

Erfaringer med Fremskudt akutfunktion på kommunale sengepladser i eHospitalet

Et beslutningsstøtteredskab til kommunalt partnerskab med Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland



*Erfaringer med Fremskudt akutfunktion på kommunale sengepladser i eHospitalet
– Et beslutningsstøtteredskab til kommunalt partnerskab med Det Nære
Sundhedsvæsen, Region Sjælland*

© VIVE og forfatterne, 2024

Version 1.1 – Mindre ændringer foretaget

e-ISBN: 978-87-7582-280-5

Arkivfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302207

Finansiering: Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland

VIVE

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.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Et sundhedsvæsen tættere på borgerne er et højaktuelt sundhedspolitisk tema. Rapporten giver indblik i en ny form for tværsektorielt partnerskab om at tilbyde hospitalsbehandling til plejkrævende ældre på kommunale sengepladser frem for akut indlæggelse på sygehuset. Der er tale om en organisatorisk nyskabelse for at koordinere forløb og behandling i et tværsektorielt og tværfagligt team.

Rapporten er rekvireret og finansieret af Det Nære Sundhedsvæsen Region Sjælland og er et resultat af et forskningssamarbejde med eHospitalet, Kalundborg Kommune og Næstved Kommune.

VIVE takker medarbejderne i de to kommuner og i eHospitalet samt patienter, pårørende og repræsentanter fra begge kommuners ældreråd for deres deltagelse.

Projektet er designet og gennemført af seniorforsker, ph.d. Helle Sofie Wentzer, senioranalytiker, ph.d. Mette Brehm Johansen og senioranalytiker, cand.scient.pol. Mathias Ruge.

Rapporten har været i eksternt review hos en forsker og en ekspert i organisering og digitalisering af tværsektorielle samarbejder.

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sund



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
-----------------	---

Afrapportering	17
----------------	----

1	Indledning	18
1.1	Baggrund	19
1.2	Formål	22
1.3	Metode	22

2	Tværasektorielt partnerskab: dilemmaer og udviklingsmuligheder	25
2.1	Frivillighed – De kommunale incitamenter til FKA	28
2.2	Tilgængelighed – Borgeres adgang til FKA-plads	37
2.3	Fælles ansvar for justering af samarbejdet – Indsatsområder for FKA	48
2.4	Sammenfatning: Kommunale opmærksomhedspunkter	51

3	Redskab til beslutningsstøtte om tværasektorielt partnerskab	54
3.1	Metaspørgsmål til frivillighed: Hvad er din kommunes incitamenter til FKA?	54
3.2	Metaspørgsmål til tilgængelighed: Hvorledes kan kommunale ressourcer udvikles til borgernes behov for FKA?	55
3.3	Metaspørgsmål til fælles indsatser: Hvilke kommunikative infrastrukturer kan skabe patientsikkerhed og robusthed for FKA-teamet?	56

Dokumentation	58
---------------	----

4	Metode	59
4.1	Fase 1: Data til medicinsk teknologivurdering (MTV)	61
4.2	Fase 2: Workshops med dialogdesign	63

5	Analyse 1: Medicinsk Teknologivurdering (MTV)	67
5.1	Teknologi: Fremskudt akutfunktion til kommunale pladser	67
5.2	Organisation	71
5.3	Patient	132
5.4	Kasseøkonomiske perspektiver	142
5.5	Konklusion, analyse 1	155

6	Analyse 2: Brugerinddragelse	165
6.1	Visitation til FKA-pladser	166
6.2	FKA-behandlerens relation til eLægen	168
6.3	FKA-behandlerens faglige baggrund	171
6.4	Tryghed i teamsamarbejdet mellem eLæge og FKA-sygeplejersker og -SSA	173
6.5	Udvikling af kommunal IT-infrastruktur	174
6.6	Konklusion, analyse 2	179

	Litteratur	182
--	------------	-----

	Bilag 1 Principper for samarbejde om Fremskudt Kommunal Akutfunktion	187
--	--	-----

	Bilag 2 Retningslinjer for FKA-samarbejdet	189
--	--	-----

	Bilag 3 Ordliste	194
--	------------------	-----

Hovedresultater

Rapporten skal samlet give kommuner og sundhedsaktører et indblik i, hvad et sundhedspartnerskab med eHospitalet og Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) indebærer og er betinget af – og dermed støtte dem til egen stillingtagen. Dette er i overensstemmelse med de rekvirerende parter bag rapporten – DNS i Region Sjælland, Næstved Kommune og Kalundborg Kommune – som er at understøtte tværsektorielle samarbejder, der styrker det nære sundhedsvæsen ved at tilbyde IV-behandling i eHospitalet på kommunale pladser. Målgruppen for behandlingen er svækkede og plejkrævende ældre med (nogle former for) infektionssygdomme og væskemangel.

Rapporten giver særligt indblik i organisatoriske aspekter af de tværsektorielle erfaringer med samarbejdet i to foregangskommuner. Disse omhandler:

1. 'FKA-teamet': Et kommunalt akutteam, der sammen med eHospitalet behandler ældre på kommunale pladser
2. Fire typer af patientforløb til IV-behandling på FKA-pladser
3. Incitament i kommuner og region til at tilbyde FKA med overvejelser til kapacitet og økonomi
4. Følgende opmærksomhedspunkter: tilgængelighed, kapacitet og kompetencer
5. Anbefaling til at styrke det tværsektorielle samarbejde om FKA
6. Et beslutningsstøtteredskab for kommuner, der overvejer at indgå i et samarbejde med eHospitalet.

FKA-teamet er en tværsektoriel nyskabelse

Det er lykket Region Sjælland at skabe et tværfagligt team, der indlægger plejkrævende ældre tværsektorielt til behandling i eHospitalet på kommunale sengepladser. Indsatsen hedder 'Fremskudt Kommunal Akutfunktion' (FKA) og er en sundhedsorganisatorisk nyskabelse. Formålet med FKA er at forebygge (gen)indlæggelser og fremme den tidlige udskrivelse af stabile medicinske patienter. Beskrivelsen af de organisatoriske aspekter ved FKA i to foregangskommuner er en væsentlig del af rapportens hovedresultater. De organisatoriske aspekter (FKA-teamets deltagere, opgaver, kompetencer, forløbstyper, kapacitet og udgifter) vil blive beskrevet i det efterfølgende med enkelte opmærksomhedspunkter og anbefalinger. Et andet vigtigt hovedresultat er et beslutningsstøtteredskab for kommuner, som præsenteres til sidst.

Fakta om eHospitalet og VIVEs undersøgelse

eHospitalet er en del af Region Sjællands Strategi for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen (Det Nære Sundhedsvæsen, 2019). Dets formål er i samarbejde med kommunerne i regionen bl.a. at bidrage til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, øge borgernes muligheder for tidligere udskrivelse fra regionens somatiske sygehuse og få mere fleksible behandlingstilbud tættere på hjemmet og hverdagen. eHospitalet har ikke patienter fysisk indlagt, men varetager behandling digitalt, fx også med virtuel stuegang (video) i samarbejdet med patientens hjemkommune.

eHospitalets afdeling for hjemmebehandling, herunder på kommunale pladser, består af læger, sygeplejersker, sekretærer og et mobilt udekørende team. Afdelingen har en fælles indgang for kommuner, sygehuse og patienter via et telefonnummer med eLæger i vagt 24 timer i døgnet året rundt og med eSygeplejersker i vagt i dagtimerne. eLægen indlægger patientbørgeren i eHospitalet i samråd med kommunen, som udfører behandlingen. Den mobile behandlingseenhed (MBE) bistår kommuner med blodprøvetagning og IV-behandling, hvis kommunen er ressourcemæssigt eller kompetencemæssigt udfordret.

VIVEs undersøgelse har fokus på samarbejdet mellem eHospitalet og kommuner med aftale om Fremskudt Kommunal Akutfunktion (FKA), der er en betegnelse for deres tværsektorielle samarbejde om at bruge kommunale pladser til at undgå indlæggelse af især svagelige ældre borgere med akut opstået sygdom, fx væskemangel, eller forværring af kroniske tilstande, fx svimmelhed.

eHospitalet drives af Det Nære Sundhedsvæsen, der ønsker at indgå aftale med alle kommuner i regionen om FKA – kaldet en Sundhedspartnerskabsaftale.

FKA-teamets tværfaglige deltager

FKA-teamet består af en kommunal sygeplejerske, evt. i samarbejde med en social- og sundhedsassistent (SSA) og eHospitalets læge (herefter eLægen). Det er eLægen, der i samråd med SSA/FKA-sygeplejersken (herefter FKA-behandleren) indlægger patienten (herefter patientborger¹) på en øremærket kommunal sengeplads (FKA-plads). Det er eLægen, der ordinerer behandling, og FKA-behandleren, der gennemfører den fysiske behandling. Der er især tale om intravenøs (IV-)behandling af infektionssygdomme, fx lungebetændelse, urinvejsinfektion og væskemangel. Infektioner og væskemangel er

¹ Den kommunale pleje betegner gerne deres brugere som 'borgere', men sygehuset refererer til 'patienter'. Betegnelsen 'patientborger' bruges i denne afrapportering til at angive det dobbelte organisatoriske og kontekstuelle forhold, som den ældre person, der modtager behandling via FKA, befinder sig i.

begge tilstande, som indlægger/genindlægger mange ældre mennesker på sygehuset. IV-behandling i kommunal kontekst kan dermed forebygge nogle indlæggelser og giver plejkrævende borgere et bedre behandlingstilbud; underforstået at hospitalsindlæggelse kan have en negativ effekt på ældre borgeres samlede helbredstilstand (fx funktionstab og delir). FKA-pladser er således også en kommunal nyskabelse, der i partnerskab med eHospitalet skal skabe mere stabile rammer for IV-behandlingen af plejkrævende ældre borgere. eHospitalet er placeret under DNS, Region Sjælland, og dækker alle kommuner i regionen. eHospitalet leverer også medicinpræparater og laboratorieudstyr til plejecentre med FKA-pladser. I eHospitalet indgår også eSygeplejersker, en kvalitetssygeplejerske og en mobilbehandlingsenhed, der hhv. understøtter FKA-teamet praktisk, fagligt (i forhold til kompetencer/patientsikkerhed) og behandlingsmæssigt.

Med FKA-teamet kan ældre få IV-behandling på en kommunal sengeplads

FKA-teamets samarbejde er karakteriseret ved, at eLægen indlægger i eHospitalet og koordinerer patientens samlede forløb, mens FKA-behandleren forstår den fysiske behandling og undersøgelser. FKA-behandleren har fem primære opgaver:

1. At afholde og understøtte eStuegang mellem patientborgeren på FKA-plads og eLægen
2. At opstarte den af eLægen-ordinerede behandling, fx IV-antibiotika 4 gange i døgnet i 3 dage
3. At monitorere behandlingens effekt via systematisk observation (op til 4 gange i døgnet) og prøvetagning
4. At kommunikere med relevante sundhedsaktører for kontinuerlig gennemførelse og evaluering af behandlingseffekt
5. At være ansvarlig for medicinlager/-eHospitalsrum med opdatering af lager og udstyr.

I FKA-behandlerens kommunikative opgaver indgår samtaler med pårørende og eHospitalet. FKA-teamet afholder dagligt eStuegang på tværs af matrikler via en tablet med en eStuegangs-app. På eStuegang deltager FKA-behandleren med eller uden patienten, eLægen og eSygeplejersken. Anden kommunikation foregår via telefon og diverse skriftlige udvekslinger via korrespondancer fra eLægen, ordinationer i Fælles Medicinkort (FMK) og målinger i Klinikerportalen (LevVel-connect). Sidstnævnte indeholder vitale værdier fra TOBS, der sendes automatisk via en app, kaldet LevVel-patient til eHospitalet, hvor deres klinikere kan tilgå data i LevVel-klinikerportalen. Fra denne kan data hentes ind i SP. Der er indbygget en alarm i LevVel til at varsko eLægen, hvis

vitale værdier er 'røde' og altså har ændret sig markant. Andre kliniske undersøgelser, der udover TOBS indgår i FKA-teamets samarbejde og evaluering af behandlingens effekt, er observationer (ABCDE-metoden) og blodprøver (fx CRP til måling af infektionstal og væsketal). Samlet gør de det muligt at følge ændringer i patientborgerens sundhedstilstand. Udviklingen evalueres og 'trigeres', dvs. scores rød, orange/gul eller grøn/blå efter alvor, og behandlingen justeres med eLægen.

FKA-behandleren kommunikerer også FKA-opgaver på tværs af vagtskifte med henblik på kontinuerlig behandling under opholdet på FKA-pladsen, men også på tværs af plejecenter og hjemmeplejen i de tilfælde, hvor patientborgeren vil kunne fortsætte og afslutte sin IV-behandling i hjemmet.

Fire forløbstyper til FKA-plads

I de to case-kommuner har VIVEs undersøgelse identificeret fire forløbstyper for behandling i eHospitalet på FKA-plads. Disse er:

1. Borger, der fra hjemmet via hjemmesygeplejerske (evt. via eller direkte fra praktiserende læge) indlægges på FKA-plads – typisk til IV-behandling
2. Patientborger, der via hospital eller praktiserende læge indlægges i FKA-regi til ambulant IV-behandling (evt. med efterfølgende overgang til fortsat IV-behandling i hjemmeplejeregion)
3. Patient, der udskrives fra hospital til indlæggelse i eHospitalet til fortsat behandling (fx langvarig IV-behandling) på FKA-plads
4. Borger fra akutplads/midlertidig plads, der indlægges i FKA-regi.

For alle fire typer gælder det, at det kun er eLægen, der har visitationsret til indlæggelse i eHospitalet, og at indlæggelse på FKA-plads sker i samråd med FKA-behandleren.

Kommunale og regionale incitamentter til FKA

Kun et fåtal af kommunerne i regionen har en aftale med DNS om FKA. DNS ønsker at indgå partnerskabsaftale med alle regionens 17 kommuner med henblik på at give lige sundhedstilbud til borgerne. Hver kommune er selvbestemmende og beslutter således selv, om de ønsker at indgå partnerskab med re-

gionen om FKA. Formålet vil være kvalitetsudvikling med henblik på forebyggelse af indlæggelser og er i tråd med såvel de nationale som regionale sundhedspolitiske målsætninger om mere nære sundhedstilbud til borgerne.

FKA-sengene i Næstved og Kalundborg har været belagt med 100 patientborgere, mens VIVE har fulgt projektet. Dette er for få forløb til at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag for en egentlig sundhedsøkonomisk analyse. VIVE har i stedet gennemført en kasseøkonomisk analyse, som afdækker de kommunale bruttodriftsomkostninger ved FKA-sengene. Den kasseøkonomiske analyse indregner ikke afledte konsekvenser af indsatsen; herunder indregnes ikke evt. økonomisk tilbageløb i form af sparede kommunale udgifter til eksempelvis reduceret genoptræning eller pleje. Den kasseøkonomiske analyse præsenterer et break-even estimat, der indikerer, hvor store økonomiske besparelser indsatsen skal bidrage med for at kunne betegnes som udgiftsneutral.

Kommunale udgifter og eHospitalets kapacitet til FKA

På baggrund af den kasseøkonomiske analyse vurderes det, at en indlæggelse på en FKA-plads til behandling i eHospitalet koster kommunen 25.000-30.000 kr. pr. forløb. Omkostningerne dækker løn og personaleudgifter ved oprettelsen og driften af beredskabsplads(er) til FKA, der personalemæssigt er dækket med sygeplejerske med FKA-kompetencer i dagvagt og aftenvagt. Aftenvagten kan evt. erstattes af en SSA med FKA-kompetencer og suppleres med en FKA-sygeplejerske i bagvagt. Vigtigt er dog, at SSA ikke har lægefaglig delegering til at indgive intravenøs medicin, og der vil derfor være brug for en sygeplejefaglig løsning eller hjælp fra eHospitalets mobile enhed.

De kommunale omkostninger til FKA betyder, at kommuner *mangler økonomisk incitament* til at indgå i partnerskab med DNS om FKA. Mulig incitamentskabelse vil være at modregne den kommunale medfinansiering (KMF) med antallet af indlæggelser, der forebygges via FKA, eller at regionen bidrager til de kommunale udgifter i form af 'økonomisk byrdedeling' – eller anderledes formuleret 'deling af besparelsen' ved at forebygge sygehusindlæggelse.

DNS' incitament til at oprette flere FKA-aftaler er at få en bedre kapacitetsudnyttelse af medarbejdere tilknyttet eHospitalet. eHospitalet har to eLæger og to eSygeplejersker i dagtid og en eLæge i vagt hele døgnet året rundt. Det har endvidere 'den mobile enhed', som kører ud til regionens kommuner og bistår med IV-behandling når muligt. Et øget antal af patientborgere på FKA-pladser vil udnytte eHospitalets kapacitet bedre – såvel som nedbringe gennemsnitsprisen pr. forløb. Både region såvel som kommune kunne således have et incitament til en bedre kapacitetsudnyttelse i eHospitalet ved at få mere kvalitet i kommunen (adgang til lægehjælp, flere kompetencer, færre indlæggelser og mindre funktionstab hos borgerne) og lavere gennemsnitsudgift pr. forløb. Et

øget antal forløb vil fremadrettet give et bedre grundlag for at lave sundhedsøkonomiske beregninger af udgifter/besparelser ved partnerskabet.

Opmærksomhedspunkt: Tilgængelighed til behandling på FKA-plads

- Tilgængelighed afhænger af forløbets *åbenhed* eller *lukket*

Forløbstyperne har betydning for, i hvilken grad behandling i eHospitalet på en FKA-plads er tilgængelig for borgerne. Der kan skelnes mellem åbne og lukkede forløb, hvor de *åbne forløb* svarer til forløbstyperne 1, 2, og 3, hvor borgerne kan komme til pladserne "udefra": De kan komme fra hjemmet, henvist af hjemmesygeplejersken og/eller egen læge og vagtlæge, eller fra sygehuset, henvist af sygehuslæge. *Det lukkede forløb* svarer til forløbstype 4, hvor kun kommunen kan visitere borgere til FKA-pladser, fordi de allerede befinder sig på en kommunal midlertidig plads, fx en akutplads, men har brug for speciallægefaglig behandling i eHospitalet. Akutpladser hører under almen praksis, der ikke varetager IV-behandling, således at omkategorisering af pladsen til FKA muliggør IV-behandling under behandlingsansvarlig eLæge (frem for indlæggelse).

- Tilgængelighed afgøres af borgerens bopælskommune

Fælles for både de åbne og lukkede forløb er, at det er *eLægen*, der bestemmer, om den pågældende person passer til patientkriteriet for indlæggelse i eHospitalet. I praksis bliver det dog borgerens bopælskommune, der bliver afgørende, dels fordi ikke alle kommuner har FKA-pladser, dels fordi der er forskel på, hvor åben/lukket tilgangen til FKA-pladserne er i den enkelte kommune. Endelig er det vagthavende *FKA-behandler*, der i hvert enkelt tilfælde vurderer og afgør, om der er en ledig plads med medarbejderressourcer til at varetage behandling og pleje af patientborgeren. Plejecentre med FKA-pladser kan derfor *altid sige nej til indlæggelse på pladserne*, hvis det vurderes, at der ikke er de nødvendige medarbejderressourcer.

Opmærksomhedspunkt: Visitationsveje

De 100 forløb til FKA-pladser fordeler sig med hhv. 64 forløb i den ene kommune med åben visitation og 36 i den anden kommune med lukket selvvisitation inden for 11 måneder samlet.

- Visitation til åbne eller lukkede forløb til FKA-pladser

De åbne forløb giver en anden tilgængelighed og flow til behandling i eHospitalet end de lukkede med kun selvvisitation. Det åbne forløb forudsætter dog, at:

- Hjemmeplejen, almen praksis og vagtlæger har kendskab til eHospitalet og FKA, herunder patientkriteriet for indlæggelse i eHospitalet
- De visiterende sundhedsaktører, særligt vagtlæger, oplever, at der er ledig FKA-plads til rådighed, når de henviser en patient.

Kommunal selvvisitation forudsætter, at:

- Medarbejderne kan opspore begyndende sygdom tidligt (TOBS) og initiere kontakten til eLægen – evt. i samråd med egen læge. I så fald vil den kommunale pleje øge borgernes tilgængelighed til lægehjælp i eHospitalet.

Afgørende for både åbne og lukkede forløbsveje er dog, at plejecenteret med FKA-pladserne har *kapacitet til at tage imod patientborgeren* og opstarte behandlingen akut.

Opmærksomhedspunkt: Kapacitet og kompetencer til FKA på kommunale plejecentre

FKA erstatter ikke eksisterende plejeopgaver, men er et add-on til et plejecenters øvrige opgaver og forudsætter derfor generelt et organisatorisk beredskab i forhold til:

- En eller flere døgndækkede beredskabspladser til FKA (afhængig af førnævnte visitationsveje)
- Medarbejdere i vagtplan dag og aften med FKA-kompetencer
- Fleksibel opgavedeling mellem medarbejdere og justering af arbejds-gange i henhold til kontinuerlig behandling i FKA-teamet og af plejen på både FKA-pladsen/-erne og de øvrige kommunale pladser, som medarbejderne dækker.

Inddragelse af fagligheder i FKA

Et generelt opmærksomhedspunkt for kommuner er at tage stilling til, *om eller i hvilken grad SSA må deltage i FKA-opgaver*. En sygeplejefaglig kerneopgave er fx medicin håndtering, men der er andre opgaver, som SSA enten kan opkvalificeres til at indgå i eller overtage fra sygeplejersken fra den vanlige pleje med henblik på at skabe fleksibilitet til FKA. Det er også et opmærksomhedspunkt, at ikke alle sygeplejersker vil være interesseret i FKA og dens udvidelse af det kommunale helhedsblik med et mere klinisk blik.

I FKA-kompetencer indgår formel og uformel klinisk viden

At plejecentre har medarbejdere med FKA-kompetencer, er en forudsætning for indlæggelse og kontinuerlig IV-behandling på kommunal plads. Mangler fx aftenvagten de fornødne kompetencer, må eLægen indlægge patientborgeren, særligt hvis det heller ikke er muligt for den mobile behandlingsenhed at køre ud til plejecenteret.

eHospitalet stiller gratis undervisning til rådighed for kommuner, der indgår partnerskabsaftale med DNS. Undervisningen er lokalt tilpasset og bidrager til de kommunale medarbejders formelle kliniske viden om:

- Observation og evaluering af udvikling i patientborgerens sundhedstilstand (TOBS, ABCDE)
- Anlæggelse af drop i patientens håndryg (perifert venekateder, (PVK)) og at blande IV-medicin (antibiotika og væske).

Der indgår en del uformel viden i varetagelsen FKA, idet det kræver opbygning af:

- Praktisk hånddelag (til at lægge PVK, drop i hånddryggen).
- Erfaring med at agere bindeled og oversætter mellem patienten og eLægen på eStuegange (videoforbindelsen reducerer sanseoplevelser til kvaliteten af lyd og billedvinkel), så kommunikationen er fyldestgørende i eHospitalets perspektiv.
- Kendskab til kommunikative arbejdsgange med henblik på at sikre vidensoverlevering og koordination af beslutninger internt på plejecenteret og eksternt med eHospitalet og hjemmeplejen.
- Et stabilt oplæringsmiljø med mulighed for bedside- og sidemandsoplæring.

Anbefaling om fælles aftale om 'måltal' for antal forløb til FKA-pladser

I VIVEs perspektiv kan en fastsættelse af et – for begge parter – ønskeligt og acceptabelt antal forløb til FKA-pladser understøtte samarbejdet mellem kommune og DNS om at udvikle et mere stabilt optag/større flow til FKA-pladserne. Vejledende måltal kan bidrage til flere kvalitetsparametre ved at:

- give flere borgere adgang til behandling tættere på hjemmet
- give kommunale medarbejdere lettere adgang til sparring med eLæge (der afstemmer medicin, behandlingsniveau og har adgang til patientens sygehusjournal) 24-7 365 dage om året
- udvikle et mere stabilt læringsmiljø pga. et større/mere jævnt flow til FKA-pladserne
- skabe økonomisk incitament for regionen (bedre kapacitetsudnyttelse samt mindre pres på akutmodtagelser og medicinske sengeafsnit) til byrde- og besparelsesdeling med kommunen om udgifter til FKA-pladser.

Udvikling af et redskab til beslutningsstøtte

Rapporten præsenterer i Del 1 et redskab til beslutningsstøtte for kommuner, som overvejer at indgå partnerskab med DNS, Region Sjælland. Redskabet indeholder centrale meta-spørgsmål, som en kommune kan reflektere over til afklaring af egen rolle og udbytte af partnerskabet. Redskabet er udviklet på baggrund af rapportens analyseresultater i Del 2, der er reflekteret i henhold til 3 principper, som understøtter det dialogbaserede samarbejde mellem partnere, nemlig *frivillighed, tilgængelighed og fælles ansvar for justering af samarbejdet*.

Ud over ovennævnte afsnit til *økonomisk byrdedeling* og indgåelse af 'aftale om måltal for antallet af forløb' til fremme af et stabilere oplæringsmiljø er særlige indsatsområder i tilknytning til *det fælles ansvar for justering af samarbejdet* følgende:

- Udvikling af infrastruktur for FKA-samarbejdet.

Infrastruktur er i den klassiske definition fra Star og Ruhleder (1996) et relationelt begreb med mange dimensioner, hvori teknologier får sin betydning i relation til organiserede praksisser. VIVEs undersøgelser af FKA i eHospitalet viser netop, hvor afgørende relationen er mellem eLægen og FKA-behandlerne. Uden deres teamsamarbejde er der ingen behandling på FKA-pladser. Den viser også, at særligt to dimensioner af deres organiserede praksisser med FKA kan forbedres. Den ene dimension er den kommunikative infrastruktur, og den anden er den digitale dimension af deres samarbejde, særligt i den kommunale kontekst.

Udvikling af den kommunikative infrastruktur omhandler dels:

- At kommunale sygeplejersker og SSA ikke skal stå ringere stillet ved akutarbejde end deres fagfæller på sygehuset. Som FKA-behandlere er dobbelt dokumentation og work-arounds en nødvendighed for at skabe kontinuerlig monitorering og sammenhængende behandling.
- At eLægen ikke har samme adgang til observationer og tidspunkt for dispensering af IV-medicin, som hvis patienten var indlagt på sygehuset.
- At den digitale infrastruktur i kommuner generelt er ufuldstændig med henblik på at forebygge indlæggelser med FKA.

Udvikling og tilpasning af digitale løsninger til understøttelse af FKA-teamets kommunikation og samarbejde, herunder også patientsikkerheden, vil være hensigtsmæssigt. Det vil også kunne bidrage til et mere organisatorisk understøttende læringsmiljø, der alt andet lige vil kunne gøre det mere trygt for FKA-behandleren at udføre og koordinere FKA-opgaver i og på tværs af vagtskifte og matrikler.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen beror på et etnografisk studie med samlet 13 dages observationer – fordelt på to plejecentre med FKA-pladser og eHospitalet i Næstved samt 18 kvalitative forskningsinterviews. Der indgår desuden en kasseøkonomisk analyse for samlet set 100 behandlingsforløb i eHospitalet på FKA-pladser i perioden marts 2022-februar 2023. Brugerinddragelse i undersøgelsen er foregået via fire workshops med repræsentanter for centrale grupper af aktører i forløbene.

➤ Afrapportering

1 Indledning

VIVE tilbyder et beslutningsstøtteredskab til kommuner, der mangler et organisatorisk og økonomisk vidensgrundlag for at indgå i tværsektorielt samarbejde med Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) i Region Sjælland om at forebygge akutte indlæggelser af plejkrævende ældre i tilknytning til ustabile tilstande og intravenøs (IV) behandling af væsketab og infektioner.

Sundhedspartnerskab

Det Nære sundhedsvæsen (DNS) i Region Sjælland er i 2021 indgået i Sundhedspartnerskab med Næstved Kommune og i samarbejde med Kalundborg Kommune og Slagelse Kommune.

DNS vil gerne udvikle Sundhedspartnerskaber med alle kommuner i regionen om 'Fremskudt Kommunal Akutfunktion' (FKA), hvor akutsygeplejefagligt personale i kommunerne kan henvise til indlæggelse i eHospitalet med fysisk placering af borgere på kommunale akutpladser.

Aftale om samarbejde med eHospitalet baserer sig på dialog og principperne om *frivillighed, tilgængelighed og fælles ansvar for justeringer*.

Denne rapport sammenfatter resultaterne fra to case-kommuner, der har et samarbejde med DNS (Region Sjælland, 2021a; Korsgaard, 2021) om at udvikle et tilbud om væske- og infektionsbehandling med IV på kommunale midlertidige pladser. Tilbuddet hedder fremskudt kommunal akutfunktion (FKA) i eHospitalet. FKA muliggør behandling af plejkrævende patienter på kommunale pladser under behandlingsansvarlig læge i eHospitalet. Herved fremskydes behandlingen og gennemføres tættere på borgerens hjem.

DNS' tilbud om Sundhedspartnerskabet mellem kommune og eHospitalet om FKA baserer sig på "*en løbende proces, som sikrer tid til dialog og tilpasning af tilbuddet med den enkelte*

kommune. Formålet er at sikre smidig implementering samt løbende afklaring af spørgsmål og tilpasning til de opnåede erfaringer" (Region Sjælland, 2021b, bilag 1). Proces og dialog er endvidere guidet gennem følgende tre principper for partnerskabet: *frivillighed, tilgængelighed og fælles ansvar for justering*.

Frivillighedsprincippet betyder, at kommunen selv beslutter:

- Hvilken kapacitet – herunder lokationer og antal sengepladser – som skal indgå i akutfunktionen. Kapaciteten kan ændres løbende.

Princippet om tilgængelighed relaterer sig til Sundhedsloven om *lighed i sundhed*, således at alle regionens borgere som udgangspunkt skal have mulighed for behandling i eHospitalet. I overensstemmelse med princippet om tilgængelighed ønsker DNS i Region Sjælland derfor at tilbyde:

- Behandling i eHospitalet hele døgnet og alle ugens dage
- Behandling til alle regionens borgere, der opfylder patientkriterierne for indlæggelse i eHospitalet
- Sundhedspartnerskab om FKA i eHospitalet til alle regionens kommuner
- Fælles retningslinjer for opgaver og ansvar: "Beskrivelse af fremskudt kommunal akutfunktion" (Region Sjælland 2023a), se også Bilag 2 i denne rapport.

Det tredje princip om fælles ansvar danner baggrund for fælles og løbende dialog om udvikling og tilpasning af samarbejdet med hver enkelt kommune.

1.1 Baggrund

Rapporten er udviklet på opdrag af Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) Region Sjælland og i samarbejde med Næstved Kommune og Kalundborg Kommune. Gennem deres samarbejde, inklusive Slagelse Kommune, har de udviklet et sygehusbehandlingstilbud tættere på borgerne, nemlig FKA i eHospitalet. Tilbuddet muliggør IV-behandling med væske og antibiotika (AB) på kommunal midlertidig sengeplads frem for hospitalsindlæggelse. Tilbuddet er særligt målrettet plejkrævende ældre patienter.

Den medicinske patient

Den ældre medicinske patient har i årtier været et fokusområde i sundhedspolitikken, særligt har det været fokus på at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser. Infektionssygdomme som lungebetændelse, blærebetændelse, blodforgiftning og dehydrering er blandt de mest almindelige årsager til indlæggelser hos personer over 65 år (Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023). Disse diagnoser kræver intravenøs behandling med antibiotika og væsketerapi. FKA i eHospitalet med tilbud om (nogle typer) intravenøs antibiotikabehandling og væsketerapi i kommunale plejecentre er således et forebyggende behandlingstilbud med potentiale til at reducere indlæggelser og skabe mere sammenhængende pleje for ældre borgere i forhold til hospitalsindlæggelser.

Kommunale midlertidige senge

I sammenhæng med udviklingen af bl.a. færre medicinske senge og korte indlæggelsestider i det danske sundhedsvæsen har kommunerne fået større ansvar for deres behandlings- og plejkrævende borgere. De har oprettet kommunale sengepladser til deres borgere. Antallet estimeres til omkring 3.800 sengepladser i landet (Andersen & Reiermann, 2023; Sundhedsmonitor 2023).

De kommunale midlertidige pladser, der er en samlet betegnelse for sengene, dækker mange funktioner, såsom "akutpladser, vurderingspladser, observationspladser, korttidspladser, feriepladser, aflastningsplads, ventepladser, rehabiliteringspladser, genoptræningspladser" (Vinge m.fl. 2021; Andersen 2019b). Pladserne befinder sig både inden for Serviceloven og Sundhedsloven. De kommunale døgndækkede pladser er knyttet an til almen praksis (Praktiserende Lægers Organisation & Kommunernes Landsforening, n.d.). De hører under sundhedsloven, tegner sig for omkring 5 % af de kommunale pladser og benævnes også akutpladser (Christoffersen, 2022). De er døgndækkede pladser i betydningen af, at der er plejepersonaler i vagt hele døgnet rundt.

FKA-pladser som specialiserede akutpladser

Akutpladser og de kommunale pladser knyttet til FKA (FKA-pladser) har fælles træk og dog væsentlige forskelle i forhold til at forebygge indlæggelser. De hører begge under sundhedsloven, men IV-behandling hører under speciallægerens behandlingsansvar på sygehusene og ikke almen praksis. Herved muliggør det kommunale samarbejde med FKA-pladser i eHospitalet behandling af væskemangel og infektionssygdomme med IV frem for indlæggelse. eHospitalet har således mulighed for at overtage behandling af borgere på fx akutpladser eller i hjemmet, hvor fx pille-antibiotika ordineret af egen læge ikke har været tilstrækkelig. FKA-pladserne har således gennem eHospitalets og eLægens behandlingsansvar nogle andre muskler for at igangsætte behandling og forbygge indlæggelser, herunder også den skrøbeliggørelse af ældre, der er forbundet med mange indlæggelser (Wentzer, 2020).

Erfaringerne med at flytte akutbehandling fra sygehuset til kommunale senge og almen praksis er sparsomme (Leonardsen m.fl., 2018; Nystrøm m.fl., 2021). Et registerstudie fra Norge med data fra fem kommunale centre (16.786 indlæggelser over en 6-årig periode) fandt, at de kommunale akutpladser ikke var et alternativ til hospitalsindlæggelsen. Patienter med behov for oxygenbehandling og væske- og medicinskbehandling med IV, samt hvor der var lang geografisk afstand til hospitalet, havde stor sandsynlighed for indlæggelse (Nystrøm m.fl., 2022). Med andre ord:

- *Akutpladser og almen praksis løser ikke alle genindlæggelsesproblematikker, særligt når patienterne har behov for IV-behandling og bor langt fra hospitalet.*

Et studie fra Nordsjællands Hospital vurderer, at en tredjedel genindlæggelser af ældre patienter kan forebygges ved et hospitalsteam tilknyttet patienter, der udskrives til 24-timers kommunal akutplads (Grew m.fl., 2022). Studiet anbefaler:

- *Mere forskning i kommunikation på tværs af sektorer, hospitaler, kommuner og almen praksis.*

Tværasektorielt samarbejde er svært

Samarbejdet mellem sygehus og kommune om hospitalsindlagte patienter på kommunale pladser er en tværasektoriel løsning. Erfaringer fra Region Sjælland i forbindelse med coronapandemien, hvor patienter blev indlagt på kommunale pladser frem for på sygehusets fyldte sengeafsnit, peger på (Pinborg, 2020) at:

- *fleksibiliteten i de sundhedsprofessionelles samarbejde er lettere inden for egen sektor end på tværs af sektorer*
- *de strukturelle rammer i form af økonomi og forskellige IT-systemer gør koordinering af behandling svært for de sundhedsprofessionelle.*

Kommunale sygeplejersker i et limbo

Udviklingen med de mange typer opgaver og behandlingsrelationer skriver sig ind i en ny faglig udvikling for kommunale medarbejdere, særligt sygeplejersker. Dansk Sygeplejeråd har forbedringsforslag i tilknytning til de kommunale midlertidige pladser. De fremhæver, at (Andersen, 2019a, citat Inge Jekes, Formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne):

- *der skal være nem og direkte adgang til at kontakte en læge*
- *vi skal have kvalitetsstandarder, der beskriver, hvad man skal kunne levere på en midlertidig plads, og hvilke kompetencer medarbejderne skal have. Og kvalitetsstandarderne skal hedde SKAL og ikke BØR*
- *det er afgørende vigtigt, at sygeplejersker får udvidet det selvstændige virksomhedsområde i takt med, at de får udvidet deres kompetencer.*

FKA-pladserne kan således ses som et element i den sygeplejefaglige udvikling i kommunerne, men som er knyttet an til eHospitalet og således til lægekontakt i sekundærsektoren og klinisk praksis frem for almen praksis. Det kan således ses som *en ny rolle* for den kommunale sygeplejerske at indgå i et udvidet samarbejde over sektorgrænsen og under eLægens behandlingsansvar. Det er en relation, hvor den kommunale sygeplejerske ud fra Sundhedslovens delegation af lægefaglige opgaver arbejder som 'hjælper' for eLægen, samtidig med at patienten/borgeren fysisk er hos sygeplejersken. Dette skaber en *etisk spænding for varetagelse af patientansvaret*, hvor de *kommunikative rammer* for eLægen og den kommunale sygeplejerskes kontakt er særlig vigtig, også da eLægens patientkontakt er medieret via sygeplejersken og de kommunikative medier, hun er stillet til rådighed på FKA-pladserne. Der ligger

således en særlig organisatorisk opgave i at få beskrevet den kommunale sygeplejerskes ansvarsområder, kompetencer og opgaver i tilknytning til FKA og samarbejdet med eLægen om behandling af patienter på kommunale pladser. Rapporten er et bidrag hertil.

Samlet set rejser der sig en række tematikker i det tværsektorielle samarbejde om at forebygge indlæggelser, som kræver nærmere undersøgelse, såsom:

- Hvilken betydning IV-behandling på kommunale pladser har for medicinske patienter (frem for indlæggelse på sygehuset)
- Hvordan kommunikationen og samarbejdet foregår, særligt de kommunale sygeplejerskers vilkår for at overtage opgaver
- Hvad de IT-mæssige og økonomiske rammer er for at tilbyde FKA-pladser.

1.2 Formål

Formålet med VIVEs undersøgelse er at besvare spørgsmålene:

- Hvilke erfaringer har kommuner i Region Sjælland med FKA i eHospitalet? Herunder erfaringer med kommunens kapacitet og tilgængelighed for borgerne, døgntilbud, opgaver og ansvar?
- Hvad er vigtige læringserfaringer og indsatsområder for udvikling af det tværsektorielle Sundhedspartnerskab med regionen? Herunder hvilke roller har den kommunale sygeplejerske, og hvad er rammerne for opgaveløsning, kommunikation og samarbejde?

I undersøgelsen indgår to case-kommuner med samarbejdsaftaler om FKA i eHospitalet.

1.3 Metode

Undersøgelsens erfaringsindsamling til besvarelse af det første forskningsspørgsmål er gennemført som et etnografisk feltstudie med to case-kommuner med FKA i eHospitalet. I studiet indgår observationer og 18 kvalitative forskningsinterviews med de centrale aktører (sundhedsprofessionelle, borgerrepræsentanter og ledelsesansvarlige) i FKA. Feltstudiet præsenteres i rapportens Del 2 med afsæt i den danske model for medicinsk teknologivurdering (MTV), som indeholder følgende perspektiver: 'Teknologi', 'patient', 'orga-

nisation' og 'økonomi (Kristensen & Hørder, 2001). MTV'en har til formål at bidrage til kvalificering af beslutningsgrundlaget for politikere, administratorer og ledere på ældre- og sundhedsområdet. De fire MTV-perspektiver er i undersøgelsen defineret som følgende:

- 'Teknologien' er Fremskudt Kommunalt Akutfunktion (FKA), der behandler patientborgere indlagt på kommunale midlertidige pladser til behandling i eHospitalet.
- 'Patienten' er skrøbelige ældre borgere, der har gavn af at undgå sygehusindlæggelse. Herefter 'patientborgeren', når denne er indlagt i eHospitalet.
- 'Organisationen' er det tværsektorielle samarbejde, der pågår mellem eHospitalet og de kommunale centre med FKA-pladser og deres respektive medarbejdere.
- Økonomiperspektivet udgøres af en kasseøkonomisk analyse udviklet på baggrund af patient-case-beskrivelser og interviews med økonomimedarbejdere i de pågældende kommuner ud fra præmissen: "Bedste mands bedste gæt på: Hvad vil det koste".

Konklusioner og udvalgte dilemmaer fra MTV-analysen er forelagt tre brugergrupper af FKA i eHospitalet med henblik på at validere og uddybe analysens fund. Brugergrupperne er 1) sundhedsprofessionelle i FKA, 2) repræsentanter for ældre borgere og 3) ledere fra begge kommuner og eHospitalet. Brugerundersøgelsen bidrager til at besvare det andet forskningsspørgsmål: *Hvad kan andre kommuner lære af case-kommunernes erfaringer?*

De samlede analyseresultater fra MTV'en og brugerinddragelsen i rapportens Del 2 er *operationaliseret* i Del 1 med henblik på at udvikle et beslutningsstøtteredskab til kommuner, der overvejer at indgå en Sundhedspartnerskabsaftale med DNS. Læringserfaringerne fra Del 2 er reflekteret inden for partnerskabsaftalens tre principper. Herved konkretiseret, hvad *frivillighed, tilgængelighed og fælles ansvar for justeringer* kan indeholde i et kommunalt perspektiv.

Beslutningsstøtteredsindet er ikke endegyldigt eller udtømmende, men har kun en vejledende og støttende funktion for andre kommuners læring og ønsker til udvikling. Fortsat erfaringsindsamling, herunder også sundhedsøkonomiske analyser, når antallet af patientborgere på FKA-pladser i eHospitalet er tilstrækkelig til en pålidelig og valid analyse, kan bidrage til at justere de kasse-økonomiske beregninger til mere eksakte beløb.

Læsevejledning og målgrupper

Rapporten består af to dele. Del 1 er målrettet kommunale og regionale beslutningstagere med ansvar for sundhed og for kompetence- og kvalitetsudvikling af ældrepleje og behandlingsforløb. Den præsenterer de vigtigste empiriske fund fra rapportens Del 2 og er et beslutningsstøtteredskab med metaspørgsmål, som kommunale og regionale ansvarshavende ledere kan stille sig selv med henblik på at vurdere egne interesser for udvikling af tværsektorielt partnerskab om at forebygge indlæggelser af plejkrævende ældre med FKA i eHospitalet.

Rapportens Del 1 er en syntese af resultaterne fra Del 2 – struktureret inden for de tre samarbejdsprincipper for Sundhedspartnerskab mellem region og kommune om FKA (jf. bilag 1). Formålet er at *udvikle et redskab til beslutningsstøtte* baseret på de to case-kommuners erfaringer med henblik på at give andre kommuner et grundlag for at overveje et tværsektorielt Sundhedspartnerskab med DNS om at forebygge indlæggelser af plejkrævende ældre.

Del 2 er målrettet læsere med interesse for tværsektoriel forskning i sekundær forebyggelse og tværfaglig udvikling af akutområdet, herunder udvikling af kommunalt IT og tværsektoriel infrastruktur (med fokus på sundhedsfaglig kommunikation og samarbejde i tilknytning til det regionale akutspor).

2 Tværsektorielt partnerskab: dilemmaer og udviklingsmuligheder

Kun et fåtal af Region Sjællands Kommuner har et Sundhedspartnerskab med Regionen om FKA til forebyggelse af indlæggelser på sygehuset. Kommuner og sundhedsmedarbejdere uden kendskab til, hvad et partnerskab kan bringe plejkrævende ældre borgere, kan med fordel læse dette kapitel.

Indeværende kapital reflekterer resultaterne fra rapportens Del 2 med afsæt i de tre principper for dialog og partnerskab med DNS, nemlig *frivillighed, tilgængelighed og fælles ansvar for justeringer*. Med afsæt i de to case-kommuners erfaringer med FKA (dokumenteret i analyse 1) og brugergruppernes forslag til udvikling i samarbejdet (analyse 2) konkretiserer dette kapitel den kommunale betydning af principperne i sundhedspartnerskabsaftalen. Formålet er at støtte kommuner, deres ledere og sundhedsmedarbejdere generelt i at tage stilling til partnerskab med DNS om kvalitetsudvikling med henblik på at forebygge indlæggelser.

Læsere med interesse for de to case-kommuners erfaringer, herunder organisering og mediering af samarbejdet mellem kommune og eHospitalet med forskellige digitale, mundtlige og skriftlige medier, kan med fordel læse analyse 1 i Del 2. Analyse 2 i Del 2 udfolder dilemmaer og anbefalinger fra centrale brugergrupper af FKA (sundhedsprofessionelle, ældre borgere og ansvarshavende ledere) til videreudvikling af partnerskabet. Boks 2.1 giver et overblik over analyseresultaterne fra rapportens Del 2.

Boks 2.1 Data og metode*

Analyse 1: Medicinsk teknologivurdering (MTV) på baggrund af etnografisk studie med kasseøkonomisk analyse

Analyse 2: Brugerinddragelse via dialogværksteder til validering og udvikling af fund fra MTV

Resultater analyse 1: Generelle fund

- Fire forløbstyper til FKA-pladser, lav belægning af pladserne, styrings- og prioriteringsforskelle mellem de to case-kommuner.
- Mange snitflader i arbejdsgange og organiseringsforskelle internt i kommunen og mellem sektorerne, særlig mangelfuld understøttelse af de kommunale FKA-opgaver. Dette udfordrer patientsikkerheden og FKA-behandlernes tryghed.
- Tilfredshed hos patientborgere for FKA-plads og ønske fra pårørende om mere strukturerede arbejdsgange. De er vigtige for sammenhæng og patientsikkerhed i FKA-behandlingen.

Endvidere fremgår det, at FKA organisatorisk styrkes ved:

- Beredskabspladser, som patientborgere kan indlægges på akut
- Udvikling af tillidsfulde relationer for samarbejde mellem personaler tilknyttet FKA-pladser og eHospitalet
- Oplæring af FKA-kompetencer i praksis via kontinuerlig opbygning af bedside-erfaringer, fx gennem mesterlære med sygeplejerske med klinisk akuterfaring samt sygeplejersker og SSA med kommunal plejeerfaring til et udvidet helhedsblik på patientborgeren
- Koordinering af patientforløb til match med kommunale FKA-kompetencer
- 'Hårde incitamenter': at kommuner får en økonomisk grund til samarbejdet.

Resultater af analyse 2: Brugerinddragelse

Identificering af fem dilemmaer – og udviklingsområder:

1. Uoverensstemmelse mellem eHospitalets behandlingskapacitet/ressourcer og antallet af indlæggelser på FKA-pladserne.
2. Flowet af patientborgere til FKA-pladser relaterer sig til personale-ressourcer med FKA-kompetencer, men også til kommunens incitament til brug af sine senge til tværsektorielle forløbstyper.
3. FKA-kompetencer læres ikke kun gennem formel kompetenceløft, men består også af uformelle arbejdsgange og lokale, kommunikative praksisser med mulighed for at opøve erfaring og skabe relationer, der har betydning for tryghed og sikkerhed i opgaveløsningen.
4. Ulige ansvars- og arbejdsvilkår for behandlere på kommunale pladser og på sygehuset. FKA-behandlere har mere fleksibel adgang til lægehjælp til deres borgere i eHospitalet end til de øvrige borgere på de kommunale pladser, også selv om "*de ikke er de sygeste*" (sygeplejerske på sygehuset). De har dog som behandlere i kommunal kontekst ikke adgang til samme journalinformation om patientens forløb, som de vil have haft som behandler i regional regi.
5. Jo mere lokal organiseringsmæssig variation i og mellem kommunerne, jo større koordineringsmæssig arbejdsbyrde til eLægen med at skabe et behandlingstilbud, der passer til den konkrete patients muligheder i hjemkommune.

Brugerne peger på fem tematikker, der er centrale for samarbejder mellem kommuner og eHospital om FKA-pladser. Disse er:

- Hvilken forløbstype(r), en kommune ønsker at samarbejde med regionen om
- Om både sygeplejersker og SSA må kompetenceudvikles til FKA-opgaver
- Muligheden for øget tilgængelighed af lægehjælp fra eHospitalet
- Skabelse af en ny sundhedsfaglig aktør gennem fremskudt kommunal akutfunktion, heraf 'FKA-behandleren'
- Udvikling af kommunal infrastruktur til understøttelse af patientsikkerhed og tryghed i arbejdsgange med FKA og kommunikation med eHospitalet.

Note: * Se dokumentation i Del 2.

2.1 Frivillighed – De kommunale incitamentener til FKA

Princippet om frivillighed refererer først og fremmest til kommunernes selvbestemmelse. Inden for rammerne af deres kommunale selvstyre vælger hver af regionens kommuner selv, hvilke tilbud de giver deres borgere, og om de vil indgå i partnerskab med Regionen og DNS om FKA i eHospitalet. Denne frivillighed betyder også fra eHospitalets perspektiv, at de ikke ved, hvor mange kommuner de kommer til at indgå partnerskab med – og om det kan blive på 17 forskellige måder. Frivilligheden skaber derfor muligheden for en stor variation i de ønsker, en kommune kan have til en partnerskabsaftale om FKA-samarbejde. Dette delkapitel reflekterer de incitamentener, der kom til udtrykt i de to case-kommuner med FKA-samarbejder i eHospitalet. Deres forskelligheder (som fremgået i Del 2, analyse 1) giver spændvidde til betydningen af princippet *frivillighed* i praksis. Deres motivation for FKA udfoldes i det følgende som incitamentener for samarbejdet. Det er muligt at skelne mellem to typer af incitament til FKA-pladser. Den første handler om kvalitetsudvikling, den anden om økonomi. De følgende afsnit udfolder de to typer incitamentener.

2.1.1 Incitament: Kvalitetsudvikling med FKA-sengepladser

Et vigtigt formål med FKA-pladser er at tilbyde behandling tættere på borgernes hjem og at forebygge (gen-)indlæggelser. Ikke alle indlæggelser kan forebygges, men nogle kan. FKA-samarbejdet med eHospitalet muliggør, at kommunen kan monitorere og igangsætte IV-behandlinger uden at indlægge borgeren. Det er en særlig kvalitetsgevinst for plejekrævende ældre, hvor sygehusindlæggelse kan bidrage negativt til deres samlede sundhedstilstand.

I konturerne for de FKA-behandlinger, der indgår i datamaterialet, fremstår to *kvalitetsfigurer* i kommunal sundhed, nemlig den ældre patientborger, der via FKA-pladsen får fremskyndet sin behandling, og det fremskudte, tværsektorielle akutteam bestående af specialiserede kommunale sygeplejersker og eHospitalet – kaldet *FKA-teamet* – der muliggør tryk IV-behandling på kommunale pladser. De to følgende afsnit stiller skarpt på karakteristikaene for begge "figurer".

2.1.1.1 Et nyt behandlingstilbud til plejekrævende ældre

Et eksempel på et typisk patientborger-forløb til IV-behandling på en FKA-plads er 'Viggo'. Viggo er en ældre mand på 89 år, der indlægges til IV-behandling.



FKA-CASE: Et nyt forløbstilbud til Viggo frem for indlæggelse

Viggos indlæggelse på FKA-plads til IV-behandling og pleje

Viggo er en skrøbelig ældre mand på 89 år, som lider af flere sygdomme. Han har i nogle dage været i behandling derhjemme med antibiotika i tabletform pga. mistanke om lungebetændelse. Men da hans tilstand ikke bedres, tager hjemmesygeplejersken kontakt til eLægen på eHospitalet og vender muligheden for indlæggelse på en FKA-plads. eLægen kontakter dernæst sygeplejerskerne på FKA-pladserne i Viggos hjemkommune og vender muligheden med dem. Efter fælles vurdering af Viggos situation – samt om de har ressourcer til at tage en indlæggelse på FKA-pladserne – bliver de enige om, at han er egnet til indlæggelse på en FKA-plads. Godt en time senere ankommer Viggo til FKA-pladsen, hvor han modtages af en FKA-sygeplejerske og får tildelt en af de øremærkede FKA-stuer.

Indledningsvist er der en række praktiske ting, der skal klares, og behandlingen skal igangsættes efter anvisning fra eLægen, som kommer via en korrespondance. eLægen og FKA-sygeplejersken på FKA-pladserne har løbende telefonisk kontakt, når der opstår spørgsmål, eller der er nye beskeder angående behandlingen. Et par timer efter indlæggelsen og igangsættelsen af IV-behandlingen afholder eLægen eStuegang sammen med eSygeplejersken og sygeplejersken på FKA-pladsen. FKA-sygeplejersken giver en status på, hvordan indlæggelsen er forløbet og forklarer, at Viggo er stigende uklar og konfus. eLægen beder

FKA-sygeplejersken om at gå ind på stuen til Viggo, så han kan være med via video. FKA-sygeplejersken tager sin tablet med ind på Viggos stue, så de kan se hinanden via video. Viggo er dog træt og lidt diffus pga. infektionen og kan ikke deltage i samtalen, men hans pårørende deltager. Viggo skal have IV-antibiotikabehandling fire gange i døgnet samt IV-væske. Allerede dagen efter viser værdierne, som er et udkomme af de målinger, som FKA-behandleren efter anvisning fra eLægen udfører, at behandlingen har god virkning. Til eStuegang med eLægen kan FKA-sygeplejersken fortælle, at Viggo er blevet mere klar og kan samtale. Indlæggelsen fortsætter yderligere 3 dage, hvorefter Viggo udskrives, idet det vurderes, at han kan overgå til tabletbehandling med antibiotika i eget hjem.



En afgørende kvalitet i Viggos forløb er den hurtige adgang til behandling. Han er en ældre, svækket (bevidsthedspåvirket) herre med flere indlæggelser bag sig, så FKA-pladsen passer godt til hans behov for både hurtig hjælp og stabile rammer for pleje. Sidstnævnte er vigtig for forebyggelse af fx forvirring (delir). Viggos pårørende spiller også en central rolle for deling af information omkring hans forløb på tværs af sektorer. Grundet kommunes og regions forskellige journalsystemer er der flere forhold omkring Viggos øvrige sygdomme, som FKA-sygeplejersken ikke kender til. Pårørende udtrykker også ønske om "mere strukturerede arbejdsgange". Som noget nyt er Viggos kontakt til sygehuslægen også digitalt formidlet via eStuegangs-appen. En anden patientborger indlagt på FKA-plads beskriver oplevelsen som følgende:

Det virkede som om, det fungerede, men jeg følte mig ikke 100 % tryk ved det. Det var kun fordi, der var den dygtige sygeplejerske ved siden af mig hele tiden. (Mand, 92 år)

Citatet understreger vigtigheden af tryghed, men også at denne ikke alene kan opretholdes via den digitale kontakt til lægen, men at den fysiske kontakt til FKA-behandleren er afgørende for oplevelsen af kvalitet i patientborgerens perspektiv.

De samlede kvaliteter for patientborgerens oplevelse af FKA er:

- Hurtigt i behandling (i sammenligning med indlæggelse via akutafdeling)
- Ro (enestue), tid og adgang til personale (i sammenligning med sygehusindlæggelse)
- Tryghed ved eStuegang via den fysiske bedside-kommunale sygeplejerske
- Mulighed for at fortsætte behandling hjemme eller ambulantly, hvis ukompliceret
- Man indlægges på sygehuset, hvis IV-behandlingen ikke giver den ønskede effekt.

Opmærksomhedspunkter for videre kvalitetsudvikling er:

- Pårørende efterlyser mere struktur til arbejdsgange i tilknytning til FKA-pladser. De bærer informationer mellem sektorerne (journalsystemer) og mellem FKA-behandlernes vagtskifter og bidrager til patientsikkerheden.
- Ældreborger-repræsentanter fra brugerinddragelsen (analyse 2, Del 2) ønsker, at de kommunale sygeplejerskers kompetencer til IV-behandling skal kvalitetssikres evt. via certificering.
- FKA-behandlerne ønsker adgang til den samme FKA-relevante information på en nem og tilgængelig måde, uden at de skal logge ind i mange systemer og lede i mange brugerflader.

2.1.1.2 Adgang til eLægen i tværsektorielt teamsamarbejde

Det er udviklingen af et nyt samarbejde på tværs af sektorer og på tværs af fagligheder, særligt sygeplejerske og eLæge, som muliggør kvalitetsudvikling med FKA. Man kan sige, at samarbejdet mellem læge og sygeplejerske er traditionelt, særligt at lægen uddelegerer lægeordnede opgaver til medhjælper (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2009). Det nye er, at de ikke deler sektor, og at sygeplejersken, der udfører IV-opgaver, er placeret i en kommunal kontekst og ikke på sygehuset med lægen. Der er således meget forskellige rammer for deres samarbejde. Lige så oplever FKA-sygeplejerskerne også, at de har mere tilgængelig lægehjælp, end de har i samarbejdet med almen praksis og vagtlæger. Det skyldes, at akutlægen i eHospitalet, også kaldet eLægen, er tilgængelig hele døgnet og har adgang til flere aktuelle patientoplysninger end særligt vagtlægen, men også end egen læge typisk har. eLægen sørger også for, at der (sammen med patientborgeren og evt. dennes pårørende) altid er taget stilling til behandlingsniveauet, fx hjertelungebehandling (genoplivning), hvorved de

eLægen som kommunal gamechanger

Samarbejdet med eHospitalet giver kommunen et lokalt 'eHospitalrum' med medicinpræparater og laboratorieudstyr samt undervisning af medarbejdere i monitorering og IV-behandling. Herved får kommunen nye muligheder for at overvåge udviklinger i særligt ældres sundhedstilstand, der "kan vælte", ligesom eLægen giver medarbejderne sparring og tager beslutninger om behandling – herunder også, om det er det bedste for patientborgeren af blive indlagt fysisk på sygehuset.

eHospitalet kan derfor være en afgørende ressource som generelt "game changer" på det akutte område. Sammen med FKA-behandleren (med ABCDE- og TOBS-blikket) kan eLægen understøtte kommunerne i at blive bedre til at "fange" ældre borgere, før de bliver ustabil syge.

ikke risikerer at indlægge en borger unødigt imod dennes ønske og de behandlingsmæssige muligheder.

eLægen er en helt ny ressource i det kommunale felt og bringer sekundærsektoren tættere på borgere med akutte behov for forebyggelse af sygdomsforværringer og behandling. Det er relationen mellem eLægen og FKA-behandleren, som bringer den speciallægefaglige viden i spil i det kommunale. FKA-behandlerne oplever, at relationen til eLægen giver mulighed for at få beslutningsstøtte i den kommunale hverdag. Støtten understøtter også snitfladen til egen læge, fordi en af eLægens kerneopgaver er at vurdere patientens samlede forløb, herunder også til "hjem", der i eLægens perspektiv betyder en patient, der er stabil nok til, at behandlingsansvaret skal varetages af almen praksis.

eLægen udgør sammen med FKA-sygeplejersken et nyt behandler-team, et FKA-team, der kan løse og forebygge behandlingsproblematikker uden at indlægge borgeren. De varetager over sektorgrænser og forskellige organiseringer et fælles ansvar for patientsikkerheden. Dette giver nogle forskydninger af opgaver internt i kommunen og på sygehuset og stiller således også nye krav til fleksibilitet, kommunikation og koordinering.

2.1.1.3 Kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere til FKA

En karakteristik for FKA-teamets samarbejde er, at der indgår en lang række af høj- og lavteknologiske løsninger, som skal sikre kommunikation og patientsikkerhed på tværs af kommune og region. Telefonsamtaler er fx et helt centralt værktøj for både eLægen og FKA-sygeplejersken. Der er her, de tager stilling til, om en patientborger kan behandles i eHospitalet, og om kommunen kan tage imod denne til behandling på FKA-plads. En kommune kan altid sige nej, hvis de mangler plads eller FKA-kompetencer hos medarbejdere. En væsentlig del af eLægens opgaver er at koordinere patientens behandlingsforløb, herunder adgangen til og fra FKA-pladser, hjemmet og sygehuset. eLægen overdrager patientansvar til egen læge, så snart denne er udskrevet fra eHospitalet. FKA-sygeplejersken skal stå klar til at modtage en patientborger, herunder klargøre en sengestue til FKA og en lang række af andre opgaver – se oversigt i Figur 2.1. Som det fremgår, indgår en lang række teknologier til opgaveløsningen. Selve IV-behandlingen er et vigtigt aspekt, som vi vender tilbage til, men også monitorering af patientborgerens sundhedstilstand via test og målinger. Disse data skal eLægen bruge for at justere behandlingen og gribe ind ved store udsving. LevVel-klinikerportalen er udviklet til, at eHospitalet kan modtage vitale værdier (altså TOBS-værdier og ikke data fra blodprøvetest med POCT-udstyr) fra FKA-sygeplejerskerne. Fra de kommunale sygeplejerskers perspektiv stiller det krav om systematisk at observere og måle patienten, fx væskeskema og måling af vitale værdier, infektionstal og væsketal i blodet. Målinger, hvortil de bruger hjælperedskaber og laboratorieudstyr, fx POCT til målinger tæt på patienten. Disse aktiviteter er forbundet med et klinisk blik, der kan afvige fra og udfordre det helhedsorienterede blik, som kommunal pleje ellers er kendetegnet ved. FKA-opgaver forudsætter derfor kommunale medarbejdere, som er interesseret i det mere akutte arbejde, og som kan arbejde selvstændigt. Der skal ikke kun måles, men også evalueres og handles, på resultaterne, når behandlingen skal justeres.

Regionen bidrager til den kommunale udvikling af sundhedskompetencer ved at tilbyde gratis, lokaltilpasset undervisning. Det drejer sig særligt om ABCDE-metoden, TOBS og demonstration af, hvordan der lægges PVK til IV-behandling samt blanding af medicin.

Erfaringerne fra de to case-kommuner peger dog på, at den formelle opkvalificering af medarbejderes viden til observation og IV-behandling er vigtig, men også at der er uformel viden, som er afgørende for kompetencerne i praksis. Den uformelle viden vedrører mange koordineringsopgaver med at sikre dokumentation og informationsudveksling internt i organisationen mellem medarbejdere, herunder på tværs af vagtskifte til kontinuerlig behandling, og mellem FKA-sygeplejersker og eHospitalet.

Kommuner kan også have forskellige regler for, hvilke opgaver SSA må udføre. Det er kun sygeplejersker, der qua deres grundfaglighed må lægge PVK, tage blodprøver og blande IV-medicin. Der er dog en række øvrige monitorerings-, dokumentations- og koordineringsopgaver, SSA kan deltage i i forbindelse med FKA. For eLægen er det afgørende, at der er tilstrækkelige FKA-kompetencer i fx aftenvagten. Uden må eLægen indlægge patientborgere for at opretholde en patientsikker behandling.

2.1.1.4 Opsamling med opmærksomhedspunkter

Sammenfattende er et **kommunalt incitament til frivilligt at indgå sundhedspartnerskab med regionen**, at FKA kan bidrage **til kvalitetsudvikling på tre fronter**:

1. Et mere borgernært behandlingstilbud til særligt plejkrævende ældre med behov for IV-behandling (og som opfylder eHospitalets indlæggelseskriterie)
2. Opkvalificering af medarbejderes sundhedskompetencer til kliniske opgaver, særligt monitorering og IV-behandling
3. Etablering af et tværsektorielt FKA-team med ny eLæge-ressource tilknyttet kommunale pladser.

Der er også fire opmærksomhedspunkter for kommunal kvalitetsudvikling med FKA:

1. Ikke alle sygehusindlæggelser forebygges ved FKA. Sygdomsforværringer eller manglende FKA-kompetencer hos de kommunale medarbejdere kan medføre indlæggelse.
2. Ikke alle kommunale sygeplejersker har interesse for FKA-opgaver. Men omvendt kan FKA-opgaver også skabe et nyt rekrutteringsgrundlag for kommunen til at tiltrække medarbejdere.
3. SSA er på linje med sygeplejersker tilknyttet akutpladser, men ikke FKA-pladser. Det er en kommunal ledelsesbeslutning, hvorvidt SSA må indgå i dele af eller alle FKA-opgaver. Det anbefales, at der tages

eksplicit stilling til opgavefordeling og fx udvikles kompetencekort til understøttelse af nærmeste ledelseslag med ansvar for medarbejdere og patientsikkerhed.

4. Udvikling af FKA-kompetencer forudsætter ikke kun formel viden, men også uformel viden om nye arbejdsgange, patientrisici og koordineringsopgaver for at opretholde kontinuerlig og patientsikker behandling, fx på tværs af vagskifte.

Samlet set skal kommunen være opmærksom på, at tilbuddet om gratis kompetenceudvikling til FKA ikke løser de organisatoriske opgaver med at tilpasse arbejdsgange, bemanning og samarbejdsredskaber til FKA.

Figur 2.1 Kompetenceprofil på FKA-behandler

VIVE-oversigt over opgaver på kommunalt plejecenter i tilknytning til varetagelse af FKA med indlæggelse af patientborgere i eHospital til IV-antibiotika-behandling for lungebetændelse.

- Grundlæggende ABCDE & TOBS

Specialfagligt:

- Betjene TOBS-udstyr og Lev-Vel/kliniker-portal, der sender vitale værdier (puls, respirationsfrekvens, blodtryk, øre-temperatur og ilt-mætning) direkte til eLæge (alarm)
- Blodprøve
- Lægge PVK
- Blande IV-AB
- Lave CRP-måling til infektionstal
- Sammenligne målinger med henblik på evaluering af udvikling i sygdom og behandlingens effekt (fx via fysiske skemaer, indtastes i journaler)
- Urinstiks
- Måling af væsketal fra blodprøve.
- **TOBS-udstyr:** en kasse med måleudstyr: blodtryksapparat (måler også puls, respirationsfrekvens måles manuelt), saturationsmåler, øretermometer og blodsukkermålesæt. En vægt.
- **Lev-Vel/FKA-mobil** med klinikerportal: TOBS-udstyret er koblet op til at sende målinger (puls, respirationsfrekvens, blodtryk, øre-temperatur og ilt-mætning), direkte til en app på telefonen (strøm!), hvorfra målingerne sendes ind til eHospital.
- **CRP** til måling af infektionstal. Apparat sender ikke data, men skal noteres i hånden i medicinrum, indtastes fra seddel i Nexus, i vagstue og ringes ind til eHospital.
- **POCT** til måling af væsketal. Apparat sender ikke data, men skal noteres i hånden i medicinrum, indtastes fra seddel i Nexus, sygeplejekontor og ringes ind til eHospital.
- Medicin-apoteket, ajourføre lager, opbevaringsforhold.
- Hygiejne-regler ift. opbevaring, nbl Strøm og internet-dækning.

Anm.: Oversigten er fremkommet på baggrund af observationer og workshops med sundhedsprofessionelle med erfaringer med FKA.

Kilde: VIVE 2023.

2.1.2 Incitament: Kommunal økonomi til FKA-pladser

Udvikling og bemanning af FKA-pladser er forbundet med nye udgifter for kommunen. IV-behandling foregår normalt i sygehus-regi og er derfor en regional udgift. Regionen forestår også alle udgifter til eHospital, herunder løn til afdelingens døgnbemandede personale. Regionen står også for levering af undervisning til de kommuners medarbejdere, der indgår i FKA. Endvidere leverer regionen medicin og materialer til kommuner med FKA, fx laboratorieudstyr til

prøvetagning med mere. Kommunen forestår selv udgifter til FKA-pladsen – inklusive personalelønninger.

2.1.2.1 Kommunale udgifter til FKA

Den kasseøkonomiske analyse i Del 2, analyse 1 estimerer de kommunale løn- og personaleudgifter til mellem 25-30.000 kroner per forløb. Estimatet skal tages med betydelige forbehold grundet usikkerheder forbundet med den relativt lave volumen på de kommunale FKA-pladser samt usikkerheder forbundet med fastsættelsen af en relevant og meningsfuld beredskabskapacitet. Estimatet giver dog et nogenlunde validt udgangspunkt for en videre diskussion af de kommunale økonomiske incitamenter i forhold til deltagelse i samarbejde om drift af FKA-pladser.

Kommunerne stiller personaleressourcer og kapacitet til rådighed for FKA-pladserne, men det økonomiske tilbageløb til de kommunale kasser er umiddelbart svært at identificere. Dette skyldes først og fremmest, at den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet (KMF) har været fastfrosset siden 2019. Herved udebliver det umiddelbare økonomiske tilbageløb til de kommunale kasser i form af reduceret KMF, når FKA-behandlingen forebygger en indlæggelse på hospitalet.

Den begrænsede volumen af borgere på de kommunale FKA-pladser har også betydning for en effektiv udnyttelse af den tilgængelige lægefaglige kapacitet i regionen. En vigtig pointe er, at eHospitalet oplever, at dets kapacitet ikke bliver udnyttet ansvarligt. Ansvarligt i denne sammenhæng er både i forhold til, om eHospitalet vil kunne bidrage til at aflaste sygehusene ved at forebygge indlæggelser, men også samlet set i en region, der er udfordret på adgangen til lægehjælp. Ifølge Region Sjællands strategi: *Sundhed tættere på borgeren* står hver ottende borger i regionen uden en praktiserende læge fra 2022. Der er derfor en etisk fordring til at bruge den sundhedsfaglige kapacitet bedst muligt. Denne fordring kan imødegås af flere veje, dels at flere kommuner indgår i partnerskabsordningen om FKA, dels at kommuner med partnerskab øger borgerenes adgang til FKA. Dette kunne også ske i samarbejde med flere slags kommunale plejesteder med indlæggelsestruede ældre.

2.1.2.2 Økonomisk byrdedeling

Fra både kommunal og regional side er der en anerkendelse af, at en kommunes deltagelse i FKA-samarbejdet nødvendigvis må ses som en kommunal investering i et bedre serviceniveau for kommunens borgere samt for faglig opkvalificering af særligt plejepersonaler. Fra de deltagende kommuner udtryk-

kes der desuden bekymring for, at det kan blive svært at opretholde investeringen i pladserne på sigt, når kommunernes budgetter bliver yderligere presset af det stigende antal ældre borgere i kommunerne. Finansieringen til driften af FKA-pladserne er således et centralt opmærksomhedspunkt. Ønsker man at konsolidere og udvide brugen af FKA-pladserne i kommunerne, må man overveje, hvorledes kommunerne kan kompenseres for merudgiften til normering på pladserne. Her er et revideret og effektivt KMF-system med klare økonomiske tilskyndelser til at oprette og drive FKA-pladser en mulig løsning. Dette kræver dog landspolitiske tiltag, hvor der foreløbigt er nedsat en arbejdsgruppe, som kommer med anbefalinger rettet mod mulige revisioner i løbet af 2024. Direkte regionale tilskud til kommunerne for oprettelsen og driften af FKA-pladserne er en anden mulighed, som kan gennemføres lokalt i Region Sjælland. Dette kræver dog, at midlerne prioriteres på regionens budgetter. Samtidig må regionerne stille krav om minimumskapaciteter og øvrige rammer (herunder visitationskompetence) for brugen af pladserne. Aftaler mellem kommune og region om måltal for indlæggelser på kommunale pladser kan understøtte udviklingen af en mere stabil belægning på FKA-pladserne.

2.1.2.3 Potentielle måltal for patientflow til FKA-pladser og økonomisk byrdedeling

Som nævnt tidligere indgår en kommune frivilligt et partnerskab med regionen vedrørende FKA. Behovet for at dele udgifterne til behandling på FKA-pladser mellem kommunen og regionen gør det relevant for kommunen at overveje mere forpligtende måltal for antallet af patienter, der henvises til disse pladser. Regionen har en interesse i at øge antallet af patienter, der behandles på kommunale FKA-pladser, for at udnytte personalets kapacitet på eHospitalet bedre.

For at fastsætte vejledende måltal skal kommunen tage højde for to vigtige aspekter. For det første skal de overveje antallet af ældre borgere, der har hyppige indlæggelser pga. infektioner som lunge- eller urinvejsinfektioner samt væskemangel. Det er en gruppe af borgere, der potentielt kunne have gavn af forbedret behandling via en FKA-plads. For det andet skal kommunen vurdere sin medarbejderkapacitet blandt plejepersonaler til at indgå og oplæres i FKA. Derudover er det vigtigt, at kommunen afstemmer begge disse grupper med hinanden for at skabe det mest hensigtsmæssige måltal, da de gensidigt påvirker hinanden på FKA-pladserne. Dette gælder også for kompetenceudvikling af kommunens plejepersonale til FKA-opgaver. Uden tilstrækkelig tilstrømning af patienter til pladserne skabes der ikke et stabilt uddannelsesmiljø – hverken for det praktiske håndværk i IV-behandling eller de mere uformelle aspekter af FKA.

En kommune vil derfor være interesseret i et måltal, der skaber en sammenhæng mellem antallet af patientforløb på pladserne og udviklingen af FKA-kompetencer samt arbejdsgange i samarbejdet med eHospitalet.

2.1.2.4 Opsamling med opmærksomhedspunkter

Kort sagt er en kommunes økonomiske incitament til at deltage i et sundhedspartnerskab en investering i et nyt sundhedstilbud med en anslået udgift pr. FKA-plads mellem 25.000 og 30.000 kroner. Ønsker kommunen at indgå aftaler om måltal med regionen med henblik på økonomisk byrdedeling, er der tre centrale hensyn at tage:

1. Sikre sig, at måltallene understøtter et stabilt uddannelsesmiljø for personalets kompetenceudvikling
2. Få overblik over i hvilken grad kommunens FKA-pladser forebygger sygehusindlæggelser, og om indlæggelser skyldes enten ikke-forebyggelige sygdomsforværringer eller mangel på personale med FKA-eksperise
3. Evaluere kvalitetsudviklingen på kommunale pladser, der har etableret FKA-teams med eLæge-tilgængelighed døgnet rundt.

Der er således et afklaringsbehov og forhandlingsrum for økonomisk byrdedeling ved partnerskab om FKA.

2.2 Tilgængelighed – Borgernes adgang til FKA-plads

Princippet om tilgængelighed handler grundlæggende om at gøre sundhedstilbud tilgængelige for borgerne. DNS er som enhed under sygehuset et sundhedspolitisk tiltag, der skal gøre specialiseret behandling i det sekundære sundhedsvæsen mere tilgængeligt for kommunerne med eHospitalet som organisatorisk og teknisk løsning. Overordnet set skal alle borgere ud fra sundhedsloven have lige adgang til behandling. Regionen tilbyder således også alle regionens kommuner – og herigennem deres borgere – tilbud om partnerskab om FKA i eHospitalet, såfremt borgerne passer til patientkriteriet (se Boks 2.2).

Kriterier for indlæggelse i eHospitalet ved FKA på kommunal sengeplads:

- Den vitale score, TOBS 3-4/EWS, skal være mindre end 5 ved indlæggelse i eHospitalet
- Patienten må ikke være svært lunge- eller hjertesyg
- Ikke patienter med behov for terminal pleje
- Patienterne må gerne have behov for intravenøs behandling og ilt
- Maks. observation hver fjerde time.

Anm.: Region Sjælland (2023a). Dokumentportalen: Håndbog – Det Nære Sundhedsvæsen, dokumentnr. 651893.

Tilgængelighed i kommunalt perspektiv handler om, hvilke borgere der i praksis kan tilbydes behandling på FKA-plads. Kommuner er forskellige med forskellige rammer og geografiske muligheder for at tilbyde deres borgere behandling "tættere på". Det er eHospitalets eLæge, som har "gatekeeper-rolle" i forhold til at bestemme, hvem der kan indlægges i eHospitalet. eLægen koordinerer patientborgeres forløb på tværs af sektorer og vurderer, hvilke patienter der kan tilbydes behandling tættere på hjemmet – herunder FKA-plads. Det er dog patientborgerens hjemkommune, der bestemmer, om de vil have et partnerskab om FKA og i så fald, om de har pladser og personaler til rådighed i den konkrete situation. Det er også kommunen, som bestemmer, hvorfra patienterne må komme i deres forløb til en FKA-plads. Tilgængelighed i et borgerperspektiv handler derfor om mange ting, såsom om den konkrete patient:

- Er bosiddende i en kommune med partnerskab med DNS om FKA
- Passer ind i den patientforløbstype, som kommunen har valgt kan visitere til FKA-plads
- Kan tildeles en ledig plads med sundhedspersonaler med FKA-kompetencer
- Møder en fleksibel organisering af arbejdsgange og oplæringsmiljø.

Disse fire forhold afgør i praksis, om borgere, der passer på patientkriteriet, får et tilbud om behandling på FKA-plads. Et stabilt læringsmiljø kræver også

vedholdende ressourcer til sparring for at virke. Alternativet er, at patientborgeren indlægges/forbliver indlagt på sygehuset.

De følgende fire afsnit udfolder de kommunale aspekter af tilgængelighed – hvad det kræver, og hvordan det kan organiseres. Det første afsnit 2.2.1 giver indblik i de fire forløbstyper til FKA-pladser, som er identificeret i de to case-kommuner (Del 2, analyse 1). De fire typer viser forskellige veje ind på FKA-pladser og de krav til kompetencer og arbejdsgange i kommunen, som samarbejdet om behandlingsforløb til FKA-pladser indebærer. Afsnittets formål er at inspirere og bevidstgøre kommuner om muligheder og forudsætninger for at forebygge sygehusindlæggelser ved at *skabe tilgang og flow til behandling på FKA-pladser*.

Afsnit 2.2.2 zoomer ind på, at borgernes tilgang til FKA-pladser afhænger af en *konvergerende udvikling af kompetencer hos de kommunale medarbejdere* til de nye typer af opgaver og arbejdsgange. Delkapitlets tredje afsnit, 2.2.3, zoomer ud på *organisationens rammer for at skabe et trygt læringsmiljø*, for at medarbejderne kan indgå i FKA og samarbejdet med eHospitalet.

Afsnit 2.2.4 sammenfatter karakteristikaene for et nyt *tværsektorielt team-samarbejde*, der tegner sig mellem eHospitalet og de kommunale medarbejdere, der indgår i fremskudt akutfunktion, kaldet FKA-behandlere. Det er deres samarbejde, der i sidste instans muliggør, at tværsektoriel IV-behandling af plejkrævende ældre kan foregå på en kommunal plads frem for på sygehuset.

2.2.1 Fire forløbstyper med forskellige veje ind på IV-behandlingsplads

De fire forløbstyper i listen herunder viser forskellige veje ind på FKA-pladser – nemlig fra hjemmet, fra sygehuset, fra almen praksis og fra sygehuset. Forløbene former sig også forskelligt afhængigt af, om FKA-pladsen fx kun er basis for, at patientborgeren kommer ind til ambulant behandling (og derfor ikke overnatter på sengestuen (se punkt 2)), fx fordi borgeren bor tæt på det kommunale plejecenter med FKA. Det kan også være, at patientborgeren ligger på FKA-pladsen i længere tid (se punkt 3) eller opstartes i behandling på pladsen, men forstætter i IV-behandlingen hjemmefra – fx med hjælp fra hjemmesygeplejersken og eHospitalets mobile behandlingsenhed. Der er også patientborgere, som er startet i behandling på sygehuset, men som fortsætter IV-behandlingen på FKA-pladsen (også under punkt 3). Endelig er der den fjerde type, hvor borgeren allerede befinder sig på en kommunal plads, men som omkategoriseres til en FKA-plads, fx fordi borgeren får lungebetændelse og har brug for fx IV-antibiotika-behandling i eHospitalet.

1. Borger, der fra hjemmet via hjemmesygeplejerske (evt. via eller direkte fra praktiserende læge) indlægges på FKA-plads typisk til IV-behandling
2. Patientborger, der via hospital eller praktiserende læge indlægges i FKA-regi til ambulant IV-behandling (evt. med efterfølgende overgang til fortsat IV-behandling i hjemmeplejeregion)
3. Patient, der udskrives fra hospital til indlæggelse i eHospitalet til fortsat behandling (fx langvarig IV-behandling) på FKA-plads
4. Borger fra akutplads/midlertidig plads, der indlægges i FKA-regi.

Samlet set er der tale om fleksible forløbstilbud, som tilbyder borgere i tværsektorielle forløb behandling tættere på deres hjem og hverdag.

Som det fremgår af de fire typer, visiteres der til FKA-pladsen forskellige steder fra (se også Boks 2.3). De første tre typer er karakteriseret som 'åbne' forløb, fordi patientborgeren visiteres til pladsen af sundhedsaktører udefra. Den sidste type benævnes 'selvvisitation' og er udtryk for et 'lukket forløb', fordi kommunen ikke tager imod borgere fra hjemmet eller fra sygehuset, men kun bruger FKA til borgere, der allerede befinder sig på en kommunal midlertidig plads – fx en akut plads, som omkategoriseres til en FKA-plads, fordi den muliggør behandling i eHospitalet. I alle forløbstyper er der tale om, at borgeren – fra at høre under egen læge ved indlæggelse – overgår til eLægens behandlingsansvar ved indlæggelse i eHospitalet på FKA-pladsen. Når eLægen udskriver patientborgeren igen, overgår denne til almen praksis igen. Borgernes tilgængelighed til behandling på FKA-plads frem for på hospitalet afhænger således som udgangspunkt af, hvilke visitationsveje deres hjemkommune siger god for.

Åbne og lukkede forløb til FKA-pladser

De 'åbne forløb' muliggør også et andet flow til pladserne end det 'lukkede forløb' med selvvisitation. Til gengæld er de også forbundet med flere koordinationer pga. de mange snitflader mellem de henvisende sundhedsaktører. I alle tilfælde, om det er hjemmesygeplejersken, egen læge/vagtlægen eller hospitalslægen, der henviser, skal eLægen både sige god for den pågældende patientborgers indlæggelse i eHospitalet og dernæst kontakte den kommunale FKA-kontaktperson for at høre om en ledig FKA-plads. Alle indlæggelser på FKA-pladser sker således i samråd mellem først den, der henviser, og eLægen og dernæst i samråd mellem eLægen og FKA-behandleren, om hvorvidt en plads er ledig.

Borgeren kan henvises til behandling i eHospitalet på FKA-plads fra:

- Udkørende hjemmesygeplejerske og akutsygeplejerske (kontakter egen læge inden for dennes åbningstider og herefter vagtlæge, som dernæst kan henvise videre til eHospitalet)
- Egen læge/almen praksis og vagtlæge
- Sygehusets akutmodtagelse eller sengeafsnit
- Kommunens egne pladser (efter aftale med egen læge i dagtid og ellers uden for åbningstid direkte med eLægen. Sidstnævnte er del af Sundhedspartnerskabsaftalen med Næstved Kommune).

De fire visitationsveje giver forskellige forløb for patientborgerne i eHospitalet, da nogle kan komme hjemmefra, inklusive plejebolig henvist af den kommunale sygeplejerske, egen læge eller vagtlæge, mens andre kan komme henvist fra sygehuset selv eller fra kommunens egne pladser. Patientborgere med mange indlæggelser kan opleve at komme alle steder fra som 'cirkulære patienter', der både indlægges fra kommunen, almen praksis og vagtlægen, såvel som sygehuset udskrives til kommunen. Kommunale pladser kan i den sammenhæng fungere som stabiliserende faktor for netop plejkrævende ældre med mange indlæggelser (Wentzer, 2020).

2.2.2 Tilgængelighed via FKA-kompetencer tilknyttet kommunale pladser

I de to case-kommuner opereres der med to forskellige former for ledige FKA-pladser. I kommunen med selvvisitation kan alle midlertidige pladser i princippet omkategoriseres til FKA-plads, der derfor som udgangspunkt er ledig (eller tilgængelig), fordi borgeren allerede er sengeliggende på en plads. I praksis er den dog ikke ledig til behandling i eHospitalet, hvis ikke der er personaler til rådighed med FKA-kompetencer på det pågældende tidspunkt for indlæggelsen. I de åbne forløb til FKA-pladserne er der konkret afsat tre beredskabspladser, der sikrer, at der er ledige senge, hvad enten patienten kommer hjemmefra eller fra sygehuset. Afgørende for begge former for FKA-pladser

er, at de reelt kun er tilgængelige, hvis og når der er personaler til rådighed med FKA-kompetencer. Akilleshælen for FKA og hermed tilgængeligheden for borgere i praksis er derfor de kommunale kompetencer tilknyttet FKA-pladserne. Er der ikke tilstrækkeligt med medarbejdere med FKA-kompetencer kan behandlingen af patientborgeren ikke gennemføres kontinuerligt og patient-sikkert. Følgende giver indblik i de opgaver, arbejdsgange og det teamsamarbejde med eHospitalet, som er bærende for FKA i kommunal praksis.

Opgaver og arbejdsgange ved FKA og behandling af patientborgere i eHospitalet

FKA-behandleres arbejdsgange tager afsæt i kontakten til eLægen, hvor aftale om indlæggelse i eHospitalet på FKA-plads indgås via telefonsamtale. Herefter følger en række FKA-relaterede handlinger. De følgende punkter giver et indtryk af sundhedsfaglige handlinger relateret til en FKA-plads:

1. Tage imod patienten efter samtale (telefonisk og via korrespondance) med eLægen.
2. Klargøre stuen, inklusive at klargøre dropstativ og informere patientborger og pårørende om FKA-behandling (patientinformation forefindes på regionens hjemmeside).
3. Understøtte eStuegang mellem patientborger samt evt. pårørende og eLæge på stuen.
4. Påbegynde behandling, fx lægge perifert venekateder (PVC) til IV-behandling med antibiotika.
5. Blande medicinen efter ordination fra eLæge i FMK. Er der forsinkelse på FMK, fx fordi eLægen ikke har skrevet det ind, eller kommunen ikke har data-abonnement til hyppig opdatering, må FKA-behandler (og akut patientborger) vente, før behandlingen kan påbegyndes. (Medicinordination kan af hensyn til patientsikkerhed ikke videregives mundtlig over telefon, men kræver som sagt FMK-opdatering).
6. Koordinere øvrige opgaver i forhold til fx mad, justering af anden medicin med mere til plejecenterets øvrige arbejdsgange for modtagelse af borgere.
7. Planlægge fremadrettede IV-behandlinger, observationer og prøver med eLæge.
8. Oprette aftaler og opgaver i omsorgsjournalsystem og vagtkalender med henblik på kontinuerlig behandling på tværs af vagtlag.
9. Gå daglige 'kontor-eStuegange' med eHospitalet til koordination af informationer og evt. gå 'patient-eStuegang', hvis eLægen vil samtale og undersøge denne med FKA-behandlerens hjælp.

10. Observere (op til fire gange i døgnet) og handle på behandlingseffekt.
11. Handle på nye ordinationer fra eLægen.
12. Deltage i online FKA-kvalitetsmøder med eHospitalets kvalitetssygeplejerske til videns- og erfaringsudveksling.
13. Udskrive fra FKA-plads efter aftale med eLæge.

Længden af FKA-indlæggelserne svinger fra 1 dag til flere dage afhængig af problematik. Et vigtigt patientsikkerhedspunkt for FKA-behandleren er at sikre sig kontinuiteten i behandling, når sygeplejersken ikke selv er på vagt. Det gør hun ved at oprette fx IV-opgaver i det kommunale journalsystem (punkt 8 ovenfor) sammen med observationer og testsvar (punkterne 10 og 11 ovenfor). Den erfarne FKA-behandler kan også indgå som bagvagt for mere uerfarne FKA-behandlere i aftenvagten. Sammenfattes handlingerne til konkrete opgaver, danner der sig en lang række af opgaver, der er kondenseret i Figur 2.2.

Figur 2.2 FKA-opgaver

Oversigt over opgaver i forbindelse med indlæggelse af patientborger på FKA-plads i eHospitalet.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Klargøre stue, inkl. stativ til IV-væskeholder • TOBS (efter eLægens anvisninger) • ABCDE–undersøge patient fysisk efter eLæges anvisninger • Foretage CRP-målinger af infektionstal • Sammenligne målinger (ift. udvikling og virkning af behandling samt at handle på evalueringen) • Urinstiks • Væsketal • Blodprøver • Blande IV-AB • Lægge PVK • Forbinde • FMK-ordinationer: tjekke, afvente, klargøre, dosere og give • Seponere patientens øvrige medicin, fx pille-antibiotika | <ul style="list-style-type: none"> • Finde og klargøre instrumenter, redskaber og medicin • Indberette resultater og prøvesvar mundtlig og skriftligt • Sende informationsbrev til patient og pårørende om kommunal behandling i eHospitalet • Afholde eStuegang: ved indlæggelse og dagligt om formiddagen samt efter behov. To former: <ul style="list-style-type: none"> • Kontor-eStuegang med eLæge og eSygeplejerske til koordinering af informationer og planlægning • Senge-eStuegang med fysisk undersøgelse og inddragelse af patientborgeren i samtale med eLæge og pårørende. • Oprette lægedelegerede opgaver i Nexus, der skal gentages på tværs af vagtskifte, fx TOBS, IV-AB og IV-væske • Bestille medicin, udstyr og depotvarer i eHospitalet • Dagligt tjekke temperaturmåler i medicinrummet og -køleskabet (ift. holdbarhed) • Væskeskema • Andre ting ... |
|--|---|

Anm.: Oversigten er ikke endegyldig. Oversigten er udviklet på baggrund af observationer, se Del 2, analyse 1.

Kilde: VIVE.

De formelle kompetencer til opgaverne 'TOBS' og 'ABCDE' indgår begge i undervisningen fra eHospitalet til opkvalificering af de kommunale medarbejdere til FKA. Endvidere underviser eHospitalets kvalitetsansvarlige sygeplejerske dem i at lægge PVK og blande IV-medicin (antibiotika). Det er alle kompetencer, der også kræver praktisk erfaring og udvikling af hånddelag. Som listen med de 13 handlinger og Figur 2.2 med FKA-opgaver viser, indgår der også

uformelle, praktiske former for viden. Det er færdigheder i at bruge nye hjælpere, såsom laboratoriesystemer (POCT), LevVel-app, eStuegangs-app og lagerføring med medicinrummet fra eHospitalet – med dertilhørende nye arbejdsgange.

Samlet set betyder dette, at FKA-kompetencer kræver et læringsmiljø, der muliggør praktisk træning og tæt vejledning fra erfarne sygeplejersker med klinisk erfaring inden for akut behandling. Dette læringsmiljø skal også være fleksibelt og tilpasses plejecenterets øvrige aktiviteter. Et sådant miljø kan fremme en stabil læring og forberede FKA-behandlere til at modtage og behandle patienter på FKA-pladser i eHospitalet.

2.2.3 Fleksibel organisering af arbejdsgange og oplæringsmiljø

Borgeres adgang til behandling i eHospitalet på FKA-pladsen er tæt forbundet med den eksisterende aktivitet på det pågældende plejecenter. Det er vigtigt at forstå, at FKA-opgaver ikke erstatter de eksisterende opgaver, men tilføjer en ekstra arbejdsopgave, der udføres parallelt med medarbejdernes almindelige arbejdsopgaver. Dette kræver tilstrækkelig personalekapacitet og fleksibilitet for at frigøre medarbejdere til FKA-opgaver.

FKA-opgaver udføres som akutte opgaver og har en anderledes tidsplan i forhold til plejecenterets daglige rutiner. Dette medfører nye koordinationsudfordringer, såsom:

- Afsætning af tid til at overtage plejeopgaver fra den medarbejder, der skifter til FKA-opgaver.
- Fastlæggelse af hvilke medarbejdere med FKA-kompetencer, der skal arbejde i dagvagt, aftenvagt og evt. nattevagt for at sikre rettidig IV-behandling 3 til 4 gange i døgnet. Da medicinadministrationen som en del af IV-behandlingen kræver sygeplejerskekompetencer, er den ikke altid tilgængelig om aftenen og natten.
- Manglende egnede kommunikationskanaler, både internt på plejecenteret og i forhold til samarbejdet med eHospitalet og hjemmeplejen, hvilket resulterer i komplikationer og behov for alternative løsninger for at sikre fælles aftaler om opgaveløsning.

Denne kompleksitet i arbejdsgangsplanlægning og opgavefordeling mellem medarbejderne kræver opmærksomhed fra ledelsens side. Kommunernes forskellige behandlingsforløb og muligheder for visitation skaber varierende udfordringer. Når en kommune fx vælger en lukket form for forløb med selvvisitation til FKA-pladser på plejecenteret, opnår de mere kontrol over brugen af

FKA-pladserne. Dog mangler den eksterne opfordring til at benytte FKA-pladserne, hvilket kan resultere i en tendens til at indlægge borgere på sygehuset i stedet.

Selvvisitation afhænger i høj grad af medarbejdernes evne til at identificere begyndende sygdom, udføre TOBS-vurderinger og handle derefter. Det kræver også ændringer i plejecenterets rutiner i forhold til den normale visitationspraksis, der normalt involverer indlæggelse af ustabile borgere på sygehuset. Som en informant påpeger, kan det være lettere at indlægge borgeren på sygehuset end at behandle dem på en FKA-plads. Dette ville kræve en ændring i praksis og ekstra ressourcer, da FKA-opgaver i sammenligning ofte kræver mere tid at udføre end indlæggelse på sygehuset.

De åbne forløbsmuligheder, hvor borgeren har adgang til FKA-pladser fra forskellige steder, muliggør et andet flow til FKA-pladserne, simpelthen fordi de er mere tilgængelige. Samtidig forudsætter den åbne visitation, at der er ledige sengepladser på FKA. Dedikerede beredskabspladser giver plejecentre med FKA en fleksibilitet i samarbejdet med eHospitalet, hvilket gør det muligt at modtage henviste borgere udefra, herunder fra hjemmeplejen, almen praksis, vagtlæger og sygehuset. Dette skaber både en tilstrømning af patientborgere til pladserne, som de kan justere i kapacitet efter behov – fx ved at skifte fra 3 beredskabspladser til 2 FKA-pladser, hvis der er mangel på FKA-personale eller en nedgang i henvisninger. Samtidigt giver det medarbejderne mulighed for at etablere et mere permanent læringsmiljø for at opbygge erfaring med FKA.

De åbne former for visitation skaber også flere samarbejdsmuligheder med hjemmeplejen, sygehuset, almen praksis og vagtlæger, som plejecenteret i samarbejde med eHospitalet, også kendt som FKA-teamet, skal koordinere IV-behandlingsforløb med. Dette stiller nye krav til samarbejdet med disse aktører om behandlingen i eHospitalet på FKA-pladser. For at dette skal fungere, er det nødvendigt, at:

- Hjemmeplejen har indført praksis for tidlig opsporing af begyndende sygdom og udfører opgaver som blodprøvetagning til infektionstest. Hvis hjemmeplejen også skal modtage patienter, der ønsker at fortsætte deres IV-behandling derhjemme i stedet for på FKA-pladser, skal der indgås aftaler om, hvor hurtigt hjemmeplejen kan overtage opgaverne.
- Almen praksis og vagtlæger er bekendt med eHospitalet og FKA-tilbuddet – herunder de kriterier, der skal opfyldes for at blive indlagt på en FKA-plads. I fremtiden er det også vigtigt, at fx vagtlæger, der henviser patienter til FKA-pladser, oplever, at der faktisk er ledige pladser tilgængelige og ikke kun sporadisk.

- Sygehuset prioriterer brugen af FKA-pladser, hvilket kræver, at kommunen anerkender den specifikke patientgruppes behov for pleje og behandling tættere på deres hjem i stedet for på hospitalet.

Samlet set stiller FKA-behandling på kommunale pladser krav om fleksibilitet i samarbejdsrelationer og udførelsen af opgaver, samtidig med at der skal være tid og plads til uddannelse og tilpasning af arbejdsgange.

2.2.4 FKA-teamet

I praksis er det samarbejdet mellem eLægen og den kommunale FKA-behandler, samt støtten fra deres respektive baggrund i hhv. eHospitalet og plejecenteret, der afgør, hvilke patientborgere der indlægges til behandling på en FKA-plads. FKA-teamet udgør *den organisatoriske nyskabelse i det tværsektorielle felt, som sammen kan forebygge indlæggelser*. Rollefordelingen mellem eLægen og FKA-behandleren er klar: eLægen er ansvarlig for at indlægge og ordinere behandlinger, herunder medicin, observationer og undersøgelser (både fysiske og målinger), mens FKA-behandleren udfører disse opgaver. Den organisatoriske understøttelse af deres samarbejde, særligt FKA-behandlerens opgaver, er vigtig for patientsikkerheden og styrkelsen af den kommunale tryghed ved FKA. Som uddybet i afsnit 2.2.2 involverer FKA-behandlerens opgaver både formelle og uformelle kompetencer. eHospitalet varetager undervisning i de formelle. Det er derfor særligt de uformelle kompetencer i tilknytning til kommunikation og arbejdsgange, som organisatorisk kan understøttes bedre.

Kommunikative udfordringer vanskeliggør FKA-behandlerens rolle i FKA-teamet, særligt pga. manglende tilpasninger af følgende teknologier:

- LevVel-connect, også kaldet klinikerportalen, sender kun data til eHospitalet og ikke til FKA-behandlerne, selvom de genererer data til TOBS.
- Fælles Medicinkort (FMK) giver FKA-behandlerne læseadgang, men ikke skriveadgang, hvilket skaber usikkerhed om, hvornår og om medicinen er administreret, hvilket øger risikoen for behandlingsfejl.
- Elektronisk Omsorgsjournal (EOJ, Nexus) understøtter ikke beslutningsstøtte til ABCDE og muliggør ikke effektiv dokumentation af opgavefordeling mellem vagtskift. Systemet og brugerfladen er ikke designet til klinisk arbejde.
- Sundhedsplatformen (SP) giver ikke FKA-behandlerne adgang til patientoplysninger, hvilket gør dem afhængige af oplysninger fra pårørende².

² Kommunal adgang til Sundhedsjournalen på Sundhed.dk er under implementering i de danske kommuner og vil på sigt hjælpe FKA-samarbejdet. En "knap-løsning" til de kommunale omsorgsjournaler skal gøre det muligt at tilgå oplysninger, der allerede findes om patienten (Medcom, 2023). Brugervenligheden og sømløsheden mellem de forskellige it-løsninger i relation til FKA er ikke kendt på tidspunktet for VIVEs undersøgelse.

FKA-teamet har givet udtryk for ønsket om forbedret understøttelse af kommunikation og samarbejde, hvilket kan opnås gennem udvikling og integration af eksisterende systemer til FKA. Det vil også samlet set bidrage til patientsikkerheden i FKA.

2.2.5 Sammenfatning og opmærksomhedspunkter for tilgængelighed til FKA-pladser

- Tilgængeligheden afhænger af samarbejdet mellem eLægen og FKA-behandleren, også kaldet FKA-teamet, hvori kommunen indgår med beredskabsplads og formelle og uformelle FKA-kompetencer
- Visitationsvejen til FKA-pladser påvirker tilgængeligheden for patientborgere
- Åben visitation kræver samarbejde med almen praksis og hjemmesygeplejersker
- Lukket selvvisitation kræver ændringer i arbejdsgange og tilgængelig medarbejderkapacitet
- Organisatorisk tilgængelighed afhænger af kompetencer og ressourcer til nye opgaver på plejecenteret med FKA-pladser
- Ændringer i arbejdsgange og opgavefordeling er nødvendige
- Udvikling af organisatorisk infrastruktur for læring og samarbejde, herunder de praktiske og kommunikative aspekter, er vigtig for kontinuerlig varetagelse af FKA-opgaver og patientsikkerhed
- FKA-behandlerens kompetencer knytter sig til *fire kliniske og kommunikative kerneopgaver i FKA*:

1. Evnen til at observere (TOBS, ABCDE) patientens tilstand og evaluere den, herunder at identificere ændringer i infektionstal og handle i overensstemmelse med behandlingens effekt
 2. Færdigheder i at lægge perifere venekatetre (PVK), blande medicin og administrere medicinen intravenøst
 3. Evnen til at deltage i eStuegang på kontoret for at koordinere informationsdeling og supportere eLægens samtale og undersøgelse af patientborgere ved sengen
 4. Kendskab til nye opgavefordelinger, arbejdsgange og dokumentationsmetoder ved hjælp af forskellige teknologiske redskaber, herunder håndskrevne notater, telefoner, tablets, Fælles Medicinkort (FMK) og Point-of-care (POCT)-udstyr.
- De teknologiske redskaber muliggør vidensdeling og koordination af behandlingen på tværs af vagtskift og sektorer, men er også ufuldstændige til FKA. FKA-teamet peger særligt på udvikling af følgende teknologier til at understøtte de kommunikative opgaver og patientsikkerhed:
 - LevVel-connect til FKA-behandlerens arbejdsgange frem for kun eHospitalets
 - Fælles Medicinkort (FMK) således, at FKA-behandler har tidstro adgang til ordinationer og kan angive tidspunkt for dispensering af medicin
 - Digital platform, fx EOJ (Nexus) og/eller SP, til understøttelse af FKA-behandleres dokumentation med henblik på opgavefordeling mellem vagtskifte, beslutningsstøtte til ABCDE og adgang til relevante informationer – inklusive eLægens adgang til observationsnoter.

2.3 Fælles ansvar for justering af samarbejdet – Indsatsområder for FKA

Det tredje princip for sundhedspartnerskab mellem kommune og DNS i Region Sjælland omhandler *det fælles ansvar for at justere samarbejdet*. Som fremgået af de to forudgående principper til *frivillighed* og *tilgængelighed* er der særligt tre indsatsområder for at forbedre den tværsektorielle kvalitetsudvikling af akutte forløb via behandling på FKA-pladser i eHospitalet. Disse er:

- Økonomisk byrdedeling
- Robusthed i kommunale kompetencer til at forebygge ustabile tilstande (med henblik på at undgå forværringer, der kræver indlæggelse)
- Kommunikations- og læringsinfrastruktur for FKA.

De tre indsatsområder uddybes i de efterfølgende afsnit. Derefter følger konklusionen med opmærksomhedspunkterne fra partnerskabsprincipperne om frivillighed og tilgængelighed med henblik på at give et samlet blik på de spørgsmål, der kan guide en kommunes overvejelser til at indgå i partnerskab med DNS om FKA i eHospitalet. Men først til uddybning af de forestående indsatsområder.

2.3.1 Indsatsområde: Fælles økonomisk byrdedeling

Som fremgået af de forgående afsnit om frivillighed og incitament er økonomisk byrdedeling et vigtigt opmærksomhedspunkt for at styrke parternes incitament til at udvikle samarbejdet om FKA i eHospitalet. Byrdedelingen kan eksempelvis gå ud på at afbalancere de kommunale udgifter til FKA-pladser med besparelser på den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet (KMF). Alternativt kan man stræbe efter en mere effektiv økonomisk byrdedeling ved at introducere en regional medfinansiering af de kommunale FKA-pladser. Aftaler kan tage hensyn til bedre udnyttelse af eHospitalets kapacitet ved opbygning af mere stabilt flow af patientborgere til FKA-pladserne.

Flow kan skabes ved, at kommunen tillader flere forløbstyper, hvor fx almen praksis, hjemmeplejen eller sygehuset også har mulighed for at visitere til pladserne. Dette vil give mere lige adgang til tilbuddet hos de enkelte kommuners borgere samt generelt understøtte en kvalitetsudvikling med at stabilisere ældre borgere med 'cirkulære forløb' fra mange indlæggelser og udskrivelser mellem kommune og sygehus.

Måltal for belægning på FKA-pladserne kan vejlede en fælles justering, herunder også bidrage til mere præcis beregning af de kommunale udgifter til FKA-aktiviteter, når et større antal patientborgere har modtaget behandling i eHospitalet på FKA-plads.

2.3.2 Indsatsområde: Robusthed i forebyggelse af indlæggelser

Kommuner har via samarbejdet med eHospitalet om FKA-mulighed for at styrke den generelle kvalitet på kommunale pladser ved at give fleksibel adgang til eLæge. Relationsopbygning til eLægen giver kommunale medarbejdere nye vidensressourcer til beslutningsstøtte, der kan komme særligt svækkede ældre borgere til gavn ved at give FKA-behandlere fleksibel adgang til sparring, hvis almen praksis-læger i primærsektoren mangler eller er svært tilgængelige. En vigtig forudsætning for samarbejdet i FKA-teamet er dog eLægens tillid til medarbejdernes FKA-kompetencer.

Medarbejdernes FKA-kompetencer fordeler sig på tre forskellige aktiviteter: Det første omhandler etablering af en struktureret praksis for at opspore og monitorere ustabile ældre borgere via TOBS og ABCDE og at handle herpå, fx kontakte eHospitalet. Det andet er praktisk hånddelag til at lægge PVK og medicinsk viden til at give IV-behandling. Det tredje er kendskab til de kommunikative praksis, der muliggør vidensdeling på tværs af vagtlag, arbejds gange og sektorer med henblik på at sikre sammenhæng og patientsikker behandling. De tre aktivitetsområder er komplementære i betydningen, at ingen af dem kan reduceres eller foregå uden de andre. De er gensidigt afhængige. Er kompetencerne ufuldstændige eller dårligt understøttet af organisationen, er FKA-teamets samarbejde utrygt med risici for patientsikkerheden.

2.3.3 **Indsatsområde: Kommunikations- og læringsinfrastruktur for TOBS og ABCDE i kommunalt akutberedskab**

Kommuner kan med fordel fortsætte samarbejdet med eHospitalet om undervisning af kommunale medarbejdere. Vigtigt er at styrke 'transfer' og den kommunale bedside-oplæring i praksis. Denne kan udvikles ved understøttelse af kommunale læringsfællesskaber, stabilt flow af patientborgere til pladserne og udvikling af en kommunikativ infrastruktur, der understøtter opgavedeling og de nye arbejds gange.

De kommunale læringsfællesskaber skal give mulighed for hands on-erfaringer med patientborgere i FKA-behandling, herunder strukturerede og digitalt understøttede arbejds gange til observationer, dokumentation og vidensdeling.

Mesterlære med erfarne FKA-behandlere i tovholderfunktion er en mulig læringsmodel for spredning af FKA-kompetencer til et praksisfællesskab med fælles arbejds gange og gennemskuelig opgavedeling. Det er vigtigt at udvikle en digital og kommunikativ infrastruktur, der understøtter FKA-behandlerne i deres fælles opgaveløsning, både på tværs af vagtskift og i kommunikationen med eHospitalet. En FKA-behandler fra workshoppen med brugerinddragelse (Del 2, analyse 2) sætter ord på visionen:

*Løsningen er, at vi havde en **fælles IT-arbejdsplatform**, vi kunne gå ind i. En der hed **eHospitalet**. Det ville være løsningen på det hele, tror jeg. Også i forhold til **stuegang og dokumentation og ordination** og alting. (...) Det ville være helt perfekt, og så ville man **undgå utilsigtede hændelser**. Ikke fordi, vi har så mange af dem, men det ville blive færre, hvis det er. Eller, der vil måske slet ikke komme nogen. (FKA-behandler)*

Brugerne efterlyser således en yderligere understøttelse af deres kommunikation og samarbejde. "En fælles IT-arbejdsplatform" er udtryk for, at de ikke ser integration eller adgang til hinandens journalsystemer (EOJ/Nexus og SP) som en løsning. I stedet vil de have et system, der understøtter deres kommunikation med fælles adgang til data, ordinationer, observationer, eStuegangs-app, FMK osv. Den vil skulle understøtte deres teamsamarbejde og spare dem tid, herunder til akut opstart og kontinuerlig behandling og monitorering af behandlingseffekter – også med henblik på at øge patientsikkerheden og trykgheden i samarbejdet. Visionen imødegår også ønsker fra pårørende (Del 2, analyse 1) og brugerne fra ældrerådet ved at bidrage til strukturerede arbejds-gange og kvalificere FKA-behandlernes opgaveløsning.

En fælles "IT-arbejdsplatform" vil også muliggøre en bedre brugerflade end den, FKA-behandlerne oplever i deres omsorgsjournal (EOJ/Nexus) og de mange forskelligartede snitflader, de skal navigere i (korrespondancer, FKM, LevVel-appen, POC, håndskrevne noter, papirskemaer m.m.).

2.4 Sammenfatning: Kommunale opmærksomhedspunkter

Partnerskabsprincipperne for tværsektorielt samarbejde om FKA, som er *frivillighed, tilgængelighed* og *ansvar for fælles justering*, er i de foregående tre delkapitler udfoldet med afsæt i de to case-kommuners erfaring med samarbejde med eHospitalet om FKA. Det har givet indsigt i, at FKA-tilbud overvejende er kvalitetsudvikling, at de økonomiske rammer for udviklingen er uklare, men at kommunerne må påregne en udgift på op imod 25-30.000 kroner pr. forløb. Denne udgift kan kun i mindre grad hentes hjem til kommunerne gennem tilbageløb fra færre genindlæggelser eller nedsat plejebehov. Førstnævnte skyldes ikke mindst, at den kommunale medfinansiering aktuelt er fastfrosset på 2019-niveau, hvilket udvasker de kommunale incitament. Som partnerskab må kommuner og region finde en måde at finansiere det kommunale merforbrug på som følge af FKA-pladserne, hvis de skal lykkes med at konsolidere og udvide brugen af pladserne. I denne henseende kan økonomisk byrdedeling være en mulig løsning.

FKA-teamet

Den organisatoriske nyskabelse er FKA-teamet. I temaet indgår særligt FKA-behandleren, der kan være en kommunal sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent samt eLægen fra eHospitalet. eLægen står til rådighed i KA-teamet 24-7 med sparring til FKA-behandlere.

eSygeplejersken i eHospitalet understøtter FKA-teamets samarbejde med levering af medicin samt planlægning af og deltagelse i eStuegang. eHospitalets kvalitetssygeplejerske bidrager med undervisning i kliniske færdigheder og retningslinjer for kvalitetssikring og -udvikling. Kvalitetssygeplejersken inviterer også løbende FKA-behandlere til online-møder om kvalitet og samarbejde.

Ikke alle (gen-)indlæggelser forebygges

FKA-teamet forebygger indlæggelser, men ikke alle. Nogle af patientborgerne på FKA-plads vil skulle indlægges til udvidet observation og behandling. En patientborger vil også skulle indlægges af eLægen³, hvis FKA-teamet er ukomplet, og der fx mangler en FKA-behandler i vagt. FKA-teamet kan derfor gøre brug af en kommunal bagvagt med FKA-kompetencer.

Forløbstyper til FKA-pladser

En kommunes valg af forløbstyper til FKA-pladserne – særligt, hvem der må visitere til dem – får konsekvenser for, hvilke plejkrævende ældre der får adgang til IV-behandlingstilbud i kommunen. I de to case-kommuner er der samlet identificeret fire forløbstyper, men andre kan være mulige, fx hvis en kommune har et plejecenter med særlige behov og mangelfuld lægedækning, eller flere kommuner fx har en geografisk interesse i at hjælpe hinanden. Vælger en kommune kun den lukkede forløbstype med 'selvvisitation fra egne pladser', vil flowet og hermed det ressourcemæssige incitament til samarbejdet falde – også i regionens perspektiv. eHospitalet har en merkapacitet, som kommunen kan udnytte til sine ældre borgere via flere henvisningsveje/forløbstyper til FKA-pladser. I den grad, almen praksis og vagtlæger skal henvise til FKA-pladser, skal de være bekendt med muligheden, og pladserne skal være tilgængelige i praksis.

Kommunale beredskabspladser

Et stabilt flow til FKA-pladserne forudsætter beredskabspladser med FKA-personaler. FKA-teamet er garant for IV-behandling i eHospitalet. Et fast antal på fx én FKA-plads til hver af 'de åbne visitationsveje' fra fx egen læge/vagtlæge, hjemmesygeplejersken og sygehuset vil muliggøre flow (kapacitetsudnyttelse af eHospitalets ressourcer) og understøtte de kommunale medarbejders kompetenceudvikling.

³ eLægen vil først undersøge, om eHospitalets mobile enhed vil være til rådighed for at udføre IV-behandling i den pågældende kommune.

Kommunal kompetenceudvikling til FKA-opgaver

Kommunal kompetenceudvikling til FKA-opgaver er en forudsætning for at kunne indgå i FKA-teamet, der arbejder under eLægens behandlingsansvar. De kommunale medarbejdere med interesse for faglig udvikling modtager gratis undervisning fra eHospitalet i de basale FKA-færdigheder, men har også brug for bedside-erfaringer og støtte til udvikling af en lokal og kommunikativ praksis, der sikrer patientborgere på FKA-pladsen en sammenhængende behandling.

Udvikling af infrastruktur til FKA

Den kommunale infrastruktur for vidensdeling og samarbejde er mangelfuld. FKA-behandlerne mangler digital, sømløs understøttelse af deres kommunikation og arbejdsgange internt på plejecenteret, mellem vagtlag og med henblik på tværsektoriel udveksling og koordinering af informationer med eHospitalet. Udvikling af den kommunikative og kommunale infrastruktur til FKA er derfor også et vigtigt indsatsområde. Det er også en kommunal problematik, som vil være generel for de kommuner, som påtænker et samarbejde med regionen om FKA.

Det følgende afsnit præsenterer nogle generelle "meta-spørgsmål", en kommune kan stille sig selv, hvis den overvejer udvikling af fleksible tilbud til dens borgere via FKA i eHospitalet. Spørgsmålene er udledt på baggrund af ovenstående refleksioner af de kommunale erfaringer i henhold til de tre principper.

3 Redskab til beslutningsstøtte om tværsektorielt partnerskab

Kalundborg Kommune, Næstved Kommune og eHospitalet har gjort sig vigtige erfaringer i udvikling af den sundhedspolitiske vision om 'Det nære sundhedsvæsen' og strategien, 'Sundhed tættere på borgeren', med en målsætning om mere fleksible behandlingstilbud. Et centralt spørgsmål til disse kommunale "first movers" er: *Hvad kan andre kommuner lære af jeres erfaringer?*

Svaret er, som fremgået af analyserne i denne rapport, ikke entydigt. Der er dilemmaer og kommunale forskelle på en række områder, som er samlet i dette kapitels refleksion over, hvad principperne for sundhedspartnerskabet med Det Nære Sundhedsvæsen i Region Sjælland kan indebære i praksis. VI-VEs samlede svar er derfor også, at hver kommune nødvendigvis må gøre sig sine overvejelser, evt. også i fællesskab med andre kommuner, om, hvad deres borgere og medarbejdere kan vinde ved samarbejdet med eHospitalet om netop behandlings- og plejkrævende ældre.

Sundhedsvæsenet er i transformation, men der er, som konklusionens opmærksomhedspunkter peger på, nogle rammer at orientere sig efter. De følgende meta-spørgsmål er udledt på baggrund af de omend sparsomme så dog eksisterende erfaringer med FKA i eHospitalet.

3.1 Metaspørgsmål til frivillighed: Hvad er din kommunes incitament til FKA?

Princippet om frivillighed handler dybest set om en kommunes incitament til kvalitetsudvikling af behandlingsindsatser til forebyggelse af (gen-)indlæggelser, herunder de økonomiske vilkår for FKA. For en kommune vil det også være en afklaringsopgave af, hvor stor målgruppen er af borgere, der kan have gavn af FKA til IV-behandling på kommunale pladser. Region Sjælland har dog ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed mange akutte indlæggelser for bl.a. infektionssygdomme og dehydrering år (Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023). En kommune kan derfor overveje:

- Hvor stor en population af borgere bosiddende i kommunen, som er plejkrævende og indlægges på sygehuset til IV-behandling for væsketab og infektioner?

- Hvor henvises de fra til indlæggelse (egen læge, vagtlæge eller kommunale sygeplejersker)?
- Hvilke forløbstyper⁴ vil være relevante for kommunens potentielle patientborgere i eHospitalet?
 - Selvhenviste fra egne midlertidige pladser?
 - Fra hjemmeplejen?
 - Fra egen læge?
 - Fra vagtlægen?
 - Fra sygehuset?

Finder kommunen incitament til kvalitetsudvikling af FKA-tilbud til kommunens plejkrævende ældre, kan den dernæst overveje sit økonomiske incitament til at udvikle tilbuddet. Ikke mindst fordi den økonomiske byrdedeling/potentielle besparelse er uafklaret og et fælles ansvarspunkt for indgåelse af en Sundhedspartnerskabsaftale med DNS.

VIVEs kasseøkonomiske beregninger er estimer og ikke overførbare til regionens øvrige kommuner. En kommune kan lade sig inspirere af den kasseøkonomiske analyse beskrevet i kapitel 5.4 med henblik på egne beregninger.

3.2 Metaspørgsmål til tilgængelighed: Hvorledes kan kommunale ressourcer udvikles til borgernes behov for FKA?

Finder kommunen politisk vilje til at investere i kvalitetsudvikling af sundheds-tilbud til borgerne, er der yderligere en række spørgsmål, som kommunen kan forholde sig til i henhold til princippet om tilgængelighed og i forhold til at undersøge egne rammer for at indgå i et FKA-samarbejde med DNS om fælles patientborgere i eHospitalet:

- Hvordan ser kommunens lægedækning fra almen praksis ud: Er der områder eller steder i kommunen, hvor et FKA-team med kontakten til eLægen kan komplementere lægedækningen?
- Hvilke plejecentre har kommunen med specialplejefaglige tilbud, og hvad er antallet af pladser i tilknytning hertil?
- Er det muligt at stille 1 til 3 pladser til rådighed som beredskabspladser til FKA for at sikre et substantielt flow af patientborgere til FKA-pladserne?

⁴ Ældre borgere med mange indlæggelser kommer mange steder fra (Wentzer, 2020). Skal deres forløb, inklusive funktionsniveau, stabiliseres, kan kommunale rammer være en fordel.

- Hvordan ser det faglige personalegrundlag ud i tilknytning til potentielt plejecenter med beredskabsplads til FKA? Er det muligt at opkvalificere personale?
- Er der sygeplejersker og evt. SSA'er med interesse for faglig udvikling?
 - Sygeplejersker vil have særligt ansvar for PVK, medicin og IV-behandling.
 - Begge faggrupper kan opkvalificeres til de øvrige to hovedaktiviteter i FKA-teamet: monitorering af patientborgerens tilstand og kommunikation med eHospitalet og vagtlag om kontinuitet og patientsikkerhed i behandlingen.
- Hvad er rekrutteringsgrundlaget i kommunen på sygeplejersker med specialpleje og akuterfaring?
 - Hvor mange medarbejdere skal tilbydes gratis FKA-undervisning leveret af eHospitalet?
 - Hvilket bedside-læringsmiljø kan plejecenteret etablere med tovholder og mesterlære i forhold til FKA-team-samarbejdet i praksis?

3.3 Metaspørgsmål til fælles indsatser: Hvilke kommunikative infrastrukturer kan skabe patientsikkerhed og robusthed for FKA-teamet?

Særligt den kommunale del i FKA-teamet har brug for understøttelse af kommunikation og arbejdsgange for at skabe patientsikkerhed og tryghed for medarbejderne. Understøttelse af samarbejdsrelationerne internt i tilknytning til FKA-pladserne, men også eksternt til hjemmeplejen og i informationsudvekslingen med eHospitalet, kan bidrage til tværsektoriel robusthed i FKA. Spørgsmål til afklaring heraf er:

- Er der kommunale planer for digital udvikling og understøttelse af tværsektorielt samarbejde?
 - Er en sådan strategi særligt målrettet ældre behandlings- og plejekrævende borgere, fx 'den medicinske patient'?
 - Hvilke snitflader i fx omsorgsjournal, FMK, LevVel-connect og papirretningslinjer kan udvikles til understøttelse af FKA?
- Er der andre kommuner med visioner om at udvikle digital infrastruktur til FKA og samarbejdet med eHospitalet?
 - I så fald: Kan man etablere fælles udviklingsaftaler inklusive finansierings- og fondsmuligheder?

- Hvordan kan kommunen understøtte plejecentre med FKA-pladser i at udvikle fleksible og trygge arbejdsgange, hvor FKA-opgaver og intern opgavedeling og -flyt på plejecenteret, evt. også i hjemmeplejen, er muligt?

Besvarelserne af meta-spørgsmålene tjener samlet set til afklaring af, hvorvidt en kommune ønsker at indgå en Sundhedspartnerskabsaftale med regionen og til afklaring af, hvilke indsatsområder til fx økonomisk byrdedeling og digital infrastruktur der vil være relevant at byde ind med ud fra princippet om *fælles ansvar for justering af samarbejdet*.

➤ **Dokumentation**

4 Metode

Projektet er gennemført i et undersøgelsesdesign med tre faser, der skal inddrage to kommuners erfaringer med partnerskab med eHospitalet i det Nære Sundhedsvæsen (NSR), Region Sjælland og udfolde det med henblik på beslutningsstøtte og læring. Det overordnede formål er at besvare spørgsmålene:

- Hvilke erfaringer har kommunerne med sundhedspartnerskabsaftaler med FKA i eHospitalet i Region Sjælland? Herunder erfaringer med kommunens kapacitet og tilgængelighed for borgerne, døgnfunktionen, opgaver og ansvar?
- Hvad er vigtige læringserfaringer og indsatsområder for udvikling af det tværsektorielle Sundhedspartnerskab med regionen? Herunder hvilken rolle den kommunale sygeplejerske har, og hvad rammerne er for opgaveløsning, kommunikation og samarbejde?

Det første spørgsmål besvares i første fase af dataindsamlingen, det andet spørgsmål i anden fase. Besvarelserne afrapporteres i fase 3, som er indeværende rapport, der beskriver, dels hvorledes FKA i samarbejde med eHospitalet praktiseres i to kommuner, dels hvilke forskelle og ligheder der er mellem dem, og hvorledes samarbejdet – og partnerskaber mellem kommuner og eHospitalet – fremadrettet kan styrkes.

De samlede analyser af dataindsamlingen i fase 1 og fase 2 er dokumenteret i denne del af rapporten (Del 2).

Formål

Hvilke erfaringer har kommuner med FKA i eHospitalet og DNS, og hvad kan andre kommuner lære heraf med henblik på at tilbyde behandling tættere på hjemmet og forebygge indlæggelser af plejegrævende ældre?

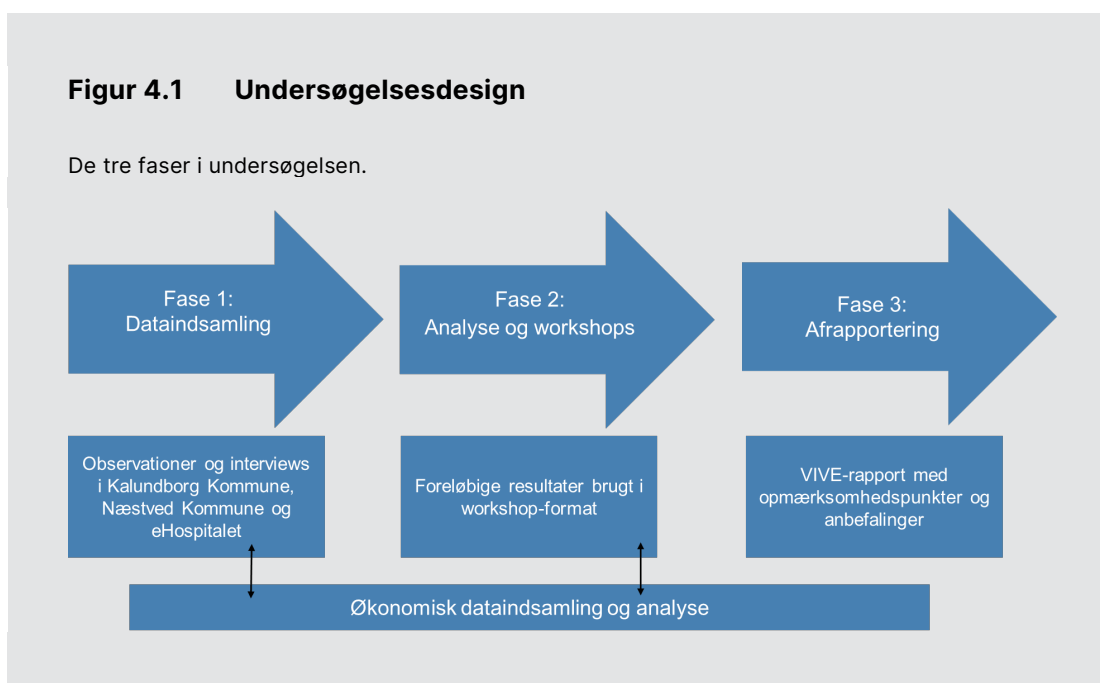
Fase 1 gør brug af etnografiske metoder (Nicolini, 2009) med observationer og interviews til at indsamle erfaringer fra to case-kommuner med FKA-pladser og eHospitalet. Modellen for medicinsk teknologivurdering (MTV) er brugt som ramme for analyse 1 i Del 2 (Kristensen & Hørder, 2001). MTV-modellen har kategorierne: 'Teknologi', 'Patient', 'Organisation' og 'Økonomi'. De første tre kategorier giver indblik i de bærende ele-

menter for at praktisere og udvikle samarbejdet mellem de kommunale akutpladser og eHospitalet i praksis. Samspelet mellem teknologi og organisation

er endvidere analyseret med afsæt i Star og Rudleders (1996) begreb om infrastruktur og utilsigtede forandringer/hændelser som afsæt for organisatorisk læring og teknologiudvikling til styrkelse af patientsikkerhed, kommunikation og samarbejde (Wentzer & Bygholm, 2007; Cole & Engeström, 1993; Engeström 1986, 1987, 1998; Wentzer 2004, 2009, 2015, 2019).

Kategorien 'økonomi' er justeret, fordi det samlede antal patienter i behandling i eHospitalet i projektperioden (feb. 2022-feb. 2023) ikke muliggør en kvantitativ sundhedsøkonomisk analyse. Antallet af patientborgere i IV-behandling på fremskudte kommunale akutpladser er ikke højt nok til at give sikre estimater for udgifter forbundet hermed. Den sundhedsøkonomiske analyse er erstattet af en kasseøkonomisk analyse, der baserer sig på de to kommuners estimerede udgifter til FKA-pladser. Estimaterne kan bidrage til kommunens og regionens dialog og det fælles ansvar, de har for at udvikle deres partnerskab om FKA (jf. bilag 1).

I fase 2 anvendes brugerinddragende metoder fra systemudvikling (Kuutti, 1996; Nielsen m.fl., 2003; Borycki & Kushniruk, 2010) og organisatorisk læringsteori (Cole & Engeström, 1993; Engeström, 1998; Wentzer, 2004) til at reflektere deltagerens fælles erfaringer med FKA og udpege indsatsområder til udvikling af partnerskabet.



Kilde: VIVE 2023.

Fase 1 sikrer kontekstnær dataindsamling, som giver VIVEs forskere indblik i konkrete behandlinger i eHospitalet af borgere på kommunale pladser, og

hvorledes det praktiseres af medarbejderne i de to kommuner. Formålet er at besvare undersøgelsesspørgsmål 1 (se afsnit 1.2).

Fase 2 giver mulighed for at præsentere analysefund fra fase 1 for de primære aktører i begge kommuner og i eHospitalet med henblik på at vurdere fundene kritisk-konstruktivt til videreudvikling af samarbejdet mellem dem. Formålet er at besvare undersøgelsesspørgsmål 2. (se afsnit 1.2).

Præsentation af VIVEs fund (fra fase 1) blev gennemført via fire workshops med metoden 'dialogdesign' (Nielsen m.fl., 2003; Wentzer m.fl., 2010; Wentzer, 2015). Dialogdesign tager afsæt i aktørernes egne visioner og ønsker til samarbejdet. Den første workshop var fysisk med designkort til understøttelse af 'samarbejdende læring', the Collaborative E-Learning Design Method (COED) (Ryberg m.fl., 2015). COED-designkort indeholder konkrete forslag til aktiviteter, ressourcer og infrastruktur. Forslagene har afsæt i fundene fra fase 1, såsom beskrivelser af opgaver, teknologier og rammer for kommunikation og samarbejde. Input fra hver workshop blev videreformidlet til den efterfølgende workshop med henblik på vidensdeling mellem deltagerne, validering/nuancering og udfoldelse af synspunkter.

Workshopperne 2, 3 og 4 blev gennemført online. Det samlede resultat af workshopperne blev forelagt projektejerguppen den 27. marts 2023 til kommentering. På mødet deltog ledelsespersoner fra begge kommuner og eHospitalet samt en repræsentant fra KKR-Sjælland, der er et samarbejde mellem 17 kommunale bestyrelser i Region Sjælland. Kommentarerne, særligt de økonomiske rammer for at flytte IV-behandling fra hospitalet til kommunale sengepladser, indgår i rapportens økonomiske analyse.

4.1 Fase 1: Data til medicinsk teknologivurdering (MTV)

Dataindsamlingen i projektets fase 1 er gennemført som et etnografisk feltstudie med fokus på frontmedarbejderes praksisser i tilknytning til FKA og behandling af patientborgere i eHospitalet. Studiet er særligt opmærksom på den socio-tekniske karakter af det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og hospital (Cole & Engeström, 1993; Latour 1993, 1994, 2005; Star & Ruhleder, 1996; Wentzer & Bygholm, 2007; Wentzer 2015, 2020). Studiet er gennemført med brug af observation og kvalitative interviews fra foråret 2022 til januar 2023. Dataindsamlingen er i to kommuner gennemført på to afdelinger med midlertidige sengepladser omlagt til FKA. Kalundborg Kommunes FKA-pladser er i Odinscentret, der ligger i Høng. I Næstved Kommune hedder afde-

lingen Marskgården, som også ligger i Næstved. Observationerne på Marskgården er gennemført ad flere omgange med henblik på at observere indlagte patientborgere på FKA-pladser. eHospitalet er fysisk placeret på Næstved Sygehus. Observation og spotinterviews i eHospitalet er gennemført i oktober 2022. Derudover er online kvalitetsmøder mellem eHospital og hhv. Odinscentret og Marskgården observeret til og med januar 2023. Figur 4.2 viser dataindsamlingen på de tre matrikler.

Figur 4.2 Dataindsamling i fase 1

Etnografisk feltstudie af FKA i to kommuner.

Kalundborg Kommune primært oktober-november 2022	Næstved Kommune april 2022 + oktober-januar 2023	eHospitalet, DNS april 2022 + oktober-januar 2023
<ul style="list-style-type: none"> • Observationer på Odinscentret <ul style="list-style-type: none"> • 5 dage • Interviews <ul style="list-style-type: none"> • Fagpersoner (2) • Ledere (2) • Borgere/pårørende (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Observationer på Marskgården <ul style="list-style-type: none"> • 3 + 2 dage • Interviews <ul style="list-style-type: none"> • Fagpersoner (2) • Ledere (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Observationer <ul style="list-style-type: none"> • eSygeplejerskers/ eLægers arbejde samt møder og undervisning (3 dage) • Kvalitetsmøder mellem kommuner og eHospitalet (6 møder) • Interviews <ul style="list-style-type: none"> • Fagpersoner/ledere (5) • Ekspertinterviews <ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse, IT (2)

Kilde: VIVE.

Samlet set baserer fase 1 sig på 13 observationsdage samt 3 timers online observationsmøder af Kvalitetsmøder mellem parterne og 18 kvalitative forskningsinterviews. I observationerne indgår feltnoter samt spotinterviews med medarbejdere, patienter og pårørende i tilknytning til observationerne. Teknologier og medarbejdernes brug af disse er dokumenteret via fotos og lydoptagelser. Lydfiler fra observationer og kvalitative interviews er transskriberet.

Det transskriberede datamateriale er analyseret tematisk og med henblik på at udfolde de fire kategorier i MTV ('teknologi', 'organisation', 'patient' og 'økonomi'), såsom:

- Hvad der karakteriserer teknologien: FKA?
- Hvordan FKA er organiseret i Hospitalet og i de to kommuner: Hvem gør hvad, hvordan og med hvilke kompetencer? Hvad er de indbyrdes snitflader og forskelle mellem case-kommunerne med henblik på sammenhæng og patientsikkerhed i forløbet?
- Hvordan patienter oplever deres forløb med FKA?
- Hvilke kommunale ressourcer, der knytter sig til forløb til FKA-pladser?

MTV-analysen gør det muligt at identificere karakteristika for FKA – herunder også forskelle mellem de to case-kommuners erfaringer. Forskelle, der bidrager til fælles refleksioner på tværs af kommuner og eHospitalet. I fase 2 præsenteres erfaringer og forskelle som *dilemmaer*, workshop-deltagernes tre brugergrupper kritisk kan udfolde i dialog sammen.

4.2 Fase 2: Workshops med dialogdesign

Fire workshops er gennemført i projektets anden fase. Alle fire workshops blev procesledt og faciliteret af to VIVE-medarbejdere. Det overordnede design-koncept for de fire workshops er at præsentere analysefundene fra første fase som input til dialog blandt de centrale aktører for brug og udvikling af FKA-pladser. De centrale aktører er sundhedsprofessionelle med førstehåndserfaringer med FKA-behandling, ældre borgere, der potentielt er målgruppe for kommunal IV-behandling, og de ledere, som fra hver deres organisation er ansvarlige for tilbuddet. Disse aktørers perspektiver på behandling via eHospitalet på FKA-pladser har samlet bidraget til at validere og uddybe det etnografiske materiale på en brugerinddragende måde. VIVE har faciliteret dialogen ved at formidle dilemmaer og input fra hver workshop videre til den næste workshop. En stafet til udveksling af erfaring og viden er således skabt fra workshop 1 til workshop 4. De sundhedsprofessionelle har fået særlig indflydelse på læringsprocessen, da deres erfaringer både har indledt den første workshop og afsluttet den fjerde workshop. I den fjerde workshop, der foregik online, deltog også en sygeplejerske fra en tredje kommune, Slagelse, der er i organisatorisk udvikling med at tilbyde FKA-behandling via samarbejde med eHospitalet.

Figur 4.3 Fire workshops. Hvordan og hvorfor FKA?

VIVE-støttet dialogproces mellem sundhedsprofessionelle, borgere og ledere om FKA-pladser.



Kilde: VIVE – Dataindsamling, fase 2.

Det samlede resultat fra den workshop-understøttede dialog mellem sundhedsprofessionelle, ældre borgere og ledelsespersoner er forelagt forskningsprojektets følgegruppe og projektejere, DNS i Region Sjælland, Kalundborg Kommune og Næstved Kommune, og indgår i indeværende rapport som generelle opmærksomhedspunkter og anbefalinger til kommuner med overvejelser til at indgå partnerskab med eHospitalet om FKA-pladser.

4.2.1 Dialogisk proces

Den første workshop blev afholdt fysisk på Marskgården i Næstved. De tre øvrige foregik som online møder med PowerPoint-præsentationer af analytiske fund og inputs til dialog. I den første workshop deltog 7 personer fordelt på en læge, fire sygeplejersker, en SSA og en IT-support-person fra DNS. På workshop 2 deltog fire ældre borgere – to fra hver kommunes ældreråd. Ledelse af begge kommunale FKA-afdelinger var repræsenteret ved fire personer og eHospitalet og DNS ved tre personer. På den sidste workshop deltog gengangere fra workshop 1 samt en sygeplejerske fra Slagelse Kommune, i alt otte personer. Opmærksomhedspunkterne fra workshop 4 blev forelagt projektets styregruppe og indgår i rapportens samlede konklusion.



Fire workshops med dialogdesign

Deltagere og dialogspørgsmål:

1. Fagpersoner med direkte involvering i FKA fra to kommuner:
Forløb på FKA-pladser: Kan I genkende det? Hvad er vigtig(st) for jeres samarbejde?
2. Borgerrepræsentanter Næstved og Kalundborg:
Hvad er vigtigst for jer? Ser I fordele, og er der noget, som bekymrer jer?
3. Ledelsesrepræsentanter fra kommuner og region:
Principper og forskelle i organisering af FKA: *Hvordan kan samarbejde på tværs gøres mere trygt? Hvad er jeres visioner, og hvad er jeres bekymringer og gode tips til andre kommuner?*
4. Fagpersoner med direkte involvering i FKA fra tre kommuner:
Relateret til tre behandlingssituationer: *Hvordan kan samarbejdet og de lokale arbejdsgange gøres mere trygge? Hvilke forventninger har I til hinanden: FKA-kollegaer/eHospitals-kollegaer? Hvad har I brug for: Ledelsesmæssigt? Af understøttende infrastrukturer?*

Anm.: Spørgsmål udarbejdet på baggrund af etnografisk studie.

Kilde: VIVE 2023.

Alle fire workshops er indledt ved, at VIVE har præsenteret sine analyseresultater successivt fra den forudgående dataindsamling med henblik på at skabe vidensdeling, diskussion og validering af analyseresultaterne – se Figur 4.4 (Wentzer, 2010, 2015). Eksempelvis tog workshop 1 afsæt i analyseresultater fra det etnografiske studie i form af fire temaer samt design-kort med observationsbeskrivelser til at understøtte deltagernes hukommelse og diskussion:

1. Forløbstyper identificeret i de to casekommuner og de organisatoriske dimensioner heri
2. Patientcases fra FKA-pladser
3. Kommunikationsmodel med eksempler på samarbejdet via mundtlige og skriftlige interaktioner mellem de forskellige aktører og deres forskellige organisationer/matrikler
4. Oversigt over opgaver, kompetencer og ressourcer.

På anden workshop er resultaterne fra dialogen om de overstående tema med de sundhedsprofessionelle på første workshop præsenteret for gruppen af ældrerepræsentanter fra de to kommuner. Deres kritiske dialog er sammen med resultaterne fra den første workshop – og den kasseøkonomiske analyse - forelagt lederne fra de to kommuner og eHospitalet i tredje workshop. Lederne diskussion er sammen med resultaterne fra workshop 2 forelagt de sundhedsprofessionelle igen i workshop 4, se Figur 4.4. Dialogprocessen bidrager samlet til at identificere nærmeste zoner for udvikling af FKA og samarbejdet med eHospitalet.

Figur 4.4 Workshop-proces om FKA-samarbejdet i eHospitalet

Tre centrale brugergrupper for FKA udveksler viden og erfaringer.



Anm.: Workshops er afholdt januar-marts 2023. Workshop 1 er afholdt fysisk i Næstved. De fire andre som online-møder. VIVE er proces- og mødeleder.

Kilde: VIVE.

5 Analyse 1: Medicinsk Teknologivurdering (MTV)

Dette kapitel beskriver med inspiration fra MTV-modellens perspektiver ('Teknologi', 'Organisation', 'Patient' og 'Økonomi') analyseresultaterne fra projektets dataindsamling i fase 1. Kapitlet afsluttes med en samlet vurdering af de fire perspektiver. Vurderingerne danner baggrund for fase 2 i Kapitel 6 som input til fire workshops med centrale brugere og deltagere i den teknologiske løsning: *Fremskudt kommunal akutfunktion (FKA) på kommunale sengepladser*.

Analyse 1 leverer hermed vigtig, kontekstuel baggrundsviden om teknologien i praksis, mens Analyse 2 uddyber vigtige udviklingsaspekter af teknologien og dens organisering og betydning for patientbehandling og ressourcer.

Kapitlet kan læses uafhængigt af rapportens Del 1 og indeholder derfor gentagelser for læsere af hele rapporten.

5.1 Teknologi: Fremskudt akutfunktion til kommunale pladser

FKA er en ny organisatorisk og teknologisk løsning i det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og Region Sjælland. Løsningen har til formål "at bidrage til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og øge borgernes muligheder for tidlig udskrivelse fra regionens somatiske sygehuse" (Region Sjælland, 2021b, Beskrivelse af FKA, s. 1). Som en del af sygehusenes akutspor kan patientbehandling *fremskydes* til patientens hjemkommune, ved at denne indlægges i eHospitalet under sygehusets lægefaglige ansvar, men befinder sig i kommunal seng, hvor behandlingen via FKA-samarbejde mellem de kommunale medarbejdere og eHospitalet gennemføres. I inklusionskriterierne til eHospitalet sondres der mellem patienter, som er indlagt "ved kommunal akutfunktion i eget hjem", og patienter "ved kommunal akutfunktion på kommunal sengeplads" (Region Sjælland, 2023a). Det er samarbejdet mellem region og kommune om sidstnævnte patientgruppe, der er fokus på i VIVEs undersøgelse.

FKA-samarbejdet muliggør således, at patienter med akutte tilstande eller forværring i kroniske tilstande med forventeligt ukomplicerede forløb kan indlæg-

ges i eHospitalet i stedet for på regionens akutafdelinger, når patienternes tilstand kan håndteres patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt i regi af eHospitalet. Et formål er også at kunne udskrive fra sygehus til fortsat ukompliceret behandling i kommunen. De kommunale pladser, der bruges til indlæggelse af borgere i ordningen, betegnes FKA-pladser, og pladserne er placeret på centre med midlertidige pladser/akutpladser. FKA-pladser adskiller sig fra akutpladser ved at høre under eHospitalets lægefaglige ansvar, mens akutpladser hører under almen praksis' lægeansvar.

Den mere specifikke rollefordeling mellem kommuner og region i FKA-samarbejdet er fordelt således, at eHospitalet varetager det lægefaglige behandlingsansvar og står for logistik samt levering af den medicin, udstyr og apparatur, som kommunerne skal bruge i forbindelse med den behandling, der udføres på FKA-pladserne. Kommunerne varetager den plejemæssige del af behandlingen inklusive understøttelse af eLægerne ved virtuel stuegang omkring/med patientborgeren på den kommunale plads. Behandlingsansvaret er placeret hos eLægen i eHospitalet, men behandlingen varetages på distance i samarbejde med de ansatte på akutpladserne/de midlertidige pladser i kommunen. Teknisk medieres behandling og samarbejde mellem medarbejderne i eHospitalet og FKA-pladserne i kommunerne via digitale og telemedicinske løsninger. Kommuner og udskrivende afdelinger har via eHospitalets en fælles indgang til at kontakte eHospitalet hele døgnet (24-7 alle årets dage) med henblik på at udvikle behandlingsløsninger tilpasset borgernes individuelle behov og deres respektive organisatoriske rammer. eHospitalet tilbyder også klinisk, praktisk og teknisk kompetenceudvikling til det sundhedsfaglige personale i kommunerne og til paramedicinerne (ambulancetjenesten), der bistår med opgaveløsningen.

FKA er udviklet over en årrække og indgik som led i corona-beredskabet. FKA er afprøvet i bl.a. Kalundborg Kommune og i Næstved Kommune (Region Sjælland 2021a; Korsgaard, 2021; Næstved Kommune, 2021). Næstved Kommunes FKA-samarbejde er desuden en del af en strategisk Sundhedspartnerskabsaftale med Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland. Det har fokus på at udvikle nye tværsektorielle løsninger og samarbejdsformer så tæt på borgeren som muligt (Sundhedspartnerskab, bilag 1).

Regionens overordnede mål er, at alle 17 kommuner i Region Sjælland på sigt kommer til at indgå i eHospitalssamarbejdet og tilbyde FKA. Kommuner kan indgå samarbejde med eHospital om FKA gennem en aftale om et Sundhedspartnerskab med DNS, som driver eHospitalet. eHospitalet har tre principper for sine ydelser, som vil blive udfoldet i det næste afsnit.

5.1.1 Principper for samarbejdet om FKA

Der er tre overordnede principper for samarbejdet med eHospitalet og kommunerne om FKA. Det er principperne 'tilgængelighed', 'frivillighed' og 'fælles ansvar for løbende justering' (Region Sjælland, 2021a; samt bilag 1):

- **Princippet om tilgængelighed** indebærer, at tilbuddet om behandling i eHospitalet omfatter alle borgere, som opfylder de aftalte kriterier (se Figur 2.2 vedr. FKA-pladser), at alle kommuner i Region Sjælland får tilbud om at indgå et FKA-samarbejde samt at eHospitalets tilbud gælder hele døgnet og alle årets dage.
- **Princippet om frivillighed** understreger kommunens autonomi i forhold til kapacitet, altså plejecentre og antallet af senge, der kan indgå i akutfunktionen, samt at disse løbende kan ændres. Kommunen kan også altid i de konkrete patientforløb acceptere eller afvise en borger, som eHospitalet foreslår indlagt på en FKA-plads. Ydermere kan samarbejdet ophøre med et aftalt varsel, hvis en af partnerne ønsker det.
- **Princippet om fælles ansvar for løbende justering** henviser til, at FKA er et fælles udviklings- og forbedringssamarbejde mellem kommune og eHospital, der sker i dialog. Begge parter kan lave forslag til ændringer. eHospitalet har forpligtiget sig til løbende at monitorere på udvalgte måltal til den kliniske og patientoplevede kvalitet, til udnyttelse af kapacitet og forbrug af ressourcer.

Til at guide FKA-samarbejdet mellem kommune og eHospital er der udformet fælles retningslinjer (Region Sjælland, 2023). For den interesserede læser er der vedhæftet en gennemgang af retningslinjerne i bilag 2.

Principperne om 'frivillighed', 'tilgængelighed' og 'fælles ansvar for løbende justering' udgør den overordnede ramme for samarbejdet og tydeliggør, at FKA-samarbejdet er en "kan-opgave" for kommunerne og ikke en "skal-opgave", samt at det er et samarbejde, der er båret af et fælles ansvar for udviklingen og justeringen af samarbejdet. Principperne danner også ramme for indeværende undersøgelses fremgangsform og analytiske greb, herunder udvikling af beslutningsstøtteredskabet i rapportens Del 1, således at undersøgelsens resultater bidrager med feedback til fortsat udvikling og forbedring af FKA-samarbejdet.

5.1.2 Målgruppe og patientindlæggelseskriterier

De patienter, som er primær målgruppe for at blive indlagt og behandlet på FKA-pladserne, er ældre borgere, der er plejekrævende, har brug for behandling af simple tilstande, såsom dehydrering eller ukomplicerede infektioner (fx urinvejsinfektion eller lungebetændelse), og kræver jævnlige observationer. Det er typisk IV-behandling, der er den primære behandlingsform ved indlæggelse på en FKA-plads. De primære kriterier for indlæggelse i regi af FKA på en kommunal akutplads er, at: *"Patienten skal være så stabil, at der maksimalt kræves observation hver fjerde time"* samt at *"TOBS 3-4/Early Warning Score (EWS) er mindre end 5 ved indlæggelse i eHospitalet"* (Region Sjælland, 2023a).

EWS er en hospitalsbetegnelse for 'Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom', der forkortes TOBS, og som er den kommunale betegnelse. De to systemer har lidt forskellige scoringskriterier, men de anførte scoringskrav henviser i begge systemer til, at patienten, der indlægges på en FKA-plads, er syg, men ikke døende eller med behov for intensiv pleje og behandling (se Boks 2.2).

De følgende tre delkapitler zoomer ind på, hvorledes de beskrevne opgaver i retningslinjerne for FKA varetages i praksis. Der er særlig fokus på de kommunikative og tekniske aspekter af samarbejdet mellem de kommunale pladser og eHospitalet samt deres betydning for arbejdsgange og patientsikkerhed/tryghed for medarbejdernes og deres samarbejde. Delkapitlet Organisation går "backstage" i eHospitalet og hos to kommunale centre med FKA-behandlingspladser. Delkapitlet Patient giver indblik i patientborgernes og pårørendes oplevelser af det kommunale tilbud i eHospitalet. Delkapitlet Kasseøkonomiske perspektiver zoomer ud (fra de konkrete opgaver og patienternes oplevelser) til antallet af behandlingsforløb til FKA-pladserne og kommer med estimater på, hvad det koster for kommunen at sige ja til et samarbejde med eHospitalet.

Delkapitlerne i Kapitel 5 bidrager samlet til en medicinsk teknologivurdering, hvor gevinster og udfordringer for det tværsektorielle samarbejde kortlægges. Formålet med MTV'en er at skabe en samlet forståelse af FKA's betydning for det tværsektorielle samarbejde om patienter i akutsportet og potentialer for udvikling heraf.

5.2 Organisation

FKA er betegnelsen for samarbejdet mellem kommuner og eHospitalet. Samarbejdet består således mellem to organisatoriske enheder, der hver især har en intern organisering af partnerskabet og en ekstern. Den interne organisering omhandler de ansatte, der udfører arbejdet, deres kompetencer, opgaver og arbejdsgange i relation til FKA. Den eksterne omhandler snitfladerne mellem dem og deres samarbejde samt de inter-organisatoriske betingelser for digital understøttet behandling i eHospitalet. Først præsenteres den interne organisering af eHospitalet og dernæst organiseringen i de to kommuner. Snitfladerne for samarbejdet mellem deres organisationer opsamles i afslutningen af delkapitlet i en samlet refleksion af organiseringen af FKA-samarbejdet.

5.2.1 eHospitalet i Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland

Medarbejdere i Akutsporet – eHospitalet

- 4 eSygeplejersker og 2 eLæger
- Mobile enheder (MBE): 11 sygeplejersker og 1 SSA
- 2 sekretærer, 1 områdeleder, 1 MBE-daglig leder/koordinator og 1 kvalitetssygeplejerske
- 3 Kommunesamarbejder om FKA-pladser – 2 mere i pipeline.

Det lille bogstav 'e' foran 'Hospital' i navnet eHospitalet angiver hospitalets primære modus som værende virtuel; at eHospitalet via elektroniske, digitale løsninger understøtter akut patientbehandling tættere på borgerne i deres hjemkommuner. eHospitalet er dog i praksis fysisk placeret på en hospitalsmatrikel med dertilhørende organisering, personalegrupper, arbejdsopgaver og ressourcer. Følgende afsnit baserer sig på observationer samt interviews med ansatte i eHospitalet og giver indblik i deres arbejdsdag, arbejdsgange, kompetencer og de primære opgaver, der knytter sig til at understøtte akutfunktionen og patientbehandlingen i kommunerne.

Matrikel: eHospitalet

eHospitalet er en del af Region Sjællands Strategi for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen: "*Sundhed tæt på dig*" (Region Sjælland, 2023b). eHospitalet bidrager til udvikling af behandlingsløsninger, der er tilpasset både borgernes individuelle behov og kommunernes og sygehusenes forskellige organiseringer. Det er fysisk beliggende i en nyrenoveret bygning på en matrikel

under Næstved Sygehus i Næstved. eHospitalet drives af Det Nære Sundhedsvæsen og består af kliniske sektioner, der alle varetager indsatser målrettet den tidlige forebyggelse, indsats og behandling af somatisk sygdom. eHospitalet er som en del af Regionsrådets strategi under afprøvning og udvikling. Indeværende beskrivelser beror på eHospitalets organisering i undersøgelsesperioden.

eHospitalet er organiseret som en afdeling med læger, sygeplejersker, sekretærer og et mobilt udekørende team med to mobile enheder (MBE). Det har også et callcenter, som sikrer patienter i hjemmebehandling – samt kommuner og sygehuse – én fælles indgang, der er tilgængelig døgnet rundt, hele året (Region Sjælland, 2021b). eHospitalet har ikke et sengeafsnit til fysiske patienter. Patienter, der er indlagt i eHospitalet, modtager enten hjemmebehandling eller i tilknytning til et kommunalt center og/eller på en kommunal plads. Behandlingen foregår med digitale samt telemedicinske løsninger, fx virtuel stuegang med video. Behandlingsansvaret hviler hos eHospitalets læge. Behandlingen udføres af kommunens personale, og eHospitalets læge er tilgængelig i alle døgnets 24 timer. eHospitalets MBE understøtter blodprøvetagning og IV-behandling i kommunerne, hvor kommunen er ressourcemæssigt eller kompetencemæssigt udfordret.

På eHospitalets matrikel i Næstved sidder der læger og sygeplejersker (herafter eLæge og eSygeplejerske) klar ved telefoner og skærme for at tage imod og respondere på henvendelser fra patienter, kommuner og sygehuse. ELæge-rollen varetages af lægevikarer. Der er to på dagvagt, hvoraf den ene fortsætter i døgnvagt på tilkald via telefonen, som eLægen tager med hjem. Dagen efter skifter det, så der er rotation i, hvilken eLæge der har døgnvagten. eLægerne deltager i morgenkonferencer og anden faglig sparring på linje med en traditionel hospitalsafdeling. Sygeplejerskerne fordeler sig på flere roller, som hhv. eSygeplejerske, den mobile sygeplejerske og som kompetence- og kvalitetsudvikler. eSygeplejersken har dagvagter fra kl. 8-16, hvoraf den ene fortsætter i vagt til kl. 20. eSygeplejerskerne bistår via telemedicinske løsninger patientborgere i behandling i eget hjem (telefon) eller på de kommunale FKA-pladser (telefon, video og LevVel-klinikerportal). De mobile sygeplejersker⁵ har den udekørende funktion i eHospitalets MBE. MBE dækker udkørsler til patientborgere med behov for fx IV-hjemmebehandling i hele regionen. MBE har to biler, hvoraf begge kører i dagtiden, mens en bil kører om aftenen.

Fysisk sidder de tre forskellige sundhedsgrupper med hhv. 2 eLæger, 2 eSygeplejersker og 3 personer i MBE (2 sygeplejersker og 1 SSA) placeret i tre forskellige kontorer i forlængelse af hinanden. Hvert rum har 2-3 skriveborde

⁵ Det er regionalt ansatte sygeplejersker samt en social- og sundhedsassistent, der leverer behandling i kommunerne til patientborgere, der er indlagt i eHospitalet til behandling i eget hjem.

med dobbelte fladskærme og pc-udstyr. De følgende tre afsnit giver et indblik i aktiviteterne på de tre kontorer samt de opgaver og kompetencer, der knytter sig til det tværsektorielle samarbejde i eHospitalet – særligt samarbejdet med kommunerne om FKA.

5.2.1.1 De mobile behandlingsenheder, MBE

De tre MBE-medarbejdere går ud og ind af kontoret, som de bruger som base, når de ikke er ude at køre. De tjekker op på deres kørselsaftaler på pc-skærmene og afhenter ekstra udstyr. De kører ud til patienter i regionens 17 kommuner, som behandles hjemme eller på bo-steder med IV. De assisterer også de kommunale FKA-pladser efter henvisning fra eLægen. De har særlige færdigheder i at lægge drop, også kaldet venflon eller PVK. MBE-behandleren viser på fotoet dens sommerfugl-lignende udseende. Når de tilkaldes til patientborger på en FKA-plads, kan det handle om at hjælpe FKA-behandleren med at lægge PVK, der er særligt svært at lægge på ældre med tynde blodårer.

Ældre borgere med tynde blodårer

En MBE-medarbejder forklarer:

Det kan være vanskeligt at lægge en PVK, også for os. Vi må også nogle gange stikke flere gange. Det er også fordi, at årerne bliver tyndere med årene, særligt hos ældre.

IT-arbejdsplads i eHospitalet



Kilde: VIVE – foto fra observationsstudie.

PVK (perifert venekateter)



Vanskelighederne med at stikke forklarer også, hvorfor MBE-medarbejderne gør sig ekstra umage, når kommunen ringer efter hjælp:

Når de [kommunen, red.] ringer til os, så er de desperate, så er det fordi de har svært ved at lægge PVK på patienten. (...) Så prøver jeg at demonstrere, så de også lærer at identificere gode årer og svære årer, nogen de måske ikke lige har tænkt på. Det er ikke altid, man lige kan se den, men det kan være, man kan mærke den og lære dem det, så de også får det ind under huden.

MBE-medarbejderen er klar over, at det er et håndslag at lægge PVK, og at de kommunale medarbejdere derfor kan være udfordrede og have brug for praktisk støtte og demonstration for at lære – også de taktile færdigheder, det kræver at finde og få årer frem, der kan stikkes i, og som skal øves for at få færdigheden "ind under huden". Disse læringspointer peger på noget centralt i FKA-samarbejdet, nemlig at det forudsætter en udveksling af viden fra det specialiserede sundhedsvæsen og tilegnelse af nye færdigheder i kommunalt regi.

5.2.1.2 eLægerne

Der sidder to eLæger foran PC-skærme i rummet ved siden af. De er begge i dagvagt fra kl. 8-16, men den ene fortsætter i døgnvagt. En eLæge beskriver selv sine kerneopgaver og formålet med eHospitalet:

Ideen er at aflaste sygehuset og tilbyde den bedste behandling til borgerne i stedet for, at de kører rundt i systemet. Og det er lykkedes til en vis grad, vil jeg sige. Det har forebygget en del indlæggelser. (eLæge)

eLægens kerneopgave er at visitere patienter til eHospitalet til IV-behandling for en infektion eller/og væsketab. Der er en række kriterier, som skal opfyldes, før patienten kan indlægges – fx at patienten ikke er terminalt syg og har brug for et begrænset antal observationer (se Boks 2.2). eLægen modtager henvendelser fra både primærsektoren og sekundærsektoren.

Henvendelser/visitation til eLægen

Fra primærsektoren kan det være den kommunale hjemmesygeplejerske, der henviser en borger til eHospitalet og/eller praktiserende læge, der ikke kan ordinere IV-behandling. IV-behandling – hvad enten det 'blot' er væske eller også med antibiotika – er altid ordineret af sygehuslæge. Selve udførelsen af

behandlingen kan uddelegeres til en sygeplejerske og/eller andre faggrupper, når de er kompetenceløftet hertil.

Fra sekundærsektoren henvender regionens sygehuse sig, når de har patienter, der, frem for blive eller forblive indlagt på et sengeafsnit, kan viderebehandles hjemme eller på kommunal plads. Det er eLægen, der beslutter om patienten kan indlægges i eHospitalet. Den udskrivende afdeling opretholder ansvaret for behandlingsplanen og eHospitalet for planens effektivering. Under indlæggelsesforløbet i eHospitalet ligger behandlingsansvaret entydigt hos eLægen. eLægen skal dels sikre sig det faglige ansvar i at overtage behandlingsansvaret for den specifikke patient, og dels sørge for at koordinere patientens forløb til dennes rammer og muligheder for behandling i sin hjemkommune. Rammerne vedrører aftaler mellem den konkrete kommune og eHospitalet, samt hvilke medarbejderressourcer og kompetencer kommunen har tid til og til rådighed for at tage imod patientborgere og deltage i behandlingen.

eLægen tager imod henvendelser fra sygehus og kommuner telefonisk. At kunne samtale og koordinere med forskelligartede aktører i begge sektorer beskriver lægen som en væsentlig kompetence i eHospitalet. Lægerne i eHospitalet kalder det indbyrdes for 'administrativt arbejde' at skabe et ansvarligt behandlingstilbud tættere på borgerens hjem, som alle parter – kommunen, sygehuset og patienten selv – siger ja til. eLægen beskriver tre overordnede muligheder for at gennemføre behandling i eHospitalet. Mulighederne relaterer sig til, om patientens hjemkommune har aftale med eHospitalet om IV-behandling og FKA:

1. I kommuner uden aftale om intravenøs behandling (IV-aftale) udføres behandling af patienter i eget hjem med hjælp fra DME, der kører hjem til patienten.
2. I kommuner med IV-aftale kan hjemmebehandling i eHospitalet gennemføres med hjælp fra den kommunale hjemmesygepleje. Hjemmesygeplejersken handler formelt set på delegation fra den behandlingsansvarlige eLæge i eHospitalet.
3. Har kommunen en partnerskabsaftale om FKA, kan patientborgeren i samråd med pågældende plejecenter/FKA-behandler i vagt behandles på FKA-plads.

I tilfælde af ældre plejkrævende og sengeliggende borgere er behandling på FKA-plads det eneste alternativ til, at patienten indlægges eller forbliver indlagt på sygehuset.

eLæge i vagtordning

eLæge, der har vagt til kl. 18, forsætter på tilkaldevagt, når han kører hjem. Han har sin vagttelefon på sig, hvor han kan kontaktes både aften og nat. Den er også koblet til LevVel-klinikerportalen, der er en teknologisk løsning, der gør det muligt at blive alarmeret, hvis en patientborger i behandling på en FKA-plads får målt vitale værdier, der ligger uden for et fastlagt interval – også kaldet 'røde værdier'. Alarm-funktionaliteten hjælper ham med at kunne opretholde sit behandlingsansvar på afstand, så han kan handle hurtigt, fx tage kontakt til plejecenteret, hvis der er akutte forandringer hos en patientborger på en FKA-plads.

Faglig morgenkonference

Efter en døgnvagt møder eLægen ind på eHospitalet i Næstved til et ledelsesfagligt morgenmøde med 8 deltagere, herunder 4 læger, funktionslederen af eHospitalet og koordinatoren for de mobile behandlingenheder.

På morgenkonferencen giver eLægen en status på sine patienter i eHospitalet:

- 18 patienter er indlagt til hjemmebehandling i eHospitalet
- 1 patient er indlagt på en FKA-plads.

eLægen fortsætter og fortæller om de 25 opkald, han har fået på vagttelefonen i løbet af den forudgående aften og nat. Dette er usædvanligt mange opkald. Et af opkaldene skyldtes en alarm på telefonen udløst af LevVel-udstyret på en FKA-plads, men alarmen var ubegrundet. Den blev udløst af patientens kendte hjerterytmeforstyrrelser, som ikke krævede handling fra eLægen, da det ikke var tegn på en forværring af sygdommen.

Et andet opkald kom fra Roskilde Sygehus, der ville melde en patient til eHospitalet kl. 3 om natten. Der var også flere opkald fra et kommunalt plejecenter med en ustabil borger på et plejecenter med FKA, men hvor medarbejderne ikke måtte lægge PVK og give IV. eLægen oplevede, at opkaldene fra kommunen primært handlede om medarbejderens behov for sparring. Borgeren blev indlagt, men udskrevet fra sygehuset til det kommunale center igen 2 timer senere.

eLægen vurderede, at forløbet ikke var optimalt, men at indlæggelse til IV-behandling i eHospitalet ikke ville have forhindret indlæggelsen.

Mødedeltagerne ved morgenkonferencen diskuterer samarbejdet med det kommunale center – især deres usikkerhed om, hvor meget de kan forvente af kommunens FKA-pladser og medarbejdernes kompetencer. I løbet af de sidste

10 uger har de kun haft samarbejde om 5 patienter, der blev indlagt på FKA-pladser i eHospitalet. De synes, det er for få.

Samarbejdet er særligt udfordret, når patientens hjemkommune ikke har en IV-aftale med eHospitalet, og når kommunen, sådan som det var tilfælde under nattens opkald fra plejecenteret, ikke giver tilladelse til, at medarbejdere på FKA-pladserne må lægge IV. IV-behandlingen kommer hermed reelt til at afhænge af MBE, som må køre ud og udføre behandlingen. Det udfordrer både eHospitalets MBE og funktion, der er lagt an på, at det videst muligt er kommunerne selv, som udfører IV-behandling. FKA-pladserne har kun værdi for eHospitalet, hvis der også er IV-kompetencer til stede, og som udgangspunkt at kommunen selv giver grønt lys for, at dets medarbejdere må handle på delegation fra eLægen⁶.

Afhængighed af FKA-kompetencer

Morgenmødets patient-case er også et eksempel på to væsentlige betingelser for et effektivt FKA-samarbejde i eHospitalet. Den ene er, at man kommunalt har sagt god for, at eget sundhedspersonale udfører IV-behandling. Den anden er, at de kommunale medarbejdere har de fornødne kompetencer hertil. Indlægges en patientborger i eHospitalet på en FKA-plads, har eLægen behandlingsansvaret og skal være sikker på, at en kommunal medarbejder i vagt har kompetencerne til en patientsikker IV-behandling. Der er udviklet formelle retningslinjer herfor (Region Sjælland, 2023a; jf. også bilag 2), fx hvor ofte patientborgeren skal kunne observeres, men i praksis er det også vigtigt, at de kommunale medarbejdere behersker apparatur og er fortrolige med arbejdsgange. Når eLægen ordinerer IV-behandling med antibiotika, der skal gives tre eller fire gange i døgnet, er det således også en forudsætning, at der ikke kun er kompetent personale i dagtiden, men også i aftenvagten og evt. om natten, sådan som eksemplet fra morgenkonferencen demonstrerer. De mange telefonopkald, som eLægen orkestrerer – med henblik på både at modtage en patient i eHospitalet fra en sygehusafdeling, herunder overtage behandlingsansvaret og udvikle en løsning med borgerens hjemkommune til indlæggelse til behandling enten i eget hjem eller på kommunal FKA-plads, samt at indlægge patienten i eHospitalet og gennemføre fx IV-behandling med kommunen – er en mangefacetteret koordineringsopgave. Den forudsætter både faglig indsigt i akutmedicin og de lokale behandlingsmæssige forhold, der gør sig gældende i hver enkel af regionens 17 kommuner. FKA-kompetencer i kommunerne vil muliggøre udvikling af stabile samarbejdsrelationer mellem eLægen og de kommunal medarbejdere, der er hos borgerne, og hermed også muliggøre flere behandlinger i eHospitalet (frem for indlæggelser).

⁶ Det Nære Sundhedsvæsen og den pågældende kommune har i 2023 ophævet deres partnerskabsaftalen om FKA.

En dagvagt i eHospitalet

I eLægens dagvagt sidder de to læger i samme rum. De har en mindre skillevæg imellem sig og tager løbende imod telefonopkald. De har også begge to fladskærme foran sig, hvor de kan slå op i patientens journal på SP og i tilknytning hertil laboratoriesvar, røntgenbilleder, andre fotos, notater og sygehistorie. eLægen bruger mange kilder for at danne sig et overblik over patientens helbredssituation, både forud for en indlæggelse og i forbindelse med en udskrivelse. Informationerne er afgørende for, om eLægen fx ønsker at overtage behandlingen af en patient fra en udskrivende afdeling eller afvise at tage behandlingsansvaret. Beslutningsprocessen foregår på baggrund af journalopslag på skærmen og telefonsamtaler med flere forskellige sundhedsprofessionelle fra både sygehus og kommune. Det kan være den udskrivende afdelingslæge, der måske presser på for at overdrage behandlingsansvaret på en patient til eLægen for selv at få frigivet en seng på et presset sygehus. Eller det er den kommunale hjemmepleje eller plejecenter, der vil undersøge og melde tilbage, om de vil kunne tage imod borgeren i hjemmet eller på FKA-plads. eSygeplejersken og medarbejdere fra MBE kigger også ind med spørgsmål til lægerne i løbet af dagen.

Administrativt arbejde

Forud for samtaler med patientens hjemkommune gør eLægen også brug af Krak-kort over Region Sjælland for at vurdere, hvilke behandlingstilbud patienten kan gives, der er tættest på dennes hjemadresse og samtidig logistisk muligt i forhold til fx de mobile behandlingssenheders køreplaner og muligheder for kommunale tilbud. eLægen kalder det selv for "administrativt arbejde". Det er et arbejde, han gerne gør, men som nogle lægekollegaer ikke bryder sig om, og som også kan udføres med hjælp fra sekretæren. Den pågældende eLæge gør det dog helst selv, og de teknologiske skift mellem telefon, pc-skærm og skærbilleder fra forskellige systemer flyder let frem og tilbage. Det er et virtuelt-understøttet klinisk blik og fortolkningsarbejde, hvor eLægen via input fra de mange forskellige kilder danner sig et overblik over patientens samlede situation og muligheder heri for selv at kunne overtage behandlingsansvaret for den konkrete patient, som er afstemt med de muligheder, hjemkommunen giver og er villige til at deltage i. Afgørende er, at kommunernes samarbejde med eHospitalet (om at forebygge indlæggelser af borgere eller videre behandle patienter udskrevet fra sygehuset i eget hjem og kommunalt regi) ikke er en 'skal-opgave', men en 'kan-opgave'. eLægen råder derfor ikke over nogle faste FKA-pladser, som han kan indlægge patientborgere på. I stedet er eLægen helt afhængig af den specifikke situation i den konkrete kommunale hjemmepleje og på de kommunale midlertidige pladser på "den konkrete dag" med hensyn til belægning og bemandsingssituation. Når det er afklaret, om FKA-pladsen har ledig kapacitet, kan patienten spørges, om de vil have tilbuddet.

eLægen fortæller, at få patienter vælger at blive på sygehuset, og at langt de fleste siger ja tak til et behandlingstilbud tættere på deres hjem.

Indlæggelse af patientborger på FKA-plads i eHospitalet

Når patient og/eller pårørende siger ja til en FKA-plads med behandling i eHospitalet, følger en række opgaver for eLægen i forhold til selve indlæggelsen – fx korrespondance til kommunen og igangsættelse af behandling. eLægen har adgang til patientens journal i Sundhedsplatformen (SP). Her kan eLægen både se patientens diagnoser, behandlingshistorik, røntgenbilleder, foto og prøvesvar. eLægen udfærdiger behandlingsplanen i SP, som sendes i en korrespondance til kommunen. Telefonisk aftaler eLægen tidspunkt for eStuegang med FKA-behandleren. Den følgende case-beskrivelse gengiver en mindre del af en eLæges indlæggelse af en skrøbelig ældre til IV-behandling på en FKA-plads. Som en del af behandlingsplanen i SP skal eLægen også tage stilling til patientens behandlingsniveau. Dette gøres ideelt set i samtale med patienten, men denne kan, som casen herunder viser, være for syg til samtale. Samtalen med pårørende via video eller telefon om behandlingsniveau indgår også i eLægens kompetencer.



Lægefaglig fortælling om overvejelser til behandlingsniveau og -opstart på FKA-plads

Jeg fik en ældre dame på FKA-plads i går. Det var en hjemmesygeplejerske fra kommunen, der syntes, hun var for dårlig til at blive hjemme og blive behandlet i eget hjem: 'enten må vi indlægge, ellers må eHospitalet overtage'. Så ringer hun til mig [eStuegang, red.], og så finder jeg ud af, at kvinden er bevidsthedspåvirket: hun er synshallucineret og siger nogle mærkelige ting. Så vi tager imod hende og starter behandlingen. Hun får lagt IV-væske, stikset urin, og der skal laves corona-test på hende. Jeg har også bestilt en CRP [infektionstal, red.] og vi starter IV behandling, noget proteindrik, vi skal observere afføring, vi skal have væskeskema, og vi bestiller laboratorieprøver, og vi har talt med sønnen om behandlingsniveau. Sådant en som hende er en tikkende bombe, og når hun går i stop, hjertestop, en 92-årig, der har en infektion, vi ved ikke, hvornår de går i stop. Jeg snakkede med sønnen, det var en lang snak. Det ville han ikke tage stilling til. Jeg vurderer, at en høj alder, mange sygdomme, nedsat funktionsniveau, hjemmehjælp x5, udredning for Parkinson, hvis hun går i stop og bliver genoplivet, så ender hun som en grøntsag. Jeg ville ikke genoplive min mor i den alder med de sygdomme. Jeg sagde til ham, at der var stor risiko for, når man går i stop, at der hverken er ilt eller sukker til hjernen i nogle minutter, og når man laver hjertemassage, så er det ca. 20-15 % af det behov, hjernen har brug for, de får igennem hjertemassage, og der er stor risiko for, at man ender i en katastrofe. Jeg sagde til ham, at jeg vil ikke [genoplive, red.], det er standard i akut behandlingsforløb.

(eLæge [med anonymiseringer, red])

Ovenstående citat fra et interview af en eLæge viser nogle af de mange informationer og overvejelser, eLægen gør sig i tilknytning til behandling af en patient på en FKA-plads, også fremfor at tilbyde hjemmebehandling eller hospitalsindlæggelse. Den helhedsforståelse, som eLægen udfolder i tilknytning til FKA-patienten, indeholder både et klinisk-medicinsk aspekt, men også vigtig geriatrisk viden om konsekvenserne af genoplivning i tilfælde af hjertestop, funktionsniveau og plejebehovet i hjemmet. Den viser også, hvor vigtig videoforbindelsen 'eStuegang' er for, at eLægen både auditivt og visuelt kan vurdere patientborgerens bevidsthedstilstand.

eStuegang

Patientens tilstand og behandling på FKA-pladsen overvåges med et dobbelt blik af dels FKA-behandleren, der fysisk er hos patientborgeren, dels via daglig eStuegang med eHospitalet. Følgende uddrag giver eksempel på en eStuegang på en ældre patientborger, der er indlagt på FKA-pladsen dagen før. eStuegang foregår via videoforbindelse mellem eHospitalet og det kommunale center. eLæge og eSygeplejerske sidder begge foran pc-skærme på hver deres kontor i eHospitalet. FKA-behandleren sidder på det kommunale sygeplejekontor. De tre personer ser hinanden på skærmen. Efter, at de har hilst og sagt hej til hinanden, lægger FKA-behandleren ud med at berette om sine indtryk og observationer af patientborgeren. Dialogen fortsætter med spørgsmål og svar mellem de tre personer, indtil de har udviklet en fælles helhedsforståelse for Viggo; hans generelle tilstand, udviklingen heri, undersøgelser og prøver, der er lavet eller skal laves. I alt går dialogen frem og tilbage 103 gange. Det er primært FKA-behandleren og eLægen, der taler sammen. De taler om grundlæggende kliniske ting, som fx fordøjelse, infektionstal og væske. Sammen identificerer de også nye 'observationer', som eLægen ordinerer, og FKA-behandleren udfører, og som der skal følges op på. En del af kommunikationen omhandler også at få en fælles forståelse af, hvordan ting foregår, fx om der er taget laboratorieprøver, og hvem der kan se hvilke informationer i hvilke system samt hvornår. Det er tydeligt, at de ikke har de samme IT-systemer og dermed skærbilleder med informationer til rådighed, og at eStuegangen derfor også handler om at formidle og oversætte fra de forskellige systemer og organisatoriske kontekster til hinanden med henblik på at etablere et fælles overblik og beslutningsgrundlag for patientborgerens videre behandling. De forskellige kontekster og journalsystemer gør det dog også muligt sammen at justere patientborgerens kommunale genoptræningsplan til den ændrede situation, fx behovet for nye hjælpemidler. De taler også om mulig udskrivelsesdato og planen for plejen i hjemmet efterfølgende. Hermed foregriber de forløbsproblematikker om at skabe tværsektoriel sammenhæng i særligt ældres forløb, som det ellers er svært for sektorerne at samarbejde om, når patienten udskrives fra sygehuset til genoptræning og pleje i kommunen.

5.2.1.3 Vævning af en samlet FKA-plan for patientborgeren

Den fælles dialog under eStuegangen viser, hvorledes særligt FKA-behandler og eLæge sammen får vævet en mangfoldighed af informationer sammen, der kommer fra forskelligartede kilder af både egne direkte erfaringer med patienten (FKA-behandlerens) og andres mundtlige og skriftlige videregivelse af informationer gennem observationer, test, prøvesvar og dokumentationer i forskellige IT-systemer. Sammen – gennem eLægens spørgsmål og FKA-behandlerens velvillige og undersøgende tilgang – etablerer de under eStuegangen en fælles plan for patienten, der både rækker bagud til patientens situation og tidligere genoptræning samt fremad i forhold til overvågning af behandlingens virkning og muligheden for at udskrive patientborgeren med en tilpasset genoptrænings- og plejeplan.

eSygeplejerskerne

Der er to eSygeplejersker i vagt i dagtimerne. Den ene til kl. 16 og den anden frem til kl. 20. eSygeplejerskerne er centrale for varetagelsen af det kommunale samarbejde om patientborgere, der enten modtager IV-behandling i eget hjem eller på en FKA-plads. Patientborgere, der skal i IV-behandling i eget hjem, modtager et døgn efter opstart et telefonopkald fra eSygeplejersken. I opkaldet spørger hun ind til, hvordan patienten har det. Hun kommer "hele vejen rundt". Hun sikrer sig også, at patientborgeren altid får det direkte telefonnummer til eHospitalet, således at denne altid kan få hjælp. eSygeplejersken søger også for, at den medicin, patientborgeren skal behandles med, pakkes fra hospitalet og leveres til patientens hjem. Både når en patientborger behandles i eget hjem og på en kommunal plads, er sygehuset stadig ansvarlig for at levere (og betale) medicin og relevant udstyr, fx til anlæggelse af PVK osv. eSygeplejersken varetager den koordinerende funktion, hvor hun både tager imod bestillinger fra FKA-pladserne (fx hvis medicindepoter er ved at løbe tør) og får pakket og leveret medicin til patientborgeres hjem, hvis de får IV-behandling i hjemmet.

IV-behandling i hjemmet

Selve IV-behandlingen med fx antibiotika for lungebetændelse eller væske, fordi patienten er dehydreret, udføres i samarbejde med kommunen via en IV-aftale, hvor kommunen via hjemmesygeplejersken eller en FKA-behandler udfører behandlingen ud fra eLægens ordination i eHospitalet. eSygeplejersken kontakter patientborgere, der behandles i hjemmet, telefonisk tre gange ugentligt for at sikre sig, at behandling fremskridt planmæssigt. Patientborgere med behandling i eget hjem modtager ikke videoopkald til eStuegang

med eHospitalet. Har patientborgeren brug for anden kontakt end telefonsamtale med eSygeplejersken, sendes den mobile sygeplejerske fra den mobile behandlingsenhed.

IV-behandling på FKA-plads

eSygeplejersken beskriver FKA-pladsen som:

(...) lidt af en mellemstation for sygehuset og behandling i eget hjem. De er i en så stabil fase, at man ikke behøver være på sygehuset, men alligevel er der nogle plejemæssige ting og nogle observationer, der gør, at man ikke er helt god nok til at være i eget hjem. Det kræver noget mere, for ved hjemmebehandlingen kører de igen, lige efter behandlingen er givet, mens på FKA-pladsen der er der nogen om dem hele tiden, som var det på et sygehus. På FKA-pladsen udreder man ikke. Man skal ligesom vide, hvad de fejler. Vi kan ikke tage fx et røntgenbillede af lungerne eller, altså man skal ligesom vide, hvad handler det om det her, og bliver der ligesom for mange ukendte faktorer, hvor man siger "hvad er det her egentlig for noget?" ... Altså det kræver en nærmere udredning, så ryger de afsted til sygehuset. Så de skal have en stabil, velkendt problematik. Stabilit-dårlige, hvis man kan sige det sådan, ikke. Men jo stadig så dårlige, at de ikke kan klare sig på piller, men kræver IV-behandling.

eSygeplejersken giver sin beskrivelse af den typiske FKA-patient:

Det typiske billede er, at det er ældre borgere. Det kan være en, som er indlagt på en aflastningsplads, fx på Odinscentret, og så synes de, hun begynder at blive lidt sløv, og de kan ikke rigtig få hende til at spise og drikke, og hvad handler det om? Så kan hun komme over i vores regi jo og få taget nogle blodprøver. Vi ser: 'Okay, hun er lidt småskæv i sit væsketal. Hun er faktisk ret tør. Vi prøver at give hende noget, noget væske, og se om hun retter sig. Gud! Hun klarer jo faktisk op og får det meget godt. Så holder vi lige øje med hende et par dage. Prøv at tage det IV-væske væk igen, før et væskeskema, og se: okay, nu har vi fokus på det her væske, hun er ... var lige lidt langt nede at dykke, nu er hun på vej op, og nu kan hun faktisk godt selv drikke. Og så ser man måske efter et døgn eller halvandet, nu drikker hun fint, og hun går tilbage.'

Altså det kunne være et scenarie, og det er jo – det synes jeg jo – er den gode historie. At i stedet for sådan en ældre dame, der vil blive

helt forvirret af at komme ind på en akutafdeling og blive vendt og få noget drop og ba-bu-ba-bu [ambulancelyd, red.].

I det beskrevne scenario er forebyggelse af den akutte indlæggelse af ældre, der forvirres af at blive indlagt på hospitalet, et centralt motiv for samarbejdet mellem kommunens pladser og eHospitalet. I beskrivelsen mimer hun samarbejdet som en dialog, hvor "de" og "vi" sammen deler observationer og fortolkningerne heraf, så forholdsvis simple behandlinger (her fx væske) kan stabilisere patienten igen. I praksis forudsætter forebyggelsessamarbejdet meget strukturerede arbejdsgange begge steder – altså på den kommunale afdeling, der har FKA-pladsen, og på eHospitalet.

eSygeplejersken og det kommunale samarbejde

Flere interviewpersoner beskriver, hvorledes observationer af patientens almen sundhedstilstand hører til den sygeplejefaglige kerneidentitet, men der er forskelle i, hvorledes observationerne praktiseres i kommunalt plejereg og på hospitalsafdelinger. I eSygeplejerskens perspektiv er strukturerede observationer helt centrale, både som en del af sygeplejerskens egen tilgang til patientborgeren og som ordineret af eLægen. Visse typer af observationer gennemføres ved hjælp af skemaer og avancerede måleteknologier. Disse gør det både muligt struktureret at indsamle og udveksle informationer over tid og at handle hurtigt på en specifik negativ udvikling i patientens sundhedstilstand. eSygeplejersken fortæller, at det har været en længere proces at bringe den nødvendige systematik for samarbejde ind i kommunerne. Både fordi kommunerne er forskellige på en række parametre, og fordi de har forskellige aftaler med regionen om samarbejdet i eHospitalet. Et væsentligt forhold er, om kommunen har en IV-aftale, der understøtter muligheden for hjemmebehandling, en anden er aftalen om FKA-pladserne. I skrivende stund har 15 ud af de 17 kommuner en IV-aftale, mens tre kommuner har FKA-pladser til indlæggelse af patientborgere i eHospitalet. eSygeplejerskens primære opgave er at understøtte den patientbehandling, som eLægen har visiteret til hjemmebehandling eller FKA-plads. eSygeplejersken aftaler og deltager også i eStuegangsmøder med FKA-pladserne. Følgende beskrivelse af eSygeplejerskens opgaver giver et indblik i en arbejdsdag på eSygeplejerskens kontor i eHospitalet.

eSygeplejerskens opgaver

På en typisk uge i eHospitalet møder de to eSygeplejersker ind kl. 8. De logger ind på pc for at danne sig et billede af *"hvor mange patientborgere, de har indlagt i eHospitalet, heraf antallet der får IV i eget hjem og antallet på FKA-pladser"* (eSygeplejerske). Denne morgen har de 15 patienter i IV-hjemmebehandling og en patientborger på FKA-plads. Af de 15 hjemmepatienter klarer

kommunen selv de 13 via IV-aftalerne, mens MBE kører hjem til de 2 sidste og forestår deres IV-behandlinger. Dernæst ringer eSygeplejerskerne ud til FKA-pladserne (i dette eksempel FKA-pladsen) for at høre, om alt er i orden, om der er noget, de skal tage med på morgenkonferencen i eHospitalet, og for at lave aftale om tidspunkt for eStuegang for indlagte på FKA-pladsen. De tjekker også FKA-patientens målinger i LevVel-klinikerportalen. Kl. 8.30 afholder de et fælles morgenmøde. På mødet vender de deres patienter med hinanden. Er der ikke noget specielt andet end vanlige stuegangsproblematikker, begynder den første eStuegang med FKA-pladsen kl. 9.30.

eStuegang i praksis

Visualisering af kontor-eStuegang mellem FKA-behandler og eSygeplejerske med ekstra skærm med patientoplysninger.



eStuegang

Der er to former for eStuegang. Den første foregår altid fra kontorerne, dvs. fra eLægens skrivebord med PC-skærm og fra eSygeplejerskens skrivebord med PC-skærm sammen med FKA-behandleren på et kommunalt sygeplejekontor knyttet til FKA-pladserne. Det er en stuegang, hvor kun de sundheds-

professionelle taler sammen om patientborgeren. Stuegangen er typisk centreret omkring spørgsmål vedrørende observationer, målte værdier, testresultater og om behandlingens fremskridt. Denne kunne kaldes 'kontor-eStuegang'.

Har eLægen spørgsmål, der kræver samtale og fysisk vurdering af patientborgeren, tager FKA-behandleren sin tablet, forlader kontoret og går til patientborgerens stue. Det er den anden form for eStuegang, hvor patientborgeren har mulighed for at indgå mere direkte i samtalen. Nogle gange deltager de pårørende, hvis eStuegangen finder sted på patientborgerens stue. Den kan kaldes for 'senge-eStuegang'.

eStuegangene starter således på kontorerne og ender også der, hvis ikke der er noget nyt eller særligt, hvor patienten skal tilses fysisk. Det kan være en mindre ting som et sår, hvor kameraet så skal helt tæt på for at bedømme det, eller en udspændt mave. Da eLægen ikke selv kan undersøge gennem skærmen, er det FKA-behandleren, som står ved patienten og trykker på maven. Skærbillede og lyd distribuerer således interaktioner mellem dem med ord og taktile undersøgelser af patientens krop og tilstand til en fælles fortolkning og mediering af FKA-samarbejdet på tværs af deres forskellige kontekster i hhv. det kommunale center, hvor patienten befinder sig, og i eHospitalet.

En anden eSygeplejerske reflekterer, at hun ikke havde regnet med at kunne bruge video til stuegang, men "(...) at man vænner sig til det". Selvfølgelig er der nogle gange til eStuegang på patientborgerens stue, at "(...) man ser meget loft". Altså at der er urolig kameraføring, og hvor det også kan være svært for ældre patientborgere at høre, hvad der bliver sagt:

Ja, det er ikke altid optimalt, det må jeg sige. Nogle gange foregår det på den måde, at [den kommunale, red.] sygeplejersken står derude og oversætter. Patienten er tunghør, og så bliver det gennem sygeplejersken, der bliver talt derude [og ikke direkte med patienten på FKA-pladsen, red.]. Det sker. Og andre gange fungerer det lige så fint. Det er simpelthen reel samtale og dialog, der er i mellem os. (eSygeplejerske)

eStuegangen er således et centralt element af FKA-samarbejdet om behandling af patientborgeren, men videoens begrænsede lyd og kameravinkel kræver også ekstra oversættelsesarbejde af FKA-behandleren med henblik på at inddrage patienten og agere bindeled, så kommunikationen også lykkes i eHospitalets perspektiv.

Følgende uddrag og sammenfatning fra en eStuegang er et eksempel på vigtigheden af samarbejdet – ikke kun mellem de kommunale FKA-pladser og

eHospitalet, men også til kommunens udekørende sygepleje. FKA-samarbejdet er således ikke kun en tværsektoriel opgave mellem kommunale pladser og eHospitalet, men har også snitflader til kommunens øvrige organisering.

eStuegang om ambulans patient

Følgende uddrag fra en eStuegang viser to nedslag i samtalen mellem eSygeplejerske, FKA-behandler og eLæge. De omhandler patientborgeren Jette, der er i IV-behandling på FKA-pladsen, men evt. ville kunne viderebehandles med IV-antibiotika i eget hjem. Dette forudsætter dog koordinering med den udekørende sygepleje i kommunen, hvorved der opstår tvivl og forhandlinger om, i hvilken grad den udekørende sygepleje kan forventes at bidrage til FKA-samarbejdet.

Herunder følger første nedslag i estuegangsdiallog med temaet, 'Kan patientborgere viderebehandles hjemme?':

FKA-behandler: *Må jeg sige noget?*

eSygeplejerske: *Altid.*

FKA-behandler: *Når jeg ser hende, så tænker jeg godt, hun kan få IV-antibiotika i eget hjem. Respiratorisk så fortæller hun, at hun ikke har sovet nok i nat, fordi at det er besværet, når hun ligger ned. Hun fortæller, der kommer noget ekspektorat op i perioder, og jeg tænker, om man har dyrket det?*

eLæge: *Jeg tænker ikke, der blev taget ekspektorat, den skal vi tage.*

eSygeplejerske: *Nej, der er ikke taget noget, ikke hvad jeg kan se her i hvert fald.*

FKA-behandler: *Men når jeg så kigger på hende, de [Jette og hendes mand, red.] virker også som nogen, der rigtig gerne vil være derhjemme faktisk.*

eSygeplejerske: *Ja.*

FKA-behandler: *Og jeg tænker, så længe hun får IV-antibiotika, så tænker jeg godt hun kan komme hjem, når jeg ser hende. Hun er jo helt selvhjulpen, og det er ikke værre, end hun kan altid komme herind jo.*

eSygeplejerske: *Ja selvfølgelig.*

FKA-behandler: *Men jeg synes ikke, hun er kandidat til at være på kommunal plads.*

eLæge og eSygeplejerske: *Nej.*

eSygeplejerske: *Var det noget med, 'Navn' [på FKA-behandler, red.], havde hjemmeplejen sagt ja til at tage hende fra i eftermiddag? Jeg kan ikke helt gennemskue det.*

FKA-behandler: *Det er i hvert fald det, jeg kan se ud fra mit system, og min kollega [sygeplejerske i aftenvag, red.] ringede til mig i morges og sagde, at hun havde sendt opgaver til de udkørende om, at det var fra kl. 14 i dag, de skulle varetage opgaven. Det siger hun også selv, og min kollega har også pakket det hele med hjem i går.*

eSygeplejerske: *Okay, men jeg kan jo følge det op med en opringing for at sikre, at alt var okay. Der var jo lidt forvirring i går.*

Forvirringen omhandler, hvornår hjemmeplejen kan være klar til at overtage IV-behandlingen, hvis Jette skal overgå fra behandling på FKA-plads til hjemmebehandling. Hjemmeplejen er organiseret med kørelister og har således anderledes arbejdsgange end på centeret med FKA-pladserne. Tillige modtog eLæge og FKA-behandler forskellige beskeder fra hjemmeplejen om tidspunkt for, hvornår de kan overtage behandlingen. eLægen fik først at vide kl. 22 aftenen før, dernæst ændret til fra morgenstunden, mens FKA-behandler får kl. 14 at vide. Forskellene gav anledning til forhandlinger mellem FKA-behandler og hjemmeplejen, mellem eLæge og FKA-behandler og mellem eLæge og hjemmeplejen.

Herunder følger andet nedslag i eStuegangsdialo g med temaet, 'Kan hjemme-sygeplejersken forvente at monitorere behandlingens virkning?':

eSygeplejerske, henvendt til eLægen: *Men hvad tænker du, lægen i forhold til kontrol af den her CRP [infektionstal, red.], den skal vi vel følge lidt med i så? Jeg ved ikke, om hjemmeplejen tager CRP, det er jeg faktisk lidt i tvivl om?*

eLæge: *Gør de det?*

FKA-behandler: *De har deres eget CRP-apparat, men spørgsmålet er, hvem der betaler hvad? Det er helt tosset det her, det er noget med kroner og øre.*

eSygeplejerske: *Det er det.*

FKA-behandler: *Så jeg ved ikke, om det vil gå, men ellers kunne hun komme herind [kommunal FKA-plads, red.] og få den taget?*

eSygeplejerske henvendt til eLæge: *Jo, jeg kan jo gøre det, at når jeg ringer til hjemmeplejen, så prøver jeg lige at snakke med dem om, om de har mulighed for at tage en CRP på hende. Vil du have det dagligt, læge, eller hvordan?*

eLæge: *Ja, det vil jeg meget gerne.*

eSygeplejerske: *Og 'Navn' [på FKA-behandler, red.], kan jeg så ikke melde tilbage til dig om, hvorvidt det kan lade sig gøre, for så kunne hun vel godt komme hos jer og få den, kunne hun ikke? Få den taget om morgenen.*

FKA-behandler: *Jo, det kan hun sagtens.*

eSygeplejerske: *Men så er er spørgsmålet, at hvis hun skal ind til jer om morgenen, skal hun så også have antibiotika inde ved jer, eller hvad tænker I? Ej, for så bliver det mere tidsbestemt.*

FKA-behandler: *Så bliver det ret omstændeligt igen, og så er det omsonst.*

eSygeplejerske: *Jeg prøver at se, om de ikke kan tage den dagligt. Det kan vi prøve at skrive i korrespondancen til dem, kan vi ikke, læge?*

eLæge: *Ja, det kan vi godt.*

FKA-behandler: *Det vigtigste er bare, at jeg får det at vide, så jeg kan give besked til dem, fordi det skal de have med i deres tid [køreliste, red.], når de er ude jo.*

eSygeplejerske: *Ja, en gang dagligt, så det er bare fra i morgen jo. Men jeg skal nok prøve at ringe og snakke med dem, og så vender jeg tilbage til dig [FKA-behandleren, red.].*

FKA-behandler: *Fint. Godt, og så tager jeg lige noget ekspektorat fra, hvis jeg kan nå det, inden patienten tager afsted.*

eSygeplejerske: *Det vil være så fint.*

De to nedslag fra samtalen under eStuegangen viser uklare snitflader i FKA-samarbejdet til hjemmeplejen, når patientens behov for en FKA-plads ikke længere er nødvendig, fordi IV-behandling kan fortsætte hjemmefra⁷.

Uklare snitflader til hjemmesygeplejen

Der opstår en række uklarheder, som skal forhandles og undersøges med hjemmeplejen, såsom tilpasning af behandlingsplanen til arbejds gange i hjemmesygeplejen, fx deres kørelister. Der opstår usikkerheder om fortsættelsen af IV-behandling med hensyn til, hvor hurtigt de kan forvente, at hjemmeplejen kan overtage opgaven, og med hensyn til klokkeslættene for, hvornår antibiotika skal gives. Lige så vil hjemmeplejen også skulle holde øje med effekten af behandlingen – herunder CRP-test til at undersøge, om IV-behandlingen slår infektionen ned. Der er usikkerhed om, hvem der betaler for testmaterialet, og over hvilke aftaler, der i det hele taget gælder. Hjemmeplejen er fx forpligtiget til at handle med det samme på ordinationer fra almen praksis, men gælder det også fra eLægen? Og almen praksis kan kun ordinere antibiotika som pillebehandling og ikke med IV. FKA-samarbejdet kan derfor i snitfladen til hjemmeplejen risikere en opgaveglidning, der ligger uden for skiven af, hvad hjemmeplejen er forberedt til at håndtere.

5.2.1.4 Kvalitetssygeplejersken

Et vigtigt princip for FKA-samarbejdet er, at det tværsektorielle samarbejde mellem sygehus og kommune foregår som 'opgaveflyt' og ikke 'opgaveglidning'. Opgaveglidning sker, når en opgave, der ellers udføres af en faggruppe eller sektor, "glider" over til en anden faggruppe eller sektor, uden at de formelle rammer for varetagelsen af opgaven flytter med (kompetencer, ressourcer og retningslinjer). Princippet om opgaveflyt er en bevidst organisatorisk handling og beror på formel opkvalificering af den medarbejder, som en opgave uddelegeres til – i dette tilfælde fra eHospitalet og den behandlingsansvarlige læge til kommunens medarbejdere tilknyttet FKA-pladserne. De kommunale medarbejdere skal uddannes/oplæres i at kunne varetage den uddelegerede opgave på patientsikker vis.

I eHospitalet varetages undervisning af de kommunale medarbejdere i FKA-samarbejdet af en kvalitetssygeplejerske. Hun sikrer gennem sin undervisning og sparring, at FKA-behandlerne har de rette kompetencer og redskaber til at gennemføre patientsikker behandling af de patientborgere, der bliver indlagt i eHospitalet.

⁷ eLægen er forpligtiget på ikke at bruge FKA-pladser til borgere, der kan behandles hjemme, men kun til de ældre, som også har et plejebestod fra kommunen.

Kvalitetssygeplejersken har flere læringsstrategiske tilgange til opgaven. Hun tilbyder undervisning på dagskurser, som er tilpasset det kommunale center og dets muligheder for at frigive medarbejdernes tid fra plejen til at deltage i undervisning. Hun kommunikerer løbende med en kontaktperson blandt kommunens FKA-medarbejdere med henblik på at holde kontakten og sikre ensartet distribution af fx nyt materiale. Kvalitetssygeplejersken tilbyder også online kvalitetsmøder hver 14. dag eller månedligt, hvor den pågældende kommunes FKA-behandlere kan få sparring på specifikke patientborger-cases eller mere generelle udfordringer i arbejdet med FKA-pladserne. Kvalitetssygeplejersken samarbejder endvidere med NSR-sygehuse og Professionshøjskolen Absalon om generelt at styrke kompetenceudvikling med læringstiltag.

Undervisning

Dagkurserne indeholder en række områder og emner (oplistet i Boks 5.1), som ifølge kvalitetssygeplejersken er nødvendige for kompetenceudvikling af det kommunale personale i forbindelse med FKA-samarbejdet. De pædagogisk-didaktiske overvejelser bag er dels at skabe en baseline af kompetencer, der er ens, uanset hvilken kommune det drejer sig om. Desuden er målet at skabe ensartethed i FKA-medarbejdernes tilgang til observationer samt kvaliteten af behandlingen af de indlagte patientborgere. Selve undervisningen er tilrettelagt efter "*keep it simple*". Hermed mener kvalitetssygeplejersken: "*(...) at der er store forskelligheder i de kommunale kompetencer. Undervisningsopgaven skal ikke varetages med en masse svære fagudtryk, men skal udføres med et respektfuldt "spiseligt" og forståeligt indhold*".

Boks 5.1 Kommunale medarbejderkompetencer for varetagelse af FKA

Områder/emner

- **Hvad er eHospitalet?:** Organisatorisk opbygning. Samarbejdsaftaler: 'Hvornår skal eLægen kontaktes, og hvordan?'
- **Arbejdsværktøjer:** Informationsmateriale til pårørende og personale, TOBS-algoritme (hvornår skal eLægen kontaktes), Væskeskema, skema: Klargøring til stuegang.
- **ABCDE** (som et klinisk vurderingsværktøj og handlingsredskab ("SE-FØL-LYT")): Ved at anvende ABCDE bruger hospital og kommune

samme sprog både i vurderings-, handlings- og kommunikationsøjemed.

- **Anafylaksi** (overfølsomhedsreaktion fra rødme og kløe til livstruende chok): Kort gennemgang af udvikling af anafylaksi – milde samt svære reaktioner. At sikre at det sundhedsfaglige personale i kommunen har viden om at kunne yde initial livreddende behandling (jf. nationale guidelines). 'Hvordan, og i hvilken mængde, administreres adrenalin'?
- **Infektionspatienten:** En smule fysiologi, udvikling af sepsistilstand. Observationer. Lidt omkring urinvejsinfektioner og tydning af urinstiks med redegørelse for, hvorfor en blank urinstiks alligevel kan være positiv og skal sættes op mod kliniske observationer.
- **Antibiotisk behandling:** Farmakologi, farmakodynamik og fokus på observation af borger i behandling med AB. OBS på behandling af det ældre menneske.
- **Medicinblanding:** Hvilke utensilier (hjælperedskaber) anvendes, og hvordan? Hands-on-øvelse med medicinblanding i 'lukkede systemer'. Gennemgang af infektionshygiejniske retningslinjer samt forebyggelse af, at personalet udsættes for aerosoler (luftbåren smittespredning).
- **Centrale venekatetre:** Sikring af baseline-viden omkring anvendelsen af centrale venekatetre, observation samt pleje. Fokus på forebyggelse af infektioner.
- **PVK** (Perifert Vene Kateter): Undervisning samt hands-on-øvelse: Fokus på forebyggelse af infektioner. Ud over dette vil der være en undervisning i at varetage dette.
- **POCT-udstyr** (Point-of-Care Testing): Herunder korrekt blodprøvetagning.

Anm.: Uddrag og direkte afskrift fra sygeplejerskes undervisningsmateriale.

Som de 10 punkter i Boks 5.1 viser, er der en række områder, der skal læres og forstås. Det gælder fra selve organiseringen af eHospitalet til, hvornår man kontakter eLægen, hvilke observationer, der går forud for kontakten (ABCDE-metoden, TOBS og skemaer, fx. til overblik over væskeindtag) samt handling

på fundene. Antibiotikabehandling med IV fylder en væsentlig del af undervisningen til temaerne 'Infektionspatienten', 'Antibiotisk behandling', 'Medicinblanding', 'Centrale venekatetre', 'PVK', 'POCT-udstyr' og 'Anafylaksi.

Undervisning i eHospitalet på kommunalt center

Kvalitetssygeplejerske underviser FKA-medarbejdere.



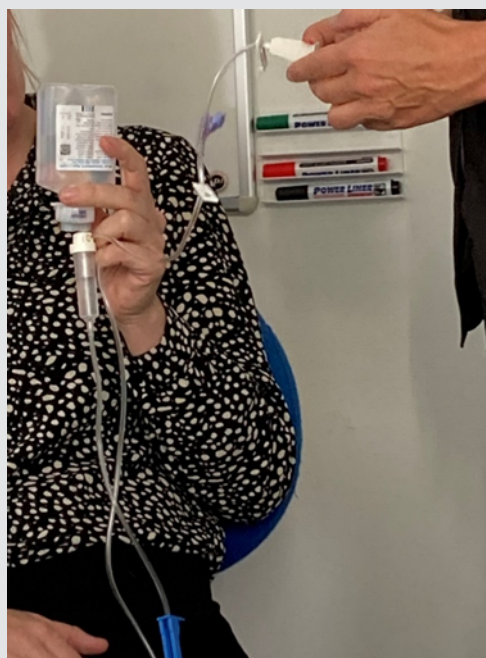
Kilde: VIVE – foto fra dataindsamling.

De fleste emner er velkendte som en formel del af sygeplejerskeuddannelsen. Sygeplejersker er således certificerede til at stikke en nål i patientens hud og til at blande medicin, så længe det er lægeordineret, fx IV-behandling med antibiotika. De har ikke nødvendigvis erfaring med at lægge PVK og IV, og de undervises derfor heri af eHospitalet. Det samme gælder ikke uddannelsen til SSA. SSA'er har formelt set ikke samme viden om medicinblanding, PVK og centrale venekatetre, som sygeplejersker har. Det er som beskrevet i afsnit 5.2.1.1 om de mobile sygeplejersker også en færdighed, som kræver hånddelag, hvorfor kvalitetssygeplejersken tilrettelægger undervisning med god tid til hands-on-øvelse.

På nedenstående foto ses det, hvorledes medicinblanding øves, og PVK lægges på en kunstig arm. Den kunstige arm kan også udlånes af eHospitalet, således at FKA-medarbejdere har tid til at øve sig.

Hands-on-øvelser i PVK og medicinblanding

Kvalitetssygeplejerske demonstrerer på en kunstig arm, hvorledes der stikkes med PVK og blandes medicin med utensilier til 'lukket system'.



Kilde: VIVE – fra observationer af undervisning i kommunale plejecenter.

I undervisningen i 'ABCDE-metoden' opfordres alle de kommunale deltagere i kurset til proaktivt at bruge deres sanser til at holde øje med vitale tegn fra patienten, der kan være udtryk for sygdom og/eller forværringer. ABCDE er en systematisk vurderings- og handlingstilgang, der kan anvendes til alle kritisk syge og tilskadedekomne. Bogstavkombinationen står for følgende kliniske tegn (Thim m.fl., 2010):

- A = Airway (luftveje)
- B = Breathing (vejrtrækning)
- C = Circulation (kredsløb)
- D = Disability (neurologisk status eller 'hjernen')
- E = Exposure (eksponering).

Principperne for ABCDE-tilgangen er basale og kan anvendes af alle sundhedsprofessionelle. Den er udviklet til at hjælpe sundhedsprofessionelle med at prioritere undersøgelser og behandlingstiltag ved hurtigt at give et indtryk af, hvor alvorlig situationen er. ABCDE-tilgangen omfatter også simple – men ofte livreddende – behandlingstiltag.

FKA-blikket

Dette ABCDE-montorerende kliniske blik er en integreret del af sygeplejen på fx en akutmodtagelse på et hospital, men i mindre grad på kommunale pladser, forklarer både kvalitetssygeplejersken og den funktionsansvarlige leder på eHospitalet. Nogle taler om to forskellige paradigmer, hvor den kommunale pleje har mere fokus på hverdagen og samarbejdet med pårørende. Der tænkes med andre ord mindre i 'sygdom' og mere i at fastholde 'hverdagen' og det, borgeren kan og selv vil – fx så sygdom ikke fylder så meget, og der bliver plads til livsglæde. På mange af de kommunale midlertidige pladser ligger der ældre, som er sårbare pga. flere livsomstændigheder. Nogle er terminale, men dermed heller ikke en del af inklusionskriteriet for eHospitalet. Andre betragtes som 'akutte' af kommunen i den forstand, at de er syge og meget plejekrævende. De kan befinde sig på en kommunal akutplads, hvor de tilses og behandles af egen læge i samarbejde med både sygeplejerske og SSA. Forskellen til en FKA-plads er, når den pågældende borger/patient får en infektion, som egen læge ikke kan behandle med fx pille-antibiotika – her vil patienten have brug for sygehusbehandling, for almen praksis giver ikke intravenøs behandling. På FKA-pladser kan eLægen via eHospitalet og i samarbejde med FKA-behandlere gennemføre IV-behandling og monitorere på behandlingseffekten.

FKA-blikket er således udtryk for, når den kommunale sygeplejerske eller SSA identificerer en forværring i borgerens tilstand, som de handler på ved at kontakte egen læge og/eller eLægen. Både egen læge og eLægen kan indlægge patienten til behandling på sygehuset, men det er som sagt kun eLægen, der kan forebygge indlæggelsen ved at fremskynde fx IV-behandlingen til den kommunale plads, patientborgeren allerede befinder sig på. FKA-behandlerens monitorerende blik efter ABCDE-metoden er således vigtig ved syge, behandlingskrævende ældre på kommunale pladser, både for at monitorere effekter af behandlingen som sådan, men også generelt for at forebygge og fremskynde behandlingsindsatser, så forværringer – herunder også sygehusindlæggelser – undgås. Sygehusindlæggelser er hårde for sårbare ældre, hvorved FKA-behandlerne både skal udvikle det monitorerende blik med ABCDE-metoden samt integrere og afstemme det med helhedsblikket, således at udsving i borgerens tilstand observeres og handles på med henblik på at opretholde videst mulig stabilitet og hermed også hverdagen.

Samarbejdet med eHospitalet med undervisning og døgntkontakt til eLæge muliggøre hermed også en kvalitetsudvikling i kommunerne, når deres medarbejdere med FKA-blikket bliver bedre til at forebygge forværringer og mulige indlæggelser.

Kontaktperson på FKA-pladsen

Kvalitetssygeplejersken beskriver processen, hvor en kommunal afdeling arbejder på at udvikle FKA-kompetencer, så de bliver en integreret del af medarbejdernes arbejdsopgaver og den generelle plejefaglige identitet. Denne integration af kompetencer spiller en afgørende rolle i forhold til, om medarbejderne er i stand til at identificere forværringer i borgernes tilstand, når de befinder sig på de midlertidige pladser, og om de føler sig trygge ved at kontakte eLægen for at drøfte muligheden for indlæggelse i eHospitalet.

Hele processen består af flere trin. Det første trin indebærer etablering af undervisningsaftaler, hvor ledelsen giver medarbejderne mulighed for at deltage i relevant undervisning. Dette kan dog være en udfordring i praksis, da det kan være svært for kommunen at undvære medarbejdere i den daglige drift.

Herefter spiller rollen som FKA-kontaktperson en central rolle ifølge kvalitetssygeplejersken. Denne person har til opgave at støtte medarbejderne med at omsætte det lærte fra undervisningen til praktisk anvendelse. Kontaktpersonen har ansvar for at distribuere materialer til medarbejderne, såsom 'handlingskort' og opdaterede vejledninger. Desuden fungerer kontaktpersonen som bindeled, der sørger for, at FKA-medarbejderne deltager aktivt i online kvalitetsmøder. Her kan de dele deres konkrete erfaringer med patienter på FKA-pladserne med hinanden og med kvalitetssygeplejersken. Denne rolle som kontaktperson er afgørende for at lette overførslen af viden til praksis og muliggøre en systematisk kvalitetsudvikling i relation til FKA-pladserne.

Online kvalitetsmøder

Kvalitetssygeplejersken indkalder til online kvalitetsmøder af en halv times varighed hver 14. dag eller 1 gang månedlig alt efter det specifikke kommunale centers behov. I mødeindkaldelsen indgår en dagsorden, hvor de kommunale medarbejdere har mulighed for at vende faglige udfordringer i tilknytning til FKA-pladserne. Herunder er et eksempel på en indkaldelse til et online kvalitetsmøde via mail med link til virtuelle møderum.



Kalenderinvitation til online-kvalitetsmøde

Kære jer

Hermed indkaldes til månedligt kvalitetsmøde. Hvis andre af jeres kollegaer der vanligt er omkring eHospital-patienterne har mulighed for at være med, så medtag dem gerne både SPL og SSA. Vær opmærksom på at I med fordel kan gemme patientoplevede cases til refleksion i vores samarbejds møde.

Plan for kvalitetsmøde:

- Evt. seneste nyt: e-hosp/Blomstergården
- Helt kort - Faglige udfordringer og hvad er fokus lige nu i forhold til indlagte under e-hosp. på Blomstergården.
- Områder til afklaring mm.
- Cases til refleksion
- Næste møde, udfordringer med dato?

Med venlig hilsen

[NN]; Kvalitetssygeplejerske
Det nære Sundhedsvæsen
eHospitalet. Næstved



Microsoft Teams-møde

Deltag på din computer eller mobilapp

[Klik her for at deltage i mødet](#)

Deltag med en videomøde-enhed

Videomøde-id: [redacted]

[Alternative VTC-instruktioner](#)

Anm: Direkte afskrift i form af skærmbillede af mail fra kvalitetssygeplejerske.

Online-møderne er organiseret som kontinuerlige møder, der placeres i FKA-medarbejdernes kalendere med faste intervaller. I praksis bliver mange af møderne aflyst pga. manglende tilslutning. Forklaringerne kan være, at medarbejderne har anden mødeaktivitet den dag, at de er underbemandede, eller at de ikke har patientborgere indlagt på en FKA-plads.

Udvikling af arbejdsgang for kvalitetsudvikling

Mail-teksten understreger, at kvalitetssygeplejersken ønsker at skabe en arbejdsgang, der kvalitetssikrer FKA-kompetencerne ved, at de påmindes om de særlige opgaver med 'handlingsalgoritme', der hører til FKA-samarbejdet. Denne vil være med til at sikre og opretholde kompetenceniveauet, ligesom kontinuerlige kvalitetsmøder vil muliggøre en mere ensartet og systematisk praksis i kommunen. Denne vil bidrage til opgaveflyt, som regionen ønsker sig, og varetagelse af patientansvaret i eHospitalet.

5.2.1.5 Ledere i tilknytning til eHospitalet

I interviews med seks ledere tilknyttet eHospitalet kommer der særligt tre temaer til udtryk:

1. Antallet og brugen af FKA-pladser
2. Kompetencer i kommunerne til FKA-samarbejdet
3. Oplærings- og undervisningsstrategier.

Deres perspektiveringer af temaerne udfolder sig alle inden for principperne om tilgængelighed, frivillighed og om fælles ansvar for løbende justering, der er beskrevet i afsnit 5.1. De seks ledere er dels en funktionschef, den ledende overlæge, områdelederen i akutsporet, forskningslederen, afdelingssygeplejersken fra akutmodtagelsen og en projektleder.

Antallet af FKA-pladser i kommunerne

eHospitalet har partnerskabsaftaler med fire kommuner om FKA-pladser. De har haft en aftale med Roskilde Kommune, der er opsagt, og de er i gang med at indgå aftale med Vordingborg Kommune. Derudover har de aftaler med Kalundborg Kommune, Næstved Kommune og Slagelse Kommune. I overensstemmelse med princippet om tilgængelighed ønsker de at indgå aftaler med alle kommuner om FKA-pladser. eHospitalet har indgået IV-aftaler med 15 ud af de 17 kommuner, men som nævnt er der lang vej i forhold til at kunne tilbyde IV-behandling på fremskudte akutpladser. Måltallene for antallet af patienter på de aftalte FKA-pladser viser endvidere, at de ikke er belagt i tilstrækkelig grad i forhold til forventet og eHospitalets kapacitet. Patientbehandlingen udgør ifølge den ledende overlæge kun en brøkdel af patientbehandlingen. I alt har der i projektperioden i 2022 været 100 patienter indlagt på FKA-pladserne i Kalundborg Kommune og i Næstved Kommune, hvorfra de fordeler sig med 68 i Odinscentret i Kalundborg Kommune og 32 på Marskgården i Næstved. De har en aftale om 5 pladser i Odinscentret. Dette er blevet nedjusteret til 3 pladser. Aftalen med Næstved Kommune er, at dens 23 akutpladser

kan bruges til FKA, når en borger på en akutplads har brug for indlæggelse i eHospitalet. I så fald omkategoriseres sengen, som den pågældende borger befinder sig i, fra en akutplads til en FKA-plads – og således knyttet til eHospitalets læge og behandlingsansvar (fremfor almen praksis).

Princippet om frivillighed betyder, at kommunen selv bestemmer, om de vil tage imod patienter eller opgradere borgere, der er indlagt på kommunale pladser til en FKA-plads. Funktionslederen udtrykker skuffelse over den lave grad af belægning på de potentielle 23 FKA-pladser i Næstved. Hun er meget tilfreds med udviklingen af det tværsektorielle samarbejde med Næstved Kommune i partnerskabsaftalen, men graden af belægning på FKA-pladserne på Marskgården halter bagud – også i sammenligning med Odinscentret. Odinscentret har dog været i gang i længere tid og således haft mulighed for at udvikle mere erfaring. Den lægefaglige leder reflekterer forskellen mellem flowet af patienter til FKA-pladser i de to kommuner:

De fremskudte kommunale pladser på Odinscentret er meget aktive i forhold til at modtage patienter og tager gerne patienter udefra, altså patienter som de ikke kender i forvejen, men som selvfølgelig kommunalt set hører til hos dem, og som har et relativt pænt flow. Når der er patienter, der er egnede til det, og de kommer fra deres område. Og så i den anden ende har vi fremskudte kommunale akutpladser på Marskgården i Næstved, som har valgt at stille en lidt anden form til rådighed, end de gør i Kalundborg. Kalundborg er åbent, og Marskgården er noget mere lukket og har som udgangspunkt tidligere valgt at sige, at det skal være patienter, der i forvejen er på Marskgården, som bliver dårligere, som kan undgå, måske spare en indlæggelse. Men de er ikke helt så fleksible, og jeg tror, det hænger sammen med deres personalemæssige situation. Det er vigtigt, at de fremskudte kommunale akutpladser har det nødvendige personale, dvs. ikke kun kompetencer og uddannelser og sådan noget, men også i antal.

Ifølge overlægen kan forskelle skyldes, at de modtager patienterne forskellige steder fra. Hvor Odinscentret modtager flere steder fra, er Marskgården "selvvisiterende" og henviser kun til eHospitalet fra egne akutpladser, hvor patientborgeren allerede ligger. Odinscentret er således mere "fleksible" i forhold til hvilke patientforløb, der visiteres til FKA-pladserne. Overlægen vurderer også den manglende fleksibilitet som et spørgsmål om deres personalsituation, der ikke kun handler om FKA-kompetencerne, som beskrevet i forrige afsnit, men også om medarbejderkapacitet: (...) om der er nok på arbejde til at kunne tage imod akutte opgaver.

FKA-samarbejdet er forbundet med nye opgaver, men erstatter eller overflødiggør ikke gamle opgaver. Så medarbejdere til løsning af begge typer opgaver skal være til stede, altså både medarbejdere med FKA-kompetencer til samarbejdet med eHospitalet og medarbejdere til at tilgodese de plejemæssige og sædvanlige opgaver i plejecenteret:

Den fremskudte akutfunktion er en 'mellem-station', der kvalitetsmæssigt passer bedre til ældre patienter, der har brug for ro og længere tids pleje og mobilisering end, hvad der typisk passer ind i sygehusets forløbs-flow med 'hurtigt ind og hurtigt ud'. (Ledende overlæge)

Igen er det vigtigt at forstå, at det ikke handler om at have *kun* kliniske kompetencer eller plejefaglige kompetencer til stede, men begge dele, fordi der er tale om ældre patienter med både specialiserede plejebehov og specialiseret behandling. Den lægefaglige leder udtrykker således også en antagelse om, at de kommunale pladser kan tilbyde bedre rammer for skrøbelige ældre patienter, end sygehuset kan.

Kompetenceudvikling til FKA

eHospitalets funktionsleder har en sygeplejefaglig baggrund og ser de faglige kompetencer i kommunen som en af barriererne for flere patienter på FKA-pladserne. Funktionslederen finder sygeplejersker særligt oplagte som faggruppe til at varetage uddelegeret IV-opgaver med medicin, men også SSA'er kan indgå i FKA-samarbejdet, hvis de er tilstrækkeligt oplærte til det. eHospitalet har som nævnt også en SSA i den mobile enhed, der laver IV-relaterede opgaver på linje med sygeplejerskerne i enheden.

Den sygeplejefaglige uddannelse giver dog ikke tilstrækkelig garanti for at kunne udføre FKA-opgaver. Funktionslederen uddyber, at selv om en sygeplejerske har medicinsk viden og lært at lægge drop til IV under sin uddannelse, så har den viden ikke nødvendigvis været en aktiv del af deres arbejde som kommunal sygeplejerske. De vil have brug for genopfriskning og oplæring. Lederen fremhæver også, at der vil være kommunale sygeplejersker, som ikke har den samme interesse for den kliniske viden, der indgår i FKA-kompetencer, der traditionelt set hører til på sygehusene og altså til sekundærsektoren frem for primærsektoren:

Du kommer til at presse noget ned over ørerne på nogen, som tænker 'det er slet ikke mig det der'. Vi [eHospitalet, red.] har prøvet at bygge det op på den her måde. Til at sige 'vi ved godt, at nogen af de personer, der er i kommunerne, er rustne i det, vi laver', fordi de har været der i så mange år, og de er mega-dygtige til det, de

gør derude, det handler ikke om det. Det kræver en lille niche af sekundærsektoren. De skal bevæge sig ind i en lille niche af den, og hvordan hjælper vi dem til det? (Funktionsleder af eHospitalet).

Funktionslederens refleksioner til at flytte FKA-kompetencer som en "niche" af klinisk viden til de kommunale sygeplejersker er også praksisorienterede. Hun er læringsstrategisk bevidst om, at det ikke er tilstrækkeligt, at eHospitalet tilbyder formel undervisning i de kliniske kompetencer, som FKA-samarbejdet forudsætter. Den formelle viden oversættes ikke automatisk til deres kommunale praksis. De vil have brug for lokal støtte og sparring for at opbygge egne erfaringer og indgå i et læringsmiljø, hvor de kan stille spørgsmål og integrere den formelle viden i deres egen plejepraksis:

Det' jo en undervisning i en standard, som man laver. Men det, jeg tror, er rigtig vigtigt, det er, at man har een bedside, der går derude blandt dem og hjælper dem til at huske, at det er det, vi gør. Altså, vi kan læse en vejledning og skrive 'læst og forstået' – og så ryger den op på hylden, og så gør vi, som vi plejer! Så det at få rykket det fra A til B, det er i hvert fald i min erfaring gennem mange år i sundhedsvæsenet, det er, at det er ikke gjort med det. Nej, de skal hjælpes videre derude, og det er ikke på en skolebænk, det er ude, hvor patienterne eller borgerne er. Det er dér, at de kan stille spørgsmål – så står de der 'nå, hvordan er det egentlig med det! Er det så også en puls, eller er det også et blodtryk? Eller en puls? En respirationsfrekvens' – der vil være mange spørgsmål, når man står i det. Og så vil der være nogen, der skal hjælpe dem. Om det så er lederen, der er den fagligst dygtigste til det, eller om de har nogen sygeplejersker eller assistenter på stedet. (Funktionsleder af eHospitalet).

Funktionslederen beskriver i citatet en velkendt transferproblematik for viden. Hendes forslag lægger op til en form for *mesterlære*, hvor en erfaren person løbende kan give sparring til de kommunale medarbejdere, som skal udvikle det kliniske monitoreringsblik (beskrevet i foregående afsnit som 'FKA-blikket') og udføre de opgaver, som er grundlæggende for, at akutfunktionen kan fremskyndes til kommunen (primærsektoren – frem for indlæggelse til behandling i sekundærsektoren). Det er også tydeligt, at mesterlærens faglige baggrund ikke er afgørende, men at det er personens tilstedeværelse til at svare på spørgsmål, når de opstår hos de kommunale medarbejdere, der er under oplæring til FKA.

En vigtig pointe for forståelse af læringens formål er også, at den formelle undervisning med henblik på opgaveflyt fra sygehuset til en "medhjælp" (formulering i sundhedsloven af lægens ret til at uddelegere opgaver til medhjælper

(Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2009)) i kommunen ikke kun handler om at gøre den behandlende læge tryk ved sit behandlingsansvar (at behandlingen er forsvarlig og kvalitetsmæssig patientsikker), men at det også skal være trygt for de kommunale medarbejdere. Tryghed forstået på den måde, at de ved, hvem de kan stille spørgsmål til og få kompetente svar fra 'bedside', når de står derude hos konkrete patienter.

FKA-læringsmiljø med mesterlærer

Funktionslederen oplever, at Odinscentret har skabt et FKA-samarbejde og et læringsmiljø, hvor *"de er super dygtige"*, men også at oplæring af FKA-kompetencer må rette sig mod en mindre medarbejderskare, da det langt fra er alle sygeplejersker fx, der, som nævnt i citatet tidligere, vil være interesseret det. Lederen opfordrer også de kommunale FKA-medarbejdere til at bruge eSygeplejersken til at svare på praktiske spørgsmål i tilknytning til FKA.

Afdelingssygeplejersken på sygehusets akutmodtagelse oplever at miste erfarne akutsygeplejersker til kommunerne og udtrykker derfor frustration over at miste værdifulde medarbejdere til FKA samtidig med foreløbig ikke at kunne mærke, at presset på akutmodtagelsen (via indlæggelse i eHospitalet og på kommunale sengepladser frem for på sygehuset) falder. Afdelingssygeplejersken oplever således at stå ringere stillet i forhold til arbejdspresset på sin afdeling.

Undervisningsstrategi

Akutfdelingen understøtter eHospitalet med hjælpefunktioner sammen med NSR-sygehuse i øvrigt, men er uvisse om indvirkningen på længere sigt i forhold til antallet af patienter og fastholdelse af medarbejdere. Den ledende overlæge vurderer, at forløbene til FKA-pladserne kun står for en meget lille del af hospitalets behandling af patienter i akutsporet, og at betragteligt flere patientborgere var indlagt under corona-pandemien, som faldt sammen med opstart på FKA-samarbejdet. Funktionslederen fremhæver, at de som sygehus samlet set vil gøre, hvad de kan for at sprede kompetencer til kommunerne, og at deres læringsstrategi i samarbejde med uddannelsesinstitutioner er i stadig udvikling. En uddannelsesansvarlig forsker i Det Nære Sundhedsvæsen bekræfter forskellige læringsstrategier, der skal muliggøre mere hands-on-læring i kommunerne, hvor undervisning kommer tættere ud til deres medarbejdere og tilpasses kommunens lokale behov. Dette er i overensstemmelse med princippet for fælles ansvar for løbende justering.

5.2.1.6 Opsamling og forventninger til fremtiden

På tværs af de forskellige medarbejdergrupper i eHospitalet (som beskrevet i dette kapitel), nemlig behandlerne i den mobileenhed (DME), eSygeplejersken, eLægen, Kvalitetssygeplejersken samt ledelsespersoner i tilknytning til eHospitalet, kommer en fælles opfattelse til udtryk om, at opbygning af kommunale FKA-kompetencer hos medarbejderne med dertilhørende kvalitetsskabende arbejdsgange er helt centralt for at udvikle det igangværende samarbejde med kommunerne. Disse kompetencer og arbejdsgange vedrører særligt:

- **PVK-håndelag og FKA-blikket.** MBE-medarbejderne beskriver det særlige håndelag, det kræver, for at lægge PVK, og at det også for erfarne klinikere kan kræve flere forsøg. Kvalitetssygeplejersken beskriver og underviser i en række metoder og redskaber/teknologier, som er væsentlige at beherske i FKA-samarbejdet, fx ABCDE-metoden og handlingskort her til. Der er tale om udvikling af et vigtigt 'FKA-blik' til systematisk at monitorere og handle på udvikling i patientborgerens behandling. Dette er også forbundet med etablering af en ny arbejdsgang i kommunen til kvalitetsudvikling og -sikring. eSygeplejersken har opgaver med at forberede og deltage i eStuegang og sikre, at FKA-pladserne modtager den fornødne medicin og utensilier til det medicindepot, der er lavet til FKA-pladserne. eLægen udviser stor fleksibilitet i tilpasning af patientborgerbehandlingen i eHospitalet til de kommunale rammer – kaldet "administrativt arbejde" – herunder også at koordinere forløbet med FKA-medarbejdere og evt. den kommunale hjemmesygepleje.
- **Kontor-eStuegangen og senge-eStuegangen.** De tværsektorielle kompetencer i eStuegang er karakteriseret ved et udvidet 'oversættelses- og fortolkningsarbejde' i samarbejdet mellem eHospitalet og patientborgerens FKA-behandler. På kontor-eStuegangen omhandler det udveksling og afstemning af informationer fra de forskellige kontekster, herunder journalsystemer samt undersøgelsesformer og -resultater. Gennem aktiviteten skabes en fælles, tværsektoriel forståelse, som bruges til at identificere og koordinere opgaver i patientborgerens behandling og videre forløb. Der kan indgå forhandling om løsninger, særligt når uklare snitflader opstår – fx til hjemmesygeplejen og almen praksis. Senge-eStuegangen udmærker sig ved muligheden for at inddrage patienten fysisk og verbalt samt pårørendes deltagelse. Den er forbundet med øget fortolknings- og oversættelsesarbejde mellem parterne, når kameravinkel, lydforhold og taktile undersøgelser af patienten skal spille sammen til en fælles forståelse.

- **Tværsæktoriel relationsopbygning til FKA-samarbejde.** Samlet set er eStuegangen (med videoteknologien) central for at skabe en sammenhængende behandling for den enkelte patientborger, men også for at opbygge relationer mellem parterne, hvorigennem deres indsigt i hinandens organisationer og vilkår for deres FKA-samarbejde øges.
- **eHospitalets ønske om at øge patient-flowet til FKA-pladserne.** Lederne i tilknytning til eHospitalet er eksplicite om, at den fremskudte kommunale akutfunktion er et centralt element i udviklingen af Det Nære Sundhedsvæsen som en konkret tværsæktoriel løsning og et muligt tilbud i samarbejdet med alle regionens kommuner. I overensstemmelse med tilgængelighedsprincippet er eHospitalet tæt på målet om at have IV-aftale med alle kommuner. Det aflaster både sygehusene og de MBE, at kommunerne vil kunne behandle flere af patientborgerne hjemme frem for på hospitalerne. Det giver også bedre udnyttelse af eHospitalets kapacitet og brug af hospitalsressourcer. eHospitalet ønsker også flere samarbejdsaftaler med regionens kommuner om FKA-pladser, men også en mere stabil belægning af de eksisterende FKA-pladser. eHospitalet har kapacitet til det, men i henhold til frivillighedsprincippet råder de ikke over pladserne. Det gør kommunerne selv. De tre kommuner med FKA-pladser er dog i henhold til instruksen for FKA-samarbejde (se afsnit 5.3.1) forpligtiget på at implementere denne og tage imod patienter på pladserne, når de har medarbejderressourcer med kompetencerne til det. I overensstemmelse med princippet om fælles ansvar for løbende justering er udvikling af kommunale kompetencer til FKA-opgaverne væsentlig med henblik på at øge det ønskede flow af patienter til pladserne.

5.2.2 Kalundborg Kommune

På Odinscentret er organiseringen fleksibel med tre stuer øremærket til FKA, men med mulighed for at øge antallet af pladser ved særligt behov. De tager patientborgere ind på FKA-pladserne ad mange veje: fra hospitalet, fra hjemmet og fra Odinscentrets andre midlertidige pladser. FKA-behandlingsopgaverne ligger udelukkende hos sygeplejerskerne, og det kræver fleksibel organisering i dagligdagen, når en sygeplejerske går fra de vanlige opgaver til FKA-opgaver. På Odinscentret har de haft de nødvendige kompetencer og interesse hos de medarbejdere, der er centrale i opgaveløsningen, og det har siden opstart af pladserne under covid-19 gjort dem i stand til at starte op, prøve ting af og udvikle lokale praksisser. De beskriver, at deres typiske eHospitals-borgere er:

1) UVI'erne [urinvejsinfektioner, red.], 2) lungebetændelse og 3) de diffuse, måske infektion i et sår eller andet. Alle infektionsproblematikker. (FKA-sygeplejerske)

En vigtig del af infektionsbehandlingen med antibiotika er dels at opstarte behandlingen og forsætte den kontinuerligt 3 eller 4 gange i døgnnet – herunder at måle på effekten af behandlingen, fx via måling af infektionstal (med CRP), måling af feber, blodtryk, væske m.m. og evaluere udvikling via eStuegang med eHospitalet.

Når en patientborger indlægges på en FKA-plads, er der særlige arbejdsgange og rutiner forbundet hermed. Det er arbejdsgange, opgaver og rutiner, der i nogen grad adskiller sig fra de arbejdsgange, opgaver og rutiner, der er omkring borgerne på de andre midlertidige pladser i huset.

Beskrivelsen nedenfor viser nogle af de koordinerings-, behandlings- og pleje-relaterede opgaver, der er forbundet med at modtage en ny patientborger på en FKA-plads. Desuden tydeliggøres nogle af de organiseringsmæssige udfordringer, der er forbundet med arbejdet på FKA-pladserne. Den første case beskriver en indlæggelse på en FKA-plads, anden case beskriver et ambulantly forløb, og den tredje case har fokus på sammenhæng i behandlingsforløbet. Case-beskrivelserne fra Odinscentret efterfølges med relaterede aspekter i forhold til patientsikkerhed, den formelle organisering, lokale arbejdsgange, kompetencer og perspektiver for fremtiden.

Case 1: Arbejdsgange ved indlæggelse af en patientborger på FKA-plads

Klokken er 9:40 en tirsdag morgen, da eLægen ringer til sygeplejersketelefonen på Odinscentret og melder en patient til indlæggelse på FKA-plads. Patienten vil fysisk ankomme inden for et par timer. Det drejer sig om en 89-årig mand, som bor alene. Det er hjemmesygeplejersken, der har kontaktet eLægen. Manden opstartede antibiotika-pillebehandling for lungebetændelse søndag via vagtlægen, men hans CRP (infektionstal) er alligevel steget fra 90 til 140. eLægen og hjemmesygeplejersken har derfor aftalt, at han indlægges på FKA-plads til behandling med IV-antibiotika samt til observation for sepsis (blodforgiftning).

Sygeplejersken forklarer, at hun var enig med eLægen i, at han var en patientborger, der var egnet til at blive indlagt på en FKA-plads. Nu skal hun gøre en seng klar til ham og, lufte ud på stuen. I telefonen har eLægen givet besked om, hvilke ting han gerne vil have gjort indledningsvist. Sygeplejersken har noteret følgende opgaver på sin blok: anlægge PVK, IV-væske, IV-antibiotika, covid-test og urinstiks. Der kommer hurtigt en korrespondance i Nexus, som sygeplejersken kigger på. Der står hvilken medicin, der er ordineret, og det ligger også allerede i FMK.

Sygeplejersken fortsætter med at følge op på et par andre beboere, som hun var i gang med, da eLægen ringede.

Kl. 10.55 får sygeplejersken besked om, at manden allerede er ankommet sammen med sin datter. Sygeplejersken, der ikke har nået at gøre stuen klar endnu pga. travlhed med andre opgaver, går til stue 16 og tager imod dem. Manden ligger i sengen, han er bleg og ser svag ud. Hans stemme er hæs, og man kan næsten ikke forstå, hvad han siger. Datteren siger, at det er godt, de kan komme herind, og at hendes far ikke skal på hospitalet. De har hendes mors svære forløb i frisk erindring. Sygeplejersken går til eHospitalsrummet over for stue 16, hvor hun slår op i FMK for at tjekke, hvad der er ordineret – IV-væske samt IV-antibiotika pip/tazo 4 gange i døgnet kl. 6, 12, 18 og 24. Hun siger til sig selv, at hun skal huske at fjerne tablet-antibiotika fra de medicinæsker, som patientborgeren havde med hjemmefra. Hun blander IV-antibiotika og henter væske samt de remedier, der skal bruges til at lægge PVK. Hun hænger posen med væske og det opblandede IV-antibiotika på et dropstativ, der står i eHospitalsrummet. Sygeplejersken siger, at hun vil gå ind og TOBS'e ham og så tjekke hans årer. Hvis årerne er fine, lægger hun selv PVK, hvis de ser svære ud, vil hun hente sin sygeplejerskekollega, som er rigtig god til at anlægge PVK, for hun vil gerne skåne ham så godt, hun kan, for han er en svækket mand, kan hun se.

Vi går tilbage til stuen. Sygeplejersken fortæller manden og hans datter, at hun nu skal tage nogle målinger og lægge en PVK, så han kan få IV-antibiotika. *"Nu er det spændende om måleudstyret er connected, og om vi kan logge ind"*, siger sygeplejersken. Der står en stor plastikkasse med TOBS-udstyr på stuen, som sygeplejersken finder frem. Det viser sig, at mobiltelefonen, der skal bruges til at sende de målte værdier til klinikerportalen, ikke er ladet op, så hun noterer værdierne på sit papir i stedet. Først måler hun blodtryk og puls, som hun noterer. Så finder hun et patientnødkald frem, som hun lægger på bordet. Mens sygeplejersken måler blodtryk på den anden arm, fortæller datteren om mandens medicin og andre helbredsproblemer. Sygeplejersken måler saturation (iltmætning i blodet) med en fingermåler og siger, at den er lidt lav, men det er som forventet. Hun vil hente en øremåler, der er mere præcis.

Datteren siger, at hun synes, det er dejligt, at der bliver gjort noget med det samme, de ankommer, for da hendes far var indlagt på hospitalet i oktober, lå han i 5 timer på akutafdelingen, før der skete noget.

Sygeplejersken måler temperatur i øret. Datteren fortæller, at hendes far sveder meget, selvom han ikke har feber. Sygeplejersken spørger til, om han får fast panodil og forklarer, at det kan være årsagen til, at han ikke har feber. De taler om hans funktionsniveau, og datteren siger, at det er meget svingende, og at hun tvivler på, at han kan stå på benene, som han har det lige nu.

Sygeplejersken fortæller, hvad planen er: Hun skal tage en urinstiks og covid-test og lægge et PVK, hvor hun nok vil bede sin kollega om at komme ned og

hjælpe, da hun er meget dygtig til det, så de kan få sat IV-antibiotika i gang. Hun fortæller, at hun også nok skal opdatere hans medicin.

Vi går fra stuen, henter covid-test og finder sygeplejerskekollegaen og en øresaturationsmåler. Vi går tilbage på stue 16. Sygeplejersken måler saturation i øret, mens hendes kollega gør klar til at lægge PVK'et. Sygeplejersken gør klar til covid-test, mens hun fortæller, hvad der skal ske, og tager testen. Kollegaen lægger PVK'et i første forsøg. Sygeplejersken henter dropstativet og sætter IV-antibiotikaen til PVK'et. Datteren er tydeligt glad for, at IV-antibiotikabehandlingen er sat i gang. Sygeplejersken giver ham en nethandske ud over PVK'et og tjekker på sin seddel, hvad hun mangler at gøre. "*CRP tager vi i morgen*" siger hun og fortæller, at hun lige vil vende med eLægen, om det hæster med urinprøven. "*Jeg kommer tilbage om lidt*", siger hun.

Opdatering af borger i Nexus-omsorgsjournal

Vi går til sygeplejerskekontoret. Sygeplejersken sætter sig ved pc'en og slår mandens CPR-nummer op i Nexus. Hun finder ham og opdaterer hans status til indlagt i eHospitalet. Navnet bliver grønt i oversigten over borgere. Hun opdaterer hans adresse til Odinsvej 20, stue 16, og gør ham rød i triage-feltet. Det er alle, der er indlagt på en FKA-plads, fortæller hun. Under årsag skriver hun: 'IV-AB på OC pga. stigende CRP'.

Så ringer hun til eLægen for at høre, om hun kan vente med urinstiks til i morgen, og hvor mange gange i døgnet han skal TOBS'es. Urinstiks kan vente til næste morgen, og han skal TOBS'es 1 gang pr. vagt. Sygeplejersken forklarer, at hun også lige skal have tjekket, om der er en sygeplejerske på i aftenvag, som kan give IV-antibiotika. Hvis der ikke er en, vil hun blande IV-antibiotika og lægge det klar i køleskabet i eHospitalsrummet, så kan en af de udekørende sygeplejersker komme ind og sætte den op. Hun siger, at hvis det heller ikke er muligt, så kan det også lade sig gøre, at hun selv er på tilkald, og så kommer hun ind for at klare den opgave om aftenen.

Sygeplejersken forklarer, at hendes mavefornemmelse siger hende, at hun skal tage en CRP nu i stedet for at vente til i morgen. Årsagen er, at de målinger, hun foretog, ikke helt var som de værdier, han blev meldt med, så for en sikkerheds skyld. Hun fortæller, at i princippet må de ikke tage CRP uden lægeordination, men at det gør de i praksis. Det er spild af lægens tid at ringe om det, og lægen ville undre sig over, at der ikke er taget CRP, når vi ringer til dem.

Vi går til eHospitalsrummet, finder udstyr til CRP-måling og går ind på stue 16. Datteren er ved at give manden et ekstra tæppe på, han fryser. Hun siger, at de har forsøgt at skrue op for radiatoren, men at den ikke rigtig bliver varm.

Sygeplejersken fortæller, at hun lige vil måle CRP. Datteren fortæller, at det er steget meget – fra 105 til 140 i morges. Sygeplejersken prikker manden i fingeren og tager blod fra til prøven. Datteren spørger, hvor ofte han skal have IV-antibiotika. Sygeplejersken forklarer, at det er 4 gange i døgnet, og at hun har tjekket, at der er en sygeplejerske i aften- og nattevagt, der kan gøre det. Sygeplejersken spørger, om manden har fået noget mad. Datteren svarer, at det har han endnu ikke fået. Hun spørger også til, om køleskabet, der er på stuen, er et, de må bruge, for så vil hun købe nogle ting til sin far. Sygeplejersken siger, at det skal de endelig gøre. Datteren spørger til, hvor længe der går, før IV-antibiotika virker, hvis det er en lungebetændelse. Sygeplejersken svarer, at det gerne skal vende i løbet af et par dage, men at det er meget individuelt. Hun forsikrer datteren om, at de nok skal beholde ham, indtil det stabilt går den rigtige vej.

Sygeplejersken tager CRP-prøven med, og vi går til eHospitalsrummet, hvor den sættes i måleapparatet og analyseres. Hun forklarer, at resultatet dels skal ringes ind til eLægen og dels registreres i Nexus, så de selv kan se det. Det er jo dobbeltdokumentation, men det er nødvendigt, siger hun. Hun forklarer, at hvis der er travlt i eHospitalet, så kan der gå lang tid, før de sender en korrespondance – fx 12 timer – og nogle gange kommer den slet ikke. Derfor er det helt nødvendigt, at de er ekstra grundige med at få dokumenteret i deres eget system, oprette ABCDE på borger for at have et samlet billede og også oprette opgaver til den næste vagt, så de fx er opmærksomme på at give IV-antibiotika. CRP-svaret er klar – 151 – det er altså steget yderligere. Sygeplejersken forklarer, at det er højt – alt over 100 er skidt, og hun tror nok, at maskinen maksimalt kan måle til 180. Så han ligger højt.

Kl. 12:40: På vej tilbage til sygeplejerskekontoret finder sygeplejersken en af social- og sundhedshjælperne og spørger, om de har været med mad på stue 16. Det har de ikke. Sygeplejersken spørger til, om det ikke blev nævnt på triage-mødet, at der var en i eHospitalet på stue 16. Det var blevet nævnt, men de havde glemt det. Hun beder dem om at gå ned med mad til ham.

På kontoret lægger hun CRP-målingen ind i Nexus og viser mig, at man kan se de målinger, der er lavet i hjemmesygepleje-regi. Hun indtaster værdier, som hun målte tidligere, og udfylder ABCDE.

Kl. 13:05: Sygeplejersken ringer til eLægen. Hun melder de værdier, hun har målt, og fortæller, hvordan modtagelsen er gået. Hun beskriver manden som meget træt og fortæller, at hun har fået gode informationer af datteren. Hun beskriver ham som "*stabilt dårlig*". Hun spørger, om der er taget stilling til hjerotelungeredning og aftaler⁸, at de skal have stuegang på ham kl. 14.

⁸ Dette svarer til, at lægen i eHospitalet sammen med patient og evt. pårørende tager stilling til 'Behandlingsniveau', herunder genoplivning ved hertestop.

Jeg spørger, hvorfor de vil gå stuegang i eftermiddag, og sygeplejersken siger, at det er fordi, den eLæge, der er på vagt, er god og grundig. Sygeplejersken sætter sig ved pc'en og ser, at der er kommet korrespondance fra eLægen. Hun fortæller begejstret, at det er en perfekt korrespondance, den er præcis og indeholder al den information, hun har brug for. Den er så god, at hun kan kopiere den og sætte den nærmest lige ind i feltet 'vurdering' i ABCDE'en i Nexus. Sygeplejersken forstætter dokumentationsarbejdet, og hun skal også oprette elementer i kalenderen, så opgaverne ligger til aften-, natte- og dagvagt. Hun opretter, at manden skal TOBS'es, at der skal udfyldes væskeskema, og at der skal gives IV-antibiotika. De enkelte kalenderelementer skal oprettes særskilt for hver slags opgave og hver slags vagt (dag, aften og nat), så det tager noget tid at komme det hele igennem.

Kl. 13:30: eLægen ringer på sygeplejersketelefonen og melder endnu en ny patient til indlæggelse i eHospitalet. Sygeplejersken noterer informationer om den nye patient på sin seddel.

Sygeplejersken fortsætter sit dokumentationsarbejde i Nexus. Nu lægger hun IV-antibiotika i kalenderen i alle tre vagter. Så går vi til stue 16 og lægger væskeskema på bordet. Hun jækker hans ben – er de røde, eller er der sår. Vi går til sygeplejerskekontoret, og telefonen ringer. Det er eLægen, der siger, at den nye patient kommer nu. I det samme står der en social- og sundhedshjælper i døren og siger, at der står en dame i spisestuen, som siger, at hun har en aftale. Vi går til spisestuen, og der står damen sammen med en pårørende. Sygeplejersken tager imod, og vi går til eHospitalstue 15. De får hver sin lænestol at sidde i, og sygeplejersken taler lidt med dem. Hun siger, at hun kommer tilbage om lidt. Vi finder iPad'en, går til sygeplejerskekontoret og gør klar til eStuegang, som er aftalt til kl. 14.

Kl. 14:00: Sygeplejersken sidder klar og har logget ind på stuegangsappen. På skærmen er der en eLæge og en eSygeplejerske logget på. Der indledes med CPR-nummer og navn. Sygeplejersken starter med at fortælle om sine observationer omkring mandens tilstand og situation, bl.a. at hans datter er der og giver gode informationer. Hun nævner værdier, der er taget, og fortæller, at de kan tæste dem ind i SP. Hun siger, at de har anlagt PVK og givet første gang IV-antibiotika, og at der nu er væske sat i gang. Hun fortæller også, at hun vil fjerne tablet-antibiotika fra hans pilleæsker, men at hun ikke har nået det endnu. Hun beskriver ham som svedende, og at datteren fortæller, at de har måttet skifte T-shirt på ham hjemme, så omfattende er det. Sygeplejersken forklarer, at hun har taget en kviktest, der er negativ, men hun kan se, at eLægen har bestilt PCR-test, som mobillab kommer ud og tager. Hun fortæller om hans øvrige medicin, og at han er i udredning for anden sygdom. Hun forklarer også, at datteren har fortalt, at han spiser og drikker mindre end vanligt. Sygeplejersken siger, at hun har lagt et væskeskema ind på stuen og skrevet, at der skal drikkes 2 L i døgn. Sygeplejersken spørger til, om kosten også skal

registreres. Det er ikke nødvendigt, siger eLægen. Sygeplejersken spørger, om han skal vejes i morgen. Det er en god ide, siger eLægen. eSygeplejersken spørger, om de har taget urinstiks. Sygeplejersken svarer, at han skal have et REK-kateder, men om det kan vente til i morgen, for han er meget træt, og hun synes, det er synd at baske mere med ham end højst nødvendigt. Det kan vente. eLægen spørger, om hun kan tjekke ham for stivhed i nakken. Sygeplejersken siger ja og spørger, om der er andet, hun skal forberede, før vi går ned på stuen. eLægen siger, at hun også gerne vil have hende til at trykke ham på maven for at se, om den er hård.

Vi går ned til stue 16. Sygeplejersken siger til patientborgeren – og datterens kæreste, der siden er kommet til og sidder ved bordet foran vinduet – at lægen er med på stuegang på iPad'en, hun viser den til den pårørende. Datteren kommer ind ad døren med et glas saft og en yoghurt og siger, at hendes far endnu ikke har fået noget mad, så hun gik ned for at finde noget. Sygeplejersken ser overrasket ud. Hun går hen, løfter dynen og trykker ham på maven, ligesom lægen bad om. "*Maven er fint blød ved palpering*", siger hun. eLægen siger, "*kan du også kigge i munden?*". Sygeplejersken kigger i munden og siger, "*den er tør, han trænger til noget at drikke*". Sygeplejersken beder om lov til at mærke på mandens nakke. Hun mærker og løfter lidt op – "*det er meget fint*", siger hun, "*der er ingen nakkestivhed*". Sygeplejersken vender sig mod datteren og hendes kæreste og introducerer dem for eLægen og eSygeplejersken via iPad'en. Hun vender så skærmen mod manden igen. eLægen siger, at vi holder fast i 'Navn' [på anden eLæge, red.] plan. Sygeplejersken siger, "*ja, og den er opstartet*". Vi går tilbage til kontoret. Her opsummerer sygeplejersken og eSygeplejersken planen, at der skal TOBS'es, gives proteindrikke, IV-antibiotika og urinstiks i morgen. Sygeplejersken er i tvivl om, hvorvidt eLægen har bestilt blodprøver, eller om de selv skal tage dem. Det vil eSygeplejersken følge op på. Da sygeplejersken er ved at afslutte eStuegangen, ringer telefonen – det er en praktiserende læge med opfølgning på en anden borger.

Vi går til eHospitalsrummet og finder proteindrik til manden samt CRP-udstyr til den nye dame på stuen ved siden af. Vi går til stue 16 og giver ham proteindrikken. Sygeplejersken siger til datteren, at maden er på vej, at hun har bedt dem om at komme. Datteren er frustreret og spørger til, hvad der var sket, hvis hun ikke havde været der: "*det er bare lidt utrygt, at han ikke har fået noget mad*". Sygeplejersken svarer, at hun ville have kigget ind til ham oftere, hvis datteren ikke havde været der, men at hun godt kan forstå, hvis det har skabt usikkerhed. Sygeplejersken hælder proteindrik op, giver ham nødkaldet på og tænder for sendeboksen. Der er problemer med at få forbindelse, og hun prøver flere gange. Datteren siger, at nødkaldet ikke altid virker i farens hjem, det er et kæmpe problem. Telefonen ringer, det er eSygeplejersken, der fortæller, at mobillab kommer i morgen og tager blodprøver. Sygeplejersken afprøver nødkaldet igen. En mekanisk stemme siger "*øjeblik*", men der kommer ikke forbindelse. Manden siger tørt: "*det er et langt øjeblik*". Datteren tilføjer:

"jeg tænker præcis det samme, far!". Datteren fortæller, at der nok er brug for, at hendes far bliver nødet lidt i forhold til at få nok at drikke og spise. Hun tilføjer, at faren har lidt dysfagi, så der skal fortykningsmiddel i det, han drikker. Datteren spørger, om information fra sygehuset kan ses her, for det var dem, der opstartede fortykningsmidlet. Sygeplejersken svarer, at det kan de ikke, de kan kun se informationer fra hjemmeplejen – ikke fra sygehuset. Datteren spørger til, hvad infektionstallet var. Sygeplejersken svarer, at den er på 151, så det er en lille smule højere end sidst. Men vi måler det igen i morgen. Datteren spørger lidt bekymret, om det så er nok med 4 gange IV-antibiotika i døgnnet. Sygeplejersken forsikrer, at 4 gange i døgnnet er nok, og fortæller, at de revurderer løbende og laver ny plan, hvis det er nødvendigt. Datterens kæreste, siger: "Og vi har også noget ros til jer, hvor er det godt med det her [tilbud, red.], i har her, der er meget mere ro end på hospitalet, og det er så skønt, at han har fået en enestue". Datteren istemmer. Sygeplejersken og datteren taler lidt om sengen, og om at faren nogle gange står ud af sengen selv – og potentielt falder. Datteren fortæller også, at han derhjemme har en forlænget seng. Sygeplejersken siger, at det kan de også klare her, afrunder snakken og går ud.

Kl. 15:00: Sygeplejersken fortæller om den nye patient fra eHospitalet. Hun kommer fra egen læge på den anden side af gaden. Hun har åndenød (syspnø) og lyde på lungerne. Hun trækker vejret stabilt, men skal have IV-antibiotikbehandling. Før sygeplejersken tager imod kvinden, dokumenterer hun færdigt i Nexus på den mandlige FKA-patientborger. Vi går til hans stue, hvor sygeplejersken tjekker hans ben – om de er røde eller har sår. Social- og sundsassistenten står i døren i siger, at der er en dame i spisestuen, som siger, hun har en aftale.

Case 2: Medarbejdernes opgaver er sammenvævede

Aftensygeplejersken tager imod Jette og hendes pårørende i spisestuen. Jette er en ældre dame. De går sammen til den ledige sengestue, som bruges til FKA. Jette og hendes mand får hver tilbudt en stol, og sygeplejersken taler med dem, mens hun forbereder de medicinske procedurer til IV. Jette får besked om, at hendes infektionstal skal måles, og sygeplejersken udfører en blodprøve og analyserer den.

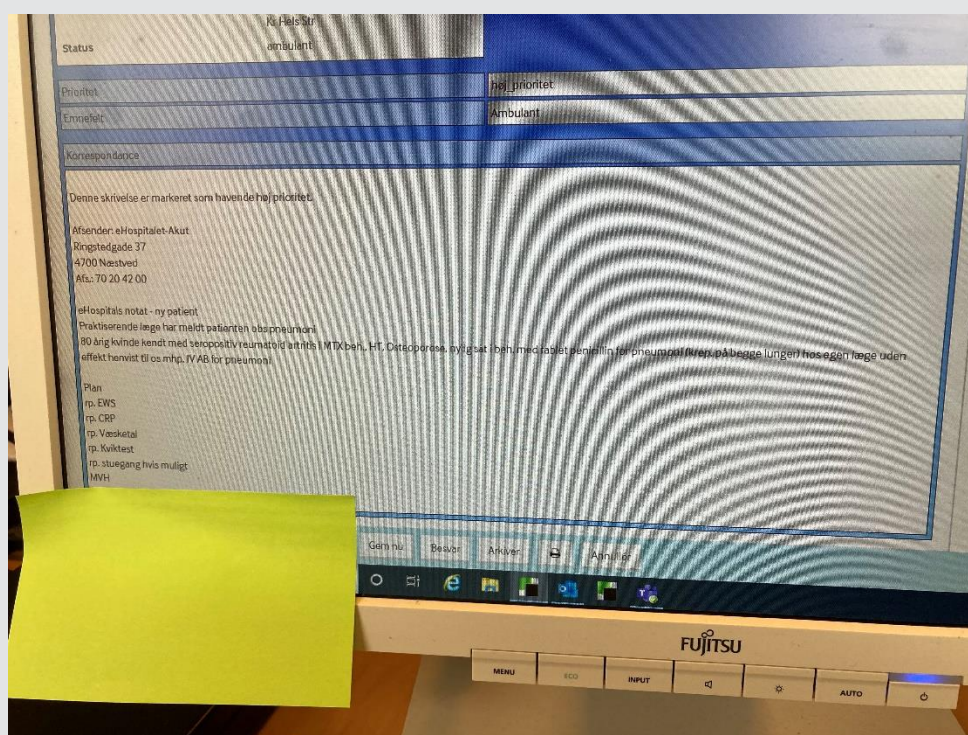
Resultaterne viser, at Jettes CRP-niveau er for højt. Sygeplejersken måler også hendes blodtryk, puls, iltmætning og temperatur, og alt er stabiliseret. Sygeplejersken opretter Jette i systemet og informerer eLægen om hendes tilstand.

Aftensygeplejersken og eLægen overvejer sammen, om Jette skal have IV-AB-behandling på FKA-pladsen eller derhjemme. Der er en vis forvirring omkring

dette, men det besluttes, at eHospitalet kontakter hjemmesygeplejen for at vurdere muligheden for hjemmebehandling.

Aftensygeplejersken fortsætter med at registrere data i systemet. Senere opdager hun en besked fra eLægen (skriftlig korrespondance) angående kviktest og væsketal), som ikke blev nævnt tidligere, da hun via mundtlig overlevering overtog vagten fra dagvagten (se billede herunder).

Foto af PC-skærbillede med korrespondance fra eLæge: 'Notat' med 'Plan' med ordination af 'Væsketal' og andre



eHospitalet ringer tilbage med besked fra hjemmesygeplejersken om tidspunkt for fortsættelse af Jyttes IV-behandling hjemme. Det kan ikke lade sig gøre før dagen efter, evt. efter kl. 14. Hjemmesygeplejers opgaver er organiseret efter kørelister, og IV-behandling til Jytte kan ikke nå at komme med. Aftensygeplejersken er frustreret. Hun mener, at hjemmesygeplejersken skal handle med det samme efter lægeordination. På kontoret taler de sammen, om det kun gælder for ordinationer fra Almen praksis og ikke hospitalets.

Aftensygeplejersken fortsætter med at forberede behandlingen – inklusive blodprøver til væsketal. Væsketallene er fine, og da aftensygeplejersken ringer resultatet ind til eLægen, får hun besked om, at den ikke var ordineret (mundtligt), og at blodprøven derfor var unødvendig. Hun overvejer kort at rapportere hændelsen som en utilsigtet hændelse.

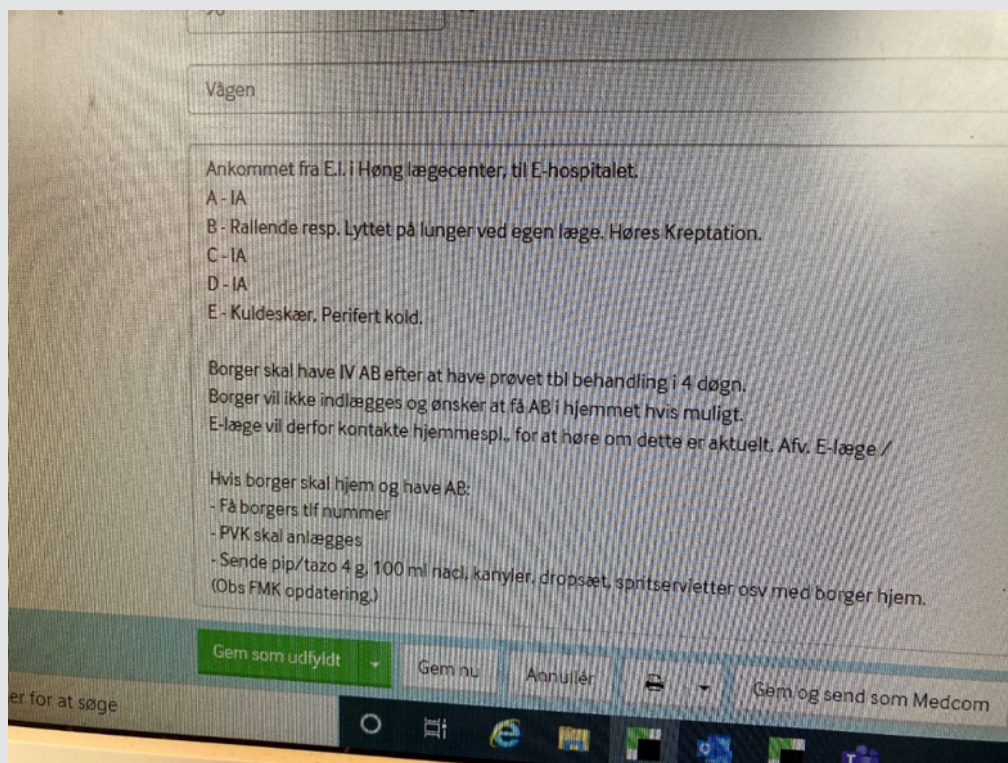
Aftensygeplejersken gør alt klar til IV-AB-behandling og taler med eLægen for at få klarhed om behandlingsplanen. Dernæst informerer hun Jette om IV-AB-behandlingsplanen, som involverer behandling i aften og næste morgen på FKA-plads – og evt. hjemmefra om eftermiddagen. Jytte og hendes pårørende vil gerne køre frem og tilbage mellem hjem og FKA-plads til ambulante behandling. Aftensygeplejersken er i tvivl om, hvorvidt hun skal pakke eHospitalmedicin med til IV-AB-behandlingen hjemme eller vente. Hun beslutter at pakke det, så Jytte kan få det med hjem til behandling fra morgenstunden af.

Aftensygeplejersken ringer også til eHospitalet, der tilbyder hjælp fra den mobile behandlingsenhed til IV-AB-behandling i hjemmet i morgen tidlig. Hun går tilbage til Jette, giver hende besked om behandlingen, og lægger PVK, før hun fortsætter med at registrere data og tage blodprøver.

Sygeplejersken fortsætter med at registrere i systemet – taster Jettes værdier ind og opretter ABCDE (se billeder herunder).

Dokumentation af ABCDE og behandlingsplan i omsorgsjournal

FKA-sygeplejersken dokumenterer sine observationer (efter ABCDE-modellen) og behandlingsplanen med eLægen samt de fremadrettede opgaver, afhængig af om behandlingen skal fortsættes hjemme hos patientborgeren eller fortsætte på FKA-plads.



Case 3: Teknologisk medieret behandlingssamarbejde

Den sidste case fra Odinscentret refererer til observationer fra overgange mellem vagtskifte fra dagvagt til aftenvagt og fra nattevagt til ny dagvagt. Disse overgange og snitflader mellem de forskellige aktører er vigtige for at skabe et sammenhængende og patientsikkert forløb. Overgangen mellem dagvagten og aftenvagten peger på flere koordinationsopgaver. Det drejer sig om at muliggøre et *ambulant forløb for borgeren*, hvor hjemmeplejen skal overtage patientborgerens IV-behandling, som skal gives 4 gange i døgnet. Opgaven kræver en del koordinerende telefonsamtaler mellem FKA-behandler og eLæge, om hjemmeplejen kan overtage behandlingen og dernæst klokkeslættet herfor. Begge dele har betydning for FKA-behandlernes opgaver – både i form af information til patientborgeren og pakning af IV-medicin, så hjemmesygeplejen har den, når den skal bruges. Det lykkes, men der er usikkerhed omkring arbejdsgange – også for hvad FKA-behandlerne kan forvente sig af samarbejde med hjemmesygeplejersken. Der andet eksempel er koordination

af blodprøve til undersøgelse af væskemangel. Dette er ikke del af den mundtlige kommunikation mellem dagvagt og eLæge og mellem dagvagt og aftenvagt, men fordi det står i korrespondancen, tager FKA-behandleren prøven. Hun overvejer at indrapportere denne som utilsigtet hændelse (UTH), men hvor ligger 'fejlen': at hun har taget en unødvendig blodprøve, eller at de forskellige kommunikationsmedier og overgange kan gøre den korrekte handling uigennemskuelig?

Dagvagten, der overtager vagten fra nattevagten, tolker dokumentation fra nattevagten i omsorgsjournalen til, at IV-behandling *ikke* er givet. Hun klargør medicinen og går til patientborger, hvor den pårørende giver besked om, at den *er* givet. I sådanne tilfælde, hvor Omsorgsjournalen ikke er designet til at understøtte samarbejde om IV, har FKA-behandleren heller ikke mulighed for at tjekke i det Fælles Medicinkort (FMK), hvad tid IV-medicin er givet, da de kommunale medarbejdere (i dette tilfælde nattevagten) ikke har brugerrettigheder til at skrive i FKA. Dette er også u hensigtsmæssigt for eLægen, der ved evaluering af observationer og prøvesvar ikke kan krydstjekke, om værdier er før eller efter IV-behandling – igen et eksempel på, at de kommunikative rammer om FKA er mangelfulde. Blodprøven til måling af væske(mangel) viser også, at ikke alle data overføres direkte til eHospitalet. FKA-behandleren ringer det ind. Hun skal også dobbeltdokumentere for at få det ind i omsorgsjournalen ved først at skrive testresultatet ned på en lap papir, som hun så bærer til sygeplejekontoret for at indtaste værdierne ind. I det hele taget sendes ingen af de prøvesvar, FKA-behandlerne laver, elektronisk (med POC-udstyr) og til dem selv. Det er kun eHospitalet, der får data i klinikerportalen. Dette er u hensigtsmæssigt og en potentiel kilde til fejl.

Der blev også identificeret andre kilder til fejl i form af potentielle forsinkelser i det akutte samarbejde. Nye eLæger i eHospitalet kan godt komme til at sende korrespondancen om indlæggelse af en patientborger til den kommunale visitator frem for direkte til plejecenterets FKA-behandlere. Det kan skabe forsinkelse, fordi visitationen kun har åbent i almindelige kontortider og ikke i weekenden. Fejlen skyldes opsætningen af SP for specifikt Kalundborg Kommune. En anden kilde vedrører samarbejdet om laboratorieundersøgelser, hvor FKA-behandleren ikke er blevet informeret om ændringer i aftaler for afhentninger af prøver til laboratorieundersøgelse.

Samlet set peger det på et samarbejde med mange snitflader, der vedvarende har meget brug for mundtlige, telefoniske kontakter for at sikre sig informationsdeling og fælles forståelse.

5.2.2.1 Patientsikkerhed ved nye snitflader i organisering af sammenhængende FKA-behandling

Den følgende liste sammenfatter nogle af de risici, som FKA-behandlerne skal være opmærksomme på (listen er ikke komplet, men baserer sig på tre observerede vagter):

- Risici for medicinfejl mellem sektorerne: afstemme arbejdsgange således, at fx fysiske piller fra infektionsbehandling med pille-medicin fjernes fra pilleæske, når patientborger overgår til IV-AB.
- Risici for medicinfejl mellem vagtskifte: angivelse af IV-behandling med klokkeslæt i omsorgsjournal eller FMK forebygger misforståelser mellem vagtskifte og eHospital. Sidstnævnte med henblik på at sikre, at eLægen evaluerer behandlingseffekten korrekt.
- Ordinationsrisici i vagtskifte ved konkurrerende overleveringsformer mellem mundtlige ordinationer og skriftlige ordinationer.
- Risici for, at korrespondance fra eLægen ikke modtages rettidigt i plejecenter med FKA-pladser, fordi den sendes fra eLæge til visitationen.
- Uklar arbejdsgang og ansvar for laboratorieundersøgelser af prøver.
- Teknologiske redskaber og systemer, der ikke i tilstrækkelig grad understøtter FKA-samarbejdet internt på det kommunale center, deres opgaver mellem vagter, deres FKA-opgaver (dobbeltokumentation) og beskeder fra eHospitalet.

En vigtig tilføjelse til ovennævnte risici er, at der ikke skete fejl, men at forebyggelse heraf kræver ekstra opmærksomhed, tæt samarbejde (også med pårørende), justering af øvrige arbejdsgange på plejecenter og i hjemmesygeplejen samt 'workarounds' i forhold til at skabe dokumentation, der støtter sammenhænge i behandling og evaluering af effekten.

5.2.2.2 Formel organisering, normering og rammebetingelser

Antal FKA-pladser, sammenhæng med andre midlertidige pladser i huset samt veje ind på FKA-pladserne

På Odinscentret i Høng i Kalundborg Kommune er der i alt 40 midlertidige pladser. Pladserne udgøres af både pladser til specialiseret genoptræning, almindelige midlertidige pladser og FKA-pladser. På Odinscentret har der været 64 FKA-indlæggelser i 2022.

Da de startede FKA-pladserne op i marts 2021, var der fem stuer øremærket til FKA. Nu er det nedjusteret til tre stuer med mulighed for at opjustere til fem ved behov – hvilket typisk vil være ved behov for indlæggelser internt fra de andre midlertidige pladser på Odinscentret. Ved brug af mere end tre pladser til FKA, skal den kommunale visitation ind over beslutningen og vurderingen af, om pladserne kan frigives til FKA. De tre stuer, der er øremærket til FKA, bruges ikke til andre borgere, og de er således altid klar – medmindre de er optaget af indlagte FKA-borgere. Denne organisering, hvor der er pladser øremærket til FKA, gør det muligt, at patientborgerne kan komme ind på en FKA-plads ad flere forskellige veje: fra hospital (fx til indlæggelse til fortsat IV-AB-behandling), fra hjemmet med involvering af hjemmesygeplejerskens eller praktiserende læges kontakt til eHospitalet (fx til opstart af IV-AB-behandling) eller fra de andre midlertidige pladser på Odinscentret. Hver af disse veje ind til en indlæggelse på en FKA-plads involverer eLægens og FKA-behandlerens forudgående fælles vurdering af den specifikke patientborgers tilstand og egnethed til at blive indlagt på en FKA-plads. Vurderingen er også kontekstafhængig til den aktuelle bemandingssituation på Odinscentret. Der skal være FKA-behandlere i vagt med tid til at gennemføre behandlinger.

De interviewede ledere og medarbejdere på Odinscentret udpeger visse vigtige **forudsætninger**, som de finder har været faciliterende for oprettelsen af FKA-pladser lokalt. For det første havde man i Kalundborg Kommune *”tænkt akutpladser på forhånd (...) så selve arbejdet [med at opstarte FKA-pladserne, red.] oplevede jeg ikke som specielt vanskeligt”* (afdelingsleder). For det andet fik man konkrete erfaringer med de fremskudte pladser under covid-19-pandemien, som man har kunnet bygge videre på efterfølgende. En tredje vigtig forudsætning er, at de på Odinscentret har haft både de nødvendige kompetencer og interesse for FKA-arbejdet hos medarbejderne – særligt hos sygeplejerskerne, men også hos en del af SSA’erne. En af lederne udpeger det som en væsentlig og afgørende forudsætning for at drive FKA-pladserne. Lederen understreger, at de medarbejdere, der er involveret i FKA-arbejdet, skal have lyst til faglig udvikling og til at arbejde med det akutte felt. De skal kunne trives med at tage ansvar, arbejde selvstændigt og træffe beslutninger.

Ansatte, udstyr og fysisk indretning

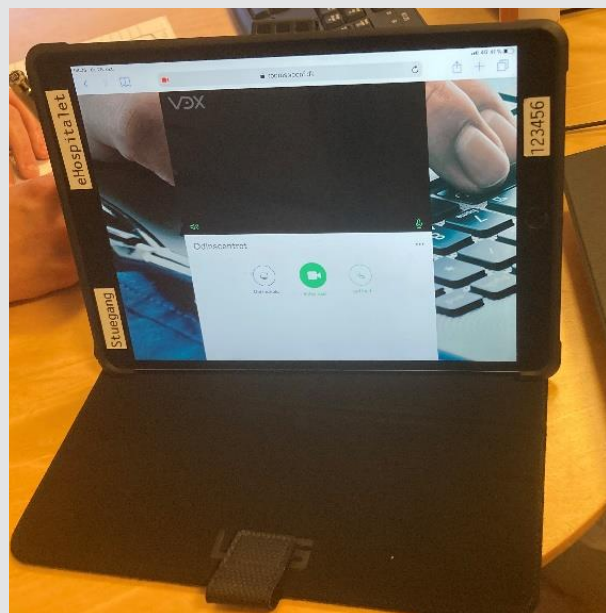
På Odinscentret er der i de største personalekategorier ansat 10 sygeplejersker, 30 SSA'er, omkring 10 social- og sundhedshjælpere samt 4 pædagoger. Lederen fortæller, at det er en bevidst og vigtig prioritering, at der er en hovedvægt af SSA'er, da det giver de nødvendige kompetencer til at varetage de borgere, der er på Odinscentret.

I den formelle aftale omkring FKA-samarbejdet mellem kommunen og regionen er det defineret, at regionen står for at levere det ekstraudstyr, der er forbundet med varetagelse af FKA-pladserne. Det drejer sig om TOBS-kasser med blodtryksapparat, øretermometer, saturationsmåler, blodsuktermåler samt mobiltelefon med en app til automatisk videresendelse af de vitale værdier (dog ikke blodsukkerværdier) til LevVel-platformen. Idet de på Odinscentret har faste stuer øremærket til FKA, har de en TOBS-kasse med udstyr klar på hver af de tre stuer.

Ud over det særlige udstyr, som anvendes på FKA-pladserne, står regionen ifølge den førnævnte aftale for at levere den særlige medicin, som patientborgere, der er indlagte på FKA-pladserne, har brug for i forbindelse med behandlingen. Den digitale stuegang, eStuegang, som er en central, daglig opgave i FKA-forløbene, foregår på en iPad, der er sat op med sikker forbindelse via appen 'Videostuegang'. iPad'en anvendes kun til digital stuegang på patientborgere, der er indlagt på FKA-pladserne. Udstyret til den digitale stuegang er også leveret af regionen ifølge samarbejdsaftalen.

På Odinscentret anvender de pleje- og omsorgsjournalsystemet Nexus. Systemet er ikke integreret med regionens systemer, men de har adgang til fællesmedicinkort (FMK). TOBS-værdier (dog ikke blodsukker) kan overføres til eHospitalet via LevVel-appen for de indlagte patientborgere på FKA-pladserne.

Videostuegang-appen på en iPad



Beskeder fra regionen overføres som 'Korrespondance' via en MedCom-standard for udveksling af kliniske e-mails. De kopierer informationer fra denne ind i Nexus.

Den fysiske indretning af FKA-pladserne adskiller sig ikke fra indretningen af de andre stuer på Odinscentret. Man har ved oprettelsen af samarbejdet indrettet et midlertidigt medicinrum og er nu i forbindelse med anden ombygning på centeret ved at oprette et medicinrum, der lever op til alle krav til hygiejne – køleskab, blandeskabe, udluftning osv. Det er således en udgift, som kommunen selv har stået for, og som er lagt ind som element af en større renovering på Odinscentret. Endelig er det afgørende for den fulde funktionalitet af det apparatur, som regionen har stillet til rådighed i forbindelse med FKA-pladserne (TOBS-udstyr og LevVel-appen), at der er en velfungerende internetforbindelse. Måleresultater af infektionstal og væsketal med POCT-udstyr overføres ikke automatisk til hverken den kommunale journal eller SP, men noteres manuelt (se billede herunder) og videregives mundtligt til eHospitalet over telefonen eller på eStuegang.

Laboratorieudstyr i kommunalt medicinrum til måling af væske og infektion i blodet

Billedet til venstre: POCT-udstyr til måling af væske fra blodprøve. Data overføres ikke automatisk, men prøvesvar noteres på en seddel, ringes ind til eHospitalet og dokumenteres i omsorgssystem (Nexus).

Billedet til højre: Apparat til CRP-analyse af infektionstal fra prik-test i fingeren.



Normering

På Odinscentret arbejder man ikke med en specifik normering på de forskellige typer af pladser, men har et overordnet rammebudget, og man anlægger i stedet et helhedsblik på pladserne og allokerer ressourcer der, hvor der er

brug for dem i hverdagen (se afsnit 5.4 for flere detaljer om normering). Den løbende og individuelle vurdering af den enkelte borgers behov er således centralt i den daglige planlægning af ressourcer på Odinscentret.

5.2.2.3 Lokale arbejdsgange og arbejdsdeling

FKA og lokal hverdagsorganisering

På Odinscentret er FKA primært en sygeplejerskeopgave. Når en patientborger bliver indlagt i eHospitalet på en FKA-plads, er det en sygeplejerske, der tager sig af de behandlingsmæssige aspekter af opgaven, mens det typisk er en SSA, der står for de plejereleterede opgaver for den indlagte patientborger.

På grund af denne lokale organisering er det til tider nødvendigt at iværksætte særlige tiltag for at kunne løse FKA-opgaverne. Særligt i aftenvagt kan løsningen af FKA-opgaverne være udfordret, hvis der ikke er en sygeplejerske i aftenvagt. Hvis det er tilfældet, er der flere løsningsmuligheder, fx at sygeplejersker, der bor i nærheden, tager rådighedsvagter, hvor de møder ind for at udføre opgaver, der skal udføres af en sygeplejerske – fx at give IV-antibiotika. En anden mulighed, der kan tages i brug ved udfordringer med sygeplejerskedækningen, er, at man i visse tilfælde kan rykke en IV-opgave fra aftenvagt kl. 22 til nattevagt kl. 23, hvis det er godkendt af eLægen. Endelig er det nogle gange muligt at få hjælp af en af de udekørende sygeplejersker i hjemmeplejen, der kan komme ind og fx give IV-antibiotika. Men hvor det i relation til de andre midlertidige pladser ikke er et krav, at der er en sygeplejerske i aftenvagt, bliver det et imperativ i forhold til varetagelse af FKA-opgaverne.

TOBS

Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) er en systematisk observationsmetode udviklet til primærsektoren, som understøtter den faglige vurdering og det almene kendskab til borgeren ved måling af vitale værdier.

Formålet med brug af TOBS er på et tidligt tidspunkt at opdage forværringer i borgerens helbredtstilstand og kvalificere disse observationer.

TOBS-scoren er den samlede værdi udløst af målinger af de fem vitale parametre – puls, bevidsthed, temperatur, respiration og systolisk blodtryk.

På Odinscentret arbejder de med triagering af borgere som et styrende princip i hverdagen for alle de midlertidige pladser. Triageringen følges op to gange i dagvagt: ved morgenmødet, hvor dagens opgaver fordeles, og ved triagemøde kl. 11. Ligeledes triageres der to gange i de andre vagtlag. I forbindelse med triageringen vurderes det desuden, om en borger skal TOBS'es.

Patientborgere på FKA-pladserne derimod TOBS'es dagligt, og hyppigheden besluttet af eLægen. TOBS anvendes ikke systematisk på borgerne på de andre pladser, men er et redskab, der iværksættes, når det vurderes, at der er særligt behov hos en borger baseret på medarbejder-

nes observationer. FKA-samarbejdet med eHospitalet har affødt, at der nu også indgår saturationsmåling i forbindelse med de TOBS-målinger, som de foretager ved behov på de almindelige pladser. En af lederne peger dog på, at FKA-samarbejdet og det fokus, der her er på at TOBS'e de indlagte patientborgere, har haft en positiv påvirkning på centeret som helhed og øget medarbejdernes opmærksomhed på at fange noget i opløbet hos borgerne. FKA-samarbejdet har således styrket medarbejdernes generelle opmærksomhed på at forbygge forværring og evt. indlæggelse.

Målinger og andre centrale FKA-opgaver

Udover at TOBS'e er der andre centrale opgaver forbundet med at varetage behandlingen af de patientborgere, der er indlagt i eHospitalet på FKA-pladserne. Nogle af de hyppige opgaver er at måle CRP, tage blodprøver til at måle væsketal, give IV-medicin (typisk antibiotika) og give IV-væske. Desuden indebærer FKA-samarbejdet dokumentation i egne systemer (Nexus) samt kommunikation med eHospitalet. Det er både i form af løbende telefonisk kontakt, hvis der opstår spørgsmål, som ikke kan vente til næste eStuegang med at blive afklaret. eStuegangen foregår i udgangspunktet en gang dagligt for hver indlagt patientborger og foregår typisk om formiddagen. Her deltager eLæge, eSygeplejerske, FKA-behandler og evt. patientborger og pårørende. eStuegangen kræver forberedelse for hver enkelt patientborger, så FKA-behandleren har overblik over målinger/værdier og har et statusbillede at tale ud fra.

Desuden kan eLægen ordinere nye tiltag under stuegangen, som FKA-behandleren skal iværksætte efter stuegangen. Det kan både være specifikke observationer (fx at tjekke knæ for hævelse/rødme, tjekke om mave indikerer tegn på forstoppelse og igangsætte væskeregistrering på væskeskema) eller ændrede eller nye behandlinger. Der er desuden faste opgaver for sygeplejerskerne forbundet med at opretholde medicinrummet, idet der skal fyldes op, tjekkes for datoudløb på medicin, tjekkes køleskabstemperatur m.m.

I forbindelse med opstart af FKA-pladserne er der sket en opgaveglidning på Odinscentret som helhed, idet koordineringsopgaverne – som sygeplejerskerne før tog sig af – nu ligger hos en 'faglig planlægger' med faglig baggrund som SSA. De faglige planlæggere tager sig af alt, hvad der har at gøre med nye borgere og borgere, der skal hjem – fx koordinering med hjemmeplejen, kommunikation med visitationen, fordeling af stuer, modtagelse af nye borgere, kommunikation i forhold til hjælpemidler m.m. Denne funktion er en organisering, de sammen har udviklet, som dels muliggør, at SSA får mere ansvar for tilrettelæggelse af de daglige opgaver og frigør tid og fleksibilitet til, at sygeplejerskerne kan varetage FKA-opgaver.

Særlige fokuspunkter for FKA i hverdagen

At have FKA-pladser på Odinscentret kræver et særligt fokus på **sygeplejedækningen** i hverdagen, idet visse opgaver forbundet med FKA udelukkende kan varetages af en sygeplejerske. Det gør, at det er blevet helt afgørende at sikre, at der er de rette kompetencer til stede i alle vagtlag.

En af de interviewede medarbejdere peger dog på, at det meget varierende omfang af FKA-opgaver gør det vanskeligt at styre, hvor stort behovet for sygeplejersker er og ansætte derefter. En mere stabil volumen af indlagte patientborgere på FKA-pladserne ville derfor gøre det nemmere at planlægge og sikre bemanningen.

Et andet fokuspunkt er, at man i hverdagen er helt afhængig af god kommunikation med eHospitalet – særligt i form af **hurtige og præcise korrespondancer**, da man er afhængig af den skriftlige ordination fra eLægen for at sætte behandlingen i gang. Hvis en korrespondance er forsinket eller bliver sendt til visitationen i stedet for til Odinscentret – som sker i nogle tilfælde – er sygeplejerskerne udfordret af udelukkende at have den mundtlige telefoniske overlevering at arbejde ud fra. Der kan være diskrepans mellem den mundtlige besked/sygeplejerskens noter og den skriftlige korrespondance. Dette kan hænge sammen med SP og brug af skabeloner for standardbesvarelser, der danner baggrund for eLægens input til mail-korrespondancen.

Den nye relation mellem sygeplejerskerne på Odinscentret og eLægerne, der er central i FKA-eHospitalssamarbejdet, er meget værdsat. Medarbejderne udtrykker, at det er en meget **værdsat sparringsmulighed**, som ikke ligner de sparringsmuligheder, de har med hverken praktiserende læger, vagtlæger eller hospitalslæger. Nogle af sygeplejerskerne beskriver det som en slags relationel genvej til en hurtig vurdering af en borger, som er guld værd – fx i de tilfælde, hvor de af erfaring ved, at det er vanskeligt at komme i kontakt med den pågældende borgers praktiserende læge. Sygeplejerskerne beskriver samtidig, at selvom der er nogle meget veldefinerede kriterier for indlæggelse på en FKA-plads, som kan betegnes som en 'smal' indgang, oplever de, at eLægerne i højere grad end ved hospitalsindlæggelse anlægger et **helhedsblik** på patientborgerne, når de først er blevet indlagt på FKA-pladsen. Det betyder, at eLægerne også tager sig tid til at fokusere på bredere medicinjustering, ernæringsfokus eller andre mere helhedsorienterede aspekter af patientborgerens tilstand og situation. Den anden og nye samarbejdsrelation, som FKA-samarbejdet har afstedkommet, er relationen til eSygeplejersken. En af de interviewede sygeplejersker beskriver denne nye relation som en slags distribueret og opsplittet sygeplejerskerolle, idet eSygeplejersken har adgangen til SP og handlemuligheder ind i det system, mens hun selv som FKA-behandler har det kliniske blik og konkrete kliniske arbejde med patientborgeren. Så det beskrives som en slags opsplitning af en rolle, der normalt ikke er opdelt.

Endelig er der enkelte FKA-relaterede udfordringer i hverdagen, hvoraf den som medarbejderne udpeger som den største, det er behovet for **dobbeldokumentation**, som den IT-systemmæssige konstellation nødvendiggør. Det er et stort arbejde i hverdagen for sygeplejerskerne i forbindelse med varetagelsen af de opgaver, der er relateret til FKA-pladserne. Helt specifikt er LevVel-plattformen ikke integreret til Nexus, og derfor må sygeplejerskerne dokumentere vitale værdier fra TOBS-målinger særskilt i Nexus. Af og til videresendes de vitale værdier fra TOBS heller ikke direkte med LevVel-appen – fx temperaturmålinger. App og Bluetooth kan drille. Mobilen er måske ikke opladt, og netværksforbindelsen er dårlig. Vitale værdier må derfor også ringes ind til eHospitalet. Da POCT-udstyret til måling af væsketal og infektionstal (CRP) fra blodprøver ikke deler data automatisk til hverken FKA-behandler eller eHospital, noteres de både på et stykke papir i medicinrummet, tastes ind herfra i Nexus og videregives mundtligt til eHospitalet, der skriver det ind i patientens journal i SP. Dobbeldokumentation foregår således på flere planer og steder for at få opgaver og samarbejde til at flyde.

På et mere overordnet niveau beskriver de interviewede, at det er en præmis for FKA-arbejdet, at nogle af kollegerne (SSA og SSH) interesserer sig for og orienterer sig imod FKA-opgaverne, mens andre ikke gør. Det betyder, at de ikke har samme indblik i og forståelse for, hvad de nye type opgaver betyder for hverdagsorganiseringen, herunder deres indbyrdes kompetence- og opgavefordeling på Odinscentret som helhed.

5.2.2.4 **Kompetenceudvikling og rekruttering**

Kompetenceudvikling

Som en del af den formelle aftale omkring FKA-samarbejdet er det regionen, der står for at levere indholdet i den kompetenceudvikling, som medarbejderne i kommunerne gennemgår. For Odinscentret er denne undervisning gennemført i februar 2023. Den formelle undervisning fra eHospitalet har bestået af opkvalificering af alle sygeplejersker med 6 timers undervisning og af alle SSA'er med 2 x 2½ times undervisning. En leder peger på, at undervisningen jo gavner hele huset – ikke kun det arbejde, der udføres i forbindelse med FKA-pladserne. Kalundborg Kommune/Odinscentret bidrager med medarbejdertimer, som bliver brugt på kompetenceudviklingen. Desuden bliver de udekørende sygeplejersker inviteret med til undervisningen, så samarbejdet kan give synergi bredere set i kommunen.

Odinscentret har en sygeplejerskemedarbejdergruppe, hvor flere har erfaring fra tidligere ansættelser i hospitalsregi (fx akutafdeling, geriatrisk afdeling og intensiv afdeling), som gør, at de har haft et stærkt kompetencemæssigt udgangspunkt i forhold til at gå ind i FKA-samarbejdet med eHospitalet. I dagligdagen er de gode til at benytte sig af, at de hver især har forskellige erfaringer og kompetencer, som komplementerer hinanden. En af sygeplejerskerne på Odinscentret er formelt set udpeget som tovholder for FKA-eHospitalssamarbejdet i hverdagen, og hun står også for sidemandsoplæring af nye kollegaer, når der er brug for det. I rollen som tovholder deltager hun desuden i kvalitetsmøder med regionen.

Et af de kompetencemæssige dilemmaer, som de står med i Odinscentret, er, at der er SSA'er, som gerne vil mere ind over FKA-arbejdet. Nogle har aktivt søgt til Odinscentret pga. FKA-pladserne og har relevante erfaringer og kompetencer med sig fra hospitalsregi. Men dette er ikke muligt i øjeblikket pga. en politisk barriere for oplæring af SSA'er i sygeplejeopgaver. En SSA beskriver, at det opleves som frustrerende ikke at kunne bruge kompetencer, hun allerede har, når det er oplagt i hverdagen. Hun beskriver, at hun synes, det er spild af tid, at hun, når hun skal have en patientborger i bad, ikke må tage en færdig IV-behandling ned, men skal bruge tid på at finde en sygeplejerske, der kan gøre det. Hun vil meget gerne mere af det akutte arbejde – såsom at lægge PVK, sætte væske op, tage CRP og blodprøver og tage IV-antibiotika/IV-væske ned – og håber, det bliver muligt i femtiden.

Rekruttering

I forhold til rekrutteringsaspektet peger både ledere og medarbejdere i Odinscentret på, at FKA-samarbejdet har været et positivt rekrutteringselement. Ledere beskriver, at de oplever færre rekrutteringsproblemer på Odinscentret, end det er tilfældet andre steder i kommunen. De seneste ansættelser er endda ikke stillinger, der har været opslået, men er blevet besat af ansøgere, der har søgt uopfordret netop pga. FKA-eHospitalssamarbejdet. Det afspejler det forhold, at flere sygeplejersker/SSA'er fortæller, at FKA-pladserne på Odinscentret har været udslagsgivende for, at de har valgt at søge arbejde netop der. Den faglige udfordring, der ligger i FKA-opgaverne, er attraktiv, hvis man godt kan lide den mere akutte del af sygeplejen, hvor man skal arbejde meget selvstændigt og træffe hurtige beslutninger.

5.2.2.5 Perspektiver for fremtiden

FKA-pladserne har været i drift på Odinscentret siden 1. marts 2021, og der er nu oparbejdet en solid bund af erfaringer med samarbejdet.

På et mere overordnet niveau peger en af lederne på, at FKA-pladserne er en udvikling, hun tror er kommet for at blive. Det er i hendes optik en vigtig måde, hvorpå kommunerne kan være med til at indgå i løsningen af det store pres, der er på sundhedsvæsenet, og som forventeligt ikke bliver mindre i fremtiden. Men det giver mening for hende at samle funktionen på relativt få enheder, da det kræver sygeplejersker med en form for akutuddannelse til at varetage opgaverne.

En af udfordringerne for FKA-samarbejdet er, at der ikke indlægges flere på FKA-pladserne, end tilfældet er. En af lederne peger på manglende viden blandt centrale aktører (fx i almen praksis) om FKA-muligheden som en af årsagerne. Ydermere er det hendes oplevelse, at der også er et ujævnt niveau af viden i hospitalsregi om kriterier for indlæggelse på FKA-plads, hvilket er endnu en barriere for øget brug af ordningen.

Fremadrettet er et af de brændende ønsker for samarbejdet, at det bliver muligt at kunne arbejde i de samme IT-systemer på tværs af region og kommune. Det vil spare meget tid, der i dag bruges på dobbeltdokumentation, gøre arbejdsgangene mere smidige og sikre bedre vilkår for at dele vigtige informationer på tværs af sektorer.

5.2.3 Næstved Kommune

På Marskgården i Næstved Kommune er FKA-samarbejdet bygget op omkring en anden kommunal organisering, hvor indgangen til indlæggelse på en FKA-plads er envejs således, at de borgere, der bliver indlagt, altid bliver indlagt fra en af Marskgårdens akutpladser. Der er stort ledelsesmæssigt fokus på ordningen, og der er udført et omfattende arbejde for at få de formelle rammer/elementer på plads. Men kendetegnende for Marskgården er også, at der har været meget få patientborgere indlagt på FKA-pladserne i 2022. Derfor indeholder følgende gennemgang ikke nær så mange praksisnære detaljer som den forrige kommunecase. Denne case er i højere grad baseret på interviewmateriale end observationer, da det i de 3 måneder, dataindsamlingen stod på, ikke lykkedes os at komme ud og observere de lokale arbejdsgange og rutiner omkring en indlagt patientborger i FKA-regi. De ganske få patientborgere, der var indlagt i perioden, var indlagt i så kort tid, at vi ikke kunne nå at blive kontaktet og komme ud, som var aftalen omkring dataindsamlingen på Marskgården. De observationsdage, vi havde på Marskgården, var således uden indlagte patienter i FKA-regi.

5.2.3.1 Formel organisering, normering og forudsætninger/rammebetingelser

Antal FKA-pladser, sammenhæng med akutpladser og veje ind på FKA-pladserne

På Marskgården i Næstved er der 24 midlertidige pladser, der har status af akutpladser, idet de bruges til borgere, som akut har brug for pleje. Enten fordi de er udskrevet fra hospitalet, men er for dårlige til komme hjem med hjælp fra hjemmeplejen, og/eller fordi de venter på en ledig plejebolig eller plejehjemsplads. FKA-funktionen har eksisteret siden 14. februar 2022, og der har været 36 FKA-indlæggelser i 2022. Det er besluttet, at alle Marskgårdens 24 akutpladser potentielt er FKA-pladser. Denne beslutning relaterer til det særlige forhold, at Marskgården har fokus på, at FKA-samarbejdet skal bruges med et forebyggende sigte – fx at undgå forværringer og indlæggelse (eller genindlæggelse) på sygehuset. Det vil i praksis sige, at de kun bruger FKA-muligheden for borgere, der i forvejen er på en af husets akutpladser. Denne beslutning er en politisk beslutning, der er truffet ud fra en prioritering af det forebyggende fokus i brugen af FKA-pladserne. Det betyder, at der på Marskgården ikke er særlige øremærkede FKA-pladser, da alle besættes af de borgere, der er på pladserne i forvejen, hvorved der ikke er brug for en rumlig bufferkapacitet. Derved er FKA reelt set en administrativ ændring af status på pladsen, hvortil der også følger nye typer af sygeplejeopgaver. Borgerne og personalet er det samme.

I Næstved kommune er kost og logi gratis for borgere på midlertidige pladser. Det er derfor kun medicinudgifter, der adskiller sig for borgere på de almindelige akutpladser og patientborgere, der indlægges i FKA-regi. Ifølge den formelle aftale med regionen, er den medicin, der relaterer til behandlingen i FKA-regi, regionens udgift, mens patientborgerne selv betaler deres anden medicin.

Nogle af de interviewede ledere udpeger en række vigtige forudsætninger, der har været rammesættende for oprettelsen og anvendelsen af FKA-pladserne i Næstved Kommune. Covid-19-pandemien udpeges som en vigtig åbning ind i den tværsektorielle tankegang, som har været en forudsætning for at indgå i FKA-samarbejdet. I Næstved Kommune er rammerne for FKA i høj grad præget af Sundhedspartnerskabsaftalen mellem Region Sjælland og Næstved Kommune. Det er denne aftale, der har formet brugen af pladserne i praksis, bl.a. valg af fokus på det forebyggende perspektiv, som gør, at det udelukkende er borgere fra akutpladserne, der kan få gavn af FKA. Endelig er det besluttet, at FKA er en opgave, alle medarbejderne skal kunne løse, hvilket har indflydelse på, hvordan FKA indgår i dagligdagen på Marskgården. At alle medarbejdere skal kunne lave FKA-opgaver giver i princippet stor fleksibilitet i opgaveløsningen, da man ikke er afhængig af få nøglepersoners kompetencer. I praksis har det dog været vanskeligt at implementere, hvilket også kan være medvirkende til det begrænsede antal FKA-indlæggelser, der har været på Marskgården. De nødvendige kompetencer og praksisser for at opspore borgere med begyndende sygdom skal nemlig være til stede hos medarbejderne i bred forstand sammen med interessen for FKA-samarbejdet og de opgaver, der er forbundet med FKA-pladserne. Dette har ikke fuldt ud været tilfældet (se afsnit 5.2.3.3).

Ansatte, udstyr og fysisk indretning

På Marskgårdens akutpladser er der primært SSA'er og sygeplejersker ansat foruden enkelte fysio- og ergoterapeuter. Der er i alt 30 medarbejdere, hvoraf 7 er sygeplejersker.

I den formelle aftale omkring FKA-samarbejdet mellem kommunen og regionen er det defineret, at regionen står for at levere det ekstraudstyr, der er forbundet med varetagelse af FKA-pladserne. Det drejer sig om TOBS-kasser med blodtryksapparat, øretermometer, saturationsmåler, blodsuktermåler, mobiltelefon med en LevVel-patient-app til automatisk deling af vitale værdier (på nær blodsukker) med eHospitalet samt laboratorieudstyr (POCT) til måling af infektion (CRP) og væske (EPOC).

Ud over det særlige udstyr, som anvendes på FKA-pladserne, står regionen ifølge den førnævnte aftale for at levere den særlige medicin, som patientborgere, der er indlagte på FKA-pladserne, har brug for i forbindelse med behandlingen. Den digitale stuegang, som er en central, daglig opgave i FKA-forløbene, foregår på en iPad, der er sat op med sikker forbindelse via appen 'Videostuegang'. Udstyret til den digitale stuegang er også leveret af regionen ifølge samarbejdsaftalen.

På Marskgården anvender de pleje- og omsorgsjournalsystemet Nexus. Systemet er ikke integreret med regionens systemer, men de har adgang til fællesmedicinkort (FMK), hvor de kan læse eHospitalets medicinordinationer. TOBS-målinger (vitale værdier) på patientborgere indlagt i eHospitalet kan sendes trådløst via LevVel-patient-appen og tilgås af eHospitalet i LevVel-plattformen Klinikerportalen. Vagthavende eLæge modtager også en alarm på sin mobil ved alarmerende målinger. eLægen kontakter derefter Marskgården telefonisk. Beskeder fra regionen overføres som 'Korrespondance' via en MedCom-standard for udveksling af kliniske e-mails. De kommunale medarbejdere taster selv deres målinger af både vitale værdier (TOBS) og testsvar (POCT) ind manuelt i deres journalsystem. Testsvar fra blodprøver til væsketal (EPOC) og infektionstal (CRP) ringes ind til eHospitalet. Relevante observationer (ABCDE) og ordinerede undersøgelser, fx resultater fra væskeskema, ringes også ind til eHospitalet og/eller videregives på eStuegang.

Marskgården er rumligt set organiseret med de 24 sengestuer fordelt med 12 på hver af de 2 stort set ens etager. Stuerne har alle udgang til et stort fællesareal med spiseplads, åbent køkken samt tv-område. Der er medarbejderkontor på hver etage, og på 1. sal findes medicinrummet, hvor udstyr til brug i FKA-regi (fx EPOC- og CRP-udstyr) og medicin er placeret. I kælderen har de desuden et depot til opbevaring af øvrigt udstyr i tilknytning til IV-behandling.

Normering

På Marskgården er normeringen ydelsesbestemt. Grundnormeringen er 25 timer pr. borger på en akutplads til vurdering, pleje og omsorg. I tillæg hertil kommer yderligere visitering til specifikke sygeplejeopgaver for den enkelte borger – fx sondeopgaver, sårpleje m.m. Hvis en borger indlægges i FKA-regi, udløser det en tillægsnormering på 9 timer. En af lederne peger på, at det øgede forebyggelsesfokus egentlig også kræver ekstra tid hos medarbejderne i det almindelige daglige arbejde, før en borger indlægges i FKA-regi, og at der i den forbindelse er brug for en ekstra grundnormering på akutpladserne.

5.2.3.2 Lokale arbejdsgange og arbejdsdeling

FKA og lokal hverdagsorganisering

I hverdagen er arbejdet på akutpladserne på Marskgården organiseret i miniteams bestående af 2 sygeplejersker og 2 SSA'er (M, s. 7), som ideelt set er de gennemgående hos en borger for at sikre kontinuitet. Den daglige organisering er baseret på, at alle medarbejdere skal kunne varetage FKA-opgaver, når en borger indlægges i FKA-regi. Der er to undtagelser: at blande IV-medicin og anlægge kateter på mænd. Disse to opgaver skal altid udføres af en sygeplejerske.

På Marskgården har man som medarbejder i udgangspunktet helhedsplejen for en borger, medmindre der er opgaver tilknyttet, der kun må udføres af en sygeplejerske. Det vil sige, at sygeplejersker såvel som assistenter tager sig af såvel sygepleje- som plejeopgaver. En af sygeplejerskerne forklarer dog, at hvis der er flere indlagt i eHospitalet, bryder de nogle gange fra denne organisering, og i stedet går hun fra til eHospitalsopgaver, selvom det ikke er sådan, det i udgangspunktet er tænkt. I praksis oplever hun dog, at nogle af hendes kollegaer stadig er lidt utrygge/ukomfortable ved FKA-opgaverne, så derfor bliver det hurtigt hende, der tager FKA-opgaverne, fordi hun trives med dem.

eLægen beskrives som en kærkommen samarbejdspartner og en genvej til sparring for sygeplejerskerne på akutpladserne. En af sygeplejerskerne fortæller, at eLægen giver anledning til, at der anlægges et bredere helhedsblik på patientborgeren, som de finder højest relevant. Det afspejler det helhedsfokus, de har på borgerne på de kommunale akutpladser, men som specialiseringen i hospitalsregi vanskeliggør. Ud over at eLægen er en tæt samarbejdspartner i forhold til de formelle opgaver omkring patientborgere, der er indlagt i eHospitalet, fortæller en sygeplejerske, at de i visse situationer også ringer til eLægen for at drøfte en borger – fx i stedet for at ringe til vagtlægeordningen. Medarbejderne fortæller, at de har dårlige erfaringer med den nye vagtlægeordning, der er indført i Region Sjælland, og oplever, at det både er vanskeligt at komme igennem på telefonen, og desuden kender de ikke borgerne. En sygeplejerske understreger, at det letteste for hende altid vil være at indlægge borgeren på det fysiske hospital, og det kan også være nødvendigt i en presset arbejdsfag, fx i en weekendvagt ramt af underbemanding (feltnoter MG, januar). En af sygeplejerskerne beskriver, at de får mange komplekse borgere, der udskrives fra hospitalet til en akutplads, og at det paradoksale er, at lettilgængelig lægelig sparring er mindst lige så relevant for dem som for patientborgere i FKA-regi, men at de for disse borgere er afhængige af de praktiserende læger, som kan være svært tilgængelige. Samarbejdet med eLægen beskrives således som et meget positivt element af FKA-samarbejdet, som man

ville ønske kunne udvides til at dække alle akutpladserne. Det er således formentlig ikke karakteren af de tværsektorielle samarbejdsrelationer, der er skyld i den relativt begrænsede udnyttelse af muligheden for indlæggelse i FKA-regi.

Målinger og andre FKA-opgaver

På Marskgården TOBS'er man systematisk alle borgere på akutpladserne 2 gange i døgnnet. Medarbejdere fortæller, at det fungerer som rutine i dagvagt, men at det kan være vanskeligt at gennemføre TOBS-rutinen i aftenvagt, særligt hvis de er underbemandede. Ledelsen arbejder dog på at få gjort det til en integreret del af de eksisterende arbejdsgange, så det ikke i lige så høj grad bliver betragtet som en omfattende ekstraopgave. TOBS-rutinen er indført for at fokusere på den tidlige opsporing af forværring hos de generelt multisyge og meget dårlige borgere, der er på akutpladserne (E, s. 5). Det er en nødvendig systematik i forhold til det eksplicite fokus på forebyggelse af indlæggelser, som står centralt i Næstved Kommunes tilgang til FKA-samarbejdet. Ud over TOBS anvender man triagering på alle pladser og afholder triagemøde i mini-teams om formiddagen, hvor hver enkelt borgers status gennemgås. Triageringen er bl.a. baseret på TOBS-værdierne, men også andre observationer og informationer.

Når en patientborger indlægges i eHospitalet, kommer der yderligere målinger og specifikke FKA-relaterede opgaver til: blodprøver, væsketal, anlæggelse af PVK, give IV-antibiotika eller IV-væske, yderligere dokumentationsopgaver og eStuegang. På Marskgården bruger man pleje- og omsorgsjournalsystemet Nexus og oplever det samme behov for dobbeltdokumentationsarbejde som Kalundborg Kommune (se afsnit 5.2.2.2).

Særlige fokuspunkter for FKA i hverdagen

Uklare snitflader mellem praktiserende læge og eLæge i hverdagsbeslutninger og en vagtlægeordning, der opleves som ikke særligt velfungerende, gør, at eLægen er en kærkommen sparringspartner for medarbejderne i dagligdagen, som de ville ønske, de kunne bruge til alle borgere på akutpladserne. De værdsætter desuden eLægens større helhedsorientering, som giver plads til at tale om funktionsniveau og behandlingsniveau.

Et af de centrale dilemmaer, som medarbejderne oplever i hverdagen, er, at det kræver ressourcer at indlægge en borger i FKA-regi, da der følger en række opgaver med, som skal løses oveni de andre opgaver på dagen. Det kan således opleves som nødvendigt at indlægge en borger på hospitalet i stedet for at få hverdagen til at gå op, selvom medarbejderne peger på, at det

både er en fordel for dem som personale, og for borgerne som skal indlægges, at det foregår i FKA-regi, hvis det er muligt.

På et mere overordnet niveau peger en af lederne på, at FKA-samarbejdet medfører øget relationsskabelse mellem sektorer, som i hendes optik er en vigtig sidegevinst, der også rækker ud over det specifikke samarbejde.

5.2.3.3 Kompetenceudvikling og rekruttering

Kompetenceudvikling

På Marskgården har der været relativt stor udskiftning af personale i tiden op til oprettelsen af FKA-samarbejdet. En af lederne beskriver, at forudsætningen for at drive FKA-pladserne er medarbejdere, der har lyst til at udvikle sig og har lyst til at arbejde med det mere akutte område. De skal kunne trives med at tage ansvar, arbejde selvstændigt og træffe beslutninger. For at opkvalificere medarbejderne til at nå hertil har alle medarbejdere skullet deltage i 3 timers undervisning planlagt og gennemført af en kvalitetssygeplejerske fra regionen ad flere omgange i 2022. De bruger kompetenceskemaer, som eHospitalets kvalitetssygeplejerske har sendt til dem, som en måde at holde overblik over, om den enkelte medarbejder har fået sidemandsoplæring i FKA-kompetencer – såsom at lægge PVK, lægge kateter, give IV, anvende måleudstyret m.m. På Marskgården har de en FKA-tovholder, som deltager i kvalitetsmøder med regionen, står for sidemandsoplæring af kollegaer, og som ofte i praksis er den, der påtager sig FKA-relaterede opgaver, når der er en patientborger, der er indlagt i eHospitalet.

En af lederne forklarer, at det er vigtigt at opretholde kompetenceflowet hos medarbejderne i forhold til de nye kompetencer, de er blevet oplært i gennem undervisningen. Men en af sygeplejerskerne peger på, at det i hverdagen er vanskeligt, fordi der ikke er nok borgere, der indlægges i eHospitalet til, at personalet får den nødvendige erfaring med opgaverne – og når der er travlt i hverdagen, er der ofte ikke tid til den nødvendige sidemandsoplæring. Det er således en udfordring at oparbejde og opretholde de nødvendige FKA-kompetencer hos alle medarbejdere.

Rekruttering

FKA-samarbejdet og de nye opgaver, der følger med, som det er besluttet, alle medarbejdere skal kunne varetage på Marskgården, er et element ind i rekruttering af nye medarbejdere. En medarbejder på Marskgården fortæller, at nogle af hendes kollegaer har sagt op pga. de nye opgaver, som de ikke trive-

des med (J, s. 19), idet det er en mere grundlæggende forandring af det daglige arbejde. På Marskgården bruger de dog også FKA-samarbejdet aktivt i rekruttering af nye medarbejdere (E, s. 11), og nogle søger specifikt til Marskgården netop pga. de faglige udfordringer, som FKA giver i kommunalt regi (J, s. 21). Da alle medarbejdere skal kunne varetage FKA-opgaver, er der formelt set på Marskgården ikke i så høj grad som på Odinscentret mulighed for at vælge FKA-opgaver fra, hvis man ikke trives med dem. Dette peger ind i en mere grundlæggende spænding mellem forskellige perspektiver. Det helhedsperspektiv, man typisk har i den kommunale pleje, hvor det er borgerens funktionsevne og hverdagsperspektivet, der er centralt. På FKA-pladserne er der tilføjede behov for et mere klinisk orienteret blik, der underbygges af strukturerede målinger og andre specialiserede kliniske opgaver. Derfor kræver 'alle skal kunne FKA'-tilgangen fleksibilitet fra personalet, idet de skal kunne indtage begge perspektiver. De vil også hver især skulle kunne balancere opgaverne med både at forsætte borgerens øvrige plejebehov samt udvide med FKA-opgaverne, og disse opgaver stiller bl.a. krav til struktur for behandling, dokumentation og kommunikation med eHospitalet.

5.2.3.4 Perspektiver for fremtiden

De interviewede ledere og medarbejdere peger på opmærksomhedspunkter for den fremtidige udvikling af FKA-samarbejdet. På den længere bane peger lederne på, at FKA-ordningen har potentiale til at blive overført til plejecentrene, men at det bl.a. kræver, at den først finder en stabil form, før man kan begynde at brede det ud. Et af de helt centrale elementerne heri er at få skabt et større patientflow, så medarbejderne kan opøve og opretholde de kompetencer, som arbejdet kræver. Selvom ledelsen har opnormeret FKA-opgaverne med ekstra normerede timer, så får den person, der på sin vagt er ansvarlig for den pågældende borger, ikke flere timer eller hænder til rådighed på den pågældende vagt, når opgavemængden øges pga. FKA-opgaver. Den administrative opnormering af timer fra en akutplads til en FKA-plads opleves således ikke i praksis som en situation, hvor den pågældende FKA-behandler får mere tid til rådighed til at udføre nye FKA-opgaver, men udfordres af både at skulle udføre sin normale akutplads opgaver for borgeren, samtidig med at de nye FKA-opgaver kommer til. Det er ikke klart, hvorledes de enkelte medarbejdere samarbejdsomt skal jonglere FKA-opgaver eller udførte plejeopgaver mellem sig, særligt når og hvis de har lige ansvar for begge typer opgaver.

5.3 Patient

De borgere, der er målgruppen for FKA-pladserne, er ældre borgere, hvor målet med samarbejdet mellem de kommunale FKA-pladser og det regionale

eHospital er, at de kan forebygge/undgå hospitalsindlæggelser, når det drejer sig om behov for simple behandlinger såsom IV-væske eller IV-antibiotika. Det, der kendetegner denne slags indlæggelser i traditionelt hospitalsregi, er, at de – selvom de løser det akutte behov for behandling – ofte har store omkostninger for den enkelte ældre, fx i form af tabt funktionsevne pga. indlæggelsen. I dette afsnit beskriver vi først de typiske FKA-forløb, som vi har identificeret i dataindsamlingen. Dernæst beskrives en række fordele og udfordringer ved indlæggelse på en FKA-plads fra patientborgernes og de pårørendes perspektiver.

De følgende afsnit er skrevet på baggrund af observerede patientforløb samt interviews med patientborgere og pårørende fra Odinscentret. Disse indsigter er suppleret med interviews med medarbejderne – både på Odinscentret og på Marskgården. Der indgår ikke observationer eller interviews fra patientborgere og pårørende på FKA-pladser på Marskgården, da der i dataindsamlingsperioden ikke var patientborgere indlagt på pladserne⁹. Der er gentagelser fra beskrivelserne i afsnit 5.2.2, men denne gang er det formidlet med vægt på patientens og de pårørendes kommentarer til forløbene. Afsnittet kan derfor også læses særskilt.

5.3.1 Typiske FKA-forløb

På tværs af kommuner og lokale praksisser kan vi i data identificere fire typiske FKA-forløb:

1. Borger, der fra hjemmet via hjemmesygeplejerske (evt. via eller direkte fra praktiserende læge) indlægges på FKA-plads typisk til IV-behandling
2. Patientborger, der via hospital eller praktiserende læge indlægges i FKA-regi til ambulant IV-behandling (evt. med efterfølgende overgang til fortsat IV-behandling i hjemmeplejeregim)
3. Patient, der udskrives fra hospital til indlæggelse i eHospitalet til fortsat behandling (fx langvarig IV-behandling) på FKA-plads
4. Borger fra akutplads/midlertidig plads, der indlægges i FKA-regi.

Andre kombinationer af forløb er selvfølgelig mulige, men forekommer ikke i vores datamateriale. Forløbene varierer primært i vejen ind på FKA-pladsen, herunder hvem der er den aktive part i at tage initiativ til indlæggelse på en FKA-plads i eHospitalsregi samt vejen ud fra pladsen.

⁹ Der har været enkelte ultrakorte indlæggelser, hvor vi ikke har kunnet nå at få besked om aktivitet i FKA-regi, før borgeren var udskrevet igen.

På tværs af de to kommuner, som dataindsamlingen er foregået i, er der følgende veje ind og ud af pladserne. Der er lokal forskel på, hvilke veje ind på FKA-pladserne der anvendes i de to kommuner.

- **Patientborgers vej ind på FKA-plads:** fra hospital, fra hjemmet via hjemmesygepleje eller praktiserende læge og fra akutplads/midlertidig plads (administrativ ændring, da borgeren typisk forbliver på samme stue).
- **Henvisende/indlæggende aktører:** hospitalslæge i samråd med eLæge (i samråd med FKA-behandler), hjemmesygeplejerske i samråd med praktiserende læge eller direkte med eLæge (i samråd med FKA-behandler), medarbejder på akutpladserne i samråd med praktiserende læge eller direkte med eLæge (i samråd med FKA-behandler), vagtlæge i samråd med eLæge (i samråd med FKA-behandler) og praktiserende læge i samråd med eLæge (i samråd med FKA-behandler). Det er væsentligt, at den specifikke patientborger i hvert enkelt tilfælde specifikt vurderes i dialog mellem eLæge og FKA-behandler.
- **Patientborgers vej ud af FKA-plads:** til almindelig akutplads/midlertidig plads (administrativ ændring, da borgeren typisk forbliver på samme stue), hjem, hjem med hjemmepleje og indlæggelse på hospital.

Vi vil nu gennem to patientcases samt to forløbsbeskrivelser illustrere, hvordan disse fire typiske FKA-forløb *kan* forløbe.

5.3.1.1 Fra hjemmet via hjemmesygeplejerske til indlæggelse på FKA-plads

Denne type forløb kan fx starte på baggrund af en henvendelse til eLægen fra enten hjemmesygeplejen eller almen praksis. I løbet af dataindsamlingen observerede vi i opstarten et sådant forløb og interviewede efterfølgende en pårørende til patientborgeren om det videre forløb.

Forløbet initieres med, at eLægen ringer til FKA-behandleren og melder en ældre mand til indlæggelse i FKA-regi. eLægen er blevet kontaktet af hjemmesygeplejerske, og efter fælles vurdering i samtalen med FKA-behandleren aftaler de, at manden kan indlægges på en af Odinscentrets FKA-pladser. eLægen fortæller, at det er en mand, der har højt (og stigende) infektionstal på trods af 2 dages tabletbehandling med penicillin. Han indlægges til IV-væske og IV-antibiotikabehandling.

Da manden ankommer til FKA-pladsen, sørger FKA-behandleren for – umiddelbart efter, at han er på plads på sin stue – at gå i gang med at måle hans værdier, tage en covid-19-kviktest og sørge for, at der bliver lagt PVK. Derefter

bliver behandlingen med IV-antibiotika og IV-væske sat i gang. Det, der kendetegner modtagelsen på FKA-pladserne, er, at det typisk foregår meget hurtigt, hvis man sammenligner med, at vedkommende skulle være indlagt på akutafdelingen, hvor han ikke ville være den dårligste patient og derfor typisk være nødt til at vente i noget tid, før behandlingen bliver sat i gang. FKA-behandleren tager lidt senere en CRP, da hun ikke synes, de værdier, som manden er meldt med, stemmer helt med de værdier, hun har TOBS'et. FKA-behandleren og eLægen aftaler telefonisk at holde eStuegang. Ved stuegangen gennemgår de værdierne, og efter ønske fra eLægen går FKA-behandleren ned til stuen for at undersøge manden.

Ved vagtskifte får aftenvagten mundtligt overleveret centrale oplysninger om manden – herunder, at det er vigtigt, at der kommer fortykningsmiddel i hans drikke, og at de endnu ikke har nået at fjerne tablet-antibiotika fra hans pilleæsker, så det skal gøres i aftenvagten. Aftenvagten tager IV-væsken, der er løbet ind i patientborgeren, ned fra stativet og sætter behandlingen med IV-antibiotika i gang, TOBS'er og forsøger at nøde manden til lidt aftensmad eller dessert.

Dagen efter er det en anden FKA-behandler, der er på dagvagt. Hun læser grundigt op på de indlagte patientborgere og sørger for at TOBS'e, dokumentere og skabe overblik, inden eStuegang kl. 10. Ved eStuegangen giver FKA-behandleren indledningsvist en status, hvorefter hun taler med eLægen og eSygeplejersken om patientborgerens værdier og opdaterer aftaler om den videre behandling. Det vurderes fx, at han får nok væske gennem det, han drikker, og IV-antibiotika, og at han derfor ikke længere har brug for IV-væske. De aftaler også, at han skal have taget ny CRP og en urinprøve, der skal stikses, og så kommer de fra mobillab og tager blodprøver. FKA-behandleren spørger ind til, om de ikke også kan kigge på hans blodtryk, nu hvor han er der, for det er meget højt. Det er eLægen enig i, og hun vil kigge på det.

Efter nogle dages behandling med IV-antibiotika er patientborgeren i bedring, og da hans infektionstal er faldet tilfredsstillende, overgår han fra IV-antibiotika til tablet-antibiotika og kan derfor blive udskrevet og komme hjem med hjælp fra hjemmepleje ligesom før hans indlæggelse på FKA-pladsen. Samlet er han indlagt på FKA-pladsen fra tirsdag til søndag, altså knap 6 dage. Efter hjemkomst stiger hans CRP-tal alarmerende, så han må indlægges akut på sygehuset dagen efter, han kommer hjem.

5.3.1.2 Ambulant patientborger henvist fra praktiserende læge, som overgår til IV-behandling i hjemmesygeplejeregi

Denne type forløb kan fx starte på baggrund af en henvendelse til eLægen fra almen praksis. I løbet af dataindsamlingen observerede vi opstarten af et sådant forløb og interviewede efterfølgende patientborgeren om det videre forløb.

En tirsdag ved 14-tiden ankommer en 80-årig kvinde til FKA-pladserne. Hun kommer direkte fra sin praktiserende læge, der har haft kontakt til eHospitalet for at indlægge kvinden til IV-antibiotikabehandling pga. højt infektionstal og dyspnø, som, man mistænker, er forårsaget af lungebetændelse. Den praktiserende læge ville indlægge kvinden på sygehuset, men kvinden understregede over for lægen, at hun *ikke* ønskede at blive indlagt på sygehuset. Derfor foreslog den praktiserende læge indlæggelse i eHospitalet som et alternativ, så hun kunne få IV-antibiotika på FKA-pladserne i stedet.

Da kvinden ankommer, bliver hun modtaget af en FKA-behandler og får plads på en stue. Kvinden ønsker ikke at blive lagt i en seng, så hun får en lænestol, og det samme gør den pårørende, der først har kørt hende til den praktiserende læge og derefter har fulgt hende videre til FKA-pladserne. Kvinden bor ca. 10 km derfra. FKA-behandleren taler lidt med dem og siger, at hun kommer tilbage.

Efter cirka 1 time kommer FKA-behandleren tilbage og måler værdier og infektionstal og snakker med kvinden, der meget gerne vil have behandlingen hjemme, hvis det er muligt. FKA-behandleren vil tage kontakt til eLægen og finde ud af, om det kan lade sig gøre. Hun går til kontoret og dokumenterer. Hun ser, der er kommet en korrespondance fra eLægen – hun kan se, at der står, at kvinden skal kviktestes og have taget væsketal. Det var ikke givet som del af den mundtlige overlevering i telefonsamtalen med eLægen, så det har FKA-behandleren ikke gjort endnu.

Ved overlevering i forbindelse med vagtskifte får den aftensygeplejerske, der skal overtage FKA-patientborgerne, besked om, at det skal afklares, om kvinden kan få behandlingen derhjemme, og at kvinden skal have lagt et PVK. Aftensygeplejersken tager blodprøve, så de kan måle væsketal, inden kvinden skal hjem (det står i korrespondancen fra eLægen). Hun lægger derefter PVK og opstarter første dosis IV-antibiotika.

Kvinden får efter noget tid – og flere forskellige meldinger fra FKA-behandleren undervejs (samt en massiv kommunikation med både eLæge, eSygeplejerske og hjemmeplejen) – besked om, at hun kan tage hjem (klokken er blevet omkring 17.30) og så komme ind igen kl. 21.30 for at få næste dosis IV-antibiotika. Kvinden ser meget glad ud over at få besked om, at hun må køre hjem

og komme tilbage. FKA-behandleren fortæller hende også, at hun må komme ind igen kl. 8 næste morgen for at få den næste dosis og få målt infektionstal, men at hun så fra kl. 14 kan modtage IV-behandlingen derhjemme med hjælp fra hjemmeplejen. *"Det var mægtigt"*, siger kvinden, som er tydeligt glad for at kunne tage hjem til sig selv. Efterfølgende fortæller hun om det at komme ind på FKA-pladsen: *"Jeg synes, det var fantastisk, jeg har aldrig fået sådan en modtagelse før"*. Hun fortæller desuden, at det gik fint med at tage tilbage om aftenen og få den næste dosis IV-antibiotika. Hendes pårørende kørte hende derind og hjem igen.

Onsdag morgen kommer kvinden tilbage til FKA-pladserne. Hun har haft en dårlig nat, hvor hun har haft svært ved at sove, da hun ikke kan ligge ned pga. besværet vejrtækning. En FKA-behandler modtager hende, går ud og henter udstyr og kommer lidt efter tilbage og måler værdier, tager CRP-prøve og giver ny dosis IV-antibiotika. Der er eStuegang – kvinden er ikke med, og de går ikke ind til hende undervejs – som foregår på sygeplejerskekontoret. eLægen vurderer det målte CRP-tal, og at det er muligt at sende hende hjem til fortsat IV-behandling derhjemme via hjemmesygeplejen. eLægen vil dog have taget et ekspektorat og have tjekket, om hendes knæ er hævede og røde (i forbindelse med leddegigt), før hun tager hjem. Hun skal samtidig have udstyr og medicin med hjem for en sikkerheds skyld. Hjemmesygeplejen forventes at være klar samme eftermiddag til at overtage IV-behandlingen hjemme.

Forløbet derhjemme fra onsdag eftermiddag viser sig at blive udfordrende pga. en række problemer. Kvinden må flere gange i løbet af de følgende dage ind på FKA-pladserne for at få lagt nyt PVK, da der er problemer med det, der er lagt. Lørdag eftermiddag overgår hun til tablet-antibiotika, da hun ikke kan overskue at få lagt flere PVK'er, og da infektionstallet er faldet til et acceptabelt niveau. Hun fortsatte tabletbehandlingen i 5 dage og fik taget et kontrolrøntgenbillede af lungerne, efter hun var overgået til tabletbehandling.

På trods af de mange ture ind på FKA-pladserne for at modtage IV-antibiotika, indtil hjemmeplejen kunne overtage, og derefter flere ture ind for at få lagt nyt PVK, siger kvinden efterfølgende i sin vurdering af forløbet:

Ja, det er jeg altså [glad for at kunne få IV-behandlingen derhjemme, red.]. For man kommer meget hurtigere over det, når man ikke skal ligge stille [i en hospitalsseng, red.]. Så kan man bevæge sig lidt, gå lidt ud [i haven, red.], eller hvad man har lyst til, så det er noget helt andet [end at være indlagt, red.].

På trods af de organiseringsmæssige udfordringer i forløbet er kvinden utroligt positiv, hvilket understreger, hvor meget det kan betyde for nogle borgere at kunne blive i deres vante omgivelser og undgå en hospitalsindlæggelse.

5.3.1.3 Fra hospital til FKA-plads til fortsat behandling

Denne type forløb kan fx starte på baggrund af en henvendelse til eLægen fra udskrivende hospitalsafdeling – fx geriatrisk afdeling. Patientborgere i denne slags forløb bliver udskrevet fra hospitalet til indlæggelse i eHospitalet til fortsat behandling i FKA-regi. Det kan fx være patientborgere, der er i langvarig IV-behandling. Nogle gange kan de blive udskrevet til IV-behandling i eget hjem i regi af hjemmesygeplejen, hvis deres hjemkommune har en IV-aftale med regionen, eller via MBE. Men nogle patientborgere kan fx pga. krav om tæt observation ikke få IV-behandling derhjemme i regi af hjemmesygeplejen, men kan så i stedet indlægges på en FKA-plads og få den fortsatte behandling med observationer der.

I datamaterialet har vi ét konkret forløb af denne type repræsenteret. Det drejer sig om en 92-årig mand, der efter hospitalsindlæggelse overgår til indlæggelse i eHospitalet på en FKA-plads til fortsat behandling for komplicerede bensår. Over en periode på 5 uger er manden indlagt på FKA-pladsen, hvor der gives antibiotikabehandling og sårpleje.

Et andet eksempel på en patientborger i denne forløbskategori er en ældre kvinde, der er indlagt på hospitalet, som bliver tilbudt at få sin IV-behandling på en FKA-plads på Odinscentret i stedet. Hun når at blive meldt som ny patient til FKA-behandleren på Odinscentret, men patienten ender med at takke nej til pladsen med den begrundelse, at hun hellere vil forblive indlagt på hospitalet og få sin fortsatte IV-behandling der. eLægen forklarer efterfølgende, at det ifølge hans erfaring klart er en undtagelse, at en patient foretrækker at blive på hospitalet frem for at fortsætte behandlingen på en FKA-plads.

Disse to eksempler peger på, at selvom mange sætter pris på at kunne være indlagt uden for hospitalet, så er det ikke alle, der vælger den mulighed. Denne forløbskategori er kendetegnet ved, at den behandling, der er opstartet på hospitalet, skal fortsætte i FKA-regi. Det kan være det ekstra skift i fysisk placering, der er en medvirkende årsag, men det er ikke tydeligt i vores data. Den borger, der valgte at overflytte behandling til FKA-plads, peger på, at han oplevede at få meget kompetent pleje og behandling, og at det var en stor tryghedsskabende fordel, at medarbejderne havde mere tid og var mere tilgængelige, end han havde oplevet, det var tilfældet på hospitalet.

5.3.1.4 Fra midlertidig akutplads til FKA-plads

Denne type FKA-forløb er de centrale på Marskgården pga. kommunens forebyggelsesrettede fokus for indlæggelse i FKA-regi. Det betyder, at de i Næstved Kommune udelukkende bruger FKA-muligheden for borgere, der i forvejen

befinder sig på Marskgårdens akutpladser. På Odinscentret i Kalundborg Kommune har de også denne type patientborgerforløb på FKA-pladserne. En af sygeplejerskerne vurderer, at det på Odinscentret drejer sig om ca. en tredjedel af det samlede antal FKA-forløb¹⁰, at patientborgeren allerede er på en kommunal sengeplads og opgraderes til en FKA-plads i eHospitalet for at forebygge indlæggelse. Disse forløb initieres ved, at personalet på den kommunale akutplads/midlertidige plads observerer eller laver TOBS-målinger, der giver mistanke om begyndende sygdom – fx at borgeren er ved at få en urinvejsinfektion, luftvejsinfektion eller er dehydreret. Denne type FKA-forløb har et forebyggende sigte, og tidlig opsporing *kan* betyde, at borgeren undgår en hospitalsindlæggelse. Det er dog ikke muligt i alle tilfælde, da en del af disse patientborgere i løbet af indlæggelsen på en FKA-plads får behov for yderligere behandling og må indlægges på hospitalet. På trods af at denne slags forløb i antal udgør en stor del af den samlede mængde FKA-forløb¹¹, der har været på Marskgården og Odinscentret i 2022, har vi i dataindsamlingsperioden ikke haft mulighed for at observere denne slags forløb.

5.3.2 Hvilke fordele og udfordringer skaber FKA-pladserne for patientborgere og pårørende?

eHospitalet gennemfører egne tilfredshedsundersøgelser, i hvilke patientborgere ifølge eSygeplejersken gennemgående er meget tilfredse. VIVE har ikke adgang til materialet.

Når vi har talt med patienter og pårørende om deres oplevelser af at være indlagt på en FKA-plads, er der nogle aspekter, der går igen¹².

For patientborgerne gælder det, at de generelt er meget tilfredse med deres indlæggelse på FKA-pladserne. Tilfredsheden er typisk knyttet til, at de **er kommet hurtigt i behandling** (fx i sammenligning med tidligere erfaringer fra indlæggelse på eller via en akutafdeling). Andre aspekter, der bliver fremhævet blandt de interviewede, er: **ro** (enestue), at personalet har **tid**, og at de oplever **nem adgang til personalet** (i sammenligning med sygehusindlæggelse). En patientborger fortæller:

De har nok taget sig lidt anderledes af den enkelte patient der, end de ville have gjort på et normalt hospital. Man følte sig mere tryk. Man havde flere mennesker lige i nærheden, når man skulle bruge

¹⁰ En tredjedel dækker over, at 29 patientborgere ud af samlet 92 forløb til FKA-pladser i perioden fra den 8. marts 2021 og til den 2. januar 2023 kom fra egne midlertidige pladser ('selv-visiterede').

¹¹ 36 indlagt på FKA-pladserne i Marskgården plus 21 (ud af 64) indlæggelser fra egne pladser på Odinscentret i 2022 – i alt 57 ud af samlet 100 forløb.

¹² Det er et begrænset interviewmateriale, der ligger til grund for dette kapitel. Det er derfor tentative analyser, der med fordel ville kunne pejles i en større gruppe patientborgere.

dem (...) de [personalet, red.] var virkelig oppe på mærkerne hele tiden, der var ingen slinger i valsen.

Andre patientborgere roser også medarbejderne og er glade for indlæggelsen i FKA-regi:

Jeg synes, det var fantastisk. Jeg har aldrig fået sådan en modtagelse før, så det kunne ikke være bedre (...) og jeg blev hele tiden informeret om, hvad der skulle ske.

Lige så snart jeg kom derned [på Odinscentret, red.], så havde jeg en fornemmelse af noget meget bedre, end det jeg blev tilbudt herhjemme (...) jeg er alvorligt bange for, at hvis ikke der var blevet taget hånd om det på den måde, så havde jeg mistet min højre fod.

Medarbejderne fortæller desuden, at borgere, der indlægges fra akutplads/midlertidig plads, generelt er meget glade for, at **de ikke skal skifte omgivelser** for at modtage den nødvendige behandling, men at de kan blive, hvor de er. Medarbejderne peger også på, at det er en klar fordel fra deres perspektiv, da det giver **kontinuitet** for patienter, der er i trænings- eller ernæringsforløb. For når de indlægges i FKA-regi, kan disse indsatser fortsætte under indlæggelsen, mens det ville være blevet afbrudt under hospitalsindlæggelse og typisk betyde, at det skulle startes op igen – og ofte forfra – efter indlæggelsen. Endelig giver det også den form for kontinuitet, at medarbejderne kan følge forløbet, mens patientborgeren er indlagt. De er således ikke afhængige af, at hospitalet sender en udførlig udskrivelsesrapport eller medsender epikrisen, hvilket de ikke altid oplever sker. Når de ikke har denne information, bliver den viden, de har om borgerens forløb, "hullet", og de kan mangle vigtige informationer. Det er ikke på samme måde tilfældet, når borgere indlægges i FKA-regi, da forløbet også dokumenteres i deres eget dokumentationssystem.

I interviewene udpeger patientborgere og pårørende også enkelte udfordringer i forbindelse med indlæggelse i FKA-regi. Patientborgere – og også medarbejdere på FKA-pladserne – peger på, at det **digitale element ved eStuegangen** kan være en udfordring for nogle patientborgere. Hvis den ældre er kognitivt udfordret eller ser/hører dårligt, kræver den digitale interaktion oversættelsesarbejde/formidlingsarbejde for FKA-behandleren for at gøre patientborgeren tryk og orienteret i interaktionen. En patientborger beskriver det således:

Jeg vil altid foretrække, at lægen sidder over for mig og snakker med mig frem for det andet [eStuegang via iPad, red.]. Det virkede

som om, det fungerede, men jeg følte mig ikke 100 % tryk ved det. Det var kun fordi, der var den dygtige sygeplejerske ved siden af mig hele tiden (...) og [hun, red.] kunne supplere lægen, derfor blev det godt nok.

En pårørende påpeger dog, at den digitale interaktion med lægen har fungeret fint:

Jeg synes ikke, det betød noget, at lægen bare var online (...) jeg synes, vi havde en god og lang dialog, hvor alt blev udtømt [mange ting blev taget op, red.] (...) og man blev hørt.

De pårørende fortæller, at det nye FKA-format kan gøre det vanskeligt som pårørende at gennemskue, **hvad de selv skal sørge for**. Det gælder både i forhold til praktiske elementer, såsom engangsvaskeklude, intimsæbe, creme og fx i forhold til forventninger til kommunikation. Det bliver en fortolkningsopgave for de pårørende at aflæse den nye kontekst – der hverken er en traditionel plejehjemsplads eller en hospitalsseng – og hvad det betyder for de implícite og eksplicite **forventninger til pårørende-rollen**.

En i øvrigt meget tilfreds pårørende understreger, at der også har været udfordringer i forbindelse med hendes fars indlæggelse på en FKA-plads. De udfordringer, som hun peger på, handler primært om en oplevelse af **ustrukturerede arbejdsgange og en ujævn kvalitet** i visse aspekter af FKA-indlæggelsen. Oplevelsen er, at der har manglet organisering og en fastere struktur omkring rutinerne. En pårørende beskriver sin forståelse af og forventninger til eHospitalet således:

Er det en udvidet plejehjemsplads, eller hvad er det? Er det eHospital, så er det professionelt, der er opsyn, der er struktur, der er organisering og der er 110 % styr på medicinen og alt mulig andet.

Endelig påpeger en pårørende, at der i forbindelse med indlæggelse på hospitalet efter eHospitalsindlæggelsen har været tvivl om, hvorvidt hendes far var plejehjemsboer, da han blev indlagt fra Odinscentret, og det kan have store konsekvenser for udskrivelsen, hvis personalet forventer, at han bliver udskrevet til en plejehjemsplads, men i realiteten udskrives til eget hjem. Der er således et vigtigt organisatorisk opmærksomhedspunkt omkring at få udbredt kendskab til eHospitalet og indlæggelsesvejen herfra til sygehusene.

Opsummerende kan man sige, at patientborgerne og de pårørende oplever hurtig igangsætning af behandling, høj grad af tryghed, ro og kontinuitet samt tilgængeligt og kvalificeret personale ved indlæggelse på FKA-pladserne.

Mens det er på overordnede organiseringsmæssige områder, såsom **ustrukturerede arbejdsgange** omkring medicingivning og mangelfuldt informationsflow mellem forskellige personaler i forskellige vagter, at der bliver peget på behov for en styrkelse af kvaliteten. Ligesom der med fordel kan kommunikeres om, hvilken rolle pårørende forventes at spille, når de står i en ny situation, der hverken er lig en hospitalsindlæggelse eller en plejehjemsplads.

5.4 Kasseøkonomiske perspektiver

I dette kapitel og de følgende underkapitler belyses de kasseøkonomiske og styringsmæssige konsekvenser ved FKA i regi af eHospitalet. Kapitlet er struktureret efter tre overordnede tematikker:

- den kasseøkonomiske byrdedeling mellem kommuner og region
- vurdering af kommunernes direkte udgifter
- økonomiske incitamenter og styringshensyn.

Afsnit 5.4.1 præsenterer først en kortlægning af den kasseøkonomiske organisation af FKA-pladserne. Afsnittet bygger på kvalitativt feltarbejde, interviewdata og andre kvalitative dokumentariske kilder – herunder bl.a. funktionsbeskrivelser og aftalepapirer. I afsnit 5.4.2 præsenteres dernæst en forløbsbaseret estimering af de kommunale udgifter ved FKA. Afsnittet tager udgangspunkt i et kvantitativt datamateriale, som er valideret gennem interviews og workshops med de deltagende kommuner. I tillæg hertil inddrages erfaringer fra tidligere evalueringer af lignende indsatser med henblik på at validere de estimerede udgifter.

5.4.1 Kasseøkonomisk byrdedeling

FKA er iværksat på frivillig basis mellem kommuner beliggende i Region Sjælland og eHospitalet. Aktuelt vurderes alene Kalundborg og Næstved Kommuner at have implementeret FKA-pladser i en skala, der er relevant for undersøgelsen.

eHospitalet er en del af Region Sjællands akutfunktion og er fysisk lokaliseret i regi af Næstved Sygehus. eHospitalet er organiseret med en fælles indgang, hvor både borgere i behandling, sundhedspersonale i kommunerne og regionens hospitaler kan henvende sig telefonisk. eHospitalet er bemanded med

eSygeplejersker og eLæger og huser desuden en mobil enhed (MBE) bestående af sygeplejersker og SSA'er. Hertil huser eHospitalet også en stabsfunktion med sekretariat og ledelse. eHospitalet varetager både telemedicinsk behandling, præ-hospitale funktioner, FKA-Pladser og lignende funktioner. For en udførlig beskrivelse af organiseringen og arbejdet i eHospitalet henvises til afsnit 5.2.1.

I Kalundborg Kommune har der eksisteret FKA-pladser siden marts 2021. Pladserne er lokaliseret på døgnrehabiliteringscenteret Odinscentret beliggende i Høng. Odinscentret rummer i alt 40 pladser, hvoraf det tilstræbes, at tre pladser allokeres FKA. Der er således tale om et variabelt antal pladser, hvor antallet løbende kan tilpasses efterspørgslen og centerets øvrige kapacitet, opgaver og belægning. Der kan maksimalt allokeres 5 pladser til FKA under hensyntagen til Odinscentrets øvrige funktioner.

I Næstved Kommune er FKA-pladserne fysisk placeret sammen med kommunens i alt 24 akutpladser på plejecenteret Marskgården. Aktiviteterne på Marskgården dækker over rehabilitering, genoptræning og særlig sygepleje. FKA-pladserne har været en del af Marskgården siden februar 2022. Der er ikke allokeret et fast antal pladser til FKA. Dette skyldes, at alle 24 pladser principielt kan anvendes som FKA-pladser. Denne beslutning relaterer til det særlige forhold, at Marskgården har fokus på, at FKA skal bruges med et forebyggende sigte. Det vil i praksis sige, at FKA-pladserne er forbeholdt Næstved Kommunes egne borgere, der i forvejen er indskrevet på en af Marskgårdens akutpladser.

For en nærmere beskrivelse af organiseringen af FKA-pladserne i hhv. Kalundborg og Næstved Kommuner samt de to kommuners akutfunktioner, se afsnittene 5.2.2 og 5.2.3.

Aktiviteterne omkring driften af FKA-pladserne er delt mellem Region Sjælland og de deltagende kommuner. Regionen stiller læge- og sygeplejefagligt personale til rådighed gennem eHospitalet, mens kommunerne bidrager med de fysiske akutpladser og normering til pleje og behandling. eHospitalet og eLægen er ansvarlige for behandlingen, der varetages af kommunalt ansatte sygeplejersker og SSA'er og understøttes af telemedicinske løsninger. I de følgende afsnit kategoriseres udgifterne forbundet med FKA fra hhv. regionalt og kommunalt perspektiv.

5.4.1.1 Regionale udgiftskategorier ved FKA

Region Sjælland finansierer driften af eHospitalet. Det vil sige, at udgifter til behandlingsansvarligt og understøttende sundhedsfagligt personale i eHospi-

talet samt stabsfunktioner afholdes af regionale midler. eLæger og eSygeplejersker i eHospitalet varetager flere funktioner, hvoraf iværksættelse og understøttelse af behandling af regionens borgere på FKA-pladserne er én af disse. Det sundhedsfaglige personale i eHospitalet er således ikke alene allokeret til FKA-behandling, men arbejder på tværs af funktioner.

Region Sjælland har desuden finansieret udgifter til medicin gennem hospitalsapoteket. I forbindelse med etableringen af FKA-pladserne har regionen ligeledes afholdt udgifter til telemedicinsk udstyr (tablets mv.) samt diverse medicinsk monitoreringsudstyr, der ikke allerede var tilstede i kommunerne.

5.4.1.2 Kommunale udgiftskategorier ved FKA

FKA-pladserne i Kalundborg og Næstved er organiseret i sammenhæng med kommunernes øvrige akut- og rehabiliteringspladser. De relevante kommunale udgiftskategorier til FKA afspejler i høj grad udgiftskategorierne til eksisterende kommunale akutpladser. Organiseringen betyder samtidig, at personalet og de fysiske rammer på de deltagende plejecentre allerede inden inklusionen af FKA-pladser var rustet til at varetage specialiseret sygepleje og rehabilitering.

Boks 5.2 opsummerer de relevante udgiftskategorier ved behandling på FKA-pladser i kommunalt regi.

Boks 5.2 Udgiftskategorier ved behandling på FKA-pladser i kommunalt regi

- **Personale- og lønudgifter:** Lønudgifter til sundhedsfagligt personale, stabsfunktioner og administration, kurser, uddannelse og eventuelle certificeringer mv
- **Plejeudgifter:** Kost og forplejning
- **Forbrugsartikler:** Udstyr til IV-behandling, sondeernæring og medicin
- **Bygningsdrift:** Rengøring, vedligehold, leje og drift af bygninger
- **Etableringsomkostninger:** Etablering af pladser og medicinrum m.m., indkøb af specialiseret udstyr til behandling, IT-udstyr mv.

Undersøgelsen har et særligt fokus på afdækning af personale- og lønudgifter. Dette skyldes dels, at lønudgifterne skønnes at være den afgørende post blandt kommunernes driftsudgifter. Samtidig vanskeliggøres estimeringen af etableringsomkostninger og midler til bygningsdrift, da disse poster er afhængige af lokal organisering og etablerede rammer. I både Næstved og Kalundborg Kommuner er der således kun begrænsede merudgifter til etablering og bygningsdrift, da FKA-pladserne er organiseret i regi af eksisterende akutpladser, hvorfor erfaringer herfra ikke kan generaliseres til etablering af nye pladser. Det ligger således uden for denne undersøgelses genstandsfelt at afdække udgifter til etablering og bygningsdrift.

Personale- og lønudgifter estimeres på tværs af funktioner og stillingskategorier og dækker således både over lønudgifter til den samlede drift af FKA-pladserne (dvs. både det udførende sundhedsfaglige personale og de understøttende stabsfunktioner). Udgifterne estimeres desuden med udgangspunkt i den lokale organisering og kontekst, for så vidt angår kompetenceniveau, vagtdækning samt evt. standby- eller beredskabs-normering osv.

I relation til estimeringen af personale- og lønudgifter skal det bemærkes, at der er visse betydelige forskelle mellem de to deltagende kommuner. På Odinscentret i Kalundborg Kommune er den samlede normering fast og uændret med implementeringen af FKA-pladserne. Løn- og budgetrammen er således ikke udvidet som følge af inklusionen af FKA-pladserne, ligesom det samlede

antal af sengepladser er 40 både før og efter inklusionen af FKA. FKA-pladserne på Marskgården i Næstved Kommune adskiller sig herfra på mindst to centrale punkter: For det første arbejdes der med en fleksibel og aktivitetsbaseret normering, som løbende tilpasses antallet af borgere indlagt på FKA- og akutpladserne. For det andet er FKA-pladserne på Marskgården i Næstved Kommune normeret med et højere timetal (+9 timer) end de øvrige akutpladser på Marskgården. Det sundhedsfaglige personale tilknyttet Marskgården varetager ud over akut-, rehabiliterings- og FKA-pladser også udkørende funktioner i hjemmesygeplejen. Dette skaber dels en fleksibilitet i forhold til behov og prioritering af forskellige aktiviteter på Marskgården, men besværliggør samtidig opretholdelsen af kapacitet til varetagelsen af FKA-pladserne.

Forskellene i normering og organisering af FKA-pladserne påvirker også grundlaget og mulighederne for estimeringen af udgifterne. Til brug for kortlægningen af udgifterne har vi derfor valgt en syntetisk tilgang, hvor udgifterne til FKA-pladserne indledningsvist estimeres med afsæt i hver enkel kommunes organisering af pladserne, hvorefter de sammenlignes. Afsnit 5.4.2 præsenterer analysestrategi og resultaterne af omkostningsestimeringen.

5.4.2 Estimering af kommunale forløbsudgifter ved FKA-pladser

I de følgende afsnit estimeres de kommunale forløbsudgifter ved driften af FKA-pladserne. Indledningsvist estimeres forløbsudgifterne for Kalundborg Kommune med afsæt i Odinscentrets driftsregnskaber for 2022. Dernæst estimeres forløbsudgifterne for Næstved Kommune med afsæt i oplysninger om normering og organisering. Slutteligt sammenlignes og valideres de estimerede omkostninger mod erfaringer fra tidligere evalueringer af sammenlignelige indsatser.

Undersøgelsen beskæftiger sig primært med de kommunale forløbsbaserede bruttodriftsudgifter ved FKA-pladserne. Det er grundet indsatsens organisering og relativt beskedne borgervolumen ikke muligt at estimere et evt. tilbageløb i form af reduceret kommunal medfinansiering (KMF), eventuelle reducerede kommunale plejeudgifter eller øvrige afledte økonomiske konsekvenser af FKA-pladserne. I stedet opstilles et *break-even*-estimat, der viser, hvor store økonomiske besparelser FKA-pladserne teoretisk skal bidrage med for at være udgiftsneutrale. I videst muligt omfang sættes udgifterne i relation til aktiviteten på FKA-pladserne (antallet af forløb). Herved er det muligt at kvalificere en diskussion af ressourcetrækket til eventuel 'tomgangs'- og beredskabskapacitet.

5.4.2.1 Estimering af udgifter til FKA i Kalundborg Kommune

Estimeringen af udgifterne til FKA-pladserne på Odinscentret i Kalundborg Kommune bygger på oplysninger vedrørende plejecenterets samlede driftsøkonomi for 2022. Estimerne bygger således på de faktisk afholdte udgifter forbundet med plejecenterets aktiviteter. Dette er med til at sikre så retvisende estimer over det reelle ressourceforbrug som muligt. På samme tid indregnes udgifterne til løbende beredskab og eventuel 'tomgangskapacitet'. Det er i denne forbindelse vigtigt at fremhæve, at en vis tomgangskapacitet er nødvendig for opretholdelsen af enhver akutfunktion. Størrelsen på tomgangskapaciteten vil nødvendigvis være en afvejning af på den ene side hensynet til fleksibilitet i opgaveløsningen og opretholdelse af en beredskabsfunktion og omkostningseffektivitet på den anden side. Det bør være en politisk prioritering at fastsætte tomgangskapacitetens størrelse, hvorfor denne undersøgelse ikke beskæftiger sig nærmere herved.

Kalundborg Kommune oplyser, at driftsøkonomien på Odinscentret ikke er forøget som følge af opstarten med FKA-pladserne. Ressourcerne til driften af FKA-pladser og dertilhørende beredskab er således fundet lokalt inden for den økonomiske ramme, som Odinscentret er bevilliget til driften af – de i alt 40 midlertidige-, akut-, rehabiliterings-, og FKA-pladser.

Odinscentret er organiseret som et flerfagligt pleje- og rehabiliteringscenter for borgere med et specialiseret pleje- og behandlings/rehabiliteringsbehov. FKA-pladserne er primært bemandede af sygeplejersker med medicinsk erfaring, men centerets øvrige sundhedsfaglige personale inddrages også ved behov, ligesom SSA'er overtager andre dele af plejeaktiviteterne, så sygeplejersken kan gå fra til FKA-opgaverne. I praksis sættes "holdet" af forskelligt fagpersonale med udgangspunkt i den enkelte borgers behov. Man arbejder med udgangspunkt i den konkrete borgers behov, hvorfor der ikke er tale om faste normeringer til FKA-relaterede aktiviteter. I henhold til plejen og behandlingen af borgerne på FKA-pladserne skønnes det ikke, at der har været et væsentligt større behov for normering end i forbindelse med de øvrige borgere tilknyttet centeret. Gruppen af borgere på FKA-pladserne forventes således at være nogenlunde lige så plejekrævende som de øvrige borgere på Odinscentret. Det fremhæves dog, at især stuegang og koordination med eHospitalets personale er en konkret meropgave, der kræver ekstra ressourcer blandt personalet på Odinscentret. Det skal også bemærkes, at behandling på FKA-pladserne stiller særlige krav til personalets kompetencer; fx kræver det særlige sygeplejefaglige kompetencer at blande eksempelvis IV-medicin, ligesom anlæggelse af PVK/kateder varetages af sygeplejersker med medicinsk erfaring.

Beredskabskapacitet og fleksibilitet i opgaveløsningen sikres bl.a. gennem fast allokering af tre pladser til FKA. Odinscentret har typisk færre end tre bor-

gere tilknyttet FKA-pladserne, men opretholdelsen af en vis tomgangskapacitet er med til at skabe fleksibilitet hos personalet, når behovet for FKA-pladserne opstår. Samtidig udnyttes en del af tomgangskapaciteten til at varetage merfunktionerne (fx stuegang med eHospital og specialiserede sygeplejefaglige opgaver). Herved lykkes det for personalet på Odinscentret at opretholde driften af FKA-pladserne inden for centerets eksisterende økonomiske ramme og etablerede medarbejderstab. På den baggrund skønnes det formålstjenligt for estimeringen af de forløbsbaserede bruttodriftsomkostninger at antage, at FKA-pladserne udgør 3/40-dele af Odinscentrets aktiviteter og kapacitet. I den forbindelse skal der naturligvis tages højde for eventuelt effektiviseringspotentiale i relation til tomgangspladserne. Derfor behandles konsekvenserne af tomgangspladserne også separat i estimeringen af omkostningerne.

Boks 5.3 Data og metode

Udgifter til driften af FKA-pladser på Odinscentret 2022

Odinscentret havde i 2022 et rammebudget til driften på 24,3 mio. kr. Rammen til løn- og personaleudgifter opgøres til 22,6 mio. kr. Ud over løn- og personaleudgifter dækkede rammen også udgifter til bygningsdrift- og vedligehold, rengøring, aktivitetspuljer samt IT med videre. Der var en samlet budgetoverskridelse på 2,1 mio. kr., som ikke skønnes relateret til FKA-pladserne.

Lønudgifterne dækkede over sammenlagt 55,8 årsværk fordelt på sundhedsfagligt personale (46,4 årsværk), teknisk-administrativt personale (6,4 årsværk) og øvrige (3,0 årsværk).

Der var i alt 64 borgere indlagt på FKA-pladser på Odinscentret i 2022 med et gennemsnitligt antal nytilkomne borgere på godt 1,2 pr. uge. Der var 19 uger uden nytilkomne borgere og et maksimalt antal på 5 nytilkomne i en uge.

På tværs af Odinscentrets aktiviteter (rehabilitering, aflastning, akutpladser og FKA-pladser mv.) kan budgettet for løn- og personaleudgifterne pr. stue opgøres til 566.000 kr. pr. år. Opretholdelsen af tre allokerede FKA-pladser kan således estimeres til brutto 1,7 mio. kr. pr. år (inkl. tomgangskapacitet).

Ovenstående oplysninger vedrørende udgifter til driften af Odinscentret stammer fra Kalundborg Kommune, mens oplysninger om aktiviteten på FKA-pladserne stammer fra eHospitalet.

De budgetterede løn- og personaleudgifter til driften af tre allokerede FKA-pladser på Odinscentret i 2022 kan med afsæt i oplysningerne fra Boks 5.3 således estimeres til ca. 1,7 mio. kr. brutto. Udgifterne dækker den forventede andel af løn- og personaleudgifterne, der henhører under driften af FKA-pladserne. Estimatet er således inklusive den tidligere nævnte tomgangskapacitet.

Udregnes udgifterne i relation til antallet af unikke borgerforløb på Odinscentret (64 i alt), kan det således estimeres, at løn- og personaleudgiften pr. forløb i gennemsnit beløber sig til ca. 26.500 kr. inklusive udgifter til tomgangskapacitet. Hertil kommer øvrige udgifter til bygningsdrift- og vedligehold på

ca. 1.750 kr. pr. forløb. De samlede omkostninger pr. forløb estimeres således til ca. 28.250 kr.

Estimeringen af udgifterne beror på et usikkert grundlag. Dels er der tale om en relativt begrænset mængde af forløb (64), ligesom der er 19 uger uden nyttilkomne patienter. Af oversigten fremgår det, at der i gennemsnit er opstartet 1,2 nye FKA-forløb på Odinscentret pr. uge. Forløbenes varighed er imidlertid ganske varierende; nogle borgere tilbringer maksimalt 1 døgn på pladsen, mens andre forløb strækker sig over flere ugers indlæggelse i på FKA-pladsen. Hertil kommer, at ca. en tredjedel af borgerne i undersøgelsen overflyttes fra en almindelig akutplads til en FKA-plads. Overgangen mellem almindelig akutplads og FKA-plads markerer ikke altid en pludselig ændring i borgerens helbredstilstand, ligesom borgeren fysisk forbliver på samme matrikel og samme stue og i høj grad har kontakt til det samme personale. Dette forventes at påvirke varigheden af indlæggelsen på FKA-pladsen, idet plejen og behandlingen af borgeren formentlig allerede vil være intensiveret umiddelbart inden overgangen til FKA-indlæggelse. Antallet af FKA-forløb kan således ikke fyldestgørende bruges som mål for aktiviteten på FKA-pladserne. Estimatet skal som pejlemærke for de reelle udgifter derfor tages med betydelige forbehold. For en oversigt over forskellige forløbstyper og varighed henvises til afsnit 5.3.1.

Estimatet er ligeledes stærkt betinget af organiseringen og kapaciteten lokalt på Odinscentret og i Kalundborg Kommune. Estimerne kan derfor ikke umiddelbart forventes at være gyldigt i andre kommuner med anden organisering, kapacitet og kompetencedækning. Samtidig skal det nævnes, at estimerne fra Odinscentret er baseret på antagelsen om, at eksisterende kapacitet kan konverteres til FKA-pladser uden væsentlige ændringer i udgifterne. Slutteligt er der usikkerhed om, hvorvidt måltallet på tre allokerede FKA-pladser er retvisende. Dette spørgsmål behandles nærmere i følgende afsnit.

Konsekvenser af eventuelle ændringer i belægningsgrad og tomgangskapacitet

Udrulningen af FKA-pladserne i Kalundborg Kommune skete i relation til covid-19-epidemien i foråret 2020. I opstarten af arbejdet med FKA-pladserne på Odinscentret var der en overgang et måltal på 10 pladser allokeret til FKA-patienter, hvor dette måltal senere er nedjusteret til tre. Det vurderes således, at de tre allokerede pladser aktuelt er udtryk for en foreløbig prioritering, som løbende kan revurderes efter behov. Antallet af allokerede og faktisk belagte pladser påvirker i høj grad de estimerede udgifter pr. forløb. Som eksempel kan nævnes, at hvis måltallet for allokerede pladser ændres fra tre til to i halvdelen af året (fx i sommerhalvåret, hvor presset fra luftbårne infektionssygdomme er lavere), vil de estimerede forløbsudgifter falde med en sjettedel til

ca. 23.500 kr. pr forløb. Det er i denne forbindelse vigtigt at fremhæve, tomgangskapaciteten dels er nødvendig for at kunne opretholde et beredskab, og dels er med til at sikre en nødvendig fleksibilitet i tilrettelæggelsen og udførelsen af Odinscentrets øvrige opgaver. Det er ikke undersøgt nærmere, hvorvidt det er fagligt forsvarligt og praktisk bæredygtigt at reducere yderligere i det aktuelle måltal.

Belægningsgraden på FKA-pladserne påvirker ligeledes estimerne af forløbsudgifterne. Aktuelt er pladserne sjældent belagt med fuld kapacitet, hvilket til dels hænger sammen med, at indlæggelse på pladserne foregår i koordination mellem eHospitalet og Odinscentret.

Antages det, at antallet af forløb hypotetisk kan øges svarende til en øget belægningsgrad på plus 10 % inden for rammerne af den aktuelle organisering med tre pladser allokeret til FKA, peger estimerne på, at den gennemsnitlige driftsugift falder til ca. 25.700 kr. pr. forløb.

5.4.2.2 Estimering af udgifter til FKA i Næstved Kommune

Estimeringen af udgifterne til FKA-pladserne på Marskgården i Næstved Kommune bygger på oplysninger vedrørende organisering og normering af pladserne, som de er oplyst af Næstved Kommune. Blandt andet grundet det lave antal indskrevne borgere (36 stk.) i den undersøgte periode skønnes det ikke meningsfuldt at tage udgangspunkt i de faktisk afholdte udgifter til driften af FKA-pladserne i Næstved Kommune. Estimerne bygger i stedet på de teoretiske lønsumsudgifter forbundet med driften og opretholdelsen af FKA-pladserne i Næstved Kommune. Dette medfører betydelige begrænsninger i forhold til at sikre retvisende estimer over det reelle ressourceforbrug. Først og fremmest er det ikke muligt at afdække betydningen af evt. nødvendig tomgangskapacitet. Dette skyldes, at normeringen til pladserne følger antallet af indskrevne borgere på pladserne. Ressourcerne til pladsen allokeres således først i det øjeblik, pladsen er visiteret/belagt (se bl.a. afsnit 5.2.3.1 for en nærmere gennemgang).

I beregningerne ses der endvidere bort fra ressourcetrækket til administration og stabsfunktioner, da det ikke meningsfuldt kan fastslås, hvor meget FKA-pladserne bidrager til dette. Samme forhold gør sig i øvrigt gældende, for så vidt angår bygningsdrift- og vedligehold m.m.

Begrænsningerne i forhold til manglende oplysninger om nødvendig tomgangskapacitet og teknisk/administrativt ressourcetræk håndteres i nogen grad ved inklusion af forventede overhead-omkostninger og følsomhedsberegninger vedrørende forventet nødvendig tomgangskapacitet.

Boks 5.4 Data og metode

Udgifter til driften af FKA-pladser på Marskgården 2022

Næstved Kommune oplyser, at borgere indskrevet på en FKA-plads allokeres 37 personaletimer pr. plads. Normeringen består af en grundallokering på 25 timer, som er standard for alle pladser på Marskgården, samt et såkaldt FKA-tillæg på 9 timer til meropgaver forbundet med borgergruppens særlige behov samt øvrige opgaver i relation FKA.

Af det kvalitative datamateriale fremgår det, at personalesammensætningen på Marskgården typisk udgøres af mini-teams bestående af SSA'er samt sygeplejersker. På baggrund af feltarbejdet antages det, at de 37 allokerede timer pr. FKA-plads fordeler sig på 21 timer til SSA'er samt 13 timer til sygeplejersker.

Med henblik på at afdække de personalemæssige driftsudgifter har VIVE foretaget et opslag i KRL's (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor) database over personaleudgifter (SIRKA). Heraf fremgår det, at den landsgennemsnitlige personaleudgift til SSA'er beløber sig til ca. 40.000 kr. (ekskl. genetillæg), mens den for sygeplejersker udgør ca. 44.000 kr. (ekskl. genetillæg). De landsgennemsnitlige genetillæg bestemmes på samme vis til ca. 27 % for aftentillæg samt ca. 32 % for nattillæg. Det anslås, at det gennemsnitlige genetillæg ved døgnbemanding udgør ca. 20 %, som lægges til den gennemsnitlige personaleudgift for begge personalegrupper.

Der var i alt 36 borgere indlagt på FKA-pladser på Marskgården i 2022 med et gennemsnitligt antal nytilkomne borgere på knap 0,7 pr. uge. Der var 27 uger uden nytilkomne borgere og et maksimalt antal på 4 nytilkomne i en uge.

De teoretiske lønsumsudgifter til driften af FKA-pladserne på Marskgården kan med afsæt i oplysningerne fra Boks 5.4 estimeres til godt 11.500 kr. pr. forløb, når der alene ses på de direkte løn- og personaleudgifter til sundhedsfagligt personale i tilknytning til forløbene.

VIVE antager, at de indirekte løn- og personaleudgifter til teknisk-administrativt personale og bygningsdrift udgør ca. 20 % af de direkte løn- og personaleudgifter til det sundhedsfaglige personale. Dette estimat flugter desuden med

erfaringer fra Odinscentret i Kalundborg Kommune, hvor det ses, at det indirekte ressourcetræk til teknisk-administrativt personale netop udgør godt 20 % af de direkte løn- og personaleudgifter til sundhedspersonale. Med inklusion af estimatet for det indirekte ressourcetræk skønnes udgifterne pr. FKA-forløb i Næstved Kommune at beløbe sig til ca. 13.800 kr.

FKA-Pladserne på Marskgården er beregnet til Næstved Kommunes egne borgere, der allerede er tilknyttet kommunens rehabiliterings- og akuttilbud. Behovet for et stående beredskab er således begrænset, idet det alene er kommunen selv, der visiterer til pladserne. Herved adskiller pladserne på Marskgården sig markant fra pladserne på Odinscentret i Kalundborg Kommune, hvor pladserne i højere grad indgår som egentlige akutpladser. For en nærmere gennemgang af forskellene i visitationspraksis mellem de to kommuner henvises til afsnit 6.1. På den baggrund indeholder den teoretisk funderede estimering af de forløbsbaserede udgifter til driften af FKA-pladserne på Marskgården ikke en afdækning af udgifter til beredskabskapacitet.

Akutpladser er almindeligvis knyttet til en vis grad af beredskabskapacitet. For dels at gøre erfaringerne fra Marskgården sammenlignelige med indsigterne fra Odinscentret, og dels at kunne anvende Marskgården som læringscase og sammenligningsgrundlag for evt. øvrige kommunale akuttilbud, er det nødvendigt at estimere det hypotetiske ressourcetræk til opretholdelse af beredskabskapacitet med afsæt i tallene fra Marskgården.

Erfaringerne fra Odinscentret i Kalundborg Kommune indikerer, at beredskabs- eller tomgangskapacitet udgør en substantiel del af ressourcetrækket i forbindelse med driften af FKA-pladserne. På Odinscentret er således fast allokert 3 pladser til FKA, mens den typiske belægning er lavere. Konkret indlægges der hver uge gennemsnitligt 1,2 personer på FKA-pladserne på Odinscentret. I casen fra Odinscentret synes sandsynligt, at der reelt er tale om en beredskabskapacitet, der er omtrent dobbelt så stor som den faktiske belægning. Anvendes samme logik på casen fra Marskgården, kan det estimeres, at personale- og lønudgifterne beløber sig til ca. 27.600 kr. pr. forløb.

5.4.2.3 Samlet break-even-estimat og øvrige kommunale erfaringer

På tværs af de to cases skønner VIVE, at løn- og personaleomkostningerne til driften af FKA-pladserne beløber sig til 25.000–30.000 kr. pr. forløb. Det skal endnu engang understreges, at der er tale om usikkert estimat, der skal tages med betydelige forbehold for det lave antal indlæggelser på FKA-pladserne i de to kommuner, betydelig usikkerhed forbundet med beredskabskapaciteten og de substantielle forskelle mellem de to undersøgte cases i brugen af og visitationen til FKA-pladserne.

Samtidig skal det fremhæves, at estimatet er stærkt betinget af den kommunale og regionale kontekst og forudsætter, at den nødvendige kapacitet og de nødvendige kompetencer er tilstede. Estimerne inddrager således hverken opstartsomkostninger, investeringer eller opskalering af eksisterende kapacitet.

Til trods for den store usikkerhed i de konkrete estimater er det forventede ressourcetræk dog sammenligneligt med øvrige kommunale akutindsatser af lignende karakter. Her kan især fremhæves et forsøg fra Svendborg Kommune med titlen "Akutplads i eget hjem". Svendborg Kommunes egen interne evaluering pegede på, at udgifterne til et gennemsnitligt akutforløb i eget hjem svarede til ca. 29.800 kr. (Social Sundhed og Beskæftigelse Myndighedsafdeling, 2021). Det er VIVEs vurdering, at erfaringerne fra forsøget i Svendborg i rimelig grad kan sammenlignes med FKA pladserne, for så vidt angår målgruppe, indhold og varighed af indsatsen.

Forudsat at estimaterne er retvisende, står de deltagende kommuner i Region Sjælland med løn- og personaleudgifter svarende til 25.000-30.000 for hvert FKA-forløb. Derfor kræves det, at en tilsvarende besparelse kan realiseres andet steds i de kommunale budgetter, for at FKA-pladserne er udgiftsneutrale. Besparelsen skal dels findes i reducerede udgifter til kommunal medfinansiering og dels findes i reducerede udgifter til kommunal pleje og genoptræning.

Den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet (KMF) er aktuelt fastfrosset på 2019-niveau, og det er i økonomiaftalerne mellem KL og regeringen aftalt, at den kommunale medfinansiering skal revideres frem mod 2024. Det er således usikkert, hvorledes den kommunale medfinansiering vil påvirke mulighederne for at opnå et kommunalt mindre forbrug ved introduktionen af FKA-pladserne. I den eksisterende ordning betaler kommunerne op til ca. 30.000 kr. pr. indlæggelse for gruppen af patienter med det højeste niveau af kommunal medfinansiering (herunder bl.a. ældremedicinske patienter, der i høj grad udgør målgruppen for FKA-pladserne).

Hvis indlæggelse på en FKA-plads kan forebygge eller sættes i stedet for en stationær indlæggelse på regionalt sygehus, synes det således umiddelbart muligt at holde FKA-pladserne tæt på udgiftsneutrale for kommunerne. Udfordringen er dog, at der grundet fastfrysningen af KMF umiddelbart ikke kan realiseres et kommunalt mindre forbrug på den kommunale medfinansiering. Det er samtidig usandsynligt, at samtlige FKA forløb med rimelighed kan antages at modsvare en stationær indlæggelse på regionalt sygehus. Erfaringen fra "Akutplads i eget hjem" fra Svendborg Kommune er, at ca. 60 % af forløbene har modsvaret en stationær indlæggelse. Dette fund svækker muligheden for at opnå udgiftsneutrale FKA-forløb, da kommunerne i dette tilfælde vil stå med ca. 40 % egenfinansierede forløb.

En tidligere analyse af regionalt og kommunalt samarbejde om akutindsatser i regi af Sydvestjysk Sygehus og Esbjerg Kommune foretaget af VIVE peger på, at en styrket kommunal akutfunktion faktisk fører til et let forøget plejebehov. Dette skyldes først og fremmest, at den forventede restlevetid for borgere, der har modtaget af akutindsatsen, er en smule højere end for borgere, der ikke har (Buch, Ibsen & Kjellberg, 2019).

5.5 Konklusion, analyse 1

De følgende afsnit sammenfatter MTV-analysens perspektiver – 'teknologi', 'organisation', 'patient' og 'kasseøkonomi' – i en samlet vurdering af FKA-pladserne i eHospitalet.

5.5.1 FKA-teknologien på kommunale pladser

Med FKA i eHospitalet er der udviklet en ny form for tværsektorielt samarbejde mellem region og kommuner, som har fokus på IV-behandling af ukomplicerede tilstande – såsom urinvejsinfektion eller lungebetændelse – hos ældre patienter på kommunale midlertidige døgndækkede pladser. Det tværsektorielle behandlingstilbud er under afprøvning og udvikling med henblik på at styrke og brede FKA ud på kommunale pladser. Der er ledelsesmæssigt skabt rammer og principper for tværsektoriel dialog til fortsat udvikling af FKA-samarbejdet. Principperne for deres samarbejde er 'tilgængelighed', 'frivillighed' og 'fælles ansvar for løbende justering'. Der er udviklet en instruks for det tværsektorielle samarbejde, der placerer behandlingsansvaret hos lægen i eHospitalet med behandlingsopgaver uddelegeret til medarbejdere på de midlertidige døgndækkede pladser. Regionen er ansvarlig for kompetenceudvikling, medicin og udstyr til behandling, og kommunerne er ansvarlige for medarbejderne, som deltager i oplæring og udførelse af de pleje- og behandlingsopgaver, der er knyttet til FKA-pladserne. VIVEs MTV-analyse har fokus på erfaringerne med anvendelsen af teknologien FKA på to kommuners midlertidige pladser i 2022 med henblik på at bidrage til erfaringsindsamling og identificering af opmærksomhedspunkter, der kan bidrage til parternes fortsatte dialog i henhold til principperne med mulighed for justeringer af FKA-samarbejdet.

Patientcasen Viggo (se afsnit 2.1.1.1) demonstrerer en indlæggelse af en ældre borger på en FKA-plads til IV-antibiotikabehandling i eHospitalet, hvor der er sket kompetenceudvikling og opgaveflyt fra sygehuset til patientsikker IV-behandling i kommunen. Casen udfolder organisationsperspektivet og viser:

- At eHospitalet ikke nødvendigvis forebygger indlæggelse men afhænger af effekten af behandlingen og at de rette FKA-kompetencer er til stede i vagtlagene for det samlede forløb.
- At FKA-løsningen i eHospitalet forudsætter øget kommunikation og samarbejde på tværs af sektorerne
- At parterne (eLægen og den kommunale FKA-behandler) er helt afhængige af medierede teknologier, såsom telefon og video, men også en række andre artefakter til at understøtte deres samarbejde om behandlingen
- At patientsikkerheden i praksis beror på en tryk relation mellem eLæge og den konkrete FKA-behandler samt deres kendskab til både de formelle og uformelle arbejdsgange for samarbejdet.

5.5.2 Organisering af FKA-pladser

eHospitalet er organiseret på en måde, som skal kunne ***favne kommunernes forskelligheder*** – det indebærer, at en stor del af opgaven består i at skabe overblik over lokale og praktiske forhold i hvert patienttilfældes hjemkommune for at kunne tilbyde denne IV-behandling.

Et dilemma fra regionens side er, at FKA-samarbejdet er en kommunal "kan-opgave", ligesom det er op til den enkelte kommune at beslutte, hvilke patientborgerforløb, der er mulige i den enkelte kommune – dette gør det ***vanskeligt at styre aktiviteten***. eHospitalet har kapacitet til at behandle flere patienter på FKA-pladserne, end det er tilfældet, og udnytter derfor ikke de ressourcer, de har iværksat i FKA-samarbejdet med kommunerne til fulde. De ønsker at øge antallet af behandlinger på FKA-pladserne såvel som udbrede FKA-samarbejdet i eHospitalet til flere kommuner. De vil sætte ind med en bred kompetenceudviklingsstrategi til kommunerne, der skal støtte og opkvalificere deres medarbejdere til behandlingsopgaverne.

eLægerne er afhængige af tilstedeværelsen af FKA-kompetencer lokalt i kommunerne for at kunne uddelegere behandlingsansvaret – og på trods af patienter i akutsporet, der opfylder indlæggelseskriteriet til en FKA-plads, er en FKA-indlæggelse ikke altid mulig pga. manglende FKA-kompetencer i den specifikke situation. Det kalder på at få skabt en ***stærkere bund af kompetencer lokalt, så FKA-samarbejdet ikke bliver personafhængigt***.

Kompetenceudvikling er dobbeltsidet, idet der både skal en formel kompetenceudvikling til, som regionen stiller til rådighed, men der skal samtidig være et lokalt kommunalt aspekt for at ***sikre opretholdelse og rutinegørelse af FKA-kompetencerne*** hos medarbejderne. Sidemandsoplæring fra mere til mindre erfarne medarbejdere er en oplagt mulighed, men kræver et ***vist flow på FKA-pladserne for at oparbejde de nødvendige erfaringer***.

Kvalitetssikring, herunder at **skabe ensartede forløb på tværs af kommuner**, er et opmærksomhedspunkt for eHospitalet. Jævnlig dialogbaserede, online kvalitetsmøder, der tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves lokalt i den enkelte kommune, er en af tiltagene i kvalitetsarbejdet.

Kommunerne har forskellige **lokale måder at organisere FKA-arbejdet på**. Disse forskelle kommer til udtryk ved:

- at de opererer med forskellige typer af patientforløb
- at de har forskellige lokale arbejdsgange, fx helhedspleje eller sygeplejersker, der går fra ved FKA-aktivitet
- deres kompetenceudviklingspraksisser
- om de har en "bagvedliggende" IV-aftale i kommunen som helhed, hvilket har betydning for samarbejdet med hjemmesygeplejen.

En af de store udfordringer i kommunerne er behovet for **dobbeltdokumentation**, da de regionale og kommunale journalsystemer kører separat. LevVel-patient-appen er udviklet til at sende TOBS-data med vitale værdier til regionen, som eHospitalet kan se i klinikerportalen, men ikke til kommunernes pleje- og omsorgsjournalsystem, hvilket nødvendiggør lokale videnssikringspraksisser, hvorved der skabes større risiko for, at der opstår fejl i processerne. Den manglende systemmæssige integration gør, at FKA-behandlerne er fuldstændigt **afhængige af rettidige og præcise korrespondancer fra eLægen**. Til gengæld er **den telefoniske kontakt til eLæge** og eHospitalet en effektiv og let tilgængelig hjælp til sparring om patientborgere. **eStuegang er også et vigtigt koordinerings- og undersøgelsesværktøj samt kommunikationsmedie** for at skabe sig en samlet helhedsforståelse af patientborgerens behandling. Den foregår både som kontor-eStuegang med vægt på informationsudveksling fra forskelligartede kilder (journalsystemer m.m.) og koordinering af behandling og arbejdsgange, og den foregår som senge-eStuegang med mulighed for patient-læge-samtale og fysiske undersøgelser, som FKA-behandleren udfører på lægens vegne. Begge former for eStuegange er karakteriseret ved et udvidet oversættelses- og fortolkningsarbejde for at skabe en sammenhængende og patientsikker behandling.

En anden udfordring i kommunerne er, at **FKA-arbejdet skal inkorporeres i – eller forbindes til – det andet arbejde, der udføres på midlertidige døgndækkede pladser**. Hvis der ikke skabes formelle aftaler/arbejdsgange, der skal sikre, at disse forbindelser skabes, kan det fx medføre, at hverdagsrutiner såsom mad, medicin eller bleskift glipper, fx fordi en patientborger er kommet ind på pladsen lige efter, frokostrutinerne i huset er gennemført.

Et andet, kommunalt dilemma, der er blevet tydeligt, er, at det er **vanskeligt at oparbejde og fastholde de nødvendige kompetencer hos personalet**, hvis

flowet på FKA-pladserne ikke er stort nok til, at alle kan få oparbejdet og vedligeholdt de kompetencer, der er forbundet med FKA-arbejdet (såsom at lægge PVK eller at anvende POCT-udstyret). Et relateret aspekt er nødvendigheden af at sikre, at **der er medarbejdere med FKA-kompetencer på døgnbasis på de midlertidige pladser**, når man har patientborgere indlagt. Det kan **vanskeliggøre vagtplanlægningen** afhængigt af, hvordan man har organiseret sig lokalt i kommunen.

Endelig oplever medarbejderne et dilemma i, at de for de patientborgere, der er indlagt på FKA-pladserne, har en **nem og højt værdsat adgang til eLægen**, når de har brug for sparring, mens det samme ikke gælder for de borgere, der ligger på de andre midlertidige pladser, som kan være mere komplekse og mere syge. Her opleves lægeadgangen (almen praksis eller vagtlæge) ikke lige så smidig, og det er et udtalt ønske, at **eLæge-ordningen kunne udvides til formelt set også at gælde borgerne på de andre midlertidige pladser**.

På den måde **udkrystalliserer erfaringerne fra FKA-samarbejdet nogle af de eksisterende udfordringer, medarbejderne på de midlertidige pladser i kommunerne står med i hverdagen**. Disse er, at de borgere, der er på pladserne, er komplekse og ofte multisyge, men de har ikke nem adgang til lægesparring i dagligdagen. Samtidig har de ikke adgang til overbliksskabende viden om forløbet, da de ikke har adgang til det regionale journalsystem og derved er afhængige af, at der fra sygehuset videregives detaljeret viden om fx et indlæggelsesforløb ved udskrivelse. De kommunale FKA-behandlere/sygeplejersker og SSA'er har hermed ringere vilkår for at udføre akutarbejde end fx sygeplejersker på sygehuset.

5.5.3 Patientborgerforløb på FKA-pladserne

Der er i datamaterialet identificeret fire typer af forløb på FKA-pladserne:

- **Type 1:** Borger, der fra hjemmet via hjemmeSygeplejerske (evt. via eller direkte fra praktiserende læge) indlægges på FKA-plads typisk til IV-behandling
- **Type 2:** Patientborger, der via hospital eller praktiserende læge indlægges i FKA-regi til ambulant IV-behandling (evt. med efterfølgende overgang til fortsat IV-behandling i hjemmeplejeregii)
- **Type 3:** Patient, der udskrives fra hospital til indlæggelse i eHospitalet til fortsat behandling (fx langvarig IV-behandling) på FKA-plads
- **Type 4:** Borger fra akutplads/midlertidig plads, der indlægges i FKA-regi.

Flere typer kan være mulige. Det er ikke alle patienter, der passer på screeningskriteriet, der tilbydes en FKA-plads til behandling i eHospitalet. Det afhænger af, hvilke forløbstyper borgerens kommune stiller til rådighed for deres FKA-pladser, samt om de pågældende midlertidige døgnpladser har medarbejdere med FKA-kompetencer til rådighed på det konkrete tidspunkt for patientborgerens indlæggelse.

De interviewede patientborgere og pårørende beskriver, at de oplever indlæggelse på en FKA-plads som en fordel frem for sygehusindlæggelse pga. hurtig igangsætning af behandling, høj grad af tryghed, ro og kontinuitet samt tilgængeligt og kvalificeret personale.

De peger også på overordnede organiseringsmæssige områder, såsom ustrukturerede arbejdsgange omkring medicingivning og mangelfuldt informationsflow mellem forskellige personaler i forskellige vagter, der kan forbedres. Pårørende vil også gerne have information om, hvilken rolle de forventes at spille, når de står i en ny situation, der hverken er lig en hospitalsindlæggelse eller en plejehjemsplads.

5.5.4 Den kasseøkonomiske vurdering

Den økonomiske analyse belyser de kasseøkonomiske og styringsmæssige konsekvenser ved FKA i regi af eHospitalet. **Analysen estimerer, at kommunen har udgifter for mellem 25.000-30.000 kr. for hver FKA-behandling på pladserne.** Tallene er kun et estimat udregnet med afsæt i de lønudgifter, som de to kommuner har til deres pladser fordelt på antallet af FKA-pladser og belægninger heraf. Beløbet dækker ikke udgifter til oprettelse af sengepladserne og bygningsdrift.

Kommunerne er forskelligt organiseret og har derfor **forskellige styringsrammer for at have personaleressourcer til FKA-opgaver fleksibelt til stede. Tomgangssenge kan muliggøre mere fleksibel brug af personaler** til FKA-pladserne, ligesom en mere **stabil belægning af FKA-pladserne** vil give mindre spild.

Kommunerne har hhv. et blødt incitament og et hårdt incitament for at stille midlertidige sengepladser og personaler til rådighed for FKA i eHospitalet. **Det bløde incitament er dels kvaliteten** i at tilbyde dens skrøbelige ældre borgere et alternativ tilbud til indlæggelse på sygehuset samt for opkvalificering af personalet kompetencer. **Det hårde incitament er, at udgifterne til FKA-pladserne modregnes af regionen**, 'byrdedeling' i fx den kommunale medfinansiering, KMF. Et forslag er at modregne den høje FMK-sats for indlæggelse af en borger på et regionalt sygehus på 30.000 kr. med de kommunale udgifter til

en behandling på en FKA-plads – evt. nedjusteret i de tilfælde, hvor borgeren alligevel indlægges.

5.5.5 Samlet vurdering

Fire forløbstyper til FKA-pladser, men lav belægning

Kalundborg Kommune, Næstved Kommune og eHospitalet i Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland har gjort sig erfaringer med at samarbejde om FKA med patientborgere indlagt til IV-behandling på kommunale pladser. De har ikke haft så mange behandlinger på FKA-pladserne som antaget ved påbegyndelsen af VIVEs undersøgelse i 2022. Samlet finder vi fire forløbstyper, men der kan være flere. I alt har eHospitalet haft 100 indlæggelser i eHospitalet på FKA-pladser i de to kommuner i perioden. De 36 indlæggelser på FKA-pladserne på Marskgården i Næstved er alle patientborgere, der er blevet indlagt fra egne midlertidige døgndækkede pladser – kaldet akutpladser. Odinscentrets 64 indlæggelser fordeler sig derimod på alle fire forløbstyper. På Odinscentret kan borgere i Kalundborg Kommune også blive indlagt på en FKA-plads, når de er henvist fra egen læge/hjemmesygeplejersken, eller de kan indlægges fra sygehus til FKA-plads til fortsat ukompliceret IV-behandling. Yderligere kan deres FKA-behandling i eHospitalet også flyttes til hjemmet i samarbejdet med hjemmeplejen under de rette betingelser. Kalundborg Kommunes ældre borgere har således flere og mere fleksible muligheder for at få IV-behandling tættere på hjemmet.

Styrings- og prioriteringsforskelle

Odinscentret har også gennemsnitligt tættere belægning af pladserne end Marskgården – nemlig 1,2 behandlinger ugentlig i gennemsnit, selvom Marskgården i princippet har flere potentielle pladser til rådighed. Marskgården har således 24 akutpladser mod 3 FKA-pladser i Odinscentret. En forskel er, at de 24 akutpladser er normeret til 25 timers pleje af et fast team med 9 timer ekstra, hvis en borger skal behandles i eHospitalet (og pladsen konverteres til FKA-plads). Det er dog uklart, om det pågældende team er motiveret til FKA-opgaver samt har (9 timers) ekstra tid til opgaverne, hvis ikke er det lettest at indlægge patienten.

Tomgangspladser til akutberedskab

Odinscentrets 3 pladser er tomgangspladser. Det vil sige, sengene står tomme, og centeret har forlods medarbejdere i akutberedskab. Det er sygeplejersker, som har valgt at være FKA-tovholdere, og som går fra til FKA-opgaver ved at videregive deres andre opgaver til kollegaer – særligt SSA'er.

Samlet set giver tomgangspladserne fleksibilitet i at imødegå akutte borgeres behov for behandling i eHospitalet (frem for indlæggelse). Lige så kan antallet af tomgangspladser nedjusteres til 2 pladser med henblik på at få bedre belægningsgrad og ressourceforbrug.

Tillidsfuldt FKA-samarbejde

eHospitalet og Kalundborg Kommune har udviklet et tillidsfuldt/velfungerende FKA-samarbejde på Odinscentret, som de primære behandlere og brugere er tilfredse med. Patientborgere og pårørende oplever et effektivt og tilgængeligt tilbud, som de er trygge ved. Pårørende efterspørger mere gennemskelig struktur og information om egen rolle ved indlæggelser på FKA-plads i eHospitalet. FKA-behandlerne på Odinscentret består af ét mindre team af sygeplejersker. De har et tæt samarbejde med eHospitalets eLæge og med eSygeplejersken og kvalitetssygeplejersken.

Mange snitflader i arbejdsgange og organiseringsforskelle

FKA-samarbejdet består af mange kommunikative opgaver med at udveksle de nødvendige informationer, koordinere og sikre sig en fælles forståelse for at skabe en patientsikker behandling. FKA-behandlernes samarbejde med eHospitalet om en sammenhængende behandling har mange snitflader både internt i organisationen, til dens øvrige opgaver og arbejdsgange, mellem vagtlag og i forhold til hjemmeplejen.

Marskgårdens samarbejde med eHospitalet er foregået i kortere tid. Deres medarbejdere har færre erfaringer med at have patientborgere på FKA-pladserne. De er organiseret i faste teams om den enkelte borger. I disse teams indgår der sygeplejersker og SSA'er. Ledelsesmæssigt er der en forventning om generelt kompetenceløft blandt medarbejderne på centerets 24 akutpladser, således at både sygeplejersker og SSA'er i borgerens faste team kan udføre FKA-opgaver. Odinscentret og Marskgården har således forskellige organiseringer af både de forløbstyper, der indlægges på FKA-pladserne, hvilke faggrupper der udfører FKA-opgaverne, hvor generelt de vil opkvalificere medarbejdernes kompetencer til IV-behandling og hermed også hvor mange, man vil uddelere FKA-behandling til.

Oplæring af FKA-kompetencer i praksis

Erfaringerne fra Odinscentret viser, at kompetenceudvikling sker via deltagelse i en mesterlæreordning, hvor en hospitalserfaren sygeplejerske side-mandsoplærer andre sygeplejersker til FKA. Ligesom de erfarne FKA-sygeplejersker, der bor tæt på Odinscentret, indgår i en bagvagtordning for uerfarne

sygeplejersker i aftenvagter. De uddelegerer også pleje- og andre ansvarsopgaver til SSA'er, når de selv går fra til FKA-opgaver.

Marskgårdens organisering peger på usikkerheder i, hvorfra erfaringsopbygningen i praksis skal komme fra. De har i princippet 24 potentielle FKA-pladser, men tilgangen af patienter, der kan indlægges til IV-behandling i eHospitalet, er indsnævret til de borgere, der allerede er på pladserne. Marskgårdens ene forløbstype frem for Odinscentrets flersporede forløbstyper giver således ikke samme basis for kontinuerligt at opøve erfaring og fastholde kompetencer hos medarbejderne. Tillige er opøvelsen af FKA-kompetencerne spredt ud på alle Marskgårdens sygeplejersker og SSA'er, hvilket i princippet kan give mere ensartet kvalitetsudvikling, men som i praksis gør mesteroplæring vanskelig, fordi oplæringen bliver tilfældig til det mini-team, der er ansvarlig for den pågældende borger. Har den pågældende sygeplejerske eller SSA i mini-teamet ikke den fornødne interesse for – eller tid til – FKA-opgaverne pga. øvrige opgaver, er det "*lettere at indlægge borgeren*" (kommunal sygeplejerske) på sygehuset, sådan som man plejer at gøre. Marskgården har hermed et mere usikkert grundlag for at kompetenceopbygge og kvalitetsudvikle alle deres medarbejdere i praksis. FKA-opgaver vurderes dog til at have rekrutteringspotentiale, når kommuner søger nye medarbejdere blandt sygeplejersker og SSA'er.

Koordinering af patientforløb til match med kommunale FKA-kompetencer

Endelig betyder de lokale variationer i kommunernes tilrettelæggelse af FKA-pladserne, at eLægens arbejde med at koordinere patienternes forløb øges. Et godt match mellem eHospitalets kapacitet og kommunale FKA-pladser hænger således sammen med tilstrækkelige medarbejdere på de kommunale FKA-pladser, som har de fornødne kompetencer og kan indgå fleksibelt på tværs af vagtskifte.

Manglende 'hårde incitamenter'

Kommunernes formål med at tilbyde FKA-pladserne er at forebygge sygehusindlæggelser ved at give deres borgere et behandlingstilbud i mere velkendte rammer i overensstemmelse med strategien "Sundhed tæt på dig"¹³. Formålet understøttes ikke af økonomiske incitamenter i kommunen til at indlægge borgere på egne sengepladser frem for sygehusenes. Kommunerne medfinansierer med et fast årligt millionbeløb regionens sygedrift, hvor antallet af indlæg-

¹³ Region Sjælland (2023b). Om Det Nære Sundhedsvæsen, tilgængelig på: <https://www.regionsjælland.dk/servicemenu/om-os/organisation/det-naere-sundhedsvaesen/om-det-naere-sundhedsvaesen>

gelses af kommunens borgere på hospitalet eller på FKA-pladserne ikke modregnes mod hinanden. I stedet koster en FKA-behandlingsplads en kommune omtrentligt mellem 25.000-30.000 kr. Beløbet er vejledende.

5.5.5.1 Retningsgivende dilemma i udviklingen af FKA-samarbejdet

Den samlede analyse af erfaringerne med eHospitalet peger således på flere udviklingsområder i de regionale-kommunale partnerskaber om FKA-pladserne. Disse lader sig med henblik på fælles refleksion og dialog mellem parterne præcisere som fem dilemmaer:

- **1. dilemma:** Manglende overensstemmelse mellem eHospitalets behandlingsskapacitet/ressourcer og antallet af indlæggelser på FKA-pladserne.
- **2. dilemma:** Flowet af patientborgere til FKA-pladser relaterer sig til personaleressourcer med FKA-kompetencer, men også til kommunens incitament til brug af sine senge til tværsektorielle forløbstyper.
- **3. dilemma:** FKA-kompetencer læres ikke kun gennem formel kompetenceløft, men består også af uformelle arbejdsgange og lokale, kommunikative praksisser. De giver mulighed for at opøve erfaring og skabe relationer, der har betydning for tryghed og sikkerhed i opgaveløsningen.
- **4. dilemma:** Arbejdsvilkårene ændres for behandlere på kommunale pladser på ulige vis. De har mere fleksibel adgang til lægehjælp til deres borgere i eHospitalet end til de øvrige borgere på de kommunale pladser, også selv om de ofte ikke er de sygeste. Til gengæld har de i kommunal regi ikke lige så god adgang til behandlingsrelevante informationer, som hvis de var sygeplejersker eller SSA'er i regional regi.
- **5. dilemma:** Jo mere lokal organiseringsmæssig variation i og mellem kommunerne, jo større koordineringsmæssig arbejdsbyrde til eLægen med at skabe et behandlingstilbud, der passer til den konkrete patients muligheder i hjemkommune.

Det første dilemma relaterer sig særligt til regionen og eHospitalets behov for at kunne styre ressourcer, så behandlingsskapaciteten i eHospitalet udnyttes. Dette er forstærket af en presset akutmodtagelse, høj belægning af patienter på sengeafsnit, et kvalitativt ønske om at forebygge funktionstab og politisk mål om at tilbyde mere nær behandling på borgerens hjem og forebygge indlæggelser.

Det andet dilemma og det tredje dilemma relaterer sig til hinanden og til de kommunale rammer for at indgå i FKA-samarbejdet i praksis. En kommune har brug for et vist flow af patienter til FKA-pladser for at opbygge erfaringer hos medarbejdere til FKA-opgaverne, såvel som dens lokale organisering af personale ressourcer er afgørende for at gøre behandling patientsikker på tværs af vagtskifte. Den kommunale organisering skal således både opretholde vante aktiviteter og arbejdsgange samt udvide og udvikle disse til stabil varetagelse af FKA-opgaver. Regionens/eHospitalets kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere til FKA-opgaver er således kun ét – om end væsentligt – aspekt af FKA-partnerskabet. Udvikling af den kommunale organisering til kommunikation og arbejdsgange, der understøtter kontinuerlig IV-behandling, er et andet vigtigt udviklingsaspekt.

Det fjerde dilemma og det femte dilemma relaterer sig til ændrede roller og rammer for hhv. den kommunale medarbejder og for læger i eHospitalet. eHospitalet gør både lægens viden mere tilgængelig for sundhedsfaglige beslutninger og handlinger i kommunale sammenhæng, men afslører også, at adgangen er ulige i forhold til deres andre borgere på pladserne og i sammenligning med de informationsmæssige rammer, de har, som fx sygeplejerske og SSA, for at udfolde deres sundhedsfaglige ansvar i kommunen frem for på et sygehus.

De mange kommunale variationer i forhold forløbstyper til pladserne og i forhold til medarbejdere, der kan og må varetage FKA-opgaver, øger kravet til koordination i eHospitalet af patienternes forløb. Koordinationer, der som "administrativt arbejde", lægger i krydsfeltet mellem, hvad eLægen foretager sig, og hvad administrative medarbejdere i eHospitalet tilbyder. Jo flere variationer i og mellem kommunernes FKA-tilbud, jo sværere vil det også være for eHospitalet at bevare overblikket over deres behandlinger. Regionen er således interesseret i kommunale variationer, der sikrer stabil belægning på FKA-pladser og hermed muliggør kapacitetsstyring, men omvendt heller ikke mere, end at koordineringsopgaver (for-)bliver overskuelige. Kommunerne er interesserede i kvalitet og nærhed i behandling til borgerene, men også økonomisk ansvarlighed og incitamenter til at udvikle og varetage FKA-tilbuddene. Regionen står for den formelle kompetenceudvikling til opgaveflyt fra sygehus til kommune, men den kommunikative understøttelse af medarbejdernes tværsektorielle og kommunale interne samarbejde om patientborgerne er ugenomsigtig. Det er alt andet lige svært for både kommune og medarbejdere at gennemskue og vide, hvad FKA-opgaverne indebærer i praksis i forhold til organisering af arbejdet, medarbejderressourcer, vagtplan, kommunikation og dokumentationspraksisser samt meningsfuld og patientsikker understøttelse heraf. Analysen peger på mange huller og uklarheder, som med fordel kan gøres mere eksplicit med henblik på at forstå barrierer for FKA-samarbejdet.

6 Analyse 2: Brugerinddragelse

Resultater fra analyse 1 med den medicinske teknologivurdering, MTV, er forelagt tre centrale brugergrupper for udviklingen af FKA-samarbejdet – nemlig behandlere i eHospitalet, FKA-behandlere fra Odinscentret i Kalundborg Kommune og fra Marskgården i Næstved Kommune (en gruppe med nærmeste ledere inklusive regional IT-leder) og en gruppe af ældre borgere fra begge kommuner, der repræsenterer målgruppen for FKA-behandlingen. Formålet med workshopperne med de tre grupper er at få deres validering og en kritisk uddybning af de identificerede dilemmaer i analyse 1. Diskussioner vedrører særligt dilemmaerne til belægningsgraden på FKA-pladserne, kompetenceudvikling og medarbejderdækning af FKA-pladserne – samt dilemmaer til sammenhængende kommunikation og samarbejde på tværs af FKA-pladsen og eHospitalet i den eksisterende IT-infrastruktur med forskelligartede journalsystemer og dokumentationspraksisser. VIVE har understøttet diskussionen ved at videreformidle inputs fra hver workshop til den efterfølgende workshop. De følgende analysefund beror på transkriptioner af dialogerne på workshopperne.

På tværs af workshopperne er der identificeret fem tematiske fund, som er væsentlige for forståelse af den udvikling, som FKA-pladserne i eHospitalet muliggør for samarbejde om ældres tværsektorielle forløb. To af fundene vedrører principielle diskussioner om at begrunde og finde ressourcer til at øge brugen af FKA-pladserne, herunder hvorledes kommunale plejepersonaler skal indgå i FKA. Det tredje fund omhandler en ny form for læge-tilgængelighed på kommunale pladser, og det fjerde er konfigurationen af nye medarbejderrelationer i den kommunale pleje fra samarbejdet med eLægen om FKA. Det femte fund er ønsket om udvikling af en kommunal IT-infrastruktur, der er påkrævet med henblik på at understøtte tryghed, effektivitet og sikkerhed i de nye FKA-relaterede arbejdsgange.

De følgende udvalg af citater stammer alle fra de fire workshops. Workshop 1 var med de sundhedsprofessionelle fra eHospitalet og de to kommuner, workshop 2 med de ældre borgerrepræsentanter og workshop 3 med lederne. Workshop 4 var med de sundhedsprofessionelle igen – denne gang udvidet med én FKA-medarbejder fra den tredje kommune, nemlig Blomstergaarden i Slagelse, som regionen har en FKA-aftale med. De følgende fire underafsnit udfolder med afsæt i citaterne pointer fra brugernes erfaringer med og forventninger til FKA fremadrettet.

6.1 Visitation til FKA-pladser

Det etnografiske studie i analyse 1 identificerer fire typer patientforløb til FKA-pladser. På workshopperne var forløbstyperne også et tema, særligt hvem der kan visitere til FKA-pladserne og hermed har råderetten over dem. Der var særlig fokus på om patientborgerne på pladserne var visiteret fra sygehuset, af kommunen selv eller fra almen praksis/lægevagten. De forskellige visitationsveje til pladserne er også udtryk for forskellige udlægninger af det politiske formål for FKA: "sundhed tættere på borgeren". Nemlig om sundheden kommer tættere på borgeren ved, at det er kommunen selv, der visiterer til FKA-pladserne, fx via hjemme- og akutsygeplejerskerne, lig FKA-ordning på Marskgården, eller det er egen læge/almen praksis og dennes vagtordning, der er garant for at behandle sin patient tættere på hjem (frem for indlæggelse) eller hospitalet, inklusiv eHospitalet som henviser patienter fra sengeafsnit eller akutmodtagelsen til FKA-plads, fordi de her vil få et bedre plejeforløb tættere på hjemmet. Den følgende gengivelse af argumenter fra workshop-diskussionerne fokuserer på forløbstyper med primærsektoren, altså enten henvist af kommune selv eller via almen praksis.

6.1.1 Kommunen i visitatorrollen

Selvvisitation fra egne pladser

En kommunal leder argumenterer for, hvorfor selvvisitation til de kommunale pladser er vigtig for dem:

Hvis vi bare åbner op og siger [til sygehuset, red.] 'indlæg bare på vores pladser', så mister vi fuldstændig styringen, og pladserne er altså for kommunens borgere, som (...) ja, hvor tingene skrider lidt derhjemme, og det er sådan set det, der er hovedformålet for os, og hvis vi skulle udvide det til det andet formål, så bliver jeg nødt til at være den, der lukker festen og siger, så kræver det nogle penge'.

FKA-pladserne skal med andre ord ikke ses som en udvidelse af regionens kapacitet af sengepladser, men have et kommunalt formål, særligt også da kommunen selv finansierer pladserne. En leder reflekterer FKA-pladsernes formål:

Hvad er formålet i virkeligheden? Er det at udvide regionens kapacitet af sengepladser, eller er det i virkeligheden at bringe sundheden tættere på?

En ældre repræsentant fastholder, at fokus med ordningen er at få den akutte hjælp ud til plejecentrene, hvor de ældre svækkede borgere befinder sig, og at de regionale penge til behandling skal følge med ud til kommunen:

Økonomien fra sygehusene skal med ud til plejehjemmene. Det er ikke kommunen, der skal stå med den udgift, for så kommer det ikke til at ske.

Åben visitation fra hjemmene og almen praksis

En anden kommunal leder taler for den "mere åbne" visitation til pladserne, da den også styrker primærsektoren (og derfor ikke handler om at udvide sygehuset sengekapalet) og bringer "sundhed tættere på" – nemlig at almen praksis og vagtlæger kan visitere til FKA-pladserne, hvorved de både kan forebygge indlæggelser samt skabe et mere stabilt flow til pladserne (end hvis kommunen kun selv må visitere til pladserne). Et mere stabilt flow til FKA-pladserne opfattes også som nødvendigt for at skabe et bedre læringsmiljø for de kommunale medarbejdere/FKA-behandlere til at opbygge praktisk erfaring.

En lægefaglig kvalitetsleder fremhæver, at hvis almen praksis skal gøre kontinuerlig brug af FKA-pladser i deres henvisningsmønstre, gælder det også, at der er pladser ledige, når de henviser til dem. Det vil ikke fungere, hvis det kun er en gang imellem, at de kan få en FKA-plads til deres patienter. Forløbstypen med henvisning fra almen praksis taler for vigtigheden af 'beredskabspladser' på de kommunale plejecentre med FKA. Flere sygeplejersker og ældre repræsentanter gør opmærksom på, at det er vigtigt at kendskabet til eHospitalet og FKA-ordningen udbredes til almen praksis.

6.1.2 Sygehus som visitator

Regionen er aktiv på flere planer for at muliggøre FKA – både ved at udvikle eHospitalet med tilgængelig læge i vagt 24-7, de lægefaglige instrukser, levering af undervisning og materialer (herunder medicin og udstyr inklusive hjælpemidler til IV), LevVel-patient-app, stuegangsapp, internet, IV-aftaler og hjælp fra DME. Ledere fra eHospitalet og eLægen udtrykker derfor en forventning om at blive brugt – herunder at FKA-pladserne også bidrager til at imødekomme efterspørgslen, hvad enten den kommer fra hospitalsafsnit og patienternes egne ønsker, fra kommunen eller fra almen praksis. Målet er mere implicit at bruge eHospitalets kapacitet til at skabe mere sundhed med kommunerne til deres borgere, og FKA-pladserne er et vigtigt led heri. En regionalansat leder udtrykker forståelse for, at der skal følge økonomiske ressourcer med til de kommunale sengepladser, når de udfører behandlinger, som ellers vil have foregået i sygehusregi.

Visitor-diskussionen om retten til pladserne og hermed hvilke patientforløbstyper, en kommunes borger har mulighed for at få, er således ikke kun begrundet i en specifik udlægning af, hvad der skaber "sundhed tættere på borgeren" – det gør alle tre visitations-løsninger som udgangspunkt – men hvordan FKA-pladserne skal finansieres. En kommunal leder istemmer:

Det med belægningen [på FKA-pladserne, red.] synes jeg faktisk ikke er god nok, altså det er for meget tomgang umiddelbart, og om man kan skabe en anden fleksibilitet i det, det ved jeg ikke rigtig. (...) altså kunne man lægge et anderledes leje for det [FKA-pladserne, red.]. Vi har jo ikke tomgangspladser på vores øvrige pladser, men det er også interessant, hvad den egentlig koster, fordi det, synes jeg faktisk, er svært at få overblik over.

Der er således en fælles udfordring med at skabe et stabilt flow på pladserne som både vil komme patientborgeren til gode, give mere effektiv brug af eHospitalets kapacitet og muliggøre oplæring og kvalitetsudvikling i kommunal sundhed.

Det efterfølgende tema fra workshopperne udfolder betydning af de nye tværsektorielle og tværfaglige samarbejdsrelationer, som skabes i FKA.

6.2 FKA-behandlerens relation til eLægen

FKA er i praksis båret af relationen mellem eHospitalets eLæge og den kommunale sygeplejerske, som forestår eLægens ordinationer til behandlingen af patientborgeren. De kommunale FKA-behandlere udtrykker gentagende gange – både under observationsstudiet i analyse 1 og på workshopperne – tilfredshed med den relation, de har fået til eHospitalets lægehjælp. eLægen gør det lettere for dem at få støtte til beslutninger omkring borgerne, end de kender det fra kontakten til almen praksis, vagtlæge og hospitalets speciallæger. De kan nemlig altid døgnet rundt få fat i eLægen over telefonen. De finder også, at

“

Kunne du ikke bare være læge for alle [borgere på plejecenterets pladser frem for kun på FKA-pladserne, red.]?

Kommunal sygeplejerske, henvendt til eLæge (workshop 1)

eLægen har et bedre helhedsblik på patientborgeren, end særligt vagtlæge og hospitalslæge har. eLægen har patientens journal foran sig og tænker sin behandling helhedsorienteret i forhold til patientens rehabilitering, hverdag og bopæl. eLægens journaladgang i SP kan også give et mere aktuelt overblik over patientborgerens igangværende behandlinger, end egen læge nødvendigvis har. Endelig betyder en indlæggelse i eHospitalet også, at der altid tages stilling til patientborgerens behandlingsniveau, fx hjertelungebehandling og genoplivning ved hjertestop. Det kan skabe mere ro på plejecenteret og forebygge uetiske kørsler med døende ældre til akut indlæggelse på sygehuset. Det er dog en indlæggelse, plejepersonalet er nødt til på kommunale pladser, når egen læge ikke har haft samtalen med borgeren om ønsker til genoplivende behandling. eLægen fortæller også omvendt om en patientborger på FKA-plads, som er i risiko for at "vælde", og som han derfor vil indlægge til natten, men hvor patientborgeren ikke vil og hellere selv vil tage ansvar:

Vi havde fx nogen dårlige patienter, virkelig virkelig dårlige patienter, på plejecenteret, hvor patienterne har sagt, og vi har sagt til dem, at 'det er uhensigtsmæssigt, at du bliver behandlet, fordi vi kan ikke observere og monitorere tættere, du er for ustabil, du skal indlægges på sygehuset'. Når patienten afviser, så bliver de tilbudt behandling alligevel, men på eget ansvar. Så siger vi, 'ved du hvad, jeg vil gerne give dig væske på drop og antibiotika osv., men det er på dit eget ansvar. Hvis du vælter midt om natten og går i stop, det er dit eget ansvar', så er det det. (eLæge)

I begge tilfælde betyder kontakten og aftalerne med eHospitalet, at de kommunale medarbejdere ikke kommer i klemme mellem de ting, de ifølge sundhedsloven er forpligtiget til, fx genoplivning og indlæggelse, selv om det kan være imod borgerens egen interesse: Den lægelige mellemkomst og dokumentation af beslutning om behandlingsniveauet er vigtig i den sammenhæng og kan lette det krydspres, som plejepersonaler kan befinde sig i.

Fordelen ved kontakten til eLægen giver dog også anledning til kritiske refleksioner, fx at patienten hellere vil have en fysisk lægekonsultation end samtalen på senge-eStuegang. Dette er samtidig med, at ældregruppen også understregede, at kontakt til en læge er bedre end ingen kontakt, fx pga. lægemangel i kommunen, og at det tværsektorielle samarbejde med eLægen må ses som en inkrementel og nødvendig udvikling.

En kritisk refleksion fra en sygeplejerske og SSA gjaldt den ulighed, kontakten til eLægen skabte i forhold til deres andre borgere på de kommunale pladser, som ikke var i eHospitalet, og som derfor ikke havde så tilgængelig lægehjælp

som patientborgerne i eHospitalet, også selv om disse borgere var og er meget syge. Kritikken gjaldt også generelt en bedre plejeservice for eHospitalets patientborgere i sammenligning med de øvrige borgere på pladserne:

Vores eHospitalsborgere, de har deres egen assistent og en sygeplejerske, sådan er det bare. Der bliver nurset om dem, de får også morgenmad, frokost, aftensmad og mellemmåltider, så det er jeg egentlig lidt provokeret over. (Sygeplejerske, workshop 1)

I denne optik skal adgangen til eLægen ikke kun gælde patientborgere i eHospitalet – men også de andre ældre borgere på kommunale pladser med pleje og behandlingsbehov. Disse kan også både have svært ved selv at tage til egen læge og/eller få fysisk besøg af denne. eLægen vil i den sammenhæng være en ressource for både den svækkede ældre og dennes kommunale plejere. Snitfladen til almen praksis bliver i den sammenhæng også meget aktuell. Både fordi borgere på kommunale pladser – både de midlertidige pladser og plejehjemspladserne – som udgangspunkt hører under egen læge (primærsektoren). Akutpladserne i Næstved har dog også et udvidet samarbejde med almen praksis om deres borgere, der er indlagt på akutpladserne. De oplever snitfladen til eLægen forvirrende, for hvornår skal de samarbejde med og kontakte egen læge, og hvornår skal de samarbejde med og kontakte eLægen?:

Sygeplejerske 1: (...) for alle de 24 pladser, vi har, der har vi jo lægekontakt flere gange dagligt og nogen gange flere gange om ugen, fordi der er meget, der skal følges op med. Så, det er, det der med; er det praktiserende læge, når vi TOBS'er den her borger, og hvornår er det så, at vi skal slippe praktiserende læge og kontakte eLægen?

Sygeplejerske 2: Det må jeg så sige, det er en kæmpe udfordring for os.

Andre FKA-behandlere fremhævede, at det er særligt i de situationer, hvor de ikke har en egen læge, eller hvor egen læge ikke svarer eller har lukket, der er eLægen en tilgængelig mulighed. I diskussionen mellem lederne om FKA-pladserne var en forlængelse af sygehusets sengeafsnit frem for "sundhed tættere på borgeren", blev eLægens tilgængelighed og ressource som beslutningsstøtte for det kommunale personale udlagt som netop udtryk for sidstnævnte: En relation og videnskompetence, der kan styrke plejepersonalets behandling af kommunens ældre borgere og hermed bringe "sundhed tættere på borgeren".

I den optik kan eHospitalet gennem eLægen bidrage til at skabe nogle relationer, der kan kvalificere beslutninger og hermed rammerne omkring svækkede og syge ældre borgere. Ideen bliver også grebet af en kommunal leder, der udbryder:

Vi er jo tilhængere af, at det er sundheden tættere på i virkeligheden. Så er det næste spørgsmål: 'Hvorfor gør vi det ikke på et plejecenter?' Jeg kunne jo bare have de samme remedier [eHospital og POCT-udstyr, red.] og den samme adgang til en læge [eLæge, red.] på en af de store plejecentre, så når der var en borger dér, der blev dårlig, så kunne vi bare lige gøre det samme. Eller kommunens akutsygeplejersker, som kører ud: Hvis de nu havde det samme udstyr med derude og kunne gøre det i borgerens eget hjem, så begynder vi jo at have sundheden tættere på.

Den kommunale leder spinder således videre på ideen om eLægens tilgængelighed for ikke kun plejecentre – men til også at følge den kommunale akutsygeplejerske ud i borgernes hjem. En væsentlig forudsætning herfor er netop sygeplejersken i rollen som FKA-behandler.

6.3 FKA-behandlerens faglige baggrund

Der kommer forskellige synspunkter til udtryk hos de tre grupper af deltagere på workshopperne om, hvilke faggrupper der kan indgå i samarbejdet med eHospitalet som FKA-behandler. Et centralt diskussionspunkt er, om FKA-behandleren kun kan have en sygeplejefaglig baggrund eller også kan være SSA.

Gruppen af repræsentanter for ældre borgere er meget fokuserede på patientsikkerheden med udgangspunkt i de faglige kompetencer til IV-behandling, særligt at kunne lægge PVK og blande medicin. De finder, at **kun sygeplejersker og ikke SSA'er har medicinsk viden som del af deres faglighed**. De vurderer endvidere, at kommunale sygeplejersker vil have brug for en grundig opfriskning af den medicinske viden. Sygeplejersker vil skulle certificeres til FKA med henblik på at sikre tilstrækkelig kompetence og sikkerhed.

6.3.1 SSA som FKA-ressource

eLægen er enig i en forskel mellem de to faggrupper, men vil gerne samarbejde med begge i FKA:

Jeg vil sige generelt, hvis SSA er oplært i det og har fået anafylaksi-kursus, har EpiPen i beredskab og har mundligt udtrykt, at hun kan beherske en vis færdighed, om det er blodprøvetagning eller opstart et eller andet, så har jeg ikke noget imod det, så gør vi det, og det er under mit ansvar.

eLægen er særligt opmærksom på, om SSA'en, der er alene på vagt aften og nat, har de tilstrækkelige kompetencer. eLægen uddyber:

Selv om vi prøver fagligt at løfte vores SSA, og nogen af dem er dygtige, men man kan mærke, der er noget forskel. Også når du beder dem om klinisk blik og sådan noget, og lige så snart jeg fornemmer, der er noget galt, så stopper jeg altså og indlægger den patient.

eLægen forvalter således også sit behandlingsansvar gennem kontakten til den konkrete FKA-behandler i vagt og sin vurdering af dennes kompetencer (og rammer) for FKA-opgaver særligt i tilfælde med SSA. Er eLægen betænkelig ved SSA'ens kliniske kompetencer, indlægges patienten. Den konkrete indlæggelse er dog betinget af, at patienten vil indlægges på sygehuset. eLægen har oplevet, at patientborgeren hellere vil forblive på FKA-pladsen end indlægges. I det tilfælde fik patienten at vide, at det er på eget ansvar.

eLægen uddyber rammebetingelserne til, at **kompetencen ikke er nok, men skal vurderes med den samlede bemanning**, der er på vagt. Netop ved aften- og nattevagter kan der være underbemanning, så:

Hvis du har en patient, der er på vej til at vælte og kræver tæt observation med flere TOBS og mere IV-væske, så må man sige: 'Det er utrygt nu, vi vælger at indlægge på sygehuset'. (eLæge)

Den faglige teamleder forklarer, at SSA'er er en stor faggruppe i kommunal pleje. Der vil ikke være tale om, at alle skal deltage i FKA, men dem der vil. Hun taler ikke om certificering, men mundtlige aftaler er ikke nok. Hun vil foretrække et kompetencekort for alle, som også skal give hende en sikkerhed for,

hvad de medarbejdere, som hun er ansvarlig for, er kompetente til. **Et kompetencekort** kunne give en mere systematisk måde at sikre medarbejdernes kompetencer og aftaler med henblik på at indgå i FKA.

6.3.2 Differentiering af FKA-opgaver

Kvalitetsunderviseren uddyber FKA-kompetencer i henhold til forskellige typer af opgaver, således at antibiotisk behandling vil kræve meget kompetenceudvikling af SSA og inkludere tilsyn. Mens PVK-delen udgør en mindre forskel i deres faglige baggrunde som hhv. SSA'er og sygeplejersker. I stedet vurderer hun, at den generelle udfordring for samarbejdet med eHospitalet om en 'lægedelegeret opgave' er **behovet for kontinuerlige målinger (TOBS/EVS) og strukturerede observationer (ABCDE)**, som FKA-behandleren skal kunne evaluere og handle på. SSA er i tillæg til sygeplejersken en vigtig medarbejderressource for at kunne monitorere patientborgerens sundhedstilstand løbende. Monitoreringsopgaverne er både vigtige op til selve IV-behandlingen, men også under og efter til sikring af, at både eLæge og FKA-behandlerne på tværs af vagtlagene får kontinuerlig information og feedback til at justere behandlingen.

Både sygeplejersken og SSA'en kan således kompetenceudvikles til at indgå i teamsamarbejdet med eLægen med **den indbyrdes arbejdsdeling mellem sygeplejersken og SSA'en**, at sygeplejersken er tovholderen, der varetager PVK og IV-medicin, og at SSA'en bidrager til kontinuerlige målinger og evalueringer af behandlingseffekten. Som FKA-behandlere vurderer de begge patientborgerens samlede sundhedstilstand med **det dobbelt blik**, der blev beskrevet i analyse 1 – altså med plejeblikket for helheden sammen det kliniske blik for sygdomsforværringer.

6.4 Tryghed i teamsamarbejdet mellem eLæge og FKA-sygeplejersker og –SSA

Patientsikkerheden handler således om flere typer af FKA-kompetencer, hvor sygeplejersker (med interesse for det akutte) med fordel kan kompetenceudvikles til dem alle og SSA'er til monitorerings- og evalueringsdelen. Samlet hænger patientsikkerheden sammen med, at eLægen er tryk ved begge FKA-behandleres kompetencer, samt at der er tilstrækkelige personaler i vagt til, at FKA-behandleren kan tage sig af patientborgeren. eLægen kan altid med patientens tilsagn indlægge på sygehuset som løsning på en utryk situation. FKA-behandlerens tryk hænger dels sammen med kompetenceudviklingen og de organisatoriske rammer: Der skal være tilstrækkeligt med personale i vagt

til, at de kan gå fra til FKA-opgaver, og de kommunikative rammer for samarbejdet og arbejdsgangene med at behandle, monitorere og evaluere patientborgeren sammen skal være på plads.

6.5 Udvikling af kommunal IT-infrastruktur

Workshop-deltagerne gav interessante indblik i det tværsektorielle maskinrum – eller rettere den ”black box” – som arbejdsgangene for FKA befinder sig i. Citatet til højre, som er udtalt af en erfaren FKA-behandler, understreger, at den kommunale organisering af FKA-opgaver har ”huller” og derfor er lykkedes trods usikre rammer.

“

Det lykkes på trods.

FKA-behandler

Workshoppernes brugergrupper har forskellige inputs til både manglen på understøttelse af kommunikation og samarbejde med de eksisterende IT-systemer og løsninger samt inputs til udviklingsmuligheder for at styrke kommunikation og patientsikkerhed via tilpasninger og udviklinger af de centrale systemer.

6.5.1 IT-understøttelse af FKA

En helt klar barriere, som italesættes af alle grupper, er, at kommune og region har forskelle IT-systemer, som de dokumenterer i (omsorgsjournal (Nexus) og SP). Det gør det grundlæggende svært at få adgang til de informationer, de skal bruge for hinanden for at få fælles overblik og forståelse af patientborgers situation. I stedet skaber FKA-medarbejderen den via mange workarounds med dobbeltdokumentationer og koordineringer som vist i analyse 1, afsnit 5.2.2. eHospitalet efterlyser også informationer. Fælles Medicinkort (FMK) er et vigtigt samarbejdsredskab mellem eHospitalet og FKA-behandlere for patientsikker medicin. Alligevel oplever de forskellige kommunikationsudfordringer. Fra eHospitalets perspektiv lyder det som følgende:

Der er ingen, der kan se og komme ind og dokumentere direkte i FMK-modulet, når det handler om de ordinationer. Vi [eHospitalet, red.] dokumenterer, effektuerer og administrerer hele molevitten i MDA-modulet i Sundhedsplatformen, og så lægger vi det ud som en

korrespondance på skrift, der bliver sendt til det kommunale personale vedrørende de her ordinationer, men personalet i kommunen kan ikke gå ind [i FMK, red.] og lave en effektivering, der er tidstro i noget system, som vi kan se. Så skulle man prøve at arbejde på noget, så er spørgsmålet om kunne tilbygge et eller andet med tiden i det? (eSygeplejerske)

Workshop-deltagerne beskriver patientrisiciene ved ikke at kunne læse og skrive om ordinationer direkte sammen. Følgende er eksempler på risici i FKA med FMK:

- Fordi FKA-behandlere ikke har brugerrettigheder i systemet til at angive, hvornår patientborgeren får den ordinerede medicin, så mangler eHospitalet vigtig information til at justere behandlingen.
- Kommunerne køber også forskellige datasæt for opdatering af FMK. Det kan betyde, at FKA-behandleren kun har adgang til opdateringer af FMK to gange dagligt, hvilket kan give forsinkelser på modtagelse af ordination fra eLægen.
- Det er kutyme at bruge telefonen til at bygge bro ved manglende informationer, men det er for risikabelt i forbindelse med medicinordination. Da skal FKA-behandleren have det på skrift, hvorfor forsinkede FMA-ordinationer har konsekvenser for, hvor hurtigt patientborgeren i praksis kan modtage akutbehandling.

Figur 6.1 giver et overblik over de "skriftlige" værktøjer, som indgår i FKA-samarbejdet – fra håndskrevne 'meldesedler', skemaer, dokumentationer, prøveudstyr og til tavler.

Figur 6.1 Skriftlig kommunikation i FKA-samarbejdet

Skriftlig kommunikation*

'Meldesedler', som FKA-sygeplejersker skriver på baggrund af melding af patient på telefon fra eLæge (ved ikke, hvornår korrespondance kommer)

Korrespondancer fra eLæge til FKA-sygeplejersker ⇔ kopieres ved god korrespondance til Nexus

Dokumentation i Nexus. Gælder FKA-sygeplejersker (og andre) (øget dokumentationspligt ved sygehusbehandling)

Dokumentation i SP. eLæge og eSygeplejersker

Klinikerportalen. Mellemstation for data fra FKA-plads til eHospital

Sedler. Sikkerhedsstrategi, fordi udstyret ikke sender automatisk, men også nødvendighed, idet udstyret ikke sender til Nexus

Kompetencekort. Til PVK, IV-håndtering og CVK (centrale venekatetre)

Væskeskema

TOBS-udstyr. En kasse med måleudstyr: blodtryksapparat (måler også puls (respirationsfrekvens måles manuelt)), saturationsmåler, øretermometer og blodsukkermålesæt. Derudover en vægt.

Lev-Vel (klinikerportal): TOBS-udstyret er koblet op til at sende målinger (puls, respirationsfrekvens, blodtryk, øre-temperatur og ilt-mætning) direkte til en app på telefonen (der kræver strøm!), hvorfra målingerne sendes ind til eHospitalet.

CRP til måling af infektionstal. Apparat sender ikke data, men skal noteres i hånden i medicinrum, indtastes fra seddel i Nexus, spl-stue og ringes ind til eHospital.

POCT til måling af væsketal. Apparat sender ikke data, men skal noteres i hånden i medicinrum, indtastes fra seddel i Nexus på sygeplejekontor og ringes ind til eHospital.

Tavle på FKA-stue, i medicinrum og på sygeplejekontor.

Anm.: Data fra analyse 1 (etnografisk studie). Workshop-deltagere har valideret og udfoldet observationer.

Note: * Til samarbejde og arbejdsgange via analoge og digitale løsninger/systemer.

Kilde: VIVE.

Betydningen af en ufuldstændig digital understøttelse af FKA-samarbejdet kommer også til udtryk i kvalitetssygeplejerskens betragtninger:

Vores største udfordring, jamen det er jo de her forskellige systemer, vi arbejder i. Vi arbejder i Sundhedsplatformen, og kommunerne arbejder i Nexus (...) det er en udfordring, fordi der er ikke noget inde i kommunens system, fordi det ikke er udviklet til det, der ligesom ringer med en alarmklokke [ved negativ udvikling i observationer og målinger, red.] og siger, 'nu skal du kontakte lægen!'. Så det hviler jo rigtig meget op ad det enkelte personale, uanset hvad uddannelse man har, at man ved, og man føler sig tryk ved at vide, hvornår skal man kontakte lægen.

Kvalitetssygeplejersken fra eHospitalet påpeger, at **det kommunale system ikke er designet til at understøtte de kliniske opgaver** med observationer og handlinger, som ordineres fra eLægen, sådan som de forefindes i sygehusets system. Det betyder, at hun i praksis (som FKA-underviser) oversætter fra sygehusets *Handlingsaksiomer i SP* (der giver automatiseret beslutningsstøtte, hvis målinger udvikler sig negativt) til fysiske handlingskort, som FKA-behandlere kan bruge. Handlingskortet er tænkt som en hjælp i kommunal kontekst

til at guide observationer og til at notere målinger i, men det yder ikke i samme grad som det digitale handlingsaksiom automatiseret beslutningsstøtte. Den fraværende IT-understøttelse af FKA-samarbejdet i kommunal kontekst betyder konkret to ting:

- At FKA-behandlerne ikke er givet samme rammer for akutopgaver, som hvis de var ansat i sygehusregi.
- At ansvaret for at skabe arbejdsgange og løsninger for at registrere (målinger og observationer), monitorere, evaluere og handle kommer til at hvile på den enkelte FKA-behandlers skuldre.

Som beskrevet i kapitel 5.2.2 har FKA-behandleren mange arbejdsgange med at oversætte observationer og målinger ind i omsorgsjournalen, kopiere eLægens korrespondance ind i journalen, oprette IV-behandlingsopgaver på tværs af vagtskifte m.m. Følgende dialog mellem tre FKA-behandlere og en IT-medarbejder fra regionen giver et indblik i udviklingsaspekter for at give kommunen adgang til informationer i sygehusets journal (SP) og i FKA-behandlernes forventninger og erfaring med deres egen system, Nexus:

FKA-behandler 1: *Det er lige præcis, fordi vi ikke har nogen systemer, som hjælper os. Det kan jo ikke hjælpe os til at have det her flow, og I [eHospitalet og sygehusene, red.] kigger ind i noget helt andet, og vi kigger ind i noget [Nexus, red.], som overhovedet ikke er bedre en SP.*

IT-medarbejder fra region: *Der er jo blevet etableret den her såkaldte 'kiggeadgang' til SP.*

FKA-behandler 2: *Det er slet ikke nok.*

IT-medarbejder fra region: *Der kan man jo i hvert fald få et indblik på patienten.*

FKA-behandler 1: *Jamen, problemet er jo, at så snakker vi styresystemer osv. Og hvad bruger personalet deres tid på! Så skal vi ind og kigge et nyt sted, og så har vi fire forskellige platforme, vi skal ind og kigge på, og det duer simpelthen ikke.*

FKA-behandler 2: *Og i forvejen har vi 40 forskellige steder i Nexus, hvor man kunne tænkes at have skrevet noget, som måske har noget med det at gøre.*

FKA-behandler 3: *Vi snakker virkelig politisk, hvad man vil med dokumentation generelt?*

FKA-behandler 1: *En patientjournal, der dækker på tværs!*

FKA-behandler 2: *Den skal kunne dække det hele. Og da man lavede Nexus til fælles sprog 3, hvorfor tænkte man ikke ind i noget som helst? Vi skulle jo have nyt alle sammen!*

FKA-behandler 3: *Også i forhold til den politiske ramme, hvis man vil det her tværsektorielle, så skal der også noget til.*

FKA-behandler 2: *Det her er virkelig dér, problemet er.*

Som det fremgår, er FKA-behandlerne bevidste om det politiske ansvarsniveau, hvis man reelt set vil understøtte det tværsektorielle samarbejde. Det vil kræve IT-tilpasninger, men FKA-medarbejderne er ikke interesseret i et system/"platform" mere, som de skal ind og kigge i. I stedet efterlyser de en gennemtænkning af, hvad dokumentation skal bruges til – også med henblik på generelle forbedringer af deres eget system og manglen på en relevant, struktureret brugerflade, hvor de ikke skal lede "40 forskellige steder".

eLægen efterlyser også informationer fra kommunen og sammenligner med de informationer, der vil være tilgængelige, hvis patienten havde været indlagt på sygehuset. Her vil observationer være tilgængelige for dem alle:

Det vil være rigtigt rart, hvis man har et system, hvor man ser de notater, der bliver skrevet i Nexus eller i kommunalt regi. 'Vedkommende har haft diarre gange mange' eller et eller andet, eller 'har slet ikke spist og drukket'. Så de der observationer vi mister, når vi arbejder med to forskellige systemer, hvorimod på sygehuset, der har du alle de observationer fra plejepersonalet på en patient, der er indlagt på et sengeafsnit.

Kvalitetssygeplejersken, FKA-behandlerne og eLægen efterlyser samlet bedre understøttelse af FKA med mere sømløs adgang til informationer og med brugerflader, som understøtter deres opgaver og arbejdsgange.

En FKA-behandler beskriver en vision for FKA-samarbejdet i form af deres egen tværsektorielle IT-platform, som vil samle alle deres fælles dokumentationer og aktiviteter i 'eHospitalet:

*Løsningen er, at vi havde en **fælles IT-arbejdsplatform**, vi kunne gå ind i. En der hed **eHospitalet**. Det ville være løsningen på det hele, tror jeg. Også i forhold til **stuegang og dokumentation og ordination** og alting (...) det ville være helt perfekt, og så ville man **undgå***

utilsigtede hændelser. Ikke fordi vi har så mange af dem, men det ville blive færre, hvis det er. Eller, der vil måske slet ikke komme nogen.

Den regionale IT-leder genkender kritikken og finder også, at der er *"ikke noget quick-fix"*. Der er ikke nogen forventning om et fælles dokumentationssystem. De vil fortsat skulle dokumentere i hvert deres system. I stedet ser IT-lederen det som en mulighed at skabe samarbejder mellem systemerne: *"så vi kunne sikre, at den information egentlig flød mere sømløst"*.

6.5.1.1 Udvidet samarbejde mellem regional og kommunal sundheds-IT

En mulig udviklingsvej for mere sømløs information kunne ifølge IT-lederen være, hvis IT i regionen og den kommunale IT arbejder sammen om at integrere de data, som FKA-behandlerne laver via LevVel-patient-appen til klinikerportalen, så data også sendes til omsorgsjournalen (Nexus), således at FKA-behandleren ikke selv skal taste dem ind. Det vil som en start give begge parter, særligt også FKA-behandlerne, mindre dobbeltdokumentation ved adgang til data fra TOBS-udstyret. En mere sømløs dokumentation kan yderligere opnås ved automatisk deling og integration af testresultater fra POCT-udstyret fra manuelle og mundtlige former for overlevering alene.

Der er også andre forbedringsforslag til mere sømløs integration, nemlig hyppigere opdateringer af FMK, så FKA-behandlere kan se "det samme" som eHospitalet uden forsinkelser på medicinordinationerne. Der er også et ønske om kommunal skriveadgang, så FKA-behandleren kan kvittere ('tidstro effektivering'), når medicinen er givet. Det øger patientsikkerheden – både i vagtskifte på FKA-pladsen, hvor de kan se, om medicinen er givet eller ej, og ved at eLægen kan evaluere målinger af behandlingseffekten, fx infektionstal, ud fra kendskabet til tidspunktet på, hvornår behandlingen er givet.

6.6 Konklusion, analyse 2

Brugerinddragelsen peger på fem overordnede tematikker i forbindelse med at tilbyde FKA, som er vigtige at tage stilling til i samarbejder mellem kommuner og eHospitalet i Region Sjælland. Disse fem er:

- *Hvilke forløbstyper, en kommune ønsker at samarbejde med regionen om:* Besvarelsen heraf hænger sammen med, hvad kommunen vælger at tolke som udslagsgivende for det politiske mål om "sundhed tæt på borgeren". Spørgsmålet er ledsaget af, hvilke økonomiske incitamenter der kan indgå

i driften af FKA-pladser, samt hvilke målsætninger for belægningsgrad man kan indgå aftaler om med hinanden. Det er vigtigt at skabe flow til pladserne ved at afstemme ressourcer og kapacitet hos begge parter. Et stabilt flow kan også bidrage til læringsmiljøet for FKA-kompetencer i praksis.

- *Stillingtagen i den pågældende kommune til, om både sygeplejersker og SSA'er kan kompetenceudvikles til FKA, samt hvilke opgaver SSA evt. kan indgå i eller få overdraget fra den øvrige pleje:* Udfærdigelse af kompetencekort til FKA-opgaver kan understøtte trygheden i den kommunale arbejdsdeling.
- *Mulighed for øget tilgængelighed af lægehjælp fra eHospitalet:* FKA-samarbejdet skaber nye samarbejdsrelationer mellem kommunale medarbejdere og eLægen. Adgangen til eLægen hele døgnet hele året rundt giver helt nye muligheder for at støtte kommunale medarbejdere i at behandle og pleje kommunens borgere med vidensdeling og beslutningsstøtte fra eHospitalet.
- *Skabelse af en ny kommunal og tværsektoriel sundhedsaktør, FKA-behandleren i FKA-teamet med eLægen:* Sygeplejersker og SSA'er med interesse for det akutte og medicinske område kan kompetenceudvikles til FKA med visse kompetencemæssige forskelle. Kun sygeplejersker forestår opgaver med intravenøs medicinsk behandling. I rollen som FKA-behandler adskiller de sig på væsentlige områder fra samme faggrupper i både den kommunale pleje og på sygehusene. I kommunalt regi kan de indgå i team-samarbejde med eLægen og hermed igangsætte behandlinger, der kan forebygge sygehusindlæggelse. Som FKA-behandlere og som team har de dog ikke samme information og kommunikativ infrastruktur til rådighed som i sygehusregi, hvilket kan bidrage til utryghed i opgaveløsninger i tilknytning til FKA.
- *Udvikling af digital kommunal infrastruktur til understøttelse af patientsikkerhed og tryghed i FKA-teams samarbejde:* Der er udviklet digitale løsninger via eHospitalet til at muliggøre FKA på kommunale pladser, såsom eStuegangs-app og LevVel-patient-app til deling af vitale data fra TOBS i LevVel-klinikerportalen. Integration til kommunens journalsystemer mangler dog på en hensigtsmæssig måde, der understøtter den enkelte FKA-behandlers monitorerings- og vurderingsopgaver hos patientborgeren samt FKA-samarbejde på tværs af vagtskifte på plejecenteret med FKA-pladser og med de øvrige parter i kommunen og eHospitalet om patientborgerens forløb. Det er således en udviklingsopgave i kommuner med partnerskab med DNS og FKA i eHospitalet, der alt andet lige er en generel problematik for begge parter – det vil sige kommune og region med

sundhedspolitiske mål om at flytte sygehusopgaver fra sekundærsektoren og over til primærsektoren.

Erfaringerne fra Kalundborg Kommune, Næstved Kommune og eHospitalet med udvikling af FKA-pladser på to plejecentre giver således input til den sundhedspolitiske dagsorden generelt, men særligt til kommuner med interesse for at bringe sundhedsvæsenet tættere på deres ældre borgere med infektionsproblematikker og væskemangel. Rapportens Del 1 udfolder disse sundhedspolitiske spørgsmål i tilknytning til FKA.

Litteratur

Andersen, K. J. (2019a). Fire forslag til forbedringer. *Sygeplejersken*, 14, 33–35.

Andersen, K. J. (2019b). Midlertidige pladser i lovgivningslimbo. *Sygeplejersken*, 14, 24–25.

Andersen, T. K., & Reiermann, J. (2023). Mens regionerne nedlægger sygehussenge, har kommunerne oprettet 3.800 sengepladser. Retrieved November 2, 2023, from mandagmorgen website: <https://www.mm.dk/artikel/mens-regionerne-nedlaegger-sygehussenge-har-kommunerne-oprettet-3800-sengepladser>.

Borycki, E. M., & Kushniruk, A. W. (2010). Towards an integrative cognitive-socio-technical approach in health informatics: Analyzing technology-induced error involving health information systems to improve patient safety. *The Open Medical Informatics Journal*, 4, 181–187.

Buch, M. S., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2019). *Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus: Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Christoffersen, C. (2022). Fokus på de kommunale akutfunktioner. *Månedsskrift for Almen Praksis*, juni-juli, 488–494.

Cole, M., & Engeström, E. (1993). A cultural-historical approach to distributed cognition. In G. Salomon (Ed.), *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 1–46). Cambridge: Cambridge University Press.

Engeström, Y. (1986). The zone of proximal development as the basic category of educational psychology. *The Quarterly Newsletter of LCHC*, 8, 23–42.

Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. New York: Cambridge University Press.

Engeström, Y. (1998). Den nærmeste udviklingszone som den basale kategori i pædagogisk psykologi. In M. Hermansen (Ed.), *Fra læringens horisont - en antologi* (pp. 11–150). Århus: Klim.

Grew, J., Thomsen, M., & Schiøtz, M. L. (2022). Intersectoral Ward Rounds on Patients Admitted to Temporary Twenty-Four-Hour Accommodations in Denmark: Case Study. *International Journal of Integrated Care*, 22(1), 1–12.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2009). *Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)*. VEJ nr 115 af 11/12/2009. Tilgængelig: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115> [Set d. 06. 12. 2023].

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023). *Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed.

Korsgaard, G. (2021). Ny sundhedspartnerskabsaftale. Retrieved November 2, 2023, from tv-kalundborg.dk website: <https://tv-kalundborg.dk/nyheder/ny-sundhedspartnerskabsaftale/>.

Kristensen, F. B., & Hørder, M. (2001). *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen.

Kuutti, K. (1996). Activity theory as a potential framework for human computer interaction research. In B. A. Nardi (Ed.), *Context and consciousness: Activity Theory and Human-computer Interaction* (pp. 17–44). Cambridge MA: Massachusetts Institute of Technology.

Latour, B. (1993). *We Have Never Been Modern*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Latour, B. (1994). On Technical Mediation. *Common Knowledge*, 3(2), 29–64.

Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.

Leonardsen, A. L., Del Busso, L., Grøndahl, V. A., & Jelsness-Jørgensen, L. (2018). Handovers in primary healthcare in Norway: A qualitative study of general practitioners' collaborative experiences. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), 173–178.

Levvel Health ApS (2023). Fjernmonitorering & hjemmebehandling. Levvel Platform. Retrieved Nov. 16, 2023, from Levvel Health website: <https://levvel.health/losninger/>.

MedCom (2023). Kommunal adgang til Sundhedsjournalen. Retrieved November 13, 2023, from MedCom website: <https://medcom.dk/projekter/sundhedsjournalen/kommunal-adgang-til-sundhedsjournalen/>.

- Nicolini, D. (2009). Zooming In and Out: Studying Practices by Switching Theoretical Lenses and Trailing Connections. *Organization Studies*, 30. 10.1177/0170840609349875.
- Næstved Kommune (2021). Ældre borgere kan blive indlagt på eHospital i Næstved. Retrieved November 2, 2023, from Næstved Kommune website: <https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/13630232/aeldre-borgere-kan-blive-indlagt-pa-ehospital-i-naestved?publisherId=13559609>.
- Nielsen, J., Dirckinck-Holmfeld, L., & Danielsen, O. (2003). Dialogue Design: With mutual learning as guiding principle. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 15(1), 21–40.
- Nystrøm, V., Lurås, H., Midlöv, P., & Leonardsen, A.-C. L. (2021). What if something happens tonight? A qualitative study of primary care physicians' perspectives on an alternative to hospital admittance. *BMC Health Services Research*, 21(447), 1–10.
- Nystrøm, V., Lurås, H., Moger, T., & Leonardsen, A.-C. L. (2022). Finding good alternatives to hospitalisation: A data register study in five municipal acute wards in Norway. *BMC Health Services Research*, 22(715), 1–12.
- Pinborg, K. (2020). Forsker: Coronaepidemien afslører manglende forståelse på tværs af sektorer. Retrieved November 2, 2023, from Dagens Medicin website: <https://dagensmedicin.dk/forsker-coronaepidemien-afsloerer-manglende-forstaaelse-paa-tvaers-af-sektorer/>.
- Praktiserende Lægers Organisation, & Kommunernes Landsforening (Udateret). *Definition af midlertidige døgndækkede pladser*. København: Kommunernes Landsforening.
- Region Sjælland. (2021a). *Principper for samarbejde om Fremskudt Kommunal Akutfunktion*. Sorø: Region Sjælland [Upubliceret].
- Region Sjælland (2021b). *Beskrivelse af Fremskudt Kommunal Akutfunktion, 12. juni 2021*. Sorø: Region Sjælland [Upubliceret].
- Region Sjælland (2022). *IV samarbejde med kommunerne*. Nyhedsmail fra Region Sjælland. Publiceret 11. august 2022. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/nyheder/generelle-meddelelser/iv-samarbejde/>[Set d. 17.10.2023].
- Region Sjælland (2023a). *Håndbog - Det Nære Sundhedsvæsen, version 22* (Dokumentnummer: 651893), godkendt 26. maj 2023: *Indlagt i eHospital på Fremskudt Kommunal Akutfunktion (FKA)*. Tilgængelig på:

<https://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=651893&q=651893> [Set d. 13. nov. 2023].

Region Sjælland (2023b). *Om Det Nære Sundhedsvæsen*. Tilgængelig på: <https://www.regionsjaelland.dk/servicemenu/om-os/organisation/det-naere-sundhedsvaesen/om-det-naere-sundhedsvaesen> [Sidst opdateret den 8. aug. 2023, - set d. 13. dec. 2023].

Ryberg, T., Buus, L., Nyvang, T., Georgsen, M., & Davidsen, J. (2015). Introducing the collaborative e-learning design method (CoED). In M. Maina, B. Craft, & Y. Mor (Eds.), *The Art & Science of Learning Design* (pp. 75–91). Leiden: Brill Academic Publishers.

Social Sundhed og Beskæftigelse Myndighedsafdeling (2021). *Resumé af intern evaluering: Akutplads i eget hjem*. Svendborg: Svendborg Kommune.

Star, S., & Ruhleder, K. (1996). Steps Toward an Ecology of Infrastructure: Design and Access for Large Information Spaces. *Information Systems Research*, 7(1), 111–134.

Sundhedsmonitor (2023). Kommunerne har oprettet 3.800 midlertidige pladser, 5. sept. 2023, tilgængelig på Sundhedsmonitors website: <https://sundhedsmonitor.dk/nyheder/art9509528/Kommunerne-har-oprettet-3.800-midlertidige-pladser> [2. nov. 2023].

Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., & Løfgren, B. (2010). ABCDE – systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom. Tilgængelig på Ugeskrift for Lægers website: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/abcde-systematisk-tilgang-til-patienter-med-kritisk-sygdom>.

Vinge, S., Buch, M. S., & Kjellberg, P. K. (2021). *Det kommunale akutområde – Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Wentzer, H. (2004). Technology Development and Implementation in the Public Health Institutions: A strategic and pedagogical task for the learning organization. In A. Hasman, B. Blobel, J. Dudeck, R. Engelbrecht, G. Gell, & H. Prokosch (Eds.), *Medical Infobahn for Europe* (pp. 264–270). Amsterdam: IOS Press.

Wentzer, H., Dirckinck-Holmfeld, L., & Coto, M. (2010). Dialogue design – transformation of identity and local practice: An open-ended story on networked learning. In L. Dirckinck-Holmfeld, V. Hodgson, C. Jones, M. de Laat, D. McConnell, & T. Ryberg (Eds.), *Proceedings of the 7th International*

Conference on Networked Learning 2010, (pp. 446–454). Lancaster: Lancaster University.

Wentzer, H. (2015). Koordinering af teamsamarbejde i opfølgende hjemmebesøg med video: Et eksperiment til innovation af tværsektorielle patientforløb. In S. Frimann, M. Sørensen, & H. S. Wentzer (Eds.), *Sammenhænge i sundhedskommunikation* (pp. 83–129). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Wentzer, H. (2019). Technology in Context: Vulnerability in Surgery. In N. Meier & S. Dopson (Eds.), *Action in Context*. Oxford: Oxford University Press.

Wentzer, H., & Bygholm, A. (2007). Attending unintended transformations of health care infrastructure. *International Journal of Integrated Care*, 7(4), 1–13.

Wentzer, H. (2020). *Fra hospital til hjem: Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bilag 1 Principper for samarbejde om Fremskudt Kommunal Akutfunktion



Sorø d. 6. juni 2021

Baggrund

Som led i coronaberedskabet har eHospitalet i samarbejde med Kalundborg og Næstved kommuner bl.a. foretaget en afprøvning af "Fremskudt Kommunal Akutfunktion", hvor kommunernes akutsygeplejefaglige personale har kunnet henvise til indlæggelse i eHospitalet med fysisk placering af borgere på kommunale akutpladser.

Afprøvning af ovenstående model som led i coronaberedskabet har demonstreret, at eHospitalet i samarbejde med kommunerne kan levere sundhedsydelser, der p.t. varetages på matrikulære sygehuse, tættere på borgernes eget hjem og hverdagsliv. Endvidere har modellen vist, at behandlingsansvaret varetages af eHospitalet på distance i samarbejde med kommunernes borgernære pleje kan foregå smidigt, patientsikkert og med høj grad af tilfredshed for patienter, pårørende og sundhedspersonale.

I løbet af 2021 tilbyder eHospitalet samarbejde om "Fremskudt Kommunal Akutfunktion" de til øvrige kommuner i Region Sjælland i en løbende proces, som sikrer tid til dialog og tilpasning af tilbuddet med den enkelte kommune. Formålet er at sikre smidig implementering samt løbende afklaring af spørgsmål og tilpasning til de opnåede erfaringer. Desuden vil de konkrete samarbejdsmodeller i størst muligt omfang blive tilpasset lokale behov i den enkelte kommune

Principper for samarbejde med den enkelte kommune

Når eHospitalet påbegynder et samarbejde om "Fremskudt kommunal akutfunktion" med en kommune i regionen, sker det ud fra følgende principper:

- Tilgængelighed
 - Tilbuddet kan omfatte alle borgere, som opfylder de aftalte kriterier

- Alle kommuner vil få tilbud om at indgå samarbejde
- eHospitalets tilbud omfatter som udgangspunkt hele døgnet og alle ugens dage.
- Opgaver og ansvar er beskrevet i notatet "Beskrivelse af frem-skudt kommunal akutfunktion"
- Frivillighed
 - Kommunen beslutter selv hvilket kapacitet herunder lokationer og evt. antal sengepladser, som skal indgå i akutfunktionen. Kapaciteten kan ændres løbende.
 - Samarbejdet kan ophøre med et aftalt varsel, eller når en af parterne ønsker det.
 - Kommunen kan altid i de konkrete patientforløb acceptere eller afvise en borger, som samarbejdsparten ønsker tilknyttet akut-funktionen.
- Fælles ansvar for løbende justering
 - Parterne monitorerer løbende udvalgte måltal knyttet til kapaci-tetsudnyttelse og ressourceforbrug samt til klinisk og patient-oplevelset kvalitet.
 - Parterne aftaler, hvordan det løbende forbedringsarbejde skal foregå, og alle parter kan når som helst rejse ændringsønsker.

Bilag 2 Retningslinjer for FKA-samarbejdet

Det tværsektorielle samarbejde i eHospitalet er ekspliciteret i regionens håndbog med Retningslinjer (Region Sjælland, 2023a) under overskriften: "Indlagt i eHospital på Fremskudt Kommunal Akutfunktion". Retningslinjen er udformet som en instruks¹⁴ rettet imod læger, sygeplejersker, SSA'er og sekretærer ansat i eHospitalet og sygeplejersker og SSA'er ansat i kommunalt regi. Instruksen er inddelt i fire hovedpunkter:

- 1. Formål
- 2. Anvendelsesområde
- 3. Fremgangsmåde
- 4. Ansvarsforhold.

De følgende afsnit gengiver elementer under punkt 3 (Fremgangsmåde) og dernæst punkt 4 (Ansvarsforhold). De er valgt, fordi de giver læseren indblik i formelle aspekter af FKA-samarbejdet, men også en overordnet forståelse for hvad den fremskudte akutbehandling går ud på, samt hvilken part der gør hvad og med hvilket formelt ansvar.

Den formelle fremgangsmåde

Instruksen 'Fremgangsmåde' opridser væsentlige elementer i et FKA-samarbejde om et patientbehandlingsforløb på en kommunal plads. Elementerne er:

- 1. Visitation af patient til FKA-plads**
2. Patientens samtykke til indlæggelse og behandling i regi af eHospitalet
- 3. Behandling**
- 4. Blodprøvetagning og andre undersøgelser**
- 5. Medicinhåndtering og iltbehandling**
- 6. Afslutning af forløb**
7. Ved mors (patientborgeren dør)
8. Befordring (patienttransport).

¹⁴ Den lægefaglige vicedirektør for det Nære Sundhedsvæsen har det overordnede ansvar for instruksen. Medarbejdere i eHospitalet har ansvar for at kende og anvende instruksen. For patientforløb ved FKA er det gældende, at eHospitalet har behandlingsansvaret for patientforløbet. Kommuner med FKA har det overordnede ansvar for at implementere retningslinjen i kommunen. Det kommunale plejepersonale har det plejemæssige ansvar for håndteringen af patientborgere i FKA. De plejemæssige opgaver inkluderer delegeret arbejde, fx medicinhåndtering, der sker på delegering fra eHospitalets behandlingsansvarlige læge.

Beskrivelserne af elementerne med fed skrift (punkterne 1, 3, 4, 5 og 6) gengives i det følgende, da de samlet giver en forståelse af formelle aspekter i FKA-samarbejdet om et behandlingsforløb. De giver også indblik i, hvem der er ansvarlig for hvilke opgaver, og hvorledes de forventes udført. Der refereres også til en række kliniske teknikker og redskaber, som bliver væsentlige for kommunen at have kendskab til og beherske for at kunne udfylde deres del af samarbejdet.

Behandlingselementer i FKA-samarbejdet

Punkt 1: Visitation af patient til FKA-plads

Visitation til behandling i eHospitalet kan ske flere steder fra. Patienten kan blive henvist fra udskrivende læge fra sygehusafdeling til eHospitalet eller fra almen praksis og lægevagten. Endelig kan kommunen også selv eller efter kontakt til patientens egen læge visitere borgere til eHospitalet. Indlægges patienten i eHospitalet fra kommunen eller almen praksis, overtager eHospitalet behandlingsansvaret "med mulighed for et samarbejde med patientens egen læge eller øvrige sundhedsaktører". Kommer patienten fra en sygehusafdeling, opretholder udskrivende afdeling ansvaret for behandlingsplanen og eHospitalet for planens effektuering. Under indlæggelsesforløbet i eHospitalet ligger behandlingsansvaret entydigt hos eLægen.

Skal patienten behandles på FKA-plads, har eHospitalet visitationsretten. eLægen vurderer ud fra visitationskriterier, hvorvidt patienten er egnet til at modtage behandling på den Fremskudte Kommunale Akutplads (Region Sjælland, 2023a).

Punkt 3: Behandling

Behandling er længst og mest udførligt. Behandlingen indledes med beskrivelse af opgaverne, 'virtuel journaloptagelse' og 'stillingtagen til behandlingsloft', som udføres af eHospitalets læge. Der er vedhæftet et bilag til kommunens ansatte til 'Stuegangsforberedelse', således at de kan forberede en virtuel stuegang mellem patientborgeren på deres kommunale FKA-plads og eHospitalets læge. Instruksen beskriver endvidere, hvorledes "personalet på de kommunale akutfunktioner skal orientere lægen, hvis tilstanden hos borgeren forværres i forhold til det forventede. At lægen vurderer behovet for observationshyppigheden, og at det kommunale personale anvender "TOBS-scoring" samt "klinisk vurdering af ABCDE-algoritmen". "Algoritmen skal implementeres og anvendes af personalet således, at der aldrig er tvivl om, hvornår lægen skal kontaktes" (Region Sjælland, 2023). Til TOBS-scoring skal kommunens personale måle vitale værdier på de af eHospitalets leverede måleenhe-

der. På det udleverede apparatur kan der måles blodtryk, saturation (iltmætning), puls, respirationsfrekvens og temperatur. Data herfra sendes til et patientoverblik i en klinikerportal, "LevVel-patient" administreret af eHospitalet (Levvel Health ApS, 2023). Det fremgår også, at den kommunale akutfunktion på døgnbasis har mulighed for at anmode om rådgivning og vejledning om den specifikke behandlingsindsats, bl.a. via angivelse af telefonnummer på eLægen og eSygeplejersken samt eHospitalets hovednummer.

Punkt 4: Blodprøvetagning og andre undersøgelser

Instruksen 'Blodprøvetagning og andre undersøgelser' beskriver udstyr, der skal anvendes til målinger på FKA-pladserne samt link til 'Kvikguides'. Der nævnes også teknikkerne POCT-udstyr (måling af venøs blodgas), CRP (måling af infektion) og Clinitek (urinalyseapparat), der samlet set indgår som metoder, det kommunale personale kan anvende efter ordination fra eLægen til at opspore og vurdere udvikling i sygdomme.

Punkt 5: Medicinhåndtering og iltbehandling

Under 'Medicinhåndtering og iltbehandling' fremgår det, at medicinske behandlinger – herunder intravenøs behandling (IV), væskebehandling og iltbehandling – altid udføres på baggrund af lægefaglig ordination, at der er lavet en "Rammedelegation af akutmedicin til voksne hos indlagte patienter i fremskudt kommunal akutfunktion" (med instruksnummer 654690), og at medicinhåndtering derfor er en del af kompetenceudvikling til kommunale personaler. Medicin bestilles endvidere af eSygeplejersken via link til sygehusapotek og er således en sygehusudgift, ligesom det er tilfældet under en ordinær hospitalsindlæggelse. Det er ikke en udgift for kommunen eller borgeren selv. Det er ikke nævnt eksplicit i instruksen, at FKA-pladser ikke har mulighed for den samme iltbehandling som på hospitalet, da de kommunale sengestuer ikke har indlagt ilt i væggene og ej heller 'sug', hvis patientens luftveje er blokeret af sekret/slim.

Punkt 6: Afslutning af forløb og dokumentationer

Vedr. 'Afslutning af forløb' skal eLægen udskrive, så snart patienten er færdigbehandlet – og herunder tage stilling til behandlingsniveauet, give egen læge besked om indlæggelsen og behandling (epikrise) og dokumentere forløbet efter 'tværregionale retningslinjer'. Lige så gøres der opmærksom på, at allerede eksisterende aftaler vedrørende Epikrise, Plejeforløbsplan og Udskrivelsesrapport, Fælles Medicinkort (FMK) og Genoptræningsplaner (GOP) følges, samt at det skal indgå i Plejeforløbsplan og Udskrivelsesrapporten, at det drejer sig om en udskrivelse fra eHospitalet.

Instruksen 'Fremgangsmåden' for FKA-samarbejdet indeholder således mange opgaver, teknikker og bestemmelser for det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen.

Ansvarsforhold i FKA-samarbejdet

Instruksens punkt 4 beskriver partnernes overordnede ansvarsområder.

Det kommunale ansvar

Kommunen er ansvarlig for, at "*pleje og behandling på kommunale akutpladser er tilgængelig 24 timer i døgnet alle ugens syv dage. Indsatserne skal kunne etableres og leveres indenfor 12 timer og i dagtimerne, under hensyntagen til at kapacitet og de rette kompetencer er til stede*" (Region Sjælland, 2023a). Det fremgår ikke eksplicit, at kommunen ikke er forpligtiget til at tage imod patienter til behandling på FKA-plads i eHospitalet, men kun at der skal tages hensyn til kapacitet og kompetencer.

Det gentages fra beskrivelsen af fremgangsmåden, at det kommunale personale skal lave tidlig opsporing af begyndende sygdom, TOBS og lave klinisk vurdering ved ABCDE-algoritmen, som der linkes til. Herefter følger også, at eHospitalets Mobile Behandlingsenheder (MBE) kan rekvireres til hjælp, men at det er eLægen, der vurderer, om MBE kan være behjælpelig.

Det regionale ansvar

Med henblik på at sikre de rette kompetencer på FKA-pladserne er eHospitalets opgaver at stille "*undervisere til rådighed til oplæring af det kommunale sundhedsfaglige personale*" (Region Sjælland, 2023a). Læringsmålene vedrører observationer og handlingsalgoritmen, som skal "*følges ensartet*" (Ibid), og som målrettes til både sygeplejersker og SSA'er. Endvidere stilles kompetenceudvikling til korrekt medicin håndtering til specifikt sygeplejersker til rådighed.

eHospitalet forpligtiger sig videre på at være ansvarlig for at etablere virtuelle kvalitets- og refleksionsmøder i samarbejde med den kommunale FKA-kontaktperson med formålet om kontinuerlig fokus på faglige områder til afklaring af indsatsområder.

Kommunalt medicinrum under eHospitalets ansvar

Etablering af et medicinrum i kommunen i tilknytning til FKA-pladserne er endvidere beskrevet. En liste angiver, hvorledes eHospitalets farmaceut er be-

hjælpelig med etablering af medicinrum og medicinmappe samt med lokale instrukser i kommunen – herunder lovpligtige tilsyn til medicinrummet og introduktion og undervisning af personalet om medicinhåndtering og arbejdsgange omkring medicinrummet. Farmaceuten står også for at styre og kvalitetssikre standartsortimentet i samarbejde med den lægefaglige chef for eHospitalet.

eHospitalet står endvidere for at bestille varer til medicinrummet, hente prøver, kvalitetssikre POCT-udstyr løbende og understøtte videre kompetenceudvikling af kommunens personale.

Instruksen er således et vigtigt dokument for tilrettelæggelse af det tværfaglige samarbejde om behandling i eHospitalet.

Bilag 3 Ordliste

ABCDE-metoden er et klinisk vurderingsværktøj og handlingsredskab ved kritisk sygdom. Ved at anvende ABCDE bruger hospital og kommune samme sprog både i vurderings-, handlings- og kommunikationsøjemed.

CRP til måling af infektionstal i blodprøve. CRP står for C-reaktivt protein, der er et akut-fase-protein, som stiger ved inflammatoriske tilstande. Måling af CRP skal ske efter ordination fra læge.

Det Nære Sundhedsvæsen (DNS), Region Sjælland har ansvar for at udvikle fremtidens sundhedstilbud i samarbejde med sygehusene, kommunerne, praksissektoren og borgerne. Det er etableret i 2019 med henblik på at bringe sundhedstilbuddene tættere på borgerne i Region Sjælland. Det har fire kliniske funktioner, hvoraf eHospitalet er et af dem, jf. Om Det Nære Sundhedsvæsen (Region Sjælland, 2023b).

EOJ (den elektroniske omsorgsjournal) er en journal, hvor medarbejderne rapporterer fakta om borgerne – fx om medicin, pleje og sociale emner. Størstedelen af kommunerne i Region Sjælland anvender en EOJ udviklet af Nexus.

IV (intravenøs) betyder, at en medicinsk behandling gives direkte i blodbanerne.

IV-aftale er en aftale om, at intravenøs (IV) behandling kan udføres som opgaveflyt fra regionen til kommunen, efter patienten har været i kontakt med hospitalet. Dette betyder, at IV-behandling, som er påbegyndt på en hospitalsafdeling, følges op i patientens hjemkommune. Det er frivilligt, om kommunen vil deltage, da hensynet til patientsikkerheden gør, at kommunen til en hver tid har mulighed for at vurdere, om de fornødne sundhedsfaglige kompetencer er tilstede. Der lægges vægt på, at det er efter patientens ønske, og at den kommunale organisation har de fornødne ressourcer. Størstedelen af Region Sjællands kommuner har en IV-aftale med Det Nære Sundhedsvæsen (DNS), Region Sjælland (Region Sjælland, 2022).

LevVel-connect er en kommunikationsløsning udviklet til digital monitorering af borgere og patienter i kommunale rammer (plejecentre, akutpladser og eget hjem). Kommunale medarbejdere kan via en app (LevVel-patient) med Bluetooth sende vitale værdier (temperatur, puls, blodtryk og ilt-saturation) fra TOBS direkte til lægerne med henblik på at give dem et kontinuerligt indblik i ændringer i patientens tilstand. eHospitalet kan i 'Klinikerportalen' læse data fra LevVel-connect. Vagthavende eLæge modtager også advarsler på mobilen ved alvorlige ændringer i en patients målinger (Levvel Health ApS, 2023). De

kommunale medarbejdere, herunder FKA-behandlerne, indfører værdierne fra TOBS-målingerne manuelt i eget journalsystem.

MTV (Medicinsk teknologivurdering) er en systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi. En MTV er ikke i sig selv en beslutning, men er et veldokumenteret grundlag for mulige beslutninger.

Nexus er et kommunalt IT-system, også kaldet 'elektronisk omsorgsjournal' eller 'omsorgssystem'.

Patientborger er en sammentrækning af begreberne 'patient' og 'borger'. Den kommunale pleje betegner gerne deres brugere som 'borgere', men sygehuset refererer til 'patienten'. Betegnelsen 'patientborger' bruges i denne afrapportering til at angive det dobbelte organisatoriske og kontekstuelle forhold, som den ældre person, som modtager behandling via FKA, befinder sig i.

POCT (Point-of-care testing/technology) er en fælles betegnelse for diagnostiske undersøgelser, der udføres ved patientens seng ('bedside') eller i nærheden af patienten ('near-patient-testing'), og hvor undersøgelsesresultatet skal indgå i vurderingen af en patients behandling.

PVK (perifert venekateter) er en blød og meget kort plastikslange, der er ført gennem huden ind i en blodåre, fx i håndryggen. Gennem kateteret kan der gives medicin, væske og blodprodukter. Kateteret er et fremmedlegeme, og der er risiko for, at bakterier kan trænge ind gennem katetrets åbning eller ved indstiksstedet i huden. Derfor er det vigtigt med god hygiejne og observation af katetret.

SP (Sundhedsplatformen) er den digitale patientjournal i Region Sjælland og Region Hovedstaden i Danmark. Leverandør er EPIC.

Sundhedspartnerskab er udtryk for en aftale indgået mellem Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland og en kommune til udvikling og demonstration af nye tværsektorielle løsninger og samarbejdsformer, både virtuelle og fysiske. Aftalen skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for patienterne og samtidig aflaste sygehusene. Den er en del af grundlaget for etableringen af de nye forpligtende og formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene og evt. nærhospitaler. Målet med et fælles sundhedspartnerskab er at skabe nære og sømløse pleje-, behandlings- og rehabiliteringstilbud af høj kvalitet for borgerne.

TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) er et klinisk redskab for sygeplejersker og SSA'er i primærsektoren. Det indebærer, at de rutinemæssigt

– og ikke efter klinisk skøn alene – måler puls, blodtryk, temperatur, bevidsthedsgrad og respirationsfrekvens, når de vurderer en borger. Formålet med brug af TOBS er på et tidligt tidspunkt at opdage forværringer i borgers helbredstilstand og kvalificere disse observationer ved måling af vitale værdier.

Triage er udtryk for et prioriteringssystem for vurdering af alvoren af patientens tilstand. Der er fem kategorier, der farvekodes med rød, orange, gul, grøn og blå. De tre første bruges til patientborgere i eHospitalet, idet de angiver, hvor hyppigt patienten skal observeres, og hvornår eLægen skal kontaktes akut. Det er eLægen, der bestemmer hyppigheden af observationer ud fra FKA-behandlingens TOBS-målinger og ABCDE.

Venflon. Et drop hedder venflon eller perifert venekateter (PVK) på fagsprog. Fordelen ved en venflon er, at man kan give medicin, væske og blod direkte i blodåren (intravenøst). Hvis du bliver indlagt eller skal behandles ambulantly over flere dage, kan det være, at sygehuspersonalet vælger at lægge et PVK.

VIVE