

Hvordan ser verden ud? Den ser "meld op" ud!

En etnografisk undersøgelse af koordinering og
kommunikation under akutte patientforløb

AkutFlow
Caretech Innovation

Louise Mejnertz
Oktober 2011

Tak til personale og ledelse i afdelingerne for at dele jeres arbejdsdag med mig – jeres glæder, frustrationer og ikke mindst håb for fremtidens patientforløb. Jeg håber, at den indsigt jeg formidler i denne afrapportering giver input til at arbejde videre med de organisatoriske og teknologiske udfordringer, der eksisterer omkring koordinering og kommunikation i de akutte patientforløb.

Indholdsfortegnelse

Undersøgelsens hovedpointer	1
1. Indledning.....	2
2. Koordinering.....	3
2.1. Akutafdelingen og koordinering.....	3
2.2. Afdeling B og koordinering.....	4
3. Kommunikation	5
4. Samarbejde.....	5
4.1. Pladser på papiret og i praksis	6
4.2. Hvornår sendes patienten op?.....	6
4.3. Tolkning af aftaler og retningslinjer.....	7
4.4. Os og dem	8
5. Indsigt – to afdelinger, to stemmer.....	9
5.1. Interview med koordinator i Akutafdelingen	9
5.2. Interview med koordinator i afdeling B	11
6. Refleksioner og anbefalinger	13
6.1. Teknologisk – Overblik og indsigt	13
6.2. Organisatorisk – Kendskab og forståelse.....	15
6.3. Rammer – Kapacitet og aftaler.....	15
6.4. Afrunding	15
Appendiks 1: Metode.....	17
Bilag	18
Bilag 1: Akutafdelingens plads-skema	18
Bilag 2: Meldte akutte patienter afdeling B.....	19
Bilag 3: Afdeling B's dokument med oversigt over patienter.....	20

Undersøgelsens hovedpointer

Koordinering imellem afdelingerne foregår delvist ved personlige møder, delvist ved aftalte telefonmøder og delvist ved telefonopkald. Imellem Akutafdelingen og stamafdeling B bruges kommunikationsfunktionen i overblikssystemet suppleret med telefonopkald. Papirskemaer er centrale redskaber, imens overbliksskærmene også spiller en central rolle specielt internt i afdelingerne.

Koordinatorrollen i akutafdelingen består i at have overblik over patienter og pladser internt i afdelingen samt pladser og pladssituation i resten af huset og i at koordinere indkomne og udkomne patienter. Hun har personlige møder med nogle afdelinger og koordinerer ellers primært telefonisk med koordinatorene i de andre afdelinger. Hendes vigtigste koordineringsredskab er overbliksskærmene samt et papirskema, hvor pladser i andre afdelinger er noteret ned.

Koordinatorrollen i afdeling B består primært i at have overblik over patienter i egen afdeling, herunder patienter der står til h.h.v. indlæggelse og udskrivelse. Hun tager imod telefoniske meldinger fra akutafdelingen og tager imod nye patienter, der indlægges i afdelingen. Hendes vigtigste redskab er et worddokument med oversigt over patienter i afdelingen og i mindre omfang overbliksskærmene, som dog bruges i.f.t. OP.

Kommunikation imellem afdelingerne foregår primært per telefon, men også specielt i.f.t. Medicinsk afdeling ved personlige møder. Kommunikationen har oftest et af to formål: At afklare pladssituation eller at melde patient op. Førstnævnte er koordinatorens ansvar, imens sidstnævnte som oftest klares af den enkelte sygeplejerske, som giver en kort telefonisk information om patient og plan for det videre forløb.

Samarbejdet opleves ikke altid at forløbe optimalt – begge steder sigter man mod det mest hensigtsmæssige patientforløb, men omstændigheder gør, at samarbejdet ind imellem opleves som modarbejdelse. Årsager hertil er bl.a. forskellig opfattelse af pladssituation, forskellig opfattelse af, hvornår en patient bør/skal flyttes op, forskellig tolkning af aftaler og en generel oplevelse af os-dem.

Teknologisk anbefales at videreudvikle overbliksløsningen, således at akutafdelingen får løbende og dynamisk oversigt over pladssituationen i afdelingerne. Stamafdelingerne får indblik i pladssituationen i akutafdelingen og mulighed for at se egne patienter med lidt mere information. Der er enighed om, at ressourcspørgsmålet er et ledelsesansvar, og at det ikke er relevant at inkludere i systemet.

Organisatorisk anbefales at fortsætte med at arbejde på at tænke i patientforløb og øge kendskab og tillid til hinanden på tværs af afdelingerne, så man i højere grad arbejder som et "vi" og tænker patienterne som "vores" frem for vores og deres.

Rammerne er afgørende for samarbejdet imellem afdelingerne – det er vigtigt, at kapacitet og ressourcer svarer til behov, og at aftaler og retningslinjer er klare og opfattes ens af alle.



1. Indledning

Kommunikation og koordinering imellem forskellige enheder indenfor og på tværs af fysiske og organisatoriske enheder er centrale for akutte patientforløb. Projektet AkutFlow, som er støttet af Region Midt og EU via Caretech Innovation, arbejder på at udvikle en IT platform til koordinering og kommunikation imellem forskellige hospitalers akutmodtagelser, afdelinger og andre aktører på akutområdet. Den tekniske platform skal øge overblikket og være med til at lette flowet af information på tværs af forskellige enheder.

Som led i AkutFlow projektet har jeg gennemført en mindre etnografisk undersøgelse af, hvordan en akutafdeling og en stamafdeling¹ koordinerer og kommunikerer med hinanden i forbindelse med akutte patientforløb. Hvordan samarbejder man omkring det akutte patientforløb? Hvordan foregår koordinering og kommunikation på tværs af afdelingerne? Hvad er på spil?

Formålet med den etnografiske undersøgelse var at opnå viden om:

- Koordinerings-, kommunikations- og samarbejdspraksis
- Relevansen af et understøttende IT system
- Personalets brug og oplevelse af nuværende IT systemer

Undersøgelsen er gennemført med udgangspunkt i observationer og interviews i en akutafdeling og en stamafdeling på et akuthospital i Region Midt. Der er i alt gennemført 20 timers observationer i Akutafdelingen og 16 timers observationer i stamafdelingen fordelt på dag- og aftenvagter i maj og juni måned 2011. Observationerne er suppleret med to interviews med personale i Akutafdelingen og tre interviews med personale i afdeling B samt indledende møder med de to afdelingssygeplejersker. For yderligere omkring metode henvises til appendiks 1.

Forud for feltstudiet eksisterede der i projektgruppen en antagelse om, at der foregår nogle forhandlinger imellem afdelingerne omkring pladser. Disse forhandlinger har ikke syntes så fremherskende under feltstudiet. Til gengæld har samarbejdsudfordringer imellem de to afdelinger fyldt meget for personalegrupperne, og de har derfor også fået en central plads i denne af rapportering. Disse samarbejdsudfordringer er relevante at tage med ind i de teknologiske og organisatoriske overvejelser, ledelsen og systemudbyderen Cetrea A/S gør sig i forhold til forbedring af koordineringen på tværs af afdelingerne.

Følgende af rapportering præsenterer den viden, undersøgelsen har genereret. I det undersøgelsen beror på relativt få observationer og interviews, bør eksemplerne ses som case eksempler snarere end som repræsentative data.

¹ Hospital og afdelinger er anonymiserede. De to afdelinger benævnes i rapporten: Akutafdelingen og afdeling B. Desuden er alle personer anonymiserede.



2. Koordination

Koordination internt i de enkelte afdelinger og på tværs af afdelingerne fylder meget i og omkring det akutte patientforløb. Hvordan koordinering foregår og opleves i de to afdelinger skildres i det følgende.

2.1. Akutafdelingen og koordinering

Akutafdelingen er organisatorisk bygget op med en afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske samt to afdelingssygeplejersker. Afdelingen består af et modtagerafsnit og et 48 timers observationsafsnit. Afdelingen har i alt 26 pladser herunder 3 skadestuer. Personalet i afdelingen går på tværs – dvs. at de har vagter i begge afsnit.

I modtagerafsnittet har visitator (en erfaren sygeplejerske) overblikket. Hun tager imod telefoniske meldinger om patienter fra praktiserende læger, vagtlæger, ambulancer m.fl. Hun opstarter triage skemaet, skriver patienten på overbliksskærmen og koordinerer med sine kolleger vedrørende modtagelse og triagering af de indkomne patienter.

I observationsafsnittet er det koordinator, der står for at have overblik over patienter og pladser i afdelingen. Koordinator har en central rolle i forhold til koordinering omkring den akutte patient, når patienten skal op i en stamafdeling, på OP eller hjem. Desuden koordinerer hun med visitator omkring de patienter, der skal fra modtagelsen og ned i observationsafsnittet og med stamafdelingerne oppe i huset vedrørende ledige pladser og pladssituationen generelt. Der er udpeget en til at varetage koordinatorfunktionen i dag og aftenvagt, mens den deles i nattevagten.

Hver morgen danner koordinatoren sig et overblik over patienter i afdelingen og tager stilling til, hvilke patienter hun forventer skal op i hvilke afdelinger. Hun udskriver en liste over patienterne fra overbliksskærmen og noterer med kuglepen i marginen, hvor hun regner med, patienterne skal hen. Klokkeren 7.50 går koordinatoren op og mødes med de pladsansvarlige sygeplejersker fra de medicinske afdelinger samt den hovedpladsansvarlige fra Medicinsk afdeling, som oftest er oversygeplejersken eller en afdelingssygeplejerske. Her gennemgår de sammen patienter og pladssituation, og koordinator noterer ned på et skema (se bilag 1), hvordan sengekapaciteten ser ud i afdelingerne – hvor mange senge er optaget, og hvor mange forventes frigivet i løbet af dagen på baggrund af forventede udskrivelser. Stamafdeling B deltager ikke, idet de i stedet noterer deres sengekapacitet og forventede udskrivelser ned på overbliksskærmen kl. 8, 12, 14 og 17. Disse data kan ses på Akutafdelingens overbliksskærm.

I løbet af dagen ringer koordinatoren sammen med de andre afdelinger fast kl. 12.30 og 14, hvor hun igen noterer sengekapaciteten i afdelingerne ned på det udskrevne skema. Ofte kommer Medicinsk afdelings pladsansvarlige også ned og taler med koordinator i løbet af dagen. På travle dage ringer koordinator også rundt til afdelingerne udenfor disse aftalte tider. Er pladssituationen så presset, at alle afdelinger har pladsproblemer, tager man på oversygeplejerske – eller lægeligt bagvagt niveau stilling til, hvad der skal gøres – om man f.eks. skal forsøge at finde pladser på andre sygehuse.



Imens visitator udelukkende varetager visitator funktionen, varetager koordinatoren samtidig plejeopgaver og fungerer også ofte som rådgivende og vejledende i forhold til sine yngre kolleger. Hun indhenter status oplysninger på kollegernes patienter, opdaterer overbliksskærmen, bistår lægerne med oplysninger m.m., og svarer på opkald fra husets andre afdelinger, visitator osv. Sygeplejerskerne i afdelingen har koordinatorrollen på skift – dog er der nogle sygeplejersker, der trives bedre i rollen end andre, og dermed også nogle sygeplejersker, der har opgaven oftere end andre.

Koordinatorens vigtigste redskab er overbliksskærmene, som er hendes kilde til overblik over plads – og patientsituationen i Akutafdelingens modtagelse og sengeafsnit, samt det omtalte udskrevne skema, hvorpå hun i hånden noterer sengekapaciteten i de andre afdelinger ned.

2.2. Afdeling B og koordinering

Stamafdeling B har to sengeafsnit. Der er 22 pladser i hvert afsnit, hvoraf to af pladserne er reserverede til medicinske patienter. Organisatorisk er afdeling B under Stamafdeling Bs ledende overlæge og oversygeplejerske, og hvert sengeafsnit har sin egen afdelingssygeplejerske og eget personale. På skift har en sygeplejerske i hvert sengeafsnit koordinatorfunktionen.

Koordinatorens rolle er at have overblikket over antallet af patienter, hvor mange der forventes udskrevet, hvor mange planlagte patienter, der kommer, og hvilke sygeplejersker, der passer hvilke patienter. Koordinatoren har ideelt set ikke sine egne patienter, men det er ikke altid muligt at undgå, hvis der er travlt i afdelingen. Det er koordinatoren, der tager imod opkald fra Akutafdelingen, når en patient meldes op, og det er hendes ansvar at finde en stue til patienten. Når hun har fået en melding, skriver hun patientens navn og cpr.nummer på en seddel over akutte patienter, der hænger på opslagstavlen (bilag 2). Desuden skriver hun patienten ind i et altid åbent worddokument med en liste over afdelingens patienter (bilag 3). Det er også koordinatoren, der tager imod patienterne – både de planlagte og de akutte patienter. Hvis ikke hun har tid, er det hendes ansvar at finde en anden sygeplejerske til at tage imod patienten, og dette noterer hun ligeledes ned på sedlen på opslagstavlen.

Koordinatoren skal kl. 8, 12, 14 og 17 skrive antallet af patienter i afdelingen på overbliksskærmen – heraf hvor mange medicinske patienter man har samt antallet af patienter, man forventer udskrevet. Denne information har Akutafdelingen adgang til via sine overbliksskærme.

Koordinatorens vigtigste redskab er worddokumentet med en liste over afdelingens patienter. Dokumentet udskrives ved vagtskifte, og alle sygeplejersker har det på sig. Sygeplejerskerne og i særdeleshed koordinatoren tilretter dokumentet løbende på en bestemt computer, hvor dokumentet altid er åbent. Det er også på denne seddel, at koordinatoren noterer i marginen, hvis hun forventer, at en patient udskrives. Overbliksskærmen med OP information er også en vigtigt kilde til information om planlagte og igang-



værende operationer. Overbliksskærmen med oversigt over organkirurgiske patienter i Akutafdelingen bruges kun i begrænset omfang.

3. Kommunikation

Kommunikationen imellem de to afdelinger foregår primært via telefonsamtaler imellem de to koordinatore og mellem sygeplejersker i Akutafdelingen, der vil melde patienter op til afdeling B og koordinator i afdeling B. Der er mulighed for, at de to afdelinger kan chatte med hinanden via overbliksskærmen, men dette bruges kun i meget begrænset omfang. Begrundelse for ikke at bruge muligheden i afdeling B går blandt andet på, at det er nemmere at kommunikere via telefonen, fordi den har man hele tiden på sig. Skærmen ser man kun, når man er på kontoret – og det er ikke fast, at man kigger på den.

Kommunikationen foregår næsten udelukkende på baggrund af opkald fra Akutafdelingen til afdeling B i forbindelse med meldinger og i forbindelse med afklaring af pladssituation. En del patienter, der skal til afdeling B går først på OP. Kommunikation omkring disse patienter foregår derfor (også) imellem OP og afdeling B næsten udelukkende via OP overbliksskærmen. Ind imellem ringer afdeling B selv ned til Akutafdelingen for at få en patient op. Dette sker ikke ret tit, men ind imellem genkender koordinator f.eks. en patient på overbliksskærmen og beder selv om at få patienten sendt op. Det hænder også, at andre afdelinger selv henvender sig.

Akutafdelingens kommunikation med afdeling B består næsten udelukkende af telefonsamtaler, imens kommunikationen med blandt andet Medicinsk afdeling både foregår via personlige møder i løbet af dagen og via telefonsamtaler.

4. Samarbejde

Akutafdelingen er for de fleste patienter indgangen til sygehuset. Afdelingen er patientens første møde med sygehuset, og det er også herfra den første plan for deres forløb skitseres, og herfra de sendes videre op i stamafdelingerne. Akutafdelingen er dermed også en vigtig samarbejdspartner for stamafdelingerne og visa versa.

Idealet begge steder er det mest hensigtsmæssige patientforløb. Der opleves dog i begge afdelinger nogle samarbejdsudfordringer. Flere i begge afdelinger udtrykker, at samarbejdet på tværs af afdelingerne nogle gange ender i modarbejdelse frem for samarbejde. Problemstillinger omkring plads, koordinering og kommunikation er centrale. Nedenfor skitseres en række af de problemstillinger, jeg erfarer i forbindelse med observationer i begge afdelinger, og som adresseres i de efterfølgende interviews med personaler i begge afdelinger. Disse problemstillinger er relevante at tænke ind i det videre arbejde med koordinering og kommunikation i det akutte patientforløb.



4.1. Pladser på papiret og i praksis

Koordinatorerne i Akutafdelingen oplever, at den seddel, der opdateres til mødet kl.7.50, og telefonsamtalerne kl.12.30 og 14, og den oversigt afdeling B opdaterer på overbliksskærmen kl. 8, 12, 14 og 17 ikke stemmer overens med den virkelighed, de møder, når de ringer op for at melde en patient. De kan opleve, at de kl.12 har fået at vide, at en given afdeling har to ledige pladser, men når de så ringer op for at melde en patient kl.13 får de at vide, at der ikke er plads. Sengeafdelingen kan i mellemtiden have modtaget en patient tilbage fra Intensivafdelingen eller fra en anden afdeling eller et andet sygehus. Disse patienter går ikke via akutafdelingen, så akutafdelingen får ikke automatisk besked herom. En anden årsag til uoverensstemmelsen kan være, at en given afdeling ikke har udskrevet så mange patienter som forventet.

En sygeplejerske udtrykker sin frustration således:

"Jeg tænker at det er rigtig vigtigt, at vi får kommunikeret hver vores vej, for jeg fortæller dem, hvordan det er, men det er ikke altid, de er lige gode til at ringe ned og sige...Nu har de fortalt mig, at de faktisk havde 6 pladser, og de forventer nogen udskrevet, og forventer der kommer to ind - man kan sige, det er det, jeg kalkulerer med, så er det også rigtig vigtigt, at de ringer og siger til mig: nu er der simpelthen lige kommet fire ind et andet sted fra, så jeg har faktisk ikke flere pladser, og det er nogen gange der, det går lidt galt" (koordinator i Akutafdelingen)

4.2. Hvornår sendes patienten op?

Der er forskellige opfattelser af, hvorvidt observationsafsnittet i Akutafdelingen er et 48 timers afsnit eller ej. Optimalt set skulle det være det, men i Akutafdelingen er man af den opfattelse, at indtil de får flere pladser, er det ikke altid muligt at føre ud i praksis. Internt i akutafdelingen oplever jeg også, at der er forskel på opfattelsen. En sygeplejerske jeg taler med mener, at det er det, de skal have i baghovedet og forsøge at praktisere, mens andre mener, at patienterne skal op så snart, der er lagt en plan, og hvis ikke de umiddelbart skal udskrives.

Hvordan og hvornår patienter sendes op afhænger ifølge en koordinator af, hvor meget pres der er i afdelingen. Hvis der er pres på i Akutafdelingen ser verden "meld op ud", og så gælder det om at få dem op – er der roligt kan de blive liggende:

"Det kommer an på, hvordan presset er i afdelingen, fordi hvis der er hårdt pres på hernede, så gælder det selvfølgelig om at få dem gjort så hurtigt færdig som muligt, så de kan komme videre op i huset. Hvis ikke der er pres på hernede, jamen i dag, der har vi jo mange liggende fra i går, fordi der er pænt med plads, så ligger de jo bare og venter på, at der kommer en akutlæge og ser dem, så de ligesom kan få lagt en plan for dem, og hvad der skal ske...men hvis vi har rigtig meget run på, så kan vi godt være nødt til at få det gjort tidligere, så ku det være, vi havde gjort det i går aftes eller i nat eller...så deres ophold her ved os afhænger jo også rigtig meget af, hvor meget run der er på hernede" (koordinator i Akutafdelingen)

Nogle gange oplever koordinator i Akutafdelingen, at de er nødt til at prioritere, således at patienterne sendes op hurtigst muligt, hvis de alligevel skal flyttes:

"Jeg kan be' lægen om at kigge på nogle bestemte patienter først for at få skabt nogle pladser, og det er selvfølgelig ikke optimalt, men tit så har du nogle patienter, som skal flyttes alligevel...Men hensigten er i hvert fald, at vi ikke flytter patienter af pladsproblemer (...) vi sku' helst ikke flytte patienter op, som egentlig ikke havde behovet at komme op...men om de kommer op fire timer før eller siden gør jo ikke det store i deres patientforløb (...) men vi sku helst ikke flytte nogen op, der så kan udskrives dagen efter...ik' hvis det er mindre end to døgn's indlæggelse i hvert fald...og det sker jo alligevel nogen gange, og nogen gange er det også svært at spå om, hvad der lige kommer til at ske" (koordinator i Akutafdelingen)



Til tider oplever jeg – og personalet - at Akutafdelingen og modtagende afdelinger ikke altid har tillid til hinanden. Modtagende afdelinger kan ikke se, hvor mange patienter, der er i Akutafdelingen, og Akutafdelingen kan kun se pladssituationen i de andre afdelinger ud fra det, de har fortalt eller skrevet ned i systemet. De betvivler derfor nogle gange hinanden, som eksemplet nedenfor illustrerer:

Til et morgenmøde imellem koordinatorene fortæller koordinator fra medicinsk afdeling, at nattevagt sygeplejersken fra akutafdelingen havde haft ringet og sagt, at det brændte på, og de havde behov for hjælp, da de havde behov for at flytte patienter op. Det sagde medicinsk afdeling ja til, men der var ikke lagt en plan for den patient, der blev sendt op, og portøren fortalte, at de havde 5 ledige pladser i akutafdelingen. Det er medicinsk afdeling ikke tilfredse med, og de beder Akutafdelingens koordinator gå videre med det til ledelsen.

Ind imellem oplever koordinatorene i akutafdelingen, at der sås tvivl om pladssituationen i afdelingen. De mener, at det blandt andet kan skyldes, at overbliksskærmen både viser sengepladser og gangpladser. Gangpladserne er ikke reelle pladser, men benyttes, når der er pladsmangel. Når gangpladserne ikke er i brug, ser det dog på skærmen ud til, at der er flere ledige pladser i afdelingen, og det får portører, læger og andre til at tro, at der er masser af plads.

I Afdeling B er opfattelsen, at aftalen er, at Akutafdelingen er et 48 timers afsnit, men sygeplejerskerne har en forståelse for, at der ikke altid er pladser nok til det. Er der kun udsigt til et kort forløb for patienten, bør man for patientens skyld beholde patienten i Akutafdelingen, hvis de har plads. Man oplever ind imellem, at patienter sendes op og så selvom de måske kun skal have en kort indlæggelse, og selvom Akutafdelingen ser ud til at have plads til dem.

I Akutafdelingen synes den fremherskende holdning at være, at patienter bør sendes direkte op i stamafdelingen, hvis man ved, at det er en specialepatient, og man forventer en længere indlæggelse. I Akutafdelingen oplever man dog indimellem, at afdelingerne siger, at de ikke har plads, eller at de forsøger at modsætte sig at tage imod patienten.

4.3. Tolkning af aftaler og retningslinjer

Ovenstående problemstilling omkring, hvornår patienterne skal sendes op, og hvornår de skal blive i Akutafdelingen, om akutafdelingen er et 48 timers afsnit eller ej, og om patienterne skal op, når der er lagt en plan eller ej, synes at hænge sammen med oplevelsen af, at visse aftaler ikke tolkes ens.

I afdeling B oplever man f.eks. tit at modtage patienter, der ikke er lagt en plan for eller patienter, hvor de aftalte tjeklister ikke er udfyldt, hvor pårørende telefonnumre ikke er registreret, og hvor der ikke er taget højde for, hvorvidt patienten f.eks. har brug for at ligge på en specialmadras. Det resulterer ind imellem i diskussioner imellem personalet i de to afdelinger. Eksempelvis som nedenfor:

Jeg er sammen med koordinator i Akutafdelingen. En ung sygeplejerske kommer tilbage. Hun fortæller, at stamafdelingen ikke vil have patienten op i afdelingen, fordi der ikke er lavet væskeplan og taget blodprøver. En ledende sygeplejerske kommer ind i det samme, og hun siger, at det skal de. Når der er lagt en plan, og det er der, så skal de tage ham. Den unge sygeplejerske bliver bedt om at ringe op til stamafdelingen igen (feltnote).

Personalet oplever også, at nogle af de aftaler, der er indgået, er uhensigtsmæssige. En sygeplejerske i afdeling B kommer med et eksempel på en uhensigtsmæssig aftale. En patient der kommer for gastroskopi, kommer indledningsvis ind i Akutafdelingen og så op på OP, hvorfra patienten overflyttes til afdeling B udelukkende for, at afdeling B kan udskrive patienten kort efter. Sygeplejersken mener, at sådanne patienter bør gå tilbage i akutafdelingen og udskrives derfra, idet det er meget tids- og ressource krævende at skulle tage imod disse patienter og sætte sig ind i en masse omkring patienten for bare at skulle udskrive dem igen med det samme.

4.4. Os og dem

Akutafdelingen oplever ind imellem modstand fra modtagende afdeling, når de melder en patient op. De oplever, at der er mistro i forhold til, om det nu kan være rigtigt, at patienten skal op, og en manglende forståelse for det arbejde, de udfører i Akutafdelingen. En sygeplejerske udtrykker under et interview problemstillingen således:

"Koordinatorfunktion er rigtig strid, for vi kan jo ikke stoppe flowet herind i afdelingen – vi kan jo ikke sige til lægerne, at de ikke må sende patienterne herind eller sige til [ambulancerne], at de må køre et andet sted hen (...) så vi bliver jo ved med at få patienter ind (...). Jeg tror, at de andre sygeplejersker fra de andre afdelinger kunne have godt af at komme ned og se, hvordan det egentlig ser ud hernede, fordi når vi så ringer op og melder patienter og får at vide, jamen vi har ikke flere pladser – jamen den mulighed har vi jo ikke, det kan vi jo ikke sige, så vi har tit nogen liggende på gangene og siddende rundt omkring...Jeg tror, at forståelsen den lidt mangler" (Koordinator i Akutafdelingen)

Vice versa oplever afdeling B også en manglende forståelse for og kendskab til deres rytme. De oplever ofte at skulle dobbelttjekke en masse, når patienten kommer op, fordi det ikke er gjort ordentligt – tjeklister er ikke udfyldt, patienten ligger på en for dårlig madras, der er ikke skrevet telefonnumre på pårørende ned osv. Man oplever også, at patienterne tit sendes op lige ved vagtskifte. En sygeplejerske fra afdeling B udtrykker sin oplevelse nedenfor:

"(...) det føles som om det bare er ekspedition – det er bare nogen der kommer ind, og så skal de videre. Vi får nogle gange nogle op som er grædefærdige og (...) det første indtryk betyder utroligt meget, så vi bruger egentlig mange ressourcer på at ændre på nogle ting...det er som om, at det ikke lige er sygeplejen, de kigger på. Vi kan have nogle gamle dårlige patienter, som ligger på den dårligste madras dernede, og så kommer de op i afdelingen, og så skal vi til at flytte dem...hvor det betyder utroligt meget at komme i den rigtige seng fra starten (...) Det føles mange gange som ekspedition – de skal bare videre – de er et nummer, der bare skal videre" (sygeplejerske i afdeling B).

Samme sygeplejerske kommer med et eksempel:

"En patient kommer op, som har stomi, og så har de ikke stomipose på - så ligger der bare en forbindelse, og så tager vi det, og så ringer vi, og så siger de, jamen vi havde ikke lige en stomipose, og sådan er der flere ting" (sygeplejerske i afdeling B).

Begge afdelinger stræber efter det mest hensigtsmæssige patientforløb, men i en travl hverdag og på dage med rigtig mange patienter, føler man sig tvunget til i højere grad at fokusere på pladssituationen – i sådanne situationer oplever sygeplejerskerne begge steder ind imellem samarbejdet som modarbejdelse, og retorikken omkring os og dem og vores og deres patienter bliver skærpet.



5. Indsigt – to afdelinger, to stemmer

I dette afsnit præsenterer jeg læseren for to sygeplejerskers refleksion omkring kommunikation og koordinering i forbindelse med det akutte forløb internt på hospitalet. Erfaringerne skal ikke opfattes som repræsentative, snarere som refleksioner, der kan give input til hospitalets og systemudbyderens videre arbejde med den interne praksis og koordinering omkring det akutte patientforløb.

5.1. Interview med koordinator i Akutafdelingen

Lotte er i 50'erne og sygeplejerske i Akutafdelingen, hvor hun har været ansat nogle år. Hun oplever, at der er stor forskel på de akutte patientforløb, fordi der er stor forskel på dagene, på patienterne og på personalet.

Skal patienten blive eller videre?

Lotte fortæller, at hvis de kan se, det bliver et kortere forløb bliver patienten i observationsafsnittet i Akutafdelingen. Observationsafsnittet er et 48 timers afsnit. Er der udsigt til mere behandling sendes patienten op i stamafdelingen. Lotte fortæller:

"Det skal jo sidde i baghovedet på os ikke også. Hvis der ligger undersøgelser og plan for behandling indenfor det tidsrum, så bør hun blive her. Det der er vores problem er, at vi tit ikke har plads til det. (...). Vi har vendt os til, at vi kommer mere over i den rille, der hedder flow flow flow på grund af vores pladssituation"

Der er forskel på, hvornår personalet mener, at patienterne skal sendes op. Retningslinjerne er ikke så klare, og derfor er det ifølge Lotte meget en temperaments- og holdningssag. Samtidig mener Lotte heller ikke, at man kan gøre det for stramt, fordi dagene er så vekslende. Men som udgangspunkt er det et 48 timers afsnit, og ved man, at de har fuldt oppe i huset, er Lottes holdning, at man bør fornemme, om man kan afslutte nogle patienter her i stedet for at sende dem op. Det grundlæggende bag alle beslutninger bør altid være "hensigtsmæssige patientforløb".

Over halvdelen af de akutte patienter udskrives direkte fra Akutafdelingen. Af de resterende går de fleste patienter via akutafdelingen op i huset. Er det en specialepatient, skal afdelingen som udgangspunkt tage imod patienten, men Lotte oplever ofte, at de må vente med at sende patienten op, fordi man er midt i maden eller medicingivningen eller noget andet. Hun kommer med et eksempel fra dagen forinden, som hun dog understreger heldigvis ikke er helt typisk:

"I går lavede vi en aftale om at holde en patient et par timer mere for at hjælpe dem på afdelingen, fordi, at de havde mors, og de sku' ha flyttet ud, og det var to vikarer og sådan noget (...), så den patient beholdte vi lidt hernede for at hjælpe dem (...) Der har vi haft ringet op, og så siger de åhh og sådan og sådan og på den og den måde, og da bliver aftalen, at det kan vi godt"

Når patienter meldes op

I forhold til afdelingernes modtagelse af meldinger af patienter fra akutafdelingen, har de altid karakter af, om de har fyldt op og har travlt. Lotte mener, at det nok ofte har været sådan, at så længe patienterne er i akutafdelingen er det "deres" patienter, og de behøver derfor ikke spekulere på dem. Nu arbejder ledelsen på et paradigmeskift fra



"vores - deres patienter" til, at det er "fælles patienter". Samtidig har hun en forståelse for, hvorfor det er sådan, for hun ved, at afdelingerne ofte har " travlt, megafyldt og ingen pladser" – men har man også fyldt her, kan det ikke nytte noget, "så er vi der, hvor vi siger jamen - og det gælder både [afdeling B] og [afdeling x]...og vi er nødt til at sige, at så skal der tages fat i nogen af dem, der kan finde løsninger – oversygeplejersker og bagvagter og så videre".

Et andet problem er, ifølge Lotte, at ved vagtskifte får man som koordinator at vide, hvor mangle pladser, der er (dagvagt koordinatoren har haft ringet rundt til afdelingerne kl.14.30). Og når man så ringer op og vil melde en patient, får man at vide: "vi har ingen pladser". Det er jo en helt anden melding, end man fik fra dagvagt koordinatoren. Akutafdelingen får ikke at vide, hvis pladserne f.eks. er blevet optaget af hjertemedicinske patienter eller intensiv patienter. Lotte har et ønske om, at man sammen kan sikre, at der er en eller anden overlevering, der stemmer overens: "Der mangler et system, der gør, at vi har en fælles fornemmelse alle sammen".

Løsning

Lotte reflekterer over, hvordan man kan løse ovenstående problemstilling. Alle afdelinger har ikke overbliksskærme – hvis alle havde det, kunne man gøre som med afdeling B. Problemet her er, at "de glemmer at opdatere det". Samtidig er det ikke nok, at det kun opdateres ind imellem. Det betyder, at det kan se ud som om de har fem pladser, men når man så ringer op, har de det ikke. Hun fortsætter:

"Vi kan ikke nøjes med kun at vide det klokken det og det...det kan vi til dels for vi kan jo også tage telefonen og ringe op, men vi skal jo ikke gøre det for tit – vi skal jo ikke genere hinanden mere end nødvendigt er".

Jeg spørger om det er nok, at systemet viser pladser, eller om det også bør indeholde informationer om f.eks. travlhed, vikarbemanning, sygemeldinger osv., så man tager højde for det, eller er det, der gælder: har de pladser eller har de ikke pladser? Lotte svarer:

"I går aftes var der jo to vikarer på [afdeling x], og der blev så taget det hensyn, men som jeg siger, hvis afdelingsledelsen har vurderet, at de to vikarer kan passe det afsnit, så kan jeg ligesom ikke se, at vi skal... det er ikke vores opgave at tage ansvaret for den afdeling (...). Det er afdelingsledelsen, der må tage det ansvar for, at de kompetencer er der, som der skal til for at varetage opgaverne"

Selvfølgelig er der hensyn, siger Lotte, og sygemeldinger har man i baghovedet, hvis man ved det, men det nytter ikke noget, hvis man har en fuld afdeling, og der er patienter, der hele tiden kommer. "Så synes jeg, at problematikken skal løses et andet sted – ved afdelingsledelsen".

Det ville desuden være optimalt, hvis pladsoversigten blev ajourført hele tiden. Kunne det trækkes ud fra eksisterende systemer som det administrative grønne system "ville det være rigtig smart!". Personalet er jo optaget af andre ting, så det ville være "suverænt, hvis man kunne det!".



Samarbejdet

Kendskab har afgørende betydning for, hvordan samarbejdet fungerer, er Lottes erfaring.

"Efterhånden som man får snakket med den samme person gentagne gange, og man får snakket med hinanden og får lært hinanden en lille smule at kende i telefonen, det hjælper jo, det hjælper jo, når man kan sige, nå ja I havde da vist en værre aften i går, og der går jo lige lidt tid, inden man får den der fornemmelse – det hjælper absolut. (...) Det ville jo være optimalt, men det er måske ikke realistisk – det ved jeg ikke...men hvem ved, man kunne da have en temadag på et tidspunkt, der hed overgange imellem afdelinger (...) Der var faktisk en af de faste aftenvagter oppe på [afdeling x], som jeg syntes, der var frygtelig svær at samarbejde med som koordinator (...), og det at møde hende (...) har gjort en stor forskel – vi snakker sammen helt anderledes nu, kan meget bedre få tingene klaret af".

Lotte tror også, at de rammer, der er blevet lagt omkring tingene fremmer rigtig meget, så det, der bliver arbejdet med fra ledelsens side omkring rammer og forståelse, har stor indflydelse på samarbejdet.

Kommunikation har stor indflydelse både negativt og positivt på samarbejdet. Den positive kommunikation bunder i "forståelse for helheder, sammenhænge og patienten, der skal være i fokus". Netop "de der gode hensigtsmæssige patientforløb – det er det, der er afgørende". Men det er ikke altid muligt at planlægge det mest hensigtsmæssige forløb for patienten pga. pladssituationen. "Vores betingelser kommer til at fylde for meget ind imellem...". Pres og travlhed påvirker i høj grad samarbejdet negativt.

5.2. Interview med koordinator i afdeling B

Pia er i begyndelsen af 30'erne og har været i Afdeling B i mere end 5 år. Hun oplever, at der er nogle forhold, der gør, at samarbejdet med Akutafdelingen ikke altid forløber optimalt. Samtidig har hun stor forståelse for, at det er sådan.

Det akutte patientforløb

De akutte patienter visiteres i akutmodtagelsen og gennemgås af bagvagten. Det er bagvagten, der skal vurdere, om patienten skal op. Hvis det kan ordnes på 48 timer, må de blive – skal de være indlagt længere tid, skal de op. Melding fra akutafdelingen foregår per telefon. Her fortæller de patientens stamoplysninger, hvad patienten er kommet ind med, hvad der er observeret, plan m.m.

Pia oplever, at de akutte patienter tit meldes om aftenen og tit midt i vagtskifte. Det oplever Pia som frustrerende, da det tit giver dobbelt – og overarbejde. Pia oplever en problemstilling i forhold til pladssituationen i akutafdelingen:

"Det er måske sådan, at de desværre ikke har de rammer nede i akutafdelingen, som de måske burde have, hvilket jo så lidt går ud over os heroppe, fordi at de ikke har plads til dem (...) plads og bemanning, og i det hele taget, at de ligger jo tit lynhurtigt ude på gangene, og så kommer de op til os, selvom de egentlig ikke er parate til at komme op til os eller de kan gå hjem et par timer senere, og det er jo egentlig ikke det, der er meningen med modtagelsen – de korte forløb de skal blive dernede ved dem og udskrives dernede fra, så de ikke skal to steder hen"



I afdeling B har man 25 senge, men man er ikke normeret til 25. Det betyder, at man tit har flere patienter, end der er personale til, fordi afdelingen skal tage imod egne patienter.

Samarbejdet

Til spørgsmålet om, hvordan Pia oplever samarbejdet med Akutafdelingen, svarer hun:

"Samarbejdet er tit præget af frustrationer, fordi de [patienterne] tit ikke er ordentligt klargjort nede fra deres side af, og det bunder i, at de ikke har tiden til det og måske igen rammerne (...), men det kan godt være sommetider lidt frustrerende, at vi skal lave meget af deres arbejde heroppe ved os, fordi det ikke er gjort...der er mange ting vi får at vide, at patienten er fuldstændig klar til operation, og så er der bare så mange ting, som ikke er blevet gjort, som er fuldstændig grundlæggende (...). De har jo deres tjekliste, som de skal lave dernede, og vi har jo vores – de er jo blevet lavet i samarbejde sådan, så de supplerer hinanden".

Til gengæld oplever hun, at hvis hun gør dem opmærksom på, at noget mangler, så sørger de for, at det bliver gjort.

Pia oplever også, at beslutningen om, at patienten skal op ikke altid er cleareret med bagvagten:

"Det er faktisk gået så vidt, at vi har fået lov af vores administrerende overlæge og spørge om: er det blevet gennemgået af bagvagten inden, at de melder dem, for der har været nogle gange, at de bare har meldt dem alt for hurtigt, uden at det er blevet vendt med bagvagten, så det har vi fået lov at spørge dem om, når de ringer og melder dem, selvom det er jo sådan lidt mistillids..."

Koordinering og kommunikation

Pia oplever, at mange ting kan forbedres i samarbejdet omkring koordinering. Hun er opmærksom på, at akutte patientforløb ikke kan sættes i for faste rammer, men hun synes godt, man kan kigge på, hvornår patienterne meldes op – det passer bedst i dagtid, hvor der er flest personaleressourcer og i aftenvagte efter kl.18. Vagtskifte er et træls tidspunkt og fra 15-18 er der som regel rigtig travlt, for man skal nå at læse på patienter, mange pårørende ringer, og mange kommer på besøg og skal høre, hvordan det står til, man skal rundt og hilse på patienterne og give medicin og aftensmad. Fra kl. 18 er de mest hektiske timer overstået, så derefter er der mere pusterum til at tage imod.

Hun oplever også, at koordinator tit ringer op vedrørende pladssituationen, selvom de har aftalen om, at de skal bruge skærmen "vi skal jo prøve at forstyrre hinanden mindst muligt, og når vi nu har aftalen (...), men ellers synes jeg også, det er rart, at man kan gå ind og se: jamen hvor mange er der, der er mulighed for at komme op til os, og så kan man jo altid lige gå ind og lige læse på dem". Umiddelbart mener hun dog, at det egentlig er lige meget, om Akutafdelingen kan se deres pladser her, for uanset om de har 0 eller 5 pladser, så skal afdeling B tage imod egne patienten.

Som koordinator oplever Pia indimellem kommunikationen og samtalen med akutafdelingen som kontrollerende:

"Jeg har altid mine forbehold, og der er mange ting, som jeg tjekker op, om det er blevet gjort i og med, at man har haft de oplevelser (...) for eksempel, hvis der er en, der har en ventrikelsonde nede i ventriklen,



og derfor ikke må spise og drikke...og så siger vedkommende, jamen hun må gerne drikke, jamen det er jo for eksempel ikke særlig smart, for så bliver det suget op igen, for formålet med at have sådan en sonde er, at tarmene jo egentlig skal have lidt ro, så det er jo så ikke særligt smart, at de så bare drikker løs, så ryger pointen lidt (...) jamen hvad så med iv væske - er der blevet hængt noget op? (...) og blodprøver er der nogen nye blodprøver, der skal tages til i morgen?, og hvis de skal starte op med antibiotika, jamen er der blevet startet op med det dernede? (...), og værdier er de blevet målt? og er der blevet ernærings-screenet og sådan nogen ting...telefonnumre er de..."

Pia oplever det som en ikke helt ligeværdig "tjek-op samtale", hvor hun får en kontrollerende rolle, fordi hun så ofte har oplevet mangler. Hun har også for eksempel brug for at vide, hvor mobile patienterne er – er de kørestolsbrugere, er de lift brugere, er de selvhjulpne, er de demente "sådan nogen ting som har betydning for, hvor man placerer dem henne". Hvorvidt den information hører til på skærmen, ved hun ikke, da man også skal passe på med, at der ikke bliver tilføjlet for mange stikord.

Hun oplever ikke et behov for at få information via skærmen om, om patienten tænkes op – det kan hun godt selv danne sig en fornemmelse af via det, hun allerede kan læse. Det der er relevant for hende er at få besked om, hvornår de kommer – at de er klar samt tidspunkt for, hvornår de meldes op er relevant.

Forslag til forbedring af samarbejdet

For at samarbejdet for alvor kan blive bedre, mener Pia, at Akutafdelingen må få en bedre bemanning og bedre plads samt lidt bedre oplæring i specialerne, så de er lidt bedre klædt på. Hun ønsker, at de kan se det lidt fra "vores side af, men de har det sikkert også træls med os". Hun foreslår, at det måske kunne gavne, at man havde noget udveksling – at de kunne prøve at komme op i afdeling B i en vagt, så de kan se, hvad der sker her, og de kan komme derned og se, hvad der sker der – "det hjælper, hvis man kan se det lidt fra den anden side og forstå: hvorfor er det træls for os, og hvorfor er det træls for dem".

6. Refleksioner og anbefalinger

Personalet i de to afdelinger oplever ikke altid, at rammerne er til stede for, at samarbejde, koordinering og kommunikation imellem afdelingerne kan fungere optimalt. Samtidig er der en række organisatoriske og teknologiske aspekter, der i personalets øjne kan være med til at løfte samarbejdet. Nedenfor præsenteres afslutningsvis en række refleksioner omkring disse aspekter samt en række anbefalinger til sygehusets og systemudbyderens fremtidige arbejde med at forbedre koordineringen omkring de akutte patientforløb.

6.1. Teknologisk – Overblik og indsigt

Overbliksskærmene bliver brugt hele tiden i Akutafdelingen, og personalet giver udtryk for, at de slet ikke ville vide, hvordan de skulle klare sig uden. Skærmene er samlingspunkt for såvel læger som sygeplejersker, og det er med skærmene foran sig, at koordinator og visitator udfører deres funktion. I afdeling B bruger man også overbliksskærmen, men imens personalet ofte bruger OP skærmen og chat muligheden her, bruges skærmen med oversigt over akutafdelingens kirurgiske patienter i mindre grad. Man bruger sjældent chat funktionen, og det sker, at koordinator ikke får opdateret



pladsoversigten – simpelthen fordi skærmen ikke i samme grad som i akutafdelingen er afgørende for koordineringen.

I Akutafdelingen ønsker man sig en oversigtsfunktion, hvor man har adgang til at se pladssituationen i alle de samarbejdende afdelinger. Oversigten skal være dynamisk og automatisk opdatere sig løbende, når patienter indlægges og udskrives. Man ønsker også at kunne se, hvor mange patienter, afdelingen forventer udskrevet i løbet af dagen, og hvor mange elektive patienter, der er planlagt, således, at de tal, der står er reelle, så koordinator kan gå ud fra dem i sin planlægning.

I afdeling B ønsker man gensidigt at kunne se Akutafdelingens pladssituation, så man har en fornemmelse af, hvor pressede de er. Samtidig fungerer det godt at kunne se egne organkirurgiske patienter med lidt flere detaljer, og det er ønskeligt, at man i Akutafdelingen skriver ind, så snart man ved, hvornår man regner med, at en given patient går op i afdeling B evt. med et anslået tidspunkt. Man kunne evt. benytte chat muligheden fra afdeling B's side til at give en tilbagemelding på tidspunkt m.m. – men dette skal indarbejdes i arbejdsrytmen, idet man har telefonen på sig, imens skærmen og dermed chatmuligheden er på kontoret.

Den åbenhed ønsker man langt hen ad vejen både i Akutafdelingen og i afdeling B. En sygeplejerske fra Akutafdelingen udtrykker det således:

"Det er jo ikke fordi vi ikke selv gider passe vores patienter – det er jo af hensyn til deres forløb, og fordi de er færdigbehandlede fra vores side, at de bliver sendt videre, og det ville kunne blive synliggjort mere, når de også kan se, hvad vi har liggende af patienter" (koordinator Akutafdelingen).

På baggrund af undersøgelsen anbefaler jeg derfor, at systemudbyderen arbejder videre med deres overblikfunktion, således at afdelingerne får adgang til dynamisk at kunne følge pladssituationen i relevante afdelinger. Akutafdelingen bør have adgang til at kunne følge pladssituationen i alle samarbejdende afdelinger, imens stamafdelingerne som udgangspunkt bør have adgang til at følge pladssituationen i akutafdelingen – med mulighed for at få lidt flere informationer på egne patienter (som tilfældet er i dag med afdeling B). De ønsker information, som de kan tilgå via skærmen så snart, der f.eks. er lagt en plan eller tænkt en tanke omkring overflytning – gerne med tilføjelse af et anslået tidspunkt.

I begge afdelinger er man enige om, at ressourcespørgsmålet er et ledelsesansvar, og man ønsker derfor umiddelbart ikke, at afdelingens vikar – og sygemeldingssituation f.eks. skal fremgå. Ressourcesituation såsom vikarbemanding, sygemeldinger osv. er afdelingsledelsens ansvar, og er derfor som udgangspunkt ikke relevant at synliggøre. Det er som en sygeplejerske sagde, noget man har i baghovedet, men det er ledelsens opgave, at afdelingen er bemanded til at tage sig af sine patienter. Til gengæld er det fint at kunne se, hvem der er koordinator i den samarbejdende afdeling – evt. med billede, så man i højere grad har et ansigt på personen i den anden ende.



6.2. Organisatorisk – Kendskab og forståelse

Os og dem – vores og jeres fylder en del i samarbejdet imellem afdelingerne. Både i akutafdelingen og i afdeling B er man klar over dette, og man har også en forståelse for, hvorfor det er sådan. Man er opmærksom på, at et bedre kendskab til hinanden og til hinandens rytme og opgaver kunne være med til at højne respekt og forståelse for hinanden og dermed højne kvaliteten af samarbejdet og kvaliteten af patientforløbet.

Jeg anbefaler, at sygehuset fortsætter med at arbejde på at højne kendskabet og tilliden til hinanden på tværs af afdelingerne, så man nærmer sig et fælles ”vi”, et fælles ”vores” patienter og et fælles fokus på patientforløbet. Under de fem interviews kommer følgende to forslag frem, der kan være med til at fremme kendskab og forståelse på tværs af afdelingerne og samtidig bidrage til at sætte den fælles patient i fokus:

- Studieture eller vagter hos hinanden, hvor man får indblik i hinandens rytme og udfordringer, og man får ansigter på hinanden
- Fælles temadage om det tværgående akutte patientforløb, så man samarbejder, lærer hinanden at kende og sætter patienten i fokus.

6.3. Rammer – Kapacitet og aftaler

Ressourcer og omgivelser i de forskellige afdelinger spiller i høj grad ind på samarbejdet, på muligheden for at leve op til de aftaler, der er indgået imellem afdelingerne og på muligheden for at tilrettelægge det akutte forløb mest hensigtsmæssig for såvel patient som personale. ”Det hedder sig jo, at hvis patienten kan udskrives i løbet af 48 timer, skal de blive dernede [i Akutafdelingen] i 48 timer”, men som sengekapaciteten er nu, kan det ofte ikke lade sig gøre.

På baggrund af de udfordringer personalet oplever, anbefaler jeg, at rammerne - såsom kapacitet, ressourcer og klare aftaler – er der for et vellykket og hensigtsmæssigt patientforløb.

6.4. Afrunding

Som belyst i kapitel 2, bruger personalet – specielt i Akutafdelingen – i dag megen tid på koordinering i form af møder, telefonsamtaler og manuelle opdateringer af udskrifter og overbliksskærme. At understøtte koordineringsprocesserne med overbliksskærmene er derfor en oplagt mulighed for også at høste en effektiviseringsgevinst, hvor sygeplejerskerne kan bruge mere af deres tid sammen med patienterne. Tager systemet samtidig afsæt i de aftaler, der er indgået imellem afdelingerne, så der i mindre omfang opstår misforståelser i forbindelse med tolkningen af aftalerne, er der samtidig mulighed for at mindske den mistro, der udfordrer samarbejdet imellem afdelingerne og samtidig forbedre det sammenhængende patientforløb.

Samtidig viser rapporten, at der er en række organisatoriske elementer, der udfordrer koordineringen omkring de akutte patientforløb. Afdelingernes manglende kendskab og tillid til hinanden skaber en os-dem relation, som også udfordrer samarbejdet omkring



det akutte patientforløb. Det er derfor vigtigt, at man har for øje, at man ikke skaber yderligere distance imellem personalegrupperne ved at implementere IT baserede koordineringsredskaber – og at disse suppleres med, at man samtidig arbejder med den organisatoriske ramme.



Appendiks 1: Metode

Jeg har i månederne maj - juni 2011 gennemført et feltstudie på et akutsygehus i Region Midt. Fokus har primært været intern koordinering og kommunikation i forbindelse med det akutte patientforløb. Feltstudiet har primært bestået i (deltager)observationer i forbindelse med 10 vagter fordelt på formiddag, eftermiddag og aftenvagter, samtaleinterviews i denne forbindelse og semistrukturerede interviews med i alt 5 personaler. Alt i alt har jeg tilbragt cirka 20 timer i Akutafdelingen suppleret med to interviews á ca. 45 minutter og 16 timer i afdeling B suppleret med tre interviews á 25 – 35 minutters varighed.

(Deltager)observation

Under feltstudiet har jeg primært fulgt det sygeplejefaglige personale i deres arbejde med henblik på at få en viden om kommunikation og koordinering omkring det akutte patientforløb på tværs af to interne hospitalsafdelinger. Under deltagerobservationen har jeg desuden fået indblik i læger og lægesekretærernes arbejde.

Samtaleinterviews med personale

Sideløbende med mine observationer, har jeg foretaget en række samtaleinterviews med det sundhedsfaglige personale. Dette for at få uddybet min viden om det akutte patientforløb, og for at få belyst, hvordan personalet oplever denne praksis. Disse interviews er foregået ind imellem sygeplejerskernes opgave, i medicinrummet, på kontoret og har tilpasset sig dagens tempo og aktivitetsniveau.

Anonymitet og etiske overvejelser

Under feltstudiet har jeg hovedsageligt fået adgang til mine informanter via afdelings-sygeplejersken. I denne rapport nævnes ingen informanter ved navn, men da medarbejderstaben er relativt lille, kan medarbejderne muligvis genkende sig selv og hinanden i rapporten. Dette er deltagerne informeret om. Desuden er hospital og afdelinger anonymiserede.

Analyse og validitet

Undersøgelsen er kvalitativ og relativt lille. Den er dermed ikke kvantitativ repræsentativ. Den giver et billede af den interne praksis omkring det akutte patientforløb imellem to afdelinger på et akutsygehus og bidrager desuden med en række tematiske betragtninger, der relaterer sig til intern koordinering og kommunikation omkring det akutte patientforløb.

Samtykke

Undersøgelsen følger Region Midts generelle retningslinjer for omgang med personoplysninger og tavshedspligt. Jeg har hængt skriftlig information omkring undersøgelsen op i personalestuen, og personale der har deltaget som informanter har desuden modtaget mundtlig information om projektet.



Bilag

Bilag 1: Akutafdelingens plads-skema

Status over medicinske patienter og kirurgiske patienter inkl. Akutafdelingen den 15/06-11
 Medicinsk Afdelings pladsansvarlige i dag er Kirsten [redacted] tlf. 26780
 Læge til patienter i lånesenge i dag er _____ tlf. _____

midt

Afdeling (pladser)	Telefon	Indlagte patienter													
		Status ved 07:50 Med. 07:50	1. afd.	Amh / overb.	Paati Acad	Isak- son Acad	Indlagte inkl. overb. afgivet	Status ved kl. 12:30	Status ved kl. 14:00	Status ved kl. _____	Ekstra læge- senge	Udenbys læge- senge			
Akutfld. (17 + 4 stole)	Koord./læge-afdel. Med. Medicinplads Akutafdelingen 25233 25233	Med. 309						19/							
(40)	26763	18/9/10 12/22/2	37		1	0	2	37	36						
(9)	Koordinator 26604	7/5	12	0	1	0		12/20							
(21)	Koordinator 26905 26904	23						25							
(12)	Koordinator 29602	15	0	15	0	0									
Medicinske patienter i lånesenge:															
1								1/1 med							
1								1/0 med							
1								1/16 med							
2								0							
Intensiv (7)	Koordinator 29902	4/10													

Status = Information udveksles mellem Akutafdelingen og afdelene ved at sende antal patienter og antal liggere. Ved udgang til KRITISK overfølelse kontaktes afdelingsledelsen.
 1 eksempel til bagvæggen ved læggenes morgenkonference. 1 eksempel til _____ på telefon 29596
 Original opbevares og ajourføres i akutafdelingen v/koordinator dagen igennem.

Medicinsk afdeling

Direkte +45 7862 5662 | www.regionmidtjylland.dk | _____

Revideret 5/5 2011

VEND →→→

Bilag 2: Meldte akutte patienter afdeling B

AKUTTE patienter d. 22/6-11
Patient antal i alt [redacted]: 25 [redacted] 27
D.V. Koordinator: [redacted] Camilla [redacted] Gina
A.V. Koordinator: [redacted] Hanne [redacted] Lisbeth

Ledige pladser kl:	Navn:	CPR-nr.:	Diagnose:	Stue:
7< [redacted] 3 [redacted] 0				

Pt. der kommer til afd. i dagvagt: skrives med blå, aftenvagt skrives med grøn, nattevagt skrives med rød



Bilag 3: Afdeling B's dokument med oversigt over patienter

STUE	NAVN ALDER	INDL. DATO	Den 28. juni 2011	SPL	1,2, 3.	KOST	
402	Jenny	71	KORT: diagnose, operation m.m. Kolektomi + ileostomi d. 29/6 / EPI				
404.1	Jens	66	Dehydratation, Nedsat appetit. Ct af abd d. 27/6 Tidl.c-colon. Ileostomi + urostomi. Meget mistroisk	ASH	1		
404.2	MED. pt						
406.1							
406.2	Torben	49	Abscess scrotum OP 26.06 X skiftes i afd 28/6	RMG	1	FK	
406.3							
406.4	Jesper	20	Kommer fra Møgelkær Pil.Cyste OP d 22/6 skiftes på OP 28/6 Kan gå på orlov i mellemtiden.	RMG	1	F	
408.1	Margit	55	Acc. Colon 27/6 KAD EPI 4 ml/l.	RMG	3	Projekt FK	
408.2	Lone	53	Overflyt fra THG OP 17/6 fj. Liposarkom (20 kg) + nefrektomi, splenektomi og hemikolektomi OBS smerter.	CBF	2	FK Kostreg.	
410.1	Karin		Retur fra P280. D.20/6 resektion af stenotisk tarm, affastende loop ileostomi. % sup medicin pga lav anestetose	EMB	2	FK SK 830 Kostreg.	
410.2	Grete	66	Lap. Sigm. Loop Transverso Stomi d. 20/6 - OBS lækage JJ KAD ove tømning af pose + skift af pose Udskr 29/6 ??	CFB	2	FK	
410.3	Lissy	75	Tidl 3 abscesser 09.06 ho si hemikolektomi CVK AB Fascieruptur d. 14/6 OBS: Ernæring, mobilisation sivning fra drænhul og cicatricien Gyn tilsyn 22/6 +28/6	EMB	2	FK kostreg	
410.4	Ulla	77	Obs Ileus - kendt c. recti - CT scanning -> ileus AB V-sonde til sug CVK 20/6: fj af knælalloplastik X Don-Juy - må støtte 20kg	EMB	2	Flydende SK 2100 Væskereg.	
412	Gerda	90	Hartmann OP 24 + 25/6 Hemiparese Dræn stomi EPI 5 ml/t CVK AB KAD OBS reparation meget sovende	BHY	3	FK SK 1600 + 1 l. KNaG	
414.1	Niels	81	Sigm.Tumor- ilagt stent OBS øget RF samt ilt forbrug! Dement KAD AB lv beh. Til d. 8/7 Liftbruger - plejehjemsbeoer Positive venyler med gærsvampe, medicin fra Århus.	HHH	3	FK kostreg	Udfyldte gult skema/
414.2	Jens	80	Overflyt fra Skejby. Transversostomi efter aorta ruptur 2-in Stomi mobiliseres med prærikestol Urin D/R/ AK beh. rgt af thorax d. 22/6 - pneumoni + 4 kg urix	AÅJ	2	FK kostreg	
418.1	Svend	79	Acc.colon Lap.resek.sigm. OP d 20/6 AB evt. tbl?? AK beh. rgt af thorax d. 22/6 - pneumoni + 4 kg urix	CIN	2	FK	
418.2	Carl	66	Acc. Colon Ho. Hemi. åben 25/5 + OP fri luft d 30/5 CT 09.06 flere små abscesser CT 21/6 -> ja AB Såret spaltet 10.06 -> sek.sutur d. 15/6 -> særskift dagl. Ileostomi -> grodet output ove tømning + skift Pleuradræn sep 24/6 -> pleuravæske sendt til D+R.	TKP	3	Pause med SK 1300 FK kostreg	OBS AB til nye tidspunkter efter aftale med Pt.
405.1							
405.2	Bitten	79	Abd smerter EKG-forandringer Coronarenzymer + nyt EKG skal tages kl 20 x taget kl 22 Gastro + koloskopi 27/6 viser i.a udskrivelse d. 27/6? Udrense 26/6 x	MME	1	FK	UDSKR
405.3	Johanne	60	Koloskopi u. anæstesi d. 28/6				
405.4	Jenny	82	CT d 12/6 -> inflammation i colon Ny CT-scanning 23/6 - svar X jorosomucuid Aff. Prøver X MR-scan 27/6 -> ovarie cyste -> afv. gyn tilsyn / Koloskopi 29/6 udrenser d 28/6	MME	2	Vandigt flyd Kostreg	
407.1							
407.2	Harry	64	Åben indlæggelse. OBS sm. OBS aff og flatus V-sonde IV CVK SK-Ernæring 1600+vitaminer til Nat. OBS 2-3 liter væske dg. Til hustrus fødselsdag 27/6	CIN	2	Vandigt 1000 ml SK 2100	

Hannah: D. 28/6 kontakte HTO mhp udfyldelse af forsikringspapirer (ligger i orlovskassen) + udskrivelse/ epikris
Pt kommer og henter dem ved middagstid.