

**Samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmene i
Frederiksberg Kommune**
En kvalitativ evaluering af en samarbejdsmodel

Thorkil Thorsen

November 2016



Indhold

| | |
|--|----|
| Indhold | 2 |
| Baggrund | 3 |
| Metode og materiale | 4 |
| Resultater | 5 |
| Indflytning på plejecenter | 6 |
| Kommunikation..... | 9 |
| Planlagte besøg | 13 |
| Akutte ændringer i beboerens tilstand..... | 18 |
| Terminal fase..... | 21 |
| FMK | 24 |
| Overordnede betragtninger fra fokusgrupperne..... | 24 |
| Variationerne | 25 |
| Promovering / implementering af samarbejdsmodellen | 27 |
| Sammenfatning og diskussion | 27 |
| Evalueringsstudiet..... | 27 |
| Resultaterne..... | 28 |
| Rekommandationer | 31 |

Baggrund

”Beboere i plejebolig er blandt de mest skrøbelige borgere i vores samfund. De lider af mange samtidige sygdomme (multimorbiditet) og får mange forskellige typer medicin (polyfarmaci). Herved er der mulighed for at beboerne får medicinbivirkninger eller interaktioner, der påvirker deres helbred og øger risiko for fald i funktionsniveau. Almen praksis er en vigtig medicinsk tovholder for disse borgere, men samarbejdet mellem almen praksis og plejecentrene fungerer ikke optimalt”.

Sådan stod der i resumeet til en projektbeskrivelse¹, som i 2014 lagde op til, at der skulle udarbejdes og evalueres en ny samarbejdsmodel mellem almen praksis og plejehjem² i Frederiksberg Kommune. Selve projektet, der havde som formål ”at forbedre den sundhedsfaglige indsats for beboerne i plejeboliger”, blev opdelt i flere faser. Den første skulle gennem fire fokusgrupper undersøge erfaringer med og synspunkter på samarbejdet fra dets primære aktører, nemlig alment praktiserende læger og plejehjemmene. Resultaterne af de fire fokusgrupper er beskrevet i en rapport³.

Fokusgrupperne dannede derefter grundlaget for udarbejdelsen af en model for det ”nye” samarbejde mellem almen praksis og plejehjem. Resultaterne brugtes i en proces, hvor chefkonsulent Ulrik Lange, partner i firmaet Cubion, faciliterede tre planlægningsworkshops, hvor en samarbejdsmodel med understøttende værktøjer blev udarbejdet. I de tre workshops deltog fra kommunen 5 ledelsesrepræsentanter fra plejecentre + samordningsleder, projektleder og sundheds-/omsorgschef; fra almen praksis deltog 7 praktiserende læger inkl. formanden for PLO-Frederiksberg.

Det håndgribelige resultat af modeludviklingen var en folder, som beskrev arbejdsopgaver og arbejdsdeling inden for fire områder. For hvert af dem er anført begivenheder og beskrivelser af, hvad plejepersonalet skal gøre, og hvad praktiserende læge skal gøre. De fire områder er: 1) Indflytning på plejehjem, 2) Planlagte besøg, 3) Akutte ændringer i beboerens tilstand, og 4) Terminal fase.

Desuden indeholder folderen en side om Værdier for samarbejdet, beskrevet i ni punkter. Heraf kan nævnes:

- Vi vil øge opmærksomheden på relevante, planlagte besøg hos beboere i plejebolig.
- Vi vil øge opmærksomheden på god kommunikation.

¹ ”Udvikling og evaluering af en ny samarbejdsmodel mellem almen praksis og plejecentre i Frederiksberg Kommune”, udarbejdet af Anita Mink, Tina Drud Due & Frans Boch Waldorff. Med drøftelse og input fra Frederiksberg Kommune v. Sundheds- og omsorgschef Torben Laurén.

² I denne rapport bruges gennemgående ordet ’plejehjem’ i stedet for ’plejecenter’ eller ’plejehjem/plejecenter’. Alle praktiserende læger og flere af plejecenterrepræsentanterne i denne evalueringss fokusgrupper brugte udelukkende ordet ’plejehjem’.

³ Thorkil Thorsen: Alment praktiserende lægers og plejehjems syn på og ønsker til deres samarbejde om plejehjemsbeboere i Frederiksberg Kommune. København: Forskning for Almen Praksis. December 2014.

- Vi anerkender hinandens organisatoriske 'virkeligheder' og de udfordringer, som det medfører.
- Vores samarbejde bygger på aftalte rammer og procedurer, der afspejler gensidig tillid og dialog.

Samarbejdsmodellen blev herefter promoveret i almen praksis og på plejehjemmene. Dette skete bl.a. gennem et kick off-arrangement i november 2015, hvori alle plejecentre var repræsenteret med forstander og ledende personalerepræsentant; og desuden deltog ca. halvdelen af de alment praktiserende læger i kommunen.

Derefter har samordningslederen og projektlederen været på rundtur til samtlige plejehjem to gange med henblik på en yderligere promovning af samarbejdsmodellen. De praktiserende læger, som deltog i kick off-arrangementet blev bedt om at formidle folderen til deres kollegaer i vagtrinkene; og formanden for PLO-Frederiksberg har omtalt samarbejdsmodellen ved lokale PLO-møder og gennem statusmails til sine kollegaer. Desuden har projektet været et fast punkt i kommunens kvartalsvise nyhedsbreve til almen praksis.

Som et yderligere led i promovningen af den nye samarbejdsmodel er der blevet afholdt 7 såkaldte ambassadørgruppe-møder i perioden oktober 2015 – maj 2016. I møderne, som blev modereret af samordningslederen og projektlederen, deltog én repræsentant fra hvert plejehjem. Formålet med møderne var at holde fokus på implementeringen af modellen, herunder at finde løsninger på de problemer, der måtte være med den daglige brug af modellen.

Og endelig har der siden introduktionen af modellen eksisteret en såkaldt følgegruppe (tre læger, to forstandere, samordningsleder og projektleder). Gruppen, som har afholdt seks møder i perioden december 2015 – maj 2016, har haft fokus på at komme med forslag til løsninger på de problemer, som plejepersonale og læger er stødt på i deres samarbejde. Disse forslag er typisk blevet formidlet tilbage til ambassadørgruppen.

Her i efteråret 2016 har samarbejdsmodellen været i funktion i et års tid, og det er efter planen tid til evaluering, dels ved hjælp af kvantitative opgørelser over planlagte besøg på plejehjemmene, dels gennem fokusgrupper. Det er sidstnævnte del af evalueringen, der afrapporteres nedenfor.

Metode og materiale

Vi tilstræbte, at fokusgruppedeltagerne fra de oprindelige fire fokusgrupper skulle indgå i de fire afsluttende grupper. Dette lykkedes ikke helt. I to grupper med alment praktiserende læger deltog denne gang sammenlagt 10 læger mod 14 to år tidligere, og én af de oprindelige deltagere var til denne gang erstattet af en kompagnon; resten var gengangere.

Deltagende læger:

7 mænd, 3 kvinder.

Alder: 51-60 år: 4 læger; 61+ år: 6 læger.

Praksistype: 8 solopraksis; 2 kompagniskab.

Antal patienter på plejehjem per læge: 4-65, median: 9,5.

Deltagerne i de to fokusgrupper fra plejehjemmene blev rekrutteret gennem henvendelse til plejecentrenes ledelse, hvori man opfordrede ledelsen til at udpege de samme deltagere som ved fokusgrupperne to år tidligere. Der var dog mange "nye" ansigter, men alle deltagere, bortset fra én, havde været ansat eller leder på deres plejehjem i mere end de to år, som projektet har været, og har derfor også erfaringer fra tiden inden implementeringen af den ny samarbejdsmodel.

Deltagere fra plejehjem:

8 kvinder, 3 mænd.

Uddannelser: 9 sosu-assistent, 2 sygeplejersker.

Funktioner blandt lederne: 1 gruppeleder, 1 assisterende afdelingssygeplejerske, 2 afdelingsledere, 1 souschef.

Plejehjem: Deltagerne i de to fokusgrupper kom fra i alt 8 forskellige plejehjem.

Alle fire fokusgrupper varede ca. to timer og blev modereret af Thorkil Thorsen (seniorforsker fra Forskningsenheden for Almen Praksis) med assistance fra Susanne Mikkelsen (specialkonsulent i Frederiksberg Kommune). Diskussionen i grupperne tog mest udgangspunkt i samarbejdsmodellens fire hovedområder, samt kredsede om, hvad der havde forandret sig i samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmene igennem de sidste par år – hvordan og hvorfor.

Fokusgrupperne blev optaget på lydfil med henblik på transskribering og analyse. Deltagerne lovedes fuld anonymitet, hvorfor citater og refererede erfaringer og meningstilkendegivelser i teksten nedenfor kan være kamuflerede.

Resultater

I resultatgennemgangen nedenfor holdes fokusgruppedeltagernes beskrivelser og vurderinger i efteråret 2016 op imod udtalelser og synspunkter to år tidligere i de indledende fokusgrupper. Ligeledes refereres og sammenfattes deltagernes overordnede holdninger til og specifikke erfaringer med den nye samarbejdsmodel.

Overordnet giver de afholdte fokusgrupper det indtryk, at samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmene opleves bedre nu end for et par år siden, både af lægerne og af plejehjemmene. Og at denne forbedring for en stor dels vedkommende kan henføres til introduktionen af den nye samarbejdsmodel. Der er dog visse forbehold og nuancer til denne hovedkonklusion, og der er stadig visse problemer i samarbejdet.

Indflytning på plejecenter

I fokusgrupperne for to år siden fortalte flere af lægerne, at de havde på fornemmelsen, at plejehjemmene i en del tilfælde fik nye beboere til at skifte læge straks efter indflytningen. Det blev følelsesladet beskrevet som et overgreb og en tvangsforflytning, og ikke mange af lægerne i fokusgrupperne kunne se noget formildende omkring en sådan praksis – det ville være en fordel for beboerne at beholde kontinuiteten med deres egen læge, mente de, og det var svært for lægerne at sige farvel til patienter, de havde et mangeårigt kendskab til. Plejehjemmene redegjorde for, at de ikke havde den praksis, som lægerne mistænkte dem for, men hvis en indflytter ønskede at skifte læge, stillede de sig ikke i vejen for det og kunne da også fortælle, hvilke læger plejehjemet har et godt samarbejde med.

I anden fokusgruppe-runde var denne kritik om ikke forstummet, så dog ikke så markant længere. Og plejehjemmene på deres side syntes heller ikke, at der var ændringer i deres praksis. De orienterer fortsat, sagde ansatte og ledere i fokusgrupperne, de nyindflyttede beboere, som gerne ville skifte læge, om, hvilke læger pågældende plejehjem har et godt samarbejde med. Men de lokker angiveligt ikke nogen beboer til at skifte læge. Nogle af lægerne i fokusgrupperne kunne dog fortsat fortælle beretninger om, hvordan de mente særligt et eller to plejehjem tilsyneladende ”lykkedes med” at få deres nyindflyttede beboere til at skifte læge – og altså til en læge, som i forvejen har mange patienter på stedet.

I folderen til den nye **samarbejdsmodel** er der opstillet følgende arbejdsopgavebeskrivelser og arbejdsdeling i forbindelse med en beboers indflytning:

| Begivenhed | Hvad gør plejepersonalet? | Hvad gør praktiserende læge? |
|---|--|---|
| En beboer flytter ind (fra hjemmet, døgnplads, hospital) | Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent anmoder via LÆ121 nuværende egen læge om statusattest LÆ125 (inden for to uger). Modtager og bearbejder LÆ125. | Udfylder og tilbagesender LÆ125 (inden for to uger). Tager bl.a. stilling til planlagt besøg. |
| Spørgsmål vedrørende helbred eller medicinering, der ikke kan afvente LÆ125 | Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent sender korrespondance med kort beskrivelse af helbredsmæssige eller medicineringsproblemer. Ved behov sendes forespørgsel om planlagt besøg. | Besvarer korrespondance. Hvis det ikke vurderes lægefagligt muligt at besvare korrespondancen fyldestgørende: Returneres med forslag om telefonisk kontakt til lægen eller eventuelt planlagt besøg. |

Ifølge modellen forventes det, at plejehjemmet via en LÆ121 anmoder den nyindflyttede beboers egen læge om en statusattest (LÆ125), som lægen skal besvare inden for 14 dage. Under visse omstændigheder ("ved behov") kan plejehjemmet bede lægen om et planlagt besøg.

Plejehjemmenes beskrivelser i fokusgrupperne af brugen af LÆ121 og LÆ125 viste, at der var forskellig praksis og forskellige forventninger til betydningen heraf. Gennemgående er det sådan, at ikke alle personalegrupper har adgang til at anmode om en LÆ125. Det er tilsyneladende primært, men dog ikke udelukkende, sygeplejerskerne, der kan gøre dette. Man finder den fortrykte tekst med faste rubrikker og spørgsmål til lægen nyttig.

I og med fremsendelsen af LÆ121 gør plejehjemmet den nyindflyttede beboers egen læge opmærksom på, at patienten nu er flyttet ind. Lægerne i fokusgrupperne mente, at de får det at vide hurtigere nu end for bare et par år siden, hvor det kunne komme som en stor overraskelse for dem, at deres patient var blevet plejehjemsbeboer for flere måneder siden.

Ifølge nogle af lægerne er det dog ikke alle plejehjem, som ved hver nyindflytning anmoder om en LÆ125 hos egen læge. I nogle tilfælde beder de blot om svar på nogle spørgsmål angående medicinering, sygehistorie mv. Fx sagde en af lægerne:

Jeg ville tro, det smutter tredive procent af gangene eller sådan noget for dem. En tredjedel af gangene, dér starter de ikke med at bede om en (LÆ125), dér starter de med at bede om nogle oplysninger.

Det koster plejehjemmene 407 kr. at indhente en LÆ125-attest, mens andre former for henvendelse indbringer lægen almindelig takst for e-kommunikation. Det er ikke indtrykket fra fokusgrupperne, at dette skulle have påvirket plejehjemmenes beslutninger om at bede om en LÆ125 eller ej, selv om nogle fra plejehjemmene ikke syntes, at de fik valuta for pengene. En af de mindre begejstrede ledere sagde:

Som oftest er det medicinen vi har brug for at få en godkendelse af, jeg ved godt at FMK kan vi se hvornår det sidst er opdateret, men det kan jo godt være noget tilbage, når folk flytter ind, men det er jo som oftest det vi har brug for lige nu og her, for at vide er det okay at vi fortsætter på den her måde. Og det synes jeg ikke en LÆ-erklæring, altså jeg synes det er for meget måske, at skulle anmode om det for at få en godkendelse. Også fordi de er relativt lang tid om at svare på det, og vi egentlig gerne vil have et go for medicinen med det samme.

Medarbejdere uden ledelsesansvar vidste tilsyneladende intet om prisen på en LÆ125. Nogle sagde, at de aldrig havde hørt om LÆ121 og LÆ125.

Finder plejehjemmene så derudover oplysningerne i de modtagne LÆ125 anvendelige? Der var den opfattelse, at mange af de ting, der står i LÆ125 allerede står i funktionsvurderingen; men at man ikke kan stole 100% på funktionsvurderingen; til gengæld ”*kan man få facit 100% fra en læge*”. Desuden kan LÆ125-attesten give helt ny og relevant viden:

Jeg har oplevet en gang hvor en beboer hun flyttede ind, og vi vidste ikke hun havde den diagnose, og så kom svaret fra lægen og det var lidt... ja, man kan se meningen med det.

Plejehjemsrepræsentanterne oplyste, at de grundlæggende bruger LÆ121 som standardkopi (standardspørgsmål), fordi de så som regel får nogle tydelige svar tilbage fra lægen. De var ikke tilbøjelige til at ville afskaffe LÆ121 eller have den revideret. Nogle nævnte dog, at det ville være en god idé at have et spørgsmål inkluderet angående lægens eventuelle noter om livsforlængende behandling – om ikke for andet, så i hvert fald for *at synliggøre problemstillingen, så den ikke går i glemmebog*, som én udtrykte det.

Hvis plejehjemmet ikke kan vente på en LÆ125-attest fra lægen, som har to uger til at udfærdige den, kan det sende en korrespondance til lægen angående en hurtig vurdering og svar på spørgsmålet. Det vil typisk være spørgsmål om medicinering. Nogle læger fortalte, at de ofte modtager sådanne korrespondancer, men ikke i alle tilfælde forekommer det dem meningsfuldt; og nogle gange mangler der relevante oplysninger til at træffe beslutninger eller svare ud fra. Nogle nævnte, at de i så tilfælde beder en sygeplejerske om at ringe til dem for at få en drøftelse af problemstillingen.

Lægerne fortalte i fokusgrupperne, at de nu får en del LÆ121 fra plejehjemmene, og at de selvfølgelig gerne besvarer dem med en LÆ125. I nogle tilfælde beder plejehjemmet – eller nogle plejehjem – samtidig om, at lægen kommer på opsøgende hjemmebesøg hos beboeren, hvilket flere af lægerne finder meningsløst og *overkill*, hvis de kort tid forinden har tilset borgeren i eget hjem (inden indflytningen på plejehjem). Derfor siger lægen i nogle tilfælde nej til et opsøgende hjemmebesøg på det tidspunkt. Andre læger fortalte dog, at de har som almindelig praksis at tage på hjemmebesøg, når de får at vide, at en patient er flyttet på plejehjem, også selv om lægen har sendt en LÆ125.

Læge 2: Nogen gange så skriver de bare ”nyindflyttet beboer, status ønskes”, det er så der... ofte tager man jo ud og laver sygebesøg i forbindelse med det også.

Interviewer: *Gør I det normalt, eller?*

Læge 2: Ja, altså jeg gør det næsten altid.

Læge 3: Det er også rimeligt nok, de kan også være dybt forvirret, patienterne, når de er kommet fra eget hjem og så i plejehjem, den første tid, der kan det nogen gange hjælpe at de ser en de kender, at en person de kender og har tillid til, det kan godt løse nogle problemer.

Flere af plejehjemmene fortalte, at de har det som fast rutine, at de lader beboeren falde lidt til ro i de nye omgivelser på plejehjemmet, inden plejehjemmet selv afholder en indflytningsamtale med vedkommende (og eventuelt pårørende). 2-4 uger senere plejer de så at bede lægen komme til en mere overordnet snak om beboeren/patienten.

Nogle af lægerne udtrykte fuld tilfredshed med plejehjemmenes måde at gribe en nyindflytning an på, og flere sagde, at det var blevet betydeligt bedre. Fx sagde én:

Jamen jeg synes at dét, der er blevet bedre, det er at når der er flyttet nogen nye beboere ind, så er de mere opmærksomme på, at vi skal have lavet en plan og sådan nogle ting. Dét synes jeg, det er blevet klart bedre. Men jeg synes stadig vi har mange henvendelser, sådan mange små henvendelser, kan man sige, som måske ikke altid er så relevante, som ikke er så fagligt gode måske, de henvendelser, men jeg synes det med at lægge en plan fra patienten kommer ind, det er blevet klart bedre.

Nogle af repræsentanterne fra plejehjemmene gjorde opmærksom på den problemstilling, der eksisterer, når den nyindflyttede beboer er gruppe-2 forsikret og har brugt forskellige læger. Så er det svært at få en fyldestgørende LÆ125, og det er svært for én læge at vide alt relevant om patienten.

Kommunikation

Der var i de indledende fokusgrupper i efteråret 2014 meget fokus på dårlig kommunikation mellem almen praksis og plejehjem. I fokusgrupperne i efteråret 2016 mente flere af de deltagende 10 læger, at de stadig får en del anmodninger om sygebesøg, som er ikke-relevante, og at der er for mange korrespondancer om bagatelagte ting, og korrespondancer som antager en chatagtig form med mange opfølgende korrespondancer og spørgsmål fra plejehjemmene.

Der var i de fire fokusgrupper i efteråret 2016 overordnet enighed om, at kommunikationen var blevet forbedret. Men der var dog stadig eksempler på, at ikke alt var som ønsket.

I plejehjems-fokusgrupperne mente nogle deltagere, at nogle læger er blevet

langt hurtigere til at reagere, de svarer på korrespondancen, hvor vi før hen kunne sende en edifact, og så gik der uger, og vi skulle ringe og spørge eller sende noget andet. Men efter vi har fået skabelonen på det, så reagerer de på den. Og det synes jeg er rigtig fint.

Den skabelon, der omtales, er "Elektronisk forespørgsel fra plejecenter til praktiserende læge om planlagt besøg" (se figur næste side). Den er et af de værktøjer, som er bragt i spil i implementeringsprocessen, og den skal sikre, at lægen får de relevante informationer.

Elektronisk forespørgsel fra plejecenter til praktiserende læge (om planlagt besøg)



(Navn beboer) har:

- Flere diagnoser.
- Flere medicinske præparater.
- Faldende funktionsniveau.
- Flere helbredsmæssige problemer efter indlæggelse.

Jeg vil derfor høre, om du har mulighed for at komme på et planlagt besøg.

Personalet vil forberede dit besøg samt være tilstede under besøget, hvis beboeren ønsker det.

Jeg er bekendt med, at dit seneste besøg hos (navn beboer) var den (xx.xx.xxxx).

Hvis du kommer på besøg og eventuelt er forsinket, kan du kontakte ansvarshavende på TLF xxxxxx.

Venlig hilsen xxxxx

Ud over den kliniske problemstilling er der altså lagt op til, at plejehjemmet (nederst i den elektroniske forespørgsel) angiver et telefonnummer, som lægen kan ringe til ved forsinkelse. Det var indtrykket fra fokusgrupperne, at lægerne ikke i alle tilfælde husker at benytte sig af muligheden for at ringe, hvis de ikke kan overholde det aftalte tidspunkt.

Lægerne var i efteråret 2016 stadig utilfredse med edifact-kommunikationen fra plejehjemmene. Nogle sagde endda, at der ingen forbedring var sket på det område, mens andre nok mente, at det var blevet lidt bedre. Alt for ofte får de spørgsmål, som efter deres mening ikke burde være sendt. En af lægerne i fokusgrupperne havde medtaget tre (anonymiserede) udskrifter af sådanne henvendelser. To af dem lød sådan:

Afsendt xx-08-2016 kl. 11.48

Prioritet: Normal

Overskrift: øjenbetændelse?

Til læge,

ved personlig hygiejne har jeg observeret rødme, især nedadtil, i begge øjene. Øjenbetændelse???

Med venlig hilsen

ssa-elev NN

Edifact oprettet af: NN

Afsendt xx-08-2016 kl. 11.32

Prioritet: Normal

Overskrift: NN [afsenders navn]

Birthe kan ikke få løft om morgen før når få morgen mad , , og hoster for meget.. hun fortæt hver morgen.

Edifact oprettet af: NN, Afløser, tlf. xx

Jeg forelagde disse korrespondancer for fokusgruppen med ledere fra plejehjemmene. De var chokerede og sagde, at den slags forespørgsler aldrig skulle være gået ud af huset. Men ikke desto mindre er det altså sket. Og i begge tilfælde er det ikke – som beskrevet i samarbejdsmodellen – en ansvarshavende sygeplejerske eller ansvarshavende sosu-assistent, men en elev og en afløser, der har sendt edifacten. Nogle af plejehjemmene fortalte, at det aldrig måtte være en elev eller en afløser, der sendte korrespondancen.

Lægerne på deres side mente, at en sygeplejefaglig vurdering af den slags – og mange andre – problemstillinger ville kunne forhindre, at de blev til irriterende og tidsrøvende opgaver for egen læge. Lægerne medgav dog også, at de godt ved, at sygeplejerskebemandingen på plejehjemmene er meget begrænset. Men så måtte man vel i stedet kunne stramme op på anden måde og konferere med andre ansvarshavende på plejehjemmet, så sådanne forespørgsler til egen læge ikke sendtes ud af huset.

I fokusgruppen med plejehjemmene mente deltagerne, at lægernes noget ensidige fokusering på det *sygeplejefaglige* ansvar ikke er rimelig, idet andre faggrupper med års erfaring fra plejehjemsarbejde og med godt kendskab til en beboer kan være tilstrækkeligt skikkede til at træffe beslutninger om henvendelser til den praktiserende læge.

I øvrigt er det anført i samarbejdsmodellen, at ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent kontakter beboerens egen læge, eller afgør, hvem der skal kontaktes. Dermed er der formelt set ikke noget krav om, at der i hvert enkelt tilfælde skal være en sygeplejerske til at godkende, at lægen kontaktes.

Der var i efteråret 2016 stadig utilfredshed hos lægerne angående unødige henvendelser fra plejehjemmene á la de to eksempler ovenfor. Et skriftligt svar fra lægen bliver stadig alt for mange gange angiveligt returneret med yderligere spørgsmål til lægen; og et svar herfra vil medføre nye opfølgningsspørgsmål osv. Denne form for chat finder lægerne irriterende og tidsrøvende. De fleste læger i fokusgrupperne kunne dog godt medgive, at omfanget af denne chat-trafik var blevet noget formindsket i forhold til for et par år siden. Men det ses altså stadig som et problem.

Desuden mente særligt én læge, at ISBAR-tjeklisten tydeligvis ikke altid kommer i anvendelse i henvendelserne; og nogle gange modtager lægen *”en hel roman med fem, seks., syv spørgsmål, hvor man sidder og tænker, det der... Altså det er pænt af dem at skrive til mig, men det er bare ikke beregnet til det der”*.

Desuden bragte flere af lægerne en vigtig pointe frem, nemlig at det kan være givtigt for kommunikationen (indhold og forløb), dels at lægen hver gang kræver en større faglighed i henvendelsen, dels at lægen kommer til at kende personalet. Det blev udtrykt på flere måder. Fx sagde en af lægerne:

Jeg kunne nemlig helt klart mærke, at når jeg har været på sådan et besøg hvor vi har gennemgået det hele, og jeg ved – og de ved – hvor vi er henne med den her patient, så er det den samme, der ringer op næste gang, og vedkommende er ikke bange for at spørge om alt muligt, og jeg synes det fungerer på et meget højere kvalitativt niveau. Jeg kan mærke, at sygeplejerskerne også går dem mere systematisk igennem, og de er mere tændt på at få løst de der problemer, synes jeg.

En anden læger mente:

Altså, jeg synes kvaliteten af det er blevet bedre. Selvfølgelig vokser træerne ikke ind i himlen. Det hjælper især der, hvor man kender folk. Nu er vi jo nogen, hvor vi har mange beboere på et plejehjem, hvor man så kender og kan sige til dem: "Ved du hvad... det her", og når man så har sagt det flere gange... "det her skal gå gennem sygeplejerske, eller prøv lige at vurdere med sygeplejersken også". Så man har et tættere samarbejde, hvor sygeplejersken eller en god sosu, som har erfaring for det, det er jo meget med den her erfaring, at de kan se på nogle ting, der er en faglighed også hos sosu'erne, hvis de har meget erfaring. (...) Vi får jo af sagens natur rigtigt mange henvendelser fra plejehjem, jeg synes, at på en eller anden måde, vi må lige sige til dem hver gang: "I må lige snakke om det!" Jamen, så kommer henvendelserne tilbage på en tygget, vurderet måde. Men det er klart, at der kommer stadig noget af det andet, helt sikkert, men jeg synes det er blevet bedre.

Sidstciterede læge bragte også det synspunkt frem, at det kun kan være i alles interesse, at alle læger gør indsigelse og beder om uddybning, hver gang de får utilstrækkelige eller unødvendige henvendelser fra plejehjemmene.

Der nævntes andre konkrete problemer i kommunikationen mellem læger og plejehjem. Der var i lægernes fokusgrupper en del usikkerhed om, hvorvidt plejehjemmene har bagom-nummeret til lægen, om plejehjemmene i det hele taget har brug for et sådant nummer, og om lægerne har pligt til at oplyse et sådant nummer. Plejehjemmene på deres side sagde, at de gerne havde en hurtigere telefonisk tilgang til lægen, men at de for det meste var tilfredse med hovednummeret til beboers egen læge, fordi de nu – i højere grad end tidligere – oplevede et positivt medspil fra lægens sekretær eller sygeplejerske, som er behjælpelige og sørger for, at lægen ringer tilbage snarest belejligt, eller at de selv efter at have konfereret med lægen giver besked til plejehjemmet. Men der var dog stadig kritiske røster fra plejehjemmene om, at praksis ikke kan kontaktes i frokostpausen, og at onsdag eftermiddag og fredag eftermiddag erfaringsmæssigt er rigtigt dårlige tidspunkter at få brug for kontakt til beboers egen læge.

Kommunikation er selvsagt et vigtigt tema ikke kun i forbindelse med almindelige forespørgsler, men også ved anmodninger om planlagte besøg samt henvendelser vedrørende akut forværrelse i beboers tilstand og i forbindelse med den terminale fase. Ovenstående beskrivelse og overve-

jelser om kommunikation mellem læger og plejehjem er derfor væsentlig og relevant at have i mente også ved de nedenfor beskrevne samarbejdsområder.

Planlagte besøg

I fokusgrupperne i efteråret 2014 havde både læger og plejehjem kritik af den anden part i forbindelse med besøg. Plejehjemmene syntes, dels at lægerne ikke altid var imødekomende over for deres ønske om et lægebesøg, dels at lægerne ofte først kom *efter* den aftalte tid, og dels at de nogle gange endda først ankom, efter at aftenholdet havde taget over. Lægerne syntes derimod, at der var for mange unødige – ”ufiltrerede” kaldte de dem – henvendelser og ønsker om besøg; og de syntes, at det ofte var svært at finde beboer og personale, når de kom til plejehjemmet; og for mange gange var personalet ikke tilstrækkeligt forberedt, syntes lægerne. Desuden var der fra begge parter mere generel kritik af kommunikationen angående sygebesøg, jf. ovenfor.

På samtlige disse kritikpunkter syntes der at være sket en vis forbedring siden – selv om træerne altså ikke vokser ind i himlen. Der er stadig plads til forbedringer.

Folderen om **samarbejdsmodellen** opstiller følgende scenarier (”begivenheder”) og anbefaler denne opgave- og arbejdsdeling:

| Begivenhed | Hvad gør plejepersonalet? | Hvad gør praktiserende læge? |
|---|---|---|
| <p>Behov for et planlagt besøg</p> <p>Oplæg fra plejepersonale eller læge.</p> <p>Opsøgende besøg (max x 1 årligt): Skrøbelig patient, flere diagnoser, mange medicinske præparater.</p> <p>Efter indlæggelse: Ved faldende helbreds niveau eller flere helbreds mæssige problemer.</p> | <p>Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent sender korrespondance med forespørgsel om</p> <ul style="list-style-type: none"> - opsøgende besøg, hvis lægens seneste besøg er mere end ét år siden, eller - faldende funktionsniveau og flere helbreds mæssige problemer efter indlæggelse. <p>Forbereder besøg i henhold til huskeliste, fremsendt af lægen, samt via Care.</p> <p>Undersøger om patienten har et livstestamente. Noterer i Care, hvis det er tilfældet.</p> | <p>Sender på eget initiativ korrespondance om planlagt besøg.</p> <p>Hvis korrespondance fra plejepersonalet: Vurderer behovet for besøg.</p> <p>Hvis planlagt besøg: Sender korrespondance (med huskeliste) og med forventet tidspunkt for besøget.</p> <p>Bestiller eventuelle blodprøver.</p> <p>Ringer til ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent ved ankomst eller forsinkelse.</p> |
| <p>Planlagt besøg</p> <p>Afholdes så vidt muligt man-</p> | <p>Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent er forberedt og tilstede i boligen, hvis be-</p> | <p>Afgiver ordinationer/instrukser mundtligt.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| dag til torsdag inden kl. 17 og efter aftale. | boeren ønsker det. Også gerne beboerens daglige kontaktperson eller pårørende tilstede. | Tager stilling til livsforlængende behandling/genoplivning (vegetativ/ubærlig lidelse). Noterer i egen journal, hvis livstestamente er oprettet. |
| Efter det planlagte besøg | Iværksætter ordinationer givet af lægen. Dokumenterer i Care at der er foretaget medicingennemgang. | Medicingennemgang i FMK. Sender korrespondance med behandlingsplan. |

”Behov for et planlagt besøg” (venstre kolonne, øverst) er ikke en indiskutabel størrelse. Der kan være forskellige meninger om, hvornår der er behov for et planlagt besøg – og hvis behov det egentlig er. Flere af de ti deltagende læger fortalte i fokusgrupperne i efteråret 2016, at de stadig nu og da finder, at anledningen til anmodningen fra et plejehjem om et sygebesøg er alt for spinke, at anmodningen er meningsløs, irrelevant eller upræcis.

Men de fleste læger mente dog også, at kvaliteten og relevansen i henvendelserne er blevet bedre. Der var en anerkendelse af, at plejehjemmene er blevet mere præcise, og at der er færre svipsere, færre ufiltrerede henvendelser angående sygebesøg. Beretninger i fokusgrupperne viste dog på den anden side, at plejehjemmene i visse tilfælde måske er for forsigtige med at kontakte lægen. Der nævntes således et eksempel på, at plejehjemmet kontaktede egen læge per korrespondance, selv om en opringning havde været mere oplagt eller ligefrem nødvendig. Fx fortalte en læge denne historie:


Jeg havde altså faktisk også én lige her i sidste uge, der mailede til mig og sagde, at de syntes, hun sløjede lidt af, og hun var vist også lidt træt af at være her og sådan noget. Er det i orden at jeg, skriver jeg tilbage, jeg må ud og snakke med hende, jeg kan komme på onsdag, ville det være i orden? Ja, det var fint. Og dagen efter om morgenen ringer de... en anden, og hun er jo enormt dårlig og bliver så indlagt akut via telefonen, og det var ikke fordi der sådan var sket den store ændring fra de skriver den der mail til de ringer... andet end at den næste, der kom, syntes at hun var da... onsdag var alligevel et par dage væk. Og hun nåede da at have asystoli i tredive sekunder og blive intuberet og kom på intensiv, da hun endelig nåede frem på hospitalet med ekstrem bradykardi og lavtryk, med et tryk på tres over et eller andet, altså, og der tænker jeg også, okay, jeg var inde og læse mailen bagefter, som var skrevet lidt før opringningen, og tænkte, arh det kunne jeg altså ikke lige læse af den der mail, vel. Så det kommer også an på øjnene der ser, hvad for et valg de gør.

Fortællingen medførte overvejelser i fokusgruppen om, hvorfor plejehjemmet ikke ringende i første omgang i stedet for at maile. En af lægerne mente, at der kunne være tale om berøringsangst. "Det er mere neutralt for dem at skrive". Alle i gruppen afviste, at plejehjemmene undlader at ringe, fordi det er alt for svært at komme igennem telefonisk til lægen.

Opsøgende hjemmebesøg kommer ifølge plejehjemmene for det meste i stand på plejehjemmets foranledning. Fokusgruppemedtagerne fortalte, at de almindeligvis har den regel, at lægen anmodes om et opsøgende besøg i den måned (eller den uge) hvor beboeren har fødselsdag. Det nævntes også, at nogle praktiserende læger også på egen foranledning annoncerer et opsøgende besøg; nogle eller de fleste gange foregår dette ifølge plejhjemsrepræsentanterne, fordi lægen i forvejen alligevel skal tilse en anden patient på plejehjemmet.

Til brug for personalets forberedelse har projektet udarbejdet en skabelon til en reminder-beskrivelse fra lægen til plejehjemmet om et planlagt besøg.

**Elektronisk henvendelse fra praktiserende læge til plejecenter
(om planlagt besøg)**



_____ dag d. ____/____/20____ kl. _____ kommer jeg på besøg, med henblik på generel gennemgang af helbred og medicinering.

Jeg vil sørge for, at der forinden, om nødvendigt, tages blodprøver.

Inden besøget bedes I have gjort jer overvejelser vedrørende patientens helbred, pleje og behov for pn. medicin. Hvis I finder emner fra nedenstående huskeliste relevante, kan vi diskutere dem under besøget.

Ved besøget skal patienten være til stede, og det vil være en fordel, hvis patientens kontaktperson og/eller den ansvarlige sygeplejerske/sosu-assistent er tilstede.

Hvis patienten ønsker det, er de pårørende velkomne.

Hvis jeg bliver forhindret eller ved forsinkelse ringer jeg til ansvarshavende.

Venlig hilsen
Lægen

Desuden er der udarbejdet en huskeliste med punkter, som personalet skal reflektere over og forholde sig til inden et planlagt besøg. Listen er gengivet på figuren:

Huskeliste



- Aktuelle problemer/er beboeren stabil?
- Status for kendte sygdomme
- Fald det seneste halve år
- Syn/Hørelse
- Deltagelse i aktiviteter
- Selvhjulpethed
- Opdateret funktionsniveauvurdering
- Mentalt funktionsniveau: Humør, hukommelse
- Inkontinens / Obstipation:
- Netværk/pårørende
- D-vitamin, kalk og kosttilskud
- Alkohol/Rygning
- Vægt/BMI/appetit/ændring i ernæringstilstand/tandstatus
- BT/puls
- Overvejelser om medicinering
- Samtale om behandlingsniveau

Fokusgrupperne med plejehjemmene gav det indtryk, at man dér kender huskesedlen, og at man endda nogle steder har lamineret den til et lommekort, som medarbejderne løbende forholder sig til; og nogle steder fungerer huskesedlen som skelet til den årlige, interne gennemgang af beboerne. Nogle fra plejehjemmene fortalte, at de printer huskelisten ud og har den forberedt til når lægen kommer. En af de ansatte fortalte, at *"der er en af lægerne som der er en del nådigere, hun sender den altid, når hun laver besøget, så kommer den med i beskrivelsen af, at nu kommer jeg, vær lige opmærksom på... Det er rigtigt fint faktisk, fordi så kan man lige forberede sig"*.

Andre sagde dog direkte, at de ikke har fået implementeret listen, men at det ikke betyder så meget, fordi det personale, som er med ved besøgene, godt ved, hvad der er brug for. Det var da også en gennemgående opfattelse i de to plejehjemsfokusgrupper, at huskelisten som sådan ikke har ændret noget særligt. Man gør stort set det samme nu, som man altid har gjort, når lægen kommer på besøg. Dog sagde man, at der var kommet nogle ekstra punkter, men at disse ikke altid er relevante, fx alkohol og rygning.

Lægerne var gennemgående mere skeptiske med hensyn til personalets forberedelse af besøget – huskelisten havde næppe ændret så meget, mente de fleste. Et par af lægerne sagde dog om personalet på plejehjemmene, at *"de er indstillet på at være mere forberedte"*; og en anden sagde, at de er *"halvtreds procent [af gangene] mere forberedte, de har listen liggende (...) men det er ofte, hvor det ikke er særligt godt forberedt stadigvæk, men væsentligt bedre end det var før"*. Flere af de øvrige læger sagde, at de ikke oplevede, at personalet via forberedelse havde bidraget til at gøre besøgene mere kvalificerede; og et par af lægerne sagde, at personalet almindeligvis kun har

reflekteret over problemstillingen og besøget, hvis lægen på forhånd udtrykkeligt har bedt dem gøre det.

Det nævntes af nogle læger ved de projektforberevende fokusgrupper i efteråret 2014, at det mange gange var svært for lægerne at finde den beboer, de skulle tilse og/eller det relevante personale. Der var uenighed blandt lægerne i fokusgrupperne i september 2016, om dette havde ændret sig. Se fx her en ordveksling mellem tre af lægerne angående beboers og personales tilstedeværelse:

Læge 1 *Jeg tænker sådan lidt, det er stadigvæk lidt, altså nogle plejehjem mere end andre, men lidt uforberedt når man så kommer, selvom man har meldt sin ankomst, så tænker jeg, at så ville det jo være meget godt, hvis der sådan var nogen der vidste i hvert fald hvem man skulle tale med eller hvem der var den bedste at få fat i eller... "Gud kommer du nu".*

Læge 2 *Der synes jeg altså de er blevet bedre.*

Læge 1 *Nå, det synes du. Ja. Men nogle gange, hvor det ikke nødvendigvis er et lang sygebesøg, men bare hvor man er kaldt ud og noget halv-akut, og man så ringer en time inden og siger, jamen jeg sagde jeg kom i dag, og nu er jeg på vej, og der går en halv time, og så er jeg der. Og så skal man stadigvæk, patienten sidder nede i ergoterapien, og dem man skal snakke med de flintrer rundt og," ej det ved jeg ikke. Er hun syg i dag?" Og så siger jeg aarh.*

Læge 3 *Det har jeg altså ikke oplevet.*

Læge 1 *Det har du ikke.*

Læge 3 *Jeg synes det er blevet bedre, men det er måske også fordi, at jeg annoncerer når jeg kommer.*

Læge 1 *Det kan godt være det er blevet bedre, men jeg har ikke oplevet det.*

Læge 3 pointerer her i forlængelse af noget, han tidligere havde sagt, at han måske har større "succesrate", fordi han er meget punktlig med at komme til den aftalte tid. Han har fast rutine med så vidt muligt at tage de planlagte besøg onsdag formiddag, hvorimod Læge 1 har som vane at tage dem på vej hjem efter dagens konsultationer i praksis, og det kan i nogle tilfælde give en forskubbet ankomst og problemer med at finde de relevante personer.

Ifølge samarbejdsmodellen er der lagt op til, at planlagte besøg finder sted mandag – torsdag inden kl. 17. Dette overholdes ikke altid. Og hvis lægen kommer uden for dette tidsrum kan der opstå problemer med, at det personale, som har tilkaldt lægen, ikke er til stede, og at det tilstedeværende personale ikke helt ved, hvorfor lægen skulle komme. En anden læge fortalte, at han har det som fast praksis, at han lægger de planlagte, ikke-akutte hjemmebesøg på plejehjemmene onsdag, inden aftenholdet starter, "fordi så går det hurtigt, der er kvalificeret personale, man kan bede

dem om... tage lige at komme op på spidserne. Så får vi lavet et godt stykke arbejde sammen, og det har de ikke noget imod. Så jeg har ikke det problem”.

Fokusgrupperne vendte også spørgsmålet om, hvorvidt lægerne – som anbefalet – ringer og meddeler plejehjemmet det, hvis de bliver forsinket til et planlagt besøg, og om der var kendskab til det nummer, de skulle ringe til. Der syntes at være sket forbedringer på dette punkt, selv om der stadig var fortællinger om, at nogle læger altid eller nogle gange undlader dette.

Akutte ændringer i beboerens tilstand

I de oprindelige problembeskrivende fokusgrupper i efteråret 2014 blev akutte ændringer i beboernes tilstand ikke behandlet som et særligt og specifikt problemfelt. Der var mere tale om en drøftelse af samarbejdet mere generelt omkring beboernes (sub)akutte behov for lægehjælp – og plejehjemmenes tilkaldelse af læge. Det kom frem dengang, at plejehjemmene ofte havde problemer med at komme i kontakt med lægen. I telefontiden om morgenen kunne de hænge i telefonslusen i mange minutter og måtte nogle gange opgive. Og efter telefontiden var der angiveligt endnu flere problemer med at få lægen i tale. Man kunne lægge besked og bede lægen ringe tilbage, men flere fra plejehjemmene nævnte dengang, at det ikke altid skete.

Samarbejdsmodellen opstiller følgende scenarier og opgavefordeling i forbindelse med akutte ændringer i beboerens tilstand:

| Begivenhed | Hvad gør plejepersonalet | Hvad gør praktiserende læge | Hvad gør udgående sygeplejerske team (UST) |
|--|--|---|---|
| <p>Beboers tilstand forværres akut</p> <p>Eksempler på kontakt til læge: Fald, mistanke om fraktur, commotio, blod i opkast, urin, afføring, stærke smerter, akut påvirket almen tilstand.</p> <p>Eksempler på kontakt til Udgående sygeplejerske team (UST): Katheterskifte, obs. dehydratio, sår, second opinion på lokal</p> | <p>Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent afgør, hvem der kontaktes.</p> <p>Dagtid: - Udgående sygeplejerske team. - Praktiserende læge.</p> <p>Aften: - Udgående sygeplejerske team. - 1813.</p> <p>Foretager relevante observationer.</p> <p>Ansvarshavende syge-</p> | <p>Tager stilling til aktion: - observation/behandling - UST (altid direkte telefonopkald) - laboratorieprøver - akutbesøg - indlæggelse.</p> <p>Hvis der foretages besøg: Ringer til ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent ved ankomst eller forsinkelse.</p> <p>Hvis UST inddrages:</p> | <p>Tager stilling til aktion:</p> <p>Dagtid: - Observation/sygeplejefaglige tiltag - Kontakt til praktiserende læge. Også ved lab.prøver.</p> <p>Aften: - Observation/sygeplejefaglige tiltag. - Ved lab.prøver er AMA læge ansvarlig. - 1813 (ved behov for lægefaglig vurdering).</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| sygeplejefaglig tvivl. | plejerske/sosu-assistent er i udgangspunktet intern tovholder, indtil det akutte forløb er afsluttet. | Direkte telefonisk kontakt efterfølgende mellem UST og praktiserende læge. | |
| Akut besøg | Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent er forberedt og tilstede i boligen. Dokumenterer i Care og iværksætter ordinationer. | Foretager konsultation. Afgiver ordinationer/instrukser mundtligt. Eventuelt efterfølgende korrespondance. | |
| Ved kritisk sygdom Stillingtagen til livsførelse/længende behandling/genoplivning | Kontakter eventuelt pårørende. | Sender korrespondance samme dag, alternativt skriftligt på stedet. Tager stilling til eventuelt terminaltilskud | |

Det kan diskuteres, hvornår noget er kvalificeret til at blive kaldt – og behandlet som – akut. Og hvem afgør "akutheds-graden" og dermed behovet for et lægesøg eller anden reaktion?

Flere læger understregede i fokusgrupperne, at det altid er lægen, som ud fra informationerne fra plejehjemmet afgør, om der er behov for et lægebesøg. Det er lægen, der visiterer. Det kan ske, at personalet på plejehjemmet nogle gange finder et afslag på et besøg utilfredsstillende og uforståeligt, men det kan skyldes, at deres faglighed ikke er tilstrækkelig høj, mente en del af lægerne. Dette ligger i tråd med, at lægerne ofte oplever, at plejehjemmene ringer efter den almindelige telefонтid mellem 8 og 9 med problemer, som de tilsyneladende finder så akutte og uopsættelige, at de er nødt til at ringe (i stedet for at sende en edifact). I mange tilfælde beder sekretæren i klinikken så lægen ringe tilbage til plejehjemmet, og "*det er noget juks, fordi det jo er meget forstyrrende i dagligdagen at blive hevet fat i mellem to konsultationer*", som en af lægerne udtrykte det. Og så viser det sig, at i mange tilfælde er problemet så minimalt, at lægen angiveligt kan visitere "det akutte" til først at blive set på af lægen på onsdag, når hun alligevel er på plejehjemmet.

Nogle af lægerne mente, at et for lavt kvalifikationsniveau på plejehjemmene er skyld i sådanne henvendelser. Flere af dem sagde fx også, at det er svært at se, at ISBAR-tjeklisten er bragt i anvendelse inden opringningen til lægen, mens andre dog mente, at den, der ringer op, ofte har forberedt sig ved at have taget blodtryk, puls, temperatur og en urinstix – ifølge nogle læger, fordi vedkommende jo godt ved, at lægen vil spørge om det. Og nogle læger gentog også her, at der er

for lidt filtrering af henvendelserne – for lidt sygeplejefaglig vurdering inden en eventuelt kontakt til lægen.

I fokusgrupperne med plejehjemmene fortalte deltagerne om de procedurer, der almindeligvis går forud for en henvendelse til lægen. Nogle sagde, at de *"nogle gange taler med sygeplejersken"*; nogle sagde, at de inddrager en anden, hvis den anden har tid. Andre sagde, at de har daglig sparing med kollegaer og kan sige, at jeg har tænkt mig at kontakte lægen omkring det her, hvad synes I? Desuden er man som kontaktperson for beboere skolet til – og har kompetence til – at vurdere, hvad behovene er, og hvornår en læge skal kontaktes eller vagtlæge tilkaldes. Og endelig er der afdelinger, hvor lederen er sosu-assistent og dermed ansvarshavende.

Plejehjemmene fortalte videre, at henvendelser til beboernes egen læge som grundregel kun finder sted telefonisk, hvis der er noget akut (ellers kommunikeres der via edifact). Men der er undtagelser. Her fortæller en ansat på et plejehjem, hvordan det nogle gange er tryggere for hende at ringe til lægen, selv om problemet måske ikke er akut:

Jeg synes det er meget forskelligt, det handler også om problematikken og hvor vigtig eller ikke vigtigt den er. Jeg synes også nogen gange, at jeg kan lide i disse tider at være en anelse gammeldags, men jeg kan meget godt lide det med at jeg har kontakten [til lægen], jeg taler med vedkommende, og jeg kan forklare, hvad det er jeg mener. Det er ikke fordi jeg ikke kan formulere mig skriftligt, men jeg synes, jeg har det ikke godt med at jeg sender en edifact og skal afvente svar, fordi så bliver det til, at jeg faktisk skal sende én til for at sikre at vedkommende...

Andre i samme fokusgruppe sluttede op om denne betragtning og fortalte, at de nu og da benyttede en lignende strategi.

Med til denne historie hører også det forhold, at plejehjemmene oplever, at sekretærerne er blevet meget bedre til at bringe forespørgslen videre til lægerne (når henvendelsen sker uden for den normale telefon kl. 8-9), og at disse også er blevet bedre til at ringe tilbage til plejehjemmet. Tidligere havde deltagerne også fortalt, at lægerne generelt er blevet hurtigere til at besvare edifact-henvendelser, og at de ofte gør det samme dag (selv om de formelt har tre dages frist).

Lægerne kan visitere til det udgående sygeplejeteam (UST), eller plejehjemmet kan kontakte teamet direkte. Det bør nævnes, at både de praktiserende læger og plejehjemmene i fokusgrupperne havde mange roser til UST, som de fandt gør et professionelt stykke arbejde og fungerer som kompetente samarbejdspartnere. UST blev omtalt som en *kæmpe force på Frederiksberg*.

Terminal fase

Terminalfasen var ikke noget stort tema i de indledende fokusgrupper for to år siden, selv om der var beklagelser fra flere af plejehjemsrepræsentanterne over, at praktiserende læger ikke alle var interesserede i at forholde sig til spørgsmålet om fravalg af livsforlængende behandling, og ikke alle kendte tryghedskassen, som de kan ordinere osv. Det nævntes også, at ikke alle læger dukkede op til den forventningssamtale, som et af plejehjemmene afholder ved en beboers indflytning, og hvor man gerne ville, at der skal tages stilling til, hvordan der skal handles i forventeligt kommende situationer, herunder bl.a. spørgsmålet om genoplivning og livsforlængende behandling.

Under arbejdet i de workshops, der fulgte efter de indledende fokusgrupper, har deltagerne (fra almen praksis og plejehjemmene) fundet det relevant at præcisere arbejdsopgaver og arbejdsdeling på dette område. Folderen om **samarbejdsmodellen** anbefaler:

| Begivenhed | Hvad gør plejepersonalet? | Hvad gør praktiserende læge? |
|--|--|---|
| Beboer vurderes til at være i terminalfasen | <p>Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent kontakter beboerens praktiserende læge, så vidt muligt pr. telefon.</p> <p>Informerer lægen om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - at beboeren vurderes til at være terminal - hvorvidt beboeren har et palliationsbehov <p>Opfordrer pårørende til at kontakte beboerens praktiserende læge, hvis de har spørgsmål.</p> <p>Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent er i udgangspunktet intern tovholder indtil mors.</p> | <p>Vurderer om der er behov for at tilse beboeren.</p> <p>Informerer om hvordan lægen kan kontaktes i den terminale fase.</p> <p>Søger terminaltilskud.</p> <p>Udarbejder plan for behandlingsniveau.</p> <p>Udarbejder fravalg af livsforlængende behandling.</p> <p>Ordinerer tryghedskasse eller lignende.</p> |
| Lægens eventuelle besøg hos den terminale beboer | <p>Ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent er forberedt og tilstede i boligen.</p> <p>Koordinerer med pårørende.</p> <p>Varetager ordinationer/tryghedskasse.</p> | <p>Aftaler tidspunkt for besøg.</p> <p>Ringer til ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent ved ankomst eller forsinkelse.</p> |

| | | |
|----------------|--|--|
| Døden indtrådt | <p>Hvis mors aften/nat kontaktes læge kl. 8 efterfølgende dag (evt. udleveret akutnummer).</p> <p>Koordinerer med bedemand (ligsyn før bedemanden).</p> <p>Sender korrespondance til egen læge, hvis anden læge har udført ligsyn.</p> | <p>Aftaler tidspunkt for ligsyn.</p> <p>Ringer til ansvarshavende sygeplejerske/sosu-assistent ved ankomst eller forsinkelse.</p> <p>Foretager ligsyn, underskriver dødsattest og indberetter elektronisk.</p> |
|----------------|--|--|

I fokusgrupperne i efteråret 2016 var plejehjemmene overordnet set tilfredse med samarbejdet med lægerne i forbindelse med selve den terminale fase, bortset fra at der stadig var visse problemer med ordinationen af tryghedskasser. Til gengæld var der beklagelser over, at ikke alle læger er særligt parate til på et tidligt tidspunkt at være med til at få afklaret – og få beboeren til at tage stilling til – spørgsmålet om livsforlængende behandling og genoplivning. Én fra plejehjemmet mente ligefrem, at *”det virker som om, der er nogen, der er lidt dødsangste af de der læger”*.

Det er et problem for plejehjemmene, at de ikke har noget skriftlig at henvise til, når spørgsmålet for alvor bliver konkret og påtrængende. Nogle af deltagerne fra plejehjemmene foreslog i fokusgrupperne, at temaet om muligt burde adresseres i LÆ121 og 125. Andre fortalte, at de har overvejet, om genoplivning og livsforlængende behandling kan være tema i indflytnings samtalen; eller – fordi ikke alle plejehjem har lægen med ved den samtale – så i det mindste ved egen læges første besøg efter indflytningen.

Men trods frustrationerne over, at det kan være svært at opnå en konkret stillingtagen og en skriftlig dokumentation, så var der dog også flere tilkendegivelser fra plejehjemmene af, at hele problematikken om livsforlængende behandling og genoplivning er mindre tung nu end for nogle år siden. Dette skyldes angiveligt, at ansatte på plejehjemmet ikke længere er så berøringsangste, at de er blevet mere konsekvente, og at de nu er opmærksomme på at få dialogen med beboer og læge tidligere. Nogle af lægerne i fokusgrupperne kunne indirekte bekræfte dette og fortælle, at plejhjemsansatte spørger meget til det og ønsker, at det skal stå i journalen. Fx sagde en af lægerne:

Dem jeg har snakket med [på plejehjemmene], de har været bedre til det end jeg har været det, lad mig sige det på den måde. Der har det nærmest blevet et fast punkt.

Det synes oplagt, at plejehjemmene har den største interesse og den største iver efter at få afklaret en stillingtagen til livsforlængende behandling og genoplivning. Lægerne var af den overbevisning, at dette også skete oftere og oftere. Der er kommet oplysninger desangående i flere af patienternes journaler; og det er sket på plejehjemmets initiativ, sagde en af lægerne.

Der var beskrivelser i plejehjemsfokusgrupperne af en række oplevelser med en mindre positiv pointe. En leder fra et plejehjem sagde direkte, at hun havde haft et par tilfælde, hvor lægen ikke ville fungere som medspiller for beboer og pårørende eller ikke ville tage stilling:

Vi har haft, heldigvis er det jo langt fra hver gang, vi har haft et par tilfælde, hvor man, hvor pårørende og beboer har taget den her snak og er blevet enige om, at man har levet et godt og langt liv, og at hvis uheldet skulle være ude, så var det det. Og der ville lægen simpelthen ikke gå ind og lave en dokumentation på det.

I et af tilfældene kom det til at betyde, at beboeren måtte igennem et langt forløb med respirator osv.

Et par andre plejehjemsansatte havde også oplevet, at en læge simpelthen ikke ville give den skriftlige dokumentation af en beboers stillingtagen. Eller ikke selv ville røre ved det. En anden læge havde angiveligt sagt, at det ikke var hans opgave. Andre fra plejehjemmene fortalte om, at pårørende kunne stille sig i vejen for beboerens eget ønske om ikke at ville genoplives eller ikke modtage livsforlængende behandling. Et par af lægerne havde historier om, at patienten selv ændrede standpunkt og ikke længere ønskede fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling.

De interviewede læger mente dog, at der nu er flere beboere, der får lov til at dø på plejehjemmene på Frederiksberg, end der var tidligere, hvor de blev indlagt på sygehuset og døde dér. Årsagen til dette, mente de, kan findes i, at personalet på plejehjemmene er blevet mere indstillet på det. Men ifølge lægerne er der stadig enkelte beboere, som bliver kørt med udrykning til sygehus og får drop og slanger, før de dør derinde. Dette kan ske selv om andet er aftalt med egen læge; men de pårørende kan ønske det, og i weekenden kan der være en usikker lægevagt, som ikke tør andet.

Men alt i alt var den overordnede konklusion, at både læger og plejehjem gennemgående har fået et bedre samarbejde på dette område (selv om der altså er undtagelser). Fokusgruppemedtagerne mente, at den nye samarbejdsmodel har bidraget hertil på forskellig vis. Fx sagde nogle af lægerne, at de selv og deres kollegaer "har fået øjnene op for at vi skal selvfølgelig være der til at støtte det personale, når folk skal have lov til at dø på et plejehjem". En anden sagde, "at plejepersonalet er blevet bevidste om, at her skal laves en klar aftale, og få det nedfældet, så de ikke står og fedter med det klokken elleve om aftenen". En tredje læge henviste til betydningen af den proces, der er foregået i forbindelse med udarbejdelsen af den nye samarbejdsmodel:

Jeg tror alligevel, at den her debat vi har haft henover det her, som alle på en eller anden måde på plejehjemmene har været involveret i, har givet dem troen på, at de er de bedste til at holde hende i hånden, når hun skal dø. Det tror jeg. Lige præcis på det punkt, så tror jeg, det har flyttet noget. De er mere åbne om det, når vi taler om det.

Også plejehjemsdeltagerne tilskrev samarbejdsmodellen stor betydning. Der blev talt om, at modellen havde gjort lægerne opmærksomme på, at plejehjemmene faktisk ønsker en snak så tidligt som muligt om, hvad der kan gøres, og hvilken opgavefordeling der skal være. Og plejepersonalet var blevet bevidste om, hvad de kan forvente og forlange af lægerne.

FMK

En særlig problemstilling dukkede op i alle fire fokusgrupper i september 2016, nemlig håndteringen af FMK (Fælles MedicinKort) og de retlige forhold i forbindelse med FMK. Der var usikkerhed både blandt lægerne og blandt plejehjemsrepræsentanterne om, hvad der kan kræves af lægerne, hvad lægerne må, hvad plejepersonalet skal og må – og hvornår det er nødvendigt at bede om opdatering af beboerens/patientens FMK.

I fokusgrupperne lod vi dog disse problemstillinger ligge. Flere deltagere ytrede ønske om, at et andet projekt ville beskæftige sig mere indgående med problemerne i FMK.

Overordnede betragtninger fra fokusgrupperne

Fokusgrupperne blev afslutningsvis bedt om at tage det store overblik og kort sammenfatte deres syn på betydningen af den nye samarbejdsmodel. På trods af en del kritik af samarbejdet, som er beskrevet ovenfor, så var der også – når man altså bad om den overordnede bedømmelse af samarbejdsmodellen – positive tilkendegivelser.

Lægerne talte gennemgående om, at der er kommet mere struktur på samarbejdet; mere struktur på besøgene på plejehjemmet. Og nogle læger sagde, at de med den nye samarbejdsmodel også selv havde fået mere struktur på de aktiviteter, der vedrører patienter på plejehjemmene.

Plejehjemmene i fokusgrupperne snakkede også meget om struktur, og at *”dét der har været godt, det er at vi har en form for struktur og ramme for samarbejdet med lægerne og et billede af det”*. Nogle tilføjede, at samarbejdsmodellen har været en øjenåbner og har skabt grundlag for et kvalitetsløft. Se fx her et længere uddrag fra fokusgruppen med ledere fra plejehjemmene:

- A: *Jeg tror også i og med den her model er blevet lavet, så har begge parter ligesom fundet af, at så er det sådan en øjenåbner, nå men det skal vi jo for resten også, ikke. Fordi den har måske været der før, men det er blevet synliggjort mere, at der er de der fire områder, hvor at vores samarbejde i hvert fald skal højnes på.*
- C: *Men det gør også, at vi, dem som måske er dårlige til at korrespondere, de reflekterer lidt ved at de har den der model.*
- D: *Mmm.*
- C: *At det i hvert fald giver noget refleksion over at det er det man.. fokus... og det er det man skal snakke med lægen om, med den model der.*

- A: *Jo, men det er så for vores vedkommende er det noget med, hvad er det for nogle procedurer og hvilken guideline vi bruger, før vi ligesom får fat i lægen, altså sådan så det også bliver en konstruktiv kommunikation der. Så det ikke bliver en sludder for en sladder.*
- C: *En sludder for en sladder, en chat på...*
- A: *Og det gør jo ligesom, så højner det også interessen fra lægen, hvis vedkommende ikke føler de spilder deres tid, kunne jeg forestille mig.*

Senere i samme fokusgruppe blev der slået til lyd for, at der med samarbejdsmodellen måske også var kommet en højere grad af forståelse for, hvad plejepersonalet kan, og at dets observationer faktisk er brugbare, hvis bare de får lov til at fortælle om dem.

I fokusgruppen med plejepersonalet fremhævede deltagerne, at samarbejdsmodellen bidrog til at skabe fokus i begge lejre på det samme område og dermed give en ensartet platform for at gøre det bedre. Det blev også nævnt, at modellen og værktøjerne er brugbare i forhold til samarbejdet personalet imellem. Alle bliver rustet på den samme måde og arbejder mere systematisk. Skabelonerne sikrer ikke kun, at man husker de væsentlige ting, men de skaber også nogenlunde de samme refleksioner og giver en fælles bevidsthed. Og begge dele gør det så igen lettere for lægen, som får mere ensartede udspil.

Det kan være værd at bemærke sig, at ingen i fokusgrupperne udtalte sig negativt om samarbejdsmodellen som sådan.

Variationerne

Der var fra både lægerne og plejehjemmene påpegninger af, at nok er meget blevet bedre, men det gælder ikke hele vejen rundt. Og der var kritik, men ikke af alle plejehjem, og ikke af alle læger. Der er plejehjem og plejehjems personale, som ikke lever op til den ønskede standard; og der er læger, som adskiller sig fra deres kollegaer ved at optræde rigtigt og u-imødekommende. Se fx denne ordveksling fra fokusgruppen med ledere fra plejehjem:

- A: *Nej, jeg oplever, vi har nogle, vi har jo nogle læger som er fuldstændig, ej det er forkert at sige... uden for rækkevidde.*
- B: *Jo, det er tæt på, at de er uden for rækkevidde.*
- A: *Ja, men det er faktisk enormt svært at samarbejde med dem i forhold til beboerens ve og vel, fordi at de går så meget op i, at vi skal følge de her, fx LÆ-erklæringerne eller... Altså det bliver et så langvarigt forløb, så det nogle gange kommer til at være en hæmsko for beboerens ve og vel.*
- Interv.: *Hvad så, hvordan har samarbejdet med dem været inden?*
- A: *Tidligere? Lige så håbløst.*

Men der var fra den samme fokusgruppe også mere positive beskrivelser af lægerne:

- A: *Til gengæld tror jeg, hvis man vender den om, så er der en del læger, der er blevet opmærksomme på, at vi rent faktisk har noget at skulle have sagt, og vi rent faktisk godt kan være værd at lytte på, fordi jeg oplever, at de er blevet mere lydhøre over for vores observationer, måske fordi vi er blevet mere konkrete hele vejen rundt på at have alle værdier klar og på alle de her ting. Men jeg oplever i langt højere grad også nogle af de lidt ældre læger, som ikke altid lyttede så meget, de hører måske mere på de sygeplejefaglige observationer end bare et blodtryk eller en... et dyrknings svar.*
- C: *Mmm.*
- A: *Eller noget andet, altså de lytter mere til os på en anden måde, synes jeg.*
- D: *Men de spørger også tit ind til, hvad synes du. Nogen gange, jeg synes tit jeg oplever at der er læger, i hvert fald både i Frederiksberg og københavner-læger, der spørger, hvad har du af gode råd, altså de prøver også nogle gange at sparre med os på en helt anden måde, end de har gjort før.*

På tilsvarende vis var der forskellige vurderinger fra lægerne i fokusgrupperne af plejehjemmenes faglighed og imødekommenhed. Der fortaltes ligesom ved de første fokusgrupper i efteråret 2014 om store kulturforskelle. En af de mere bramfrie udtalelser i september 2016 kom fra en kvindelig læge, som har patienter på fire plejehjem:

Jeg tror også, det har noget med kulturen på plejehjemmet at gøre, fordi ved de to af dem, når de ringer, så ved jeg det er kvalificeret, hvad der kommer, og hvad det er, de skriver, og på de andre to, der tænker jeg, puha kors i røven.

Andre læger snakkede om, at der var mange ting, der var blevet bedre, i hvert fald på de fleste plejehjem, men ikke på alle. Nogle snakkede om den manglende faglighed – hvormed de mente sygeplejerskefaglighed – på plejehjemmene, mens andre anerkendte, at sosu-assistenten kan have en fuldt tilstrækkelig faglighed i deres samarbejde med almen praksis.

Det største problem i samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmene er ifølge lægerne stadig de mange irrelevante, fagligt dårlige henvendelser fra plejehjemmene til lægerne. Det er forespørgsler, som aldrig burde have forladt plejehjemmet, mente de. Det problem er ikke blevet mindre, mente mange af lægerne i fokusgrupperne. De føler sig stadig spammet med ubetydelige problemstillinger og med upræcise og mangelfulde beskrivelser; og de ser det som uproduktivt og som tidsspilde at skulle tage stilling til bagateller, som plejehjemmene med lidt større faglighed selv skulle kunne ordne. Men selv om denne kritik var massiv, så var der dog her også tilkendegivelser om undtagelser fra "hovedreglen".

Promovering / implementering af samarbejdsmodellen

Vi spurgte i fokusgrupperne, om deltagerne havde set den folder, som er en vejledning eller køreplan for samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmene. Stort set alle deltagere fra plejehjemmene havde godt kendskab til folderen, mens ca. halvdelen af de ti læger ikke var sikre på, at de havde set den.

På plejehjemmene havde man flere steder afholdt møder, hvor folderen og dens budskaber blev drøftet, og på flere plejehjem har personalet små laminerede lommekort med rundt på deres arbejdsplads med henblik på at fremme kvalitet i arbejdet.

Som beskrevet indledningsvis under afsnittet Baggrund, har Frederiksberg Kommune og PLO-Frederiksberg i fællesskab haft flere implementeringsaktiviteter i gang. Det er ikke muligt ud fra nærværende evaluering at konkludere, om disse aktiviteter har været tilstrækkelige, eller om et større omfang og et bredere eller andet indhold og sigte i disse aktiviteter havde fremmet samarbejdet yderligere.

Sammenfatning og diskussion

Evalueringsstudiet

Denne evalueringens beskrivelser og konklusioner om samarbejdsmodellens virkemåde og virkninger bygger på data fra fire fokusgrupper i september 2016 med sammenlagt 10 læger og 11 plejehjemsansatte. Fokusgruppedeltagernes beskrivelser og synspunkter er sammenlignet med data fra fire tilsvarende fokusgrupper to år tidligere, inden samarbejdsmodellen var udviklet. Flere af deltagerne i 2016 var gengangere fra den første runde i efteråret 2014. Alle har været ansat på frederiksbergske plejehjem eller virket som praktiserende læge i Frederiksberg Kommune i denne toårige periode og kan sammenligne tiden før samarbejdsmodellen med det seneste år, hvor samarbejdsmodellen har været i funktion. Deltagerne har været udvalgt med henblik på at få en bred repræsentation: for lægernes vedkommende fordeling på køn og alder, praksistype, antal patienter på plejehjem; for plejehjemmenes vedkommende informanter fra små og store plejehjem, personale såvel som ledere, plejehjem med mange såvel som få alment praktiserende læger til at betjene beboerne.

Det forekommer rimeligt at antage, at evalueringens resultater vil være genkendelige og gældende også for andre alment praktiserende læger og plejehjem på Frederiksberg. Der var nemlig en høj grad af ensartethed i beskrivelser, holdninger og vurderinger på tværs af de to lægefokusgrupper og på tværs af de to plejehjems-fokusgrupper. Det er dog også værd at hæfte sig ved, at en del af denne ensartethed er påpejningen af, at der er variationer i den anden parts ageren.

Der er også variationer i de individuelle deltageres vurderinger af kvalitet hos den anden part. Dette skal ses med baggrund i fokusgruppedeltagernes erfaringsgrundlag med samarbejdsmodellens forskellige aspekter. Fx er lægernes erfaringer med patienter på plejehjem og med plejehjemmene som sådan for nogle vedkommende mere begrænset end for andre. De læger, som deltog i fokusgrupperne i 2016, havde typisk mellem 5 og 15 patienter på plejehjem, og nogle af dem havde patienter på kun 3-5 plejehjem. (En enkelt læge havde dog sammen med sin kollega op mod 100 patienter fordelt på flere plejehjem i kommunen). Plejehjemmenes repræsentanter i fokusgrupperne havde et større erfaringsgrundlag med samarbejdet med alment praktiserende læger, end lægerne i fokusgrupperne havde den anden vej. Dermed være ikke sagt, at den ene part har en mere virkelighedsnær beskrivelse end den anden, men blot at en læges vurdering af samarbejdet kan bygge på erfaringer med ganske få plejehjem og med relativt få korrespondancer, telefonopkald og besøg. Og dette er ikke uvæsentligt, når man tænker på den kultur- og kvalitetsforskel mellem plejehjemmene, som lægerne i øvrigt påpeger. Hvis en læge fx kun har patienter på tre plejehjem, så vil hendes vurderinger af kvalitet i samarbejdet mellem almen praksis og plejehjem jo bygge på et lille erfaringsgrundlag, og der vil være fare for en ensidig negativ eller ensidig positiv vurdering.

Resultaterne

Hovedprojektets formål er som anført på side 3 at forbedre den sundhedsfaglige indsats for beboerne i plejeboliger gennem udvikling af en ny samarbejdsmodel mellem almen praksis og kommunens plejehjem. Det har ikke været hensigten med denne kvalitative evaluering at skulle dokumentere, om der er sket forbedringer i fx antal opsøgende og opfølgende hjemmebesøg, demenskonsultationer, kronikerkonsultationer, almindelige sygebesøg, eller i den kliniske kvalitet målt som proces- eller resultatindikatorer. Evalueringen har alene fokuseret på samarbejdspartneres vurderinger af og erfaringer med den nye samarbejdsmodel og dens elementer og retningslinjer, samt på deres anstrengelser for gennem samarbejde at bidrage til at fremme det overordnede formål.

For begge parter er samarbejdsmodellens vigtigste og væsentlige bidrag, at den har givet en struktur og en fælles platform, hvorfra samarbejdet kan udfolde sig. Den har bidraget med værktøjer, som fokuserer forespørgsler og forberedelser. Den har bevidstgjort begge parter om den andens legitime forventninger til samarbejdet og til den anden parts begrænsninger mm.

At fundamentet for samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmene dermed overordnet set må betegnes som forbedret er dog ikke ensbetydende med, at alt samarbejdsrelateret nu er top-tunet og problemfrit. Både lægerne og plejehjemmene kan pege på forbedringer i samarbejdsrelationerne, men samtidig også på begrænsninger i disse. Ikke alle leverer (altid) det optimale.

Lægerne havde bl.a. disse opfattelser om elementer i samarbejdet:

- Plejehjemmene er generelt blevet hurtigere til at informere almen praksis om en patients indflytning på plejehjemmet.
- Flere af lægerne mente, at plejehjemmene er blevet bedre til at håndtere en indflytning og lave en plan sammen med lægen.
- Flere læger så begrænsede (eller ingen) forbedringer i almindelige forespørgsler via edifact fra plejehjemmene, idet der stadig er for mange irrelevante, fagligt dårlige, unødvendige henvendelser – og for meget chat, dvs. føljetonagtige skriverier. Nogle læger mente dog, at der var sket forbedringer.
- De fleste læger fandt kvaliteten og relevansen i anmodninger om *sygebesøg* bedre og mere præcise nu. Andre syntes, at anmodningen om et sygebesøg nu og da var på et for spinkelt grundlag.
- Der var delte meninger blandt lægerne om, hvorvidt plejehjemspersonalet var bedre forberedt nu ved sygebesøg. Et par af lægerne mente, at personalet almindeligvis kun har reflekteret over den kliniske problemstilling og besøget, hvis lægen på forhånd udtrykkeligt har bedt dem gøre det, mens andre syntes, at de generelt er bedre rustet i forhold til tidligere..
- Det mest gennemtrængende problem er ifølge lægerne stadig kvaliteten i plejehjemmenes skriftlige og telefoniske henvendelser til lægerne. Der er måske færre unødvendige og fagligt dårlige henvendelser fra plejehjemmene nu, men almen praksis får stadig alt for mange telefoniske og skriftlige forespørgsler om problemer, som plejehjemmene selv kunne have klaret.
- Lægerne gjorde opmærksom på, at der er store forskelle mellem plejehjemmene med hensyn til faglighed og imødekommenhed.

Deltagere fra **plejehjemmene** så gennemgående fremskridt på de fleste områder.

- Nogle læger er blevet langt hurtigere til at besvare en korrespondance.
- Sekretærerne i almen praksis er gennemgående blevet meget bedre til at bringe telefoniske forespørgsler uden for den normale telefontid videre til lægerne, og lægerne er blevet bedre til at ringe tilbage til plejehjemmet
- Samarbejdsmodellen har ifølge plejehjemmene gjort lægerne opmærksomme på, at plejehjemmene faktisk ønsker en snak så tidligt som muligt om, hvad der kan gøres for en beboer, og hvilken opgavefordeling der skal være.

- Plejehjemmene er overordnet set tilfredse med samarbejdet med lægerne i forbindelse med selve den terminale fase – det kan dog knibe lidt med at få ordineret tryghedskasser.

- Plejehjemmene gjorde opmærksom på, at der er stor forskel mellem lægerne med hensyn til deres velvillighed og samarbejde.

Begge parter har set forbedringer i deres samarbejde om at få dokumenteret beboernes overvejelser om livsforlængende behandling og genoplivning. Men også her er der angiveligt læger, som ikke er så interesserede i den opgave.

Spørgsmålet er så, om selve den nye samarbejdsmodel (og promoveringen af den) har været afgørende for de mere positive vurderinger af samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmene?

Mange af udtalelserne i fokusgrupperne har understøttet konklusionen om, at samarbejdsmodellen har gjort en forskel. Almen praksis og plejehjemmene har fået en fælles platform at udfolde samarbejdet fra; arbejdsgange og opgavefordeling er nedskrevet; værktøjerne er med til at præcisere, fokusere og fastholde opmærksomhed på væsentlige spørgsmål og problemstillinger; der er kommet fokus på samarbejdet; der er kommet en større bevidsthed hos parterne om, hvad man kan forvente og forlange af den anden part; og der er sket forbedringer på en lang række konkrete punkter.

Der har også været ytringer i fokusgrupperne, som antyder, at modellen og dens anbefalinger og værktøjer måske ikke i sig selv eller alene har haft den afgørende betydning, men at der er andre påvirkninger og forhold på spil, som enten selvstændigt eller sammen med modellen har medført et bedre samarbejde. Som sådanne bevægelser nævnte begge fokusgrupper med plejehjemsdeltagere, at der var en del af de lidt mere modvillige, ældre læger, der nu er holdt op og er blevet erstattet af unge læger med større engagement i samarbejdet og interesse for deres plejehjemspatienter. Når nogle fra plejehjemmene kunne beskrive, hvordan de praktiserende læger nu forekommer mere lydhøre over for plejehjemspersonalets vurderinger og ideer til kliniske beslutninger, så kan dette altså *også* – men næppe *alene* – være et udtryk for en udskiftning i lægepopulationen i Frederiksberg Kommune.

Et andet væsentligt forhold, der kan have skabt et bedre samarbejde, er selve aktiviteterne med at forberede, udvikle og implementere samarbejdsmodellen. Først har der været de indledende problembeskrivende fokusgrupper; dernæst workshops som med deltagelse af læger og plejehjem har udviklet og beskrevet den nye samarbejdsmodel; derefter promovering via *kick off*-mødet for læger og plejehjem; formidling af folder og modelrelaterede værktøjer til plejehjem og praksis; en ambassadørgruppe (med deltagelse af bl.a. projektleder og repræsentanter fra alle plejehjem) som på løbende møder har skullet holde fokus på og justere implementeringen af samarbejdsmodellen; en følgegruppe med repræsentation fra kommune, plejehjem og almen praksis som har

skullet bidrage med løsninger på problemer i samarbejdet; samt nyhedsbreve mm. fra kommunen til almen praksis. Det er oplagt at forestille sig, at alle disse aktiviteter i sig selv har bragt så meget opmærksomhed til området, at det har medført positive refleksioner og engagement hos de berørte parter.

Denne skelnen mellem effekten af selve modellen og udarbejdelsen og promoveringen af den er måske ikke væsentlig for samarbejdet i Frederiksberg Kommune. Men det kan være en væsentlig pointe og en overvejelse værd for andre kommuner, som måtte tænke, at *so ein Ding müssen wir auch haben!* Hvis de uden videre overtager og udbreder den frederiksbergske samarbejdsmodel, folderen og de medfølgende værktøjer til deres plejehjem og alment praktiserende læger, så kan de ikke være sikre på – og bør ikke forvente – en tilsvarende, positiv effekt.

Rekommandationer

Det største problem i samarbejdet synes stadig at være de mange ukvalificerede og unødvendige henvendelser fra plejehjemmene til almen praksis. Det må derfor betragtes som yderst vigtigt, at plejehjemmene hele tiden husker på, at et godt samarbejde med og velvilje fra den praktiserende læge er mere sandsynligt, hvis denne ikke spammes med unødige, irrelevante henvendelser. Når en større procentdel af henvendelserne (telefonisk og via edifact) fra plejehjemmene til lægerne "rammer skiven", dvs. er relevante og tilstrækkeligt præcise, så vil der være mindre tidspil og irritation hos lægerne; og lægerne vil dermed have mere tid til opmærksomhed og årvågenhed på de henvendelser, de så får; og dette vil så igen betyde bedre kvalitet i selve samarbejdet og i patient-/beboerbehandling.

Det kan derfor anbefales, at plejhjemsansatte trænes og oplæres (eventuelt af alment praktiserende læger) i at være skarpere på, hvornår en edifact-korrespondance, henholdsvis en opringning til egen læge er relevant. Og hvad en sådan henvendelse til lægen skal indeholde af oplysninger.

Alternativt eller supplerende hertil kan plejehjemmene i kvalitetssikringsøjemed fra tid til anden lave audit på deres egne korrespondancer til lægerne.

På trods af en sådan træning vil der altid kunne forekomme tilfælde, hvor plejhjemsansatte er i tvivl om, hvordan de skal agere på nye og ukendte symptomer hos en beboer. Det er vigtigt, at lægen har forståelse for en sådan usikkerhed. Det er vigtigt, at plejehjemmene oplever, at den praktiserende læge forholder sig konstruktivt til henvendelserne og besvarer hurtigst muligt.

Det giver ofte problemer, hvis lægerne ikke når et bestilt sygebesøg på plejehjemmet i dagtimerne. Det kan være svært at finde personale, som kender til problemstillingen. Det anbefales derfor, at lægerne aflægger besøget inden for personalets dagvagt. Hvis lægen alligevel bliver forhindret i at nå det, bør han/hun telefonisk give besked om forsinkelsen til dagholdet, og dagholdet

sørger for en fyldestgørende overlevering til plejehjemmets aftenhold om det afventende lægebesøg.

Der var i fokusgrupperne forslag til – og velvilje overfor – at den ene part løbende gør den anden opmærksom på uhensigtsmæssige forhold i samarbejdet. Fx må lægen gerne bringe det op over for plejehjemmets ledelse og medarbejdere, når en korrespondance er mangelfuld, unødvendig, irrelevant. Og plejehjemmene kan gerne på tilsvarende vis give feedback til lægen. Det må forventes, at den slags påpegninger kan være med til at luge ud i de værste kvalitetsproblemer og irritationsmomenter i samarbejdet.