverer sygepleje, som kun ydes af akutteamet, fungerer akutteams som et beredskab, der skal kunne rykke ud, når de bliver kaldt. Som i alle andre beredskabsfunktioner skaber det både en risiko for ikke at kunne leve op til de fastsatte responstider – i dette tilfælde ”inden for få timer”, jf. kvalitetsstandarderne. Dette er som nævnt i kapitel 2 en responstid, som ikke kan sammenlignes med den måde, ordet akut normalt anvendes på i sekundærsektoren og på det præhospitale område. Ingen kommuner har peget på, at dette bløde og bredt formulerede krav til responstid i akutfunktioner er en udfordring for dem. Responstiden er ikke en udfordring, men det er risikoen for ledig kapacitet til gengæld, for der vil ikke altid være samme opgaveflow. Hvis akutteamet udelukkende skal beskæftige sig med de beskrevne opgaver i kvalitetsstandarderne, vil der i perioder opstå ledig kapacitet i akutteamet – som samtidig rummer nogle af kommunens mest specialiserede sygeplejersker.

Og fordi det opgavemæssige overlap mellem akutteams og hjemmesygepleje mange steder er stort, så kan denne grundlæggende forskel i tilrettelæggelsen af arbejdet komme til at fremstå som en af de væsentligste og mest afgørende forskelle på akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker – i hvert fald set fra hjemmesygeplejens perspektiv. En leder, der har blik for dette dilemma, spurgte derfor retorisk: ”Hvad er en akutsygeplejerske andet end en hjemmesygeplejerske med god tid og en tom køreliste?”. Denne udfordring er særligt relevant i kommuner, hvor akutteamet rent kompetence- og uddannelsesmæssigt ikke adskiller sig markant fra den øvrige hjemmesygepleje.

At sikre så høj kapacitetsudnyttelse som muligt er derfor en væsentlig prioritet for lederne af akutteams. Og netop risikoen for tomgang i et akutteam er en af årsagerne til, at en af de større kommuner har valgt akutteam fra som organiseringsform. Som en leder i denne kommune udtrykker det, så kunne de ikke ”bære tanken om, at nogle af vores bedste sygeplejersker ikke altid har noget at lave” (Kommunal leder).

3.3.1 Fuld kapacitetsudnyttelse kræver fleksible opgaver ved siden af de akutte

Risikoen for tomgang i rene beredskabsfunktioner og behovet for at sikre fuld kapacitetsudnyttelse i akutteams er årsagen til, at alle akutteams i et eller andet omfang også har andre og mere fleksible opgaver, som kan fylde den tid, hvor der ikke er akutte opgaver til alle i akutteamet. Nogle steder kaldes disse for ”bufferopgaver” eller bare ”det ikke-akutte”. I dette afsnit beskrives

opgaver af denne type, som udgående akutfunktioner i forskelligt omfang varetager, parallelt med de direkte patientrelaterede kliniske opgaver beskrevet i kvalitetsstandarderne.

Udarbejde og opdatere vejledninger og instrukser

Akutteams har ofte opgaven med at udarbejde og opdatere skriftlige vejledninger til alle de opgaver, der varetages, og hvor instrukser er krævet, jf. kvalitetsstandarderne – ikke kun for akutteamet, men ofte også for hjemmesygeplejen, idet langt de fleste af de opgaver, der varetages af akutteamet, også varetages af hjemmesygeplejersker (og på plejecentre). Således bliver det i disse tilfælde akutsygeplejersker, der laver de instrukser/vejledninger/retningslinjer, der også gælder for øvrige sygeplejersker. Dette er ikke tilfældet i alle deltagende kommuner, men i nogle. Det kan give god mening, at akutsygeplejersker – som tilmed har perioder uden patientrelaterede opgaver – løser denne opgave. Og det giver også god mening, at der ikke udarbejdes instrukser flere steder i samme kommune. Men organisatorisk kan det være en udfordring for relationen mellem akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker.

Opgaver i relation til instrumenter, utensilier mv.

Akutsygeplejersker har et større arsenal af måleapparater, instrumenter og utensilier med sig, end hjemmesygeplejersker har. Derfor bliver rengøring og vedligeholdelse af akutsygeplejerskeres tasker eller kufferter en selvstændig opgave – inkl. opgaver i relation til at finde nyt og bedre udstyr. For eksempel nævner en leder opgaven som at bruge tid på at *"undersøge, om der er et andet CRP-apparat,²⁰ som er smartere end det, vi har"*. Det er også den type opgaver, som akutsygeplejerskerne løser, når der ikke er nok patientrelaterede opgaver til alle.

Hjemmesygeplejeopgaver

Som nævnt i afsnit 3.23.2 ses der flere steder eksempler på, at akutsygeplejersker ved tomgang i akutfunktionen eller ved travlhed i hjemmesygeplejen overtager opgaver fra hjemmesygeplejen og dermed fungerer – mere eller mindre officielt – som buffer for hjemmesygeplejen. Dette ses ikke overraskende oftest i de kommuner, der har valgt at have akutfunktionen mere eller mindre integreret i hjemmesygeplejen, og hvor akutfunktionen således ikke er organisatorisk eller fysisk adskilt fra hjemmesygeplejen. Her har akutsygeplejerskerne en meget tættere føling med hverdagen i hjemmesygeplejen, og derfor bliver det mere naturligt, at opgaverne i højere grad kan flyde mellem akutfunktioner og hjemmesygepleje i hverdagen.

Undervisning af andet personale i kommunen

En af de opgaver, som mange ledere lægger endog meget stor vægt på, er at finde metoder til at forbedre andre medarbejders kendskab til akutteamet og forbedre det tværgående samarbejde – særligt mellem hjemmesygeplejen og akutsygeplejerskerne. Og her ses undervisning af hjemmesygeplejersker (i nogle tilfælde også assistenter og hjælpere) som væsentlige opgaver. Nogle ledere af akutteams peger således på, at akutteamets *vigtigste* opgave er at medvirke til at høje kompetencerne i den øvrige sygepleje. Det skyldes, at lederne mener, det er den måde, akutteams får den største effekt for alle borgere i kommunen. Det skyldes, at antallet af borgerkontakter i akutteamet er væsentligt mindre end antallet af kontakter i resten af sygeplejen. Dette er et andet perspektiv på akutfunktionerne og deres effekt end det, der kommer til udtryk i kvalitetsstandarderne. Og dette perspektiv har ikke mindst konsekvenser for, hvordan effekten af akutteams kan måles og evalueres.

²⁰ Apparat til måling af infektionstal i blodprøver, som akutteamet tager.

Opsøgende arbejde blandt det øvrige personale i kommunerne

I nogle kommuner kører akutsygeplejerskerne ”runder”, som det kaldes, til fx plejehjem, hjemmepleje- eller sygeplejegrupper for at komme i dialog med medarbejderne, være synlige og tilbyde deres kompetencer, hjælp og sparring – og finde relevante borgere og opgaver for akutsygeplejen. En årsag til dette er bl.a., at flere kommuner oplever, at antallet af interne henvendelser til akutfunktionen fra netop plejehjem og hjemmesygepleje falder, mens antallet af henvendelser fra læger, vagtordninger og hospitaler stiger²¹. Derfor kan denne opgave også ses som et led i at styrke det interne samarbejde mellem medarbejdergrupperne internt i kommunerne.

Opsøgende besøg hos borgere

Det opsøgende arbejde blandt medarbejderne er nært knyttet til opsøgende arbejde blandt borgere. Akutsygeplejersker kan således i nogle kommuner også køre ud til borgere, hvor der ikke har været en akut henvendelse fra enten læge eller øvrigt personale. I stedet har akutfunktionen selv fundet frem til de borgere, de mener, har behov for akutsygeplejerskernes kompetencer. Den primære årsag til dette er et ønske om at styrke akutfunktionens rolle i relation til forebyggelse af indlæggelser. Her oplever lederne af akutfunktioner flere steder, at akutsygeplejerskerne ofte ikke bliver involveret i borgerforløb tidligt eller ofte nok af de øvrige medarbejdere i kommunen til, at det er muligt at forebygge en indlæggelse.

Det opsøgende arbejde kan fx bestå i, at akutsygeplejersker deltager i triagemøder, hvor borgere i hjemme(syge)plejen triageres på baggrund af bl.a. hjemmeplejens hverdagsobservationer, og hvor akutsygeplejersken kan vurdere, at borgeren har behov for at såkaldt ”TOBS-besøg” af en akutsygeplejerske (se eventuelt Bilag 2 eller Sundhedsstyrelsen (2017b)).

En anden måde, som akutsygeplejersker kan opspore borgere på, kan være at kigge plejeforløbsplaner og henvendelser fra hjemmeplejen igennem for at identificere borgere i risiko for indlæggelse, som akutfunktionen så tager ud og aflægger et besøg hos. En leder i en kommune, hvor akutfunktionen er organiseret som et ekstra spor integreret i den øvrige sygepleje, forklarer her om akutsygeplejerskernes opsøgende arbejde for at opspore borgere i risiko for indlæggelse:

Akutsygeplejerskerne kigger plejeforløbsplaner og henvendelser fra hjemmeplejen igennem for at identificere borgere i risiko for indlæggelse. Opgaven har været tænkt ind som bufferfunktion fra starten. For eksempel afdækkede vi også en tendens til, at for mange borgere blev indlagt tidligt i aftenvagten. Mange gange kan man se, at det [en indlæggelse] er på vej – via beskeder fra hjemmeplejen eller internt, at man snakker om: ”Hun har det ikke så godt, hun er faldet mange gange”. Så har de [akutsygeplejerskerne] fx gået ind og set: ”Ok, det er tredje dag i træk, hun falder. Jeg tager ud og besøger hende”. Og vi har faktisk set, at vores indlæggelsesrate er faldet i aftenvagterne, efter vi er begyndt at arbejde på den måde i aftenvagten – på grund af de forebyggende besøg [fra akutsygeplejersken]. (Kommunal leder)

Lederen af denne akutfunktion betegner opgave som akutfunktionens primære, fordi det er den, der fylder mest. Og netop grundet risikoen for tomgang har lederen valgt, at akutfunktionen i denne kommune ikke skal være en ren beredskabsfunktion, men i stedet have fokus på det opsøgende arbejde for at forebygge indlæggelser. Hun forklarer:

Akutteamets primære opgave er det opsøgende forebyggende arbejde. Og så selvfølgelig når lægerne ringer, så tager vi ud. Man kunne godt sige, vi skulle have et rent

²¹ Flere kommuners egne optællinger viser dette, og denne tendens ses også i evalueringen af det tværkommunale akutteam i Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal (Rudersdal Kommune, 2020).

beredskab, men de ville ikke have noget at lave: Vi er for lille en kommune. (Kommunal leder)

Samlet set er de fleksible opgaver, der er nævnt i dette afsnit, karakteriseret ved *ikke* at være de (akutte) henvendelser fra læger, hospitaler og kommunalt personale, som er beskrevet i kvalitetsstandarderne. I stedet er det opgaver, der egner sig til opnå en bedre kapacitetsudnyttelse i de udgående akutfunktioner. Indholdsmæssigt er opgaverne dog ret forskellige.

På den ene side er der opgaverne omkring alt det instrumentelle, utensilier, instrukser og vejledninger. Det er opgaver, som hører med til enhver form for klinisk praksis og kan varetages enten af medarbejdere i driften eller i kvalitets- og udviklingsfunktioner. På den anden side er der en lang række opgaver, som grundlæggende set handler om at øge antallet af henvendelser og dermed opgaveflowet til akutsygeplejerskerne. Det er her, de udgående akutfunktioner finder metoder til at komme tidligere ind i flere borgerforløb – enten ved selv at finde frem til borgerne eller ved at opbygge et bedre samarbejde med og kendskab til medarbejderne i kommunen, så de i højere grad vil bruge akutsygeplejerskerne fremadrettet.

Selve beredskabstankegangen skaber et akutteam parallelt med hjemmesygeplejen med en organisering uden kørelister og faste opgaver og dermed en friere arbejdsplanlægning. Men samtidig skaber denne organisering parallelt med den øvrige drift også en udfordring, fordi akutteams dermed også mister den tætte daglige kontakt til hjælpere, assistenter og hjemmesygeplejersker. Og det disse medarbejdere, der har borgerkontakten, og som derfor er indgangen til de borgerforløb, der er akutfunktionernes målgruppe, hvis tidlig og effektiv forebyggelse af indlæggelser skal lykkes. Derfor er det også interessant, at flere ledere af akutteams peger på nogle af disse bufferopgaver som de vigtigste for akutteamet, særligt de forskellige metoder til at opspore borgere, der er i risiko for at blive indlæggelsestruede, samt undervisning af øvrigt personale.

3.3.2 Dilemmaer omkring døgndækning i akutfunktioner og kapacitetsudnyttelse

Der er i denne kortlægning kun fundet et enkelt eksempel på et akutteam (eller en udgående akutfunktion fra midlertidige pladser), der har fungeret i døgndrift, og det var et tværkommunalt akutteam. Her pegede en leder dog på, at det var u hensigtsmæssigt, at der både var akutteam og hjemmesygepleje, som kørte parallelt i nattevagten, fordi der ikke var opgaver nok til to parallelle sygeplejeheder i nattevagt. Siden er akutteamets nattevagt nedlagt, og teamet fungerer nu fra kl. 7-24 (Rudersdal Kommune, 2020).

Langt de fleste kommuner har valgt den løsning, kvalitetsstandarderne lægger op til, som er, at hjemmesygeplejen overtager akutfunktionen i nattevagt, fordi opgavevolumen er for lille til to parallelle sygeplejefunktioner i nattevagt. Som nævnt har én kommune valgt at integrere kommunens faste natsygeplejersker i akutteamet, og dermed er der formelt set et akutteam i nattevagt. Det betyder, at akutteamet består af et hold akutsygeplejersker, som fungerer parallelt med den øvrige sygepleje i dag- og aftenvagte, og en gruppe faste natsygeplejersker, der – både før og efter dannelsen af akutteamet – udgør den samlede udkørende sygepleje i nattevagt.

Når hjemmesygeplejens nattevagt overtager akutfunktionen, giver det dog praktiske udfordringer at sikre, at alle de opgaver, ydelser og udstyr, der nævnes i kvalitetsstandarderne, er tilgængelige døgnet rundt, sådan som det kræves. Konsekvensen er, at nogle instrumentelle ydelser, som er beskrevet i standarderne, ikke er tilgængelige i nattevagt, og nogle steder heller ikke i sene aften timer, når akutteamets sidste vagt slutter. Flere af kommunerne peger således på, at det fx ikke er muligt at tage blodprøver (og måle CRP, INR, HG) i nattevagt – uden for de akutpladser, som nogle kommuner råder over. Det skal understreges, at flere kommuner nævner, at de fx

aldrig har *afvist* at tage blodprøver i nattevagt, fordi en læge aldrig har efterspurgt det i nattevagt. En leder påpeger, at den dag (nat), hvor behovet opstår, vil kommunen tage stilling til, hvordan opgaven kan løses i nattevagt. Men indtil da er der ikke akutsygeplejersker i nattevagt 365 dage om året. Det bør også nævnes, at dette ikke kun ses i små og mellemstore kommuner, men også i større kommuner.

I en enkelt mindre kommune kører akutfunktionen ikke ud og laver akutte vurderinger af borgere, der ikke i forvejen er kendt i sygeplejen – heller ikke i dagvagt. Lederen af sygeplejen begrundet det med, at det *"ikke giver mening"*, fordi sygeplejerskerne ikke har oplysninger på borgere, som ikke er kendte i kommunen. Men alle andre kommuner kører ud til borgerne – kendte som ukendte – efter henvendelse fra vagtlæger og akuttelefoner. De kan blot ikke tage alle målinger og levere alle former for instrumentel sygepleje beskrevet i kvalitetsstandarderne i nattevagt.

I takt med at vagtlægeordninger og akuttelefoner som 1813 får mere viden om og kendskab til akutfunktionerne i kommunerne, oplever flere kommuner, at antallet af henvendelser i aften-/nattevagt stiger. Kommunerne beskriver, at det typisk handler om at foretage en akut vurdering af en borger, der har kontaktet vagtlæge/1813, herunder måling af værdier og i nogle tilfælde også blodprøver, fx infektionstal. Derfor er det sandsynligt, at vagtlæge/1813 vil øge efterspørgslen efter akutte vurderinger, typisk hos ældre patienter. Det vil i så fald lægge pres på kommunerne i forhold til at sikre reel døgndækning af alle akutfunktionens ydelser, også blodprøver samt andre målinger i nattevagt, som p.t. ikke kan varetages i eget hjem om natten i langt de fleste kommuner i denne kortlægning.

3.4 Akutfunktioner og kontinuitet i borgerforløb

Dannelsen af nye enheder i sygeplejen – akutteams – har også konsekvenser for kontinuiteten i borgerforløbene. Således er ønsket om at bevare mere kontinuitet i borgerforløbene netop et af de væsentligste argumenter, der bruges i de kommuner, som har fravalgt separate akutteams.

Der er dog forskellige perspektiver på kontinuitet i borgerforløbene. Nogle ledere lægger vægt på, at det er god dokumentation, som er brugbar og handlingsorienteret for andre sygeplejersker, som skaber kontinuitet i borgerforløb. Her lægges stor vægt på, at sygeplejefaglige observationer kvantificeres og konkretiseres og ikke blot beskrives kvalitativt, fx at det ikke blot dokumenteres, at en borger har *"moderate smerter"* eller er *"virkelig dårlig"*, men at dette konkretiseres via målbar, kvantificerbare observationer eller data. Da en stor del af den faglige identitet i akutfunktionerne handler om at foretage strukturerede akutvurderinger og målinger samt kommunikere og samarbejde med læger om borgerne, er denne måde at arbejde og dokumentere på generelt set mere fremherskende på akutområdet end i hjemmesygeplejen, påpeger en del ledere. I disse kommuner ses kontinuitet i forløb derfor ikke udelukkende eller primært som et spørgsmål om personkontinuitet i relationen mellem den enkelte sygeplejerske og borger. I stedet ses kontinuitet i højere grad som et spørgsmål om, at dokumentationen er af en sådan karakter og kvalitet, at den skaber grundlag for kontinuitet i pleje og behandling, uagtet hvilken sygeplejerske der leverer indsatserne.

Andre ledere – og kommuner – lægger meget større vægt på personkontinuitet: Her ses det som afgørende, at sygeplejersker, der kender borgeren – og borgerens habitualtilstand – håndterer borgeren i de akutte situationer, og her bliver kontinuitet i høj grad defineret af sygeplejerskens forudgående kendskab og relation til borgeren. Således var argumentet for at fravælge et tværkommunalt akutteam i en mindre kommune, at kommunens egne hjemmesygeplejersker kendte

borgerne – og det ville sygeplejerskerne i et tværkommunalt team aldrig komme til, var vurderingen. Men det er også argumentet i den største kommune, der har fravalgt et separat akutteam: Kendskabet til borgerne vurderes at være vigtigere i den akutte situation, end det er at samle bestemte opgaver på få hænder, som kvalitetsstandarderne kræver.

3.4.1 Valget mellem sekventielle eller parallelle forløb i akutfunktioner

I de kommuner, hvor der er to enheder, der leverer udgående sygepleje – akutteam og hjemmesygepleje – opstår også nye overgange for borgerne: både fra hjemmesygepleje til akutteam og den modsatte vej.

Lederne i kommuner med akutteams er ganske bevidste om, at der bliver flere interne overgange og flere, der skal koordinere, overdrage information, opgaver og borgere, når der introduceres et akutteam. Således bliver netop det at reducere antallet af interne overgange i en kommune argumentet for, at akutteamet tager alle nyudskrevne, som *ikke* er kendt i sygeplejen, mens hjemmesygeplejen selv tager alle, der er kendt i sygeplejen. Her handler afgrænsningen af akutteams opgaver ikke om borgernes kompleksitet eller tilstand, men alene om deres organisatoriske tilhørsforhold (kendt eller ikke kendt i sygeplejen). Her lægges stor vægt på at undgå interne overgange – og på at akutteamet har bedre tid til at tage de borgere, som ikke er kendt i sygeplejen og derfor først skal udredes og have lagt en plan.

Der findes også andre løsninger, idet akutteams og hjemmesygepleje kan fungere på to måder: Enten sekventielt eller parallelt. **Sekventielle forløb** opstår, når et akutteam overtager al sygepleje hos en borger i en (korterevarende) periode – og først derefter enten afslutter eller overdrager opgaverne til hjemmesygeplejen. **Parallelle forløb** opstår, når akutteamet bruges til at varetage særlige funktioner eller indsatser sideløbende – altså parallelt – med hjemmesygeplejen, der varetager andre ydelser hos den samme borger. En leder eksemplificerer, hvordan parallelle forløb kan foregå i praksis:

*Hvis vi [akutteamet] for eksempel har IV-medicinering, så har vi kun det i akutteamet – ikke for eksempel et venøst bensår hos samme borger: Det har hjemmesygeplejen.
(Kommunal leder)*

Når nogle kommuner vælger at have *sekventielle* forløb, kan det skyldes, at deres primære målgruppe er borgere, der ikke i forvejen er tilknyttet sygeplejen – fx ikke-kendte nyudskrevne eller akut dårlige borgere, der ikke får sygepleje i forvejen. Her bliver det i sagens natur sekventielle forløb, fordi akutteamet i mange tilfælde bliver indgangen til hjemmesygeplejen, i fald der bliver tale om sygepleje ud over få dage (ofte op til ca. en uge, med mindre der fx er tale om IV-medicinering, som kan være længerevarende forløb).

Begrundelsen for *parallelle forløb* er ofte, at akutsygeplejerskernes ydelser ønskes afgrænset til mere specialiserede, ofte instrumentelle opgaver og til akutte vurderinger (inkl. målinger af værdier og blodprøver).

Argumentet omkring vigtigheden af det forudgående kendskab til borgerne vejer også tungt i denne kommune, som har fravalgt et akutteam i den udgående sygepleje og i stedet har en udgående akutfunktion fra kommunens akutpladser, der fungerer *parallelt* med hjemmesygeplejen:

Vi er meget bevidste om, at akutfunktionen ikke skal overtage borgerene, som jeg ved, de gør andre steder. Og det er, fordi det skal være de medarbejdere, der kender

borgeren, der har dem. Akutfunktionen skal være en specialist, man kan hidkalde ligesom en sårsygeplejerske eller en palliationssygeplejerske. (Kommunal leder)

Det med at udgående akutfunktioner ikke skal overtage hverken opgaver – eller ressourcer – fra den eksisterende hjemmesygepleje, er et tema, der går igen flere steder, hvor man har valgt, at akutfunktionen har parallelle forløb. En leder af et akutteam forklarer det således:

Det bærende princip for akutteamet er, at de ikke overtager ansvar og opgaver, der i forvejen løses i hjemmesygeplejen og på plejehjem. Det er det faste personale, der kender borgerne bedst, og de skal beholde det sygeplejefaglige ansvar. Så akutteamet har ikke forløb. Vi trækker os igen – men man kan ringe efter os lige så tit, som man vil. Der er ikke nogle opgaver [i akutteamet], som er taget ud fra andre funktioner, og akutteamet er finansieret med nye ressourcer. (Leder af akutteam)

Spørgsmålet om parallel eller sekventiel organisering i relationen mellem akutteam og hjemmesygepleje er således ikke kun et spørgsmål om logistik og fagligt begrundet opgavefordeling. Det er også et spørgsmål om, hvordan de enkelte ledere ser på betydningen af forskellige former for kontinuitet i borgerforløb, og det er et spørgsmål om snitflader og samarbejdsrelationer mellem akutteams og den øvrige hjemmesygepleje. Her er flere ledere meget bevidste om ikke at komme i en situation, hvor akutteamet tager opgaver – eller ressourcer – fra den øvrige hjemmesygepleje.

3.4.2 Fravalg af akutteam for at sikre kontinuitet i forløb

To af de kommuner, der har valgt ikke at have et akutteam, har netop lagt meget stor vægt på kontinuiteten i borgerrelationen. I den ene af disse fungerer sygeplejersken i det ekstra 'akutspor' primært som buffer for sine kollegaer, hvis der er et akutkald vedrørende en af hjemmesygeplejens borgere. Sygeplejersken i akutfunktionens opgave er at overtage hjemmesygeplejerskens køreliste, så hjemmesygeplejersken i stedet kan gå fra og løse de akutte opgaver hos 'hendes' borgere. Her bliver akutfunktionen i praksis en buffer, der sikrer, at de sygeplejersker, der kender en given borger, kan frigøres til de akutte opgaver hos denne borger, fordi sygeplejersken i akutfunktion overtager hjemmesygeplejerskens planlagte opgaver, så hun i stedet kan tage det akutte hos hendes egne borgere.

I den anden kommune uden noget særligt akutspor, hvor akutfunktionen er integreret i hjemmesygeplejen, tager hjemmesygeplejerskerne akutarbejdet sideløbende med det planlagte arbejde på kørelisterne. I denne kommune har VIVE foretaget interview med to hjemmesygeplejersker, som var meget glade for, at akutfunktionen var blevet integreret i hjemmesygeplejen, og at der således ikke var etableret et akutteam. I denne kommune lægges stor vægt på, at sygeplejerskernes kendskab til borgernes habitualtilstand er en forudsætning for, at de kan reagere på ændringer. Lederen af sygeplejen i denne kommune begrundede fravalget af et akutteam således:

Så kan vi sikre kontinuiteten i de her meget komplekse forløb, så vi ikke sender nogen [akutsygeplejersker] ud, som bare lige kommer, når de bliver kaldt på og laver en akutudredning, har en dialog med lægen, og så trækker sig igen. Det skal være hjemmesygeplejerskerne, der kender patienten, som følger dem så langt som overhovedet muligt og er med til at forebygge og er med til at sikre kontinuiteten, hvis de bliver akut dårlige. (Leder af sygeplejen med integreret akutfunktion)

Samlet set er der i kommunerne forskellige perspektiver på begrebet kontinuitet – og om kontinuitet primært er et spørgsmål om personkontinuitet og personligt kendskab til en borger og dennes (habitual)tilstand og sygdomshistorik, eller om kontinuitet i forløb primært er noget, der sikres gennem god og handlingsanvisende dokumentation, som sætter kollegaer i stand til at levere sammenhængende forløb præget af kontinuitet.

3.5 Akutte opgaver og medicinområdet

Kommunerne må ikke opbevare medicin – hverken receptpligtig eller håndkøbsmedicin – som ikke er ordineret til en konkret patient (også kaldet ikke-cpr-relateret medicin). Det gælder også akutfunktionerne i hjemmesygeplejen, stationære såvel som udgående. Medicin opbevares i borgernes eget hjem, ligesom det er borgernes eget ansvar at skaffe medicinen via fx apotek. Imidlertid får mange borgere hjælp fra hjemmesygeplejen eller hjemmeplejen i forbindelse med medicin – både til at lægge piller i æsker til hver dag, kaldet medicindispensering, og til at tage medicinen, også kaldet medicinadministration). Opgaver i relation til medicinadministration og dispensering udgør en væsentlig del af de sygeplejeydelser, der leveres i kommunerne (Vinge & Topholm, 2021).

Imidlertid har den kommunale sygepleje ændret sig meget gennem de seneste 10-15 år, og det har også betydning for medicinområdet (Dons, 2016; Vinge & Kilsmark, 2009). Udviklingen er illustreret af denne hjemmesygeplejerske i en kommune uden akutteam, som her beskriver ændringerne i hendes arbejde:

Da jeg startede for 10 år siden, havde vi mange enkle og stabile opgaver, som nu er overdraget til assistenter: dryppede øjne, gav insulin, støttestrømper af og på, sådan nogen småting. Nu bruger vi vores tid på akutudredning, kemopumper, de døende og på de komplekse opgaver. (Leder af sygeplejen med integreret akutfunktion)

At dryppe øjne og give insulin skaber ikke noget stort behov for at have en bedre, mere fleksibel og hurtigere tilgængelighed til medicin. Men i takt med at kommunerne, og særligt akutfunktionerne, håndterer mere syge og ustabile borgere, oplever kommunerne et voksende behov for at kunne agere hurtigere, og det har konsekvenser for medicinområdet. Hvis akutfunktioner skal kunne håndtere dårligere borgere i tæt samarbejde med læger, oplever de et behov for også at kunne handle hurtigere på lægernes ordinationer.

Kortlægningen identificerer to områder, hvor dette kommer til udtryk: kommunernes mulighederne for at opbevare ikke-cpr-relaterede lægemidler og deres muligheder for at kunne justere i ordinerede behandlinger inden for bestemte lægeordinerede rammer. At udskrive – ordinere – medicin er såkaldt lægeforbeholdt virksomhed, som ikke kan delegeres til andre.

3.5.1 Opbevaring af ikke-cpr-relaterede lægemidler

Nogle kommuner oplever udfordringer i med at fremskaffe lægemidler i akutfunktionerne. I dette afsnit præsenteres lederens argumenter for at ønske konkrete ændringer på medicinområdet. VIVE understreger, at dette ikke er VIVEs vurdering af de nuværende rammer på medicinområdet. Kortlægningen nøjes med at beskrive, hvordan de deltagende kommuner oplever udfordringer på medicinområdet, og hvilke mulige løsninger kommunerne ser.

Et af de medvirkende akutteams er etableret som et frikommuneforsøg, hvor der i forsøgsperioden er givet tilladelse til, at akutteamet kan opbevare bestemte typer af ikke-cpr-relateret

medicin²². Der er udelukkende tale om tilladelse til at *opbevare* medicinen i regi af akutteamet; ikke om tilladelse til at *give* medicin – heller ikke håndkøbsmedicin – uden lægelig ordination. Lederen af dette akutteam oplever det imidlertid som ”en enorm lettelse”, at teamet har mulighed for at opbevare medicinen. Hun forklarer hvorfor:

Når vi er derude ved borgeren og har lavet de analyser, vi skal, og egen læge eller vagtlæge har stillet en diagnose og ordineret medicinen, så kan vi starte behandlingen med det samme. Vi behøver ikke at køre [for at hente medicin]; de pårørende behøver ikke at køre; der er ikke nogen, der skal kontaktes; vi starter bare behandlingen med det samme. (Leder af akutteam)

I de øvrige akutteams ses enkelte eksempler på teams, der via et hospitalssamarbejde har adgang til bestemte former for medicin, men generelt har akutteams ikke tilladelse til at opbevare ikke-cpr-relateret medicin, og derfor er situationen her en anden end i akutteamet i frikommuneforsøget: Her skal der den ordinerede medicin skaffes til veje, inden en behandling kan starte, hvilket kan være en tidkrævende opgave. Sygeplejersken skal finde ud af, om der eventuelt er en pårørende, der kan hente medicinen på et (vagt)apotek. Alternativt kan medicinen bringes ud via apoteker, men det tager tid, og i de akutte situationer er det derfor ikke altid en reel mulighed at vente på det. Hvis det kan lade sig gøre at skaffe medicinen via pårørende eller apotek, skal akutsygeplejersken dog ofte ud på et nyt besøg hos borgeren, hvis denne er dårlig og/eller det er medicin, der kræver, at sygeplejersken giver den.

For at gøre det lettere for akutsygeplejerskerne at få adgang til medicin har flere akutteams aftaler med lokale hospitaler om, at akutsygeplejersker kan hente nogle typer medicin på hospitalet. Det gælder ikke kun medicin ordineret af hospitalslæger, men også medicin ordineret af praktiserende læger eller vagtlæger. Dette kan lette opgaven med at skaffe medicin, men kræver stadig, at en sygeplejerske skal køre til hospitalet og hente medicinen, når den er ordineret til en bestemt patient.

Hvis der ikke er pårørende eller andre i borgerens netværk, som kan hente medicinen, når den er ordineret af en læge, eller det tager for lang tid at få det bragt fra apoteket, og hvis der heller ikke er en aftale med et hospital om afhentning, eller der ikke er en sygeplejerske ledig, som har mulighed for at køre ind og hente medicinen, så kan situationen ifølge nogle ledere ende med, at borgeren må indlægges, fordi det er den eneste praktisk mulige måde, som medicinen kan tilvejebringes på.

Af disse årsager er der en række akutteams uden for frikommuneforsøget, som gerne vil have mulighed for at opbevare lægemidler i stil med dem, som akutteamet i frikommuneforsøget råder over, jf. fodnote 19. Der peges også på ønsker om at kunne opbevare andre lægemidler, fx stivkrampevaccinationer, som anvendes til patienter, der som følge af fald eller lignende har fået et sår, der er konfereret med en læge, som har vurderet, at der ikke er behov for, at borgeren kommer på skadestue eller til vagtlæge, men at borgeren kan behandles af akutteamet (hvor nogle har ansat behandlersygeplejersker, der kan sy sår, mens andre akutsygeplejersker kan lime et sår). Udfordringen opstår, fordi borgeren, ud over at få syet eller limet såret, også kan have behov

²² Listen af præparater, som i frikommuneforsøget må opbevares af akutteamet, rummer følgende: let smertestillende (Painodil), antibiotika mod urinvejsinfektioner (Selexid), adrenalin mod allergireaktion ved injektion (mod anafylaktisk chok), afføringsmedicin (Microlax), lokalbedøvelse til injektioner eller katetre (Tapin), krampestillende medicin (Stesolid) og væsker til infusion (natriumklorid og glucose). For en mere indgående beskrivelse af frikommuneforsøgets erfaringer med undtagelserne på medicinområde se afsnit 5.3 i Evaluering af AkutTeamet i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune (Rudersdal Kommune, 2020).

for en stivkrampevaccination. Dette kan særligt være en udfordring ved svage ældre og demente borgere.

Et andet ønske om opbevaring af ikke-cpr-relateret medicin vedrører KOL-patienter. Flere akutteams oplever, at de har mange kald til KOL-patienter, ofte fordi patienten har ringet til egen læge eller vagtlæge/akuttefon først, som så derefter kontakter akutteamet. Det kan både handle om angst som følge af opblussen af sygdommen, hvilket giver åndenød, og det kan i nogle tilfælde skyldes, at patienten enten ikke tager sin medicin eller tager den forkert. Hos en del af disse kendte KOL-borgere kan det også handle om, at de bare ikke altid har deres medicin i hjemmet. Medicinen er således ordineret, men patienterne har enten ikke fået den hentet på apoteket, eller de har ikke råd til at hente den for indeværende. I den akutte situation handler det for akutsygeplejerskerne om at få skaffet den medicin, som lægen allerede har ordineret, så behandlingen kan startes med det samme. Hvis det ikke lykkes, kan lægen være nødt til at indlægge patienten. Derfor peger nogle ledere af akutteams på et ønske om at kunne opbevare relevante lægemidler til KOL-patienter, herunder også transportabelt, som et enkelt akutteam som led i hospitalssamarbejdet har tilladelse til at medbringe.

Endelig nævnes i nogle kommuner et ønske om at kunne medbringe andre præparater mod allergiske reaktioner ved injektioner (anafylaktisk chok), fx Solumedrol (binyrebarkhormon) og Tavegil (antihistamin), fordi sygeplejersker i akutfunktionerne i nogle tilfælde giver injektioner.

Det skal understreges, at formålet med denne kortlægning ikke har været at foretage en systematisk kortlægning af de deltagende kommuners konkrete ønsker til mulighederne for at opbevare ikke-cpr-relaterede lægemidler. De nævnte eksempler skal kun ses som illustrationer af, hvilke typer konkrete udfordringer det skaber i hverdagen, når akutsygeplejersker på den ene side har fået flere kompetencer og skal kunne håndtere sygere og ustabile borgere tættere på en hospitalsindlæggelse – og om muligt forebygge indlæggelser, men på den anden side ikke må opbevare nogle former for lægemidler. Udviklingen skaber et behov for at kunne agere hurtigere på lægernes ordinationer og dermed kunne igangsætte den behandling, som en læge har ordineret – med det samme.

Denne problemstilling omkring opbevaring af ikke-cpr-relaterede lægemidler er ikke ny. Den var således den ene af to gennemgående temaer i Styrelsen for Patientsikkerheds erfaringsopsamling på i alt 44 risikobaserede tilsyn med kommunale akutfunktioner i 2017, altså inden standarderne trådte i kraft. Her skriver Styrelsen:

På mange behandlingssteder blev [der] opbevaret et depot af infusionsvæsker og medicin. Ifølge lægemiddellovgivningen skal man have en tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, hvis man foretager oplagring af lægemidler, herunder infusionsvæsker. Medicindepoter kan [...] oprettes på sygehuse og på såkaldt 'behandlende institutioner', dvs. institutioner, hvis primære formål er sundhedsbehandling af patienter. Kommunale akutfunktioner falder ikke ind under dette begreb i loven, og det er derfor ikke lovligt at opretholde et kommunalt depot med infusionsmedicin.

Tilsynet bemærkede dog også, at det eksisterende regelsæt ikke tager højde for den virkelighed, som akutfunktionerne fungerer i, særligt med hensyn til geografiske forhold med store køreafstande, og de behov, som opstår i behandlingen af akutfunktionernes patienter. På den baggrund har styrelsen indledt en proces i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen for at få belyst, om der er basis for at revidere regelsættet med fokus på patientsikkerheden, også i akutfunktionerne. (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2018)

Styrelsen for Patientsikkerhed påpeger således i 2018, at *"det eksisterende regelsæt ikke tager højde for den virkelighed, som akutfunktionerne fungerer i"*. Der er ikke sket ændringer på området siden.

3.5.2 Akutfunktioner og rammedelegation

Flere kommuner peger på et ønske om, at akutsygeplejersker kan agere hurtigere og mere selvstændigt inden for nogle klare prædefinerede rammer, når de står ude hos en borger. Herunder peges der på et ønske om at kunne regulere bestemte former for allerede ordineret medicin inden for en given ramme og under bestemte forudsætninger (fx bestemte algoritmer). Nogle ledere ønsker, at akutsygeplejerskerne kan regulere i fx vanddrivende medicin, demensmedicin, antibiotika, håndkøbssmertestillende og afføringsmedicin – inden for lægefastsatte rammer for den enkelte borger. Der nævnes også ønsker om, at akutsygeplejersker kan foretage engangskategorisering.

Der peges dog også på et ønske om rammedelegationer til de kommunale akutfunktioner i forhold til målinger, særligt blodprøver i forbindelse med akutte vurderinger.

Boks 3.1 Om regler for rammedelegation

Hjemmesygeplejen, herunder også akutfunktionen, varetager en række procedurer og undersøgelser, som er lægeforbeholdte. Eksempler på dette er anlæggelse af sonder, venflon, katetre m.m., måling af blodsukker samt blodprøvetagning. Der er tale om generiske lægeforbeholdte opgaver, ikke specifik behandling. Personalets udførelse af disse procedurer skal delegeres fra en læge inden for samme organisation som plejepersonalet, hvis personalet i hjemmesygeplejen, og herunder i akutfunktionen, skal kunne varetage disse opgaver.

Hvis personalet i akutfunktionen skal kunne varetage generiske lægeforbeholdte procedurer samt opgaver i undersøgelsesøjemed, skal kommunen således tilknytte en læge til akutfunktionen, der kan udarbejde en rammedelegation for de konkrete procedurer. Herved kan personalet fx måle et blodsukker uden forudgående lægekontakt, og kan ved den efterfølgende telefoniske kontakt til patientens praktiserende læge oplyse blodsukkerkoncentration til lægen.

Kilde: "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje" (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Når en medarbejder i en kommune udfører en lægeforbeholdt opgave, sker det således altid på delegation fra en læge. Rammerne for dette – lægens brug af medhjælp – er beskrevet i medhjælpsbekendtgørelsen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2009a) og den tilhørende vejledning (Sundheds- og Ældreministeriet, 2009b), og desuden er de beskrevet i KL's notat om delegation af 11. maj 2014 (Kommunernes Landsforening, 2014).

I praksis betyder dette, at en læge kan udarbejde en rammedelegation for konkrete lægeforbeholdte opgaver, og at brugen af rammedelegation således afhænger af samarbejdet mellem den enkelte kommune og de læger, der enten er tilknyttet kommunen eller på anden vis indgår i et samarbejde med kommunen (det kan fx være læger på samarbejdende hospitalsafdelinger).

Der er enkelte eksempler på akutteams, som har en rammedelegation fra en praksiskonsulent (en praktiserende læge tilknyttet kommunen) til bl.a. måling af CRP og blodsukker. Derfor ønsker flere ledere en øget brug af rammedelegation i forbindelse med de udkørende akutfunktioner. En leder forklarer her, hvordan hun ser mulighederne på dette område:

Det her [øgede kompetencer på medicinområdet til akutsygeplejersker] skal pakkes ind i et system, hvor der er nogle lægefaglige tanker først, som definerer et rum, inden for hvilket en sygeplejerske må noget. Men for eksempel i forhold til at måle INR: Lægerne siger – hvorfor skal vi forstyrres med det her hele tiden? Det er også i forhold til hæmoglobin og CRP. Problemet er at sikre, at en læge [efterfølgende] ser og forholder sig til prøvesvarene. Men vi bliver nødt til at tænke nyt, fordi lægernes tid er også udfordret. For eksempel kunne man forestille sig, at vi skal kontakte dem, hvis svaret ligger over en bestemt værdi. (Leder af akutteam)

I en anden kommune opleves også et behov for rammedelegationer på dette område:

Vi kunne godt tænke os nogle rammedelegationer. Vi oplever, at når vi ringer til en læge, så får vi ofte hans sekretær i røret, for lægen sidder jo i konsultation. Og når vi spørger: "Tænker I en CRP?", så siger sekretæren, som ikke er særligt kompetent inden for det her område: "Ja, bare mål, hele pakken – CRP, leukocytter osv.". Og der prøver vi at presse på for, at vi gerne vil tale med lægen selv, så vi får et kvalificeret bud på, hvad lægen egentlig tænker, at vi skal. Med en rammedelegation var vi bedre kvalificerede til selv at tage stilling til det [i de tilfælde, hvor det er en sekretær, der træffer beslutningen på lægens vegne]. (Kommunal leder)

Igen skal det understreges, at VIVE udelukkende kortlægger kommunernes ønsker og begrundelser for dem, men ikke vurderer disse. Kortlægningen viser, at i takt med at kommunerne – ikke mindst deres akutfunktioner – arbejder tættere sammen med læger og med sygere og mere ustabile borgere, opstår et behov for at kunne agere hurtigere, og her oplever kommunerne som beskrevet i dette afsnit en række udfordringer på medicinområdet, både i relation til adgangen til ikke-cpr-relateret medicin og til brugen af rammedelegationer. Det skal dog understreges, at de ønsker til rammedelegation, som nogle kommuner fremsætter her, ikke er umulige inden for de nugældende regler på området.

3.6 Relationen mellem akutfunktioner og hjemmesygeplejen

Gennem analysen i dette kapitel har snitfladen og den opgavemæssige afgrænsning mellem akutfunktioner og hjemmeplejen været berørt i en række forskellige sammenhænge. I dette afsnit stiller vi skarpt på selve relationen mellem akutfunktionerne og hjemmesygeplejen, fordi temaet er helt centralt og af afgørende betydning for akutteamets virke.

I kommuner, der har valgt at etablere et akutteam, opstår en snitflade mellem akutteamet og den øvrige hjemmesygepleje. Det rejser en række spørgsmål: Hvem løser hvilke opgaver, hos hvilke borgere? Hvordan er arbejdsdelingen og kommunikationsvejene: Hvem må, kan eller skal tilkalde hvem? Må en hjemmesygeplejerske fx ringe til en læge, *inden* hun har ringet til en akutsygeplejerske først, og må en social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper ringe til akutteamet, eller skal de først kontakte en hjemmesygeplejerske? Som det fremgik af afsnit 3.2 har kommunerne forskellige perspektiver på disse spørgsmål. Men spørgsmålene handler om andet og mere end smidige arbejdsgange, logistik, kapacitet, kompetencer og fordeling af opgaver. Det handler også om, hvordan den øvrige sygepleje oplever, at et akutteam ændrer hjemmesygeplejerskernes rolle, opgaver, efteruddannelsesmuligheder, kompetencer og hverdag. Meget er på spil, når hjemmesygeplejen opdeles to enheder i en kommune.

Som det fremgår, er lederne bevidste om, at relationen mellem akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker både er meget vigtig og kan rumme udfordringer. Ønsket om helt at undgå at have

"to søjler" i sygeplejen som nævnt en begrundelse for helt at fravælge et akutteam som organisatorisk ramme omkring akutfunktionen i to af de større kommuner. Bevidstheden om de udfordringer, som en ny "søjle" kan afstedkomme, er givet også en del af forklaringen på, at flere ledere af akutteams understreger, at deres akutteam kun løser "nye" opgaver, som ikke blev løst af hjemmesygeplejen tidligere, ligesom de understreger, at akutteamet er finansieret af "nye" penge, og at der således ikke er taget hverken ressourcer eller opgaver fra hjemmesygeplejen.

Når akutsygeplejerskerne har så forskellige roller, opgaver og profiler, som det fremgår af afsnit 3.2, får snitfladen og dermed også samarbejdet også forskellig udformning:

Akutteamet kan således være en enhed, der ved spidsbelastning **aflaster hjemmesygeplejen** og dermed frigør hjemmesygeplejen fra forstyrrende afbrydelser i form af allehånde telefonopkald, eller at akutfunktionen kan fungere som **buffer**, så hjemmesygeplejen kan få tid til at tage akutte besøg hos egne borgere. Ingen af disse opgaver kræver kompetencer, der er anderledes eller mere specialiserede end den øvrige hjemmesygeplejes, og denne form for profil for akutfunktioner ses derfor også typisk i de kommuner, hvor akutfunktionen er mere eller mindre integreret i hjemmesygeplejen, og hvor funktionen løses på skift af sygeplejersker, der ofte også har vagter i den sædvanlige hjemmesygepleje.

Men akutteams udgør oftest et hold af **specialister**, der har andre kompetencer, friere arbejdstilrettelæggelse (fx ingen kørelister), andre arbejdsvilkår (fx ingen nattevagter), mulighed for at levere mere instrumentel sygepleje, tage flere målinger, anvende mere udstyr, end hjemmesygeplejen har. Ser man på tværs af kommunerne, er der tre forskellige aspekter af specialistfunktioner, hvor akutteams kan adskille sig mere eller mindre fra den øvrige sygepleje.

For det første kan det dreje sig om *adgang til udstyr og målinger*, som hjemmesygeplejen ikke har adgang til. Akutsygeplejersker har oftest en rygsæk e.l. med sig ud samt en bil med mere udstyr end en almindelig hjemmesygeplejerske.

For det andet kan specialistfunktionen handle om *faglige kompetencer* i form af både viden og rutine i forhold til nogle typer borgere, og nogle typer (instrumentel) sygepleje, hvor akutsygeplejerskerne kan andet og mere og har større rutine med bestemte opgaver og derfor kan yde en anden hjælp til borgerne. Desuden er de faglige kompetencer årsag til, at der i flere kommuner lægges så stor vægt på, at akutsygeplejerskerne skal lære fra sig og give kompetencer videre, særligt til hjemmesygeplejen, men i nogle tilfælde også hjemmeplejen.

Og for det tredje kan det dreje sig om *en anden faglig tilgang og systematik* i forhold til at vurdere den akut dårlige borger og samarbejde med læger om opgaveløsningen.

Sygeplejerskerne i akutteams adskiller sig fra hjemmesygeplejerskerne på forskellig vis, og de kan i forskellig grad være præget af specialisering inden for disse tre dimensioner. Det betyder, at der er akutsygeplejersker, som i meget begrænset omfang adskiller sig fra hjemmesygeplejen, ligesom der er akutsygeplejersker, der adskiller sig markant fra hjemmesygeplejen på alle tre dimensioner.

Snitfladen og samarbejdet mellem de to typer af sygeplejersker kan blive særligt udfordret, hvis sygeplejerskerne i akutteamet ikke er – eller ikke *opfattes* – som specialister på disse tre dimensioner, samtidig med at akutteamet opleves at have særligt gunstige arbejdsvilkår. Samarbejdet bliver udfordret, hvis akutteamet *opleves* som dem, der tager de spændende, nye og udfordrende opgaver; dem der får (langt) flere muligheder for efteruddannelse, friere arbejdstilrettelæggelse, bedre tid og færre borgerbesøg og desuden har bedre lønvilkår – og i nogle tilfælde også færre

eller ingen aften/nattevagter. Det er i denne situation, at akutsygeplejen – set fra hjemmesygeplejens perspektiv – risikerer at komme til at fremstå som ”en hjemmesygeplejerske med god tid og en tom køreliste”, som en leder udtrykte det tidligere.

Flere ledere af akutteams peger på, at netop det at have mere tid som følge af en mere fri arbejdstilrettelæggelse uden kørelister er en væsentlig parameter, der gør en forskel for akutsygeplejersker sammenlignet med hjemmesygeplejen. En leder af et akutteam oplever, at især KOL-patienter bruger akutteamet, hvilket hun forklarer således:

Vi har flere [praktiserende læger], der ringer til os i stedet for 112 med KOL-patienter. Vi har en anden tid nogle gange og en anden forståelse af forløbet. Vi har oplevet, at de ikke får den rette medicin. Så er de løbet tør for pulver [medicin], så kan de ikke finde ud af at tage det rigtigt. Hjemmesygeplejerskerne har også KOL-patienter, men vi oplever faktisk, at KOL-patienterne spørger efter akutteamet. Jeg tror, det har noget at gøre med den tid, vi har, og den ro vi kan skabe, når vi kommer derud. Og så kører vi også rundt med ilt og medicin, som vi kan starte dem op i, hvis det er akut. Der kan det godt være, vi følger dem i en uge eller fjorten dage, så vi sikrer, at de har styr på den del [medicineringen], for det er alfa omega for, at vi ikke har dem i systemet om en uge. (Kommunal leder)

Lederen lægger både vægt på, at akutteamet har andre muligheder, som en læge kan bruge – fx transportabel ilt og medicin (som følge af et samarbejde med en FAM), men hun fremhæver også, at forskellen mellem akutteamet og hjemmesygeplejen er, at akutsygeplejerskerne har bedre tid, og at de bl.a. derfor kan skabe en anden ro omkring en KOL-patient, som er angst, fordi de ikke kan få luft. Tidligere i denne kortlægning pegede en leder af et akutteam på et andet eksempel, nemlig at forebyggelse af indlæggelser (særligt i aftenvagte) kræver en sygeplejerske, der har bedre tid, og den opgave har akutteamet derfor fået, og den har de været bedre til at løse, hvilket lederen primært tilskriver, at akutteamet har tid til at gå ind i borgerens situation.

Når lederne er så bevidste om samarbejdsrelationen mellem akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker, skyldes det særligt to forhold:

For det første at akutfunktionerne ikke får den ønskede effekt på borgernes forløb – særligt forebyggelse af indlæggelser – hvis de ikke kommer tidligt nok ind i forløbene. Her er samarbejdet med hjemmesygeplejen afgørende. Men kortlægningen peger på flere eksempler, hvor akutsygeplejersker selv forsøger at finde borgere, der risikerer at blive indlæggelsestruede, for at komme tidligere ind i forløbene og forebygge, at indlæggelse bliver uundgåelig. Med til denne udfordring hører også, at akutfunktionerne – netop fordi de er beredskabsenheder og ikke har borgere på kørelisten – er helt afhængige af henvendelser fra andre. Og her er tendensen som nævnt, at der i flere kommuner kommer flere eksterne henvendelser, primært fra praktiserende læger, vagtlæger/1813 og hospitaler – og færre interne henvendelser fra hjemmesygeplejen.

For det andet lægges der mange steder stor vægt på akutteamets rolle i forhold til at løfte kompetenceniveauet blandt andre medarbejdere – ikke mindst hjemmesygeplejersker. I nogle kommuner ses dette som en væsentlig – nogle steder dén væsentligste – opgave for akutfunktionerne. Men det er ikke altid lige let for akutfunktionerne at komme til at spille denne rolle, fordi den afhænger af samarbejdsrelationen med den øvrige sygepleje. En leder af et akutteam forklarer her, hvad hun oplever, der er på spil i relationen mellem hjemmesygeplejen og akutsygeplejen:

Vi [akutteamet] laver mange tekniske ting som fx at hjælpe med et kateter, der er faldet ud, en sonde, der ikke vil, og den sygeplejerske, der står med det, ikke lykkes med det eller ikke har tid. Og nogle gange er det også mangel på erfaring i for eksempel kateteranlæggelse. Men det er kun nyuddannede sygeplejersker, der siger det. De har ingen problemer med at sige: "Jeg har ikke været uddannet så længe og har ikke stået så meget med katetre". Men en erfaren sygeplejerske med 25 år bag sig, som heller ikke har set mange katetre, hun ville aldrig sige det. Og måske ringer hun så heller ikke [til akutteamet], og i stedet indlægges borgerne, eller hun ringer til egen læge, og så ringer egen læge måske heller ikke til os. For lægerne har en forestilling om, at når hjemmesygeplejen har været ude, så er der jo ikke nogen, der kan. Og jeg tror, der er mange hjemmesygeplejersker, der har den opfattelse, at "jeg har forsøgt, og hvis jeg ikke kan, så kan akutteamet heller ikke".
(Leder af akutteam)

Citatet peger også på, at der kan være stor variation inden for den enkelte kommune i, hvordan relationen mellem akutteam og øvrige hjemmesygepleje opfattes – i dette tilfælde peges der på, at sygeplejerskernes anciennitet kan have tendens til at spille en rolle.

Det skal understreges, at lederne også oplever, at hjemmesygeplejerskerne er glade for akutsygeplejerskerne og ser dem som en hjælp i hverdagen. Enten fordi de aflaster hjemmesygeplejerskerne, eller fordi de oplever, at de har brug for de faglige kompetencer, som nogle akutteams har.

I et sundhedsvæsen præget af et stigende antal aktører, enheder, funktioner, projekter og udgående teams, er det væsentligt at være opmærksom på, hvad introduktionen af endnu en aktør betyder i praksis. Og at det er helt afgørende for den samlede hjemmesygepleje inkl. udgående akutfunktioner, at snitfladen og samarbejdet mellem akutsygepleje og hjemmesygepleje er klar, meningsfuld og velfungerende – set fra *begge* parter perspektiv. Lederne af akutteams er meget bevidste om vigtigheden af relationsarbejdet i forhold til hjemmesygeplejen og peger på vigtigheden af, at sygeplejerskerne i akutteams agerer hjælpere snarere end eksperter over for hjemmesygeplejersker og andet plejepersonale. En leder af et akutteam ser således på akutteamets rolle:

Vores ansvar, det er at hjælpe alle de andre med alt det, de kun gør en gang imellem.
(Leder af akutteam)

En anden understreger vigtigheden af, at akutsygeplejerskerne optræder "ydmygt" over for hjemmesygeplejerskerne. Hun beskriver, at i det akutteam, hun leder, har hun:

... arbejdet rigtig meget med ydmygheden i måden, man kommer og yder sin hjælp på; den måde man træder ind i lokalet på; den måde man skaber en stemning, der opfordrer til læring – ikke til bedrevenhed. Man skal sige: "Jeg kan godt forstå, du har de her udfordringer, jeg har god erfaring med at...". Vores primære opgave er at skabe den her tryghed og stabilitet og øge kompetencerne ude i kommunerne og løfte dem, for opgaverne bliver jo ikke mindre komplicerede med tiden. (Leder af akutteam)

I kommuner uden et akutteam opstår ikke samme snitflade mellem to sygeplejeenheder. Men i nogle af disse kommuner opstår i stedet en snitflade mellem den funktion, der tager blodprøver (fx akutpladsernes udgående funktion), og hjemmesygeplejen, der laver akuttvurderinger og alle de øvrige ydelser, jf. kvalitetsstandarderne, udtagen blodprøverne. Her ønsker nogle af hjemmesygeplejerskerne, at de selv kunne tage blodprøver i forbindelse med akutudredningerne, fordi

det er besværligt og tidskrævende at skulle rekvirere en anden sygeplejerske fra et stationært akuttilbud til at køre ud og tage fx en CRP, når hjemmesygeplejersken laver en akutvurdering af en borger, og lægen har bedt om en CRP, en blodprocent eller et blodsukker. Udfordringen er således ikke løst alene ved at undgå at oprette et akutteam, fordi der i de kommuner, som har valgt denne løsning, stadig er dele af akutfunktionernes opgaver, som er samlet på færre hænder uden for hjemmesygeplejen.

Samlet set er relationen og samarbejdet mellem de udgående akutfunktioner – særligt akutteams med separat ledelse i egen søjle – og den øvrige hjemmesygepleje af helt afgørende betydning for, om de enkelte akutteams lykkes med deres opgave, og om kommunerne får indfriet deres ambitioner om at kunne forebygge indlæggelser ved at etablere et akutteam. Derfor er lederne af akutteams meget opmærksomme på relationen til hjemmesygeplejen. Alligevel oplever flere kommuner, at det øvrige plejepersonale i stigende grad bruger kommunens akutteam. Dette er en afgørende udfordring for flere akutteams.

3.7 Opsummering: Udgående akutfunktioner

Kapitlet har beskrevet tre forskellige modeller for organisering af de udgående akutfunktioner:

1. *Kommuner med eget akutteam:* Fem kommuner har valgt et akutteam med en afgrænset medarbejdergruppe og selvstændig ledelse.
2. *Kommuner med tværkommunalt akutteam:* To grupper af tre kommuner har dannet fælles akutteam på tværs af kommunegrænser.
3. *Kommuner uden akutteam:* Fire kommuner har valgt ikke at etablere et akutteam, men at integrere akutfunktionerne i den eksisterende hjemmesygepleje og/eller i sygeplejen på kommunens akutpladser.

Kommunernes begrundelser for valg af organiseringsform er forskellige, og kommunestørrelse (borgervolumen) er langt fra den væsentligste årsag til at vælge et tværkommunalt akutteam eller integrere akutfunktionen i den øvrige hjemmesygepleje.

Kommunernes valg af organiseringsform afhænger af de erfaringer, som kommunerne – og de enkelte ledere – har gjort sig omkring organisering af akutområdet og sygeplejen, og af hvordan kommunerne fortolker kvalitetsstandarderne. Således ser kommunerne forskelligt på, hvor vigtigt det er at samle (de fleste) akutopgaver på få hænder.

Valget af organisatorisk model er også påvirket af, om kommunerne har haft akutpladser, inden de fik et akutteam, og af hvordan lederne ser på udviklingen i det kommunale sundhedsvæsen samlet set: Hvis lederne ser de opgaver, kompetencer og udstyr, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne, som kerneopgaven for fremtidens hjemmesygepleje, bliver det et argument for at integrere akutfunktionerne i hjemmesygeplejen og dermed undgå at etablere akutteams parallelt med hjemmesygeplejen med de ulemper, der er forbundet med det.

Kapitlet har beskrevet de meget forskellige opgaver, som akutteams har i kommunerne, herunder at akutteams i meget varierende grad varetager løbende opgaver, der opstår 'akut' og ikke er lette at planlægge på hjemmesygeplejens kørelister, og derfor bliver de nogle steder akutteamets opgaver. Disse opgaver er placeret hos akutteamet af organisatoriske årsager – akutteamet er der og har tid – snarere end af faglige årsager. Det er ikke opgaver, som nødvendigvis kræver en akutsygeplejerskes kompetencer, men snarere hendes muligheder for at arbejde mere fleksio-

bilitet. Det gælder fx omkring nyudskrevne borgere, som ikke er kendt i sygeplejen og ikke nødvendigvis kræver akutteamets særlige kompetencer, men som det tager tid at udrede. Det gælder også løbende henvendelser og spørgsmål fra hjælpere- og assistenter – og nogle steder også fra borgere – som også kan blive akutteamets, fordi de i forvejen har en akuttelefon.

Ud over de akutte borgerkontakter har alle akutteams har en række ikke-akutte opgaver, der kan varetages mere fleksibelt og derfor kan medvirke til at sikre bedre kapacitetsudnyttelse. For eksempel udarbejdelse og vedligeholdelse af instrukser og vejledninger, undervisning af andet personale og opgaver, som handler om at øge antallet af henvendelser og dermed opgaveflowet til akutsygeplejerskerne, fx opsøgende arbejde, opbygning af samarbejde med og kendskab til andre medarbejderne i kommunen eller i almen praksis. Dette er også væsentligt, fordi akutteams ikke har den daglige kontakt til hjælpere, assistenter og hjemmesygeplejersker, som er de medarbejdere, der har den løbende borgerkontakt og dermed er indgangen til akutteamets målgruppe med hensyn til forebyggelse af indlæggelser. Derfor peger flere ledere på, at de bufferopgaver, der relaterer sig til samarbejdet med det øvrige personale – særligt undervisning, besøg, deltagelse i triagemøder og andre metoder til at opspore borgere med begyndende sygdom, der kan blive indlæggelsestruede – er akutteamets vigtigste opgaver.

Kortlægningen peger på, at snitfladen og samarbejdet mellem de to typer af sygeplejersker kan blive udfordret, hvis hjemmesygeplejen oplever akutteamet som dem, der tager de spændende, nye og udfordrende opgaver; dem der får (langt) flere muligheder for efteruddannelse, friere arbejdstilrettelæggelse, bedre tid og færre borgerbesøg, og desuden har bedre lønvilkår og i nogle tilfælde også færre eller ingen aften-/nattevagter – men ikke som specialister på et væsentligt andet kompetenceniveau end hjemmesygeplejen. Det er i denne situation, at akutsygeplejen – set fra hjemmesygeplejens perspektiv – risikerer at komme til at fremstå som *”en hjemmesygeplejerske med god tid og en tom køreliste”* (citat fra en leder i forbindelse med interview).

4 Midlertidige pladser og deres rolle på akutområdet

Kommunerne har forskellige typer af midlertidige pladser til stationære ophold, hvor en type er akutpladser. Begrebet *midlertidige pladser* i kommunerne rummer et meget bredt spektrum af pladstyper, hvor der er store forskelle i målgrupper, formål og bemanning. Det stationære område i kommunerne bærer præg af at være udviklet over tid og som svar på forskellige lokale udfordringer og behov, den enkelte kommunes geografiske og bygningsmæssige muligheder samt forskellige perspektiver på, hvad der er hensigtsmæssige løsninger.

I dette kapitel giver afsnit 4.1 først en generel introduktion til de forskellige typer af midlertidige pladser – inkl. akutpladser – og der præsenteres en typologi, som viser variationen på området. Afsnit 4.2 beskriver kort udviklingen af antallet af pladser i tal, mens afsnit 4.3 ser tilbage på udviklingen af området, herunder på de udfordringer, der opstod omkring adskillelse af akutpladser fra øvrige midlertidige pladser i 2018, hvor spørgsmålet om brugerbetaling på akutpladser blev en politisk sag. Afsnit 4.4, 4.5 og 4.6 handler om de dilemmaer, som kommunerne oplever i relation til en mere eller mindre skarp differentiering mellem forskellige typer pladser, samt kommunernes erfaringer med at sikre de rette målgrupper og styre adgangen til pladserne og borgerflowet på pladserne.

4.1 Forskellige typer midlertidige pladser i kommunerne

Kommunerne bruger forskellige betegnelser for pladser til midlertidigt ophold. Figur 4.1 giver et overblik over de betegnelser, der anvendes i de deltagende kommuner:

Figur 4.1 Illustration af forskellige typer af midlertidige pladser



Grafik: Martin Kirchgässner for VIVE.

Figur 4.1 skelner mellem på den ene side akutpladser, der visiteres efter sundhedslovens § 138, og på den anden side otte andre betegnelser for øvrige midlertidige pladser, der visiteres efter lov om social service § 84.2. Det er disse to paragraffer, kommunerne kan hjemle et midlertidigt ophold i.

Sundhedslovens § 138 handler om hjemmesygepleje, ikke om midlertidige stationære pladser. Men som beskrevet definerer Sundhedsstyrelsen de kommunale akutfunktioner som en del af hjemmesygeplejen og påpeger, at de kommunale akutfunktioner enten kan organiseres som udgående funktioner eller som akutpladser. Dermed er grundlaget for akutpladser sundhedslovens § 138.

Serviceovens § 84.2 påpeger, at kommunerne *"kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje"*. Det er denne paragraf i sociallovgivningen, som er grundlaget for *alle* de øvrige midlertidige stationære pladser i kommunerne, om de så anvendes som feriepladser eller til hjerneskaderehabilitering. På en midlertidig plads visiteret efter serviceovens § 84.2 kan borgere dog – ligesom hvis de var i eget hjem – modtage mange andre ydelser efter såvel sundheds- som serviceoven, herunder genoptræning efter indlæggelse med en genoptræningsplan (efter sundhedslovens § 140), øvrig (genop)træning (efter serviceovens § 86) og selvfølgelig hjemmesygepleje (efter sundhedslovens § 138).

En væsentlig forskel på akutpladser og udgående akutfunktioner er dog, at kommunerne *skal* tilbyde hjemmesygepleje efter § 138, men *kan* vælge at tilbyde ophold på midlertidige stationære pladser, herunder akutpladser. Der er således ikke noget krav om, at kommunerne skal tilbyde midlertidige pladser – hverken akutpladser eller andre former for stationære sengepladser. De deltagende kommuner har dog alle midlertidige pladser, om end i meget forskelligt antal, også relativt set i forhold til antallet af ældre borgere.

Forskellen mellem de to lovgivninger betyder også, at akutpladser er den eneste type pladser, der findes kvalitetsstandarder for, fordi de er den eneste type pladser, der hører under sundhedslovens § 138, hvor Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for akutfunktioner gælder.

Betegnelserne for de otte typer øvrige midlertidige pladser til højre i Figur 4.1 anvendes ikke på entydig eller ensartet vis på tværs af kommuner, og ingen kommuner anvender alle disse typer pladser eller bruger alle disse betegnelser. Oftest har kommunerne 1 til 3-4 typer midlertidige pladser. Nogle kommuner anvender kun den overordnede betegnelse *"midlertidige pladser"*, andre skelner mellem de forskellige typer, de har valgt at have.

På trods af variationen i såvel navne som forekomst i de enkelte kommuner er en overordnet typologi nyttig for at forstå hele spektret af midlertidige pladser og deres relation til akutområdet. Med afsæt i en kortlægning af samtlige midlertidige pladser i de deltagende kommuner har VIVE udarbejdet en empirisk baseret beskrivende typologi over forskellige typer midlertidige pladser i kommunerne. Den indeholder fem typer midlertidige pladser:

Borgere, der vurderes at kunne profitere af et midlertidigt ophold:

1. Akutpladser efter sundhedsloven
2. Observations-, vurderings- og korttidspladser efter serviceoven
3. (Døgn)rehabiliterings- og genoptræningspladser efter serviceoven.

Borgere, der ikke kan være i eget hjem:

4. Aflastningspladser og feriepladser (til henholdsvis akut eller planlagt aflastning) efter serviceoven
5. Ventepladser (til ledig plejebolig) efter serviceoven.

Der er en afgørende forskel på de tre første typer af pladser og de to sidste. Midlertidige pladser anvendes overordnet set til to forskellige målgrupper: De tre første typer er målrettet borgere, som vurderes at kunne profitere af et midlertidigt ophold for fx at genvinde funktionsevne, blive udredt og vurderet eller få stabiliseret sin tilstand. De sidste to typer er målrettet borgere, der vurderes ikke at kunne være i eget hjem. Det kan fx skyldes, at borgeren ikke kan være alene mellem besøg fra hjemme(syge)plejen, fordi borgeren ikke er fysisk eller kognitivt i stand til at betjene et nødkald forsvarligt, eller borgeren har behov for så hyppige besøg, at et midlertidigt ophold vurderes at være mere hensigtsmæssigt, herunder eventuelt også af økonomiske årsager. Det kan også skyldes, at en rask omsorgsperson (typisk en ægtefælle) skal aflastes i en periode, og men det kan også skyldes praktiske forhold omkring boligen.

Borgere i begge disse overordnede grupper kan både komme på en midlertidig plads direkte fra et hospitalsophold eller fra eget hjem. Forskellen mellem de første tre typer og de sidste to handler om, at borgerne i den første gruppe har behov for en særlig indsats og forventes at kunne profitere af opholdet. Borgerne i den sidste gruppe forventes ikke at profitere af opholdet, men de kan bare ikke være i eget hjem.

Nogle kommunerne oplever, at borgernes egen praktiserende læge gerne henviser til de første tre typer af pladser, og at lægen beholder behandlingsansvaret under det midlertidige ophold. Andre kommuner oplever omvendt, at praktiserende læger ikke ønsker at henvise borgere til disse pladser, men i stedet foretrækker at indlægge borgerne.

Disse fem overordnede typer beskrives herunder.

4.1.1 Akutpladser

Antallet af kommuner med akutpladser har, jf. Figur 2.1, været faldende de seneste år. En del kommuner har haft pladser, som er blevet kaldt akutpladser, men da Sundhedsstyrelsens anbefalinger til akutfunktionerne kom i 2014 og fra 2018 blev til bindende kvalitetsstandarder, er nogle kommuner ophørt med at bruge betegnelsen akutpladser, bl.a. fordi det kræver døgndækkende sygepleje på pladserne, hvilket en del kommuner har vurderet, at der ikke er opgavevolumen til (særligt i nattevagt).

Akutpladserne er i dag den pladstype, der kan defineres mest entydigt, jf. kravene i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. Akutpladser kan både være til borgere, der kommer fra eget hjem, men som en sundhedsfaglig (ofte egen læge og/eller hjemmesygeplejerske eller akutsygeplejerske) vurderer, har behov for observation eller behandling, der kræver de kompetencer, der er til stede på en akutplads, eller det kan være borgere, som er udskrevet fra hospital. Med enkelte undtagelser peger de deltagende kommuner dog på, at langt de fleste borgere på akutpladser kommer direkte fra hospital. Denne tendens gælder ikke kun akutpladser, men også kommunernes midlertidige pladser generelt, særligt de første tre typer.

Akutpladser er placeret på én matrikel i kommunen. Da det samtidig er den type pladser, som har den højeste grad af sygeplejerskedækning, kan akutpladserne håndtere borgere, som er dårligere, mere ustabile og har behov for mere specialiseret, instrumentel sygepleje end på andre typer af pladser. Men denne målgruppe har naturligvis også et større behov for lægelige kompetencer end borgere på andre midlertidige pladser – helt generelt. Det kan give udfordringer – særligt i geografisk store kommuner – fordi egen læge kan være langt fra borgerne på akutpladser (i en af kommunerne i denne kortlægning er der ca. 35 km fra yderste lægepraksis til kommunens akutpladser). Andre typer midlertidige pladser – særligt aflastnings-, vente- og

feriepladser – er ofte spredt på flere forskellige matrikler i kommunerne, typisk i forbindelse med plejehjem (seniorcentre).

På akutpladser ses også eksempler på borgere, som "udlægges" fra hospital til (efter)behandling, hvor hospitalets læger beholder behandlingsansvaret for de udlagte borgere (fx borgere i behandling med IV-medicin), mens de er på akutpladserne, og hvor der nogle steder er indgået aftaler om, at hospitalslæger tilser borgerne regelmæssigt (en art stuegang på patienter i kommunalt regi). Denne type samarbejde er kun fundet i store kommuner med et hospital beliggende i relativ nærhed af kommunens akutpladser.

I praksis kan det være svært at skelne klart mellem borgermålgrupperne i den følgende gruppe – observations-, vurderings- eller korttidspladser – og akutpladser. Når de her beskrives som to forskellige grupper, skyldes det alene, at kravene i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kun gælder akutpladser, samt det faktum, at de to typer af pladser hører under forskellig lovgivning.

4.1.2 Observations-, vurderings- eller korttidspladser

Kommunerne anvender ofte kun én af disse tre betegnelser, der således i nogen grad er overlappende. Pladserne rummer en vis variation i formål, målgruppe og opholdsvarighed. Der kan både være tale om borgere, der skal udredes (fx for demens), eller borgere, der skal have vurderet behovet for en plejebolig. Der kan også være tale om borgere udskrevet fra hospital, som kommunen vurderer, ikke kan komme hjem, fordi der i en midlertidig og ofte kortere periode er behov for at observere, vurdere, stabilisere eller efterbehandle borgeren først. Hvor grænsen går mellem sidstnævnte målgruppe og målgruppen for akutpladser, er ikke entydigt. Nogle kommuner har enten akutpladser eller korttids-/observations-/vurderingspladser, andre har begge dele – andre igen ingen af delene.

Generelt har kommunerne oplevet en stigende tendens til, at borgeren på denne type pladser kommer direkte fra hospital efter en indlæggelse, og pladserne bliver således til en form for mellemstation, som flere kommuner benævner det, inden borgerne vurderes at kunne komme hjem til eget hjem eller eventuelt i en plejebolig.

Det er svært at sige noget entydigt om kompetencerne på disse pladser, men det er VIVEs vurdering, at der ofte er tilknyttet flere sygeplejeressourcer på disse pladser end på de følgende tre typer (genoptrænings-/rehabiliteringspladser, aflastnings- eller venteplasser), mens der er færre sygeplejersker end på akutpladser (hvor der er krav om døgn-dækket sygepleje). Samtidig er der ofte tilknyttet færre ergo- og fysioterapeuter end på genoptræningspladser.

Det øvrige personale er primært social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

4.1.3 Genoptrænings- og (døgn)rehabiliteringspladser

Hvis der behov for længerevarende (ofte over 4 ugers) ophold og et særligt fokus på at forbedre borgerens funktionsevne, anvendes ofte betegnelserne genoptræningspladser eller (døgn)rehabiliteringspladser. Der er tendens til, at betegnelsen rehabiliteringsplads vinder frem og erstatter de genoptræningspladser, der kom efter strukturreformen i 2007, hvor en del af genoptræningsopgaverne blev flyttet ud i kommunerne. Siden da er begrebet rehabilitering vundet frem.

Genoptrænings- eller døgnrehabiliteringspladser er typisk samlet på én matrikel i kommunen, ligesom akutpladser.

Kompetencemæssigt er døgnrehabiliteringen de pladser, hvor der er tilknyttet flest ergo- og fysioterapeuter, men der kan også være tilknyttet sygeplejersker. Hovedparten af de ansatte er dog social- og sundhedsmedarbejdere.

Også her ses stor variation kommunerne imellem. Men fælles er, at de borgere, som har en § 140 genoptræningsplan (GOP) efter udskrivelse, og som kommunen mener, ikke kan genoptrænes i eget hjem, ofte får tilbudt en genoptrænings- eller døgnrehabiliteringsplads.

Det er dog langt fra alle borgere på genoptrænings- eller døgnrehabiliteringspladser, der har en GOP. Fælles for borgerne og forløbene er dog, at der ofte lægges vægt på at sætte (funktions)mål for forløbet. Den rehabiliterende tilgang har dog ikke præget den kommunale sektor lige så længe som den mere kompenserende tilgang borgerne. Og flere ledere oplever, at det i varierende grad kan præge såvel nogle medarbejdergrupper som borgere og pårørendes forventninger til et midlertidigt ophold: Således er alle ikke lige indstillede på at arbejde målrettet med rehabilitering og (genop)træning. Og der kan være udfordringer, hvis der blandt både borgere og pårørende – men også medarbejderne – er forventninger om en mere kompenserende tilgang. Derfor er der stor forskel på, hvordan der *i praksis* arbejdes på genoptrænings- og rehabiliteringspladser i kommunerne.

4.1.4 Aflastningspladser og feriepladser

Aflastningspladser anvendes til at aflaste pårørende, der typisk passer en syg ægtefælle i hjemmet. I perioder kan ægtefællen have behov for akut eller planlagt aflastning. I servicelovens § 84, stk. 1 står, at kommunerne *”skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne”*. Det kan både ske i hjemmet eller via et midlertidigt ophold (jf. servicelovens § 84, stk. 2).

Planlagt aflastning på midlertidige pladser kan foregå på forskellig vis. I nogle kommuner har man faste rul, således at en borger fx er på aflastning hver 6. eller 8. uge. Der kan også være tale om planlagt aflastning, når en rask ægtefælle (der passer en plejekrævende borger i hjemmet) fx skal på ferie – heraf også betegnelsen feriepladser, som nogle steder anvendes om pladser til dette formål. Formålet med planlagt aflastning er at gøre det muligt for borgeren at være længere tid i eget hjem – frem for i en plejebolig – ved at aflaste den pårørende, der tager sig af borgeren i hverdagen.

Behovet for mere øjeblikkelig *akut aflastning* kan opstå, når situationen i hjemmet pludselig bliver uholdbar, men ikke kræver den faglige indsats, som andre typer af midlertidige pladser tilbyder. Det kan fx skyldes, at den raske ægtefælle bliver syg.

Kompetencemæssigt bemannes aflastningspladser ofte af social- og sundhedsmedarbejdere og er ofte beliggende på eller i tilknytning til plejehjem. Der ses også en tendens til, at aflastningspladser er spredt geografisk på flere plejecentre/matrikler i kommunen – i modsætning til pladserne i de forrige tre grupper – og at nærhed til eget hjem prioriteres højt.

4.1.5 Ventepladser

Endelig findes midlertidige pladser, der anvendes til borgere, som er visiteret til en plejebolig, men må vente på en ledig bolig. Når borgerne er visiteret til plejebolig, er det netop, fordi kommunen har vurderet, at de ikke kan klare sig i eget hjem. Og derfor kan der i denne situation opstå behov for, at borgeren venter på plejebolig på en midlertidig plads.

Kommunerne har forskellig praksis med hensyn til, om borgerne i ventetiden (som maksimalt må være 8 uger, jf. plejeboligarantien²³) kan opholde sig på en midlertidig plads, eller om de skal vente i eget hjem. Ventetidsgarantien på de 8 uger vedrører borgere, der har ønsket "generelt" – altså ønsket en hvilken som helst plejebolig i kommunen. Ønsker borgerne i stedet en "specifik" plejebolig, fx på ét bestemt plejecenter, vil ventetiden ofte være længere, end hvis borgeren ønsker "generelt".

I nogle kommuner beskriver lederne, at der er – eller har været – tradition for, at når en borger er indstillet til plejebolig fra en midlertidig plads, så bliver borgeren på den midlertidige plads, uanset hvor lang tid, det tager, inden en plejebolig bliver ledig. I nogle kommuner er dette uanset, om borgeren har ønsket specifikt eller generelt. I andre kan borgerne kun vente på plejebolig på en midlertidig plads, hvis de har ønsket generelt – altså op til 8 uger. I andre igen arbejdes med en mere individuel og faglig vurdering af, hvorvidt en borger kan være i eget hjem i ventetiden – med fx nødkald, ekstra hjælp, muligheder for skærmopkald mv. Nogle kommuner har sat en tidsgrænse ved, hvor mange uger man tilbyder en venteplads.

Brugen af ventepladser – eller omfanget af venteborgere på midlertidige pladser – afhænger således både af kommunens politik på området, af den enkelte borgers situation og af den aktuelle kapaciteten i kommunen.

Der er således forskellig praksis på dette område. Fælles er imidlertid, at kommunerne ofte ikke har dedikerede *ventepladser*, men i stedet har *venteborgere*, der befinder sig på andre typer af midlertidige pladser.

4.2 Antallet af midlertidige pladser i kommunerne

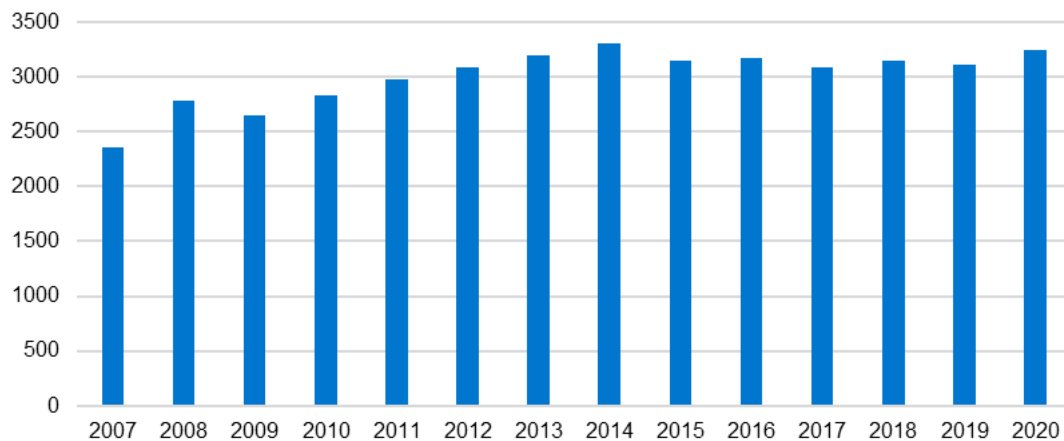
Der findes ikke valide opgørelser over antallet af midlertidige kommunale pladser i Danmark, hverken det samlede antal eller opdelt på typer, herunder antallet af akutpladser.

Danmarks Statistik opgør antallet af pladser på ældreområdet (i Statistikbanken.dk, RESP01), og her skelnes mellem "*permanente boliger*", "*boliger til midlertidigt ophold/aflastning*" og "*boliger for demente*", fx "*skærmede enheder*". Dog gør Danmarks Statistik opmærksom på, at nogle kommuner indberetter betydelige udsving fra år til år, og opgørelsen er derfor forbundet med usikkerhed. For eksempel fremgår det, at fem kommuner i 2020 har indberettet nul midlertidige pladser, herunder to af landets største kommuner, der dog har et betydeligt antal midlertidige pladser. Dette er således en ikke ubetydelig kilde til usikkerhed omkring det samlede antal på landsplan.

Med disse forbehold in mente ses i 4.2 udviklingen i antallet af midlertidige pladser siden 2007.

²³ Ifølge bekendtgørelse om plejehjem og beskyttede boliger, BEK nr. 1324 af 10/12/2014 (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014) § 5 skal Kommunalbestyrelsen tilbyde ældre, der er optaget på den generelle venteliste, en plejehjemsplads eller almen plejebolig senest 2 måneder efter optagelse på ventelisten.

Figur 4.2 Udviklingen i antal boliger til midlertidigt ophold/aflastning (2007-2020)



Anm.: I perioden 2010-2016 indeholdt RESP01 også midlertidige boliger "fortrinsvis til fysisk/psykisk handicappede". Antallet steg fra 21 i 2010 til 195 i 2014 og faldt så igen til 41 i 2016. Da disse boliger fortrinsvis er målrettet handicappede, er de udeladt.

Danmarks Statistik har følgende forbehold: "Nogle kommuner indberetter betydelige udsving mellem boligkategorier fra år til år, og opgørelsen er derfor forbundet med en vis usikkerhed". VIVE bemærker, at 5 kommuner har indberettet 0 pladser, heriblandt nogle af landets største. VIVE vurderer på den baggrund, at antallet af midlertidige pladser er højere, end figuren angiver.

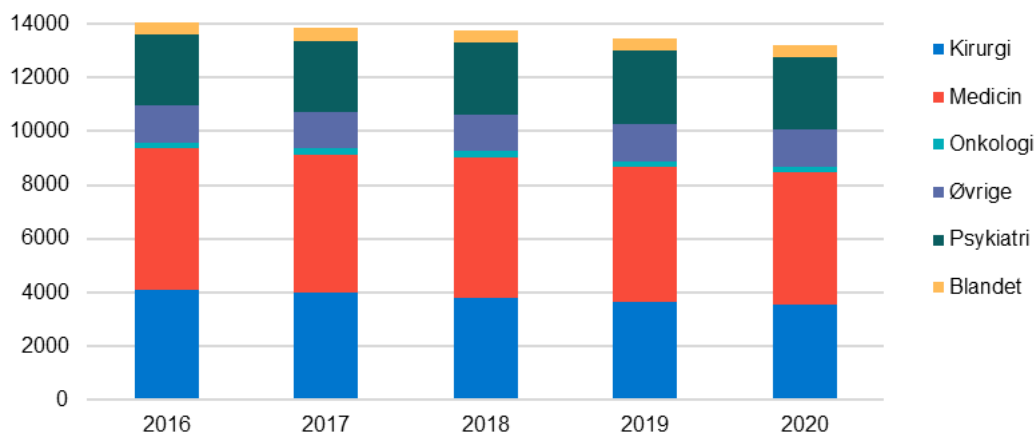
Kilde: Tabel RESP01, "boliger til midlertidigt ophold/aflastning", www.statistikbanken.dk.

Figur 4.2 viser, at der i 2020 var indberettet godt 3.250 boliger til midlertidigt ophold/aflastning, hvilket er ca. 50 færre end i 2014, hvor der var flest. Over hele perioden er der dog sket en samlet stigning i antallet på 37 % fra 2007 til 2020.

Det er ikke kun antallet af midlertidige pladser, der er begrænset viden om. Der findes heller ingen former for nationalt sammenlignelige opgørelser over, hvilke typer af borgere der opholder sig på pladserne, hvor de kommer fra (hospital eller eget hjem), hvor de udskrives til efter opholdet, hvor længe opholdene varer, eller hvilke fagpersoner der bemander pladserne.

For at sætte udviklingen i perspektiv viser Figur 4.3 udviklingen i antallet af stationære senge i hospitalssektoren (som kun er tilgængelig for alle regioner for årene 2016-2020).

Figur 4.3 Udviklingen i antal sengepladser i hospitalssektoren (2016-2020)



Anm.: Data for samtlige regioner er kun tilgængelige på e-sundhed fra 2016 og frem. For de fire regioner, hvor data er tilgængelige fra 2014, ses fra 2014-2016 et fald på 6 % i antallet af medicinske senge og et fald på 8 % i antallet af kirurgiske senge.

Kilde: esundhed.dk: "Sengepladser og belægning på sygehuse", antal disponible senge opdelt efter specialeblokke.

Figur 4.3 viser, at der samlet set i årene 2016-2020 er sket et fald på 6 % i den samlede disponible sengekapa­citet i hospitalssektoren, og at faldet på det kirurgiske område er 14 %, mens det på det medicinske område er 6 %. Denne udvikling er således modsat udviklingen i sengekapa­citeten i kommunerne.

VIVE har indsamlet data fra de deltagende kommuner om alle midlertidige pladser i kommunerne og på dette grundlag udregnet antallet af midlertidige pladser pr. borgere over henholdsvis 65 år og 80 år:

Tabel 4.1 Midlertidige plader relativt til antal ældre i de medvirkende kommuner

Kommune	Indby­gere (antal)	65+ år (antal)	65+ år (andel)	80+ år (antal)	80+ år (andel)	Pladser (antal)	Antal midlertidige pladser pr. 1.000 borgere	
							+65 år	+80 år
Ballerup	48.377	10.040	21 %	2.717	6 %	46	4,6	16,9
Herlev	28.625	5.457	19 %	1.494	5 %	30	5,5	20,1
Furesø	40.924	8.745	21 %	2.327	6 %	36	4,1	15,5
SHS i alt	117.926	24.242	21 %	6.538	6 %	112	4,6	17,1
Gladsaxe	69.624	11.538	17 %	3.127	4 %	67	5,8	21,4
Gentofte	75.265	15.185	20 %	3.830	5 %	122	8,0	31,9
Rudersdal	56.545	12.939	23 %	3.767	7 %	67	5,2	17,8
Frikom. i alt	201.434	39.662	20 %	10.724	5 %	256	6,5	23,9
Solrød	22.860	4.492	20 %	833	4 %	24	5,3	28,8
Kerteminde	23.802	5.958	25 %	1.422	6 %	31	5,2	21,8
Vejen	42.826	8.822	21 %	2.279	5 %	28	3,2	12,3
Randers	97.910	19.786	20 %	4.576	5 %	79	4,0	17,3
Viborg	97.181	19.198	20 %	4.559	5 %	88	4,6	19,3
Aalborg	215.122	38.209	18 %	9.011	4 %	133	3,5	14,8
Helsingør	62.661	14.798	24 %	3.341	5 %	55	3,7	16,5
Esbjerg	115.912	23.514	20 %	5.341	5 %	57	2,4	10,7
Aarhus	345.755	50.066	14 %	11.437	3 %	110	2,2	9,6
I alt (antal) eller gns. (andel)	1.343.389	248.747	19 %	65.305	5 %	973	3,9	14,9

Anm.: To af de undersøgte akutteams dækker tre kommuner hver. Disse er markeret med hver sin farve i starten af tabellen, og det samlede antal/gennemsnit er udregnet for hver af disse to grupper i rækkerne "SHS i alt" og "Frikom. i alt" (idet akutteamet i den første gruppe hedder Specialiseret HjemmeSygepleje, mens den anden gruppe er et frikomuneforsøg).

Antal midlertidige pladser er oplyst til VIVE af de deltagende kommuner. Der tages forbehold for fluktuationer, særligt i antallet af ventep­ladser og aflastningspladser decentralt på plejecentre, som flere kommuner påpeger kan variere.

Kilde: Befolkningstal er fra statistikbanken.dk (tabel FOLK1A, 4.KV 2018). Andele er beregnet af VIVE.

Som det fremgår, varierer antallet af midlertidige pladser pr. 1.000 borgere 65+ år fra 2,2 til 8,0, mens antallet af midlertidige pladser pr. 1.000 borgere 80+ år varierer fra 9,6 til godt 32. Der ses således betydelige kapacitetsforskelle på dette område. Det er dog vigtigt at se antallet af midlertidige pladser i kontekst. Således er det i høj grad afhængigt af, hvordan pladserne anvendes, til hvilke målgrupper, hvor længe og ikke mindst hvilke tilbud og muligheder kommunerne har for at levere pleje, træning og behandling i eget hjem, herunder sætte borgerne i behandling i eget hjem og håndtere dårlige/akutte/ustabile borgere i eget hjem.

4.3 Udviklingen af akutpladser i kommunerne

Begrebet akutpladser er ikke nyt i en kommunal kontekst. En del af de midlertidige pladser i kommunerne har længe været benævnt akutpladser (eller akutstuer) – også længe før struktur-reformen i 2007 (Nielsen & Vinge, 2004; Buch & Vinge, 2007). Men behovet for mere entydige og ensartede definitioner af de forskellige pladstyper er vokset gennem årene, ikke mindst fordi stadigt tidligere udskrevne og sygere borgere på de midlertidige pladser fik et voksende behov for (almenmedicinsk) lægehjælp, og derfor havde lægerne brug for mere klarhed over, hvad de forskellige lokale betegnelser for midlertidige pladser dækkede over.

Dette afsnit handler om, hvordan akutområdet er udviklet over tid, herunder forsøgene på at skabe ensartede og fælles definitioner på området i et forsøg på at adskille dem mere klart og entydigt fra hinanden.

Som følge af kvalitetsstandarderne fra 2018 blev behovet for at kunne afgrænse og skelne akutpladser fra andre typer af midlertidige pladser særligt nødvendigt, fordi det blev fastslået, at akutpladser hører under sundhedsloven og ikke serviceloven. Og da der i 2018 opstod en politisk debat om borgernes egenbetaling på akutpladser, blev kammeradvokaten bedt om at fortolke reglerne for egenbetaling på akutpladser. Dette forløb, der beskrives i afsnit 4.3.1, understregede behovet for at kunne definere og afgøre, hvad der er en akutplads – og hvad der *ikke* er – og hvad der lægges til grund for denne skelnen.

I 2014 kom Sundhedsstyrelsens første anbefalinger til ”Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale sygepleje” (Sundhedsstyrelsen, 2014). Den rummer ikke en definition af midlertidige pladser og anvender slet ikke begrebet ”akutplads”, men nøjes med at beskrive:

Akutfunktioner er organiseret forskelligt i de enkelte kommuner, men oftest som udkørende team, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, og midlertidige døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejecenter. (Sundhedsstyrelsen, 2014)

Samme år kom KL's ”God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen”, hvis formål var at beskrive erfaringer fra praksis i kommunens akutfunktioner og give konkrete praksisnære råd til kommuner, der arbejdede med akutfunktioner på dette tidspunkt (Kommunernes Landsforening, 2014). Den rummede dog ikke nogen definition af de forskellige typer af midlertidige pladser, idet formålet primært var at beskrive:

Kommunale akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne. Der kan særligt peges på to varianter: akutteams og akutpladser. Den mest markante forskel mellem de to organiseringsformer er, at mens den sygeplejefaglige indsats i akutteams sker i borgerens hjem, herunder i plejebolig, så sker den sygeplejefaglige indsats ved midlertidigt ophold på akutpladser på en kommunal institution. (Sundhedsstyrelsen, 2014)

Ligeledes i 2014 indgik PLO og KL i dialog med det formål at udarbejde fælles definitioner af midlertidige døgndækkende pladser i kommunerne. Definitionerne skulle understøtte en ensartet brug af termerne knyttet til forskellige typer midlertidige pladser, give klarhed om kompetenceniveauet knyttet til de forskellige typer pladser, vise sammenhængen mellem pladser og hjemmesygepleje/akutteam og skabe klarhed om behovet for almen medicinsk lægebetjening af borgerne på de forskellige pladser. Dermed skulle det fælles arbejde understøtte de praktiserende lægers brug af midlertidige pladser i kommunerne. Dialogen mundede i 2015 ud i et udkast til en

definition, som ifølge KL ikke har opnået nogen officiel status²⁴, men notatet kom frem til nedenstående beskrivelse af tre typer midlertidige døgndækkende pladser: *Akutpladser*, *Rehabiliteringspladser* samt *Midlertidigt ophold*, herunder aflastning af pårørende.

Definitioner af midlertidige døgndækkede pladser (KL og PLO, 2015)

Kommunale akutfunktioner

Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje. Kommunale akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne. Der kan særligt peges på to varianter: *akutteams* og *akutpladser*. Den mest markante forskel mellem de to organiseringsformer er, at mens den sygeplejefaglige indsats i akutteams sker i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig eller som sygeplejefaglig backup på kommunens midlertidige døgndækkede pladser, jf. skema, så sker den sygeplejefaglige indsats ved midlertidigt ophold på akutpladser på en kommunal institution.

Målgruppen for sygeplejefaglige indsatser i akutfunktioner er borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom og borgere, der efter udskrivning fra sygehus har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Dertil kommer borgere i et terminalt forløb.

Henvisning til den kommunale hjemmesygepleje sker derfor typisk via praktiserende læge, vagtlæge eller sygehus – og indsatsen omfatter primært lægeordineret behandling. I situationer, hvor en læge vurderer, at en borger har behov for midlertidigt ophold på en døgndækket akutplads, men hvor kommunen fx på grund af manglende kapacitet ikke kan tilbyde et midlertidigt ophold, må lægen sammen med kommunen vurdere alternative løsninger.

I kraft af, at målgruppen for akutfunktionen ofte er borgere med akutte problemstillinger, er akutfunktionen kendetegnet ved at være fleksibel på opgaver og være *tilgængelig* 24 timer i døgnet.

I kraft af, at målgruppen for akutfunktionen ofte er borgere med akutte, omskiftelige og komplekse problemstillinger, skal personalet have særlige færdigheder og *kompetencer*, dvs. sygeplejersker med nødvendige kliniske kompetencer og eventuelt social- og sundhedsassistenter med særlige kompetencer og erfaring på området.

Kommunale rehabiliteringspladser

Kommunerne etablerer rehabiliteringspladser for at løfte borgere med en svækket funktionsevne og gøre dem i stand til i højere grad at mestre eget liv. Det kan fx være genoptrænings- og rehabiliteringstilbud efter sygdom, ulykke eller som led i den almindelige aldersrelaterede svækkelse.

Målgruppen for rehabilitering er derfor også bred, ligesom indsatserne kan svinge i kompleksitet og intensitet. Nogle borgere kan således have behov for døgnrehabilitering, mens andre tildeles midlertidigt ophold, fordi de ikke magter at være i eget hjem i træningsperioden på grund af et parallelt plejebehov.

Personalet på rehabiliteringspladserne vil typisk også omfatte medarbejdere med en terapeutfaglig baggrund (fx ergo- og/eller fysioterapeuter). Da borgere på disse pladser ofte har et samtidigt pleje- og behandlingsbehov, er der ofte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ansat.

Borgere, der får træning på en rehabiliteringsplads, fx efter sygdom, vil ofte parallelt med rehabiliteringsforløbet modtage ydelser fra kommunens akutfunktion, og indsatsen sker ofte på den samme matrikel, idet rehabiliteringspladser og akutfunktioner i mange kommuner deler lokaler.

Midlertidigt ophold, herunder aflastning af pårørende

Personer kan komme i en situation, hvor et midlertidigt ophold vil være den bedste løsning. Kommunerne tilbyder i disse situationer midlertidigt ophold – typisk til demente borgere, hvis pårørende for en periode har behov for aflastning, jf. servicelovens § 84.

Kilde: Uddrag af "Definition af midlertidige døgndækkende pladser".²⁴

²⁴ Notat og definitioner kan læses på https://www.kl.dk/media/16637/plo_og_kl_-_definition_af_midlertidige_d-gnd-kkede.

Disse definitioner er beskrivende i forhold til en eksisterende praksis, og notatet beskriver således den store variation og bredde, der er på området:

[K]ommunerne har] i den ene ende plejehjemslignende midlertidige pladser og i den anden ende midlertidige døgndækkede rehabiliteringspladser og akutfunktioner med terapeuter og sygeplejersker med særlige færdigheder og kompetencer.²¹

Notatets definitioner er ikke beregnet til at afgrænse akutområdets pladser fra andre typer af pladser.

Sideløbende med de forskellige nationale initiativer til at skabe mere fælles definitioner og klarhed på området har nogle kommunesammenslutninger i de enkelte regioner også arbejdet med regionale kortlægninger af eksisterende kommunale tilbud og med at udvikle fælles regionale definitioner på området.

Fælles for de beskrivende definitioner i disse år er, at de er relativt brede, fordi de skal favne en eksisterende praksis, der rummer betydelig lokal variation. Definitionerne kommer således *efter* praksis på området og bliver derfor brede og generelle. Tilstedeværelsen af sygeplejersker 24/7 er så godt som det eneste konkrete element, der adskiller akutpladserne fra andre typer pladser. Men det udelukker ikke, at en kommune kan have andre typer af pladser, hvor der også er sygeplejersker 24/7, og desuden ligger akutpladserne ofte på matrikler, hvor der også er andre typer af midlertidige pladser eller plejeboliger, som sygeplejerskerne også dækker. Formelt set er der ikke noget krav om, at kommunerne skal tilbyde hjemmesygepleje døgnet rundt, men VIVE er dog ikke bekendt med kommuner, der ikke har sygepleje døgnet rundt hele året²⁵.

4.3.1 Akutpladser og sagen om brugerbetaling i 2018

Behovet for at kunne afgøre, hvad der er en akutplads, og hvad der ikke er, blev imidlertid særligt væsentligt i løbet af efteråret 2018, hvor der opstod en politisk debat om borgernes egenbetaling for mad samt tøj- og linnedvask under ophold på det, der i debatten blev benævnt "akutstuer", men som i Sundhedsstyrelsens terminologi og i denne kortlægning kaldes akutpladser. I kølvandet på denne debat blev kammeradvokaten bedt om:

... at vurdere, hvorvidt det er i overensstemmelse med bestemmelsen i sundhedslovens § 138, der fastlægger, at hjemmesygepleje ydes vederlagsfrit, at en række kommuner i forbindelse med borgeres ophold på kommunale akutpladser tager betaling for kost, linned, tøjvask m.m., eller om disse ydelser helt eller delvist kan anses for at være reguleret i serviceloven, hvorefter kommunerne i visse situationer kan opkræve betaling herfor. (Kammeradvokaten, 2018)

På den ene side modtager borgere på en akutplads sygepleje, som jf. sundhedslovens § 138 er vederlagsfri, men på den anden side kan kommunerne, jf. servicelovens § 84, stk.2, "tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje". Og ligesom det gælder for borgere i eget hjem eller på plejecentre, der også modtager ydelser efter serviceloven, kan der opkræves egenbetaling for fx mad samt tøj- og linnedvask. I debatten pegede politikere i kommuner, der opkrævede egenbetaling, på servicelovens bestemmelser, mens de

²⁵ Døgnlægningen i hjemmesygeplejen startede i 1980'erne. I 1983 havde 39 kommuner oprettet døgnlægning, og i 1995 var det 269 (ud af de dengang 275 kommuner) (Svensmark, 2019).

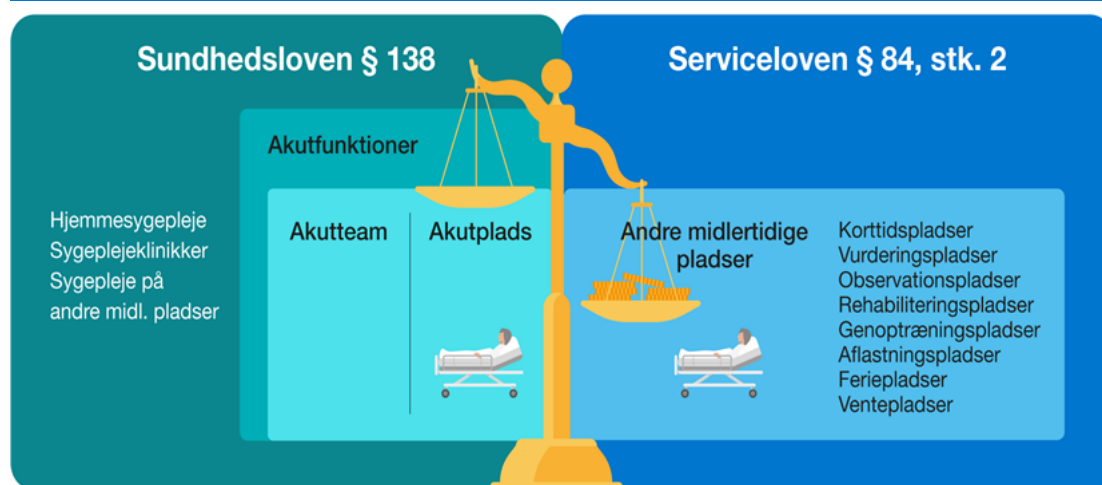
folketingspolitikere, der mente, at egenbetalingen var problematisk, pegede på sundhedslovens bestemmelse om vederlagsfri sygepleje (Johansen, 2019).

Kammeradvokaten vurderede, at sundhedsloven, og ikke serviceloven, skal lægges til grund, når det gælder egenbetaling på akutpladser. I notatet står således:

Kommunale akutpladser udgør (...) en del af den kommunale akutfunktion, som igen udgør en del af den kommunale hjemmesygepleje. (...) Sammenfattende er det vores opfattelse, at begrebet "hjemmesygepleje" i sundhedsloven ligeledes omfatter ydelser som for eksempel kost, linned og tøjvask, der ydes til borgere, der er henvist til de kommunale akutpladser. (...) Det er vores vurdering, at i relation til den foreliggende problemstilling går sundhedslovens § 138 så at sige forud for servicelovens § 84, stk. 2, og regulerer således udtømmende, hvorvidt personer, der opholder sig på kommunale akutpladser, skal betale for ydelser, som de modtager under deres ophold. Servicelovens § 84, stk. 2 kan derfor ikke efter vores vurdering antages at hjemle opkrævning af egenbetaling hos personer, der opholder sig på en kommunal akutplads. (Kammeradvokaten, 2018)

I Figur 4.4 er de relevante kommunale tilbud på akutområdet samt øvrige tilbud om (hjemme)sygepleje og øvrige midlertidige pladser placeret i forhold til, hvilken lovgivning de reguleres efter. Illustrationen viser også forskellene i reglerne for egenbetaling på de to typer af midlertidige pladser.

Figur 4.4 Illustration af forskellene i rammer for midlertidige pladser



Anm.: På venstre side ses de funktioner, der ligger under sundhedslovens § 138 om hjemmesygepleje. Det inkluderer mange forskellige former for sygepleje, der ydes forskellige steder – inkl. de kommunale akutfunktioner, hvad enten de er organiseret som akutpladser eller akutteams – eller på helt andre måder, fx integreret i hjemmesygeplejen. I forbindelse med ophold på akutpladser kan der *ikke* opkræves brugerbetaling. På højre side ses de øvrige typer af midlertidige pladser, VIVE har fundet i denne kortlægning, som alle ligger under servicelovens § 84, stk. 2, og hvor der er mulighed for at opkræve brugerbetaling.

Grafik: Martin Kirchgässner for VIVE.

Som det fremgår af venstre side af Figur 4.4, er alle akutfunktioner – både akutteams og midlertidige pladser – reguleret af sundhedslovens § 138 om hjemmesygepleje. Det samme gælder alle andre former for sygepleje såsom fx udgående hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker samt sygepleje leveret på alle former for midlertidige pladser, både akutpladser og andre typer midlertidige pladser. Men som det fremgår at figurens højre side, så er selve opholdet på de øvrige midlertidige pladser ikke visiteret efter sundhedsloven, men i stedet efter servicelovens § 84.2.

Den *pleje*, en borger modtager under et sådant ophold, gives efter serviceloven, men den *sygepleje*, en borger modtager under opholdet, vil altid været givet efter sundhedsloven – uagtet om medarbejderne er ansat på de midlertidige pladser, i hjemmesygeplejen eller i et akutteam. Når det kommer til reglerne for egenbetaling, så er det afgørende, om kommunen har *klassificeret* pladserne som akutpladser eller som øvrige midlertidige pladser, hvilket vægten i midten af figuren skal illustrere.

Der er udelukkende tale om egenbetaling for kost, leje af linned og tøjvask. Det er ikke selve opholdet, borgerne betaler for. De beløb, der opkræves, har ifølge de oplysninger, som VIVE har fået, været i størrelsesordenen ca. 140 kr./døgn. Det kan synes af relativt lidt. Men et rehabiliteringsophold på en måned kan koste over 4.000 kr. i egenbetaling, hvilket flere kommuner oplever, er nok til, at nogle borgere takker nej til et midlertidigt ophold. Som en leder forklarer: *"Der er faktisk borgere, der frasiger sig opholdet på grund af økonomien"*.

Med afsæt i kammeradvokatens vurdering trådte en ny bekendtgørelse om hjemmesygepleje i kraft den 28. februar 2019. Den præciserer, at kommunerne ikke må opkræve egenbetaling på akutpladser, og det understreges, at:

Den vederlagsfri kommunale hjemmesygepleje, omfatter (...) sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en kommunal akutplads (...). Den sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en kommunal akutplads, omfatter tillige kost, linned, tøjvask o.lign. (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019)

Kammeradvokatens notat og den efterfølgende ændring af bekendtgørelsen rejser dog en ny udfordring: Hvordan afgøres det i praksis, hvad der er en akutplads (jf. sundhedsloven), og hvad der er andre former for midlertidige pladser (jf. serviceloven)? Det var ikke en del af kammeradvokatens opdrag at forholde sig til dette spørgsmål. Men det er afgørende for at kunne implementere de nye regler i praksis, hvilket bl.a. Dansk Sygeplejeråd gør opmærksom på i deres høringssvar til ændringen af bekendtgørelsen, som stadfæster, at kommunerne ikke må opkræve egenbetaling på akutpladser (Dansk Sygeplejeråd, 2019).

Det er således ikke tydeligt for borgerne, kommunerne eller Dansk Sygeplejeråd, hvornår der *reelt* er tale om et ophold på en akutplads (jf. sundhedsloven), og hvornår det er en anden type midlertidig plads (jf. serviceloven). Hvis en borger visiteres til et midlertidigt ophold efter sundhedsloven, og kommunen selv kalder pladserne for akutpladser, er der ingen tvivl, og kommunen kan ikke opkræve egenbetaling. Problemet opstår, når en kommune visiterer til et midlertidigt ophold efter serviceloven, men borgeren mener, at der reelt er tale om en akutplads. Dette kan fx ske i situationer, hvor borgeren på en midlertidig plads efter serviceloven modtager sygepleje fra kommunens udgående akutteam. Det kan også forekomme, hvis borgeren eller de pårørende vurderer, at borgeren er så syg/svækket, at vedkommende falder ind under målgruppebeskrivelserne i kvalitetsstandarderne for akutpladser i kommunen, eller det kan ske, hvis borgeren under opholdet modtager så mange sygeplejeindsatser, der findes i kvalitetsstandarderne for akutfunktioner, at borgeren og/eller de pårørende mener, der reelt er tale om et ophold på en akutplads, selvom det ikke formelt set er det, kommunen har visiteret borgeren til..

Denne uklarhed har bl.a. ført til, at Ældresagen – på baggrund af enkeltsager, hvor borgere er blevet opkrævet egenbetaling med henvisning til, at der ikke var tale om en akutplads, men om en midlertidig plads efter serviceloven – finder, at reglerne på området stadig er uklare i praksis:

Det ny regelsæt finder vi som nævnt uklart og utilstrækkeligt i forhold til at stoppe brugerbetalingen for kost mv. og skabe ens vilkår, uanset hvor man bor – bl.a. fordi det er kommunen selv, der beslutter, hvordan de vil organisere deres akutfunktion.²⁶

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder slår fast, at borgere på midlertidige pladser efter serviceloven også kan modtage sygepleje fra et akutteam, og borgerne kan dermed opkræves egenbetaling for mad og linnedvask mv., selvom de modtager akutsygepleje på en midlertidig plads – blot akutsygeplejen leveres af akutsygeplejersker fra akutteamet og ikke af akutsygeplejersker ansat på akutpladser.

I praksis betyder det, at hvis én kommune har valgt at organisere sin akutfunktion som akutpladser, så vil en borger, der modtager ydelser fra kommunens akutfunktion, *ikke* kunne opkræves egenbetaling. Men hvis nabokommunen har valgt at organisere sin akutfunktion som et akutteam, så vil en borger, der modtager præcis den samme type sygepleje fra et akutteam under et midlertidigt ophold (efter serviceloven), kunne opkræves egenbetaling for mad og linnedvask. Ifølge kvalitetsstandarderne fra Sundhedsstyrelsen er akutpladser og akutteams blot to måder at organisere det samme på, nemlig en kommunal akutfunktion. Men det har konsekvenser for reglerne om borgerens egenbetaling, hvilken af de to organiseringsformer kommunen vælger.

Dette har ført til uklarhed og usikkerhed omkring, hvordan området skal håndteres i praksis. Flere kommunale ledere har i forbindelse med denne kortlægning understreget, at de ikke har akutpladser (efter sundhedsloven), men udelukkende midlertidige pladser efter serviceloven. Og af Figur 2.1 fremgik det også, at mens andelen af kommuner med en akutfunktion er stigende, og så har andelen af kommuner med akutpladser været faldende siden 2018. En leder i en kommune med akutteam forklarer her, hvorfor hun mener, at området er præget af uklarhed, og hvorfor hun mener, at akutpladser i kommunerne ikke er den rigtige vej at gå i sundhedsvæsenet som helhed:

Vi kalder det rehabiliteringsafsnittet hos os, og vi er bevidste om, at vi ikke har akutpladser. Men der findes jo ikke en fælles definition på, hvad en midlertidig plads er, og hvad en akutplads er. Det er en stor udfordring, for hvad er det så, man kan, og hvad er det, man får, når man [som læge] henviser? Der er stort behov for at blive helt skarp på, hvad en akutplads vil sige, og hvad den kræver. (...) Sundhedsstyrelsens standarder har ikke hjulpet på disse udfordringer. (...) For mig at se er en akutplads defineret med, at borgeren er så dårlig, at det er egen læge eller en hospitalslæge, der enten indlægger eller udlægger²⁷ på pladsen, og lægen er tæt inde over og har ansvaret for behandling. (...) Men er det det, man vil? Vi ender jo let med at lave minisygehuse, og de kan blive meget små. Nu har vi i sundhedsvæsenet brugt rigtig meget tid på at lave højt specialiserede tilbud. Er man så interesseret i at have små [kommunale] tilbud rundt omkring? (Kommunal leder)

En leder i en anden kommune, som har et større antal midlertidige pladser, understreger, at kommunen *ikke* har akutpladser. Men hun påpeger samtidig, at kommunen får stadigt dårligere borgere ind på pladserne, fx flere borgere, der skal sondemades, flere med nyopståede blodpropper, og ugentlige hjertestop. Hun tilføjer:

²⁶ Ældre Sagen, "Skal man som borger betale for akutplads eller aflastningsplads efter et ophold på rehabiliteringen?", (https://www.aeldresagen.dk/-/media/Lokalafdelinger/Langeskov-Munkebo/Files/Svar_om_Akutplads/Akutplads.pdf)

²⁷ Med "udlægger" menes, at et hospital har (det lægelige) behandlingsansvar for en patient, der enten har eller ikke har været indlagt, og at patienten efter aftale med kommunen ligger på en kommunal midlertidig plads. Det er således ikke patientens egen praktiserende læge, der har behandlingsansvaret.

Men vi må ikke kalde det akutpladser. For så må man ikke tage betaling. Nogle borgere spørger: "Hvorfor skal vi ikke betale på hospital, men lige med det samme, de kommer herud, skal de betale?". Og det forstår jeg godt. Men pengene skal jo findes et eller andet sted. Vi er ved at udvikle os til minihospitaler, og det er der ingen tvivl om. (Leder af midlertidige pladser)

Samlet set har der været forskellige tiltag i forhold til at definere og afgrænse akutpladser fra de øvrige typer midlertidige pladser. Men som afsnittet har vist, har man ikke en klar og entydig definition, som er operationel og kan bruges til at afgøre, hvad der i praksis er en akutplads, og hvad der ikke er.

4.4 Fordele og ulemper ved differentiering af pladstyper

Der findes forskellige typer midlertidige pladser (jf. afsnit 4.1), men der er stor forskel på, hvor klart de forskellige typer pladser er defineret og differentieret fra hinanden i den enkelte kommune.

Kommunerne oplever et dilemma i relation til graden af differentiering i forskellige pladstyper: Ved *ikke* at differentiere pladserne og kun operere med én eller ganske få pladstyper opnår kommunerne større fleksibilitet, som kan være væsentlig i forhold til at kunne klare udsving i borgernes behov, men som også er nødvendig for at sikre en høj kapacitetsudnyttelse. Endelig undgår kommunerne at skulle flytte borgere internt mellem forskellige typer af pladser – der i nogen tilfælde ligger på forskellige matrikler – efterhånden som borgernes behov og deres funktionsniveau ændrer sig, hvis alle pladser i princippet ens. Særligt, men ikke udelukkende, de mindre kommuner i denne kortlægning lægger stor vægt på at differentiere så lidt som muligt mellem pladstyperne for at opnå de fordele, der er ved at have større fleksibilitet. Eksempler på denne tilgang til pladserne er følgende tre kommuner:

I den første kommune er der midlertidige pladser på tre matrikler, og her har man defineret alle pladser som korttidspladser *"for at sikre fleksibilitet, som kan matche borgernes skiftende behov"*, ifølge lederen af området. Men inden for denne ensartede ramme omkring alle pladser, som skal sikre fleksibiliteten, er der en mindre formel differentiering mellem pladserne og allokeringen af borgere: To matrikler har en højere grad af terapeut- og sygeplejerskedækning, og den ene af disse har sygeplejersker i døgnvagt. Den tredje matrikel søges primært, men ikke udelukkende, anvendt til aflastning, mens borgere med en GOP søges placeret på den anden matrikel. Udgangspunktet er, at alle matrikler (og alle medarbejderteams) skal kunne modtage alle borgere, og der findes formelt set kun én type midlertidige pladser. Alle visiteres efter serviceloven.

I en anden kommune forklarer lederen på området:

Vi forsøger at samle borgere med erhvervet hjerneskade et sted i huset, fordi de kræver nogle særlige faglige kompetencer af trænings- og plejepersonalet, men i øvrigt har vi ikke nogen specialisering eller opdeling, og alle fire teams dækker i princippet alt. Alle teams skal kunne tage alle typer af borgere. Det betyder, at [medarbejder] teams skal kunne rumme mange forskellige og komplekse typer af opgaver. (Kommunal leder)

I den tredje kommune anvendes betegnelsen rehabiliteringspladser om alle midlertidige pladser, som er placeret i en fløj af et plejecenter, og det er lederen af plejecenteret, der har det overordnede ansvar for pladserne. Her skelnes heller ikke mellem forskellige typer af pladser, og alle

pladser er dækket af det samme personale, fordi kommunen er for lille til at have opdeltede pladser og det prioriteres at kunne anvende pladserne fleksibelt, ifølge lederen:

Borgerne på rehabiliteringspladserne er jo en skøn blanding af alle mulige forhold, der skal kunne håndteres. Den enkelte borgers forløb planlægges ud fra, om der fx er en genoptræningsplan, om det er afklaring af behov for ny bolig, der er behov for, eller reel aflastning osv. Forløbene for grupperne [af borgere] er forskellige, men pladserne er ikke opdelt i forskellige typer, og alle [medarbejder]teams på pladserne skal kunne løse alle typer af opgaver. (Kommunal leder)

Disse tre kommuner vægter fleksibilitet højt, og de oplever, at det er vanskeligt at have klart definerede pladser øremærket bestemte målgrupper, fordi der er relativt få senge, og borgernes behov ændrer sig hele tiden.

I en fjerde kommune beskriver en sygeplejerske tilknyttet kommunens midlertidige pladser, som også inkluderer akutpladser, hvordan differentieringen mellem pladstyper foregår i praksis, idet hun her forklarer, hvordan kommunen skelner mellem en akutplads, en rehabiliteringsplads eller en aflastningsplads:

Det er jo længden af opholdet: Hvis man vurderer, at det kan gøres på de her fem-syv dage, så hedder det en akutstue. Og hvis det er længerevarende, så hedder det en midlertidig plads. Og hvis der er rehabilitering inde over, hedder det en rehabiliteringsplads – og det samme, hvis der er en GOP [genoptræningsplan]. Og en aflastningsplads – det er, når der ikke er så meget, men hvor det fx handler om en ægtefælle, der skal ud og rejse eller har behov for aflastning. Hjemmets beskaffenhed kan også være en begrundelse for at komme på midlertidig plads eller aflastning. Vi kan jo møde borgere, hvor pårørende har ydet en kæmpe indsats, men nu er det bare nok, og det er så tit en midlertidig plads – eller en akutstue – der kommer på tale, for det er løsningen lige her og nu. Så tager vi den derfra og finder ud af, om det skal være en aflastningsplads eller en midlertidig plads. (Sygeplejerske på midlertidige pladser)

Nogle kommuner forklarer, at de tidligere har forsøgt sig med en større grad af differentiering mellem mere målrettede eller specialiserede pladstyper, men at de er gået væk fra dette igen, fordi fleksibiliteten er helt afgørende på de mindre sengeafsnit, som de midlertidige pladser udgør i stort set alle kommuner. En leder har oplevet udviklingen således:

I udgangspunktet var antallet af pladser defineret med afsæt i, hvor mange demenspladser, palliative pladser, træningspladser, akutpladser etc. det blev vurderet, at der var behov for i huset. Men det var for ufleksibelt i forhold til at være dækkende for de forskellige typer af forløb, vi har, og hvordan de varierer hen over året. Vi er jo nødt til at kunne lægge borgerne ind der, hvor der er en ledig plads, og vi kan ikke have ledige senge, fordi vi venter på, der fx kommer nogen med demens. Så i dag er huset delt op i fem tværfaglige teams, der hver især har de samme typer af medarbejdere – fys, ergo, sygeplejersker, assistenter og hjælpere – og de kan løfte de samme typer af opgaver og har en bred sammensætning af kompetencer. (Kommunal leder)

Det betyder også at antallet af akutpladser i denne kommune kan variere, forklarer lederen:

Vi har tre deciderede akutpladser, som [akut]teamet råder over. Men det er ikke sådan fast en størrelse – vi kan både have flere eller færre end tre indlagt på akutpladserne afhængigt af, hvad behovet er. (Kommunal leder)

I de kommuner, som har akutpladser, opstår desuden et dilemma i forhold til centralisering/decentralisering af pladserne – særligt i kommuner med en stor eller en udstrakt geografi. En leder i en sådan kommune forklarer kommunens dilemma i forhold til placeringen af kommunens akutpladser og de øvrige midlertidige pladser således:

Det giver rigtig god mening både at have nogen midlertidige pladser ude på nogen plejehjem rundt omkring i den her geografisk store kommune, hvor egen læge kan komme og tilse borgerne i den periode, de er der, og at have en anden slags midlertidige pladser [akutpladser] centraliseret, der kan en tand mere, til andre målgrupper. Men hvis vi centraliserer de dårlige på akuttilbuddet, så gør det det også sværere for egen læge at have hånd i hanke med dem og følge dem i den fase af forløbet. Men lægger vi borgerne på midlertidige pladser decentralt på et plejehjem, så er der bare ikke de kompetencer, der skal til for at kunne løfte de opgaver, der er omkring en borger, der er rigtig dårlig. Det er det dilemma, vi har. (Kommunal leder)

Og netop samarbejdet med lægerne er særligt afgørende for borgere på akutpladser, fordi disse borgere er karakteriseret ved at være de mest ustabile og syge, kommunen har. Derfor er et meget tæt samarbejde med lægerne endnu vigtigere på akutpladserne, end det er for borgere på fx aflastningspladser eller ventepladser – men samtidig kræver det en samling af kompetencerne at drive akutpladser, der bl.a. skal være døgndækket med akutsygeplejersker, hvilket – alt andet lige – gør lægesamarbejdet mere besværligt.

4.4.1 Håndtering af ændringer i borgerens tilstand under midlertidige ophold

En hospitalsindlæggelse kan dække over en række forløb på forskellige afdelinger: Typisk indlægges patienter på en akutmodtagelse (FAM), herefter kan patienten ved behov for indlæggelse ud over 1-2 dage overføres til en stationær afdeling, og hvis patienten bliver meget dårlig, kan patienten igen overføres til intensiv afdeling. Herefter vil patienten typisk overføres tilbage til en stationær afdeling, når vedkommende er stabiliseret, inden patienten til sidst igen kan udskrives. Helt parallelt til dette ses den samme form for ændringer i borgerens tilstand og behov under ophold på midlertidige kommunale pladser. Alt efter graden af differentiering mellem pladstyper håndteres dette forskelligt.

Selvom kommunerne ofte ikke differentierer mellem forskellige typer midlertidige *pladser*, fordi de vil sikre fleksibilitet og fuld kapacitetsudnyttelse, skelner de ofte mellem forskellige typer *forløb* eller *ophold* på pladserne. Således skelner nogle kommuner – som kun har én type midlertidige pladser – alligevel mere eller mindre skarpt mellem typer af forløb. Disse er typisk karakteriseret ved forskellig længde, forskellige pleje- eller træningspakker og bestemte tidsfrister eller skabeloner for, hvad der skal gøres hvornår i forløbet. I takt med at en borgers tilstand udvikler sig under et midlertidigt ophold, kan samme borger kan have flere forskellige typer af forløb, der afløser hinanden.

Et eksempel kan illustrere, hvordan forløbstyper kan fungere i praksis på de midlertidige pladser: Kommuner, som kun har én type pladser, kan fx få en borger udskrevet fra hospital, som

overføres direkte til en midlertidig plads, fx til et "korttidsophold", et "akutforløb"²⁸ eller et "afklaringsforløb" etc.²⁹. Efter dette første forløb kan borgerens tilstand være stabiliseret så meget, at der er basis for at overgå til et "rehabiliteringsforløb". Men måske viser rehabiliteringsforløbet sig ikke at bringe borgeren op på så højt et funktionsniveau, at vedkommende kan komme hjem i egen bolig igen. Derfor indstilles borgeren til plejebolig, men da der er ventetid (op til 8 uger i henhold til lovgivningen på området), overgår borgeren nu til et "venteforløb" eller "ventefold". I mange tilfælde vil borgeren ikke have skiftet stue og måske heller ikke opdage, at vedkommende skiftede *forløbstype*. Og den reelle længde på borgerens samlede ophold på en (eller flere) midlertidige pladser i kommunen vil i sådanne tilfælde med sammensatte forløb ofte være væsentligt længere end den gennemsnitlige længde af de forskellige typer af midlertidige ophold i en kommune. Dette er årsagen til, at den gennemsnitlige længde af midlertidige *forløb* eller *ophold* i en kommune ikke nødvendigvis siger noget om, hvor lang tid den enkelte borger i gennemsnit opholder sig på en midlertidig plads i kommunen – ligesom den gennemsnitlige indlæggelsestid på intensivafdelinger ikke siger noget om, hvor lang tid de patienter, der kommer på intensiv, i gennemsnit er indlagt samlet set.

Som beskrevet samler kommunerne ofte de midlertidige pladser i de første tre grupper på én matrikel, mens de øvrige typer befinder sig på andre matrikler i kommunen. En kommune, som skelner mellem akut- og rehabiliteringspladser – efter hver sin lovgivning – beskriver, at fordi de to afsnit ligger på samme matrikel, så kan personalet gå på tværs. Personalet er ansat på enten akut- eller rehabiliteringspladserne, men for at opnå fleksibilitet hjælper de hinanden, når der er brug for det, og hvis der fx er brug for flere akut- eller genoptræningspladser, er der mulighed for at justere på fordelingen. Lederen forklarer:

Det, at vi har samlet [rehabiliterings- og akut-] pladserne, giver sådan set en rigtig god synergi. Dels er der dem, som indlægges på akutpladserne og bliver stabiliseret, så de får et funktionsniveau, hvor de faktisk kan komme op på vores rehabiliteringspladser. Det er langt fra hver gang, men vi gør af og til det, at vi laver et internt flyt for at løfte funktionsniveauet. Der er ikke faste kriterier for, hvornår det sker, men det er terapeuterne eller sygeplejerskerne, der vurderer mulighederne på baggrund af funktionsniveauet og indgår aftaler om overflytning. Det gælder også, hvis vi har brug for ekstra akutpladser og har ledige senge i rehabiliteringspladserne. Så forhandler lederne af pladserne om, hvordan det kan lade sig gøre, fx ved at knytte en ekstra sygeplejerske på, hvis det er det, der skal til. (Kommunal leder)

En anden kommune, som har både akutpladser efter sundhedsloven og midlertidige pladser efter serviceloven, har på én matrikel et mix af de to typer pladser, men hvor langt hovedparten er akutpladser. Formålet er at undgå overflytninger, så borgerne kan blive på den samme stue rent fysisk og ikke skal flyttes, når de ikke længere har behov for at være på en akutplads efter sundhedsloven. Kommunen kan således ændre visitationsgrundlaget fra sundheds- til serviceloven i den sidste fase af forløbet, inden borgeren udskrives, uden at borgeren skal flyttes til en anden plads.

²⁸ Et akutforløb er *ikke* det samme som en akutplads. En borger kan visiteres efter servicelovens § 84.2 til en midlertidig *plads* – hvor kommunen så kan operere med forskellige typer af *forløb*, fx afklarings-, observations-, rehabiliterings-, aflastnings-, palliations- eller akutforløb. Kommunen kan kalde *forløbene*, hvad de ønsker, idet der udelukkende er tale om beskrivelser af processer og arbejdsgange - ikke om klassifikation af pladserne, hvor det afgørende er visitationsgrundlaget: Er borgeren visiteret til opholdet efter sundhedslovens § 138, er det en akutplads – ellers ikke.

²⁹ Kommunerne opererer med en lang række forløbstyper, og dette er blot eksempler. Nogle skelner slet ikke så klart mellem forløbstyper, mens andre registrerer alle borgeres forløbstyper og længde på deres midlertidige pladser og har et relativt differentieret system med et antal 7-8 *forløbstyper*, men der skelnes ikke mellem *pladstyper*.

En tredje kommune, som ligeledes har både akutpladser og øvrige midlertidige pladser, oplever også et behov for at kunne flytte borgerne mellem de to pladstyper, men her er der kun akutpladser på én matrikel – og de øvrige midlertidige pladser ligger på en række andre matrikler. En leder i denne kommune forklarer, hvad det betyder i praksis:

Vi flytter dem [borgerne] internt mellem pladstyper [akutpladser og andre midlertidige pladser]. Og det er vores politikere heller ikke glade for. (Leder af sygeplejen)

Der opstår således et dilemma omkring graden af differentiering mellem forskellige pladstyper i den enkelte kommune: På den ene side giver generalist-modellen med lav eller ingen differentiering mellem pladstyper maksimal fleksibilitet, bedre muligheder for høj kapacitetsudnyttelse og intet behov for intern overflytning mellem pladstyper. På den anden side er ulempen, at kommunen heller ikke kan opnå de fordele, der ligger i at kunne specialisere pladserne mere og have faglige miljøer, hvor medarbejderne er særligt gode, fx (hjerneskode)rehabilitering, genoptræning eller den komplekst syge og mere ustabile borger. For specialist-modellen med mere klart differentierede pladstyper er situationen omvendt.

4.4.2 Udfordringer i relation til borger der venter på plejebolig på en midlertidig plads

Ikke alle borgere kommer sig, eller bliver stabiliseret og rehabiliteret til et niveau, hvor de igen kan klare sig i eget hjem efter en indlæggelse. Behovet for ventepladser kan således opstå i halen af en indlæggelse efterfulgt af en anden type midlertidigt ophold, fx på en akutplads, en kortidsplads eller en rehabiliteringsplads. Borgerne kan derfor overgå direkte fra én type midlertidigt ophold til at være "venteborgere" på midlertidige pladser, ligesom de kan komme direkte fra eget hjem.

Venteborgere er den eneste borgergruppe på de midlertidige pladser, som alene er der, fordi der er flaskehalse et andet sted i det kommunale system. Derfor oplever lederne det ikke altid som uproblematisk at italesætte venteborgere, og ingen taler om dedikerede *ventepladser*. Dette syn på området illustreres af det svar, en leder på ældreområdet her giver, da hun bliver spurgt, om kommunen har venteborgere:

Dem har vi ikke – og så har vi dem jo alligevel. For der er borgere, der er godkendt til en plejebolig, og i den ventetid, der er, kan vi have vanskeligt ved at sende dem hjem, fordi vi ikke kan tilrettelægge hjælpen derhjemme. Men vi kalder det ikke en venteplads overhovedet, men i stedet, at borgerens fysiske og psykiske funktionsevne er sådan, at vi ikke kan tilrettelægge plejen derhjemme. Ventepladser er jo ikke et vildt populært ord. Men det er jo det, det er: Borgernes funktionsevne gør, at de ikke kan være i hjemmet, de er godkendt til en plejebolig, og så bliver der ikke planlagt nogen udskrivelse [fra de midlertidige pladser], før der kommer en plejebolig". (Kommunal leder)

I nogle kommuner flyttes disse borgere til en anden midlertidig plads, ofte på en anden matrikel, fx et plejehjem, hvor der er vente- eller aflastningspladser, så venteborgerne ikke optager en akut-, korttids- eller rehabiliteringsplads. I andre kommuner bliver borgerne på den midlertidige plads, hvor de oprindeligt var indlagt. Det sidste har fordele for borgerne, men det kan blive en udfordring for kommunerne, fordi disse borgere, der overgår til venteforløb, er medvirkende til, at kommunernes akut- eller rehabiliteringspladser "sander til i venteborgere", som en af leder af et nyåbnet rehabiliteringscenter beskriver situationen 6 måneder efter centerets åbning: "Rehabili-

teringscenteret er jo efterhånden blevet et plejecenter!” (Kommunal leder). Hun mener, at kommunens alt for brede målgruppeformuleringer for rehabiliteringscenteret er en væsentlig del af forklaringen.

En leder i en anden kommune forklarer, hvilke udfordringer det skaber for kommunens akutpladser, når venteborgere bliver på akutpladser, indtil de får en plejehjemsplads:

Når det akutte er overstået, og der er styr på dem efter en uges tid, så bliver de liggende der og venter på en plejebolig. Det er udfordrende, fordi vi prøver at rekruttere nogle sygeplejersker, der gerne vil arbejde med akut dårlige patienter og ikke med plejehjemsbeboere. (Kommunal leder)

De steder, hvor kommunerne har valgt at have en højere grad af differentiering mellem pladserne, herunder opretholde et fagligt miljø omkring akutpladser, hvor personalet skal have erfaring og rutine med netop de komplekse, ustabile og mere akut syge borgere, er det derfor en udfordring, når akutpladserne grundet udviklingen i borgernes tilstand i praksis bliver til ventepladser for borgere, der blot venter på plejebolig. Plejeboliggarantien er som nævnt 2 måneder²⁴, og derfor er en del af disse ophold relativt lange. Flere ledere forklarer desuden, at venteopholdene kan være væsentligt længere end 8 uger, særligt hvis der er tale om borgere, der venter på en plads på et bosted (på social- eller handicapområdet). Flere kommuner beretter om venteforløb på 6-12 måneder. Så selvom denne gruppe ikke nødvendigvis er stor, kan den optage en ret stor del den samlede kapacitet, fordi opholdene kan være endog meget lange.

4.5 Målgrupper og adgang til midlertidige pladser

Hospitalet har gennem årtier øget effektiviteten på de stationære senge drastisk. Trods en aldrende befolkning behandles flere danskere i dag med en lavere sengekapaletitet end tidligere. Denne udvikling har mange – ikke mindst medicinske og teknologiske – årsager, men skyldes også et massivt organisatorisk fokus på at øge flow og accelerere forløb ved at eliminere fagligt ubegrundet ventetid i patientforløb.

Kommunerne har en betydelig stationær sengekapaletitet (jf. Figur 4.2). Således svarende kommunerne i 2020, at de tilsammen havde 3.241 midlertidige sengepladser. Det svarer til 66 % af hospitalernes medicinske senge på landsplan og 25 % af den samlede sengekapaletitet i hospitalssektoren inkl. psykiatrien. Og mens antallet af hospitalssenge på det medicinske og kirurgiske område falder, så stiger antallet af stationære senge i kommunerne.

I lyset af denne udvikling kan det ikke undre, at flere kommuner oplever et pres på deres midlertidige pladser og et øget behov for en tættere og mere præcis styring af adgangen til pladserne såvel som flow og liggetid på pladser, hvilket behandles i afsnit 4.6.

4.5.1 Fra uvisiterede til visiterede pladser

I hele sundhedsvæsenet har der været en udvikling i retning af færre uvisiterede sundhedstilbud – altså tilbud, hvor adgang ikke kræver en vurdering af en fagperson. For at komme på hospital skal en læge henvise eller indlægge en borger, og senest er der indført visitation til skadestuer, hvor der for blot 10 år siden mange steder var uvisiteret adgang. På det kommunale område har der ligeledes været tradition for visitation, ikke mindst fordi loven om social service kræver, at tildeling af ydelser sker på baggrund af en individuel og skriftlig afgørelse. Alligevel har der i en

del kommuner været en tradition for, at borgerne i et vist omfang kunne "visitere sig selv" til midlertidige ophold på kommunens sengepladser. Kommunerne beskriver det sådan her:

I næsten alle deltagende kommuner er adgangen til de midlertidige pladser ændret de seneste år. I en kommune forklarer en leder således, at de "i gamle dage" havde "akutpladser, hvor borgerne kunne indlægge sig selv, fx hvis man sad i en ældreboli og havde influenza i en uge til 14 dage: Det er jo ikke akut i sundhedsmæssig forstand". I ingen af kommunerne er der i dag selvvisiterede midlertidige pladser, men i flere kommunerne er det inden for de seneste år, at muligheden er fjernet. Det betyder, at de steder, hvor det tidligere har været muligt for borgerne at indskrive sig selv på (nogle af) pladserne, nu i stedet har underlagt pladserne kommunal visitation og i nogle tilfælde også en forudgående aftale med en læge (oftest borgerens praktiserende læge, men det kan også være en hospitalslæge i nogle kommuner, hvor man har aftaler med et hospital eller en afdeling om udlæggelser).

Der er dog stor variation i, hvordan henvisning og visitation til pladserne foregår: I nogle kommuner lægges der stor vægt på, at det er kommunens egen myndighedsfunktion – oftest en central visitation – som styrer adgangen til de midlertidige pladser. I andre kommuner – og typisk på akutpladser – stilles der krav om, at borgerne er henvist af en læge. I denne kommune kræver adgangen til akutpladser en lægehenvielse med følgende begrundelse:

Hvis ikke vi har en henvisning fra en læge, skal de ikke ind [på akutpladserne], for vi skal ikke have borgere ind, hvor der ikke er en læge, som er med på, at det er hans eller hendes ansvar. (Kommunal leder)

Dette gør kommunen således for at sikre de lægelige kompetencer omkring de dårlige borgere på akutpladserne.

Endelig er der også kommuner, hvor det er personalet på sengepladserne, der selv visiterer borgerne til pladserne uden om kommunens centrale visitation. Det kan således være sygeplejersker på akutpladser, der visiterer til kommunens akutpladser, hvilket en leder begrundes således:

Sygeplejerskerne på akutpladserne har de faglige kompetencer til at vide, hvad der kan ligge på pladserne, og de har set borgerne – det har visitationen ikke. Og de passer også borgerne i hjemmet, så de ved, hvad der kan klares ude [i hjemmet], og hvad der skal ind [på en akutplads]. (Kommunal leder)

Det skal tilføjes, at sygeplejerskerne på akutpladserne i denne kommune også er udgående, og derfor har de "set borgerne", som lederen påpeger.

Men der er også kommuner, som har valgt, at det er den centrale visitation i kommunen, der visiterer til akutpladserne og de øvrige midlertidige pladser – og ikke egen læge eller sygeplejerskerne på pladserne, hvilket en leder begrundes således:

Visitationen har det samlede overblik over, hvem der udskrives fra hospital hvornår, og derfor ved de, hvem de skal holde pladser til. Det overblik har fx egen læge eller sygeplejen på pladserne ikke. (Kommunal leder)

Der er således stor variation med hensyn til, hvem der styrer adgangen til kommunernes midlertidige pladser. Men fælles for kommunerne er en øget bevågenhed omkring visitationsprocessen og kriterierne for at få et midlertidigt ophold. Her pegede mange kommuner på, at de enten var i gang med eller stod over for at skulle revidere deres målgrupper og dermed adgangen til plad-

serne. Flere havde i deres formelle beskrivelser taget udgangspunkt i de målgrupper, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder, men havde erfaret, at denne målgruppebeskrivelse var så bred, at den dækker en meget stor del af borgerne, der udskrives fra hospital. Derfor er disse målgruppebeskrivelser ikke nødvendigvis operationelle og kan være vanskelige at anvende til at styre adgangen til de midlertidige pladser efter. Det er baggrunden for, at en del kommuner enten var i gang med eller stod over for at skulle præcisere målgrupperne for deres midlertidige pladser.

4.5.2 Udfordringer med "de facto-visitation" fra hospitaler

Der er som beskrevet i indledningen til dette kapitel ikke noget krav om, at en kommune skal have midlertidige pladser, og i det omfang, de vælger at have det, er det den enkelte kommune, der vælger, hvad adgangskravene skal være, og hvem der styrer adgangen til pladserne.

Imidlertid oplever flere kommunerne, at borgere – og ofte også pårørende – under en indlæggelse bliver stillet en midlertidig kommunal plads i udsigt efter udskrivelsen. Det kan gøre det endog meget svært for kommunerne og de medarbejdere, der har myndighedsfunktionen i relation til pladserne, at træffe en anden afgørelse, fordi patienterne forventer, at de skal udskrives til en midlertidig plads, og de færreste patienter og pårørende ved, at det ikke er hospitalspersonale, der kan visitere til sengepladser i kommunerne. For når først hospitalets personale har stillet patient og pårørende en kommunal sengeplads i udsigt, oplever kommunerne, at deres muligheder for at finde andre løsninger i praksis er begrænsede. Hospitalets personale kan vurdere, at en patient har behov for en midlertidig plads i kommunen efter udskrivelsen, og i den situation kan både patienten og de pårørende blive mere trygge ved en udskrivelse, hvis de føler sig overbevist af hospitalspersonalet om, at patienten kan få en kommunal sengeplads i stedet for en hospitalsseng. Derfor kalder en kommunal leder dette for "de facto-visitation" fra hospitaler til kommunens midlertidige pladser. Nedenstående to citater er fra ledere i forskellige kommuner. De forklarer, hvordan de oplever forskellige aspekter af denne udfordring:

Vi har en udfordring i, at sygehuset allerhelst vil udskrive til en midlertidig plads, inden folk skal hjem. Så der har visitationen en meget vigtig opgave på planmøderne [på hospitalet] med at få afdækket, hvorvidt der er et reelt behov for en midlertidig plads, eller om borgerne kan klares i eget hjem. Det er i virkeligheden rehabiliteringsbehovet, eller om de ikke kan være alene mellem besøg, der er en afgørende faktor [for om de visiteres til en midlertidig plads eller til eget hjem]. (Kommunal leder)

De kan godt finde på at ringe inde fra sygehuset og sige, vi vil gerne have den og den borger ud på en akutstue. Og det kan hospitalet ikke bare lige beslutte, at de skal have en borger ind på en akutstue. (Kommunal leder)

Flere kommuner har en målgruppe for deres midlertidige pladser, der overordnet set er de borgere, der er "for syge til at være hjemme, men for raske til hospital", som en leder formulerer det. Men hvad det helt præcist vil sige at være for syg til at være hjemme, kan hospitalspersonale og kommunale medarbejdere – og ikke mindst pårørende – have meget forskellige vurderinger af. Og det skaber udfordringer for kommunerne, når så stor en del af deres borgere på midlertidige pladser kommer direkte fra et hospitalsophold, hvor det i nogle tilfælde er hospitalspersonalets viden om kommunerne – eller mangel på samme – der former borgernes forventninger til forløbet efter udskrivelsen, herunder om de har behov for en midlertidig plads eller ej.

4.5.3 Grænsen mellem målgrupper for midlertidige ophold og for udeområdet

Adgangen til de midlertidige pladser handler grundlæggende set om, hvor snitfladen går mellem, hvilke borgere der skal have tilbudt et midlertidigt ophold, og hvilke der – efter et hospitalsophold – skal direkte hjem i eget hjem.

I takt med, at borgerne, der udskrives til kommunerne, ændrer sig og bliver ældre, mere ustabile og sygere, sættes kommunernes midlertidige pladser under pres. Men udfordringerne kan ikke løses alene ved at bygge flere midlertidige sengepladser. Hvis stadig sygere, ældre og mere ustabile borgere skal håndteres i kommunerne, kræver det også, at snitfladen mellem inde- og udeområdet ændres, så langt flere borgere kan komme direkte tilbage til eget hjem efter en indlæggelse. Spørgsmålet om, hvilke borgere der er målgruppen for de midlertidige pladser, er således defineret af, hvilke borgere hver kommune kan håndtere på udeområdet, som er en betegnelse for alle de udgående funktioner, særligt hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, men også udgående træning og rehabilitering. Det afhænger både af lokal kultur som af kapacitet, fleksibilitet og kompetencer på udeområdet.

Behovet for midlertidige pladser i kommunerne – ikke mindst akutpladser til de allerdårligste borgere – er således helt afhængigt af, hvilke muligheder og kompetencer der er i den enkelte kommune for at yde sygepleje, hjemmepleje, (genop)træning, foretage boligændringer, tilvejebringe hjælpemidler og i nogle tilfælde også anvende fast vagt i eget hjem.

En leder forklarer, hvordan kommunen i de senere år har fået meget stort fokus på at nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter på sygehuset, og at kommunens mantra har været: *'Hjem til eget hjem som førstevalg'*. Det betyder ifølge lederen, at kommunen har været nødt til at *'være mere skarpe på, hvem det er, der indlægges på korttidspladserne, og der har vi strammet op'*. Hun forklarer videre:

Tidligere kunne hjemmets beskaffenhed fx godt være en begrundelse for at komme ind på en korttidsplads – fx hvis der var brug for både en hospitalsseng og bækkenstol, men der kun var en lille stue, så var tendensen, at borgeren kom ind på en korttidsplads. Hvis ellers det kan lade sig gøre i forhold til APV³⁰, så er vi blevet meget mere fokuseret på, at så må familien rydde stuen, så der er plads til hjælpemidlerne. Et andet eksempel er, at vi i højere grad bruger fast vagt i hjemmet, hvis der er behov for det. (Kommunal leder)

Men som mange ledere påpeger, så handler denne omstilling også om, at kommunerne helt generelt skal kunne mere i hjemmet – på udeområdet – og de skal kunne det med meget kort varsel. Her er erkendelsen, at det ikke er nok at have et akutteam af sygeplejersker: Hvis midlertidige ophold og genindlæggelser skal undgås, kræver det også akut adgang til midlertidige boligændringer, hjælpemidler og hjemmepleje: at få fjernet dørtrin, skaffet hospitalsseng, badestol, trykafastende madras, styr på mad og øvrig personlig pleje og praktisk hjælp – også i aftenvagt og i weekenderne.

At ændre snitfladen mellem ude- og indeområdets midlertidige pladser i takt med, at kommunerne skal håndtere flere og sygere borgere, er imidlertid ikke kun et spørgsmål om kapacitet og tilgængelighed af en lang række ydelser ud over akut sygepleje. Flere ledere forklarer, at de arbejder med det, de kalder *"kultur"*, *"kutymer"* og *"mind-set"* blandt medarbejdere og ledere både på deres midlertidige pladser og på udeområdet. En leder forklarer:

³⁰ ArbejdsPladsVurdering af arbejdsmiljøet for medarbejderne, fx i forbindelse med løft og arbejdsstillinger.

Vi har både arbejdet med [medarbejderne] på selve pladserne, men også med hjemmesygeplejen i forhold til, hvad man kan forvente, at der kommer direkte hjem fra et hospital, og vi har arbejdet med hjælpemiddelaafdelingen i forhold til, hvor hurtigt vi kan få lavet vurderinger af hjælpemiddelbehovet og få dem leveret i hjemmet. For noget af det, der gør, at tingene [indlæggelserne] har været forlænget, har været nogle ting, som ikke har med borgerne at gøre, men har været organisatoriske: Hvornår kan man få en terapeut til at lave en hjælpemiddelvurdering, og hvornår kan man rent praktisk få hjælpemidlerne leveret i hjemmet? Der har været mange parametre, man har skullet skrue på i det her. Men det handler om at løfte medarbejdernes kompetencer og deres tilgang til, hvad man skal kunne varetage af opgaver i hjemmet. En af udfordringerne er, at det ikke bare handler om borgernes og pårørendes forventninger, det er også ens medarbejders vurdering af, hvad er ret og rimeligt, og hvornår kan en borger være derhjemme? (Kommunal leder)

Selvom stort set alle kommuner beretter, at deres hjemmesygepleje har ændret sig væsentligt de seneste år og således håndterer langt sygere og tidligere udskrevne borgere i eget hjem, så påpeger flere ledere, at der stadig er behov for at kunne håndtere endnu mere i eget hjem, og at det handler om en omstilling af hele det samlede udeområde – ikke kun af sygeplejen. Alternativet er en endnu større vækst i antallet af midlertidige pladser, hvilket er en dyr løsning for kommunerne. Således er det værd at bemærke, at en stor del af effektiviseringen i hospitalssektoren er kommet som følge af konvertering af stationær til ambulans aktivitet som svar på det stigende behandlingsbehov i befolkning (og de stigende behandlingsmuligheder, som hospitalerne kan tilbyde).

Men lederne peger ikke entydigt på, at flere midlertidige pladser er løsningen – langt fra. Nogle mener faktisk, at deres kommune har for mange midlertidige pladser, men at det er svært at begrænse antallet, fordi det kræver, at der samtidig oprustes betydeligt på udeområdet – særligt i forhold til udgående træning og rehabilitering, men også andre ydelser. Og her spiller flere perspektiver ind. Der er således ledere, som stiller spørgsmålstejn ved, om borgerne *altid* kommer sig hurtigere under et midlertidigt ophold, hvor man får maden serveret, ikke skal gøre rent, holde hus eller finde ud af at komme rundt i en bolig, der ikke er indrettet som en hospitalsstue – end de gør i eget hjem. Den udfordring flere peger på er, at der ikke er de samme muligheder på udeområdet som på pladserne, særligt ikke for rehabilitering og træning, fast vagt eller hjælpemidler, og at sygeplejen på udeområdet heller ikke altid er gearret til at have de noget mere syge og komplekse borgere i eget hjem. Det er også med til at skabe øget efterspørgsel efter midlertidige pladser.

4.6 Flow og liggetid på midlertidige pladser

Flowet af borgere på de midlertidige pladser er både afhængigt af, hvem der visiteres til pladserne, og af hvor lang tid de opholder sig på pladserne. Liggetiden på kommunernes midlertidige pladser er et tema, som fylder meget blandt lederne på området, og nogle steder er der et stort ledelsesmæssigt fokus på at sikre et øget flow, men flere af de ledere oplever også en lang række udfordringer og dilemmaer i forhold til at øge flowet på de midlertidige pladser, som beskrives i dette afsnit.

4.6.1 Et stigende fokus på flow og udfordringer omkring kapacitet

Af forskellige årsager oplever kommunerne et voksende fokus på liggetiden og flowet på deres midlertidige pladser de senere år. En årsag er den fortsatte acceleration af hospitalsforløb, hvor liggetiderne falder. En leder oplever det således:

For hver gang, man accelererer i regionen, så er vi også nødt til at gentænke og se kritisk på vores drift af vores [midlertidige] pladser i forhold til, hvordan vi kan tilpasse os den acceleration, der er kommet på hospitalet, og det flow, det nu skaber. (Kommunal leder)

En anden leder beskriver hospitalernes akutmodtagelser (FAM) som afdelinger, der er ”specialister i at skabe flow”, og at det fører til kortere forløb og kortere varslinger af udskrivelser, og at kommunerne derfor er nødt til at kunne matche det flow og den fleksibilitet, som hospitalerne har opbygget de sidste 20 år, hvor hele akutområdet er blevet reorganiseret omkring særlige FAM-afdelinger, som har stor kapacitet og en helt anden adgang til såvel speciallæger som til diagnostiske og parakliniske undersøgelser, end de stationære afdelinger havde tidligere. Det betyder, at man gennem årtier har ændret såvel kulturen såvel som organiseringen på hospitalerne, så der i dag er et stort fokus på at skabe flow og eliminere (fagligt ubegrundet) ventetid. Det har været en af de væsentligste drivere bag de faldende liggetider og den faldende sengekapa- citet – trods en aldrende befolkning, der modtager mere behandling og lever længere.

En anden årsag til det øgede fokus på flow på de midlertidige pladser har været, at den kommunale medfinansiering, særligt taksten for at have færdigbehandlede patienter liggende, steg voldsomt i 2017³¹. Således peger flere ledere i denne kortlægning da også på netop takst-ændringen som det, der for alvor satte fokus på flowet på kommunernes midlertidige pladser, herunder også på adgangen til pladserne for at sikre, at de midlertidige pladser i højere grad kunne være med til at sikre hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne. En leder (fra Region Hovedstaden, hvor udfordringerne med færdigbehandlede borgere på hospitaler var størst) oplevede det således:

Der er ingen tvivl om, at da man vedtog loven om, at nu ville man hæve færdigbehandlingstaksten på hospital, så var det, fordi man ville skabe et incitament. Og det kan man sige, at det har gjort, for det er jo efter den lovgivning, at mange kommuner fik taget hånd om at få drevet det her [midlertidige pladser] på en anden måde. Det har sat skub i noget. Det tænker jeg i hvert fald, når jeg sidder og snakker med mit ledernetværk. (Kommunal leder)

Det er værd at bemærke, at vi i denne kortlægning ikke er stødt på ledere, der mener, at det er umuligt at skabe større flow på kommunens midlertidige pladser. Alle ledere, der har berøring med midlertidige pladser, peger på de udfordringer og dilemmaer, de oplever i forhold til at få øget fokus på flow og kortere liggetider. Udfordringerne spænder fra borgernes forventninger til medarbejdernes kultur og forskellige fagligheder til traditioner for, hvilke borgere der kan komme direkte hjem i eget hjem (og skal håndteres i hjemme(syge)plejen), og hvilke der er berettiget til et midlertidigt ophold, fx mens de venter på en plejebolig. Og som dette afsnit viser, oplever lederne mange af de samme udfordringer med at ændre dette. Men ingen ledere i kortlægningen peger på, at det er *umuligt* at skabe større flow på pladserne – og dermed lavere liggetid – i deres kommune.

³¹ Fra 1. januar 2017 har kommunerne skulle betale ca. 4.000 kr. per dag de to første dage en patient, der er færdig med sin behandling, er indlagt, og ca. 6.000 kr. de følgende indlæggelsesdage. Før var det ca. 2.000 kr. pr. dag pr. færdigbe- handlet patient (Pinborg, 2017).

Nogle ledere mener således også, at der er for mange midlertidige pladser i deres kommune, og at ressourcerne i stedet kunne bruges bedre på udeområdet, hvor man – lidt populært sagt – kan få mere sundhed (eller varme hænder) for pengene, fordi midlertidige pladser kræver mange ressourcer, fx bygninger, inventar, køkken og drift af pladserne. Intet af dette er sundhedsfaglige kerneydelser, men i stedet nødvendige periferi-ydelser, som skal til for at opretholde stationære sengepladser. En leder peger på, at flere midlertidige pladser ikke er en løsning på de kapacitetsproblemer, hendes kommune oplever i perioder:

Samarbejdet på tværs af visitation, midlertidige pladser og hjemmepleje inkl. akut-team er helt afgørende for vores evne til at undgå færdigbehandlede ventepatienter, der ligger på hospitalet. Min holdning er, at svaret på periodevise kapacitetsproblemer ikke nødvendigvis er flere pladser – for der er en stærekasseeffekt: Får du fem pladser flere, så finder man fem flere borgere. (Kommunal leder)

Lederen peger på et væsentligt aspekt af de kapacitetsproblemer, som kommunerne oplever: nogle permanent, nogle periodevis og i en enkelt kommune peger flere ledere samstemmende på, at de vurderer, at kommunen har for mange midlertidige pladser. Men lederen påpeger, at kapacitet er svært at fastlægge ud fra belægningsgraden, fordi eksisterende kapacitet anvendes, også kaldet "stærekasseeffekt" i daglig tale. Dette giver god mening i et perspektiv, hvor det handler om at anvende alle ressourcer effektivt, og ligger en borger på en midlertidig plads (på indeområdet), skal der bruges færre timer på vedkommende i hjemmeplejen og sygeplejen på udeområdet. Således understreger det afsnittets pointe om, at kapacitet på midlertidige pladser hænger sammen med kompetencer, kapacitet og ikke mindst fleksibilitet på udeområdet.

4.6.2 Flow og udfordringer i forhold til stadig dårligere borgere på pladserne

Flowet på pladserne er også udfordret af, at kommunerne oplever, at de borgere, de får, bliver stadig mere komplekse og ustabile, ikke mindst som følge af tidligere udskrivninger. Således oplever nogle kommuner, at borgernes forløb bliver længere, fordi især rehabiliterings- og genoptræningsforløb starter med en 'stabiliseringsfase', inden selve rehabiliterings- eller træningsforløbet kan begynde. En leder forklarer, hvordan hun oplever, at liggetiden på kommunens midlertidige pladser er steget, fordi borgerne generelt er dårligere patienter, og derfor kommer der "en stabiliseringsfase ind i starten af rehabiliteringsforløbene":

Tidligere havde vi inden for 48 timer [efter indlæggelse på en midlertidig plads] nogle procedurer, vi kørte igennem med borgerne. Men for eksempel nytter det ikke længere, at ergoterapeuterne skal ind og score borgerne [inden for 48 timer], for de er for dårlige. Nu er det inden for den første uge. Og det forsinker forløbet, for det er de mål [ergoterapeuterne sætter med borgerne], vi skal arbejde videre med. Men borgerne kan ikke holde til det [inden for 48 timer]. De skal finde ud af, hvor de er, få ro omkring sig, og vi har brug for at få et dybere kendskab til dem. Der er mange ting, vi tidligere har gjort inden for de første dage, som vi nu gør inden for den første uge, fordi borgerne er for dårlige til det. (Kommunal leder)

En leder i en anden kommune oplever udviklingen i borgernes tilstand, når de kommer på pladserne, og konsekvenserne for flowet på de midlertidige pladser således:

Der står i vores kvalitetsstandarder, at de kan være her [på de midlertidige pladser] tre til fem uger. Men vi har oplevet et skred, i og med at de er så dårlige, når de kommer her, at så går der ofte noget tid, inden de kan begynde at respondere på noget træning eller rehabilitering, fordi vi skal have dem stabiliseret først. Og så har

vi lavet den aftale med visitationen, at hvis vi fagligt vurderer, at der er behov for det, så forlænger vi dem selv, og de fleste er her mere end fem uger. Ofte meget længere tid. (Kommunal leder)

Kommunerne oplever således, at det kan være en udfordring blot at holde det samme flow og undgå, at liggetiden stiger på de midlertidige pladser som følge af udviklingen hos de borgere, de modtager efter udskrivelse.

4.6.3 Flow og udfordringer i forhold til borgernes forventninger

En af de udfordringer, som lederne peger på i forhold at skabe et større flow på de midlertidige pladser, er borgernes og ofte også de pårørendes forventninger: Både forventninger til, om borgerne skal på en midlertidig plads eller direkte hjem i eget hjem, og forventninger til varigheden af midlertidige ophold – altså hvornår borgerne er raske nok til at blive udskrevet til eget hjem. Med + 3.200 midlertidige pladser – der som tidligere nævnt svarer til ca. to tredjedele af den samlede sengekapacitet på det medicinske hospitalsområde – har kommunerne til en vis grad arvet udfordringen med at vurdere, hvornår en borger kan udskrives. For alle de borgere, der kommer forbi en af kommunernes + 3.200 midlertidige pladser efter et hospitalsophold, sker udskrivningen til eget hjem først, når kommunen udskriver dem – og ikke når hospitalet udskriver borgerne til en midlertidig plads i kommunen.

Derfor står kommunernes midlertidige pladser også overfor mange af de samme grundlæggende udfordringer som hospitalerne: I dag er man ikke nødvendigvis 'rask', når man bliver udskrevet fra et hospital, men man er ikke længere behandlingskrævende på specialiseret hospitalsniveau. Definitionen af en færdigbehandlet patient i stationært regi har gennem flere år været følgende:

En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives – det vil sige: Når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. (Sundhedsdatastyrelsen, 2019)

Men hvad skal man så, når man ikke er 'rask', men heller ikke er behandlingskrævende på hospitalsniveau? Det har borgere og pårørende – men også medarbejdere internt i kommunerne – ofte forskellige perspektiver på, og området er i stadig udvikling. En leder forklarer her, hvordan hun ser på det i relation til kommunens rehabiliteringspladser:

I udgangspunktet forventes et ophold i gennemsnit at vare tre uger – nogle gange længere, og nogle gange kortere. Det er bevidst, at vi er lidt tågede med tidsangivelsen, fordi det er altid en individuel faglig vurdering. Det, der er vigtigt, er, at vi skal ikke færdigrehabiliterer borgeren herinde. Vi skal sikre, at de kan komme hjem og fortsætte rehabiliteringen. Det er også et vigtigt signal over for borgeren – og noget af det, som visitationen lægger vægt på at informere om: forventningsafstemning! For ellers er der nogen, der tror, de nærmest er flyttet ind. (Kommunal leder)

Ledere peger på det samme som hospitalssektoren har gjort længe: Man er ikke rask – eller i dette tilfælde 'færdigrehabiliteret' – når man udskrives fra en midlertidig plads. Men man er så rask og rørig, at forløbet kan fortsætte i eget hjem. Udskrivelsen fra en midlertidig plads markerer således ikke nødvendigvis afslutningen på forløbet, ligesom udskrivelsen fra et hospital ofte ikke markerer afslutningen på et behandlingsforløb, og at patienten er rask. Sådan ser mange sundhedsfaglige – både på hospitaler og i kommuner – på overgangene fra stationære til ambulante forløb. Men som lederne udtrykker det: Sådan ser borgerne og deres pårørende ikke altid på det.

Og derfor har lederne på de midlertidige pladser ofte et stort fokus på netop 'forventningsafstemning', som de kalder det: Men grundlæggende handler det om at forklare borgerne – og de pårørende – meget tidligt, hvad de kan forvente af forløbet, og hvad der forventes af borgerne under forløbet.

En anden leder forklarer meget konkret, hvor hun oplever, at borgerne kan have andre forventninger til kommunen med hensyn til, hvornår en borger skal have et midlertidigt ophold, og hvornår en borger kan komme hjem i eget hjem:

Når vi så kommer tilbage til borgernes forventninger, så bliver vi udfordret, fordi borgerne jo stadig har en forventning om det [et midlertidige ophold]: For eksempel hvis man egentlig er relativt ung, men har brækket begge ben og ikke kan komme omkring derhjemme. Borgerens funktionsniveau er i udgangspunktet rigtig højt, men borgeren synes, det er rigtig besværligt at komme omkring og er alene og kan kun være på én etage i huset og skal have bækkenstol. Så har borgeren en forventning om, at 'det kan man da ikke! Man kan da ikke sidde i sit hjem og ikke kunne komme ud!'. Men vi mener jo, at borgeren har været så uheldig at være ude for den her ulykke, der gør, at ens liv bliver sat lidt på stand-by i en periode, men man behøver jo ikke at opholde sig på en midlertidig plads. Man bliver desværre nødt til at opholde sig derhjemme – vel vidende, at man ikke rigtigt kommer ud af sin bolig de næste 6 uger, og man bliver nødt til at bruge en bækkenstol. Men der kan vi komme ud i relativt store konflikter med borgere om pårørende om, hvor skal man opholde sig henne? Og det er jo den type borger, som vi ikke nødvendigvis ser har så stort et behov for at have det her døgndekkende personale tæt på, for de kan selv tilkalde hjælp, de kan selv reagere hensigtsmæssigt. De har bare et praktisk problem, fordi de er immobiliserede lige nu. Det er et virkelig et konfliktfyldt område. Og det mærker kommunerne, når de vil skabe et andet flow på pladserne. Og det kan gøre det tungt at arbejde med det her flow, fordi man som borger mener, det er urimeligt og føler, at man nærmest skal fjerne hele sin stue, for nu skal man have hospitals seng og lift og alt sådan noget. Borgerne havde forventet en midlertidig plads. Hele den kulturelle indstilling til, hvad forventer man af systemet? Det har været en rigtig stor udfordring. Og det kan være meget konfliktfyldt, det her område. (Kommunal leder)

Presset fra nogle borgere og pårørende – både på at få en plads og på at forlænge forløb – kan gøre det svært og dilemmafyldt for de medarbejdere, der står med relationen og kontakten til borgerne at skabe større flow på pladserne, og flere ledere beretter om en 'kultur' på deres midlertidige pladser, hvor borgere og pårørende forventninger til, hvornår en borger (ikke) kan komme hjem, spiller ind på, hvilke borgere der får deres forløb forlænget – ifølge lederne.

4.6.4 Flow og udfordringer i forhold til medarbejdernes perspektiv

Flere ledere taler om "kulturen" eller "mind-settet" blandt medarbejderne på de midlertidige pladser, og at den kan være mere eller mindre indstillet på at arbejde med at øge flowet på de midlertidige pladser. Ledere fra to forskellige kommuner forklarer. Den første er leder i en kommune, der både har rehabiliterings- og akutpladser, som ligger på samme matrikel:

En af vores udfordringer er, at vi er relativt gode til at sætte mål og lægge planer for de borgere, der ligger på rehabiliteringspladserne, men der er en tendens til lange forløb på akutpladserne. [Kvalitets]standarden hedder ophold på 2-5 uger, men vi kan se på vores data om opholdstider, at vi nok også kommer til at læne os lidt tilbage og

tænke 5 uger. Der er god tid, på akutenheden især. Så vi snakker meget om, at det er mind-settet, der skal ændres. Så vi hele tiden holder flow, og det skal vi kunne, når vi ikke har flere pladser, end vi har. Vi skal tænke på, hvad man har brug for og ikke, i hvor lang tid de kan være her. (Kommunal leder)

En anden kommune har haft hjemmesygeplejerskerne til at visitere til en gruppe pladser, hvilket betød, at liggetiden på disse pladser steg fra ca. 6 til 21 dage i gennemsnit på et år. En leder forklarer det således:

Når først de her patienter kommer inden for [på de midlertidige pladser], kan vi ikke komme af med dem. Der er rigtig mange af dem her, der flytter direkte i plejebolig. De ender med at blive ventepatienter. Og så får vi netop ikke de rigtige patienter, for så er der måske ikke nogen ledige pladser. Det giver store frustrationer hos medarbejderne [på de midlertidige pladser]. (Kommunal leder)

Det er begrundelsen for, at man i denne kommune har valgt at få den centrale visitation til at stå for visitationen til pladserne – og ikke de sygeplejersker, som kender borgerne, hvilket også rummer udfordringer.

I en anden kommune, der kun har én type midlertidige "korttidspladser", er det særligt lederen af visitationen, som ønsker større flow på de midlertidige pladser, men hun oplever også, at der er klare perspektivforskelle mellem visitationen og medarbejderne på pladserne (og deres ledelse):

Vi er kommet ned fra 40 til 26 dages liggetid i gennemsnit på 2 år. Men der er for mange 'nul-dage': Dage, hvor der ikke sker andet, end at borgerne kommer op og får tøj på. Der sker ikke noget [med borgerne på de midlertidige pladser], medmindre vi [visitationen] kommer derover og skubber på for en tentativ udskrivningsdato. Problemet er ledelsen [af pladserne]; de har ikke det perspektiv på, at der skal ske noget [med borgerne]: Hvis de har 4 ledige pladser, så får fru Hansen lov at blive en dag længere, men vi i visitationen har 8 udskrivinger varslet, og så bliver vi stressede. (Kommunal leder)

En leder i en tredje kommune oplever også, at det er "kulturen" eller "kutymen", som skal ændres, hvis de midlertidige pladser i mindre grad skal bruges som ventepladser, så flowet på pladserne kan øges:

Antallet af venteborgere på midlertidige pladser har vi reduceret meget. Vi har ændret den kulturelle opfattelse af det. Inden vi skabte flow på pladserne, så var det sådan, at man havde en holdning om, at man skulle boligindstilles³² fra en midlertidig plads. Altså at når man kom på en [midlertidig] plads, og man havde en meget markant ændret funktionsevne, så ville det være nærliggende at lave boligindstillingen samtidig, og så blev der også en tendens til, at flere borgere skulle vente på boligen på den midlertidige plads. Men der er vi begyndt at blive mere præcise på, hvad vi kan varetage derhjemme. Og ja, vi er rigtigt ærgerlige over, at hun ikke kan komme op på 1. salen af sit hus, eller at hun kun kan være i stuen, men det er jo så kun i den ventetid, der er til plejeboligen. Det er jo ikke noget fagligt funderet, der gør, at de borgere skal være på en midlertidig plads i den tid, men det var blevet en kultur eller en kutyme før: Kunne det svare sig, at vi skulle rykke hele det hjem om og installere hjælpemidler? I dag siger vi, at 'ja, det kan det godt', for alternativet er, at der er nogle andre

³² Indstilles til, at man er berettiget til en plejebolig, altså en plejehjemsplads.

borgere, som ikke kan få den plads. For vi kan godt varetage pasningen derhjemme i den ventetid på en plejebolig. (Kommunal leder)

En leder i en fjerde kommune oplever ligeledes, at forskellige grupper af medarbejdere kan have forskellige holdninger til, hvor grænsen går mellem, hvornår en borger har behov for en midlertidig plads, og hvornår de kan håndteres i eget hjem. I denne kommune har man tidligere haft en relativt bred formulering af målgruppen for kommunens midlertidige pladser, fordi tankegangen var, at målgruppen skulle kunne rumme mange forskellige borgere. Men nu oplever kommunen, at det er udfordrende med en bred målgruppe for de midlertidige pladser, fordi der findes mange forskellige fortolkninger i forskellige faggrupper af, hvornår en borger fx er i en "uholdbar situation i eget hjem", som var et af kriterierne for at få en midlertidig plads i kommunen. Lederen forklarer:

Der arbejdes p.t. med en præcisering af kriterierne for, hvem der tildeles midlertidige ophold, med henblik på at flest mulig borgere skal have hjemmet som udgangspunkt. Det skal bliver tydeligere, hvilke borgere der er målgruppen, for der er forskellige forståelser på tværs af vores enheder af, hvornår en borger er kompleks og skal være på en plads. Hvad vil det for eksempel sige, at borgeren har en uholdbar situation i eget hjem? Vi er nødt til at være mere skarpe, fordi der er run på pladserne. Rehabiliteringsforløb skal være målrettet borgere, som har et behov for personale 24/7 og samtidig vurderes at kunne profitere af genoptræning/rehabilitering. Vurderingsforløb skal være til borgere med behov for en tæt tværfaglig vurdering af funktionsevne på tværs af sygeplejerske, ergo- og fysioterapeut. Aflastningsophold målrettes situationer, hvor ægtefællen har brug for ferie, og hvor en borger af helbredsmæssige eller sociale grunde ikke kan være i eget hjem, indtil egnet bolig er ledig [typisk plejebolig]. Oprindeligt har tanken været, at det er alt, der skal rummes på vores midlertidige pladser. Men vi arbejder nu hen imod, at det primært er borgere, der har et rehabiliteringsbehov og -potentiale, og vi skal i mindre grad have venteborgere. (Kommunal leder)

Den udvikling og de udfordringer og dilemmaer, der er beskrevet i dette afsnit og det foregående (afsnit 4.5) om målgrupper og adgang til midlertidige pladser, går i høj grad på tværs af såvel kommuner som typer af midlertidige pladser – både akutpladser og andre typer af midlertidige pladser. Graden af udfordringer varierer, men det er de samme tendenser, der ses på tværs af kommunerne: Et voksende behov for at styre tilgangen til pladserne, øge flowet på pladserne, og at dette mange steder kræver ændringer i kulturen såvel som måden, der arbejdes med fremdrift i forløb og forventninger til udskrivelse fra pladserne – både hos medarbejdere, hos borgere og hos pårørende. Men der peges også på, at kapacitet og flow på de stationære pladser skal ses i tæt sammenhæng med kultur, kapacitet, kompetencer og fleksibilitet på udeområdet.

5 Akutfunktioner og behovet for lægelige kompetencer

Kommunernes perspektiv³³ på det lægelige samarbejde omkring akutfunktionerne har en række fællestræk på tværs af såvel midlertidige (akut)pladser som udgående akutfunktioner. Derfor behandles emnet samlet i dette kapitel. Enkelte aspekter af det lægelige samarbejde har været berørt i de to foregående kapitler, men fordi dette tema er så centralt for de kommunale akutfunktioner, behandles det i dette kapitel mere indgående.

Kommunerne oplever et voksende behov for at kunne trække på lægelige kompetencer, i takt med at stadig mere komplekse borgere skal håndteres i kommunerne. Det handler om borgere i eget hjem, men det handler i særlig grad om borgere indlagt på midlertidige kommunale pladser. Og jo mere syge, ustabile eller uafklarede borgerne er, jo større er behovet for tæt lægeligt samarbejde, opfølgning og hurtig respons på ændringer i borgernes tilstand. Derfor er behovet for lægelige kompetencer ofte også størst i relation til borgere tilknyttet akutfunktioner og midlertidige pladser, særligt for borgere på akutpladser.

En leder i en kommune med akutpladser forklarer her, at hun ser behovet for lægeligt samarbejde som den største udfordring for de kommunale akuttillbud:

Den største udfordring er, at sygeplejerskerne på akuttilluddet [akutpladser] står uden den lægefaglige backup, som er nødvendig, når man er på det høje sygeplejefaglige specialniveaue med de komplekse borgere, vi får ind i akuttilluddet eller modtager i hjemmesygeplejen, når patienter udskrives. Der mangler lægefaglig sparring, rådgivning, nogen der tager ansvaret, nogen der tilretter planer ud fra patientens nuværende situation osv. Og der kan vi gøre nok så meget for at opkvalificere [sygeplejerskerne], og det har vi gjort. Men vi kan ikke løfte det yderligere, før vi finder en god løsning, hvor der også er læger tilknyttet mere døgndækkende. For vi ramler ind i, at må lave uhensigtsmæssige patientforløb, fordi vi bliver tvunget til at involvere en vagtlæge, som ikke kan tage nogen beslutninger, der er hensigtsmæssige for patientens situation. (Leder af sygeplejen inkl. akutfunktion)

Der er forskel på, i hvor høj grad kommunerne oplever at mangle "lægefaglig backup" "mere døgndækkende" eller blot mere tilgængeligt og hurtigere. Det er både styret af, hvor mange midlertidige sengepladser kommunerne har – fordi borgerne her alt andet lige er dårligere end borgerne i eget hjem og dermed har større behov for lægelige kompetencer. Men det er også styret af, hvorvidt kommunen har akutpladser, hvor behovet for lægelige kompetencer er allerstørst. Og jo flere pladser en kommune har, jo tidligere kan patienter udskrives til kommunen.

Dette kapitel fokuserer på, hvordan kommunerne oplever behov og udfordringer i relation til lægelige kompetencer med fokus på akutfunktionerne, og hvordan de håndterer det. Først behandles kvalitetsstandardernes perspektiv på lægeligt samarbejde i de kommunale akutfunktioner i afsnit 5.1. Herefter behandles lægeligt samarbejde i relation til de udgående akutfunktioner i afsnit 5.2 og til sidst behovet for lægelige kompetencer på midlertidige pladser i afsnit 5.3. Denne

³³ Denne undersøgelse handler udelukkende om kommunernes erfaringer. Hverken praktiserende læger, akuttefoner eller hospitalsenheder indgår.

opdeling er dog ikke mulig at følge helt stringent, bl.a. fordi flere kommuner har et hospitalssamarbejde med hele deres akutfunktion – både akutpladser og akutteam, og fordi nogle kommuner har akutteams, som også dækker akutpladser.

5.1 Kvalitetsstandarderne om lægeligt samarbejde

Det ene af to formål i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder er at understøtte og forbedre det tværsektorielle samarbejde:

Formålet med kvalitetsstandarderne er at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis, som vil kunne henvise patienter til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet og med et kendt indhold og kompetenceniveau. (Sundhedsstyrelsen, 2017a)

At forbedre det lægelige samarbejde står således helt centralt i kvalitetsstandarderne, der understreger behovet for tæt lægeligt samarbejde omkring begge de nævnte målgrupper i standarderne: patienter med behov for en tidlig indsats med henblik på afklaring og vurdering, og patienter med behov for en opfølgende indsats. I kvalitetsstandarderne er lægens rolle beskrevet således:

[Hos] patienter med behov for en tidlig indsats med henblik på afklaring og vurdering [varetages] indsatsen i akutfunktionen som udgangspunkt i et samarbejde mellem akutfunktion og almen praksis samt eventuelt lægevagten/1813. (...) Der skal foreligge en behandlingsplan og/eller ordination, som akutfunktionen følger. Det anbefales, at behandlingsplanen er skriftlig. [For] patienter med behov for en opfølgende indsats efter indlæggelse skal [der] foreligge en behandlingsplan og/eller ordination, som akutfunktionen følger, så indsatsen i akutfunktionen varetages i henhold til behandlingsplanen og i et samarbejde mellem akutfunktionen, sygehuset og almen praksis. (Sundhedsstyrelsen, 2017a)

Standarderne understreger desuden, at størstedelen af indsatserne i akutfunktionernes varetages efter ordination fra en læge og på delegation:

Når en sygeplejerske eller assistent – i akutfunktioner såvel som i resten af hjemmesygeplejen – udfører en opgave, som i henhold til autorisationslovens regler er forbeholdt læger, så kan det kun ske efter lægelig ordination. I disse tilfælde er der tale om, at de kommunale medarbejdere arbejder som "medhjælp" for lægen, selvom de to ikke er ansat samme sted. Eksempler på lægeforbeholdte opgaver, der kan udføres i kommunerne, er for eksempel intravenøs behandling og iltbehandling, anlæggelse af sonder, venflon, katetre m.m., måling af blodsukker samt blodprøvetagning. (Sundhedsstyrelsen, 2017a)

Det betyder i praksis, at kommunernes behov for tæt lægeligt samarbejde ikke kun er en konsekvens af borgernes tilstand – altså hvor syge, komplekse, uafklarede eller ustabile borgerne er. Behovet for lægelige kompetencer og samarbejde er i høj grad en konsekvens af de lovgivningsmæssige rammer på området. Det skyldes, at hjemmesygepleje – ikke mindst akutsygepleje – langt overvejende udføres på ordination fra en læge. Det betyder i lovgivningsmæssig forstand,

at de medarbejdere, der udfører sygepleje i kommunerne, i langt de fleste tilfælde er en læges "medhjælp" – i juridisk forstand³⁴.

Derfor understreges det også i kvalitetsstandarderne, at *"det er af allerstørste vigtighed, at personalet i akutfunktionen er bevidst om, hvem³⁵ de er medhjælp for i relation til patientens forskellige behandlinger, og at det altid er muligt for personalet at komme i kontakt med en relevant sundhedsperson (typisk en læge), hvis der skulle opstå spørgsmål eller problemer i relation til patientens behandling"*. (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

Således understreger såvel kvalitetsstandarderne som de deltagende kommuner, at akutfunktionerne er helt afhængige af tæt lægeligt samarbejde.

I den nuværende struktur i sundhedsvæsenet er der tre forskellige muligheder for lægeligt samarbejde i kommunerne: samarbejde med borgerens egen læge, med vagtlæger og læger på akuttelefoner, og samarbejde med hospitalslæger. Kommunernes forskellige erfaringer med – og ønsker til – lægeligt samarbejde beskrives i resten af kapitlet.

5.2 Udgående akutfunktioner og samarbejdet med læger

De udgående akutfunktioner – oftest organiseret som akutteams – har primært lægeligt samarbejde med praktiserende læger og i mindre grad med vagtlæger og læger på 1813. Nogle kommuner har dog opbygget et mere eller mindre tæt samarbejde med hospitalslæger.

Alle udgående akutfunktioner kan kontaktes af **praktiserende læger**, men bliver det i meget varierende grad. Her spiller det en stor rolle, om akutfunktionen er relativt ny eller har eksisteret længe, idet lederne af akutteams oplever, at det tager tid at opbygge en relation til lægerne i en kommune, så lægerne rent faktisk bruger akutteamet. Flere ledere beskriver, at de har investeret meget i at opbygge en god relation til kommunens læger, bl.a. ved at akutteamets sygeplejersker har være ude og besøge samtlige lægepraksisser, da det vurderes at være den bedste – og nogle gange også eneste – måde de kan komme i dialog med (næsten) alle praktiserende læger i en kommune. Dog oplever akutteams, at nogle læger ikke ønsker besøg fra eller anden form for kontakt eller samarbejde med et kommunalt akutteam. Det kan være en relativt langvarig og tidskrævende opgave for et kommunalt akutteam at blive kendt og anvendt af lægerne i en kommune, idet hver enkelt læge individuelt skal lære akutteamet og dets kompetencer at kende og overbevises om, at der kan være fordele forbundet med at bruge teamet. I nogle kommuner er det muligt at samle nogle af lægerne – i andre er det ikke, og her kræver det individuelle besøg hos alle.

Det er de kommunale lederes oplevelse, at de praktiserende læger er glade for de udkørende kommunale akutfunktioner. Lederne oplever, at lægerne melder positivt tilbage, og at de særligt er glade for akutfunktionernes fleksibilitet – at de kan køre ud til lægens patienter og foretage en akutvurdering inden for kort tid, at lægerne er glade for sygeplejerskernes systematiske tilgang (ABCDE-metoden), og at der kan tages vitale værdier og blodprøver (fx INR, CRP, HG), (se eventuelt Bilag 2). Lederne vurderer, at dette er blandt de væsentligste årsager til, at mange akutteams oplever en stigning i antallet henvendelser fra almen praksis.

³⁴ Jf. medhjælpsbekendtgørelsen og den tilhørende vejledning (Sundheds- og Ældreministeriet, 2009a, 2009b).

³⁵ Med "hvem" menes her "hvilken læge".

Kommunerne oplever dog også, at der er stor variation i samarbejdet med de praktiserende læger, både med hensyn til deres tilgængelighed, hvorvidt lægerne overhovedet kontakter akutfunktionerne, og hvordan samarbejdet fungerer. En leder af sygeplejeområdet i en kommune forklarer, hvordan hun oplever samarbejdet med de praktiserende læger:

Dilemmaet er, at det er så forskelligt: Der er [mange³⁶] praktiserende læger, og det er så individuelt, hvordan de går ind i arbejdet med deres patienter. Nogle kører det jo enormt flot og lægger super fine planer, besøger deres patienter [på akutpladser] og kommer på opfølgende besøg [i eget hjem eller på plejehjem], når de har været indlagt. Der er læger, der kommer tidligt og sent og har et super kendskab til deres borgere, som selv følger op og ringer tilbage til os. Og så er der dem, hvor man kun kan få nogle ganske korte svar i en telefon. Og som bare helt konsekvent siger: "Jeg tager ikke på hjemmebesøg". Vi har hele paletten. Det er meget, meget forskelligt. (Kommunal leder)

Kommunerne oplever flere steder, at **vagtlæger og akuttelefoner som 1813** kontakter akutfunktionerne med voksende hyppighed, og at akutteams aflaster både vagtlæger og akuttelefoner – såvel som egen læge i dagtiden – for sygebesøg, når akutsygeplejersker kører ud til en borger.

I forhold til **hospitalssamarbejdet** med akutteams er billedet mindre entydigt: Nogle kommuners akutteams har et tæt samarbejde med hospitalerne, andre har intet samarbejde og har aldrig oplevet at blive kontaktet. Hospitalssamarbejdet vedrører i flere tilfælde *hele* akutfunktionen – ikke enten akutteam eller akutpladser – og er derfor behandlet samlet i afsnit 5.3.5.

5.2.1 Akutteams og substitution af sygebesøg i almen praksis og i vagttiden

I varierende omfang kører de udgående akutfunktioner sygebesøg foranlediget af, at en patient har kontaktet egen læge (eller en vagtlæge/akuttelefon), og egen læge herefter kontakter akutteamet og beder dem køre ud og foretage en akutvurdering, som kan inkludere forskellige målinger, fx blodprøver. En leder af et akutteam forklarer, hvordan det typisk foregår i praksis:

Der er et tæt samarbejde med lægerne, som ofte starter med, at akutsygeplejerskerne tager ud og vurderer borgere for lægen på et sygebesøg. 'Rush hour' er omkring kl. 9, når telefonkonsultationerne er ved at være overstået. Vi kan fx få en opringning fra en praktiserende læge, der siger: "Borgeren har lige ringet ind og virker dårlig, og jeg har ikke mulighed for at tage ud på sygebesøg lige nu, men kan I tage ud og lave en vurdering af den borger, og så ringe tilbage til mig, så kan vi lige få en dialog om, hvad der skal ske?". Så tager vi ud og laver en TOBS³⁷-undersøgelse og en klinisk vurdering af borgeren, og så ringer vi tilbage til egen læge og får en dialog, om det er noget, vi kan klare, eller om borgeren skal indlægges eller hvad. Med afsæt i besøget igangsætter vi ofte behandling, som er ordineret af lægen, og som udføres af akutteamet. (Kommunal leder)

I de kommuner, hvor lægerne benytter denne mulighed, oplever lederne, at lægerne er glade for at have fået denne responsmulighed i dagtiden, hvor lægen som oftest sidder i konsultation. Og lederne oplever generelt, at deres akutteams er med til at aflaste lægerne for sygebesøg – en udvikling, kommunerne ser positivt på, som disse citater fra ledere i tre kommuner illustrerer:

³⁶ Af hensyn til kommunens anonymitet er antallet af praktiserende læger ændret til "mange".

³⁷ Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (se eventuelt Bilag 2).

Samarbejdet med lægerne er rigtig godt. Lægerne giver meget positive tilbagemeldinger på, at de oplever en kvalificeret faglig sparring med akutfunktionen, og at den aflaster dem for nogle hjemmebesøg. (Kommunal leder)

Typisk har borger ringet til praktiserende læge, som for eksempel ikke har mulighed for at tage på sygebesøg [og så tager akutteamet ud]. Der er et godt og tillidsfuldt samarbejde, som har udviklet sig over lang tid. Der er nem adgang til lægerne, og de sætter pris på den aflastning, de får af akutteamet, samt det faglige niveau der er i [akut]teamet. (Kommunal leder)

Vi kører rigtig mange sygebesøg for at vurdere borgere, hvor lægerne er i tvivl omkring status, og hvor vi vurderer, om indlæggelse er nødvendig. Tilbagemeldingerne fra lægerne er meget positive, og vi er i kontakt med 98 % af ydernumrene. (Kommunal leder)

Alle udgående akutfunktioner kører denne form for sygebesøg, hvor der er efterfølgende telefonisk dialog med egen læge³⁸. Og som citaterne herover antyder, så oplever kommunerne, at de aflaster lægerne og substituerer sygebesøg, hvilket kommuner oplever, at lægerne er glade for. Flere ledere peger på netop sygebesøgene hos den akut dårlige borger som en central opgave for de udgående akutfunktioner – ikke mindst, fordi det giver mulighed for at medvirke til at forebygge indlæggelser, hvilket mange kommuner lægger vægt på i deres udgående akutfunktioner.

I vagttiden oplever kommunerne i varierende omfang det samme: at de i stigende grad kører sygebesøg for vagtlæger og akuttelefonen 1813. Lederne vurderer, at det skyldes en øget viden om og erfaring med kommunale akutsygeplejersker, der nu eksisterer i alle kommuner, kan rykke ud med kort varsel, og hvor sygeplejersker har kompetencer til netop at vurdere akut dårlige patienter på basis af strukturerede observationer og målinger (fx iltmætning, blodtryk, infektionstal, blodsukker, blodprocent mv.). Alt sammen information, der kan anvendes til at kvalificere lægens beslutninger og den videre visitation af patienten i vagttiden, hvor lægen hverken kender patienten eller den konkrete kommunale kontekst.

Nogle kommuner har arbejdet aktivt på at få et tættere samarbejde med den lokale lægevagt/ akuttelefon og har fx haft akutsygeplejersker ude at køre med vagtlæger/lægebiler og samarbejdet med hospitalsvisitationen for at få dem til at minde vagtlægerne om de kommunale akutteams, når de ønsker at indlægge. En undersøgelse af vagtlægeordninger og akuttelefonen 1813 bekræfter billedet af, at flere ledere af regionale vagtordninger ser positivt på mulighederne for at sende akutsygeplejersker ud som første respons i de tilfælde, hvor der er behov for en akut vurdering inkl. relevante målinger som grundlag for en mere præcis videre visitation (Vinge & Ramussen, 2017).

En enkelt kommune har som nævnt valgt ikke at køre sygebesøg hos borgere, der ikke er kendt i sygeplejen – hverken for praktiserende læger eller vagtlæger. Begrundelsen er, at kommunen ikke oplever, at det giver mening, hvis akutteamet ikke har noget forudgående kendskab til borgeren og ikke har adgang til data om denne. Desuden oplever lederen af sygeplejen, at det ressourcemæssigt ikke er muligt for sygeplejen af dække mere end det antal borgere, der allerede er visiteret til sygepleje. Ingen andre kommuner har samme forbehold – hverken i forhold til, hvorvidt det fagligt er problematisk at vurdere borgere, der ikke er kendt i kommunens sygepleje, eller at det er et ressourcemæssigt problem at dække borgere, der ikke er kendt i sygeplejen. De øvrige kommuner ser de akutte vurderinger for almen praksis og vagtlæge/akuttelefon som en

³⁸ Som nævnt tidligere er der en enkelt kommune, som kun foretager akutte vurderinger på borgere, der er kendt i sygeplejen i forvejen.

væsentlig opgave for deres udgående akutfunktioner, uanset om de kender borgerne eller ej, om end der er stor forskel på, i hvilket omfang lægerne gør brug af denne mulighed – både inden for den enkelte kommune og kommunerne imellem.

5.2.2 Dilemmaer omkring ikke-akutte opgaver fra almen praksis

Parallelt med at kommunerne oplever et stigende antal henvendelser fra almen praksis omkring akutte vurderinger af borgere, oplever nogle kommuner også et stigende antal henvendelser fra almen praksis om opgaver, der ikke er akutte. Det drejer sig primært om ikke-akutte blodprøver. Her nævnes særligt INR, der typisk tages for at regulere blodtryksmedicin. Der kan opstå situationer, hvor en praktiserende læge ønsker at få målt INR på en borger og beder akutfunktionen gøre det, uden at blodprøven er relateret til nogen form for akut situation eller vurdering af borgeren. En leder af et akutteam forklarer:

Vi har en hel del blodprøver, det intet med akutte blodprøver at gøre. Det kan være praktiserende læge, der gerne vil have taget blodprøve mandag på en borger, der lige er sendt hjem fra hospitalet, og de har skrevet, at der skal tages INR på mandag, og lægen har ikke nogen mulighed for at sende laboratoriet ud, og han har ikke selv noget INR-apparat. Så hvis ikke vi kører ud, så må han bare ordinere tabletter i blinde ud fra den sidste prøve. Alternativet det er, at folk skal indlægges til blodprøver. Sidste år tog vi [et trecifret antal] ikke-akutte blodprøver, som egen læge ikke kan få taget på anden vis. (Leder af akutteam)

Som lederen påpeger, så er udfordringen, at det regionale system (hospitaller, almen praksis og laboratoriefunktioner) ikke kan løse den konkrete opgave hurtigt nok, og derfor bliver de kommunale akutteams løsningen, som udfører opgaven.

En leder i en anden kommune forklarer, at akutteamet som led i opbygningen af samarbejdet med praktiserende læger bevidst valgte at tilbyde at tage ikke-akutte kontrol-INR for lægerne, selvom det ikke er en akutopgave, og selvom kommunen ikke mener, det er akutteamets opgave:

Vi har haft meget fokus på samarbejdet med almen praksis, og det skal ikke være nogen hemmelighed, at vi i starten plejede dem lidt, og at vi ikke sagde nej, når de ringede og for eksempel spurgte, om vi kunne køre ud og måle en kontrol-INR. Det er jo ikke helt vores opgave, men det var 'no go' at sige nej, fordi de [lægerne] skulle lære os [akutteamet] at kende. Det skal være nemt for lægerne få hjælp, og de skal have tillid til kompetencerne i teamet. For hvis det er bøvl eller usikkert, så indlægger de prompte. (Leder af akutteam)

Citatet illustrerer, at kommunerne har behov for at etablere et godt lægesamarbejde, da akutteamet har behov for såvel henvendelser fra lægerne som tilgængelighed til lægerne i relation til de borgere, der er i akutteamet. Derfor valgte teamet ifølge denne leder at 'please' lægerne for på den måde at styrke samarbejdet og gøre lægerne positivt stemte over for akutteamet.

Denne adfærd illustrerer, hvordan kommunerne er i en position, hvor deres akutteams er helt afhængige af samarbejdet med almen praksis for at kunne få kontakt til deres målgrupper, for at kunne løse opgaver omkring borgerne i disse målgrupper og for at kunne medvirke til at forebygge indlæggelser. Derfor skelner akutsygeplejerskerne ikke altid helt skarpt mellem, hvorvidt de opgaver, de får fra egen læge, egentlig er akutte opgaver eller ej, fordi det er så vigtigt for kommunernes akutteams at sikre et godt samarbejde med almen praksis.

På sigt indeholder denne adfærd og afhængighed dog også et dilemma: På den ene side peger akutsygeplejersker på, at det ”*giver god mening*”, at de løser de opgaver, der skal løses omkring borgerne – akutte eller ej – fx i relation til ikke-akutte blodprøver og sygebesøg. På den anden side rummer det også en udfordring i relation til det fænomen, der i kommunerne kaldes ufinansieret opgaveglidning. Det gælder både i relation til hospitalssektoren, som det tidligere eksempel med IV-medicinering viste, men også i relation til almen praksis (samt vagtlæger og akuttefoner), som disse eksempler indikerer.

5.3 Midlertidige pladser og lægeligt samarbejde om borgerne

Kommunerne oplever, at borgerne på de midlertidige pladser generelt set er mere syge end tidligere. Men behovet for lægeligt samarbejde varierer, alt efter hvilken slags borgere og hvilken slags midlertidige pladser der er tale om. Således giver borgere på planlagt aflastning ikke nødvendigvis et øget behov for tæt lægeligt samarbejde. Men jo tættere borgerne kommer på en indlæggelse, jo større er behovet for tæt lægeligt samarbejde omkring borgerne. Det kan enten være borgere, der er henvist af egen læge, borgere, der er sat i behandling via en hospitalsudlæggelse, eller borgere, der er nyudskrevne. Men netop fordi de midlertidige pladser – særligt akutpladserne – er der, hvor de dårligste og mest ustabile borgere befinder sig, er det også her, at kommunerne oplever det største behov for lægelige kompetencer. En leder i en kommune med akutpladser oplever situationen således:

Det er langt de færreste [borgere], der er færdigbehandlet, når de kommer herud fra hospitalet. De har et langt forløb endnu. Vi har en stor opgave med at koordinere de her forløb for at undgå genindlæggelser. Vi har voldsomt komplekse borgere, som er multisyge. De er virkelig dårlige, dem vi har. Vi er en lille medicinsk afdeling – det må vi jo ikke kalde os, men det er det, vi er. (...) Vi kunne rigtig godt tænke os en fast tilknyttet læge. Vi kunne godt gå stuegang herude hver dag, for vi har mange lægekontakter hver eneste dag. (Kommunal leder)

Kommunerne anvender **forskellige modeller** for at sikre lægedækning til borgerne på de midlertidige pladser. Alle kommuner forsøger at samarbejde med borgerens *egen læge*, når en borger er udskrevet til en midlertidig plads. Nogle kommuner har valgt at *indgå lokalaftaler med enkelte praktiserende læger* om lægedækningen af (en del af) borgerne på pladserne (bl.a. fordi der tidligere var en bestemmelse i overenskomsten om, at lægerne ikke var forpligtet til at køre mere end max 15 km på sygebesøg), og der kan snildt være mere end 15 km mellem lægepraksis og kommunens midlertidige pladser i mange kommuner. Andre kommuner har valgt at *ansætte læger* i tilknytning til pladserne. Og endelig ses også forskellige former for *hospitalssamarbejde* omkring pladserne, bl.a. udlagte patienter og patienter, der sættes i behandling af hospitalslæger uden forudgående indlæggelse i en kommune.

5.3.1 Midlertidige kommunale sengepladser og ’minihospitaler’

I debatten om det kommunale sundhedsområde nævnes ’nærhospitaler’ og ’minihospitaler’ ofte i relation til eksisterende ’sundhedshuse’, hvor der i dag findes midlertidige pladser. Umiddelbart kan de større samlinger af stationære kommunale sengepladser, der mange steder er placeret i moderne bygninger med tidssvarende faciliteter og enestuer, ligne en ikke helt lille hospitalsafdeling – noget, der kan opfattes som en art nær- eller minihospital. Netop derfor er det væsentligt at påpege, at der er helt afgørende forskelle på de kommunale sengepladser og begrebet *hospital* – uanset om der sættes ’*mini*’ eller ’*nær*’ foran det:

Kommunerne er ikke en del af det behandlende sundhedsvæsen

Kommunernes rolle i det sundhedsvæsen, der findes i dag, er ikke at være en del af det behandlende sundhedsvæsen i betydningen at være behandlingsansvarlig³⁹ (på andre områder end rusmiddelområdet og i tandplejen, hvor der begge steder kræves ansættelse af (tand)læger). På alle øvrige områder ligger behandlingsansvaret enten på hospitaler, i almen praksis eller i speciallægepraksis. Kommunerne har ikke behandlingsansvaret i sundhedsvæsenet.

Ingen medicinrum på midlertidige pladser

Som beskrevet i afsnit 3.5.1, må kommunerne ikke opbevare ikke-cpr-relateret medicin. Der er med andre ord intet medicinrum på et kommunalt sengeafsnit. Her adskiller kommunale sengepladser sig markant fra hospitalernes sengepladser.

Ingen journaladgang på midlertidige pladser

Kommunerne, der ikke er behandlingsansvarlige – herunder medarbejderne på de stationære sengepladser – har ikke adgang til journaloplysninger på de borgere, der indlægges på midlertidige pladser. Derfor bruger personalet på pladserne ifølge lederne megen tid på at indsamle oplysninger om bl.a. behandlingsforløb, diagnoser, status og planer.

Ingen epikriser på midlertidige pladser

En af årsagerne til, at de midlertidige pladser er så afhængige af det tætte lægesamarbejde, er, at kommunerne ikke modtager epikriser⁴⁰ på de borgere, der udskrives til kommunale akuttilbud eller andre midlertidige pladser. En leder forklarer her, hvilke udfordringer det giver i hendes kommune:

Det allermest udfordrende er nok, at vi ikke har de opdaterede lægefaglige oplysninger på borgeren, når de lander herude [på akutpladserne]. Vi får ikke epikrisen, den sendes kun til egen læge. Epikrisen sendes oftest også senere, end borgeren er udskrevet – og så kan egen læge ikke hjælpe. De oplysninger, der står i plejeforløbsplanen [som er det, akutsygeplejerskerne får fra hospitalet], de er ikke helt retvisende i forhold til det, vi har brug for. Og sådan noget helt basalt som borgerens diagnoser kan man heller ikke altid se. Så vi får ofte borgere, hvor vi faktisk ikke ved noget som helst om, hvad de fejler. Det er et kæmpe problem, for det er enormt tidskrævende at skulle ringe rundt og skrabe oplysninger sammen om borgerne, inden man kan få overblikket over, hvad det er, vi har med at gøre. (Kommunal leder)

Ingen læger med behandlingsansvar på midlertidige pladser

De tre ovenstående punkter relateret sig alle til det faktum, at der ikke er ansat kommunale læger med behandlingsansvar på de kommunale sengepladser som følge af den arbejds- og ansvarsfordeling, der er i det danske sundhedsvæsen. De behandlingsansvarlige læger har regionalt ophæng: enten i almen praksis, speciallægepraksis eller på hospitaler.

Ovenstående fem forskelle mellem stationære senge i hospitalsregi og i kommunalt regi er helt afgørende og grundlæggende forskelle, som betyder, at stationære kommunale sengepladser *ikke* er at sammenligne med hverken små eller nære hospitaler – uanset hvor meget de måtte ligne det, og uanset hvor syge de patienter, der udskrives til disse pladser, reelt er. Når flere

³⁹ I sundhedslovens § 5 defineres begrebet *behandling* bredt: *Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnostisering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient* (LBK nr. 903 af 26/08/2019, § 5, Sundheds- og Ældreministeriet, 2019).

⁴⁰ En af de deltagende kommuner har iværksat et forsøg i samarbejde med almen praksis og det lokale hospital, hvor de midlertidige pladser modtager epikriser.

kommunale ledere peger på, at deres midlertidige pladser reelt er et minihospital, er det ikke i modstrid med dette. Lederne er udmærket klar over de grundlæggende forskelle mellem deres midlertidige pladser og et hospital. Det, lederne hentyder til, er, at de patienter, de har ansvaret for på de kommunale midlertidige pladser, er så syge, uafklarede eller ustabile, at de ligner patienter på en medicinsk afdeling.

Men i takt med kommunernes oplevelse af, at borgerne på midlertidige pladser i stigende grad reelt er patienter, er det netop spørgsmål om adgang til ikke-cpr-relateret medicin, epikriser, informationer om borgernes diagnoser og behandling samt øget og mere fleksibel adgang til lægelige kompetencer, de oplever et stigende behov for: alt det, der adskiller dem fra et hospital. Det er således kun patienterne, som lederne oplever, ligner dem på en medicinsk afdeling: På alle de andre afgørende parametre har de ikke de kompetencer, rammer og muligheder, som hospitalerne har. Disse temaer træder tydeligt frem, når de kommunale ledere beskriver udfordringer i relation til deres midlertidige pladser, særligt deres akutpladser, og deres oplevelse af behovet for flere lægelige kompetencer, mere fleksibelt og tættere på borgerne på de kommunale sengepladser.

5.3.2 Intermezzo: Midlertidige pladser som udfordring for almen praksis

De midlertidige pladser rummer ikke kun udfordringer for kommunerne. Også set fra almen praksis' perspektiv kan de udgøre et dilemma. Som beskrevet har praktiserende læger ikke deltaget i denne kortlægning, der udelukkende omhandler kommunernes erfaringer på akutområdet. Men under kortlægningen blev det klart, at et væsentligt aspekt af de udfordringer, som kommunerne oplever relation til at sikre lægelige kompetencer omkring borgerne på midlertidige pladser, skyldes, at pladserne også kan udgøre et dilemma for de praktiserende læger. Dette beskrives derfor i dette intermezzo – og alene på basis af de kommunale lederes oplevelser af dilemmaet for almen praksis.

De udfordringer, kommuner står over for, står almen praksis også over for: I takt med at patienter udskrives tidligere og er mere syge og ustabile ved udskrivelsen, hjemtages en del af disse borgere på akutpladser med døgndækket sygepleje eller på øvrige midlertidige pladser. Disse borgere er udskrevet til egen læge – også selvom de er overført til en kommunal sengeplads⁴¹. Og flere kommunale ledere oplever, at det er en udfordring – ikke kun for kommunerne, men også for de praktiserende læger. En leder i en kommune med både akutteam og midlertidige pladser forklarer:

Den største udfordring handler om, at kortere indlæggelser og mere komplicerede borgere, der udskrives til rehabiliteringspladser og eget hjem, giver uklarhed omkring, hvem der har det lægelige behandlingsansvar. Egen læge ved typisk ikke, hvad der er foregået, og det er svært at komme i kontakt med den udskrivende afdeling. (Kommunal leder)

I en anden kommune oplever en leder på akutområdet også, at der kan være uenighed mellem egen læge og hospitalets læger omkring behandlingsansvaret:

Nogle gange er sygehus og egen læge ikke helt enige om, hvor behandlingsansvaret ligger. Den står vi relativt tit i, fordi de [borgerne] er så dårlige. Så er de lige blevet udskrevet til egen læge her på [akut]pladserne, men egen læge mener ikke altid, at det er hans ansvar, og så sender han dem tilbage. Og så oplever vi lidt, at borgeren

⁴¹ Med undtagelse af de steder, hvor hospitalslæger – særligt i forbindelse med IV-antibiotikabehandling – beholder ansvaret for denne del af behandlingen.

bliver en kasterbold – hvor vi jo bliver forløbsansvarlige og er nødt til at gribe bolden for at finde ud af, hvor det er, vi skal sætte ind. Det bruger vi frygtelig meget tid på. Problemet er: Hvem har ansvaret for hvad i behandlingsforløbet? Det er forløb, hvor vi ikke tænker, de er færdigbehandlet, når det kommer hertil. Den er lidt svær. Det kan godt være, at det ser entydigt ud på papiret [i sundhedsaftalen], men sådan er virkeligheden bare ikke. (Kommunal leder)

Lederne understreger, at uklarheden omkring behandlingsansvaret *ikke* opstår i de behandlingsforløb, som er startet på eller af hospitalet, fx IV-behandling, hvor hospitalet beholder ansvaret. Her er der ikke tvivl, om det er hospitalets ansvar, og udlæggelser er således ikke et problem i forhold til behandlingsansvar, selvom de kan rumme andre udfordringer for kommunerne, jf. det tidligere beskrevne eksempel om IV-behandling. Udfordringerne handler om patienter, der er tidligt udskrevet til egen læge, men hvor egen læge er uenig i, at patienten er færdigbehandlet, eller egen læge slet ikke ved, at patienten har været indlagt og endnu ikke har modtaget en epikrise, men hendes patient er landet på en midlertidig plads, hvor personalet står og mangler oplysninger.

Flere kommunale ledere peger på de udfordringer, de oplever, at udviklingen skaber for praktiserende læger, både logistiske såvel som faglige: Jo flere midlertidige pladser kommunerne har med tidligt udskrevne og akut dårlige borgere, jo større bliver behovet for, at de praktiserende læger rent fagligt kan håndtere borgere i denne fase af deres sygdomsforløb, og for at lægerne er tilgængelige med kortere varsel i hele åbningstiden – og gerne også ud over denne⁴².

En overlæge på en geriatrisk hospitalsafdeling med et tæt kommunalt samarbejde, som derfor har indgået i denne kortlægning, peger på det samme, som kommunerne oplever, at deres praktiserende læger giver udtryk for:

De patienter, der ligger der [på akutpladserne], er ikke helt klar til de praktiserende læger. De [praktiserende læger] kan ikke opretholde det akutberedskab, der skal til. (Overlæge med udgående funktion på kommunale akutpladser)

Denne overlæge tilser patienter på kommunale akutpladser og har derfor erfaring med, hvilke patienter der reelt ligger på akutpladserne i den kommune, hun samarbejder med. Og hendes vurdering er, at der ligger en del patienter på midlertidige pladser, der er udskrevet så tidligt, at de "ikke helt er klar til de praktiserende læger".

En leder i en anden kommune forklarer, hvordan hun oplever, at de praktiserende læger reagerer på kommunens akutpladser:

Vi har nogle praktiserende læger, der siger, at de skal ikke ud og gå stuegang [på kommunens akutpladser]. (...) De vil ikke have det lægefaglige ansvar for en på den måde dårlig borger, og det er måske dér, de siger: "Jeg vil gerne have borgeren indlagt". For så ved de, at det er ikke deres ansvar, og at borgeren er et sted, hvor der er læger og sygeplejersker og hele setup'et. (Kommunal leder)

Men det er ikke kun fagligt, at der kan opstå udfordringer. Logistisk er udfordringen for praktiserende læger, at de dårligste borgere i kommunerne bliver samlet på én matrikel i kommunen, hvilket kan give relativt lange transporttider for lægerne i udkanten af de større kommuner rent geografisk. Således peger flere kommunale ledere på, at deres ønske om at have egen læge på

⁴² Flere ledere fortæller, at nogle praktiserende læger giver medarbejderne på akutpladser deres private telefonnumre, så de kan kontaktes uden for åbningstiden, hvis der skulle opstå noget akut omkring deres patienter. Det gør langt fra alle. Men flere ledere i flere kommuner oplever, at praktiserende læger gør dette.

akutpladser (eller andre midlertidige pladser) bl.a. bunder i de udfordringer, de oplever i relation til variationen i lægedækningen fra almen praksis: Både fordi lægerne er forskellige og har forskelligt syn på deres rolle i relation til borgere på midlertidige pladser, og fordi lægerne har forskellige muligheder for at køre sygebesøg til patienter, der er samlet på én matrikel i kommunen.

Samlet set er det vigtigt også at forstå samarbejdet omkring lægedækning på de midlertidige pladser set fra almen praksis' perspektiv. For når kommunerne vælger at etablere midlertidige pladser, herunder akutpladser, som respons på den udvikling, de oplever med stadigt tidligere udskrevne patienter, så har det også konsekvenser for almen praksis, at der efterhånden er + 3.200 midlertidige pladser – som nævnt svarende til ca. 66 % af kapaciteten på de medicinske hospitalsafdelinger tilsammen. I en kommune med relativt mange midlertidige pladser og ca. halvt så mange praktiserende læger svarer det til, at hver praktiserende læge i gennemsnit skal passe to patienter på kommunale sengepladser, der desuden kan være placeret relativt langt fra lægen praksis. Det udgør et dilemma for lægerne: På den ene side kan det ses som en fordel, at lægens patienter er på midlertidige pladser med sundhedsfagligt personale omkring sig døgnet rundt i stedet for at være i eget hjem med fx et nødkald. På den anden side kan borgerne udskrives endnu tidligere, fordi de kan overføres til midlertidige pladser, eventuelt akutpladser med døgndækkende sygepleje, og derfor får de endnu større behov for lægens kompetencer – døgnet rundt. Både fagligt, organisatorisk og logistisk kan borgere hjemtaget til kommunernes midlertidige pladser – særligt akutpladser – være en udfordring for de praktiserende læger. Som nævnt er billedet ikke entydigt, og kommunerne peger netop på den store variation i almen praksis som en væsentlig udfordring for kommunernes medarbejdere og for borgerne.

Det må igen understreges, at denne kortlægning alene har fokus på de kommunale akutfunktioner set i et kommunalt perspektiv. Og kommunerne ser et stigende behov for lægelige kompetencer til de borgere, som kommunerne skal håndtere, særligt i de kommunale akutfunktioner. Kommunernes opbygning af kapacitet på dette område er sket sideløbende med tidligere udskrivninger, og at dårligere borgere skal håndteres i kommunerne. I relation til kommunernes midlertidige pladser er det dog væsentligt også at have blik for, hvordan denne opbygning af kapacitet og kompetencer i kommunerne medfører et behov for lægelige kompetencer fra almen praksis til at varetage de lægelige opgaver med at håndtere borgerne på de kommunale sengepladser.

5.3.3 Midlertidige pladser og forebyggelse af indlæggelser

Midlertidige pladser anvendes både i situationer, hvor en praktiserende læge vælger at indlægge en patient direkte på en midlertidig plads (primært på akutpladser), og efter indlæggelse, hvor kommunen vurderer, at indsatsen mest hensigtsmæssigt varetages på en midlertidig plads, eller borgeren simpelthen ikke er kan være i eget hjem af forskellige årsager. Lederne vurderer, at langt de fleste borgere på midlertidige pladser kommer direkte fra hospital, hvilket mange af dem desuden har lokale data, som kan bekræfte.

I enkelte kommuner er det lykkedes at opbygge et samarbejde med almen praksis, som betyder, at godt halvdelen af akutpladserne er forbeholdt borgere, der kommer fra hjemmet og indlægges via egen læge. En leder i en af disse kommuner forklarer:

Vi har valgt at holde [ca. 45 % af akutpladserne] adskilt [fra de øvrige akutpladser], for ellers ville der aldrig være pladser til borgere fra praktiserende læge, fordi man ville prioritere at undgå [betaling for] liggedage [for færdigbehandlede] fra hospital. Men vi vil gerne have kapacitet til [borgere henvist af] almen praksis. Vi lader almen praksis låne pladser for at forebygge indlæggelser. Så hvis en praktiserende læge ringer og

melder en patient, så skal vi godt nok også have en plads til dem. Så lige så snart, vi har fyldt vores [45% af pladserne til borgere fra almen praksis], så ringer jeg til [den der styrer visitationen til pladserne] for at høre, om vi kan udskrive nogen eller låne nogen pladser [på rehabiliteringsafsnittet] til almen praksis. (Kommunal leder)

Men langt flertallet af kommunerne oplever, at selvom de gerne ser, at praktiserende læger bruger de midlertidige pladser som alternativ til indlæggelse i de tilfælde, hvor de finder det relevant, så er det kun i ganske få kommuner, at dette rent faktisk sker.

En af årsagerne til dette er givet, at der er helt andre muligheder for at udrede og behandle patienter på de afdelinger, som gennem de sidste år er bygget op med netop dette formål: de fælles (medicinsk og kirurgiske) akutmodtagelser (FAM). Den praktiserende læge kan ikke i samme omfang – eller samme tempo – trække på hverken diagnostisk kapacitet eller speciallægekompetencer fra en kommunal sengeplads. Og som en hospitalsoverlæge, der har deltaget i denne kortlægning, fordi hun har et nært samarbejde med en kommunal akutfunktion, påpeger, så kræver det langt mere at forebygge en indlæggelse end at følge op på en:

Forebyggelse af indlæggelse fylder mindst i antal [på akutpladserne], men kræver mest i forhold til faglighed. Det er langt vanskeligere at forebygge end at følge op. Det kræver en meget høj faglighed og en tæt involvering af læger med specialistkompetence at sikre et kvalificeret alternativ til hospitalsindlæggelse. (Overlæge med udgående funktion på kommunale akutpladser)

Derfor kommer langt de fleste borgere på pladserne efter en indlæggelse – og ikke før. Midlertidige pladser har således væsentligt lettere ved at muliggøre tidligere udskrivninger end at forebygge indlæggelser.

Flere kommuner lægger dog større vægt på en målsætning om, at de kommunale akutfunktioner skal medvirke til at forebygge indlæggelser, end på at de skal muliggøre tidligere udskrivninger, hvilket bl.a. ses i politiske sagsfremstillinger, notater og dokumenter om kommunernes akutfunktioner (inkl. akutpladser). I flere kommuner registreres akutsygeplejerskernes selvrapporterede oplevelse af antallet af forebyggede indlæggelser. Men opgaven med at forebygge indlæggelser og etablere det, overlægen beskriver som et "kvalificeret alternativ" til indlæggelse, hvor der er adgang til de rette lægelige kompetencer og udredningsmuligheder, er udfordrende. Og indtil nu har det ikke været muligt at dokumentere en signifikant effekt af akutteams på forebyggelse af indlæggelser.

Umiddelbart kan det være fristende at tænke, at når akutmodtagelserne de seneste år er blevet samlet på 21 akutsygehuse, og afstandene til en FAM for nogle patienter af samme årsager er blevet længere – og når den gennemsnitlige liggetid på en FAM tælles i timer og ikke længere i dage, så må kommunale sengepladser i et eller andet omfang kunne bruges som alternativ til disse meget korte ophold på en FAM-afdeling. Udfordringen med dette ræsonnement er imidlertid, at det, FAM'erne på de 21 akutsygehuse skal sikre, netop er den adgang til den "specialistkompetence", der er behov for, kombineret med hurtig adgang til diagnostiske ydelser. Hele denne diagnostiske kapacitet er samlet på akutsygehusenes FAM-afdelinger, hvor læger er tilgængelige døgnet rundt til udredning og behandling af ikke mindst ældre medicinske patienter. I primærsektoren ser billedet ganske anderledes ud. Hvis en praktiserende læge vælger at indlægge en patient på en midlertidig kommunal plads, så er hun selv ansvarlig for den udredning og diagnostisk, der eventuelt skal til. Og her er mulighederne ikke i nærheden af den, der er på en FAM på et akutsygehus. Desuden er hun selv ansvarlig for al lægedækning af borgeren på den kommunale plads – på hospitalet står et helt vagthold klar. Disse grundlæggende forskelle

er medvirkende til, at langt de fleste borgere på midlertidige pladser i kommunerne kommer *efter* et hospitalsophold, og at en indlæggelse på en kommunal sengeplads sjældent bliver set som et relevant alternativ for en praktiserende læge, der står med en dårlig patient. Derfor er det i praksis ikke let at substituere selv korte indlæggelser på FAM med kommunale akutpladser, der som nævnt adskiller sig markant fra hospitalsafdelinger på helt afgørende punkter.

Forebyggelse af indlæggelser kan dog også handle om forebyggelse af *genindlæggelser* af nyligt udskrevne borgere, der er udskrevet direkte til en midlertidig plads. Og her oplever nogle ledere, at *genindlæggelser* fra midlertidige pladser i betydeligt omfang handler om borgere, der ikke var færdigbehandlede ved udskrivelsen:

Vi har mange genindlæggelser, fordi de simpelthen ikke er færdigbehandlet [ved udskrivelse]. De kommer så hurtigt ud, de TOBS'er rigtig højt, de har feber og høje infektionstal. De er jo ikke færdigbehandlede, som de var bare for 5 år siden. Der udskrev de ikke patienter med feber og stigende infektionstal, men det gør de rask væk i dag. (...) Jeg mener, vi skal til at genoverveje, hvordan vi tænker genindlæggelser. For eksempel IV-patienter, de har ikke faldende infektionstal, og de har stadig feber, når de kommer ud. Men når vi så vurderer dem en eller to dage efter [udskrivelse], så kan de jo godt nå at ændre sig, og så er de jo egentlig bare blevet indlagt derhjemme. Vi fortsætter jo behandling, og de er ikke færdigbehandlet – overhovedet – når de kommer hjem. Og hvis de så bliver genindlagt, jamen, så er det jo et led i behandlingen, fordi de jo er udskrevet uden at være færdigbehandlet, og vi er sådan set bare en del af afdelingen derhjemme. Det er ikke en genindlæggelse. (Kommunal leder)

Når begrebet *genindlæggelse* problematiseres af nogle kommuner, så skal det ses i sammenhæng med de ambitioner, der er om, at kommunerne – ikke mindst deres akutfunktioner – skal medvirke til at forebygge (gen)indlæggelser. For den opgave bliver ulige meget sværere, hvis patienterne reelt – og nogle gange også formelt – ikke er færdigbehandlede, men faktisk er udlagte patienter. Så bliver eget hjem, som lederen herover formulerede det, ”bare en del af afdelingen derhjemme”. Det perspektiv har konsekvenser for, hvordan begrebet *genindlæggelse* anvendes, og hvad det bruges til at måle og monitorere.

5.3.4 Dilemmaer omkring ansættelse af læger på midlertidige pladser

Med det øgede behov for lægelige kompetencer og de udfordringer og dilemmaer, som kommunerne oplever i relation til samarbejdet med almen praksis omkring borgere på midlertidige pladser, søger nogle kommuner at løse udfordringen ved at ansætte læger i tilknytning til de midlertidige pladser.

Læger ansat i tilknytning til midlertidige pladser kan have forskellige roller og tilknyttes på forskellige måder. På undersøgelsestidspunktet havde to kommuner ansat læger på deres midlertidige pladser, mens en anden var i gang med det. Det skal understreges, at de læger, der er ansat i tilknytning til kommunale akuttilbud, ikke har deltaget i denne kortlægning.

Kommunerne har forskellige muligheder for at tilknytte læger til midlertidige pladser. De kan ansætte læger i *konsulentfunktioner* – både i tilknytning til midlertidige pladser eller andre områder. Disse læger kan dog ikke have det direkte behandlingsansvar for den enkelte borger på de midlertidige pladser, herunder fx træffe behandlingsmæssige beslutninger om ændringer i behandling, udskrivning af medicin mv. Behandlingsansvaret ligger hos borgerens egen læge eller hos hospitalslæge, hvis der er tale om en udlæggelse (eller i speciallægepraksis).

En enkelt kommune i denne kortlægning har ansat en praktiserende læge til at varetage lægedækningen for de borgere på akutpladser, hvis egen læges praksis ligger mere end 15 km fra akutpladserne. Da 15 km-grænsen for sygebesøg blev ophævet i lægernes overenskomst, ophørte ordningen. Kommunens leder af området peger dog på, at lægen kun i meget begrænset omfang blev brugt til at tilse patienter. Til gengæld havde den lægelige konsulent en meget væsentlig rolle med at bygge bro mellem akuttilbuddet og de øvrige læger i kommunen som en leder i kommunen her forklarer:

Da vi havde ham [den praktiserende læge ansat som konsulent på akutpladserne], brugte vi ham til at hjælpe med kvalitetsarbejde, auditering, udarbejdelse af rammeordination til obstipationsbehandling, undervisning internt, og han er blevet brugt som brobygger til de andre læger. Det har været en meget vigtig funktion. Han har været med til at kvalitetsstemple tilbuddet over for lægerne. (Kommunal leder)

En måde at tilknytte læger til midlertidige pladser er således at ansætte en (oftest praktiserende) læge i en konsulentfunktion, hvor lægen kan fungere som brobygger til de øvrige praktiserende læger og bistå med fx kompetenceudvikling af personalet. I det konkrete tilfælde var det så kombineret med, at lægen – dog i meget begrænset omfang – overtog behandlingsansvaret for læger med konsultation mere end 15 km fra akutpladserne.

Der er også kommuner, der har ansat læger, som ikke er praksiskonsulenter, på deres midlertidige pladser. Præcis hvilke rolle og hvilke opgaver, de varetager i relation til borgerne på de midlertidige pladser, ligger uden for rammerne af denne kortlægning, ligesom VIVE ikke har undersøgt, hvilke konkrete aftaler der eventuelt er indgået med om disse kommunalt ansatte læger med lokale lægelaug. Der ikke findes ingen samlede opgørelser over læger ansat i relation til kommunale midlertidige pladser, og hvilken rolle de spiller i relation til patienterne på disse tilbud. Dog svarer tre kommuner i en KL-undersøgelse i november 2015, at ”betjeningen af borgere i akutfunktionen” sker via ”læge ansat i kommunen” (Dons, 2016).

Andre kommuner, der ligeledes oplever et øget behov for lægelige kompetencer til borgerne på de midlertidige pladser, ser dog ikke ansættelse af læger i tilknytning til pladserne som løsningen på denne udfordring – primært fordi de vurderer, at der er større ulemper end fordele ved at introducere endnu en læge i relationen mellem hospitalets læger og egen læge, som vil skabe flere snitflader og mere kompleksitet, kommunikations- og koordinationsarbejde.

De kommuner, der ikke ønsker at ansætte læger på de midlertidige pladser, peger i stedet på andre løsninger på udfordringerne omkring lægedækningen af borgerne på pladser. Her nævnes bedre overlevering af borgerne ved udskrivelse, idet mange ældre borgere er så forvirrede, syge eller demente ved udskrivelse til en kommunal sengeplads, at de i meget begrænset omfang eller slet ikke kan bidrage med oplysninger om deres behandling, plan og diagnoser. Kommunerne får ikke epikriser – som tidligere nævnt med en enkelt undtagelse – og ofte medgives medicin kun til 24 timer efter udskrivelsen, hvorefter er det borgerens eget ansvar at skaffe medicin med de udfordringer, det rummer i praksis, jf. afsnit 3.5. Derfor handler behovet for lægelige kompetencer på midlertidige pladser ofte om at have nogen, der kan skabe overblik og tilvejebringe oplysninger og borgerens situation, behandlingsplan og diagnoser – oplysninger, som kommunerne ikke har adgang til. Derfor peger kommunerne på, at en del af behovet for lægelige kompetencer kan løses med væsentligt bedre og mere fleksible muligheder for backup fra og hotline til hospitaler, ikke mindst hospitalslæger.

Samlet set oplever kommunerne et øget behov for lægelige kompetencer på de midlertidige pladser, som flere kommuner søger at løse via forskellige former for tilknytning eller direkte ansættelse

af enten praktiserende læger eller andre læger. Men ikke alle kommuner ser dette som en løsning – snarere som noget, der vil skabe endnu flere overgange, mere kompleksitet og større behov for koordinationsarbejde.

5.3.5 Midlertidige pladser og samarbejdet med hospitaler

Mange kommuner har en mere eller mindre eksplicit formuleret målsætning om, at deres akutfunktion skal medvirke til at forebygge (gen)indlæggelser, og en del kommuner har desuden et eksplicit ønske om, at akutfunktionen skal medvirke til at styrke hospitalssamarbejdet. I de kommuner, som har et etableret et særligt hospitalssamarbejde, er det dog meget forskelligt, hvor tæt et samarbejde der er mellem akutfunktioner og hospitalsafdelinger. De fleste akutfunktioners hospitalssamarbejde adskiller sig ikke fra det samarbejde, som kommunen i øvrigt har med hospitaler omkring indlæggelse og udskrivning. Samarbejdet mellem akutfunktion og hospital fremstår således som den mindst udviklede af de snitflader, der er omkring de kommunale akutfunktioner.

Flere af kommunerne oplever, at det har været vanskeligt opbygge et hospitalssamarbejde. Der er dog tre af de største kommuner i kortlægningen samt et tværkommunalt akutteam, som har udviklet et mere formaliseret samarbejde med (en afdeling på) et hospital. De konkrete samarbejder er udmøntet forskelligt, men der ses et tydeligt fælles træk.

Det er store kommuner (eller kommuner med fælles akutfunktion) med et hospital beliggende i (eller meget tæt på) kommunen, som er lykkedes med at få et hospitalssamarbejde op at stå. Og i de tilfælde, hvor samarbejdet også inkluderer udgående hospitalsmedarbejdere til midlertidige pladser, er afstandene små. Desuden dækker akutfunktioner med hospitalssamarbejde så mange borgere, at det giver mening for et hospital at investere tid i et samarbejde. Dette skal ses i lyset af, at et hospital kan have et optageområde på 8-9 kommuner, og at optageområdet også kan rumme en del 'halve' kommuner, fordi optageområder ikke nødvendigvis følger kommunegrænser.

Kort sagt: Det er lettere for en kommune at skabe et hospitalssamarbejde om alt fra udlagte patienter til udgående hospitalslæger og -sygeplejersker eller direkte hotline til hospitalspersonale, hvis der er tale om en (by)kommune med et stort akuttilbud, der både rummer akutteam og akutpladser, end hvis der er tale om en landkommune med mindre end 40.000 indbyggere, der er delt mellem tre hospitalers optageområder. Kommunernes forudsætninger og muligheder for hospitalssamarbejde er således meget forskellige: Blandt de 20 største kommuner (målt på indbyggertal) har de 19 et hospital beliggende i kommunen. Det skaber meget forskellige rammevilkår for hospitalssamarbejdet i kommunerne. Og det kan opleves udfordrende for de mindre kommuner.

Akutfunktionernes hospitalssamarbejde har forskellig udformning: Nogle steder handler det primært om, at hospitalet stiller utensilier og medicin til rådighed for et akutteam. Men samarbejdet kan også handle om oplæring og videregivelse af kompetencer. En leder af et akutteam med hospitalssamarbejde forklarer, hvordan det kan foregå i praksis:

Når man starter i akutteamet, har man altid 2-3 eller ofte flere følgedage inde på hospitalet, hvis altså ikke man kommer derindefra. Mange af dem, vi rekrutterer, kommer heldigvis fra intensiv- eller akutafdelinger og har enten intensiv- eller behandleruddannelser, de kan trække på. Akutteamets medarbejdere har også mulighed for at komme på hospitalet til oplæring i nye opgaver, eller hvis der er noget, den enkelte

sygeplejerske føler sig usikker på. Et aktuelt eksempel er, at sygeplejerskerne [i akutteamet] er begyndt at stetoskopere, og i den forbindelse har de alle sammen været inde på hospitalet, hvor de har gået sammen med en læge for at blive lært op i opgaven og sikre, at de alle sammen lytter på samme måde og tolker det, de hører, rigtigt. (Kommunal leder)

I nogle tilfælde indgår direkte sundhedsfagligt samarbejde omkring patienterne i samarbejdet mellem akutfunktion og hospital. Det kan handle om at kvalificere beslutningen om, hvorvidt patienter kan behandles i eget hjem eller skal vurderes på hospital. Og hvis patienten kan behandles i hjemmet, kan det ske som en hospitalsudlæggelse, hvor hospitalets læger har behandlingsansvaret for patienten. På midlertidige pladser kan det direkte patientsamarbejde handle om at hospitalslæger – eventuelt på faste ugedage – aflægger ambulante besøg, der har karakter af en art stuegang på udlagte patienter, hvilket man nogle steder kalder hospitalslægers ambulante besøg på midlertidige pladser.

En leder af et akutteam i en kommune med et tæt hospitalssamarbejde beskriver fx, at kommunens akutteam har et tæt samarbejde med geriatrisk afdeling, der har ansvaret for al behandling, der er ordineret herfra. Desuden har akutsygeplejerskerne en 24/7 telefonisk hotline til geriaterne i forhold til de patienter, som er tilknyttet dem – altså udlagte patienter. Det kan geriaterne, fordi der i forvejen er et vagthold på afdelingen. I almen praksis er 'vagtholdet' den regionalt dækkende lægevagt. Derudover kører geriaterne ud og vurderer borgerne indtil kl. 21 hver aften. De borgere, som geriaterne sætter i behandling i eget hjem via akutteamet frem for at indlægge dem, får desuden besøg af en geriater og en geriatrisk sygeplejerske i hjemmet, som vurderer dem inden for 24 timer fra behandlingsopstart i forbindelse med udlæggelsen. Dette samarbejde vurderer lederen af akutteamet således:

Det er næsten en bedre behandling end det, man får, hvis man indlægges på sygehuset og kommer ind på en akutafdeling. (...) Det handler om, at vi kan rigtig, rigtig meget som kommune, hvis bare vi har tæt opbakning af speciallæger, som har ansvaret for de borgere, der er i forløb hos dem. (Leder af akutteam)

Denne ordning handler ikke kun om opfølgning på udskrevne patienter, men også om udlagte patienter, der ikke har været indlagt. Eksemplet herover er fra den kommune i kortlægningen, som har det mest udbyggede hospitalssamarbejde.

Flere kommuner har et ønske om at bevæge sig i samme retning, fordi de oplever et stort behov for tættere lægeligt samarbejde og backup, og de vurderer, at flere borgere kunne undgå indlæggelse eller blive behandlet i eget hjem eller i plejebolig, hvis kommunens akutfunktion havde bedre adgang til lægelige kompetencer døgnet rundt. Men det er svært at sikre dette via et hospitalssamarbejde, fordi disse kommuner er for små eller befinder sig for langt fra et akuthospital. I en kommune, som har et hospitalssamarbejde, der ikke er så udbygget som ovenstående, ser en leder af området det således:

Kunne vi måske beholde nogle af borgerne ude hos os, hvis hospitalet i højere grad havde det lægefaglige ansvar? Vi kunne godt tænke os, at der var tilknyttet nogle læger herude, som kunne gå stuegang [på kommunens akutpladser], eventuelt via video. Men det er igen det med, at så skal der laves nogle nye samarbejdsaftaler, fordi de borgere, vi har, har jo deres egen læge. Men de er jo svære at få herud [de praktiserende læger] – og fordi vi [akutpladserne] er centraliseret [ét sted i kommunen], betyder afstanden også, at mange af dem ikke er forpligtet til at tage på syge-

besøg. Så tættere lægekontakt med hospitalet omkring de [borgere] der er rigtig dårlige, og mulighed for at hospitalet i højere grad beholder behandlingsansvaret noget af den tid, de er her, det kunne vi godt tænke os at arbejde med. (Kommunal leder)

Oplevelsen af, at akutfunktionerne har behov for øget lægedækning, går igen i ønsket om tættere hospitalssamarbejde. Men kommunerne ser forskellige løsninger relateret til den situation, de hver især befinder sig i, hvor forskelle i størrelse og beliggenhed i forhold til hospitaler spiller en væsentlig rolle. Oplevelsen af at mangle den lægelige backup er dog baggrunden for, at nogle ledere – særligt i de større kommuner og akutteams – ser et mere formaliseret samarbejde mellem akutfunktioner og hospitalslæger som vejen frem, hvis det skal komme til at give mening rent fagligt at have særlige akutfunktioner med 24/7 sygeplejedækning i kommunerne. En leder i en større kommune ser dette perspektiv for fremtiden:

Hvis man virkelig skal komme nogen vegne med en udkørende akutfunktion, skulle der være delt ledelse, så det var noget, der foregik i et samarbejde mellem hospital og kommune. Og så skal man have nogen lægelige kompetencer ind i det. Lige så vel som der er brug for sygeplejefaglige kompetencer 24/7, er der jo også brug for lægelige kompetencer 24/7, hvis det her akutområde skal kunne noget. Vi kan for eksempel godt have en dygtig akutsygeplejerske, som er hos en KOL-borger og tænker: her er brug for noget behandling. Så kommer en vagtlæge ud og siger: "Nej, jeg vil gerne have borgeren indlagt for en sikkerheds skyld". Men tænk, hvis vi kunne ringe direkte op i akutafdelingen og tale med en læge, og den læge kunne ordinere noget behandling, som kunne iværksættes i hjemmet. Der skulle være et mere formaliseret samarbejde den vej rundt. For sådan som akutfunktionerne er i øjeblikket, har de begrænsede handlemuligheder. Vi oplever det her tit, at vi står med en borger, hvor vi godt tænker, at vi kan håndtere det i hjemmet. (Kommunal leder)

Lægedækning af akutfunktionerne – både sengepladser og akutteams – er et af de mest preserende spørgsmål for kommunerne i denne kortlægning. Mange kommunale ledere har givet udtryk for, at de føler, at de står i et vadedsted, hvor det er uklart, hvordan den udfordring skal løses på sigt: Skal de satse på at sikre lægedækningen via almen praksis, via hospitalssamarbejder eller via egne ansatte læger? Hvad er fordele og ulemper ved de løsninger for den enkelte kommune? Og hvad er overhovedet muligt for de 98 meget forskellige kommuner?

Spørgsmålet er imidlertid også, om det er hensigtsmæssigt at fortsætte den organiske og meget forskelligartede udvikling af sengekapaciteten i det kommunale sundhedsvæsen, der nu er oppe på ca. 3.200 senge. Som det er nu, står kommunerne alene med at finde løsninger på lægedækningen af deres sengepladser. Den udfordring har de meget forskellige perspektiver på, men også meget forskellige muligheder og forudsætninger for at løse – og derfor gøres det meget forskelligt.

Samlet set oplever kommunerne en intensivering og en forbedring af samarbejdet mellem de udgående akutfunktioner og almen praksis, inkl. vagtlæger og akuttelefoner – særligt i de kommuner, som stadig har relativt nyoprettede akutteams. Langt de fleste kommuner beretter, at de har gjort meget ud af at opbygge samarbejdet mellem akutteams og læger – især egen læge i dagtid, men også vagtlæger og akuttelefoner i vagttiden. Og mange akutteams har brugt tid på at tage på besøgsrunder i hver enkelt praksis, på at holde møder med almen praksis og lave informationsmateriale direkte målrettet almen praksis med fokus på, hvad lægerne kan bruge akutteamet til.

De udfordringer, kommunerne peger på i relation til almen praksis, handler primært om variationen mellem lægerne i forhold til samarbejdet omkring borgere på akutpladser og i akutteams (de

samme udfordringer, som kommunerne oplever i samarbejdet med den øvrige hjemmesygepleje og borgere på øvrige midlertidige pladser). For eksempel oplever kommunerne, at det ikke er alle læger, der kontakter akutteamet, ligesom nogle læger ikke kører sygebesøg på midlertidige pladser og er svære at få kontakt til og samarbejde med omkring de syge borgere i akutfunktionerne.

Kommunernes akutfunktioner er på den ene side helt afhængige af samarbejdet med almen praksis for overhovedet at kunne drive et velfungerende og ikke mindst effektivt udnyttet akutteam. De har brug for relevante henvendelser fra lægerne, så teamet kan blive brugt som tiltænkt, jf. kvalitetsstandarderne. Men på den side har kommunerne også brug for, at denne velvilje ikke er på bekostning af, at (nogle) praktiserende læger også bruger kommunernes akutteams til opgaver, som ikke er tiltænkt i akutanbefalingerne, og som således udgør en risiko for ufinansieret opgaveglidning set fra det kommunale perspektiv. Denne balance kan være svær at finde for det enkelte akutteam.

5.4 Opsummering: Lægelige kompetencer og akutfunktioner

Dette kapitel har fokuseret på kommunernes oplevelse af et øget behov for lægelige kompetencer i relation til de stadig sygere borgere, der skal håndteres i primærsektoren, herunder også i de kommunale akutfunktioner. Dette gælder særligt på de midlertidige pladser – ikke kun akutpladser. Flere kommuner søger at løse dette via forskellige former for tilknytning eller ansættelse af enten praktiserende læger eller andre læger. Men ikke alle kommuner mener, at ansættelse af læger er den bedste løsning, bl.a. fordi det skaber endnu flere overgange, en mere kompleks organisering med flere læger og et endnu større koordinationsbehov.

Samlet set oplever kommunerne en intensivering og en forbedring af samarbejdet mellem de udgående akutfunktioner og almen praksis – inkl. vagtlæger og akuttelefoner – særligt i de kommuner, som stadig har relativt nyoprettede akutteams. Langt de fleste kommuner beretter, at de har gjort og gør meget for at opbygge samarbejdet mellem akutteams og læger – særligt egen læge, men også vagtlæger og akuttelefoner i vagttiden. Og mange akutteams har brugt meget tid på besøgssrunder i hver eneste praksis, på at holde møder med praktiserende læger mv.

De udfordringer, som kommunerne peger på i relation til almen praksis, handler om variationen mellem lægerne i forhold til samarbejdet omkring borgere på akutpladser og i akutteams (de samme udfordringer kommunerne oplever i samarbejdet med den øvrige hjemmesygepleje og borgere på øvrige midlertidige pladser). For eksempel oplever kommunerne, at det langt fra er alle læger, der overhovedet kontakter akutteamet, ligesom nogle læger ikke kører sygebesøg på midlertidige pladser, og er svære at få kontakt til og samarbejde med omkring de syge borgere i akutfunktionerne.

Nogle kommuner oplever også, at der er et dilemma mellem på den ene side at få et godt samarbejde op at stå og på den side undgå, at det bliver en form for glidebane, hvor kommunerne oplever at substituere (nogle af) lægernes akutte sygebesøg, eller bliver nemmere at anvende til at tage fx ikke-akutte blodprøver, del af en udredning eller en vurdering af en patient. På den ene side er akutfunktionerne helt afhængige af samarbejdet med almen praksis for at kunne drive et velfungerende og ikke mindst effektivt udnyttet akutteam: De har brug for relevante henvendelser fra lægerne, så teamet kan blive brugt som tiltænkt, jf. kvalitetsstandarderne. På den side har kommunerne også brug for, at denne velvilje ikke er på bekostning af, at (nogle) praktiserende læger også bruger kommunernes akutteams til opgaver, som udgør en risiko for ufinansieret opgaveglidning set fra et kommunalt perspektiv. Denne balance kan være svær at finde for det enkelte akutteam.

6 Tværgående diskussion og perspektivering

I denne tværgående diskussion og perspektivering diskuteres tre spørgsmål på baggrund af kortlægningen. For det første spørgsmålet om den faglige udvikling i hjemmesygeplejen, hvor akutfunktionerne er med til at skabe ændringer i den kommunale sygepleje – ikke kun i akutteams – der kan ligne et paradigmeskifte. For det andet diskuteres akutfunktionernes muligheder og begrænsninger, herunder hvorfor effekten af akutteams nødvendigvis må ses i en større organisatorisk kontekst, hvor effekten af en kommunal akutfunktion afhænger af andre samarbejdsparter. Til sidst diskuteres spørgsmålet om kommunernes ca. 3.200 sengepladser, hvad de er ved at udvikle sig til, og hvorvidt det er en ønsket – eller ønskelig – udvikling?

6.1 Er der et paradigmeskifte undervejs i den kommunale sygepleje?

I interviewene – både med ledere og medarbejdere – skinner det i mange kommuner tydeligt igennem, at forskellene mellem sygeplejersker i akutteams og sygeplejersker i hjemmesygeplejen ikke kun handler om formelle kompetencer, løn- og arbejdsforhold; fra kørelister til nattevagter. Det handler i høj grad også om forskellige måder at bedrive sygepleje på – måske ligefrem om forskellige paradigmer.

Mange sygeplejersker og ledere i akutteams kommer fra hospitalssektoren. Og meget af deres måde at arbejde og tænke på, og de metoder de anvender, stammer også derfra. En leder med mange års hospitalsefter erfaring forklarer, hvordan hun oplevede skiftet til at blive leder af et kommunalt akutteam:

Jeg kommer fra et hospital, og der startede vi jo med akkreditering i slut 80'erne, hvor vi begyndte at spørge: "Hvorfra ved du, at den måde, du skrifter et kateter på, den er rigtig?". Og så fik man svaret: "Jamen, det ved jeg, for det har jeg lært af Johanne!". Og så kom hele den der evidensbaserede bølge, hvor vi begyndte at kigge på: Gør vi det rigtigt, og er det de rigtige utensilier, vi bruger? Og der er vi altså bare startet helt fra bunden i kommunerne: Hvor ved du fra, at den måde, du skifter kateter på, er den rigtige? Og hvor ved du fra, at du må skifte det? Hvor ved du fra, hvorfor borgeren overhovedet har kateter? Har han det på grund af urinretention? Eller har de bare glemt at fjerne det efter en indlæggelse for 100 år siden? De [hjemmesygeplejerskerne] aner det ikke. Og hvilke rolle skal vi som akutfunktion tage i forhold til det? Det bruger vi rigtig meget tid på, og der oplever jeg, at akutfunktionen er med til at få fokus på, at vi har nogen huller i kommunerne. (Leder af akutteam)

Gennem de seneste år er der udviklet en række metoder inden for den primære sygepleje, som lægger større vægt på målinger, særlige systematikker og handlingsalgoritmer (Sundhedsstyrelsen, 2017b). Mange af disse kommer ikke fra hospitalssektoren, men er udviklet i og af aktører i primærsektoren. De tager dog ofte afsæt i den måde at arbejde systematisk og databaseret med bl.a. handlingsalgoritmer, som stammer fra forskning på akutområdet, hvor man har udviklet forskellige systematikker til at vurdere den akut dårlige eller ustabile patient, fx EWS (Early Warning Score, som udregnes på grund af en række vitaler værdier samt en dertil hørende handlingsalgoritme, der bruges til systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter), eller de triagerings-algoritmer, der anvendes på akutmodtagelser, hvor man ud fra bestemte målinger og observationer fastlægger, hvor hurtigt patienter skal tilses, og hvem der skal tilses dem.

I primærsektoren arbejdes der som beskrevet i Bilag 2 særligt med metoder som ABCDE, TOBS og ISBAR, men også med systematisk observation af hverdagsindikatorer hos borgere, der skal opspore faldende funktionsniveau tidligt, inden det eventuelt udvikler sig til begyndende og senere akut indlæggelseskrævende sygdom. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner lægger sig tæt på ad denne tænkning og styrelsens publikation om tidlig opsporing af forringet helbredstilstand hos ældre (Sundhedsstyrelsen, 2017b). Og akutsygeplejerskerne bliver ofte associeret med dette paradigme og denne måde at arbejde på. En leder af et akutteam med rødder i hospitalssektoren forklarer her, hvordan hun oplever forskellen på akutteamets og hjemmesygeplejens måde at arbejde på:

Akutteamet laver noget, hjemmesygeplejen ikke gør: Vi laver en struktureret ABCDE-vurdering og en sekundær vurdering⁴³, som du også kan kalde at bruge det kliniske blik. Vi oplever, at hjemmesygeplejen er rigtig dygtig til at springe direkte i sekundær vurdering: Hun er god til at fornemme, hvordan er den her borger, hvordan plejer det at være med den her borger og sidst, hun havde en UVI⁴⁴, var hun også sådan. Det er de gode til. Men de er ikke så gode til at være strukturerede i deres ABCDE. Akutteamet tager altid vitale parametre, uanset hvad. Hele pakken bliver taget. Og så har vi et skema, som beskriver, hvad det er, du skal vurdere, fx hvad du skal vurdere omkring respiration. På en ABCDE kan de jo komme ud præcis, som de plejer, men du er stadigvæk bekymret. Det er der, hvor man alligevel siger – der er jo noget! Så den sekundære vurdering er ikke forkert, den er vigtig, og hjemmesygeplejerskerne er gode til det. Men de knytter det utroligt meget til at kende patienten. Hvis de ikke kender patienten, så er de enormt utrygge ved at tage ansvar for det, de fagligt ser. Hvis ikke de med sikkerhed kan sige: ”Jeg har set borgeren for en uge eller tre siden, og der trak hun vejret rigtig fint, men det gør hun ikke nu”, så har de ikke redskaberne til at sige: Hvad betyder det at kunne ”trække vejret fint”? Betyder det, at borgeren kunne gå til toilettet uden at tabe luften, og det kan han ikke nu? Eller betyder det, at han kunne gå på gaden? Det får hjemmesygeplejen ikke kvalificeret: Hvad betyder det, at der er ”en forværring”. Det er de ikke ret gode til. (...) En hjemmesygeplejerske skriver for eksempel, at en borger har ”begrænsede smerter”, men får det ikke kvalificeret og spørger ikke ind til ”på en skala fra 1-10 osv.” Og hvad skal hendes kollega så gøre i morgen, når hun kommer der ud og ikke ved, hvad der er ment med ”begrænsede smerter”? (Leder af akutteam)

I akutsygeplejen lægges stor vægt på at ”kvalificere” observationer, ikke kun for at kommunikere med læger, men også med kollegaer. Og med ”kvalificere” menes ofte kvantificere. Dette er med til at forklare, hvorfor der gennem hele kortlægningen har været meget forskellige perspektiver på væsentligheden af kontinuitet i borgerrelationerne: Der er meget forskellige holdninger til, hvor afgørende sygeplejerskens personlige kendskab til en borger er som grundlag for at kunne foretage en (akut) vurdering af en borgers tilstand. Og her læner akutsygeplejerskernes faglighed sig langt mere op af de systematikker, metoder og målinger, som kendetegner deres specifikke faglighed, end hjemmesygeplejen gør – at dømme ud fra informanterne i denne kortlægning.

I en af de kommuner, som har valgt at integrere akutfunktionerne i hjemmesygeplejen, blev sygeplejerskerne uddannet i at foretage en akutvurdering ved at anvende den systematik, der er

⁴³ En sekundær gennemgang (eller sekundær vurdering) beskrives som en anamnese (sygdoms-/symptomhistorie) underbygget med spørgsmål som bl.a.: Hvornår begyndte symptomerne? Hvad lindrer/forværrer symptomerne? Hvordan beskriver borgeren symptomerne? Hvor lang tid har det stået på? Er der sket noget inden for de sidste dage/timer, som kan forklare tilstanden? mv.

⁴⁴ UVI er en forkortelse af urinvejsinfektion.

indlejret i ABCDE-metoden og efterfølgende TOBS-scoring af borgerne. Her oplevede lederen af sygeplejen, at der indledningsvis var en del modstand blandt nogle af hjemmesygeplejerskerne:

Mange – specielt de gamle – sagde, da de så de handlingsalgoritmer, de skulle til at følge [se eventuelt Bilag 2 om TOBS], nu skulle de jo til at gå ind ad døren og tælle vejtrækning, de skulle tælle puls, kigge i øjne, lave grov neurologisk undersøgelse, og jeg skal komme efter dig, og de skulle dokumentere det, og der skulle regnes point ud – de sagde til mig: "Det der, det kan vi i forvejen på gefühlen". Men nu har de fået uddannelsen, og nu siger de til mig: "Det er den største hjælp til hjemmesygeplejen, at nu har vi noget at handle efter. Nu ved vi, at vi gør det, vi skal". Det kom meget bag på mig, at de nu kommer direkte og siger: "Jeg troede, at jeg kunne det her – men det kunne jeg ikke". Den faglighed, der er blevet puttet i hjemmesygeplejen ved det her [akutuddannelse], den er helt enestående. Det er at professionalisere hjemmesygeplejen. (Leder af sygeplejen i kommune med akutfunktion integreret i hjemmesygeplejen)

Flere ledere af akutteams er meget bevidste om, at akutsygeplejerskerne ikke blot skal levere akutsygepleje til borgerne – de skal være med til at ændre den måde, der arbejdes på i den kommunale hjemmesygepleje, så den i højere grad ligner det paradigme, som akutsygeplejerskerne repræsenterer. En leder af sygeplejen i en kommune udtrykket denne ambition således:

Jeg har selv kørt som hjemmesygeplejerske, og jeg kender hjemmesygeplejerskers tænkning i den gamle model: Hver sygeplejerske har selv sin egen standard, og den måde, man samler data ind på, den måde, man dokumenterer på, det foregår lidt ustruktureret og ud fra, hvad man selv synes. Men når vi trækker sundhedslovsopgaver over i kommunerne med den kompleksitet, skal vi også have systematik og struktur i dataindsamlingen. Vi skal have en fælles overliggende på den faglige kvalitet, som alle skal følge. Hele den der struktur, systematik og standardiseringstanke, den har vi forsøgt at bringe ind i den kommunale sygepleje. (Leder af sygeplejen)

Men det opleves ikke altid lige let at forsøge at bringe "struktur, systematik og standardisering" ind i den kommunale sygepleje. De til tider meget forskellige perspektiver på, hvordan sygeplejen i kommunerne bør bedrives i praksis, kan gøre samarbejdet svært og i nogle tilfælde føre til konflikter. En leder af et akutteam i en anden kommune forklarer her, hvordan hun oplever dette:

Det er tankevækkende, at en hjemmesygeplejerske ringer til os og siger: "Kan I køre ud til fru Jensen og hænge noget væske op? Hun er dehydreret". Det er et typisk spørgsmål, men nej, det kan vi ikke. Vi kan tage ud og lave en vurdering af hende, og så kan vi snakke med en læge, og hvis den læge ønsker, at der skal hænges væske op, så gør vi det. Men vi kan ikke bare køre ud og hænge noget væske op. Og når vi så spørger: "Hvad er det, der gør, at du tænker, at fru Jensen er dehydreret? Hvad er det for nogle observationer, du har gjort?", så oplever vi ofte, at de har stillet en diagnose, uden at have nogen som helst sygeplejefaglige observationer, som man kan gå videre med til en læge. De har ikke et væskeskema, de har ikke prøvet at tage en hudturgor [måle hudens elasticitet], de har ikke reflekteret over mængder af diureser [urinproduktion fx ml/time/kg kropsvægt]. De har ingenting! De agerer på nogle italesættelser og nogle historier, enten fra borgeren selv eller fra en assistent: "Jamen, hun har ikke drukket noget". Når vi så spørger: "Hvad betyder det, at hun ikke drukket noget, har hun slet ikke fået noget ind i munden?". "Jo jo, det har hun". "Hvad betyder det så?". "Hun har ikke drukket så meget, som hun plejer". "Ok, hvad betyder det?".

Når vi begynder at gå ind i de snakke, så bliver de provokerede. Vi har haft nogle konflikter, hvor vi har måttet italesætte: "Hør nu her, vi siger ikke det her for at provokere jer, vi siger det, fordi der er nogle data, vi gerne vil have samlet ind. Og hvis du ikke har dem, så er det fint, så kører vi bare ud og får dem". Vi har aktivt måttet gøre noget for ikke at træde dem over tæerne. Men det er faglig kvalitet, der er så lav, at jeg også tror, de selv bliver flove. Jeg tænker, det er det, det handler om. I starten ringede de mere til os – men nu ringer de til lægen og siger, at fru Jensen er dehydreret, og så er det lægens ansvar at ringe videre til os. (Leder af akutteam)

Den beskrevne type redskaber og metoder rummer en måde at arbejde på, som ikke alene er baseret på det, der blandt deltagerne i denne kortlægning er beskrevet som "geföhlen", "det kliniske blik", "det faglige skön" eller "sekundærvurderingen". Brugen af de mere systematiske metoder og målinger opleves forskelligt. En hjemmesygeplejerske med akutuddannelse, der laver akutvurderinger i en kommune, hvor akutfunktionen er integreret i hjemmesygeplejen, ser de metoder og systematikker, hun har fået via akutuddannelse, som en fordel:

Det er en sikkerhed for os at vide, at vi er kommet omkring det hele. Og det giver også patienterne en ro, når vi har været der og taget de her målinger, for så bliver det også synligt for dem, at det er måske ikke så slemt, som de selv tror. Så er det ikke bare noget, vi siger, så har vi også noget håndgribeligt. Før jeg fik akutuddannelsen, følte jeg mig også sikker i det, jeg lavede, men jeg kan se, efter vi har fået akutuddannelsen, at vi nok ikke har gjort det helt så godt dengang. (Hjemmesygeplejerske med akutuddannelse i kommune uden akutteam)

Andre hjemmesygeplejersker oplever det anderledes: Som en erfaren hjemmesygeplejerske i en kommune, der kort forinden havde fået et nystartet akutteam, udtrykte det:

Alle de der målinger og skemaer: Undersøgelser viser jo, at der er intet, der rammer så præcist, som sygeplejerskernes kliniske blik. (Hjemmesygeplejerske i kommune med akutteam)

I praksis er virkeligheden mere nuanceret, end citaterne her indikerer: Hjemmesygeplejersker har i varierende omfang anvendt forskellige metoder og systematikker i årevis. I nogle kommuner stilles der direkte krav om, at borgerne skal være TOBS'et af hjemmesygeplejersken som grundlag for overhovedet at kontakte akutteamet. Der er mange grunde til, at de mere systematiske værktøjer anvendes forskelligt og i varierende grad. En type begrundelse er som beskrevet kultur, tradition og holdninger til, hvordan den kommunale sygepleje bør arbejde. En helt anden begrundelse handler om tid og en pragmatisk tilgang til, hvor systematiske sygeplejerskerne er i deres anvendelse af ABCDE-metoden i forbindelse med TOBS af en borger. En hjemmesygeplejerske med syv års erfaring og akutuddannelse, der arbejder i en kommune, hvor akutfunktionen er integreret i hjemmesygeplejen, forklarer her:

Hvis jeg nu i en aftenvagt har rigtig mange akutudredninger, så kan man jo godt hurtigt lige screene folk uden overhovedet at tage nogen værdier ud fra et scorekort. Man kan hurtigt se, om der er noget på spil. (Hjemmesygeplejerske med akutuddannelse)

Ligeledes er det vigtigt at skelne mellem på den ene side det at foretage de systematiske målinger (ved hjælp af fx ABCDE og måling af vitale værdier), og på den anden side at følge en handlingsanvisning som fx algoritmen fra TOBS (se eventuelt Bilag 2). En anden hjemmesygeplejerske med akutuddannelse, som har akutfunktionen integreret i hjemmesygeplejen, forklarer forskellen:

Vi følger ikke handlingsanvisningerne [i TOBS-algoritmen] slavisk. Vi bruger også vores faglige skøn. Vi laver de målinger, vi skal, og vi foretager den vurdering, vi skal. Men når det kommer til handlingsanvisninger på bagsiden af vores TOBS-kort, så foretager man jo et fagligt skøn: Skal den her patient vækkes i nat og have lavet hele den her udredning igen⁴⁵, når vi nu har haft fat i lægen, og hun er blevet sat i behandling for sin blærebetændelse, og hjemmeplejen alligevel kigger ind til hende en gang i nat? Eller kan man vente og så lave en ny vurdering på hende i morgen? Der følger vi det [algoritmen] ikke slavisk. Og vi kan også gøre det modsatte: Selvom en borger TOBS'er nul, så kan der alligevel være noget, vi handler på. (Hjemmesygeplejerske med akutuddannelse)

Flere ledende sygeplejersker på akutområdet peger således på, at anvendelsen af algoritmer og strukturerede redskaber og metoder ikke står i kontrast til sekundærvurderingen eller "det kliniske blik", men at det supplerer det. I praksis er det imidlertid tydeligt, at der er forskellige tilgange til, hvordan en dårlig borger skal vurderes, og hvad der er det vigtigste i den forbindelse: Et forudgående kendskab til borgeren og borgerens habitustilstand? Eller en systematisk tilgang til at observere og måle værdier og kvantificere og kvalificere observationerne – fx ved at foretage en systematisk ABCDE?

Akutsygeplejerskerne og akutfunktionerne er på ingen måde alene om at arbejde med disse metoder, der også har vundet frem i den kommunale hjemmesygepleje, hvor der i stigende grad arbejdes med systematisk triagering af borgere i hjemme(syge)plejen og metoder til tidlig opsporing af faldende funktionsniveau såvel som TOBS. Men akutsygeplejerskerne i akutteams bliver i særlig grad eksponenter for denne måde at arbejde på, og som beskrevet er dette ikke altid lige let eller problemfrit. Særligt ikke, fordi akutsygeplejerskerne i nogle kommuner er udset til at skulle medvirke til ikke bare at løfte kompetenceniveauet i den øvrige sygepleje, men også fremme en anden måde at bedrive sygepleje på, som ikke lægger samme vægt på hjemmesygeplejerskens kendskab til borgerne, men i stedet lægger stor vægt på systematisk måling af kvantificerbare værdier, undersøgelser og observationer som grundlag for vurderingen af borgerne. Hvorvidt disse ændringer ligefrem udgør et paradigmeskifte undervejs, er svært at vurdere. Det væsentlige er imidlertid at være opmærksom på de ret forskellige perspektiver på, hvordan sygepleje i kommunerne bør bedrives, og på hvilket grundlag – og særligt være opmærksom på, hvad det betyder for samarbejdet mellem akutteams og hjemmesygepleje og for udviklingen af *hele* den kommunale sygepleje.

6.2 Akutfunktioners effekt afhænger af andre aktører

Der har været stort fokus på akutsygeplejersker og akutteams i kommunerne – af gode grunde: For det første har akutteams i langt de fleste kommuner betydet en opdeling af den udkørende hjemmesygepleje i to hold, for første gang siden lov om hjemmesygepleje kom i 1957. For det andet fordi etableringen af akutteams er en bekostelig affære, og kommunerne vil gerne sikre, at de får tilstrækkelig valuta – altså sundhed – for pengene. Derfor har der været et stort fokus på, at netop akutteams skal forebygge indlæggelser og dermed medvirke til at spare kommunal medfinansiering, ligesom de skal medvirke til at hjemtage færdigbehandlede borgere, så der ikke skal betales kommunal medfinansiering for, at de ligger på hospital.

Men hvordan måler man på effekten af et akutteam, og hvad skal der egentlig til for at forebygge en indlæggelse eller håndtere en tidlig hjemtagning? Her har kortlægningen peget på, at det er

⁴⁵ Fordi patienten TOBS'er så højt, at algoritmen foreskriver, at patienten skal TOBS'es igen inden for et bestemt antal timer.

væsentligt at få blik for, hvordan det sammenhængende sundhedsvæsen fungerer i praksis. Et akutteams effekt er helt afhængig af, at akutsygeplejerskerne får henvist eller på anden vis finder frem til de borgere, hvor deres kompetencer kan gøre en forskel. Det kan lyde banalt, men det er en af de største udfordringer, som de deltagende kommuners akutteams har: at finde metoder, der sikrer, at akutteamet kommer ind i de rigtige borgerforløb, og at de kommer så tidligt ind i forløbene, at der er andet at gøre end at indlægge. Derfor bruger akutteams som beskrevet i kortlægningen tid på at besøge læger, vagtlæger, benytte akuttelefoner, skabe kontakt til hjemmesygeplejersker og opbygge relationer og tillid, tage rundt på plejehjem, bosteder, hjemmeplejen, deltage i triagemøder, gå hjemmepleje-henvendelser igennem osv. Kortlægning rummer mange eksempler på det store arbejde, som akutsygeplejerskerne gør for at sikre, at man finder frem til borgere i de relevante målgrupper. For hvis akutsygeplejerskerne ikke bliver kaldt ud til de rigtige borgere så tidligt i forløbet, at de kan gøre en forskel, og en indlæggelse eventuelt kan forebygges, så har akutsygeplejen ingen muligheder for at få den effekt, der efterspørges og forventes. Derfor er samarbejdet og relationerne lagt væsentligere for akutsygeplejen, end de er for resten af det kommunale ældre- og sundhedsområde, hvor borgerne helt anderledes automatisk henvises til fagpersonerne, og hvor den væsentligste opgave er at løse de mange opgaver – ikke at finde de rette borgere.

Denne afhængighed af samarbejdet gælder ikke kun i relation til forebyggelse af indlæggelser. Den ses også i forhold til borgere, der udskrives fra hospital. Ikke fordi akutsygeplejerskerne har behov for samarbejdsparter for at finde frem nyudskrevne borgere, men fordi akutsygeplejersker ikke kan varetage alle de opgaver, der skal til, for at en borger kan hjemtages: Det kræver ofte ikke blot akut sygepleje, men i lige så høj grad akut hjemmepleje, akutte hjælpemidler og akutte terapeuter. En leder af et stort akutteam forklarer her, hvorfor hun ser et behov for, at hele det kommunale ældre- og sundhedsområde bliver omstillet til at arbejde mere akut – og at det ikke er gjort med at etablere et (stort) akutteam:

Det er hele det kommunale system, der skal være gearet til at have akutfunktion og klar til, at patienter kommer hurtigere fra sygehus. Man skal kunne skaffe hjælpemidler og terapeuter [til at vurdere forflytninger og behovet for hjælpemidler]. Det er rigtig fint, man har sygeplejersker, assistenter og hjælpere i weekenden, men ofte, når vi skal tage patienter 365 dage om året, så kræver det en hurtig indsats fra kommunen på det rehabiliterende område og få sikret, at hjemmet er i stand til, at borgerne kan være hjemme. Og der er nogle ting, som kræver terapeutfaglige vurderinger, inden borgeren kan optimalt plejes eller behandles hjemme. (Kommunal leder)

Det er således ikke nok, at et akutteam af sygeplejersker kan arbejde fleksibelt og agere hurtigt på pludseligt opståede behov og udfordringer. Det kræver en omstilling af hele organisationen, hvis det skal lykkes. For der er brug for langt mere end akut sygepleje: hjemmepleje, hjælpemidler, terapeuter, visitation – alle skal kunne levere en sammenhængende indsats langt hurtigere og mere fleksibelt end det, der har præget det bestiller-udfører-bureaukrati, som området grundlæggende set er bygget op omkring i dag. Den organisation fungerer som et maskinbureaukrati, hvor behov afdækkes, dokumenteres og vurderes, ydelser og indsatser tildeles, hvorefter de leveres af hver sin enhed – med hver sine leveringsfrister. Men den form for organisering er ikke designet til at kunne agere agilt, ja ligefrem akut. Derfor kræver det mere grundlæggende ændringer i organiseringen at få hele dette område til kunne håndtere akutte forløb – 24/7, 365.

6.3 Skal kommunernes midlertidige pladser udvikles til nærhospitaller?

I kortlægningen er det beskrevet, hvorfor de ca. 3.200 midlertidige kommunale sengepladser – inkl. akutpladser – ikke er at sammenligne med hospitaler: Der er ikke journaladgang, der er ingen epikriser, der er ingen medicinske med ikke-cpr-relateret medicin, og dette er – groft sagt – alt sammen konsekvenser af, at der ikke er ansat læger i kommunerne. Eller rettere: Der *var* ikke ansat særligt mange læger i kommunerne. Men dette er under forandring.

I denne kortlægning er vi ikke gået i detaljer med de forskellige eksempler på ansatte læger i tilknytning til kommunale sengepladser eller de roller, som disse læger i praksis spiller i forhold til patientbehandlingen. Der er både forsøgsordninger på området, såvel som kommuner, der i årevis har haft læger ansat. Hvilket aftalemæssigt grundlag der er for disse ordninger, ligger som sagt uden for rammerne af denne kortlægning. Men udviklingen peger på, at det er væsentligt at forholde sig til, hvilken rolle og status disse tusindvis af sengepladser skal have fremover.

Som beskrevet er der sket en reduktion i antallet af hospitalsenge, ikke mindst på det medicinske område, ligesom liggetiden for særligt ældre patienter er faldet gennem årtier. Der er ingen tvivl om, at de medvirkende kommuner generelt oplever et stort og voksende behov for tættere tilknytning af flere og mere tilgængelige lægelige kompetencer til borgerne på de 3.200 sengepladser. Og når nogle kommuner vælger at ansætte læger, er det ikke nødvendigvis, fordi de ønsker at opbygge minihospitaler – hvilket er en ganske bekostelig affære for kommunerne; det er for at forsøge at sikre de lægelige kompetencer, der skal til for at kunne håndtere så syge borgerne på en forsvarlig og patientsikker måde, og for at sikre, at det plejefaglige personale har den nødvendige lægefaglige backup.

Ansættelse af læger i tilknytning til kommunale akuttilbud rejser en række mere principielle spørgsmål, der peger på forskellige udviklingsspor for det samlede sundhedsvæsen i fremtiden. Kommunale sengeafdelinger med fx 60-100 pladser, hvor der også er ansat læger, har faktisk en del ligheder med de mindre medicinske hospitalsenheder, der op gennem 1980'erne og 1990'erne blev nedlagt, primært med henvisning til, at man ikke kunne oppebære hverken faglighed eller kvalitet i så små enheder. Spørgsmålet er, hvorvidt dette argument også er relevant i relation til akutpladser og andre midlertidige sengepladser med forskellige former for lægedækning. Med andre ord: Er udviklingen med ansættelse af flere læger på kommunale sengepladser en glidebane tilbage til etablering af *de facto* mini-hospitaler for ældre medicinske patienter ved mere eller mindre at genetablere den type mindre sengeenheder i kommunalt regi, som blev nedlagt i hospitalssektoren for 20-30 år siden? Eller skal den nuværende udvikling snarere ses som en nødvendig opgradering af de kommunale sengepladser, hvor de indlagte borgere reelt er patienter, der kræver mere lægedækning døgnet rundt, end det er muligt for praktiserende læger tidsmæssigt, logistisk og fagligt at levere, idet de er speciallæger i *almen* medicin, ikke i hverken geriatri, akutmedicin eller andre internmedicinske specialer?

Denne kortlægning kan ikke besvare disse spørgsmål, men den kan påpege, at med ca. 3.200 sengepladser i kommunerne, hvor der flere steder ansættes læger, er det på høje tid, at der tages mere tydeligt stilling til denne udvikling på nationalt plan. For hvis udviklingen skal fortsætte – og det gør den, så længe sygere, mere komplekse ældre borgere udskrives tidligere og tidligere fra hospitalerne – så er det væsentligt, at det bliver et bevidst valg, at der etableres kommunale nærhospitaller. Og så skal de selvfølgelig drives, kvalitetssikres og kontrolleres som alle andre behandlingssteder, så patientsikkerheden er den samme – om det er på små kommunale nærhospitaller eller supersygehuse.

Desuden er det vigtigt at påpege, at det er relativt få år siden, der var lignende diskussioner omkring faglig bæredygtighed og kvalitet i mindre sengeenheder og ulemper ved at have små lokale enheder med meget små (læge)faglige miljøer. Det var et af argumenterne bag lukninger af små sygehuse og enheder op gennem 1980'erne og 1990'erne. Spørgsmålet om faglig bæredygtighed var således også væsentligt i relation til strukturreformen i 2007. De spørgsmål, vi står over for i dag på det kommunale akutområde i relation til, hvilken rolle og form kommunale sengepladser skal have i fremtidens sundhedsvæsen, er således på mange måder ikke nye spørgsmål, idet de har været debatteret for årtier siden i relation til organiseringen af det regionale sygehusvæsen.

Litteratur

- Buch, M.S., Ibsen, R. & Kjellberg, J. 2019, *Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M.S. & Vinge, S. 2007. *Uhensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver for kommunerne*, FOKUS og DSI - Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Dansk Sygeplejeråd 2019. *Dansk Sygeplejeråds hørings svar vedr. udkast til bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om hjemmesygepleje (stop for egenbetaling på kommunale akutpladser)*.
- Dons, A.M. 2016, *Sygeplejefaglige opgaver i kommunerne - en analyse*, Kommunernes Landsforening.
- Finansministeriet, september 2020. *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi*, Finansministeriet.
- Hansen, E.B., Gusak, D. & Westergaard, A.W. 2015, *Akutteamet i Sønderborg Kommune*, KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Holm, T., Gjørup, J.B. & Nielsen, P.B. 2016, *Evaluering af fem indsatser i Region Midtjylland for den ældre medicinske patient*, Defactum.
- Højgaard, B., Kjellberg, J. & Bech, M. 2018, *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde. Analyse af centrale instrumenter*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jervelund, C., Siersbæk, N. & Brenøe, S. 2020. *Værdien af akutteam. En økonomisk analyse af værdien af Akutteam Odenses aktiviteter hos borgere i eget hjem*. Copenhagen Economics.
- Johansen, G. 2019, Striden om egenbetaling på akutpladser fortsætter, *Nyhedsmagasinet Danske Kommuner* nr. 06 / 2019.
- Kammeradvokaten 2018. *Notat om egenbetaling ved ophold på de kommunale akutpladser (16. november 2018)*.
- Kommunernes Landsforening 2014. *Delegation. Notat d. 11. maj 2014*, Kommunernes Landsforening.
- Kommunernes Landsforening 2014. *God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*, Kommunernes Landsforening.
- Kommunernes Landsforening 2014. *Juridiske rammer for delegation af forbeholdt virksomhedsområde*, Kommunernes Landsforening.
- Kommunernes Landsforening, Praktiserende Lægers Organisation, Sundhedsstyrelsen 2014. *Definition af midlertidige døgndækkende pladser*, Kommunernes Landsforening.
- Nielsen, M.L. & Vinge, S. 2004, *Lokale Sundhedstilbud*, Dansk Sundhedsinstitut.

- Pinborg, K. 2017, Færdigbehandlede patienter tilbringer mindre unødigt tid på hospitalerne. *Dagens Medicin* 13.dec. 2017.
- Rudersdal Kommune 2020. *Evaluering af AkutTeamet i Gentofte-, Gladsaxe- og Rudersdal Kommune*, Rudersdal Kommune.
- Schou, L., Meijer, M. & Hendriksen, C. 2016. "Store kommunale forskelle på akutfunktioner", *Sygeplejersken*, 1, pp. 80-84.
- Styrelsen for Patientsikkerhed 2018. *Erfaringsopsamling fra det risikobaserede tilsyn 2017*.
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2009a, *Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)*. BEK nr 1219 af 11/12/2009.
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2009b, *Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)*. VEJ nr 115 af 11/12/2009
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2014, *Bekendtgørelse om plejehjem og beskyttede boliger*. BEK nr 1324 af 10/12/2014
- Sundheds- og Ældreministeriet 2019, *Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om hjemmesygepleje*. BEK nr 165 af 26/02/2019.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2016. *Styrket indsats for den ældre medicinske patient: National handlingsplan 2016*, Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2019, *Sundhedsloven*. Bekendtgørelse af Sundhedsloven. LBK nr 903 af 26/08/2019
- Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet & Finansministeriet 2016. *Ændring af den kommunale medfinansiering*, Sundheds- og Ældreministeriet; Social- og Indenrigsministeriet; Finansministeriet.
- Sundhedsdatastyrelsen 2020. *Takstsystem 2020 - Vejledning*, Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen 2019. *Fællesindhold for basisregistreringer af sygehuspatienter*, 28. udgave af Rapport nr. 6, Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2020. *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats: Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2017a. *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen: Krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejefunktioner*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2017b. *Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktions-evne hos ældre mennesker: Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2015. *Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser - en oversigt over viden om kommunale indsatser*, Sundhedsstyrelsen.

- Sundhedsstyrelsen 2014. *Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje*, Sundhedsstyrelsen.
- Svensmark, G. 2019. *Hjemmesygepleje i 150 år*, Dansk Sygeplejehistorisk Museum.
- Vinge, S. & Kilsmark, J. 2009. *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling*, Dansk Sundhedsinstitut.
- Vinge, S. & Ramussen, S.R. 2017. *Regionale vagtlæger og Akuttelefonen 1813*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vinge, S. & Topholm, E.H. 2021. *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Wiuff, M.B. & Ramussen, S.R. 2010. *Evaluering af udgående akutafdeling i Kolding Kommune*, DSI Dansk Sundhedsinstitut.
- Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed 2018, *Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere*, Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed.

Bilag 1 Metode

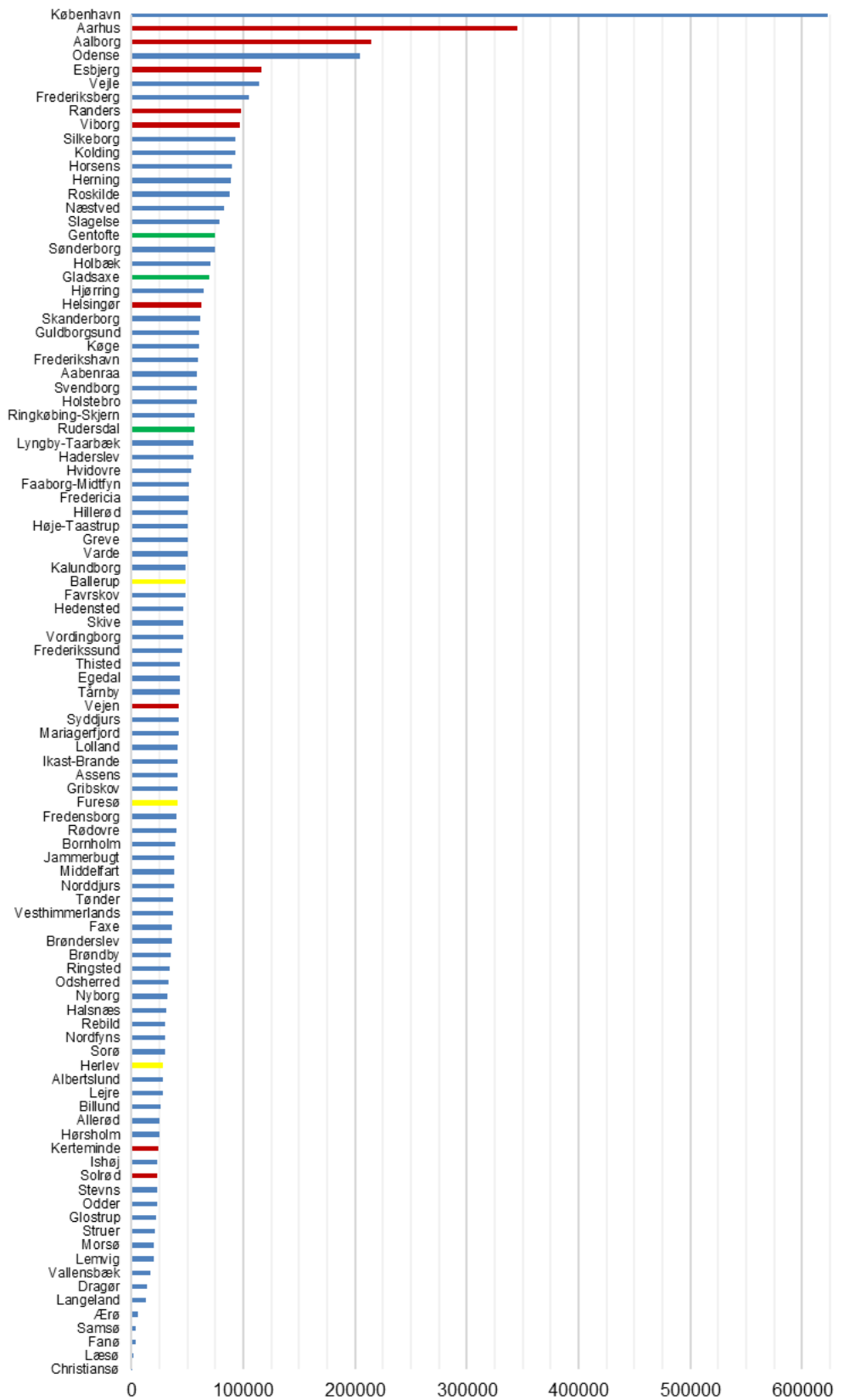
Valg af casekommuner

I kortlægningens Tabel 4.1 ses de deltagende kommuner fordelt på befolkningsstørrelse samt andelen af befolkningen, der er over henholdsvis 65 år og 80 år. Disse andele er medtaget, da en stor del af de borgere, som anvender kommunernes akuttilbud såvel som den øvrige hjemmesygepleje, er ældre. Der ses en vis spredning: 14-25 % af kommunernes indbyggere var på interviewtidspunktet over 65 år, mens 3-7% var over 80 år. Der ses også det mønster, at andelen af ældre er lavere i de store universitetsbyer, som fx Aarhus og Aalborg.

Bilagsfigur 1.1 viser alle danske kommuner fordelt efter befolkningsstørrelse, og her ses, at de inkluderede kommuner fordeler sig over hele størrelsesspændet. Dog ses en overvægt af store kommuner, idet 5 af de inkluderede kommuner er blandt de 10 største i landet. Medianen er Vejen Kommune med ca. 43.000 indbyggere. De 10 største kommuner har tilsammen over 2 mio. indbyggere, mens de 10 mindste (uden at medregne de 5 små ø-kommuner) har under 200.000 borgere tilsammen. Spredningen og de relative forskelle i indbyggertal er således væsentligt større i det kommunale sundhedsvæsen end i det regionale (hvor Region Hovedstaden har ca. tre gange så mange borgere som Region Nordjylland).

Bilagsfigur 1.1 viser desuden, at de to grupper med 3 kommuner, som har etableret fælles akutteam, fordeler sig forskelligt med hensyn til befolkningsstørrelse: De 3 kommuner med fælles akutteam under et frikommuneforsøg, Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal, er relativt store kommuner (med 56-75.000 indbyggere), mens de 3 andre kommuner i det fælles SHS-team (Ballerup, Herlev og Furesø) er lidt mindre og har større relativ spredning (28-48.000 indbyggere). Begge grupper af kommuner er bykommuner med en høj befolkningstæthed.

Bilagsfigur 1.1 Alle kommunerne efter befolkningsstørrelse



Note: Blå kommuner deltager ikke i kortlægningen. Røde deltager som enkeltkommuner, gule deltager som led i tværkommunale akutfunktioner.

Kilde: Statistikbanken, folketal KV4 2018 og egne beregninger

Bilag 2 Introduktion til metoder og begreber på det kommunale akutområde

Dette bilag gennemgår metoder og begreber, der anvendes i hjemmesygeplejen, ikke mindst i relation til akutfunktioner. Afsnittet er tiltænkt den læser, som ikke kender det kommunale akutområde.

En central opgave i de udgående akutfunktioner er de såkaldte "akutudredninger", "akutvurderinger" eller slet og ret "akutte besøg". Opgaven handler om det, akutsygeplejerskerne gør, når de bliver bedt om at tage ud til en borger, som er dårlig. Alt afhængig af den lokale organisering kan sådanne henvendelser om akutte vurderinger/besøg komme fra forskellige aktører – det kan både være en (vagt)læge, det kan være andre medarbejdere i kommunen (både sundheds- og socialfaglige), og det kan i nogle kommuner også være borgere eller pårørende, der kontakter sygeplejen direkte. Hvis henvendelsen kommer fra en læge, kan hun – ud over at bede sygeplejersken foretage en vurdering af borgeren, inkl. måling af vitale værdier – også bede sygeplejersken udføre lægeforbeholdte opgaver, fx tage blodprøver. Det kan de øvrige aktører ikke, og akutsygeplejersken kan heller ikke gøre det på eget initiativ. Lægeforbeholdte opgaver skal delegeres af en læge.

Kommunerne anvender ofte de samme metoder og systematikker i forbindelse med akutte vurderinger. I boksen herunder er de mest anvendte beskrevet kort.

Faktaboks Metoder og begreber i relation til vurdering af borgeres sygdomstilstand

Tidlig opsporing af sygdom og vurdering af borgere

Systematisk og struktureret opsporing sker ved, at sygeplejersken observerer patienten ud fra ABCDE-metoden, samt vurderer og handler ud fra TOBS handlingsalgoritme.

• ABCDE-metoden

En metode, der anvendes til at vurdere patientens vitale parametre og sikre sufficient iltning af vitale organer. At arbejde efter ABCDE-metoden er at identificere og intervenere hurtigt, stringent og med en klar prioritering i de forhold, der er mest livstruende for patienten. ABCDE står for:

- A: *Airway* (frie luftveje)
- B: *Breathing* (observationer og vurdering af respiration)
- C: *Circulation* (observationer og vurdering af kredsløb)
- D: *Disability* (observationer og vurdering af bevidsthedsniveau)
- E: *Exposure* (eksponering= inspektion af hele patienten med det formål at finde udløsende årsager til den akutte tilstand)

• TOBS: Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom

En systematisk observationsmetode udviklet til primærsektoren. Det er en handlings- og beslutningsalgoritme, som hjælper til en klinisk afklaring af alvoren i patientens sygdomstilstand samt angiver anbefalinger for handling og opfølgning. Observationer og målinger af vitale værdier (puls, bevidsthedsniveau, respirationsfrekvens, temperatur og systolisk blodtryk) scores ud fra et skema, og den sammenlagte score fører til fire niveauer af handlingsanvisninger:

0	Gentage scoring efter skøn.
1-2	Undersøge urin, evt. blodsukker. Vurdere borgerens indtagelse af væske. Vurdere om borgeren har fået sin medicin, evt. ny medicin? Øget behov for tilsyn? Evt. telefonisk konsultation med læge. Laboratorieprøver? Hvis borgeren ikke konfereres med læge, skal værdierne måles igen efter senest 8 timer.
3-4 eller enkeltværdi ≥ 2	Som 1-2 og altid telefonisk kontakt med læge. Overvej mulighed for aflastnings-/akutplads.
≥ 5	Telefonisk kontakt med læge og anmodning om besøg.

Kilder: Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker (Sundhedsstyrelsen, 2017b) og Instruks vedr. akut udkørende besøg, Aalborg Kommune.

For at give et indblik i, hvordan dette foregår i praksis, gengives her en beskrivelse fra en hjemmesygeplejerske, som foretager akutte vurderinger (fordi akutfunktionen er integreret i hjemmesygeplejen i denne kommune). Hun forklarer, hvad en 'akutudredning' er:

Når vi laver en akutudredning, kigger vi først på luftveje, hvordan og hvor hurtig er vejtrækningen, hvor meget saturerer de, hvordan bruger de muskulaturen, hvilke farver har de. Vi vurderer cirkulationen med blodtryk og puls og kapilærrespons, kigger om de er klatsvedende eller ej. Så laver vi en score for en bevidsthedsvurdering, hvor vi ser, hvordan de virker kognitivt. Så laver vi en grov neurologisk undersøgelse, vi har patienten oppe at gå og stå, tjekker, om der er kraftnedsættelse, om der er ens respons i begge sider. Så måler vi blodsukker, og så tager vi en temperatur. Og hvis vi så har fundet noget i den her udredning, som ikke er, som det skal være, så tager vi en urinprøve og stixer og snakker med dem, om de eventuelt kunne være forstoppede, om de har fået nok at drikke og spise, og så tjekker vi, om der er lavet om i deres medicin for nylig. Det er en akutudredning. Så har vi været omkring det hele. (Hjemmesygeplejerske i akutfunktion)

Når sygeplejersken har foretaget sin akutudredning, kan hendes observationer og målinger bruges til at finde en handlingsanvisning som følge af den samlede TOBS-score, jf. faktaboksen. Sygeplejerskerne i denne kortlægning understreger, at algoritmerne bruges vejledende sådan at forstå, at selvom en borger scorer 0, så kan sygeplejersken stadig vælge at kontakte en læge, hvis hun vurderer, at det er nødvendigt. Sygeplejerskerne i interviewet beskriver, at de primært bruger disse værktøjer, algoritmer og systematikker til at sikre, at de har "været omkring det hele", som sygeplejersken i citatet formulerer det, og til at *konkretisere, kvalificere og kvantificere* mere generelle observationer af, at en borger er 'dårlig'.

Der henvises også til sikker kommunikation via **ISBAR-metoden** i såvel kvalitetsstandarderne som i analysen. ISBAR står for:

- I: Identificer dig selv og patienten
- S: Beskriv situationen
- B: Beskriv baggrunden kort
- A: Giv din analyse af situationen
- R: Giv eller få et råd om den videre behandling.

Kilde: www.patientsikkerhed.dk/isbar/

Det skal understreges, at det ikke kun er sygeplejersker i akutfunktioner, der anvender disse typer af metoder og værktøjer. Arbejdet med at anvende TOBS i relation til fx triagemøder og hjemmeplejens hverdagsobservationer foretaget via *ændringsskemaer* eller *habituelskemaer* er under implementering i mange kommuners hjemmepleje og sygepleje. Og Sundhedsstyrelsens anbefalinger til akutfunktioner skal ses i sammenhæng med den samling af værktøjer og redskaber til "*Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker*", som Sundhedsstyrelsen udgav samme år som kvalitetsstandarderne på akutområdet (Sundhedsstyrelsen, 2017b).

VIDEVELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD