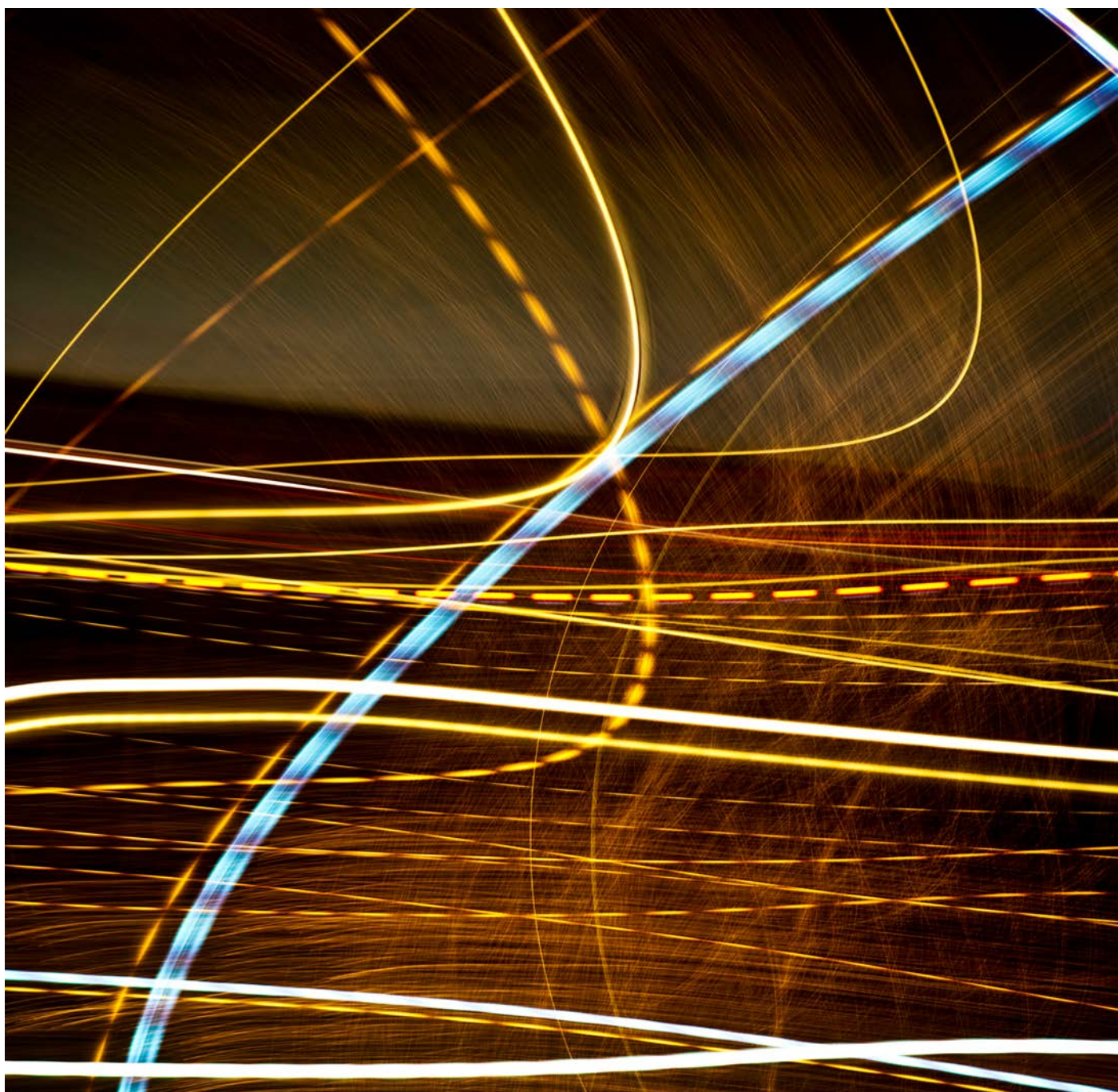


Sarah Wadmann, Jakob Kjellberg og Pia Kürstein Kjellberg

Enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden

Organisationsanalyse



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Enstrengt og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden
– *Organisationsanalyse* kan hentes fra hjemmesiden
www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-769-2
Projekt: 10779
Januar 2015

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

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



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Som led i etableringen af et enstrengt og visiteret akutsystem (EVA) overtog Region Hovedstaden pr. 1.1.2014 lægevagtsfunktionen fra PLO-Hovedstaden. Samtidig blev der indført visiteret adgang til regionens akutmodtagelser og -klinikker via Akuttelefonen 1813.

På opdrag fra Region Hovedstaden belyser denne rapport organiseringsprincipper, driftsmæssige udfordringer samt forbedringspotentialer i den aktuelle organisering af regionens akutsystem. Rapporten udgør anden delrapport i en samlet evaluering af EVA, som forestås af KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, i samarbejde med Region Hovedstaden.

Evalueringen af EVA følger et MTV-design (Medicinsk Teknologi Vurdering) med separate analyser af brugertilfredshed, organisation, teknologi og økonomi efterfulgt af en samlet konklusion (syntese):

- *Patientanalysen* undersøger borgeres og patienters tilfredshed med det enstrengede og visiterede akutsystem.
- *Organisationsanalysen* beskriver, hvordan det enstrengede og visiterede akutsystem fungerer i praksis og udreder behovet for driftsoptimering.
- *Teknologianalysen* belyser effekten af det enstrengede og visiterede akutsystem på henvisningsmønstre samt forbrug af sundhedsydelser.
- *Økonomianalysen* opgør udgifterne til drift af det enstrengede og visiterede akutsystem og vurderer sundhedsøkonomiske konsekvenser af ordningen.

KORA er ansvarlig for teknologi-, økonomi- og organisationsanalysen samt syntesen. Region Hovedstaden er ansvarlig for patienttilfredshedsanalysen og gennemgang af utilsigtede hændelser og journalgennemgang i forbindelse med teknologianalysen.

I denne rapport præsenteres resultater fra organisationsanalysen. Patienttilfredshedsanalysen er tilgængelig via Region Hovedstadens Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, 2014). KORAs samlede evaluering offentliggøres i januar 2015.

En følgegruppe har løbende fulgt evalueringsprocessen. Følgegruppen har bestået af:

- Koncerndirektør Svend Hartling (formand), Region Hovedstaden
- Direktør for Den Præhospitale Virksomhed Freddy Lippert, Region Hovedstaden
- Vicedirektør Lars Juhl Petersen, Gentofte Hospital
- Vicedirektør Leif Panduro, Hillerød Hospital (er pr. 1. september 2014 tiltrådt som centerdirektør på Rigshospitalet)
- Kredsformand Vibeke Westh i Kreds Region Hovedstaden, Dansk Sygeplejeråd
- Næstformand Claus Perrild i Praktiserende Lægers Organisation, Hovedstaden
- Direktør Kasper Axel Nielsen, Foreningen af Speciallæger
- Direktør Lars Mathiasen, Foreningen af Yngre Læger
- Direktør Katja Kayser, Københavns Kommune
- Sundheds- og Myndighedschef Mona van Gaever Larsen, Rudersdal Kommune
- Professor Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- Professor Allan Krasnik, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

- Forskningslektor Thorkil Thorsen, Forskningsenheden for Almen Praksis Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Enhed for Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden har varetaget sekretariatsfunktionen for følgegruppen. Følgegruppen har kommenteret på undersøgelsesdesignet forud for projektstart og på analyseresultater midtvejs i projektførelsen.

Før publicering er rapporten blevet kvalitetssikret af to eksterne reviewere. KORA ønsker at takke reviewerne for deres tid og værdifulde kommentarer til rapporten.

Studertermedhjælpere Signe Lund Tovgaard, Anja Elkjær Rahbek og Anne Shirin Ørberg takkes for dygtig hjælp i forbindelse med dataindsamlingen. Endelig en tak til alle de informanter, som via deres tid og indsigt har bidraget til at muliggøre denne analyse.

Sarah Wadmann, Jakob Kjellberg & Pia Kürstein Kjellberg

Januar 2015

Indhold

Resumé	7
1 Indledning.....	10
1.1 Rapportens struktur (læsevejledning)	10
2 Baggrund	11
2.1 Reform af akutte sundhedsydelser: Internationale erfaringer	11
2.2 Ændringer i det akutte sundhedsvæsen i Danmark	12
2.3 Enstrengt og visiteret akutsystem (EVA) i Region Hovedstaden.....	13
3 Metode	15
3.1 Organisationsanalysens design.....	15
3.2 Afgrænsninger	15
3.3 Datagrundlag.....	16
3.3.1 Ansvarsfordeling ved studiedesign, dataindsamling og analyse.....	16
3.3.2 Litteratursøgning	16
3.3.3 Observationer.....	17
3.3.4 Fokusgruppeinterview.....	18
3.3.5 Opfølgende dataindsamling.....	24
3.3.6 Konfidentialitet	24
3.3.7 Bearbejdning og analyse af observations- og interviewdata	25
4 Analyse.....	26
4.1 Hvilke organisatoriske forandringer involverer etableringen af det enstrengede og visiterede akutsystem?.....	26
4.1.1 Organisatorisk og fysisk samordning	26
4.1.2 Informationsteknologisk integration	31
4.1.3 Visiteret adgang	32
4.1.4 Ændret opgave- og ansvarsfordeling mellem faggrupper.....	35
4.1.5 Kvalitetsorganisation	42
4.1.6 Organisationsændringer: Opsummering	46
4.2 Hvornår giver den ændrede organisering af akutsystemet anledning til driftsmæssige udfordringer ved Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen, og hvordan søger personale og ledelse at håndtere udfordringerne?.....	46
4.2.1 Når tvivl om grænser for Akuttelefonen 1813's funktion vanskeliggør varetagelsen af gatekeeping-funktionen.....	46
4.2.2 Når organisationsændringer introducerer ny kompleksitet i visitationsopgaven	56
4.2.3 Når driftsmæssigt pres går ud over tid til oplæring og feedback	59
4.2.4 Begrænsede sundhedsfaglige ressourcer i én del af det akutte sundhedsvæsen kan reducere mulighederne for at disponere de samlede akutressourcer hensigtsmæssigt.....	64
4.2.5 Udfordringer på AMK-Vagtcentralen: Opsummering	71
4.3 Hvilke konsekvenser kan udfordringerne på AMK-Vagtcentralen have for andre dele af det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden?.....	71

4.3.1	"Fejlvisitationer" fra Akuttelefonen 1813 skaber ressourcekrævende arbejdsgange på de akutte modtagesteder	71
4.3.2	Kommunikationsproblemer gør det vanskeligt for alment praktiserende læger at følge op på henvisninger fra Akuttelefonen 1813.....	79
4.3.3	Når <i>regional</i> visitation møder <i>kommunal</i> visitation.....	82
4.3.4	Konsekvenser for andre dele af det akutte sundhedsvæsen: Opsummering.....	85
4.4	Hvordan kan arbejdsprocesser og samarbejdsrelationer forbedres med henblik på at skabe sammenhæng og god ressourceudnyttelse i EVA?.....	86
4.4.1	Ventetid	86
4.4.2	Kommunikation og sammenhængende patientforløb	90
Bilag 1	Litteratur.....	92
Bilag 2	Litteratursøgning	96
Bilag 3	Informantkarakteristika, fokusgruppeinterview	98
Bilag 4	Interviewguides.....	101
Bilag 5	Kampagne om Akuttelefonen 1813	105

Resumé

Et nyt organiseringsprincip

Etableringen af det Enstrengede og Visiterede Akutsystem (EVA) introducerer et nyt organiseringsprincip i Region Hovedstadens akutte sundhedsvæsen. Hvad der i den tidligere lægevagtsordning blev set som særlige *lægevagtsopgaver*, der lå i naturlig forlængelse af det lægelige arbejde i almen praksis, er søgt integreret i EVA som funktioner i et samlet, regionalt akutsystem. Organiseringen i EVA sker altså ikke med udgangspunkt i et givent lægeligt *speciale*, men med udgangspunkt i *akutfunktioner* organiseret i et samlet *akutsystem*. Forandringen handler altså ikke blot om en ændret opgavevaretagelse eller indførelse af nye procedurer, men om opbygningen af en regional *akutorganisation*. Det er en vigtig forudsætning for at forstå, hvori det organisatorisk nyskabende i EVA består – og de udfordringer, som aktuelt præger driften.

Driftsmæssige udfordringer

Et halvt år efter etableringen af EVA præger driftsmæssige udfordringer fortsat det daglige arbejde både ved Akuttefonen 1813 og på akutte modtagesteder. Det kommer blandt andet til udtryk i ventetid for borgere både ved Akuttefonen 1813 og akutte modtagesteder og i kommunikationsproblemer mellem forskellige dele af det akutte sundhedsvæsen.

Denne rapport bygger på dataindsamling, som er foregået i perioden maj til juni 2014. Siden har Region Hovedstaden igangsat flere tiltag for at følge op på problematikker i forhold til det Enstrengede og Visiterede Akutsystem. Rapporten afspejler derfor organisatoriske problemstillinger, som de kom til udtryk i sommeren 2014; ikke ved årsskiftet 2014/2015.

KORA har så vidt muligt søgt at redegøre for initiativer, som Region Hovedstaden har iværksat efter juni 2014, men det har været uden for rammerne af denne evaluering at vurdere den faktiske implementering og de praktiske effekter af disse initiativer.

Ventetidsproblematikker

Denne rapport peger på, at ventetid i EVA kan skyldes 1) gatekeeping-problemer, 2) problemer med vagtsætning af det eksisterende personale og 3) produktivetsproblemer.

Ad 1. Med indførelsen af visiteret adgang til akutte modtagesteder er de sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttefonen 1813 tildelt et formelt gatekeeping-ansvar. Det betyder, at de skal foretage en indledende sortering af patienthenvendelserne, så kun de relevante sendes videre i akutsystemet. I praksis er det imidlertid vanskeligt for de sundhedsfaglige visitatorer at varetage gatekeeping-funktionen. Det skyldes to forhold. For det første er det uklart, hvilke henvendelser de sundhedsfaglige visitatorer *må* afvise, eftersom patienter altid har mulighed for at bede om at blive viderestillet til en læge ved Akuttefonen 1813 eller selv henvende sig på et akut modtagested, hvis de ikke accepterer de sundhedsfaglige visitatorers rådgivning. For det andet er det uklart for visitatorerne, hvilke henvendelser der er *relevante* at afvise, fordi de er usikre på grænserne for Akuttefonen 1813's funktion.

Når kommunikationen til borgerne om Akuttefonen 1813's funktion er uklar, og personalet selv er i tvivl om grænserne for deres opgaveløsning, er det vanskeligt for personalet at varetage visitationsopgaven så effektivt, som de gerne vil. Det kan skabe tidskrævende forhandlingssituationer mellem visitatorerne ved Akuttefonen 1813 og borgere om, hvilke henvendelser der er *akutte nok*.

Ad 2. Den organisatoriske integration, som skulle gøre det enklere at styre det akutte sundhedsvæsen, har på nogle områder efterladt ledelsen ved Akuttefonen 1813 med *begrænsede* ledelsesmuligheder. Det kommer tydeligt til udtryk som udfordringer med at sikre vagtdækning

gen. De gældende aftalevilkår betyder, at ledelsen hverken har mulighed for at arbejde med sanktioner eller økonomiske incitamenter for at sikre vagtdækning. Særligt i spidsbelastningsperioder er det vanskeligt at sikre nok personale til at varetage vagtcentralens opgaver. Det udgør en betydelig driftsmæssig udfordring og betyder, at mange ledelsesressourcer går til at sikre daglig drift. Dermed efterlades der færre ledelsesressourcer til blandt andet kommunikations- og udviklingsopgaver.

Ad 3. Vi peger i rapporten på tre produktivetsproblematikker. For det første skabes der problemer med dobbelthåndtering af patientkontakter, når sundhedsfaglige visitatorer er sat i front ved Akuttelefonen 1813, men uden at være tildelt formel kompetence til at afslutte alle typer henvendelser. Det kommer blandt andet til udtryk i forbindelse med dobbelthåndtering af patientkontakter, som vedrører recepter.

For det andet har der udviklet sig en praksis med konsekvent dobbeltvisitation af patientkontakter; først på vagtcentralen, dernæst på akutte modtagesteder. Eftersom personalet på akutte modtagesteder ofte modtager, hvad de ser som "fejlvisitationer" fra Akuttelefonen 1813, og tillige ofte sparsom eller uklar information, vælger de konsekvent at genvisitere alle patienter ved ankomsten til hospitalet. Hospitalspersonalet stiller sig tvivlende over for det sundhedsfaglige rationale bag flere af de henvisninger, de modtager fra Akuttelefonen 1813. Denne rapport peger imidlertid på, at det er forsimplet blot at betragte "fejlvisitationer" som udtryk for manglende sundhedsfaglig kunnen. Vi beskriver, hvordan en række *organisatoriske* forhold betyder, at personalet ved Akuttelefonen 1813 ikke altid har mulighed for at foretage de visitationer, de finder relevante ud fra et sundhedsfagligt perspektiv. Disse organisatoriske forhold inkluderer: Uklarhed om visitatorers formelle kompetence til at afvise patienter, begrænsede muligheder for at rekvirere hjemmebesøg på grund af manglende personaleressourcer, tekniske problemer i forbindelse med tidsbestilling ved visitation til akutte modtagesteder og uvished blandt personalet om gældende visitationsretningslinjer. Herudover efterspørger visitatorerne mere detaljeret oplæring i akutte kørselsformer og bedre beslutningsstøtte i forhold til administrative grænsedragninger, herunder optageområder og kommunegrænser.

For det tredje er der stor forskel på, i hvilken grad muligheder for fleksibel personaleudnyttelse på de akutte modtagesteder er udnyttet i praksis. De fysiske afstande internt på modtagestederne synes at være en vigtig faktor. På modtagesteder, hvor behandlingssporene er fysisk integreret, er der ifølge hospitalspersonalet skabt mulighed for samarbejde på tværs af behandlingsspor, mens det modsatte er tilfældet, hvor der er betydelige fysiske afstande.

Kommunikationsproblematikker

Rapporten peger også på flere forhold, som bidrager til at skabe kommunikationsproblemer blandt de sundhedsprofessionelle i forskellige dele af det akutte sundhedsvæsen.

En gradvis udbygning af dele af AMK-Vagtcentralens it-system betyder, at der er tilkommet flere og flere skrivefelter i visitatorerne ved Akuttelefonen 1813's elektroniske arbejdsredskab. Det skaber problemer med dobbeltregistrering og tvivl blandt personalet om, hvilken information der videresendes til hvilke modtagere og i hvilken form.

Den elektroniske informationsstruktur har også betydning for kommunikationsproblemer. For når information fra Akuttelefonen 1813 fremsendes til hospitaler og almen praksis, vises det ikke nødvendigvis i den rækkefølge, som er hensigtsmæssig for modtagerne.

Manglende eller mangelfuld information gør det vanskeligt for hospitalspersonalet og de praktiserende læger at sikre god opfølgning på henviste patienter.

Den Præhospitale Virksomhed har, siden KORAs dataindsamling blev afsluttet, iværksat flere tiltag for at løse de beskrevne problemer. Blandt andet er der udarbejdet instruks af 30. juli 2014 om journalføring og journaludskrift fra Akuttelefonen 1813 til relevante behandlere, via

en systemændring i august 2014 er rækkefølgen i visningen af information fra LogisCad blevet ændret, og der er fokuseret på journalføring i ledelsessamtaler med 1813-personalet.

Når personalet i de forskellige dele af akutsystemet har begrænsede muligheder for at kommunikere indbyrdes, og de har ringe indsigt i hinandens arbejdsvilkår, kan det desuden bidrage til at skabe mistillid og gensidig kritik fremfor en oplevelse af at være del af et sammenhængende akutsystem.

Endelig kan begrænsede muligheder for skriftlig kommunikation mellem personalet ved Akuttefonen 1813 og det kommunale plejepersonale bidrage til at skabe usikkerhed for det kommunale personale om placering af behandlingsansvar.

Hvad kan man gøre?

For at adressere de skitserede problematikker peger vi i rapporten på en række udviklingsopgaver i EVA:

- For det første er der behov for en tydeligere definition af visitationsopgaven i det enstrengede og visiterede akutsystem, herunder en tydeliggørelse af, hvordan diagnostik og triage skal vægtes og en afstemning af opgavefordeling og kompetencefordeling blandt personalet ved Akuttefonen 1813.
- For det andet er det vigtigt at sikre større lokalt ledelsesrum på Akuttefonen 1813, så der kan skabes bedre muligheder for at udnytte eksisterende personaleressourcer optimalt gennem mere effektiv vagtplanlægning. Det vil givetvis også kunne bidrage til at frigøre flere ledelsesressourcer til at sikre oplæring af og løbende feedback til vagtcentralens personale.
- For det tredje er der en væsentlig udviklingsopgave i forhold til at sikre fortsat udvikling af funktionaliteten i Vagtcentralens it-system.
- For det fjerde er der på nogle akutte modtagesteder en udviklingsopgave i forhold til at sikre sammenhæng mellem den organisatoriske integration og fysiske placering af akutfunktioner.
- For det femte er der behov for at genoverveje og aktivt kommunikere til borgere og sundhedsprofessionelle, hvilken rolle hjemmebesøg skal spille i det samlede akutsystem.
- For det sjette er det vigtigt at arbejde for at sikre gensidig indsigt i arbejdsvilkår for personalet i de forskellige dele af det akutte sundhedsvæsen.

1 Indledning

Som led i etableringen af et enstrengt og visiteret akutsystem (EVA) overtog Region Hovedstaden pr. 1.1.2014 lægevagtsfunktionen fra PLO-Hovedstaden. Samtidig blev der indført visiteret adgang til regionens akutmodtagelser og akutklinikker via Akuttelefonen 1813 (Region Hovedstaden, 2013d).

Siden opstarten har EVA været genstand for kritisk, offentlig debat. Debatten har blandt andet fokuseret på ventetid (se eksempelvis Holst, 2014), arbejdspress på akutte modtagesteder (se eksempelvis Zhan, 2014), forudsætninger for at opnå høj klinisk kvalitet (se eksempelvis Pedersen, 2013), og kommunikation mellem forskellige dele af det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden (se eksempelvis Dilling, 2014).

Den kritiske presseomtale af Akuttelefonen 1813 er blevet fulgt af indskærpelser fra Sundhedsstyrelsen. Den 12. marts 2014 foretog Sundhedsstyrelsen et tilsynsbesøg ved Akuttelefonen 1813. Sundhedsstyrelsen konstaterede efterfølgende i sin tilsynsrapport, at de sundhedsfaglige visitorers ansvar ved Akuttelefonen 1813 ikke var tilstrækkeligt præciseret, at der blandt personalet var uklarhed om, hvorvidt og hvornår brug af Akuttelefonen 1813's visitationsguide var obligatorisk, samt at der var problemer med journalen, og at journalføringen var mangelfuld (Sundhedsstyrelsen, 2014b). Region Hovedstaden har siden fulgt op på disse problemer (Region Hovedstaden, 2014).

Regionsrådet godkendte den 4. februar 2014 kommissorium for evaluering af Enstrengt og Visiteret Akutsystem vedrørende perioden 1. april-1. oktober 2014. Evalueringen skal:

”Belyse, hvor der fremadrettet vil være behov for justeringer og optimeringer og tilpasninger i organiseringen af det enstrengede og visiterede akutsystem, herunder de konsekvenser indførelse af det enstrengede og visiterede akutsystem har haft for samarbejdet omkring de akutte patienter - både mellem Akuttelefonen 1813 og hospitalerne samt med de øvrige dele af sundhedsvæsenet og kommunerne” (Region Hovedstaden, 2014).

Denne rapport udgør en del af en samlet evaluering af det enstrengede og visiterede akutsystem. Rapporten kortlægger først, hvilke organisatoriske *forandringer* etableringen af EVA har medført i forhold til den tidligere lægevagtsordning. For at identificere muligheder for driftsoptimering analyseres derpå, hvilke driftsmæssige *udfordringer* forandringerne skaber i det akutte sundhedsvæsen.

1.1 Rapportens struktur (læsevejledning)

Rapporten består først af et baggrundskapitel (kapitel 2), som skitserer internationale og nationale reformtendenser i det akutte sundhedsvæsen som en baggrund for at forstå de aktuelle ændringer i Region Hovedstaden. Derefter følger en redegørelse for de anvendte forskningsmetoder i denne rapport (kapitel 3). Endelig følger analysen (kapitel 4). Analysen er opdelt i fire hovedafsnit. Det første hovedafsnit redegør for, hvilke *organisatoriske forandringer* der er gennemført i forbindelse med overgangen fra den tidligere lægevagtsordning til EVA. Det andet hovedafsnit beskriver *driftsmæssige udfordringer* ved Akuttelefonen 1813 og afledte konsekvenser for 112 AMK-Vagtcentralen. Det tredje hovedafsnit belyser *implikationer* for arbejdet i de øvrige dele af regionens akutte sundhedsvæsen, herunder akutte modtagesteder, almen praksis og den kommunale plejesektor. Endelig opsummerer vi i det fjerde hovedafsnit pointer fra de foregående afsnit og diskuterer i lyset heraf muligheder for driftsoptimering i EVA.

2 Baggrund

2.1 Reform af akutte sundhedsydelser: Internationale erfaringer

Akutte sundhedssystemer har siden 1990'erne været genstand for reform i mange lande (Fry, 2011; Grol, Giesen, & van Uden, 2006). Den specifikke udformning af reforminitiativerne varierer internationalt. Generelle tendenser er dog, at udbuddet af akutydelser differentieres, at der indføres forskellige former for visitation til akutydelser, og at andre sundhedsprofessionelle end læger i stigende grad inddrages i leveringen af akutte sundhedsydelser (Flores-Mateo, Violan-Fors, Carrillo-Santistevé, Peiró, & Argimon, 2012; Fry, 2009; Fry, 2011; Oredsson et al., 2011).

Differentiering af udbuddet af akutte sundhedsydelser sker typisk ved, at der etableres nye tilbud, eller at adgangen til tilbud målrettet behandling af mindre alvorlige tilstande udvides (Flores-Mateo et al., 2012). Det sker eksempelvis ved at oprette sygeplejerskebemandede klinikker, hvor borgere kan henvende sig uden forudgående visitation for at få behandlet mindre skader og ikke-alvorlig sygdom (walk-in-clinics), eller ved at integrere lægevagtsenheder i akutte hospitalsafdelinger (Fry, 2011). Internationalt tyder erfaringerne på, at etableringen af walk-in-clinics har begrænset effekt på belastningen af akutte hospitalsafdelinger. Risikoen er, at der sker en dublering af ydelser snarere end en substitution. Internationale erfaringer med ansættelse af alment praktiserende læger i akutte hospitalsafdelinger vurderes derimod generelt at reducere forbruget af sundhedsydelser og omkostninger på akutte hospitalsafdelinger (ibid).

Der eksperimenteres også med differentiering af ydelser internt på akutte hospitalsafdelinger. Det sker eksempelvis via såkaldt *patient streaming*, det vil sige, at der etableres forskellige forløb for patienterne afhængigt af, hvilke problemstillinger de kommer med (Oredsson et al., 2011). Et review fra 2011 konkluderer, at der er begrænset evidens for, at *patient streaming* reducerer ventetid og opholdslængde på akutte hospitalsafdelinger – på nær i tilfælde, hvor streamingen involverer fast-track-spor for patienter med mindre alvorlige tilstande (ibid). Fundene var positive, uanset om læger eller specialuddannede sygeplejersker bemandede det særskilte fast-track-spor.

I mange lande er der indført telefonvisitation til akutte sundhedsydelser. Internationale erfaringer peger på, at telefonvisitation kan være en effektiv måde at reducere pres på akutte hospitalsafdelinger (Bunn, Byrne, & Kendall, 2004; Dale et al., 2004; Fry, 2011). Samtidig betones det dog i den videnskabelige litteratur, at telefonvisitation er en risikobetonet og kompleks opgave (Blank et al., 2012; Huibers, Smits, Renaud, Giesen, & Wensing, 2011), som kræver særlig træning, fordi klinisk erfaring ikke kan overføres direkte til telefonisk vurdering af patienter (Meer, Gwerder, Duembgen, Zumbrunnen, & Zimmermann, 2012; Würzler & Navne, 2010). Internationalt varierer den sundhedsfaglig uddannelsesbaggrund og løbende træning for telefonvisitatorer, og der er forskellige udformninger af og krav til brugen af beslutningsstøtteværktøjer i visitationen.

En del studier evaluerer sikkerheden ved sygeplejefaglig telefonvisitation – men uden et sammenligningsgrundlag at vurdere "acceptable" sikkerhedsniveauer ud fra (Blank et al., 2012; Huibers et al., 2011; Würzler & Navne, 2010). Kun meget få studier sammenligner varetagelse af telefonvisitation mellem forskellige faggrupper. KORA har identificeret to studier, som har vurderet klinisk kvalitet ved telefonvisitation foretaget henholdsvis af specialuddannede sygeplejersker og alment praktiserende læger. Disse studier konkluderer, at der ikke kan påvises statistisk signifikante forskelle i forekomsten af utilsigtede hændelser (UTH) (Lattimer et al., 1998) eller flere afledte henvendelser til almen praksis (som indikator på umødt behov for akut hjælp) (Thompson et al., 1999). Der er tale om randomiserede, kontrollerede studier, hvilket

reducerer sandsynligheden for selektionsbias. Men det er uklart, hvorvidt der er systematiske forskelle i sygeligheden blandt patienter, som blev visiteret af henholdsvis læger og sygeplejersker, eftersom der ikke redegøres for dette i publikationerne. Sygeplejerskerne anvendte et elektronisk beslutningsstøtteredskab, mens det ikke var tilfældet for lægerne. Herudover har KORA identificeret et studie, som undersøger klinisk kvalitet ved telefonisk rådgivning af forældre med syge børn (Andrews, Armstrong & Fraser, 2002). I studiet foretages testopkald til rådgivningstelefonlinjer på akutafdelinger (emergency departments) og børneafdelinger på australske hospitaler. Via testopkaldene præsenteres det lægelige og sygeplejefaglige personale for tre forskellige casescenarier af en forsker, og personalets respons vurderes. Studiet konkluderer, at der i ét ud af de tre casescenarier ses en signifikant forskel mellem lægers og sygeplejerskers rådgivning. Der er flere korrekte svar blandt læger end sygeplejersker ved rådgivning angående et febrilt spædbarn. Studiets forfattere vurderer, at forskellen formentlig skyldes forskelle i pædiatrisk træning mellem læger og sygeplejersker.

Enkelte studier undersøger patientkommunikation ved telefonvisitation foretaget henholdsvis af alment praktiserende læger og specialuddannede sygeplejersker (Mohammed, Clements, Edwards, & Lester, 2012; Murdoch et al., 2014). En undersøgelse viser, at længden af telefonsamtalerne i gennemsnit var lidt kortere for alment praktiserende læger (7,15 min, SD 4,41) end for specialuddannede sygeplejersker (8,74 min, SD 5,31), når ingen af de to faggrupper benyttede elektroniske beslutningsstøtteredskaber (Mohammed et al 2012). Et andet studie fandt ingen forskelle i samtalevarigheden, når sygeplejerskerne anvendte et elektronisk beslutningsstøtteredskab (Murdoch et al., 2014). Til gengæld fandt de, at brugen af beslutningsstøtteredskabet strukturerede patientkommunikationen mod flere og kortere spørgsmål designet til at afklare alvoren af situationen og uddybe rapporterede symptomer, mens telefonsamtaler foretaget uden brug af redskabet i højere grad var patient-ledet og gav en bredere afdækning af patientens sygehistorie og indblik i patienternes egne årsagsforklaringer. Det er uklart, hvorvidt konsultationslængden og kommunikationsstrukturen har betydning for patienternes adfærd og/eller for klinisk kvalitet og sikkerhed, eftersom det ikke er belyst i studierne.

KORA har ikke identificeret studier, som sammenligner andelen af opkald, som afsluttes telefonisk, når telefonvisitation foretages af henholdsvis læger og sygeplejersker. Et dansk review fra 2010 (Würgler & Navne, 2010) fandt betydelig variation mellem telefonvisitationsordninger i andelen af opkald, som sygeplejefaglige visitatorer afslutter telefonisk (27,5-50 %). I et andet dansk studie fra 2010 (Flarup, Moth, Christensen, Vedsted, & Olesen, 2010) oplyses det, at 58 % af alle opkald foretaget til lægevagten i Region Midtjylland i 2009 blev afsluttet med en telefonkonsultation (s. 5). Det er vanskeligt at sammenligne estimerne direkte, eftersom der kan være forskel på, hvilke typer henvendelser forskellige faggrupper har lov til at afslutte i de enkelte lande. Der kan også være forskelle i arbejdstilrettelæggelsen og finansieringen af visitationsordninger med tilhørende økonomiske incitamenter, som kan påvirke ydelsesfordelingen (Flarup et al., 2010, s. 7-8). Endelig er andelen af opkald, som afsluttes telefonisk, kun meningsfuld som effektmål i sammenhæng med information om, hvorvidt graden af kontakternes akuthed er vurderet korrekt (Würgler & Navne, 2010).

Et dansk simulationsstudie estimerede omkostningsændringer ved substitution af læger for sygeplejersker i en dansk lægevagtsordning på baggrund af hollandske erfaringer (Moth, Huijbers, & Vedsted, 2013). Det vurderes i studiet, at ændringen både kunne medføre et betydeligt omkostningsfald (26,2 %) eller en betydelig omkostningsstigning (23,6 %) afhængigt af ændringens betydning for antallet og andelen af kontakter, som afsluttes telefonisk.

2.2 Ændringer i det akutte sundhedsvæsen i Danmark

I tråd med de internationale tendenser (Fry, 2011) er der i Danmark sket betydelige organisatoriske forandringer i det akutte sundhedsvæsen gennem de seneste tre årtier (Kjellberg &

Kjellberg, 2012). Det danske præhospitale beredskab er siden 1990'erne blevet styrket. Opkvalificering af mandskabet har betydet, at Akutberedskabets opgave ikke blot handler om akuttransport men i stigende grad er integreret som en del af den akutte *sundhedsfaglige indsats* (Christensen, Christensen, Pedersen, & Søgaard, 2002; Kilsmark et al., 2006; Kjellberg & Kjellberg, 2012; Kürstein, Borre, Meldgaard, & Kilsmark, 2001).

I 2007 satte Sundhedsstyrelsen fokus på organiseringen af den akutte sundhedsfaglige indsats på hospitalerne med sin rapport "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen". Centrale anbefalinger i rapporten inkluderede centralisering af akutmodtagelser (færre matrikler og ét modtagested på hvert hospital) og en højere grad af speciallægedækning i akutmodtagelserne (Sundhedsstyrelsen, 2007). Disse anbefalinger udfordrede principperne for den eksisterende opgavevaretagelse på hospitalerne, fordi de gør op med etablerede specialegrænser og lægelige hierarkier¹ (Brøcker & Bro, 2013; Holm-Petersen, 2010). I praksis har det betydet nye ledelsesmæssige udfordringer og variation i bemanning og arbejdsorganisering i de fælles akutmodtagelser (Brøcker & Bro, 2013).

Sundhedsstyrelsen (2007) anbefalede også indførelse af visiteret adgang til akutte modtagesteder; en anbefaling som er blevet implementeret i forlængelse af regeringens og Danske Regioners "Aftale om regionernes økonomi 2013" (Regeringen & Danske Regioner, 2012)².

I 2009 udgav Danske Regioner visionsrapporten "Fremtidens sammenhængende akutsystem". Rapporten satte ikke blot centralisering men også integration på dagsordenen i debatten om organiseringen af det akutte sundhedsvæsen (Danske Regioner, 2009). Rapporten skitserede således en vision om et integreret akutsystem på tværs af eksisterende sektorgrænser (præhospitale versus in-hospitale akutydelser, primære versus specialiserede akutydelser, regionale versus kommunale akutydelser).

Sideløbende er den danske lægevagts rolle i det akutte sundhedsvæsen blevet genstand for debat (Flarup et al., 2010; Würzler & Navne, 2010). Den danske lægevagt blev senest reformeret i 1992, hvor PLO som organisation overtog ansvar for organisering af lægevagtsforpligtelsen; en forpligtelse der tidligere havde påhvilet individuelle, alment praktiserende læger (Flarup et al., 2010).

Det er i lyset af disse organisatoriske forandringer af det akutte sundhedsvæsen i Danmark, at etableringen af det enstrengede og visiterede akutsystem (EVA) i Region Hovedstaden skal ses.

2.3 Enstrengt og visiteret akutsystem (EVA) i Region Hovedstaden

Beslutningen om etablering af EVA i Region Hovedstaden afspejler et politisk-administrativt ønske om i højere grad end tidligere at integrere forskellige akutfunktioner i ét samlet akutsystem. Per 1. januar 2014 opsagde Region Hovedstaden den daværende lægevagtsaftale med de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) for at samordne lægevagtsordningen med regionens øvrige akutte tilbud (Region Hovedstaden, 2013d). Den tidligere lægevagts opgaver med akutkonsultationer er siden årsskiftet varetaget på regionens akutmodtagelser og -klinikker samt Sundhedshuset i Helsingør (akutte modtagesteder). Opgaverne med telefonkonsultation og hjemmebesøg, som tidligere blev varetaget af lægevagten, er ligeledes blevet hjemtaget og hører i dag under Den Præhospitale Virksomhed i Region Hovedstaden.

¹ Blandt andet indebærer forandringerne en "vending" af vagtpyramiden for at sikre tilstedeværelse af flere speciallæger i FAM og etablering af tværgående ledelsesstrukturer mellem stamafdelinger og FAM (Brøcker & Bro, 2013). Det har også skabt et behov for at afklare, hvad rollen som akutlæge indebærer, eftersom funktionen går på tværs af etablerede specialer og traditionelle, medicinske karriereveje (ibid).

² I aftalen hedder det, at "Regeringen og Danske Regioner er enige om frem mod foråret 2014 gradvist at indføre visiteret adgang til landets fælles akutmodtagelser, idet visiteret adgang er et afgørende tiltag i forhold til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og derigennem sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer" (www.regioner.dk/-/media/Aftale_DR_endelig%202012.ashx, 25. august 2014).

Hjemtaget af disse funktioner ligger i forlængelse af en løbende udvidelse af Den Præhospitale Virksomhed i Region Hovedstaden, der er sket netop gennem hjemtag af funktioner, der tidligere har været leveret af andre leverandører. I 2009 etablerede Region Hovedstaden egen vagtcentral (112 AMK-Vagtcentralen), som fik ansvar for at disponere planlagte sygetransporter. Medio 2011 overtog 112 AMK-Vagtcentralen ansvaret for visitation af 112-opkald. Primo 2012 blev der oprettet en sygeplejebemandet rådgivningstelefon (Akuttelefonen 1813). Ved årsskiftet 2012/2013 blev den psykiatriske akuttjeneste en del af Akutberedskabet og pr. 1. januar 2014 blev den tidligere lægevagts opgaver med telefonkonsultation og hjemmebesøg en del af Den Præhospitale Virksomheds opgaveportefølje.

Samtidig indførte Region Hovedstaden visiteret adgang til alle akutte modtagesteder i regionen. Visitationen foregår via Akuttelefonen 1813, som er en tjeneste, der varetages af Den Præhospitale Virksomhed - Akutberedskabet.

Med disse organisatoriske forandringer har det været regionens ambition at sikre bedre resourceudnyttelse og kvalitet i akutbetjeningen. I mødesagen fra regionsrådsmøde i Region Hovedstaden d. 12.3.2013 hedder det:

"Det er forventningen, at etableringen af et enstrengt akutsystem vil sikre en bedre udnyttelse af de samlede ressourcer på akutområdet. Endvidere vil det skabe grundlag for en kvalitetsforbedring af akutbetjeningen af regionens borgere." (Region Hovedstaden, 2013d, s. 3).

Som nævnt har driftsmæssige udfordringer imidlertid præget det enstrengede og visiterede akutsystem. Men mens enkeltproblematikker har været diskuteret i pressen og Sundhedsstyrelsen har påpeget visse problemer i forhold til Akuttelefonen 1813, har der ikke været foretaget en dybdegående analyse af de organisatoriske forandringer og driftsmæssige udfordringer, som er fulgt med etableringen af EVA.

Med henblik på at identificere muligheder for driftsoptimering kortlægger denne rapport, hvilke organisatoriske *forandringer* etableringen af EVA har medført og analyserer, hvilke driftsmæssige *udfordringer* etableringen har skabt i det akutte sundhedsvæsen.

3 Metode

3.1 Organisationsanalysens design

Organisationsanalysen er designet som en eksplorativ, kvalitativ undersøgelse. Det eksplorative design er velegnet til at give indsigt i arbejdspraksisser og organisatoriske mekanismer (Davis & Marquis, 2005) men giver ikke mulighed for at dokumentere hyppigheden af givne hændelser. Det betyder, at designet giver mulighed for at opnå en dybere forståelse af, hvorfor der opstår driftsmæssige udfordringer i EVA. Til gengæld kan evalueringen ikke belyse, hvor udbredt de beskrevne udfordringer er.

3.2 Afgrænsninger

Dette projekt har været afgrænset til det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. Sammenligning af EVA med andre akutsystemer har således ikke været en del af evalueringen. Der indgår dog et komparativt element, idet der i beskrivelsen af EVA er lagt vægt på organisatoriske forskelle i forhold til det tidligere lægevagtsbaserede system (se afsnit 4.1).

Inden for rammerne af denne evaluering har det ikke været muligt at foretage lige dybdegående undersøgelser af alle dele af EVA. Organisationsanalysen lægger særlig vægt på arbejdsorganiseringen ved Akuttefonen 1813. Denne vægtning skyldes, at Akuttefonen 1813 udgør en central indgang til det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. Driftsmæssige udfordringer ved Akuttefonen 1813 kan derfor have væsentlige konsekvenser for andre dele af det akutte sundhedsvæsen.

Vægtningen betyder, at arbejdsorganiseringen på de akutte modtagesteder ikke er belyst lige så dybdegående som ved Akuttefonen 1813. Blandt andet har det ikke været muligt at kortlægge forskelle i arbejdsorganiseringen mellem akutte modtagesteder. Vægtningen betyder også, at det ikke har været muligt at foretage en særskilt belysning af det psykiatriske akutberedskab, selvom det også har været genstand for organisatoriske ændringer.

For at kunne gennemføre dataindsamlingen inden for den tidsmæssige og økonomiske ramme for projektet har en geografisk afgrænsning også været nødvendig. Derfor har det ikke været muligt at belyse særlige lokale udfordringer, der måtte forekomme eksempelvis på Bornholm.

Som organisation er EVA fortsat under udvikling. Det gør det metodisk udfordrende at beskrive arbejdsorganiseringen i systemet, fordi den også er under stadig forandring. Som en punktevaluering giver organisationsanalysen indblik i arbejdsorganiseringen og driftsmæssige udfordringer i EVA, som de kom til udtryk i maj-juni 2014. En evaluering af beslutnings- og planlægningsprocessen op til driftsstarten af EVA samt de første fire måneders drift er foretaget af COWI. Resultaterne af COWIs evaluering er i oktober 2014 offentliggjort og forelagt for Regionsrådet i Region Hovedstaden.

I den offentlige debat om EVA er der udtrykt bekymring om forskellige forhold herunder ventetid, klinisk kvalitet og implikationer for lægelig videreuddannelse. I tråd med kommissoriet for evalueringen af EVA fokuserer organisationsanalysen på arbejdspraksisser og kommunikation mellem forskellige dele af Region Hovedstadens akutte sundhedssystem. Organisationsanalysens design er således *ikke* udformet med henblik på at vurdere den kliniske kvalitet i EVA³.

³ Det vil kræve systematisk opfølgning på patientforløb, eksempelvis via journalgennemgang eller registerstudier samt klart definerede kvalitetsmål. For at vurdere eventuelle *ændringer* i den kliniske kvalitet ville det desuden kræve en sammenligning over tid. En sammenligning af klinisk kvalitet i det tidligere lægevagtssystem i Region Hovedstaden og det nuværende EVA vanskeliggøres af et begrænset datagrundlag for den tidligere lægevagt. En anden mulighed vil være at foretage sammenligning med akutsystemer i andre danske regioner under hensyntagen til forskelle i blandt andet befolkningsunderlaget.

Region Hovedstaden foretager en journalgennemgang som led i evalueringen af EVA. Gennem analyse af arbejdspraksisser ved Akuttelefonen 1813 kan denne analyse bidrage med indsigt i, hvilke organisatoriske forhold der medvirker til at skabe ventetid i EVA. Den senere teknologi-analyse bidrager med kvantitative ventetidsopgørelser i perioden 1.4.2014-1.10.2014. Det har været uden for rammerne af denne analyse at belyse implikationer af EVA for lægelig videreuddannelse.

3.3 Datagrundlag

Organisationsanalysen bygger på flere forskellige typer data: Dels observation af arbejdet ved Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen, dels otte fokusgruppeinterview med medarbejdere og ledere fra Den Præhospitale Virksomhed samt medarbejdere i de dele af sundhedsvæsenet som har samarbejdsflader til Akuttelefonen 1813, herunder akutmodtagelser og -klinikker, den kommunale plejesektor og almen praksis. Endelig bygger rapporten også på internationale studier af organiseringen af produktionen af akutte sundhedsydelser og danske rapporter med videre om lægevagten og EVA. I dette kapitel redegøres der først for litteratursøgningen, dernæst for observationer og endelig for de fokusgruppeinterview, som rapporten bygger på. Undervejs diskuteres begrænsninger ved de anvendte metoder.

3.3.1 Ansvarsfordeling ved studiedesign, dataindsamling og analyse

Studiedesignet blev udviklet af KORAs analyse- og forskningschef Pia Kürstein Kjellberg (PKK). Litteratursøgning er foregået i samarbejde mellem KORAs bibliotekar Anne Nørgaard Pedersen og projektleder Sarah Wadmann (SW). Observationer blev foretaget af SW. Interviewguides blev udviklet i samarbejde mellem PKK og SW. Interview blev foretaget af SW, mens referater af interviewene blev taget af studentermedhjælpere Anja Rahbeck, Signe Lund Tovgaard og Shirin Ørberg. Analysen er foretaget af SW efter sparring med PKK og forskningschef Jakob Kjellberg.

3.3.2 Litteratursøgning

Rapporten bygger på litteratur om organiseringen af akutte sundhedssystemer i Danmark og internationalt. Indledningsvist blev der foretaget en bred søgning efter danske rapporter om det akutte sundhedsvæsen ved gennemgang af KORAs publikationsdatabase og publikationslister for Forskningsenhederne for Almen Praksis på Københavns Universitet og Aarhus Universitet. Mødereferater, notater og rapporter, der specifikt belyser arbejdstilrettelæggelsen i EVA, blev dels fremsendt af KORAs kontaktpersoner i Region Hovedstaden, dels fremsøgt via Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Herudover er der foretaget en fokuseret litteratursøgning efter videnskabelige studier, som sammenligner lægers og sygeplejerskers varetagelse af telefonvisitation. Litteratursøgningen blev foretaget som en opdatering af et tidligere dansk litteraturstudie (Würgler & Navne, 2010). En oversigt over databaser, søgeord og antal fund fremgår af bilag 1. Alle artikelresumeer (abstracts) blev gennemlæst. Artikler blev rekvireret i tilfælde, hvor det fremgik af resuméet, at det var et komparativt studie af sygeplejefaglig og lægelig telefonvisitation, eller hvor det fremgik, at studiet omhandlede telefonvisitation, men hvor det var uklart, hvem der foretog visitationen. Der blev ikke rekvireret artikler på studier, som omhandlede telefontjenester for specifikke sygdomstilstande (fx H1N1, giftlinje, demensrådgivning, rådgivningslinje for kræftsyge, gigtsyge, gravide, hjertetransplanterede patienter), studier, som ikke var afsluttet (protokoller), studier, som ikke var peer-reviewed (eksempelvis læserbreve, conferenceabstracts), studier, som sammenlignede telefonvisitation med fysisk visitation, studier, som undersøgte patienters selvvisitation via elektroniske interfaces, studier, som omhandlede hjemmemonitorering, studier, som omhandlede metoder til effektmåling af telefonvisitation (skalavalideringsstudier), og studier af telefonvisitation som udelukkende blev foretaget af fysioterapeuter. Littera-

turlister på rekvirerede artikler blev gennemgået for at identificere studier, som ikke var fremfundet i litteratursøgningen. Artiklerne, som blev identificeret via den fokuserede søgning, blev anvendt ved udarbejdelsen af afsnit 2.1.

3.3.3 Observationer

Adgang til at observere arbejdet ved Akuttefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen blev opnået via Akuttefonens og 112 AMK-Vagtcentralens enhedsledelser. Observationerne blev foretaget henholdsvis d. 15.5.2014 kl. 14.00-18.30 og d. 16.5.2014 (Store Bededag) kl. 8.00-13.00. Tidpunkterne blev valgt med henblik på at observere størst mulig variation i arbejdsintensiteten ved Akuttefonen 1813, idet der er betydelig forskel på arbejdsintensiteten indenfor og udenfor praktiserende lægers normale åbningstid.

For at få overblik over de fysiske lokaliteter og forskellige funktioner på Vagtcentralen blev observationerne indledt med en grundig introduktion til virksomheden herunder telefonrådgivning, visitation og vagtledelse på henholdsvis Akuttefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen, disponering af kørselsressourcer, AMK-lægenes funktion, vagtplanlægning, forskning og kvalitetssikring samt ledelse og administration. Introduktionen blev forestået af sektionsledelsen ved Akuttefonen 1813, som også gav en detaljeret introduktion til og demonstration af Akuttefonen 1813s visitationssystem, Dansk Index, der bliver benyttet af de sundhedsfaglige visitatorer på 112 AMK-Vagtcentralen og disponeringssystemet. Den resterende tid blev anvendt til fokuseret observation af telefonrådgivning og -visitation på henholdsvis Akuttefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen samt disponering af kørende ressourcer herunder akutlægebil, ambulance, liggende sygetransport og 1813-hjemmebesøg. Ved observationerne blev personer fulgt fra forskellige faggrupper, herunder to dispatchere, to alment praktiserende læger, en sygeplejefaglig vagtleder ved Akuttefonen 1813 og tre sundhedsfaglige visitatorer, hvoraf én varetog både 1813- og 112-opkald. Medarbejderne på Vagtcentralen var på forhånd blevet informeret skriftligt af Den Præhospitale Virksomheds ledelse om KORAs evaluering, herunder om observationer af arbejdsgange på vagtcentralen de pågældende datoer. KORA organiserede selv observationerne på Vagtcentralen. Det vil sige, at KORAs medarbejder meldte sin ankomst til Akutberedskabets ledelse, men selv kunne kontakte medarbejdere og indhente deres mundtlige samtykke til at observere deres arbejde efter en kort forklaring af evalueringens formål. Ingen af medarbejderne afviste, at KORAs medarbejder kunne observere deres arbejde.

Personalet bidrog, i den udstrækning deres arbejde tillod det, med uddybende forklaringer om deres arbejdspraksis under observationerne. De, som havde erfaring med at arbejde på 112 AMK-Vagtcentralen før etableringen af EVA, kommenterede i flere tilfælde spontant på forskelle i deres arbejde før og efter EVA, når de blev introduceret til formålet med observationerne. Observationerne blev dokumenteret dels via fotos af lokaler, arbejdsstationer og skærmbilleder, dels via feltnoter, som blev skrevet på stedet og efterfølgende bearbejdet til sammenhængende tekst.

Foruden at give indblik i, hvordan rådgivning, visitation og disponering foregår i praksis, gav observationerne mulighed for at studere interaktioner mellem ansatte (herunder hvem de spærrede med hvornår, og hvorvidt den fælles fysiske placering blev anvendt af personalet til kontakt med andre funktioner og faggrupper), og interaktioner mellem personalet og it-systemet (herunder hvad personalet skrev hvor, hvorvidt og hvordan de anvendte visitationsguiden, og hvornår de oplevede problemer og søgte at håndtere dem). Indsigt fra observationerne dannede grundlag for praksisbeskrivelserne i analysen og for udarbejdelsen af spørgeguides til de efterfølgende fokusgruppinterview med personale og ledelse på Vagtcentralen.

Eftersom etableringen af EVA også har medført organisatoriske forandringer på akutmodtagelser og -klinikker ville det have været metodisk hensigtsmæssigt også at kunne observere det daglige arbejde i akutmodtagelser og -klinikker.

3.3.4 Fokusgruppeinterview

For at opnå dybdegående indsigt i Akutberedskabets personales arbejdspraksisser, hvilke udfordringer de møder i deres daglige arbejde, og hvordan de søger at imødegå dem, blev der foretaget tre fokusgruppeinterview med personalet på henholdsvis 112 AMK-Vagtcentralen og ved Akuttelefonen 1813. For at kvalificere beskrivelsen af Den Præhospitale Virksomheds organisering, driftsmæssige udfordringer og ledelsestiltag blev der desuden afholdt et fokusgruppeinterview med sektionsledere og enhedschefer på Vagtcentralen. Tabel 3.1 giver et overblik over de fire fokusgrupper, som blev interviewet på AMK-Vagtcentralen.

Tabel 3.1 Fokusgruppedeltagere fra Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden

AMK-Vagtcentralen				
	Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3	Fokusgruppe 4
Deltagere	Sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttelefonen 1813 samt dispatchere	Sundhedsfaglige visitatorer 112-funktion, paramedicinere samt dispatchere	Visiterende og kørende 1813-læger ved Akuttelefonen 1813 samt AMK-læge	Enheds- og sektionsledelsen ved Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen
Tid	22. maj 2014	22. maj 2014	10. juni 2014	23. maj 2014
Varighed	2t og 15 min.	1t og 15 min.	2t	2t og 10 min.

For at belyse konsekvenser af EVA for de andre dele af Region Hovedstadens sundhedsvæsen end Den Præhospitale Virksomhed blev der afholdt yderligere fire fokusgruppeinterview. Disse interview inkluderede personale fra henholdsvis akutmodtagelser, akutklinikker, almen praksis og kommunale plejetilbud. Tabel 3.2 giver et overblik over disse fire fokusgrupper.

Tabel 3.2 Fokusgruppedeltagere fra akutte modtagesteder, almen praksis og kommunal pleje

Akutmodtagelser, akutklinikker, almen praksis og kommuner				
	Fokusgruppe 5	Fokusgruppe 6	Fokusgruppe 7	Fokusgruppe 8
Deltagere	Sygeplejersker og læger fra akutmodtagelser	Sygeplejersker og læger fra akutklinikker	Hjemmesygeplejersker, plejecenterassistenter og visitatorer	Praktiserende læger
	Fire hospitaler	Tre hospitaler	Tre kommuner	
Tid	11. juni 2014	11. juni 2014	3. juni 2014	3. juni 2014
Varighed	2t og 30 min.	2t	2t	2t

3.3.4.1 Procedure og kriterier for udvælgelse af informanter

Udvælgelsen af deltagere til fokusgrupperne foregik i to trin ved, at KORA definerede kriterier for informantudvælgelsen, mens den konkrete udpegning af deltagere foregik i samarbejde mellem Region Hovedstaden og de relevante faglige organisationer.

Fokusgruppeinterview giver mulighed for at generere data baseret på gruppeinteraktion (Rabiee, 2004). Ofte kan det give rigere data end interview med enkeltpersoner, fordi informanter kan uddybe, nuancere eller bidrage til at kvalificere hinandens udsagn (ibid). Dette gør udvælgelsen af deltagere til fokusgrupper til et væsentligt metodisk forhold.

For det første er *størrelsen* af fokusgrupper væsentlig. På den ene side skal gruppen være stor nok til at kunne udnytte muligheden for synergi mellem deltagerne og afdække eventuel variation mellem deltagernes perspektiver. På den anden side skal gruppen ikke være så stor, at det bliver vanskeligt at styre diskussionen med henblik på at sikre sammenhæng og dybde i de emner, der diskuteres (Rabiee, 2004). På den baggrund – og i tråd med anbefalinger i den

socialvidenskabelige litteratur (ibid) – tilstræbte KORA at nedsætte fokusgrupper med seks til ti deltagere.

For det andet er *deltagersammensætningen* af fokusgrupper vigtig. Dels skal det overvejes, hvordan deltagersammensætningen bedst kan afdække eventuel variation i erfaringsgrundlag, dels hvordan sammensætningen kan påvirke deltagernes oplevelse af tryk i forhold til at engagere sig i diskussionen (Rabiee, 2004).

Ved sammensætningen af fokusgrupperne ved Den Præhospitale Virksomhed tilstræbte KORA, at alle relevante funktioner på vagtcentralen blev belyst. Oprindeligt havde KORA ikke inkluderet paramedicinere og vagtledere. Efter dialog med ledelsen ved Akuttefonen 1813 og observationer på Vagtcentralen stod det imidlertid klart, at vagtlederfunktionen er central for det daglige arbejde ved Akuttefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen, samt at de organisatoriske ændringer i forbindelse med EVA også har implikationer for personalet på akutlægebiler og ambulancer.

For at give medarbejderne mulighed for at udtale sig mere frit om udfordringer i deres daglige arbejde blev ledelsen ved Akuttefonen 1813 og på 112 AMK-Vagtcentralen interviewet i en separat fokusgruppe. På grund af den megen medieomtale af sygeplejerskernes rolle i forbindelse med telefonrådgivning og -visitation ved Akuttefonen 1813 og de skarpt optrukne linjer mellem læge- og sygeplejefaglige organisationer i den forbindelse, blev læger og sygeplejersker interviewet i forskellige fokusgrupper.

KORA havde specificeret følgende kriterier for udvælgelsen af deltagere til fokusgrupperne på AMK-Vagtcentralen:

- Fokusgruppe 1: 6-8 sundhedsfaglige visitatorer fra Akuttefonen 1813 og dispatchere med: *lang erfaring* med arbejdet på akutområdet, så de kan redegøre for deres praksis *før* og *efter* etableringen af EVA og *indsigt* i daglig praksis på Vagtcentralen, herunder samarbejdsflader til den øvrige del af sundhedsvæsenet.
- Fokusgruppe 2: 6-8 sygeplejersker, paramedicinere og dispatchere fra 112 AMK-Vagtcentralen med: *lang erfaring* med arbejdet på akutområdet, så de kan redegøre for deres praksis *før* og *efter* etableringen af EVA, og *indsigt* i daglig praksis på Vagtcentralen, herunder samarbejdsflader til den øvrige del af sundhedsvæsenet.
- Fokusgruppe 3: 5-6 læger på Vagtcentralen fordelt på: 1 AMK-læge, 2 visiterende læger ved Akuttefonen 1813, 2 kørende 1813-læger (hjemmebesøg) og eventuelt 1 akutlæge. Med: *lang erfaring* med arbejdet på akutområdet, så de kan redegøre for deres praksis *før* og *efter* etableringen af EVA, og *indsigt* i daglig praksis på Vagtcentralen, herunder samarbejdsflader til den øvrige del af sundhedsvæsenet.
- Fokusgruppe 4: Ledelsesgruppen på Vagtcentralen, *både* for Akuttefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen.

Ved sammensætningen af fokusgrupper med medarbejdere fra akutmodtagelser og akutklinikker tilstræbte KORA at inkludere både læger og sygeplejersker samt personale fra forskellige hospitaler for at kunne afdække eventuelle lokale forskelle i arbejdstilrettelæggelsen i EVA. KORA havde specificeret følgende kriterier for udvælgelsen af deltagere til fokusgrupperne med deltagere fra akutmodtagelser og -klinikker:

Fokusgruppe 5: 8 medarbejdere fra akutmodtagelser fordelt på:
1 læge og 1 sygeplejerske fra fire hospitaler, heraf *minimum* 1 læge og 1 sygeplejerske med særligt kendskab til modtagelse og behandling af børn i EVA.
Medarbejderne skulle have *erfaring* med arbejdet på akutmodtagelser både *før* og *efter* etableringen af EVA samt *indsigt* i arbejdsorganiseringen på akutmodtagelserne.

Fokusgruppe 6: 6 medarbejdere fra akutklinikker fordelt på:
1 læge og 1 sygeplejerske fra tre hospitaler.
Medarbejderne skulle have *erfaring* med arbejdet på akutmodtagelser både *før* og *efter* etableringen af EVA samt *indsigt* i arbejdsorganiseringen på akutmodtagelserne.

For at belyse afledte konsekvenser af EVA for den kommunale plejesektor blev der afholdt en fokusgruppe med kommunalt ansat plejepersonale. Ved sammensætning af deltagere til denne fokusgruppe tilstræbte KORA at inkludere medarbejdergrupper, som har direkte kontakt med personalet ved Akuttelefonen 1813, herunder hjemmesygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter ansat henholdsvis i hjemmeplejen og på plejecentre. På baggrund af drøftelser af KORAs undersøgelsesdesign på møde den 31. marts 2014 med faglige organisationer blev også visitatorer inkluderet. Herudover tilstræbte KORA at inkludere personale fra forskellige kommuner for at kunne afdække eventuelle lokale forskelle i samarbejdsfladerne til Akuttelefonen 1813. KORA havde specificeret følgende kriterier for udvælgelsen af deltagere til fokusgrupperne med deltagere fra den kommunale plejesektor:

Fokusgruppe 7: 9 medarbejdere fra den kommunale plejesektor fordelt på:
1 plejecenterassistent, 1 hjemme(syge)plejerske og 1 visitator fra tre kommuner.

Ved sammensætning af deltagere til fokusgruppen med alment praktiserende læger tilstræbte KORA at inkludere læger, som havde praktiseret i Region Hovedstaden både *før* og *efter* etableringen af EVA. Endvidere tilstræbte KORA at inkludere læger, som praktiserer på forskellig afstand til de største, døgnåbne akutmodtagelser, og såvel i solo- og kompagniskabspraksis. KORA havde specificeret følgende kriterier for udvælgelsen af deltagere til fokusgrupperne med deltagere fra almen praksis:

Fokusgruppe 8: 6-8 praktiserende læger fordelt geografisk på:
Forskellige kommuner samt land- og bypraksis. Fordelt organisatorisk på solo- og kompagniskabspraksis. Der måtte maksimalt være én deltager pr. praksis, og lægerne skulle have praktiseret minimum to år i Region Hovedstaden.

3.3.4.2 Rekruttering af fokusgruppedeltagere

Procedure for informantudvælgelse

I Den Præhospitale Virksomhed foregik udpegningen af fokusgruppedeltagere i samarbejde mellem sektionsledelser og tillidsrepræsentanter (TR) for medarbejdergrupperne. På akutmodtagelser og -klinikker foregik udpegning af deltagere i samarbejde mellem det regionale MED-udvalg⁴ og de sygepleje- og lægefaglige organisationer. Kommunekontaktrådet i hovedstadsområdet (KKR Hovedstaden) udpegede deltagende kommuner, som efterfølgende udpegede plejepersonale til interview. Chefkonsulent Thomas Pihl (TP) i Region Hovedstaden formidlede KORAs udvælgelseskriterier til KKR Hovedstaden og deltagernavne til KORA. På samme måde

⁴ MED-udvalget betegner det øverste udvalg for Region Hovedstadens samarbejdsorganisation mellem arbejdsgivere og medarbejdere (Region Hovedstaden, 2013c).

blev alment praktiserende læger udpeget af de praktiserende lægers organisation i hovedstadsområdet (PLO Hovedstaden). Igen blev kriterier og navne formidlet af TP.

Proceduren for informantudvælgelse afspejler flere hensyn. For det første har det, for at kunne belyse *organisationsændringen* og dens *praksisimplikationer*, været afgørende at få adgang til at interviewe personer, som har betydelig erfaring fra akutområdet i Region Hovedstaden samt indsigt i den nuværende organisering. Som interviewmetode involverer fokusgrupper netop personer, der er "fokuseret" på et givent emne i kraft af deres erfaringsmæssige baggrund (Thomas, MacMillan, McColl, Hale, & Bond, 1995). Grundet begrænset tid til at tilrettelægge dataindsamlingen har det for projektledelsen på KORA ikke været muligt på forhånd at opnå indsigt i enkelte medarbejderes erfaringsgrundlag men har måttet trække på TR og ledelseskendskab til medarbejderne. For det andet har afholdelsen af fokusgrupperne krævet lokale hensyn til vagtplanlægningen.

Proceduren for informantudvælgelse kan have betydet, at informanterne kan have en særlig interesse i spørgsmålet om arbejdstilrettelæggelsen i Region Hovedstadens akutte sundhedsvæsen. Eksempelvis var mange af deltagerne fra akutmodtagelser og -klinikker tillidsrepræsentanter. Langt hovedparten (6/7) af deltagerne i fokusgruppen med alment praktiserende læger havde arbejdet i den tidligere lægevagt og flere havde haft tillidshverv i relation til den tidligere lægevagt.

En konflikt mellem Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden om lægebetjeningen i Sundheds- huset i Helsingør, der lå forud for Region Hovedstadens beslutning om at hjemtage lægevagtsopgaverne (COWI, 2014, s. 26), betyder, at de praktiserende læger og ledelsen i Den Præhospitale Virksomhed givetvis har modsatrettede interesser i forhold til EVA. Det kan have påvirket informanternes udsagn om EVA vis-a-vis den tidligere lægevagtsordning.

Endelig har proceduren for informantudvælgelse betydet, at det ikke har været muligt at sikre anonymitet for Vagtcentralens medarbejdere internt i forhold til ledelsen. For medarbejdere på akutmodtagelser og -klinikker har det heller ikke været muligt at sikre anonymitet i forhold til den lokale ledelse samt Region Hovedstaden som arbejdsgiver. Risikoen ved dette kan være, at medarbejderne ikke føler sig trygge ved at udtale sig kritisk, fordi de kan frygte ledelsens reaktion. Dette var imidlertid ikke det indtryk KORA fik i forbindelse med afviklingen af fokusgruppeinterviewene, hvor medarbejderne pegede på mange udfordringer i forhold til EVA.

Praktiske udfordringer i forbindelse med deltagerrekruttering

I praksis viste det sig vanskeligt at sikre rekruttering til visse fokusgrupper i overensstemmelse med de opstillede kriterier. Herunder redegøres der for de praktiske udfordringer i forbindelse med deltagerrekruttering, mens den endelige sammensætning af deltagere i fokusgrupperne fremgår af bilag 2.

I fokusgruppe 1 blev den udpegede vagtleder for Akuttelefonen 1813 nødt til at melde afbud umiddelbart før afholdelsen af fokusgruppeinterviewet. Sygdom blandt personalet ved Akuttelefonen 1813 resulterede i en vagtændring, som forhindrede vagtlederen i at være til stede på tidspunktet for afholdelsen af fokusgruppeinterviewet. Den endelige sammensætning af fokusgruppe 1 fremgår af Bilagstabel 1 i bilag 2.

Fokusgruppe 2 var præget af lignende problematikker. Grundet problemer med vagtplanlægning var kun fire informanter udpeget. Heraf blev én paramediciner nødt til at melde afbud umiddelbart før fokusgruppeinterviewets start for at sikre tilstrækkelig bemanning 112 AMK-Vagtcentralen. Tre personer deltog i fokusgruppeinterviewet: en sygeplejerske, en dispatcher og en paramediciner. Den endelige sammensætning af fokusgruppe 2 fremgår af Bilagstabel 2 i bilag 2.

Interviewet med fokusgruppe 3 blev aflyst på dagen for den planlagte afvikling grundet manglende rekruttering af læger. Tidspunktet for fokusgruppeinterviewet blev herefter flyttet, og syv informanter blev udpeget. Ved afviklingen af fokusgruppeinterviewet mødte to af informanterne ikke op på grund af intern fejlkommunikation på 112 AMK Vagtcentralen, én måtte melde afbud for at sikre driften af Akuttelefonen 1813 og én var forhindret på grund af sygdom. Fire læger deltog i fokusgruppeinterviewet, heraf 1 AMK-læge, 2 1813-læger som primært havde erfaring med telefonvisitation og 1 1813-læge, som varetager både visitation, hjemmebesøg og akutkonsultationer (sidstnævnte via akutmodtagelser og -klinikker). Den endelige sammensætning af fokusgruppe 3 fremgår af Bilagstabel 3 i bilag 2.

Interviewet med fokusgruppe 4 blev afviklet som planlagt. Sammensætningen af fokusgruppe 4 fremgår af Bilagstabel 4 i bilag 2.

Fokusgruppeinterview 5-8 blev afviklet som planlagt; fokusgruppe 5 dog uden deltagelse af én sygeplejerske fra en akutmodtagelse (fra Hospital D), som blev forhindret, og fokusgruppe 7 uden en plejecentermedarbejder (fra Kommune C). Sammensætningen af fokusgruppe 5-8 fremgår af Bilagstabellerne 5-8 i bilag 2.

Udfordringerne med deltagerrekruttering fra Den Præhospitale Virksomhed har metodiske implikationer, idet datagrundlaget for belysning af visse funktioner på Vagtcentralen er sparsomt. Dels er vagtlederfunktionen ved Akuttelefonen 1813 kun belyst i interview via øvrige informanters udsagn samt observationer. Dels var der meget få informanter, som varetog udkørende funktioner, dvs. hjemmebesøg, sygetransport og akutkørsler (ambulance og akutlægebil). Implikationer af EVA for vagtcentralens udkørende funktioner blev endvidere belyst i interview af AMK-lægen og dispatchere, som på grund af deres overblik over kørende ressourcer havde indsigt i de forandringer, som er fulgt med etableringen af EVA.

Generelt var der god overensstemmelse mellem medarbejdernes udsagn på tværs af faggrupper og funktioner. Det tyder på robusthed i forhold til de opnåede interviewdata.

Endvidere kan udfordringer med deltagerrekruttering i sig selv give analytisk indsigt (Wintherik, de Bont, & Berg, 2002). Udfordringerne med at rekruttere medarbejdere fra Den Præhospitale Virksomhed giver således indblik i mere generelle udfordringer i forhold til vagtplanlægning og bemanning på Vagtcentralen (jf. afsnit 4.2.3).

3.3.4.3 Afvikling af fokusgruppeinterview

Alle fokusgruppeinterview var semistrukturerede. En projektleder fra KORA introducerede indledningsvist formålet med fokusgruppen, faciliterede diskussionen og løbende samlede op på diskussionen for at få uddybet og kvalificeret udsagn.

Interviewguides

Alle fokusgrupper tog udgangspunkt i interviewguides (se bilag 3), som var blevet udviklet på baggrund af kommissoriet for evalueringen, den indledende gennemgang af litteratur om lægevagtsordningen og det Enstregede og Visiterede Akutsystem samt observationer på Vagtcentralen. Der blev udviklet én interviewguide specifikt til interviewet med Den Præhospitale Virksomheds ledere. Til medarbejderinterviewene på Vagtcentralen blev der udviklet en generisk guide (skabelon), som blev tilpasset de enkelte medarbejdergrupper. Interviewene med medarbejdere på akutmodtagelser og -klinikker, i den kommunale plejesektor og almen praksis tog ligeledes udgangspunkt i en skabelon, som blev tilpasset de enkelte grupper.

Interviewguiden til fokusgruppen med *ledere* fra Den Præhospitale Virksomhed var udviklet med henblik på at afdække:

- Formålet med integration af tidligere lægevagtsopgaver i Akuttelefonen 1813s portefølje
- Hvilke organisatoriske forandringer etableringen af EVA har medført sammenlignet med den tidligere lægevagtsordning
- Funktion og udvikling af Vagtcentralens it-infrastruktur, herunder Akuttelefonen 1813s elektroniske visitationsguide
- Hvilke driftsmæssige udfordringer ledelsen oplever, og hvordan de søger at håndtere dem
- Hvilke formelle samarbejdsrelationer der er etableret mellem Akuttelefonen 1813 og de øvrige dele af sundhedsvæsenet, som Akuttelefonen 1813 har samarbejdsflader til
- Udviklingsmuligheder i forhold til at sikre, hvad ledelsen opfatter som en god funktion af Akuttelefonen 1813 i Den Præhospitale Virksomhed.

Interviewguiden til fokusgrupper med *medarbejdere* på Vagtcentralen var udviklet med henblik på at afdække:

- Bredden i typerne af henvendelser til Akuttelefonen 1813
- I hvilke situationer opgavevaretagelsen ifølge personalet giver anledning til udfordringer, herunder hvilke udfordringer og hvordan de søges håndteret
- Hvad der, efter personalets erfaring, udgør vigtige forudsætninger for at udføre godt arbejde (i deres givne funktion)
- Hvad integrationen af funktioner på Vagtcentralen betyder for personalets daglige arbejde, herunder i hvilke situationer medarbejderne interagerer, og hvad interaktionen kan bidrage med til opgaveløsningen
- Hvordan samarbejdet mellem Akuttelefonen 1813 og henholdsvis akutmodtagelser/-klinikker, kommunal pleje og almen praksis foregår i praksis, herunder i hvilke situationer der opstår udfordringer i forhold til at sikre gode overgange i patientforløb, og hvad personalet gør for at håndtere disse udfordringer
- Udviklingsmuligheder i forhold til at sikre, hvad medarbejderne opfatter som god funktion af Akuttelefonen 1813 i Den Præhospitale Virksomhed.

Interviewguiden til fokusgrupper med informanter fra henholdsvis akutmodtagelser/-klinikker, den kommunale plejesektor og almen praksis var udviklet med henblik på at afdække:

- Hvilke ændringer etableringen af EVA har medført i det daglige arbejde på henholdsvis akutmodtagelser/-klinikker, i den kommunale plejesektor og almen praksis, herunder hvorvidt samarbejdsrelationer er forandret, og i givet fald hvordan
- I hvilke situationer de organisatoriske forandringer giver anledning til udfordringer, herunder hvilke udfordringer, hvorvidt de adskiller sig fra udfordringer i det tidligere lægevagtsystem, og hvad personalet gør for at håndtere dem
- I hvilke situationer de organisatoriske forandringer bidrager positivt til opgaveløsningen på akutmodtagelser/-klinikker, i den kommunale plejesektor og almen praksis
- Hvordan informationsudveksling foregår mellem Akuttelefonen 1813 og henholdsvis akutmodtagelser/-klinikker, den kommunale plejesektor og almen praksis, herunder hvilken information personalet får om et patientforløb af hvem og hvornår, hvornår informationsudveksling giver anledning til udfordringer, hvorvidt udfordringerne adskiller sig fra udfordringer i det tidligere lægevagtsystem, og hvad personalet gør for at håndtere dem
- Udviklingsmuligheder i forhold til at opnå, hvad personalet forstår som et godt samspil mellem Akuttelefonen 1813 og henholdsvis akutmodtagelser/-klinikker, den kommunale plejesektor og almen praksis.

I fokusgrupperne med medarbejdere fra akutmodtagelser blev der spurgt særligt ind til funktionen af det såkaldte børnespor, idet etableringen af et separat behandlingsspor for børn under 12 år udgør en væsentlig organisatorisk forandring i forhold til det tidligere lægevagtssystem.

Metodiske udfordringer ved evaluering af organisationsændringer med stor mediemæssig bevågenhed

Evalueringen adresserer et emne, der har fået megen medieomtale, som har stor politisk bevågenhed, og som der er stærke interesser involveret i. Det skaber visse metodiske udfordringer. Dels fordi det kan være uklart, hvornår informanter refererer til egne erfaringer eller mediediskurser (Tjørnhøj-Thomsen, 2010). Dels fordi informanternes udsagn kan være møntet på at bestyrke en bestemt sagsfremstilling. KORA har søgt at imødegå disse udfordringer på flere måder: For det første blev undersøgelsens interviewguides udviklet specifikt med henblik på at afdække organisatoriske *forandringer, udfordringer og udviklingspotentialer*; ikke *holdninger* til forandringer. For det andet gjorde projektlederen fra KORA det ved introduktionen til fokusgrupperne klart, at interviewene skulle belyse *organisatoriske* forandringer og *praktiske* udfordringer gennem *konkrete* eksempler med henblik på at identificere udviklingsmuligheder. For det tredje søgte projektlederen løbende at kvalificere informanternes udsagn. Dels ved at afdække, hvorvidt der var divergerende erfaringer blandt fokusgruppemedlemmerne. Dels ved at spørge detaljeret ind til problematikker for at afklare, hvorvidt der var tale om forandringer og i givet fald få *konkretiseret*, hvilke forandringer informanterne henviste til. Endelig er udsagn søgt kvalificeret gennem opfølgende dataindsamling.

3.3.5 Opfølgende dataindsamling

I tilfælde hvor informanter har refereret til rammevilkår for deres virke i akutsystemet, har vi så vidt muligt søgt at kvalificere udsagn via andre datakilder. Når medarbejdere og ledelsen på Akuttefonen 1813 eksempelvis refererede til underbemanding som en central problematik med afledte driftsmæssige udfordringer, blev der fulgt op gennem indhentning af HR data fra Den Præhospitale Virksomhed eller regionens HR- statistikkontor.

Udsagn om forskelle mellem det tidligere lægevagtssystem og EVA er også søgt kvalificeret via flere datakilder. Der er fulgt op på forskelle i uddannelses- og erfaringsbaggrund for personalet via regionale HR-data og opfølgende telefonsamtaler med enheds- og sektionsledelsen ved Akuttefonen 1813. Der er fulgt op på udsagn om forskelle i styringsprincipper og procedurer via sammenligning af lægevagtsinstruksen og årsrapporter for den tidligere lægevagt i Region Hovedstaden og instrukser for Akuttefonen 1813 på Region Hovedstadens offentlige dokumentportal⁵.

Endelig er der redegjort for udviklingstiltag, som er sat i værk for at imødegå driftsmæssige udfordringer i ved Akuttefonen 1813 via opfølgende telefonsamtale med administrationschefen for Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet, en enhedschef for Akuttefonen 1813 samt en enhedschef for 112 AMK-vagtcentralen.

3.3.6 Konfidentialitet

Af hensyn til konfidentialitet er der ikke nævnt informantnavne eller personlige oplysninger, som kan gøre det let at identificere informanter, i rapporten. Af samme årsag er navne på kommuner og hospitaler også udeladt i analysen. I interview med ledende personer samt alment praktiserende læger, som har haft strategiske poster i forhold til ledelsen af lægevagtsarbejdet, har det ikke været muligt at sikre informanternes anonymitet. I de tilfælde har informanterne fået referatet fra fokusgruppeinterviewet til gennemsyn med mulighed for at kommentere eventuelle faktuelle fejl og misforståelser inden for en uge. Alle informanter har fået

⁵ VIP-portalen, <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>.

tilbud om at godkende brugen af citater. To informanter frabad sig brugen af citater. I det ene tilfælde (sygeplejerske på akutklinik) fordi vedkommende ikke kunne genkende den nøjagtige ordlyd. I det andet tilfælde (kommunalt ansat sygeplejerske) fordi vedkommendes ledelse ikke kunne godkende brugen uden at have set den samlede analyse.

3.3.7 Bearbejdning og analyse af observations- og interviewdata

Alle fokusgruppeinterviewene blev efter deltagernes accept optaget på lydfil. I forbindelse med afviklingen af fokusgruppeinterviewene blev der taget referat af diskussionerne. Lydfilerne blev efterfølgende anvendt til at kvalificere referaterne, dvs. sikre at referaterne var dækkende for diskussionen, og at udsagn var forstået og gengivet korrekt. I tilfælde, hvor der fortsat var tvivl om forståelsen af udsagn, blev de relevante informanter kontaktet pr. e-mail eller telefon.

Efter grundig gennemlæsning af noter og referater er observations- og interviewdata indledningsvist grupperet manuelt i forhold til organisationsanalysens fire hovedspørgsmål:

- 1) Hvilke organisatoriske forandringer indebærer etableringen af det enstrengede og visiterede akutsystem i forhold til det tidligere lægevagtsystem?
- 2) I hvilke situationer giver den ændrede organisering af akutsystemet anledning til driftsmæssige udfordringer ved Akuttefonen 1813, hvilke afledte konsekvenser har det for personalet på 112 AMK-Vagtcentralen, og hvordan søger personale og ledelse at håndtere udfordringerne?
- 3) Hvilke implikationer kan udfordringerne have for andre dele af det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden?
- 4) Hvordan kan arbejdsprocesser og samarbejdsrelationer forbedres med henblik på at skabe sammenhæng og god ressourceudnyttelse i EVA?

Herefter blev en mere detaljeret indholdsanalyse (meningskondensering) (Kvale, 2005, s. 192-194) foretaget. I denne del af analysen blev der lagt vægt på at identificere overensstemmelser og kontraster i forhold til de problematikker, som informanterne har beskrevet. Problematikker, som er beskrevet af medarbejdergrupper på tværs af de forskellige dele i akutsystemet, er givet særlig opmærksomhed i analysen. I tilfælde, hvor informanter har givet modstridende forklaringer, har vi redegjort for dette i analysen. Endelig har vi i analysen lagt vægt på at af-dække arbejdspraksisser i det akutte sundhedsvæsen fremfor at redegøre for *holdninger* til EVA.

4 Analyse

Organisationsanalysen kortlægger a) hvilke organisatoriske *forandringer* etableringen af EVA har medført, b) hvornår organiseringen af EVA giver anledning til driftsmæssige *udfordringer* ved Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen, c) hvilke implikationer de driftsmæssige udfordringer har for andre dele af det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden, med henblik på at d) identificere indsatser, der kan bidrage til at forbedre akutsystemets funktion i Region Hovedstaden. Analysen er opdelt i fire hovedafsnit, som følger disse fire formål.

4.1 Hvilke organisatoriske forandringer involverer etableringen af det enstrengede og visiterede akutsystem?

Etableringen af EVA i Region Hovedstaden involverer flere organisatoriske forandringer i forhold til det tidligere lægevagtsbaserede system. Disse gennemgås i det følgende.

4.1.1 Organisatorisk og fysisk samordning

Når Region Hovedstaden refererer til organisationsændringen som indførelse af et enstrengt akutsystem, så henviser det dels til, at alle telefoniske borgerhenvendelser uden for normal åbningstid i almen praksis nu håndteres af Akuttelefonen 1813, som pr. 1.1.2014 overtog den tidligere lægevagts opgaver med telefonisk rådgivning og visitation og hjemmebesøg, dels til at alle kliniske akutkonsultationer nu varetages af personale på regionens akutte modtagsteder.

4.1.1.1 Den Præhospitale Virksomhed

Integrationen af vagtlægefunktionen i regionens akutsystem har betydet, at opgaverne med varetagelse af telefonkonsultation og lægebesøg i hjemmet nu varetages af Den Præhospitale Virksomhed.

Med placering af den tidligere lægevagts opgaver med telefonkonsultation og hjemmebesøg i Den Præhospitale Virksomhed har man samlet disse funktioner med de øvrige visitations- og kørselsfunktioner i regionens akutte sundhedsvæsen.

Per 1.1.2014 varetages følgende funktioner af Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet:

Tabel 4.1 Funktioner varetaget af Den Præhospitale Virksomhed pr. 1.1.2014

Funktion	Involverede faggrupper	Tidsrum
Akuttelefonen 1813 – visitation og sundhedsfaglig rådgivning	Sygeplejersker Læger	Sygeplejerskekonsultation/visitation hele døgnet alle dage. Lægekonsultation hverdage kl. 16-08 samt hele døgnet i weekenden og på helligdage*
Sundhedsfaglig visitation af 112-opkald	Sygeplejersker Paramedicinere	Hele døgnet
Kørende 1813-læge (hjemmebesøg)	Læger Dispatchere	Kl. 16-08 hverdage og hele døgnet i weekenden og på helligdage
Ambulancetjeneste og akutlægebil	Ambulanceassistenter Ambulancebehandlere Paramedicinere Akutlæger Dispatchere	Hele døgnet
Liggende sygetransport	Chauffører Dispatchere	Hele døgnet
Psykiatrisk rådgivning og psykiatrisk akutberedskab	Speciallæger i psykiatri Paramedicinere	Kl. 16-08 hverdage og hele døgnet i weekenden og på helligdage

* På hverdage i tidsrummet 08-16 har sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale mulighed for at få faglig sparring ved AMK-lægen på 112 AMK-Vagtcentralen.

Med EVA er der altså sket en ledelsesmæssig samordning af 112-beredskabet, det psykiatriske beredskab, Akuttelefonen 1813 og den kørende vagtlægefunktion i Den Præhospitale Virksomhed.

Fysisk blev der foretaget en flytning af Den Præhospitale Virksomhed fra Herlev Hospital til Vagtcentralen i Ballerup to uger før idriftsættelsen af EVA. Flytningen blev besluttet, før det blev vedtaget at opsigte aftalen med PLO om lægevagten og etablere det enstrengede og visiterede akutsystem. Det er altså ikke en konsekvens af de organisatoriske ændringer.

I forbindelse med flytningen har ledelserne ved Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen tilstræbt at skabe et fysisk arbejdsmiljø, der kan understøtte gensidig læring og koordination mellem de kørende og visiterende funktioner i regionens akutte sundhedsvæsen. Konkret er arbejdsstationer for 112-visitatorer, 1813-visitatorer, 112-vagtledere, 1813-vagtledere, AMK-lægen og dispatchere samlet i ét storrumskontor, hvortil der også er knyttet et lokale, hvor kørende 1813-læger afleverer og henter udstyr samt lokaler, hvor personalet kan holde pauser.

Forventningen er ifølge Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-vagtcentralens ledelser, at den fysiske samordning kan lette informationsudveksling mellem personalegrupper, som varetager forskellige funktioner. Ledelserne nævner eksempelvis, at samordningen giver mulighed for, at personalet ved Akuttelefonen 1813 lettere kan konferere med personalet på 112 AMK-Vagtcentralen og dermed opnå større forståelse af disponeringen af Akutberedskabets ressourcer.

Desuden giver samordningen ifølge Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralens ledelser mulighed for, at personalet i forskellige dele af Den Præhospitale Virksomhed kan aflaste hinanden i situationer med spidsbelastning. Eksempelvis er nogle sygeplejersker på 112 AMK-Vagtcentralen oplært til at tage vagter både på 112 og Akuttelefonen 1813 og kan vagtsættes i begge funktioner. Ifølge ledelsen på AMK-vagtcentralen er et formaliseret samarbejde mellem vagtlederne på 112 AMK-Vagtcentralen og Akuttelefonen 1813 blevet etableret med henblik på at fremme erfaringsudvekslingen samt løfte den samlede driftsopgave i fællesskab.

I den tidligere lægevagtsordning blev telefonkonsultation og kliniske akutkonsultationer udført i lokaler på regionens hospitaler, hvorfra de kørende vagtlæger også udgik. Konkret var visitationen lokaliseret på fire matrikler: Bispebjerg Hospital, Bornholms Hospital, Herlev Hospital og Hillerød Hospital. De kørende vagtlæger udgik fra Amager Hospital, Bispebjerg Hospital, Herlev Hospital og Hillerød Hospital.

4.1.1.2 Akutte modtagesteder

Varetagelsen af akutkonsultationer (personligt fremmøde), som tidligere blev udført af lægevagtsordningen, er med etableringen af EVA blevet integreret i regionens akutmodtagelser og -klinikker. Fysisk varetages opgaverne på regionens fem akutmodtagelser, der er beliggende på Bispebjerg, Bornholm, Herlev, Hillerød og Hvidovre hospitaler, de fem akutklinikker på Amager, Frederiksberg, Frederikssund, Gentofte og Glostrup hospitaler, samt Sundhedshuset i Helsingør (Region Hovedstaden, 2013b).

Tidligere blev lægevagtskonsultationer også udført i konsultationslokaler på regionens hospitaler, det vil sige på Amager, Bispebjerg, Bornholm, Frederikssund, Gentofte, Glostrup, Helsingør, Herlev, Hillerød og Hvidovre hospitaler (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012), s. 22-24). Som noget nyt er der altså tilføjet en opgave med akutkonsultationer på Frederiksberg Hospital og flyttet en opgave med akutkonsultationer fra Helsingør Hospital (som blev lukket pr. 1.2.2013 i forbindelse med fusion med Hillerød og Frederikssund hospitaler) til Sundhedshuset Helsingør.

Som noget nyt skal børn under 12 år med akut, almen medicinsk sygdom henvises til såkaldte børnespor på de akutte modtagesteder. Efter etableringen af EVA foretages der i vagttiden medicinske børnekonsultationer på fem akutte modtagesteder: Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Hillerød Hospital, Bispebjerg Hospital⁶ og Bornholms Hospital (jf. Akutberedskabets instruks "Visitationsmuligheder for Børn (under 12 år)"⁷).

Tidligere modtog alle ti lægevagtskonsultationer børn. Varetagelsen af akutte medicinske børnekonsultationer er altså blevet samlet på færre matrikler end tidligere. Ifølge Region Hovedstaden er formålet med etablering af børnesporene at sikre, at der er pædiatrisk ekspertise til stede i tilfælde af alvorlig sygdom. Børn under 12 år med akutte ukomplicerede småskader håndteres uændret på såvel akutmodtagelser og akutklinikker.

I forhold til den fysiske indretning af modtagestederne hedder det i Region Hovedstadens retningslinjer og principper for det enstrengede og visiterede akutsystem (2013), at lokaler beregnet til akutkonsultationer for patienter med "almenmedicinske sygdomme" skal "placeres i fysisk sammenhæng med de øvrige undersøgelses- og behandlingsrum i akutmodtagelserne og akutklinikkerne" for at "opnå optimal synergieffekt af integration af denne patientgruppe i akutmodtagelser og akutklinikker" (s. 14). I retningslinjerne er det ikke specificeret, hvor børnemodtagelserne skal placeres.

I praksis varierer indretningen af de akutte modtagesteder. Fra fokusgruppeinterview med personalet på akutmodtagelser er det indtrykket, at der typisk ikke er sket ændringer i de fysiske rammer i forhold til den tidligere lægevagtsordning. Personalet forklarede, at lokalerne, som tidligere blev brugt til lægevagtskonsultationer, fortsat benyttes til tilsyn af patienter med almenmedicinske tilstande i vagttid. Hvorvidt der i praksis er tale om en fysisk integration, afhænger dermed af den tidligere organisering. På nogle akutklinikker har etableringen af EVA dog betydet en fysisk samordning, idet der er etableret nye konsultationslokaler til almenmedicinske patienter i skadestuer eller etableret skadestuefaciliteter i tidligere lægevagtslokaler.

⁶ På Bispebjerg hospital, hvor der ikke er en børneafdeling, er der pædiatrisk ekspertise fra Rigshospitalet.

⁷ Tilgængelig via <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>, 24.7.2014.

Børnemodtagelserne (børnespor) er på nogle hospitaler fysisk adskilt fra akutmodtagelsen, mens de andre steder er fysisk integreret i akutmodtagelsen. Ifølge personalet fra børnesporene giver den fysiske integration mulighed for en fleksibel opgaveløsning, idet forskellige personalegrupper let kan trække på hinandens kompetencer, og patienter enkelt kan henvises til andre personalegrupper, hvis personalet finder, at de er bedre hjulpet der. Omvendt er det personalets oplevelse, at en fysisk adskillelse er med til at hindre dette.

Det har ligget uden for rammerne af denne evaluering at foretage en systematisk kortlægning af den fysiske organisering af alle akutte modtagesteder på hospitalerne i Region Hovedstaden.

4.1.1.3 Et nyt organiseringsprincip

Organiseringen af den tidligere lægevagtsordning må forstås i et historisk perspektiv. Som Flarup og kolleger (2010) beskriver, har alment praktiserende læger i Danmark historisk haft lægefagligt ansvar for patienter, som var tilmeldt deres praksis, uanset hvornår på døgnet en patient måtte behøve hjælp. Før den seneste lægevagtsreform i 1992 var det den enkelte læges forpligtelse at organisere vagtdækning uden for den normale åbningstid i almen praksis. Ifølge Flarup og kolleger (2010) delte de alment praktiserende læger i byerne typiske denne forpligtelse gennem etablering af vagtordninger. Ofte blev driften af lægevagten afviklet i samarbejde med Falck, som havde ansvar for visitation af hjemmebesøg, der var den dominerende ydelse. I landområder løftede lægerne typisk forpligtelsen alene eller i grupper af tre til ti læger, eventuelt med bistand fra lægens familie til at forestå visitation, når lægen var på sygebesøg (ibid).

Lægevagtsreformen i 1992 betød, at praktiserende lægers ansvar for at sikre patienter adgang til behandling af akutte, almenmedicinske tilstande hele døgnet blev videreført – men fra at være et *individuel* ansvar, blev det et *kollektivt* ansvar forankret i regionale vagtlægeforeninger, som refererer til de Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Samtidig blev der indført krav om, at vagtlæger skulle være specialuddannede i almen medicin. Endelig betød reformen, at regulering af vagtlængder og -funktioner blev formaliseret (ibid). Reformen ændrede ikke på kravene til vagthypighed. Parallelt til de lægelige akutopgaver, der blev varetaget (og fortsat varetages) i almen praksis i dagtid (kl. 08-16), blev de primære vagtfunktioner defineret som telefonkonsultation, hjemmebesøg og kliniske akutkonsultationer.

Ifølge de alment praktiserende læger interviewet til denne rapport er det som vagtlæge vigtigt at have erfaring både med telefonkonsultationer, hjemmebesøg og akutkonsultationer for at sikre god sammenhæng i det akutte sundhedsvæsen. Konkret gav de udtryk for, at kendskabet til forskellige funktioner gav indsigt i, hvilken information som er vigtig at videregive til kolleger. Eftersom vagtarbejdet indebærer, at den sundhedsfaglige person ikke har forudgående kendskab til patienterne, er god information, ifølge de alment praktiserende læger, afgørende for, at man kan forberede sig bedst muligt på patientmødet. Én praktiserende læge med 12 års lægevagtserfaring forklarede:

“Før man sad i visitationen, havde man kørt lægevagt i et år. Så man vidste, hvad det var, man sendte [den kørende vagt] ud til, for man havde selv stået derude. [...] Ofte fik man en “PLO-pakke”, det vil sige, at man havde to til tre visitationsvagter, en til to konsultationsvagter og måske en kørevagt. Man havde ligesom hele spektret.”

“Hele spektret” afspejler imidlertid en given organisatorisk afgrænsning af den tidligere lægevagtsopgave, nemlig de tre funktioner telefonkonsultation, hjemmebesøg og akutkonsultationer, som PLO havde ansvar for. Vagtlæger henviste også til instanser, som de ikke nødvendigvis havde løbende, klinisk erfaring med, herunder skadestuer, sengeafdelinger, kommunale plejetilbud og psykiatriske akuttilbud. Dette gør ikke behovet for hensigtsmæssige informationsudveksling mindre, men det illustrerer, at sammenkoblingen af opgaverne telefonkonsulta-

tion, hjemmebesøg og akutkonsultationer således er resultat af en historisk proces, hvor disse funktioner er blevet formaliseret som særlige *lægevagtsopgaver* med forankring i et bestemt, lægeligt *speciale*.

Med etableringen af EVA introduceres et nyt organiseringsprincip. Fremfor at betragte opgaverne med telefonkonsultation, hjemmebesøg og kliniske akutkonsultationer som særlige *lægevagtsopgaver* forankret i et givent lægeligt speciale, ses de som *akutopgaver* på linje med andre opgaver i en samlet regional *akutorganisation*.

Ifølge Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralens ledelser i Den Præhospitale Virksomhed afspejler disse organisatoriske ændringer en vigtig konceptuel forandring: fra at tænke i specialer er omdrejningspunktet for organiseringen af det akutte sundhedsvæsen nu patientforløb. En enhedschef på 112 AMK-Vagtcentralen udtrykte det på følgende måde:

"Mens du tidligere sad i en lægevagtskonsultation og varetog lægevagtsarbejde eller sad og disponerede ambulancer, så er du nu med i en organisation, der varetager patientforløb [...] Vi sidder her ikke for at varetage et speciale men for at sikre en patients hensigtsmæssige forløb gennem en akut situation. Det er en vigtig konceptuel forandring i den måde, det præhospitale sundhedsvæsen fungerer på. Tidligere var der tale om adskilte organisationer uden data- eller begrebsfællesskab. De havde hver deres søjle, som de varetog. De søjlegrænser har vi nedbrudt her."

Med nedbrydningen af "søjlegrænser" henviser enhedschefen til, at der tidligere var et formelt organisatorisk skel mellem lægevagtsfunktionen og de andre funktioner i det akutte regionale sundhedsvæsen. Mens lægevagtsarbejdet fortrinsvis blev varetaget af alment praktiserende læger, som er selvstændigt næringsdrivende, blev akutarbejdet i de øvrige dele af det regionale sundhedsvæsen varetaget af regionalt ansat sundhedspersonale. Det betød eksempelvis, at personalet var underlagt forskellige honoreringssystemer. Mens vagtlæger var takstafølønnet (honorering pr. ydelse), var det øvrige personale på fast løn. Endvidere foregik styringen af arbejdet på forskellige måder: Mens arbejdet i lægevagten blev styret via forhandling mellem to parter i form af regionen og de praktiserende lægers organisation (PLO) i forbindelse med overenskomstaftaler⁸, var arbejdet i Den Præhospitale Virksomhed, akutmodtagelser og -klinikker samt den psykiatriske akutberedskab underlagt direkte ledelse via regionens politisk-administrative ledelsesstreng (det vil sige styring via et overordnet-underordnet-forhold). Med opsigelsen af aftalen om lægevagtsdækning med PLO og hjemtagelsen af lægevagtsarbejdet kan opgaverne med telefonkonsultation, hjemmebesøg og kliniske akutkonsultationer honoreres og ledes efter samme principper som det øvrige arbejde i det akutte sundhedsvæsen; dog kun i tidsrummet 16-08. I dagtiden (kl. 08-16) er opgaverne med telefonkonsultation, hjemmebesøg og kliniske akutkonsultationer fortsat forankret i almen praksis.

Ambitionen med de organisatoriske forandringer er ifølge enhedsledelsen på AMK-vagtcentralen at skabe bedre organisatoriske forudsætninger for sammenhængende patientforløb:

"Tidligere var det i et vist omfang overladt til borgeren selv at finde ud af, hvordan de skulle håndtere det problem, de nu stod med – er det et problem for lægevagten, skal man henvende sig på akutmodtagelsen, skal man ringe 112 eller kontakte rådgivningen på 1813 telefonen? Med den tiltagende kompleksitet, der er inden for hospitalsvæsnet, har borgeren ikke en jordisk chance for at finde rundt. Derfor var det vigtigt for os at få samlet alle disse indgange i én indgang, hvor vi kan lave en sam-

⁸ Lægevagtsordningen var etableret i henhold til Landsoverenskomsten om almen lægegerning §§ 49-51 samt "Aftale vedrørende lægevagtsordningen i Hovedstadsregionen" af december 2006 med Region Hovedstaden og Praksisudvalget i regionen som aftalparter. Regionen var ansvarlig for at sikre faciliteter nødvendige for driften, mens foreningen Hovedstadsregionens Praktiserende Læger (HPL) var ansvarlig for den daglige administration, bemanning og introduktion af nye vagtlæger i samarbejde med regionen (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012), s. 15-16.

let vurdering af akuthedsgrad og finde ud af, hvor vi kan løse det aktuelle problem. Nu er der én indgang, hvor det er os, der guider borgeren hen til det sted, hvor de får løst deres aktuelle problem i stedet for, at borgeren selv skal shoppe rundt eller holde sig orienteret om, hvor man gør hvad i sundhedsvæsenet.”

Et væsentligt formål med etableringen af EVA var altså fra politisk-administrativ side at sikre korrekt visitation af patienter i Region Hovedstadens præhospitale sundhedsvæsen. Samtidig var forventningen, at dette kan være med til at sikre bedre ressourceudnyttelse, idet de eksisterende ressourcer formodes at kunne udnyttes mere effektivt (Region Hovedstaden, 2013b).

4.1.2 Informationsteknologisk integration

For at understøtte formålet om integration og glidende overgange er der udviklet en informationsteknologisk (it) infrastruktur, som går på tværs af funktionerne i Vagtcentralen i Ballerup. It-systemet (LogisCad) blev oprindeligt udviklet som et værktøj til disponering af planlagte sygetransporter og er blevet udbygget i takt med, at nye funktioner er blevet integreret i vagtcentralen. I forbindelse med etableringen af EVA blev der indbygget nye funktionaliteter for at understøtte den sundhedsfaglige rådgivning og visitation af 1813-opkald og disponering af hjemmebesøg. Via it-systemet kan det sundhedsfaglige personale dokumentere, hvilke informationer de har modtaget, og hvilken rådgivning de har givet ved borgerkontakter, de kan modtage billedfiler (fotos for eksempel af et sår eller et færdselsuheld) fra borgere til støtte for vurdering af, hvad der er en hensigtsmæssig indsats, de kan foretage opslag i visitationsretningslinjer, de kan på et interaktivt kort og se, hvor kørende transportere aktuelt befinder sig og hvor hjertestartere er placeret, de kan rekvirere akutkørsler, sygetransporter og hjemmebesøg, de kan se estimer af aktuelle ventetider på akutte modtagesteder i Region Hovedstaden, og de kan bestille konsultationstid for borgerne på de akutte modtagesteder.

På de akutte modtagesteder benyttes ikke LogisCad, men hospitalernes it-systemer OPUS Arbejdsplads og Grønt System. Elektroniske informationer udveksles derfor gennem informationsteknologiske integrationer mellem LogisCad og OPUS Arbejdsplads og Grønt System. I forbindelse med visitationer skal der i LogisCad dannes elektroniske rekvisitioner, som sendes til hospitalernes it-system. Personalet på akutte modtagesteder har adgang til en oversigt over henviste patienter og mulighed for at se patientinformation registreret ved Akuttefonen 1813 (Region Hovedstaden, 2013b), s. 15-16). Der går også en datastrøm den anden vej, idet information om ventetid på de akutte modtagesteder overføres til LogisCad (ibid, s. 16).

På Vagtcentralen i Ballerup varetages alle funktioner via den samme it-plattform. Det betyder dels, at patientdata ikke skal overføres mellem it-systemer i tilfælde, hvor flere af Vagtcentralens funktioner er involveret i et patientforløb, dels at vagtcentralens sundhedsfaglige personale skriver i den samme journal. Endelig betyder det, at medarbejdere ved behov kan tilgå andre funktioner ved at skifte mellem it-moduler. Hvis et 1813-opkald eksempelvis viser sig at være så alvorligt, at en ambulance er påkrævet, kan personalet ved Akuttefonen 1813 skifte til 112-modulet og rekvirere en ambulance direkte uden at skulle viderestille opkaldet til 112.

I den tidligere lægevagt blev der benyttet et fælles journalsystem på tværs af lægevagtsfunktionerne og regionale grænser. Via dette system kunne vagtlæger – uanset om de varetog telefonkonsultation, hjemmebesøg eller akutkonsultationer – tilgå de samme lægevagtsnotater (Koncern Praksis, 2013). Kontakt mellem lægevagten og 112 foregik telefonisk via en direkte telefonlinje til det sundhedsfaglige personale på 112 AMK-Vagtcentralen (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012).

Det vil sige, at én form for informationsteknologisk integration har afløst en anden: mens et fælles journalsystem, som gav mulighed for at tilgå de samme patientoplysninger, tidligere forbandt de forskellige lægevagtsfunktioner, følger den informationsteknologiske integration i

EVA den organisatoriske opdeling mellem Den Præhospitale Virksomhed og de akutte modtagesteder.

Ifølge de alment praktiserende læger kunne journalnotater fra patienters eventuelle tidligere henvendelser til lægevagten (også i andre regioner) nemt tilgås i den tidligere lægevagts it-system. Både de tidligere vagtlæger og det nuværende 1813-personale betragtede adgangen til historisk patientinformation som en væsentlig forudsætning for at udføre godt visitationsarbejde. Vagtlægerne forklarede således, at det eksempelvis er nyttigt at kunne orientere sig om, hvorvidt en patient var kendt med medicinmisbrug, medicinallergi eller tidligere havde truet personale i lægevagten for at kunne tage de nødvendige forholdsregler i kontakten til patienten. I det nuværende system er det også teknisk muligt for personalet på AMK-vagtcentralen at tilgå journalnotater fra tidligere patienthenvendelser til Akuttelefonen 1813. Men eftersom informationer om tidligere lægevagts henvendelser fra perioden før 1. januar 2014 ikke er overført til LogisCad, er adgangen til historiske patientdata før denne skæringsdato i praksis begrænset. Personalet på de akutte modtagesteder har adgang til de journalnotater, som sendes fra Akuttelefonen 1813 til OPUS Arbejdsplads men ikke til historiske notater fra henvendelser til Akuttelefonen 1813. Til gengæld har de mulighed for at opnå adgang til journalnotater fra patienters eventuelle tidligere henvendelser på hospitalet.

4.1.3 Visiteret adgang

At akutsystemet er visiteret betyder, at regionens borgere, i tråd med Sundhedsstyrelsens faglige udmelding fra 2007⁹ samt økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner, skal henvises af en sundhedsfaglig person, før de møder op på regionens akutte modtagesteder. Siden 1.1.2014 er regionens borgere således blevet opfordret til at ringe til Akuttelefonen 1813, før de henvender sig på en akutmodtagelse eller -klinik (www.1813.dk, 4.7.2014). Formålet er at kunne afklare, hvor en borger mest hensigtsmæssigt kan tilbydes hjælp i betragtning af borgerens tilstand og tilgængeligheden af ressourcer i regionens akuttilbud (Region Hovedstaden, 2013).

4.1.3.1 Visitationsopgaven

Foruden at kræve en vurdering af, hvad en borgerhenvendelse drejer sig om, og hvor akut og alvorlig situationen er, involverer telefonvisitation også vurdering af, hvorvidt opkaldet vedrører en problemstilling, der er *relevant* at håndtere i det *akutte* sundhedsvæsen, og *hvor* i systemet en borger mest *hensigtsmæssigt* kan tilbydes hjælp.

For at vurdere *relevansen* af henvendelser og *hensigtsmæssigheden* af forskellige responsmuligheder, må personalet forholde sig til:

- tilstandens *mulige udvikling* under forskellige former for hjælp (kan problemet eksempelvis vente til egen læge åbner, eller skal vedkommende tilses akut og i givet fald af hvem og inden hvor længe?)
- borgerens *mobilitet* (kan borgeren eksempelvis selv transportere sig til en akutmodtagelse/-klinik eller få hjælp hertil af pårørende, skal en sundhedsfaglig person transporteres til borgeren, eller skal borgeren transporteres til en modtagelse?)
- aktuelle *ventetider* og *åbningstider* forskellige steder i det akutte sundhedsvæsen (kan en borger eksempelvis nå at tilses inden for åbningstiden i en akutklinik, når transport- og aktuell ventetid tages i betragtning eller skal der indlægges direkte?)
- *administrative grænsedragninger* (er der eksempelvis tale om en problemstilling, som hører under det kommunale eller det regionale sundhedsvæsen? Hvilket hospitals optageområde

⁹ Sundhedsstyrelsens faglige udmelding specificerer, at "al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret, så patienten tilbydes den rette behandling på det rette niveau med lavest effektive omkostningsniveau (LEON-princippet)" (Sundhedsstyrelsen, 2007), s. 5-6.

befinder borgeren sig i? Er borgeren allerede i et behandlingsforløb på et givent hospital og vedrører henvendelsesårsagen dette forløb?)

- tilgængelige sundhedsfaglige *kompetencer* i forskellige akutte sundhedstilbud (hvilke specialer varetages eksempelvis på hvilke hospitaler? Hvilke akutressourcer er tilgængelige i forskellige kommuner? Hvordan varierer adgang til kompetencer over døgnet på modtagesteder?)

Det er komplekse afvejninger, som involverer ikke blot sundhedsfaglige men også organisatoriske forhold. Varetagelse af telefonrådgivning og -visitation forudsætter altså ikke blot sundhedsfaglig viden men også et vidtrækkende kendskab til organiseringen af det akutte sundhedsvæsen.

4.1.3.2 Visitationsmuligheder i EVA

Region Hovedstadens retningslinjer (2013, s. 7) for det enstrengede og visiterede akutsystem opregner følgende rådgivnings- og visitationsmuligheder for visitatorer i EVA:

- Telefonisk rådgivning om egenomsorg
- Telefonisk rådgivning med udstedelse af recept
- Opfordring til henvendelse til egen læge i dennes normale åbningstid
- Omgående rekvirering af ambulance og eventuelt akutlægebil
- Visitation til lægebesøg i hjemmet
- Henvisning til en specifik akutmodtagelse/akutklinik baseret på behandlingsbehov og aktuelle ventetider
- Henvisning til tandlægevagt
- Henvisning direkte til specialespecifik modtageafdeling (fx børnemodtagelse, gynækologisk-obstetrisk afd. m.v.)
- Henvisning til indlæggelse på specificeret afdeling
- Henvisning til psykiatrisk telefonvisitation eller psykiatrisk akutberedskab (psykiatrisk udrykningstjeneste).

Herudover er der i Akuttefonen 1813s beslutningsstøttesystem for telefonvisitation¹⁰ yderligere angivet mulighed for at vælge responserne: "Speciallæge", "Kommune" og "Andet", som ifølge ledelsen ved Akuttefonen 1813 refererer til responsmulighederne:

- Rådgivning om at kontakte privatpraktiserende speciallæge i dennes normale åbningstid
- Rådgivning om at kontakte eller forestå kontakt til en given kommunal social- og sundhedsforvaltning
- Opfordring til at kontakte andre rådgivningsinstanser såsom jordemoder, sundhedsplejerske eller Giftlinjen.

Størstedelen af disse rådgivnings- og visitationsmuligheder er ikke nye i forhold til det tidligere lægevagtssystem. Ifølge lægevagtsinstruksen for den tidligere lægevagt i Region Hovedstaden udgjorde rådgivning om egenomsorg, receptudstedelse, rådgivning om at opsøge egen læge, visitation til hjemmebesøg, rekvirering af akuttransport og indlæggelse af patienter også centrale dele af visitationsopgaven i lægevagten (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012) s. 47). Ligeledes havde vagtlægerne mulighed for at rådgive om kontakt til speciallæge, rådgive om eller forestå kontakt til kommunale plejetilbud, psykiatriske akuttilbud og andre relevante instanser (jf. fokusgruppeinterview med alment praktiserende læger).

¹⁰ Jf. bilag 1 i AMK-Vagtcentralens instruks Forklaring af Responsknapper i Logis-CAD3, se: [http://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/1596.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-9F8ELK/\\$FILE/Responsknapper%20i%20Logis%20CAD%20med%20forklaring.pdf](http://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/1596.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-9F8ELK/$FILE/Responsknapper%20i%20Logis%20CAD%20med%20forklaring.pdf), 4.7.2014

Forandringerne fra det tidligere lægevagtsystem er for det *første*, at visitation til tandlægevagten og de psykiatriske akutberedskab er formaliseret, da der er indgået fælles aftale om visitationsretningslinjer, og der er skabt mulighed for overførsel af journaldata fra Akuttefonen 1813 til det psykiatriske akutberedskab. For det *andet* er der sket forandringer i visitationen til akutte modtagesteder.

Før d. 1.1.2014 skulle borgere med skader selv henvende sig på skadestuen på en akut modtageenhed (akutmodtagelse eller -klinik) uden foregående telefonisk kontakt (selvhenvendelse), mens borgernes adgang til lægevagtskonsultationer var visiteret via den telefoniske lægevagt¹¹. Med etableringen af EVA er lægevagts- og skadestuefunktionen samlet i akutmodtagelser og -klinikker, og der er formelt indført visitation til alle regionens akutte modtagesteder. Visitationen indebærer, at borgere henvises til en given akutmodtagelse eller -klinik via Akuttefonen 1813. Samtidig skal visitatorer på Akuttefonen 1813 booke en tid til borgeren på det akutte modtagested og oplyse borgeren om mødetidspunktet. På den måde bliver modtagestedet orienteret om borgeren før dennes ankomst.

Tidligere blev patienter også meldt før ankomst til lægevagtskonsultationen via den forudgående telefonkonsultation, og notater fra telefonkonsultationen var tilgængelige i lægevagtskonsultationen. Som hovedregel kom skadestuepatienter uanmeldt, hvorfor personalet ikke havde adgang til patientinformation forud for ankomsten til skadestuen. Undtaget var tilfælde, hvor skadestuepatienter blev bragt ind med en ambulance eller henvist fra lægevagten. Ifølge lægevagtsinstruksen for den tidligere lægevagt i Region Hovedstaden (2012) skulle vagtlæger orientere skadestuen ved henvisning ved at melde patienten til hospitalets visitation og sende en elektronisk henvisning (s. 117).

Ifølge Region Hovedstaden er en vigtig hensigt med at oplyse borgeren om en fremmøde tid at give patienten mulighed for at afvikle en del af ventetiden derhjemme fremfor, som tidligere, at tilbringe al ventetid på det akutte modtagested (Region Hovedstaden, 2013b, s. 7-8). Via det elektroniske beslutningsstøttesystem kan visitatorer ved Akuttefonen 1813 se den estimerede, forventede ventetid på forskellige akutte modtagesteder i regionen og informere borgerne om, hvor der aktuelt er kortest ventetid.

I den tidligere lægevagtsordning var det, ifølge en tidligere vagtlæge, som nu er ansat ved Akuttefonen 1813, også muligt at danne sig overblik over ventetid i de forskellige lægevagtskonsultationer. Via lægevagts it-system kunne visitatorer således tilgå oversigter over, hvor mange patienter der var henvist til de enkelte lægevagtskonsultationer, og hvor mange der var mødt frem. Ved ankomsten til lægevagten trak patienterne et nummer, som angav deres placering i køen til lægevagten (det vil sige et først-til-mølle-princip). På skadestuen afhang tidspunktet for adgang af en indledende triagering (det vil sige en faglig vurdering af situationens alvor og hastegrad), som blev foretaget ved patientens ankomst.

Borgere, som møder op på akutmodtagelser eller -klinikker uden foregående kontakt til Akuttefonen 1813 (selvhenvendere), må ikke afvises, men har ifølge Region Hovedstaden krav på en sundhedsfaglig vurdering. I Region Hovedstadens retningslinjer for EVA hedder det, at borgere, som "henvender sig uden at ringe først, eller møder op på en anden akutmodtagelse eller akutklinik, end de er henvist til af 1813", fortsat vil "blive modtaget, få foretaget en sundhedsfaglig vurdering af hastegraden af deres behandlingsbehov og få tilbudt behandling i henhold hertil." Derfor er der i praksis fortsat mulighed for selvhenvendelse på akutte modtagesteder.

Region Hovedstaden har til KORA oplyst, at andelen af selvhenvendere i tredje kvartal 2014 var 25 % af de samlede henvendelser.

¹¹ Ifølge Lægevagtsinstruksen (2012) for den tidligere lægevagt i Region Hovedstaden skulle patienter, der mødte frem uden at være visiteret, "anmodes om at ringe til visitationen" (s. 51).

I forhold til den tidligere lægevagtsordning er der altså indført formel visitation til alle akutte modtagesteder i regionen samt vejledende tidsbestilling for henvendelser til akutte modtagesteder. Samtidig er der sket organisatoriske forandringer på de akutte modtagesteder.

4.1.3.3 Behandlingsspor på akutte modtagesteder

Mens der tidligere blev skelnet organisatorisk mellem lægevagt og skadestue, er der med etableringen af EVA indført en ny skelnen mellem behandlingsspor. Dels skelnes der mellem behandler- og vurderingsspor. Dels mellem børne- og voksenspor.

Behandler og vurderingsspor

Akuttefonen 1813 henviser til enten behandler- eller vurderingsspor. Der er indført en opdeling af behandlerporet i tre køer:

- Sygdom under 12 år
- Sygdom over 12 år
- Skader

Ifølge instruksen "Visitationsmuligheder for voksne (over 12 år)" skal sygdoms- og skadesporet benyttes til borgere, som vurderes at have henholdsvis "almindelig medicinsk sygdom" og "mindre skader". Til vurderingssporet henvises borgere med "vurderings- eller behandlingsbehov af kirurgisk eller medicinsk sygdom, samt skade inden for ca. 1 time".

Ifølge Region Hovedstadens retningslinjer for EVA er formålet med opdelingen at sikre mere retvisende ventetider og en bedre kapacitetsudnyttelse på akutmodtagelser/-klinikker. Vurderingssporet skal give visitatorer mulighed for at lade borgere med særligt hastende behov blive tilset uden om køen på akutte modtagesteder (Region Hovedstaden, 2013b). Borgere, som henvises til vurderingssporet, skal således ikke tildeles et mødetidspunkt men instrueres i at henvende sig hurtigst muligt på en given akutmodtagelse/-klinik, hvor de skal triageres ved ankomst (ibid). Hermed er der lagt op til, at *rækkefølgen*, hvormed patienter skal ses på akutte modtagesteder, også fastlægges i borgerens kontakt til Akuttefonen 1813, idet visitatorer kan sætte patienter foran i køen på de akutte modtagesteder ved at henvise til vurderingssporet.

Børne- og voksenspor

Herudover er der indført en sondring mellem medicinske børne- og voksenspor. Ifølge Den Præhospitale Virksomheds instruks "Visitationsmuligheder for Børn" skal patienter under 12 år, som præsenterer medicinske problemstillinger uden for egen læges normale åbningstid, visiteres til særskilte børnespor, der er lokaliseret på akutmodtagelser. Børn, som henvises med skader, skal fortsat tilses i skadesporet. Foruden at differentiere mellem tre behandlingsspor skal visitatorer således også tage hensyn til patienternes *alder*, idet medicinske børnekonsultationer kun varetages på akutmodtagelser (jf. afsnit 4.1.1).

Det er en forandring fra den tidligere lægevagtsordning, hvor både syge børn og voksne kunne tilses i alle lægevagtskonsultationer.

Samtidig med, at man fra politisk-administrativt hold efterstræber ledelsesmæssig og fysisk integration, er der altså indført nye differentieringer mellem patientkategorier på de akutte modtagesteder. Sideløbende er opgave- og ansvarsfordelingen mellem de faggrupper, som er involveret i det akutte sundhedsvæsen, forandret.

4.1.4 Ændret opgave- og ansvarsfordeling mellem faggrupper

Siden lægevagtsreformen i 1992 har det været et overenskomstbestemt krav, at lægevagtsopgaverne, telefonkonsultation, hjemmebesøg samt akutkonsultationer (klinisk), blev varetaget af

speciallæger i almen medicin eller af læger under videreuddannelse til speciallæger i almen medicin (Flarup et al., 2010).

Ifølge årsrapport 2012 for lægevagten i Region Hovedstaden blev lægevagtsydelse i regionen i 2012 produceret af 528 ydernumre. Disse var fordelt på 320 praksisydernumre og 208 vagtlægeydernumre (Koncern Praksis, 2013, s. 18). Praksisydernumre refererer til speciallæger i almen medicin, som drev almen praksis i Region Hovedstaden. Vagtlægeydernumre var tildelt læger, som ikke drev praksis i regionen, herunder bloklæger med afsluttet fase I, praktiserende læger som ikke længere drev klinik men fortsat havde vagtlægefunktion, privatpraktiserende speciallæger samt hospitalslæger (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012, s. 17; Region Hovedstaden, 2013)¹². Ifølge et notat fra Region Hovedstaden var de 208 registrerede vagtlægeydernumre fordelt på "97 yngre læger, 56 PLO'ere, 32 FAS-medlemmer, samt 23 tilhørende kategorien "øvrige".

På baggrund heraf kan det antages, at 71,2 % af de fungerende vagtlæger havde speciallægeuddannelse i almen medicin (320 med praksisydernummer og 56 PLO-medlemmer med vagtlægeydernummer), 6 % havde anden speciallægeuddannelse (32 FAS-medlemmer med vagtlægeydernummer), 18,4 % var i en uddannelsesstilling (97 yngre læger), mens 4,4 % havde anden erfaringsbaggrund.

Praksisreservelæger og introduktionslæger kunne ikke deltage selvstændigt i lægevagten men havde mulighed for at følge deres tutorlæge i lægevagtsfunktionerne ("følordning"). Læger under videreuddannelse inden for almen medicin (fase I-III) havde mulighed for at varetage lægevagtsopgaver som led i deres uddannelsesforløb, telefonkonsultation dog udelukkende i uddannelsens afsluttende fase (III). Det skulle ske under supervision af tutorlægen eller dennes stedfortræder (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012)s. 17-18). Ifølge en tidligere formand for lægevagtsudvalget i Region Hovedstaden blev nye vagtlæger oplært i vagtfunktionerne via følgevagter (alle vagttyper), gennem løbende supervision og via deltagelse på et todages introduktionskursus. Herudover blev der løbende (cirka hvert andet år) afholdt opfølgingskurser for alle lægevagtsaktive læger, som dog ikke var obligatoriske. Efter oplæring varetog vagtlægerne typisk alle vagtfunktioner.

Mens alment praktiserende læger fortsat har akutforpligtelsen i dagtiden (kl. 08-16) for patienter, som er tilmeldt deres praksis, er der med etableringen af EVA fulgt en ændret ansvars- og opgavefordeling mellem sundhedsprofessionelle i vagttid (kl. 16-08). Det uddybes i det følgende. Tabel 4.2 herunder opsummerer ændringer i formelle uddannelses- og oplæringskrav til personale, som varetager telefonkonsultation, hjemmebesøg og medicinske akutkonsultationer i vagttid.

¹² Speciallæger i almen medicin, som ikke drev praksis i vagtområdet, skulle ansøge lægevagten om at blive tilknyttet som vagtlæger, mens bloklæger og andre læger, som ikke var speciallæger i almen medicin, skulle ansøge det regionale lægevagtsudvalg om dispensation til at blive tilknyttet vagtordningen.

Tabel 4.2 Uddannelseskraft til tidligere vagtlæger og EVA-personale

		Tidligere vagtlæge	EVA
Telefon-konsultation	Uddannelse	Krav om speciallægeuddannelse i almen medicin. Læger med andre speciallægekompetencer efter dispensation fra lægevagtsudvalget. Læger under hoveduddannelse i almen medicin i uddannelsens fase III og under supervision.	Krav om at læger skal have almenmedicinske kompetencer og/eller lægevagtserfaring*. Læger under hoveduddannelse i fase II og under supervision.
	Oplæring	Krav om deltagelse i følgevagter og todages introduktionskursus. Mulighed for løbende kollegial supervision.	For sygeplejersker, krav om gennemførelse af 3+3 ugers oplæringsprogram, der afsluttes med audit af optagede samtaler (voicelogs) og journalnotater. For læger, krav om deltagelse i fælles introduktion til Den Præhospitale Virksomhed samt tre timers individuel introduktion til telefonvisitation.
Hjemmebesøg	Uddannelse	Krav om speciallægeuddannelse i almen medicin. Læger med andre speciallægekompetencer efter dispensation fra lægevagtsudvalget. Læger under hoveduddannelse i almen medicin (fra fase I) og under supervision.	Krav om almenmedicinske kompetencer og/eller lægevagtserfaring*.
	Oplæring	Krav om deltagelse i følgevagter og todages introduktionskursus. Mulighed for kollegial sparring via opkald til erfarne vagtlæger.	For læger i hoveduddannelse i almen medicin krav om deltagelse i tre følgevagter samt et endags introduktionskursus. Mulighed for kollegial sparring via opkald til erfarne vagtlæger.
Akut-konsultation	Uddannelse	Krav om speciallægeuddannelse i almen medicin. Læger med andre speciallægekompetencer efter dispensation fra lægevagtsudvalget. Læger under hoveduddannelse i almen medicin (fra fase I) og under supervision.	Medicinske børnekonsultationer** skal varetages af relevant sundhedsfagligt personale afhængigt af sygdommen. Hvis det er en læge, som tilser barnet, skal denne have almenmedicinske kompetencer. Formelt er det ikke et krav, at tilsynet foretages af en speciallæge i pædiatri. Men i praksis vil det typisk være sådan, da tilsynet foregår på børneafdelingen. Herudover "tilstræbes" det, at voksne med "akutte, almenmedicinske sygdomme" tilses af "læger med almenmedicinske kompetencer, gerne med erfaring fra praksissektoren."
	Oplæring	Krav om deltagelse i følgevagter og todages introduktionskursus. Mulighed for løbende kollegial supervision	Ingen formaliserede krav om oplæring og supervision. Yngre læger forventes at kontakte mere erfarne læger ved behov for sparring

* Defineret som læger med speciallægeuddannelse i almen medicin, læger under hoveduddannelse i almen medicin og læger med anden specialebaggrund eller hoveduddannelse men med lægevagtserfaring eksempelvis fra den tidligere lægevagtsordning, fra andre regioner eller andre nordiske lande.

** Patienter under 12 år.

4.1.4.1 Telefonkonsultation

I EVA udgør sundhedsfaglige visitatorer (fortrinsvis sygeplejersker) første kontakttled til borgere, som henvender sig til Akuttelefonen 1813. Hvis de sundhedsfaglige visitatorer vurderer, at der er behov for lægelig rådgivning, eller patienten beder om at tale med en læge, viderestiller visitatorerne opkald til en læge ved Akuttelefonen 1813.

Ifølge ledelsen ved Akuttelefonen 1813 er hensigten med denne arbejdsdeling mellem læger og sundhedsfaglige visitatorer at sikre en hensigtsmæssig anvendelse af økonomiske og sundhedsfaglige ressourcer.

Uddannelse

Ifølge Akutberedskabets HR-sektion var der pr. 15.6.2014 ansat 127 sundhedsfaglige visitatorer til visitation af 112- og 1813-opkald, hvoraf 45 var fuldtidsansatte, mens 82 var deltidsansatte¹³. Ifølge sektionsledelsen ved Akuttelefonen 1813 er langt størstedelen af de sundhedsfaglige visitatorer uddannet sygeplejersker, mens enkelte har anden sundhedsfaglig uddannelse som eksempelvis jordemoder. Den kliniske erfaring og eventuel specialuddannelse for sundhedsfaglige visitatorer varierer, eftersom visitatorer, ifølge en enhedschef ved Akuttelefonen 1813, ansættes efter individuel vurdering af vedkommendes erfaring. Det har ikke været muligt for KORA at opnå præcis information om de sundhedsfaglige visitatorers erfarings- og uddannelsesmæssige baggrund fra Akutberedskabets administration. Sektionsledelsen ved Akuttelefonen 1813 oplyser, at cirka en tredjedel af de sundhedsfaglige visitatorer har erfaring fra ansættelse på Vagtcentralens tidligere telefonrådgivningslinje, og at en stor del af visitatorerne har klinisk erfaring fra blandt andet intensiv medicin og andre akutte hospitalsspecialer samt fra almen praksis.

Per 15.6.2014 var der, ifølge Akutberedskabets HR-sektion, ansat 123 læger ved Akuttelefonen 1813 til varetagelse af telefonkonsultationer og hjemmebesøg¹⁴. Alle læger er timelønnede. Ifølge HR-sektionen er læger ved Akuttelefonen 1813 ikke ansat til alene at varetage enten telefonkonsultation eller hjemmebesøg. Lægerne kan dog have præferencer for den ene eller anden funktion, som ifølge HR-sektion så vidt muligt søges opfyldt i vagtplanlægningen. Derfor kan der i praksis være læger, som kun varetager enten telefonkonsultation eller hjemmebesøg.

Den Præhospitale Virksomheds vejledning "Læger med funktion ved Akuttelefonen 1813 og akutte hjemmebesøg"¹⁵ (gældende pr. 25.6.2014) specificerer, at lægerne skal have "almenmedicinske kompetencer og/eller lægevagts erfaring". Det vil sige, "læger med almenmedicinske specialistuddannelse, læger i hoveduddannelse i almen medicin samt læger med anden specialebaggrund eller hoveduddannelse end almen medicin men med lægevagts erfaring". I vejledningen nævnes det endvidere, at der i "visse tilfælde" kan tilbydes "oplæring" i eller "genopfriskning" af lægevagtskompetence. Ifølge enhedsledelsen for Akuttelefonen 1813 forstås der ved "lægevagts erfaring" eksempelvis erfaring fra den tidligere lægevagtsordning i Region Hovedstaden eller fra lægevagtsordninger i andre regioner eller andre nordiske lande. Lægerne kan derfor have forskellig uddannelsesmæssig baggrund.

Af en liste over ansatte 1813-læger, som KORA har modtaget fra Region Hovedstaden d. 7.11.2014, fremgår det, at 74,4 % af de ansatte læger har speciallægeuddannelse, 23,2 % er i en form for uddannelsesstilling (introduktionsstilling, hoveduddannelsesstilling eller reservelægestilling), mens 3 % er i anden stilling (klinisk assistent, ph.d.-studerende).

Læger med speciallægeuddannelse i almen medicin udgør 38 % af det samlede antal 1813-læger, mens 13,1 % har speciallægeuddannelse i anæstesiologi, 8,3 % er specialiseret inden for et kirurgisk speciale (gastro-, ortopæd-, thorax-, neuro- og karkirurgi), og 7,7 % er specialiseret inden for et internt medicinsk speciale (geriatri, endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi og reumatologi). Resten har speciallægeuddannelse inden for gynækologi og obstetrik, pædiatri, samfundsmedicin, psykiatri, øre-næse-hals og klinisk biokemi. Samlet har 36,3 % af 1813-lægerne en anden speciallægeuddannelse end almen medicin.

¹³ Pr. 30. september 2014 var der ansat 57 sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttelefonen 1813 (49,4 årsværk), 7 sundhedsfaglige visitatorer på 112 AMK-vagtcentralen (6,6 årsværk) og 22 sundhedsfaglige visitatorer med funktion begge steder (19,6 årsværk). I alt 86 fastansatte sundhedsfaglige visitatorer. Herudover var der 31 timelønsansatte sundhedsfaglige visitatorer med funktion ved Akuttelefonen 1813, 112 AMK-Vagtcentralen eller begge steder. Region Hovedstaden vurderede, at der per 30. september 2014 manglede 26,5 sundhedsfaglig visitator årsværk til Akuttelefonen 1813.

¹⁴ Pr. 30. september 2014 var der ansat 163 1813-læger.

¹⁵ <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>

Blandt lægerne i uddannelsesstilling er 23 % under uddannelse i anæstesiologi, 20,5 % i almen medicin, 15,4 % i et kirurgisk speciale og de resterende i et internmedicinsk speciale, øre-næse-hals, urologi, neurologi, dermatologi, gynækologi og obstetrik.

I tabel 4.3 sammenlignes fordelingen af læger efter uddannelseskategorier i den tidligere lægevagtsordning og ved Akuttelefonen 1813.

Tabel 4.3 Fordeling af læger efter uddannelseskategorier i den tidligere lægevagtordning og ved Akuttelefonen 1813

	Speciallæger i almen medicin	Anden speciallægeuddannelse	Uddannelsesstilling	Andet
Tidligere lægevagtsordning	71,2 %	6 %	18,4 %	4,4 %
Akuttelefonen 1813	38 %	36,3 %	23,2 %	3 %

For læger under videreuddannelse til speciallæge i almen medicin blev der i juni 2014 igangsat et særligt uddannelsesforløb ved Akuttelefonen 1813. Uddannelsesforløbet er tilrettelagt med henblik på at sikre, at lægerne kan opfylde målbeskrivelsen for hoveduddannelsen i almen medicin og indebærer obligatorisk deltagelse på et endagskursus og løbende supervision ved erfarne speciallæger i almen medicin. Ifølge enhedsledelsen ved Akuttelefonen 1813 var der i juli måned 2014 15-16 speciallæger i almen medicin, som er tildelt formel kompetence til at supervisere uddannelseslæger under hoveduddannelse i almen medicin.

Oplæring

For sundhedsfaglige visitatorer ansat ved Akuttelefonen 1813 er der udarbejdet et seks ugers oplæringsprogram. Ifølge programmet skal visitatorer i de første tre uger a) introduceres til akutsystemet i Region Hovedstaden, herunder funktioner på AMK-Vagtcentralen, samt til visitationssystemer og retningslinjer for visitationsarbejdet, b) modtage sundhedsfaglig undervisning i journalføring samt akutmedicinske emner, herunder akutte medicinske, psykiatriske og pædiatriske tilstande, akutte skader på bevægeapparatet, akutte tandskader og komplikationer i den tidlige graviditet, c) modtage sidemandsoplæring i visitationsarbejdet, herunder have følgevagter på 112-visitations, dispatch-funktioner og lægefaglig rådgivning og visitation. Efter de tre uger foretager sektionsleder eller repræsentant for denne audit af seks voicelogs og journalnotater med henblik på at vurdere, om visitatoren opfylder kompetence til at fortsætte i det fastlagte oplæringsprogram. Vurderingskravene er specificeret i Den Præhospitale Virksomhedsinstruks "Kompetencekort for sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttelefonen 1813". Efterfølgende skal de sundhedsfaglige visitatorer i tre uger trænes i selvstændigt at varetage opgaver ved Akuttelefonen 1813 via sidemandsoplæring. Forløbet afsluttes med audit af ti voicelogs og journalnotater ved sektionsleder eller en repræsentant for denne.

Ifølge enhedsledelsen ved Akuttelefonen 1813 skal lægerne gennemgå et introduktionsforløb. I dette forløb skal de introduceres til Den Præhospitale Virksomhed og modtage tre timers individuel oplæring i it-systemer og principper for telefonvisitation ved Akuttelefonen 1813. På den baggrund tildeles de et kompetencekort.

Kompetencefordeling mellem sundhedsfaglige og lægelige visitatorer

Sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttelefonen 1813 har mulighed for at afslutte et opkald med rådgivning og/eller visitation. Rådgivning kan involvere råd om egenomsorg, om at søge egen læge, speciallæge eller kontakte den kommunale social- og sundhedsforvaltning eller andre rådgivningsinstanser såsom jordemoder, sundhedsplejerske eller Giftlinjen. Visitationsmuligheder involverer henvisning til akutmodtagelser og -klinikker, indlæggelse på sengeafdeling, henvisning til tandlægevagten og rekvirering af kørsler i form af hjemmebesøg, ambulancekørsler, sygetransport og psykiatrisk akutkørsel. I tillæg til de ovenfor skitserede visitationsmuligheder

har lægerne ved Akuttefonen 1813 også mulighed for at udstede recepter. I Danmark er medicinordination ved lov et lægeligt ansvar, som dog kan delegeres fra en læge til andre sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen, 2006). Ifølge enhedsledelsen ved Akuttefonen 1813 har de ikke delegeret ansvar for medicinordination til sundhedsfaglige visitatorer, da det kan være uklart, hvilken læge der har det overordnede behandlingsansvar.

Ifølge instruksen "Brug af Visitationsguide 1813" skal sundhedsfaglige visitatorer viderestille opkald til en læge, hvis der a) vurderes at være "behov for behandling med receptpligtig medicin", b) i tilfælde hvor en patient fejler flere ting samtidigt (ko-morbiditet) og "rådgivning om den konkrete henvendelsesårsag kan have indvirkning på patientens eventuelle øvrige sygdomsbillede" og c) når visitationsguiden i øvrigt angiver det.

Endelig kræver rekvirering af hjemmebesøg godkendelse fra en vagtleder – både for lægelige og sundhedsfaglige visitatorer. Ifølge sektionsledelsen ved Akuttefonen 1813 er kravet ikke begrundet i sundhedsfaglig kompetence men i sparsomme personaleressourcer til udførelse af hjemmebesøg med deraf følgende behov for prioritering af ressourcerne.

Opsummerende er der inddraget en ny faggruppe i varetagelsen af telefonkonsultation, så opgaven nu deles af sygeplejersker og læger, hvorimod den tidligere kun blev varetaget af læger. Herudover er det tidligere krav om speciallægeuddannelse i almen medicin fjernet og erstattet af et krav for det lægelige personale om almen medicinsk kompetence og/eller lægevagterserfaring. I EVA kan telefonkonsultation derfor varetages af læger med flere forskellige uddannelsesbaggrunde end i det tidligere lægevagtsystem. I praksis er andelen af læger med anden speciallægeuddannelse end almen medicin øget i forhold til den tidligere lægevagttordning.

4.1.4.2 Hjemmebesøg

Som i den tidligere lægevagtsordning foretages hjemmebesøg udelukkende af lægefagligt personale i EVA. Som for telefonkonsultation er der ikke krav om, at lægerne har eller er under uddannelse til speciallæge i almen medicin, men at de kan demonstrere almenmedicinske kompetencer og/eller har lægevagterserfaring.

Opsummerende kan der på baggrund af de oplysninger, som KORA har opnået adgang til, peges på, at andelen af læger med anden speciallægeuddannelse end almen medicin er øget i forhold til den tidligere lægevagttordning.

4.1.4.3 Akutkonsultationer

Behandler- og vurderingsspor

I Region Hovedstadens retningslinjer for EVA (2013) hedder det, at "behandlingen af akutte patienter med almenmedicinske sygdomme i vagttid tilstræbes varetaget af læger med almenmedicinske kompetencer, gerne med erfaring fra praksissektoren", som "selvstændigt [kan] udrede, vurdere hvornår der er behov for at inddrage speciallæger i grenspecialerne og færdigbehandle de hyppigst forekommende almenmedicinske tilstande" (Region Hovedstaden, 2013b, s. 13).

I fokusgruppen med personale fra akutmodtagelser og -klinikker blev det oplyst, at bemandingen af behandlingssporerne varierer mellem de enkelte modtagsteder. Generelt gav personalet udtryk for, at "almenmedicinske kompetencer" er fortolket bredere end speciallæger i almen medicin og læger i speciallægeuddannelse inden for almen medicin. Ifølge personalet tilses patienter, som henvises til de akutte modtagsteder, af læger fra flere forskellige specialer end i den tidligere vagtlægeordning. De nævnte eksempelvis, at voksne patienter henvist til sygdomssporer i nogle tilfælde tilses af speciallæger i eksempelvis anæstesiologi, dermatologi, gynækologi og obstetrik eller ortopædkirurgi.

Behandlersporet lukker kl. 22. Efter dette tidsrum og frem til kl. 08 tilses patienter med almenmedicinske sygdomme derfor af vagthavende personale ansat enten i akutmodtagelsen eller en bagvedliggende medicinsk afdeling¹⁶. Det lægelige personale er uddannet inden for forskellige specialer, og de har forskellig erfaringsbaggrund. Ifølge personalet, som blev interviewet til denne rapport, består vagtholdet typisk af en forvagt (læge i klinisk basisuddannelse), mellemvagter (læger i introduktionsstilling) og en bagvagt (speciallæge). Personalet oplyser ligeledes, at der ikke er formaliserede uddannelses- og supervisionskrav til de yngre læger ud over, at de skal have mindst seks måneders klinisk erfaring (som led i den kliniske basisuddannelse). Yngre læger forventes ifølge personalet at kontakte mere erfarne læger ved behov for supervision.

Behandling af skader er ifølge personalet bemandet på samme måde som i de tidligere skadestuer.

Samlet har det dels betydet, at patienter med medicinske problematikker i dag ses af speciallæger og uddannelseslæger fra flere forskellige specialer end i den tidligere lægevagt og dels, at opgaven varetages af læger, som ikke er nået så langt i deres uddannelsesforløb, som de yngre læger, der deltog i den tidligere lægevagtsordning.

Det falder uden for rammerne af denne evaluering at foretage en systematisk kortlægning af den faktiske bemanding i behandlingssporene på de akutte modtagesteder.

Børnesporet

Ifølge Region Hovedstaden skal medicinske børnekonsultationer varetages af relevant sundhedsfagligt personale afhængigt af sygdommen. Hvis det er en læge, som tilser barnet, skal denne have almenmedicinske kompetencer. Formelt er det ikke et krav, at tilsynet foretages af en speciallæge i pædiatri.

Ifølge personale med erfaring fra børnesporet tilses børn med medicinsk sygdom i praksis enten af en speciallæge (eller næsten færdiguddannet speciallæge) i pædiatri eller en yngre læge med minimum seks måneders klinisk erfaring – enten fra almen praksis eller en børneafdeling.

I praksis er ansvar for tilsyn af børn med medicinsk sygdom i vagttid altså overgået fra speciallæger i almen medicin og læger under speciallægeuddannelse i almen medicin til speciallæger i pædiatri og læger under uddannelse til andre specialer, som har et ophold på en børneafdeling som led heri.

En systematisk opgørelse af den faktiske bemanding i børnesporene på alle Region Hovedstadens hospitaler falder uden for rammerne af nærværende evaluering.

Opsummerende er ændringerne, at ansvar for vurdering og behandling af voksne med akutte, men ikke indlæggelseskrævende, almenmedicinske tilstande, i vagttid er fordelt på special- og uddannelsessøgende læger fra flere forskellige medicinske specialer end tidligere, hvor behandling og vurdering hovedsageligt blev foretaget af speciallæger i almen medicin og læger i hoveduddannelse i almen medicin (fra fase I). Herudover er ansvar for børnekonsultationer i vagttid i praksis overgået fra speciallæger i almen medicin og læger i hoveduddannelse i almen medicin (fra fase I) til speciallæger i pædiatri (børnesygdomme) og uddannelseslæger med ophold på en børneafdeling.

¹⁶ Organiseringen af akutmodtagelser varierer betydeligt i Danmark; nogle steder har man valgt at ansætte personale specifikt i modtagelserne, mens man andre steder vagtsætter personale fra stamafdelinger i modtagelserne (Brøcker & Bro, 2013).

4.1.5 Kvalitetsorganisation

Arbejdet i den tidligere lægevagt blev varetaget af læger, som alle var selvstændigt erhvervsdrivende. To praktiserende læger fungerede som lægevagtsdirektører (deltid), og herudover var der seks lægevagtschefer fordelt på vagtområderne i regionen. Mens lægevagtsdirektøren og vagtcheferne havde formelt ledelsesansvar i forhold til lægevagts drift, var der i vid udstrækning tale om en kollektiv ledelse af lægevagten praktiseret blandt andet gennem udvalgsarbejde og kollektive forhandlinger med regionen. Denne forholdsvis flade organisationsstruktur afspejles også i kvalitetssikringstiltag, der byggede fortrinsvis på intern kollegial kontrol, mens mulighederne for ekstern kontrol var begrænset. Ifølge de alment praktiserende læger foregik kvalitetssikring af lægevagtsarbejdet dels via formulering af instrukser i Lægevagts håndbogen, dels via løbende monitorering ved lægevagtsdirektørerne i regionen og endelig via oplæring og intern kollegial kontrol.

Omvendt afspejles den mere hierarkiske organisering i EVA også i tilgangen til kvalitetssikring. I forbindelse med etableringen af EVA er der i Den Præhospitale Virksomhed opbygget en administrativ enhed med personale, som har særskilt ansvar for at sikre systematisk kvalitetsmonitorering og -opfølgning. Foruden at føre statistik over kontaktmønstre og responser involverer dette arbejde løbende, systematisk journalaudit samt opfølgning på utilsigtede hændelser (UTH). Herudover søger Den Præhospitale Virksomheds ledelse at sikre høj faglig kvalitet via retningslinjer og mulighed for kollegial sparring.

I det følgende redegøres for ændringer i kvalitetsorganisationen, idet der fokuseres på organisatoriske forskelle mellem Akuttefonen 1813 og den tidligere lægevagtsordning. Inden for rammerne af dette projekt har det ikke været muligt at belyse eventuelle forandringer på akutte modtagsteder.

4.1.5.1 Retningslinjer

Sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttefonen 1813 er forpligtet til at anvende visitationsretningslinjer. I Den Præhospitale Virksomheds instruks "Brug af Visitationsguide 1813"¹⁷ hedder det, at "visitationsguide 1813 altid skal anvendes ved opkald til 1813", men at det ved alle henvendelser først skal vurderes "om patienten er påvirket på vitale funktioner (bevidsthed, luftveje-vejtrækning og kredsløb)" i hvilket tilfælde "den sundhedsfaglige visitator [skal] skifte til Dansk Index for Akuthjælp (visitationsguiden for 112)". Visitationsguiden for Akuttefonen 1813 er udformet som et elektronisk, symptom-baseret beslutningsstøttesystem. Systemet er opbygget som et beslutningstræ, hvor personalet orienterer sig i forhold til organsystemer og symptomkomplekser. Ved at "klikke" sig gennem beskrivelser af symptomer kommer personalet frem til et foreslået respons. Responset kan specificere, hvilken kørende ressource eller sundhedsydelse det anbefales at visitere til, og i nogle tilfælde er det specificeret, at en læge skal inddrages. Visitationsguiden indeholder endvidere information om sygdomstilstande, som personalet skal benytte i rådgivningen af patienter.

Indholdet i visitationsguiden er, ifølge ledelsen ved Akuttefonen 1813 inspireret af visitationsguiden, som anvendes på den sygeplejerskebemandede rådgivnings- og visitationstelefon 1177 i Skåne samt og Dansk Indeks for akuthjælp, og afstemt med Akuthåndbogen (Dansk Selskab for Almen Medicins visitationsretningslinjer for lægevagter) samt Lægehåndbogen (Danske Regioners og de fem regioners sundhedsfaglige opslagsværk).

Instruksen "Brug af Visitationsguide 1813" specificerer, at "sundhedsfaglig visitator kan handle selvstændigt inden for de anvisninger Visitationsguide 1813 giver og i henhold til den pågældendes autorisation". I tilfælde, hvor den sundhedsfaglige visitator vurderer, at der er behov for at afvige fra et anbefalet respons, præciserer instruksen, at afvigelse til et højere responsniveau skal "anføres og begrundes i journalens punkt 'Information og Plan'" mens afvigelse til

¹⁷ Tilgængelig på Region Hovedstadens VIP-portal: <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>

et lavere responsniveau skal "konfereres med en læge og anføres i journalens punkt 'Information og Plan'".

Ifølge en enhedsledelsen ved Akuttefonen 1813 er læger ved Akuttefonen 1813 forpligtet til at *kende*, men ikke *benytte* Visitationsguiden 1813. I Den Præhospitale Virksomheds vejledning "Læger med funktion ved Akuttefonen 1813 og akutte hjemmebesøg"¹⁸ (gældende fra d. 25.6.2014) er det således specificeret, at alle læger ansat ved Akuttefonen 1813 "skal være bekendt med gældende retningslinjer", og der henvises til den elektroniske Visitationsguide 1813, Lægehåndbogen, Akuthåndbogen, Region Hovedstadens basisliste (lægemiddelanbefalinger), lægemiddeldatabasen www.promedicin.dk (supplerende til basislisten) og "andre tværgående, faglige såvel som organisatoriske, personalemæssige og øvrige retningslinjer" i Region Hovedstadens dokumentstyringsystem. Ifølge enhedsledelsen ved Akuttefonen 1813 skyldes de forskellige krav til sundhedsfaglige og lægelige visitatorer, at lægerne forventes at kunne foretage mere selvstændige vurderinger end de sundhedsfaglige visitatorer.

Herudover er det specificeret at der "ikke [må] udskrives antibiotika pr. telefon" undtagen i tilfælde, som er nævnt i den mere detaljerede medicininstruks "Lægelig telefonisk ordination af medicin ved Akuttefonen 1813" (gældende fra d. 28.6.2014)¹⁹.

Ansvar for at udarbejde og opdatere retningslinjer for arbejdet ved Akuttefonen 1813 er forankret i enheds- og sektionsledelsen ved Akuttefonen 1813. Det er ikke specificeret i vejledningen, hvilke konsekvenser eventuelle overtrædelser af krav i retningslinjerne kan medføre for lægerne, og hvad ledelsens beføjelser er.

I den tidligere lægevagtsordning var der udarbejdet en såkaldt vagtinstruks af det interne lægevagtsudvalg og praksisudvalget. Vagtinstruksen bestod af en administrativ og en lægefaglig del, som var godkendt af det regionale lægevagtsudvalg og samarbejdsudvalget for almen praksis (Koncern Praksis, 2013), s. 5-6). Den lægefaglige del indeholdt retningslinjer for journalføring, behandlingsvejledninger for telefonisk medicinordination samt behandling af akutte sygdomstilstande²⁰ samt kontaktoplysninger og i visse tilfælde vejledninger for henvisning til døgnsygeplejen/hjemmeplejen, den sociale døgnvagt, skadestuer, og 112 AMK-Vagtcentralen (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012). Det var i vagtinstruksen (2012) specificeret, at den var udarbejdet med henblik på at sikre "et højt fagligt niveau, der dog respekterer den enkelte vagtlæges individuelle skøn" og at alle vagtlæger var "forpligtet til at være bekendt med vagtinstruksen" (s. 14).

Ansvar for at opdatere lægevagtshåndbogen og sikre, at den var i overensstemmelse med anbefalinger fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen, påhvilede lægevagtschefen for hvert vagtområde. De enkelte vagtlæger fik besked om ændringer i forbindelse med login på lægevagten it-system, idet en såkaldt "besked-knap", ifølge en tidligere vagtlæge, lyste gult, når der var nye beskeder.

4.1.5.2 Monitorering

Akuttefonen 1813s it-system gør det muligt at føre detaljeret statistik over henvendelses- og responsmønstre til Akuttefonen 1813. Ved enhver borgerkontakt skal personalet oprette en sag (hændelse), hvortil patientens CPR-nummer kobles. Herudover tildeles der visitationskoder til hændelsen, når personalet gennem klik på skærmen vælger visitationskriterier (i visitationsguiden) samt en given respons. Disse visitationskoder giver mulighed for systematisk monitorering af aktiviteten på Akuttefonen 1813.

¹⁸ Tilgængelig på: <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>, 22.7.2014.

¹⁹ Tilgængelig på: <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>, 22.7.2014.

²⁰ Inklusiv brandsår, typiske akutte sygdomstilstande hos børn, infektionstilstande, akutte diabetestilstande, gastrointestinale blødninger, gynækologiske/obstetriske problematikker, smerter, psykiatriske tilstande.

Tildelingen af visitationskoder i Akuttelefonen 1813s visitationssystem muliggør, at der eksempelvis kan laves aggregerede udtræk af kontakter fordelt på aldersgrupper og henvendelsesårsager, og at dette kan kobles til den valgte respons.

At man via it-systemet i EVA har mulighed for at foretage detaljerede statistiske udtræk over kontaktmønstre og responser, er, ifølge en enhedschef på 112 AMK-Vagtcentralen, koblet til en mere generel ambition om at sikre en højere grad af indsigt i samt systematisk kvalitetsopfølgning på det sundhedsfaglige arbejde i regionens akutte sundhedsvæsen. Som enhedschefen udtrykker det: "Dokumentation er en vigtig forudsætning for kvalitetsudvikling, for [det giver os mulighed for at vide] hvad det er for et produkt vi leverer".

Opkaldsstatistikken for Akuttelefonen 1813 udarbejdes af Akutberedskabets Økonomienhed. Statistikken udsendes ugentligt til direktionen, enhedschefer og sektionsledere i Den Præhospital Virksomhed.

I den tidligere lægevagtsordning blev aktiviteten også dokumenteret, men journalsystemets opbygning var anderledes. I LogisCad-systemet ved Akuttelefonen 1813 dokumenteres aktivitet dels via valg af visitationskriterier og -responser, dels via fritekst i et journalmodul. I MedWin-systemet, som blev benyttet i den tidligere lægevagt, blev aktivitet hovedsageligt dokumenteret via fritekst i et journalfelt. Herudover blev medicinordination automatisk registreret fordi et ordinationsmodul var integreret i journalsystemet.

I det tidligere vagtlægesystem var det muligt at opgøre ydelsesforbrug (antallet og typen af kontakter) samt deres fordeling på aldersgrupper og over døgnet via dataudtræk (det var en forudsætning for honorering). På grund af journalfeltets opbygning var det derimod kun muligt at foretage "fritekstsøgninger", hvis eksempelvis henvendelsesårsager skulle opgøres.

Fokusgruppen med praktiserende læger oplyste, at der i den tidligere lægevagt blev lavet systematiske udtræk af ydelsesforbrug i lægevagten og procentvis telefonisk færdigbehandlede patienter pr. læge. Lægevagtsdirektørerne havde desuden adgang til at overvåge, føre statistik og kontrol af vagtydelser, ordinationer og afregninger. Ifølge en tidligere formand for lægevagtsudvalget i Region Hovedstaden blev der i den løbende overvågning særligt fokuseret på ordination af antibiotika, morfika, antidepressiva og beroligende midler, eftersom disse ifølge lægevagtsinstruksen kun kunne ordineres under særlige omstændigheder på grund af risiko for misbrug.

I tilfælde hvor lægevagtsdirektøren opdagede et "afvigende" ordinations- og/eller ydelsesmønster, blev dette, ifølge den tidligere formand for lægevagtsudvalget, taget op i det interne lægevagtsudvalg. Her skulle der tages stilling til, hvorvidt der skulle rettes henvendelse til den enkelte læge, og hvorvidt der skulle udarbejdes og kommunikeres generelle direktiver til samtlige lægevagter. Der var altså tale om en intern kollegial håndtering blandt de praktiserende læger, som ikke involverede regionen.

4.1.5.3 Dataejerskab og offentliggørelse af information

Som offentligt ejet institution skal Den Præhospital Virksomhed offentliggøre information om sin aktivitet ligesom retningslinjer, instrukser mv. skal være offentligt tilgængeligt. Sammen med den systematiske dokumentation er det ifølge en enhedschef på 112 AMK-Vagtcentralen forventningen, at dette vil give mulighed for en højere grad af ekstern indsigt i det sundhedsfaglige arbejde, end det var tilfældet i den tidligere lægevagtsordning.

I det tidligere lægevagtssystem var regionens adgang til data om lægevagts funktion reguleret via aftalen om ydelsesregistrering. Det vil sige, at Region Hovedstaden primært havde adgang til data om aktivitet men ikke mulighed for at kvalificere indhold eller kvalitet.

4.1.5.4 Journalaudit og håndtering af utilsigtede hændelser

Som i andre dele af sundhedsvæsenet er det i Den Præhospitale Virksomhed den enkelte sundhedsprofessionelles ansvar at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) som led i arbejdet for patientsikkerhed, ligesom det var tilfældet i den tidligere lægevagt.

I Den Præhospitale Virksomhed varetages opfølgning på UTH-rapporteringer af Sektion for Kvalitet og Patientsikkerhed. Medarbejdere i denne enhed gennemgår alle registrerede UTH'er og informerer direktion og enhedschefer i Akutberedskabet, som drøfter handlemuligheder med henblik på at reducere risikoen for lignende fremtidige hændelser. Som i den tidligere lægevagt optages alle samtaler mellem patienter og sundhedsfagligt personale på Vagtcentralen. Det giver mulighed for at benytte voicelogs eksempelvis i forbindelse med vurdering af UTH'er, som led i audits eller i forbindelse med intern undervisning.

Foruden arbejdet med UTH foretager Sektion for Kvalitet og Patientsikkerhed journalaudits. Der foretages, ifølge Den Præhospitale Virksomheds administration, audit af 240 journaler på månedsbasis. Der samarbejdes med regionens hospitaler og regionens Sundhedsfaglige Råd inden for pædiatri om audits. Formålet er at kunne foretage audit på samlede patientforløb både for børn og voksne.

I den tidligere lægevagtsordning påhvilede ansvaret for UTH-opfølgning og journalaudit lægevagtsdirektørerne. I årsrapporten for lægevagten i Region Hovedstaden 2012 oplyses det, at Lægevagten og Enheden for Patientsikkerhed på Hvidovre Hospital i fællesskab udarbejdede flere kerneårsagsanalyser for at opkvalificere behandlingen i Lægevagten. Region Hovedstaden havde adgang til statistik over patientklagesager og patientombudssager.

4.1.5.5 Intern kollegial kontrol

Fokusgruppen med alment praktiserende læger understregede, at intern kollegial sparring og kontrol var en vigtig del af kvalitetssikringen i den tidligere lægevagtsordning. En læge med 20 års erfaring fra den tidligere lægevagt forklarede: "Hvis man oplevede lægefaglige problemer kollegialt, kunne man skrive til lægevagtschefen, som så tog sig af problemerne". I lægevagtsinstruksen (2012) var denne form for intern kollegial kontrol formaliseret. Det er således anført, at vagtlæger, som fandt, at en kollega havde overtrådt vagtinstruksen, "straks [skal] foretage indberetning til lægevagtsdirektøren og orientere den læge, der indberettes" (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012) s. 29). Herefter var det et ansvar for lægevagtsens ledelse at konfrontere den pågældende læge med forholdet og eventuelt rejse en sag. Lægevagtsens ledelse havde ifølge lægevagtsinstruksen mulighed for at tildele skriftlige advarsler eller udtale misbilligelse ved mindre overtrædelser. Ved væsentlige eller gentagne overtrædelser havde praksisudvalget efter indstilling fra det interne lægevagtsudvalg mulighed for at pålægge vagtlæger en bøde på op til 10.000 kr., reducere vedkommendes vagttal og/eller midlertidigt udelukke vedkommende fra en eller flere vagtformer (ibid, s. 30-33).

Ledelsen ved Akuttefonen 1813 beskriver også, at man lægger vægt på at understøtte kollegial sparring mellem personalet på Vagtcentralen. Den søger blandt andet at understøtte sparring gennem den fysiske organisering af arbejdsstationer. Arbejdsstationerne ved Akuttefonen 1813 er eksempelvis organiseret i grupper af otte, som tilstræbes bemandede af seks sygeplejersker og to læger. Lægerne placeres mellem sygeplejerskerne for at sikre mulighed for, at de to faggrupper let kan kommunikere ved tvivlsspørgsmål. Herudover er der vagtsat en rådgivende læge, hvis primære funktion er at fungere som supervisor for læger under uddannelse, som kører selvstændige hjemmebesøg samt rådgive læger og sygeplejersker i forbindelse med telefonvisitation.

4.1.6 Organisationsændringer: Opsummering

Etableringen af EVA introducerer et nyt organiseringsprincip for Region Hovedstadens akutte sundhedsvæsen. Hvad der af lægerne i den tidligere lægevagtsordning blev set som særlige *lægevagtsopgaver*, der lå i naturlig forlængelse af det lægelige arbejde i almen praksis, forstås i EVA som *akutfunktioner* – på linje med andre akutfunktioner – i et samlet, regionalt *akutsystem*.

Det nye organiseringsprincip har medført en række organisatoriske forandringer:

- Integration af opgaver med telefonvisitation og hjemmebesøg i Den Præhospitale Virksomhed
- Integration af almenmedicinske akutkonsultationer på regionens akutmodtagelser og -klinikker samt Sundhedshuset i Helsingør
- Samling af ansvar for udførelse af akutte medicinske børnekonsultationer i vagttiden på færre, specialiserede børnemodtagelser (børnespor)
- Indførelse af formel visitation til psykiatrisk akutberedskab, tandlægevagten og alle akutte modtagesteder i regionen
- Oplysning til borgere om fremmødetidspunkt ved henvendelser til akutte modtagesteder, som skal muliggøre, at patienter afvikler en del af ventetiden i hjemmet
- Inddragelse af ny faggruppe i varetagelsen af telefonvisitation og -rådgivning, så opgaven nu deles af sygeplejersker og læger
- Øget andel af læger med speciallægeuddannelse i andre specialer end almen medicin i varetagelsen af telefonvisitation, hjemmebesøg og akutkonsultationer
- Ændring af honoreringsform fra takst- til timeafklønning
- Introduktion af monitoreringssystemer, der muliggør en større grad af ekstern kontrol med det sundhedsfaglige arbejde.

Med den ændrede organisering er det Region Hovedstadens ambition at skabe et mere sammenhængende akutsystem med bedre mulighed for at udnytte eksisterende akutressourcer på en hensigtsmæssig måde.

I praksis giver de organisatoriske forandringer imidlertid også anledning til en række udfordringer i det daglige arbejde i EVA.

4.2 Hvornår giver den ændrede organisering af akutsystemet anledning til driftsmæssige udfordringer ved Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen, og hvordan søger personale og ledelse at håndtere udfordringerne?

4.2.1 Når tvivl om grænser for Akuttelefonen 1813's funktion vanskeliggør varetagelsen af gatekeeping-funktionen

Integrationen af tidligere lægevagtsopgaver og telefonkonsultation i Akuttelefonen 1813 kan ikke bare forstås som en overflytning af en eksisterende opgave. Det er en opgave, som skal defineres på ny i den ændrede akutorganisation. Imidlertid giver det visiterende personale udtryk for, at grænserne for deres funktion ofte er uklare. Det giver anledning til udfordringer for personalet, som vurderer, at det kan føre til, hvad de opfatter som et uheldigt resultat.

sourceforbrug. I det følgende uddybes, hvordan grænser for Akuttelefonen 1813's funktion i det akutte sundhedsvæsen i praksis er genstand for forhandling mellem 1813-personalet og borgere, der kontakter Akuttelefonen 1813.

4.2.1.1 Hvilke opgaver er *akutte nok* til en akuttelefon?

I Akuttelefonen 1813 er regionens tidligere sygeplejerskebemandede rådgivningstelefon (den tidligere 1813-linje) "fusioneret" med den tidligere lægevagts telefonkonsultation, samtidig med at visitationsopgaven er ændret. Akuttelefonen 1813 er altså "mere end" både den tidligere 1813-linje og den tidligere lægevagtstelefon.

Via en kampagne blev borgerne i Region Hovedstaden gjort opmærksomme på disse forandringer. Via kampagnen blev borgerne gennem billedannoncer (se eksempler på billedannoncer i bilag 4) blandt andet opfordret til at "ringe 1813, når din egen læge har lukket, eller når du vil på en akutmodtagelse", de blev opfordret til at ringe, hvis de var i tvivl om, hvorvidt "varm te eller penicillin" var den rette kur, eller om deres barn behøvede "trøst eller behandling". Herudover kommunikerer der til borgerne via pjecer og hjemmesiden www.1813.dk. Nummeret til Akuttelefonen 1813 er ligeledes blevet påtrykt borgernes sygesikringskort, så de altid kan have det ved hånden.

Det er vanskeligt at kommunikere komplekse organisationsændringer på en enkel måde. Det var 1813-personalets erfaring, at borgernes forventninger forholdsvis ofte er i uoverensstemmelse med deres egen forståelse af Akuttelefonen 1813's funktion. For visitatorerne betyder det, at de i borgerkontakten ofte må bruge tid på at "forhandle" med borgere om, hvilken hjælp de kan forvente af Akuttelefonen 1813. Gennem disse forhandlinger søger personalet og borgerne i praksis at afgrænse, hvilke henvendelser der er *akutte nok* til en akuttelefon.

Sådanne forhandlingssituationer opstår eksempelvis, når personalet skal håndtere, hvad de karakteriserer som "irrelevante" borgerhenvendelser (se eksempler i boksen nedenfor). Det kan dreje sig om, at borgere efterspørger generel information om sygdomstilstande eller forebyggelse; ikke pludselig opstået sygdom eller skade.

"Én ringede, som ville have hjælp til en eksamensopgave; hun skulle skrive om angst, og det mente hun, at jeg kunne hjælpe med."

"Én skulle skrælle gulerødder og havde fundet en fuglelort i posen; hun havde læst på nettet, at det kunne give nedsat immunforsvar."

"Én havde spist mozzarellaost, som var for gammel; hun havde ikke dårlig mave men ville lige høre, om der var noget, hun kunne gøre forebyggende."

"Én ville gerne lige kende sin blodtype."

"Én ville høre: Har jeg fået min stivkrampe?"

"Min rollator er punkteret!"

Visitatorerne udfører i de situationer et stykke kommunikativt – og tidskrævende – arbejde for at forklare borgerne om, at Akuttelefonen 1813 ikke er en "*hyggetelefon*", hvor man kan "*få en lille sludder med en sygeplejerske*" hvis man "*er lidt ked af det*", som en medarbejder udtrykte det. Hermed søger de i praksis at definere grænser for deres sundhedsfaglige rådgivningsopgave.

I andre tilfælde drejer "irrelevante henvendelser" sig om, at borgere efterspørger ydelser, som kræver sundhedsprofessionel bistand, men som efter visitatorernes vurdering ikke er akutte nok til at blive håndteret i vagttid. I tråd med erfaringen fra øvrige visitatorer forklarede en sundhedsfaglig visitator, hvad hun så som en stor "misforståelse":

"For mange borgere er det opfattelsen, at 1813 er en udvidelse af alment praktiserende lægers åbningstid. Det er ikke det, Akuttelefonen skal bruges til. Det er til akut opstået sygdom og mangel på medicin. [...] Mange ringer [og forklarer]: Jeg har været syg i to dage. Har du ringet til egen læge? Nej, det har jeg ikke haft tid til. Jeg har jo været på arbejde. Så ringer de i stedet til Akuttelefonen uden for deres arbejdstid."

Ifølge de sundhedsfaglige visitatorer drejer henvendelser sig eksempelvis om, at borgere ringer om receptfornyelser for at få lægeerklæringer eller for at blive podet i halsen. I sådanne situationer bruger sundhedsfaglige visitatorer tid på at forklare borgerne om, at Akuttelefonen 1813 ikke er en "udvidelse af åbningstiden" i almen praksis – selvom borgerne via kampagnen opfordres til at "ringe 1813, når din egen læge har lukket". Det kan også dreje sig om, at Akuttelefonen 1813 anvendes som en mulighed for at få en "second opinion". En visitator forklarede: *"Så vil de gerne lige have en second opinion. Egen læge sagde sådan og sådan, og så ringer de [og spørger]: Kan det være rigtigt, at min egen læge siger det?"*

I nogle tilfælde ringer borgere også til Akuttelefonen 1813 og efterspørger recepter og lignende inden for egen læges åbningstid, fordi de, efter borgernes udsagn, ikke kan få fat på deres egen læge. For at undgå langvarige forhandlinger med borgerne vælger visitatorerne i de situationer nogle gange at bruge tid på at ringe op til borgerens læge for at kontrollere udsagnet.

Som visitatorerne i den tidligere lægevagt udfylder sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttelefonen 1813 en gatekeeping-funktion til det akutte sundhedsvæsen. Det er således en del af visitatoropgaven at afvise borgere, hvis deres behov ikke er *akut nok*. Ifølge en tidligere vagtlæge, som nu er ansat ved Akuttelefonen 1813, ringede borgere også til den tidligere lægevagt med lignende henvendelser. Men eftersom Akuttelefonen 1813 både skal være "mere end" den tidligere lægevagt og den tidligere 1813-linje, bliver de sundhedsfaglige visitatorer usikre på omfanget af deres rådgivningsopgave. På linje med hendes kolleger udtrykte én sundhedsfaglig visitator det således:

"Man mangler helt grundlæggende fra politisk hold at definere den her funktion for os, som sidder her: Hvor detaljeret skal vores rådgivning være? Skal vi i højere grad visitere? Hvor meget skal vi afvise? Er det lægerne, der skal afvise det? Sådan helt generelt. Hvad er det egentlig lige 1813 er?"

I praksis gør usikkerheden om de politisk-administrative forventninger til den sygeplejefaglige rådgivning af Akuttelefonen 1813 det vanskeligt for de sundhedsfaglige visitatorer at udføre gatekeeping-opgaven på den måde, som de finder mest hensigtsmæssig.

Visitationsopgaven vanskeliggøres, når sundhedsfaglige visitatorer er i tvivl om politisk-administrative forventninger til omfang af sygeplejefaglig rådgivning ved Akuttelefonen 1813.

4.2.1.2 Kompetencefordeling mellem sundhedsfaglige visitatorer og læger ved Akuttelefonen 1813

På hjemmesiden for Akuttelefonen 1813 står der, at:

"Erfarne sygeplejersker, der er specialuddannede i telefonvisitation og rådgivning, tager imod dit opkald. Sygeplejerskerne kan rådgive og vurdere dit behov for hjælp. Du kan også tale med en læge." (www.1813.dk, 2. juli 2014)

I Region Hovedstadens borgerrettede information om Akuttelefonen 1813 er det angivet, at borgerne først vil blive mødt af en sygeplejerske, og at borgerne også kan tale med en læge. Det fremgår imidlertid ikke klart, *hvem* der kan afgøre, hvorvidt en borger kan tale med en læge. Hermed åbnes der mulighed for potentielt tidskrævende forhandlingssituationer, idet borgere kan forlange lægekontakt, hvis de ikke accepterer, at sundhedsfaglige visitatorer afviser en forespørgsel.

Ifølge visitatorerne opstår sådanne situationer eksempelvis, når borgere efterspørger recepter på præparater, som ikke må ordineres af læger ved Akuttelefonen 1813. Ifølge Den Præhospitale Virksomheds instruks "Lægelig telefonisk ordination af medicin ved Akuttelefonen 1813" skal "al anmodning om udstedelse af recept herunder receptfornyelser pr. telefon som hovedregel henvises til patientens egen læge". I samme instruks er det specificeret, at der "**ikke** må receptfornyes eller udstedes recept på: Anticonceptiva, afhængighedsskabende eller andre CNS-aktive medikamina samt rød trekant mærket stærke smertestillende". Endelig er det specificeret, at der "som udgangspunkt ikke udskrives antibiotika telefonisk" på nær i fem mulige undtagelsestilfælde, som er defineret i instruksen²¹. Retningslinjerne for medicinordination er således et eksempel på en formel afgrænsning af Akuttelefonen 1813's funktion.

På trods af de formelle retningslinjer kan håndteringen af recepter imidlertid fortsat give anledning til udfordrende situationer ved Akuttelefonen 1813, hvis patienter ikke vil acceptere, at sundhedsfaglige visitatorer afviser forespørgsler på recepter. For visitatorerne betyder det, at de må bruge tid på at håndtere, hvad de karakteriserer som "frustrerede borgere", der kan være "meget insisterende" og "vrede". Disse situationer kan føre til dobbelthåndtering af patientkontakter, idet borgere kan bede om at blive viderestillet til en læge, hvis de ikke opnår den ønskede respons i første kontakttid.

Organiseringen af den flerfaglige rådgivning ved Akuttelefonen 1813 skaber altså pr. design en mulig forhandlingssituation mellem borgere og det sundhedsfaglige personale, fordi det ikke er klart, om sygeplejersken må afvise borgerens forespørgsel om at blive viderestillet til en læge. I de situationer benyttes de lægefaglige visitatorers ressourcer ikke primært på grund af deres lægefaglige ekspertise men på grund af deres sociale autoritet. Som en læge ved Akuttelefonen 1813 udtrykte det: "*Ofte siger jeg præcis det samme som sygeplejersken, men der er åbenbart mere vægt i lægens ord end i sygeplejerskens ord.*"

Det er næppe sandsynligt, at borgerne i Region Hovedstaden er blevet mere "frustrerede" over afvisning af receptforespørgsler, end det var tilfældet i den tidligere lægevagt²². Pointen er, at der med indførelsen af *flerfaglig* – fremfor *monofaglig* – rådgivning og visitation af Akuttelefonen 1813 genereres et nyt behov for at definere og kommunikere kompetenceområder for de involverede faggrupper. Når det i den borgerrettede information lades op til borgerne at fortolke, hvorvidt de selv kan beslutte, om deres henvendelse skal håndteres af en sygeplejerske

²¹ Information til borgerne om recepter er mindre detaljeret end instruks. På hjemmesiden www.1813.dk står der: "1813 udskriver ikke recepter, medmindre det er akut - det gør din egen læge." Et andet sted på hjemmesiden er det specificeret, at der kun udskrives "visse former for recepter", "ikke til p-piller eksempelvis" (27. juni 2014).

²² Den praktiske efterlevelse af retningslinjer for medicinordination kan naturligvis variere mellem Akuttelefonen 1813 og den tidligere lægevagtsordning. Det er imidlertid uden for rammerne af denne evaluering at foretage en systematisk sammenligning heraf.

eller en læge, åbnes der i forhold til den tidligere lægevagtsordning for nye forhandlingsmuligheder: Hvis borgerne ikke accepterer den sygeplejefaglige rådgivning, kan de bede om at blive viderestillet til en læge. Det gør det i praksis vanskeligt for de sundhedsfaglige visitatorer at udføre den gatekeeping-funktion, de er sat til at varetage.

Visitationsopgaven vanskeliggøres, når der indføres flerfaglig rådgivning og visitation, og hvis kompetenceområder ikke samtidig kommunikeres klart.

Situationen vanskeliggøres yderligere for de sundhedsfaglige visitatorer, når de erfarer, at de lægelige visitatorer ikke nødvendigvis følger de retningslinjer, som de sundhedsfaglige visitatorer rådgiver ud fra. Generelt gav både sundhedsfaglige- og lægelige visitatorer udtryk for, at der er et godt samarbejde mellem faggrupperne ved Akuttelefonen 1813²³. Imidlertid gav netop håndteringen af receptforespørgsler anledning til udfordringer. En sundhedsfaglig visitator forklarede:

"For eksempel i forhold til smertestillende medicin. Nogle gange har man [en patient] i røret, og man får sagt, at der gives ikke yderligere smertestillende, du må gøre sådan og sådan med den håndkøbsmedicin, der nu er, og hvad man ellers kan rådgive til, og ellers tage til egen læge i morgen. Så er der jo nogen, der bliver frygtelig frustreret over det og irriterede og vil tale med en læge. Det er fint nok. Jeg har skrevet [i journalen], at der er informeret om, at der ikke må gives smertestillende, og det er de blevet skuffede over, og nu bliver de sendt videre til en læge. Så regner jeg med, at der er support. At lægen vil sige det samme. Men så kan man nogle gange gå ind [i journalen] og se, at de har givet smertestillende, og det gør mig så frustreret, for jeg bliver undermineret i min faglighed og de kompetencer, som jeg sidder med. Har vi nogle retningslinjer, så har vi nogle retningslinjer."

Som i vagtinstruksen (2012) for den tidligere lægevagt i Region Hovedstaden tilsiger retningslinjerne for telefonisk medicinordination ved Akuttelefonen 1813, at der ikke må ordineres stærk, smertestillende medicin over telefonen, med mindre der er tale om "palliativ smertebehandling i forbindelse med akutte hjemmebesøg hos døende". Imidlertid skabes der i praksis usikkerhed om denne afgrænsning af Akuttelefonen 1813's funktion, når der ikke er overensstemmelse sygepleje- og lægefaglig rådgivning.

Sådanne situationer kan bidrage til at skabe tvivl om den praktiske forvaltning af Akuttelefonen 1813's retningslinjer. Som en sundhedsfaglig visitator bemærkede: "*Jeg bliver i tvivl, om det er i orden, at de ikke kan få den recept hos mig. Det ville være rart [hvis de kunne].*" Rart, fordi visitatoren forventede, at det ville reducere behovet for forhandling om medicinordination med "frustrerede" borgere. En anden visitator efterspurgte "konsensus om, hvad man gør med recepter" og forklarede: "*mange gange er vi i tvivl*" for "*[patienterne] må [ifølge retningslinjerne] ikke få [recepten], men nogen gør det alligevel*". Når vedtagne retningslinjer ikke følges i praksis, bidrager det til at generere tvivl hos sundhedsfaglige visitatorer om, hvorvidt det er rimeligt at afvise borgeres forespørgsler på recepter, og hvem der i givet fald har kompetence til at afvise sådanne forespørgsler.

Visitationsopgaven vanskeliggøres, når der indføres flerfaglig rådgivning og visitation, men den praktiske forvaltning af retningslinjer varierer mellem faggrupperne.

²³ En tidligere vagtlæge, som nu er ansat ved Akuttelefonen, gav dog udtryk for, at vedkommende ikke har noget fagligt udbytte af samarbejdet med de sundhedsfaglige visitatorer.

Ifølge Region Hovedstaden er retningslinjer for receptudskrivelse blevet indskærpet over for 1813-lægerne.

Der kunne formentlig også være behov for at indskærpe retningslinjer om medicinordination i nogle tilfælde i den tidligere lægevagtsordning. Men med introduktionen af flerfaglig rådgivning og formel kompetencedeling mellem sygeplejersker og læger ved Akuttefonen 1813 bliver efterlevelse af retningslinjer ikke blot et spørgsmål mellem ledelsen og den enkelte lægevagt; det bliver også et interkollegialt forhold. Som første kontaktled er sundhedsfaglige visitatorer i princippet givet kompetence til at afvise forespørgsler om medicinordination, som ifølge Den Præhospitale Virksomheds retningslinjer ikke skal håndteres via Akuttefonen 1813. Det bliver imidlertid vanskeligt at varetage denne gatekeeping-funktion, når der er uoverensstemmelse mellem den lægelige og sygeplejefaglige rådgivning og adfærd ved Akuttefonen 1813. Når der i praksis skabes usikkerhed om ellers formelt definerede afgrænsninger af Akuttefonen 1813's funktion, underminerer det de sundhedsfaglige visitatorers mulighed for at varetage Akuttefonen 1813's gatekeeping-funktion.

En konsekvens kan være, at sundhedsfaglige visitatorer – for at reducere tidskrævende forhandlinger med patienter – konsekvent viderestiller henvendelser om recepter til læger ved Akuttefonen 1813. Det fører i givet fald til konsekvent dobbelthåndtering af patienthenvendelser om recepter.

I spidsbelastningssituationer kan der endda forekomme trippel-håndtering af recept-forespørgsler. I situationer, hvor ventetiden til lægekontakt ved Akuttefonen 1813 overstiger 15 minutter, er sundhedsfaglige visitatorer instrueret i at tage imod skriftlig besked fra borgere, som ringer angående recepter og tilbyde dem at blive ringet op af en læge. Hermed fjerner man en potentielt tidskrævende forhandling i første kontaktled ved i praksis at fjerne en del af de sundhedsfaglige visitatorers gatekeeping-funktion. Samtidig introduceres imidlertid et *nyt* behov for at håndtere de skriftlige beskeder. Da KORAs projektleder observerede arbejdet ved Akuttefonen 1813 blev skriftlige beskeder videregivet fra sundhedsfaglige visitatorer til vagtlederen ved Akuttefonen 1813 via såkaldte "røde sedler". Den 16.5, hvor ventetiden til lægekontakt i perioder var op til 24 minutter, bestod en betydelig del af vagtlederarbejdet således af at håndtere "røde sedler". Vagtlederen sorterede en stadigt voksende bunke af "røde sedler" og vurderede graden af akuthed. I løbet af fem minutter kom der 4-5 nye sedler for vagtlederen at tage stilling til. De "røde sedler" omhandlede primært henvendelser vedrørende øjenbetændelse, børneorm og urinvejsinfektion. Efter sortering fordelte vagtlederen sedlerne til lægelige visitatorer ved Akuttefonen 1813, den lægelige ledelse ved Akuttefonen 1813 samt AMK-lægen, som herefter ringede tilbage til patienterne imellem håndtering af deres øvrige opgaver. I disse situationer blev forespørgsler om recepter altså håndteret i tre led: først en sundhedsfaglig visitator, herefter en vagtleder og til sidst en læge på vagtcentralen.

Både de sundhedsfaglige og lægelige visitatorer fandt denne form for dobbelt- og trippelhåndtering af kontakter uhensigtsmæssig. En alment praktiserende læge, som er ansat som læge ved Akuttefonen 1813 fastslog: "*Cirka en tredjedel af samtalerne tages af en læge – men også af en sygeplejerske. Så samtalen går gennem to hænder, før der sker noget. Det er ineffektivt.*" Samme læge fortsatte:

"Hvis ikke man fra politisk eller ledelsesmæssigt hold definerer, at for det og det og det kan man ikke komme til at tale med en læge, så kommer vi aldrig videre. [...] Der er kategorier, hvor det er soleklart, at de kan gøre det ligeså godt, som vi kan."

Som eksempel nævnte lægen, at "*hvis der er taget en [ledelsesmæssig] beslutning om, at personer, som ringer ind med børneorm, skal have medicin, så kan sygeplejersken lige så godt gøre det, som jeg kan*". Lægens forslag om at reducere andelen af dobbeltkontakter ved at styrke sundhedsfaglige visitatorers kompetence til at afvise kontakter er naturligvis ét forslag

blandt mange. Andre foreslog eksempelvis at indføre en form for indledende selvvisitation, så patienter via tastetryk fordeles mellem lægelige og sundhedsfaglige visitatorer på baggrund af deres henvendelsesårsag. Lægens udtalelse understreger imidlertid en mere generel pointe om, at indførelsen af flerfaglig rådgivning medfører nye behov for politisk-administrativ specifikation af kompetenceområder mellem faggrupper, og at dette fortsat er en udviklingsopgave ved Akuttefonen 1813.

4.2.1.3 Diagnostik eller triage?

Et andet spørgsmål relateret til kompetencefordelingen mellem lægelige og sundhedsfaglige visitatorer er spørgsmålet om vægtningen af diagnostik og triage i Akuttefonen 1813's funktion.

I den videnskabelige litteratur er der *ikke* enighed om, hvorvidt *diagnostik* eller *triage* er den primære opgave ved telefonvisitation (Würgler & Navne, 2010). Forskellen er vigtig, fordi det refererer til to forskellige tilgange til vurdering af patienter. Mens diagnostik afdækker symptomer med henblik på at stille en tentativ *diagnose* for at finde en relevant *behandling*, er hovedformålet ved triage at vurdere *alvor* og *hastegrad* for at bestemme en relevant *respons* (Blank et al., 2012; Murdoch et al., 2014). Mens diagnostik udgør kernen i den lægefaglige uddannelse, trænes sygeplejersker typisk i triage.

Ved Akuttefonen 1813 er visitatorernes primære arbejdsredskab, visitationsmodulet i LogisCad, struktureret ud fra *begge* logikker. I takt med hjemtagelsen af opgaver til Den Præhospitale Virksomhed er Vagtcentralens it-system blevet udvidet med nye funktionaliteter. Mens en del af funktionerne understøtter en *triage-logik*, understøtter andre en *diagnostisk logik*.

Visitationsguiden er eksempelvis opbygget med henblik på at afdække symptombilleder for at vurdere hastegrad og alvor og vælge en relevant respons (triage-logik). Journalmodulet understøtter imidlertid en diagnostisk logik. Det er opbygget som en traditionel lægejournal med angivelse af en tentativ diagnose og en (be)handlingsplan.

Det afspejler en grundlæggende uklarhed om Akuttefonen 1813's funktion. For det visiterende personale kan det bidrage til usikkerhed, når de skal benytte et visitationsværktøj, som er struktureret efter ét princip men forventes at dokumentere patientsamtalen efter et andet princip.

Visitationsopgaven vanskeliggøres, når arbejdsredskaberne understøtter konkurrerende logikker (diagnostik versus triage) og vægtningen mellem dem er uklar.

4.2.1.4 Gatekeeping til akutte modtagesteder

Med indførelse af visiteret adgang til akutte modtagesteder har Akuttefonen 1813 fået en formel gatekeeping-funktion til akutmodtagelser og -klinikker i Region Hovedstaden. På Region Hovedstadens borgerrettede hjemmeside om akutmodtagelser og -klinikker²⁴ mindes borgerne i Region Hovedstaden således om, at de pr. 1.1.2014 skal huske "altid [at] ringe til Akuttefonen 1813, før [de] møder op på en akutmodtagelse eller akutklinik". I praksis er der dog fortsat mulighed for selvhenvendelse på akutte modtagesteder i EVA, idet alle borgere, som henvender sig på et akut modtagested, får foretaget en lægelig vurdering – uanset om de er visiteret fra Akuttefonen 1813 eller ej (jævnfør afsnit 4.1.3).

Hermed åbnes der også på dette område rum for potentielt tidskrævende forhandlinger mellem borgere og visitatorer – her om adgang til akutte modtagesteder. Ifølge de sundhedsfaglige

²⁴ www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Akut+hjaelp/akutmodtagelser_akutklinikker/, 28.7.2014.

visitatorer kan sådanne situationer eksempelvis opstå i kommunikationen med "bekymrede forældre": "Det kan være svært at håndtere de der enormt bekymrede forældre, hvor man skal prøve at berolige dem", som en sundhedsfaglig visitator forklarede og fortsatte: "Engang imellem kan man komme ud i alligevel at sende dem videre til lægen, fordi de er så bekymrede." Når sundhedsfaglige visitatorer sender "bekymrede forældre" videre til lægen, kan det dels dreje sig om en viderestilling af opkald til en læge ved Akuttefonen 1813, dels om en henvisning af borgeren til et akut modtagested. En sundhedsfaglig visitator gav et eksempel:

"Ørebørn, eksempelvis. Det vil sige forkølede børn med ondt i ørene, men ikke feber. Ergo er der ikke bakteriel infektion. Der skal gives smertestilende, det skal ses an, og de skal gå til læge dagen efter. Man kan fortælle og fortælle om næsespray og smertelindrene – alt efter, hvilken størrelse og alder de har, selvfølgelig. Men når forældrenes forventninger ikke stemmer overens med den fagligt begrundede information, man giver herindefra, så er det vanskeligt. [...] Så kan de sige: Jamen, jeg vil nu alligevel godt have mit barn set. Så skriver man [i journalen]: Jeg informerede om og rådede til egenomsorg, men [patienten] vil ses. De er jo reelt selvhenvendende, som vi bare hjælper med at åbne døren for. De var jo taget derop alligevel. De vil ses."

Bemærk, at det "vanskelige" i den beskrevne situation ikke handler om, hvad der er den klinisk relevante respons. Det handler i stedet om, hvordan og hvorvidt visitatoren skal håndhæve Akuttefonen 1813's gatekeeping-funktion, når "fagligt begrundet information" ikke overbeviser borgeren. Det kan betyde, at sundhedsfaglige visitatorer i nogle tilfælde føler sig nødsaget til at henvise borgere til akutte modtagestede – på trods af, at de ikke finder det sundhedsfagligt indikeret.

Der er næppe grund til at antage, at forældre er blevet mere bekymrede for deres børn efter etableringen af EVA. Under den tidligere lægevagtsordning var der formentlig også forældre, som ønskede at få deres børn tilset i lægevagten i tilfælde, hvor telefonvisitatorer ikke skønnede dette nødvendigt. Med indførelse af visitation til *alle* akutte modtagestede, er der imidlertid åbnet mulighed for, at forhandlinger om adgang kan ske i flere tilfælde end tidligere. Samtidig skabes der i praksis en ny patientkategori på de akutte modtagestede: "visiterede selvhenvendende".

Visitationsopgaven vanskeliggøres, når der indføres visiteret adgang til akutte sundhedsydelser men uden at give det visiterende personale mulighed for at afvise patienter.

4.2.1.5 Ansvarsfordeling mellem Akuttefonen 1813 og andre dele af det akutte sundhedsvæsen

Grænser for Akuttefonen 1813's funktion forhandles ikke blot med borgerne i Region Hovedstaden. Som indgang til det akutte sundhedsvæsen er snitflader mellem Akuttefonen 1813 og andre dele af sundhedsvæsenet også et forhold, som i praksis bliver genstand for forhandling.

Snitflader til den kommunale plejesektor

Mens det enstrengede og visiterede akutsystem er del af det *regionale* sundhedsvæsen, vedrører visitationsarbejdet ved Akuttefonen 1813 også opgaver, som involverer den *kommunale* plejesektor. Det kan være i tilfælde, hvor kommunalt plejepersonale kontakter Akuttefonen 1813 på vegne af en borger, eller hvor en borger kontakter Akuttefonen 1813 med en problemstilling, som kan henhøre under den kommunale social- og sundhedsforvaltning. Det kan eksempelvis dreje sig om borgere, som er faldet i eget hjem eller borgere, som efterspørger mad eller besøg fra hjemmeplejen. I de tilfælde søger de sundhedsfaglige visitatorer at afklare,

hvad problemet er og ringer til den kommunale hjemmesygepleje for at gøre dem opmærksomme på problematikken.

Imidlertid er der betydelig forskel på, hvilke akutressourcer der er til rådighed i de enkelte kommuner. En sundhedsfaglig visitator forklarede:

"Der er så forskellige retningslinjer i kommunerne for, hvilke former for service de yder til borgerne. Som udgangspunkt har vi faktisk slet ikke noget overblik over det. Vi har nogle gange været ude for, at der ringer en borger eller en pårørende til en borger, som er faldet i eget hjem, og som ikke kan komme op, men som ikke er tilknyttet hjemmeplejen. Alt efter hvilken kommune de bor i, [håndteres situationen forskelligt]. [Det kommunale personale] er jo også underlagt deres regler. Nogle gange tager [det kommunale personale] bare ud til dem. Nogle gange rekvirerer de Falck. Nogle gange er man ude i, at man bliver nødt til at sende en ambulance ud simpelthen. Så vi står mange gange med afklaringsproblemer: Hvad skal vi sende?"

Eksemplet illustrerer, at grænserne mellem det regionale og kommunale forvaltningsområde ikke er givet; i praksis varierer de efter tilgængeligheden af akutressourcer i det kommunale system. For visitatorerne betyder det, at de må bruge tid på at finde ud af, hvilken kommune en borger tilhører, hvilke akutressourcer der er tilgængelige i de enkelte kommuner, og i samtale med det kommunale plejepersonale afgøre, hvorvidt en borger kan hjælpes i det kommunale eller det regionale akutsystem. Som en anden visitator forklarede: *"Det bruger man selvfølgelig meget tid på. Specielt om aftenen, hvor der er en eller anden vagthavende sygeplejerske, kan man bruge tid på at stå i kø for at få fat i én, der kan give et svar. Så kan man måske få hjælp, eller også må man lede videre."*

Der er formentlig ikke blevet mere variation i kommunale ydelser i den korte tid, siden Akuttefonen 1813 erstattede den tidligere lægevagt, og det er ifølge tidligere vagtlæger heller ikke nyt, at borgere henvender sig med problemer, som ikke nødvendigvis henhører under det regionale sundhedsvæsen. Men mens visitationen i den tidligere lægevagtsordning var geografisk opdelt, skal visitatorerne med indførelsen af EVA have overblik over alle kommunerne i regionen.

Snitflader til almen praksis

Mens etableringen af EVA har betydet, at ansvaret for akutte, regionale sundhedsydelse i *vagttiden* (kl. 16-08 på hverdage samt i weekender og på helligdage) er blevet samlet i Den Præhospitale Virksomhed, har de alment praktiserende læger fortsat akutforpligtelsen i *dagtid* (kl. 08-16 på hverdage) (Region Hovedstaden 2013). I Region Hovedstadens retningslinjer (2013) for EVA hedder det, at Akuttefonen 1813 er "borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet" "uden for egen læges åbningstider", og at borgerne "i dagtid" uændret skal "rette henvendelse til egen læge" "i tilfælde af akut sygdom og mindre skader" (ibid, s. 4).

Den Præhospitale Virksomheds visitationsretningslinje "Visitationsmuligheder for voksne (over 12 år)"²⁵ angiver i tråd hermed, at borgere, som henvender sig med en "ukompliceret mindre skade" eller en "ukompliceret medicinsk lidelse" på "hverdage mellem kl. 8 og 16" skal henvises til "egen læge".

Imidlertid åbner Region Hovedstadens overordnede retningslinjer for EVA (2013) rum for, at henvisning af patienter med akutte *skader* til akutte modtagesteder i dagtid *både* kan foretages af patientens alment praktiserende læge og personalet ved Akuttefonen 1813. I retningslinjerne hedder det at:

²⁵ [http://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/1596.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-9GPLUH/\\$FILE/FLOWCHART_1813%20VOKSNE_190214.pdf](http://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/1596.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-9GPLUH/$FILE/FLOWCHART_1813%20VOKSNE_190214.pdf), 31.7.2014.

"Patienter med akutte skader, som ikke kan behandles i praksis i dagtid, **kan** alment praktiserende læge fortsat henvise direkte til akutmodtagelse/-klinik, uden at ringe til Akuttefonen 1813 først. Visitationen fra alment praktiserende læge **kan også ske via 1813**, hvorved der vil opnås den fordel, at borgeren bliver indplaceret i køen og dermed kan få mulighed for at vente hjemmefra. Henvendelse kan eventuelt ske ved sekretær i almen praksis eller af patienten selv." (Region Hovedstaden, 2013, s. 8, KORA har fremhævet dele af teksten med fed skrift).

Ved indlæggelsesbehov angiver retningslinjerne, at det fortsat er den praktiserende læges ansvar at forestå dette via kontakt til centralvisitationen (CVI) (ibid).

For de sundhedsfaglige visitatorer, som bemander Akuttefonen 1813 i dagtiden, skaber disse delvist modsatrettede meldinger i nogle tilfælde vanskelige situationer. Kontakten med lægesekretærer eller patienter, som beder om hjælp til at blive henvist til et akut modtagested i dagtiden, kan således udvikle sig til tidskrævende forhandlinger om, hvem der har ansvaret for at varetage opgaven. De sundhedsfaglige visitatorer opfatter henvendelserne fra almen praksis i dagtiden som et forsøg på at flytte en opgave fra almen praksis til Akuttefonen 1813 ("Vi bliver sekretærer for alment praktiserende læger i dagtiden"). Det strider mod de interne retningslinjer ved Akuttefonen 1813, men personalet fra almen praksis forholder sig formentlig til *regionens* retningslinjer.

Visitationsopgaven vanskeliggøres, når ansvarsfordelingen mellem EVA og øvrige dele af det akutte sundhedsvæsen er flertydig.

4.2.1.6 Opsummering

Opsummerende er en række væsentlige forhold omkring Akuttefonen 1813's funktion fortsat uafklaret. Uklarhederne handler om:

- Omfanget og vægtningen af henholdsvis sygeplejefaglig rådgivning, telefonvisitation og opgaver, som blev håndteret i den tidligere lægevagt
- Kompetencefordeling mellem læger og sygeplejersker, herunder sygeplejerskers mulighed for at afvise borgerforespørgsler om lægekontakt
- Vægtningen af diagnostik og triage i visitationsopgaven
- Ansvarsfordeling mellem Akuttefonen 1813 og andre dele af det akutte sundhedsvæsen, herunder ansvarsfordeling mellem regionale og kommunale akuttilbud og ansvarsfordeling mellem Akuttefonen 1813 og almen praksis i dagtiden
- Personalets muligheder for at håndhæve restriktion af adgang til akutte modtagesteder.

Når kommunikationen til borgerne om Akuttefonen 1813's funktion er uklar, og personalet selv er i tvivl om grænserne for deres ansvar, bliver det vanskeligt for personalet at varetage visitationsopgaven.

Det kan komme til udtryk som tidskrævende forhandlinger med borgerne om Akuttefonen 1813's funktion. I nogle tilfælde medfører det dobbelt- eller trippel-håndtering af patientkontakter ved Akuttefonen 1813 eller henvisninger til akutte modtagesteder på trods af, at de sundhedsfaglige visitatorer ikke ser en *sundhedsfaglig* grund hertil.

4.2.2 Når organisationsændringer introducerer ny kompleksitet i visitationsopgaven

4.2.2.1 Sporopdelinger introducerer ny kompleksitet i visitationsopgaven

Mens opdelingen i behandlerspor for skader og behandlerspor for sygdom reproducerer en funktionel opdeling svarende til den tidligere lægevagt og skadestuefunktion, introducerer etableringen af *vurderingsspor* i EVA behov for nye afvejninger i visitationsopgaven. Differentieringen mellem behandlerspor og vurderingsspor betyder, at visitatorer ikke blot skal skelne mellem skadestilfælde og medicinske patienter (skadestue versus lægevagt). De skal også skelne ganske præcist i forhold til, hvor hastende behovet for lægekontakt i akutmodtagelsen er, når de skal vurdere, om en medicinsk sygdomstilstand eller et skadestilfælde er særligt akut (kræver tilsyn inden for en time) – men ikke akut nok til at kræve akuttransport eller akut indlæggelse.

Kompleksiteten øges yderligere, idet sporopdelingen varierer afhængigt af *tidspunktet* på døgnet og ugen. Behandlersporet er således åbent kl. 17-22 på hverdage og kl. 08-22 i weekender og på helligdage. Uden for dette tidsrum kan patienter, der henvises til akutte modtagesteder, kun visiteres til vurderingsspor. Endelig kan bemanningen på modtagestederne variere inden for åbningstiden. Nogle akutklinikker er således kun lægebemandet i en del af åbningstiden.

I det tidligere lægevagtssystem lukkede de fleste lægevagtskonsultationer også kl. 22 eller 23, men to vagtkonsultationer (på Bispebjerg Hospital samt Hillerød Hospital) havde åbent til kl. 01 hverdage, weekender og helligdage, mens én konsultation (på Herlev Hospital) havde åbent til kl. 04 hverdage og døgnåbent i weekenden (Region Hovedstaden 2013 Årsberetning for Lægevagten 2012, s. 7). Samtidig med, at der i dagtid er indført en ny visitationsmulighed i form af et vurderingsspor, er der altså lukket en visitationsmulighed om natten.

Herudover betyder opdelingen i børne- og voksenspor, at der sammenlignet med den tidligere lægevagt er introduceret endnu en parameter i afvejningen af, hvor en patient mest hensigtsmæssigt kan tilses, nemlig patientens *alder*. Igen er der imidlertid betydelig døgnvariation. Eftersom børnesporet på akutmodtagelserne lukker kl. 23, kræver tilsyn af syge børn efter dette tidspunkt formelt en indlæggelse. Ifølge ledelsen ved Akuttefonen 1813 er der ikke nødvendigvis tale om en egentlig indlæggelse, idet børnene sendes hjem, hvis de ikke vurderes at være indlæggelseskrævende. For visitatorerne betyder det imidlertid, at de om natten skal følge andre administrative henvisningsprocedurer end i dagtiden. Efter kl. 23 skal visitatorer ved Akuttefonen 1813 således kontakte hospitalernes centralvisitation (CVI) for at foretage en indlæggelse, når de henviser børn under 12 år til akutte modtagesteder. Det er en forandring fra tidligere, hvor børn kunne henvises til nat/døgnåbne lægevagtskonsultationer, hvis de ikke blev vurderet som indlæggelseskrævende.

Samlet har sporopdelingerne på akutte modtagesteder introduceret større kompleksitet i visitationsopgaven, idet der er introduceret nye parametre for differentiering af patienter, som henvises til akutte modtagesteder og døgnvariation i forhold til visitationsprocedurer.

Beslutningsstøtteredskabet ved Akuttefonen 1813 er opbygget med henblik på at støtte det visiterende personale i de komplekse afvejninger. Imidlertid oplever personalet udfordringer i forhold til at opnå overblik over de organisatoriske rammer, som har betydning for, hvortil det er relevant at henvise en patient på et givent tidspunkt. Det kommer blandt andet til udtryk som tvivl om, hvordan ventetid og åbningstid skal afvejes i visitationsbeslutninger.

Tvivl om forhold mellem ventetider og åbningstider

Det visiterende personale ved Akuttelefonen 1813 udtrykte tvivl om, hvordan de skal forholde sig, når den aktuelle ventetid på et modtagested overstiger den tid, der er tilbage af den formelle åbningstid. En sundhedsfaglig visitator forklarede:

"Akutklinikkerne lukker kl. 22, og klokken er måske 20. Når du så går ind [i tidsbestillingsmodulet], så giver den måske en tid kl. 22.30. Men der er der jo lukket. Så må man ind og rette; skrive 21.55 eller et eller andet. Men er de så booket op? [...] Det er klart, man skal jo heller ikke henvise for sent. I princippet henviser vi stadig i deres åbningstid, men systemet skriver det videre. Skal man så henvise til en anden [modtagelse] eller manuelt rette tidspunktet?"

De sundhedsfaglige visitatorers tvivl udtrykker en generel usikkerhed om, hvordan de skal forholde sig til behandlingssporenes åbnings- og lukketider. Skal de manuelt manipulere mødetidspunktet? Skal de henvise patienten til et andet behandlingsspor på det givne modtagested? Eller henvise patienterne til en anden modtagelse?

I perioder sættes sporopdelingen i praksis ud af funktion

Andre visitatorer forklarede, at de i perioder slet ikke kan henvise til sygdoms- eller skadesporet på akutte modtagesteder. I tråd med vedkommendes kolleger forklarede en sundhedsfaglig visitator:

"Pludselig begynder alle akutmodtagelser at blive røde kl. 21 [rød farve markerer i visitationssystemet, at der ikke kan henvises til en modtagelse, red.]. Og den første ledige tid, der vises, er kl. 6.15 næste morgen. Så sidder man og tænker: Hvor skal jeg så henvise de her patienter til?"

En læge fortalte ligeledes:

"I den senere tid er det blevet sådan, at når du starter kl. 16, så er der allerede booket [på de akutte modtagesteder]. Så kan [patienterne] ikke få en tid før i morgen. Så sætter du dem i stedet i vurderingssporet – og så er resultatet det samme som før: nu skal [personalet på akutmodtagelserne] selv sortere i bunkerne. [...] Faktum er, at vi ikke kan give tider."

Ifølge visitatorerne er meldingen fra vagtlederne i den situation, at de må henvise patienter til "vurderingssporet", hvor der ikke skal foretages tidsbestilling. Men som en sundhedsfaglig visitator bemærkede, "vurderingssporet er jo til dem, der er kritisk syge og skal vurderes øjeblikkeligt, når de kommer derud. En person, som har fået en rift, skal jo på ingen måde i vurderingssporet, men det er den eneste måde, man kan få lov at sende sagen videre i systemet." I praksis sættes sporopdelingen altså i perioder ud af drift. Det flytter de fakto triageringsopgaven tilbage til de akutte modtagesteder. Visitatorerne var ikke klar over, hvorfor det sker, men udtrykte frustration over, at de må gå på kompromis med, hvad de finder fagligt relevante visitationer.

Døgnvariation i henvisningsprocedurer understøtter ikke sundhedsfaglige logikker

De formelle krav til indlæggelse af børn efter kl. 23 betyder ligeledes, at visitatorerne ofte står i situationer, hvor de må gå på kompromis med, hvad de opfatter som den mest hensigtsmæssige sundhedsfaglige respons for at leve op til administrative visitationskrav. Som en sundhedsfaglig visitator forklarede, skal hun håndtere de samme "helt banale problematikker" såsom "ørepine" eller "ondt i halsen" forskelligt afhængigt af, hvornår på døgnet hun modtager en henvendelse:

"[Før kl. 23] er det jo lidt lettere at henvise nogen, som, man vurderer, lige skal tilses, fordi det kan være en halsbetændelse eller en mulig mellemørebetændelse. Der må jo ikke ordineres antibiotika pr. telefon. Men de spor lukker jo klokken 23. Får man samme problematikker [efter kl. 23] er man ude i, at patienten skal proforma-indlægges. [...] Så sidder vi [som visitatorer] som en lus mellem to negle."

Ved at betegne sin situation som svarende til en "lus mellem to negle" henviste visitatoren til, at hun oplever modsatrettede krav. På den ene side er hun nødt til at følge de formelle visitationsretningslinjer for at leve op til politisk-administrative forskrifter, men på den anden side giver hun udtryk for, at hun "ikke helt [kan] stå inde for det", fordi det – ud fra et sundhedsfagligt synspunkt – betragtes som "latterligt" at indlægge børn med de givne problematikker.

Samtidig skaber kravet om indlæggelse ifølge visitatorerne lang sagsbehandlingstid om natten, fordi de ofte må vente i kø til CVI. Som en sundhedsfaglig visitator forklarede, skaber det ekstra pres på det resterende personale ved Akuttelefonen 1813:

"Vi har travlt om natten [ved Akuttelefonen 1813]. Når vi så skal sidde og indlægge [patienterne] via CVI, hvor du kan risikere at sidde i kø et kvarter om natten, så hører opkaldene [til akuttelefonen] sig op. Så bliver tallene røde, og så kører møllen med, ihh der er lang ventetid, og ens kolleger bliver stressede."

De "røde tal" henviser til ventetidsdata. På monitorer ved hver visitators arbejdsstation vises den gennemsnitlige og aktuelle ventetid for borgere med kontakt til henholdsvis sygeplejersker og læger ved Akuttelefonen 1813. Når ventetiden overstiger de politisk fastsatte ventetidsmål, vises ventetidstallene med rødt. På den måde indgår de politisk fastsatte performancemål som en synlig og central del af visitationsarbejdet ved Akuttelefonen 1813. Med henvisningen til de "røde tal" giver visitatoren udtryk for opmærksomhed om, at den konkrete håndtering af opkald har betydning for Akutberedskabets mulighed for at leve op til de politisk fastsatte performancemål for Akuttelefonen 1813. Men samtidig giver visitatoren udtryk for, at politisk-administrative krav i nogle tilfælde bidrager til at gøre det vanskeligt at opfylde disse mål.

Region Hovedstadens administration har oplyst KORA om, at hospitalerne i slutningen af maj 2014 er givet mulighed for at registrere henviste børn som akut ambulante patienter i børnemodtagelserne i stedet for som indlagte patienter.

4.2.2.2 Opsummering

Opsummerende har sporopdelingerne på de akutte modtagsteder introduceret større kompleksitet i visitationsopgaven, idet der er introduceret nye parametre for differentiering af patienter og døgnvariation i forhold til visitationsprocedurer.

Beslutningsstøtteredskabet ved Akuttelefonen 1813 er opbygget med henblik på at støtte det visiterende personale i de komplekse afvejninger, som visitationsbeslutninger indebærer. Imidlertid er det fortsat vanskeligt for personalet at opnå og fastholde overblik over organisatoriske forhold såsom åbningstider, administrative grænsedragninger etc., som har betydning for, hvortil det er relevant at henvise en given patient.

Tvivl om, hvordan ventetid og åbningstid skal afvejes i visitationsbeslutninger, periodevis begrænsning af mulighed for at visitere patienter til behandlerspor og visitationskrav, der strider imod sundhedsfaglig logik, bidrager til at gøre visitationssituationen udfordrende for Akuttelefonen 1813's personale.

4.2.3 Når driftsmæssigt pres går ud over tid til oplæring og feedback

Ifølge Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralens ledelser er etableringen af EVA sket inden for en stram tidsramme²⁶, som har givet udfordringer, der stadig præger driften af Akuttelefonen 1813. For ledelsen betyder det, at der fortsat er en betydelig udviklingsopgave at løfte, samtidig med at de skal sikre den daglige drift. Som en sektionsleder på 112 AMK-vagtcentralen udtrykte det: "*Vi lægger skinnerne, mens vi kører.*"

For Vagtcentralens personale betyder det også udfordringer. Personalet udtrykte generelt opbakning til ledelsen af Den Præhospitale Virksomhed og anerkendte dem som "flittige mennesker", der "er her døgnet rundt", men gav samtidig udtryk for, at driftspreset kan gå ud over den tid, der er til oplæring og løbende feedback.

4.2.3.1 Oplæring og løbende feedback

Generelt efterlyste visitatorerne ved Akuttelefonen 1813 mere tid til oplæring og løbende feedback. Nogle sundhedsfaglige visitatorer fortalte, at de ikke havde modtaget oplæring og uddannelse efter det formaliserede program, før de begyndte at varetage opgaven med telefonvisitation. Andre fortalte, at planlagt undervisning (eksempelvis i journalføring) var blevet aflyst af vagtlederen på grund af for lang ventetid.

Flere visitatorer efterlyste feedback på utilsigtede hændelser (UTH). Én forklarede således, at vedkommende havde registreret flere UTH'er, heraf en alvorlig, og senere erfaret ved forespørgsel til sin leder, at hændelserne var analyseret, og at der var iværksat tiltag for at undgå lignende tilfælde – blot var det ikke kommunikeret til *medarbejderne*.

De sundhedsfaglige visitatorer gav udtryk for, at det bidrager til at skabe usikkerhed om deres opgavevaretagelse, når et driftsmæssigt pres går ud over tiden til oplæring og løbende feedback. Konkret udtrykte de usikkerhed om, hvorvidt det ville blive opfanget og korrigeret, hvis de rådgav på en måde, som kunne vise sig at være fatal. Selvom der er iværksat systematisk opfølgning på UTH'er og løbende monitorering af den telefoniske rådgivning og visitation, er der altså fortsat en udviklingsopgave i forhold til at kommunikere disse tiltag internt til Vagtcentralens medarbejdere.

Ifølge Region Hovedstaden er der i efteråret 2014 iværksat afholdelse af statusamtaler med alle ansatte ved Akuttelefonen 1813, hvor der blandt andet gives feedback på UTH.

4.2.3.2 Information om procedureændringer

Generelt gav visitatorerne udtryk for, at de oplever det som vanskeligt at holde sig orienteret om, hvornår der sker ændringer i procedurer og kommer nye vejledninger. Det var sigende, at fokusgruppeinterviewet med sundhedsfaglige visitatorer flere gange udviklede sig til en intern diskussion mellem visitatorerne om gældende procedurer (eksempelvis i forbindelse med visitation til hjemmebesøg og registrering af UTH'er), og at det i disse diskussioner blev tydeligt, at flere af de sundhedsfaglige visitatorer ikke var klar over, hvad de gældende instrukser egentlig var.

Visitationsarbejdet ved Akuttelefonen 1813 er struktureret på den måde, at telefonsamtaler kontinuerligt afløser hinanden i de otte timer, som en typisk visitationsvagt varer. Når en samtale er afsluttet, registreres det i it-systemet, og et nyt opkald stilles automatisk igennem til visitatoren efter 50 sekunder, med mindre visitatoren aktivt melder sig "ikke klar" i systemet. Det fremgår af monitorerne på Vagtcentralen, hvor lang tid der går, fra hver enkelt visitator har afsluttet et opkald, til vedkommende er klar til at modtage et nyt. I løbet af en vagt er tiden til at læse mails eller søge efter nye procedurer i regionens VIP-database derfor begrænset

²⁶ Dette konkluderes også i COWIs evaluering af processen op til etableringen af EVA og første måneder af driften (COWI, 2014).

– med mindre visitatorerne aktivt bremser indkommende opkald og dermed bidrager til at øge ventetiden.

Endvidere, forklarede de sundhedsfaglige visitatorer, opdager de ofte "tilfældigt", at der er sket ændringer i retningslinjerne for deres arbejde. De forklarede, at den elektroniske visitationsguide løbende opdateres med ny faglig information eller ændringer i visitationsmuligheder, og at dette som udgangspunkt er hensigtsmæssigt, men at det bidrager til usikkerhed, når de ikke får besked om opdateringerne. Foruden de elektroniske visitationsretningslinjer er der placeret fysiske mapper ved hver arbejdsstation, som indeholder de vigtigste retningslinjer for Akuttelefonen 1813²⁷. Disse bliver også opdateret løbende af ledelsen, men igen erfarer visitatorerne det ofte "tilfældigt". Én visitator forklarede:

*"Så bliver der nogle gange sat løbende ind i [mapperne]. Men når du møder [på arbejde], ved du ikke, at der faktisk er redigeret eller opdateret noget i den her mappe. Så når du en dag, helt tilfældigt, skal slå et eller andet op, så sidder der pludselig et eller andet, som du aldrig har set før. Ofte bliver det ikke viderefornet til os, når der sker ændringer. Når så en [kollega] spørger om [en given procedure], så er der ofte fire måder at gøre tingene på – og ingen ved hvad der er det korrekte. [...]
Det bruger vi meget tid på."*

Som visitatoren beskrev, kan problemer med den interne kommunikation ved Akuttelefonen 1813 bevirke, at der opstår usikkerhed blandt det visiterende personale om gældende procedurer, og at det kan føre til, at der bruges ressourcer på tidskrævende opklaringsarbejde i den daglige drift.

I den tidligere lægevagtsordning kan der naturligvis også have været praktiske problemer i forhold til den faktiske afvikling af de formaliserede procedurer for oplæring og supervision. Det har ikke været muligt at afdække i denne evaluering. Ifølge de praktiserende læger var der imidlertid en teknisk løsning, som muliggjorde enkel advisering af ændringer i retningslinjer og lignende: Når vagtlægerne loggede på it-systemet i lægevagten, blev de orienteret om, hvorvidt der var nye, fagligt vigtige beskeder ved, at en "besked-knap" lyste gult.

Visitationsopgaven vanskeliggøres, når løbende ændringer i gældende retningslinjer ikke formidles til det udførende personale eller formidles på måder, som er vanskeligt for personalet at integrere i deres daglige arbejdsflow.

4.2.3.3 Oplæring i og usikkerhed om dokumentationsprocedurer

I takt med udvidelsen af Vagtcentralens it-system er der tilføjet flere forskellige skrivefelter i visitationsmodulet. Observationer af 1813-personalets skrivepraksis viste, at de – uanset opkaldets karakter – typisk dokumenterede i alle skrivefelter. Ofte blev den samme tekst skrevet flere steder eller skrevet som en lang prosatekst i "opgave-feltets" rubrik til 'bemærkninger, hvorefter dele blev kopieret til forskellige journalafsnit. En sundhedsfaglig visitator beskrev sin dokumentationspraksis således:

"Man sidder og skriver. Der er en 'årsag', og så går man ned i journalen og skriver i den, og så [anfører man] overvejelser og plan [i journalen]. 'Årsag' og 'bemærkninger' og 'kriterier' er oppe i skærmen. Jeg skriver 'kriterier' og så skriver jeg en lille kort 'bemærkning', og så klikker jeg ned i journalen og skriver faktisk det samme som i 'årsag'. Og videre derfra til 'symptomer' [i journalen] og hvad jeg har vejledt i. Der er mange klik."

²⁷ Ifølge Region Hovedstaden er de fysiske mapper i efteråret 2014 blevet erstattet af en elektronisk mappe, som der linkes til fra 1813-personalets computere.

Som antydnet af visitatoren giver opbygningen af skrivefelterne anledning til tidskrævende dokumentationsprocesser. I et system, hvor performance bliver målt i minutter, er hvert "overflødig tastetryk", som en læge bemærkede, af betydning for den samlede performance.

Personalet gav også udtryk for, at de var usikre på, hvad deres dokumentationspraksis betyder for modtagelsen af information på de akutte modtagesteder og i almen praksis. En lægefaglig visitator forklarede:

"Hvis jeg for eksempel beslutter mig for, at en person skal indlægges på grund af hæmaturi, altså blodig vandladning, så går jeg ned i journalafsnittet og skriver det dér i stedet for bare at skrive "hæmaturi", som jo ikke giver nogen mening. Det tog mig rigtig lang tid at fatte, at det jeg møjsommeligt havde siddet og skrevet, det kom aldrig med ud til hospitalet. På hospitalet ser de bare: 'hæmaturi, indlagt'."

For lægen bidrog opbygningen af skrivefelterne og mangelfuld instruktion til usikkerhed om, hvilken information der blev sendt til hvilke modtagere i hvilken form. Lægen gav udtryk for, at det var mere eller mindre "tilfældigt" at vedkommende ud af, at vedkommendes dokumentationspraksis efterlod kolleger på de akutte modtagesteder uden meningsfuld information.

En sundhedsfaglig visitator efterspurgte mulighed for at få viden om, hvilke dele af den tekst, vedkommende skrev, som blev videresendt til personalet på de akutte modtagesteder:

"[Hvis vi udvekslede med personalet på akutte modtagesteder], så kunne man også se, hvad de kan se på deres skærme af [den information], som vi sender. Det kunne være interessant. Ser de kun den øverste linje eller hvad?"

Konkret adspurgt kunne ingen af lægerne eller de sundhedsfaglige visitatorer, som deltog i fokusgruppeinterview, forklare præcist, hvilken og hvor meget af den information de registrerede, som blev overført til hvilke dele af det øvrige sundhedsvæsen.

Også internt på Vagtcentralen kan der opstå tvivl om, hvordan information, som angives i et modul i LogisCad-systemet, vises i et andet. Det var illustrativt, at fokusgruppeinterviewet med sundhedsfaglige visitatorer og dispatchere i nogle tilfælde udviklede sig til diskussion om, hvordan information, som noteres i ét skærmbillede, helt konkret vises i andre skærmbilleder:

- Dispatcher: *Vi har ikke en chance for at se, at I har trykket på den der 'haster' knap, med mindre vi går ind og åbner hele rapporten [hjemmebesøg, haster' er en særlig responskategori]. Vi mangler sådan en lille plet eller noget andet på vores tur, så vi kan se, at I har lavet en hastekørsel, med mindre I kommer ned og fortæller os: denne her haster [dispatcher orienterer sig i forhold til flere parallelle linjer på deres skærm, som angiver rekvirerede ture, og får deres primære info om en 'tur' ved at føre musen henover turen].*
- Visitator 1: *Det er meget skægt, for det har jeg fået at vide, at I har.*
- Visitator 2: *Man ved det, man selv har fået at vide, men ikke alle har fået det at vide, og det er ikke altid det samme, vi har fået at vide.*

Samlet peger eksemplerne på et behov for at øge personalets indsigt i, hvilke dele af den tekst, de skriver, som formidles til hvem og i hvilken form.

Ifølge en tidligere vagtlæge, som nu er ansat ved Akuttelefonen 1813, var der i MedWin-systemet, som blev benyttet i den tidligere lægevagt, kun ét tekstfelt, hvor journalinformation skulle angives. Al journalinformation blev, ifølge lægen, videresendt til patientens egen læge.

Ifølge en enhedschef på 112 AMK-Vagtcentralen har journalsystemet ved Akuttefonen 1813 undergået en tilpasning. Tilpasningen indebærer, at de obligatoriske journaloverskrifter pr. 1.8.2014 samles i ét skrivefelt for at reducere antallet af klik for personalet, ligesom der er introduceret et samlet "journaloverblik". Det ændrer imidlertid ikke ved, at der fortsat er flere forskellige skrivefelter for personalet at dokumentere i, og det reducerer ikke behovet for at øge forståelsen af sammenhængen mellem skrivepraksisser og informationsudveksling.

4.2.3.4 Kendskab til øvrige funktioner i EVA

Endelig efterspurgte visitatorerne ved Akuttefonen 1813 bedre kendskab til de øvrige funktioner i EVA. De efterlyste eksempelvis mere dybtgående kendskab til regionens akutlægebiler og ambulancetjeneste og disponeringen heraf samt til arbejdsorganiseringen på de akutte modtagsteder.

Kørende ressourcer på 112 AMK-Vagtcentralen

I afvejningen af, hvad der er en "hensigtsmæssig" kørselsrespons, er det vigtigt at skelne detaljeret mellem *kørselstyper*. Der er således betydelig forskel på, hvilket *tidsrum* en given kørsel skal være afviklet inden for, samt hvilket *udstyr* og hvilke *personalemæssige ressourcer* der er til stede ved forskellige kørselstyper (Kjellberg & Kjellberg, 2012). Derfor er det som visitator "*vigtigt at vide, om der skal rekvireres en tur med læge eller bare en ambulance, om det skal være en behandlambulans eller en paramedicinerambulans*", som en dispatcher udtrykte det, for "*hvad kan paramedicineren, som behandleren ikke kan, og hvad kan lægen, som paramedicineren ikke kan?*" Kunnen i denne sammenhæng afspejler dels den sundhedsprofessionelle *uddannelsesbaggrund*, men også hvilke *sundhedsfaglige procedurer*, som hver faggruppe ifølge regionens retningslinjer for det akutte beredskab må foretage.

Når visitatorer er usikre på, hvordan de skal skelne mellem kørselstyper, kan det få betydning for dispatchernes og AMK-lægens arbejde. Visitatorerne ved Akuttefonen 1813 skal koordinere alle ambulancekørsler med udrykning (A- og B-kørsler) med AMK-lægen, med mindre der er tale om hjertestop, så skal ambulancen sendes med det samme. En AMK-lægeforklarede, at de som AMK-læger i flere tilfælde søger at "korrigere", hvad de ser som "fejldisponeringer mellem akut- og ikke-akutte" rekvireret via Akuttefonen 1813. Det bevirker, at de bruger ressourcer på at søge at afklare, hvorvidt en rekvireret transport er på et "passende" responsniveau. Samme AMK-læge fortalte:

"Uden at jeg har tal på det, så er det min fornemmelse, at der er kommet mere pres på og nogle fejldisponeringer mellem akut- og ikke-akutte. En del gange har vi været inde og korrigere og sige "hvad drejer det her sig egentlig om?" Så kan vi jo nedgradere - eller helt aflyse [en tur]."

En dispatcher fortalte ligeledes:

"Vi får en masse kørsel 2 [rekvireringer], hvor der har været sundhedsfagligt personale inde over. Man kan jo se på meldingen, at den kører vi hele tiden på i sygetransport. [Man tænker:] Den kan vi altså godt køre i en sygetransport, eller hvorfor tager man ikke en taxa? Det bruger vi rigtig meget tid på."

"Fejldisponeringer mellem akut- og ikkeakutte" kan dels være udtryk for "fejlvurderinger" hos det visiterende personale, dels for responsbeskrivelser i visitationsguiden. Som en dispatcher bemærkede, er en del akutkørsler genereret "direkte fra Indeks". Det vil sige, at den sundhedsfaglige visitator har fulgt responsforslaget, som er angivet i den elektroniske visitationsguide. "Det kan godt være, at Indeks siger A1, men jeg ved, at en paramediciner har kompetencer til at gøre de ting", fortsatte dispatcheren, "[det kræver en vurdering], så vi ikke får skudt alt for meget afsted unødvendigt." Dispatcheren understregede, at han som *teknisk* medarbejder ikke

selv har formel kompetence til at revurdere bestilte transporter, eftersom det er en *sundhedsfaglig* opgave. Ikke desto mindre fandt han i nogle tilfælde, at der er behov for revurderinger.

Generelt beskrev visitatorer og dispatchere deres samarbejde som velfungerende. Imidlertid understregede dispatcherne, at det skaber udfordringer for deres opgaveløsning, når de oplever behov for revurdering af bestilte kørsler. I de tilfælde skal dispatcherne rådføre sig med den pågældende visitator og eventuelt AMK-lægen. Ifølge dispatcherne er dette et tidskrævende arbejde, særligt fordi de ikke kan se, *hvem* der har rekvireret en transport. Derfor må de gå rundt blandt visitatorerne og forhøre sig om, hvem der har bestilt en given transport. Når der er mange visitatorer på vagt, og dispatcheren skal vente på, at de afslutter igangværende samtaler, kan det tage lang tid at finde frem til den rette visitator.

Omfang og årsag til "fejldisponeringer" af kørende ressourcer på 112 AMK-Vagtcentralen kan ikke afgøres ud fra data i organisationsanalysen. Uanset årsag genererer "fejldisponeringer" imidlertid et arbejde med *omvisitering* internt på vagtcentralen; et arbejde som foruden visitatoren også involverer en dispatcher og eventuelt AMK-lægen.

Ifølge AMK-lægen og dispatcherne bidrager "fejldisponeringer" til at skabe større "pres" på vagtcentralens ambulancer. Det kan ifølge dispatcherne betyde, at de må "gå på kompromis" med, hvad de ser som den mest hensigtsmæssige disponering af vagtcentralens ambulanceberedskab. En 112-dispatcher forklarede:

"Jeg sidder og skal sørge for at dække regionen. Hvis en person falder om med et hjertestop, så skal vi jo gerne have en ledig ambulance. Men når der bliver genereret så mange ture, så er der så meget pres på, at man nogle gange går på kompromis med sin egen overbevisning om, at der skal være en ledig ambulance eksempelvis på Amager, fordi der altid er mange ture dertil. I perioder kan der være så meget pres på, at du simpelthen bliver nødt til at køre 'med bar røv', det vil sige, at alle [biler] er ude at køre hele tiden."

Ifølge dispatcheren kan et øget træk på ambulanceressourcerne altså betyde, at han må gå på kompromis med et princip om altid at have en ambulance i beredskab. Desuden bevirker det, ifølge dispatcherne, at planlagte hospitalstransporter forskubbes tidsmæssigt, for at kunne afvikle akuttene. Samme 112-dispatcher forklarede:

"Når der så kommer mange akuttene, så betyder det jo, at alle de planlagte ture til og fra sygehusene, bliver skubbet. Det betyder nogle gange, at personalet om aftenen og natten kører ture, der skulle have været kørt om eftermiddagen. [...] Indlæggelserne prøver vi at prioritere, men hjemtransporten... I stedet for at vi er der inden for 1,5 time, som er servicemålet, så er vi der måske 12 timer efter. Det er dybt frustrerende. [...] Det hele bider sig selv i halen."

Dispatcheren er altså opmærksom på regionens ventetidsmål, og udtrykte – i tråd med de øvrige dispatchere der blev interviewet – frustration over ikke at kunne leve op hertil. For patienterne kan det betyde ventetid på at komme hjem fra behandling. I tilfælde, hvor meget forsinkede hjemstransporter aflyses fra hospitalet, kan det endvidere betyde et døgn ekstra indlæggelse.

Det har været uden for rammerne af denne evaluering at belyse *omfanget* af mulige "fejldisponeringer" af akutressourcer i EVA sammenlignet med den tidligere lægevagtsordning. Imidlertid kan det bemærkes, at *proceduren* for rekvireringen af akuttransport er forandret. Mens rekvirering af akuttransport i EVA skal ske via en elektronisk bestilling, ringede de tidligere vagtlæger direkte til dispatcherne på AMK-Vagtcentralen. Såfremt dispatcherne vurderede, at der var behov for en afklaring af kørselsbehovet, kunne dette derfor ske mundtligt i telefonen. På para-

doksal vis har den teknologiske integration altså i nogle tilfælde vanskeliggjort den *personlige* kommunikation mellem dispatchere og visitatorer.

Akutte modtagesteder

Foruden indsigt i kørselsressourcer efterspurgte visitatorerne mulighed for at opnå bedre indsigt i arbejdet på de akutte modtagesteder. Som en sundhedsfaglig visitator udtrykte det:

"Rent visuelt synes jeg, det ville være skønt at få lov til at se, hvordan det egentlig ser ud i de der akutmodtagelser. Vi bliver jo spurgt [af patienterne]: Hvordan ser det ud, når man kommer derind?"

I den tidligere lægevagtsordning havde vagtlæger mulighed for at få indblik i andre *lægevagts*-funktioner, fordi de typisk varetog både telefonkonsultation, hjemmebesøg og akutkonsultationer. EVA omfatter flere end disse funktioner (jf. afsnit 4.1.1), hvilket blot øger visitatorernes behov for et bredt kendskab til de øvrige dele af akutsystemet.

Personalet gav udtryk for, at vagtcentralens ledelse var opmærksom på de beskrevne problematikker og søger at følge op på dem. En ambulancebehandler fortalte eksempelvis, at hun var involveret i planlægning af undervisning for 1813-personalet om vagtcentralens kørende ressourcer, og flere sundhedsfaglige visitatorer fortalte, at de havde mødt velvilje hos vagtcentralens ledelse, når de efterspurgte mulighed for udveksling med personale på akutte modtagesteder. Endnu er det dog ikke udmøntet i praksis.

Tilsammen illustrerer ovenstående eksempler, at den organisatoriske og informationsteknologiske integrationsindsats ikke er nok til at skabe et "enstrengt" system. Det kræver også konkret praktisk indsigt for det udførende personale i de øvrige funktioner i det samlede akutsystem. Som beskrevet ovenfor kan det dreje sig om indsigt i andre personalegruppers kompetencer og den fysiske organisering af arbejdet i andre dele af det akutte sundhedsvæsen.

4.2.3.5 Opsummering

Etableringen af EVA er sket inden for en stram tidsramme, som har givet udfordringer, der stadig præger driften på AMK-Vagtcentralen. Det giver ledelsesmæssige udfordringer, fordi ledelsen har en betydelig udviklingsopgave at løfte, samtidig med at de skal sikre den daglige drift.

Det skaber udfordringer i forhold til at skabe tid til oplæring og løbende kommunikation mellem ledelse og medarbejdere på AMK-Vagtcentralen. For det visiterende personale kommer det til udtryk ved, at de finder det vanskeligt at holde sig opdateret på gældende procedurer, efterspørger løbende feedback på blandt andet UTH, udtrykker tvivl om hvordan deres dokumentationspraksis påvirker informationsudvekslingen i EVA og efterlyser bedre kendskab til øvrige funktioner i EVA.

4.2.4 Begrænsede sundhedsfaglige ressourcer i én del af det akutte sundhedsvæsen kan reducere mulighederne for at disponere de samlede akutressourcer hensigtsmæssigt

Et af de forhold, som skaber stadige driftsmæssige udfordringer på AMK-vagtcentralen, er sikring af, hvad ledelsen ved Akuttelefonen 1813 betegner som tilstrækkelig vagtdækning til at løfte de nye opgaver. Ifølge vagtcentralens ledelse drejer det sig både om læger og sundhedsfaglige visitatorer. Ledelsen peger dels på, at en anspændt situation mellem Region Hovedstaden og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) Hovedstaden fortsat gør det vanskeligt at rekruttere speciallæger i almen medicin til visiterende og kørende funktioner. Dels på at der har været en betydelig udskiftning blandt personalet ved Akuttelefonen 1813. Endelig peger ledel-

sen på, at administrative forhold svækker mulighederne for at foretage hensigtsmæssig vagtplanlægning ved Akuttefonen 1813.

Konkret bevirker det, at mange ledelsesressourcer bruges til at "lappe huller" i vagtplanen for at sikre den daglige drift. Ifølge vagtcentralens ledelse kommer problemer med vagtdækning særligt til udtryk i spidsbelastningssituationer såsom weekender og helligdage, hvor der er flest kontakter til Akuttefonen 1813. Siden opstarten har AMK-vagtcentralens ledelse været i øget tilstedeværelse aften og weekend.

Region Hovedstaden har til KORA oplyst, at opgaven med at sikre vagtdækning siden efteråret 2014 i højere grad bliver varetaget af vagtplanlæggere end ledere i Den Præhospitale Virksomhed.

Personalet på AMK-vagtcentralen pegede endvidere på, at bemandsituationen kan have uhensigtsmæssige konsekvenser for det daglige arbejde. Det kommer eksempelvis til udtryk som begrænsede muligheder for at rekvirere hjemmebesøg og flytning af personaleressourcer til Akuttefonen 1813 med afledt pres på andre akutfunktioner.

4.2.4.1 Hjemmebesøg

Både lægelige og sundhedsfaglige visitatorer gav udtryk for, at de i perioder ikke har mulighed for at rekvirere de hjemmebesøg, som de finder relevant.

Ifølge et notat fra Center for Sundhed, Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden blev der kørt markant færre hjemmebesøg i første kvartal af 2014 end i den tidligere lægevagt i 2012. Ifølge notatet blev der kørt henholdsvis 65,6 %, 70,4 % og 72,2 % færre besøg end forventet baseret på antallet af hjemmebesøg i den tidligere lægevagtsordning i januar, februar og marts måned 2012 (Center for Sundhed, Region Hovedstaden, 2014)²⁸.

Der er ikke væsentlige forskelle i retningslinjerne for hjemmebesøg ved Akuttefonen 1813 og i den tidligere lægevagtsordning, som kan forklare disse forskelle. I tråd med lægevagtsinstruksen (2012) for den tidligere lægevagt specificerer AMK-Vagtcentralens instruks om hjemmebesøg²⁹ at:

"Akut lægebesøg i hjemmet kun bør tilbydes i de tilfælde, hvor der er indikation for lægeligt tilsyn, og hvor borgeren ikke kan transporteres til en akutmodtagelse/akutklinik uden væsentlige helbredsmæssig ulempe. Borgere, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering, kan transportere sig selv til hospitalet i fx eget køretøj eller taxa, er således ikke berettiget til hjemmebesøg. Dette gælder også for familier med syge børn."

Herudover specificerer instruksen, at hjemmebesøg kan tilbydes:

"Såfremt der foreligger tungtvejende sociale og/eller etiske årsager: fx plejehjemsbeboere, borgere med særlige handicap eller borgere med særlige psykiske problemer, eller hvis der fx er tale om en enlig mor med børn eller ældre borgere uden mulighed for anden hjælp eller egen transport."

²⁸ For de hjemmebesøg, som blev kørt, var den mediane ventetid i marts måned 1 time og 49 minutter, og 90 % af hjemmebesøgene blev afviklet inden for 5 timer og 3 minutter. Ifølge AMK-Vagtcentralens instruks for hjemmebesøg er "målsætningen at hjemmebesøg skal gennemføres inden for 4 timer under normale omstændigheder" (<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>).

²⁹ <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>

Endelig er der i instruksen specificeret seks absolutte indikationer for hjemmebesøg ved 1813-læge³⁰. Efter personalets udsagn får de imidlertid i nogle tilfælde besked af vagtlederen om, at der i perioder slet ikke kan rekvireres hjemmebesøg på grund af mangel på kørende læger.

Lægemangel på AMK-Vagtcentralen?

KORA har ved henvendelse til Akutberedskabets HR-sektion søgt at få kvalificeret udsagnene om bemandsituationen på AMK-Vagtcentralen. Den Præhospitale Virksomhed har oplyst til KORA, at der pr. 15. juni 2014 var ansat 123 timelønnede læger til at varetage telefonvisitation og hjemmebesøg. Pr. 30. september 2014 var antallet steget til 163 1813-læger. Region Hovedstaden har normeret 40,2 årsværk til 1813-læger. Med et gennemsnit på 8 timers vagter pr. læge pr. uge svarer de 40,2 årsværk til 186 ansatte læger. Region Hovedstaden skønner imidlertid, at det kan være hensigtsmæssigt med et større antal læger for at tage højde for fravær i form af orlov, sygdom og ferie. Ud fra Region Hovedstadens egne vurderinger var der altså i september 2014 en underbemanning af 1813-læger.

Samtidig oplyser Region Hovedstaden, at 44 1813-læger fratradte deres stilling i perioden 1.1.2014-30.9.2014. Personaleomsætningen har skabt behov for yderligere ressourcer til oplæring.

Vanskeligheder med at sikre vagtdækning kan også skyldes ændringer i ansættelsesvilkår for det lægelige personale i forhold til i den tidligere lægevagtsordning. Ifølge ledelsen på vagtcentralen får lægerne ved ansættelse besked om, at de forventes at tage minimum fire vagter pr. måned for at opretholde rutine, men "*i praksis kan vi ikke gøre noget hvis de fortryder og aflyser en planlagt vagt*" som en sektionsleder ved Akuttelefonen 1813 forklarede, idet "*lægerne reelt ikke er bundet af noget [i ansættelsesbrevet].*"

I lokalaftalen for læger ansat ved Den Præhospitale Virksomhed i Region Hovedstaden til varetagelse af opgaver i relation til EVA (gældende fra 1.1.2014) er der ikke specificeret betingelser om vagtdækning udover vagtlængder og maksimale, gennemsnitlige, ugentlige timetal samt at "*ændringer i tjenesteplanlægningen med et kortere varsel kan ske frivilligt og forudsættes at ske i dialog mellem lægen og virksomheden*" (Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden, 2013; Region Hovedstaden, 2013a). Som ansatte i regionen er lægerne omfattet af funktionærloven og almindelige ansættelsesretlige regler, men dette giver ifølge ledelsen ved Akuttelefonen 1813 ikke tilstrækkeligt lokalt ledelsesrum til at sikre den fornødne vagtdækning.

I den tidligere lægevagtsordning kunne lægevagtsdirektørerne pålægge vagtlæger en bod, hvis de ikke dagen forinden aktivt tilmeldte sig en vagt, de var skemasat til at varetage, hvis de mødte for sent eller slet ikke mødte op (Lægevagten i Region Hovedstaden, 2012), s. 31-33). Vagtlægerne havde desuden selv ansvar for at skaffe afløsere ved sygdom eller andre forhindringer (ibid). Ifølge de alment praktiserende læger interviewet til denne rapport foregik vagtplanlægning i praksis ved, at vagtlæger indmeldte ønsker til vagter. Ubesatte vagter blev udmeldt på en såkaldt vagtbørs, som vagtlæger siden kunne byde ind på. Der blev skelnet mellem såkaldte "A- og B-vagter", som en tidligere vagtlæge forklarede, hvilket sikrede et højere honorar på eksempelvis helligdage. Foruden de vagtsatte læger var der to læger i beredskabsvagt i eftermiddags- og aftentimerne og én om natten. Via vagtbørsen kunne vagtlægerne også bytte vagter. En sekretær var ansat til at tjekke, at der var tilstrækkelig vagtdækning og fordele besøg til kørende vagtlæger, men det var vagtlægens eget ansvar at sikre, at vagten blev dækket af en afløser, såfremt vedkommende blev forhindret i at varetage sin vagtforpligtelse.

³⁰ De absolutte indikationer er: 1. Urinretention hos ikke selv-mobiliseret, ældre eller dement patient med henblik på KAD, 2. Svære smerter (nytilkomne eller forværring), 3. Uafklaret patient, dvs. ved usikkerhed om karakteren af nyopstået symptomer og tvivl, om patienten skal indlægges direkte eller kan afvente egen læge dagen efter, 4. Uafklarede og/eller nytilkomne psykiatriske symptomer af betydelig karakter (dog ikke hvis patienten sandsynligvis er svært paranoid, hallucineret, voldelig, truende, selvdestruktiv, suicidaltruet eller svært psykisk forpint, da overføres til psykiatrisk akutteam), 5. Beboere på plejehjem, demente i eget hjem og udviklingshæmmede fra bosted hvis "relevant behov for akut lægetilsyn", 6. Ligsyn såfremt det ikke kan foretages af egen læge dagen efter eller politiet anmoder akut.

Med hjemtagningen af lægevagtsfunktionerne i Region Hovedstaden er ansvaret for at sikre vagtdækning overgået til ledelsen for AMK-Vagtcentralen. Samtidig betyder den organisatoriske samordning, at det lægelige personale er blevet underlagt den kollektive, regionale løndannelse³¹. Det har betydet, at det ikke længere er muligt at løndifferentiere for at skabe økonomisk incitament til dækning af ydervagter. Som en sektionsleder ved Akuttefonen 1813 påpegede: "*Natten til søndag og juleaften får [det lægelige personale] samme løn, som mandag eftermiddag*". I praksis betyder det, at ledelsen på AMK-Vagtcentralen reelt står uden andre ledelsesmæssige redskaber end at forhøre sig, om nogen vil tage ekstravagter, i tilfælde hvor der opstår problemer med at sikre vagtdækning. I kontrast til den tidligere lægevagtsordning opereres der ikke med beredskabsvagter i EVA. Ifølge sektionsledelsen ved Akuttefonen 1813 skyldes det, at de ønsker en personalenormering, som er robust nok til at tåle spidsbelastningssituationer. I den nuværende situation, hvor der er bemandingsmæssige udfordringer, betyder det imidlertid et ekstra pres på ledelsen. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at de bruger mange ressourcer på at forsøge at "lappe huller" i vagtskemaer ved at ringe rundt til medarbejdere og høre, om de vil påtage sig ekstravagter og i perioder selv går ind og varetager visitatoropgaver. Samtidig bidrager det til arbejdspresset, at vagtbytte i det nuværende vagtplanlægningssystem kræver, at enten ledelse eller administration er involveret. Ifølge enhedsledelsen ved Akuttefonen 1813 skyldes det, at regionens vagtplanlægningssystem er udarbejdet med henblik på at støtte arbejdsplanlægning for *fastansat* personale; ikke en stor gruppe deltidsansatte medarbejdere.

Vanskeligheder med at disponere hjemmebesøg

For dispatcherne på AMK-Vagtcentralen bevirker vanskelighederne med at sikre vagtdækning af kørende læger, at det bliver vanskeligere at disponere de kørselsressourcer, som er tilgængelige. Når dispatchere får besked om, at vagtsatte læger ikke kan møde, møder på andre tidspunkter eller trækkes til andre funktioner end angivet i vagtplanen, vanskeliggøres deres mulighed for at planlægge bemanning og rækkefølge af bestilte ture inklusiv pauser og personale-skift. Dette planlægningsarbejde er ifølge dispatcherne afgørende for at sikre "optimal" disponering af kørende ressourcer. Når pludselige ændringer i vagtplanen forstyrrer dette arbejde, kan det bevirke, at køreklare chauffører og biler må vente, hvorved ventetiden på bestilte ture øges, og det bliver vanskeligere for dispatcherne at imødekomme nye kørselsrekvireringer.

Samtidig, forklarede dispatcherne, kan manglende instruktion i brugen af it-systemer forsinke afviklingen af hjemmebesøg. Ifølge dispatcherne er det i praksis blevet deres ansvar at instruere og yde teknisk support til kørende læger i LogisCad-systemet; en funktion de føler sig usikre på. Som en dispatcher forklarede: "*Vi mister mange minutter på lægevagten hvert skift, fordi spørgsmålene er for mange. Lægerne er dårligt instrueret.*" Ifølge dispatcheren gav det anledning til mange "diffuse opgaver":

"En 'diffus opgave' optræder for eksempel, når en læge møder om morgenen og ikke ved, hvad computeren skal. Lægerne har en bærbar og i den ligger et program, som de skal aktivere for at blive kørende lægevagt. Ham, der mødte i morges, havde ikke engang en kode til at logge ind med. Det var så også en lidt ekstrem situation, men det er jo sådan nogle ting, vi render ind i."

Sektionsledelsen på 112 AMK-Vagtcentralen bekræftede, at utilstrækkelig tid til oplæring af personalet i it-systemet i samspil med bemandingsudfordringer gjorde det vanskeligt at finde ressourcer til at sikre grundig information og oplæring af personalet i brugen af nye funktioner. Region Hovedstaden har i november 2014 oplyst til KORA, at dette problem skulle være imødekommet.

³¹ I Aftale for læger ansat ved Den Præhospitale Virksomhed i Region Hovedstaden hedder det i § 4, at timelønnen "reguleres i henhold til aftalen om lønninger for ansatte i regionerne (OK 21.03.1)", og at den specificerede sats "gælder alle arbejdstimer ved Den Præhospitale Virksomhed."

Endelig kan problemer med vagtdækning af kørende læger betyde, at de læger, som er på vagt, skal dække et større areal end planlagt. Ifølge en læge, som har 19 års erfaring fra tidligere lægevagt, og som nu er ansat ved Akuttefonen 1813, er der generelt færre kørende læger på vagt til at foretage hjemmebesøg, end det var tilfældet i den tidligere lægevagt. Efter lægens udsagn er der typisk "1-2 kørende læger" på vagt om natten mod tidligere fem kørende vagtlæger i tidsrummet 00-03 og fire fra kl. 03-08. Da det geografiske areal er uændret, betyder det, at hver kørende læge skal dække et større areal og derfor må bruge mere tid på kørsel. Samme læge forklarede: "*På en 8-timers vagt klarer jeg syv til otte sygebesøg. Da jeg [under den tidligere lægevagtsordning] kørte i København, klarede jeg fire besøg i timen. I dag er der lange afstande; vi kan have både 30 og 40 km mellem to sygebesøg.*"

Det har været uden for rammerne af denne evaluering at vurdere, hvad ændringen i disponeringen af hjemmebesøg vis-a-vis andre akutfunktioner kan betyde for den kliniske kvalitet. Generelt rejser problematikken om hjemmebesøg spørgsmål om, hvilken rolle kørende læger skal spille i et akut sundhedsvæsen. Som en læge nævnte, er det ikke givet, at det altid er bedst for patienten at modtage et hjemmebesøg. Der kan eksempelvis foretages flere typer undersøgelser i en ambulance og på akutte modtagesteder end en kørende læge har mulighed for, som en læge påpegede. Det vil være relevant at undersøge nærmere, hvad forskelle i opgavefordeling mellem hjemmebesøg, ambulancekørsel og akutkonsultationer betyder for sundhedsfaglig kvalitet såvel som ressourceforbrug i det akutte sundhedsvæsen.

Håndteringsforsøg via belastning af øvrige ressourcer i EVA

Uanset årsagen betyder de begrænsede muligheder for at rekvirere hjemmebesøg, at visitatorerne ved Akuttefonen 1813 i nogle tilfælde må gå på kompromis med, hvad de opfatter som god visitationspraksis. En sundhedsfaglig visitator forklarede:

"Nogle gange står man i en situation, hvor det er vildt frustrerende, fordi der ikke er nogen [kørende læger] at sende ud, så man kan ikke sende nogen. Så kommer man til kort. [...] I nogle tilfælde bliver man nødt til – hvis [patienten] ikke selv kan sørge for befordring – at sende en sygetransport eller en ambulance og belaste det system. Man tænker, at det er et vildt ressourcospild."

Når lægen ikke kan komme fra vagtcentralen til patienten, må patienten fragtes til en læge på akutte modtagesteder, ræsonnerer personalet i disse situationer. Det betyder et træk på de øvrige kørende ressourcer på vagtcentralen, og at vurderingsopgaven flyttes fra de kørende læger på vagtcentralen til lægerne på de akutte modtagesteder. Ifølge en AMK-læge på AMK-Vagtcentralen har manglen på kørende læger i nogle tilfælde betydet, at akutlægebiler anvendes til at "vurdere patienter som ellers ville have fået et lægevagtsbesøg" eller til at lave "dødsattester som vagtlæger normalt håndterer". Ifølge lægen har det den konsekvens, at "[akutlægebilerne] kan havne ude i periferien". Den geografiske placering er vigtig for at kunne sikre dækning af et område inden for en given responstid (Kürstein et al., 2001). En placering "i periferien" kan derfor potentielt betyde, at de givne lægebiler er mindre hensigtsmæssigt placeret i tilfælde af en akut opgave³².

Ifølge de lægelige visitatorer kan de begrænsede muligheder for at rekvirere hjemmebesøg betyde, at de nogle gange må indlægge patienter, uden at der er foretaget en forudgående klinisk vurdering. Ifølge lægerne kan det være problematisk for nogle patientgrupper, fordi transporten kan være belastende. Det drejer sig typisk om ældre mennesker i plejetilbud, socialt belastede børnefamilier, svært syge eller patienter i palliativ behandling.

³² For at kunne vurdere effekter på ambulancedriften og akutlægebiler kræver det en systematisk undersøgelse af forskelle i aktiviteten. For at kunne tage stilling til, hvorvidt eventuelle afledte effekter af EVA på ambulancedriften er u hensigtsmæssige, må det desuden overvejes, hvorvidt der mangler ambulancer eller akutlægebiler ved udrykningsopgaver, og hvorvidt denne mangel kan henføres til udførelsen af andre funktioner. Det har været uden for rammerne af denne evaluering at undersøge dette.

Konkret nævnte de eksempler på, at ældre personer køres med ambulance til og fra hospitalet for at få lagt kateter, fordi det ikke er muligt for visitatorer ved Akuttefonen 1813 at rekvirere hjemmebesøg. Ifølge visitatorerne er det eksempler på praksisser, som hverken gavner patienten eller systemet, men som de oplever sig nødsaget til at foretage på grund af aktuelle, organisatoriske vilkår for deres arbejde.

Ledelsen på AMK-Vagtcentralen er opmærksom på problematikken, og ifølge vagtcentralens administration er der igangsat tiltag for at øge rekrutteringen af lægeligt personale. Samtidig er der iværksat en praksis med "revurdering" af visiterede hjemmebesøg i situationer med særligt lang ventetid. AMK-Vagtcentralens instruks om hjemmebesøg tilsiger, at i tilfælde, hvor hjemmebesøg ikke kan forventes afviklet inden for fire timer, "bør [der] tages telefonisk kontakt til borgeren med henblik på revurdering af tilstanden og fortsat behov for besøg i hjemmet". I praksis betyder det, at sundhedsfagligt personale på vagtcentralen bliver bedt om at ringe op til borgere, som venter på hjemmebesøg, og vurdere, om deres behov skulle have ændret sig i løbet af ventetiden. Ifølge instruksen skal revurderingen fokusere på, hvorvidt der "fortsat er indikation for lægeligt tilsyn i hjemmet" og i det tilfælde overveje, om turen skal opprioriteres til et "hastende hjemmebesøg" foretaget af en 1813-læge, om der skal foretages "objektiv undersøgelse" ved ambulancepersonale (ambulancebehandler eller paramediciner), som derefter konfererer med AMK-lægen, eller om der skal omvisiteres til "indlæggelse med ambulance (kørsel A, B eller C)." I praksis introduceres der altså dobbelt-visitation på AMK-Vagtcentralen i forsøget på at håndtere problemet med manglende vagtdækning af kørende læger. Personalet, som var involveret heri, oplevede denne praksis som "tidskrævende" og "dybt problematisk" i forhold til patientkommunikationen. Det har været uden for rammerne af denne evaluering, at vurdere hvor *hyppigt* disse situationer opstår.

4.2.4.2 Trækning af 112-visitatorer til 1813-visitation

Bemandingspresset ved Akuttefonen 1813 har, ifølge ledelsen på AMK-Vagtcentralen, afledte konsekvenser for 112-visitatorerne. Personale, som fortrinsvis ønsker og har stor erfaring med at visitere 112-opkald, vagtsættes ifølge ledelsen i en stor del af deres arbejdstid ved Akuttefonen 1813 for at sikre dennes drift.

Baseret på Den Præhospitale Virksomheds egen vurdering af personalebehov er der en vis underbemanding af sundhedsfaglige visitatorer, og der har været en vis personaleomsætning blandt de sundhedsfaglige visitatorer³³.

112-personalet bekræftede, at bemandingssituationen ved Akuttefonen 1813 kan skabe udfordrende situationer. Visitatorer, som både varetager 112- og 1813-visitation, forklarede, at de i løbet af en vagt i nogle tilfælde flyttes mellem 112- og 1813-visitation på en måde, de fandt u hensigtsmæssig. En visitator forklarede:

"Vi kan jo sidde på 1813 en time, hvis vi er på 112, fordi de mangler folk. Så switcher vi tilbage, for nu mangler vi folk. Det er en meget svær balance at køre fra 1813 til 112 hele tiden. Man er gearet til akutte ting på 112, og så skal man på 1813 lige gear ned. Det er stadig vigtigt med symptomerne, men man skal spørge ind på en anden måde. Til sidst bliver man helt kuldret."

³³ Fra Akutberedskabets HR-sektion har KORA fået oplyst, at der pr. 30.9.2014 var fastansat 57 sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttefonen 1813 (svarende til 49,4 årsværk), 7 sundhedsfaglige visitatorer på 112 AMK-Vagtcentralen (svarende til 6,6 årsværk) og 22 sundhedsfaglige visitatorer, som varetog funktioner begge steder (svarende til 19,6 årsværk). Herudover dækker paramedicinere 4,5 årsværk på 112 AMK-Vagtcentralen. Den Præhospitale Virksomhed arbejder med en samlet normering på 106,6 årsværk til sundhedsfaglige visitatorer i begge funktioner. Ud fra Den Præhospitale Virksomheds egen vurdering var der pr. 30.9.2014 en underbemanding af sundhedsfaglige visitatorer svarende til 26,5 årsværk. En del af dette behov dækkes formentlig af 31 timelønsansatte, sundhedsfaglige visitatorer, som også var ansat i Den Præhospitale Virksomhed pr. 30.9.2014, men som ikke indgår i beregningen af den samlede normering. I perioden 1.1.2014-30.9.2014, oplyser Den Præhospitale Virksomhed, har 35 fastansatte, sundhedsfaglige visitatorer fratrådt deres stilling. Det er ikke oplyst, hvor stor personaleomsætningen har været blandt timelønsansatte visitatorer.

Mens visitatorerne anerkendte, at det kan være hensigtsmæssigt at kunne anvende personale-ressourcer på en fleksibel måde og gav udtryk for, at de gerne ville varetage begge vagtfunktioner, så fandt de det uhensigtsmæssigt med hyppige, kortvarige skift fra en funktion til en anden.

Herudover påpegede personalet en risiko for, at flytning af vagtsat 112-personale til 1813-funktionen i perioder kan skabe, hvad de betegnede som, en "minimumsbemanding" på 112-visitationen. Samme visitator forklarede: *"Det gør nogen gange, at vi bliver under normering [på 112-funktionen], og hurtigt går i blått, det vil sige, at vi alle sammen er optaget, og det gør jo, at vi hurtigere skal afslutte samtaler."* En paramediciner uddybede:

"I perioder kan det peake på 112, og så kan der være forsinkelser, fordi vi ikke er nok mennesker til at svare. Så går den over i mistede opkald, som vi så er nødt til at ringe tilbage på, fordi vi ikke kan svare dem med det samme."

Eftersom fordelingen af 112-opkald over døgnet ikke kan forudsiges, tilstræbes der i bemandingen af 112-visitationen et vist beredskab for at sikre, at opkaldene kan besvares med det samme. Det bevirker, at 112-visitatorer i nogle perioder venter på opkald. I andre perioder, hvor der er spidsbelastning på 112-funktionen, kan alle 112-visitatorer være i gang med at besvare opkald. Når personalet taler om en "minimumsbemanding", så adresserer de et spørgsmål om, hvor stort et beredskab det kræver at kunne besvare samtlige 112-opkald "hurtigt nok". Hvad, der er "hurtigt nok", er imidlertid ikke givet.

For personalet er det *ikke* "hurtigt nok", når de "mister" et opkald, det vil sige, at de ikke når at besvare et opkald (eller ringe tilbage på det), inden det stilles tilbage til alarmcentralen. En dispatcher, som også har erfaring fra alarmcentralen, forklarede:

"Alarmcentralen sender opkald igennem [til AMK-Vagtcentralen], som skal besvares af de sundhedsfaglige [112-visitatorer]. Men hvis de har så travlt, at de ikke når at ringe tilbage til indringeren, så kan alarmcentralen vælge bare at lave en kørsel 1. Så bliver der genereret en kørsel 1 på noget, som måske ikke kræver en kørsel 1."

I yderste konsekvens kan flytning af vagtsatte 112-visitatorer til visitation af 1813-opkald, ifølge personalet, føre til, hvad de ser som et unødigt træk på vagtcentralens ambulance-ressourcer. Det har været uden for rammerne af organisationsanalysen at kvalificere, i hvilket omfang der sker flytning af vagtsat 112-personale til 1813-funktionen, og hvorvidt det giver anledning til "mistede" 112-opkald.

4.2.4.3 Opsummering

Opsummerende er der udfordringer med at sikre tilstrækkelig vagtdækning på AMK-vagtcentralen. Det bevirker dels, at mange ledelsesressourcer bruges til at "lappe huller" i vagtplanen for at sikre daglig drift på potentiel bekostning af mere langsigtede udviklingsprojekter. Dels har det betydning for udførelsen af det daglige arbejde.

Konsekvenserne for det daglige arbejde på vagtcentralen består eksempelvis i, at visitatorer i perioder ikke kan rekvirere de hjemmebesøg, de finder relevant. Det bevirker i nogle tilfælde, at akutlægebiler trækkes til hjemmebesøg. I andre tilfælde skaber det afledt pres på ambulance-ressourcer og akutte modtagesteder – for når lægen ikke kan komme til patienten, må patienten fragtes til lægen. Problemer med vagtdækning kan også bevirke, at personale flyttes fra 112-visitation til 1813-visitation. I perioder med mange 112-opkald kan det skabe afledt pres på 112-visitationen og i yderste konsekvens ambulance-ressourcer.

Implikationerne af disse disponeringer – både sundhedsfagligt og økonomisk set – er et åbent spørgsmål.

4.2.5 Udfordringer på AMK-Vagtcentralen: Opsummering

I den offentlige debat om Akuttelefonen 1813 reduceres diskussion om hensigtsmæssig visitation ofte til et spørgsmål om, hvorvidt sygeplejersker er lige så gode som alment praktiserede læger til at vurdere alvor og akuthed ved patienthenvendelser. Ovenstående analyse peger imidlertid på, at vanskeligheder med at få patienter det rette sted hen til den rette tid også må forstås i lyset af de organisatoriske forandringer, som er fulgt med etableringen af det enstrengede og visiterede akutsystem.

Når visitatorer ved Akuttelefonen 1813 er i tvivl om, hvordan deres funktion er afgrænset, og borgerinformation om Akuttelefonen 1813 åbner rum for forhandling om, hvilke henvendelser der er "akutte nok" til en Akuttelefon, og hvem borgerne kan forvente hjælp fra, så vanskeliggøres de sundhedsfaglige visitatorers mulighed for at udfylde den gatekeeping-funktion, de er tiltænkt. Usikkerhed om Akuttelefonen 1813's funktion kan bidrage til at skabe tidskrævende forhandlingssituationer mellem 1813-personalet og borgerne, dobbelthåndtering af patientkontakter ved Akuttelefonen 1813 og henvisninger til akutte modtagesteder, som ikke altid er sundhedsfagligt begrundet.

Mange af forhandlingssituationerne er ikke nye i forhold til den tidligere lægevagt. Men eftersom Akuttelefonen 1813 er resultatet af en fusion mellem forskellige funktioner, kan det være vanskeligt for personalet at afgøre, hvordan de skal vægte forskellige opgaver. Samtidig betyder etableringen af flerfaglig – fremfor monofaglig – telefonrådgivning og visitation, at der rejses nye principielle spørgsmål om fordeling af ansvar og kompetence mellem forskellige faggrupper ved Akuttelefonen 1813; spørgsmål som endnu ikke er fuldt afklaret.

Udover usikkerhed om Akuttelefonen 1813's funktion vanskeliggøres visitationsopgaven i EVA ved en høj grad af organisatorisk kompleksitet. Nye sporopdelinger på akutte modtagesteder og døgnvariation i visitationsmuligheder og -procedurer introducerer nye parametre for det visiterende personale at tage hensyn til. Koblet med det driftsmæssige pres på AMK-vagtcentralen, som bevirker, at der kun er kort tid til oplæring og løbende feedback, bidrager det til udfordringer for det visiterende personale.

Endelig skaber problemer med vagtdækning på AMK-Vagtcentralen udfordrende situationer. Det kan komme til udtryk som praktiske begrænsninger af visitationsmuligheder (særligt hjemmebesøg) og flytning af personaleressourcer mellem akutfunktioner med potentielt afledt pres på 112-funktionen.

Ovenstående udfordringer kan betyde, at visitatorer i nogle tilfælde ser sig nødsaget til at gå på kompromis med, hvad de opfatter som god visitationspraksis. Det kan have konsekvenser for varetagelsen af det sundhedsfaglige arbejde i andre dele af det akutte sundhedsvæsen. I det følgende beskrives først konsekvenser for arbejdet på akutte modtagesteder. Dernæst for den kommunale plejesektor og endelig for almen praksis.

4.3 Hvilke konsekvenser kan udfordringerne på AMK-Vagtcentralen have for andre dele af det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden?

4.3.1 "Fejlvisitationer" fra Akuttelefonen 1813 skaber ressourcekrævende arbejdsgange på de akutte modtagesteder

På de akutte modtagesteder er personalets kendskab til arbejdet på AMK-vagtcentralen, ifølge egne udsagn, begrænset. De forholder sig primært til de visiterede patienter, de får henvist fra vagtcentralen. Mens personalet fortalte, at de i nogle tilfælde modtager "gode henvisninger",

hvor problemstillingen er "spot on" i forhold til kompetencerne på modtagestederne, stiller de sig i andre tilfælde spørgende over for det sundhedsfaglige rationale bag henvisningerne. Ifølge personalet optager "fejlvisitationer" således meget af deres tid. "Fejlvisitationer" kan forekomme i flere forskellige situationer.

For det *første*, når de modtager patienter, som ifølge personalet henvender sig med "småting", de ikke finder *akut* behandlingskrævende. En koordinerende sygeplejerske på en akutmodtagelse forklarede: "*Vi får meldt patienter, som sagtens kunne være tilset af [en kørende] lægevagt eller kunne have ventet, til deres alment praktiserende læge åbner næste morgen.*" En sygeplejerske fra en anden akutmodtagelse supplerede: "*Det er light-patienter, for eksempel folk med hovedpine eller ondt i ryggen eller børn med mellemørebetændelse*". Det er værd at bemærke, at hospitalspersonalets vurdering af patienternes behandlingsbehov beror på en *klinisk* vurdering, mens 1813-personalet kun har en telefonsamtale at gå ud fra. Patientvurderingen sker således på forskellige vilkår.

For det *andet* kan det dreje sig om, at patienter visiteres til hospitaler, som ikke huser det relevante speciale. En sygeplejerske fra en akutmodtagelse forklarede:

"Vi får hyppigt patienter, hvor vi ikke har specialerne til at tage os af dem. For eksempel urologiske patienter. Hvis de kommer her, så skal vi sørge for at få transporteret dem til det hospital, hvor de har specialet. Eller neurologiske patienter, som bliver henvist til os, de ender også med at blive overflyttet."

En læge fra en akutklinik gav lignende eksempler:

"1813 sender børn ud til os, men vi har ingen børnelæger. Vi modtager skadebørn, men nu får vi også medicinske børn, som vi ikke skulle. 1813 sender kirurgiske patienter, men vi har ikke kirurger. Vi får eksempelvis utroligt mange øjenpatienter, selvom mange burde tilses af ortopædkirurger først på nærmeste hospital og kun overflyttes efter aftale."

For det *tredje* kan der være tale om patienter, som visiteres til hospitaler uden for det administrativt definerede optageområde, som de bor i. En sygeplejerske fra en akutklinik beskrev: "*Vi har problemer med, at vi får patienter fra Valby, men de skal jo indlægges på Hvidovre; så er vi ude i diskussion om, hvem der optager.*" En sygeplejerske fra en akutklinik gav et andet eksempel:

"Vi får cancerpatienter, som er i forløb på [et andet hospital]. Det eneste problem er, at de er alment dårlige på grund af en kemobehandling. Men de sendes til os, og så skal vi bestille kørsler og sende dem videre. Vi kommer til at bruge meget tid på at tale læge til læge, finde ud af at de følges i et forløb, bestille kørsler og få dem overflyttet."

For det *fjerde* kan det dreje sig om patienter, som henvises til behandlingsspor uden for åbningstiden i disse spor. Det kan dreje sig om, at patienter får en tid *før* den formelle åbningstid. En sygeplejerske fra en børnemodtagelse forklarede således: "*Nogle gange er der børn, som får tid om morgenen på en hverdag, men der er jo ikke nogen på det spor. Da er det en almindeligt fungerende børneafdeling.*" En læge på en akutklinik kommenterede i tråd hermed: "*[1813-personalet] er for rundhændede med tider. De booker en masse patienter inden, man åbner. Når vi åbner, så står der 13 sure mennesker og venter.*" Det kan også dreje sig om, at patienter får tider *efter* formelle lukketider. Flere fortalte således om problemer med, at patienter gives tider i sygdomsspor efter dets lukketid. En koordinerende sygeplejerske fra en akutmodtagelse forklarede eksempelvis:

"Ofte har lægen i sygdomssporet ikke tid til at få de mange patienter igennem. Han lukker døren kl. 23, og hvis han ikke har nået [at tilse] alle patienterne, så skal jeg gå ud og forklare dem, at lægen desværre er gået, og at der er omkring 10 timers ventetid, fordi vi så i princippet taler om en indlæggelse. Jeg har jo hjertepatienter, dårlige patienter som kommer ind med akutkørsler, så eftersom [patienterne i sygdomssporet] er triageret grønt, vil de aldrig blive set med en mellemørebetændelse midt om natten. Tidligere gjorde vagtlægen tingene færdigt."

En sygeplejerske fra en akutklinik gav et andet eksempel:

"Vi har en læge i skadesporet indtil kl. 18 på hverdage men ingen derefter og heller ikke i weekenden, så er det "almen medicineren", det vil sige den gamle lægevagt, vi skal konferere med. En del skader kommer i tidsrummet, hvor der ikke er en ortopædkirurg til stede, for det er jo her de fleste mennesker holder fri. Vi sender nogle patienter videre. Det kan være frustrerende, for patienterne forventer jo at blive behandlet hos os og ikke sendt videre."

Disse former for "fejlvisitationer" er ifølge personalet problematiske, fordi de finder dem unødigt ressourcekrævende. *"Hvis patienterne først kommer ind, så kører hele møllen"*, som en koordinerende sygeplejerske fra en akutmodtagelse bemærkede. Det vil sige, at der igangsættes kliniske undersøgelser såsom EKG, tages blodprøver og tilkaldes forvagter til at optage journal. I tilfælde, hvor visiterede patienter må flyttes til andre matrikler, bruger personalet tid på at afklare muligheder for og arrangere overflytninger.

Herudover, beskrev personalet, kan fejlvisitationer for det femte forekomme i situationer, hvor patienter fra Akuttefonen 1813 triageres for lavt. I de situationer udtrykte personalet bekymringer for den kliniske kvalitet.

Omfanget af ovenstående problematikker kan ikke kvalificeres ud fra data i denne organisationsanalyse. Det kan blot bemærkes, at hospitalspersonalet fortalte om de samme typer problematikker – uanset hvilket hospital eller personalegruppe de tilhørte.

Som hospitalspersonalet bemærkede, var der også tidligere personer, som henvendte sig på modtagestederne med tilstande, som efter deres vurdering ikke var *akutte nok* eller som henvendte sig på forkerte matrikler. Forskellen er imidlertid, at de ikke tidligere var *visiteret*. Det vil sige, at hvad personalet tidligere opfattede som uhensigtsmæssig selvvisitation, nu forstås som *fejlvisitationer*.

4.3.1.1 Forhandling med patienter på modtagestederne

Efter personalets udsagn kan "fejlvisitationer" skabe nye forhandlingssituationer med patienterne på de akutte modtagesteder. En læge på en akutmodtagelse forklarede således, at patienterne tidligere præsenterede lignende problemstillinger, men at de på grund af visitationen kom med "høje forventninger" til behandlingen på modtagestederne. Når patienterne har ventet på kontakt til Akuttefonen 1813, drøftet problemstillingen med en visitator og siden ventet på adgang til modtagestedet, kan de efter lægens udsagn blive *"kede af det"* eller *"stærkt utilfredse"* over at *"blive sendt hjem med Panodil"* eller på anden vis rådet til egenomsorg. En læge på en anden akutmodtagelse fulgte op:

"Jeg bliver den dårlige læge, der kigger på patienten og siger, at de ikke fejler noget. Patienterne synes, at de er ordentlig undersøgt, men de kan ikke forstå, at jeg for eksempel kan sige, at de ikke har lungebetændelse, når den søde sygeplejerske i telefonen sagde det. Det skaber mange konflikter."

Det skal bemærkes, at konflikterne ikke nødvendigvis skyldes faktiske forskelle i patientrådgivning mellem 1813-personalet og hospitalspersonalet, men *patientens fremstilling* af, hvad vedkommende er blevet stillet i udsigt. Uanset årsagen peger det på et behov for tydeligere forventningsafstemning, dels mellem personalet ved Akuttefonen 1813 og personalet på de akutte modtagesteder, dels i kommunikationen mellem 1813-personalet og borgerne.

Andre hospitalsansatte fortalte om, at tildelingen af mødetidspunkter til patienterne også kan bidrage til udfordrende situationer. "*Folk får måske at vide, at de skal til kl. 22.17, men når kl. bliver 23.07, så bliver de sure*", som en læge fra en akutmodtagelse bemærkede. En sygeplejerske fra en akutklinik forklarede i tråd hermed:

"Tiderne er et stort problem. Vi får jo alt muligt udefra: selvhenvendere og [patienter som kommer med] ambulancer. Patienterne kan ikke forstå, at de skal vente længe. Vi prøver at forklare dem det. Nogen siger okay, andre bliver rasende."

Personalet i børnesporene talte om vanskeligheder med at håndtere, hvad de betegnede som "udadreagerende forældre", der "ikke vil vente, selvom det ikke er akut". Tidsbestillingen, som skulle være en serviceforbedring, bliver altså i praksis et muligt konflikt punkt. Personalet forklarede, at mødet med utilfredse patienter i nogle tilfælde kan udgøre "et problem for arbejdsmiljøet". Det er særligt i situationer, hvor de oplever trusler om vold fra patienter eller pårørende.

Personalet var ikke klar over, hvordan aktuelle ventetider blev opgjort og kommunikeret fra de akutte modtagesteder til Akuttefonen 1813. Nogen spekulerede over, om 1813-personalet var "for rundhændede med tider". Andre mente, at der kunne være tale om et teknisk problem, eller at der ikke blev taget højde for selvhenvendere og 112-visiterede akutkørsler i ventetidsberegningerne. Ifølge ledelsen på AMK-Vagtcentralen opgøres ventetiden på de akutte modtagesteder automatisk som en funktion af antallet af patienter i kø (dækker både over henviste fra Akuttefonen 1813 samt registrerede selvhenvendere) i forhold til en given norm for antallet af patienter, som forventes tilset i timen på modtagestedet. Den gældende norm er, ifølge AMK-Vagtcentralens ledelse, at hver læge i et givent behandlingsspor skal kunne tilse fem patienter i timen. Hvis denne produktionshastighed ikke kan overholdes, skal der, ifølge en enhedschef på 112 AMK-Vagtcentralen, kaldes ekstra hjælp på modtagestederne.

Siden ultimo maj 2014 foretager it-systemet desuden løbende en dynamisk beregning af, hvornår patienten reelt kan forventes at komme til med udgangspunkt i den nuværende produktionshastighed på modtagestedet. Dette estimat udregnes som en funktion af antallet af patienter i kø samt nuværende klokkeslæt og vises på 1813-personalets computerskærm i en særskilt kolonne ved siden af kolonnen med det anbefalede mødetidspunkt, der fortsat er baseret på en forventet produktionshastighed på fem patienter i timen.

Det har været uden for rammerne af denne rapport at vurdere produktionshastigheden på akutte modtagesteder. Det kan blot konstateres, at både 1813- og hospitalspersonalet oplever uoverensstemmelser mellem estimeret og faktisk ventetid, og at det bidrager til udfordringer i det daglige arbejde i EVA.

4.3.1.2 Tvivl om kollegers sundhedsfaglige kompetence

Når personalet på de akutte modtagesteder må håndtere, hvad de forstår som "fejlvisitationer", kan det også betyde, at de kommer til at betvivle den sundhedsfaglige kompetence hos deres kolleger ved Akuttefonen 1813. Det kommer eksempelvis til udtryk i personalets interne kommunikation. En læge på en akutklinik beskrev en typisk situation:

"Så spørger du Falck[-redderen]: Hvad kommer du med? [Og redderen svarer:] Ja, det må du nok spørge om. I daglig tale kalder vi det internt en 1813-patient [kollejerne rundt om bordet nikker]."

På den måde adviserer personalet indirekte hinanden om, at de ikke forstår det sundhedsfaglige rationale bag en given henvisning. For personalet på modtagestederne bidrager det til udfordringer, når de modtager, hvad de betegner som "dårlige" eller "mærkelige" visitationsnotater (se eksempler i boksen nedenfor).

"Vi ser kun de par ord, som står skrevet i OPUS. Det er af meget varierende kvalitet. Der kan for eksempel stå *ked af det*." (Læge, akutklinik)

"Der kan for eksempel stå *mandlige/kvindelige kønsorganer, ondt i maven* – så kan du selv gætte." (Læge, akutklinik)

"Er det eksempelvis en *allergiker* med vejrtrækningsproblemer, der er blevet stukket af en *bif*? Nu står der bare *vejrtrækningsproblemer*." (Læge, akutmodtagelse)

I den tidligere lægevagtsordning, forklarede personalet, var der også stor forskel på kvaliteten i lægevagts henvisningerne, og tidligere havde de sjældent information om skadepatienter, eftersom de typisk var selvhenvendende. Personalet gav imidlertid udtryk for, at der var blevet længere mellem "de gode lægevagts henvisninger" efter overgangen til EVA. De efterspurgte generelt mere præcis information fra personalet ved Akuttelefonen 1813; særligt ved visitation af patienter med medicinske problemstillinger. Konkret savner de "en kort anamnese", en "tentativ diagnose" og angivelse af, om der er tale om en dement person, om personen netop har været indlagt, og om personen tager nogen form for medicin. "*Helt basal lægeinformation*", som en læge fra en akutmodtagelse opsummerede, frem for det "kodesprog" de opfattede visitationsnotaterne fra Akuttelefonen 1813 som.

Med betegnelsen "kodesprog" henviste personalet fra modtagestederne til sundhedsfaglig tekst, som de ikke ved, hvordan de skal tyde. Imidlertid kan der være tale om kodesprog i langt mere konkret forstand. Når visitationsnotater sendes fra LogisCad-systemet ved Akuttelefonen 1813 til OPUS-systemet på de akutte modtagesteder er det nemlig det autogenerated visitationskriterium, som følger af personalets "klik" i visitationsguiden, der vises først³⁴.

Hospitalspersonalet var imidlertid ikke klar over dette. Når personalet på de akutte modtagesteder modtager "utydelige" notater, men ikke ved hvorfor, bidrager det til at generere tvivl om 1813-personalets sundhedsfaglige kompetence. En læge fra en akutmodtagelse gav eksempelvis udtryk for, at personalet ved Akuttelefonen 1813 ikke respekterede sundhedsfaglige normer for godt samarbejde: "*Det er måden at arbejde på; man siger ikke bare, der kommer en patient, man melder en patient og fortæller hvorfor.*"

Problemerne med informationsudveksling virkede, ifølge personalet, kontra til visionen om integration. "Man føler sig ekstremt adskilt", som en læge på en akutmodtagelse udtrykte det. Mere generelt efterspurgte personalet mere "åbenhed" om arbejdsorganisering og -vilkår ved Akuttelefonen 1813. De gav udtryk for, at det er "utrygt", når de ikke ved, hvem de samarbejder med, hvad de er uddannet til, og hvilke retningslinjer de orienterer sig efter. Personalet forklarede, at deres kendskab til arbejdet på Vagtcentralen fortrinsvis var baseret på "rygter";

³⁴ Efter en systemændring i august 2014 er det nu journalens konklusion, som vises først (sammen med patientens telefonnummer), når der sendes visitationsnotater fra Akuttelefonen 1813 til de akutte modtagesteder og almen praksis.

ikke direkte kommunikation. Det medvirker til, at "der er kommet kløfter i noget, der ellers skulle være integreret", som en sygeplejerske udtrykte det.

4.3.1.3 Skabelse af ny funktion: koordinerende sygeplejersker

Problemerne med informationsoverførsel bidrager endvidere til, at sygeplejerskerne bruger mange ressourcer på modtagelsen af patienter. En sygeplejerske fra en akutmodtagelse forklarede:

"Når der bliver meldt en patient til mig, så står det på Cetrea [skærmsystem hvor personalet kan se visiterede patienter fra CVI, akuttelefonen og akutkørsler]. Jeg kan se de patienter, som er på vej ind. Samtidig får jeg en akutjournal, hvor der står, hvad de er meldt med. Men det er meget sparsomt, for jeg bruger stort set al [plads i skrivefeltet] til at skrive det, som jeg reelt ser, når jeg vurderer, om de skal indlægges eller ned til almenmedicineren."

I Region Hovedstadens retningslinjer og principper for det enstrengede og visiterede akutsystem (2013) er det specificeret, at patienter ved ankomst til det akutte modtagested skal "bydes velkommen", "registreres" (via scanning af sundhedskortet) og "oplyses om, hvorvidt de skal tage plads i venterummet, eller de først skal have udført triage" (s. 12). Patienter skal desuden informeres om deres aktuelle ventetid og udviklingen heri via informationstavler i modtagelsen (ibid). Den formaliserede modtagelse er en forandring fra den tidligere lægevagt, hvor patienter ved ankomsten selv registrerede deres ankomst via scanning af deres sundhedskort og tog plads i ventesalen. I de tidligere skadestuer blev patienter triageret af sygeplejersker ved ankomst. I Region Hovedstadens retningslinjer er det ikke angivet, hvem der skal udføre opgaven med at modtage patienter.

I praksis, forklarede personalet fra modtagestederne, bemannes modtagefunktionen typisk af en fast sygeplejerske, som holder "styr på tavlerne, patienterne og rækkefølgen [af patienterne]". På nogle modtagesteder er funktionen formaliseret i en ny funktion: En "koordinerende" eller "visiterende" sygeplejerske med ansvar for at modtage, registrere, informere og triagere patienter. Ifølge sygeplejerskerne er det en forandring i forhold til tidligere. En forklarede:

"Vi gør sådan, at når patienter kommer, uanset spor, så kommer de til skranken til den visiterende sygeplejerske. Skadestuepatienter skriver vi op til venteværelset. Der går en sygeplejerske fra til visitation nu [...]. Dels skal du have styr på tavlerne [de computerskærme hvor meldte og mødte patienter skrives op til konsultationer, red.]. Tavlen går ud efter fem minutter, hvis der ikke bliver rørt ved den. Dels skal du tage imod patienter, akutjournaler og skrive op osv. Før kunne man bare lige krydse af. [...] Redskaberne i 1813 har ændret måden, man arbejder på, og det kræver et styks personale. [...] Vi må vurdere alle patienter og omformulere teksten fra 1813, fordi teksten både er meget bred og mangelfuld. Den indeholder forvirrende, ikke relevante ting, og ofte ved vi ikke ud fra teksten, hvad der egentlig er galt med patienten. Jeg tror, de bruger nogle koder, der udløser en generel tekst. Faktum er, at der sker en ny visitation, når patienten kommer, og det kan ende med en omvisitering. Det er dobbeltarbejde."

Foruden den formaliserede opgave med at modtage og registrere patienter ved ankomst pegede sygeplejersken på, at der ved modtagelsen konsekvent sker en ny visitation. Andre sygeplejersker bekræftede, at de i praksis triagerer alle patienter ved ankomst til de akutte modtagesteder; ikke fordi de ikke kender retningslinjerne, men fordi der ifølge personalet fortsat er mange selvhenvendende, og fordi de ikke "stoler" på visitationsnotaterne fra Akuttelefonen 1813. I praksis sker der altså en konsekvent dobbeltvisitation af patienterne i akutsystemet: dels ved Akuttelefonen 1813, og dels i modtagelsen på de akutte modtagesteder.

4.3.1.4 Kapacitetsproblemer og "diffuse" funktioner

Det bidrager til udfordringerne, at personalet i nogle situationer oplever, at antallet af henviste patienter fra Akuttefonen 1813 overstiger kapaciteten på de akutte modtagesteder. Det var en problematik, som særligt blev rejst af personalet i børne- og vurderingssporerne.

Børnesporet

Personalet på de akutte modtagesteder gav udtryk for, at idéen med at samle modtagelsen af børn er god, fordi det kan spare syge børn for at skulle overflyttes i tilfælde af alvorlig sygdom. De påpegede imidlertid kapacitetsmæssige problemer. En læge fra en akutmodtagelse forklarede:

"Tanken om, at børn hører til ét sted, var god. Det er vigtigt at skabe et godt sted for børn, så de undgår skift. Sådan er det på børnemodtagelsen her, og det er godt, men de mangler almen medicinere til at tage sig af de ikke-akutte."

En sygeplejerske fra en børneafdeling på et andet hospital forklarede i tråd hermed:

"Efter startvanskelighederne fungerer det godt. Problemet er, at vi har fået tilført opgaver, og der er ikke hænder nok. Selve integrationen har fungeret godt nok."

Andre steder, gav personalet udtryk for, at der fortsat er betydelige driftsmæssige vanskeligheder. En læge fra en anden børneafdeling fortalte således om vanskeligheder med at håndtere en betydelig stigning i antallet af kortvarige indlæggelser (under ti timer) af børn – på trods af en tilførsel af lægeressourcer. Ifølge personalet kommer kapacitetsmæssige udfordringer særligt til udtryk om natten, i weekender og på helligdage. Ifølge personalet kan det betyde, at der er færre ressourcer til at tage sig af de børn, som er indlagt med længerevarende sygdom, at ambulatorietider i dagtid i nogle tilfælde aflyses, fordi det har været nødvendigt at øge vagtdækningen af speciallæger om natten, og at de har vanskeligt ved at overholde udredningsgarantien.

Vurderingssporet

Region Hovedstadens retningslinjer (2013) for det enstrengede og visiterede akutsystem lægger op til, at vurderingssporet udgør en mulighed for det *visiterende* personale for at lade skades- eller medicinske patienter med særligt hastende behov blive tilset uden om køfunktionen på de akutte modtagesteder. Retningslinjerne specificerer ikke, hvordan vurderingssporet skal udmøntes på modtagestederne, herunder hvem der skal foretage vurderingen, hvor og hvordan den skal foregå.

Personalet på de akutte modtagesteder gav udtryk for, at vurderingssporets funktion fortsat var uklar for dem. Flere omtalte vurderingssporets funktion, som "diffus". En yngre læge forklarede eksempelvis: *"Funktionen i vurderingssporet er diffus: Hvad skal man vurdere? Det kommer til at ligne en indlæggelse, fordi der bliver sat ting i værk."*

Eftersom personalet i vurderingssporet er usikre på omfanget af vurderingsopgaven og typisk ikke finder megen hjælp i visitationsnotaterne fra Akuttefonen 1813, bruger de efter eget udsagn *"meget tid på at sætte [sig] ind i patienten"*, iværksætte undersøgelser og føre journal over, hvad de har observeret, og hvad de har gjort. Personalet gav således udtryk for, at tilsynet af patienter i vurderingssporet i praksis imiterer en indlæggelsessituation.

En del af personalet på de akutte modtagesteder gav udtryk for, at tilsynet af patienter i vurderingssporet skaber øget arbejdspress på det vagthavende personale. Andre gav udtryk for, at de i forhold til før EVA oplever en udjævning af arbejdspresset. En læge fra en akutmodtagelse forklarede om *øget* arbejdspress:

"Behandlingssporet lukker kl. 23 og så ryger patienterne principielt over til mig. Det er de medicinske lægekræfter, der bliver trukket på om natten. Om natten har jeg en forvagt og to mellemvagter og så mig selv. Vi er fire læger [vagtsat] i weekenden og om natten, og har vi pludselig op til tyve patienter mere ovre i skadestuen, som skal ses på..."

I kontrast hertil beskrev en sygeplejerske fra en akutklinik en *udjævning* i arbejdspresset:

"Vi oplever, at vi har det samme antal patienter overordnet set, og at de er fordelt lidt mere jævnt. Weekenderne er dog meget travle. Det fungerer i det daglige. Folk bliver sat til, venter derhjemme, og der er en udejævning i [patient-]flowet. Problemet er, at der er for få i aftenvagt, for der kommer ofte et [patient-]rush op til kl. 22."

Det har været uden for rammerne af denne rapport at kortlægge personaleressourcer på de akutte modtagesteder i Region Hovedstaden, endstige vurdere den personalemæssige kapacitet i forhold til udviklingen i aktivitet, om end dette er et relevant forhold. Fokusgruppeinterviewene indikerer, at der kan være forskel på, hvorvidt og i hvilket omfang der er tilført ekstra personaleressourcer til de akutte modtagesteder i forbindelse med etableringen af EVA, og at døgnvariation kan spille en rolle i forhold til personalets oplevelse af arbejdspress. Personalets eksempler på situationer, hvor opgaven med tilsyn af patienter henvist fra Akuttefonen 1813 efter deres vurdering går ud over varetagelsen af øvrige vagtopgaver, drejede sig således om nattevagter, weekendvagter eller vagter på helligdage.

4.3.1.5 Opsummering: Implikationer for arbejdet på akutte modtagesteder

For personalet på akutte modtagesteder giver udfordringerne i visitationsarbejdet ved Akuttefonen 1813 anledning til nye udfordringer. De må bruge ressourcer på at håndtere, hvad de ser som, fejlvisitationer fra Akuttefonen 1813. Det kan eksempelvis dreje sig om, at der igangsættes omfattende udredningsforløb for patienter, som ifølge personalet ikke har et akut behandlingsbehov. Det kan også dreje sig om, at der må bruges ressourcer på at arrangere interhospital transport for patienter, som er henvist til modtagesteder, der ikke huser det relevante speciale, er beliggende i et andet optageområde end patientens bopæl eller ikke har ledige tider på det pågældende tidspunkt.

Personalet, som savner indsigt i arbejdsforholdene på Vagtcentralen, fortolker fejlvisitationerne som manglende kompetence hos 1813-visitatorer. Det indtryk forstærkes, når de modtager så sparsom eller utydelig information fra Akuttefonen 1813, at de har vanskeligt ved at afgøre, hvad der er galt med en given patient.

I et forsøg på at håndtere situationen er der på flere modtagesteder indført en ny sygeplejerskefunktion: en koordinerende sygeplejerske, der konsekvent genvisiterer og optager ny journal på *alle* ankomne patienter.

Udover at være ressourcekrævende kan fejlvisitationer skabe udfordrende patientmøder på de akutte modtagesteder. I tilfælde, hvor patienter har ventet længe og deres behandlingsforventninger ikke matcher den hjælp, de modtager, kan det give anledning til tidskrævende forhandlingssituationer og i nogle tilfælde trusler om vold.

For personalet blev udfordringerne forstærket af, at de i mange tilfælde var usikre på omfanget af visitationsopgaven og fandt, at bemandingen på modtagestederne ikke altid var tilpasset de aktuelle patientstrømme.

4.3.2 Kommunikationsproblemer gør det vanskeligt for alment praktiserende læger at følge op på henvisninger fra Akuttefonen 1813

I almen praksis giver problemer med informationsoverførsel fra Akuttefonen 1813 også vanskeligheder.

4.3.2.1 Manglende epikriser

De alment praktiserende læger forklarede, at det varierer, hvorvidt de modtager epikriser fra Akuttefonen 1813, når patienter henvises til at opsøge egen læge. "*Det mest problematiske er nok alle de oplysninger og epikriser, som vi ikke får*", som en alment praktiserende læge bemærkede. I tråd med sine kolleger forklarede lægen, at manglende information fra Akuttefonen 1813 gør det er vanskeligt at sikre god opfølgning i almen praksis – for når de ikke ved, hvad der er rådgivet om, er det vanskeligt at følge op. Endvidere kan det, ifølge lægerne, skabe utryghed, når de ikke ved, om de mangler information om potentielt alvorlige hændelser.

Ifølge en enhedschef på 112 AMK-vagtcentralen er Vagtcentralens it-system sat op til automatisk at afsende epikriser i de situationer, hvor Sundhedsstyrelsens vejledning om fremsendelse af epikriser (Sundhedsstyrelsen, 2014a) tilsiger det. Ifølge ledelsen er der i august 2014 skabt mulighed for, at epikriser også kan afsendes via et aktivt tilvalg i situationer, der ikke er omfattet af Sundhedsstyrelsens krav, men hvor patienten giver sit samtykke hertil. I august 2014 blev der også foretaget en stikprøvekontrol af, hvorvidt afsendte epikriser blev modtaget i almen praksis. Stikprøven bestod af 105 patienthenvendelser til Akuttefonen 1813. I de 105 tilfælde blev det i Vagtcentralens it-system (LogisCad) registreret, at epikrisen var afsendt fra Akuttefonen 1813 og modtaget i den pågældende lægepraksis. Ved efterfølgende opkald til de givne lægepraksisser bekræftede de alment praktiserende læger i 94 % af tilfældene at have modtaget epikrisen, mens de i 4 % af tilfældene afviste at have modtaget epikrisen. I 2 % af tilfældene var det ikke muligt at opnå kontakt til praksis (Region Hovedstaden, 2014).

I den tidligere lægevagt blev journalnotater, ifølge de alment praktiserende læger, automatisk sendt til patientens egen læge, når en sag blev afsluttet (det vil sige uden aktiv indhentning af patientsamtykke). Ifølge lægerne var dette i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, eftersom en vagtlæge var at betragte som en "vikar for patientens egen læge".

4.3.2.2 Mangelfulde epikriser

De praktiserende læger opfattede mange af epikriserne fra Akuttefonen 1813 som mangelfulde. Det drejer sig dels om det faglige indhold, dels om informationsstrukturen, og endelig om behandlersignaturer. I forhold til *fagligt indhold* fortalte de alment praktiserende læger i tråd med hospitalspersonalet om problemer med at afkode sparsom "kodetekst". Herudover efterspurgte de praktiserende læger oplysninger om, hvorvidt en patient er blevet tilset klinisk eller blot har fået telefonisk rådgivning, herunder telefonisk ordination af lægemidler.

I det journalsystem, som blev anvendt i tidligere lægevagtsordning, blev ordinationsoplysninger automatisk koblet til epikriser. I LogisCad-systemet, som benyttes af Akuttefonen 1813, er der ikke integreret et egentligt ordinationsmodul. Ordinationer foretages i stedet online via Det Fælles Medicinkort (FMK). Derfor skal det visiterende personale huske at anføre ordinationer i journalen.

Ifølge Akutberedskabets ledelse er der planlagt en direkte integration mellem LogisCad og FMK, som forventes implementeret i december 2014.

I tråd med personalet på de akutte modtagesteder efterspurgte de praktiserende læger også en mere tydelig *struktur* i epikriserne. De gav eksempler på, at de modtog detaljerede sygehistorier fra personalet ved Akuttefonen 1813 men uden klar angivelse af, hvad den klinisk relevante information var. Mere specifikt efterspurgte de alment praktiserende læger epikriser opdelt

efter SOAP-strukturen (sygehistorie, objektive fund, mistænkt diagnose og rådgivning om fremadrettet handling)³⁵.

Endelig efterspurgte de praktiserende læger information om *hvem*, der har rådgivet en given patient. Som en praktiserende læge forklarede er epikriser "*ofte underskrevet af en dispatcher; det vil sige, at vi ikke ved, om det er en læge, sygeplejerske, jordemor eller noget helt andet, der har vurderet patienten.*" Det gør det vanskeligt for de alment praktiserende læger at finde frem til den rette person i tilfælde, hvor de har brug for at kontakte vedkommende for opklarende information.

Akutberedskabets ledelse har til KORA oplyst, at der efter en systemændring i august 2014 er rettet op på dette, således at der tydeligt fremgår navn og titel på den person, patienten har talt med ved Akuttelefonen 1813.

De praktiserende læger har et direkte nummer, hvorpå de kan kontakte Akuttelefonen 1813. Imidlertid oplever de, at de via dette nummer kun kan få kontakt til Vagtcentralens dispatchere³⁶; ikke den visitator eller kørende læge, som de har behov for at drøfte et sundhedsfagligt forhold med. En praktiserende læge gav et eksempel:

"Jeg ringer for at få en epikrise på en mor med et barn med blå læber, som [fortæller at hun] af 1813 er rådgivet om at kontakte egen læge næste dag. Jeg har slet ikke noget på det her barn med blå læber, abnormal respiration, 38,5 i feber. Hvad er der sket? Så ringer jeg til bagnummeret, og får så epikrisen. Men jeg vil gerne diskutere det rent faglige indhold, og det kan jeg ikke med dispatcheren. Der skal jeg skrive til akutberedskabet@regionh.dk. Det har jeg så gjort med forskellige epikriser og faglige problemstillinger, men aldrig fået noget svar. [...] Jeg kan ikke engang se den specifikke fagperson, fordi der står læge1, læge2, læge3 osv. i epikriserne. Jeg mangler at kunne identificere den specifikke fagperson for at kunne forstå, hvorfor de handlede, som de gjorde."

De praktiserende læger udtrykte frustration over, at Akuttelefonen 1813s informations- og kommunikationssystem understøtter, hvad de betegner som, "envejskommunikation". I kontrast hertil havde alment praktiserende læger i det tidligere lægevagtssystem mulighed for at se, hvilken læge der havde håndteret en given sag og kontakte denne direkte i tvivlstilfælde.

4.3.2.3 For sen fremsendelse af epikriser

De praktiserende læger fortalte også om problemer i forhold til *timing* af epikriser. Som en praktiserende læge bemærkede:

"Det er ikke relevant, at vi får et kørenotat, som bliver skrevet dagen efter om eftermiddagen, for så har patienten været der til den opfølgning, som vi så ikke har fået noget information om."

Ifølge Akutberedskabets ledelse har dette tidligere været et problem, som skulle være blevet løst.

På baggrund af organisationsanalysens data kan *omfanget* af de beskrevne problematikker ikke kvalificeres. Men det bemærkes, at de alment praktiserende læger udtrykte bekymring for, at problemer med informationsoverførsel kan svække muligheden for at opnå sammenhængende

³⁵ Akronymet SOAP står for "Subjective" (sygehistorie, symptomer præsenteret), "Objectice" (kliniske fund), "Assessment" (mistænkt diagnose og evt. differentialdiagnoser) og "Plan" (handling fremadrettet). Det er denne journalstruktur, der typisk undervises i på lægestudier.

³⁶ Ifølge Akutberedskabets ledelse betjenes det direkte nummer ikke af dispatchere men af vagtlederen ved Akuttelefonen 1813.

patientforløb, og efterspurgte bedre mulighed for direkte kommunikation med sundhedsprofessionelle ved Akuttelefonen 1813.

4.3.2.4 Tvivl om faglig kompetence ved Akuttelefonen 1813

I tråd med situationen på de akutte modtagesteder bidrager kommunikationsvanskeligheder også til at skabe tvivl hos de alment praktiserende læger om 1813-personalets sundhedsfaglige kompetence. De alment praktiserende læger gav – ligesom personalet på de akutte modtagesteder – eksempler på, hvad de betragtede som, "fejlvisitationer" og "fejlbehandling".

De beskrev konkrete situationer, hvor patienter var triageret for lavt fra Akuttelefonen 1813 eller henvist til modtagesteder som ikke understøttede det relevante speciale. De gav ligeledes eksempler på, hvad de betegnede som uhensigtsmæssig medicinordination, herunder telefonisk ordination af bredspektret antibiotika til børn og ældre, ordination af høje doser sovepiller til patienter med angst, og ordination af morfin til personer med misbrug³⁷.

Herudover beskrev de alment praktiserende læger, at de modtager patienter efter indlæggelse med problemstillinger, som, de vurderer, ville kunne håndteres via hjemmebesøg. Som eksempler nævnte de natlige indlæggelser af ældre patienter med kateterproblemer, KOL-patienter (kronisk obstruktiv lungelidelse) som primært behøver beroligelse, og børn med infektioner såsom øjenbetændelse.

Desuden udtrykte de alment praktiserende læger bekymring om opdelingen i børne- og voksenalder. De påpegede, at speciallæger i pædiatri er uddannet til at vurdere og behandle alvorligt syge børn, mens de ikke har stor erfaring med at håndtere mindre alvorlige tilfælde. Som en alment praktiserende læge forklarede:

"En ting er, at man er speciallæge, men man er ikke vant til at håndtere almenmedicinske problemstillinger hos børn. Man har fejlvurderet meget almindelige ting. Når vi henviser nogen til en børneafdeling, så er det fordi, der er behov for den specielle ekspertise og hospitalsbehandling. Nu kommer børnene med almindeligheder, som børnelæger faktisk ikke er vant til at se. Det er et ressourcespild at bruge specialister til det, men [det kan også betyde], at børn får fejlbehandlinger."

Som eksempler på "almindeligheder", der er blevet fejlvurderet, nævnte de alment praktiserende læger lidelser såsom børnesår (hudinfektion), der blev mistolket som virusudslet og derfor ikke behandlet. Disse lidelser er almindelige ting at se i almen praksis, og det er ifølge de alment praktiserende læger ikke kutyme at henvise børn med denne type lidelser til en børnelæge.

De alment praktiserende læger kobede disse tilfælde til den uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund blandt personalet ved Akuttelefonen 1813 og de akutte modtagesteder.

Endelig udtrykte de praktiserende læger bekymring for, om ventetid ved Akuttelefonen 1813 bevirker, at ressourcsevage patienter opgiver at få kontakt og dermed måske ikke får den hjælp, de har behov for.

Som beskrevet (i afsnit 3.2) er det uden for rammerne af denne rapport at belyse klinisk kvalitet i EVA.

³⁷ Disse eksempler på medicinordination er ikke i overensstemmelse med retningslinjerne for medicinordination ved Akuttelefonen 1813. Det har været uden for rammerne af denne undersøgelse at vurdere den kliniske kvalitet af arbejdet ved Akuttelefonen 1813, herunder overensstemmelse mellem faktisk ordination og ordinationsretningslinjer.

4.3.2.5 Opsummering: Konsekvenser for almen praksis

For alment praktiserende læger skaber udfordringer ved Akuttelefonen 1813 afledte problemer. De gav udtryk for, at de savner fyldestgørende information om patienter, som er henvist til opfølgning i almen praksis. Det kan dreje sig om, at de ikke modtager epikriser, modtager dem for sent, eller at epikriserne er mangelfulde. Når de praktiserende læger ikke ved, hvad patienter er blevet rådgivet om fra Akuttelefonen 1813, vanskeliggøres deres muligheder for at sikre en god opfølgning. Udfordringerne øges i tilfælde, hvor de praktiserende læger har erfaret, at de ikke kan komme i kontakt med de sundhedsprofessionelle, som har forestået en given patientkontakt ved Akuttelefonen 1813, når de har forsøgt at kontakte dem om en konkret patient.

Den Præhospitale Virksomhed har, siden interviewet med de praktiserende læger blev foretaget, iværksat flere tiltag for løse de beskrevne problemer. Blandt andet er der udarbejdet instruks af 30. juli 2014 om journalføring og journaludskrift fra Akuttelefonen 1813 til relevante behandlere, ved stikprøvekontrol i august 2014 er det fundet, at alment praktiserende læger i 94 % af de undersøgte tilfælde havde modtaget afsendt epikrise fra Akuttelefonen 1813, og der er implementeret systemændringer, som skal sikre, at navn og titel på visitator fremgår af epikrisen. De praktiserende læger har modtaget et direkte telefonnummer til vagtlederen ved Akuttelefonen 1813, som vil kunne svare på spørgsmål om givne patientforløb, oplyser Den Præhospitale Virksomhed.

Ligesom hospitalspersonalet gav de alment praktiserende læger adskillige eksempler på, hvad de betragtede som "fejlvisitationer" og "fejlbehandling" af patienter i EVA og udtrykte bekymring for klinisk behandlingskvalitet og ressourceforbruget i EVA. Da det er uden for rammerne af denne undersøgelse at vurdere den kliniske kvalitet i EVA, har det ikke været muligt for KO-RA at kvalificere disse udsagn. Der henvises i stedet til journalgennemgang foretaget af Region Hovedstaden.

Når de alment praktiserende læger finder, at de ikke modtager fyldestgørende information og oplever, at de har begrænsede muligheder for at drøfte faglige problemstillinger direkte med visitatorer ved Akuttelefonen 1813, bidrager det til at generere tvivl om fagligheden blandt 1813-personalet. De praktiserende læger koblede således tilfælde af "fejlvisitationer" og "fejlbehandling" til den uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund blandt 1813-personalet.

Der er betydelig uoverensstemmelse i Region Hovedstadens og de praktiserende lægers opfattelse af kommunikationen mellem Akuttelefonen 1813 og almen praksis. En del af denne diskrepans kan henføres til en forskydning i tidspunktet for KORAs dataindsamling og iværksættelsen af visse regionale tiltag til forbedring af epikriseafsendelsen fra Akuttelefonen 1813. En del kan formentlig også henføres til konflikten mellem regionen og PLO Hovedstaden (COWI, 2014, s. 26). Modsatrettede interesser kan betyde, at henholdsvis negative og positive eksempler på kommunikationen tillægges relativt stor vægt i de praktiserende lægers og regionens beskrivelser af kommunikationen. Endelig kan en del af diskrepansen i opfattelsen af kommunikationen formentlig også skyldes kulturforskelle. Mens de praktiserende læger udtrykker en forventning om at kunne kommunikere direkte som *fagperson* til *fagperson*, lægger regionen vægt på, at opgaveløsningen varetages af en ansvarlig *organisation*, og at kommunikationen om opgavevaretagelsen derfor bør foregå til organisationen – ikke til enkelte fagpersoner.

4.3.3 Når *regional* visitation møder *kommunal* visitation

Generelt gav de kommunalt ansatte SOSU-assistenten og sygeplejersker udtryk for, at samarbejdet med personalet ved Akuttelefonen 1813 fungerer tilfredsstillende. Det kommunale personale fortalte, at de fortrinsvis kontakter Akuttelefonen 1813 for at få adgang til lægehjælp –

enten i form af hjemmebesøg, recepter eller tilsyn på en akutmodtagelse³⁸. Eftersom de har adgang til sygeplejefaglig sparring i det kommunale system, er det, ifølge personalet, *lægefaglige* ydelser de efterspørger i kontakten med Akuttelefonen 1813. Som i den tidligere lægevagtsordning sker kontakten via et direkte telefonnummer til en 1813-læge uden om køfunktionen ved Akuttelefonen 1813. En hjemmesygeplejerske forklarede:

"Jeg synes generelt, det fungerer, når man ringer. Man kommer igennem og står ikke i kø. Jeg synes, de er lyttende og tager sig af det [man henvender sig med]. Jeg oplever ikke noget negativt."

En SOSU-assistent fra et plejecenter kommenterede i tråd hermed:

"Generelt så går det fint, og vi har god kontakt til [personalet ved Akuttelefonen 1813]. Der har været svipsere. Men ellers når man har [en problemstilling] og har dialogen med lægen, så skriver de tingene ned, og på baggrund af det snakker man sammen fagligt om, hvad der så skal ske. Sådan var det også med vagtlægen før."

I nogle tilfælde giver kontakten til Akuttelefonen 1813 imidlertid anledning til udfordringer. Det drejer sig dels om tilfælde, hvor vanskeligheder med at få adgang til hjemmebesøg skaber usikkerhed for personalet om behandlingsansvar. Dels om, at visitationer fra den *regionale* Akuttelefon 1813 i nogle tilfælde udfordrer principper om *kommunal* visitation.

4.3.3.1 Vanskeligheder med at få adgang til hjemmebesøg

Mens det kommunale personale i Hovedstadsområdet gav udtryk for, at de ikke oplevede forandringer i forhold til den tidligere lægevagtsordning, bemærkede personale fra den nordlige del af Region Hovedstaden, at det er blevet vanskeligere at få adgang til hjemmebesøg. En hjemmesygeplejerske fortalte:

"Vi har generelt oplevet, at det kan være svært, at få lægerne ud. [...] Selvom vi kommer med observationer og vurderinger, så er det vores oplevelse, at det kan være svært at få lægerne på [Akuttelefonen] 1813 i tale og få dem ud til os til et hjemmebesøg."

Ifølge det kommunale plejepersonale kan det i nogle tilfælde betyde, at det kommunale personale kan være nødt til at anmode om indlæggelse af borgeren. I andre tilfælde klares problemstillingerne pr. telefon. Plejepersonalet fandt det positivt, at lægerne ved Akuttelefonen 1813 guidede dem i og benyttede deres observationer. De pegede dog også på, at det kan skabe behov for gentagne telefonkontakter, når der ikke kan foretages hjemmebesøg, fordi de skal følge op pr. telefon på eventuelle ændringer i borgerens tilstand. Plejepersonalet gav udtryk for, at dette var tidskrævende, og at aftenbemandingen på plejecentrene typisk er begrænset.

I tilfælde, hvor kontakten resulterer i telefonisk medicinordination uden foregående lægeligt tilsyn, kan det endvidere skabe usikkerhed for plejepersonalet om placeringen af behandlingsansvar. Denne usikkerhed blev understreget af, at de nuværende it-systemer ved Akuttelefonen 1813 og i kommunerne ikke understøtter skriftlig kommunikation mellem 1813-personalet og det kommunale plejepersonale. Det kommunale plejepersonale har fagligt ansvar for den omsorg og behandling, de yder til borgerne i hjemmet eller plejehjemmet, herunder ansvar for at hjælpe borgere med at indkøbe og/eller tage medicin. For det kommunale personale skaber telefoniske ordinationer usikkerhed, dels fordi ordinationerne er baseret alene på deres observationer, dels fordi sygeplejerskerne i tilfælde af fejlbehandlinger ikke klart kan dokumentere, om det er lægens ordination eller deres medicinadministration, der er årsagen. Generelt efter-

³⁸ Eksempelvis i forbindelse med borgere, som er faldet og har fået knoglebrud eller har behov for at blive syet; borgere, som er blevet dehydreret, borgere med infektioner såsom urinvejsinfektion, borgere med respiratoriske problemer, fx lungestase, borgere med smerteproblematikker, borgere i palliative forløb.

spurgte det kommunale personale mere fyldestgørende information om, hvilken rådgivning og/eller behandling en borger har modtaget fra 1813-personalet, herunder en vurdering af hvorvidt en borger forventes selv at kunne administrere medicinsk behandling. Ifølge det kommunale plejepersonale var dette også en problematik i den tidligere lægevagtsordning.

4.3.3.2 Visitationer fra den regionale Akuttefon 1813 kan udfordre *kommunal* visitation

Typisk foregår kontakten fra Akuttefonen 1813 til kommunen ved, at en sundhedsfaglig visitator ringer op til det vagthavende kommunale personale. I nogle tilfælde bevirker kontakten, at det kommunale personale bliver opmærksomt på borgere, som har behov for hjælp, men som de ikke selv ville have opdaget, fordi borgeren ikke er visiteret til hjemme(syge)pleje i det kommunale system. En sygeplejefaglig visitator gav et eksempel:

"Jeg blev ringet op fra Akuttefonen, som spurgte, om vi havde kendskab til en borger, og det kunne jeg se, at vi ikke havde. Der stod en bekendt, som kunne høre, at vedkommende var faldet inde i sin lejlighed. Der var ikke grund til at sende en ambulance afsted, hvis vi kunne tage hen og kigge på det – og vi havde kompetencerne [til at tage os af det]."

Mens en sygeplejerske fra et relativt nystartet kommunalt, akutteam fortalte, at de "savner opkald fra 1813", gav hjemmesygeplejerskerne generelt udtryk for, at de af 1813-personalet bliver kontaktet vedrørende flere forskellige problemstillinger end tidligere.

Det kommunale personale karakteriserede en del af kontakterne fra Akuttefonen 1813 som "pudsige" henvendelser. En hjemmesygeplejerske forklarede:

"Vi har oplevet at få nogle pudsige opgaver. Jeg har for eksempel prøvet at [blive tilkaldt til] en borger, der var udskrevet, men som var blevet dårlig med diarré. Borgeren ringer til 1813, som derefter ringer og giver mig en indkøbsseddel i forhold til, hvad der kunne være godt for borgeren at spise. Så måtte jeg bruge tid på at finde en servicemedarbejder, der kunne tage sig af det."

Når de kommunale sygeplejersker betegner opgaverne som "pudsige" er det udtryk for, at de opfatter henvendelserne som velmenende – men uden for hjemme(syge)plejens normale ansvarsområde. "Sygeplejerskerne [ved Akuttefonen] gør en masse i en god mening", forklarede en hjemmesygeplejerske og fortsatte:

"Eksempelvis den der indkøbsliste; det er en god idé, men der er ikke tid og penge. [...] Det er svært at sige nej, fordi det giver god mening, hvad de foreslår, men vores arbejdsdag er presset. Så bliver det en forhandlingssituation."

Når det kommunale personale modtager "pudsige" opgaver fra Akuttefonen 1813 skaber det vanskelige og tidskrævende forhandlingssituationer, fordi henvendelserne udfordrer det *kommunale* visitationssystem. En sygeplejefaglig visitator forklarede:

"Alle, som skal modtage ydelser, skal henvende sig på lokalområdevisitationen. Vi har nemlig også et enstrengt system. Man henvender sig her [hos den kommunale visitation]. Der sker ting, som ikke er okay. For eksempel er indkøbslister en gråzone, for hvis borgeren skal have købt ind, så er det visitationen, som skal vurdere det. Det kan 1813 ikke visitere til. Det kan være på grund af uvidenhed om vores visitationssystem, men der er en uklarhed her. Hvem har ansvaret?"

Som personalet forklarede, kræver adgang til kommunale plejetilbud en individuel behovsvurdering i form af en *kommunal* visitation. Når borgerhenvendelser til Akuttefonen 1813 medfø-

rer forespørgsler fra *regionalt* ansatte visitatorer om ydelser til en borger, så skaber det en mulighed for, at tildeling af ydelser kan ske *uden om* det kommunale visitationssystem. I de tilfælde udfordrer visitationer foretaget i EVA enstrengheden i det *kommunale* visitationssystem.

4.3.3.3 Opsummering: Konsekvenser for den kommunale plejesektor

Det kommunale plejepersonale mærker særligt overgangen fra den tidligere lægevagtsordning til EVA på to måder. Dels gav kommunalt personale uden for hovedstadsområdet udtryk for, at det var blevet vanskeligere at få tildelt hjemmebesøg. Dels fortalte de om flere opkald fra Akuttelefonen 1813 til den kommunale pleje.

For det kommunale personale kan reducerede muligheder for at rekvirere hjemmebesøg på vegne af en borger i nogle tilfælde betyde, at flere kontakter klares pr. telefon. I andre kan personalet se sig nødsaget til at indlægge en borger uden en forudgående lægelig vurdering. I tilfælde, hvor kontakten resulterer i telefonisk medicinordination uden foregående lægeligt tilsyn, kan det skabe usikkerhed for plejepersonalet om placeringen af behandlingsansvar; en usikkerhed der forstærkes af, at plejepersonalet sjældent har mulighed for at modtage skriftlig information om behandlingsbeslutninger foretaget af 1813-personalet.

Opkald fra Akuttelefonen 1813 kan bidrage til at gøre det kommunale personale opmærksom på borgere, der har behov for hjælp, men som ikke er i kontakt med den kommunale plejesektor. I nogle tilfælde skaber det dog nye udfordringer for det kommunale personale, når det regionale 1813-personales visitationer udfordrer det kommunale visitationssystem. Når borgerhenvendelser til Akuttelefonen 1813 medfører forespørgsler fra *regionalt* ansatte visitatorer om ydelser til en borger, så skaber det en mulighed for, at tildeling af ydelser kan ske *uden om* det kommunale visitationssystem.

4.3.4 Konsekvenser for andre dele af det akutte sundhedsvæsen: Opsummering

De driftsmæssige udfordringer ved Akuttelefonen 1813 får afledte konsekvenser for arbejdet i de øvrige dele af det akutte sundhedsvæsen.

Personalet på de akutte modtagesteder og alment praktiserende læger må bruge ressourcer på at håndtere, hvad de opfatter som fejlvisitationer fra Akuttelefonen 1813. Det bidrager til at skabe tvivl blandt hospitalspersonalet og de praktiserende læger om 1813-personalets faglighed; en tvivl, der forstærkes, når de oplever, at informationen fra Akuttelefonen 1813 er mangelfuld. I et forsøg på at håndtere situationen etableres der på de akutte modtageafdelinger en ny visitationsfunktion, som bevirker en konsekvent dobbelt-visitation af patienter i EVA.

Når mulighederne for at foretage hjemmebesøg er begrænset, får det betydning for det kommunale plejepersonale, som typisk må foretage tættere observation af og eventuelt indlægge patienter uden en lægelig vurdering. Manglende mulighed for skriftlig kommunikation med 1813-personalet bidrager endvidere til at skabe tvivl hos personalet om behandlingsansvar i tilfælde, hvor medicin ordineres telefonisk.

Endelig kan tvivl om grænseflader mellem Akuttelefonen 1813 og det kommunale akutsystem bevirke, at visitationer foretaget af det *regionale* 1813-personale udfordrer visitationsprincipper i det *kommunale* system.

4.4 Hvordan kan arbejdsprocesser og samarbejdsrelationer forbedres med henblik på at skabe sammenhæng og god ressourceudnyttelse i EVA?

På baggrund af de problematikker, som er illustreret i de foregående afsnit, diskuteres nu, hvad der kan gøres ledelsesmæssigt og politisk for at skabe bedre sammenhæng og ressourceudnyttelse i EVA. Først diskuteres det, hvordan ventetidsproblematikker kan adresseres, dernæst sammenhængsproblematikker. I tråd med kommissoriet for KORAs evaluering af EVA tages der udgangspunkt i den *nuværende* organisering af EVA.

4.4.1 Ventetid

Principielt kan ventetid i sundhedsvæsenet skyldes: a) Mangelfuld gatekeeping, det vil sige, at der lukkes for mange patienter ind i et sundhedssystem i forhold til dets kapacitet, b) Manglende personaleressourcer, det vil sige, at der er for få folk og/eller ikke de rette folk til at løse opgaverne, c) For lav produktivitet, det vil sige, at man ikke udnytter de ressourcer, man har, på den bedst mulige måde. I den nuværende organisering af EVA kan alle tre forhold have betydning.

4.4.1.1 Gatekeeping

Med indførelse af visiteret adgang til det akutte sundhedsvæsen har man givet sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttefonen 1813 et formelt gatekeeping-ansvar. Det betyder, at de skal foretage en indledende sortering af patienthenvendelserne, så kun de relevante patienter sendes videre i akutsystemet, og det afspejler en antagelse om, at en stor del af patienthenvendelserne kan afsluttes i den første kontakt med visitatorerne.

I praksis er det imidlertid vanskeligt for de sundhedsfaglige visitatorer at varetage gatekeeping-funktionen. Det skyldes i hvert fald to forhold. For det første er det uklart, hvilke henvendelser visitatorerne *må* afvise. For det andet er det uklart for visitatorerne, hvilke henvendelser der er *relevante* at afvise.

Når det er uklart, hvilke henvendelser visitatorerne *må* afvise, så drejer det sig om, at patienter altid har mulighed for at blive viderestillet til en læge ved Akuttefonen 1813 eller selv henvende sig på et akutmodtagested, hvis de ikke accepterer de sundhedsfaglige visitators rådgivning (jf. afsnit 4.2.1). Derfor er de sundhedsfaglige visitators muligheder for at afvise patienter i praksis begrænset.

Når det er uklart, hvilke henvendelser det er *relevant* at afvise, så afspejler det usikkerhed om Akuttefonen 1813's funktion. Akuttefonen 1813 er resultatet af en fusion af regionens tidligere sygeplejerske-bemandede rådgivningstelefon (den tidligere 1813-linje) og den tidligere lægevagts telefonvisitation. Hertil har man tilføjet en ny visitationsfunktion. Det visiterende personale er imidlertid usikkert på, hvordan de skal vægte de forskellige opgaver (jf. afsnit 4.2.1). Hvordan skal sygeplejefaglig rådgivning eksempelvis vægtes i forhold til visitation? Og skal visitatorerne varetage alle de typer opgaver, som blev varetaget i den tidligere lægevagt? Hertil kommer, at borgerne i Region Hovedstaden gennem en bred kampagne er blevet opfordret til at kontakte Akuttefonen 1813 ved behov for hjælp, men uden at begrænsninger i Akuttefonen 1813's funktion er klart formidlet.

Disse uklarheder bidrager til at skabe forhandlingssituationer mellem 1813-visitatorer og borgere om, hvilke henvendelser til Akuttefonen 1813 der er "relevante". Det gør visitationsopgaven tidskrævende.

Ifølge Den Præhospital Virksomheds administration arbejdes der løbende på at gøre budskaber om Akuttefonen 1813's funktion enkle og tydelige på hjemmesiden www.1813.dk. Herud-

over arbejdes der over sommeren 2014 med layout samt udvikling af borgerinformation om egenomsorg. Samtidig planlægges det at henvise til hjemmesiden i velkomstmeddelelsen ved Akuttelefonen 1813.

Effektiv kommunikation forudsætter imidlertid, at Akuttelefonen 1813's funktion tydeliggøres – både over for det visiterende personale og for borgerne i Region Hovedstaden. Populært sagt, kræver det en afklaring af, hvilke opgaver der er *akutte nok* til at varetages via en *akuttelefon*.

4.4.1.2 Personaleressourcer

For lidt personale?

Den Præhospitale Virksomheds ledelse og personale samt personalet på de akutte modtagesteder finder, at der mangler personaleressourcer til at varetage de nuværende opgaver i EVA (jf. afsnit 4.2.4 og 4.3.1). Ud fra Den Præhospitale Virksomheds aktuelle normering var der pr. 30.9.2014 en vis underbemanding af både sundhedsfaglige visitatorer og læger ved Akuttelefonen 1813.

Desuden kan der peges på, at den organisatoriske integration, som skulle gøre det enklere at styre det akutte sundhedsvæsen, i nogle tilfælde har efterladt den *lokale* ledelse ved Akuttelefonen 1813 med *færre* styringsmuligheder. Det kommer til udtryk som styringsmæssige vanskeligheder i forhold til at sikre vagtdækning via det *eksisterende* personale.

Den organisatoriske integration har betydet, at det sundhedsfaglige personale er blevet underlagt de samme regionale aftalevilkår. For ledelsen ved Akuttelefonen 1813 betyder det, at de hverken har mulighed for at arbejde med sanktioner eller økonomiske incitamenter i forhold til at sikre vagtdækning. Honoraret for en vagt er det samme, uanset om det er juleaften eller en almindelig mandag eftermiddag. I situationer med udækkede vagter efterlader det ledelsen uden andre styringsmuligheder end at ringe rundt til personalet for at finde nogen, som vil påtage sig ekstravagter (jf. afsnit 4.2.4). Det er en ganske ressourcekrævende praksis, som tager tid fra øvrige ledelsesopgaver ved Akuttelefonen 1813.

Ifølge Akuttelefonen 1813s ledelse er der iværksat tiltag for at styrke rekruttering og fastholdelse af læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale til Akuttelefonen 1813. I perioder er vagtdækning for læger ved Akuttelefonen 1813 også sikret via brug af et vikarbureau. Samtidig er ressourcer til vagtplanlægning styrket via ansættelse af mere administrativt personale, og der er iværksat systematisk erfaringsopsamling af opkaldsintensitet ved Akuttelefonen 1813 med henblik på løbende justering af vagtplaner.

Imidlertid er der fortsat en udviklingsopgave i forhold til at sikre lokalt ledelsesrum på Vagtcentralen, så der skabes bedre mulighed for at udnytte de eksisterende personaleressourcer. Herudover kan der overvejes mulighed for at introducere beredskabsvagter eller andre former for tilkaldevagter og arbejdes for at skabe bedre mulighed for, at personalet internt kan bytte vagter, uden at ledelsen og/eller administrationen er direkte involveret (for eksempel via en vagtbørs).

Det rigtige personale?

Den offentlige debat om personaleressourcer ved Akuttelefonen 1813 reduceres ofte til et spørgsmål om, hvorvidt sygeplejersker er lige så dygtige til at visitere som læger. Organisationsanalysen illustrerer, at det er en stærkt forsimplet fremstilling.

På baggrund af KORAs litteraturgennemgang kan vi *ikke* bekræfte, at lægefaglig eller sygeplejerskefaglig uddannelsesbaggrund i *sig selv* er afgørende for kvaliteten ved telefonvisitation (jf. afsnit 2.1). Vi *kan* pege på, at det dels er vigtigt at sikre oplæring, uddannelse og støtte i *telefonvisitation*. Dels at det er vigtigt at klargøre, hvad der ligger i *visitationsopgaven*.

I den offentlige debat om Akuttelefonen 1813 er det anfægtet, hvorvidt sygeplejerskers uddannelse og brug af visitationsretningslinjer sætter dem i stand til præcist og hurtigt at identificere klinisk relevante symptomer og udelukke differentialdiagnoser. Hovedargumentet er, at sygeplejersker – i modsætning til læger – typisk ikke er trænet i *diagnostisk* tænkning.

Imidlertid er der principielt to forskellige tilgange til visitation: én tilgang bygger på en diagnostisk logik; en anden bygger på en triagelogik. Forskellen er vigtig, fordi det refererer til to forskellige tilgange til vurdering af patienter. Mens diagnostik afdækker symptomer med henblik på at stille en tentativ *diagnose* for at finde en relevant *behandling*, er hovedformålet ved triage at vurdere *alvor* og *akuthed* for at bestemme en relevant *respons*. Ved Akuttelefonen 1813 er visitorernes primære arbejdsredskab struktureret ud fra *begge* logikker. Visse dele understøtter en triagelogik, mens andre understøtter en diagnostisk logik. For personalet kan det bidrage til usikkerhed om, hvad visitationsopgaven indebærer, og hvordan de skal dokumentere deres praksis (jf. afsnit 4.2.1).

Dette indikerer, at der er en udviklingsopgave i forhold til at afklare, hvorvidt diagnostiske eller triageprincipper skal være styrende for visitationen ved Akuttelefonen 1813 – eller hvordan de skal samtænkes. Hvis man ikke gør det klart, hvad opgaven, telefonvisitation, går ud på, er det vanskeligt at tilrettelægge hensigtsmæssige uddannelsesforløb og designe adækvate redskaber til beslutningsstøtte. Og uanset hvilke medarbejdere man har, er det vanskeligt for dem at løfte visitationsopgaven, når de er usikre på, hvad den går ud på.

Endelig peger organisationsanalysen på, at det er forsimplet at reducere spørgsmålet om kompetent visitation til et spørgsmål om sundhedsfaglige uddannelse, idet visitorerne ved Akuttelefonen 1813 i nogle tilfælde må gå på kompromis med, hvad de ser som *sundhedsfagligt* relevante henvisninger (jf. afsnit 4.2.2). Med andre ord handler god visitation også om, hvordan man tilrettelægger visitationsarbejdet på en hensigtsmæssig måde. Det er netop kernen i spørgsmålet om produktivitet.

4.4.1.3 Produktivitet

Flere organisatoriske forhold kan bidrage til, at de eksisterende ressourcer i EVA ikke udnyttes bedst muligt. Herunder fremhæver vi tre forhold.

Dobbelthåndtering af kontakter til Akuttelefonen 1813

For det første har man, pr. design, skabt problemer med dobbelthåndtering af patientkontakter til Akuttelefonen 1813, når man har sat sundhedsfaglige visitorer i front uden at give dem formel kompetence til at afslutte alle henvendelser. Det kommer tydeligt til udtryk i forbindelse med henvendelser, der vedrører recepter.

Ved Akuttelefonen 1813 modtages alle opkald først af en sundhedsfaglig visitor. I tilfælde, hvor henvendelsen vedrører en recept, må opkaldet stilles videre til en læge, fordi håndtering af recepter er defineret som en lægefaglig opgave. Det betyder konsekvent dobbelthåndtering af alle henvendelser, der involverer recepter. I forsøget på at håndtere problemerne introduceres der i nogle tilfælde endnu et led i kæden: I perioder, hvor der er lang ventetid på lægekontakt, skal henvendelser om recepter overgives manuelt fra de sundhedsfaglige visitorer til *vagtlederen*, som så fordeler opgaven blandt. I de tilfælde er der altså tale om trippelhåndtering (jf. afsnit 4.2.1). Det er en ressourcekrævende praksis.

Den Præhospitale Virksomhed har i november 2014 oplyst til KORA, at der ikke længere er tale om trippelhåndtering af recepthenvendelser til Akuttelefonen 1813.

Det indikerer, at der er en udviklingsopgave i forhold til at afstemme opgavefordeling og kompetencetildeling ved Akuttelefonen 1813. Vigtige spørgsmål at overveje i den forbindelse inkluderer:

- Skal de sundhedsfaglige visitorers kompetence udvides?
- Skal der genindføres monofaglig visitation enten ved læger eller sygeplejersker med tilpasning af visitationsmuligheder?
- Skal der arbejdes med at ændre fordelingen af opkald mellem personalegrupper? Og hvilke opdelinger mellem personalegrupper er i givet fald relevante?

Ifølge ledelsen ved Akuttefonen 1813 arbejdes der på at udvikle en form for indledende selv-visitiation ved Akuttefonen 1813. Idéen er, at patienter efter en velkomstbesked via tastetryk skal angive, hvilken type problemstilling de henvender sig med og derefter blive stillet i kø til en relevant personalegruppe. For at en sådan løsning kan blive effektiv, kræver det imidlertid nøje overvejelse af, *hvilke* kategorier der skal skelnes imellem. Her må det overvejes, hvilke opdelinger der er relevante ud fra et sundhedsfagligt synspunkt, og hvordan de harmonerer dels med den formelle kompetencetildeling, dels med patienternes sygdomskategorier. Endelig kræver det opmærksomhed om, at der for hver opdeling introduceres et behov for personale-mæssig "buffer-kapacitet", med mindre man vil acceptere *forskel* i ventetid ved forskellige former for henvendelser.

Dobbeltvisitation i EVA

For det andet har det, der skulle være en simpel registreringsfunktion på modtagstederne, i praksis udviklet sig til en ny *visitationsfunktion*. På de akutte modtagsteder modtages patienter nu af en *visiterende* sygeplejerske, som foruden at registrere patienterne også optager en ny journal og fordeler patienterne i behandlingssporene. I praksis sker der altså konsekvent *dobbeltvisitation*: først af Akuttefonen 1813, dernæst på hospitalet (jf. afsnit 4.3.1).

Det skyldes *ikke*, at hospitalspersonalet ikke kender de regionale retningslinjer, som tilsiger, at det kun er patienter henvist til vurderingssporet, der skal triageres ved ankomst. Forklaringen er, at hospitalspersonalet betvivler 1813-personalets vurderinger. Dels fordi hospitalspersonalet modtager så utydelig information fra Akuttefonen 1813, at de ofte er i tvivl om, hvad der er galt med patienten. Dels fordi de modtager, hvad de ser som "fejlvisitationer" (jf. afsnit 4.3.1).

Ifølge hospitalspersonalet dækker "fejlvisitationer" over flere situationer: Patienter visiteres med sygdom, som personalet ikke finder *akut* behandlingskrævende, patienter visiteres til hospitaler, som ikke huser det relevante speciale, patienter visiteres til hospitaler uden for det optageområde, de formelt hører under, patienter visiteres til behandlingsspor uden for sporenes åbningstid, eller patienter triageres for lavt.

Hospitalspersonalet opfatter "fejlvisitationer" som udtryk for manglende sundhedsfaglig kunnen blandt 1813-personalet. Organisationsanalysen peger imidlertid på, at *strukturelle* problemer ved Akuttefonen 1813 medvirker til at begrænse 1813-visitorernes mulighed for at foretage, hvad de ser som *sundhedsfagligt* relevante visitationer.

De strukturelle problemer inkluderer:

- a) Manglende mulighed for visitatorer for at afvise patienter, så de i nogle tilfælde sender "visiterede selvhenvendere" til modtagstederne (jf. afsnit 4.2.1)
- b) Begrænset mulighed for visitatorer for at rekvirere hjemmebesøg, så de må indlægge patienter uden en forudgående klinisk vurdering (jf. afsnit 4.2.4)
- c) Begrænset oplæring i kørselsformer for visitatorer, så de i nogle tilfælde fejl disponerer mellem mere eller mindre akutte kørselsformer (jf. afsnit 4.2.3)
- d) Periodiske problemer med tidsbestilling som betyder, at visitatorerne kun har mulighed for at henvise til vurderingsspor (jf. afsnit 4.2.3)
- e) Usikkerhed om gældende visitationsretningslinjer (jf. afsnit 4.2.3)

- f) Uklarhed om principper for afvejning af ventetid i forhold til åbningstid på akutte modtagesteder (jf. afsnit 4.2.2)
- g) Manglende støtte for visitatorer i forhold til at orientere sig i forhold til administrative grænsedragninger såsom optageområder og specialefordelinger (jf. afsnit 4.2.2)
- h) Administrative krav om natlig indlæggelse af børn, som betyder, at visitatorerne efter kl. 23 skal indlægge børn, selvom de ikke finder det sundhedsfagligt relevant (jf. afsnit 4.2.2)

Samlet bidrager disse forhold ikke blot til at skabe tidskrævende arbejdsprocesser på Vagtcentralen. Det skaber også afledte pres på de akutte modtagesteder, som håndteres ved at etablere nye visitationsfunktioner.

Det understreger, at der er udviklingsopgaver i forhold til at: Sikre fortsat udvikling af it-systemernes funktionalitet på Vagtcentralen i Ballerup, styrke den interne kommunikation og oplæring af personalet ved Akuttelefonen 1813, genoverveje, hvordan hjemmebesøg skal indgå i EVA og genoverveje rationalet bag kravet om natlige indlæggelser af børn.

Region Hovedstadens administration har til KORA oplyst, at hospitalerne i slutningen af maj 2014 er givet mulighed for at registrere henvisninger af børn efter kl. 23 som akut ambulante patienter i stedet for som en kort indlæggelse.

Varyerende mulighed for fleksibel personaleudnyttelse på akutte modtagesteder

For det tredje er der stor forskel på, hvorvidt muligheden for fleksibel personaleudnyttelse på de akutte modtagesteder er udnyttet i praksis. En del af idéen i EVA var, at den organisatoriske og fysiske integration af akutkonsultationer på modtagestederne skulle understøtte en mere fleksibel udnyttelse af personaleressourcerne. I praksis er der stor forskel på, hvorvidt den fysiske organisering af modtagestederne understøtter dette (jf. afsnit 4.1.1).

På nogle modtagesteder er behandlingssporene fysisk integreret. Ifølge personalet bidrager det til at skabe mulighed for samarbejde på tværs af behandlingssporene. Andre steder er sporene imidlertid opdelt. Det betyder, at der de facto fortsat er en opsplnitning i funktioner. På flere modtagesteder er sporopdelingerne således fortolket i tråd med eksisterende funktionelle skel. "Skadestue"-personale ser patienter i skadesporet, "lægevagts"-personale ser patienter i sygdomssporet, og "AMA"-personale (Akut Medicinsk Modtageafdeling) ser patienter i vurderingsporet.

Ligeledes de steder, hvor børnemodtagelsen (børnesporet) er fysisk integreret med en børneafdeling, skabes der mulighed for fleksibel udnyttelse af personaleressourcer, mens det ikke er tilfældet, når der er fysisk afstand.

Det peger på, at der er en udviklingsopgave i forhold til at sikre sammenhæng mellem organisatorisk og fysisk integration af funktioner på de akutte modtagesteder.

4.4.2 Kommunikation og sammenhængende patientforløb

Et sammenhængende akutsystem er afhængigt af velfungerende kommunikationsveje. I EVA kommer kommunikationsproblemer blandt andet til udtryk ved, at hospitalspersonale og praktiserende læger enten ikke modtager information om henviste patienter eller modtager så "utydelig" information, at de ikke kan afgøre, hvad der er galt med patienterne (jf. afsnit 4.3.1 og afsnit 4.3.2).

Det er en væsentlig kilde til frustration blandt hospitalspersonalet og de praktiserende læger, og mangelfuld information bidrager også til at generere tvivl hos hospitalspersonalet og de alment praktiserende læger om 1813-personalets sundhedsfaglige kunnen.

Organisationsanalysen peger på, at kommunikationsproblemerne kan skyldes flere forhold. For det første er visitationsmodulet i LogisCad løbende blevet udbygget med flere funktioner, hvilket blandt andet har resulteret i, at der nu er flere forskellige skrivefelter. Det skaber ikke blot problemer med dobbeltregistrering, det kan også bidrage til at skabe tvivl hos personalet om, hvad de skal skrive hvor. For det andet er visitatorerne usikre på, hvordan information fra de forskellige skrivefelter videresendes til forskellige modtagere (jf. afsnit 4.2.3). For det tredje er det pt. ikke journalnotatet, men de autogenererede koder fra personalets klik i visitationsguiden, som vises først, når information sendes fra LogisCad til andre it-systemer. Det vil sige, at den tekst, som det sundhedsfaglige personale skal orientere sig efter, er det sidste, de ser.

Den Præhospitale Virksomhed har, siden KORAs dataindsamling er blevet afsluttet, iværksat flere tiltag for løse de beskrevne problemer. Blandt andet er der udarbejdet instruks af 30. juli 2014 om journalføring og journaludskrift fra Akuttefonen 1813 til relevante behandlere, via en systemændring i august 2014 er rækkefølgen i visningen af information fra LogisCad blevet ændret, og der er fokuseret på journalføring i ledelsessamtaler med 1813-personalet.

Endelig peger organisationsanalysen også på et behov for at skabe en højere grad af gennemsigtighed om aktuelle udfordringer i det enstrengede og visiterede akutsystem. For når personalet ikke har gensidig indsigt i hinandens arbejdsvilkår, skaber det mistillid og gensidige beskyldninger fremfor en oplevelse af at være del af et integreret akutsystem.

Bilag 1 Litteratur

Andrews, J.K., Armstrong, K.L., & Fraser, J.A. (2002). Professional telephone advice to parents with sick children: Time for quality control! *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38(1): 23-26.

Blank, L., Coster, J., O'Cathain, A., Knowles, E., Tosh, J., Turner, J., et al. (2012). The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2610-2621.

Brøcker, A., & Bro, L. L. (2013). *Ledelse af akutte patientforløb. Et projekt under Videnscenter for Velfærdsledelse*. København: Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA).

Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2004). Telephone consultation and triage: Effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*, 4: CD 004/80

Center for Sundhed, Region Hovedstaden. (2014). *Notat: Aktivitet og ventetid i enstrenget og visiteret akutsystem i januar til marts 2014. Bilag til forretningsudvalgsmøde i Region Hovedstaden d. 6.5.2014*. Hillerød: Region Hovedstaden.

Christensen, E. F., Christensen, M., Pedersen, O. B., & Søgaard, J. (2002). *Rapport om lægelig præhospital behandling ved lægeambulance og lægehelikopter: Litteraturbaseret undersøgelse af sundhedsmæssige og sundhedsøkonomiske effekter samt kvalitetssikring*. København: Institut for Sundhedsvæsen (DSI) og Fyns Amt.

COWI (2014). *Evaluering af Enstrenget og Visiteret Akutsystem frem til 1. april 2014. Endelig rapport*. COWI og Region Hovedstaden, Oktober 2014. <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/7E4C942F-4230-48DB-A6AD-889BBB034359/0/EvalueringafEVAfremtil1april2014.pdf>.

Dale, J., Williams, S., Foster, T., Higgins, J., Snooks, H., Crouch, R., et al. (2004). Safety of telephone consultation for "non-serious" emergency ambulance service patients. *Qual Saf Health Care*, 13, 363-373.

Danske Regioner. (2009). *Fremtidens sammenhængende akutsystem*. København: Danske Regioner.

Davis, G. F., & Marquis, C. (2005). Prospects for organization theory in the early twenty-first century: institutional fields and mechanisms. *Organization Science*, 16(4), 332-342.

Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden. (2013). *Lokalaftale for læger ansat ved den præhospitale virksomhed i Region Hovedstaden til varetagelse af opgaver i relation til det enstrengede, visiterede akutsystem (telefonkonsultation-visitiation og hjemmebesøg) af 13. november 2013 indgået mellem den præhospitale virksomhed, Foreningen af Speciallæger og Foreningen af Yngre Læger*. Hillerød: Region Hovedstaden.

Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden. (2014). *Notat: Personalnormering på 1813, d. 27. 7. 2014*. København: Region Hovedstaden.

Dilling, S. (2014). Lægeformand: Vi mangler stadig vigtige oplysninger om vores patienter fra 1813. *Politikens Netavis*, 17. 1. 2014

- Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden. (2014). *Patienters oplevelse af Region Hovedstadens akuthjælp - en del af en samlet evaluering af Region Hovedstadens akuthjælp*. København: Region Hovedstaden.
- Flarup, L., Moth, G., Christensen, M. B., Vedsted, P., & Olesen, F. (2010). *Den danske lægevagt i internationalt perspektiv - en sammenlignende undersøgelse af lægevagter i Danmark, England, Holland, Norge og Sverige*. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis.
- Flores-Mateo, G., Violan-Fors, C., Carrillo-Santistevé, P., Peiró, S., & Argimon, J. (2012). Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: A systematic review. *PLoS ONE*, 7(5), e35903.
- Fry, M. M. (2009). Barriers and facilitators for successful after hours care model implementation: Reducing ED utilisation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 137-144.
- Fry, M., M. (2011). A systematic review of the impact of afterhours care models on emergency departments, ambulance and general practice services. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(4), 217-225.
- Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the united kingdom, denmark, and the netherlands: New models. *Health Affairs*, 25(6), 1733-1737.
- Holm-Petersen, C. (2010). *Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på fælles akut modtagelser*. København: Dansk Sundhedsinstitut (DSI).
- Holst, N. (2014). Stadig lange ventetider på akuttelefonen. *Politikens Netavis*, 15. 1. 2014
- Huibers, L., Smits, M., Renaud, V., Giesen, P., & Wensing, M. (2011). Safety of telephone triage in out-of-hours care: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 198-209.
- Kilsmark, J., Jacobsen, R. B. V., Haugaard, K., Larsen, M. I., Larsen, C. F., Kjellberg, K. K., et al. (2006). *Præhospitalet indsats i Frederiksborg Amt. MTV-syntese*. København: Institut for Sundhedsvæsen (DSI).
- Kjellberg, P. K., & Kjellberg, J. (2012). *Præhospitalet indsats - hvem redder dig? pris og effekt af forskellige komponenter i det præhospitale beredskab*. København: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA).
- Koncern Praksis, R. H. (2013). *Årsberetning for lægevagten 2012*. Hillerød: Region Hovedstaden.
- Kürstein, P., Borre, R. V., Meldgaard, M. B., & Kilsmark, J. (2001). *Præhospitalet samarbejde. Disponeringen af ambulancer og akutbiler i Frederiksborg Amt*. København: Institut for Sundhedsvæsen (DSI).
- Kvale, S. (2005 [1997]). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lægevagten i Region Hovedstaden. (2012). *Vagtinstruks for lægevagten i Region Hovedstaden (Den 31. 6. 2012)*. [U. st.]: Lægevagten i Region Hovedstaden.

- Lattimer, V., George, S., Thompson, F., Thomas, E., Mullee, M., Turnbull, J., et al. (1998). Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: Randomised controlled trial. the south wiltshire out of hours project (SWOOP). *BMJ*, 317, 1054-1059.
- Meer, A., Gwerder, T., Duembgen, L., Zumbrennen, N., & Zimmermann, H. (2012). Is computer-assisted telephone triage safe? A prospective surveillance study in walk-in patients with non-life-threatening medical conditions. *Emergency Medicine Journal*, 29(2), 124-128.
- Mohammed, M. A., Clements, G., Edwards, E., & Lester, H. (2012). Factors which influence the length of an out-of-hours telephone consultation in primary care: A retrospective database study. *BMC Health Services Research*, 12, 430-6963-12-430.
- Moth, G., Huibers, L., & Vedsted, P. (2013). From doctor to nurse triage in the danish out-of-hours primary care service: Simulated effects on costs. *International Journal of Family Medicine*, 2013, Article ID 987834 .
- Murdoch, J., Barnes, R., Pooler, J., Lattimer, V., Fletcher, E., & Campbell, J. L. (2014). Question design in nurse-led and GP-led telephone triage for same-day appointment requests: A comparative investigation. *BMJ Open*, 4 (3):e004515.
- Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K. E., Ehrenberg, A., et al. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 43-52.
- Pedersen, P. (2013). Debatindlæg: Kære patienter i Region Hovedstaden. *Ugeskrift for Læger*, 75(42), 2509-2510.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of The Nutritional Society*, 63, 655-660.
- Regeringen & Danske Regioner. (2012). *Aftale om regionernes økonomi for 2013 af 9. juni 2012*. København: Regeringen & Danske Regioner.
- Region Hovedstaden. (2013a). *Aftale for læger ansat ved den præhospitalt virksomhed i Region Hovedstaden af 13. november 2013 indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger og Foreningen af Yngre Læger*. Hillerød: Region Hovedstaden.
- Region Hovedstaden. (2013b). *Enstrenget og visiteret akutsystem - retningslinjer og principper*. Hillerød: Region Hovedstaden.
- Region Hovedstaden. (2013c). *MED-aftale i Region Hovedstaden pr. 1. april 2013* Region Hovedstaden. Hentet fra: http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/3BD12406-7623-48A1-891D-42467AB2BA4C/0/MEDaftale_2013.pdf
- Region Hovedstaden. (2013d). *Mødesag. Regionsrådsmøde d. 12.3.2013*. Region Hovedstaden.
- Region Hovedstaden (2013). *Faktanotat om Lægevagtsordningen*. Notat af 10. april 2014, Region Hovedstaden.
- Region Hovedstaden. (2014). *Mødesag. Regionsrådsmøde d. 4. februar 2014*. Region Hovedstaden.
- Region Hovedstaden (2014). *Akutberedskabets status for forhold og bemærkninger til udkast om afslutning af tilsynssag om Akuttelefonen 1813*. Notat af 5. 11. 2014. Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden (2014). *Epikriseafsendelse fra Akuttelefonen 1813*. Notat af 25. august 2014. Region Hovedstaden.

Sundhedsstyrelsen. (2006). *Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler af d. 30. juni 2006*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2007). *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2014a). *Epikrise notat - Region Hovedstadens akutfunktion 1813*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2014b). *Rapport vedr. Sundhedsstyrelsens tilsyn med 1813 og tilsynsbesøg d. 12. marts 2014 på 1813*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thomas, L., MacMillan, J., McColl, E., Hale, C., & Bond, S. (1995). Comparison of focus group and individual interview methodology in examining patient satisfaction with nursing care. *Social Sciences in Health, 1*, 206-219.

Thompson, F., George, S., Lattimer, V., Smith, H., Moore, M., Turnbull, J., et al. (1999). Overnight calls in primary care: Randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation. *BMJ, 319*, 1408-1409.

Tjørnhøj-Thomsen, T. (2010). Samværet - tilblivelse i tid og rum. In K. Hastrup (Ed.), *Ind i verden - en grundbog i antropologisk metode*. (pp. 93-117). København: Hans Reitzels Forlag.

Winthereik, B. R., de Bont, A., & Berg, M. (2002). Accessing the world of doctors and their computers. *Scandinavian Journal of Information Systems, 14*(2), 47-58.

Würgler, M. W., & Navne, L. E. (2010). *Når sygeplejersker visiterer i lægevagten*. København: Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

Zhan, C. (2014). Åbent brev til Regionsrådsformand Sofie Hæstrup Andersen: For mange børn kommer på hospitalet. *Berlingske Tidendes Netavis, 21. 1. 2014*

Bilag 2 Litteratursøgning

Database	Søgning 1 (2009 – juni 2014. Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk)	Antal fund
PubMed	#1 Nurses [Mesh] OR Nurse Practitioners [Mesh] OR Nurse's Role [Mesh]	(17.352)
	#2 #1 AND (Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh])	8
	#3 After-Hours Care [Mesh] AND (Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh])	10
	#4 #1 AND (Family Practice [Mesh] AND After-Hours Care [Mesh])	2
	#5 "Nurse triage" [All fields]	22
	#6 "Nurse telephone triage" [All fields]	6
Embase	#7 Nurse [Mesh] OR Nurse Practitioner [Mesh] OR Nursing Role [Mesh]	(41.748)
	#8 #7 AND (Telephone [Mesh] AND Triage [All fields])	59
	#9 #7 AND (Telephone [Mesh] AND "Out of hours" [All fields])	13
	#10 #7 AND (Telephone [Mesh] AND "After hours" [All fields])	6
	#11 #7 AND (General Practice [Mesh] AND Triage [All fields])	1
	#12 "Nurse triage" [All fields] OR "Nurse telephone triage" [All fields]	49
Cinahl	#13 Nurses [Mesh] OR Nurse Practitioners [Mesh] OR Nursing Role [Mesh]	(26.472)
	#14 #13 AND (Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh])	5
	#15 (Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh]) AND "Out of hours" [All fields]	12
	#16 Family practice [Mesh] AND Triage [Mesh]	18
	#17 Telephone [Mesh] AND "Nurse triage" [All fields]	41
PsycInfo	#18 Nurses [Mesh] OR Nurse practitioners [Keyword]	(8.019)
	#19 #18 AND (Telephone Systems [Mesh] AND Triage [All fields])	8
	#20 #18 AND Telephone triage [Keyword]	5
	#21 Family medicine [Mesh] AND Triage [All fields]	1
Cochrane	#22 Nursing [Mesh] AND Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh]	1
SveMed	#23 (Nurses [Mesh] OR Nurse practitioners [Mesh]) AND Triage [Mesh]	3
	#24 Family Practice [Mesh] AND Triage [Mesh]	0
	#25 (Nurses [Mesh] OR Nurse practitioners [Mesh]) AND After hours care [Mesh]	3
Google Sch.	#26 "Telephone nurse triage" (De første sider med titler printet til gennemsyn, sorteret efter "relevans")	78
Database	Søgning 2 (2009 – juni 2014. Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk)	Antal fund
PubMed	#1 After-Hours Care [Mesh] AND (Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh])	10
	#2 Physicians [Mesh] AND (Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh])	4
	#3 Physicians [Mesh] AND Triage [Mesh]	49
	#4 Physicians [Mesh] AND "Telephone triage" [All fields]	6
	#5 After-Hours Care [Mesh] AND "Evaluation Studies" [Publication Type]	15
Embase	#6 (Physician OR General practitioner [Mesh]) AND Telephone [Mesh] AND Triage [All fields]	73
	#7 (Physician OR General practitioner [Mesh]) AND Telephone triage [All fields]	40
	#8 (Physician OR General practitioner [Mesh]) AND Triage [Mesh] AND Evaluation studies [Mesh]	1
Cinahl	#9 Physicians [Mesh] AND (Telephone [Mesh] AND Triage [Mesh])	4
	#10 Physicians [Mesh] AND (Triage [Mesh] AND Family practice [Mesh])	1
	#11 Physicians [In Title] AND Triage [All fields]	20
PsycInfo	#12 Physicians [Mesh] AND (Telephone systems [Mesh] AND Triage [All fields])	2
	#13 (Family medicine OR Primary health care [Mesh]) AND Telephone triage [All fields]	13
Cochrane	#14 Telephone triage [Searched as keyword]	25
	#14 (Physicians [Mesh] AND Telephone systems [Mesh]) AND Triage [All fields]	1

Database	Søgning 2 (2009 – juni 2014. Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk)	Antal fund
	#15 (Physicians [Mesh] AND Telephone Triage [All fields])	2
SveMed	#16 Physicians [Mesh] AND Triage [Mesh]	6
	#17 Physicians [Mesh] AND After Hours Care [Mesh]	16
Google Sch.	#18 Physicians AND ("After hours" AND "Telephone triage") (De første sider med titler printet til gennemsyn, sorteret efter "relevans")	ca. 1250
	#19 Triage AND Nurses AND Doctors AND Comparison (De første 5 sider med titler gennemset, 5 artikler valgt)	

Bilag 3 Informantkarakteristika, fokusgruppeinterview

Bilagstabel 1 Informantkarakteristika i fokusgruppe 1

ID	Jobfunktion	Ansættelse i nuværende funktion
1	Sundhedsfaglig visitator Akuttelefonen 1813	Siden august 2013
2	Sundhedsfaglig visitator Akuttelefonen 1813	Siden december 2013
3	Sundhedsfaglig visitator Akuttelefonen 1813	Siden oktober 2013
4	Sundhedsfaglig visitator Akuttelefonen 1813	Ukendt periode
5	Dispatcher (sygetransport og hjemmebesøg)	Siden november 2009

Bilagstabel 2 Informantkarakteristika i fokusgruppe 2

ID	Jobfunktion	Ansættelse i nuværende funktion
1	Sundhedsfaglig visitator 112 AMK-Vagtcentralen og Akuttelefonen 1813	Siden januar 2011
2	Dispatcher (ambulance og akutlægebil)	Siden foråret 2012
3	Paramediciner samt visitator 112 AMK-Vagtcentralen	Siden foråret 2012

Bilagstabel 3 Informantkarakteristika i fokusgruppe 3

ID	Jobfunktion	Ansæt i nuværende funktion
1	Visiterende læge 1813	Siden januar 2014
2	Visiterende og kørende 1813-læge og varetager akutkonsultationer på akutmodtagelser/-klinikker	Primo 2014
3	Visiterende læge 1813	Primo 2014
4	AMK-læge og akutlæge	Primo 2013

Bilagstabel 4 Informantkarakteristika i fokusgruppe 4

Ledelsesfunktion	Ansæt i nuværende funktion
Enhedschef Akuttelefonen 1813	Siden oktober 2013
Enhedschef, AMK-Vagtcentralen	Siden 2007
Enhedschef, AMK-Vagtcentralen	Siden januar 2013
Sygeplejefaglig sektionsleder Akuttelefonen 1813	Siden november 2013
Sygeplejefaglig sektionsleder Akuttelefonen 1813	Siden september 2013
Konstitueret lægelig sektionsleder Akuttelefonen 1813	Siden marts 2014
Sektionsleder, 112 AMK-Vagtcentralen	Siden oktober 2013
Sektionsleder, 112 AMK-Vagtcentralen	Siden maj 2010

Bilagstabel 5 Informantkarakteristika i fokusgruppe 5

ID	Jobfunktion	Sundhedsfaglig anciennitet	Ansvarsområder
1	Sygeplejerske, børneafdeling, Hospital A	14 år	Børnesporet
2	Sygeplejerske, akutmodtagelse, Hospital B	14 år	Sygdoms- og vurderingsspor
3	Sygeplejerske, akutmodtagelse, Hospital C	1,5 år	Koordinerende sygeplejerske
4	Læge, akutmodtagelse, Hospital C	10 år	Vurderingsspor
5	Læge, akutmodtagelse, Hospital D	10 år	Sygdoms- og vurderingsspor
6	Læge, intern medicin, Hospital A	3 år	Skadesporet
7	Læge, børneafdeling, Hospital B	13 år	Børnesporet
8	Læge, akutmodtagelse, Hospital B	6,5 år	Vurderingsspor

* TR=Tillidsrepræsentant

Bilagstabel 6 Informantkarakteristika i fokusgruppe 6

ID	Jobfunktion	Sundhedsfaglig anciennitet	Erfaring med
1	Sygeplejerske, Akutklinik, Hospital E	30 år	Sygdoms- og skadespor
2	Sygeplejerske, Akutklinik, Hospital F	25 år	Sygdoms-, skade- og vurderingsspor
3	Sygeplejerske, Akutklinik, Hospital G	30 år	Sygdoms-, skade- og vurderingsspor
4	Læge, Medicinsk afd., Hospital H	4 år	Sygdoms- og vurderingsspor
5	Læge, Medicinsk afd., Hospital E	3 år	Vurderingsspor
6	Læge, Medicinsk afd., Hospital F	2 år	Vurderingsspor

* TR=Tillidsrepræsentant

Bilagstabel 7 Informantkarakteristika i fokusgruppe 7

ID	Jobfunktion	Ansættelse i nuværende funktion	Sundhedsfaglig anciennitet
1	Sygeplejerske, Akutteam, Kommune A	1 år	25 år
2	Sygeplejerske, Visitator, Kommune A	1,5 år	15 år
3	SOSU, plejecentermedarbejder, Kommune A	6 mdr.	1,5 år
4	SOSU, plejecentermedarbejder, Kommune A	8 år	14 år
5	Sygeplejerske, Akutteam, Kommune B	3 mdr.	23 år
6	SOSU, Plejecentermedarbejder, Kommune B	2 år	25 år
7	Sygeplejerske, visitator, Kommune B	10 år	35 år
8	Hjemmesygeplejerske, Kommune C	13 år	24 år
9	Sygeplejerske, koordinator for hjemmesygeplejen, Kommune C	9 mdr.	18 år
10	Sygeplejerske, Udskrivningskoordinator, Kommune C	4 år	20 år

Bilagstabel 8 Informantkarakteristika i fokusgruppe 8

ID	Jobfunktion	Praksis- erfaring	Tidligere læ- gevagtserfa- ring	Evt. aktuel ansættelse i EVA	Evt. tillidshverv
1	Alment praktiserende læge Kompagniskab	11 år	Ingen	Ingen	-
2	Alment praktiserende læge Kompagniskab	22 år	28 år	Ingen	Kontaktperson for KAP-H til 1813
3	Alment praktiserende læge Kompagniskab	16 år	16 år	Ingen	-
4	Alment praktiserende læge Solopraksis	19 år	19 år	Ingen	-
5	Alment praktiserende læge Kompagniskab	30 år	37 år	Ingen	PLO-ansvarlig for udarbejdelse og gennemførelse af læge- vagtsreformen i 1992
6	Alment praktiserende læge Kompagniskab	12 år	12 år	Ingen	-
7	Alment praktiserende læge Kompagniskab	16 år	20 år	Ingen	-

Bilag 4 Interviewguides

Interviewguide til fokusgrupper med læger og sundhedsfagligt personale på Akuttelefonen 1813 indeholdt følgende temaer:

1. Akuttelefonens funktion

Tænk på jeres seneste vagt. Hvilke opgaver løste I? Vær konkrete!

Efter jeres opfattelse, hvilken funktion er Akuttelefonen sat i verden for at varetage? Og hvordan vurderer I, at det harmonerer det med jeres nuværende opgaveløsning?

Efter jeres vurdering, hvad er de væsentligste ændringer fra det tidligere lægevagtssystem?

2. Telefonvisitation i praksis

Tænk på en situation, hvor I skulle vurdere om en patient skulle have et hjemmebesøg. Fortæl helt konkret og i detaljer, hvad I *gør*, og hvad I *overvejer* i den proces

Hvad kan I gøre, hvis I bliver i tvivl?

Betydning af spidsbelastning...

I jeres daglige arbejde, hvilke situationer oplever I som mest udfordrende? Særligt tidskrævende?

Efter jeres vurdering, hvad er vigtigt, for at I kan lave godt visitationsarbejde?

Hvornår kan visitationsguiden/-retningslinjerne tilbyde støtte for jer? Hvornår ikke?

Hvilke muligheder har I for at få feedback på jeres arbejde i forhold til at sikre løbende læring?

3. Interne samarbejdsrelationer på AMK-Vagtcentralen

Pr. 1.1.2014 blev 112 og 1813 integreret i AMK-Vagtcentralen. Hvordan oplever I samarbejdet i praksis?

Hvilket samarbejde?

Hvornår fungerer det godt?

Mindre godt?

Betydning af fysisk samordning

Betydning af fælles it-plattform

4. Eksterne samarbejdsrelationer

Med krav om visiteret adgang via Akuttelefonen følger også relationer til andre dele af det akutte sundhedsvæsen. Jeg er interesseret i, hvordan I oplever samarbejdsrelationer til de øvrige dele af det akutte sundhedsvæsen.

Hvordan foregår samarbejdet mellem Akuttelefonen 1813 og akutte modtagesteder?

Hvilket samarbejde?

Hvornår fungerer det godt?

Mindre godt?

Forskelle fra det tidligere lægevagtssystem?

Hvordan foregår samarbejdet mellem Akuttelefonen 1813 og kommunalt personale?

Hvilket samarbejde?

Hvornår fungerer det godt?

Mindre godt?

Forskelle fra det tidligere lægevagtssystem?

Hvordan foregår samarbejdet mellem Akuttelefonen 1813 og almen praksis?

Hvilket samarbejde?

4. Eksterne samarbejdsrelationer

Hvornår fungerer det godt?
Mindre godt?
Forskelle fra det tidligere lægevagtssystem?

5. Udviklingsmuligheder

Hvor er det, efter jeres vurdering, vigtigt at sætte ind for at sikre, at Akuttelefonen i AMK-Vagtcentralen fungerer godt?

Interviewguide til fokusgrupper med sundhedsfagligt personale på AMK-Vagtcentralens 112-funktion indeholdt følgende temaer:

1. Integration af 112 og 1813 – implikationer for dagligt arbejde på 112-funktionen

Pr. 1.1.2014 blev 112 og 1813 integreret i AMK-Vagtcentralen. Hvad har det betydet for jeres daglige arbejde på 112-funktionen?

Hvilke udfordringer giver det, og hvordan håndteres de?
Hvornår fungerer det godt?
Betydning af spidsbelastning
Forskelle i forhold til det tidligere lægevagtssystem

2. Interne samarbejdsrelationer på AMK-Vagtcentralen

Hvordan oplever I samarbejdet med personalet på Akuttelefonen 1813?

Hvilket samarbejde?
Hvornår fungerer det godt?
Mindre godt?
Betydning af fysisk samordning
Betydning af fælles it-plattform

3. Udviklingsmuligheder

Hvor er det, efter jeres vurdering, vigtigt at sætte ind for at sikre at Akuttelefonen i AMK-Vagtcentralen fungerer godt?

Interviewguide til fokusgrupper med ledelsen på AMK-Vagtcentralen indeholdt følgende temaer:

1. Akuttelefonens organisering og funktion i det samlede akutberedskab i Region H

Efter jeres opfattelse, hvilken funktion er Akuttelefonen sat i verden for at varetage?

Hvordan adskiller arbejdsorganiseringen på Akuttelefonen sig fra det tidligere lægevagtssystem?

Pr. 1.1.2014 blev 112 og 1813 integreret i AMK-Vagtcentralen. Hvilke former for integration er der tale om?

2. Udfordringer og håndtering

Efter jeres vurdering, hvad er de væsentligste udfordringer i forhold til driften af Akuttelefonen?

3. Eksternt samarbejde

Hvilke former for formaliseret samarbejde er der etableret mellem AMK-Vagtcentralen og henholdsvis akutte modtagesteder, almen praksis, kommunale plejetilbud?

Hvilke samarbejdsrelationer?

Udviklingsmuligheder

4. Udviklingstiltag

Hvilke udviklingstiltag har I igangsat for at imødegå udfordringerne med Akuttelefonens drift? Og hvad har I på tegnebrættet?

Interviewguide til fokusgrupper med personale på akutte modtagesteder, kommunale plejetilbud samt alment praktiserende læger indeholdt følgende temaer:

1. Implikationer af EVA for dagligt arbejde på henholdsvis akutte modtagesteder, i den kommunale hjemme(syge)pleje og almen praksis

Pr. 1.1.2014 overgik den telefoniske rådgivning i lægevagten til Akuttelefonen 1813 og lægevagtskonsultationerne til akutmodtagelser og -klinikker på hospitalerne. Hvad betyder det for jeres daglige arbejde?

Hvornår fungerer samarbejdet med Akuttelefonen godt? (Giv eksempler)

Hvad var medvirkende til, at det fungerede godt?

Adskiller de forhold, I beskriver som velfungerende, sig fra jeres erfaringer med lægevagten? På hvilken måde?

Hvilke udfordringer oplever I i forhold til samarbejdet med Akuttelefonen? (Giv eksempler)

Hvordan håndterer I det?

Døgnvariation?

Adskiller de udfordringer, I beskriver, sig fra jeres erfaring med lægevagten? På hvilken måde?

2. Informationsudveksling

Når en borger har været i kontakt med Akuttelefonen, hvordan får I information om forløbet?

Hvilken information?

Hvornår?

Fra hvem?

Hvilken information er vigtig for jer at få om en borgers forløb, for at I kan udføre jeres arbejde godt?

Hvornår er det vigtigt for jer at modtage den?

Hvilke muligheder har I for at følge op, hvis I bliver i tvivl om noget i forhold til en patients kontakt til Akuttelefonen?

Hvordan adskiller jeres erfaringer med informationsudveksling med Akuttelefonen sig fra jeres erfaringer med lægevagten?

Savner I information om Akuttelefonen? Noget I gerne ville vide?

3. Udviklingsmuligheder

På baggrund af det I har fortalt og jeres øvrige erfaringer, hvor er det, efter jeres vurdering, vigtigt at sætte ind for at sikre et godt samspil mellem Akuttelefonen og akutte modtagesteder/kommunale plejetilbud/almen praksis?

Interviewguiden til fokusgruppen med de alment praktiserende læger inkluderer desuden spørgsmål om:

Organisatoriske forandringer fra det tidligere lægevagtssystem

Pr. 1.1.2014 overgik den telefoniske rådgivning i lægevagten til Akuttefonen 1813 og lægevagtskonsultationerne til akutmodtagelser og -klinikker på hospitalerne. Eftersom I har erfaring fra det tidligere lægevagtssystem, vil jeg høre om I vil hjælpe mig med at kvalificere, hvordan det nye system adskiller sig fra det tidligere lægevagtssystem, så jeg ikke overser noget.

Bilag 5 Kampagne om Akuttelefonen 1813

Der er ikke foretaget en dybdegående analyse af borgeroplysningen angående Akuttelefonen 1813. Nedenstående er eksempler på borgerrettet kommunikation, som er fremkommet gennem en simpel google-søgning på 'Akuttelefonen 1813' den 24.7.2014.

Illustration 1 Eksempel på borgerrettet information om Akuttelefonen 1813

Region Hovedstaden

FOR HURTIG BEHANDLING

RING
1813

BEDRE AKUTHJÆLP FRA 1. JANUAR

Fremover skal du ringe 1813, når din egen læge har lukket, eller du vil på en akutmodtagelse. 1813 sørger for den rette hjælp hurtigst muligt.

REGION H

www.1813.dk

RING ALTID 112 VED LIVSTRUENDE SYGDOM ELLER SKADE

Illustration 2 Eksempel på borgerrettet information om Akuttelefonen 1813

Region Hovedstaden

NÅR SKADEN ER SKET
RING
1813

BEDRE AKUTHJÆLP FRA 1. JANUAR

Fremover skal du ringe 1813, når din egen læge har lukket, eller du vil på en akutmodtagelse. 1813 sørger for den rette hjælp hurtigst muligt.

REGION

www.1813.dk

RING ALTID **112** VED LIVSTRUENDE SYGDOM ELLER SKADE

Illustration 3 Eksempel på borgerrettet information om Akuttefonen 1813



Illustration 4 Eksempel på borgerrettet information om Akuttefonen 1813





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

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00