**Aalborg Universitet, juni 2023**

Et billede, der indeholder Grafik, Font/skrifttype, grafisk design, design

Automatisk genereret beskrivelse

**Styrkelse af akutberedskabet i det nære sundhedsvæsen II**

**Når paramedicinere skal samarbejde med primær sektor**

Notat fra Fase 2, dec. 2022-maj 2023: Involverede parters vurderinger og erfaringer med projektet

v/projektgruppen: Prof. Janne Seemann, prof. Janus Laust Thomsen, forskningsassistent Birgitte Norrel Sloth, studentermedhjælp Rebecca Ander Søndergaard

****

Indhold

[Resumé 4](#_Toc143090697)

[Relevans 4](#_Toc143090698)

[Intro 4](#_Toc143090699)

[1. Oversigt over anvendelsen af samarbejdsmuligheden 5](#_Toc143090700)

[2. Paramedicinerne om det tværsektorielle Samarbejde 7](#_Toc143090701)

[2.1 Paramedicinerne og de nye arbejdsopgaver 7](#_Toc143090702)

[2.1.1 Subakutte kompetencer 7](#_Toc143090703)

[2.1.2 Et fag i forandring 8](#_Toc143090704)

[2.1.3 Risiko og ansvar 9](#_Toc143090705)

[2.1.4 Det kritiske i det subakutte 10](#_Toc143090706)

[2.2 Paramedicinernes oplevelser af samarbejdet med hjemmesygeplejerskerne 11](#_Toc143090707)

[2.2.1 Komplementære kompetencer 11](#_Toc143090708)

[2.2.2 Indsigt i kompetencer 12](#_Toc143090709)

[2.2.3 Fordele ved sparring 13](#_Toc143090710)

[3. Hjemmesygeplejerskerne om det tværsektorielle samarbejde 14](#_Toc143090711)

[3.1 ”Et ekstra kort på hånden” 14](#_Toc143090712)

[3.2 Samarbejdet og den berørte borger 15](#_Toc143090713)

[3.3 Lægen og paramedicinerne 16](#_Toc143090714)

[3.4 Kendskab til kompetencer 17](#_Toc143090715)

[4. Lægehusene om det tværsektorielle samarbejde 19](#_Toc143090716)

[4.1 En hjælp i en travl hverdag 19](#_Toc143090717)

[4.2 Kompetencer og personligt kendskab 21](#_Toc143090718)

[4.3 Hjemmesygeplejen versus paramedicinerne 22](#_Toc143090719)

[5. Ingen markante forskelle på fase 2 og fase 2 22](#_Toc143090720)

[5.1 Paramedicinerne og de nye opgaver 23](#_Toc143090721)

[5.2 Hjemmesygeplejerskerne og paramedicinerne i samarbejde 23](#_Toc143090722)

[5.3 Den lægelige kompetence 24](#_Toc143090723)

[5.4 Indsigt og kompetencer 24](#_Toc143090724)

[5.5 Lægehusenes få erfaringer med paramedicinerne og fortsat skepsis overfor hjemmesygeplejerskerne 24](#_Toc143090725)

[6. Fase 2 mest præget af et godt samarbejde 25](#_Toc143090726)

[7 Litteraturliste 27](#_Toc143090727)

# Resumé

Resultater af fase 2 i projektet Styrkelse af akutberedskabet i det nære sundhedsvæsen - Når paramedicinere skal samarbejde med primær sektor. Fase 2 af projektet gentager den første interviewrunde og tilføjer 12 nye interviews med paramedicinere, hjemmesygeplejersker, og lægeklinikrepræsentanter, for at få en dybere forståelse af de tværsektorielle samarbejdsdynamikker.

Resultaterne viser, at paramedicinere oplever en udfordring i deres faglige identitet ved at tage sig af subakutte opgaver, men også at disse opgaver kan tilføre mening til deres arbejdsliv. Samarbejdet mellem paramedicinere og hjemmesygeplejersker er positivt, med en gensidig anerkendelse af hinandens kompetencer. Hjemmesygeplejerskerne oplever dog udfordringer med adgangen til lægefaglig kompetence, hvilket delvist kan imødegås gennem samarbejdet med paramedicinerne. Lægehusene ser samarbejdet som en værdifuld støtte i en travl hverdag, men oplever også usikkerhed omkring brugen af paramedicinere til visse opgaver.

Der har været udfyldt skemaer til at vurdere antal af kontakter og deres indhold. På nuværende tidspunkt har der været 72 kontakter fra henholdsvis alles Lægehus og hjemmesygeplejen til paramedicinerne med henblik på et subakut tilsyn. Af de registrerede tilsyn resulterede cirka en tredjedel i indlæggelse af patienten og i lidt mere end halvdelen af tilfældene blev patienten afsluttet i hjemmet, hvoraf godt en tredjedel af disse patienter efterfølgende skulle følges op på af egen læge.

Der er ikke observeret markante forskelle mellem fase 1 og 2, bortset fra en øget forståelse og anvendelse af samarbejdet. Projektet konkluderer, at integrationen af paramedicinere i den primære sundhedssektor er positiv og bidrager til bedre patientforløb, selvom der fortsat er plads til forbedringer i forhold til kommunikation, videndeling, og gensidigt kendskab mellem de involverede parter.

# Relevans

De danske hospitaler er under stort pres med en betydelig stigning i antallet af akutte indlæggelser og genindlæggelser. Ifølge regionernes formand, Anders Kühnau, er der derfor behov for styrkelse af det nære sundhedsvæsen og et tættere samspil med praktiserende læger og kommuner for at kunne imødegå dette pres. Imidlertid står de praktiserende lægeklinikker selv med fulde klinikker, hvilket gør det vanskeligt at afsætte tid til hjemmebesøg, da disse tager værdifuld tid fra klinikkens øvrige patienter.   
For at afhjælpe noget af presset på hospitalerne og lægeklinikkerne samt sikre bedre patientforløb, er et tættere samarbejde mellem paramedicinere og den primære sektor både relevant og interessant. Samarbejdet i dette projekt kan derfor være et skridt på vejen mod at optimere ressourceudnyttelsen og sikre, at patienterne får den nødvendige pleje og behandling uden unødvendige forsinkelser.

# Intro

Hermed præsenteres resultaterne fra fase 2 i forbindelse med forskningsprojektet ”Når paramedicinere skal samarbejde med primær sektor”. Notatet kan læses som en direkte forlængelse af fase 1, som indeholder de første resultater fra pilotprojektets optakt/startfase (1).

Nærværende notat er en empirisk sammenfatning af de mest dominante tematikker, der er kommet til udtryk i forbindelse med anden interviewrunde, som er en gentagelse af første interviewrunde/optakten. Dvs. der i denne fase 2 også er foretaget i alt 12 interviews med henholdsvis 5 paramedicinere og 4 hjemmesygeplejersker, samt en enkelt centersygeplejersker, der er involverede i det tværsektorielle samarbejde i Jammerbugt kommune. Hertil kommer interviews med to repræsentanter fra de to involverede lægeklinikker. Interviewguiden er udarbejdet på baggrund af første rundes interviewguide, samt de empiriske fund denne første interviewrunde afstedkom. Blandt de fem hjemmesygeplejersker der blev interviewet i fase 1, er tre af dem interviewet igen i fase 2. To er nye grundet henholdsvis sygdom og jobskifte.

Interviewet forholder sig til de involverede fagfolks erfaringer med og holdninger til det tværsektorielle samarbejde. Indledningsvis skal det bemærkes, at samarbejdserfaringerne varierer blandt de interviewede, hvor nogle har mere omfattende erfaring med at indgå i det tværsektorielle samarbejde, mens det for andre er stærkt begrænset.

Som i første fase er formålet med de semistrukturerede interviews at indfange deltagernes såkaldte meningsskabelse (2). Meningsskabelse drejer sig om måder, hvorpå parter, som er involveret i organisatoriske forandringsprocesser, forstår forandringen, og hvordan de forsøger at forklare nye, måske uklare situationer med den nye samarbejdskonstellation. Hermed skabes en mening med situationen eller forandringen, som den opleves, eller er ved at blive skabt.

I fase 1 var der tale om såkaldt prospektiv meningsskabelse, som fokuserer på meningsskabende processer, hvor deltagernes opmærksomhed og bekymringer rettes mod begivenheder og forandringer, der kan forekomme i fremtiden (3). I nærværende fase 2 indfanges meningsskabelsen retrospektivt, idet deltagerne i forandringsprocessen forsøger at skabe mening med det, som allerede er sket – som de har erfaret i fase 2.

I teksten gør vi brug af illustrative citater. Citaterne knyttes til forskellige opdigtede navne (aliasser), som ikke burde kunne henføres til den enkelte deltager.

I det følgende præsenteres et overblik og anvendelsen af samarbejdsmuligheden samt hovedindholdet i fase 2 med interviews fra paramedicinere, hjemmesygeplejersker og de deltagende lægeklinikker, som dækker fra december frem til forsommeren d.å. Vi starter med paramedicinerne.

# Oversigt over anvendelsen af samarbejdsmuligheden

For at kunne kvantificere brugen af samarbejdet har de deltagende lægehuse, siden projektets start, haft til opgave at udfylde et registreringsskema efter hvert paramedicinertilsyn, hvor de kort skulle notere dato, navn på patient, årsag til tilsyn samt udfald (se Bilag 1). Skemaet har lægehusene selv udarbejdet og de udfyldte skemaer er løbende blevet tilsendt og registreret af forskergruppen. I marts 2023 udbyggede forskergruppen registreringsskemaet således at der nu, blandt andet, også bliver spurgt ind til brugen af blodprøver samt kommunikationen med den tilkaldte paramediciner (se Bilag 2).   
Forskergruppen har i alt modtaget og behandlet 45 registreringsskemaer, henholdsvis 30 fra klinik A og 15 fra Klinik B.   
Hjemmesygeplejen har ikke registreret deres kontakter med paramedicinerne i løbet af samarbejdet udenfor deres interne journalsystem. Forskergruppen har derfor fået leveret data fra Den Præhospitale Virksomhed, da de gennem deres system registrerer alle kontakter til paramedicinerne, hvorfor forskergruppen derved også har kunnet få et overblik over antallet af kontakter fra hjemmesygeplejen.

Der har på nuværende tidspunkt været 72 kontakter fra henholdsvis alles Lægehus og hjemmesygeplejen til paramedicinerne med henblik på et subakut tilsyn. Tabel 1 viser fordelingen af kontakterne i henhold til årsagen samt resultatet heraf. Af de registrerede tilsyn resulterede 36% i indlæggelse af patienten og i 57% af tilfældene blev patienten afsluttet i hjemmet, hvoraf godt en tredjedel af disse patienter efterfølgende skulle følges op på af egen læge. Hvad der efterfølgende er sket med patienterne, ligger uden for omfanget af dette projekt.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Alles lægehus** | **Kommune** | **Samlet** | **%** |
| **Antal kontakter**  i perioden 1. oktober 2022 – 31. juli 2023 | 47  (Klinik A = 30, Klinik B = 15)\* | 25 | **72** | **100** |
| **Resultat** |  |  |  |  |
| Afsluttet i hjemmet | 12 | 14 | **26** | **36,1** |
| Afsluttet i hjemmet m. opfølgning af egen læge | 16 |  | **16** | **22,2** |
| Ambulance (indlæggelse) | 18 | 8 | **26** | **36,1** |
| Transport til skadestue (ikke ambulance) |  | 1 | **1** | **1,4** |
| Patienten vil ikke indlægges |  | 2 | **2** | **2,8** |
| Ikke beskrevet | 1 |  | **1** | **1,4** |
| **Årsag til kontakt** |  |  |  |  |
| Almen svækkelse | 20 | 6 | **26** | **36,1** |
| Akut opstået sygdom/skade | 9 | 6 | **15** | **20,8** |
| Neurologi | 2 | 2 | **4** | **5,6** |
| Ekkokardiogram (EKG) | 6 | 5 | **11** | **15,3** |
| Infektion | 1 | 1 | **2** | **2,8** |
| Palliativ pleje |  | 4 | **4** | **5,6** |
| Urinvejsinfektion | 2 |  | **2** | **2,8** |
| Vurdering af sår | 1 |  | **1** | **1,4** |
| Psykiatri |  | 1 | **1** | **1,4** |
| Blærescanning | 2 | 1 | **3** | **4,2** |
| Blodprøver | 3 |  | **3** | **4,2** |

Tabel 1: *Overblik over antal kontakter til paramedicinerne*  
Tabellen viser antallet af kontakter fra henholdsvis alles Lægehus og kommunen til paramedicinerne.   
Almen svækkelse kan indebære symptomer som eksempelvis utilpashed, åndenød, feber, tiltagende svækkelse, svimmelhed eller lignende. Akut opstået sygdom/skade kan eksempelvis være pludseligt tab af bevidsthed, smerter, lungebetændelse eller fald. Data i tabellen er indsamlet af Den Præhospitale Virksomhed, Region Nordjylland.   
\*Jf. data fra Den Præhospitale Virksomhed, har der været i alt 47 kontakter fra alles Lægehus. alles Lægehus selv kun registreret i alt 45, hvilket betyder at to kontakter ikke er registeret i lægehusene. Al data leveret til forskergruppen har været anonymiseret og dermed uden personhenførbare data.

Efter indførelsen af det nye registreringsskema (Bilag 2), er der blevet indberettet 10 paramedicinertilsyn til forskergruppen fra lægehusene. Ikke alle 10 skemaer er dog udfyldt 100%, og på baggrund af den lave datamængde er det derfor, på nuværende tidspunkt, ikke muligt at konkludere noget specifikt. Der tegnes dog et tydeligt billede af en generelt god kommunikation mellem paramediciner og lægehus personale.

# Paramedicinerne om det tværsektorielle Samarbejde

Der sættes fokus på, hvilke vurderinger og erfaringer paramedicinerne har af og med de nye arbejdsopgaver, som de kommer i berøring med i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde. Der lægges især vægt på samarbejdet med hjemmesygeplejerskerne.

## 2.1 Paramedicinerne og de nye arbejdsopgaver

Det tværsektorielle samarbejde betyder, at paramedicinerne kan blive rekvireret til subakutte opgaver, hvilket adskiller sig fra faggruppens ellers akutte arbejdsområde. Derfor har det været relevant at undersøge, hvordan denne forandring opleves og modtages blandt paramedicinerne. I den forbindelse vidner den genererede empiri om, at ændringer i arbejdsopgaverne har haft betydning for, hvordan paramedicinerne definerer deres kompetencer samt deres forståelse af sig selv som faggruppe. Yderligere har de nye arbejdsopgavers karakter og præmisser indflydelse på, hvordan paramedicinerne griber dem an.

### 2.1.1 Subakutte kompetencer

I kraft af paramedicinernes klassiske arbejdsopgaver inden for det akutte område samt deres uddannelse, der er tilrettelagt efter dette, oplever flere af paramedicinerne, at de subakutte opgaver, som de nu bliver rekvireret til, stiller anderledes krav til deres kompetencer. Et eksempel på, hvordan de subakutte opgaver adskiller sig fra de opgaver, som paramedicinerne traditionelt har taget sig af, er, at patienterne ofte har en kompliceret sygdomshistorik. Der kan være flere medicinske forhold, som paramedicineren må tage hensyn til. Flere af paramedicinerne giver udtryk for, at de igennem deres uddannelse ikke er klædt på til at håndtere elementer af de subakutte problematikker, hvor det i stedet ofte er den mere uformelle erfaring, der gør dem i stand til at varetage opgaverne. ”*Hvis ikke du har noget erfaring fra noget, du kan trække på tidligere, så tror jeg, det er svært. Også fordi vi har jo ikke, som jeg sagde før, en uddannelse i det subakutte, det har vi ikke noget af. Det er jo ren og skær akut det hele, vi er uddannet i*.” (Karl s. 19). Generelt forekommer det ikke paramedicinerne som en umulig udfordring at indgå i samarbejdet om de subakutte. Erfaringen kompenserer for manglende formel uddannelse inden for det subakutte område, mens flere af paramedicinerne dog også giver udtryk for, at mere formel uddannelse kunne være givende i forhold til at føle sig sikker i og godt klædt på til at kunne varetage de subakutte arbejdsopgaver.

### 2.1.2 Et fag i forandring

I kraft af de anderledes arbejdsopgaver som det tværsektorielle samarbejde indebærer for paramedicinerne, er det relevant at have et blik for, hvordan dette har betydning for faggruppens profession, og hvordan de nye opgaver bliver modtaget.

Paramedicinerne giver udtryk for bekymring om, hvorvidt det tværsektorielle samarbejde og de subakutte opgaver, får betydning for faggruppens virke på en måde, som de ikke er begejstrede for. Flere af paramedicinerne fremhæver, at det netop er det akutte, der driver dem, og at det er årsagen til, at de har uddannet sig til paramedicinere. Her kan forandringen, der ligger i inklusionen af de subakutte opgaver i paramedicinernes arbejde vise sig problematisk, hvis de må varetage de subakutte opgaver på bekostning af deres mulighed for at varetage de akutte opgaver. ”*Det kan man godt få lidt ondt i maven af, når man tænker, fuck, det er alt det, jeg er bedst til. Og der kan jeg godt mærke det nogle gange, hvor man tænker, sat’me, hvorfor får jeg ikke den tur?*” (Kim s.28). Dette kommer også til udtryk i følgende citat fra Karl, der beskriver, hvordan forandringens indflydelse på faggruppens virke kan have betydning for, hvem der ønsker at være en del af faggruppen.

”*Det er jo fordi, vi kører turene, for nu er vi prioriteret i andre ture, og det kan de ikke forstå, og det gør jo så, at de mister nogle folk, de folk, der altid gerne har villet være paramedicinere, de vil jo ikke være paramedicinere længere, og dem, som er behandlere, som har set, ”når jeg skal være det højeste niveau, så skal jeg være paramediciner”, så tænker de jo, ”hvorfor skal jeg være det? Så skal jeg bare køre subakutte ture, jeg vil hellere være ambulance*[behandler]*og så køre alle de akutte ture”, det er jo det, mange brænder for. Det er at køre de akutte ture.”* (Karl s.30-31)

Paramedicinerne giver dog samtidig også udtryk for, at det tværsektorielle samarbejde og de tilhørende arbejdsopgaver, kan give noget positivt til faget og deres arbejdsliv. Dette kan bestå i, at de gennem nye arbejdsområder bliver udfordret på det faglige og får nye spændende opgaver, samt at de gennem det tværsektorielle samarbejde har oplevet at få mulighed for at hjælpe borgerne på nye måder. Det giver nye muligheder for at opleve tilfredsstillelse i deres arbejde. Selvom flere af paramedicinerne giver udtryk for at være drevet af det akutte, kan de samtidig opleve positive aspekter ved at inkludere de subakutte opgaver i deres arbejdsliv. ”*Det er ikke altid, jeg springer ned ad trapperne på mine hænder og er sindssyg glad altid. Men tit og ofte, så bliver jeg overrasket derude på de her opgaver, hvor positivt jeg også får det af at håndtere noget af det her*.” (Dennis s.25).

Generelt giver paramedicinerne, i forlængelse af dette, udtryk for, at de godt kan acceptere at det subakutte kommer til at fylde i deres arbejdsliv, så længe de fortsat er beskæftiget med det akutte. Problematikkerne i denne sammenhæng virker særligt til at være forbundet med det scenarie, hvor det akutte i faggruppens virke må vige for det subakutte.

### 2.1.3 Risiko og ansvar

Flere af paramedicinerne kommer i interviewet ind på, hvordan det tværsektorielle samarbejde særligt kan komme de borgere til gode, der befinder sig i livets sidste fase. F.eks. udtaler Dennis i forbindelse med at udlægge de fordele, der er, i at kunne behandle borgeren i eget hjem, således:

”*Jeg har det også sådan, når man dør på et plejehjem, så skal man fand’me have lov til at dø. Hvorfor skal de ud på den sidste rejse, hvor vi brækker alle deres ribben og pisker afsted? Og så kommer vi ind på et højt specialiseret sygehus, der siger, at vi tuber ikke, og patienten ryger ikke på intensiv. Det er alderdom det her. Det er sådan lidt respekten, også for de borgere, vi håndterer derude. Hvorfor ikke give dem det optimale løsningsforslag, i stedet for at gøre noget, som generer dem?”* (Dennis s. 22).

Dog peges der på en særlig problematik, der forholder sig til borgere i livets sidste fase, der kan drage nytte af behandling i eget hjem frem for en indlæggelse Emil fortæller om, hvordan han i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde er blevet rekvireret til subakutte opgaver for at smertedække terminale patienter. En arbejdsopgave, der adskiller sig meget fra de vante akutte opgaver; ”*Jeg er jo den, der plejer at genoplive folk, og jeg plejer ikke at skulle…”* (Emil s.3) og som også er forbundet med en anden risiko og et andet ansvar; ”*Der er vi inde i noget, hvor der er, at det kan godt være, at jeg har tingene til det, men så skal jeg jo til at have fat i en læge for at have kompetence til det. Fordi der risikerer folk jo at dø, når vi gør sådan noget.”* (Emil s.1). Dette er et eksempel på et område, hvor paramedicinerne gennem det tværsektorielle samarbejde kan blive involveret i arbejdsopgaver, hvor værdien i det stykke arbejde der bliver lavet er meget tydelig, men hvor der kan være lidt uklarhed om, hvorvidt opgaven falder inden for paramedicinerens kompetencer og rimelige ansvarsområde. ”*Det er jo ikke fordi, vi ikke kan bruges på den måde, men det er jo ikke det, vi skal, synes jeg ikke*.” (Emil s. 2).

Når paramedicinerne bevæger sig ind på nye subakutte områder, kan der opstå usikkerhed om, hvor langt deres ansvar og kompetence rækker. I denne sammenhæng benytter flere af paramedicinerne sig af at ringe for at sparre med en (akut)læge. ”*Hvis vi vil lader dem blive hjemme, så har jeg gerne lægen ind over.* [...] *Og det er rent og skær mig selv. Så ringer jeg sgu’ lige til akutlægen, og så skal jeg lige have den vendt. Og så siger han, at det er en god idé. Godt! Så er det sgu’ det, vi gør*.” (Kim s. 29). Her ses et eksempel på, at det tværsektorielle samarbejde, der foregår mellem hjemmesygeplejersken og paramedicineren, kan inkludere opgaver, hvor lægens kompetence er nødvendig at inddrage. Det dæmper usikkerhed, og paramedicinerne kan holde *”ryggen fri”*, da de ved subakutte opgaver kan opleve ikke at have den nødvendige kompetence til at føle sig helt sikre i egne vurderinger. Men det skal bemærkes, at det er sygehusets akutlæge og ikke den praktiserende læge, der kontaktes.

### 2.1.4 Det kritiske i det subakutte

Præmissen om at kunne blive rekvireret til subakutte opgaver, mens paramedicinerne samtidig skal stå til rådighed for eventuelle akutte opgaver, påvirker paramedicinerne på forskellige måder. Nogle af paramedicinerne giver udtryk for, at bevågenheden omkring risikoen for at skulle kunne frigives fra den subakutte opgave hele tiden ligger i baghovedet, mens de arbejder, og at de tager særlige hensyn af denne grund. Dette kommer til udtryk ved den måde, hvorpå de tilgår deres arbejde. F.eks. ved ikke at pakke alt deres tekniske udstyr ud, men i stedet foretage én måling ad gangen, så de hurtigere vil kunne frigives, hvis der er behov for det. Karl fortæller om, hvordan præmissen begrænser ham: ”*Så jeg er ikke lige så fri, som jeg er normalt, fordi jeg har hele tiden stressmomentet af, at min radio, den kan kalde, og jeg skal afsted nu, og det vil sige, at jeg skal altså gerne indenfor få minutter, kunne gå afsted med alt det, jeg har.”* (Karl s.15)

Dog findes der også eksempler på, at paramedicinerne giver udtryk for ikke at kunne overholde præmissen om at skulle forlade den subakutte opgave for en akut opgave. Dette kan forekomme i forbindelse med subakutte opgaver, der er så kritiske, at de kan udvikle sig til akutte problematikker, hvis ikke paramedicineren fortsætter behandlingen. Men også hvis paramedicineren vurderer, at det ikke er etisk forsvarligt at kunne forlade patienten:

”*Det kommer ikke til at ske. Altså det gør det ikke, fordi jeg synes, det også er uetisk, at jeg står og tager nogle målinger på et eller andet, og gør et eller andet, og så siger jeg ”Nu pakker jeg mine ting sammen, og kommer tilbage om en time”. Det kan man fand’me ikke være bekendt. Altså patienten føler, at de bliver sat til side, og pårørende ved siden af vil tænke, ”Der er nogen, der er mere vigtige end min far.” Nej, det synes jeg simpelthen ikke, man kan være bekendt.”* (Kim s. 14)

Flere af paramedicinerne giver i forlængelse af ovenstående citat udtryk for, at den akutte opgaves karakter, kan have indflydelse på, hvorvidt og hvordan de forlader det tværsektorielle samarbejde. Emil udtaler:

”*Ja, hvis de siger, at det er ondt i brystet, og det er 10 km herfra, så vil jeg spørge, hvor lang tid der går, inden ambulancen er fremme. Så vil de sige, at det kan være, at der går fem minutter, og så må de ringe, hvis der er noget. Så gør jeg færdig. Så vil jeg begynde at gøre færdig. Og er det et hjertestop, så siger jeg, at jeg skal pakke, og så vil jeg køre. Det ville jeg sgu tage rimeligt rolig. Og det tror jeg, det er man også nødt til. Ellers bliver patienterne helt fuldstændig konfuse*.” (Emil s. 16)

Præmissen om at paramedicinerne skal kunne forlade det tværsektorielle samarbejde i tilfælde af, at der opstår akutte opgaver, kan m.a.o. besværliggøres af, at de subakutte opgaver indebærer at skulle behandle patienter i en skrøbelig situation, der til trods for, at deres tilstand ikke nødvendigvis er akut, stadig kan blive berørte af, at deres behandling må afbrydes.

## 2.2 Paramedicinernes oplevelser af samarbejdet med hjemmesygeplejerskerne

Da paramedicinerne i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde kan rekvireres af hjemmesygeplejerskerne, er det relevant at være opmærksom på, hvordan paramedicinerne vurderer hjemmesygeplejerskerne som samarbejdspartnere, samt hvilke udfordringer de kan opleve i forbindelse med samarbejdet.

### 2.2.1 Komplementære kompetencer

For at kunne tage hånd om de subakutte opgaver, som det tværsektorielle samarbejde foreskriver, er indsigten i patientens sygehistorik, situation, ønsker og muligheder vigtig. Her giver paramedicinerne udtryk for, at hjemmesygeplejerskerne besidder denne vigtige indsigt, og kan bidrage med den i samarbejdsrelationen. Når paramedicinerne under interviewene blev bedt om at forholde sig til værdien af de forskellige samarbejdspartneres bidrag i samarbejdsrelationen, svarede de generelt, at parternes bidrag var forskellige og derfor svære at sammenligne. Men at de begge var nødvendige for at kunne tilgå arbejdsopgaverne. Der peges ikke på opgaveoverlap men snarere på komplementære kompetencer. Samtidig blev der udtrykt respekt for hjemmesygeplejerskerne og deres fag. F.eks. fortæller Kristian følgende, da han bliver bedt om at forholde sig til, hvilken af samarbejdspartnerne der har det mest betydningsfulde bidrag til samarbejdet:

”*Det har vi lige meget begge to, for jeg tror ikke, at der ikke er noget af det, vi laver eller måler eller det, vi kommer med, der kan stå alene. Det er jo derfor, vi ønsker samarbejdet, tænker jeg. Så for mit vedkommende, der kommer vi med samme mængde, og det er jo det, vi så skal have flettet ind i hinanden, og så får vi, der er ligesom to halve puslespil, du sætter sammen, for at få det fulde billede af patienten, og sådan ser jeg på det i hvert fald*.” (Kristian s. 14)

I forlængelse heraf giver paramedicinerne generelt udtryk for, at hjemmesygeplejerskerne og paramedicinerne indgår som ligeværdige samarbejdspartnere, når de rekvireres til de subakutte opgaver. Det er situationens beskaffenhed/opgavens karakter, der foreskriver, hvem der gør hvad, da dette afhænger af, hvilken aktørs kompetencer der er mest relevante i situationen. Sagt med andre ord svarer paramedicinernes samarbejdserfaringer overens med de hovedelementer, der knyttes til begrebet ’godt samarbejde’: Gensidig afhængighed, komplementere kompetencer samt åben kommunikation og tillid (6).

### 2.2.2 Indsigt i kompetencer

Da samarbejdet beror på, at de forskellige faggrupper bidrager med forskellige kompetencer, er det relevant at afdække, hvilken indsigt de to faggrupper har i hinandens kompetencer, samt hvilken betydning dette har for det tværsektorielle samarbejde.

Paramedicinernes indsigt i hjemmesygeplejerskens kompetencer er gradvist bliver bedre i projektperioden. Selvom der fortsat kan være uklarhed om, hvilke helt præcise kompetencer og løsningsforslag hjemmesygeplejersken har at byde ind med i samarbejdet, afløses uklarheden af, at paramedicinerne kan blive positivt overrasket i samarbejdet, når hjemmesygeplejerskerne selv byder ind. F.eks. udtaler Kim; ”*Men jeg kan godt se, at når vi er ude, så kommer hun jo med nogle muligheder. Og så kan vi jo så gribe en af de bolde, hvis det er. Og så nogle gange, så er der nogle muligheder, jeg slet ikke har tænkt på.”* (Kim s.9), hvilket illustrerer, hvordan samarbejdserfaringerne over tid har udviklet sig positivt for at paramedicinerne.

Dog giver flere af paramedicinerne udtryk for, at et endnu bedre kendskab til hjemmesygeplejerskernes kompetencer kunne fremme kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde.

Indsigten i paramedicinernes kompetencer er en lige så væsentlig præmis for samarbejdets kvalitet. Ikke alene i forhold til at indlede et samarbejde, når det er relevant, men også i forhold til *ikke* at rekvirere en paramediciner, når situationen kræver kompetence ud over det, som paramedicineren kan bidrage med. Flere af paramedicinerne understreger i denne sammenhæng, at det tværsektorielle samarbejde ikke må blive et forsinkende led i behandlingen af de patienter, der kræver akut behandling, frem for et subakut tilsyn af en paramediciner. Kim fortæller:

*”Man har også nogle ture, hvor man tænker, det her gavner fand’me ikke patienten. Hvis man får de der strokesymptomer, eller folk, der har fået akut ondt i brystet og sidder i to timer, og så sender de, at jeg skal ud og vurdere dem. Hvad fanden tænker du egentlig? En der har ondt i brystet, ville vi indlægge under alle omstændigheder.*” (Kim s.26).

Ved dette eksempel illustreres det, hvordan en manglende indsigt i, hvad paramedicinerens kompetencer dækker, kan resultere i, at borgeren ikke får den optimale behandling, hvis der gøres brug af det tværsektorielle samarbejde, når dette ikke er relevant. Paramedicinerne oplever, at deres samarbejdspartners indsigt i deres kompetencer er afgørende for, hvorvidt de bliver rekvireret til ture, som er relevante og meningsfulde, både for dem selv og for borgeren.

### 2.2.3 Fordele ved sparring

Flere af paramedicinerne berører i løbet af interviewene, hvordan sparringen mellem dem og hjemmesygeplejerskerne er fordelagtig. Paramedicinerne giver udtryk for, at de gennem sparring oplever at kunne bidrage med noget tryghed til hjemmesygeplejerskens situation. Det er bl.a. gennem sparring, at samarbejdspartnerne opnår indsigt i hinandens kompetencer. I denne forbindelse fremhæves, at sparring over telefonen ligeledes kan bidrage, hvor den telefoniske sparring ikke nødvendigvis behøver at resultere i, at en paramediciner rekvireres til et tilsyn. Kristian giver med følgende citat et eksempel på, hvordan telefonisk sparring kan benyttes til at afhjælpe den usikkerhed, som kan være forbundet med at skulle vurdere, hvorvidt det er relevant at rekvirere en paramediciner.

”*Hvis man står lidt med den tanke, at hjemmesygeplejerskerne ikke bruger det nok, så kunne de, hvis de var i tvivl om, hvorvidt det ville give mening, så ringe til - få vores nummer udleveret. Så ring til os, tage en snak med os og sige, ”Prøv at høre, jeg står ude ved den og den patient. Jeg ved ikke, om det giver mening, at du kommer herud, og kan du bidrage med noget yderligere end det, jeg kan?” hvis man er i tvivl. Der er ikke nogen af os der bider, så man må hellere end gerne ringe. Det tænker jeg, det kunne være godt*.” (Kristian s. 24)

En fordel ved den telefoniske sparring kan være, at det herigennem er muligt at få sparring, uden at paramedicineren rekvireres fysisk.

# Hjemmesygeplejerskerne om det tværsektorielle samarbejde

I det følgende vil det blive præsenteret, hvilken betydning hjemmesygeplejerskerne oplever, at det tværsektorielle samarbejde har for deres arbejde samt de berørte borgere. Yderligere udlægges det, hvordan kendskabet til paramedicinernes faglige kompetencer opnås, og hvordan kendskabet til paramedicinerens faglige kompetencer har en indflydelse på det tværsektorielle samarbejde.

## 3.1 ”Et ekstra kort på hånden”

Hjemmesygeplejerskerne virker generelt meget positivt stemte overfor muligheden for at kunne rekvirere en paramediciner. Denne positive oplevelse af paramedicinerne består i forskellige elementer. Et af disse elementer er, at flere af hjemmesygeplejerskerne giver udtryk for, at de generelt oplever paramedicinerne som respektfulde og samarbejdsvillige. Bl.a. udtaler Ida: ”*Altså jeg synes, de er så søde, når det er, altså, jeg synes virkelig, at de har en god tilgang til det, og vi arbejder godt sammen.*” (Ida s. 3). I tillæg hertil, fortæller flere af hjemmesygeplejerskerne om, hvordan det at have en sparringspartner, bidrager med noget tryghed i hjemmesygeplejerskernes arbejdsliv; ”*Det kan give en vis tryghed for mig, eller at man ikke lige overser noget.”* (Helle s. 3). Helle fortæller i denne sammenhæng om, hvordan det at have en paramediciner ind over, når hun skal vurdere en patient, giver hende en tryghed, da paramedicinerens ekstra sæt øjne på patienten, samt paramedicinerens komplementære kompetencer, kan gøre hende mere tryg i situationen. F.eks. når det vurderes, at en patient skal have behandling i hjemmet frem for en indlæggelse. Selve bevidstheden om, at der er en mulighed for at benytte en paramediciner, har også en positiv effekt. Susan udtaler følgende: ”*Så jeg synes faktisk, at der er høj grad af tryghed i det her samarbejde også. At du ved, at du har en livline.”* (Susan s. 3). Flere af hjemmesygeplejerskerne fortæller i denne sammenhæng om, hvordan det at vide at man kan ringe til en paramediciner for at tilgå mere kompetence, er en rar mulighed at have, særligt da hjemmesygeplejerskerne, som oftest kører alene, er nødt til at takle problematikkerne selv. Som Thea siger; ” *Vi har et ekstra kort på hånden. Den har jeg til at ligge i baghovedet*.” (Thea s.6). Ligesom paramedicinerne giver også hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at det kan være svært at vurdere, hvem der har det mest betydningsfulde bidrag i samarbejdet. De forskellige faggruppers bidrag til samarbejdet er så forskellige, men begge nødvendige på hver deres måde. Også i hjemmesygeplejerskernes oplevelse forekommer det, at det i høj grad er situationen, der sætter rammerne for, hvilke kompetencer der er brug for, og derfor også for hvordan samarbejdet forløber. M.a.o. oplever hjemmesygeplejerskerne at paramedicinernes kompetencer er komplementære til deres, og der gives udtryk for, at hjemmesygeplejerskerne oplever en tillid til paramedicinernes faglighed, men også at paramedicinerne respekterer hjemmesygeplejerskernes faglig i samarbejdet. Helt parallelt med paramedicinerne svarer hjemmesygeplejerskernes samarbejdserfaringer overens med de hovedelementer, der knyttes til begrebet ’godt samarbejde’: Gensidig afhængighed, komplementere kompetencer samt åben kommunikation og tillid (6).

## 3.2 Samarbejdet og den berørte borger

Trygheden, som hjemmesygeplejerskerne oplever i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde, kan også strække sig til borgeren og de pårørende i situationen. Flere af hjemmesygeplejerskerne giver udtryk for, at dét at kunne rekvirere en paramediciner til et tilsyn, kan have den effekt, at borgeren og de eventuelle pårørende også opnår mere tryghed i situationen. For det første kan der være noget tryghed i, at borgeren hurtigt kan få adgang til relevant kompetence. Ida fortæller i denne forbindelse om, hvordan det at have en paramediciner involveret, kan opleves for borger og pårørende; ”*De kan godt lide det, det giver, ikke også?* […] *Den der fornemmelse af, at nu gør vi virkelig noget*” (Ida s.14). Et andet tryghedselement, der findes i det tværsektorielle samarbejde, består i, at muligheden for at kunne vurderes og behandles i eget hjem, kan spare borgeren for at den tumult, der kan være forbundet med behandlingen uden for hjemmet, ved at skulle igennem akutmodtagelsen. Yderligere nævnes de forskellige ulemper der kan være i forbindelse med at blive behandlet på et sygehus, hvor bl.a. afstanden forekommer som et element der kan være problematisk for flere borgere og deres pårørende. Også risikoen for at pådrage sig anden sygdom, kan afholde borgere fra at være trygge ved skulle behandles på sygehuset. Mie udtaler følgende:

”*Der er jo også alt muligt negativt ved det, og man kommer ind, og man har det måske dårligt, og man har ikke lyst til at komme på sygehuset, så kommer man ind, og der er megalang ventetid, og man bliver smittet med Corona, og altså, det er sgu’ da skønnere at være derhjemme, hvis det kan lade sig gøre.”* (Mie s. 23)

På denne måde opleves det blandt hjemmesygeplejerskerne, at muligheden for at kunne rekvirere en paramediciner til det tværsektorielle samarbejde, i nogle situationer kan lette oplevelsen af at have behov for behandling og tilføre noget tryghed i situationen både for borger og pårørende, særligt hos de, som ikke bryder sig om at være på sygehuset.

Et andet eksempel omhandler behandling af terminale borgere. Flere hjemmesygeplejersker giver udtryk for, at værdien i at kunne blive i hjemmet og modtage nødvendig behandling særligt er tydeligt, når det forholder sig til de borgere, der ligger på det sidste, hvor det forekommer at hjemmesygeplejerskerne ser særlig stor værdi i at lade borgeren have den sidste tid i hjemmet; ”*Og jeg tænker også især med når vi har døende, er der et eller andet de kan gøre, der kan gøre, at vedkommende kan blive hjemme i stedet for at skulle på sygehuset.*” (Ida s.17). I denne forbindelse opleves det, at paramedicineren kan være nemmere at få fat i end en læge, og derfor er nemmere at tilgå, for at kunne rekvirere den relevante kompetence i situationen. Thea fortæller om forskellen mellem at få en læge eller en paramediciner ud, til lindring og behandling af en terminal borger, hvor hun oplever at det kan være svært at tilgå lægens kompetence: ”[…] *der skal meget til før de kører ud, ja. Det skal der. Så vil jeg vælge at bruge paramedicineren i stedet for, fordi jeg ved jo at han har noget i bilen.”* (Thea s. 14). Muligheden for at trække på paramedicinernes kompetence, kan opleves som mere tilgængelig, end det er tilfældet i forhold til lægen.

## 3.3 Lægen og paramedicinerne

Generelt giver hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at samarbejdet med paramedicinerne kan være behjælpeligt i forhold til nogle af de problematikker, de kan opleve i forbindelse med behovet for ekstra kompetence, som kan være svær at få adgang til gennem lægen. Susan begrunder bl.a. sin positivitet overfor samarbejdet med paramedicinerne, med følgende argument; ”*Så jeg synes, de er rigtig gode at have som sparringspartnere, og også bedre faktisk, end egen læge, fordi egen læge er ikke til at få fat på*.” (Susan s.2). Et andet eksempel er, at flere af hjemmesygeplejerskerne oplever, at inddragelse af paramedicinerne i arbejdet kan give en mere effektiv opgaveløsning, særligt når der er behov for at have lægen ind over. Der udtales: ”*Jeg har oplevet* [at] *når paramedicineren så ringer lægehuset op og vil snakke med en læge, så kan de godt få den direkte forbindelse, hvor jeg så har ringet op tidligere og ikke kunne komme til at snakke med lægen*.” (Helle s. 12). Dette er et eksempel på, hvordan hjemmesygeplejerskerne kan opleve, at paramedicinernes involvering i samarbejdet, kan imødekomme nogle af de problematikker som hjemmesygeplejerskerne ellers kan opleve, i forhold til at have adgang til lægefaglig kompetence. Endnu et eksempel på denne problematik ses yderligere i følgende citat fra Ida:

”[…]*når man ringer til en læge for eksempel, så kan der godt være et magtforhold, i forhold til med en sygeplejerske og en læge. Men når det er en sygeplejerske og en paramediciner, så synes jeg, at man bliver mødt i øjenhøjde, og vi møder dem på samme måde, hvor at, det kan da godt en gang imellem være, hvis man ringer til en vagtlæge, der stor forskel på hvad for en vagtlæge man ringer til, hvordan man bliver mødt*.” (Ida s. 3)

Sygeplejerskerne giver udtryk for, at deres faglighed bliver respekteret i samarbejdet med paramedicinerne, mens der gives udtryk for, at det enten kan være svært at komme igennem til en læge, samt at der, som ovenfor illustreret, kan være et ulige magtforhold der medfører, at kommunikationen med lægen kan være problematisk. Paramedicinernes muligheder for at få at etablere en mere effektiv kommunikation med lægelige kompetence, hvilket giver kommunikationsmulighed med lægen til paramedicineren, som hjemmesygeplejersken kan drage fordel af.

## 3.4 Kendskab til kompetencer

Alle de interviewede hjemmesygeplejersker giver udtryk for, at de i løbet af de sidste 5 måneders tid har fået et bedre kendskab til paramedicinernes faglige kompetencer. Dette kendskab er bl.a. etableret gennem møder, hvor hjemmesygeplejerskerne har fået fremvist paramedicinernes bil og set det udstyr, som de arbejder med, samt gennem berøring med samarbejdet, hvor hjemmesygeplejerskerne har haft mulighed for at sparre med paramedicinerne og se dem arbejde. ”*Jeg lærer sindssygt meget af sådan et besøg sammen med en paramediciner. Altså, det er superfedt at se, hvordan de arbejder. Se, hvad er det er, de opmærksomme på. Ja, og hvordan de lige griber det an.”* (Ida s.8). En anden måde hvorpå hjemmesygeplejerskerne giver udtryk for at de har mulighed for at få indblik i paramedicinernes kompetencer, er gennem sparring med deres kollegaer. Den uformelle sparring, der foregår mellem hjemmesygeplejerskerne, har en stor indflydelse på, både hvor godt et kendskab hjemmesygeplejerskerne har til paramedicinerne kompetencer, og i hvilke specifikke situationer det kan være relevant at benytte sig af det tværsektorielle samarbejde. Gennem denne kollegiale sparring udveksles viden om, hvornår det er relevant at bruge paramedicineren. Thea udtaler: ”*Ja, eller ”jamen hvorfor kaldte du ikke på en paramediciner?”, ”Nåh ja, det skulle jeg da også have gjort, det kan jeg da godt se.” Ja. Så, ja, men det gør jo så også, at så bliver vi bedre til at gøre hinanden opmærksomme på, at vi har dem, ja*.” (Thea s.7). I tillæg hertil findes der eksempler på, hvordan den kollegiale sparring om erfaringer med samarbejdet bidrager med mere håndgribelige eksempler på, hvad samarbejdet kan bestå i, hvilket også er en faktor, der kan afhjælpe usikkerhed i forbindelse med samarbejdet og fremme brugen paramedicineren:

”*Jeg ved, min leder vil sige noget andet, men min fornemmelse er, at det skal vi selv finde ud af, hvornår vi synes, det giver mening. Og min leder vil nok sige, at det giver mening i alle mulige forskellige situationer. Og det er også rigtigt nok. Det er bare alt for bredt at sige til nogen, der ikke ved, hvordan en paramediciner arbejder. Og jeg tror også, det er derfor, at vi er blevet lidt enige om herinde, at vi snakker om, når vi har haft en paramediciner ude, fordi vi er nødt til at lære hinanden det lidt*.” (Mie s.11)

I de situationer hvor hjemmesygeplejerskerne alligevel oplever et manglende kendskab til paramedicinernes kompetencer, og som følge heraf befinder sig i situationer, hvor de er i tvivl om hvorvidt det er relevant at rekvirere en paramediciner til et tværsektorielt samarbejde, benytter flere af hjemmesygeplejerskerne sig af telefonisk sparring. F.eks. svarer Susan, da hun bliver spurgt ind til om hun oplever at have et klart overblik over, hvornår det er relevant at rekvirere en paramediciner, således;

”*Næ, men hvis jeg står og er i tvivl, så ringer jeg, og så spørger jeg, og så vender jeg* [det] *med* [dem]*. Så jeg ringer og spørger. Man kan jo ikke andet end at få nej, vel? Det er bedre at ringe en gang for meget, end en gang for lidt, er min holdning. Og igen, når de kender deres egne kompetencer, så er de jo også gode til at sige, at det er relevant eller ikke relevant, ikke også? Så jeg tænker, det er bedre at ringe en gang for meget, end en gang for lidt. Det er min holdning.*” (Susan s.5)

Det manglende kendskab til paramedicinernes faglige kompetence kan således imødegås ved at sparre telefonisk med dem. Det giver mulighed for at informere om kompetencer på banen, mens det samtidigt kan undgås, at paramedicinerne bliver rekvireret i situationer, hvor det ikke er relevant.

Særligt oplevelsen af ikke at ville rekvirere paramedicinerne til noget, der ikke er relevant, virker til at være et element, der kan hæmme brugen af samarbejdet. Dette kan kompliceres af tvivl om paramedicinernes faglige kompetencer. Flere af hjemmesygeplejerskerne giver udtryk for, at det er denne tvivl, der kan gøre det kompliceret for dem at forholde sig til samarbejdet. Ida udtaler: ”[…] *jeg har tænkt over det her, altså, før jeg har fat i dem. Om hvad er det, er det her en god nok situation at ringe til dem?”* (Ida s.9). Mie giver ligeledes udtryk for, at hun har en fornemmelse af, at beslutningen om, hvorvidt man skal ringe efter en paramediciner, godt kan være kompliceret af tvivlen om, paramedicinernes kompetencer er relevante i situationen; ”*Men jeg ved ikke, om det er, fordi man tænker...Argh, jeg burde vide, om det var nødvendigt med en paramediciner... Jeg ved ikke, om det er fordi, man tænker, at det er fjollet, at man er i tvivl.”* (Mie s. 13). Selvom kendskabet til paramedicinernes faglige kompetencer i løbet af de sidste 5 måneder er blevet bedre, kan begrænset kendskab fortsat være et element, der hæmmer det tværsektorielle samarbejde.

For at kunne imødekomme denne tvivl, giver flere af hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at de vurderer, at det kunne have stor værdi at få nogle let tilgængelige konkrete eksempler på, i hvilke situationer paramedicinerne kan tilkaldes, eller er blevet brugt i. Ida udtaler:

”[…] *altså jeg synes det der med, at det er svært at finde ud af, hvornår er det vi skal bruge dem. Jeg har rigtig svært ved det og synes, det er rigtig svært for alle at sige det. Jeg ved ikke, om der er nogen, der er kloge nok til at formulere et eller andet med situationer, det kunne være det her. Står du med det her, så kunne det være en overvejelse, ikke også? Altså kunne man lave en form for guide til det, altså situationer. Det kunne være det her, eller. Ja, så tror jeg det ville være rigtig godt.”* (Ida s.18)

Det nævnes yderligere, at dette skriftlige materiale ikke skal fungere som en liste der afgrænser hjemmesygeplejerskerne fra at søge kompetence eller faglig sparring i tilfælde, der ikke fremgår af listen. Men snarere som en inspirationskilde og et hjælpemiddel til at opnå et bedre indblik i paramedicinernes faglige kompetencer, og i hvilke situationer, det er hensigtsmæssigt at tilkalde dem.

# Lægehusene om det tværsektorielle samarbejde

I samarbejdet deltager også to lægehuse i Jammerbugt kommune, som på lige fod med hjemmesygeplejerskerne, kan tilkalde en paramediciner til at subakut tilsyn i hjemmet hos lægehusets egne patienter.   
I det følgende vil betydningen at det tværsektorielle samarbejde for de tilknyttede lægehuse derfor blive præsenteret, herunder hvordan og hvornår samarbejdet kommer i spil i hverdagen samt deres oplevelser af samarbejdet med henholdsvis paramedicinerne og hjemmesygeplejen.

## 4.1 En hjælp i en travl hverdag

De interviewede repræsentanter for de to lægehuse, med aliasserne Esther og Marianne, er begge meget positivt stemte overfor samarbejdet med paramedicinerne, og ser det som en stor hjælp og en ekstra tryghed i en travl hverdag. Under normale omstændigheder kan lægehusene vælge at sende enten egen læge eller en hjemmesygeplejerske ud til et akut hjemmebesøg. Hvis egen læge skal ud, tager det ofte mellem tre kvarter til en time, og det betyder, at de patienter, der ellers havde tid i klinikken i dette tidsrum, må aflyses og om bookes, hvilket medfører ekstra belastning af lægerne, yderligere ventetid for patienterne samt mere administrativt arbejde for praksispersonalet.   
På trods af den positive indstilling til samarbejdet har lægehusene, på tidspunktet for interviewet ultimo marts tilsammen rekvireret en paramediciner i alt 31 gange, hvoraf det ene lægehus står for to tredjedele af disse. Den ene repræsentant mener, at denne forskel skyldes, at de hos deres lægehus, fortsat benytter sig meget af kontakten til hjemmesygeplejen, hvorimod de hos den anden repræsentant ikke har brugt hjemmesygeplejen en eneste gang siden første interview og dermed starten af samarbejdet. Der er ikke som sådan noget, der afholder dem fra at bruge paramedicinerne. Begge mener også, at kendskabet til samarbejdet er blevet godt implementeret i lægehusene. Esther udtrykker det således: *”Og det er egentlig også, det vores læger de, de bruger dem også, og de tænker også den vej. Så jeg vil sige heroppe der har man egentlig, her har vi fået implementeret det ret godt fordi alle er egentlig, alle ved de findes. Og vi spiller hinanden gode med lige at sige skal vi sende dem ud. Yes. Så vi, vi er bevidste om, vi har paramedicineren, ja.”*   
Begge lægehuse er desuden opmærksomme på ikke at misbruge samarbejdet, forstået på den måde, at når der tilkaldes en paramediciner, skal opgaven også være ”alvorlig nok” til det. *”Det skal ligesom være, for os tror jeg i xx, en tand mere alvorligt før det er paramedicineren vi sender ud”* (Marianne s. 3). Dertil har det andet lægehus en sygeplejerske som én dag om ugen selv kører på hjemmebesøg hos patienter, og her også kan foretage blodprøver, hvilket Esther også mener, har indflydelse på, hvor meget de bruger paramedicinerne.

De typiske situationer, de vil rekvirere en paramediciner til, beskrives som værende ved brystsmerter, faldulykker hvor man mistænker en fraktur, eller akut forværring af respirationen hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Rekvireringen af paramedicinerne via AMK-centralen beskrives som værende overvejende nem og ligetil, og kun enkelte gange har paramedicinerne ikke været tilgængelige til at foretage et tilsyn. Få gange er det ene lægehus dog blevet mødt i telefonen af en medarbejder på AMK, som ikke kendte til samarbejdet, og en enkelt gang en medarbejder, som mente, at patienten skulle indlægges med det samme i stedet. *”Jeg tror én gang har jeg oplevet faktisk, hvor jeg ringer med en patient, hvor hun siger til mig i AMK ”Jamen vedkommende skal da indlægges?!” Så siger jeg ”Nej, men det var ikke lige det, min tanke var.” ”Jamen vedkommende skal da indlægges?” Nå, jamen så skal vedkommende da indlægges”. (Esther s. 1)*. Her forklarer Esther efterfølgende i interviewet, at selvom opkaldet måske omhandler brystsmerter, så har de fra lægehusets side været hele vejen omkring patientens symptomer. Derfor tænker de ikke, at det er brystsmerter der stammer fra hjertet, for så ville de altid tilkalde en ambulance i stedet. Derfor er Esther begyndt at tænke i, om de fra lægehusets side, kan blive endnu skarpere i deres kommunikation og formidling til AMK og paramedicinerne.

Relationen og kommunikationen mellem lægehusene og paramedicinerne beskrives som værende god. Der er enighed om, at paramedicinerne laver kvalificerede vurderinger samt giver gode tilbagemeldinger, hvilket ifølge lægehusene giver et godt fagligt udbytte. Begge repræsentanter mener, at alt personalet involveret i samarbejdet i de to lægehuse deler denne holdning, herunder læger, sygeplejersker og praksispersonale.

Dertil er begge lægehuse er enige om, at samarbejdet kun er et ekstra gode for borgerne i kommunen. De borgere, som har haft et paramedicinertilsyn, beretter om at føle sig både set, hørt og taget alvorligt, og har derfor været ekstra trygge ved at skulle forblive i eget hjem. Begge håber ligeledes at samarbejdet fortsat kan bestå og medvirke til at forebygge unødvendige indlæggelser.

## 4.2 Kompetencer og personligt kendskab

Repræsentanterne beretter om, at personalet i begge lægehuse har helt styr på, hvilke faglige kompetencer paramedicinerne besidder, samt at deres sygeplejersker i lægehuset er helt skarpe på, hvad paramedicinerne kan. Personalet i lægehusene har, ligeledes med hjemmesygeplejerskerne, haft mulighed for at møde en af paramedicinerne og se udstyret i paramedicinerbilen, men modsat hjemmesygeplejen, er det ikke noget særligt det ene lægehus mener at have haft betydelig gavn af. Esther udtrykker det således:

”*Der er ikke nogen heroppe der ikke ved, hvad en paramediciner laver, og vi har ikke brug for at se hans bil. Vi har ikke brug for at se hans tøj. Altså vi ved godt, hvad han laver. Det har vi ikke brug for. Og jeg tænker ikke, det gør, at vi ved hvad det er han har i sin bil og hvad han kan, altså det gør ikke noget for vores samarbejde. … når vi sender en ud, så ved vi, det er det, de kan ud fra den uddannelse, de har*.” (Esther s. 5)

Det eneste, der hersker en smule tvivl om fra begge lægehuse, er, hvilke blodprøver paramedicinerne kan tage og i hvilke situationer. Et nyt redskab paramedicinerne fik på bilerne pr. 1. februar.

Det personlige kendskab til paramedicinerne har ikke ændret sig betragteligt siden samarbejdets start, da paramedicinerne sjældent kommer i lægehusene. Den ene repræsentant fortæller, at de faktisk havde et vist kendskab til dem inden, da paramedicinerne under COVID-19 jævnligt kom forbi med prøver. Men trods det, at de har base lige ved siden af det ene lægehus, ser de ikke noget til hinanden. Ingen af repræsentanterne mener dog, at det manglende personlige kendskab har stor betydning for samarbejdet imellem dem. ”*… Og jeg ved heller ikke, om det vil gøre et bedre samarbejde. Altså, det ved jeg ikke. Det er jo svært at sige. Men de har jo også en dagligdag, og vi har jo også en dagligdag, så vi har jo heller ikke tid til de der kaffemøder.”* (Esther s. 7).   
Men modsat hjemmesygeplejerskerne, som står ude ved borgeren sammen med paramedicineren og dermed har direkte kontakt med hinanden, er paramedicineren alene ude ved borgeren, når de er rekvireret af lægehuset. Den primære kommunikation mellem lægehus og paramediciner foregår derfor telefonisk, og ofte får lægehuset blot en tilbagemelding efter besøget. På den måde foregår der ikke samme sparring mellem lægehus og paramediciner, som der virker til at finde sted mellem paramedicinerne og hjemmesygeplejerskerne. Marianne udtrykker det således: ”*… det (samarbejdet) lægger jo heller ikke helt op til at vi bare skal ringe og spørge dem til råds eller et eller andet, eller, det er jo enten eller.”* (Marianne s. 5). Trods et manglende personligt kendskab til paramedicinerne, er begge lægehuse, ifølge repræsentanterne, dog fint tilfredse med samarbejdet med paramedicinerne.

## 4.3 Hjemmesygeplejen versus paramedicinerne

Som nævnt, benytter det ene lægehus sig fortsat jævnligt af hjemmesygeplejen til hjemmebesøg. Marianne forklarer, at de fleste af sygeplejerskerne i lægehuset selv har været i hjemmesygeplejen, og at de derfor har et indgående kendskab til de nuværende hjemmesygeplejersker både rent fagligt men også personligt. Der er derfor både en rigtig god relation og et godt samarbejde mellem dette lægehus og hjemmesygeplejen.   
Modsat står det til i det andet lægehus, hvor de slet ikke benytter sig at hjemmesygeplejen længere. Ifølge Esther skyldes det til dels at arbejdsgangen er større ved brug af hjemmesygeplejen kontra paramedicinerne. Hun forklarer, at ved et hjemmebesøg, melder hjemmesygeplejersken tilbage til lægehuset, som så skal konferere med en læge. Vurderes det, at patienten skal indlægges, skal lægehuset kontakte AMK. Hvorimod en rekvireret paramediciner, som ude på stedet vurderer indlæggelse, så rekvirerer de selv en ambulance og melder tilbage til lægehuset, at patienten indlægges.   
Derudover udtrykker Esther også følgende: *”… man kunne godt mene og tænke, at hjemmesygeplejen de skulle kende patienten bedre, men det gør de ikke. … Det kan lige så godt være en akutsygeplejerske fra den anden ende af kommunen, der kommer.”* (Esther s. 11). Dermed mener Esther ikke, at der er større fordel ved at få en hjemmesygeplejerske ud til patienten i forhold til en paramediciner.

# Ingen markante forskelle på fase 2 og fase 2

I forbindelse med dette forskningsprojekt er der, som nævnt, foretaget en tidligere indledende interviewrunde i opstartsfasen. Denne havde til formål at bidrage med indsigt i, hvilke indledende holdninger og oplevelser de involverede fagfolk havde til og af det tværsektorielle samarbejde. Denne anden interviewrunde har til formål at bidrage med indsigt i, hvordan de involverede fagfolk oplever og forholder sig til det tværsektorielle samarbejde, nu hvor de har haft bedre mulighed for at opnå erfaringer med at være en del af samarbejdet.

Som det vil fremgå i det følgende, er der dog ingen grundlæggende forskelle på fase 1 og 2 – selvom fase 2 har indeholdt flere og mere nuancerede synspunkter.

## 5.1 Paramedicinerne og de nye opgaver

I den indledende interviewrunde gav flere af paramedicinerne udtryk for, at de fandt arbejdet med de subakutte opgaver, som det tværsektorielle samarbejde foreskriver, udfordrende for deres faglige identitet som paramedicinerne. I forbindelse med den seneste interviewrunde ses ligeledes tegn på, at paramedicinerne giver udtryk for, at de subakutte arbejdsopgaver udfordrer deres forståelse af sig selv som fagfolk. Dog giver flere af paramedicinerne udtryk for, at de er positivt overraskede over hvordan de subakutte arbejdsopgaver kan bidrage med noget meningsfyldt og tilfredsstillende i deres arbejdsliv. Samtidigt findes der stadig tegn på skepsis overfor inkluderingen af de subakutte opgaver i paramedicinernes arbejdsliv, da flere af paramedicinerne giver udtryk for, at de fortsat er drevet af det akutte, og ikke ønsker at de akutte arbejdsopgaver må vige for de subakutte.

I forbindelse med den forrige interviewrunde blev der desuden givet udtryk for en skepsis overfor det ansvar som paramedicinerne i forbindelse med samarbejdet påtager sig. I seneste interviewrunde giver flere af paramedicinerne udtryk for, hvordan de i praksis benytter sig af at sparre med lægefaglig kompetence, for at imødegå dette ansvar og *holde ryggen fri*. Yderligere giver flere af paramedicinerne udtryk for at de i kraft af deres uddannelse ikke altid føler sig godt klædt på til at varetage de subakutte opgaver, hvor det i stedet kan være den erfaring de har opnået igennem deres arbejdsliv, der forudsætter at de kan håndtere opgaverne.

## 5.2 Hjemmesygeplejerskerne og paramedicinerne i samarbejde

I forbindelse med den forrige interviewrunde gav flere af de involverede fagfolk udtryk for, at de ikke oplevede nogle problemer i forhold til uklarhed med hensyn til ansvarsfordeling og arbejdsfordeling i forbindelse med samarbejdet. I denne interviewrunde giver fagfolkene ligeledes udtryk for, at det er situationens beskaffenhed samt de individuelle fagfolks specifikke kompetencer, der foreskriver hvem der gør hvad i forbindelse med samarbejdet, og at dette forløber uproblematisk. Dertil skal det noteres at de involverede fagfolk generelt giver udtryk for, at de oplever deres samarbejdspartnere som kompetente og respektfulde overfor deres faglighed, samt at de oplever at indgå i samarbejdet som ligeværdige samarbejdspartnere med komplementere kompetencer.

## 5.3 Den lægelige kompetence

Under den indledende interviewrunde gav flere af hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at de oplever problematikker i forhold til at kunne tilgå lægefaglig kompetence. Ved denne interviewrunde forekommer dette stadig at være en dominerende problematik i hjemmesygeplejerskernes arbejdsliv. Yderligere giver hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at muligheden for at kunne samarbejde med en paramediciner kan imødekomme nogle af problematikkerne i forhold behovet for ekstra kompetence, da paramedicinerne i nogle tilfælde kan bidrage med denne kompetence, eller har bedre mulighed for at tilgå lægefaglig kompetence i de situationer, hvor det er givende. Det vurderes tillige, at muligheden for at kunne sparre med en paramediciner i øjenhøjde, kan have stor værdi for hjemmesygeplejerskerne i forhold til at håndtere forskellige arbejdsopgaver.

## 5.4 Indsigt og kompetencer

I fase 1 gav flere hjemmesygeplejerskerne udtryk for at have et begrænset kendskab til paramedicinernes kompetence, og de var i tvivl om, hvordan de i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde bedst kunne gøre brug af paramedicinerne. I fase 2 giver hjemmesygeplejerskerne generelt udtryk for, at samarbejdet samt kollegial sparring hjemmesygeplejerskerne imellem, gradvist har givet et bedre kendskab til paramedicinernes faglige kompetencer. Dertil giver flere af hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at de gennem telefonisk sparring med paramedicinerne kan imødegå situationer, hvor de oplever tvivl angående de faglige kompetencer, samt hvorvidt det er relevant at rekvirere paramedicinere til et samarbejde. Dog gives der også udtryk for, at kendskabet til kompetencerne fortsat kan være begrænset, hvilket kan besværliggøre effektiv brug af samarbejdet. Hertil forslår flere af hjemmesygeplejerskerne at noget let tilgængeligt skriftlige materiale med eksempler, på hvordan paramediciner kan, eller allerede er blevet brugt i forbindelse med samarbejdet, kunne være en hjælp til at imødekomme tvivl og usikkerhed. Men fra fase 1 til fase 2 har hjemmesygeplejerskerne fået bedre kendskab til paramedicinernes kompetencer, samt udviklet strategier til at imødekomme eventuel tvivl. Men der efterlyses stadig mere indsigt i paramedicinernes kompetencer.

## 5.5 Lægehusenes få erfaringer med paramedicinerne og fortsat skepsis overfor hjemmesygeplejerskerne

I de indledende interviews gav begge lægehus-repræsentanter udtryk for, at både de og deres kolleger var meget positive i forhold til det nye samarbejde. En holdning begge fortsat bekræfter et halvt år inde i samarbejdet.

I første interviewrunde nævner den ene repræsentant dog, at de gerne vil lære paramedicinerne bedre at kende, samt at de gerne må komme forbi lægehuset og sige hej. Et ønske, der tilsyneladende ikke gør sig gældende, da hun interviewes i anden runde.   
Repræsentanten beskriver desuden i første interviewrunde, hvordan de håber, at paramedicinerne kan bidrage med bedre kliniske vurderinger af patienterne, idet hun synes hjemmesygeplejerskerne kan blive skarpere på denne del, og generelt mener, at det ofte er noget ”halvgjort arbejde”, der opleves fra hjemmesygeplejen. Et halvt år inde i samarbejdet har dette lægehus da heller ikke rekvireret en hjemmesygeplejerske til ét eneste hjemmebesøg, men udelukkende benyttet paramedicinerne eller egen læge.   
Der er overvejende enighed fra lægehusenes side, både fra start og nu ved anden interviewrunde, om, at samarbejdet er en rar mulighed at kunne benytte. Begge håber stadig, at samarbejdet kan fortsætte, også efter projektperiodens udløb. Den eneste tvivl fra lægehusene, der synes at forekomme i anden fase, er, om de simpelthen bruger det for lidt. Desuden lidt afklaring i forhold til den nye mulighed med blodprøvetagning.

# Fase 2 mest præget af et godt samarbejde

Afslutningsvis er hovedindtrykket, at pilotprojektet mest tegner et positivt billede af det tværgående samarbejde. Alle involverede parter er positive overfor det nye tiltag. Der udvises ingen aktiv modstand mod forandringen, selvom der kan spores en skepsis hos paramedicinerne, især hvis det subakutte arbejde kommer til at dominere over det akutte arbejde, som er deres hovedidentitet.

Både i og på tværs af organisationer er flere forudsætninger for et godt samarbejde opnået i pilotprojektet. Godt samarbejde forstås som: Fælles forståelse, forudsigelighed i samarbejdet, tydelig ansvarsplacering og tilregnelighed (4, 5). Disse forudsætninger gør sig især gældende i relationen mellem hjemmesygeplejerskerne og paramedicinerne, selvom forudsigeligheden i deres samarbejde kan være relativt lav. Forudsætningerne gør sig ikke helt så gældende i relationen mellem lægehusene og hjemmesygeplejerskerne. Dels fordi tilregneligheden/accessen til lægerne er lav for hjemmesygeplejerskerne dels fordi lægerne ikke altid anser hjemmesygeplejerskerne for en kvalificeret/tilregnelig samarbejdspart.

Relationelle aspekter i pilotprojekt er især vigtige for koordinering og performance, fordi der arbejdes under tidspres, kompleksiteten er høj, og arbejdet er gensidigt afhængigt. Relationelle aspekter drejer sig om fælles mål, tillid, kommunikation og videndeling (4, 5, 6). De involverede parter vurderes at arbejde efter pilotprojektets mål om at undgå unødige indlæggelser. Der er tillid mellem hjemmesygeplejerskerne og paramedicinerne, mens det kniber med fuld tillid fra lægehusene til hjemmesygeplejerskerne. Lægehusene udtrykker mere tillid til paramedicinerne.

De relationelle aspekter vedrørende kommunikation og videndeling ser ud til at kunne udnyttes bedre. Både hjemmesygeplejersker og paramedicinere efterlyser et større gensidigt kendskab, selvom dette er øget fra fase 1 til fase 2. Et større gensidigt kendskab og bedre kommunikation opnås f.eks. gennem fælles temadage, besøgsrunder o. lign.

# Litteraturliste

* (1) Seemann, Janne; Laust Thomsen Janus m.fl. (2022): Styrkelse af akutberedskabet i det nære sundhedsvæsen. Når paramedicinere skal samarbejde med primær sektor. Notat fra OPTAKTEN, Fase 1: Involverede parters vurderinger af og forventninger til projektet. Aalborg Universitet
* (2) Weick KE (1995) Sensemaking in Organizations, Vol. 3. Thousand Oaks, CA: SAGE
* (3) Konlechner, S., Latzke, M., Güttel, W. H., & Höfferer, E. (2019). Prospective sensemaking, frames and planned change interventions: A comparison of change trajectories in two hospital units. *Human Relations*, *72*(4), 706–732
* (4) Meier N. & Seemann J. (2019): *Integration i tværsektorielle samarbejder*. Konferencebidrag til konferencen: Nye samarbejdsformer i tværsektorielle projekter, København 10. okt.
* (5) Okhuysen G.A, & Bechky B. A. (2009): Coordination in Organizations: An Integrative Perspective. *Academy of Management annals*
* (6) Haugland, Sven Arne, 2004: “Suksessfaktorer og fallgruver” Kapitel 10 i  *Samarbeid, allianser og nettverk*, 2. Udgave, Universitetsforlaget.